MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL

MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios (E)

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

EQUIPO TÉCNICO

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

© Ministerio de Salud y Protección Social
Cra. 13 # 32-76
PBX: (57-1) 330 50 00
Bogotá D.C. Colombia.
Noviembre de 2017

Usted puede copiar, descargar o imprimir los contenidos del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento al MSPS como fuente y propietaria del copyright. Toda solicitud para uso público o comercial y derechos de traducción se sugiere contactar al MSPS a través de su portal web www.minsalud.gov.co

Contenido

ACRÓNIMOS Y SIGLAS 9
INTRODUCCIÓN 10
1 OBJETIVO Y ALCANCE DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL 12
1.1 PROPÓSITO 12
1.2 OBJETIVO GENERAL 12
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 12
1.4 POBLACIÓN SUJETO Y ALCANCE 12
2 GESTION DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCION MATERNO PERINATAL 13
3 INTERVENCIONES COLECTIVAS 15
3.1 ENTORNO HOGAR 16
3.2 ENTORNO COMUNITARIO 18
3.3 ENTORNO LABORAL 22
4 INTERVENCIONES INDIVIDUALES 25
4.1 ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL 25
4.1.1 Objetivos 25
4.1.2 Talento humano 25
4.1.3 Duración mínima recomendada 26
4.1.4 Atenciones incluidas 26
4.1.5 Frecuencia 26
4.1.6 Descripción 26
4.1.7 Instrumentos, insumos y dispositivos 32
4.2 INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO 32
4.2.1 Objetivos 33
4.2.2 Talento humano 33
4.2.3 Duración mínima recomendada 33
4.2.4 Atenciones incluidas 34
4.2.5 Descripción 34
4.2.6 Instrumentos, insumos y dispositivos 43

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

4.3 CONTROL PRENATAL 44
4.3.1 Objetivos ... 45
4.3.2 Talento humano ... 45
4.3.3 Duración mínima recomendada ... 45
4.3.4 Atenciones incluidas ... 45
4.3.5 Frecuencia ... 46
4.3.6 Descripción ... 46
4.3.7 Instrumentos insumos y dispositivos ... 54
4.4 CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD ... 55
4.4.1 Objetivos ... 55
4.4.2 Talento humano en salud requerido ... 55
4.4.3 Frecuencia y duración mínima ... 55
4.4.4 Orientaciones para la realización del curso ... 55
4.5 CONSULTA DE ODONTOLOGIA ... 62
4.5.1 Objetivos ... 62
4.5.2 Talento humano ... 62
4.5.3 Duración mínima recomendada y Frecuencia ... 62
4.5.4 Descripción ... 62
4.5.5 Instrumentos insumos y dispositivos ... 62
4.6 CONSULTA DE NUTRICIÓN ... 63
4.6.1 Objetivos ... 63
4.6.2 Talento humano ... 63
4.6.3 Duración mínima recomendada ... 63
4.6.4 Atenciones incluidas ... 63
4.6.5 Frecuencia ... 64
4.6.6 Descripción ... 64
4.6.7 Instrumentos, insumos y dispositivos ... 67
4.7 ATENCIÓN DEL PARTO ... 68
4.7.1 Objetivos ... 68

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

4.7.2 Talento humano 68
4.7.3 Duración mínima recomendada 69
4.7.4 Atenciones incluidas 69
4.7.5 Descripción 69
4.7.6 Instrumentos insumos y dispositivos 73
4.8 ATENCION DEL PUERPERIO 74
4.8.1 Objetivos 74
4.8.2 Talento humano 74
4.8.3 Atenciones incluidas 74
4.8.4 Descripción 75
4.8.5 Instrumentos insumos y dispositivos 78
4.9 ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS 79
4.9.1 Objetivos 79
4.9.2 Talento humano 79
4.9.3 Atenciones incluidas 79
4.9.4 Descripción 79
4.9.5 Instrumentos insumos y dispositivos 87
4.10 ATENCION DEL RECIÉN NACIDO 88
4.10.1 Objetivos 88
4.10.2 Talento humano 88
4.10.3 Atenciones incluidas 89
4.10.4 Descripción 89
4.10.5 Instrumentos insumos y dispositivos 97
4.11 ATENCION DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO 98
4.11.1 Objetivos 98
4.11.2 Talento humano 98
4.11.3 Atenciones incluidas 99
4.11.4 Descripción 99
4.11.5 Instrumentos insumos y dispositivos 106
4.12 CONTROL DEL RECIÉN NACIDO 106
4.12.1 Objetivos 107
4.12.2 Talento humano 107

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

4.12.3 Duración mínima recomendada 107
4.12.4 Atenciones incluidas 107
4.12.5 Frecuencia 108
4.12.6 Descripción 108
4.12.7 Instrumentos insumos y dispositivos 109
5 ATENCIÓN A LAS FAMILIAS 110
5.1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD 110
5.2 CONSULTA DE ABORDAJE BÁSICO DE ORIENTACIÓN FAMILIAR 111
6 ORIENTACIONES PARA EL DESPLIEGUE E IMPLEMENTACION: ADAPTABILIDAD Y PROGRESIVIDAD 111
6.1 CRITERIOS POBLACIONALES 111
6.1.1 Adecuación de los servicios para la atención a mujeres con discapacidad 111
6.1.2 Adecuación intercultural de los servicios 111
6.2 CRITERIOS TERRITORIALES 113
6.2.1 Adaptación de la ruta materno perinatal a contextos étnicos y articulación con los agentes de la medicina tradicional (incluidas parteras tradicionales) 114
6.2.2 Implementación de hogares maternos de paso 114
7 MONITOREO Y EVALUACIÓN 115
7.1. Monitorear resultados 116
7.2. Actividades para el monitoreo y la evaluación 117
7.3. Indicadores 117
ANEXO 1. Lista de Chequeo para el tamizaje de riesgo durante la atención preconcepcional. 118
ANEXO 2. Escala de Riesgo biopsicosocial de Herrera y Hurtado 123
ANEXO 3. Condiciones para remitir a mayor nivel una unidad de cuidado obstétrico de mayorcomplejidad 124
ANEXO 4. Escala de depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS) 126
ANEXO 5. Escala Obstétrica de alerta temprana 128
ANEXO 6. Clasificación de Choque y evaluación de la respuesta 129
ANEXO 7. Contenido del Kit de Emergencia obstétrica para instituciones de baja complejidad.* 130
ANEXO 8. Gráfica evaluación nutricional de la embarazada Atalah – Índice de Masa Corporal para Edad Gestacional. 131
ANEXO 9. Evaluación de la técnica de lactancia 132
ANEXO 10. Recomendaciones de salida para madres, padres y familiares de recién nacidos 135

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

ANEXO 11. Factores de riesgo para evento tromboembólico durante la gestación-parto y puerperio 138

ANEXO 12 Tablero de indicadores para el monitoreo y seguimiento de la Ruta Materno perinatal. 141

ANEXO 13. Factores de riesgo para evento tromboembólico durante la gestación-parto y puerperio. 146

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

ACRÓNIMOS Y SIGLAS

- DTS: Dirección Territorial de Salud
- EAPB: Empresa Administradora de Planes de Beneficios
- EMS: Equipo Multidisciplinario de Salud
- EPS: Las Entidades Promotoras de Salud, las organizaciones de economía solidaria vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud autorizadas para operar el aseguramiento en salud, las Entidades adaptadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, y las Cajas de Compensación Familiar – CCF que operan en regímenes contributivo y subsidiado, independiente de su naturaleza jurídica.
- ESCI: explotación sexual comercial infantil
- ET: Entidad Territorial
- ETA: Enfermedad Transmitida por Alimentos
- GABAS: Guías Alimentarias Basadas en Alimentos
- IPS: Institución Prestadora de Salud
- MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud
- MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
- PAI: Programa Ampliado de Inmunización
- PAIS: Política de Atención Integral en Salud
- PSPIC: Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas
- RIAMP: Ruta Integral de Atención en Salud Materna Perinatal.
- RIAS: Ruta Integral de Atención en Salud
- RIPSS: Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud
- RPMS: Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud
- SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
- UPC: Unidad de pago por capitación
- UTA: Unidad técnica de análisis de gestión de riesgo y desempeño de los prestadores
- CPN: Control prenatal
- HPP Hemorragia postparto

DOCUMENTO DONADOR NO REPRODUCIBLE

INTRODUCCIÓN

La política de atención integral en salud, propuesta en la resolución 429 de 2016, releva como centro de la atención en salud a las personas, familias y comunidades, en un contexto o ámbito territorial que incide en la situación de salud de la población. Esta relación se expresa en la existencia de características poblacionales y territoriales propias, que pueden ser factores protectores o condiciones de riesgo, que deben ser identificados e intervenidos por los diferentes sectores y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) en el marco de sus responsabilidades y funciones.

La integralidad de la atención en salud, como uno de los elementos esenciales del derecho fundamental a la salud, hace un llamado a los diferentes sectores y actores del SGSSS, responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción de la salud materna, la prevención de factores de riesgo y de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento y en general que desarrollan acciones que inciden en los resultados en salud de la población gestantes y sus familias, a trabajar de manera articulada y consensuada de acuerdo con sus competencias, responsabilidades y funciones, en cada uno de los niveles de gestión y con participación de la ciudadanía; para impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud, la situación de salud de la población y contribuir al desarrollo humano.

La ruta integral de atención en salud materno perinatal, es una herramienta operativa de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional, que define a los integrantes del sector salud (Dirección Territorial de Salud, aseguradores, entidades a cargo de regímenes especiales o de excepción y prestadores) las condiciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la generación de una cultura del cuidado para todas las personas, familias y comunidades[1], como parte de la garantía del derecho a la salud (definido en la Ley Estatutaria de Salud).

Es así, que para su operación se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Reconocer a las mujeres en edad fértil como sujetos de la atención en salud, en el marco de la garantía de los derechos consagrados en los tratados internacionales de derechos humanos, específicamente encaminados a proteger la salud y garantizar el derecho a una vida libre de violencias.

2. Prestar los servicios de salud a la mujer en etapas del ciclo reproductivo sin incurrir en conductas que configuren violencia contra la mujer; ello implica erradicar conductas institucionales como el trato indigno, violencia psicológica, omisión en la atención, negligencia, discriminación por razones de género, clase social, etnia, discapacidad u otra condición o situación.

3. Organizar la gestión y la prestación de los servicios en una lógica centrada en las gestantes y sus familias, lo cual implica trascender de una gestión por estrategias temáticas atomizadas, a una integrada para garantizar el continuo de la atención.

4. Conformar una red de prestación de servicios completa y suficiente, que garantice la entrega de las intervenciones de la Ruta Integral de Atención en Salud Materna Perinatal (RIAMP), en el componente primario y complementario de la red, con criterios de

[1]Sin perjuicio de recibir otras intervenciones incluidas en otras Rutas integrales de Atención en Salud por grupo de riesgo o evento.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

proximidad, disponibilidad y accesibilidad, que faciliten el recorrido por las intervenciones incluidas en la ruta sin autorización adicional de servicios.

5. Desarrollar el plan integral de cuidado primario como instrumento que concreta las diferentes intervenciones en salud requeridas por las gestantes y sus familias de acuerdo con sus necesidades y los hallazgos realizados por el equipo multidisciplinario de salud.

En este documento encontrará las orientaciones para la operación de la RIAMP, incluyendo los parámetros para su gestión, las intervenciones colectivas, familiares e individuales contenidas en ella, el talento humano requerido para su provisión, los resultados esperados, los indicadores y procedimientos para el monitoreo y evaluación de los mismos y los parámetros generales que los agentes del sistema deben observar para su implementación. Para efectos del presente lineamiento, las intervenciones consideradas como de PROTECCIÓN ESPECIFICA y DETECCIÓN TEMPRANA de este lineamiento son: 1) Atención Preconcepcional, 2) Interrupción Voluntaria del embarazo, 3) Control Prenatal, 4) Curso de Preparación para la Maternidad y la paternidad, 5) Consulta de odontología, 6) Consulta de nutrición, 7) Atención del Parto, 8) Atención del Puerperio, 9) Atención del recién nacido, 10) Control del Recién nacido.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

1 OBJETIVO Y ALCANCE DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL

1.1 PROPÓSITO

Contribuir a la promoción de la salud y al mejoramiento de los resultados en salud maternos y perinatales, mediante la atención integral en salud, incluida la acción coordinada y efectiva del Estado, la sociedad y la familia sobre los determinantes sociales y ambientales de las inequidades en salud.

1.2 OBJETIVO GENERAL

Establecer las disposiciones técnicas y operativas de obligatorio cumplimiento para la prestación de la atención en salud a todas las mujeres, red de cuidado y el recién nacido, durante la etapa preconcepcional, la gestación, el periodo perinatal y el posparto.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Garantizar el acceso universal a las intervenciones de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – perinatal.
b) Identificar y gestionar oportunamente vulnerabilidades, factores de riesgo, riesgos acumulados y alteraciones que inciden en la salud de la mujer gestante y del recién nacido.
c) Afectar positivamente los entornos, las familias y las redes para que sean protectores y potenciadores de la salud de las mujeres gestantes y del recién nacido.
d) Realizar el seguimiento a los resultados en salud esperados en las mujeres gestantes y en los recién nacidos.

1.4 POBLACIÓN SUJETO Y ALCANCE

Todas las mujeres con intención reproductiva a corto plazo, las mujeres gestantes, en parto y posparto, red de cuidado y el recién nacido hasta los siete días de su nacimiento, que habitan en el territorio colombiano.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

2 GESTION DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCION MATERNO PERINATAL

La RIAMP reconoce el valor estratégico de la gestión de la salud pública[2] como condición inherente para materializar la atención integral en salud, con una mirada comprensiva y particular de la garantía del derecho a la salud de todas las mujeres en edad reproductiva, gestantes y de los recién nacidos.

Este planteamiento es vital, en el entendido de que la gestión de la salud pública es la herramienta, por excelencia, que potencia la rectoría sanitaria nacional y territorial orientada a la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, pues articula esfuerzos, recursos y capacidades con todos los integrantes del SGSSS, los diferentes sectores y la comunidad; armoniza y asegura el financiamiento sostenible nacional y territorial, aplicando el marco de política y normativo, asegurando su legalidad, institucionalidad, legitimidad y fortaleciendo la gobernanza en salud, y se constituye en el elemento esencial para la operación de las intervenciones (colectivas, familiares e individuales) que constituyen esta ruta.

La gestión para la operación de la RIAMP se ordena a partir de los elementos centrales que incorpora el lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS). Además de dichas orientaciones generales, se presentan los siguientes aspectos específicos de la gestión para el desarrollo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal:

- Generación de información sobre las características, situación y determinantes de la salud de la población materno – perinatal que sirva para aportar a la implementación progresiva de la RIAMP, las modalidades de prestación requeridas para las intervenciones, las necesidades de adaptación y la orientación para el diseño de los procesos de información y educación.

- Establecimiento de acuerdos intersectoriales para generar complementariedad entre la oferta de otros sectores con la del sector salud, de acuerdo a las competencias, que permita trabajar integralmente, ganar en efectividad y evitar duplicidad. Así mismo, implica la gestión intersectorial para el desarrollo de las intervenciones individuales y colectivas en los diferentes entornos, que propendan por ejemplo por acciones afirmativas de la mujer en el entorno laboral.

- Generación de acuerdos entre los actores del SGSSS para la implementación de los procedimientos individuales, familiares, colectivos y poblacionales contemplados en la RIAMP incluyendo la adaptabilidad y progresividad.

- Gestión de la disponibilidad, suficiencia y completitud de la red de prestación de servicios para garantizar la entrega de los procedimientos individuales contemplados en la RIAMP de forma accesible, con calidad y sin fragmentar los servicios teniendo en cuenta las disposiciones normativas vigentes para la población materno – perinatal en todos los ámbitos de operación del MIAS.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

[22] Resolución 518 de 2015

- Organización de la operación y funcionamiento que asegure la prestación del conjunto de procedimientos contemplados en la RIAMP.

- Gestión de la demanda inducida para el acceso a los procedimientos individuales contemplados.

- Generación de acuerdos para complementariedad de la atención por los diferentes planes de beneficios, así: las intervenciones individuales (valoración integral; detección temprana; protección específica, diagnóstico, tratamiento y educación para la salud, están cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC (PB-UPC), y las intervenciones colectivas (educación para la salud; información en salud; fortalecimiento de redes sociales y comunitarias; canalización; jornadas de salud y caracterización social y ambiental) están a cargo del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC). En el caso de las intervenciones que se pueden desarrollar con cargo a ambos planes de beneficios, como son la educación, los tamizajes para eventos de alta externalidad y la información en salud, se debe definir para su ejecución: i) los ámbitos territoriales, ii) los entornos, iii) los contenidos y iv) las capacidades a desarrollar.

- Identificación, disposición y divulgación del conocimiento y evidencia sobre estrategias, programas, proyectos o iniciativas que soporten el diseño e implementación de las intervenciones colectivas dirigidas a mujeres gestantes.

- Fortalecimiento de las capacidades del talento humano (técnicas, funcionales y actitudinales) y de las organizaciones requeridas para la prestación de los procedimientos contemplados en la RIAMP con énfasis en:
  - Derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos. Derechos de la mujer dentro del proceso reproductivo (autonomía reproductiva, acompañamiento de su elección durante el proceso de parto, elección de analgesia, etc).
  - Enfoque de género.
  - Enfoque interseccional.
  - Roles y estereotipos frente a la sexualidad y reproducción de hombres y las mujeres.
  - Conductas proscritas de la atención que configuren violencia contra la mujer.
  - Aspectos técnicos presentados en el presente lineamiento relacionados con los contenidos y características de la atención.

- Promoción de la participación de las mujeres gestantes y sus familias en los procesos de planificación, seguimiento y evaluación de los servicios y en las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud, de esta manera debe diseñar con el equipo de salud a cargo de la atención, el plan integral de cuidado de la salud y la forma de transitar por la RIAMP.

- Realización de auditoría, inspección, vigilancia y control basada en resultados en la red prestadora a la prestación de procedimientos individuales, familiares y colectivos

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

3 INTERVENCIONES COLECTIVAS

Dado que la red de apoyo con la que cuenta la mujer gestante al interior de su comunidad es vital para su cuidado, se propone el fortalecimiento de la *red de cuidado*[3] familiar y comunitario, entendiendo la red como una estructura de vínculos entre actores que actúan colectivamente para alcanzar un objetivo común, que se fortalecen en la medida en que cada actor identifica su rol y los beneficios que trae su participación en la red, para sí mismo y para los demás integrantes; en este sentido, en el marco de los planes de intervenciones colectivas se deberá garantizar el trabajo en cuatro áreas:

- Desarrollo de capacidades frente al autocuidado para la mujer, la madre y el recién nacido (estilos de vida saludables, búsqueda de la atención, seguimiento a las recomendaciones); la búsqueda de atención en salud para la materna y el recién nacido; y la preparación para el parto y situaciones de emergencia.

- Aumentar la conciencia en relación con los derechos humanos y sexuales y reproductivos; la participación del hombre y otros actores con poder de decisión (conocimiento de necesidades de la mujer, signos de peligro, comunicación, apoyo y paternidad responsable); y la vigilancia epidemiológica con las comunidades así como auditorias de muertes maternas y perinatales.

- El fortalecimiento de los vínculos como medio para reforzar el apoyo social no solo de los diferentes actores familiares y comunitarios, sino también con la institucionalidad, con el fin de establecer sistemas de financiamiento y transporte comunitarios; creación o fortalecimiento de hogares maternos; y articulación de los Agentes de la Medicina Tradicional (AMT), como las parteras, al sistema de salud.

- Favorecimiento de espacios de dialogo participativo entre las instituciones sectoriales EAPB, IPS, DTS y la comunidad que fomenten la exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos.

Para que estas estrategias se llevan a cabo se deben concretar en los **entornos favorables**[4] para la salud de la mujer, la madre y el recién nacido, de ellos los que resultan de especial importancia son el hogar, las comunidades y los lugares de trabajo. Según el contexto regional y nacional, pueden identificarse entornos adicionales.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

[3] Son concebidas por (Bronfman, 2001) concebidas como el conjunto de las relaciones que una persona representa de la masa social. En la medida en que la red social de cada persona es vivida como nicho interpersonal, contribuye al reconocimiento de sí y de los otros (reconocimiento mutuo), al mantenimiento de la identidad subjetiva y social y al acceso a apoyos, servicios e información.

[4] El concepto de entornos saludables, según se define en la iniciativa de "Promoción de la Salud", es un enfoque eficaz que persigue la creación de un conjunto integral de intervenciones en un contexto físico definido para proporcionar un entorno saludable y propicio. Cabe señalar que los entornos, tal como se usa en Promoción de la Salud, difieren de los grupos destinatarios.

A continuación se hará referencia a los entornos que se relacionan con la entrega de las intervenciones colectivas, a saber:

3.1 ENTORNO HOGAR[5]

INTERVENCIÓN	ALCANCE
1. Información en salud	La intervención de información en salud busca aumentar el conocimiento sobre un tema, en éste caso lo concerniente a la prevención de complicaciones durante la gestación, cuidados posparto y del recién nacido. Para lo cual se sugieren las siguientes acciones: • Definir la población sujeto de la intervención en éste entorno. • Conocer las necesidades de información de la población sujeto. • Conocer el contexto en el cual se entregará la información. • Definir el tipo de mensaje y la forma en que llegaría mejor a la población sujeto. • Establecer el plan de medios para hacer llegar los mensajes. • Definir un presupuesto concreto y ejecutable. • Evaluar la intervención. • Incluir en las temáticas de ésta intervención, las siguientes: - Reconocimiento de que la maternidad y el parto sin riesgo son derechos humanos. - Adherencia en las atenciones previstas para la gestante en los servicios de salud. - Promoción del papel de los hombres como parejas y padres. - Participación del hombre u otros familiares respecto a las necesidades de la mujer en el estado de gestación, signos de peligro, comunicación, apoyo y paternidad responsable. - Promoción del buen trato, relaciones familiares saludables. - Prevención de violencia y discriminación contra la mujer. - Derechos humanos y sexuales y reproductivos - Situaciones de alerta en las gestantes y recién nacidos.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

[5] El hogar, en un sentido amplio, se comprende como el escenario de refugio, acogida y afecto. Constituye un espacio de residencia y convivencia permanente, es fundamental para el desarrollo y establecimiento de vínculos y relaciones sociales de base para la vida social, cultural y política de las personas y las familias. Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. 2016. Resolución 3202. Bogotá D.C., Colombia.

	- Acceso a métodos anticonceptivos en el postparto y a servicios de salud sexual y reproductiva. - Acondicionamiento de la vivienda para la gestante y el recién nacido (lugar seguro, seco, confortable)
2. Educación y comunicación para la salud	La educación para la salud se orienta al desarrollo de capacidades (a nivel cognitivo, valorativo o práctico) de las personas, familias y comunidades, que les permita comprender y transformar la realidad). En el entorno hogar, éstas intervenciones implican: • Definir la población sujeto de la intervención en éste entorno. • Reconocer aliados en el proceso educativo y comunicativo. • Conformar una estructura organizativa de los actores partícipes del proceso edu-comunicativo para establecer responsabilidades y coordinar acciones. • Desarrollar el proceso edu-comunicativo con las herramientas pedagógicas necesarias. • Hacer seguimiento al proceso. • Evaluar los resultados del proceso edu-comunicativo de manera conjunta con el equipo Territorial de Salud y demás actores que hayan participado. • Incluir como saberes sanitarios, lo siguientes: - Promoción de prácticas de cuidado a la gestante, generar compañía y propicia, fortalecer vínculos afectivos y sociales de resguardo y promoción del desarrollo humano. - Fomento de aspectos de la prevención de infecciones de transmisión sexual, infecciones del tracto reproductor, el paludismo, el Zika, el VIH y el SIDA, así como de embarazos no deseados. - Desarrollo de capacidades interculturales e interpersonales en los integrantes de la familia para asegurar un entorno de apoyo y cuidados durante la gestación, el puerperio y con el recién nacido. - Fomento de factores protectores familiares y frente a la preparación para el parto y puerperio. - Promoción de la lactancia materna exclusiva y participación de la familia. - Generación de condiciones de protección, confianza y seguridad que facilitan el desarrolla de la gestación y el apoyo por parte de los miembros del hogar. • Afianzar aspectos del mantenimiento de la salud relacionados con la madre: - Plan alimentario y la nutrición.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

	- Restricción en uso de alcohol y otras drogas. - Volumen de trabajo y actividad física adecuada. - Fomento de ambientes protectores ante la violencia. - Higiene bucal durante la gestación. - Atención a infecciones de transmisión sexual, el VIH y el SIDA. - Espaciamiento embarazos por medio de la planificación familiar y la anticoncepción.
3. Canalización	La canalización desde el entorno hogar pretende orientar y direccionar a las personas, familias y comunidades a los servicios sociales o de salud disponibles en el territorio, en éste caso a las **gestantes y sus recién nacidos**. Por lo que se debe realizar conjuntamente con otras intervenciones PIC. Para su ejecución se requieren llevar a cabo las siguientes actividades: • Identificar la red de prestación de servicios a la que puede ser orientada y direccionada la gestante que se identifique como no vinculada a los servicios sociales o de salud disponibles en el territorio. • Establecer acuerdos y procedimientos con los responsables del sector salud o de otros sectores acerca de los trámites y mecanismos para acceder a los servicios atinentes a la atención de la mujer gestante, así como de su recién nacido. • Identificar a las gestantes que no se encuentren vinculadas a la RIAS Materno Perinatal y orientarla hacia los servicios correspondientes, según su oferta institucional. • Realizar seguimiento a la canalización de la gestante a la institución que haya lugar. • Generar los informes correspondientes que permitan la difusión de los resultados de este procedimiento y la toma de decisiones.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

3.2 ENTORNO COMUNITARIO[6]

INTERVENCIÓN	ALCANCE

[6] Una comunidad saludable para las embarazadas, las madres y los recién nacidos es una comunidad informada, participativa y de apoyo, que desempeña una función activa para favorecer el acceso a la atención de personal calificado, como la creación de sistemas de financiamiento y de transporte, y apoya otras necesidades de salud materna y neonatal, por ejemplo, la ajuste en el volumen de trabajo de las embarazadas - según capacidad-, el apoyo a la lactancia materna y otras medidas. *Tomado de: Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Reducir los Riesgos del Embarazo. Washington DC, 2010.*

1. Conformación y fortalecimiento de redes sociales, comunitarias, sectoriales e intersectoriales	El fortalecimiento de *redes sociales*, que pueden colaborar e interactuar con *redes de servicios de salud*. Frente a la **reducción de los riesgos en el embarazo y del recién nacido**, son las alianzas entre individuos, organizaciones comunitarias y otros actores del sistema de salud local quienes constituyen la base de las redes sociales. Para la ejecución de ésta intervención se consideran las siguientes actividades: • Realizar mapeo e identificación de los posibles integrantes de la red (Instituciones, redes existentes, organizaciones, grupos, familias, personas). • Identificar la oferta de cada uno de los actores respecto a la reducción de los riesgos en el embarazo. • Realizar proceso de sensibilización sobre la relevancia de la protección a la gestante y la reducción de riesgos en el embarazo. • Favorecer el "diálogo comunitario" (entre la comunidad y los servicios de salud) es una metodología innovadora que puede servir para mejorar la comprensión mutua y el conocimiento de la realidad, las perspectivas y las condiciones de la otra parte. • Construir o redefinir, con los miembros de la red, el plan de acción conjunto, el alcance de cada actor dentro de la red, que incluya lo siguiente: - Fortalecimiento de la red de cuidado familiar y comunitario de la gestante. - Fortalecimiento de redes sociales, que pueden colaborar e interactuar con redes de servicios de salud. - Favorecer espacios de diálogo participativo entre las instituciones sectoriales EAPB, IPS, DTS que fomenten la exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos. • Evaluar el desempeño de la red constituida y ajustar los planes de acción.
2. Información en salud	La intervención de información en salud busca aumentar el conocimiento sobre un tema, en éste caso en el ámbito comunitario, tocante a la prevención de complicaciones durante la gestación y del recién nacido, se plantean las siguientes acciones: • Identificar el contexto en el cual se entregará la información, considerando las diferencias y desigualdades entre comunidades diversas y al interior de las mismas, de manera que se hagan visibles las poblaciones en situación riesgo,

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

	vulnerabilidad y exclusión. • Definir el tipo de mensaje y la forma en que llegaría mejor a la población sujeto en la comunidad tomando en cuenta los enfoques diferenciales de etnia (comunidades indígenas, raizales, indígenas, raizales, afrocolombianos, R-rom, de curso de vida, de discapacidad), condición o situación (desplazamiento, victimas, reintegración) que requiera una acción diferencial. • Establecer el plan de medios para hacer llegar los mensajes. • Definir un presupuesto concreto y ejecutable. • Evaluar el plan de acción de la intervención. • Incluir en las temáticas hacia la comunidad, las siguientes: - Reconocimiento de que la maternidad y el parto sin riesgo son derechos humanos. - Adherencia y participación en las atenciones previstas para la gestante en los servicios de salud. - Promoción del papel de los hombres como parejas y padres. - Participación del hombre u otros familiares durante el estado de gestación, signos de peligro, comunicación, apoyo y paternidad responsable. - Promoción del buen trato en el hogar. - Prevención de violencia y discriminación contra la mujer. - Derechos humanos y sexuales y reproductivos. - Vigilancia epidemiológica con las comunidades, respecto a situaciones de alerta en las gestantes y recién nacidos. - Fomento de la lactancia materna exclusiva como práctica protectora. - Acceso a métodos anticonceptivos en el postparto y a servicios de salud sexual y reproductiva. - Fomento de adecuadas prácticas de higiene (de manos, bucal, corporal) - Acondicionamiento de la vivienda para la gestante y el recién nacido (lugar seguro, seco, confortable).
3. Educación y comunicación para la salud	La educación para la salud se orienta al desarrollo de capacidades (a nivel cognitivo, valorativo o práctico) de las personas, familias y comunidades, que les permita comprender y transformar la realidad). En el entorno comunitario las acciones tienen el mismo alcance descrito para el entorno hogar y adicionalmente las siguientes:

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

	- Preparación para el parto y acciones ante situaciones de emergencia durante la gestación. - Información acerca de la prevención de abortos inseguros y acceso Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) según causales. - Considerar las alianzas con las parteras tradicionales y su papel dentro del sistema de referencia. - Generación de condiciones de protección, confianza y seguridad que facilitan el desarrolla de la gestación y el apoyo por parte de los miembros de la comunidad. - Reforzar la Promoción de la lactancia materna exclusiva.
4. Canalización	La canalización desde el entorno comunitario pretende orientar y direccionar a las personas, familias y comunidades hacia los servicios sociales o de salud disponibles en el territorio, en éste caso para las **gestantes y sus recién nacidos**. Esta intervención debe realizarse conjuntamente con otras intervenciones PIC. Para su ejecución se requieren llevar a cabo las siguientes actividades: • Identificar la red de prestación de servicios a la que puede ser orientada y direccionada la gestante que se identifique como no vinculada a los servicios sociales o de salud disponibles en el territorio. • Establecer acuerdos y procedimientos con los responsables del sector salud o de otros sectores acerca de los trámites y mecanismos para acceder a los servicios atinentes a la atención de la mujer gestante, así como de su recién nacido. • Identificar a las gestantes que no se encuentren vinculadas a la RIAS Materno Perinatal y orientarla hacia los servicios correspondientes, según su oferta institucional. • Fomentar en la comunidad la protección a la gestante, la orientación a servicios de salud a todas las que se encuentre en su comunidad. • Realizar seguimiento a la canalización de la gestante a la institución que haya lugar. • Realizar seguimiento a las instituciones que no hayan dado respuesta frente a la canalización. • Generar los informes correspondientes que permitan la difusión de los resultados de este procedimiento y la toma de decisiones. • Socializar públicamente los resultados de la canalización ante las instituciones del sector y de otros sectores, que tengan relación con ésta intervención.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

3.3 ENTORNO LABORAL[7]

Considerando que las gestantes pueden desarrollar su cotidianidad en el entorno laboral, formal o informal, se anotan a continuación algunos aspectos a tener en cuenta en lo que respecta al área formal, pues aunque no hacen parte de las intervenciones del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), se menciona dado que un lugar de trabajo saludable es esencial para las mujeres en estado de gestación.
Para ello deben darse las acciones coordinadas entre empleadores, Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), Cajas de Compensación Familiar (CCF) y el acompañamiento técnico de las Direcciones Territoriales de Salud (DTS).

Se plantea entonces, que en el entorno laboral, se pueden llevar a cabo las siguientes intervenciones:

INTERVENCIÓN	ALCANCE
1. Información en salud	Los aspectos relacionados con la información en salud en el ámbito laboral, buscan aumentar el conocimiento para la promoción de una gestación saludable, la prevención de complicaciones durante la gestación, el fomento de una paternidad positiva, en éste caso; se plantean las siguientes acciones como necesarias, para que se dé la intervención: • Realizar concertaciones entre empleadores, ARL, CCF y DTS, respecto a la participación en las intervenciones de información en salud. • Definir el tipo de mensaje y la forma de divulgarlo. • Establecer el plan de medios para hacer llegar los mensajes. • Definir un presupuesto. • Desarrollar proceso informativo (por ciclos) para las gestantes y compañeros de trabajo (algunas temáticas definidas) en el que se incluyan temáticas como: - Reconocimiento de que la maternidad y el parto sin riesgo son derechos humanos. - Asistencia a las atenciones previstas para la gestante en los servicios de salud. - Pautas de autocuidado en el lugar de trabajo. - Promoción del papel de los hombres como parejas y padres.

[7] "El entorno laboral comprendido como escenarios donde las personas e individuos se organizan para producir bienes y servicios en condiciones que promueven y protegen la salud brindando bienestar a los trabajadores, sus familias y comunidades, con la participación activa en la eliminación y mitigación de los factores adversos a su salud. Comprende los escenarios laborales formales e informales" Ministerio de Salud y Protección Social.2016. Resolución 3202. Bogotá.D.C. Colombia.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIR

	- Participación de los compañeros de trabajo en cuanto a la identificación de signos de peligro, comunicación, apoyo. - Promoción del buen trato, relaciones laborales saludables. - Prevención de violencia y discriminación contra la mujer en el entorno laboral. - Acceso a métodos anticonceptivos en el postparto y a servicios de salud sexual y reproductiva. - Acondicionamiento del puesto de trabajo, dotación, carga y esfuerzo físico adecuado, para el desarrollo de la gestación. - Conocimiento de derechos laborales: licencia de maternidad, licencia de paternidad y hora de lactancia materna. - Fomento y preparación para la lactancia materna exclusiva. • Evaluar la intervención de educación conjuntamente con los actores participantes y realizar ajustes.
2. Educación y comunicación para la salud	Dado que la intencionalidad de la educación para la salud es la de aportar al desarrollo de la autonomía individual y colectiva en la determinación de sus estilos de vida y en la garantía del derecho a la salud, para el caso de las gestantes en el entorno laboral, se plantea que en articulación entre el empleador, la ARL y la CCF, se lleven a cabo las siguientes actividades: • Generación de espacios de educación (por ciclos) para las gestantes que se encuentren en el área laboral formal, incluye las siguientes temáticas: - Las anotadas en el entorno hogar, en éste mismo capítulo. - Otras que se consideren pertinentes por la naturaleza del trabajo que desempeñe la gestante en la empresa; como aquellas que atañen a la ergonomía e higiene postural, exposición a sustancias químicas potencialmente peligrosas para ella o su feto, aireación en el sitio de trabajo, manejo adecuado ante la exposición a temperaturas extremas, etc. • Generación de espacios de educación para los hombres cuya pareja se encuentra en gestación puesto que la promoción del papel de los hombres como parejas y padres es esencial para lograr su participación activa y apoyo eficiente. Los aspectos a desarrollar son: - Comunicación con la pareja en gestación. - Participación en la atención prenatal, la

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

	atención durante el parto y el puerperio y la atención al recién nacido. - Señales de emergencia obstétrica - Prevención de las ITS, la infección por el VIH. - Apoyo a la lactancia materna. - Participación de los hombres en la crianza y la educación de sus hijos. - Paternidad responsable y adultez (para los jóvenes). • Fomento de ambientes laborales saludables para las mujeres en estado de gestación, así como para los hombres cuya pareja se encuentra en gestación, y se le dé a éste último el reconocimiento social y cultural como miembro de una pareja gestante. • Fortalecimiento de capacidades institucionales para el desarrollo de procesos formativos e informativos: por medio de la incorporación en el programa de capacitación definido por la organización, temáticas que contribuyan a la transformación conductual relacionada con la promoción de estilos de vida saludable, promoción de la gestación saludable. • Creación y fomento de las salas amigas de la familia lactante, según lineamiento técnico correspondiente[8] y normatividad vigente[9].
3. Canalización	Desde el entorno laboral formal, se facilita la orientación de las gestantes hacia las institucionales sociales y de salud disponibles en su territorio, para el abordaje de las situaciones o condiciones identificadas en las gestantes; por lo cual le corresponde al empleador desarrollar como mínimo las siguientes actividades: • Establecer acuerdos y procedimientos con los responsables del sector salud o de otros sectores acerca de los trámites y mecanismos para acceder a los servicios atinentes a la atención de la mujer gestante, así como de su recién nacido. • Conocer la red de atención de servicios de salud (consulta externa y urgencias) según cada EAPB, a las que pueda canalizar a las gestantes. • Identificar a las gestantes que se encuentren en el entorno laboral formal y organizar base de datos correspondiente. • Verificar que sean partícipes de las intervenciones individuales de la RIAS MP en su respectiva EAPB. • Orientar hacia los servicios de salud

[8] Lineamientos técnicos para la implementación de las salas amigas de la familia lactante en el entorno laboral. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C., 2012.
[9] Ley 1823 de enero 4 de 2017. Por medio de la cual se adopta la estrategia salas amigas de la familia lactante entorno laboral de Entidades Públicas Territoriales y Empresas Privadas y se dictan otras disposiciones.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

	correspondientes a aquellas gestantes que no hayan acudido. • Realizar seguimiento a la canalización de la gestante (antes de 7 días). • Reportar formalmente a la EAPB la existencia de una gestante en su empresa (antes de 7 días). • Realizar seguimiento y evaluación al proceso de canalización y realizar los ajustes a que haya lugar, con los actores o instituciones correspondientes.

En síntesis, es importante tener un enfoque de acompañamiento a la gestante de forma integrada en el lugar de trabajo y tomar en cuenta los factores físicos, organizativos y sociales para apoyar la salud de las gestantes. En algunos entornos de trabajo, también se pueden transmitir mensajes y enfoques para trabajar con hombres y otras personas con influencia en la comunidad y la familia.

4 INTERVENCIONES INDIVIDUALES

4.1 ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL

Este procedimiento se deriva de la identificación de la mujer o la familia con intención reproductiva a corto plazo. Ello implica que a toda mujer que llegue a cualquier servicio por cualquier causa debe indagarse sobre su intención reproductiva. Esta identificación presupone que se ha ofrecido en el marco de la RPMS la anticoncepción como alternativa y que la toma de decisión sobre la fecundidad es informada y libre de coacciones o violencias.

En condiciones ideales, la consulta se debe realizar al menos un (1) año antes de planear la gestación; por consiguiente, indefectiblemente se debe formular al menos en la primera consulta un método de anticoncepción de acuerdo a los criterios de elegibilidad y el deseo de la mujer. Se recomienda que tanto en la consulta inicial como en las de control y seguimiento participe la pareja o quien la mujer decida como apoyo en este proceso.

4.1.1 Objetivos

- Reconocer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que llevan a la identificación de los riesgos y alternativas de la concepción y a adoptar las medidas necesarias para atenuar o eliminar los mencionados riesgos.
- Promover la salud de la mujer a fin de alcanzar la gestación en las mejores condiciones posibles, a partir de la identificación y evaluación de los riesgos biológicos y psicosociales, el diagnóstico y tratamiento oportuno de alteraciones que afecten la gestación, e información para que la mujer tome decisiones en relación con la planeación de la gestación.

4.1.2 Talento humano

Las acciones o actividades que incluye la consulta preconcepcional para mujeres sin factores de riesgo deben ser realizadas por profesionales en Medicina o Enfermería. La formulación de

DOCUMENTO FORMADOR NO REPRODUCIBLE

los medicamentos y exámenes complementarios enunciado en esta sección podrá ser realizada por profesional de enfermería.

4.1.3 Duración mínima recomendada

La duración de la consulta inicial preconcepcional será mínimo de 30 minutos; control preconcepcional de seguimiento: 20 minutos.

4.1.4 Atenciones incluidas

- Evaluación del riesgo preconcepcional
- Asesoría y provisión de un método anticonceptivo, de acuerdo a los criterios de elegibilidad y el deseo de la mujer.

4.1.5 Frecuencia

Se debe garantizar como mínimo una consulta inicial y un control. derivado de estas atenciones podrá referirse a consulta por profesional en psicología, nutrición, odontología, medicina especializada en ginecología, obstetricia o medicina interna, o al que se requiera de acuerdo a la pertinencia médica.

4.1.6 Descripción

4.1.6.1 Anamnesis

Reconocer el marco de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y en este escenario indagar sobre los hábitos, factores genéticos, familiares y reproductivos, o condiciones psicológicas y sociales, entre otros, con el objeto de entregar pautas para el cuidado de la salud, la identificación precoz de signos de alarma y la utilización de los servicios de salud en sus diferentes niveles, teniendo en cuenta las intervenciones adecuadas para reducir los riesgos reproductivos por antecedentes de salud.

Antecedentes personales: indagar la presencia de diabetes mellitus, enfermedad tiroidea, epilepsia – trastornos convulsivos, hipertensión arterial, hipertensión pulmonar, fenilcetonuria, artritis reumatoidea, Lupus eritematoso sistémico, enfermedad renal crónica, enfermedad cardiovascular, trombofilias heredadas o adquiridas, anemia (incluyendo anemia de células falciformes), asma, tuberculosis, neoplasias, obesidad mórbida (IMC > 35). En la valoración de la salud sexual reproductiva se debe indagar el inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, uso de preservativo, etc.).

En relación a los antecedentes genéticos o familiares se debe hacer énfasis en los siguientes: i) madre mayor de 35 años, ii) historia familiar de alteraciones genéticas conocidas (idealmente hasta de tres generaciones, de ambos miembros de la pareja), hemofilia (detectar las mujeres con riesgo de ser portadoras —aquellas en cuyas familias algún miembro se encuentra afectado y realizar el asesoramiento genético). Las mujeres con antecedentes genéticos o familiares deberán ser remitidas para valoración por el especialista en obstetricia y ginecología, quien definirá la pertinencia de valoración multidisciplinaria, dependiendo de cada condición.
Antecedentes ginecobstétricos: parto pretérmino previo, cesárea previa, abortos previos, muerte fetal previa, gran multiparidad, período intergenésico de menos de 24 meses, incompatibilidad

DOCUMENTO PUBLICADOR NO REPRODUCIBLE

Rh, preeclampsia en la gestación anterior, antecedente de recién nacido con peso menor de 2.500 g, macrosómico, antecedente de hemorragia, postparto, antecedente de embarazo molar, antecedente de depresión postparto.

Indagar sobre los hábitos: patrones de consumo de alimentación, hábitos de higiene general, actividad física, hábitos de descanso y sueño, manejo del estrés y situaciones de alta tensión, consumo de medicamentos, consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias psicoactivas.

En la valoración de hábitos alimentarios y nutricionales, se debe indagar por consumo de suplementos considerados dietéticos (medicaciones, hierbas, etc.) y medicaciones utilizadas para la pérdida de peso. Indagar consumo de dosis elevadas de vitamina A indicando mantener una dieta diaria de vitamina A que sea de 700 equivalentes de retinol por día, con un límite superior de 3.000 equivalentes de retinol por día (o 10.000 IU/día). Así mismo se debe identificar riesgo para deficiencia de vitamina D (enfermedad celiaca, enfermedad de Crohn, obesidad, antecedente de cirugía cardiaca, enfermedad renal y hepática crónica, entre otras) y recomendar un consumo diario de 600-800 IU.

Se deberá identificar el riesgo de deficiencia de calcio cuando la ingesta sea baja y deberá indicarse su suplementación.

A su vez, en la valoración se debe indagar por consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. La evidencia indica que preguntar acerca del uso de alcohol y otras sustancias de manera detallada y completa aumenta la conciencia de la mujer sobre los riesgos asociados con el consumo de alcohol y drogas con la consecuente modificación de comportamiento.

La valoración psicosocial debe incluir la estructura y dinámica familiar, las redes de apoyo familiar, social y comunitario. Indagar o identificar situaciones de vulnerabilidad: exposición a violencias de género y/o sexual, estresores, exclusión social, pobreza, marginalidad, e indagar sobre su manejo.

Se debe evaluar el estado de inmunización y garantizar que la mujer en edad reproductiva complete su esquema de vacunación al menos tres meses antes de embarazarse.

4.1.6.2 Examen físico

Realizar examen físico completo por sistemas: debe hacerse céfalo caudal, incluida la cavidad bucal, tomar medidas antropométricas (peso, talla, valorar el estado nutricional). Se deberá, para el análisis de estas variables utilizar los indicadores antropométricos que define la normatividad vigente (resolución 2465 de 2016 o la norma que la sustituya).

Realizar la valoración ginecológica completa incluida especuloscopia.

4.1.6.3 Plan integral de cuidado primario de la salud

De acuerdo a los antecedentes reproductivos, se indica lo siguiente:

Parto pretérmino previo: Obtener la historia reproductiva y aquellas mujeres con historia de prematurez o restricción del crecimiento intrauterino deben ser evaluadas para la identificación y

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

tratamiento de causas que se puedan modificar antes de una nueva gestación. Informar a las mujeres con partos pretérmino previos sobre los beneficios de la progesterona en el siguiente embarazo.

Enfermedad tromboembólica venosa: en la atención preconcepcional, el clínico debe identificar la presencia de factores de riesgo para eventos tromboembólicos venosos, con el fin de planear intervenciones oportunas que disminuyan dicho riesgo. Las pacientes que reciben de forma preconcepcional intervenciones farmacológicas para la prevención o tratamiento de eventos trombóembolicos venosos deben contar con asesoría especializada.

Cesárea previa: Recomendar a las mujeres con cesárea previa que deben esperar al menos 18 meses antes del nuevo embarazo.

Abortos previos: Evaluar las potenciales causas en aquellas mujeres con dos o más abortos espontáneos y ordenar la terapia indicada. Las pacientes con pérdida recurrente deben ser evaluadas para detectar la presencia de anticuerpos antifosfolipídicos, cariotipo y evaluación de anatomía uterina por el ginecólogo. Informar a las mujeres que hayan tenido un aborto espontáneo único acerca de la baja probabilidad de recurrencia.

Muerte fetal previa: Investigar al momento de la primera muerte fetal, las potenciales causas y comunicarlas a la paciente. Los estudios complementarios en el periodo preconcepcional y comunicar el riesgo elevado para futuros embarazos.

Período intergenésico menor de 24 meses: Asesorar a la mujer sobre el período intergenésico óptimo —al menos de 24 meses— como clave para prevenir complicaciones maternas y fetales.

Incompatibilidad Rh: Determinar el grupo sanguíneo de la mujer y de su pareja, y analizarlo en conjunto con la paridad y el antecedente de profilaxis con Ig anti-D para definir el riesgo de inmunización en una gestación posterior.

Preeclampsia en el embarazo anterior: En caso de antecedente de trastornos hipertensivos relacionados con la gestación, asesorar a la mujer y a la pareja sobre la probabilidad de recurrencia de la enfermedad, así como los riesgos materno perinatales. Además evaluar hipertensión residual y nefropatía.

Antecedente de recién nacido con peso menor de 2.500 g: Asesorar a la mujer o a la pareja sobre la probabilidad de recurrencia de la enfermedad, así como los riesgos perinatales y neonatales. Dar tratamiento a todas las infecciones locales o sistémicas que la mujer o la pareja presenten.

Antecedente de recién nacido macrosómico: Asesorar a la mujer o la pareja acerca de la probabilidad de recurrencia de la enfermedad, así como sobre los riesgos perinatales y neonatales. Realizar control metabólico previo y durante la gestación a las mujeres que presentan diabetes mellitus como condición preexistente.

Antecedente de hemorragia postparto: Evaluar la condición de anemia. Sensibilizar a la mujer en el sentido de garantizar la futura atención del embarazo y del parto en instituciones con capacidad resolutiva para el manejo de HPP por el riesgo de recurrencia

DOCUMENTO PROMADOR NO REPRODUCIBLE

Antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional: Asesorar a la mujer o la pareja sobre que pacientes con cualquier tipo de antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional pueden tener, en general, una gestación normal. Sensibilizar en torno a la evaluación, lo más pronto posible, de la viabilidad de futuros embarazos.

Antecedente de depresión postparto: Identificar en la primera consulta de atención preconcepcional el riesgo de depresión postparto, a partir de las siguientes preguntas:

> *"Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?"*
> *"Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?"*

En caso de presentar resultado positivo en este tamizaje se debe derivar a la Ruta Integral de Atención para población con riesgo o presencia de problemas, trastornos mentales y epilepsia.

Adicional a la valoración, se debe solicitar y hacer la lectura de los siguientes exámenes de laboratorio (en la consulta de ingreso o de control):

- Antígeno superficie hepatitis B
- Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino
- Glicemia
- Hemoclasificación
- Hemograma
- Hemoparásitos (en zonas endémicas)
- IgG G toxoplasma
- IgG G rubéola
- IgG G varicela
- Prueba treponémica rápida para sífilis
- Urocultivo con concentración mínima inhibitoria (CMI)
- VIH (prueba rápida), con asesoría pre y pos test

Indicar sumplementación con 0.4 mg de ácido fólico por día para la prevención de defectos del tubo neural. La dosis para mujeres que tengan antecedentes previos de recién nacidos con defectos del tubo neural debe ser de 4mg al día, que deberán ser iniciados al menos 3 meses previos a la gestación.

Conforme a los hallazgos durante la valoración, el profesional en salud debe realizar una síntesis ordenada de los factores protectores riesgos, y el estado general de la salud de la mujer. Según criterio médico se procederá a dar cita para atención por odontología, nutrición, psicología, trabajo social, e interconsulta por medicina especializada.

4.1.6.4 Información en salud

Durante la consulta se debe abordar los siguientes temas: planeación de la familia, espaciamiento de los hijos, prevención de la gestación no deseada, recomendaciones nutricionales, estado de inmunización contra enfermedades infecciosas, importancia del control

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

prenatal temprano y la detección temprana de los factores de riesgo cardiometabólicos, entre otros aspectos.

Proveer información sobre el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y sus causales de acuerdo a la normatividad vigente.

Informar a la mujer y la pareja sobre los riesgos de aneuploidía y cromosomopatías asociadas con la edad y sobre las intervenciones para realizar tamizaje o diagnostico en caso de gestación.

Informar a la mujer con patologías crónicas o enfermedades graves y a su pareja, sobre la conveniencia o no del embarazo, o su postergación.

Consultas de control y seguimiento: se establecen como mínimo un control. El objetivo de esta consulta es establecer un diagnóstico mediante la lectura e interpretación de los exámenes solicitados en la primera consulta.

Las recomendaciones preconcepcionales estarán orientadas de acuerdo a condiciones específicas previas, así:

Diabetes mellitus: Aconsejar sobre la importancia del control de la diabetes para el embarazo. Optimizar el control de la glicemia y el monitoreo. Mantener un peso óptimo y realizar ejercicio regular. Evaluar las complicaciones vasculares. Realizar una hemoglobina glicosilada y, de no ser adecuada (menor de 6.5), realizar control y tratamiento. Derivar a consulta para asesoría en anticoncepción; derivar a la RIAS para la población con riesgo o presencia de alteraciones cardio – cerebro – vascular –metabólicas manifiestas (Diabetes Mellitus – DM.)

Enfermedad tiroidea: Lograr un óptimo control terapéutico antes de quedar en embarazo. Tratar con propiltiouracilo en casos de hipertiroidismo. Realizar evaluación hormonal en pacientes con clínica o historia de enfermedad tiroidea. No se recomienda el tamizaje para el hipotiroidismo subclínico. Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva.

Epilepsia: Tratar con monodrogas, con la mínima dosis terapéutica posible. Evaluar la posibilidad de suspender el tratamiento seis meses antes de intentar el embarazo, si las condiciones médicas son favorables (dos años sin convulsiones). En caso de requerir tratamiento, cambiar a carbamazepina, lamotrigina o levetiracetam. Administrar ácido fólico (4 mg/ día). Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva.

Hipertensión: Informar sobre los riesgos para el embarazo y la importancia de cambiar al antihipertensivo adecuado. Realizar una evaluación general de las pacientes con larga data de hipertensión (hipertrofia ventricular, retinopatía, nefropatía). Sustituir antihipertensivos inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina II, los antagonistas de los receptores de angiotensina II y diuréticos durante la planificación de un embarazo. Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva.

Artritis Reumatoidea: Informar acerca de la historia natural de la enfermedad, la mejoría potencial durante el embarazo y el empeoramiento en el puerperio. En caso de embarazo, evitar corticoides en el primer trimestre y suspender los AINES a partir de la 27 semana de gestación. Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

Lupus Eritematoso Sistémico: Planear el embarazo para momentos de remisión de la enfermedad, sobre todo si existe presencia de nefritis. Suspender durante el embarazo la ciclosfofamida que se utiliza frecuentemente en el lupus eritematoso por ser teratogénica; administrar azatioprina, ciclosporina A y cloroquina desde la preconcepción. Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva.

Enfermedad Renal Crónica: Informar sobre la posibilidad de progresión de la enfermedad renal durante el embarazo. Realizar control de la presión arterial antes de la concepción produce mejores resultados perinatales. Solicitar proteinuria, dado que la presencia de proteína se asocia con malos resultados perinatales y progresión de enfermedad renal a largo plazo. Suspender drogas no aconsejadas para el embarazo (por ejemplo, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina). Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva.

Enfermedad Cardiovascular: Informar sobre los riesgos asociados con la patología cardiovascular y el embarazo. Evitar la warfarina durante el primer trimestre. Realizar corrección quirúrgica (las que sean posibles) de patologías cardiovasculares antes del embarazo. Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva.

Trombofilia: Considerar el tamizaje de las mujeres de edad reproductiva con una historia personal o familiar de eventos trombóticos. Evaluar el riesgo trombótico en las mujeres con trombofilias congénitas con el fin de determinar el tratamiento oportuno. Sustituir la warfarina por heparinas de bajo peso molecular antes del embarazo para evitar su efecto teratogénico, en caso de que se considere que es una paciente de riesgo y recibe warfarina. Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva.

Anemia: Evaluar la anemia durante el periodo preconcepcional y eventualmente tratarla en pacientes con riesgo de déficit de hierro.

Asma: Informar sobre la posibilidad de agravarse durante el embarazo. Mantener anticoncepción en mujeres con mal control del asma, hasta lograr un control efectivo de las crisis. Realizar tratamiento profiláctico previo al embarazo en pacientes con asma persistente. Tratar con budesónida (agente preferido como inhalador, único de categoría B). Utilizar como alternativa beclometasona -Categoría C. Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva.

Tuberculosis: Garantizar el tratamiento completo de la enfermedad. Administrar fármacos como isoniacida, etambutol, rifampicina y pirazinamida antes y durante el embarazo. Evitar la estreptomicina (GRB NEII-2). Recomendar la planificación familiar durante el tiempo que dure el tratamiento anti TBC.

Neoplasias: Informar sobre la posibilidad de agravarse durante el embarazo. Garantizar la planificación familiar durante el tiempo que dure el tratamiento antineoplásico. Aconsejar conducta de acuerdo con la agresividad del tumor, del estadio de la enfermedad y del compromiso en la condición de salud de la mujer. Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva.

Obesidad mórbida: Realizar evaluación nutricional y paraclínicos adicionales que permitan determinar el estado metabólico y endocrino.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

Infertilidad: Durante la consulta preconcepcional entregar información que permita prevenir la infertilidad, entre lo que se incluye:

- Realizar asesoría sobre el potencial impacto que pueden generar las infecciones de transmisión sexual especialmente VIH/Sida, Clamidia tracomatis y gonorrea en la reproducción.
- Informar sobre el potencial impacto que tiene la obesidad sobre la fertilidad junto con un adecuado manejo de los trastornos nutricionales. La mujer con IMC mayor de 29 debe ser informada de una mayor dificultad para concebir y mayor riesgo obstétrico si logra un embarazo. La obesidad se asocia a una reducción de la calidad seminal, por lo que se deberá realizar una intervención nutricional.
- Orientar hacia la suspensión del tabaco en las parejas que buscan fertilidad. El consumo de tabaco impacta negativamente la fertilidad del hombre y de la mujer.
- Informar a las parejas con deseo reproductivo que la fertilidad declina con la edad de la mujer. Esta disminución es muy significativa después de los 35 años.
- Informar que la falta de descenso testicular (testículo no descendido) puede afectar severamente la función testicular.

El diagnóstico de infertilidad se hará durante la consulta preconcepcional según los estándares de la OMS, esto es: “enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas”.

En tal caso se deberá solicitar estudio ultrasonográfico pélvico – ginecológico transvaginal más un espermiograma de acuerdo a los parámetros de análisis seminal establecido por la OMS. Se deberá brindar apoyo psicológico a todas las parejas infértiles ya que esto mejora su calidad de vida.

Durante la consulta de seguimiento preconcepcional se realizara la revisión del espermiograma y estudioultrasonográfico respectivo. En caso de detectarse alguna anormalidad en el espermiograma, el tiempo óptimo para volver a repetirlo debe ser de 3 meses (de acuerdo con el ciclo completo de la espermatogénesis).

Podrá referirse a consulta por profesional en psicología, nutrición, odontología, medicina especializada en ginecología, obstetricia, medicina interna, urología o endocrinología, o al que se requiera de acuerdo a la pertinencia médica. Durante el manejo médico especializado, se podrá solicitar realizar juntas médicas y/o interconsultas a profesionales de la medicina subespecializados en medicina reproductiva de acuerdo según criterio médico.

4.1.7 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de medicina general, medicina familiar o enfermería, se debe contar con lo siguiente: Lista de chequeo que orienta el tamizaje de riesgo durante la atención preconcepcional (anexo 1).

4.2 INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es un derecho fundamental de las mujeres y niñas en Colombia. Por esta razón, los servicios de salud relacionados con la IVE deben garantizarse de manera real con una atención oportuna en todos los grados de complejidad y en todo el territorio nacional.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

La realización de este procedimiento parte de haber garantizado, tanto en la RPMS, como en los primeros pasos de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, el derecho que tienen las mujeres a conocer las causales bajo las cuales pueden interrumpir el embarazo, y que están previstas en la Sentencia C - 355 de 2006 y demás sentencias complementarias.

Los prestadores primarios que cuenten con personal médico debidamente entrenado, están en la capacidad de ofrecer servicios de IVE por aspiración endouterina hasta las 15 semanas y con medicamentos hasta la semana 10 de embarazo, dado que ambos son procedimientos ambulatorios. Para el caso de la aspiración endouterina en el primer nivel de atención, se debe cumplir con los requisitos establecidos en la Resolución No. 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social o la norma que la modifique o sustituya. Así mismo, deben estar en capacidad de identificar, estabilizar y remitir cualquier complicación de la IVE que no pueda tratarse en ese nivel

Aunque algunos procedimientos a realizarse después de las 15 semanas de embarazo se pueden llevar a cabo de forma ambulatoria (dilatación y evacuación o aborto por inducción con medicamentos), la opción de hospitalización debe estar disponible, en caso de ser necesario. Así mismo, este nivel debe estar en capacidad de manejar las posibles complicaciones relacionadas con la IVE.

4.2.1 Objetivos

- Reconocer el derecho a la autonomía y autodeterminación reproductiva de la mujer, garantizando el acceso a servicios seguros y de calidad para la interrupción voluntaria del embarazo, en marco de lo previsto por la Sentencia C – 355 de 2006, tratando con eficacia las posibles complicaciones del aborto.

- Informar a las mujeres frente a la preparación y ejecución de los procedimientos de interrupción del embarazo y la asesoría y provisión anticonceptiva post aborto; así como las opciones que se tienen, aun estando inmersas en alguna causal, sobre la posibilidad de seguir con la gestación y asumir la crianza o dar el producto de la gestación en adopción.

4.2.2 Talento humano

El conjunto de procedimientos relacionados con la IVE requiere un equipo que pueda garantizar el acceso al procedimiento, así como brindar orientación y apoyo a la mujer. Este equipo puede estar compuesto por profesionales de enfermería, medicina, medicina especializada en ginecología, psicología y trabajo social. Cabe anotar que el hecho de no contar con todo el talento humano, no puede constituirse en una barrera para la prestación del servicio.

4.2.3 Duración mínima recomendada

Al tratarse de una agrupación de procedimientos que va desde la consulta para asesoría de opciones frente al embarazo hasta la oferta anticonceptiva post aborto antes del alta, se considera que el tiempo es variable. En todo caso, si la mujer decide interrumpir el embarazo,

DOCUMENTO CORRADOR NO REPRODUCIBLE

desde la consulta inicial, hasta la realización del procedimiento, se debe garantizar que no transcurra un tiempo superior a cinco (5) días calendario.

4.2.4 Atenciones incluidas

- Consulta inicial para valoración integral de la salud de la mujer, que incluye la valoración de la salud mental y del estado emocional.
- Orientación y asesoría para la toma de decisiones frente a las causales previstas por la sentencia C-355 de 2006.
- Interrupción del embarazo farmacológica y no farmacológica.
- Provisión anticonceptiva (según criterio médico o a solicitud de la mujer).
- Control post aborto.

4.2.5 Descripción

Consulta inicial por medicina para valoración integral de la salud de la mujer

El propósito de la consulta médica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo es establecer si la mujer está efectivamente embarazada y, de estarlo, conocer la edad gestacional y confirmar que el embarazo sea intrauterino. Se incluye también la valoración de la salud mental y del estado emocional.

La consulta inicial se refiere al primer contacto que tiene la mujer con los servicios de salud cuando voluntariamente solicita la IVE o cuando dentro del seguimiento de los primeros pasos de la RIAPM se advierte que está inmersa en alguna de las causales previstas por la Sentencia C – 355 de 2006, y decide acceder al procedimiento.

Esta consulta puede ser llevada a cabo por medicina general o especializada. En cualquiera de los dos casos se deben tener en cuenta las particularidades que se describen a continuación:

Toda solicitud de IVE debe quedar debidamente consignada en la historia clínica, se debe establecer la causal bajo la cual la mujer solicita la interrupción de su embarazo. Se debe documentar y registrar en forma clara y concreta en la historia clínica. Además, se deben relacionar los requisitos establecidos legalmente para cada causal (certificado médico o denuncia). La evaluación del estado emocional no necesariamente tiene que ser realizada por un/a especialista y no debe convertirse en una exigencia que obstaculice el acceso de la mujer a la IVE. La Corte Constitucional reconoce que todo/a médico/a y/o psicólogo/a está capacitado/a para valorar este riesgo y por lo tanto no es necesario que la certificación sea hecha por un/a especialista.

4.2.5.1 Anamnesis

En la consulta inicial se debe confirmar el embarazo y establecer la edad gestacional teniendo en cuenta la fecha de la última menstruación. Además, se debe realizar una historia clínica completa. La mayoría de las mujeres comienzan a sospechar un embarazo cuando tienen un retraso menstrual. Se interroga, por tanto, sobre el primer día de la última menstruación (primer día de sangrado), y si esta fue normal. Es necesario precisar la exactitud de este dato y correlacionarlo con el examen físico; en razón a que en caso de estar lactando, tener periodos

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

irregulares, estar usando anticonceptivos o presentar sangrados en etapas iniciales del embarazo, podría producirse un error en la estimación de la edad gestacional.

Los antecedentes médicos familiares y personales de la mujer deben interrogarse y documentarse de manera completa, con especial énfasis en todas aquellas condiciones previas que puedan orientar a la necesidad de un nivel de atención de mayor complejidad. También se debe incluir la valoración de sus condiciones psicosociales y de la posible afectación que el embarazo esté causando en ellas en el momento de la consulta. Deben explorarse, en especial, la tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos; así como la existencia de redes de apoyo (soporte familiar y/o de pareja).

4.2.5.2 Examen físico

El examen físico debe ser completo en su aspecto general. Específicamente debe confirmar la existencia del embarazo y estimar su duración por medio de un examen pélvico bimanual. Los signos detectables de embarazo entre las semanas 6ª y 8ª incluyen reblandecimiento cervical y/o del istmo, y reblandecimiento y elongación del útero. Si el tamaño uterino es menor al esperado, debe considerarse la posibilidad de un embarazo menos avanzado que el estimado por la fecha de la última menstruación, un embarazo ectópico o un aborto retenido. Un útero mayor al esperado, puede indicar un embarazo más avanzado que el calculado por la fecha de la última menstruación, un embarazo múltiple, presencia de miomas o enfermedad trofoblástica gestacional. Además del tamaño, se debe confirmar la posición del útero para prevenir posibles complicaciones durante la IVE por aspiración endouterina en caso de anteversión o retroversión extrema. También se debe evaluar la presencia de enfermedades infecciosas del tracto genital, porque pueden aumentar el riesgo de una infección post aborto, si no son tratadas antes del procedimiento. Desde un punto de vista clínico, la presencia de infección por VIH en una mujer que se somete a una IVE, requiere las mismas precauciones que para otras intervenciones médico/quirúrgicas. Si se sabe que la mujer convive con el VIH, se debe dar orientación y asesoría sobre VIH durante el embarazo.

4.2.5.3 Toma de paraclínicos

Como norma general, no se requieren exámenes paraclínicos para la prestación de servicios de IVE. Sin embargo, es importante conocer la hemoclasificación de la mujer y administrar inmunoglobulina anti-D a las mujeres Rh negativas al momento del procedimiento de IVE. En los casos en que clínicamente se sospeche anemia, se debe solicitar cuadro hemático para tomar las medidas necesarias ante una eventual hemorragia.

Al igual que en cualquier control prenatal, a toda mujer se le debe dar asesoría y ofrecer la prueba de tamizaje para VIH (prueba rápida), dejando claro que es voluntaria, pero que se recomienda practicarla a toda mujer embarazada. Este proceso de asesoría y ofrecimiento debe ser documentado en la historia clínica. También se debe ofrecer el tamizaje para sífilis con prueba treponémica rápida. En ningún caso, estas pruebas se pueden constituir en barrera de acceso al procedimiento de IVE.

La exploración ecográfica no es necesaria para la interrupción del embarazo durante el primer trimestre, salvo que ante la presencia de otros signos o síntomas, se sospeche la presencia de un embarazo ectópico, enfermedad trofoblastica o cualquier otra alteración de la gestación. En lugares donde se cuenta con este recurso, la ecografía puede ser de utilidad para la detección

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

de embarazos ectópicos mayores de 6 semanas. En etapas tardías del embarazo, algunos profesionales encuentran esta tecnología de ayuda antes o durante el procedimiento de IVE. En las instituciones en las que se disponga de servicios de ecografía, se recomienda habilitar áreas distintas para la evaluación de las mujeres que solicitan la IVE y para las mujeres que reciben cuidados prenatales. Se recomienda también realizar los estudios ecográficos sin exponer a la mujer a la imagen de la gestación a menos que ella así lo desee.

Si se sospecha un embarazo ectópico, porque el tamaño uterino es menor al esperado o porque hay síntomas sugestivos como dolor o sangrado, o mareos, desmayos, palidez o masa anexial en casos avanzados, es esencial confirmar la localización del embarazo antes de iniciar un tratamiento para la IVE. La mujer debe ser remitida a un nivel de atención con disponibilidad de ecografía transvaginal y cuantificación de fracciones Beta de gonadotropina coriónica humana.

En caso de enfermedad o evento de interés en salud pública se deben realizar los exámenes de laboratorio pertinentes según protocolo de vigilancia en salud publica expedido por el Instituto Nacional de Salud, incluidos los estudios de histopatología u otros posteriores al procedimiento.

4.2.5.4 Certificación de las causales

Las causales de IVE en Colombia, de acuerdo a la sentencia C355/2006

> *"(i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico;*
> *(ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y,*
> *(iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas , o de incesto".*

Una vez se ha obtenido la historia clínica completa; se debe identificar si la mujer está dentro de alguna de las causales definidas por la sentencia C-355 de 2006.

Un profesional en medicina general está en la capacidad de identificar las causales, verificar el cumplimiento de los requisitos para cada una de ellas, y expedir el certificado correspondiente (en caso de que el embarazo represente algún riesgo para la vida o la salud física, mental o social de la mujer, o el feto presente alguna malformación incompatible con la vida extrauterina).

Un profesional en psicología también está en la capacidad de reconocer el riesgo de afectación a la salud mental o social que ha identificado la mujer y expedir el certificado correspondiente. Debe tenerse en cuenta que la mujer tiene derecho a un diagnóstico integral sobre su estado de salud en relación con el embarazo, y ante la identificación de cualquier riesgo de afectación para su salud física, mental o social derivado del mismo; puede decidir si lo continua o no.

Así, la única exigencia para quien expide dicho certificado es que actúe conforme a los estándares éticos de su profesión[10]. Por lo tanto, no es exigible que ostente una especialidad específica o que pertenezca a una institución determinada.

[10] En este sentido, el profesional debe certificar que existe la probabilidad de daño, pero es la mujer quien identifica y decide sobre el nivel de riesgo o peligro que está dispuesta a correr, es decir, hasta donde permitirá que

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

Para los casos de violación, incesto, inseminación artificial o transferencia de óvulo no consentidas, la ausencia de la denuncia no puede constituirse en una barrera para acceder a la IVE, ya que el procedimiento hace parte de la prestación de servicios integrales en salud a los que tiene derecho una víctima de violencia sexual y para los cuales no es necesario contar con este requisito; de acuerdo a lo establecido en el artículo 23 de la Ley 1719 de 2014. Debe tenerse en cuenta también que según lo establecido en la Ley No. 1257 de 2008, la denuncia de violencia sexual puede ser interpuesta por otra persona que no sea la víctima, razón por la que el/la profesional de salud debe dar aviso del hecho a las autoridades competentes con el fin de que estas inicien la investigación de oficio, dado que el acto de violencia tiene un carácter no conciliable, no desistible y no transable.

A las menores de catorce años no se les debe exigir denuncia en ningún caso como requisito para acceder a la IVE; pues existe la presunción de que han sido víctimas de violencia sexual, además de la activación de la rutas de protección y justicia de las que habla la 0459 de 2012 o la que la modifique o sustituya.

En caso de que sea necesaria la valoración de la mujer por parte de un especialista, se debe iniciar la remisión de la mujer de manera inmediata, sin que esto se constituya en una barrera al acceso del servicio de IVE, y sin que la atención se extienda más allá del plazo razonable establecido. Idealmente, los servicios de IVE deben estar disponibles en el mismo nivel de atención en el que la mujer consulta; siempre y cuando se cuente con personal médico entrenado en aspiración endouterina e IVE con medicamentos. En caso contrario, se deben iniciar los trámites de remisión necesarios, teniendo en cuenta la obligación de garantizar la oportunidad del servicio.

De ninguna manera pueden imponerse tiempos de espera prolongados o sujetar la remisión de la mujer a la disponibilidad de citas por consulta externa que limite la prestación de un servicio oportuno. El término razonable para responder las solicitudes de IVE y para realizar el procedimiento es de cinco (5) días calendario contados a partir de la consulta.

La exigencia de requisitos adicionales a la mujer como órdenes judiciales o administrativas, conceptos de asesores o auditores, dictámenes de medicina legal, autorizaciones de familiares o terceros; están prohibidos y constituyen barreras inadmisibles para la garantía en la prestación de los procedimientos de IVE.

4.2.5.5 Orientación y asesoría

A toda mujer que decide interrumpir voluntariamente su embarazo, se le debe ofrecer orientación y asesoría después de la valoración clínica. Aunque la orientación y asesoría no son obligatorias, ni se deben constituir en un prerrequisito que obstaculice el acceso a los servicios de IVE o dilate la atención, la orientación y asesoría oportunas y de calidad, son aspectos primordiales en el proceso de toma de decisión de la mujer, con el fin de mejorar los resultados del proceso, garantizar el derecho a la procreación en condiciones seguras, y fortalecer aspectos preventivos en salud sexual y reproductiva. Idealmente estos servicios deben ser

---

la gestación altere su bienestar. Así, el certificado no es una argumentación sobre si se debería interrumpir o no el embarazo según la ponderación del riesgo que hace quien lo expide, sino la confirmación de que en efecto, la hipótesis del riesgo existe. Cabe señalar que la certificación del riesgo no depende de que este sea de una intensidad determinada sino solo de su existencia.

DOCUMENTO PROPIEDAD NO REPRODUCIBLE

prestados por profesionales de psicología o de trabajo social; sin embargo, en caso de no contar con estos perfiles puede estar a cargo de profesionales de la salud con capacitación suficiente en derechos sexuales y reproductivos, de acuerdo a la guía de capacitación para atención en salud de la interrupción voluntaria del embarazo.

En general, la orientación debe consistir en un acompañamiento emocional que cree un ambiente propicio para que la mujer hable sobre cómo se siente, cómo llegó a la situación actual e identifique sus condiciones personales, familiares y sociales particulares. Durante la misma se deben revisar los significados, ideas y temores involucrados en la vivencia y las herramientas disponibles para afrontar la situación, teniendo en cuenta el contexto en el que vive la mujer, lo mismo que sus valores, creencias y sentimientos.

En ningún momento la orientación y asesoría intenta imponer valores o creencias, como tampoco cambiar las decisiones de la mujer. No pretende aconsejar, juzgar o adoctrinar. Esta orientación y asesoría deben llevarse a cabo de manera estructurada y lógica, garantizando un espacio de respeto que permita a la mujer una expresión abierta de su vivencia.

A través de acompañamiento e información, en un ambiente de respeto y promoción de la autonomía, la libertad y la voluntad de la mujer, la orientación y asesoría se convierten en una oportunidad para la afirmación del ejercicio de la sexualidad y la reproducción en un marco de derechos y responsabilidades.

La orientación y asesoría deben ser proporcionadas en un ambiente de estricta privacidad y deben garantizar la confidencialidad, mediante la protección de la información que se revele dentro de las mismas. La participación del compañero, padre, madre o cualquier otra persona en la consulta solo es permitida si la mujer lo autoriza explícitamente, de lo contrario, el involucramiento de terceras personas constituye una ruptura seria de la confidencialidad. Por otra parte, debe evaluarse siempre la red de apoyo social y familiar de la mujer.

4.2.5.6 Identificar coerción

Se debe identificar si la mujer puede estar bajo la presión de su pareja, otro miembro de la familia u otra persona para continuar el embarazo o para la interrupción del mismo. Si el personal de salud sospecha coerción, deberá hablar con la mujer en privado y seguir los protocolos institucionales y las normas para garantizar la seguridad de la mujer y sus derechos a la autonomía y la libertad.

Algunas mujeres se acercan a los servicios de salud después de haber tomado la decisión de interrumpir el embarazo y no requieren orientación adicional para este fin. Por lo tanto se debe respetar su voluntad y la decisión que ha tomado el marco del ejercicio de su autonomía.

4.2.5.7 Información y elección del procedimiento

Durante la interacción inicial es determinante escuchar y aclarar los temores y dudas; responder las preguntas empleando un lenguaje claro, sencillo y pertinente; y asegurarse de que la mujer ha comprendido la información.

Adicionalmente toda paciente debe conocer que existen alternativas a la IVE, las cuales deben ser expuestas de manera objetiva e imparcial. Dichas alternativas son la continuación del embarazo para ejercer la maternidad o para entregar el producto de la gestación en adopción.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

Una vez la mujer ha tomado la decisión de interrumpir el embarazo, la información mínima que debe recibir sobre el procedimiento incluye:

- Las opciones de tratamiento, incluyendo las características, riesgos y ventajas asociadas a cada una de ellas.
- Lo que sucederá y lo que sentirá durante el tratamiento y el tiempo que tomará cada uno.
- Lo que puede esperar después del procedimiento, retorno de la fertilidad, reinicio de la actividad normal (incluyendo relaciones sexuales), cuidados que debe tener posteriormente, anticoncepción y demás actividades de prevención y promoción en salud sexual y reproductiva.
- El marco legal que la protege y le garantiza el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, y la necesidad del consentimiento informado.

En los casos en que se identifica violencia sexual, la mujer debe ingresarse en los procedimientos propios de la RIAS para población sujeta a riesgo o víctimas de violencia.

4.2.5.8 Elección del procedimiento

Los métodos para la IVE pueden clasificarse en métodos farmacológicos y no farmacológicos. En las instituciones en donde están disponibles los dos métodos y no hay restricciones desde el punto de vista clínico, la mujer es quien elige libremente el tipo de procedimiento, teniendo en cuenta la edad gestacional, las ventajas y desventajas de cada método y las preferencias particulares.

4.2.5.8.1 Métodos para ser utilizados hasta 15 semanas completas desde la fecha de la última menstruación

Métodos no farmacológicos: El método de elección es la aspiración al vacío manual o eléctrica. La aspiración al vacío se puede realizar hasta la semana 15 por personal médico debidamente entrenado y con cánulas del tamaño adecuado.

La dilatación y el curetaje (legrado cortante) es un método señalado por la OMS como **obsoleto** y no debe ser utilizado ya que se ha comprobado su mayor asociación con complicaciones como sangrado y perforación, mayores tiempos de estancia y mayores costos.

Métodos farmacológicos: Los métodos recomendados son los que utilizan una combinación de mifepristona seguida de misoprostol, ya que el misoprostol solo es menos eficaz que cuando se usa en combinación con mifepristona. Sin embargo un esquema de dosis repetidas de misoprostol solo hasta la semana 10 de gestación es también seguro y eficaz. Estos medicamentos se administran de forma ambulatoria. El uso de métodos de IVE con medicamentos requiere la posibilidad de ofrecer aspiración al vacío en el mismo lugar o en un sitio de remisión, en caso de ser necesaria.

4.2.5.8.2 Métodos para ser utilizados después de las 15 semanas completas desde la fecha de la última menstruación

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

Métodos no farmacológicos: El método no farmacológico de elección es la dilatación y evacuación (DyE), usando aspiración y pinzas. La evidencia actualmente disponible indica que la DyE es el método más seguro, incluso por encima de los métodos con medicamentos, para procedimientos de evacuación mayores de 15 semanas, siempre y cuando se tenga la capacitación necesaria y el instrumental adecuado.

Métodos farmacológicos: El método médico recomendado para el aborto después de las 15 semanas desde la fecha de ultima menstruación es la mifepristona seguida de dosis repetidas de misoprostol hasta lograr la expulsión, siempre bajo supervisión directa durante el proceso. Después de la expulsión, en caso de retención de restos ovulares puede ser necesario un procedimiento de evacuación uterina.

4.2.5.8.3 Métodos para ser utilizados después de las 20 semanas completas desde la fecha de la última menstruación

Cuando se utilizan métodos médicos de aborto después de las 20 semanas de gestación, debe considerarse la inducción a la asistolia fetal antes del procedimiento. Los métodos médicos modernos, como la combinación de regímenes de mifepristona y misoprostol o misoprostol solo, no producen directamente la asistolia fetal; la incidencia de sobrevida transitoria del feto después de la expulsión está relacionada con el aumento de la edad gestacional y la disminución del intervalo del aborto. Entre los regímenes utilizados frecuentemente previo al procedimiento para inducir la asistolia fetal se incluyen:

- *Inyección de cloruro de potasio (KCl) a través del cordón umbilical o en las cavidades cardíacas del feto.*

Es sumamente eficaz, pero requiere experiencia para aplicar la inyección en forma segura y precisa y tiempo para observar la cesación cardíaca mediante ecografía.

- *Inyección intraamniótica o intrafetal de digoxina*

La digoxina tiene una tasa de fracaso más alto que el KCl para provocar la asistolia fetal; no obstante, es técnicamente más fácil de usar, no requiere una ecografía si se administra por vía intraamniótica, y su seguridad ha sido demostrada (los niveles de suero maternos permanecen en los niveles terapéuticos o subterapéuticos de digoxina).

La digoxina requiere tiempo para la absorción fetal; en consecuencia, suele administrarse el día anterior a la inducción del aborto junto con el misoprostol.

4.2.5.9 Consentimiento informado

El consentimiento informado es la manifestación libre y voluntaria de la mujer embarazada en la que solicita y acepta someterse a una IVE, para el cual debe haber recibido información clara, real, objetiva y completa sobre sus derechos, los procedimientos, los riesgos y los efectos para su salud y su vida. Este consentimiento deberá suscribirse con antelación al procedimiento de IVE y anexarse a la historia clínica.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

Las niñas menores de 14 años en estado de gravidez tienen el derecho a exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo y este debe primar cuando sus progenitores o representantes legales no están de acuerdo con dicho procedimiento. Cualquier medida de protección que despoje de relevancia jurídica el consentimiento de las niñas menores de 14 años resulta no solo inconstitucional sino también contraproducente.

Para el caso de mujeres o niñas con discapacidad, debe prevalecer también su manifestación libre e informada sobre la realización del procedimiento de IVE. Para esto, deben emplearse los apoyos, ajustes razonables y salvaguardias que sean necesarias.

4.2.5.10 Descripción procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo

4.2.5.10.1 Interrupción no farmacológica.

Cuando se opte por esta técnica se debe realizar:

- Preparación cervical: Por lo general los procedimientos de evacuación uterina requieren de dilatación cervical, la cual se logra con dilatadores osmóticos o mecánicos.
- Prevención del dolor. Toda mujer debe recibir analgesia rutinariamente. Se recomienda la administración previa de analgésicos tipo AINES. La evidencia indica que esta conducta reduce el dolor que la mujer experimenta durante la recuperación inmediata. El esquema sugerido es ibuprofeno, 800 mg vía oral, media hora antes del procedimiento. El acetaminofén no ha mostrado ser útil en estos casos. Actualmente se sugiere el empleo de analgésicos narcóticos para el control del dolor.
- Prevención de infección post aborto. El esquema más recomendado es doxiciclina en dosis de 100 mg cada 12 horas. Iniciar antes del procedimiento y continuar durante 3 a 5 días después del procedimiento.o 200 mg antes del procedimiento en dosis única, Metronidazol, 1 gramo intrarrectal, o el Tinidazol, 2 gramos vía oral, antes del procedimiento.
- Evacuación uterina hasta las 15 semanas: Aspiración endouterina La aspiración al vacío es la técnica no farmacológica de elección para embarazos hasta de 15 semanas completas.
- Evacuación uterina desde las 15 semanas: Dilatación y evacuación La dilatación y evacuación (DyE) es utilizada desde las 15 semanas completas de embarazo. En aquellos lugares en donde se dispone de profesionales con experiencia y habilidad, es la técnica no farmacológica más efectiva y segura para embarazos de más de 15 semanas. La DyE requiere la preparación cervical con mifepristona o una prostaglandina como el misoprostol, o laminaria o un dilatador hidrofílico similar. Se debe dilatar el cérvix y evacuar el útero utilizando un aspirador eléctrico con una cánula de 14 a 16 mm de diámetro y pinzas. Dependiendo de la duración del embarazo, una adecuada dilatación puede requerir desde dos horas hasta un día completo.

4.2.5.10.2 Interrupción farmacológica

El método recomendado para la interrupción del embarazo con medicamentos es la mifepristona seguida de dosis repetidas de misoprostol como muestra el anexo 13 hasta lograr la expulsión, siempre bajo supervisión directa durante el proceso.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

Antes de iniciar el tratamiento, se debe dar información exacta, imparcial, completa y comprensible sobre el tratamiento con medicamentos y lo que se debe esperar del mismo. La información debe incluir como mínimo:

- La efectividad del tratamiento medicamentoso que está entre el 85 y 95%.
- La posibilidad de requerir aspiración uterina después del tratamiento con medicamentos que se encuentra por encima del 15% cuando se emplea solo misoprostol.
- El tiempo de inicio y duración del sangrado y de la expulsión del producto de la concepción.
- Otros efectos esperados como el dolor abdominal.
- El tiempo estimado del retorno de la fertilidad.
- Efectos colaterales como nauseas, vómito, fiebre, escalofríos, diarrea o cefalea.

4.2.5.11 Recuperación

La mayoría de las mujeres que tienen una IVE durante el primer trimestre con anestesia local se sienten lo suficientemente bien como para dejar la Institución después de haber permanecido alrededor de 30 a 60 minutos en observación en una sala de recuperación. Por lo general, son necesarios períodos más largos de observación cuando se ha administrado sedación consciente o anestesia general. Durante este periodo, el personal de salud brinda a la mujer comodidad y apoyo y monitorea su recuperación. Vigila en especial el nivel de dolor y administra analgésicos y antiespasmódicos a necesidad cuando el dolor se encuentra dentro de lo esperado o alerta en cuanto a la posibilidad de perforación uterina o hematómetra cuando sea mayor al usual.

Se debe administrar inmunoglobulina anti-D a toda mujer que sea Rh negativa y cuyo compañero sea Rh positivo o no determinado, en dosis de 50 mcg. para mujeres con edades gestacionales hasta las 11 semanas y 300 mcg. para usuarias con edades gestacionales de 12 semanas o más

La mujer debe recibir información clara sobre los síntomas que puede tener durante su recuperación como dolor tipo cólico ocasional durante la primera semana, que no debe incrementarse y que debe ceder con analgésicos comunes; sangrado similar al menstrual en promedio por 10 días, aunque puede durar hasta 4 semanas.

También debe saber que la ovulación puede ocurrir tan temprano como 8 días después del procedimiento y por lo mismo es necesario que utilice un método anticonceptivo, idealmente desde el mismo día y que la menstruación reaparecerá entre 30 y 40 días después del procedimiento. Después de la IVE, la mayoría de las mujeres puede retomar sus actividades habituales en el transcurso de horas o 1-2 días.

Se deben dar instrucciones claras de consultar en caso de fiebre, dolor abdominal severo o sangrado mayor a dos toallas higiénicas empapadas por hora durante más de dos horas consecutivas.

4.2.5.12 Asesoría y provisión anticonceptiva

Es mandatorio realizar asesoría anticonceptiva y provisión del método anticonceptivo antes del alta hospitalaria. Realizar de acuerdo a la directriz de atención para la planificación familiar y la

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

anticoncepción. En casos que la mujer haya optado por un método, se deberá hacer la gestión para la asignación de la cita de control por consulta externa.

4.2.5.13 Consulta de seguimiento

Después de una IVE por aspiración no se requiere una visita de seguimiento si la mujer cuenta con la información adecuada acerca de cuándo buscar atención debido a complicaciones y si ha iniciado un método anticonceptivo o ha recibido la información necesaria para cubrir sus necesidades anticonceptivas. No obstante, si la mujer lo desea puede regresar a la institución 1-2 semanas más tarde para evaluar su salud en general, confirmar la ausencia de complicaciones y reforzar los aspectos educativos y las acciones preventivas iniciadas durante la atención inicial.

En el caso de la IVE farmacológica, el control también es opcional siempre y cuando se cumplan estas condiciones:

- Se hayan creado los mecanismos adecuados para que la mujer pueda valorar por si misma los resultados del proceso y pueda confirmar que el tratamiento ha sido exitoso, ya que, en general, las mujeres son capaces de determinar si han tenido un aborto completo con alta precisión. Para ello, debe recibir información completa sobre los signos y síntomas que se esperan en un aborto completo[11].
- Se garantice al menos el seguimiento telefónico para la identificación de estos signos y síntomas y de otros relacionados con las posibles complicaciones.

En la consulta de seguimiento, si fuera realizada, un episodio de sangrado abundante con o sin expulsión de tejidos, precedido de cólico con resolución completa de los síntomas de embarazo y sin sangrado posterior, y el hallazgo al examen físico de un útero de tamaño normal, cérvix cerrado y sangrado ausente o mínimo, son altamente sugestivos de un tratamiento exitoso. En estos casos no es necesaria la realización de ningún otro examen.

Cuando no se ha presentado sangrado o este fue escaso, o cuando persiste un sangrado importante hasta 1-2 semanas más tarde o los síntomas de embarazo aún están presentes, se debe sospechar una falla del tratamiento. En caso de confirmarse la persistencia del embarazo o la presencia de un aborto retenido, se debe llevar a cabo un procedimiento de evacuación uterina por aspiración u otra técnica.

4.2.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

- *Medicamentos e insumos*

Guantes de examen limpios; agua limpia; detergente o jabón; agente antagonista del receptor de progesterona (Mifepristona); agente de preparación cervical (Misoprostol); analgésicos y ansiolíticos; guantes, bata, protección facial; agujas (espinal calibre 22 para bloqueo paracervical y calibre 21 para la administración de medicamentos); jeringas (5, 10 y 20 ml); lidocaína para el bloqueo paracervical; esponjas de gasa; solución antiséptica (sin base

[11] Un episodio de sangrado abundante con o sin expulsión de tejidos, precedido de cólico con resolución completa de los síntomas de embarazo y sin sangrado posterior, son indicativos de una aborto completo.

DOCUMENTO FORMATO NO REPRODUCIBLE

alcohólica) para preparar el cuello uterino; soluciones y materiales para esterilización o desinfección de alto nivel;- silicona para lubricar las jeringas; toallas higiénicas ; antibióticos; anticonceptivos.

En caso de complicaciones: agentes uterotónicos (oxitocina, misoprostol o ergotamina); venoclisis y fluidos intravenosos; mecanismos claros de derivación a instalación de nivel superior, cuando sea necesario.

- *Equipos*

Tensiómetro - Estetoscopio - Espéculo - Tenáculo (Tenáculo atraumático) - Dilatadores plásticos de Denniston o metálicos de Hegar - Aspirador de vacío eléctrico (con cánula de 14 o 16 mm) o aspirador de AMEU y cánula de hasta 12 mm - Pinzas Bierer de evacuación uterina (grande y pequeña) - Pinzas Sopher de evacuación uterina (pequeña) - Cureta flexible posparto grande - Pinzas de aro - Recipiente de acero inoxidable para preparar solución - Bandeja para instrumentos - Plato de vidrio claro para la inspección de los tejidos - Colador (metal, vidrio o gasa). - Oxígeno y balón AMBU[12]- Acceso en el centro a un ecógrafo (opcional) - Portagujas largo y sutura - Tijeras - Compresas de gasas para la cavidad uterina - Sonda de Foley.

4.3 CONTROL PRENATAL

En este lineamiento se incluye lo referente al **control prenatal de bajo riesgo**. Las características y contenidos del **control prenatal de alto riesgo** dependerán de los hallazgos clínicos y paraclínicos específicos; sin embargo en todo caso **se deberá cumplir para cualquier control (alto o bajo riesgo) con todo lo definido en la presente sección**.

Se comprende por control prenatal al conjunto de atenciones que contribuyen a: i) mejorar la salud materna ii) promover el desarrollo del feto, iii) identificar e intervenir tempranamente los riesgos relacionados con la gestación, y iv) generar condiciones óptimas que permitan un parto seguro.

Para el desarrollo oportuno de esta atención, es preciso implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes, después de la primera falta menstrual y antes de la semana 10 de gestación.

Para la adecuada prestación de esta intervención, los aseguradores y prestadores de salud en el país deberán garantizar de acuerdo al riesgo identificado la atención de las gestantes en el mismo prestador primario, lo más cercano posible a su lugar de residencia o permanencia, de acuerdo con las frecuencias y momentos de atención que se describen en el presente lineamiento.

Además de asegurar los mecanismos para la vinculación temprana a la consulta de control prenatal, corresponde a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios la reorientación inmediata hacia el control prenatal como mínimo cuando se presenten alguna(s) de la(s) siguiente(s) situación(es): Inasistencia al control prenatal, resultados de laboratorios o ultrasonografías anormales, hospitalización y/o consultas de urgencias.

[12] Del inglés Airway Mask Bag Unit.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

Por otro lado, corresponde a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud disponer los mecanismos para que se desplieguen programas para que las gestantes no sean devueltas por políticas de llegadas tarde a la consulta de control prenatal, así como a ninguno de los procedimientos que se presentan en este lineamiento.

4.3.1 Objetivos

- Vigilar la evolución del proceso de la gestación, a fin de identificar precozmente a la gestante con factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias del embarazo, para un manejo adecuado y oportuno.
- Establecer un plan integral de control prenatal y atención del parto conforme con la condición de salud de la gestante, que garantice el manejo de acuerdo con su complejidad en los diferentes niveles de atención del sistema de salud.
- Ofrecer educación a la gestante, a su pareja o su acompañante, que permita una interrelación adecuada entre los padres, las familias y su hijo desde la gestación.

4.3.2 Talento humano

Las acciones o actividades que incluye el control prenatal para gestantes sin factores de riesgo deben ser realizadas por profesionales en medicina o enfermería.

Los controles prenatales durante el último mes de gestación (semanas 36, 38 y 40) deben ser realizados por un médico. Asimismo, el profesional de enfermería deberá remitir a valoración médica inmediata a la gestante en la cual identifique factores de riesgo biopsicosocial, enfermedades asociadas y propias de la gestación, durante la anamnesis, el examen físico o la revisión de los paraclínicos para su adecuado y oportuno manejo.

La formulación de los medicamentos y exámenes complementarios enunciado en esta sección podrá ser realizada por profesional de enfermería.

4.3.3 Duración mínima recomendada

Primer control prenatal: si la consulta se realiza antes de la semana 10 de gestación la duración es de 30 minutos; cuando una gestante comience tardíamente su control prenatal, sobre todo después de la semana 26 de gestación, se recomienda tener en su primer control todas las actividades recomendadas para los controles previos, así como aquellas que correspondan a la consulta actual. Por lo tanto, se recomienda que un primer control prenatal tardío se haga con una duración de 40 minutos. La duración del control prenatal de seguimiento será de 20 minutos

4.3.4 Atenciones incluidas

- Asesorar sobre opciones durante el embarazo
- Realizar la inscripción de la mujer gestante en el control prenatal
- Valorar el estado de salud de la gestantes
- Identificar factores protectores y de riesgo biológicos y psicosociales
- Detectar tempranamente alteraciones
- Brindar información en salud

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

- Establecer el plan integral de cuidado para la salud

4.3.5 Frecuencia

Si la gestación es de curso normal en una mujer nulípara se programarán 10 controles prenatales durante la gestación, si esta es multípara se programarán mínimo 7 controles durante la gestación.

La periodicidad de las consultas de seguimiento y control debe ser mensual hasta la semana 36, y luego cada 15 días hasta la semana 40.

4.3.6 Descripción

4.3.6.1 Primera consulta prenatal

La primera consulta prenatal deberá ser realizada por profesional en medicina o enfermería e incluye lo siguiente:

4.3.6.1.1 Asesorar sobre opciones durante el embarazo

Antes de hacer la inscripción en el control prenatal, debe informarse a la mujer sobre el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, en caso de configurarse una de las causales establecidas en la sentencia C355 de 2006.

4.3.6.1.2 Valoración integral de la gestante e identificación de factores de riesgo

Esta valoración permite elaborar el plan de cuidado a partir de las siguientes actividades:

Anamnesis

Antecedentes personales: patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxicos, alérgicos, (medicamentos recibidos, tabaquismo, alcoholismo, sustancias psicoactivas, exposición a tóxicos e irradiación y otros), trastornos mentales, signos de alarma y tratamientos recibidos durante la gestación actual, trombosis venosa profunda, tromboembolismo y trastornos de hipercoagulabilidad.

Antecedentes ginecológicos: indagar edad de la menarquía, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuando, antecedente o presencia de flujos vaginales, infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH, historia y tratamientos de infertilidad.

Antecedentes obstétricos: total de gestaciones, intervalos intergenésicos, abortos, ectópicos, molas, placenta previa, abruptio, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, oligoamnios, retardo en el crecimiento intrauterino, número de partos, fecha del último, si han sido únicos o múltiples, prematuro a término o prolongado, por vía vaginal o por cesárea,

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

retención placentaria, infecciones en el post parto, hemorragia obstétrica que requirió trasfusión, preeclampsia, eclampsia o síndrome HELLP; número de nacidos vivos o muertos, hijos con malformaciones congénitas, muertes perinatales y causas y peso al nacer.

Antecedentes familiares: hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas, congénitas, epilepsia, trastornos mentales, gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias y otras.

Gestación actual: edad gestacional probable (fecha de la última menstruación, altura uterina o ecografía obstétrica), presencia o ausencia de movimiento fetales, sintomatología infecciosa urinaria o cervico vaginal, cefaleas persistentes, edemas progresivos en cara o miembros superiores e inferiores, epigastralgia y otros. Además indagar signos y síntomas gastrointestinales asociados a la gestación: nauseas, vómito, epigastralgias y hemorroides.

Valoración psicosocial: debe incluir la estructura y dinámica familiar, las redes de apoyo familiar, social y comunitario, gestación deseada, gestación programada. Indagar o identificar situaciones de vulnerabilidad: estresores, exclusión social, pobreza, marginalidad, e indagar sobre su manejo. Se recomienda para el análisis de estas variables utilizar la escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado (Anexo 2).

Indagar la exposición a violencias a partir de las siguientes preguntas:

- ¿DURANTE EL ULTIMO AÑO, ha sido humillada, menospreciada, insultada o amenazada por su pareja?
- ¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, fue golpeada, bofeteada, pateada, o lastimada físicamente de otra manera?
- ¿DESDE QUE ESTÁ EN GESTACIÓN, ha sido golpeada, bofeteada, pateada, o lastimada físicamente de alguna manera?
- ¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, fue forzada a tener relaciones sexuales?

Si la respuesta es positiva a una de las anteriores preguntas, se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o víctima de violencia.

Identificar riesgo de depresión post parto utilizando las siguientes preguntas:
- Durante el mes pasado, ¿se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza con frecuencia?
- Durante el mes pasado, ¿ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas?
- Una tercera pregunta se debe considerar si la mujer responde “sí” a cualquiera de las preguntas iniciales: ¿Siente que necesita ayuda?

Indagar a todas las mujeres embarazadas sobre el uso de alcohol y sustancias psicoactivas. Las mujeres embarazadas deben ser informadas de los riesgos potenciales para su salud y la de sus hijos debido al uso (incluso de mínimas cantidades) de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Los proveedores de atención médica deben ofrecer una intervención breve a todas las mujeres embarazadas que consumen alcohol o drogas de manera habitual o a las mujeres con consumos incidentales durante el embarazo que persisten su consumo a pesar de la información recibida.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

La intervención breve es una terapia estructurada de corta duración (típicamente 5-30 minutos) ofrecida con el objetivo de asistir un individuo a cesar o reducir el uso de una sustancia psicoactiva. Está diseñado especialmente para profesionales y otros trabajadores de atención primaria de salud.

La intervención breve debe ser individualizada e incluir comentarios y consejos sobre cómo cesar o reducir el alcohol y el uso de otras sustancias durante el embarazo. Es necesario realizar un seguimiento a la paciente, evaluando la posibilidad de remisión a tratamiento para aquellas pacientes que no pueden reducir o eliminar dicho uso, a través de la Ruta Integral de Atención en Salud para personas con trastornos del comportamiento manifiestos por uso de sustancias psicoactivas y alcohol.

Examen físico

***Realizar examen físico completo por sistemas*:** debe hacerse céfalo caudal incluida la cavidad bucal, tomar signos vitales: pulso, respiración, temperatura y tensión arterial.

***Tomar medidas antropométricas*:** peso, talla, altura uterina y valorar estado nutricional.

Se debe registrar el índice de masa corporal (IMC) y con base en este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación, de acuerdo con los siguientes parámetros[13]:

IMC < 20 kg/m2	= ganancia entre 12 a 18 Kg
IMC entre 20 y 24,9 kg/m2	= ganancia entre 10 a 13 Kg
IMC entre 25 y 29,9 kg/m2	= ganancia entre 7 a 10 Kg
IMC > 30 kg/m2	= ganancia entre 6 a 7 Kg

Se debe realizar remisión de la gestante con IMC <20 kg/m2 a un plan de manejo nutricional específico, debido alto riesgo de parto pretérmino.

Si el primer control prenatal es tardío (después de la semana 16 – 18) se recomienda registrar el IMC pregestacional y con base en este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación.

***Valoración ginecológica*:** realizar examen genital que incluye valoración del cuello, tamaño, posición uterina y anexos, comprobar la existencia de la gestación, descartar gestación extrauterina e investigar patología anexial.

Valoración obstétrica: número de fetos, situación y presentación fetal, fetocardia y movimientos fetales.

Solicitud de exámenes de laboratorio

Previa información de la naturaleza de los exámenes paraclínicos y autorización para los que se requiera, se debe solicitar:

[13] Resolución 2465 de 2016 del MSPS o la norma que la modifique o sustituya.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

- Urocultivo y antibiograma.
- Hemograma y hemoclasificación
- Glicemia.
- Prueba rápida para VIH (VIH 1-VIH 2). se ofrece asesoría para la prueba voluntaria de VIH.
- Prueba treponémica rápida para sífilis.
- Antígeno de superficie para Hepatitis B – HbsAg.
- Pruebas de IgG e IgM, para Rubeola en mujeres no vacunadas previamente, antes de la semana 16 si no ha sido realizada en la etapa preconcepcional.
- Pruebas de IgG e IgM, en los casos en que no se conozca el estatus de infección por toxoplasma.
- Si las pruebas de IgG e IgM son positivas tomar prueba de avidez IgG, si la gestación es menor a 16 semanas. Si es mayor a 16 semanas el estudio se hará con IgA.
- Si la IgG e IgM toxoplasma es negativa se debe hacer tamización mensual con IgM para identificar seroconversión.
- Tamizaje de cáncer de cuello uterino si no se ha realizado este en la consulta preconcepcional o en el último año.
- Repetición de IgG en dos semanas cuando el IgG es negativo y el IgM positivo en la primera evaluación para toxoplasmosis, para documentar seroconversión aguda o presencia de IgM natural.
- Ecografía entre las 10 semanas + 6 días y 13 semanas+ 6 días, la cual se realiza para tamizaje de aneuploidias; se recomienda que sea tomado por profesional en ginecología o radiología con el entrenamiento requerido y que se reporte la razón de riesgo para T13 - 18 y 21. Se debe ofrecer la asesoría según el resultado y remitir a Ginecoobstetricia para estudios confirmatorios en caso de tamizaje positivo. En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.
- Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas. Se realizará prueba de ELISA (antígenos totales/crudos) en suero con sensibilidad recomendada >= 98% para tamizaje en gestantes que hayan sido residentes (nacidas o procedentes) en áreas endémicas. Se recomienda considerar la presencia de factores de riesgo en cualquier momento de la vida de la embarazada como: conocimiento del vector «pito», vivienda con piso de tierra, techo de palma o pared de bahareque ubicada a menos de 2.000 m sobre el nivel del mar, tener familiares con diagnóstico de enfermedad de Chagas o haber recibido transfusiones sanguíneas principalmente antes del año 1995.
  Ante un resultado positivo o indeterminado de la prueba de tamizaje, se deberá realizar como prueba complementaria, ELISA antígenos recombinantes con especificidad recomendada >=98%.
  La detección de infección por T.Cruzi (enfermedad de Chagas) en la gestante conllevará al análisis posterior en el producto para identificar transmisión transplacentaria.

4.3.6.1.3 Valoración del riesgo materno

De acuerdo con la información obtenida de la anamnesis, el examen físico y los exámenes paraclínicos se valora y clasifica el riesgo para su intervención oportuna.

Las gestantes con factores de riesgo biosicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación tienen mayor riesgo de morbimortalidad materna y perinatal con respecto a la población general. Estas gestantes deberán ser remitidas al especialista en ginecoobstetricia

DOCUMENTO DE USO NO REPRODUCIBLE

para valoración, quien les definirá un plan de atención integral de acuerdo con su condición de salud.

Si la mujer tiene o se sospecha que tiene una enfermedad mental grave se debe garantizar su atención en un servicio especializado de salud mental.

En gestantes con prueba treponémica rápida positiva (aplicada en el sitio de atención), se recomienda NO realizar prueba de alergia a la penicilina. Se debe ampliar la historia clínica buscando antecedentes de aplicaciones previas de penicilina y reacción luego de su aplicación, además de historia personal de reacciones graves de hipersensibilidad; si no hay antecedentes de reacciones alérgicas a la penicilina se debe aplicar una dosis de penicilina benzatínica de 2.400.000 UI IM aplicada en el mismo momento de conocer el resultado de la prueba treponémica rápida; si hay historia de alergia a la penicilina o reacciones tipo I realice desensibilización con penicilina V potásica y continuar con el manejo según el estadio de la sífilis en el que se encuentra la gestante, derivar a la RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas – ITS.

Los factores de muy alto riesgo y de alto riesgo que incrementan la posibilidad de presentar un evento tromboembólico venoso son:

1. Trombofilias heredadas o adquiridas.
2. Evento tromboembólico venoso previo
3. Anemia de células falciformes

Para la clasificación de riesgo de eventos tromboembólicos se deberá tener en cuenta la escala anexa (Anexo 11).

La gestante con una primera prueba de anticuerpos rápida reactiva para VIH (VIH 1 y VIH 2) realice inmediatamente una segunda prueba de anticuerpos diferente a la primera; si esta sale reactiva tome inmediatamente una muestra de sangre total para realizar carga viral de VIH, inicie tratamiento antirretroviral profiláctico y remita al prestador complementario para que le continúen manejo y definan el diagnóstico final.

4.3.6.1.4 Plan de cuidado

- Formulación de micronutrientes:

  - Ácido fólico: hasta la semana 12 de gestación para reducir riesgos de defectos del tubo neural (anencefalia o espina bífida). 0.4 mg día, en alto riesgo de defectos del tubo neural, la dosis es de 4 mg.
  - Calcio: suplencia con carbonato de calcio 1.200 mg/día a partir de la semana 14 para disminuir el riesgo de preeclampsia.
  - Hierro: suplemento de hierro + ácido fólico de forma rutinaria a todas las mujeres gestantes de curso normal. Las gestantes con valores de hemoglobina (Hb) superiores a 14 g/dL. no requieren dicha suplementación de forma rutinaria.

- Vacunación: debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y los antecedentes de vacunación de la gestante. El esquema de vacunación para las gestantes incluye las siguientes vacunas:

DOCUMENTO DE TRABAJO NO REPRODUCIBLE

- Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td) según antecedente vacunal.
- Influenza estacional
- Tétanos, difteria y Tos ferina acelular (Tdap)

- Información en salud: dirigida a la gestante y su acompañante, hacer énfasis en:
  - Los servicios de salud a los que tiene derecho y sus mecanismos de exigibilidad.
  - Promover los factores protectores para la salud de la gestante, tales como medidas higiénicas, hábitos alimentarios, actividad física recomendada, sueño, fortalecimiento redes de apoyo familiar y social.
  - Orientar sobre los signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales y auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, o sintomatología urinaria.
  - Importancia de la asistencia al curso de preparación para la maternidad y paternidad.

- Se debe indagar por alguna barrera lingüística o de acceso que impida a la gestante adherencia a los controles prenatales; en caso tal, se deberá indicar la necesidad de albergues (casa de paso u hogares maternos) o facilitadores interculturales (intérpretes).

- Se deberá proveer desparasitación antihelmíntica a gestantes en segundo y tercer trimestre de embarazo que habiten en zonas de alto riesgo de infección por geohelmintos (no acueducto, no alcantarillado, agricultoras o mineras, grupos étnicos y áreas con altos índices de Necesidades Básicas Insatisfechas), con Albendazol en dosis única de 400 mg vía oral, por una vez en el embarazo.

4.3.6.2 Control prenatal de seguimiento

Los controles prenatales de seguimiento pueden ser realizados por el profesional de medicina o enfermería a las gestantes sin factores de riesgo. Incluye:

- Valoración integral del estado de salud de las gestantes
- Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud
- Detección temprana de alteraciones
- Información en salud
- Establecimiento del plan de parto

4.3.6.2.1 Valoración integral del estado de salud de la gestante

Orientada a la identificación de factores protectores o de riesgos biosicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación. Hacer énfasis en la identificación de factores de riesgo para violencia.

Identificar la aparición de nuevos síntomas, signos y otros eventos asociados con la gestación, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales o auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital,

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

amniorrea o leucorrea, sintomatología urinaria, intolerancia a la vía oral y patrón de sueño alterado.

Aplicar la escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado en cada trimestre de la gestación. En la semana 28 de gestación, se debe realizar las preguntas que permiten identificar riesgo de depresión post parto.

Examen físico

Debe ser completo por sistemas, de manera céfalo caudal. Debe hacerse especial énfasis en la evaluación de:

- Tensión arterial (si hubiese criterios de preeclampsia, esto es: mayor o igual a 140/90, al menos en 2 ocasiones separadas por al menos 4 horas, después de la semana 20 de gestación, o mayor o igual a 160/110 en una sola toma; deberá ser llevada a un servicio hospitalario para el estudio inmediato de afectación de órgano blanco, se deberá garantizar continuidad de la atención hasta acceder a este servicio).
- Curvas de ganancia de peso: la gestante con inadecuada ganancia a las 28 semanas debe continuar su control a cargo de un equipo multidisciplinario especializado.
- Altura uterina.
- Frecuencia cardiaca fetal.
- Situación y presentación fetal a partir de la semana 36.

Solicitud de exámenes paraclínicos

- Urocultivo de seguimiento en gestantes que reciben tratamiento para bacteriuria asintomática.
- Prueba de inmunoglobulina (Ig) M para toxoplasma. Tamizar mensualmente a las gestantes seronegativas.
- Hacer prueba de IgA para toxoplasmosis en mujeres con IgG e IgM positiva, si la gestación es mayor a 16 semanas, en caso de ser menor se recomienda realizar prueba de avidez.
- Prueba rápida para VIH (VIH 1-VIH 2). Se ofrece asesoría para la prueba voluntaria de VIH. Realizar en cada trimestre de la gestación, en el momento del parto y durante la lactancia materna.
- Prueba treponémica rápida para sífilis en gestantes con prueba inicial negativa (aplicada en el momento y el sitio de la consulta). Realizar en cada trimestre de gestación.
- En mujeres con sífilis gestacional, realizar prueba no treponémica (VDRL o RPR) reportada en diluciones. Realizar en cada trimestre de gestación.
- Ecografía obstétrica cuando la altura uterina sea menor del percentil 10 o mayor del percentil 90.
- Ecografía obstétrica para la detección de anomalías estructurales. Realizar entre la semana 18 y semana 23 + 6 días.
- Prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) con 75 gramos (g) de glucosa. Realizar entre la semana 24 y 28 de gestación.
- Hemograma. Realizar en la semana 28 de gestación.
- Tamización para estreptococo del grupo B con cultivo rectal y vaginal. Realizar entre la semana 35 a 37 de gestación.
- En zonas endémicas de malaria se debe indicar una gota gruesa mensual.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

Todo examen paraclínico que sea anormal deberá ser informado inmediatamente por medio documentable a la EAPB para contactar y reorientar al control prenatal inmediatamente.

Aplicación de la prueba de tamizaje ASSIST para detección temprana y valoración del riesgo por consumo de sustancias psicoactivas y alcohol para gestantes que manifiestan mantener su consumo durante el embarazo.

Los profesionales clínicos deben utilizar los criterios definidos en el CIE-10, el DSM-5, o cuando corresponda, su actualización vigente, como referencia para realizar el diagnóstico de los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Para los pacientes con diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias, se canaliza a la Ruta Integral de Atención en Salud para personas con trastornos del comportamiento manifiestos por uso de sustancias psicoactivas y alcohol.

4.3.6.2.2 Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud

- Formulación de micronutrientes.
- Vacunación.
- Prescripción de ácido acetil salicílico de 75 a 100 mg, a partir de la semana 12 de gestación y hasta el día del parto en mujeres con un criterio de alto riesgo[14], o con dos o más factores de riesgo moderado para preeclampsia[15].
- Suministro de condones para prevenir el riesgo de ITS, incluida en zonas de riesgo para Zikv.
- Se deberá hacer una asesoría formal anticonceptiva, en caso tal, se deberá incluir en la historia clínica el método elegido para ser iniciado desde el post parto antes de dada el alta hospitalaria. Esta elección se deberá incluir también en el carnet perinatal.
- Si se identifica pubalgia asociada a la gestación remitir a terapia física.
- Se deberá proveer desparasitación antihelmíntica a gestantes en segundo y tercer trimestre de embarazo que habiten en zonas de alto riesgo de infección por geohelmintos (no acueducto, no alcantarillado, agricultoras o mineras, grupos étnicos y áreas con altos índices de Necesidades Básicas Insatisfechas), con Albendazol a dosis única de 400 mg via oral.

4.3.6.2.3 Información en salud:

Dirigida a la gestante y su acompañante. Además de la información precisada en la primera consulta prenatal, hacer énfasis en:

- Anticoncepción y planificación reproductiva.
- Lactancia materna, de acuerdo a la condición de la paciente. Ante un diagnóstico de VIH o una prueba de tamización reactiva para VIH en el momento del parto realice reemplazo de la lactancia materna por códigos de los sucedáneos maternos.

[14] Alto Riesgo para Preeclampsia:• Antecedente de trastorno hipertensivo del embarazo en embarazos previos.
• Enfermedad renal crónica. • Enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípido.• Diabetes tipo 1 o diabetes tipo 2 • Hipertensión crónica.

[15] Criterios de riesgo moderado para Preeclampsia: • Primer embarazo. • Edad de 40 años o más. • Intervalo intergenésico mayor a 10 años. • Índice de masa corporal mayor o igual a 35 kg/m² en la primera visita. • Antecedentes familiares de preeclampsia. • Embarazo múltiple.

DOCUMENTO CONTROLADO NO REPRODUCIR

- Opciones para el manejo de la gestación prolongada.

4.3.6.2.4 Plan de parto

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

- Confirmar presentación fetal (maniobras de Leopold).
- Definir el componente y prestador para la atención del parto (incluye gestión con la familia, sobre los aspectos logísticos de la ausencia de la mujer en el hogar y la tenencia de sus hijas o hijos si los tiene) y remitir. En contextos rurales y étnicos en los que la gestante prefiera hacer uso de médicos tradicionales o parteras, se deberá dar información para la activación del sistema de referencia y transporte comunitario en caso de signos de alarma.
- Información sobre el trabajo de parto, analgesia intra parto y manejo de embarazo prolongado
- Signos para reconocer el inicio del trabajo de parto.
- Cuidados del recién nacido.
- Cuidados postnatales.

4.3.6.2.5 Valoración del riesgo materno

En cada consulta de seguimiento y control, de acuerdo con la información obtenida de la anamnesis, el examen físico y los exámenes paraclínicos, se deberá reclasificar a la gestante de acuerdo con los factores de riesgo biosicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación.

En caso de encontrar riesgos que impliquen manejo en el prestador complementario se debe hacer la referencia y consignar en la historia clínica la causa de la remisión.

4.3.7 Instrumentos insumos y dispositivos

Se requerirá lo pertinente a la atención del servicio de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad definido en el manual de Habilitación. Se usarán para la atención las siguientes escalas e instrumentos: Carné materno con las variables del CLAP; escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado; nomograma de Atalah.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

4.4 CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD

Desde el enfoque de curso de vida, la maternidad y la paternidad se conciben como un suceso vital, que implica cambios físicos, psicológicos y emocionales en la mujer gestante que promueven o ponen en riesgo la salud física y mental de la mujer, y la de su hijo/a por nacer. El curso de preparación para la maternidad y la paternidad, es un proceso organizado de educación, realizado de manera interactiva entre el equipo de profesionales de salud y la mujer con su compañero, sus hijos(as) y su familia, o con la persona que ella considere como afectivamente más cercana. La intencionalidad es la de desarrollar capacidades para el cuidado de la salud durante la gestación, el parto y el puerperio.

4.4.1 Objetivos

- Desarrollar capacidades en las mujeres gestantes, así como en sus parejas y familias, para comprender los cambios físicos, psicológicos y sociales que suceden en esta etapa de la vida, con el fin de que promovuevan el cuidado de la salud y disminuyan el riesgo de morbilidad y mortalidad.
- Desarrollar capacidades en las madres, padres y sus familias para vivir la gestación, el parto, el puerperio y el cuidado del recién nacido de manera sana y psicológicamente armoniosa**.**

4.4.2 Talento humano en salud requerido

Las actividades que incluye el curso de preparación para la maternidad y la paternidad deben ser ejecutadas por un equipo interdisciplinario liderado por enfermería e idealmente compuesto por psicología, nutrición, terapia física, medicina general y especializada (ginecología y pediatría) con el apoyo de un psicopedagogo.

4.4.3 Frecuencia y duración mínima

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

- una sesión antes de la semana 14,
- tres sesiones en el segundo trimestre y
- tres sesiones en el tercer trimestre.

El modelo de prestación que se implemente deberá permitir que la no asistencia a una de las sesiones pueda ser tomada en un nuevo ciclo. La disposición de los contenidos de cada sesión y la periodicidad específica serán definidos por el prestador primario.

4.4.4 Orientaciones para la realización del curso

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

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

La intencionalidad del curso de preparación para la maternidad y la paternidad es el desarrollo de las siguientes capacidades:

Resultados esperados en salud	Capacidades a desarrollar con las mujeres gestantes	Capacidades a desarrollar con los padres, familiares, cuidadores o acompañantes	Contenidos propuestos
Mujeres gestantes, familias y red de apoyo con prácticas de cuidado para su salud durante la etapa prenatal, el parto y el puerperio	Comprenden los cambios físicos y psicológicos que implica la gestación, lo que les permite implementar prácticas de cuidado de su salud.	Comprenden los cambios físicos y psicológicos que implica la gestación, lo que les permite aportar al cuidado de la mujer gestante y del niño/niña. Familias y red de apoyo de la mujer gestante que reconocen y valoran el proceso de desarrollo gestacional	Sentimientos acerca de la gestación y de los cambios fisiológicos y psicológicos, así como la forma de manejarlos. Mecanismos para afrontar la ansiedad por la salud de la madre y del hijo. Afrontamiento de conflictos, incluida la Sentencia C355-06 Sentimientos acerca de la imagen corporal, aumento de peso. Las relaciones laborales y familiares durante la gestación y estrategias para hacer frente a los problemas interpersonales. Sistemas de apoyo disponibles.
	Comprenden cuáles son los derechos a la		Cómo mejorar la accesibilidad cuando

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

	atención en salud para las gestantes y para los recién nacidos.		vive en áreas rurales y cuando hay barreras culturales y del lenguaje. Asistencia a controles prenatales. Control del recién nacido. Esquema de atenciones individuales en la primera infancia.
Mujeres gestantes, familias y red de apoyo con prácticas de cuidado para su salud durante la etapa prenatal, el parto y el puerperio	Practican de manera autónoma los ejercicios físicos y de relajación que la preparan para el parto.		Higiene postural: Ejercicios de fortalecimiento del piso pélvico. Actividades de pujo (en colchoneta) Posiciones durante las contracciones: (mecedora, silla - vaquero y gateo en la pared) Orientaciones sobre la respiración durante las contracciones y el pujo. Ejercicios de respiración con ciclos 15/5. Ejercicios: a) en colchoneta: de estiramiento de columna cervical, hombro y cintura escapular; b) activos: de cuello y miembros superiores; c)

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

			Isquiotibiales, espinales bajos, Fascia lata, aductores, dorso lumbares y d) en bípeda con apoyo en la pared, de gemelos y cuádriceps.
Mujeres gestantes, familias y red de apoyo con prácticas de cuidado para su salud durante la etapa prenatal, el parto y el puerperio.	Organiza y planea el proceso del parto (en caso de que viva sola o tenga personas a su cargo (hijos, personas mayores o personas con discapacidad)		Búsqueda de apoyo en su red próxima. Preparación de la persona que la acompañe en el trabajo de parto. Accesibilidad cuando vive en áreas rurales.
Gestantes y su red de apoyo, con capacidad para reconocer oportunamente signos de alarma.	Reconocen signos de alarma para evitar y manejar riesgos	Escuchan activamente a la gestante y la apoyan en el manejo de los signos de alarma.	Signos y síntomas de alarma (manejo adecuado). Identificación de signos de depresión post parto y manejo adecuado. Rutas de atención y servicios disponibles para asistir frente a las alertas identificadas. Formas amorosas de acompañar a la gestante.
	Reconocen las necesidades de los niños e implementan prácticas que favorecen su desarrollo.		Lactancia materna exclusiva y su relación con la construcción del vínculo afectivo madre/hijo(a). Postura durante la lactancia (soportes: cojín lactancia,

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

		flotador). Cuidado del recién nacido, puericultura. Necesidades socio afectivas. Necesidades de desarrollo cognitivo y comunicativo de los recién nacidos.
Madres, padres y familiares construyen vínculos afectivos seguro con los niños y las niñas	Se relacionan amorosamente con el bebé de forma que son capaces de interpretar sus señales y responder adecuadamente a ellas.	Ser afectuosos, sensibles y atentos frente a las necesidades del niño. Apego seguro. Pautas de crianza Manejo de tiempos para la atención del recién nacido (manejo del cansancio) Estimulación del crecimiento (con actitud cariñosa).
	Conocen los cuidados básicos del bebé y los implementan en la cotidianidad de forma adecuada.	Técnicas, herramientas y hábitos cotidianos de cuidado del recién nacido (baño, alimentación, prevención de accidentes, etc).
	Reconocen las metas a lograr mediante la crianza lo que les permite generar prácticas, basadas en derechos, que promueven la salud.	Autonomía, autoestima, solidaridad, salud, juego, movimiento, felicidad, creatividad y resiliencia.
	Comprenden cuáles son los derechos	Derechos sexuales y

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

	sexuales y reproductivos y los derechos a la atención en salud para las gestantes y para los recién nacidos.		derechos reproductivos. Espaciamiento de embarazos. Asesoría en anticoncepción.
	Reflexionan sobre su propia crianza y reconocen las implicaciones en la salud mental derivados de la forma en que se construye el apego.	Implementan prácticas de crianza conjunta	Pautas de crianza según las culturas. Incidencia de la crianza sobre: actitudes sobreprotectoras, conflictivas, falta de autonomía, debilidad en el afrontamiento de situaciones de la vida, manejo de emociones, adicciones, violencia, salud física, etc.
	Expresan sus necesidades de apoyo de forma asertiva.	Brindan una red de apoyo afectivo y de ayuda a la madre y al padre (emocional, respaldo, trabajos de casa)	Sistemas de apoyo disponibles. Acciones a tomar en cuenta cuando se vive en áreas rurales o cuando hay barreras de acceso (ej. culturales y del lenguaje). Reconocimiento de las propias necesidades de la madre y expresión asertiva de las mismas.

Nota: se sugiere combinar en una sesión ejercicios físicos, con conceptos que les permitan comprender los cambios, riesgos, etc., y con actividades para trabajar sobre la relación de la mujer consigo misma, con su compañero y con su familia y su entorno (temores, sentimientos de ira, sentimientos de desesperanza, etc.)

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

Nota: En lo posible se contará con la participación de un profesional de fisioterapia y de apoyos como la musicoterapia para la realización de ejercicios respiratorios y físicos.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

4.5 CONSULTA DE ODONTOLOGIA

La consulta para la valoración integral de la salud bucal de las mujeres gestantes, se realizará dos veces durante el embarazo (idealmente en el primer y segundo trimestre) y en aquellas en las cuales se identifiquen necesidades de atención resolutiva se realizan las derivaciones para la ruta específica para la atención de las alteraciones de la salud bucal.

4.5.1 Objetivos

Valorar las estructuras dentomaxilofaciales, los factores de riesgo y protectores.

4.5.2 Talento humano

Las acciones o actividades que incluye la valoración de la salud bucal para las mujeres gestantes debe ser realizada por profesional en odontología con la participación de Auxiliares de Salud Oral.

4.5.3 Duración mínima recomendada y Frecuencia

Serán mínimo 2 consultas por profesional de odontología, cada una con una duración mínima de 30 minutos. Se recomienda que las sesiones de odontología y salud bucal puedan ser realizadas en el mismo momento de contacto con la gestante a fin de disminuir oportunidades perdidas.

4.5.4 Descripción

La descripción del procedimiento de atención por odontología se encuentra en el Lineamiento de la RPMS.

Como parte de la atención en las mujeres adolescentes gestantes, la aplicación de flúor tópico no presenta ninguna contraindicación, por lo tanto debe aplicarse flúor de forma tópica, con periodicidad de cada 6 meses, a fin de remineralizar las superficies y producir mayor resistencia a la caries dental, que puede generarse como comorbilidad.

4.5.5 Instrumentos insumos y dispositivos

Los instrumentos, insumos y dispositivos necesarios para la atención están descritos en el procedimiento de atención por odontología en el Lineamiento de la Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

4.6 CONSULTA DE NUTRICIÓN

El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer y esto se debe a que durante el transcurso del mismo, existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales maternas de casi todos los nutrientes, con relación al periodo preconcepcional, puesto que el feto se alimenta solo a expensas de la madre.

La gestante debe recibir una alimentación equilibrada que proporcione los nutrientes adecuados para favorecer el crecimiento y desarrollo del niño(a), la calidad de la placenta, mantener el nivel de energía a lo largo del embarazo, parto y post parto, prevenir anemias y activar la producción de la leche.

4.6.1 Objetivos

Orientar a la gestante para garantizar una alimentación y nutrición adecuada para la madre y el feto.

4.6.2 Talento humano

Profesional en Nutrición y Dietética

4.6.3 Duración mínima recomendada

30 minutos

4.6.4 Atenciones incluidas

Anamnesis

Indagar datos generales de la gestante, nombre, documento de identidad, edad, dirección, procedencia (urbana, rural), etnia, régimen al que pertenece, teléfono.

Anamnesis Alimentaria: Deberá incluir patrón alimentario, frecuencia de consumo de grupos de alimentos, alimentos preferidos o rechazados, trastornos alimentarios.

- Valoración del estado nutricional

En la consulta inicial de nutrición se realizará valoración nutricional que incluye: Paridad, edad gestacional, peso pre gestacional, revisión de las pruebas de laboratorio (glicemia, hemoglobina, cuadro hemático y otros), diagnósticos médicos (hipoglicemia, diabetes gestacional, hipertensión, hiperémesis, anemia, obesidad, bajo peso), verificación del consumo de suplementos de hierro, ácido fólico y calcio.

Toma de peso, talla, cálculo del índice de masa corporal (IMC) según edad gestacional, clasificado siguiendo el patrón de Atalah, diagnóstico nutricional, plan de manejo y establecimiento de las metas de ganancia de peso durante la gestación.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

- Análisis y plan de cuidado

4.6.5 Frecuencia

Todas las mujeres gestantes deben recibir atención por nutrición al menos una vez, de preferencia al inicio del control prenatal.

Si la gestante presenta alteraciones en su estado nutricional o diagnósticos médicos a intervenir por nutrición se deben establecer al menos dos controles, dependiendo de la evolución de la paciente, de acuerdo al criterio del profesional en nutrición y dietética.

4.6.6 Descripción

La atención de la mujer gestante lleva, entre otros aspectos, la evaluación del estado nutricional al inicio de la gestación con un seguimiento ponderal durante toda la etapa, y la orientación dietética que garantice una alimentación y nutrición adecuada para la madre y el feto.

Durante la primera consulta de nutrición se busca evaluar el estado nutricional de la gestante, sus factores de riesgo y determinar el plan de manejo.

4.6.6.1 Anamnesis

Registrar los datos de identificación de la gestante definidos en la historia clínica: Nombre, documento de identidad, edad, dirección, procedencia (urbana, rural), etnia, régimen al que pertenece, teléfono.

Indagar sobre paridad, edad gestacional, resultados de los exámenes de laboratorio (glicemia, hemoglobina, cuadro hemático y otros), diagnósticos médicos (hipoglicemia, diabetes gestacional, hipertensión, hiperémesis, anemia, obesidad, bajo peso), verificación del consumo de suplementos de hierro, ácido fólico y calcio.

Cuando las gestantes al momento de la primera consulta (dentro del primer trimestre) desconocen su peso pre gestacional, puede utilizarse como referencia el IMC de la mujer en ese momento e indagar con ella los posibles cambios de peso percibidos, para determinar la ganancia de peso esperada para las semanas de gestación restantes.

Indague sobre el patrón alimentario de la gestante, utilizando recordatorio del consumo de alimentos en las últimas veinticuatro (24) horas.

Revise la frecuencia de consumo por grupos de alimentos, alimentos preferidos o rechazados; trastornos alimentarios durante la gestación: nauseas, vomito, pica; molestias gastrointestinales: estreñimiento, gastritis.

4.6.6.2 Valoración del estado nutricional

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

La valoración del estado nutricional durante la gestación es un procedimiento de uso continuo y depende de las medidas antropométricas rutinarias en los controles prenatales;. De esta manera las mediciones permiten determinar la ganancia de peso de la mujer durante la gestación son las definidas en la (resolución 2465 de 2016 o la norma que la modifique o sustituya).

Toma y registro del peso: revisar que la báscula esté colocada sobre una superficie plana y firme, asegúrese de que esté tarada o en cero (0), cuidando que la gestante se ponga de pie sobre las plantillas ubicadas en la base de la báscula, con la mínima cantidad de ropa posible y en posición recta y erguida. Registre el dato inmediatamente.

Toma y registro de la Talla: coloque el tallímetro sobre una superficie plana y contra una pared que no tenga guarda escobas, ubique a la gestante contra la parte posterior del tallímetro, con los pies sobre las plantillas, en posición erguida con los talones juntos, rodillas rectas y que las pantorrillas, los glúteos, el tronco, los hombros y espalda toquen la tabla vertical. Registre la talla inmediatamente.

Calcule el índice de masa corporal según edad gestacional IMC/EG, siguiendo el patrón de Atalah, basado en el incremento de peso, medido mediante el IMC ajustado para la edad gestacional de mujeres adultas y gestaciones no gemelares o múltiples, a partir de la semana 6 y hasta la semana 42 de gestación (antes de la semana 6 de gestación no se observan cambios significativos en el índice de masa corporal de las gestantes adultas).

Las categorías establecidas en la clasificación antropométrica del estado nutricional de las gestantes son: bajo peso para la edad gestacional, peso adecuado para la edad gestacional, sobrepeso y obesidad para la edad gestacional.

Registre la clasificación del estado nutricional (Anexo 8) y establezca metas de ganancia de peso durante la gestación, de acuerdo a los siguientes parámetros:

Clasificación del IMC pre gestacional	Valores de referencia de IMC	Ganancia de peso g/semana	Ganancia de peso ttal (Kg)
Bajo peso	< 20,0	400-600g	12-18Kg
Normal	20,0-24,9	330-430g	10-13Kg
Sobrepeso	25-29,9	230-330g	7-10Kg
Obesidad	>=30,0	200-230g	6-7Kg

Fuente: Resolución 2465 de 2016, MSPS.

Debido a la carencia sistemática de información disponible internacionalmente sobre la antropometría en la gestante adolescente, se ha recomendado por el Comité de Expertos que participaron en el desarrollo de la Resolución 2465 de 2016 (MSPS), que se utilizarán los puntos de corte de IMC correspondiente a las mujeres adultas para la clasificación del estado nutricional inicial y los valores de ganancias de peso para el seguimiento propuestos por Atalah.

En este sentido, es importante tener en cuenta realizar atención diferencial con la gestante adolescente, en razón a los cambios en la velocidad de crecimiento de la estatura. Cuando la gestante es menor de trece (13) años, la ganancia de peso es más atribuible a su crecimiento, por estar en una etapa de crecimiento de alta velocidad. En cambio, cuando se trata de una adolescente mayor de 15 años, la ganancia de peso de la gestante es más atribuible al feto porque está en una etapa más cercana a la finalización del crecimiento.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

4.6.6.3 Anamnesis alimentaria

4.6.6.4 Plan de manejo

De acuerdo con el diagnóstico nutricional defina el plan de manejo específico y las recomendaciones nutricionales pertinentes en cada caso.

Si la valoración nutricional es normal, oriente sobre estilos de vida saludable, actividad física, consumo del suplemento nutricional indicado (hierro, ácido fólico y calcio) adecuado descanso y lactancia materna.

En caso de encontrar en la valoración nutricional bajo peso para la edad gestacional, programe un plan dietario de ganancia de peso que incluya aumento de la ingesta calórica y proteica, con el fin de alcanzar un peso adecuado durante el seguimiento que garantice el éxito de la gestación.

Si la valoración nutricional es sobrepeso u obesidad: Defina plan dietario específico, no haga ninguna restricción energética, eduque para lograr modificaciones hacia hábitos y alimentación saludable, oriente el consumo del suplemento nutricional indicado (hierro, ácido fólico y calcio), actividad física e indique periodicidad de los controles por nutrición.

En diagnósticos médicos a intervenir nutricionalmente (anemia, hipoglicemia, diabetes gestacional, hipertensión, hiperémesis, estreñimiento, gastritis): Definir plan de manejo nutricional específico.

Recomendaciones

Elabore y socialice con la paciente un menú modelo que responda a su condición, preferencias y/o considerando las situaciones especiales definidas.

Socialice sobre las cantidades y tomas de alimentos durante el día, frecuencia, texturas, temperaturas.

Oriente acerca del consumo de los suplementos de hierro, ácido fólico y calcio, así como los alimentos fuente de estos micronutrientes y de fibra.

Eduque a la mujer para la lactancia materna: beneficios, técnicas de lactancia materna, dificultades, mitos y alimentación en el periodo de lactancia, así como el uso de las salas de extracción de leche materna hospitalaria y bancos de leche humana.

Si se evidencia dificultad en el acceso a los alimentos, canalice hacia programas sociales de complementación alimentaria y hacer seguimiento.

En caso de identificar factores de riesgo emocional y/o psico-sociales, genere interconsulta a psicología y/o trabajo social.

En caso de identificar factores de riesgo para la salud del binomio, emita interconsulta al profesional correspondiente.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

4.6.7 Instrumentos, insumos y dispositivos

Instrumentos: Gráfica de valoración de Atalah, tabla de clasificación Atalah, balanza de pie digital o mecánica y tallímetro, capacidad de dos (2) metros.

Insumos: Historia clínica, material de apoyo educativo.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

4.7 ATENCIÓN DEL PARTO

La atención de parto comprende el conjunto de procedimientos para el acompañamiento y la asistencia de las mujeres en gestación y sus familias o acompañantes para el proceso fisiológico del parto.

El parto debe darse en un ámbito institucional, sin embargo, no siempre ello es posible por dificultades de acceso o por usos y costumbres en el marco de población étnica. Durante el control prenatal se ha dado el procedimiento de plan de parto que involucra las decisiones respecto de la institución y el proveedor que asistirá el parto. Adicionalmente la mujer, su familia o acompañante deberá tener clara la información acerca de los trámites o elementos que deberá llevar el día de la admisión, así mismo, la información sobre los signos de alarma para acudir al servicio de urgencias. Esta información debe ser provista por escrito por parte de la EPS a la usuaria y deberá reposar junto a su carnet perinatal. En este carnet también debe reposar la evidencia sobre la consejería anticonceptiva y el método elegido.

Si la madre no cuenta con buena accesibilidad a la institución de parto, está indicada la autorización de casas maternas o albergues temporales para que la mujer y su acompañante esperen la indicación de hospitalización para el parto.

Las instituciones que realicen la atención del parto, deberán también estar equipadas para la atención del recién nacido, con disponibilidad permanente del recurso humano para la atención del binomio madre hijo.

4.7.1 Objetivos

- Brindar un acompañamiento a la gestante y su familia durante el proceso de trabajo de parto y parto, a fin de obtener una experiencia humanizada y basada en el enfoque de derechos.
- Reducir y controlar complicaciones del proceso del parto y prevenir las complicaciones del alumbramiento y el puerperio, como la hemorragia posparto, la retención de restos y la infección puerperal.

4.7.2 Talento humano

El conjunto de procedimientos de atención del parto requiere un equipo interdisciplinario que pueda brindar seguimiento y apoyo a la gestante, su familia o acompañante.

El requerimiento mínimo de talento humano para la atención del parto de bajo riesgo es:

a) Profesional en medicina , o
b) Profesional en enfermería que certifique formación específica en atención de partos de baja complejidad, en pregrado o en posgrado, expedida por una IES reconocida por el Estado, que ofrezca el programa de enfermería. El Ministerio de Salud definirá las características y condiciones de este certificado de formación.

La formulación de los medicamentos y exámenes complementarios enunciado en esta sección podrá ser realizada por profesional de enfermería.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

4.7.3 Duración mínima recomendada

La duración es variable y va desde la admisión de la gestante hasta la atención del alumbramiento, esta atención continúa con la atención del puerperio inmediato y mediato.

4.7.4 Atenciones incluidas

- Admisión de la gestante en trabajo de parto
- Atención del primer periodo del parto
- Atención del expulsivo
- Atención del alumbramiento

4.7.5 Descripción

4.7.5.1 Admisión de la gestante en trabajo de parto

En todo caso se deberá realizar una historia clínica completa que incluya como mínimo:

Anamnesis

- Identificación, motivo de consulta, fecha probable del parto, inicio de las contracciones, percepción de movimientos fetales, expulsión de tapón mucoso, ruptura de membranas y sangrado.
- Indagar por la presencia o ausencia de síntomas premonitorios de preeclampsia (cefalea, visión borrosa, tinitus, fosfenos, epigastralgia, vómitos en el III trimestre).
- Antecedentes patológicos, quirúrgicos, alérgicos, ginecológicos, obstétricos, farmacológicos y familiares.
- Revisión completa por sistemas.
- Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas.

Examen físico

- Valoración del aspecto general, color de la piel, mucosas e hidratación, estado de conciencia.
- Valoración del estado nutricional.
- Toma de signos vitales.
- Examen completo por sistemas, incluida la valoración neurológica.
- Valoración del estado mental,
- Valoración ginecológica.
- Valoración obstétrica que incluya la actividad uterina, las condiciones del cuello, la posición, situación y estación del feto, fetocardia, altura uterina, tamaño del feto, número de fetos.
- Valoración de genitales externos, estado de las membranas y pelvimetría clínica.

Solicitud de exámenes paraclínicos

- Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo solicite VDRL o RPR.
- Hemoclasificación, si la gestante no tuvo control prenatal.
- Prueba para VIH (prueba rápida).

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

- Gota gruesa en zona endémica de malaria.
- Hematocrito y hemoglobina.

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

- Dinámica uterina regular.
- Borramiento cervical >50%
- Dilatación de 3-4 cm.

En caso de presentar alguna condición (Anexo 2) que pone en riesgo la salud de la gestante o del niño, se debe remitir a la gestante al prestador complementario.

Valorar el riesgo obstétrico y las condiciones de acceso (distancia al domicilio, condiciones y disponibilidad de transporte, etc.), socioeconómicas, cognitivas y de aseguramiento de la gestante para la toma de decisiones sobre la observación o la hospitalización de las pacientes que no cumplan con los criterios de admisión en el trabajo de parto.

Quienes no estén en condiciones para la admisión, deberán recibir información sobre signos para observar, cambios para analizar e indicaciones muy precisas de regresar al hospital cuando ocurran estos cambios (inicio de actividad uterina, sangrado genital, amniorrea, disminución en la percepción de los movimientos fetales, epigastralgia, visión borrosa, fosfenos, tinitus, cefalea intensa).

Considerar de acuerdo a criterio médico, los factores de riesgo maternos o fetales identificados para la admisión de la gestante.

4.7.5.2 Atención del primer periodo del parto.

Se adopta la definición de la fase latente como el periodo del parto que transcurre entre el inicio clínico del trabajo de parto y los 4 cm. de dilatación. Se adopta la definición de la fase activa como el periodo del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 4 y hasta los 10 cm y se acompaña de dinámica regular.

La mujer en trabajo de parto debe ser acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija.

Durante el periodo dilatante se deberá alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo y a movilizarse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo.

Una vez decidida la hospitalización, se debe explicar a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo. Debe ofrecerse apoyo físico, emocional y psicológico continuo durante el trabajo de parto y el parto. Se deben extremar los esfuerzos para que se haga apoyo emocional a todas las mujeres, no sólo por alguien cercano a ella, sino por personal entrenado para tal fin. Este apoyo debe incluir presencia continua, brindando bienestar y estímulo positivo.
Tomar signos vitales a la madre por lo menos una vez cada hora: frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria.

DOCUMENTO GRADOR NO REPRODUCIBLE

Diligenciar el partograma a todas las usuarias al inicio de la fase activa del trabajo de parto. En el partograma se registrará la dilatación, borramiento, estación, estado de las membranas y variedad de posición. Así como la actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones.

Se recomienda realizar exploraciones vaginales antes de 4 horas en las mujeres con alteraciones del progreso del parto o según criterio médico, ante la sospecha o la presencia de complicaciones, o si la mujer manifiesta sensación de pujos; se recomienda realizar rutinariamente un máximo de 3 (tres) tactos vaginales con el objetivo de no aumentar el riesgo de complicaciones infecciosas en el postparto. El examen pélvico también puede realizarse a solicitud de la gestante en circunstancias en las que se considere conveniente.

Se debe auscultar intermitentemente la fetocardia en reposo y postcontracción. La frecuencia cardiaca fetal debe tomarse por un minuto completo, por lo menos una vez cada 30 minutos durante la fase activa y cada 5 minutos durante el segundo periodo.

No se debe realizar amniotomía rutinaria durante el trabajo de parto para acortar la duración del trabajo de parto espontáneo.

Toda mujer tiene derecho a recibir métodos eficaces y seguros para el alivio del dolor durante el trabajo de parto (ello incluye la analgesia neuroaxial); la solicitud de la gestante es indicación suficiente para proveerle métodos adecuados para el alivio del dolor. Las contraindicaciones de la analgesia neuroaxial durante el trabajo de parto son: rechazo de la madre, coagulopatia, infección local o sistémica o hipovolemia no corregida.

No se deben aplicar enemas o rasurados rutinarios a las gestantes en trabajo de parto.
Al alcanzar una estación de +2, la gestante debe trasladarse a la sala de partos o acondicionar el sitio donde ocurrió el trabajo de parto para el nacimiento.

Canalizar una vena periférica que permita, en caso necesario, la administración de cristaloides a chorro, preferiblemente lactato de Ringer o solución de Hartmann. Debe evitarse dextrosa en agua destilada, para prevenir la hipoglicemia del recién nacido. Se debe evitar la deshidratación para prevenir los eventos tromboembólicos.

4.7.5.3 Atención del expulsivo

La segunda etapa del parto o periodo expulsivo es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. A su vez se subdivide en dos fases:

- Periodo expulsivo pasivo: dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo.

- Periodo expulsivo activo, cuando el feto es visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa o pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa.

Durante este período es de capital importancia el contacto visual y verbal con la gestante para disminuir su ansiedad, así como la vigilancia estrecha de la fetocardia.

DOCUMENTO GRABADO NO REPRODUCIBLE

Inicialmente, es preciso evaluar el estado de las membranas, si se encuentran íntegras, se procede a la amniotomía y al examen del líquido amniótico. Si el líquido amniótico se encuentra meconiado y si no hay progresión del expulsivo, es necesario evaluar las condiciones para la remisión, si éstas son favorables la gestante deberá ser remitida al nivel de mayor complejidad bajo cuidado médico.

El pujo voluntario sólo debe estimularse durante el expulsivo y en el momento de las contracciones. Durante este periodo, debe permitirse que las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda.

No se debe realizar de forma rutinaria presión fúndica para acelerar el expulsivo (maniobra de Kristeller). Del mismo modo, la episiotomía no está indicada de forma rutinaria.

Una vez se da el nacimiento, se debe permitir inmediatamente el contacto piel a piel de la madre con el recién nacido. En los casos en que no esté indicado el pinzamiento inmediato se deberá realizar un pinzamiento tardío del cordón umbilical. Este se realizará tras constatar los siguientes criterios

- Interrupción del latido del cordón umbilical.
- Disminución de la ingurgitación de la vena umbilical.
- Satisfactoria perfusión de la piel del recién nacido.
- Realizarlo entre 2 y 3 minutos después del nacimiento.

Por otro lado se adoptan las siguientes indicaciones para pinzamiento inmediato:

- Desprendimiento de placenta.
- Placenta previa.
- Ruptura uterina.
- Desgarro del cordón.
- Paro cardiaco materno.
- Los demás criterios recomendados en la Guía de Práctica Clínica de Recién Nacidos vigente.

La mujer en trabajo de parto vaginal no instrumentado y sin complicaciones debe ser acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija.

4.7.5.4 Atención del alumbramiento

En este periodo se debe realizar lo que se ha denominado como manejo activo del alumbramiento, que consiste en:

- Dentro de un minuto del nacimiento se palpa el abdomen para descartar la presencia de otro feto y se administra un medicamento uterotónico:
  - Adminstraroxitocina 5 UI o 10 UI (según la presentación de oxitocina disponible) por vía intramuscular como medicamento de elección para profilaxis durante el alumbramiento en mujeres que tengan parto por vía vaginal.
  - Cuando exista un acceso venoso permeable, puede administrarse oxitocina 5 UI o 10 UI en infusión lenta diluida en 10 ml de cristaloides en un tiempo no inferior a 3 minutos.
  - Se recomienda el uso de 600 mcg de misoprostol por vía sublingual para profilaxis durante el alumbramiento cuando la oxitocina no esté disponible. No se recomienda la administración por vía intrarectal.
- Tracción controlada del cordón.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

- Pinzamiento una vez cesado el latido del cordón en recién nacidos sin riesgos.
- Masaje uterino.

Al visualizar la placenta, se toma con las dos manos, se inicia un movimiento de rotación para enrollar las membranas y favorecer su expulsión completa. Debe revisarse la placenta tanto por su cara materna (observar su integridad) como por su cara fetal (presencia de infartos, quistes, etcétera). También debe verificarse la integridad de las membranas, el aspecto del cordón umbilical, su inserción y el número de vasos (lo normal, dos arterias y una vena). Ante la duda de que haya alumbramiento incompleto, debe procederse a la revisión uterina y extracción manual de los restos retenidos.

Después del alumbramiento se continúa con una infusión I.V. de 5 a10 unidades de oxitocina diluidas en 500 ó 1.000 cc de cristaloides para prevenir la hemorragia posparto por atonía uterina. Se considera normal una pérdida de 500 cc de sangre luego del parto vaginal normal. Si la madre lo ha elegido, se puede proceder a aplicar el DIU posparto. Éste debe aplicarse antes de hacer las suturas perineales; si no es posible, se hará dentro de las primeras 48 horas del posparto. La aplicación del DIU posparto debe ser hecha por personal experto con entrenamiento específico.

Durante los siguientes minutos luego del parto se producen la mayoría de hemorragias, por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Signos vitales maternos.
- Globo de seguridad.
- Sangrado genital.
- Revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía para descartar la formación de hematomas.

En caso de presentarse hemorragia, debe evaluarse la capacidad resolutiva de la institución y, si es necesario, deberá ser remitida a un nivel de mayor complejidad, previa identificación de su causa, estabilización hemodinámica e inicio del tratamiento, asegurando su ingreso en la institución de referencia.

4.7.6 Instrumentos insumos y dispositivos

Los insumos y dispositivos son los especificados en la resolución de habilitación disponible para la atención del parto, con especial énfasis en los kits de emergencia obstétrica, para la atención se requerirá el diligenciamiento del partograma del CLAP y se requiere en todo caso el carnet perinatal debidamente diligenciado al momento de la admisión.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

4.8 ATENCION DEL PUERPERIO

4.8.1 Objetivos

Proveer una atención segura del puerperio a fin de prevenir detectar y controlar complicaciones del parto como la hemorragia posparto, la retención de restos y la infección puerperal.

Brindar Información y asesoría en métodos anticonceptivos de acuerdo a criterios médicos de elegibilidad y a enfoque de derechos.

4.8.2 Talento humano

Los requerimientos de talento humano serán los mismos que para la atención del parto de bajo riesgo. La formulación de los medicamentos y exámenes complementarios enunciado en esta sección podrá ser realizada por profesional de enfermería.

4.8.3 Atenciones incluidas

En este periodo se reconocen 2 etapas:

- **Puerperio inmediato**

Este período comprende las dos primeras horas post parto. Durante éste, se producen la mayoría de hemorragias, por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Signos vitales maternos.
- Globo de seguridad.
- Sangrado genital.
- Revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía para descartar la formación de hematomas.

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

En caso de presentarse hemorragia, debe evaluarse la capacidad resolutiva de la institución y, si es necesario, deberá ser remitida a un nivel de mayor complejidad, previa identificación de su causa, estabilización hemodinámica e inicio del tratamiento, asegurando su ingreso en la institución de referencia.

- **Puerperio mediato**

Esta etapa comprende desde las primeras dos hasta las 48 horas post parto. Las siguientes acciones deben incluirse durante este período, además de las acciones descritas en el puerperio inmediato:

- Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

- Detectar tempranamente las complicaciones como hemorragia e infección puerperal, vigilando la presencia de taquicardia, fiebre, taquipnea, subinvolución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
- Deambulación temprana.
- Alimentación adecuada a la madre.

Finalmente se incluye la consulta ambulatoria post parto que deberá llevarse a cabo entre el 3° y el 7° días post parto.

4.8.4 Descripción

El alta hospitalaria se debe dar a las 24 horas de un parto vaginal y de 48 después de una cesárea como mínimo.

Se deberá monitorear de manera frecuente la temperatura corporal de la madre, la presión arterial, el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la perfusión y el estado de conciencia. Además deben valorarse la posibilidad de atonía uterina, de un sangrado excesivo o la presencia de signos de hemorragia, de distensión de la vejiga, o de disnea o de dolor pleurítico como síntoma de alerta de un embolismo pulmonar. Durante las 2 primeras horas se debe hacer seguimiento de signos vitales y signos de sangrado cada 15 minutos. Se adopta la escala de alerta temprana (Obstetric Early Warning Score) validada para Colombia la cual se anexa con instructivo. Es obligatoria la valoración clínica del estado general de la mujer en el puerperio por el médico o personal encargado de la atención del parto de bajo riesgo al menos dentro de las primeras 2 horas de puerperio.

Se debe monitorizar la aparición de fiebre en el posparto definida como una temperatura superior a los 38º C a excepción de las 24 primeras horas tras el parto. En caso de fiebre, debe indagarse la aplicación de misoprostol como causa de la fiebre en caso de ser negativo el antecedente, debe realizarse una exploración para identificar el foco de una posible infección del tracto urinario, de la herida quirúrgica, mastitis, endometritis, tromboflebitis pélvica séptica, una reacción adversa a un fármaco o complicaciones derivadas de la episiotomía.

Se debe realizar un tamizaje para depresión posparto Se sugiere que en las diferentes visitas con la mujer tras el parto se le realicen las siguientes preguntas para identificar la posibilidad de una depresión posparto:

> *"Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?"*
> *"Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?"*

Quienes hayan respondido afirmativamente estas dos preguntas deberán tener un acompañamiento de personal de psicología y psiquiatría para hacer diagnostico confirmatorio de la Depresión y brindar apoyo terapéutico que se requiera. Se deberá realizar un seguimiento por el equipo de salud mental posterior al alta a aquellas mujeres que tengan un puntaje mayor a 12 puntos en la Escala de depresión posnatal de Edinburgo EPDS, la cual se anexa.

En toda paciente en puerperio inmediato, se debe reevaluar el riesgo de presentar eventos tromboembólicos venosos e iniciar medidas para la prevención de dichas complicaciones.

DOCUMENTO DE TRABAJO NO REPRODUCIBLE

Antes del alta hospitalaria es el momento ideal para completar el esquema de inmunizaciones a las mujeres con aquellas vacunas que no se hayan podido administrar durante la gestación, como el toxoide tetánico.

Se deberá suministrar inmunoglobulina anti-D dentro de las 72 horas después del parto a todas las mujeres Rh negativo, sin anticuerpos anti-D, quienes tuvieron un recién nacido Rh positivo.
Para conseguir el alivio del dolor derivado de la involución uterina, administrar AINES de acción corta como el ibuprofeno de 600 mg o acetaminofén en dosis que no excedan los 4.000 mg al día. El dolor cede espontáneamente al final de la primera semana tras el parto.

En cuanto a la dificultad miccional la retención de orina tras el parto es habitual y se produce cuando no se consigue una micción espontánea seis horas después del parto. Se sugiere un tratamiento con analgesia oral, además de animar a la mujer que intente ir al baño cuando esté relajada o que tome un baño de agua caliente.

Del mismo modo es conveniente que antes del alta, se informe a la madre sobre una serie de aspectos pertinentes para sus cuidados domiciliarios.

Signos de alarma de la madre para consulta en el posparto:

- Presencia de loquios con mal olor, sangrados abundantes o hemorragia
- Síntomas premonitorios: cefalea, visión borrosa, tinnitus, fosfenos, alteraciones visuales, convulsiones, epigastralgia
- Fiebre
- sangrado genital abundante,
- dolor en hipogastrio, vómito, diarrea.
- Un empeoramiento o la experiencia de nuevos dolores perianales o uterinos
- Dolores agudos (cefaleas, torácico o abdominal)
- Disuria (micción dolorosa, incompleta o dificultosa)
- Problemas con las mamas (enrojecimiento, dolor, calor)
- Dolor o hinchazón en las piernas
- Estado de ánimo que afecta a la relación con el recién nacido, con los demás o que no permite una actividad normal.

En caso de presentarse alguno de ellos debe regresar a la institución. Se debe además:

Informar sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva, puericultura básica, alimentación balanceada adecuada para la madre, fortalecimiento de los vínculos afectivos (la importancia del contacto piel a piel y la lactancia materna temprana, como los principales factores que permiten el establecimiento de vínculo afectivo), la autoestima y el autocuidado, la importancia de la actividad física progresiva para promover la recuperación del tono muscular de la mujer y de la actividad de la vida diaria (por ejemplo con paseos diarios); así mismo se informará sobre las diferentes formas de violencia de género y sexual y los mecanismos de denuncia de las mismas,. información sobre los hábitos de sueño y descanso

- Entregar el registro de nacido vivo y promover que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata.
- Asesorar sobre anticoncepción y
- Proveer los anticonceptivos antes del alta hospitalaria se deberá partir de anteriores asesorías anticonceptiva que debieron hacerse como parte de los controles antenatales).

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

Es importante resaltar que cada individuo tiene diferentes necesidades, diferentes circunstancias, diferentes condiciones económicas y condiciones socios culturales para tomar una decisión, lo que lleva al personal de salud a brindar una atención individualizada. Esto incluye:

- Valorar la intención reproductiva, indagar sobre requerimientos anticonceptivos de la mujer de acuerdo con su necesidad, dirigir la asesoría de acuerdo a necesidades y expectativas (las mujeres con antecedentes de morbilidad materna extrema, y adolescentes menores de 15 años, son prioritarias para anticoncepción post-evento obstétricos).
- Describir todos los métodos anticonceptivos comenzando por los más efectivos y recomendados en postevento obstétrico. sin omitir ningún método. (Incluye mecanismo de acción, efectividad, duración, modo de uso, efectos secundarios y beneficios; despejar dudas sobre mitos frente al uso de Anticonceptivos). Para esto se adoptan criterios médicos de elegibilidad de la OMS del 2015 para condiciones médicas especiales
- Acompañar a la consultante en el desarrollo de la elección informada (permitir que se elija el método más adecuado de acuerdo a los elementos brindados en la consejería).
- Diligenciar, de acuerdo con normas institucionales, el formato de consentimiento informado y la historia clínica de anticoncepción.
- Suministrar anticonceptivos, antes del alta hospitalaria si bajo decisión informada se ha optado por ello:

    - Inserción de DIU (T de Cu o sistema intrauterino de Levonorgestrel) posparto según elección de la mujer y criterios de elegibilidad. Realizar procedimiento de acuerdo con el protocolo.
    - Realización de procedimiento de oclusión tubárica bilateral.
    - Aplicación de implante subdérmico de Levonorgestrel o Etonorgestrel.
    - Inserción de sistema intrauterino de levonorgestrel de 52mg o de 13 mg (de acuerdo con la necesidad de la mujer y el soporte del profesional tratante)
    - Suministro y colocación de inyección de Acetato de Medroxiprogesterona**
    - Entrega de método hormonal oral de solo Progestina, con indicaciones de uso e inicio de tratamiento.
    - Entrega de condones, según necesidades de la mujer.

- La IPS hospitalaria entregará como parte de la atención del puerperio los métodos anticonceptivos elegidos con una cobertura de al menos 3 meses. Siempre con la orden de control ambulatorio de acuerdo al método elegido.
- Informar a la usuaria sobre los signos de alarma frente al uso del método, manejo en casa de posibles efectos secundarios y cuándo regresar a consulta de control.
- Recordar que los métodos anticonceptivos no protegen contra VIH/SIDA y otras ITS. proveer condones y resaltar la necesidad de doble protección.
- Recordar la posibilidad de uso de anticoncepción de emergencia en caso de:
    - Relación sexual sin uso de un método anticonceptivo
    - Uso incorrecto de un método anticonceptivo
    - Ruptura, filtración, deslizamiento o retención del condón masculino
    - Desplazamiento o retiro temprano del condón masculino
    - Expulsión total o parcial del dispositivo intrauterino.
    - Relaciones en el período fértil sin protección
    - Olvido de una o varias dosis anticonceptivas
    - En caso de violencia sexual, si la mujer no está usando un método anticonceptivo.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

Se deberá agendar la cita de control del posparto como parte de las actividades en el ámbito intrahospitalario, que deberá realizar se entre el tercer y el séptimo día posparto. Esta consulta se deberá enfocar especialmente en informar sobre signos de alarma para consultar por el servicio de urgencias, especialmente para hemorragia posparto, infección, Preclampsia, eclampsia y tromboembolismo.

4.8.5 Instrumentos insumos y dispositivos

Los insumos y dispositivos son los especificados en la Resolución de habilitación, disponible para la atención del parto, con especial énfasis en los kits de emergencia obstétrica., Para la atención se requerirá el diligenciamiento de la escala de alerta temprana (OBSTETRIC EARLY WARNING SCORE).

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

4.9 ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

En este lineamiento se incluye la atención para las emergencias obstétricas más frecuentes:

- Hemorragia obstétrica posparto
- Urgencias y emergencias hipertensivas del embarazo
- Sepsis.

Las acciones que se deberán desarrollar para la atención inicial en las emergencias obstétricas requieren del cumplimiento de cada una de las medidas de prevención y detección precoz que se han definido y descrito en los procedimientos anteriores; tal es el caso del manejo activo del alumbramiento, la suplementación de calcio, la toma de tensión arterial o la formulación de ácido acetil salicílico para las mujeres de alto riesgo de preclampsia.

4.9.1 Objetivos

Reducir la probabilidad de morir a causa de las principales complicaciones durante el embarazo parto y posparto.

4.9.2 Talento humano

El conjunto de procedimientos de atención del parto requiere un equipo interdisciplinario que pueda brindar seguimiento y apoyo a la gestante, su familia o acompañante, liderado por el profesional de medicina. En estos casos es responsabilidad del médico general estabilizar la paciente y remitirla prioritariamente a una institución complementaria con capacidad resolutiva, en donde sea valorada por un equipo multidisciplinario de Ginecología - Medicina Materno Fetal, Anestesiología, Cuidados Intensivos y los demás perfiles que sean necesarios.

4.9.3 Atenciones incluidas

Valoración y manejo integral de la mujer gestante y el feto o recién nacido con los siguientes eventos:

- Hemorragia Obstétrica posparto
- Urgencias y emergencias hipertensivas del embarazo
- Sepsis.

4.9.4 Descripción

4.9.4.1 Hemorragia Obstétrica posparto

En primer lugar se deberá garantizar durante la atención del parto el manejo activo del alumbramiento que incluye:

- Al minuto después del nacimiento palpar el abdomen para descartar la presencia de otro feto y administrar un medicamento uterotónico:

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

- Administrar Oxitocina 5 UI o 10 UI (según la presentación de oxitocina disponible) por vía intramuscular como medicamento de elección para profilaxis durante el alumbramiento, en mujeres que tengan parto por vía vaginal.
- Administrar Oxitocina 5 UI o 10 UI en infusión lenta diluida en 10 mL de cristaloides en un tiempo no inferior a 3 minutos, cuando exista un acceso venoso permeable..
- Se recomienda el uso de 600 mcg de misoprostol por vía sublingual para profilaxis durante el alumbramiento cuando la oxitocina no esté disponible. No se recomienda la administración por vía intrarectal.

- Tracción controlada del cordón.
- Realizar pinzamiento una vez cesado el latido del cordón en recién nacidos sin riegos.
- Masajear el útero. .

En mujeres con parto por cesárea, adicionar una infusión de 30 UI de Oxitocina en 500 mL de cristaloides para pasar en 4 horas, inmediatamente después de la administración del bolo inicial de 5 UI de Oxitocina.

La tracción controlada del cordón no está recomendada en lugares donde la atención se realice por talento humano no médico.

El pinzamiento temprano del cordón (menor a 1 minuto) está recomendado en pacientes con sospecha de asfixia perinatal, desprendimiento de placenta, ruptura uterina, desgarro del cordón o paro cardiaco materno.

Se deberá realizar en todos los casos la determinación del tono uterino en el posparto para la identificación temprana de la atonía uterina.

La HPP se define como Puerperio inmediato con sangrado vaginal de más de 500 mL (o sangrado vaginal lento y continuo o sangrado repentino abundante con inestabilidad hemodinámica)

Para la atención inmediata en estos casos se deberá garantizar de manera inmediata:

1. Evaluar el grado de choque aplicando el cuadro diagnóstico del *código rojo obstétrico*, utilizando para ello el parámetro más alterado.
2. Activar *código rojo obstétrico* cuando la evaluación permita establecer algún grado de choque y notificar al nivel de mayor complejidad.
3. Realizar ABC a la paciente (evalúe y garantice vía aérea permeable, ventilación y circulación).
4. Si se dispone de oximetría de pulso se deberá proporcionar oxígeno suplementario para alcanzar %satO2 > 95. Si no se dispone, entonces se administrará oxígeno por cánula nasal a 3 L/minuto.
5. Levantar las piernas de la paciente a 15 grados (no Trendelemburg).
6. Canalizar 2 venas con catéter venoso Nos. 14, 16 o 18, al menos una con catéter 14.
7. Insertar sonda Foley 14 o 16 F para drenaje vesical.
8. Reanimar con líquidos endovenosos cristaloides (SSN 0.9% o Hartman) preferentemente a 39 ºC, con bolos iniciales de 500 mL sucesivos titulando cada 5 minutos la respuesta basada en los signos de choque: sensorio conservado, pulso radial presente, presión arterial sistólica mayor de 90 mm Hg y llenado capilar < 5 seg con bolos de 500mL si alguno de los parámetros se encuentra alterado.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

9. Evitar la hipotermia con sábanas o mantas precalentadas y la administración de todos los líquidos endovenosos (cristaloides) a 39 ºC.

La evaluación del nivel de choque, así como la evaluación de la respuesta a la reanimación se hará teniendo en cuenta las tablas del código rojo anexas a este lineamiento.

Si se trata de un choquemoderado, se deberá ordenar tempranamente la necesidad de paquete de transfusión de glóbulos rojos de emergencia: 2 unidades de glóbulos rojos compatibles sin pruebas cruzadas u O(–) en presencia de choque hemorrágico moderado; si no se dispone de estos utilice O(+).

Considere la transfusión temprana de plasma fresco congelado (si existe disponibilidad) en relación 1:1.5 en caso de datos de coagulopatía (PTT o INR > 1.5).

Se debe indicar reanimación con paquete de transfusión masiva en HPP en presencia de choque hemorrágico severo con glóbulos rojos 6 unidades (incluidas 2 unidades O(–)), plasma 6 unidades, 1 aféresis de plaquetas (o 6 unidades de plaquetas).

Si no se dispone de sangre, remita una vez haya realizado las medidas iniciales de reanimación y para tratar la causa. de acuerdo a la nemotecnia de las 4T:

a) Tono Uterino.
b) Trauma
c) Tejido
d) Trombina

a) Tono Uterino (atonía o hipotonía uterina):

Realizar masaje uterino externo de forma continua y permanente durante el manejo integral y hasta cuando el sangrado haya cedido. En caso de que el masaje uterino externo haya sido ineficaz es necesario realizar masaje uterino bimanual durante al menos 20 minutos o hasta cuando haya cedido el sangrado.

En casos de masaje uterino bimanual se aplicará antibiótico profiláctico endovenoso: Ampicilina 2 g o Clindamicina 600 mg + Gentamicina 80 mg (en alergia a la penicilina)

Realizar manejo simultáneo con:

- Administración de 5 UI de Oxitocina por vía IV lenta, mientras se inicia una infusión de 30 UI de Oxitocina diluida en 500 ml de cristaloides para pasar en 4 horas.
- Administración de Ergometrina 0.2 mg por vía IM. Repetir una sola dosis adicional después de 20 minutos. Puede continuarse 0.2 mg cada 4 a 6 horas, máximo 5 ampollas en 24 horas. (Contraindicada en mujeres con hipertensión).
- Misoprostol 800 mcg. por vía sublingual, solo si no se cuenta con Oxitocina o Maleato de Metilergonovina.

El Ácido Tranexámico en dosis de 1 g por vía IV, se puede ofrecer como un tratamiento para HPP si la administración de la Oxitocina seguido de las opciones de tratamiento de segunda línea y el Misoprostol no han logrado detener la hemorragia, o como complemento a la sutura de traumatismos del canal del parto, identificados como causa del sangrado.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

Si los uterotónicos no han controlado el sangrado o no están disponibles, se recomienda el taponamiento uterino con balón hidrostático (incluido dispositivo de sonda condón) en atonía uterina.

La compresión manual uterina, compresión aórtica y los sistemas neumáticos de compresión son medidas temporales de manejo hasta manejo médico definitivo.

No está recomendado el empaquetamiento uterino para el manejo de la HPP por atonía uterina. Reanimación con paquete de transfusión masiva en presencia de choque hemorrágico severo con glóbulos rojos 4 unidades, plasma 6 unidades, 1 aféresis de plaquetas (6 unidades de plaquetas).

Una vez estabilizada la paciente, remitir a nivel de mayor complejidad que garantice presencia de ginecólogo, uso de medicamentos y transfusión sanguínea. Trasladarla en ambulancia medicalizada con profesional de medicina y de enfermería o paramédico entrenado que:

- Realice vigilancia continua de signos vitales cada 15-30 minutos (presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria), diuresis horaria y evaluación permanente del tono uterino.
- Garantice permeabilidad de dos (2) venas periféricas en extremidades diferentes con catéter Nos. 14, 16 o 18.
- Asegure y controle el manejo con cristaloides: bolos de 500 mL cada 30 minutos para mantener TAS ≥ 90 mmHg, sensorio normal y pulso radial firme, e infusión de mantenimiento a 100 mL/h o a 17 gotas/minuto (por macrogotero de 10 gotas = 1 mL) si estas metas son alcanzadas.
- Remita en presencia de transfusión de glóbulos rojos si estos fueron requeridos y están disponibles.
- Evite la hipotermia con uso de sábanas o mantas precalentadas.
- Realice masaje uterino cada 15 minutos.
- Realice masaje bimanual continuo, en caso de presentarse un nuevo episodio de sangrado, r, compresión extrínseca de la aorta y aplique una ampolla intramuscular de Methergin.

b) Trauma (Desgarros del cérvix o canal vaginal)

Además de lo realizado para el total de las hemorragias posparto, si se cuenta con catgut Crómado 2-0 – se deberán suturar, además aplicar antibiótico profiláctico IV: Ampicilina 2 g o Clindamicina 600 mg + Gentamicina 80 mg (en alergia a la penicilina).

En caso de inestabilidad hemodinámica, o no disponibilidad de sutura o dificultad por tamaño de la lesión se deberá hacer taponamiento vaginal con compresas húmedas.

c) Tejido. Inversión uterina
- Hacer reposición uterina. Como lo muestran los diagramas de flujo para la atención obstétrica de emergencias.
- Igual manejo de atonía/hipotonía uterina.
- Antibiótico profiláctico IV: Ampicilina 2 g o Clindamicina 600 mg + Gentamicina 80 mg (en alergia a la penicilina).

d) Placenta retenida o retención de restos placentarios
- Hacer Extracción Manual.

DOCUMENTO DE TRABAJO NO REPRODUCIBLE

- Practicar revisión manual de cavidad uterina idealmente bajo anestesia.
- Antibiótico profiláctico IV: Ampicilina 2 g o Clindamicina 600 mg + Gentamicina 80 mg (en alergia a la penicilina).
- Igual manejo de atonía/hipotonía uterina.

4.9.4.2 Manejo de las urgencias y emergencias hipertensivas del embarazo

En primera instancia se considerará a toda gestante con criterio de hipertensión debe ser remitida como urgencia a un nivel superior de complejidad donde se puedan estudiar la afectación en órgano blanco y manejar las complicaciones maternas y fetales.

a) Preclampsiasevera

Se define como cuadro clínico en el que hay hipertensión relacionada con el embarazo (un embarazo ≥ 20 semanas o en las primeras 4 semanas del puerperio con Tensión Arterial Sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o diastólica mayor o igual a 90 mmHg), y además alguno criterio de severidad:

- TAS ≥ 160 mmHg y/o TAD ≥ 110 mmH
- Presencia de signos premonitorios: (cefalea global o en “casco”, fosfenos o visión borrosa, tinitus); epigastralgia irradiada a hipocondrio derecho; clonus; oliguria (0,5 cc/kg/h en 6 horas).
- Compromiso de órgano blanco materno:
  - Paraclínico: hemograma con plaquetas menor100.000; LDH mayor 600 mg/dl; AST y ALT mayor 70 mg/dl (síndrome HELLP) creatinina mayor 1,2 mg/dl.
  - Clínico: edema agudo de pulmón - injuria renal aguda - infarto agudo de miocardio.
- Compromiso fetal: Restricción crecimiento intrauterino.

Ante la presencia de uno o más criterios de severidad: se debe realizar examen físico completo, incluyendo evaluación de vitalidad fetal por auscultación o empleo de doppler fetal, además:

i. Asegurar 2 accesos venosos con catéter 16 o 18.
ii. Si se dispone de oximetría de pulso, proporcionar oxígeno suplementario para alcanzar %satO2 > 95; si no se dispone, entonces administrar oxígeno por cánula nasal a 3 Lt/minuto.
iii. Colocar sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16).
iv. Iniciar cristaloides 1 cc/kg/h (como volumen total administrado incluido el goteo de sulfato de magnesio).
v. Iniciar sulfato de magnesio ampollas al 20% x 10 ml (2 g):
   a. Impregnación: 2 ampollas + 150 mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4 g).
   b. Mantenimiento: 4 ampollas + 500 mL SSN 0.9% por bomba de infusión a 67 mL/hora (1 g/h) o a 10 gotas/minuto por macrogotero 10 gotas = 1 mL o a 20 gotas/minuto por macrogotero.
vi. Se deberá ajustar la dosis según monitorización de reflejos osteotendinosos, gasto urinario, sensorio y frecuencia respiratoria.
vii. En caso de toxicidad por sulfato de magnesio: aplique 1 g, endovenoso de gluconato de calcio en 10 minutos.
viii. Si la TAS ≥ 150 y/o TAD ≥ 100 mmHg (pero < 160/110) inicie terapia anti-hipertensiva:

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

i. Nifedipino tabletas x 30 mg 1 tableta VO cada 8 horas o tabletas x 10 mg 1 tableta VO cada 6 horas.

ix. Tome exámenes de laboratorio: hemograma con recuento de plaquetas, pruebas hepáticas (lactato deshidrogenasa LDH, transaminasas AST y ALT) y creatinina.

b) Crisis hipertensiva

Se define como un caso en el que durante el embarazo o el puerperio presente TAS ≥ 160 mmHg y/o TAD ≥ 110 mmHg en una toma con o sin síntomas premonitorios de eclampsia.
Ante esta situación se deberá:

i. Realizar examen físico completo, incluyendo evaluación de vitalidad fetal por auscultación o empleo de doppler fetal.
ii. Asegurar 2 accesos venosos con catéter 16 o 18.
iii. proporcionar oxígeno suplementario para alcanzar %satO2 > 95, si se dispone de oximetría de pulso,. Si no se dispone, entonces administrar oxígeno por cánula nasal a 3 Lt/minuto.
iv. Colocar sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16).
v. Iniciar cristaloides 1 cc/kg/h (como volumen total administrado incluido el goteo de sulfato de magnesio).
vi. Iniciar manejo antihipertensivo de inmediato hasta lograr TAS entre 140 - 150 mmHg y TAD entre 90 - 100 mmHg,
    a. Labetalol ampollas de 100 mg/20cc: 20 mg (4 cc) endovenosos cada 20 minutos, y si no hay respuesta aumentar a 40 mg (8 mL), luego a 80 mg (16 mL) hasta dosis acumulada de 300 mg/día. Dejar en terapia de mantenimiento con: Nifedipino cápsulas o tabletas x 10 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 6 horas o Nifedipino cápsulas o tabletas x 30 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 8 horas.
    b. Nifedipina cápsulas o tabletas de 10 mg cada 20 minutos por 3 dosis y luego 10 mg cada 6 horas. Si no se dispone de vía venosa.
    c. Si se dispone de Hidralazina, se puede usar como medicamento de primera línea en bolo IV de 5 mg. Cada 20 minutos si no hay respuesta, con un máximo de 20 mg.
    d. Si no se alcanza control de cifras tensionales se deberá remitir a la mujer, al mayor nivel de complejidad de acuerdo con las condiciones de la paciente.

vii. Inicie sulfato de magnesio ampollas al 20%-10 ml (2 g) de la siguiente forma:
    i. Impregnación: 2 ampollas + 150 mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4 g) y continuar.
    ii. Mantenimiento: 4 ampollas + 500 mL SSN 0.9% por bomba de infusión a 67 mL /hora. (1 g/h) o a 10 gotas/minuto por macrogotero a 10 gotas = 1 mL o 20 gotas/minuto por macrogotero 20 gotas = 1 mL.

viii. Tomar exámenes de laboratorio: hemograma con recuento de plaquetas, pruebas hepáticas (lactato deshidrogenasa LDH, transaminasas AST y ALT) y creatinina.

DOCUMENTO PROPIEDAD NO REPRODUCIBLE

Eclampsia

Se define como un caso de gestante con embarazo de 20 semanas o más o en las primeras tres semanas del puerperio con criterios de trastorno hipertensivo del embarazo que presenta convulsión o coma.

En este caso se deberá:

Iniciar sulfato de magnesio ampollas al 20%-10 ml (2 g) de la siguiente forma:

- Impregnación: 2 ampollas + 150 mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4 g) y continuar.
- Mantenimiento: 4 ampollas + 500 mL SSN 0.9% por bomba de infusión a 67 mL /hora .(1 g/h) o a 10 gotas/minuto por macrogotero a 10 gotas = 1 mL o 20 gotas/minuto pormacrogotero 20 gotas = 1 mL.

En presencia de crisis hipertensiva iniciar manejo antihipertensivo de inmediato, hasta lograr TAS entre 140 - 150 mmHg y TAD entre 90 - 100 mmHg con:

a. Labetalol ampollas de 100 mg/20cc: 20 mg (4 cc) endovenosos cada 20 minutos y si no hay respuesta aumentar a 40 mg (8 mL), luego a 80 mg (16 mL) hasta dosis acumulada de 300 mg/día. Dejar en terapia de mantenimiento con: Nifedipino cápsulas o tabletas x 10 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 6 horas o Nifedipino cápsulas o tabletas x 30 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 8 horas.
b. Nifedipina cápsulas o tabletas de 10 mg cada 20 minutos por 3 dosis y luego 10 mg cada 6 horas, en caso de que no se disponga de vía venosa.
c. Si se dispone de Hidralazina, se puede usar como medicamento de primera línea.
d. Si no se alcanza control de cifras tensionales se deberá remitir al mayor nivel de complejidad de acuerdo con las condiciones de la paciente.

Ante la ausencia de crisis hipertensiva se deberá garantizar manejo antihipertensivo con:

- Nifedipina cápsulas o tabletas de 10 mg 1 VO cada 6 horas o Nifedipina tabletas de 30 mg 1 VO cada 8 horas.

Una vez estabilizada la paciente, se remitirá a un nivel superior que garantice la atención por especialista tanto a la madre como al neonato. El traslado se realizará en ambulancia con profesional de medicina o de enfermería o paramédico que:

- Vigile continuamente los signos vitales (presión arterial, sensorio, frecuencia cardiaca y respiratoria), frecuencia cardiaca fetal y reflejos osteotendinosos cada 15 minutos.
- Asegure el suministro de oxígeno suplementario durante el transporte para mantener %satO2 > 95 si se dispone de oximetría de pulso o a 3Lt/minuto por cánula nasal.
- Evalúe continuamente la presencia de síntomas premonitorios o de encefalopatía hipertensiva. Así mismo que controle y registre diúresis horaria.
- Aplique protocolo de crisis hipertensiva, si TAS ≥ 160mmHg y/o TAD ≥ 110mmHg .
- Garantice ABC (vía aérea-ventilación circulación), aplique nuevo bolo de sulfato de magnesio 2 ampollas + 150mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4g) y continúe infusión o goteo de sulfato de magnesio pero con un incremento a 2g/h, si presenta episodio convulsivo (eclampsia),

DOCUMENTO PROPIEDAD NO REPRODUCIBLE

4.9.4.3 Sepsis severa y choque por sepsis

Además de las definiciones de SIRS y SEPSIS, se tendrá en cuenta la definición de **sepsis severa** como:

- Disfunción de uno o más órganos:
  - Sistema nervioso central (estado de conciencia alterado).
  - Renal (oliguria).
  - Pulmonar (taquipnea, dificultad respiratoria).
  - Cardiovascular (taquicardia, hipotensión).
  - Hepático (hipoglicemia, hiperbilirrubinemia).
  - Coagulopatía.
  - Acidosis metabólica.

Choque séptico:

Sepsis severa asociada a signos de hipoperfusión (lactato >4mmol/L) e hipotensión (TAS < 90mmHg o TAM < 65mmHg) que no revierte con la administración de un desafío de cristaloides de 20-30mL/kg proporcionado en bolos de 500mL cada 30 minutos.

Si al momento de la evaluación no hay criterios de severidad o choque:

1. Asegure permeabilidad de la vía aérea.
2. Suministre suplemento de oxígeno: si dispone de oximetría de pulso proporcione oxígeno suplementario para alcanzar %satO2 > 95. Si no dispone, administre oxígeno por cánula nasal a 3Lt/minuto.
3. Canalice 2 venas con catéter venoso No. 16 o 18.
4. Coloque sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16) para vigilancia de gasto urinario.
5. Inicie manejo con líquidos endovenosos (SSN 0.9% o Hartman): bolos de 500mL cada 30 minutos para mantener TAM ≥ 65mmHg y sensorio normal, y continuar aporte de mantenimiento a 150-200mL/h de acuerdo a respuesta clínica y metas alcanzadas.
6. Inicie antibiótico: Ampicilina/Sulbactam endovenosos 3g (o el antibiótico que se defina institucionalmente en el comité de infecciones). en la primera hora y continúe según protocolo de la institución local o de referencia.
7. Proporcione protección gástrica: Ranitidina ampollas x 50mg 1 ampolla endovenosa cada 12h u Omeprazol ampollas x 20mg 1 ampolla endovenosa cada 12h.
8. Toma de paraclínicos: hemograma, PCR, Hemocultivos, cultivos locales según etiología del probable foco, pruebas hepáticas y renales, gases arteriales y ácido láctico.

Si al momento de la evaluación hay criterios de severidad o choque se deberá:

Movilizar equipo de emergencia, asegurar respuesta rápida de equipo multidisciplinario e iniciar inmediatamente acciones de supervivencia que incluye:

1. Reanimar inicialmente guiado por metas (en las primeras 6 h):
   a. Presión venosa central entre 8-12mmHg.
   b. TAM ≥ 65mmHg. › Saturación venosa central (SatvcO2) ≥ 70.
   c. Gasto urinario ≥ 0.5mL/kg/h.
2. Iniciar antibiótico de amplio espectro en la primera hora, previa toma de muestras para cultivos.

DOCUMENTO CERRADO: NO REPRODUCIBLE

3. Identificar y controlar foco infeccioso.
4. Asegurar permeabilidad de la vía aérea y suministrar suplemento de oxígeno: si dispone de oximetría de pulso proporcione oxígeno suplementario para alcanzar %satO2 > 95. Si no dispone, administre oxígeno por cánula nasal a 3Lt/minuto. En caso de Glasgow < 9 o insuficiencia respiratoria realice IOT y ventilación mecánica.
5. Canalizar 2 venas con catéter venoso No. 16 o 18.
6. Realizar paso de catéter venoso central bilumen, si tiene experiencia y disponibilidad del mismo.
7. Colocar sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16) para vigilancia de gasto urinario.
8. Iniciar manejo con líquidos endovenosos (SSN 0.9% o Hartman): bolos de 500mL cada 30 minutos para mantener PVC entre 8-12mmHg, TAM ≥ 65mmHg y sensorio normal; continuar aporte de mantenimiento a 150-200mL/h de acuerdo con la respuesta clínica y las metas alcanzadas.
9. Si la TAM persiste < 65mmHg después de un adecuado reto de líquidos (1000mL en una hora) y PVC entre 8-12mmHg (si dispone de catéter central para PVC), iniciar cuanto antes infusión de agentes vasoactivos: Dopamina premezclada a 5mcg/kg/minuto o Norepinefrina a 0.1mcg/kg/minuto que se van incrementando cada 30 minutos hasta alcanzar la meta (TAM ≥ 65mmHg).
10. Tomar gases venosos por el catéter venoso central y medir SatvCO2. Si ésta es < 70 inicie Dobutamina a 2.5mcg/kg/minuto.
11. Iniciar antibiótico empírico en la primera hora de reconocimiento del diagnóstico de Sepsis Severa con Ceftriaxona, 1 gramo endovenoso cada 12 horas, más Metronidazol 500 miligramos endovenosos cada 8 horas, o PiperacilinaTazobactam 4.5 gramos endovenosos cada 6 horas.
12. Proporcionar protección gástrica: Ranitidina ampollas x 50mg 1 ampolla endovenosa cada 12h u Omeprazol ampollas x 20mg 1 ampolla endovenosa cada 12h.
13. Tomar paraclínicos: hemograma, PCR, hemocultivos, cultivos locales según etiología del probable foco, pruebas hepáticas y renales, glucometrías cada 4h, gases arteriales y ácido láctico.
14. Manejar terapia antitrombótica con Heparina en el nivel de mayor complejidad.

4.9.5 Instrumentos insumos y dispositivos

Computador para el ingreso administrativo, Bomba de infusión, Monitor de signos vitales, Carro de paro, Doppler fetal, Kit para el manejo de la emergencia obstétrica, Laboratorio básico y bioquímico, Transporte medicalizado, Dispositivos institucionales para la identificación de pacientes, identificación de alergias y riesgo de caídas (brazaletes), Guías y protocolos adoptados formalmente por la IPS, Diagramas de flujo para el manejo de la emergencia obstétrica, Traje Antichoque no neumático y balones hidróstaticos (Bakri o Sonda condón)
El contenido del Kit de emergencia obstétrica básico se presenta en el anexo 7.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

4.10 ATENCION DEL RECIÉN NACIDO

La atención del recién nacido comprende el conjunto de procedimientos para el acompañamiento y la asistencia a los recién nacidos y sus familias o acompañantes en el proceso fisiológico de la adaptación neonatal y su adecuada transición a la vida extrauterina.

El nacimiento debe darse en un ámbito institucional, sin embargo, no siempre ello es posible por dificultades de acceso o por usos y costumbres en el marco de población étnica. En todo caso, cada niño o niña que nazca debe contar con el acceso a las intervenciones aquí descritas, lo cual permitirá apoyar su proceso de adaptación a la vida extrauterina y minimizará la posibilidad de presentar complicaciones que tengan alto riesgo de muerte o de generar daños importantes para el resto de la vida.

Las instituciones que realicen la atención del parto, deberán también estar equipadas para la atención del recién nacido, con disponibilidad permanente del talento humano para la atención del binomio madre hijo.

4.10.1 Objetivos

Apoyar, conducir o inducir el proceso de adaptación a la vida extrauterina del recién nacido y minimizar la posibilidad de presentar complicaciones que tengan alto riesgo de muerte perinatal o neonatal, o de generar daños importantes para el resto de la vida relacionados con eventos perinatales.

4.10.2 Talento humano

El conjunto de procedimientos de atención del parto y del nacimiento requieren un equipo multidisciplinario que pueda brindar seguimiento y apoyo a la gestante, al recién nacido(a), su familia o acompañantes.

Los requerimientos de talento humano serán los mismos que para la atención del parto de bajo riesgo (siempre y cuando tenga entrenamiento en adaptación y reanimación neonatal). En el caso de un parto de alto riesgo o en el que se prevean posibles complicaciones del recién nacido (como prematurez, estado fetal insatisfactorio, anomalías congénitas, bajo peso al nacer, etc.), se requiere de médico especialista en pediatría. En todo caso, se requiere que el recién nacido sea atendido por un profesional independiente de aquel que se encuentra simultáneamente con la gestante.

Se permitirán criterios de adaptabilidad en los casos necesarios según las particularidades poblacionales o territoriales (por ejemplo, en población de ámbitos de alta ruralidad o rural disperso, o en poblaciones indígenas), siempre y cuando cumpla los estándares de atención establecidos en la normatividad vigente.

La formulación de los medicamentos y exámenes complementarios enunciado en esta sección podrá ser realizada por profesional de enfermería.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

4.10.3 Atenciones incluidas

A. Enfoque antenatal de riesgo
B. Atención del recién nacido en sala de partos/nacimientos.
C. Cuidados durante las primeras cuatro horas de edad.
D. Cuidados mediatos del recién nacido
E. Decisión del egreso hospitalario
F. Entrega de recomendaciones previas al egreso hospitalario
G. Egreso hospitalario.

4.10.4 Descripción

4.10.4.1 Enfoque antenatal de riesgo

El enfoque antenatal de riesgo exige la realización de una historia clínica dirigida a la identificación de factores de riesgo prenatales, perinatales y neonatales para el recién nacido. Adicionalmente a los factores de riesgo biológico, se requiere tener en cuenta los factores de riesgo biopsicosocial definidos en la historia clínica del CLAP. Esta historia clínica debe realizarse antes del nacimiento, con el fin de preparar el equipo y los insumos necesarios para la atención adecuada en sala de partos/nacimientos y programar las actividades a realizar en las horas posteriores al nacimiento, de ser necesario. Debe incluirse la exploración de factores de exposición a teratógenos como el alcohol y otras sustancias psicoactivas, a infecciones virales (como Virus Zika) y a otras condiciones que ameriten un manejo diferencial del recién nacido en la etapa neonatal y luego del alta hospitalaria.

4.10.4.2 Atención del recién nacido en sala de partos/nacimientos

La atención inmediata en sala de partos/nacimientos requiere la realización previa de la historia clínica con enfoque de riesgo antenatal. La adaptación neonatal inmediata está representada por el conjunto de modificaciones cardio-hemodinámicas, respiratorias y de todo orden que sucede en procura de la adecuación del ser humano al entorno atmosférico al nacer. De su éxito depende fundamentalmente el adecuado y exitoso tránsito de la condición intrauterina a la vida en el ambiente exterior. Debe realizarse un manejo limpio del recién nacido y la manipulación del cordón umbilical debe hacerse con guantes estériles. Para un adecuado manejo térmico del recién nacido, la temperatura ambiente de la sala de partos/nacimientos debe estar en 26ºC como promedio. Las salas de adaptación neonatal deben disponer de un pendón o una pieza informativa sobre el manejo del recién nacido con depresión respiratoria o con necesidad de reanimación neonatal.

La secuencia de atención es:

- **Limpieza de las vías aéreas**: En el momento en que el recién nacido asome la cabeza, se deben limpiar manualmente las secreciones primero de la boca y luego de las fosas nasales. Se debe evitar la realización de succión de las vías aéreas de forma rutinaria y se debe reservar este procedimiento solo para los casos de líquido amniótico con meconio espeso, sangre o pus con obstrucción de la vía aérea o si el recién nacido se encuentra con depresión respiratoria.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

- **Secado del recién nacido**: Una vez el recién nacido se encuentre fuera del canal del nacimiento, se debe proceder al secado completo. Para esto, se coloca al recién nacido sobre el abdomen de la madre, en contacto piel a piel y se inicia con el secado de la cabeza y cara y luego del resto del cuerpo en forma suave, gentil y exhaustiva, con campo seco y tibio. Posteriormente debe cubrirse con campo seco y tibio, y debe tenerse especial cuidado en evitar la pérdida de calor por la cabeza colocando un gorro. En caso de no contar con gorro, una alternativa sería armar un turbante con una compresa tibia y seca. En el caso de los recién nacidos prematuros, se recomienda manejar de acuerdo con las indicaciones específicas del lineamiento de atención al recién nacido prematuro.
- **Observación de la respiración o llanto, y el tono muscular**. La limpieza de las vías aéreas y el secado estimulan al recién nacido. Si el niño se encuentra en apnea, debe iniciarse la atención del recién nacido deprimido con ventilación con presión positiva según el esquema de reanimación neonatal vigente de las Guías de Soporte Vital Avanzado Neonatal (NALS, por sus siglas en inglés).
- **Pinzamiento oportuno y corte del cordón umbilical**. Excepto si tiene indicaciones para realización de pinzamiento inmediato, debe realizarse entre el segundo o tercer minuto de nacido o cuando este deje de latir. Se consideran criterios para pinzamiento inmediato del cordón umbilical el abrupcio de placenta y la placenta previa sangrante. Se debe considerar el pinzamiento diferido del cordón umbilical en los casos de prolapso o procidencia de cordón umbilical, nacimiento vaginal con ruptura prolongada de membranas o de nacimiento vaginal en podálica donde se presume hipovolemia sin sangrado placentario. En todo caso, se deben tener en cuenta los criterios de latido umbilical, ingurgitación de vena umbilical y perfusión satisfactoria de piel para el pinzamiento del cordón umbilical. En los casos en que coexista algún criterio para pinzamiento inmediato con algún otro criterio para pinzamiento oportuno o diferido, debe prevalecerse el inmediato. Todo el instrumental que se use para pinzar y cortar el cordón umbilical debe estar estéril.
- **Continuar el contacto piel a piel con la madre si las condiciones clínicas lo permiten**. Adicionalmente, debe presentarse el recién nacido a la madre y al padre o al acompañante (si se permitió la entrada del padre o de acompañante al parto) con el objeto de favorecer la relación vincular de los padres con el recién nacido. Se debe continuar monitoreando la respiración y se debe estimular el inicio de la lactancia materna. Si el niño se encuentra sano, se recomienda no separar de la madre durante los primeros 60 minutos, e incluso se deben postergar los procedimientos de aplicación de profilaxis, antropometría y examen físico completo después de este tiempo.
- **Lactancia materna:** Se recomienda iniciar la lactancia materna durante el contacto piel a piel siempre que la madre esté en condiciones de llevarlo a cabo. La lactancia materna debe ser a libre demanda, sin horario y sin restricción. Al terminar el proceso de cuidados inmediatos del recién nacido, se debe llevar junto con la madre si ambos se encuentran en condiciones de estar juntos, y se debe continuar apoyando la instauración de la lactancia materna. En caso de que la madre se encuentre en recuperación post-cesárea, si se cuenta con la autorización del anestesiólogo, se debe promover la lactancia materna mediante el alojamiento conjunto lo más pronto posible. De acuerdo con las recomendaciones de la OMS solo se debe suspender la lactancia materna en los siguientes casos: Tratamiento de la madre lactante con medicamentos contra el cáncer o con sustancias radioactivas, madre con infección por VIH, sarampión, parotiditis, rubeola, tuberculosis o varicela y sospecha de galactosemia en el recién nacido.
- **Limpieza de las secreciones** de la boca nuevamente, si es necesario.
- **Continuación del apoyo a la adaptación neonatal inmediata mientras se encuentra en contacto piel a piel y debe evitarse la separación del binomio madre-hijo.** En

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

caso en el que el recién nacido deba ser separado de la madre durante la transición de su adaptación neonatal, debe ubicarse bajo fuente de calor que idealmente debe ubicarse en la misma sala de partos/de cirugía/de nacimientos.

- **Valoración del APGAR**: Se debe valorar la vitalidad y reactividad del recién nacido con la Escala de Apgar al minuto y a los 5 minutos para describir de forma estandarizada la vitalidad, teniendo en cuenta, de forma especial, la evaluación del tono muscular, el esfuerzo respiratorio y la frecuencia cardiaca. No se deben retrasar las intervenciones para los recién nacidos deprimidos hasta la valoración de un minuto. La adaptación neonatal inmediata se apoya si el Apgar es de 7 o más, se conduce si el Apgar es de 5 a 7 o se induce si es de 4 o menos. En todo caso, se debe vigilar la estabilización del recién nacido. Para los casos de Apgar menor de 7 se debe valorar la capacidad resolutiva de la institución y remitir a nivel con la complejidad necesaria para proveer la atención neonatal adecuada. Si el recién nacido tuvo un Apgar menor de 7 a los cinco minutos, se debe descartar asfixia perinatal. Si el neonato debe ser remitido, debe transportarse de acuerdo con los criterios de transporte neonatal seguro y adecuado a su condición clínica. Ver Descripción de la Escala de APGAR en el Anexo 9.
- Realización de la **Escala de Silverman–Anderson**: Debe realizarse si el recién nacido tiene dificultad respiratoria a los 10 minutos de nacimiento. Ver Descripción de la Escala de APGAR en el Anexo 10.
- **Examen físico neonatal inicial**: Luego de los primeros 60 minutos de vida (después del contacto piel a piel con la madre y de la consolidación de la adaptación neonatal) y dentro de los primeros 90 minutos de vida se procederá a un examen breve, el cual busca evaluar la adecuada transición del recién nacido a la vida extrauterina, identificar el sexo, detectar tempranamente anomalías congénitas y ofrecer información inicial del estado del recién nacido a los padres. Durante la realización de este examen físico, debe verificarse la permeabilidad esofágica y anal. Así mismo, debe medirse la temperatura, la cual debe estar entre 36,5 y 37,5º centígrados. Por encima o por debajo de estos valores, debe considerarse una señal de peligro.
- **Identificación del recién nacido y expedición del certificado de recién nacido vivo**: Debe realizarse frente a la madre y antes de su separación siempre y cuando no interfiera con la conducción o inducción de la adaptación neonatal. En la manilla de identificación del recién nacido se debe describir fecha y hora de nacimiento, nombre de la madre, número de historia clínica, sexo, peso, talla y perímetro cefálico. La expedición del certificado de recién nacido vivo debe realizarse por parte del profesional que atiende el parto y sin este documento ningún niño puede salir de la institución en la que nació.
- **Profilaxis umbilical**: Se debe realizar la ligadura del muñón umbilical con una liga de caucho o una liga equivalente que sea efectiva y segura. Se debe verificar que no se atrape la piel periumbilical sino únicamente el muñón umbilical y se debe realizar la limpieza del muñón umbilical con Clorhexidina o Yodopovidona teniendo cuidado de retirar el exceso del antiséptico que haya podido aplicarse en la piel del recién nacido.
- **Profilaxis ocular:** Para la prevención de la oftalmía neonatal se debe realizar con solución oftálmica de Povidona iodada al 2,5% o al 5% (según disponibilidad), una gota en cada ojo en dosis única. En caso de no contar con solución oftálmica de Povidona iodada, se puede hacer uso de solución de pomada de Eritromicina al 0,5%, de pomada de tetraciclina al 1% o de nitrato de plata al 1%. Es importante reconocer que con el uso de nitrato de plata hay descripciones de efectos irritantes.
- **Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido**: Se debe aplicar Vitamina K 1 mg por vía intramuscular en la región anterior del muslo en dosis única. Si se dispone de Vitamina K en presentación oral con equivalencia farmacológica a la presentación parenteral, puede administrarse en lugar de esta última. Para el recién

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

nacido con peso menor de 1.500 gramos, la dosis de Vitamina K es de 0,5 mg vía intramuscular en dosis única en la misma localización anatómica del recién nacido a término.

- **Toma de muestra de sangre de cordón**: Se tomará muestra de sangre de cordón para la hemoclasificación neonatal, para el tamizaje de hipotiroidismo congénito con TSH neonatal y para la realización de otras pruebas de laboratorio según los antecedentes maternos identificados (por ejemplo, VDRL, gota gruesa, etc.). La muestra de sangre de cordón debe tomarse con la técnica de "asa" y no debe tomarse mientras no haya habido alumbramiento de la placenta. En el momento en que se implemente el programa de tamizaje neonatal (que incluye tamizaje de errores innatos del metabolismo), se realizarán consideraciones respecto a la toma de la muestra para tamizaje de hipotiroidismo congénito y las demás pruebas de tamizaje en sangre. Mientras tanto, se continuará con los procedimientos relacionados con la toma de muestra de sangre de cordón para detección de hipotiroidismo congénito. Previo al nacimiento, ha debido procederse a la revisión de los exámenes maternos de Hepatitis B, Toxoplasmosis, Sífilis y VIH, si no se cuenta con estos resultados, deben haberse solicitado a la madre en el momento de la admisión para el trabajo de parto.
- **Toma de medidas antropométricas**: Se deben tomar medidas de peso, talla, perímetro cefálico y perímetro torácico a todos los recién nacidos, y se deben registrar en la historia clínica. Debe prestarse especial atención a los casos en los que las medidas antropométricas no se correspondan adecuadamente con la edad gestacional, con el objeto de anticiparse a distintos riesgos perinatales y postnatales. Luego de la antropometría del examen físico más detallado, puede procederse a vestir al recién nacido.
- **Registro de los datos en la historia clínica**: En la historia clínica deben registrarse todos los detalles del nacimiento y de los procedimientos realizados al recién nacido. Se debe identificar al recién nacido e indicar las actividades a realizar durante las siguientes cuatro horas de vida.

4.10.4.3 Cuidados durante las primeras veinticuatro horas de vida.

Durante las primeras veinticuatro horas de vida, se debe acompañar y vigilar la transición del niño a la vida extrauterina y su adaptación a la misma. Por tanto, se deben realizar las siguientes actividades:

- **Indagar** sobre lactancia materna, dificultad respiratoria, presencia de micción o de meconio, y sobre signos de alarma o inquietudes de los padres frente a la salud del niño o niña.
- **Verificar** la temperatura ambiental y corporal del recién nacido, y la poca luz ambiental.
- **Realizar examen físico general**: Incluye la evaluación de todos los órganos, funciones y sistemas. Se debe calcular la edad gestacional, y confirmar la correlación de peso y edad gestacional (en adecuado, excesivo o deficiente según la edad gestacional). Se deben evaluar signos clínicos de hipoglicemia, ictericia, dificultad respiratoria o lesiones relacionadas con el nacimiento, vigilar el estado del muñón umbilical; y, en general, evaluar la transición neonatal y su adaptación a la vida extrauterina.
- Deberá indagarse la presencia del síndrome de alcoholismo fetal y del síndrome de abstinencia neonatal, de acuerdo con la información de consumo de sustancias psicoactivas o alcohol reportada por la madre durante la gestación. En la etapa peri-neonatal, el síndrome de alcoholismo fetal puede manifestarse principalmente con anomalías congénitas (generalmente faciales). A su vez, el síndrome de abstinencia neonatal puede ser secundario al consumo de una o múltiples sustancias, puede

DOCUMENTO BORRADOR NO APROBADO

manifestarse precozmente (en las primeras 24-48 horas) o tardíamente (hasta 2-3 semanas de edad postnatal) y presentar diferentes síntomas (neurológicos, respiratorios, gastrointestinales o autonómicos), ante lo cual siempre debe tenerse siempre presente como una posibilidad diagnóstica. Si se tiene sospecha de síndrome de alcoholismo fetal o de síndrome de abstinencia neonatal, debe garantizarse la atención en unidad neonatal o su valoración por pediatra o neonatólogo antes de considerar el egreso hospitalario.**Control de signos vitales**, incluyendo pulsooximetría pre-ductal (en miembro superior derecho) y post-ductal (en miembros inferiores). Debe tomarse y registrarse la tensión arterial en las cuatro extremidades con el objeto de encontrar hipertensión arterial de miembros superiores respecto de los miembros inferiores, como medida para el tamizaje de coartación aórtica.

- **Vigilar condiciones higiénicas y del vestido**.
- **Revisar los resultados** de la hemoclasificación y averiguar sobre el procesamiento o resultado de la TSH neonatal, y de los otros los exámenes de laboratorio cuando haya lugar. Debe verificarse los resultados maternos de los exámenes de hepatitis B, toxoplasma, VIH y sífilis y proceder a la ampliación de estudios en el recién nacido cuando haya lugar.
- **Remitir al recién nacido** a institución de complejidad suficiente y con capacidad resolutiva en caso de que se requiera.
- **Educar a los padres y acompañantes sobre los cuidados del recién nacido** (incluyendo la promoción de medidas de sueño seguro).

Así mismo, se deben realizar las siguientes actividades:

- **Vacunar:** Se debe realizar según las disposiciones vigentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Se debe aplicar la primera dosis de vacuna contra hepatitis B y una dosis de vacuna de BCG contra la tuberculosis. En el caso de tratarse de hijo de madre con Hepatitis B, se atenderá según el lineamiento específico de atención integral en salud para el niño.

- **Realizar tamizaje de errores innatos del metabolismo:** La detección de errores innatos del metabolismo se realizará en el país atendiendo los criterios de progresividad, inicialmente, dentro de estos tamizajes se establece como obligatorio la toma y análisis del TSH. El Ministerio de Salud deberá adelantar el proceso de definición del set de laboratorios obligatorios en el marco de este programa de tamizaje.

- **Realizar tamizaje auditivo:** El tamizaje auditivo neonatal es de carácter obligatorio. Su implementación atenderá los criterios de progresividad y adaptabilidad que se requieran a nivel territorial para garantizar su realización. Debe realizarse idealmente a las 24 horas de nacido o antes de la salida de la institución de salud. En caso en que no se logre garantizar su realización integral en los primeros siete días de vida, debe ser garantizado de la misma forma en el marco de las atenciones de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la primera infancia. Para recién nacidos sanos se debe hacer con cualquiera de los métodos aceptados con cualquiera de los dos métodos aceptados: emisiones otoacústicas (EOA) o respuesta auditiva de tallo (RATE).

- **Realizar tamizaje de cardiopatía congénita:** Se debe realizar a las 24 horas de nacido y en caso de continuar en el hospital, a las 48 horas nuevamente. Se debe hacer con pulso oximetría pre-ductal (en miembro superior derecho) y post-ductal (en miembros

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

inferiores). Se considerará anormal cuando se registre una diferencia mayor a 3% en la saturación de oxígeno entre estas medidas, o cuando se encuentre en un nivel menor a 90%. Con un resultado anormal, se remitirá para atención resolutiva por pediatría y/o cardiología pediátrica para descartar cardiopatía congénita compleja mediante estudios diagnósticos adicionales.

- **Realizar tamizaje visual:** Se debe realizar con las técnicas semiológicas básicas de inspección ocular y realización de reflejo rojo retiniano. En caso de un resultado anormal, debe ser remitido para valoración pediatría.

- **Brindar educación sobre:** Lactancia materna exclusiva, puericultura, baño, vestido, cuidado del ombligo, evitar contacto con personas fumadoras, evitar uso de accesorios que puedan producir lesiones o complicaciones al recién nacido (como fajeros, botones en el ombligo, mitones, azabaches, o cualquier objeto), importancia de la comunicación amorosa con el niño o la niña y del fortalecimiento de vínculos afectivos entre madre, padre e hijo o hija; detección de signos de alarma o complicaciones por las que debe consultar a una institución de salud, uso del carné de salud infantil y necesidad de participar de las actividades a las que tiene derecho en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la Primera Infancia (consultas, tamizajes y sesiones educativas), y necesidad de reclamar los resultados de los tamizajes realizados (incluyendo la TSH neonatal)..

- Entregar el **certificado de recién nacido vivo y** orientar acerca de la expedición del **registro civil**.

4.10.4.4 Decisión del egreso hospitalario

Se debe dar salida al recién nacido después de 24 horas postparto siempre y cuando tenga los criterios para el alta. En el caso de un nacimiento por cesárea o de un niño con riesgos (por ejemplo de hipoglicemia en el caso del hijo de madre diabética, o en caso de lactancia materna con dificultades o inefectiva, o en niño con riesgo de síndrome de abstinencia neonatal, entre otros), la salida debe darse luego de 48 horas si cumple con los criterios para el egreso. Este tiempo es necesario para poder hacer un examen físico postnatal adecuado, buscar anomalías congénitas, realizar los tamizajes neonatales (de acuerdo con la implementación progresiva del programa de tamizaje neonatal), reforzar la lactancia materna, verificar orina y deposición adecuadas, entre otras cosas.

Los criterios para el egreso hospitalario del recién nacido sano son:

- Recién nacido con examen clínico normal.
- Adecuada succión y deglución del recién nacido.
- Adecuada técnica de amamantamiento que sea revisado por profesional de medicina y/o de enfermería.
- Acceso a acompañamiento para la lactancia. Se debe verificar el cumplimiento de las condiciones para apoyar la lactancia materna. Por ejemplo, asignar la cita de control del recién nacido por pediatría o medicina, asignar la cita para valoración de la lactancia materna por medicina, enfermería o nutrición, programar la visita domiciliaria cuando se requiera (de acuerdo con lo que se describe en relación al control del puerperio y al control ambulatorio del recién nacido), asignar una sesión individual de educación o una sesión grupal de educación para la salud, y/o garantizar que un profesional asesor de

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

lactancia materna responda las inquietudes de las madres, padres o familiares, dentro de otras posibles estrategias.

- Evidencia de mínimo una micción y una deposición del recién nacido.
- Tener registro del resultado de la pulsooximetría (saturación de oxígeno) preductal (en mano derecha) y postductal (en pies) para tamizaje de cardiopatía congénita compleja.
- Tener registro del valor de la tensión arterial del recién nacido en las cuatro extremidades.
- Conocimiento del resultado de la hemoclasificación del recién nacido. Si la madre es Rh negativo, debe aplicarse gammaglobulina anti-D a la madre, si es el caso.
- Conocimiento del resultado de la prueba materna de VIH, sífilis, Toxoplasma y Hepatitis B.
- Recién nacido que haya recibido las dos vacunas al nacimiento (BCG, Hepatitis B).
- Descartar factores de riesgo familiar y social: maltrato, abuso de drogas, abandono y pobre red de apoyo. En caso de identificarse alguno de estos factores, se debe solicitar valoración por trabajo social para coordinar un seguimiento diferencial e iniciar el proceso de notificación para el restablecimiento de los derechos, cuando haya lugar a ello. En caso de no contar con trabajo social, puede realizarse valoración por psicología siempre y cuando este profesional pueda realizar la notificación para el restablecimiento de los derechos, de ser necesario.
- Salida del recién nacido y la madre en el mismo momento.
- Condiciones maternas aptas para la salida presentadas por el servicio de ginecoobstetricia.
- Tener cita de control asignada entre los siguientes tres a cinco días para la madre (control del puerperio) y para el recién nacido (control ambulatorio del recién nacido) por el equipo médico. Esta cita de control se realizará según la coordinación entre el asegurador y el prestador para garantizar su oportunidad y cumplimiento. Para esto debe asegurarse facilidad de acceso a las citas de control y facilidad en la oportunidad de consulta.
- En caso de que haya largas distancias entre el hospital o centro de salud y la casa, se debe garantizar que el recién nacido y la mujer tendrán acceso a los controles del puerperio y del recién nacido. Para esto, se debe verificar si existe la posibilidad de egreso a un hogar de paso o si hay alguna otra estrategia para garantizar la asistencia a estos procedimientos.
- La hora de salida de la institución no debe generar riesgos para la seguridad del recién nacido y de la familia, así como para su comodidad.
- Sin desmedro de la práctica actual relacionada con el tamizaje de hipotiroidismo congénito, hasta que no se definan las condiciones de implementación del tamizaje de errores innatos del metabolismo y del tamizaje auditivo, los procesos de atención derivados de los mismos, y en virtud de la progresividad que requiere su planeación y su implementación, la realización de estos tamizajes no se considerarán por ahora un criterio para permitir el egreso hospitalario.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

4.10.4.5 Entrega de recomendaciones previas al egreso hospitalario

Se debe entregar material escrito que sirva como guía de los cuidados y manejo del recién nacido. Esto se hace para reforzar las actividades de educación realizadas durante la atención hospitalaria del recién nacido y para que los padres puedan disponer de esta información en caso de que no lo recuerden o tengan dudas.

Cada institución debe tener material escrito disponible para entregar a los padres al egreso. Este material debe ser entregado por la IPS en la que se realizó la atención del parto y del nacimiento. El material de recomendaciones debe contener mínimo los siguientes temas:

- Cuidados del bebé y de su salud
- Alimentación
- Patrón de alimentación
- Preocupaciones frecuentes:
- Deposiciones
- Ictericia
- Piel y cordón
- Seguridad (incluye las recomendaciones para prevenir el síndrome de muerte súbita de los recién nacidos y los lactantes).
- Otros cuidados

En el Anexo 11 se presentan algunas de las recomendaciones de salida para padres de recién nacidos, las cuales podrán ser adoptadas o adaptadas por cada institución.

4.10.4.6 Expedición y registro en el carné único de salud infantil y diligenciamiento de la Historia Clínica Perinatal Simplificada.

Se debe expedir y registrar la información pertinente en el carné único de salud infantil[16] y se debe registrar la información de la Historia Clínica Perinatal Simplificada del carné del CLAP. Según la mencionada Resolución, el carné de salud infantil debe ser distribuido a los padres de todo recién nacido, por cuenta de la respectiva empresa promotora de salud (EPS), a través de la red de servicios propia o contratada para la población afiliada, y a través de las Secretarías Departamentales, Distritales o Municipales de Salud para la población pobre no asegurada.

Se debe indicar a los padres que deben portar el carné de salud infantil en cada consulta y deben conservarlo durante todo el proceso de crecimiento y desarrollo del niño o la niña. El carné de salud infantil contiene información importante para los padres y para el personal de salud sobre la historia y los antecedentes del niño o la niña en su primera infancia e infancia, así como sobre la vacunación del niño. Se debe recomendar a los padres la exigencia del diligenciamiento del carné de salud infantil en cada consulta de seguimiento a la salud integral.

4.10.4.7 Egreso hospitalario

Se dará el egreso hospitalario cuando se hayan cumplido las condiciones mencionadas previamente para el egreso, se hayan entregado las recomendaciones de cuidado y manejo ambulatorio del recién nacido (y se verifique que los padres las hayan comprendido), se haya expedido y registrado el carné único de salud infantil, se haya registrado la Historia Clínica Perinatal Simplificada del CLAP, se hayan realizado los tamizajes neonatales (una vez se haya generado la directriz para su implementación desde el Ministerio de Salud y Protección Social) o esté programada su realización, se haya asignado la cita de control por pediatría para los

[16] Reglamentado por la Resolución 1535 de 2002.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

siguientes 3 a 5 días del egreso hospitalario o ya esté programada para la primera semana de vida, y se haya asignado la consulta de valoración de la lactancia materna.

4.10.5 Instrumentos insumos y dispositivos

Los instrumentos, insumos y dispositivos son los especificados en la Resolución de habilitación disponible para la atención del parto, la atención del recién nacido y la atención en unidades de internación neonatal de cuidados básicos, cuidados intermedios o cuidados intensivos. Para la atención se requerirá el diligenciamiento completo de la Historia Clínica neonatal, las fichas de notificación obligatoria para eventos de interés en salud pública en el caso en que se necesite, la Historia Clínica Perinatal Simplificada y los documentos para realizar una adecuada Referencia y Contrarreferencia del recién nacido en el caso en el que se requiera.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

4.11 ATENCION DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO

La atención de las complicaciones del recién nacido comprende el conjunto de procedimientos e intervenciones necesarios para identificar el riesgo de complicaciones del recién nacido, tratar oportunamente las condiciones de riesgo perinatal y neonatal, generar la estabilización clínica del feto-neonato y tratar las complicaciones perinatales y neonatales.

La atención que requiere el recién nacido de alto riesgo puede diferir según la presencia de factores o situaciones de riesgo o de complicaciones o condiciones claramente establecidas.

Se cuenta con cinco Guías de Práctica Clínica de Neonatología para condiciones específicas, las cuales, aunque no son exhaustivas de la patología perinatal-neonatal, obedecen a la apuesta de atención integral en salud para las y los recién nacidos del país, según las condiciones más frecuentes y que son reconocidas como de mayor riesgo vital y mayor gravedad.

Así mismo, se cuenta con atenciones reconocidas como medidas de buena práctica clínica que presentan los procedimientos particulares para la atención de determinadas situaciones de riesgo del recién nacido según su historia clínica antenatal, su adaptación neonatal inmediata y su evolución clínica postnatal. Es decir, estas atenciones buscan apoyar la adaptación y la transición de los recién nacidos según sus riesgos diferenciales.

Las instituciones que realicen la atención del parto, deberán también estar equipadas para la atención del recién nacido, con disponibilidad permanente del recurso humano para la atención del binomio madre hijo. Es importante que las instituciones que atienden partos, tengan la capacidad de atender las complicaciones del recién nacido por lo menos en sus condiciones iniciales o en su riesgo.

4.11.1 Objetivos

Identificar el riesgo de complicaciones del recién nacido para tratar oportunamente las condiciones de riesgo perinatal y neonatal, generar la estabilización clínica del feto-neonato y tratar las complicaciones perinatales y neonatales.

4.11.2 Talento humano

El conjunto de procedimientos de la atención a las complicaciones del recién nacido requiere un equipo multidisciplinario que pueda brindar seguimiento y apoyo al recién nacido y su familia o acompañante. La atención es diferencial según la presencia de riesgos o de complicaciones establecidas.

La atención de las complicaciones del recién nacido se debe realizar por profesionales de pediatría o neonatología. Sin embargo, podrá realizarse por medicina general con entrenamiento en pediatría o neonatología solo en caso de no contar con este talento humano y mientras se remite de forma inmediata para atención (estudio, diagnóstico y tratamiento) en el prestador complementario (unidad neonatal, según el caso). En el caso en el que el parto/nacimiento haya sido atendido por profesional de enfermería, se debe garantizar que

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

tenga entrenamiento en adaptación y reanimación neonatal para manejar al recién nacido mientras se logra la valoración por profesional de medicina y/o traslado a unidad neonatal.

4.11.3 Atenciones incluidas

- Manejo peri y postnatal del recién nacido deprimido
- Manejo peri y postnatal del recién nacido meconiado
- Manejo peri y postnatal del recién nacido con Restricción del Crecimiento Intrauterino (Pequeño para la Edad Gestacional)
- Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre diabética
- Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre con enfermedad hipertensiva del embarazo
- Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre isoinmunizada grave (Zonas II-III de Liley) sin tratamiento antenatal.
- Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre con ruptura prematura de membranas con más de 24 horas de sucedida.
- Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre con placenta sangrante (Abrupcio de placenta - Placenta previa).
- Atención del niño hijo de madre con Hepatitis B, con Infección por VIH, con Sífilis gestacional o con Exposición prenatal a Virus Zika.
- Otras condiciones que impliquen manejo perinatal y postnatal especial en el recién nacido.
- Detección de Anomalías congénitas.
- Atención del Recién Nacido con Asfixia Perinatal.
- Atención del Recién Nacido Prematuro.
- Atención del Recién Nacido con Sepsis Neonatal temprana.
- Atención del Recién Nacido con Trastorno Respiratorio.

4.11.4 Descripción

4.11.4.1 Manejo peri y postnatal del recién nacido deprimido

Debe realizarse según el esquema de reanimación neonatal vigente en las Guías de Soporte Vital Avanzado Neonatal (NALS, por sus siglas en inglés), y se tendrán en cuenta los principios de la Estrategia “Ayudando a los Bebés a Respirar: El Minuto de Oro”.

4.11.4.2 Manejo peri y postnatal del recién nacido meconiado

Se deben tener en cuenta las recomendaciones que se realizan en la Guía de Práctica Clínica del Recién Nacido con Trastorno Respiratorio en el apartado de Síndrome de Aspiración de Líquido Amniótico Meconiado (SALAM). En caso de requerirse reanimación neonatal, se debe realizar según el esquema de reanimación neonatal vigente en las Guías de Soporte Vital Avanzado Neonatal (NALS, por sus siglas en inglés).

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

4.11.4.3 Manejo peri y postnatal del recién nacido con restricción del crecimiento intrauterino (Pequeño para la Edad Gestacional)

Se deben verificar en la historia materna las posibles causas del retardo del crecimiento intrauterino, tales como toxemia, diabetes insulino dependiente con o sin componente vascular, hipertensión, cardiopatía, neumopatíacrónica, desnutrición, infección, tabaquismo, alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas y consumo de medicamentos.

Se debe apoyar, conducir o inducir la adaptación neonatal inmediata, según sea el caso, previniendo y tratando oportunamente la asfixia neonatal; evitar la hipotermia perinatal; evaluar la edad gestacional; practicar examen físico minucioso en busca de signos que sugieran malformaciones congénitas o infección intrauterina.

Se puede considerar el pinzamiento precoz del cordón para prevenir el riesgo de poliglobulia.
Debe tenerse en cuenta que el riesgo metabólico que tienen los niños con restricción de crecimiento intrauterino puede manifestarse con hipoglicemia y alteraciones electrolíticas (Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio, Fósforo).

4.11.4.4 Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre diabética

En el caso del hijo de madre con diabetes, tanto si el niño es macrosómico como si es microsómico, se deben tener en cuenta las siguientes medidas alrededor de la adaptación neonatal y la transición a la vida extrauterina:

- Considerar el pinzamiento precoz del cordón para prevenir el riesgo de poliglobulia.
- Secado exhaustivo.
- Toma de alícuota sanguínea de muñón umbilical proximal a la placenta para proceso de hemoclasificación neonatal. Se debe realizar glucometría a las 2 y 4 horas de edad, y posteriormente, según resultados iniciales. Se deben solicitar: cuadro hemático, glucemia, Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio, y Fósforo entre las 6 y las 12 horas de edad. El resto de exámenes a solicitar, se harán según las necesidades clínicas que tenga el niño en su proceso de adaptación y de transición a la vida extrauterina. En caso de alteraciones en los resultados de los exámenes, se debe garantizar la atención resolutiva necesaria.
- Estabilización ácido básica según el caso.
- Estabilización hemodinámica según el caso.
- Estabilización vigilada y asistencia metabólica por el riesgo severo de hipoglicemia.
- Estabilización respiratoria, ofreciendo apoyo ventilatorio precoz con máscara, presión positiva continua a las vías aéreas, o ventilación mecánica si es el caso, teniendo en cuenta el riesgo severo de enfermedad de membrana hialina. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto en la Guía de Atención del Trastorno Respiratorio del Recién Nacido.
- Evaluación de la edad gestacional y practicar examen físico minucioso en busca de signos que sugieran malformaciones congénitas o infección intrauterina.
- Realización de glucometría a necesidad o periódica para vigilar la hipoglucemia.
- En este tipo de pacientes hay contraindicación para el uso de betamiméticos por el riesgo de obstrucción funcional al tracto de salida.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

- De tener una adecuada adaptación y evolución clínica, puede darse egreso después de 48 horas de vigilancia intrahospitalaria.

4.11.4.5 Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre con enfermedad hipertensiva del embarazo

La atención del hijo de madre con enfermedad hipertensiva del embarazo leve se realiza de la misma forma que para cualquier niño o niña salvo evidencia clínica de compromiso específico, como la presencia de restricción decrecimiento intrauterino. En tal caso, se procederá a manejarse de acuerdo a lo establecido para los niños con esta condición.

La atención del hijo de madre en enfermedad hipertensiva del embarazo grave o severa incluye las siguientes actividades:

- Considerar el pinzamiento precoz del cordón ante el riesgo de poliglobulia. Excepto en caso de abrupcio de placenta, en donde se requeriría Pinzamiento inmediato.
- Toma de alícuota sanguínea de muñón umbilical proximal a la placenta para proceso de laboratorio completo. Se debe solicitar: cuadro hemático, hemoclasificación, glicemia, Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio, y Fósforo. El resto de exámenes a solicitar, se harán según las necesidades clínicas que tenga el niño en su proceso de adaptación y de transición a la vida extrauterina. En caso de alteraciones en los resultados de los exámenes, se debe garantizar la atención resolutiva necesaria.
- Toma de alícuota sanguínea de muñón umbilical proximal a la placenta para proceso de hemoclasificación neonatal. Se debe solicitar: cuadro hemático, glucemia, Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio, y Fósforo entre las 6 y las 12 horas de edad. El resto de exámenes a solicitar, se harán según las necesidades clínicas que tenga el niño en su proceso de adaptación y de transición a la vida extrauterina. En caso de alteraciones en los resultados de los exámenes, se debe garantizar la atención resolutiva necesaria.
- Secado exhaustivo.
- Estabilización acido básica y respiratoria según el caso.
- Estabilización hemodinámica según el caso.
- Asistencia y estabilización metabólica según el caso.

Si se trata de prematuro por debajo de 37 semanas, se realizará la atención con las orientaciones de Manejo del recién nacido prematuro según lo establecido en la Guía de Práctica Clínica del Recién Nacido Prematuro y en los Lineamientos actualizados del Programa Madre Canguro.

4.11.4.6 Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre isoinmunizada grave (Zonas II-III de Liley) sin tratamiento antenatal.

La atención del hijo de madre isoinmunizada grave incluye las siguientes actividades:

- Considerar el pinzamiento inmediato del cordón por el riesgo de paso masivo de anticuerpos.
- Secado exhaustivo.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

- Control ventilatorio precoz ante la severa disfunción muscular por la hiperkalemia. Este apoyo puede ser con ventilación mecánica ante neonatos hidrópicos o con máscara dependiendo de los hallazgos clínicos.
- Toma de alícuota sanguínea de muñón umbilical proximal a la placenta para proceso de laboratorio completo. Se debe solicitar: cuadro hemático, hemoclasificación, reticulocitos, coombs directo, extendido de sangre periférica, bilirrubinas, glicemia, Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio, y Fósforo. El resto de exámenes a solicitar, se harán según las necesidades clínicas que tenga el niño en su proceso de adaptación y de transición a la vida extrauterina. En caso de alteraciones en los resultados de los exámenes, se debe garantizar la atención resolutiva necesaria.
- Estabilización acido básica.
- Estabilización hemodinámica buscando el balance de la tensión arterial (TA) y de la presión venosa central (PVC).
- Considerar la realización de exanguinotransfusión bajo vigilancia de variables hemodinámicas de acuerdo a los resultados de los laboratorios que sean compatibles. Si el recién nacido ha recibido transfusiones intrauterinas puede no necesitarse exanguinotransfusión. Se debe tener en cuenta la garantía de la atención resolutiva necesaria para definir la pertinencia de este procedimiento.
- Continuación del apoyo ventilatorio con asistencia o control de las funciones respiratorias, dependiendo de las condiciones clínicas del caso.
- Vigilancia y asistencia metabólica ante los riesgos graves de hipoglicemia.
- Fototerapia precoz, si se observa ictericia.
- Vigilancia de la función renal.

4.11.4.7 Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre con ruptura prematura de membranas con más de 24 horas de sucedida.

La atención del recién nacido hijo de madre con ruptura prematura de membranas incluye las siguientes actividades:

- Considerar el pinzamiento diferido del cordón hasta obtener ausencia de palpitación arterial, reducción de ingurgitación venosa y reperfusión de piel.
- Simultáneamente secado exhaustivo.
- En el neonato con ruptura de membranas con más de 24 horas de sucedida hay restricción para la cateterización umbilical, la cual se practicará solo si se considera indispensable, previa asepsia y antisepsia del muñón umbilical y de la piel periumbilical.
- Estabilización acido básica según el caso.
- Se tomarán exámenes de laboratorio según las necesidades clínicas que tenga el recién nacido en su proceso de adaptación y de transición a la vida extrauterina.
- Estabilización respiratoria según el caso. Se debe realizar una cuidadosa evaluación de necesidad de asistencia o control respiratorios, según edad gestacional y condiciones clínicas.
- Estabilización hemodinámica según el caso.

Se deben tener en cuenta las recomendaciones establecidas en la Guía de Práctica Clínica del recién nacido con sepsis neonatal temprana respecto al diagnóstico y manejo.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

4.11.4.8 Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre con placenta sangrante (Abrupcio de placenta - Placenta previa).

La atención del recién nacido hijo de madre con placenta sangrante incluye las siguientes actividades:

- Realizar pinzamiento inmediato del cordón ante el riesgo de sangrado fetal-neonatal. Es preciso la recolección de alicuota para autotransfusión (30cc en jeringa heparinizada) del muñón placentario del cordón si se estima pertinente en la atención resolutiva del niño.
- Si el sangrado placentario ha sido abundante, deberá privilegiarse la recolección de la alícuota para autotransfusión sobre la recolección de las muestras de laboratorio.
- Secado exhaustivo.
- Estabilización respiratoria. Es necesario hacer una cuidadosa evaluación de necesidad de asistencia o control respiratorios, según la edad gestacional y condiciones clínicas.
- Estabilización acido básica según el caso.
- Toma de alícuota sanguínea de muñón umbilical proximal a la placenta, si el remanente hemático placentario lo permite, para proceso de laboratorio completo. Se debe solicitar: cuadro hemático, hemoclasificación, glicemia, Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio, y Fósforo. El resto de exámenes a solicitar, se harán según las necesidades clínicas que tenga el niño en su proceso de adaptación y de transición a la vida extrauterina. En caso de alteraciones en los resultados de los exámenes, se debe garantizar la atención resolutiva necesaria.
- Estabilización hemodinámica. Si se estima estado de choque, se debe utilizar la alicuota obtenida para autotransfusión. Complementar la infusión con cristaloides según seguimiento de TA y de PVC.
- Estabilización metabólica según el caso.
- En caso de que el recién nacido presente paro cardiorrespiratorio o presente inestabilidad vital, deben seguirse los procedimientos indicados en las versiones actualizadas de las Guías de Soporte Vital Avanzado Neonatal (NALS, por sus siglas en inglés).

Si se trata de prematuro por debajo de 37 semanas, se realizará la atención con las orientaciones de Manejo del recién nacido prematuro según lo establecido en la Guía de Práctica Clínica del Recién Nacido Prematuro y en los Lineamientos actualizados del Programa Madre Canguro.

4.11.4.9 Atención del niño hijo de madre con Hepatitis B, con Infección por VIH, con Sífilis gestacional o con Exposición prenatal a Virus Zika

La Atención del niño hijo de madre con Hepatitis B, con Infección por VIH, con Sífilis gestacional o con Exposición prenatal a Virus Zika se hará según los lineamientos específicos para cada una de estas entidades, por lo que deben consultarse los documentos respectivos que presentan las características de la atención tanto peri como postnatal.

DOCUMENTO DE USO NO REPRODUCIBLE

4.11.4.10 Otras condiciones que impliquen manejo perinatal y postnatal especial en el recién nacido

Teniendo en cuenta el enfoque de riesgo antenatal, debe identificarse la presencia de distintas entidades maternas y/o fetales que puedan implicar un manejo perinatal y/o postnatal especial en el recién nacido, especialmente en lo relacionado con la adaptación neonatal inmediata y la gestión del riesgo neonatal inmediato y mediato. En tal caso, se debe proceder a los procedimientos y medidas particulares para el adecuado manejo peri y postnatal del recién nacido que según la evidencia científica representa los mayores beneficios para el niño o la niña.

En caso de que se identifique un problema en cuanto a la temperatura del recién nacido, o a la alimentación, o si se presenta una señal de peligro (respiración rápida, distermia, no hay movimientos, hay convulsiones, o hay ictericia severa), se debe proceder a la atención resolutiva correspondiente.

4.11.4.11 Detección de anomalías congénitas

Se debe instaurar el uso de una estrategia racional y sistemática de detección de anomalías congénitas a través de pasos sucesivos realizados después del nacimiento de un niño vivo: examen físico estandarizado (EFIS), búsqueda de factores de riesgo, remisión a medicina especializada cuando sea necesario y, en todos los casos, tamización universal auditiva y de un grupo específico de errores innatos del metabolismo.

Dentro del examen físico estandarizado se propone la realización universal de oximetría después de las 24 horas de nacido, como estrategia de tamización para cardiopatías congénitas.

La presencia de 3 anomalías menores en un recién nacido requiere la remisión a un nivel de salud que permita evaluar la existencia de una malformación mayor oculta.

En caso de encontrar 2 anomalías menores o menos, se debe realizar la atención según la propia política institucional para el manejo de estos pacientes según sus recursos disponibles, teniendo en cuenta que la presencia de 2 anomalías menores puede aumentar el riesgo alrededor de un 10% de tener una malformación mayor asociada.

El recién nacido con signos sugestivos de anomalía congénita, valorado mediante el examen físico sistemático debe remitirse al nivel de atención que cuente con un especialista que continué el estudio correspondiente.

Se deben evaluar los siguientes antecedentes: Enfermedades genéticas, Teratógenos biológicos, Agentes físicos, químicos y tóxicos, Otros Teratógenos. Se debe hacer uso de una lista de chequeo sistemática para la detección de antecedentes familiares relevantes para anomalías congénitas. La búsqueda sistemática de antecedentes hace parte de la estrategia general para la detección de anomalías congénitas: examen físico estandarizado, búsqueda de factores de riesgo, remisión a medicina especializada cuando sea necesario y la realización de tamización auditiva y de un grupo específico de errores innatos del metabolismo.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

La implementación del tamizaje auditivo y del tamizaje de errores innatos del metabolismo (EIM) se realizará en el país según el criterio de progresividad.

El talento humano en salud que tenga la mejor preparación debe ser quien comunique la información a los padres de los pacientes en quienes se sospeche anomalías congénitas. Esta información debe brindarse de una manera clara, honesta, respetando las emociones y reconociendo la incertidumbre cuando exista.

El listado que se propone para comunicar malas noticias con habilidad y empatía, incluye los siguientes puntos: No revelar las malas noticias por teléfono, considerar las características culturales que puedan hacer que la información deba adaptarse, siempre presentarse a los padres y tener un ambiente privado y tranquilo para poder hablar con el tiempo necesario, evitar comunicar la mala noticia a un padre solitario, sin su cónyuge y/o sin un soporte presente, permitir a los padres alzar o tocar al niño que tenga cuidados especiales, reconocer que los padres son los principales responsables de sus hijos, demostrar su interés, compasión y sentido de conexión con el paciente y la familia, ajustar el ritmo de la discusión según el estado emocional de los padres, no abrumar con información exagerada, no utilizar jerga, obtener ideas de los padres sobre la causa del problema, asegurarse de que no se culpen a ellos mismos u otros, mencionar la enfermedad y escribirla para los padres, pedir a los padres que utilicen sus propias palabras para explicar lo que se les dijo y confirmar la apropiación y comprensión dela información, explicar las implicaciones para el futuro del niño, reconocer las emociones de los padres y estar preparado para su tristeza y su llanto, así como para la necesidad de contar con más tiempo para comprender la situación- Es útil contar con un profesional de trabajo social, o de psicología para apoyar de forma asertiva este proceso y/o el apoyo espiritual que considere apropiada la familia de acuerdo a sus creencias.

Es recomendable dar tiempo a los padres para estar solos, para procesar la información, reaccionar, y formular preguntas adicionales. Así mismo es conveniente conocer y ser capaz de recomendar recursos pertinentes de la comunidad. En todo caso hay que evitar hacer juicios de valor acerca de los niños, los padres y sus comportamientos; y, en cambio, es importante proporcionar contacto con otras familias con un niño afectado de manera similar que estén dispuestas a compartir sus experiencias y proporcionar un plan de seguimiento (que incluye agendar una cita para la siguiente conversación).

4.11.4.12 Atención del recién nacido con asfixia perinatal

Debe hacerse según lo establecido en la Guía de Práctica Clínica de Atención al Recién Nacido con Asfixia Perinatal, la cual contiene tres tópicos: sospecha, identificación y diagnóstico; manejo inicial (evaluación y tratamiento), y tratamiento específico intrahospitalario del recién nacido con encefalopatía hipóxico-isquémica secundaria a asfixia perinatal moderada o severa. Para mayor conocimiento de la atención al recién nacido con asfixia perinatal, se debe leer la Guía a profundidad.

4.11.4.13 Atención del Recién Nacido Prematuro

La atención del recién nacido prematuro se hará de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica correspondiente y con los lineamientos del Programa Madre Canguro actualizados. Los tópicos de la Guía de Práctica Clínica incluye información sobre: 1. maduración pulmonar fetal, 2.

DOCUMENTO FORMADO NO REPRODUCIBLE

atención en sala de partos, 3. nutrición, 4. atención del prematuro durante la transición mediata y tardía, 5. prevención y manejo del dolor asociado a procedimientos o tratamientos, 6. manejo del prematuro durante el período de crecimiento estable, 7. detección, prevención y manejo de algunos problemas específicos: Ductus Arteriosus Persistente, recién nacido hospitalizado, retinopatía del prematuro, anemia fisiológica del recién nacido; y 8. alistamiento para el egreso.

4.11.4.14 Atención del Recién Nacido con Sepsis Neonatal temprana

Debe hacerse según lo establecido en la Guía de Práctica Clínica de Atención del Recién Nacido con Sepsis Neonatal temprana contiene los siguientes tópicos: 1. prevención primaria de la sepsis neonatal temprana, 2. diagnóstico oportuno, 3. pruebas diagnósticas confirmatorias, 4. tratamiento de la sepsis neonatal temprana.

4.11.4.15 Atención del recién nacido con dificultad respiratoria

Debe hacerse según lo establecido en la Guía de Práctica Clínica de Atención del Recién Nacido con Dificultad Respiratoria contiene los siguientes tópicos: 1. síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, 2. síndrome de aspiración de líquido amniótico meconiado, 3. neumonía neonatal, 4. taquipnea transitoria del recién nacido, 5. hipertensión pulmonar persistente del recién nacido.

4.11.5 Instrumentos insumos y dispositivos

Los instrumentos, insumos y dispositivos son los especificados en la Resolución de habilitación disponible para la atención del parto, la atención del recién nacido y la atención en unidades de internación neonatal de cuidados básicos, cuidados intermedios o cuidados intensivos. Para la atención se requerirá el diligenciamiento completo de la Historia Clínica neonatal, de las fichas de notificación obligatoria para eventos de interés en salud pública, en el caso en que se necesite; así como de la historia clínica perinatal simplificada y los documentos para realizar una adecuada referencia y contrarreferencia del recién nacido en el caso en el que se requiera.

4.12 CONTROL DEL RECIÉN NACIDO

El control del recién nacido comprende el conjunto de procedimientos para el acompañamiento y la asistencia de los recién nacidos que ya han sido egresados del hospital, y sus familias o acompañantes.

El control del recién nacido debe darse en un ámbito institucional, ya que requiere la realización de una serie de procedimientos que permitirán establecer si la niña o el niño recién nacidos presentan una adecuada adaptación a la vida extrauterina, si no se presentan signos que puedan sugerir una patología neonatal, si presentan un adecuado estado nutricional, si no se presentan signos de infección y si no se presentan problemas con la alimentación.

En los casos en los que no se haya dado el nacimiento de forma institucional, es importante verificar que el niño o la niña haya recibido las atenciones reconocidas en este lineamiento y garantizar el control del recién nacido en una institución prestadora de servicios de salud.

DOCUMENTO GENERADOR NO REPRODUCIBLE

En caso de que una madre no cuente con buena accesibilidad para que su parto sea atendido institucionalmente y haya requerido hacer uso de casas maternas o albergues temporales, es importante garantizar la permanencia de la niña o el niño, la mujer y su acompañante hasta que se considere, por parte del talento humano en salud que puede regresar a su lugar de origen sin plantear riesgos para la salud y la vida del binomio madre-hijo.

4.12.1 Objetivos

Establecer si la niña o el niño recién nacidos presentan una adecuada adaptación a la vida extrauterina, si no se presentan signos que puedan sugerir una patología neonatal, si presentan un adecuado estado nutricional, si no se presentan signos de infección y si no se presentan problemas con la alimentación.

Promover la salud, el cuidado y aclarar dudas sobre la crianza del recién nacido.

4.12.2 Talento humano

El control del recién nacido se hará mediante una consulta ambulatoria de la niña o el niño por parte de profesional de pediatría durante los primeros cinco días del egreso hospitalario, idealmente entre los tres y los cinco días posteriores al alta. Se podrá realizar por profesional de medicina general con entrenamiento en pediatría sólo en el caso en el que no se cuente con profesional de pediatría en la institución para el momento de la consulta, según los criterios de adaptabilidad territorial para población en alta ruralidad o rural dispersa.

Debe garantizarse la continuidad de la atención del niño recién nacido entre lo establecido en la Ruta Materno Perinatal y la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la Primera Infancia.

4.12.3 Duración mínima recomendada

La consulta de control del recién nacido debe tener una duración mínima de 30 minutos, y este tiempo debe ser independiente del tiempo de consulta para el control del puerperio. Es importante garantizar una atención diferencial para los niños que tienen una condición de mayor riesgo por su historia de vida prenatal, perinatal y postnatal. Para considerar una mayor duración de la consulta de forma diferencial, se tendrán en cuenta los criterios de mayor riesgo para la salud de los niños contemplados en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la Primera Infancia.

4.12.4 Atenciones incluidas

A. Control ambulatorio del recién nacido.
B. Expedición y registro del carné único de salud infantil si no se entregó en el momento del egreso hospitalario.
C. Canalización a realización de visita domiciliaria para los casos indicados.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

4.12.5 Frecuencia

Esta consulta se debe realizar una sola vez y se deberá derivar a otras consultas generales o especializadas si fueren necesarias de acuerdo con los hallazgos detectados. Esta consulta debe tener continuidad con la consulta de valoración integral del niño y las demás intervenciones reconocidas en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la Primera Infancia.

4.12.6 Descripción

4.12.6.1 Control ambulatorio del recién nacido.

Esta consulta tiene por objeto verificar el proceso de adaptación a la vida extrauterina del niño o la niña y verificar los cuidados y la adaptación a la llegada del niño por parte de los padres y/o familiares. Debe asignarse su realización desde antes del egreso hospitalario del niño y se debe garantizar en los primeros cinco días de vida, idealmente entre los tres y los cinco días posteriores al egreso hospitalario. Su realización también debe programarse teniendo en cuenta el control del puerperio de la madre. Incluye las siguientes actividades:

- Anamnesis: debe verificarse la lactancia materna y sus dificultades, los hábitos de micción y deposición. Se debe realizar la lectura de los tamizajes realizados (TSH y cardiopatía congénita, auditivo y de otros errores innatos del metabolismo), verificar que se hayan tomado y se estén procesando o que ya esté programado para su realización antes del mes de edad. En todo caso se debe recomendar a los padres estar atentos a recoger los resultados pendientes y presentarlos en la siguiente consulta de control. Debe indagarse por posibles preocupaciones de los padres en torno al cuidado o la salud de los niños.
- Examen físico completo: vigilar el adecuado desempeño cardiorrespiratorio, se debe tomar la saturación de oxígeno a nivel preductal (en mano derecha) y posductal (en los pies) para tamizaje de cardiopatía congénita compleja (nuevamente), vigilar adecuadas condiciones de actividad, reactividad, perfusión, fuerza, color, temperatura, tono y fuerza. Debe realizarse un examen físico completo con especial atención a la progresión de peso, al examen cardiovascular, a la identificación de ictericia, a la vigilancia de signos de infección umbilical y a otros signos que sugieran una condición de riesgo.
- Evaluar conductas y cuidados maternos del recién nacido y dar las indicaciones pertinentes.
- Se deben dar recomendaciones para continuar el adecuado cuidado del recién nacido en casa, signos de alarma para consulta a urgencias, asignar cita de control para la valoración integral en salud según lo dispuesto en el lineamiento de atención integral en salud de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Primera Infancia.
- Se debe promover el registro civil en caso de que aún no haya sido registrado y verificar la afiliación al Sistema de salud.
- Se debe indicar la asistencia a la consulta de nutrición y/o enfermería para la valoración de la lactancia materna.
- Se debe programar la participación en sesiones educativas individuales y/o grupales de acuerdo con lo establecido en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la Primera Infancia.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

4.12.6.2 Expedición y registro en el carné único de salud infantil si no se entregó en el momento del egreso hospitalario.

Se debe expedir y registrar la información pertinente en el carné único de salud infantil, si este no se entregó en el momento del egreso hospitalario.

4.12.6.3 Canalización a realización de visita domiciliaria para los casos indicados.

De acuerdo con el criterio del profesional de pediatría o de medicina general que se encuentra realizando el control del recién nacido, y del criterio del profesional que realizó el control del puerperio, se indicará la realización de visita domiciliaria para las madres, los recién nacidos y los lactantes en quienes se requieran tomar medidas adicionales con el objeto de:

- Mejorar la técnica de la lactancia materna.
- Vigilar el cuidado del recién nacido.
- Identificar signos de peligro para el recién nacido.
- Verificar plan de cuidado del recién nacido con complicaciones y/o riesgos.
- Vigilar la adherencia al tratamiento en casos de depresión postparto.
- Los objetivos requeridos según el concepto del profesional tratante.

El asegurador podrá realizar seguimiento telefónico a recién nacidos, madres y familias priorizadas identificando signos y/o síntomas de alarma o riesgos como una medida adicional y no sustitutiva del control del puerperio o del recién nacido, ni de la visita domiciliaria cuando fue indicada por el profesional médico.

Debe realizarse el registro de la realización de la visita domiciliaria y del seguimiento telefónico cuando se realicen, con el concepto de los encargados de estas actividades.

4.12.7 Instrumentos insumos y dispositivos

Se requerirá lo pertinente a la atención del servicio de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad definido en el manual de Habilitación. Se usarán para la atención las siguientes escalas e instrumentos: Carné de salud infantil reglamentado por la Resolución 001535 de 2002, lista de chequeo para valoración de la lactancia materna de la estrategia AIEPI (Según el Anexo 9).

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

5 ATENCIÓN A LAS FAMILIAS

El abordaje a las familias y comunidades como soporte al desarrollo y al proceso de la gestación, resaltando el papel de las parejas y allegados (que incluye amigos(as), vínculos culturales- religiosos como compadres, vecinos, etc.), será realizado a partir de las intervenciones individuales y colectivas.

Por lo tanto, para efectos de este lineamientos se entienden las familias como una red de cuidado primario independiente de los vínculos de consanguinidad, que puede ser configurada de diferentes maneras, no solamente la "familia nuclear[17]".

De este modo, el acceso a las intervenciones dirigidas a la familia en esta ruta se realiza a partir de: i) la caracterización y priorización por parte de la autoridad sanitaria, ii) desde el control prenatal que incluye la valoración de la estructura y dinámica familiar o iii) por solicitud de la familia directamente por demanda.

La aplicación de las herramientas de valoración familiar en el control prenatal reconoce e identifica capacidades, intereses, necesidades, factores de riesgo de las familias – en este caso – de las mujeres gestantes – que permitan contar con una visión integral de la situación y dinámica familiar con el fin de priorizar atenciones subsiguientes que para esta RIA se contempla: i) educación para la salud orientada al desarrollo de capacidades y ii) atención básica orientación y consejería integral para la promoción de la participación de las familias en el cuidado de las gestantes.

5.1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

En función de los hallazgos, necesidades e inquietudes y capacidades a fortalecer para el cuidado de la gestante, se deberá indicar la realización de educación a la mujer y su grupo familiar e incluirla en el plan integral de cuidado; con el objetivo de:

- Fortalecimiento de los vínculos, redes y relaciones de cuidado, orientados a promover relaciones de cuidado mutuo, disposición sensible para el apoyo y acompañamiento a las mujeres gestantes y sus familias. Esto implica promover reconocimiento de los vínculos de cuidado inmediato que se encuentran en la familia, vecinos, comunidad – barrio- vereda-.

- Fortalecer las capacidades de la familia para el cuidado de la gestante y del recién nacido (conocimiento de necesidades de la mujer, signos de peligro, comunicación, apoyo y paternidad responsable entre otros).

[17] Tradicionalmente se ha entendido como familia nuclear la constituida por mamá, papá e hijos. (¿para qué esta nota?).

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

5.2 CONSULTA DE ABORDAJE BÁSICO DE ORIENTACIÓN FAMILIAR

Esta deberá permitir: i) profundizar en la identificación de capacidades y condiciones de funcionalidad de las familias, así como de factores protectores y detección de factores de riesgo de la salud familiar que inciden en el estado de salud de la gestante, ii) brindar orientaciones básicas que aporten a la dinámica y equilibrio de las familias en función del logro en salud materna y perinatal, y iii) derivar a atención especializada o a otras rutas de atención de acuerdo a los hallazgos.

Esta consulta se realiza de acuerdo con los parámetros establecidos en el Lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento.

6 ORIENTACIONES PARA EL DESPLIEGUE E IMPLEMENTACION: ADAPTABILIDAD Y PROGRESIVIDAD

En línea con los criterios definidos en la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud, para la adaptación de las intervenciones contenidas en las RIAS, este apartado realiza las consideraciones específicas de adaptabilidad de las intervenciones dirigidas a las mujeres gestantes en función del territorio y de la población:

6.1 CRITERIOS POBLACIONALES

6.1.1 Adecuación de los servicios para la atención a mujeres con discapacidad

Esta adecuación debe garantizar la toma de decisiones de las mujeres con discapacidad con intención reproductiva, de acuerdo a la normatividad vigente en materia de derechos sexuales y reproductivos para las mujeres con discapacidad a través de:

- Apoyos técnicos, tecnológicos, humanos y salvaguardias que permitan la manifestación de la voluntad plena e informada por parte de la mujer con discapacidad frente al proceso reproductivo. Ello implica contar con intérpretes, pictogramas, entre otros.

- Efectuar los ajustes razonables en el ámbito arquitectónico y otros condicionantes referentes a la accesibilidad de las mujeres con discapacidad a los procedimientos en la institución. Es decir, las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás.

6.1.2 Adecuación intercultural de los servicios

Con el fin de que las adecuaciones interculturales sean pertinentes para las comunidades étnicas y, por ende, se garantice una mayor adherencia a los servicios derivada de las mismas, es necesario que se desarrollen procesos de consulta previa y concertación, no solo con los representantes de las organizaciones de grupos étnicos, sino también con la institucionalidad indígena en salud y con la comunidad en general, especialmente con las mujeres –para el caso de la salud materno-perinatal.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

Inicialmente se deberá hacer la identificación de las organizaciones indígenas y autoridades de medicina ancestral del pueblo o comunidad correspondiente e iniciar un proceso de acercamiento. Posteriormente a este escenario, se propone iniciar el proceso de consulta previa y concertación cuando este sea necesaria, acorde con la normatividad vigente. Para el caso de salud, cuando se establezca como necesaria la realización de la consulta, este proceso se puede acordar con las mismas organizaciones y comunidades (fases, tiempos, espacios, responsables), Se deberá establecer un proceso de concertación fuerte que permita que los resultados generados tengan el impacto deseado. Igualmente se deberá reconocer a la Asamblea como la voz de la comunidad, son las decisiones que se toman en este espacio las que determinan el curso de situaciones y procesos. Es necesario tener en cuenta que la consulta previa y la concertación no es una acción puntual sino que responde a un proceso permanente.

Las IPS deberán consolidar equipos interdisciplinarios, que permitan enriquecer a través del conocimiento y de la experiencia lo que apunta a fortalecer la perspectiva de equipos de Atención Primaria en Salud que incorporen Agentes Comunitarios de Salud y Agentes de la Medicina Tradicional (AMT).

Como orientación general en las temáticas en las cuales deben ser entrenados estos equipos son:

- Definición conceptual de interculturalidad y sus diversas interpretaciones dentro de posturas teóricas diversas.
- Conocimiento previo del grupo étnico y su contexto. El conocimiento de la cultura e historia, es una primera entrada de sensibilización, contextualización, valoración y reconocimiento del otro.
- Conocimiento previo del proceso organizativo del grupo étnico correspondiente (cuando el proceso exista), como una forma de identificar los intereses colectivos que lo soportan, los niveles de desarrollo del tema de salud -en este caso-, y las instancias con las cuales se debe iniciar la etapa de consulta previa y concertación.
- Conocimiento de la legislación que protege los derechos de los grupos étnicos, así como las competencias de los entes territoriales en el cumplimiento y la garantía de éstos, especialmente en lo relacionado con salud.
- Conocimiento de Planes de Vida, de Salvaguarda, de Etnodesarrollo, Modelos de Salud Propios e Interculturales, y demás documentos elaborados por las organizaciones y comunidades, que son fundamentales para su relacionamiento con el resto de la población y que integran gran cantidad de información clave: Cosmovisión – principios – Ley de origen – normas culturales – usos – costumbres – tradiciones.
- Conocimiento de los sabedores ancestrales y sus roles.
- Prácticas culturales de cuidado y protección.
- Identificación de prácticas y acciones en salud peligrosas para el estado de salud desde una visión cultural.
- Conocer las enfermedades propias, individuales y colectivas, manejo y procesos de restablecimiento de la salud.

6.1.2.1 Adecuaciones técnicas

DOCUMENTO ADMINISTRADOR NO REPRODUCIBLE

6.1.2.1.1 Infraestructura y Dotación

Las adecuaciones de infraestructura deben ser especialmente valoradas con personas de las comunidades, en tanto muchos de los detalles de estos espacios deben recoger la dinámica de la comunidad, su simbolismo, sus costumbres cotidianas, la disposición de los espacios (relación de los baños, forma de la construcción, colores, materiales, etc.); lo que aplica también en términos de la dotación necesaria (camas o hamacas, mesas auxiliares, espacios rituales, etc.). Varios aspectos que han sido reseñados como importantes de acuerdo a otras experiencias y los mismos hallazgos de campo como la calidez de los espacios, la iluminación baja, los colores cálidos, el establecimiento de espacios para el acompañante (o acompañantes), la definición de zonas para atención de población étnica, entre otras, deben ser aspectos valorados con cada comunidad en específico.

6.1.2.1.2 Adecuaciones a los procedimientos

La formalización de acompañamiento por parte de los AMT y sus condiciones puede permitir que esto no esté condicionado únicamente por el profesional a cargo y que se tenga en cuenta la valoración que hacen los AMT respecto a la condición y antecedente de la paciente. Así mismo, es importante la formalización con el talento humano en salud y su socialización a las mujeres y sus familias respecto a otras prácticas como: la entrega de la placenta a la madre y su familia (en el caso que sea solicitada), realización de masajes en la zona lumbar durante el trabajo de parto (que pueden ser enseñados por el personal de salud y realizados por parte del acompañante), decisión de la mujer gestante respecto a su postura durante el trabajo de parto y parto, valorar la incorporación de restricciones o indicaciones alimentarias (especialmente durante el posparto), entre otras.

6.1.2.1.3 Educación para la salud

Se deberán incorporar mensajes textuales y visuales acordes con las prácticas y costumbres de las comunidades, incorporando pautas de cuidado y recomendaciones, siempre contando con población que retroalimente dicho material (por ejemplo los mismos gestores en salud de los equipos),

Se deberá incorporar para los espacios de educación para la salud elementos como: momentos rituales, metodologías vivenciales, espacios de diálogo de mujeres que pueden girar alrededor de prácticas tradicionales (manualidades – tejido), entre otras.

En contextos en los que se atienda población indígena, se deberá contar con la vinculación permanente de intérpretes o traductores en los servicios de salud, siendo deseable que correspondan a personal de la salud profesional o técnico. Así mismo la educación para la salud podrá ser realizada por la institucionalidad indígena en salud.

6.2 CRITERIOS TERRITORIALES

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

6.2.1 Adaptación de la ruta materno perinatal a contextos étnicos y articulación con los agentes de la medicina tradicional (incluidas parteras tradicionales).

En cuanto al componente de acciones en los entornos planteado en la ruta, las principales oportunidades articulación con los AMT se dan en el entorno comunitario. Desde la ruta se plantea una estrategia de atención comunitaria a la gestante que incluye la conformación y fortalecimiento de redes sociales comunitarias, la educación a los agentes comunitarios para la identificación de signos de alarma durante el embarazo, la canalización y seguimiento comunitario a servicios de salud sexual y reproductiva, las acciones afirmativas frente a la mujer y la gestante en el ámbito comunitario, la implementación de sistemas de detección comunitaria de alto riesgo materno-perinatal y el control de factores de riesgo del medio ambiente.

El proceso de articulación se sustenta en acciones de promoción y prevención. Estas deben implementarse en el entorno comunitario y educativo principalmente. Puede contarse con la participación de distintos perfiles de Agentes de la Medicina Tradicional según corresponda a las necesidades de la población étnica presente en el territorio y a la disponibilidad real de estos. Se requiere la intervención de un equipo multidisciplinario que incluya profesionales de las ciencias sociales, educadores y médicos expertos en salud pública.

Este proceso se sustenta en las estrategias de movilización social y participación comunitaria con las que se cuente en la entidad territorial, y/o fortalecimiento de redes sociales y comunitarias a fin de generar un diálogo de saberes que permita en primera instancia el fortalecimiento de los conocimientos ancestrales y tradicionales, y en segunda instancia la exigibilidad de derechos en SSR y dentro del el SISPI que se articula, coordina y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, con el fin de maximizar los logros en salud de los pueblos indígenas El resultado deseable de esta articulación es que se establezcan procesos de referencia y contrareferencia entre médicos facultativos y médicos tradicionales. Así, se podrán manejar los riesgos asociados a enfermedades culturales al mismo tiempo que los riesgos detectados desde la institucionalidad.

6.2.2 Implementación de hogares maternos de paso

Las EAPB deberán garantizar el acceso de los procedimientos en salud contenidos en la ruta a todos los ciudadanos y ciudadanas de Colombia. Sin embargo, si no se disponen de todos estos servicios en el lugar de residencia de la población, se deberá contar con hogares de paso materno para mejorar el acceso a los servicios de salud reproductiva, en especial para garantizar la atención del parto por talento humano en salud calificado.

Ya que la Ruta materno perinatal define como una intervención obligatoria el plan de parto, en los últimos controles antenatales, en lugares con limitada accesibilidad, la remisión a hogar de paso deberá estar prescrita en este plan de parto, en los casos que no haya adecuada accesibilidad. Las Entidades administradoras de planes de beneficios deberán pagar estos servicios en el marco del plan de beneficios con cargo a la UPC y de acuerdo a lineamientos que para tal fin emita el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las DTS en zonas con dispersión incluirán entre sus planes territoriales de salud pública la implementación de hogares de paso maternos con cargo a los recursos del CONPES 3861 y otras fuentes disponibles para esa destinación (incluidos recursos propios).

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

7 MONITOREO Y EVALUACIÓN

El seguimiento y la evaluación como parte de la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal se requiere fortalecer a la luz de los avances en vigilancia epidemiológica de la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal, con que ya cuenta el país y agregando a ello la comprensión de la atención integral en salud y la garantía del derecho a la mujer gestante, su familia y el recién nacido.

El resultado de este proceso permitirá a los diferentes integrantes del SGSSS definir cuáles son los problemas prioritarios en la atención materno perinatal, detectar modificaciones en las tendencias en los indicadores de salud en razón a sus intervenciones, para generar acciones de mejora oportunamente bajo la premisa de la calidad en la prestación de los servicios de salud, evaluar las intervenciones realizadas desde el alcance de la competencia de cada uno y modificar los factores que influyen en los resultados materno-perinatales.

La reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal es una preocupación a nivel mundial, por ello, dentro de los Objetivos del Desarrollo Sostenible, el número 3: *Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades,* se encuentran varias metas que atañen a este campo:

3.1. Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

3.2. Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

3.3. Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

3.7. Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

3.8. Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

Por ende, este capítulo presenta un conjunto de indicadores para medir los avances y el impacto de la puesta en marcha de las intervenciones de la RIAS para la población materno perinatal, que permita la comparabilidad de la información más allá de las adaptaciones locales.

7.1. Monitorear resultados

Atención	Resultado esperado
Atención preconcepcional.	Prevención de gestaciones no deseadas y de las complicaciones derivadas de ellas.
Interrupción voluntaria del embarazo.	Mujeres con autodeterminación reproductiva.
Control prenatal.	Mujeres que llevan su gestación en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.
	Desarrollo de capacidades de las mujeres frente al autocuidado para la mujer, la madre y el recién nacido.
	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.
	Mujeres que llevan su puerperio en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.
	Reducir la mortalidad materna evitable.
Consulta de odontología.	Mujeres que llevan su gestación en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.
Consulta de nutrición.	Mujeres que llevan su gestación en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.
Curso de preparación para la maternidad y la paternidad.	Mujeres y hombres en las mejores condiciones de salud para el desarrollo de la gestación.
Parto.	Atención segura y humanizada del parto y del recién nacido.
Puerperio.	Atención segura y humanizada del parto y del recién nacido.
Atención de emergencias obstétricas.	Reducir la incidencia de morbilidad materna extrema.
	Reducir la mortalidad materna evitable.
	Reducir la severidad de la MME
Atención del recién nacido.	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.
	Atención segura y humanizada del parto y del recién nacido.
	Mujeres que llevan su puerperio en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.

	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.
Atención del recién nacido enfermo	Reducir mortalidad perinatal y neonatal.

7.2. Actividades para el monitoreo y la evaluación

El proceso de monitoreo implica realizar el seguimiento continuo y sistemático de los indicadores, los cuales dan cuenta del logro de los resultados en salud materno y perinatal; se deben agotar algunas actividades tales como: identificación, notificación de los eventos, recolección, consolidación y análisis de la información por parte de los diferentes agentes, según el alcance de sus obligaciones (IPS, EAPB, DTS, MSPS, Superintendencia de Salud). A continuación se detallan algunas actividades:

- Socializar los resultados en salud esperados, así como los indicadores que los conforman.
- Notificar en los sistemas de información la totalidad de los eventos sujeto de seguimiento frente a la salud materno perinatal.
- Realizar análisis individuales de los casos que correspondan a indicadores de impacto, a que haya lugar, según los protocolos de vigilancia epidemiológica.
- Fortalecer metodología para análisis colectivo de eventos como la mortalidad y morbilidad materna y perinatal.
- Diseñar planes de mejoramiento a partir de los análisis de los eventos.
- Analizar los resultados de los indicadores de impacto en virtud de la correlación que exista con el alcance de las metas de los indicadores intermedios y de proceso correspondientes.

7.3. Indicadores

Para el monitoreo y evaluación se requiere fortalecer el proceso de registro y procesamiento de los insumos necesarios para el cálculo de los indicadores, por medio de los cuales se podrá conocer el nivel (magnitud, tendencia) de los eventos. El análisis del comportamiento de los indicadores de proceso e intermedios permite evaluar su relación con los de impacto, esto a nivel nacional, departamental, municipal y por EAPB.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

BIBLIOGRAFÍA

COLOMBIA, CORTE CONSTITUCIONAL. (s.f.). Sentencias C – 355 de 2006, T – 171 de 2007, T-636 de 2007, T-988 de 2007, T-209 de 2008, T-946 de 2008, T-009 de 2009, T-388 de 2009, T- 585 de 2010, T-636 de 2011, T-841 de 2011, T-532 de 2014, T-301 de 2016, T-731 de 2016, T-697 de 2016.

Gómez JE. Ruiz B. Silva P, Beltrán S, Cortés J, Montoya J, Agudelo A. (2009). Guía de Práctica Clínica para toxoplasmosis durante el embarazo y toxoplasmosis congénita en Colombia. *Medicina y Laboratorio*, 533-548.

Herrera, J. A., Eersheng, G., Lixia, D., Wei, Y., Faisal, M., Barua, P., y otros. (2006). Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. *Colombia Médica, 7*(2).

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2014). *Lineamientos generales para el desarrollo del Modelo Iintegral en Atencion Salud para el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS. Colombia 2014.* Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. (2014). Atención integral de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en el primer nivel de complejidad. Documento técnico para prestadores de servicios de salud. Bogotá D.C.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, FONDE DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (2014). *Atención integral de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en el primer nivel de complejidad. Documento técnico para prestadores de Servicios de salud.* Bogotá.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, FONDE DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS. (2015). *Guía de capacitación para atención en salud de la interrupción Voluntaria del Embarazo.* Bogotá.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONAES UNIDAS. (2014). *Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia para la atención INTEGRAL DE LA SIFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA.* Bogotá D.C.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (2014). *Orientación y asesoría para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Documento técnico para prestadores de servicios de salud.* Bogotá.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, UNFPA. (2013). *Diagrams de flujo para la atención de la emergencia obstétrica.* Bogotá D.C.: Ministerio de salud y Protección Social.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, UNFPA. (2014). *Prevención del Aborto inseguro en Colombia, Protocolo para el sector salud. .* Bogotá D.C.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

MINISTERIO DE SALUD, COLCIENCIAS, IETS, CINETS. (2014). *Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.* Bogotá.

MINISTERIO DE SALUD, PARS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, INSTITUTO DE INVESTIGACIONES PÚBLICAS. (2007). *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública.* Bogotá.

MINISTERIO DE SALUD, UNFPA. (2014). *Protocolo de atención Preconcepcional.* Bogotá.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, STI COCHRANE REVIEW GROUP, ASBOG. (2016). *Guia de práctica clínica para la prevención de eventos tromboembólicos durenate la gestación parto y puerperio.* Bogotá.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

ANEXO 1. Lista de Chequeo para el tamizaje de riesgo durante la atención preconcepcional.

INFORMACIÓN GENERAL DE LA PACIENTE

1. No. historia clínica
2. No. doc. Identidad
3. Fecha consulta
4. Departamento
5. Nombre Institución
6. Procedencia
7. Área: 1. Urbana 2. Rural
8. Edad ___ años
9. Raza: 1. Blanca 2. Indígena 3. Mestiza 4. Negra 5. Otra
10-1. Nivel de educación: 1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnica 5. Universidad
10-2. Años cursados en el último nivel
11. Estado civil: 1. Casada 2. Unión estable 3. Soltera 4. Otro
12. Ocupación
13. Tipo de población: 1. General 2. Discapacitada 3. Desplazamiento
14. Régimen SSS: 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Vinculado 4. Especial 5. Particular
15. Entidad aseguradora
16. Planea embarazarse en? 1. Un año o menos 2. Dos años 3. 3-5 años 4. Más de 5 años 5. No lo ha(n) planeado

Condiciones patologicas preexistentes				
17. Diabetes mellitus	1. Si	2. No	3. NS/R	
18. Enfermedad tiroidea	1. Si	2. No	3. NS/R	
19. Epilepsia	1. Si	2. No	3. NS/R	
20. Hipertensión	1. Si	2. No	3. NS/R	
21. Fenilcetonuria	1. Si	2. No	3. NS/R	
22. Artritis reumatoide	1. Si	2. No	3. NS/R	
23. Lupus eritematoso sistémico	1. Si	2. No	3. NS/R	
24. Enfermedad renal crónica	1. Si	2. No	3. NS/R	
25. Enfermedad cardiovascular	1. Si	2. No	3. NS/R	
26. Trombofilia	1. Si	2. No	3. NS/R	
27. Anemia	1. Si	2. No	3. NS/R	
28. Asma	1. Si	2. No	3. NS/R	
29. Tuberculosis	1. Si	2. No	3. NS/R	
30. Neoplasias	1. Si	2. No	3. NS/R	
31. Otras	1. Si	2. No	3. NS/R	

Nutrición, peso, trastornos alimenticios y actividad física				
32. Ingesta Prolongada de Suplementos Dietéticos	1. Si	2. No	3. NS/R	
33. Ingesta de dosis elevadas de Vitamina A	1. Si	2. No	3. NS/R	
34. Deficiencia de Vitamina D	1. Si	2. No	3. NS/R	
35. Deficiencia de Calcio	1. Si	2. No	3. NS/R	
36. Deficiencia de Ácidos grasos esenciales	1. Si	2. No	3. NS/R	
37. Deficiencia de Iodo	1. Si	2. No	3. NS/R	
38. Sobrepeso	1. Si	2. No	3. NS/R	
39. Bajo peso	1. Si	2. No	3. NS/R	
40. Antecedente de cirugia o intervención para reducción de peso	1. Si	2. No	3. NS/R	
41. Alteraciones alimenticias (Anorexia nervosa y Bulimia)	1. Si	2. No	3. NS/R	
42. Deficiencia de actividad Física	1. Si	2. No	3. NS/R	

Hábitos no saludables			
43. Ingesta de Alcohol	1. Si	2. No	
44. Tabaquismo	1. Si	2. No	
45. Consumo de drogas o sustancias psicotrópicas	1. Si	2. No	

Estado de Inmunización				
46. Virus del Papiloma Humano	1. Si	2. No	3. NS/R	
47. Hepatitis B	1. Si	2. No	3. NS/R	
48. Varicela	1. Si	2. No	3. NS/R	
49. Sarampión, paperas y rubéola	1. Si	2. No	3. NS/R	
50. Influenza	1. Si	2. No	3. NS/R	
51. Tétano, pertusis, difteria	1. Si	2. No	3. NS/R	

DOCUMENTO CONTROLADOR NO REPRODUCIBLE

Antecedentes reproductivos

52. Gestas ☐ | 53. Partos ☐ | 54. Cesáreas ☐ | 55. Abortos ☐ | 56. N. Vivos ☐ | 57. Mortinatos ☐

58. Muertos 1er semana ☐ | 59. Ectópico ☐ | 60. Mola ☐ | 61. Fecha terminac. emb. anterior ☐

62. Peso último recién nacido previo — 1. No aplica 2. Normal 3. <2500 g 4. > 4000 g ☐

63. Anteced. gemelar — 1. Si 2. No ☐

64. Parto pretérmino previo	1. Si	2. No	
65. Cesárea previa	1. Si	2. No	
66. Abortos previos	1. Si	2. No	
67. Muerte fetal previa	1. Si	2. No	
68. Gran multiparidad	1. Si	2. No	
69. Período intergenésico menor de 24 meses	1. Si	2. No	
70. Incompatibilidad Rh	1. Si	2. No	
71. Preeclampsia en el embarazo anterior	1. Si	2. No	
72. Antecedente de recién nacido con peso menor de 2500 g	1. Si	2. No	
73. Antecedente de recién nacido macrosómico	1. Si	2. No	
74. Antecedente de hemorragia postparto	1. Si	2. No	
75. Antecedente de embarazo molar	1. Si	2. No	
76. Antecedente de depresión postparto	1. Si	2. No	

77. Fecha última menstruación ☐ | 78. Tipo — 1. Regular 2. Irregular ☐ | 79. Ciclo ☐

80. Tiene vida sexual activa — 1. Si 2. No ☐ | 81. No. de compañeros sexuales ☐

82. Utiliza preservativos — 1. Si 2. No ☐

83. Usa métodos anticonceptivos — 1. Si 2. No ☐

Método anticonceptivo			
84. Barrera	1. Si	2. No	
85. DIU	1. Si	2. No	
86. Orales	1. Si	2. No	
87. Inyectable	1. Si	2. No	
88. Parche	1. Si	2. No	
89. Implante	1. Si	2. No	
90. I/Vaginal	1. Si	2. No	
91. Emergencia	1. Si	2. No	
92. Natural	1. Si	2. No	

Ant. genéticos y familiares	El				Familia de El				Ella				Familia de Ella			
	1. Si	2. No	3. NS/R		1. Si	2. No	3. NS/R		1. Si	2. No	3. NS/R		1. Si	2. No	3. NS/R	
93. Edad > 35 años									1	2						
94. Hemofilia	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
95. Trast. de la coagulación	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
96. Anemia falciforme	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
97. Talasemia	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
98. Síndrome de Down	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
99. Retardo mental	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
100. Otras cromosopatías	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
101. Enfermedad de Tay-Sachs	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
102. Distrofia muscular	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
103. Fibrosis quística	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
104. Defectos del tubo neural	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
105. Otros	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	

Examenes

106. Peso ☐ Kg. | 107. Talla ☐ cm | 108. IMC ☐ Kg/m^2

109. TAS ☐ mmHg
110. TAD ☐ mmHg

Cervix				
111. Inspecion visual	1. Normal	2. Anormal	3. No se hizo	
112. Citologia vaginal	1. Normal	2. Anormal	3. No se hizo	

BORRADOR NO REPRODUCIBLE

Medicación			
113. Por prescripción	1. Si	2. No	
114. Medicación no recetada	1. Si	2. No	
115. Suplementos dietéticos	1. Si	2. No	
Ha tomado en el último año			
116. Isotretinoína	1. Si	2. No	
117. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)	1. Si	2. No	
118. Antagonista de los receptores de angiotensina II (ARA II)	1. Si	2. No	
119. Estatinas	1. Si	2. No	
120. Andrógenos/Testosterona	1. Si	2. No	
121. Derivado cumarínico	1. Si	2. No	
122. Fenitoína	1. Si	2. No	
123. Aminoglucósido	1. Si	2. No	
124. Tetraciclina	1. Si	2. No	
125. Ácido valproico	1. Si	2. No	
126. Otros medicamentos	1. Si	2. No	
127. Medicamentos no tradicionales	1. Si	2. No	

Infecciones de transmisión sexual				
128. Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	1. Si	2. No	3. NS/R	
129. Herpes simple	1. Si	2. No	3. NS/R	
130. Gonorrea	1. Si	2. No	3. NS/R	
131. Clamidia	1. Si	2. No	3. NS/R	
132. Sífilis	1. Si	2. No	3. NS/R	

Otras infecciones				
133. Citomegalovirus	1. Si	2. No	3. NS/R	
134. Toxoplasmosis	1. Si	2. No	3. NS/R	
135. Malaria	1. Si	2. No	3. NS/R	
136. Bacteriuria asintomática	1. Si	2. No	3. NS/R	
137. Enfermedad periodontal	1. Si	2. No	3. NS/R	
138. Vaginosis bacteriana	1. Si	2. No	3. NS/R	

Aspectos sicosociales			
139. Edad menor de 16 años	1. Si	2. No	
140. Siente que la relación de pareja es sólida?	1. Si	2. No	
Escala riesgo sicosocial Herrera & Hurtado			
141. Presenta llanto fácil, tensión muscular, sobresalto, temblor, o no puede quedarse quieta	1. Si	2. No	
142. Presenta insomnio, falta de interés, no disfruta pasatiempo, depresión o mal genio	1. Si	2. No	
143. Presenta transpiración de manos, boca seca, accesos de rubor, palidez o cefalea de tensión	1. Si	2. No	
144. Satisfecha con la forma como comparte con su familia o su compañero el tiempo	1. Si	2. No	
145. Satisfecha con la forma como comparte con su familia o su compañero el epacio	1. Si	2. No	
146. Satisfecha con la forma como comparte con su familia o su compañero el dinero	1. Si	2. No	
Violencia doméstica			
147. ¿En el último año, fue golpeada, bofeteada, pateada o lastimada físicamente de otra manera?	1. Si	2. No	
148. ¿Durante el último año, fue forzada a tener relaciones sexuales?	1. Si	2. No	
Depresion y ansiedad			
149. Durante el mes pasado, ¿se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza con frecuencia?	1. Si	2. No	
150. Durante el mes pasado, ¿ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas?	1. Si	2. No	
151. ¿Siente que necesita ayuda?			
Otras variables			
152. Tiene serios problemas económicos	1. Si	2. No	
153. Es victima de desplazamiento	1. Si	2. No	
154. Tiene facil acceso a los servicios de salud	1. Si	2. No	
155. Cuenta con una adecuada red de apoyo familiar	1. Si	2. No	

Exposición ambiental			
156. Tiene mascotas	1. Si	2. No	
157. Tiene contacto con tierra o arena	1. Si	2. No	
158. Cambia pañales de niños pequeños	1. Si	2. No	

PAGINA NO REPRODUCIBLE

ANEXO 2. Escala de Riesgo biopsicosocial de Herrera y Hurtado

Cuadro 1
Escala de riesgo biopsicosocial prenatal

	Clasificación	Puntos
Historia reproductiva		
Edad	<16 años	1
	16-35 años	0
	>35 años	2
Paridad	0	1
	1-4	0
	>4	2
Cesárea previa		1
Preeclampsia o hipertensión		1
Abortos recurrentes o infertilidad		1
Hemorragia postparto o remoción Manual de placenta		1
Peso del recién nacido	<2,500 g ó >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 preconcepcional		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
Isoinnmunización		3
Riesgo psicosocial		
Ansiedad severa		1
Soporte social familiar inadecuado		1

Fuente: Herrera *et al.*[15]
Ansiedad severa: Tensión emocional, humor depresivo, síntomas neurovegetativos de angustia (dos o tres síntomas intensos).
Soporte social inadecuado: Insatisfacción con el apoyo recibido por la familia y/o compañero en el embarazo en tiempo, espacio y dinero (dos otres aspectos insatisfechos)
Alto riesgo biopsicosocial: ≥3 puntos

ANEXO 3. Condiciones para remitir a mayor nivel una unidad de cuidado obstétrico de mayorcomplejidad.

Se recomienda la identificación de las siguientes condiciones y factores de riesgo para la determinación del lugar o nivel de atención del parto, aplicando el criterio médico para aquellas condiciones que escapan al siguiente listado, el cual se considera una lista orientadora y no exhaustiva de las condiciones o factores que inciden sobre la decisión de remitir a la gestante a una unidad de cuidado obstétrico de mayor complejidad (Nivel II osuperior):

- Cualquier enfermedad cardiaca confirmada.
- Cualquier trastorno hipertensivo.
- Asma bronquial no controlada.
- Fibrosis quística.
- Hemoglobinopatías o trastornos hematológicos como:
- Anemia: Hemoglobina menor de 11.0 g/dl al nivel del mar o en el límite inferior según el
- valor corregido por la altura sobre el nivel del mar.
- Enfermedad de células falciformes, beta-talasemia mayor.
- Antecedentes de trastornos tromboembólicos.
- La púrpura trombocitopénica inmune u otro trastorno de plaquetas con plaquetas por
- debajo de 150 000.
- Enfermedad de von Willebrand.
- Trastorno de la coagulación de la mujer o del feto.
- Anticuerpos que conllevan riesgo de enfermedad hemolítica del recién nacido.
- Hepatitis B / C
- Portador de / infección por el VIH.
- Sospecha de toxoplasmosis fetal o mujeres que reciben tratamiento.
- Infección actual activa o sospechada de sífilis/ varicela / rubéola / herpes genital/en la mujer el bebé.
- Tuberculosis.
- Lupus eritematoso sistémico inmune.
- Esclerodermia.
- Enfermedades no específicas del tejido conjuntivo.
- Hipotiroidismo no controlado.
- Hipertiroidismo.
- Diabetes.
- Pacientes con función renal anormal.
- Enfermedad renal crónica que requiere supervisión de especialista.
- Epilepsia.
- Miastenia gravis.
- Accidente cerebrovascular previo.
- Enfermedades gastrointestinales como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.
- Enfermedad hepática con pruebas de función hepática normales o anormales.
- Anomalías esqueléticas o neurológicas como antecedente de fractura de pelvis o déficit
- neurológico.
- Trastornos psiquiátricos que requieren atención hospitalaria actual.
- Uso de drogas psicoactivas.
- Abuso de sustancias o la dependencia del alcohol.
- Antecedente o presencia de cáncer en cualquier localización.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

- Multiparidad mayor de 4 partos.
- Mujeres menores de 15 años o mayores de 38.
- Ausencia de control prenatal.
- Ausencia de apoyo económico y emocional de la familia.
- Hemorragia anteparto de origen desconocido (episodio único después de 24 semanas degestación).
- Índice de masa corporal en la admisión superior a 30 kg / m².
- Embarazo múltiple.
- Placenta previa.
- Preeclampsia o hipertensión inducida por embarazo.
- Trabajo de parto prematuro o ruptura de membranas antes del inicio del trabajo de parto.
- Desprendimiento de placenta.
- Muerte intrauterina confirmada.
- Inducción del parto.
- Diabetes gestacional.
- Distocias de presentación (ejemplo: presentación de pelvis o situación transversa).
- Hemorragia anteparto recurrente.
- Feto pequeño para la edad gestacional (menos del percentil diez o reducción de la velocidadde crecimiento en la ecografía).
- Frecuencia cardíaca fetal anormal (FCF) / Doppler anormal.
- Ultrasonido diagnóstico de oligo/polihidramnios.
- Antecedente de complicaciones como:
- Historia de bebé anterior de más de 4,0 kg.
- Muerte fetal / muerte neonatal inexplicable o en relación con dificultad intraparto.
- Muerte fetal / muerte neonatal con causas conocidas no recurrentes.
- Bebé con encefalopatía neonatal.
- Bebé anterior a término con ictericia que requirió exanguinotransfusión.
- Preeclampsia.
- Eclampsia.
- Ruptura uterina.
- Hemorragia posparto primaria que haya requerido un tratamiento adicional o transfusión.
- Placenta retenida que haya requerido la extracción manual.
- Cesárea previa.
- Distocia de hombros.
- Historia de laceración vaginal amplia, desgarro cervical o trauma perineal de tercer o cuarto grado.
- Antecedente de cirugía ginecológica mayor.
- Antecedente de conización o escisión con asa de la zona de transformación.
- Presencia de miomas o fibromas uterinos.
- Antecedente de miomectomía.
- Antecedente de histerotomía.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

ANEXO 4. Escala de depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS)

Versión validada en español (adaptado de Garcia-Esteve 2003)

Instrucciones: Como usted ha tenido un bebé recientemente, nos gustaría saber cómo se siente ahora. Por favor, SUBRAYE la respuesta que encuentre más adecuada en relación a cómo se ha sentido durante la semana pasada.

En los pasados 7 dias:

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas
   - Igual que siempre
   - Ahora, no tanto como siempre
   - Ahora, mucho menos
   - No, nada en absoluto
2. He mirado las cosas con ilusión
   - Igual que siempre
   - Algo menos de lo que es habitual en mí
   - Bastante menos de lo que es habitual en mí
   - Mucho menos que antes
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal
   - Sí, la mayor parte del tiempo
   - Sí, a veces
   - No muy a menudo
   - No, en ningún momento
4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo
   - No, en ningún momento
   - Casi nunca
   - Sí, algunas veces
   - Sí con mucha frecuencia
5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo
   - Sí, bastante
   - Sí, a veces
   - No, no mucho
   - No, en absoluto
6. Las cosas me han agobiado
   - Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas
   - Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre
   - No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien
   - No, he afrontado las cosas tan bien como siempre
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir
   - Sí, la mayor parte del tiempo
   - Sí, a veces
   - No muy a menudo
   - No, en ningún momento
8. Me he sentido triste o desgraciada
   - Sí, la mayor parte del tiempo
   - Sí, bastante a menudo
   - No con mucha frecuencia
   - No, en ningún momento
9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando
   - Sí, la mayor parte del tiempo
   - Sí, bastante a menudo
   - Sólo en alguna ocasión
   - No, en ningún momento
10. He tenido pensamientos de hacerme daño
    - Sí, bastante a menudo
    - A veces
    - Casi nunca
    - En ningún momento

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.

4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

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

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

ANEXO 5. Escala Obstétrica de alerta temprana

Sistema de alerta temprana para desarrollar a la cabecera de la paciente
Utiliza un código de colores de acuerdo a los signos identificados como de alarma y sus variaciones
Los signos Deben ser documentados por el personal de enfermería

Parámetros	3	2	1	0	1	2	3
Presión arterial sistólica (PAS) en mmHg	< 80	80-90		90-139	140-149	150-150	≥ 160
Presión arterial diastólica (PAS) en mmHg				< 90	90-99	100-109	≥ 110
Frecuencia respiratoria (FR) por minuto	< 10			10-17	18-24	25-29	≥ 30
Frecuencia cardiaca (FC) por minuto	< 60			60-110		111-149	≥ 150
% de oxigeno requerido para Saturación mayor del 95%				Aire ambiente	24 a 39%		≥ 40%
Temperatura en * Centígrados	< 34		34-35	35.1-37.9	38-38.9		≥ 39
Estado de conciencia				Alerta			No alerta

Para la interpretación se realiza la sumatoria de cada uno de los valores registrados para cada parámetro, con determinación de riesgo y de la respuesta frente a la alerta

Puntuación	Grado de respuesta
0	Observación de Rutina
1-3 (sumatoria)	**Riesgo Bajo** Observación cada 4 horas Llamado a enfermera
Un parámetro con puntaje de 3 o ≥ 4 (sumatoria)	**Riesgo intermedio** Observación cada hora Llamado urgente al equipo medico de la paciente y al personal con competencias en el manejo de la emergencia obstétrica (Equipo de respuesta rápida)
≥ 6 (sumatoria)	**Riesgo Alto** Monitoreo continuo de signos vitales Llamado emergente al equipo con competencias en cuidado critico obstétrico (Equipo de respuesta rápida)

ANEXO 6. Clasificación de Choque y evaluación de la respuesta

Pérdida de volumen (%) y ml para una mujer entre 50-70 Kg	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión Arterial Sistólica (mm/Hg)	Grado de choque	Trasfusión
10 - 15% 500 - 1000 mL	Normal	Normal	60-90	>90	Compensado	Usualmente no requerida
16 - 25% 1000 - 1500 mL	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve	Posible
26-35% 1500 - 2000 mL	Agitada	Palidez, frialdad, Más sudoración	101-120	70-79	Moderado	Usualmente requerida
35% 2000 mL	Letárgica o inconsciente	Palidez, frialdad, Más sudoración y llenado capilar > 3 segundos	> 120	< 70	Severo	Transfusión Masiva probable

Párametros de evaluación	Rápida respuesta	Respuesta transitoria	No Respuesta
Signos vitales (las metas son: PAS >90 mmHg, sensorio normal y pulso radial firme)	Retoman a lo normal	Hipotensión recurrente (PAS <90mmHg); sensorio comprometido; pulso radial débil; taquicardia	Permanecen anormales o no se consiguen metas en ningún momento
Pérdida sanguinea estimada (% del volumen circulante o mL)	10-25% ó 500-1500mL (choque compensado o leve)	25-40% ó 1500-2000 mL (choque moderado)	>40% ó >2000 mL (choque severo)
Cristaloides adicionales	Improbable	Sí	Sí
Necesidad de transfusión	Poco probable, casi siempre NO necesaria	Probable (paquete globular de emergencia: 2 UGRE)	Paquete transfunsional de emergencia: 4 UGRE/6U PFC/6U PLT, ABO compatibles
Preparación de la transfusión	Sangre tipo compatible con pruebas cruzadas (45-60 minutos)	Paquete globular de emergencia tipo específica sin pruebas cruzadas (15 minutos). En caso de no disponibilidad, O- u O+	Inmediato: paquete globular O- (u O+); PFC O- (u O+); PLT O Rh compatibles

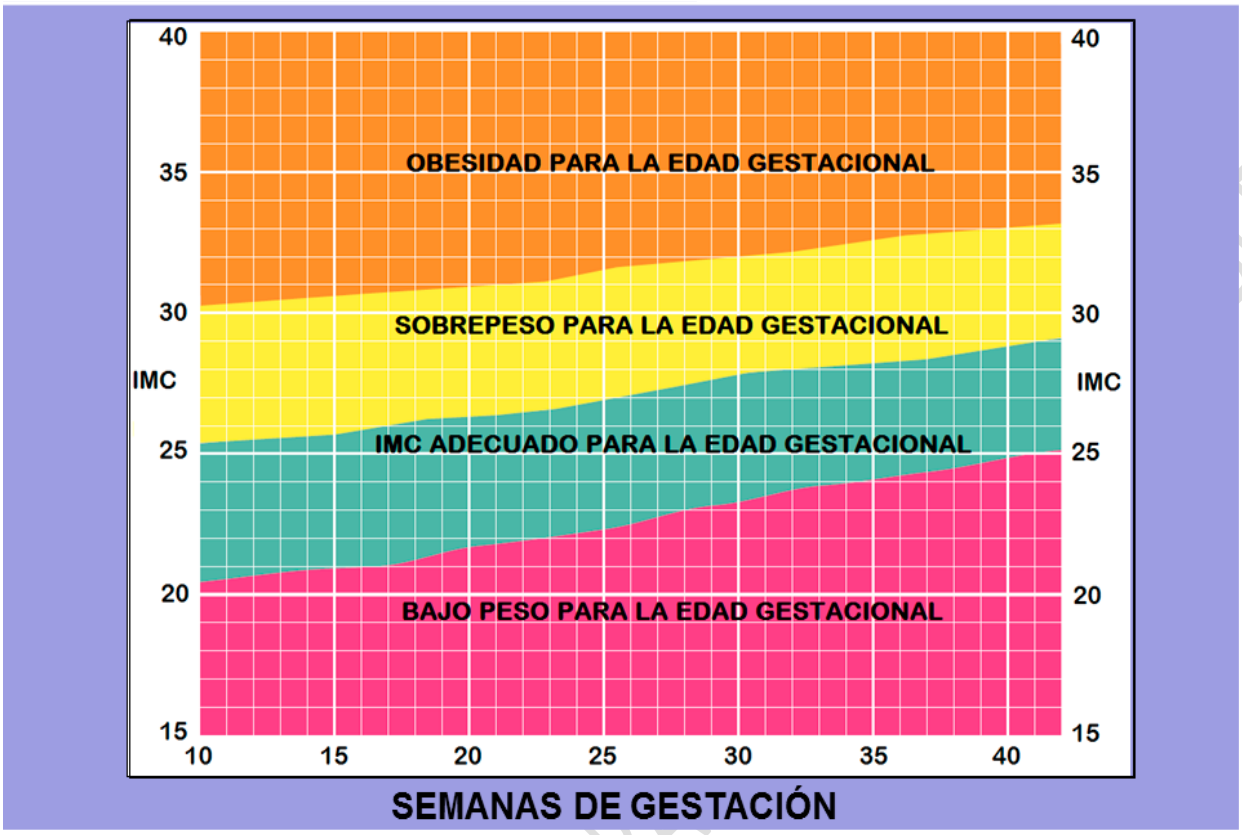
ANEXO 7. Contenido del Kit de Emergencia obstétrica para instituciones de baja complejidad.*

INSUMO	CANTIDAD
ANGIOCAT 16	5
ANGIOCAT 18	5
MACROGOTERO	5
MICROGOTERO	5
SOLUCIONES DE HARTMAN de 500 ml	10
SOLUCIÓN SALINA de 500 ml	10
SULFATO DE MAGNESIO - Ampollas por 2 gramos	20
LABETALOL - Frascos por 100 mg	1
NIFEDIPINO - Tabletas por 10 Mg. Caja	1
NIFEDIPINO - Tabletas por 30 Mg. Caja	1
OXITOCINA - Ampollas por 10 unidades	20
METILERGONOVINA - Ampollas por 0.2 miligramos	5
MISOPROSTOL - Tabletas por 200 microgramos. Frasco por 28 Tabletas	1
AMPICILINA SULBACTAM - Ampollas por 1 gramo	4
BETAMETASONA - Ampollas por 4 miligramos	6

*El Antibiótico de amplio espectro elegido estará sujeto a las consideraciones del comité de infecciones institucional

DOCUMENTO BORRADOR

ANEXO 8. Gráfica evaluación nutricional de la embarazada Atalah – Índice de Masa Corporal para Edad Gestacional.



DOCUMENTO BORRADOR

Registrar todos los datos que permiten la identificación de la gestante, definidos en la historia clínica: Nombre, edad, dirección, régimen al que pertenece, teléfono, entre otros.

Actividades	**Acciones a desarrollar**
1. Emplear las habilidades de escucha y aprendizaje cuando se brinda consejería a la madre y a su acompañante sobre la alimentación de su lactante o niño pequeño.	• Emplear las habilidades para escuchar cuando se brinda consejería a la madre y su acompañante, sobre la alimentación de su lactante o niño pequeño.
2. Emplear las habilidades para reforzar la confianza y dar apoyo, en la comunicación con la madre.	• Reforzar la Confianza y dar apoyo cuando se brinda consejería a la madre, sobre la alimentación de su lactante o niño pequeño.
3. Evaluar la lactancia materna	• Evaluar la lactancia materna empleando la ayuda de trabajo para la observación de la lactancia materna • Identificar a la madre que necesita ayuda, empleando la ayuda de trabajo para la observación de la lactancia materna. Se desarrolla una nueva ficha de observación de la práctica de la lactancia materna-
4. Ayudar a la madre con la posición del bebé al pecho	•Reconocer una buena y una mala posición, de acuerdo conlos 4 puntos clave. • Ayudar a la madre a colocar a su bebé en posición adecuada al pecho empleando los 4 puntos clave, en diferentes posiciones. En los materiales se entregan fotos adicionales para reforzar observación de posición.
5. Ayudar a la madre para que el bebé logre un buen agarre al pecho	• Identificar signos de buen y mal agarre y de una succión efectiva, según la ayuda de trabajo para la observación de la lactancia materna. • Ayudar a la madre para que el bebé tenga un buen agarre al pecho, una vez que está en buena posición. Se desarrolla una nueva ficha de observación de la práctica de la lactancia materna**.**
6. Explicar a la madre el patrón óptimo de lactancia materna.	• Explicar en qué consiste la lactancia materna a libre demanda.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

7. Ayudar a la madre para que se extraiga la leche manualmente	• Explicar a la madre cómo estimular el reflejo de Oxitocina • Dar un masaje a la espalda de la madre para estimular el reflejo de Oxitocina • Ayudar a la madres para que sepan cómo preparar el recipiente para la leche extraída • Explicar a la madre los pasos para la extracción manual de leche • Observar a la madre durante la extracción manual de leche y ayudarla si es necesario

A continuación se describen las dificultades que se pueden presentar durante la asistencia en lactancia materna para la instauración de la lactancia materna y las acciones a desarrollar:

Actividades	Acciones a Desarrollar
1. Ayudar a la madre con 'poca leche'	• Aplicar las competencias para identificar el motivo • Aplicar las competencias para superar el problema, incluir la explicación a la madre sobre la causa del problema
2. Ayudar a la madre con un bebé que llora mucho y/o intensamente	• Aplicar las competencias para identificar la causa • Aplicar las competencias para encontrar alternativas de manejo, incluyendo la explicación a la madre sobre la causa del problema • Demostrar a la madre las posiciones para sostener y cargar a un bebé con cólico
3. Ayudar a la madre cuyo bebé rechaza el pecho materno	• Aplicar las competencias para identificar la causa • Aplicar las competencias para encontrar alternativas de manejo, incluyendo la explicación a la madre sobre la causa del problema • Ayudar a la madre en el contacto piel a piel para ayudar a que su bebé acepte el pecho nuevamente • Aplicar las competencias para mantener mientras tanto la producción de leche y la alimentación al bebé.
4. Ayudar a la madre que tiene pezones planos o invertidos	• Reconocer los pezones planos e invertidos • Aplicar las competencias para encontrar alternativas de manejo •NOTA: No se promocionará el método de la jeringa
5. Ayudar a la madre que tiene pechos ingurgitados	• Reconocer la diferencia entre pechos llenos, pechos ingurgitados y congestión mamaria • Aplicar las competencias para encontrar alternativas de manejo de…

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

6. Ayudar a la madre con pezones doloridos o con grietas	• Reconocer los pezones doloridos y con grietas • Aplicar las competencias para encontrar alternativas de manejo
7. Ayudar a la madre a amamantar a un bebé con bajo peso al nacer o enfermo	• Ayudar a la madre a alimentar apropiadamente a su bebé con bajo peso al nacer • Aplicar las competencias para manejar apropiadamente a estos niños • Explicar a la madre la importancia de la lactancia materna durante la enfermedad y en el período de recuperación La madre debe estar acompañada por los profesionales de las salas de extracción hospitalaria o del Banco de Leche.

INSTRUMENTOS

- Curso Consejería para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño de la Organización Mundial de la Salud
- Ayuda de trabajo de observación de la lactancia materna-2016
- Lineamiento Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMI
- Lineamientos técnicos para salas de extracción hospitalaria

INSUMOS

- Modelos de pecho y de bebe para educación en lactancia materna.
- Modelos de instrumentos para extracción de la leche materna (bombas extractora, botella caliente)
- Modelos de instrumentos para almacenamiento (frascos de vidrio, bolsas para almacenamiento de LM)
- Material educativo como rotafolios.

DOCUMENTO COPRADOR NO REPRODUCIBLE

ANEXO 10. Recomendaciones de salida para madres, padres y familiares de recién nacidos

La siguiente es una guía para el cuidado de su hijo recién nacido que orienta sobre el cuidado en estos primeros días. Por favor léala antes de salir del hospital y cualquier pregunta que tenga debe hacerla antes de que salga para su casa.

Mantenimiento de la salud del bebé: Los recién nacidos saludables comen y duermen durante las 24 horas, no tienen horario, succionan al seno y descansan entre las comidas. No son excesivamente irritables, ni tensos o adormecidos. También respiran un poco más rápido que los niños grandes y deben mantener una temperatura en piel alrededor de 37°C. Un pequeño número de bebés tiene problemas con su salud por lo que los padres deben estar alerta y saber cuándo es grave y cuándo no lo es. El bebé debe ser reevaluado a los 3 días de haber nacido. Se revisará cómo va la lactancia, cómo está su peso, se le vuelve a hacer un examen físico completo, se debe tomar la muestra de sangre para averiguar si hay riesgo de unas enfermedades infrecuentes pero graves, incluyendo hipotiroidismo.

Alimentación: La alimentación del recién nacido debe ser leche materna. Debe ser el único alimento hasta los 6 meses. Los principales beneficios han sido demostrados: disminuye infecciones como diarrea, infecciones de oído, disminuye hospitalizaciones por diarrea y por infecciones pulmonares, disminuye la probabilidad de asma, de dermatitis alérgica, de obesidad, disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante. Para la madre disminuye el riesgo de cáncer de seno, de ovario y de diabetes tipo 2. Para tener una lactancia exitosa hay que conocer muchos aspectos:
• Calostro: es la leche que se produce los primeros días, se produce en pequeñas cantidades y tiene un color amarillo o dorado. Suple todas las necesidades del bebé y tiene un inmenso beneficio protector contra infecciones • Como esta cantidad es poca, en ocasiones esto produce angustia a las madres y acompañantes siendo una de las principales causas equivocadas de iniciar leches de fórmula. • Para evitar esto hay que ofrecer realmente la alimentación a libre demanda, sin restricciones: esto es cada vez que el bebé quiera, puede que sean 8 a 12 veces y el tiempo que él desee. • La mejor manera de aumentar la producción de leche es que el bebé succione frecuente y con buena técnica. • Esta buena técnica también sirve para prevenir problemas como heridas o fisuras en los pezones e inflamación de los senos.
Deben tenerse en cuenta las siguientes indicaciones: La madre puede estar acostada en la cama o estar sentada en una silla con espalda, brazos y pies apoyados. Puede estimular la zona central del labio superior e inferior del bebé con el pezón, para que el bebé abra la boca y agarre buena parte de la aréola. La boca del bebé debe cubrir lo que más pueda de la zona café alrededor del pezón. La barbilla debe tocar el pecho. El labio inferior debe quedar enrollado hacia abajo, y la punta de la nariz puede tocar el seno. Debe ver y oír cuando el bebé traga. La succión debe ser rítmica y sostenida. El bebé debe tener la cabeza más alta que el resto del cuerpo y su abdomen debe estar recostado contra el abdomen de la madre o El brazo del bebé puede estar “abrazando” a la mamá en vez de que quede entre su cuerpo y el de la mamá.
Luego de que el bebé recibe alimento: • La boca debe verse húmeda • Los pañales deben sentirse pesados, que indican que está bien hidratado. • El seno debe quedar blando. • Luego de que el bebé se alimenta, se puede permitir unos minutos en posición vertical con la cabeza sobre el hombro de algún adulto para ayudar a que elimine gases, si los hay. No hay necesidad de darle vueltas. No siempre hay que esperar a que elimine gases para poder acostarlo. • No es necesario agregar agua, ni otros líquidos en la alimentación del bebé.
Patrón de alimentación • Él bebe puede tener patrones variables de alimentación, por lo menos en los primeros días, inicialmente toma pequeñas cantidades de calostro y luego va incrementando las tomas. • Cuando se establece el aporte de leche, el bebé se alimentará generalmente cada 2-3 horas, pero esto podrá variar entre bebés y, si su bebé es saludable, se debe respetar el patrón individual de cada bebé. • Si el bebé no parece satisfecho después de una buena alimentación proveniente del primer seno, se le deberá ofrecer leche del otro seno. Intente extraerse leche y ofrecerle cuando sienta que no está saliendo. • Evite uso de chupos o biberón antes de las dos semanas de nacido, sólo cuando esté bien instaurada la lactancia, es decir que no haya dificultades con la lactancia.

Preocupaciones frecuentes:

DOCUMENTO CONTROLADO NO REPRODUCIR

• Congestión: Sus senos se pueden sentir a tensión, firmes y dolorosos cuando la leche “va bajando”, se alcanza producción de leche madura alrededor de los 3 días después del nacimiento.
• Si hay coloración roja en la piel del seno y dolor, aplique frío en la piel y consulte con su médico, si se siente una zona o un punto duro sin calor ni color rojo, aplique calor local. En ambos casos, haga que el bebé succione el seno más seguido. Si es necesario, haga masajes al seno afectado y haga extracción manual de la leche.
• Fisuras: frecuentemente se producen por errores en el agarre, asegúrese de que agarre como está mencionado arriba.
• Si siente que no está produciendo suficiente leche, revise nuevamente la técnica de lactancia (está mencionado arriba), en general las madres producen lo que los bebés necesitan. El seno no es un depósito sino una fábrica, se puede sentir ¨desocupado¨pero a medida que el bebe succiona se estimula la producción de la leche. Si sigue sintiendo que no es suficiente, consulte con su médico.
• La fórmula o leche de seno, no se debe calentar en microondas, ya que existe el riesgo de quemaduras, mejor calentarlo sumergiendo el recipiente con la leche en agua caliente.

Deposiciones:
• Los bebés presentan las primeras deposiciones de color verde oscuro, espesas y pegajosas, cuando no han presentado deposición a las 24 horas de nacido debe ser chequeado por el médico.
• Entre los 3 y 5 días después del nacimiento, presentan deposiciones líquidas muchas veces al día cuando hay cambio de calostro a leche madura y esto no indica enfermedad.
• Posteriormente las deposiciones son amarillas, blandas y frecuentemente se presentan luego de alimentarse con leche materna, alrededor de 6 o 8 veces al día.
• Si presenta deposiciones blancas o negras o con pintas de sangre debe ir al médico.

Ictericia:
• Los bebés pueden desarrollar ictericia (una condición que causa coloración amarillenta de los ojos y de la piel). Cuando aparece en las primeras 24 horas debe ser revisado de inmediato porque puede necesitar atención especial.
• Normalmente la ictericia ocurre alrededor del 3-4 día después de nacido.
• Después de las primeras 24 horas, si un cuidador nota que el bebé esta ictérico o que la ictericia está empeorando, o que está presentando heces pálidas, el cuidador debe avisar a su profesional de salud
• Un bebé lactante que tenga signos de ictericia debe ser alimentado de manera frecuente.
• Si el bebé está muy ictérico o no luce bien, debe ser revisado inmediatamente por el médico.
• Si en un bebé sano la ictericia se desarrolla después de los primeros 7 días o permanece ictérico después de 14 días, y no se ha esclarecido la causa, se debe evaluar nuevamente.

Piel y cordón:
• No se deben añadir al agua del baño agentes limpiadores, no se debe usar lociones o pañales medicados. Puede usar jabón suave, no perfumado.
• El cordón umbilical debe mantenerse limpio y seco. Se limpia con agua hervida y hay que secarlo muy bien. Si usted nota que la piel alrededor del ombligo está tomando coloración roja, o le huele feo debe consultar de inmediato.
• El remanente del ombligo debe desprenderse alrededor del día 12.
• Siempre que cambie el pañal, retire con agua cualquier residuo que quede en la piel. Cambie los pañales lo más pronto que pueda luego de que el bebé los ensucie.

Seguridad:
• La cuna del bebé no debe tener una distancia mayor de 8 centímetros entre sus barrotes, el colchón debe ser firme y del mismo tamaño de la cuna. No debe haber cojines o almohadas en la cuna. Esto evita riesgo de que el bebé quede atrapado o de sofocación.
• Si escoge compartir la cama con su bebé, debe evitar dormir en un sofá o sillón.

DOCUMENTO CONTROLADO NO REPRODUCIBLE

• Debe evitar compartir la cama con su bebé si cualquiera de los padres: Es fumador, ha tomado recientemente cualquier clase de alcohol, ha estado tomando medicamentos o drogas que le hagan dormir más profundamente, o está muy cansado.
• Para que no haya riesgo de muerte de los bebés sin causa clara: (muerte súbita del lactante) El bebé debe dormir boca arriba, con la espalda sobre una superficie firme, sin almohadas, sin gorros ni cobijas que le cubran su cabeza. No debe exponerse a humo de cigarrillo.

Otros cuidados:
• No debe tener contacto directo con personas que tengan gripa; si es necesario que estén cerca deben mantenerse con tapabocas y continuamente lavarse las manos. Igualmente si es la madre quien tiene gripa, deberá continuar con la alimentación con leche materna ya que de una vez van pasando defensas contra esta gripa.
• Si el bebé presenta temperatura mayor de 37,5°C debe ser revisado rápidamente por el médico.Igualmente, si el bebé presenta respiración agitada, o vómito siempre que come, o no se despierta.
• La madre debe tener todo el apoyo y ayuda que necesite. Debe intentar dormir cuando su bebé duerma.
• Es frecuente que haya una ¨tristeza o melancolía¨ en la madre, que se manifiesta con llanto fácil, preocupaciones, ansiedad, dificultades para dormir y sensación de ¨no ser la misma persona¨. Generalmente dura hasta 2 semanas, pero si este sentimiento se vuelve más profundo o se convierte en tristeza permanente, con cansancio que le impide funcionar, debe consultar inmediatamente.

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

ANEXO 11. Factores de riesgo para evento tromboembólico durante la gestación-parto y puerperio[18]

Se recomienda la identificación de los siguientes factores de riesgo para la implementación de intervenciones para la prevención de eventos tromboembólicos venosos durante la gestación, parto o puerperio. Este listado constituye una guía orientadora sobre la que el clínico debe aplicar su criterio médico y ponderar el peso relativo de cada uno de los factores para la toma de decisiones.

Medidas Generales: a todas las mujeres en embarazo, parto o puerperio se les deben ofrecer medidas generales para la prevención de eventos trombóembolicos venosos como hidratación y deambulación.

FACTOR DE RIESGO	ANTENATAL	POSTNATAL
Trombofilia heredada de muy alto riesgo[a]	**1 FACTOR** **Anticoagulación** **Desde el momento de su identificación**	**1 FACTOR** **Anticoagulación** **Hasta al menos 6 semanas postparto**
Trombofilia adquirida o heredada con Evento Tromboembólico venoso previo (EVT).		
EVT recurrente (dos o más)		
Obesidad mórbida pregestacional (IMC > 40 Kg/m^2)	**1 FACTOR** **Tromboprofilaxis farmacológica antenatal desde el momento de su identificación**	**1 FACTOR** **Tromboprofilaxis farmacológica postnatal** **Hasta 6 semanas postparto**
Trombofilia heredada de alto riesgo o adquirida (Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípido).		
EVT previo		
Enfermedades del colágeno: Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis Reumatoidea, Dermatomiositis.		
Óbito		
Síndrome de Hiperestimulación Ovárica	**Tromboprofilaxis farmacológica en I trimestre y hasta que resuelva cuadro clínico.**	***
Sepsis puerperal	***	**Tromboprofilaxis farmacológica por 10 días posterior al egreso.**
Gestante o mujer en puerperio hospitalizada > 3 días[b].	**Durante la hospitalización: tromboprofilaxis con medidas farmacológicas**	

[18] Tomado de GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA PREVENCIÓN DE EVENTOS TROMBÓEMBOLICOS DURANTE LA GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO. STI Cochrane Review Group, School of Medicine, National University of Colombia. Comité de mortalidad maternal ASBOG.

	Al alta: Tromboprofilaxis con medidas no farmacológicas por 28 días.	
Obesidad pregestacional (IMC a 30 – 39 Kg/m^2)	**Con 1 FACTOR DE RIESGO: recomendaciones generales.** **CON 2 FACTORES DE RIESGO: iniciar medidas no farmacológicas durante toda la gestación.** **CON 3 O MÁS FACTORES DE RIESGO: iniciar desde el ingreso a CPN medidas no farmacológicas y tromboprofilaxis farmacológica desde semana 28, a menos que exista contraindicación.**	**CON 1 FACTOR DE RIESGO: recomendaciones generales.** **CON 2 O MÁS FACTORES DE RIESGO: Tromboprofilaxis farmacológica por 10 días postparto.**
Várices[C]		
Diabetes tipo I y tipo II		
Enfermedad Renal Preexistente		
Técnicas de reproducción asistida		
Embarazo Múltiple		
Hemorragia Postparto		
Preeclampsia		
Hiperemesis Gravídica (alteración hidroelectrolítica o del estado ácido base)		
Parto Pretérmino		
Cesárea		
Sepsis durante el embarazo		
Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
Procedimiento quirúrgico en embarazo o puerperio		
Trasfusión > 2 Unidades		
Gestante o Mujer en Puerperio hospitalizada < 3 días[b]	**Durante la hospitalización: tromboprofilaxis con cualquier intervención farmacológica o no farmacológica.** **Al alta: con medidas no farmacológicas por 10 días.**	
EDAD >35 Años	**CON 1-2 FACTORES DE RIESGO: recomendaciones generales**	
Sobrepeso Pregestacional IMC 25-30 Kg/m^2		
Tabaquismo		
Hipertensión Arterial Crónica	**CON 3-5 FACTORES DE RIESGO: iniciar medidas no farmacológicas desde el momento de su identificación.** **6 O MÁS FACTORES DE RIESGO: iniciar desde el momento de su identificación medidas no farmacológicas e iniciar tromboprofilaxis farmacológica desde semana 28, a menos que exista contraindicación.**	**CON 3-5 FACTORES DE RIESGO: 10 días de tromboprofilaxis con medidas farmacológicas.** **6 O MÁS FACTORES DE RIESGO: 10 días de tromboprofilaxis con medidas farmacológicas**
Hemorragia Anteparto		
Inducción del trabajo de parto		
3 o más partos.		
Corioamnionitis		
Viaje mayor de 4 horas[d]		

[a] Considerar: Trombofilias heredades de **Muy alto Riesgo:** Factor V de Leiden, deficiencia de protrombina, y **Trombofilias heredades de Alto Riesgo**: Deficiencia de Proteína C, S y Antitrombina III.

[b] Hospitalización por otras causas diferentes al nacimiento.

[C] Considerar aquellas várices que provoquen edema, cambios en la piel, dolor o comprometan la extremidades por encima de la rodilla.

[d] El grupo desarrollador de la guía no encontró estudios que evaluaran este factor de riesgo durante el embarazo. Sin embargo por consenso de expertos, se definió su inclusión como factor de riesgo teniendo en cuenta su asociación a inmovilidad.

RIESGO MUY ALTO			**RIESGO MODERADO**
RIESGO ALTO			**RIESGO BAJO**

DOCUMENTO BORRADOR NO REPRODUCIBLE

ANEXO 12 Tablero de indicadores para el monitoreo y seguimiento de la Ruta Materno perinatal.

No.	Resultado esperado	Atención	Tipo	Nombre del indicador	Fuente	Responsable
1	Prevención de gestaciones no deseadas y de las complicaciones derivadas de ellas.	Atención preconcepcional.	Proceso	Proporción de consultas para la atención preconcepcional en mujeres con intención reproductiva a corto plazo.	Res.4505 Ajustada	EAPB
2	Prevención de gestaciones no deseadas y de las complicaciones derivadas de ellas.	Atención preconcepcional.	Intermedio	Proporción de gestantes nuevas que recibieron micronutrientes tres meses antes de la gestación.	Res.4505 Ajustada	EAPB
3	Prevención de gestaciones no deseadas y de las complicaciones derivadas de ellas.	Atención preconcepcional.	Intermedio	Proporción de mujeres con riesgos en salud a quiénes se brinda atención preconcepcional o anticoncepción.	RIPS ajustado	EAPB
4	Mujeres con autodeterminación reproductiva.	Interrupción voluntaria del embarazo.	Proceso	Proporción de IVE solicitadas antes de la semana 15 de gestación del total de solicitudes.	RIPS Ajustado	EAPB
5	Mujeres con autodeterminación reproductiva.	Interrupción voluntaria del embarazo.	Proceso	Proporción de IVE según causal.	RIPS Ajustado	EAPB
6	Mujeres con autodeterminación reproductiva.	Interrupción voluntaria del embarazo.	Intermedio	Proporción de solicitudes de IVE que se hacen efectivas según criterio de oportunidad (5 días)	Auditoría	EAPB
7	Mujeres con autodeterminación reproductiva.	Interrupción voluntaria del embarazo.	Proceso	Proporción de consulta y suministro de método anticonceptivo post IVE del total de casos de IVE atendidos.	Res.4505 Ajustada	EAPB
8	Mujeres que llevan su gestación en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Control prenatal.	Intermedio	Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal (antes semana 10).	Res.4505/12 (Ajustada)	EAPB
9	Mujeres que llevan su gestación en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Control prenatal.	Proceso	Proporción de gestantes con el total de paraclínicos requeridos según edad gestacional.	Res.4505 Ajustada /Auditoría	EAPB
10	Mujeres que llevan su gestación en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Control prenatal.	Proceso	Proporción de gestantes con suministro de micronutrientes.	Res.4505 Ajustada	EAPB
11	Mujeres que llevan su gestación en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Control prenatal.	Proceso	Proporción de gestantes asistentes a control prenatal en el periodo del total de inscritas.	Res.4505 Ajustada	EAPB
12	Mujeres que llevan su gestación en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Control prenatal.	Proceso	Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH.	Res.4505/12-CAC - Observatorio sífilis/VIH (MSPS)	EAPB
13	Mujeres que llevan su gestación en las mejores condiciones de salud posibles de	Control prenatal.	Proceso	Porcentaje de gestantes que se tomaron la prueba de tamizaje para sífilis durante	Res.4505/12-CAC -	EAPB

No.	Resultado esperado	Atención	Tipo	Nombre del indicador	Fuente	Responsable
	acuerdo a los riesgos detectados.			el período informado.	Observatorio sífilis/VIH (MSPS)	
14	Mujeres que llevan su gestación en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Control prenatal.	Proceso	Porcentaje de gestantes diagnosticadas con sífilis durante el periodo informado.	Res.4505/12-CAC - Observatorio sífilis/VIH (MSPS)	EAPB
15	Mujeres que llevan su gestación en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Control prenatal.	Proceso	Proporción de mujeres con clasificación de alto riesgo cuyo control prenatal es practicado por especialista del total de mujeres clasificadas como alto riesgo.	Res.4505 Ajustada /Auditoría	EAPB
16	Desarrollo de capacidades de las mujeres frente al autocuidado para la mujer, la madre y el recién nacido.	Control prenatal.	Proceso	Proporción de mujeres que conocen los signos de alarma que se presentan durante la gestación y puerperio.	Encuestas poblacionales	MSPS
17	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Control prenatal.	Proceso	Proporción de mujeres que manifiestan identificar signos de alarma en el neonato.	Encuestas poblacionales	MSPS
18	Mujeres que llevan su puerperio en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Control prenatal.	Proceso	Proporción de gestantes con consejería de lactancia materna.	Res.4505/12	EAPB
19	Mujeres que llevan su gestación en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Consulta de odontología.	Proceso	Cobertura de consulta de odontología en las gestantes.	Res.4505 ajustada	
20	Mujeres que llevan su gestación en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Consulta de nutrición.	Proceso	Cobertura de consulta de nutrición en las gestantes.	Res.4505 ajustada	
21	Mujeres y hombres en las mejores condiciones de salud para el desarrollo de la gestación.	Curso de preparación para la maternidad y la paternidad.	Proceso	Cobertura de asistencia a curso de preparación de la maternidad y la paternidad (7 sesiones).	RIPS, Res 4505 modificada	EAPB
22	Mujeres que llevan su gestación en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Control prenatal.	Intermedio	Proporción de mujeres con cuatro o más controles prenatales durante la gestación por proveedor de servicios de salud calificado.	RIPS	EAPB
23	Atención segura y humanizada del parto y del recién nacido.	Parto.	Proceso	Proporción de cesáreas del total de partos (vaginales más cesáreas).	RIPS	EAPB
24	Atención segura y humanizada del parto y del recién nacido.	Parto.	Proceso	Porcentaje de partos en los que se diligencia el partograma del total de partos atendidos.	Auditoría	EAPB
25	Atención segura y humanizada del parto y del recién nacido.	Parto.	Proceso	Porcentaje de partos en los que la mujer tiene acompañante (seleccionado) durante el trabajo de parto y parto del	Auditoría	EAPB

No.	Resultado esperado	Atención	Tipo	Nombre del indicador	Fuente	Responsable
				total de partos atendidos.		
26	Atención segura y humanizada del parto y del recién nacido.	Parto.	Proceso	Porcentaje de partos con manejo activo del tercer periodo de parto.	Auditoría	EAPB
27	Atención segura y humanizada del parto y del recién nacido.	Puerperio.	Proceso	Porcentaje de partos con monitoria de signos vitales (cada 15 minutos) durante el puerperio inmediato.	Auditoría	EAPB
28	Atención segura y humanizada del parto y del recién nacido.	Puerperio.	Proceso	Proporción de mujeres que son dadas de alta en el puerperio cumpliendo el tiempo establecido (parto 24 horas y cesárea 48 horas) del total de partos.	Auditoría	EAPB
29	Atención segura y humanizada del parto y del recién nacido.	Puerperio.	Proceso	Proporción de gestantes que reciben valoración prealta hospitalaria según tiempo establecido (parto 24 horas y cesárea 48 horas).	Auditoría	EAPB
30	Atención segura y humanizada del parto y del recién nacido.	Puerperio.	Proceso	Proporción de mujeres con asesoría en anticoncepción postparto o postaborto antes del alta.	RIPS Ajustado	EAPB
31	Atención segura y humanizada del parto y del recién nacido.	Puerperio.	Proceso	Proporción de mujeres con provisión de método anticonceptivo postparto o postaborto antes del alta.	Auditoría	EAPB
32	Reducir la incidencia de morbilidad materna extrema.	Atención de emergencias obstétricas.	Impacto	Razón de Morbilidad Materna Extrema (MME).	SIVIGILA	EAPB
33	Reducir la mortalidad materna evitable.	Atención de emergencias obstétricas.	Intermedio	Índice de mortalidad materna de los casos de MME.	SIVIGILA	EAPB
34	Reducir la mortalidad materna evitable.	Atención de emergencias obstétricas.	Intermedio	Relación Morbilidad Materna Extrema / Mortalidad Materna.	SIVIGILA	EAPB
35	Reducir la severidad de la MME	Atención de emergencias obstétricas.	Intermedio	Relación criterios / caso en la MME.	Auditoría	EAPB
36	Reducir la incidencia de morbilidad materna extrema.	Atención de emergencias obstétricas.	Intermedio	Proporción de MME con tres o más criterios (casos que agrupan tres o más criterios).	Auditoría	EAPB
37	Reducir la mortalidad materna evitable.	Control prenatal.	Impacto	Razón de Mortalidad Materna.	Estadísticas vitales/ SIVIGILA	EAPB
38	Reducir la incidencia de morbilidad materna extrema.	Atención de emergencias obstétricas.	Intermedio	Oportunidad de referencia en los casos de MME.	Auditoría	EAPB
39	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Atención del recién nacido.	Proceso	Proporción de recién nacidos que reciben atención integral en sala de partos.	Auditoría	EAPB
40	Reducir mortalidad perinatal y neonatal.	Atención del recién nacido enfermo	Proceso	Oportunidad de referencia en casos de enfermedad neonatal.	Auditoría	EAPB
41	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos	Atención del recién nacido.	Proceso	Proporción de recién nacidos que reciben valoración prealta hospitalaria.	Auditoría	EAPB

No.	Resultado esperado	Atención	Tipo	Nombre del indicador	Fuente	Responsable
	detectados.					
42	Atención segura y humanizada del parto y del recién nacido.	Atención del recién nacido.	Proceso	Proporción de recién nacidos sanos con pinzamiento de cordón umbilical mayor a 1 minuto.	Auditoría	EAPB
43	Atención segura y humanizada del parto y del recién nacido.	Atención del recién nacido.	Proceso	Proporción de recién nacidos sanos que tienen contacto piel a piel con la madre.	Auditoría	EAPB
44	Atención segura y humanizada del parto y del recién nacido.	Atención del recién nacido.	Proceso	Proporción de recién nacidos que son dados de alta cumpliendo el tiempo establecido (24 horas rn sano y 48 horas para el RN con riesgo).	Auditoría	EAPB
45	Mujeres que llevan su puerperio en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Atención del recién nacido.	Proceso	Proporción de consultas a la madre y el recién nacido por el equipo médico a los tres días del parto.	Auditoría	EAPB
46	Mujeres que llevan su puerperio en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Atención del recién nacido.	Proceso	Porcentaje de mujeres que informan haber puesto el niño al seno en la primera hora de nacido.	ENDS	MSPS
47	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Atención del recién nacido.	Proceso	Proporción de recién nacidos con profilaxis ocular.	Auditoría	EAPB
48	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Atención del recién nacido.	Proceso	Proporción de recién nacidos con aplicación de vitamina K.	Auditoría	EAPB
49	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Atención del recién nacido.	Proceso	Cobertura de vacunación con BCG (antes del egreso hospitalario).	PAI WEB	EAPB
50	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Atención del recién nacido.	Proceso	Cobertura de vacunación neonatal con Hepatitis B (antes del egreso)	PAI WEB	EAPB
51	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Atención del recién nacido.	Proceso	Cobertura de tamizaje de errores innatos del metabolismo.	Res.4505 modificada	EAPB
52	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Atención del recién nacido.	Proceso	Cobertura de tamizaje visual y tamizaje auditivo en el neonato.	Res.4505 modificada	EAPB
53	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Atención del recién nacido.	Proceso	Cobertura de tamizaje para cardiopatía congénita.	Res.4505 modificada	EAPB
54	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Atención del recién nacido.	Intermedio	Proporción de recién nacidos con alteraciones del metabolismo que son remitidos.	Auditoría	EAPB
55	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos	Atención del recién nacido.	Intermedio	Proporción de recién nacidos con alteraciones del tamizaje auditivo	Auditoría	EAPB

No.	Resultado esperado	Atención	Tipo	Nombre del indicador	Fuente	Responsable
	detectados.			remitidos.		
56	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Atención del recién nacido.	Intermedio	Proporción de recién nacidos con alteraciones del tamizaje visual remitidos.	Auditoría	EAPB
57	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Atención del recién nacido.	Intermedio	Proporción de recién nacidos con alteraciones del tamizaje para cardiopatía congénita remitidos.	Auditoría	EAPB
58	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Atención del recién nacido.	Proceso	Proporción de recién nacidos con tamizaje para Hepatitis B (según riesgo).		EAPB
59	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Atención del recién nacido.	Proceso	Proporción de recién nacidos con tamizaje para sífilis congénita (según riesgo)	Res.4505/12-CAC - Observatorio sífilis/VIH (MSPS)	EAPB
60	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Atención del recién nacido.	Proceso	Proporción de recién nacidos con tamizaje para VIH (según riesgo)	Res.4505/12-CAC - Observatorio sífilis/VIH (MSPS)	EAPB
61	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Atención del recién nacido.	Proceso	Proporción de recién nacidos que egresan con diligenciamiento de la Historia Clínica Perinatal y con Carné de Salud infantil.	Auditoría	EAPB
62	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Atención del recién nacido.	Impacto	Tasa de incidencia de sífilis congénita.	Res.4505/12-CAC - Observatorio sífilis/VIH (MSPS)	EAPB
63	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Atención del recién nacido.	Impacto	Tasa de mortalidad perinatal.	Estadísticas vitales/ SIVIGILA	EAPB
64	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Atención del recién nacido	Impacto	Tasa de incidencia de Hipotiroidismo Congénito.	Res.4505 modificada - RIPS	EAPB
65	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Atención del recién nacido.	Impacto	Porcentaje de casos de bajo peso al nacer.	Res.4505 modificada - RIPS	EAPB
66	Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles de acuerdo a los riesgos detectados.	Atención del recién nacido.	Impacto	Tasa de mortalidad neonatal temprana.	Estadísticas vitales/ SIVIGILA	EAPB

ANEXO 13. Dosis y Medicamentos usados en IVE.

Edad gestacional	Mifepristona + Misoprostol	Misoprostol solo
Hasta 10 semanas (70 días) **En casa**	Mifepristona 200 mg VO + Misoprostol 800 mcg vaginal o sublingual a las 24-48 horas	Misoprostol 800 mcg vaginal cada 12 horas x 3 dosis o Misoprostol 800 mcg sublingual cada 3 horas x 3 dosis
10- 12 semanas (70-84 días) **Supervisado**	Mifepristona 200 mg VO + Misoprostol 800 mcg vaginal o sublingual a las 24-48 horas + Misoprostol 400 mcg vaginal o sublingual cada 3 horas. Usar hasta 4 dosis	

DOCUMENTO BORRADOR