



MINSALUD



GOBIERNO DE COLOMBIA

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

Bogotá, D.C., julio de 2018

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

ANA MARIA PEÑUELA POVEDA
Asesora despacho Ministro

EQUIPO TÉCNICO MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Coordinación técnica y editorial

Germán Gallego Vega, Grupo de Salud Sexual y Reproductiva
Javier Diaz-Amaya, Grupo Curso de Vida

Colaboración técnica

Sidia Caicedo Traslaviña, Grupo de Salud Sexual y Reproductiva
Liliana Oliveros León, Grupo de Salud Sexual y Reproductiva
Lía Marcela Güiza Castillo, Grupo Curso de Vida
Rosa Helena Cárdenas Ávila, Grupo Curso de Vida
Diego Quiroga Diaz, Grupo de Salud Sexual y Reproductiva
Pablo Rodríguez Camargo, Grupo de Salud Sexual y Reproductiva
Cielo Ríos Hincapié, Grupo de Salud Sexual y Reproductiva
Diego Otero Álvarez, Grupo de Salud Sexual y Reproductiva
Lorenza Ospino Rodriguez, Grupo de Salud Sexual y Reproductiva
Elizabeth Daza Reyes, Grupo de Gestión en Salud Pública
Patricia Caro Jiménez, Grupo de Gestión en Salud Pública
Margarita García Salazar, Subdirección de Nutrición Alimentos y Bebidas
Diana Piñarte Suárez, Subdirección de Nutrición Alimentos y Bebidas
Sandra Tovar Valencia, Subdirección de Enfermedades No transmisibles
Julián Trujillo Trujillo, Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Mauricio Javier Vera, Subdirección de Enfermedades Transmisibles
John Ariza Montoya, Dirección de Talento Humano
María del Carmen Morales Palomino, Grupo Curso de Vida
Diana Gutiérrez Triana, Grupo de Gestión en Salud Pública
Sara Ochoa Cely, Grupo Curso de Vida
Nidia Molano Cubillos, Subdirección de enfermedades no Transmisibles
Olga Murillo Palacios, Subdirección de Enfermedades Transmisibles

REVISIÓN TÉCNICA EXTERNA

Edgar Iván Ortiz, Ginecobstetra, Presidente FLASOG
Ivonne Diaz Yamal, Ginecobstetra, Presidenta FECOLSOG
Jorge Andrés Rubio, Ginecobstetra, docente Universidad Nacional de Colombia
Carlos Grillo, Ginecobstetra, docente Universidad Nacional de Colombia
José Antonio Rojas, Internista intensivista, Grupo GRICIO
María Fernanda Escobar, Ginecobstetra Intensivista Fundación Valle de Lili
Laura Gil, Ginecobstetra Fundación Oriéntame
Jorge Tolosa, Ginecobstetra Oregon Health & Science University
Sergio Augusto Cuervo. Ginecobstetra, docente U. de A. Nacer/SSR
Liliana Gallego Vélez. Ginecobstetra, docente U. de A. Nacer/SSR
Cristina Margarita Pérez. Ginecobstetra, docente U. de A. Nacer/SSR
María Eulalia Tamayo Pediatra Neonatóloga, docente U. de A. Nacer/SSR
Gladis Adriana Vélez Álvarez. Ginecobstetra, docente U. de A. Nacer/SSR
Nydia Estela Caicedo. Nutricionista y epidemióloga, Nacer/SSR UdeA.
Renata González, Presidenta ACOFAEN
Martha Bejarano, Enfermera docente Universidad Nacional de Colombia
Juan Carlos Herrera Pediatra Neonatólogo, Universidad Nacional de Colombia
Maria Juanita Gómez, Pediatra Neonatóloga Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
Alexandra Bastidas Jacanamijoy, Pediatra Universidad Nacional

© Ministerio de Salud y Protección Social

Cra. 13 # 32-76

PBX: (57-1) 330 50 00

Bogotá D.C. Colombia.

Julio de 2018

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.MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.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 GESTIÓN DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN MATERNO PERINATAL	13
3 INTERVENCIONES COLECTIVAS	15
3.1 INTERVENCIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MATERNA EN EL ENTORNO LABORAL FORMAL	18
4 INTERVENCIONES INDIVIDUALES	19
4.1 ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRECONCEPCIONAL	19
4.1.1 Objetivos	20
4.1.2 Talento humano	20
4.1.3 Duración mínima recomendada	20
4.1.4 Atenciones incluidas	20
4.1.5 Frecuencia	20
4.1.6 Descripción	20
4.1.7 Instrumentos, insumos y dispositivos	27
4.2 INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	28
4.2.1 Objetivos	28
4.2.2 Talento humano	29
4.2.3 Duración mínima recomendada	29
4.2.4 Atenciones incluidas	29
4.2.5 Descripción	29
4.2.6 Instrumentos, insumos y dispositivos	39
4.3 ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL	41
4.3.1 Objetivos	41

4.3.2	Talento humano	42
4.3.3	Duración mínima recomendada	42
4.3.4	Atenciones incluidas.....	42
4.3.5	Frecuencia	42
4.3.6	Descripción	43
4.3.7	Instrumentos insumos y dispositivos	51
4.4	CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD	52
4.4.1	Objetivos	52
4.4.2	Talento humano en salud requerido	52
4.4.3	Frecuencia y duración mínima.....	52
4.4.4	Orientaciones para la realización del curso.....	52
4.5	ATENCIÓN EN SALUD BUCAL.....	57
4.5.1	Objetivos	57
4.5.2	Talento humano	57
4.5.3	Duración mínima recomendada y Frecuencia.....	57
4.5.4	Descripción	57
4.5.5	Instrumentos insumos y dispositivos	57
4.6	ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN.....	58
4.6.1	Objetivos	58
4.6.2	Talento humano	58
4.6.3	Duración mínima recomendada	58
4.6.4	Atenciones incluidas.....	58
4.6.5	Frecuencia	59
4.6.6	Descripción	59
4.6.7	Instrumentos, insumos y dispositivos	61
4.7	ATENCIÓN DEL PARTO	62
4.7.1	Objetivos	62
4.7.2	Talento humano	62
4.7.3	Duración mínima recomendada	62
4.7.4	Atenciones incluidas.....	63
4.7.5	Descripción	63
4.7.6	Instrumentos insumos y dispositivos	67
4.8	ATENCIÓN DEL PUERPERIO.....	68

4.8.1	Objetivos	68
4.8.2	Talento humano	68
4.8.3	Atenciones incluidas.....	68
4.8.4	Descripción	69
4.8.5	Instrumentos insumos y dispositivos	72
4.9	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS	73
4.9.1	Objetivos	73
4.9.2	Talento humano	73
4.9.3	Atenciones incluidas.....	73
4.9.4	Descripción	73
4.9.5	Instrumentos insumos y dispositivos	82
4.10	ATENCIÓN PARA EL CUIDADO RECIÉN NACIDO	83
4.10.1	Objetivos	83
4.10.2	Talento humano	83
4.10.3	Atenciones incluidas.....	84
4.10.4	Descripción	84
4.10.5	Instrumentos insumos y dispositivos	93
4.11	ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO	94
4.11.1	Objetivos	94
4.11.2	Talento humano	94
4.11.3	Atenciones incluidas.....	95
4.11.4	Descripción	95
4.11.5	Instrumentos insumos y dispositivos	102
4.12	ATENCIÓN PARA EL SEGUIMIENTO AL RECIÉN NACIDO	103
4.12.1	Objetivos	103
4.12.2	Talento humano	103
4.12.3	Duración mínima recomendada	103
4.12.4	Atenciones incluidas.....	104
4.12.5	Frecuencia	104
4.12.6	Descripción	104
4.12.7	Instrumentos insumos y dispositivos	106
5	ATENCIÓN A LAS FAMILIAS	107

5.1	EDUCACIÓN PARA LA SALUD	107
5.2	ATENCIÓN BÁSICA DE ORIENTACIÓN FAMILIAR	107
6	ORIENTACIONES PARA EL DESPLIEGUE E IMPLEMENTACIÓN: ADAPTABILIDAD Y PROGRESIVIDAD	108
6.1	CRITERIOS POBLACIONALES	108
6.1.1	Atención diferenciada para el embarazo en la infancia y adolescencia.....	108
6.1.2	Adecuación de los servicios para la atención a mujeres con discapacidad.....	108
6.1.3	Adecuación de la atención para la población de hombres transgénero	109
6.1.4	Adecuación intercultural de los servicios	109
6.2	CRITERIOS TERRITORIALES	111
6.2.1	Adaptación de la RIAS materno perinatal a contextos étnicos y articulación con los agentes de la medicina tradicional (incluidas parteras tradicionales)	111
6.2.2	Implementación de hogares maternos de paso.....	112
7	MONITOREO Y EVALUACIÓN	113
7.1.	RESULTADOS DE LA RIAMP	113
7.2.	INDICADORES	114
7.2.1.	Indicadores de resultado de la RIAMP.....	114
7.2.2.	Indicadores de proceso de la RIAMP	115
	BIBLIOGRAFÍA	119
	ANEXO 1. Lista de Chequeo para el tamizaje de riesgo durante la atención preconcepcional.	121
	ANEXO 2. Escala de Riesgo biopsicosocial de Herrera y Hurtado.....	124
	ANEXO 3. Condiciones para remitir a mayor nivel una unidad de cuidado obstétrico de mayor complejidad.....	127
	ANEXO 4. Escala de depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS).....	129
	ANEXO 5. Escala Obstétrica de alerta temprana	131
	ANEXO 6. Clasificación de Choque y evaluación de la respuesta.....	132
	ANEXO 7. Contenido del Kit de Emergencia obstétrica para instituciones de baja complejidad.*	133
	ANEXO 8. Gráfica evaluación nutricional de la embarazada Atalah – Índice de Masa Corporal para Edad Gestacional.	134
	ANEXO 9. Evaluación de la técnica de lactancia.....	135
	ANEXO 10. Recomendaciones de salida para madres, padres y familiares de recién nacidos	138
	ANEXO 11. Factores de riesgo para evento tromboembólico durante la gestación-parto y puerperio	141

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

INTRODUCCIÓN

La política de atención integral en salud, adoptada por la Resolución 429 de 2016, da relevancia a las personas, familias y comunidades como centro de la atención en salud, 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 e integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) en el marco de sus responsabilidades y funciones.

La integralidad de la atención en salud constituye uno de los elementos esenciales del derecho fundamental a la salud. Tales sectores e integrantes del SGSS, 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 quienes desarrollan acciones que inciden en los resultados en salud de la población gestantes y sus familias, deben trabajar de manera articulada y consensuada, de acuerdo con sus competencias, deberes 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 comunidades¹, como parte de la garantía del ese derecho fundamental (definido en la Ley Estatutaria de Salud).

Es así como, 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

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

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 se encuentran 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 estos y los parámetros generales que los agentes del SGSSS deben realizar para su implementación.

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 todos los recién nacidos y mujeres, durante la etapa preconcepcional, la gestación, el periodo perinatal y el parto.

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, sus familias o red de cuidado y el recién nacido hasta los siete días de su nacimiento, que habitan en el territorio colombiano.

2 GESTIÓN DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN MATERNO PERINATAL

La RIAMP reconoce el valor estratégico de la gestión de la salud pública² 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. Articula esfuerzos, recursos y capacidades con todos los integrantes del SGSSS, los diferentes sectores y la comunidad así mismo 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 con 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 territoriales de operación del MIAS.
- Organización de la operación y funcionamiento que asegure la prestación del conjunto de procedimientos contemplados en la RIAMP.

²² Resolución 518 de 2015.

- 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). Para la ejecución 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 deben definir: 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, derecho a la información y educación en su salud sexual y 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, se 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.

3 INTERVENCIONES COLECTIVAS

Teniendo en cuenta que las Intervenciones colectivas se definen como: “*un conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio*”³ y dado que la red de apoyo con la que cuenta la gestante al interior de su comunidad es vital para su cuidado y el de su recién nacido, frente a la operación de la RIAPM, se requiere que dichas intervenciones actúen articuladamente con el fin de fortalecer la red de cuidado⁴ familiar y comunitario, para contribuir a la promoción de la salud y al alcance de los resultados en salud maternos y perinatales.

Estas intervenciones se deben concretar en entornos favorables para la salud de la mujer con intención reproductiva, la madre y el recién nacido; para efectos del presente lineamiento, se deben tener en cuenta las definiciones, objetivos y población sujeto de cada uno de los entornos definidos en la Ruta integral para la promoción y mantenimiento de la salud. Dichas intervenciones se deberán ejecutar de manera integrada e integral en los entornos Hogar, Educativo, Comunitario, Laboral (con énfasis en la informalidad) e institucional, trascendiendo el abordaje por temas o intervenciones separadas o aisladas.

Para el caso de la RIAMP, las intervenciones colectivas que se deberán garantizar en los diferentes entornos en los cuales se identifique población sujeto de esta ruta, son las siguientes:

INTERVENCIÓN	DEFINICIÓN
Información en salud	Acciones de producción, organización y difusión de un conjunto de datos o mensajes para orientar, advertir, anunciar o recomendar a las mujeres con intención reproductiva a corto plazo, gestantes, mujeres en puerperio, familias, comunidades, organizaciones y redes, así como a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros sectores sobre aspectos relacionados con el fomento de la salud, la detección de riesgos y la acción ante su aparición, lo cual contribuya al logro de los resultados en salud esperados para esta población.
Educación para la salud	La educación y comunicación para la salud se concibe como un proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las mujeres con intención reproductiva a corto plazo, gestantes y mujeres en puerperio, de las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos. Su intencionalidad, en el marco de esta ruta, es la de aportar al desarrollo de la autonomía individual y colectiva, la determinación de estilos de vida y en la garantía del derecho a la salud y al desarrollo de capacidades para el cuidado de la salud en la mujer, la madre y el recién nacido.
Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y	Proceso que se realiza con y para las mujeres con intención reproductiva a corto plazo, gestantes, mujeres en puerperio, familias, comunidades, organizaciones y redes (sean públicas o privadas), a fin de desarrollar relaciones, interacciones y capacidades, que permitan coordinar, compartir o

³ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 518 de 2015.

⁴ 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.

INTERVENCIÓN	DEFINICIÓN
sociales	<p>intercambiar conocimientos, experiencias y recursos, sumar esfuerzos o crear sinergias y establecer lazos de cooperación con el propósito de alcanzar un objetivo común en respuesta a una situación determinada de esta población.</p> <p>Su alcance es el fortalecimiento de redes comunitarias y 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 familias, organizaciones comunitarias y otros actores del sistema de salud local quienes constituyen la base de las redes sociales.</p>

El desarrollo de las anteriores intervenciones colectivas en el marco de la RIAMP se realizará teniendo en cuenta los siguientes contenidos:

Intervención	Contenido
Información en salud	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento de la maternidad, parto y posparto como situaciones de especial protección. - Asistencia y adherencia a las atenciones previstas para la gestante en los servicios de salud, según su aseguramiento. - Fomento de adecuadas prácticas de higiene corporal para el cuidado de la gestante, la mujer en puerperio y el recién nacido, entre ellas la importancia del lavado de manos. - Situaciones de alerta para la salud de las gestantes y recién nacidos y acciones ante la presencia de estas. - Promoción de la lactancia materna exclusiva como práctica protectora. - Acondicionamiento de la vivienda para la gestante y el recién nacido (lugar seguro, seco, confortable) - Promoción del rol de los hombres como parejas y padres en las familias. - Participación del hombre u otros integrantes de la red de cuidado respecto a las necesidades de cuidado que tiene la mujer durante la gestación y puerperio. - Promoción y orientación frente a la paternidad responsable, identificación de los signos de alarma durante la gestación. - Promoción del buen trato y relaciones familiares saludables. - Prevención de violencia y discriminación contra la mujer. - Información sobre derechos sexuales y reproductivos, incluida la Interrupción Voluntaria del Embarazo. - Acceso a métodos anticonceptivos en el postparto. - Orientación hacia servicios de salud sexual y reproductiva a hombres y mujeres.
Educación y comunicación para la salud	<ul style="list-style-type: none"> - Afianzamiento de aspectos del mantenimiento de la salud relacionados con la salud materna y perinatal⁵, tendientes principalmente a que los individuos y sus familias: <ul style="list-style-type: none"> o Ejercen con autonomía sus derechos sexuales y reproductivos. o Comprendan los cambios físicos y psicológicos que implica la gestación, lo que les permite implementar prácticas de cuidado de su salud. o Comprendan los cambios físicos y psicológicos que implica la gestación, lo que les permite aportar al cuidado de la mujer gestante y del niño/niña. o Familias y red de apoyo de la mujer gestante que reconocen y

⁵ En cualquier caso el desarrollo de la educación y comunicación para la salud como intervención colectiva, se realiza sin perjuicio de lo que le corresponde realizar a cada aseguradora como parte del Plan de Beneficios en Salud –PBS - con cargo a la Unidad de Pago por Capitación –UPC.

Intervención	Contenido
	<p>valoran el proceso de desarrollo gestacional</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Comprendan cuáles son los derechos a la atención en salud para las gestantes y para los recién nacidos. ○ Practican de manera autónoma los ejercicios físicos y de relajación que la preparan para el parto. ○ Organicen y planean el proceso del parto (en caso de que viva sola o tenga personas a su cargo (hijos, personas mayores o personas con discapacidad) ○ Reconozcan signos de alarma para evitar y manejar riesgos. ○ Escuchen activamente a la gestante y la apoyan en el manejo de los signos de alarma. ○ Reconozcan las necesidades de los niños e implementan prácticas que favorecen su desarrollo. ○ Se relacionen amorosamente con el bebé de forma que son capaces de interpretar sus señales y responder adecuadamente a ellas. ○ Conozcan los cuidados básicos del bebé y los implementan en la cotidianidad de forma adecuada. ○ Reconozcan las metas a lograr mediante la crianza lo que les permite generar prácticas, basadas en derechos, que promueven la salud. ○ Comprendan cuáles son los derechos sexuales y reproductivos y los derechos a la atención en salud para las gestantes y para los recién nacidos. ○ Reflexionen 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 ○ Expresen sus necesidades de apoyo de forma asertiva. ○ Brinden una red de apoyo afectivo y de ayuda a la madre y al padre (emocional, respaldo, trabajos de casa) <ul style="list-style-type: none"> - Promoción de prácticas de cuidado a la gestante, fortalecimiento de vínculos afectivos y sociales de resguardo y cuidado de esta. - Fomento de factores protectores familiares y comunitarios frente al parto y puerperio. - Promoción de la lactancia materna exclusiva y participación de la familia y de la comunidad. - Educación sobre prevención de abortos inseguros y acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). - Generación de alianzas con las parteras tradicionales y su papel dentro del sistema de referencia. - Fomento de la participación del hombre y los demás miembros de la red familiar y comunitaria para el cuidado de la gestante y su recién nacido.
<p>Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales</p>	<p>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 <i>red de cuidado</i>⁶ 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:</p>

⁶ 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.

Intervención	Contenido
	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Formación en relación con los derechos humanos y sexuales y reproductivos; la participación del hombre o los demás miembros de su red de cuidado (conocimiento de necesidades de la mujer, signos de peligro, comunicación, apoyo y paternidad responsable), con conocimiento pleno de la autonomía de la mujer; y la vigilancia epidemiológica con las comunidades, así como auditorías de muertes maternas y perinatales. • 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 diálogo participativo entre las instituciones sectoriales EAPB, IPS, DTS y la comunidad que fomenten la exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos. <p>Para lo anterior, se plantean como actividades, entre otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de las redes sociales para la salud materna y perinatal que pueden colaborar e interactuar con redes de servicios de salud. - Identificación y fortalecimiento de esquemas organizados de transporte comunitario en casos de emergencias obstétricas y perinatales. - Apoyo en la organización o fortalecimiento de redes sociales y comunitarias de apoyo para la salud materna y perinatal en los diferentes entornos. - Espacios de construcción de saberes y generación de respuestas entre las instituciones sectoriales EAPB, IPS, DTS, agentes de la medicina tradicional, como parteras o médicos tradicionales, que promuevan prácticas sociales y de salud relacionados con la maternidad y paternidad y el reconocimiento de la maternidad, el parto y el posparto como situaciones de especial protección. - Establecimiento de alianzas públicas y privadas para fortalecer y promover el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud y la afectación positiva de determinantes sociales de la salud materna y perinatal. - Identificar recursos humanos y materiales existentes que permitan conformar y movilizar redes de apoyo a la gestante y su familia en el territorio.

3.1 INTERVENCIONES PARA LA PROMOCION DE LA SALUD MATERNA EN EL ENTORNO LABORAL FORMAL

Considerando que las gestantes pueden desarrollar su cotidianidad en el entorno laboral y que un lugar de trabajo saludable es esencial para ellas, las Administradoras de Riesgos Laborales-ARL en conjunto con los empleadores, en el marco de los servicios de Promoción y Prevención, descritos en el artículo 11 de la Ley 1562 de 2012 adelantarán, las siguientes acciones:

- Promoción de estilos de trabajo y de vida saludables; pautas de cuidado en el lugar de trabajo (higiene postural, ergonomía); buen trato; prevención de violencia y discriminación contra la mujer en el entorno laboral;
- Información sobre derechos laborales: licencia de maternidad, licencia de paternidad y hora de lactancia materna.
- Ubicación en sitio de trabajo que evite la exposición a sustancias químicas potencialmente peligrosas para ella o su feto.
- Participación de los compañeros de trabajo en cuanto a la identificación de signos de peligro, comunicación, apoyo.
- Disposición de las salas amigas de la familia lactante conforme a lo dispuesto en el lineamiento técnico correspondiente⁷ y la Ley 1823 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.

4 INTERVENCIONES INDIVIDUALES

Las atenciones en salud individuales serán garantizadas a todas las gestantes y al recién nacido, por medio de un conjunto de procedimientos a cargo del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. La RIAMP define estos procedimientos de acuerdo con su finalidad así:

DETECCIÓN TEMPRANA	Atención para el cuidado preconcepcional
	Atención para el cuidado prenatal
	Atención en salud bucal
	Atención para la promoción de la alimentación y nutrición
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	Interrupción voluntaria del embarazo
	Curso de preparación para la maternidad y la paternidad
	Atención del parto
	Atención del puerperio
	Atención para el cuidado del recién nacido
	Atención para el seguimiento del recién nacido

4.1 ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRECONCEPCIONAL

Este procedimiento se deriva de la identificación de la mujer o la familia con intención reproductiva a corto plazo (se considerará intención reproductiva de un año, dado que es el tiempo razonable para el procedimiento de preparación para el embarazo). Ello implica que a toda mujer que llegue a cualquier servicio por cualquier causa debe indagarse sobre su intención reproductiva en relación con su proyecto de vida. Esta identificación presupone que la anticoncepción se ha ofrecido en el marco de la RPMS 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 con 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.

⁷ 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.

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. Cuando se requiera, esta atención deberá ser realizada por especialista en Ginecología y Obstetricia. Este equipo básico tendrá a su disposición como referencia, el equipo de especialistas necesarios con el objetivo de manejar las morbilidades en cada caso (estas interconsultas no se considerarán como de atención preconcepcional).

4.1.3 Duración mínima recomendada

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

4.1.4 Atenciones incluidas

- Evaluación del riesgo preconcepcional.
- Asesoría y provisión de un método anticonceptivo, de acuerdo con 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.

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, antecedentes de ITS antecedente de patología cervical / VPH, cumplimiento de esquema de tamizaje de cáncer de cuello uterino, número de compañeros sexuales, uso de preservativo y de anticonceptivos, etc.).

Con 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: anticoncepción, parto pretérmino previo, cesárea previa, abortos previos, muerte fetal previa, gran multiparidad, período intergenésico de menos de 18 meses, incompatibilidad 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, se debe indagar por consumo de suplementos dietarios y/o medicamentos utilizados para la pérdida de peso.

Orientar el consumo de alimentos fuentes de vitamina A como: zanahoria, ahuyama, papaya, plátano maduro, mango, chontaduro, zapote, mamey, tomate de árbol y huevo, 1 a 2 veces al día, con el fin de adecuar su ingesta y no superar 3.000 µg/día de ER.

Así mismo se debe identificar riesgo para deficiencia de vitamina D (enfermedad celíaca, enfermedad de Crohn, obesidad, antecedente de cirugía cardíaca, enfermedad renal y hepática crónica, entre otras) y recomendar el consumo diario de alimentos fuente de esta vitamina como pescado, leche, queso, yogurt y huevo, como mínimo una vez al día.

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 Exámenes paraclínicos

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, de acuerdo con la edad y el ámbito territorial⁸.
- Glicemia en ayunas
- 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

4.1.6.4 Suplementación con micronutrientes

Indicar suplementación con 0.4 mg de ácido fólico por día para la prevención de defectos del tubo neural. La dosis para mujeres que tengan antecedentes 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.

4.1.6.5 Plan integral de cuidado primario

De acuerdo con los antecedentes reproductivos, los procedimientos e intervenciones derivados de antecedentes o riesgos detectados en esta consulta no se considerarán como de Detección temprana.

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

⁸ Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud – Detección temprana de cáncer de cuello uterino.

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 tromboembólicos 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 antifosfolípidos, 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 18 meses: asesorar a la mujer sobre el período intergenésico óptimo —al menos de 18 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 resolutoria para el manejo de HPP por el riesgo de recurrencia.

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 proporcionarían placer?”

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

Hombres transgénero: para los hombres transgénero o transexuales con o sin tratamiento con Testosterona la atención preconcepcional debe darse por el especialista en ginecología con el concurso de Endocrinología y los demás profesionales pertinentes.

4.1.6.6 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 vacunación contra enfermedades infecciosas, importancia del control prenatal temprano y la detección temprana de los factores de riesgo cardiometabólicos, entre otros aspectos.

Se debe proveer información a la mujer en materia de derechos reproductivos para garantizar su derecho a decidir libremente el momento y la frecuencia de los embarazos, evitando coacción o violencia sobre sus decisiones; así mismo, dicha información debe suministrarse para garantizar el acceso a servicios de salud reproductiva (acceso métodos anticonceptivos, información sobre riesgos asociados a la gestación, el parto y el puerperio y prevención y tratamiento de afecciones al sistema reproductivo entre otros). Igualmente, se le debe informar en todo momento sobre su derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y especificar las causales que ha establecido la sentencia C355-2006. La información se debe suministrar de acuerdo con las características y particularidades de cada mujer.

Adicionalmente, se debe informar a la mujer y a su pareja sobre los riesgos de aneuploidía y cromosopatías asociadas con la edad y sobre las intervenciones para realizar tamizaje o diagnóstico en caso de gestación e 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 establece como mínimo un control. La finalidad de esta consulta es realizar un diagnóstico mediante la lectura e interpretación de los exámenes solicitados en la primera consulta.

Las recomendaciones preconcepcionales estarán orientadas de acuerdo con 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 mujeres 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, modificarlos por medicamentos como alfametildopa o nifedipino, entre otros. Previo a la gestación, debe contar con radiografía y ecocardiograma, valoración por oftalmología, nefrología y pruebas de función renal específicas.

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.

Lupus Eritematoso Sistémico: conocer el estadio de la enfermedad al momento de la consulta para saber si recomendar o no la gestación, así como explicar que el embarazo puede empeorar el estadio de la enfermedad y en pacientes que cursan por un estadio avanzado puede acelerar el proceso patológico. Planear el embarazo para momentos de remisión de la enfermedad, sobre todo si existe presencia de nefritis. Suspender durante el embarazo la ciclofosfamida 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: evaluar el método de anticoncepción a iniciar dentro de la consulta, teniendo en cuenta que están contraindicados los métodos hormonales. 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 del asma. 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 estreptomycinina. 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, se debe informar el IMC ideal para iniciar un embarazo es de < 25 .

Infertilidad: durante la consulta preconcepcional entregar información que permita prevenir la infertilidad, lo cual incluye:

- Realizar asesoría sobre el potencial impacto que pueden generar las infecciones de transmisión sexual especialmente VIH, Chlamydia tracomatis e infección gonocócica 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. Así mismo, informar sobre la presencia de varicocele.

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 histerosalpingografía más un espermograma de acuerdo con 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 realizará la revisión del espermograma y estudio ultrasonográfico respectivo. En caso de detectarse alguna anomalía en el espermograma, 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 con la pertinencia médica. Durante el manejo médico especializado, se podrá solicitar realizar juntas médicas y/o interconsultas a profesionales de la medicina su especializados 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 fundamental⁹ de las niñas, adolescentes y mujeres adultas en Colombia. Por esta razón, los servicios de salud relacionados con la IVE deben garantizarse de manera efectiva con una atención oportuna y de calidad en todos los niveles de complejidad y en todo el territorio nacional.

El derecho de las mujeres a decidir de manera libre y autónoma sobre la interrupción del embarazo está relacionado con la información y conocimiento que tenga acerca de las causales definidas en la Sentencia C355 de 2006. Esta información debe ser suministrada en el primer contacto que tenga la gestante con los servicios de salud. Una de las capacidades a desarrollar en las personas a partir de la adolescencia es el ejercicio de los DSDR, contenidos incluidos en la RPMS.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud 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 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 IPS que atiende la IVE debe garantizar los mecanismos de referencia y contrarreferencia para dar continuidad en la atención en un nivel superior, en caso de ser necesario. En cualquier caso, este prestador debe estar en capacidad de manejar las posibles complicaciones relacionadas con los procedimientos que se practiquen.

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 y jurisprudencia complementaria, tratando con eficacia las posibles complicaciones del aborto.

⁹ La naturaleza del aborto como derecho fundamental de la mujer ha sido reconocido por la Corte Constitucional a través de las sentencias expedidas en el tema. Al respecto tener en cuenta: Sentencias: T – 732 de 2009 y T – 585 de 2010: “*Resulta innegable que, a partir de la sentencia C-355 de 2006, surgió en Colombia un verdadero derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en cabeza de las mujeres que se encuentran incursas en las tres hipótesis despenalizadas*”, Sentencia C - 754 de 2015: “*(...) esta Corporación ha determinado que la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en los tres casos establecidos en la Sentencia C-355 de 2006, que incluye el aborto en supuestos de violencia sexual, es un derecho fundamental de las mujeres, como un derecho reproductivo*”, Sentencia T -732 de 2009: “*las prerrogativas que conceden los derechos reproductivos, incluida la IVE, son parte de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución de 1991 pues especifican las facultades que se derivan necesariamente de su contenido en los ámbitos de la reproducción*”, Sentencia T – 301 de 2016: “*Sin perjuicio de las regulaciones de rango legal o reglamentario que se produzcan frente al procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo por parte de las autoridades competentes, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha definido al alcance del derecho fundamental a la IVE en las circunstancias descritas en la sentencia C-355 de 2006*”. Ver también: Sentencias: T-171 de 2007, T-988 de 2007, T-209 de 2008, T-946 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-959 de 2011 y T-532 de 2014. (Subrayas fuera del texto).

- 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 nacido vivo 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 en 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, desde la consulta inicial, hasta la realización del procedimiento, se debe garantizar que no transcurra un tiempo superior a cinco (5) días calendario. Ello implica que todos los integrantes del SGSSS lleven a cabo los procesos de su competencia sin dilaciones.

4.2.4 Atenciones incluidas

- Consulta inicial para valoración integral de la salud de la mujer, que incluye la valoración de la salud mental, del estado emocional, así como de las condiciones sociales asociadas al embarazo y su salud.
- Orientación y asesoría para la toma de decisiones frente a las causales previstas por la sentencia C-355 de 2006, garantizando siempre la autonomía de la mujer y su derecho a decidir si continúa o no con el embarazo.
- Interrupción del embarazo farmacológica y no farmacológica.
- Asesoría y provisión anticonceptiva (según criterios médicos de elegibilidad OMS / CDC vigentes y preferencias de la mujer).
- Consulta de seguimiento.

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 integral de la mujer en sus dimensiones física, social, 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 accede a los controles prenatales y se identifica que la mujer cumple con 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:

- i. 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.
- ii. Se debe garantizar la intimidad de la mujer que solicita la IVE, razón por la que debe evitarse realizar interrogatorios extensos que vayan más allá de obtener información relevante para la historia clínica o solicitar en contra de su voluntad, la presencia de personas como su pareja o del representante legal o tutor en caso de niñas o adolescentes.

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 la ecografía; en razón a que, en caso de estar lactando, tener periodos 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 o de condiciones socioeconómicas o de subsistencia).

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 o por medios paraclínicos si se dispone de ellos. Los signos detectables de embarazo entre las semanas 6^a y 8^a 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 son requisito 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 trofoblástica o cualquier otra alteración de la gestación. En lugares donde se cuenta con este recurso, la ecografía puede ser de utilidad para la detección 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 pública 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

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 y oportuno 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 de este; 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 profesión¹⁰. Por lo tanto, no es exigible que ostente una especialidad específica o que pertenezca a una institución determinada.

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 con lo establecido en el artículo 23 de la Ley 1719 de 2014. Debe tenerse en cuenta también que, según lo establecido en la Ley 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 de la violencia sexual 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.

También debe tenerse en cuenta que la atención en salud a víctimas de violencia sexual debe brindarse como una urgencia médica, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta y de la existencia o no de denuncia

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 las rutas de protección y justicia de las que trata la Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social 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 o a la realización de cualquier trámite 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.

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 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.

La exigencia de requisitos adicionales a la mujer como órdenes judiciales o administrativas, conceptos de asesores o auditores, dictámenes de medicina legal, juntas médicas, 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. 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 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 con 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. También se le debe informar ampliamente sobre sus derechos y respetar sus decisiones.

Por lo tanto, 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. La orientación y asesoría debe llevarse a cabo de manera estructurada, imparcial y lógica, garantizando un espacio de respeto que permita a la mujer una expresión abierta de su vivencia, sin que se cuestione su decisión, se le revictimice o se le imponga la realización de trámites innecesarios (como la consulta a otros profesionales, la toma de tiempos de reflexión etc.).

Así, a través del acompañamiento y la información (oportuna, completa, de fácil acceso y fidedigna), 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, niña o adolescente 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.

La orientación y asesoría en los casos de mujeres víctimas de violencia sexual se deberá dar en los términos que define la Resolución 459 del 2012 o la normatividad que la modifique y deberá

extenderse en tiempo de acuerdo con el criterio del equipo de salud que la atienda de manera integral en la Ruta Integral de Atención de las violencias en su tramo de violencias de género.

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 de este. 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 nacido vivo en adopción.

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. Cuando no haya 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 farmacológicos

Los métodos recomendados son los que utilizan una combinación de Mifepristona seguida de Misoprostol.

Regímenes recomendados de Mifepristona + Misoprostol:

- Hasta las 10 semanas: Mifepristona 200 mg VO + Misoprostol 800 mcg VV o VSL sublingual a las 24 -48 horas (Puede darse el proceso en casa)
- 10 a 15 semanas (supervisado): Mifepristona 200 mg VO+ Misoprostol 800 mcg VV o VSL a las 24 -48 horas + Misoprostol 400 mcg VV o VSL cada 3 horas. Usar hasta 4 dosis
- 15 a 20 semanas Mifepristona 200 mg VO + Misoprostol 800 mcg VV o VSL a las 24 -48 horas + Misoprostol 400 mcg VV o VSL cada 3 horas. hasta la expulsión (Se debe considerar la dosis de Misoprostol conforme avanza la edad gestacional).

Si no se dispone de Mifepristona, se recomiendan los regímenes de Misoprostol Solo:

- < 13 semanas: 800 mcg VSL cada 3 horas o VV*/VB cada 3 a 12 horas (2 a 3 dosis)
- 13 a 24 semanas: 400 mcg VV*/VSL/VB cada 3 horas,
- 25 a 28 semanas: 200 mcg VV*/VSL/VB cada 4 horas
- >28 semanas: 100 mcg VV*/VSL/VB cada 6 horas

Vías de administración:

VV: vía vaginal

VSL: vía sublingual (debajo de la lengua)

VO: vía oral

VB: vía bucal (entre la mejilla y la encía)

*En caso de hemorragia y/o signos de infección, no administrar por vía vaginal.

El uso de métodos de IVE con medicamentos por encima de las 10 semanas de gestación requiere siempre supervisión directa durante el proceso y contar con la posibilidad de ofrecer aspiración al vacío en el mismo lugar o en un sitio de remisión, en caso de ser necesaria. Después de la expulsión, en caso de retención de restos ovulares puede ser necesario un procedimiento de evacuación uterina.

Cuando se utilizan métodos farmacológicos de aborto después de las 20 semanas de gestación, debe realizarse la inducción a la asistolia fetal antes del procedimiento. Estos métodos 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 previos 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 éxito ligeramente menor 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 la mifepristona.

Para el expulsivo de óbito fetal posterior a la administración de algunos de los métodos de inducción a la muerte fetal antes mencionados, se requiere un servicio obstétrico de mediana o alta complejidad habilitado y que la atención de dicho expulsivo o la realización de operación cesárea, según sea el caso, se realice de forma inmediata. Cuando la inducción de la muerte fetal se realice en una institución sin servicio de obstetricia de mediana y alta complejidad, la IPS debe garantizar los procedimientos de referencia y contrarreferencia, que garanticen la atención inmediata y continua en el nivel de complejidad requerido de acuerdo con las características particulares de riesgo en cada caso.

4.2.5.8.2 Métodos no farmacológicos

Hasta la semana 15: aspiración al vacío manual o eléctrica.

> de 15 semanas: dilatación y evacuación (DyE), usando aspiración y pinzas

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 hospitalaria y mayores costos.

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.

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 contraproducente¹¹.

¹¹ Para esto debe tenerse en cuenta que el Artículo 5 de la Convención de los Derechos del Niño señala que los niños y niñas ejercen sus derechos de manera autónoma; y que la jurisprudencia constitucional ha reconocido en los menores la titularidad del derecho al libre desarrollo de la personalidad y la posibilidad de consentir tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo, aun cuando tengan un carácter altamente invasivo. En esta medida, descarta que

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 en los términos de la Resolución 1004 de 2017.

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 antes del procedimiento o 200 mg después del procedimiento. Metronidazol por vía rectal en casos de lactancia materna, alergias a la doxiciclina o intolerancia gástrica a la misma.
- 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.

critérios de carácter meramente objetivo, como la edad, sean los únicos determinantes para establecer el alcance del consentimiento libremente formulado por los menores para autorizar tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo. Desde esta perspectiva, sostiene la Corte, “una medida de protección que despoje de relevancia jurídica el consentimiento del menor, resulta inconstitucional porque anula totalmente el libre desarrollo de la personalidad, la autonomía y la dignidad de los menores”. Corte Constitucional, Sentencias C – 355 de 2006 y T – 388 de 2009.

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% (con misoprostol) y 95% (con mifepristona + misoprostol).
- La probabilidad de requerir aspiración uterina después del tratamiento con medicamentos es hasta del 15%.
- 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 náuseas, 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 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 negativo 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 si la mujer así lo ha elegido. Realizar de acuerdo con la directriz de atención para la planificación familiar y la anticoncepción. En caso de que la mujer haya iniciado un método, se deberá hacer la gestión para la asignación de la cita para el control del método de

anticoncepción como se establece en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.

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 o 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 sí 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 completo¹².
- Se garantice al menos el seguimiento telefónico, chat u otro medio en el que pueda comprobarse la identificación o no 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.

Cuando la IVE se realiza después de la semana 20, se realizan procedimientos de Inducción de la asistolia fetal y debe inducirse el parto en consecuencia. Aplica de manera obligatoria el control posparto tal como lo presenta en este lineamiento el procedimiento de atención del puerperio.

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 (Análogos de las prostaglandinas como el 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 alcohólica) para preparar el cuello uterino; soluciones y

¹² 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.

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 (corta y larga) - Pinzas Sopher de evacuación uterina (corta y larga) - 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 AMBU¹³- Acceso en el centro a un ecógrafo (opcional) - Portaguja largo y sutura - Tijeras - Compresas de gasas para la cavidad uterina - Sonda de Foley.

¹³ Del inglés Airway Mask Bag Unit.

4.3 ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

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

Se comprende por atención para el cuidado 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 con el 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 atención para el cuidado prenatal, corresponde a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios la reorientación inmediata hacia la atención para el cuidado prenatal como mínimo cuando se presenten alguna(s) de la(s) siguiente(s) situación(es): Inasistencia a las consultas para el cuidado prenatal, resultados de laboratorios o ultrasonografías anormales, hospitalización y/o consultas de urgencias.

Por otro lado, corresponde a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud disponer los mecanismos para que las gestantes no sean devueltas por políticas de llegadas tarde a la consulta para el cuidado 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 cuidado 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 complejidad del sistema de salud.
- Ofrecer información a la gestante, a su pareja o su acompañante, que permita la preparación para la maternidad y 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 la atención para el cuidado prenatal para gestantes de bajo riesgo deben ser realizadas por profesionales en medicina o enfermería. Quienes deben contar con un equipo interdisciplinario de referencia como profesionales de nutrición, psicología, trabajo social y otros perfiles de acuerdo con el caso específico

Las consultas de cuidado prenatal durante el último mes de gestación (semanas 36, 38 y 40) deben ser realizados por un profesional en medicina. 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 institución deberá garantizar la continuidad en estos casos para que se le brinde la atención oportuna para los casos derivados.

Cuando en las consultas de cuidado prenatal realizadas por profesional en enfermería, se identifique a partir de la anamnesis o del examen físico factores de riesgo biopsicosocial, enfermedades asociadas y propias de la gestación o anomalías en los paraclínicos, se debe remitir inmediatamente a la gestante para valoración por profesional en medicina a fin de garantizar su adecuado y oportuno manejo. La institución deberá garantizar la continuidad de la atención en estos casos.

4.3.3 Duración mínima recomendada

Primera consulta: si esta se realiza antes de la semana 10ª de gestación la duración mínima es de 30 minutos; cuando una gestante comience tardíamente su proceso, sobre todo después de la semana 26 de gestación, se recomienda tener en su primer control todas las actividades recomendadas para las consultas previas, así como aquellas que correspondan a la consulta actual. Por lo tanto, se recomienda que una primera consulta tardía se haga con una duración mínima de 40 minutos. La duración de las consultas de seguimiento será, mínimo, de 20 minutos

4.3.4 Atenciones incluidas

- Asesorar sobre opciones durante el embarazo
- Valorar el estado de salud de la gestante
- Identificar factores protectores y de riesgo biológicos y psicosociales
- Detectar tempranamente alteraciones
- Brindar información en salud
- Establecer el plan integral de cuidado

4.3.5 Frecuencia

Si la gestación es de curso normal en una mujer nulípara se programarán mínimo 10 controles prenatales durante la gestación; si ella 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 la consulta para el cuidado 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. Indagar sobre tamización de cáncer de cuello uterino.

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, retención placentaria, infecciones en el post parto, hemorragia obstétrica que requirió transfusión, 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 cérvico 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: náuseas, 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).

Otros condiciones o situaciones de riesgo psicosocial que se deben valorar de manera integral son: falta apoyo familiar o social, falta de apoyo del compañero o la compañera, familia reconstruida, diferencia amplia de edad (diez o más años) entre ambos, relaciones conflictivas con las personas con quienes convive, madre cabeza de familia, la gestante tiene a cargo a niños menores de 5 años o a personas con discapacidad, bajo nivel educativo de la pareja gestante, nivel bajo de ingresos (menos de medio salario mínimo al mes), violencia intrafamiliar, abuso sexual, explotación sexual, consumo de sustancias psicoactivas de la gestante o de la pareja, difícil acceso geográfico (desplazamiento complicado para llegar a la institución de salud), traslado constante de domicilio (ha cambiado de domicilio cuatro o más veces en el año), situación de desplazamiento forzado, habitante de la calle, reinsertada, privada de la libertad o en detención domiciliaria, estrés laboral, condición de trabajo difícil, condición étnica (indígenas, afrodescendientes, ROM [gitanos], raizales), creencias religiosas y culturales, gestante en condición de discapacidad permanente, experiencias negativas y traumáticas en gestaciones y partos anteriores, trastornos en la conducta alimentaria (anorexia o bulimia), embarazo no deseado, entre otros.

Además, se deberá 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, ¿con frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?
- 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.

La intervención breve es una terapia estructurada de corta duración (típicamente 5-30 minutos) ofrecida con el objetivo de asistir a una persona 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 parámetros¹⁴:

IMC < 20 kg/m ²	= ganancia entre 12 a 18 Kg
IMC entre 20 y 24,9 kg/m ²	= ganancia entre 10 a 13 Kg
IMC entre 25 y 29,9 kg/m ²	= ganancia entre 7 a 10 Kg
IMC > 30 kg/m ²	= ganancia entre 6 a 7 Kg

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

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

- 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, para Rubeola en mujeres no vacunadas previamente, antes de la semana 16 si no ha sido realizada en la etapa preconcepcional.

¹⁴ Resolución 2465 de 2016 del MSPS o la norma que la modifique o sustituya.

- 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 para toxoplasma son positivas tomar prueba de avidéz 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 de acuerdo a la técnica y frecuencia contemplada en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.
- 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 aneuploidías; 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 $\geq 98\%$ 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 $\geq 98\%$. 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 biopsicosociales, 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 para valoración, quien les definirá un plan de atención integral de acuerdo con su condición de salud.

Las gestantes adolescentes deberán tener acompañamiento durante el resto de la gestación por el equipo de salud mental y trabajo social.

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).

Para la gestante con una primera prueba de anticuerpos rápida reactiva para VIH (VIH 1 y VIH 2) se debe realizar inmediatamente una segunda prueba de anticuerpos diferente a la primera; si esta sale reactiva se debe tomar 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 calcio 1.200 mg/día a partir de la semana 14 para disminuir el riesgo de preeclampsia.
 - Hierro: suplemento de hierro 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:
 - Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td) según antecedente vacunal.
 - Influenza estacional a partir de la semana 14
 - Tétanos, difteria y Tos ferina acelular (Tdap) a partir de la semana 26 de gestación.
- 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 y tos.
 - 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 geohelminthos (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 biopsicosociales, 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, 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 cardíaca 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 (Ir) 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 avidéz.
- Prueba rápida para VIH (VIH 1-VIH 2). Se ofrece asesoría para la prueba voluntaria de VIH. Realizar en cada trimestre de la gestación y en el momento del parto.
- 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.

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 riesgo¹⁵, o con dos o más factores de riesgo moderado para preeclampsia¹⁶.
- 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 carné 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 geohelminthos (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 vía 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 con 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 alimentos de fórmula para lactantes.
- 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.

¹⁵ 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.

¹⁶ 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.

- Información sobre el trabajo de parto, analgesia intraparto 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 biopsicosociales, 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.

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 promuevan 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 otros profesionales de la salud que se definan de acuerdo con la necesidad.

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 será definida 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 hijo(a) por nacer.

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
<p>Mujeres gestantes, familias y red de apoyo con prácticas de cuidado para su salud durante la etapa prenatal, el parto y el puerperio</p>	<p>Comprenden los cambios físicos y psicológicos que implica la gestación, lo que les permite implementar prácticas de cuidado de su salud.</p>	<p>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.</p> <p>Familias y red de apoyo de la mujer gestante que reconocen y valoran el proceso de desarrollo gestacional</p>	<p>Sentimientos acerca de la gestación y de los cambios fisiológicos y psicológicos, así como la forma de manejarlos.</p> <p>Mecanismos para afrontar la ansiedad por la salud de la madre y del hijo.</p> <p>Reconocimiento de las causales de la IVE de acuerdo con la sentencia C-355 de 2006.</p> <p>Sentimientos acerca de la imagen corporal, aumento de peso.</p> <p>Las relaciones laborales y familiares durante la gestación y estrategias para hacer frente a los problemas interpersonales.</p> <p>Sistemas de apoyo disponibles.</p>
	<p>Comprenden cuáles son los derechos a la atención en salud para las gestantes y para los recién nacidos.</p>		<p>Cómo mejorar la accesibilidad cuando vive en áreas rurales y cuando hay barreras culturales y del lenguaje.</p> <p>Asistencia a controles prenatales.</p> <p>Control del recién nacido.</p> <p>Esquema de atenciones individuales en la primera infancia.</p>
<p>Mujeres gestantes, familias y red de apoyo con prácticas de cuidado para su salud durante la etapa prenatal, el parto y el puerperio</p>	<p>Practican de manera autónoma los ejercicios físicos y de relajación que la preparan para el parto.</p>		<p>Higiene postural:</p> <p>Ejercicios de fortalecimiento del piso pélvico.</p> <p>Actividades de pujo (en colchoneta)</p> <p>Posiciones durante las contracciones:</p> <p>(mecedora, silla - vaquero y gateo en la pared)</p> <p>Orientaciones sobre la</p>

Resultados esperados en salud	Capacidades a desarrollar con las mujeres gestantes	Capacidades a desarrollar con los padres, familiares, cuidadores o acompañantes	Contenidos propuestos
			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) 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). Información sobre la consulta de promoción y apoyo a la lactancia materna. Postura durante la lactancia (soportes: cojín lactancia, flotador). Cuidado del recién nacido, puericultura.

Resultados esperados en salud	Capacidades a desarrollar con las mujeres gestantes	Capacidades a desarrollar con los padres, familiares, cuidadores o acompañantes	Contenidos propuestos
<p>Madres, padres y familiares construyen vínculos afectivos seguro con los niños y las niñas</p>			<p>Necesidades socio afectivas. Necesidades de desarrollo cognitivo y comunicativo de los recién nacidos.</p>
	<p>Se relacionan amorosamente con el bebé de forma que son capaces de interpretar sus señales y responder adecuadamente a ellas.</p>		<p>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).</p>
	<p>Conocen los cuidados básicos del bebé y los implementan en la cotidianidad de forma adecuada.</p>		<p>Técnicas, herramientas y hábitos cotidianos de cuidado del recién nacido (baño, alimentación, prevención de accidentes, etc.).</p>
	<p>Reconocen las metas a lograr mediante la crianza lo que les permite generar prácticas, basadas en derechos, que promueven la salud.</p>		<p>Autonomía, autoestima, solidaridad, salud, juego, movimiento, felicidad, creatividad y resiliencia.</p>
	<p>Comprenden cuáles son los derechos sexuales y reproductivos y los derechos a la atención en salud para las gestantes y para los recién nacidos.</p>		<p>Derechos sexuales y derechos reproductivos. Espaciamiento de embarazos. Asesoría en anticoncepción.</p>
	<p>Reflexionan sobre su propia crianza y reconocen las implicaciones en la salud mental derivados de la forma en que se construye el apego.</p>	<p>Implementan prácticas de crianza conjunta</p>	<p>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.</p>
	<p>Expresan sus necesidades de apoyo de forma asertiva.</p>	<p>Brindan una red de apoyo afectivo y de ayuda a la madre y al padre (emocional, respaldo, trabajos de</p>	<p>Sistemas de apoyo disponibles. Acciones por tomar en cuenta cuando se vive en áreas rurales o cuando</p>

Resultados esperados en salud	Capacidades a desarrollar con las mujeres gestantes	Capacidades a desarrollar con los padres, familiares, cuidadores o acompañantes	Contenidos propuestos
		casa)	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.)

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.

4.5 ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

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 atención en salud bucal para las mujeres gestantes deben ser realizadas por un 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.

4.6 ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y 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, correo electrónico.

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 pregestacional, 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.

- **Análisis y plan de cuidado**

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

4.6.5 Frecuencia

Todas las mujeres gestantes deben recibir atención por nutrición al menos una vez, de preferencia al inicio de la consulta para el cuidado prenatal.

Si la gestante presenta alteraciones en su estado nutricional o diagnósticos médicos a intervenir por nutrición se deben establecer los controles que se requieran dependiendo de la evolución de la paciente, de acuerdo con el 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, correo electrónico.

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 pregestacional, 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: náuseas, vómito, pica; molestias gastrointestinales: estreñimiento, gastritis.

4.6.6.2 Valoración del estado nutricional

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 con los siguientes parámetros:

Clasificación del IMC pregestacional	Valores de referencia de IMC	Ganancia de peso g/semana	Ganancia de peso total (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 de este Ministerio, 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.

4.6.6.3 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.

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.

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 o recomendable por dificultades de acceso o por usos y costumbres en el marco de población étnica. Durante la consulta para el cuidado prenatal se ha definido un plan de parto que incluya el lugar, 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 carné perinatal. En este carné también debe reposar la evidencia sobre la consejería anticonceptiva y el método elegido.

Si existen dificultades para el acceso a la atención 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 placentarios 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
- c) Profesional en enfermería que acredite formación específica en atención de partos de baja complejidad en pregrado, postgrado o formación continua, expedida por una IES reconocida por el Estado y que ofrezca el programa de enfermería. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las características y condiciones para acreditar esta formación.

4.7.3 Duración mínima recomendada

La duración de la atención es variable y va desde la admisión de la gestante hasta el 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 obstétrica que incluye la frecuencia e intensidad de la actividad uterina, la posición, situación y estación del feto, frecuencia cardíaca fetal, la altura uterina, el número de fetos y la estimación del tamaño fetal.
- Valoración ginecológica que incluye la valoración de los genitales externos y la exploración genital incluyendo la especuloscopia y el tacto vaginal para evaluar sangrado, presencia del cordón umbilical, condiciones del cuello uterino (masas, maduración, dilatación y borramiento cervical), estado de las membranas, presentación, estación y variedad de posición fetal y la 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) en caso de no haberse realizado en el tercer trimestre.
- Gota gruesa en zona endémica de malaria.
- Hematocrito y hemoglobina.
- Antígeno de superficie de hepatitis B si no cuenta con tamizaje durante la consulta para el cuidado prenatal

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 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, albergue 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, tinnitus, cefalea intensa).

Considerar de acuerdo con 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 6 cm. de dilatación. Se adopta la definición de la fase activa como el periodo del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 6 y hasta los 10 cm y se acompaña de dinámica uterina 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 moverse 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 cardíaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria.

Diligenciar la partograma a todas las usuarias. En la partograma se registrarán la posición materna, los signos vitales maternos, la frecuencia cardíaca fetal, la dilatación, el borramiento, la estación, el estado de las membranas, la variedad de posición de la presentación junto con la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas y los métodos empleados para el alivio del dolor durante el trabajo de parto.

Se recomienda evitar las exploraciones vaginales antes de 4 horas excepto en las mujeres con alteraciones del progreso del parto o según el criterio médico, ante la sospecha o la presencia de complicaciones o si la mujer manifiesta sensación de pujos; Se sugiere realizar 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 la frecuencia cardíaca fetal en reposo y luego de finalizada la contracción de manera intermitente. Cada medición de la frecuencia cardíaca fetal debe tomarse durante un minuto completo cada 30 minutos durante la fase activa del trabajo de parto y cada 5 minutos durante el segundo periodo del parto (periodo expulsivo).

No se debe realizar amniotomía ni administración de oxitócicos de rutina 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 neuro axial); la solicitud de la gestante es indicación suficiente para proveerle métodos adecuados para el alivio del dolor. Las contraindicaciones de la analgesia neuro axial durante el trabajo de parto son: rechazo de la madre, coagulopatía, infección local o sistémica o hipovolemia no corregida.

No se deben aplicar enemas o rasurados rutinarios a las gestantes en trabajo de parto. Al alcanzarse la fase activa del expulsivo, la gestante debe trasladarse a la sala de partos o acondicionar el sitio apropiado para el nacimiento.

Se recomienda evitar la deshidratación durante el trabajo de parto, administrar líquidos orales y canalizar una vena periférica que permita, en caso necesario, la administración de cristaloides a chorro, preferiblemente lactato de Ringer o solución salina, evitar la Dextrosa en agua destilada, para prevenir la hipoglicemia del recién nacido.

Realizar un trato humanizado y evitar frases o expresiones que afecten la dignidad de la mujer o de la adolescente. En ningún momento es permitido censurarla con motivo de su embarazo.

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.

En el expulsivo deberá evaluarse el bienestar fetal por los medios que se tengan disponibles.

El pujo voluntario sólo debe estimularse durante la fase activa del 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 cardíaco 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 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:
 - Administrar oxitocina 10 UI 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 cordón¹⁷.
- Pinzamiento teniendo en cuenta los criterios presentados en la sección anterior.
- Verificar cada 15 minutos que el útero esté contraído.

¹⁷ Tracción controlada de cordón: sólo cuando verifique que el útero esté bien contraído.

Al visualizar la placenta, tomarla con las dos manos, realizar un movimiento de rotación para enrollar las membranas y favorecer su expulsión completa (maniobra de Dublín). 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.

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. Este debe aplicarse antes de hacer las suturas perineales; si no es posible, se hará dentro de las primeras 48 horas del posparto. El personal que atiende el parto debe estar entrenado en la aplicación del DIU.

Durante los siguientes minutos luego del parto se producen la mayoría de las 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 resolutive 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 carné perinatal debidamente diligenciado al momento de la admisión.

4.8 ATENCIÓN 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 con 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.

4.8.3 Atenciones incluidas

En este periodo se reconocen 2 etapas:

- **Puerperio inmediato**

Este período comprende las dos primeras horas post parto. Durante este, se producen la mayoría de las 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 resolutoria 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 mediano**

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.
- 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 5° 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 (Maternal Early Obstetric Warning Score) adaptada 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 38° 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 proporcionarían placer?”

Quienes hayan respondido afirmativamente estas dos preguntas deberán tener un acompañamiento de personal de psicología y psiquiatría para hacer diagnóstico 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 Edimburgo 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.

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, tinitus, 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).

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 con 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 vigentes 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 con 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 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 progestina
 - Suministro y colocación de inyección de Acetato de Medroxiprogesterona
 - Entrega de método hormonal oral de solo Progestina¹⁸, con indicaciones de uso e inicio de tratamiento.
 - Entrega de condones, según necesidades de la mujer.
 - Otros anticonceptivos no incluidos en el plan de beneficios en condiciones médicas específicas.
- 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 con el 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.
- Hay que 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.

Se deberá agendar la cita de control del posparto como parte de las actividades en el ámbito intrahospitalario, que deberá realizarse entre el tercer y el quinto día posparto. Esta consulta se deberá enfocar especialmente en:

¹⁸ Categoría 3 OMS-2015.

- Indagar el estado de ánimo y el bienestar emocional
- Indagar y fortalecer cuidado del recién nacido y lactancia
- Indagar e Informar sobre sexualidad en el posparto
- Indagar intención reproductiva y recomendar embarazo en no menos de 18 meses.
- Hacer seguimiento al uso del método elegido en el puerperio inmediato y ofrecer métodos anticonceptivos si no fue elegido ningún método.
- Indagar sobre patrón de sueño y recomendar el compromiso de la red de cuidado en los cuidados del recién nacido.
- Revisar las cicatrices de cesárea o episiotomía.
- Manejar de enfermedades crónicas.
- Revisar vacunación y completar el esquema para mujeres en edad fértil.
- Tomar Tensión arterial y buscar signos de anemia.
- Informar sobre signos de alarma para consultar por el servicio de urgencias, especialmente para hemorragia posparto, infección, Preeclampsia, 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).

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 preeclampsia.

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 resolutive, en donde sea valorada por un equipo multidisciplinario de Ginecología y obstetricia, 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:
 - Administrar oxitocina 10 UI 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 cordón¹⁹.
- Realizar pinzamiento de acuerdo con los criterios definidos en la sección de alumbramiento.
- Verificar cada 15 minutos que el útero esté contraído.

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 capacitado.

El pinzamiento temprano del cordón (menor a 1 minuto) está recomendado en pacientes con sospecha de asfisia perinatal, desprendimiento de placenta, ruptura uterina, desgarramiento del cordón o paro cardíaco 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 Hemorragia Primaria Postparto se define como Puerperio inmediato con sangrado vaginal de más de 500 ml (o sangrado vaginal persistente y continuo o sangrado repentino abundante con presencia de inestabilidad hemodinámica) en el puerperio inmediato.

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 saturación de Oxígeno > 95 %. Si no se dispone de oximetría, administrar oxígeno por cánula nasal a 3 L/minuto.
5. Levantar las piernas de la paciente a 15 grados.
6. Canalizar 2 venas con catéter venoso Nos. 14, 16 o 18, al menos una con catéter 14 o 16.
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 °C, con bolos iniciales de 500 mL sucesivos titulando cada 5 minutos la respuesta basada en los signos de choque: sensorio conservado, pulso radial

¹⁹ Tracción controlada de cordón: sólo cuando verifique que el útero esté bien contraído.

presente, presión arterial sistólica mayor de 90 mm Hg y llenado capilar < 3 seg con bolos de 500mL si alguno de los parámetros se encuentra alterado.

9. Evitar la hipotermia con sábanas o mantas precalentadas y la administración de todos los líquidos endovenosos (cristaloides) a 39 °C.
10. Aplicar traje antichoque no neumático.
11. Aplicar ácido tranexámico dentro de las primeras 3 horas posteriores al parto, a dosis fija de 1 gr (100 mg/ml) IV a velocidad de 1ml por minuto, con una segunda dosis de 1gr IV si el sangrado continuo después de 30 minutos o si el sangrado reaparece dentro de las 24 horas de aplicada la primera dosis.

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 choque moderado, 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 (+).

En caso de sospecha de coagulopatía (PTT prolongados o INR > 1.5) y si existe disponibilidad, considere la transfusión temprana de plasma fresco congelado (PFC) en una de relación de 1 unidad de PFC por cada 1.5 unidades de Glóbulos Rojos Empaquetados (GRE).

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 con 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 o cefalosporina de primera generación 2 g en dosis única o Clindamicina 600 mg + Gentamicina 80 mg (en casos de 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.

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

No es recomendable el empaquetamiento uterino para el manejo de la HPP por atonía uterina.

Realizar reanimación con paquete de transfusión masiva en presencia de choque hemorrágico severo con glóbulos rojos 6 unidades, plasma 6 unidades, 1 aféresis de plaquetas (6 unidades de plaquetas).

Remisión en condiciones seguras: remitir a nivel de mayor complejidad que garantice presencia de especialista en ginecología y obstetricia, anestesiología, 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: a mantenimiento 150 cc/hora, o lo necesario para mantener TAS \geq 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, realizar masaje bimanual continuo, compresión extrínseca de la aorta y aplique una ampolla intramuscular de Methergin.

b) Trauma (Desgarros del cérvix o canal vaginal):

Realizar manejo inicial para la hemorragia postparto ya anotado y realizar sutura de estos con catgut cromado 2-0. Aplicar antibiótico profiláctico IV: Ampicilina o cefalosporina de primera generación 2 g en dosis única 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 según indicaciones contenidas en los diagramas de flujo para la atención de emergencias obstétricas.
 - Igual manejo de atonía/hipotonía uterina.
 - Aplicar antibiótico profiláctico IV: Ampicilina o cefalosporina de primera generación 2 g en dosis única o Clindamicina 600 mg + Gentamicina 80 mg (en alergia a la penicilina).
- d) Placenta retenida o retención de restos placentarios
- Hacer extracción manual de la placenta teniendo presente el riesgo potencial de un acretismo placentario.
 - Practicar la revisión manual de la cavidad uterina idealmente bajo anestesia.
 - Aplicar antibiótico profiláctico IV: Ampicilina o cefalosporina de primera generación 2 g en dosis única o Clindamicina 600 mg + Gentamicina 80 mg (en alergia a la penicilina).

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) Preeclampsia severa

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 mmHg
- 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 menor de 100.000; 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 se deberá proporcionar oxígeno suplementario para alcanzar saturación de Oxígeno > 95 %. Si no se dispone de oximetría, administrar oxígeno por cánula nasal a 3 L/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 gramo endovenoso de gluconato de calcio en 10 minutos.
- viii. Si la TAS \geq 150 mmHg y/o TAD \geq 100 mmHg (pero TAS < 160 mmHg /TAD < 110 mmHg) inicie terapia antihipertensiva: Si la TAS \geq 150 y/o TAD \geq 100 mmHg (pero < 160/110) inicie terapia antihipertensiva:
 - 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 \geq 160 mmHg y/o TAD \geq 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. Si se dispone de oximetría de pulso se deberá proporcionar oxígeno suplementario para alcanzar saturación de Oxígeno > 95 %. Si no se dispone de oximetría, administrar oxígeno por cánula nasal a 3 L/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. Si se dispone de Hidralazina, se puede usar como medicamento de primera línea en bolo IV de 5 mg. Cada 20 minutos Si con la dosis de 20 mg IV no hay respuesta, debe pasarse a otro antihipertensivo.
 - c. 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.
 - d. Inicie maduración pulmonar fetal con betametasona 12 mg IM cada 24 horas si edad gestacional es de 26 a 34 semanas.
 - e. 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.

c) 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 por macrogotero 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. Si se dispone de Hidralazina, se puede usar como medicamento de primera línea en bolo IV de 5 mg. Cada 20 minutos Si con la dosis de 20 mg IV no hay respuesta, debe pasarse a otro antihipertensivo.
- c. 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.
- d. Inicie maduración pulmonar fetal con betametasona 12 mg IM cada 24 horas si edad gestacional es de 26 a 34 semanas.
- e. 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.

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 diuresis 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),

4.9.4.3 Sepsis y choque séptico

Además de la definición de SIRS, se tendrá en cuenta la definición de **SEPSIS**. Para esto se adopta el uso de las escalas qSOFA y SOFA²⁰ de la siguiente manera:

- Se diagnostica **Sepsis probable** con la presencia de **DOS O MAS** de los criterios de qSOFA:
 - Estado de conciencia alterado, definido como una puntuación en la escala de Glasgow ≤ 13
 - Frecuencia respiratoria ≥ 22 x minuto
 - Presión arterial sistólica ≤ 100 mmHg

Un qSOFA positivo (≥ 2) obliga la búsqueda por medios clínicos y paraclínicos de la presencia de disfunción de uno o más órganos usando la escala SOFA:

Escala de SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment)

	0	1	2	3	4
Respiratorio PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	>400	<400	<300	<200	<100
Coagulación Plaquetas 10 ³ / mm ³	>150	<150	<100	<50	<20
Hepático Bilirrubina (mg/dL)	<1,2	1,2-1,9	2,0-5,9	6,0-11,9	>12,0
Cardiovascular Presión arterial	PAM ≥ 70 mmHg	PAM ≤ 70 mmHg	Dopamina <5ug/kg/min o Dobutamina (Cualquier dosis)	Dopamina 5,1- 15 ug/kg/min o Epinefrina ≤ 0,1 ug/kg/min o Norepinefrina ≤ 0,1 ug/kg/min	Dopamina >15 ug/kg/min o Epinefrina > 0,1 ug/kg/min o Norepinefrina > 0,1 ug/kg/min
Sistema Nervioso Central Escala de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal	<1,2	1,2-1,9	2,0-3,4	3,5-4,9	>5,0

²⁰ Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score

Creatinina o flujo urinario				<500	<200
-----------------------------	--	--	--	------	------

Una puntuación de SOFA ≥ 2 refleja un riesgo de mortalidad global de aproximadamente un 10% en la población general y es definido como **SEPSIS confirmada**.

Choque séptico:

Se define como Sepsis asociada a signos de hipoperfusión (lactato $>2\text{mmol/L}$) e hipotensión (TAS $< 90\text{mmHg}$ o TAM $< 65\text{mmHg}$) que no revierte con la administración de una reanimación inicial de cristaloides de 30mL/kg administrados en bolos de 300mL cada 15 minutos.

Si al momento de la evaluación hay criterios de sepsis o choque, realice las siguientes intervenciones de ser posible en los tiempos específicos aquí descritos desde el momento del diagnóstico:

Hora 0.

1. Momento en el triage de urgencia o cuando se hace el diagnóstico del proceso infeccioso y de la sepsis. Si viene remitida de otra institución, este momento lo determinará la presencia en la historia clínica de criterios de sepsis.

Hora 1.

2. Evalúe permeabilidad de la vía aérea.
3. Suministre suplemento de oxígeno: si dispone de oximetría de pulso proporcione oxígeno suplementario para alcanzar $\% \text{satO}_2 \geq 95$. Si no dispone, administre oxígeno por cánula nasal a $3\text{Lt}/\text{minuto}$.
4. Canalice 2 venas con catéter venoso No. 16 o 18.
5. Coloque sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16) para vigilancia de gasto urinario.
6. Inicie manejo con líquidos endovenosos (preferiblemente Hartman): bolos de 300mL cada 15 minutos para mantener TAM $\geq 65\text{mmHg}$ y sensorio normal, y continuar aporte de mantenimiento a 1cc/kg/h de acuerdo con respuesta clínica y metas alcanzadas.
7. 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.
8. Proporcione protección gástrica: Ranitidina ampollas x 50mg 1 ampolla endovenosa cada 12h u Omeprazol ampollas x 20mg 1 ampolla endovenosa cada 12h.
9. Toma de paraclínicos: hemograma, PCR, Hemocultivos x 2, 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 choque se deberá:

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

1. Reanimar guiado por los siguientes parámetros como meta:
 - a. Lactato sérico $\leq 2\text{mmol/L}$
 - b. TAM $\geq 65\text{mmHg}$.

2. Iniciar antibiótico de amplio espectro en la primera hora, previa toma de muestras para cultivos.
3. Identificar y controlar foco infeccioso.
4. Evaluar 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, con pobre protección de la vía aérea o insuficiencia respiratoria realice intubación orotraqueal y ventilación mecánica.
5. Canalizar 2 venas con catéter venoso No. 16 o 18.
6. Realizar paso de catéter venoso central bilumen, si se requiere la colocación de medicamentos vasopresores, esto si tiene experiencia y disponibilidad de este.
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 (Hartman): bolos de 300mL cada 15 minutos para mantener TAM \geq 65mmHg y sensorio normal; continuar aporte de mantenimiento a 1cc/kg/hr de acuerdo con la respuesta clínica y las metas alcanzadas.
9. Si la TAM persiste < 65mmHg después de un adecuado reto de líquidos (30mL/kg en bolos de 300mL cada 15 minutos), se sugiere iniciar cuanto antes infusión de agentes vasoactivos: Norepinefrina a 35 mcg/minuto que se va incrementando cada 5 minutos hasta alcanzar la meta (TAM \geq 65mmHg) o una dosis de 90 mcg/min.
10. Iniciar antibiótico empírico en la primera hora de reconocimiento del diagnóstico de la Sepsis de acuerdo con el foco sospechado, generalmente con PiperacilinaTazobactam 4.5 gramos endovenosos cada 6 horas (o el antibiótico que se defina institucionalmente en el comité de infecciones). Esta indicación debe revalorarse cada 12 horas hasta que se tenga reporte de los cultivos para definir continuidad de este o su suspensión si se descarta infección.
11. Proporcionar protección gástrica: Ranitidina ampollas x 50mg 1 ampolla endovenosa cada 12h u Omeprazol ampollas x 20mg 1 ampolla endovenosa cada 12h.
12. Tomar paraclínicos: hemograma, PCR, hemocultivos, cultivos locales según etiología del probable foco, pruebas hepáticas y renales, glucometrías cada 4h, gases arteriales y ácido láctico. Este último se debe medir nuevamente si el valor inicial (**hora 0**) esta elevado (Lactato sérico \geq 2mmol/L), entre las 3-6 horas para identificar el logro de las metas durante la reanimación.
13. 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 hemostáticos (Bakri o Sonda condón).

El contenido del Kit de emergencia obstétrica básico se presenta en el anexo 7.

4.10 ATENCIÓN PARA EL CUIDADO 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 entorno institucional. En algunos casos no es posible por dificultades de acceso o por usos y costumbres en el marco de población étnica; sin embargo, debe recomendarse el nacimiento en el entorno mencionado. 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 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, y en todos los casos deben contar con los insumos necesarios y suficientes para responder a las situaciones de emergencias obstétricas y neonatales (kit de emergencias obstétricas y kit de reanimación neonatal). En caso de ser necesario, de acuerdo con la necesidad de atención del recién nacido y a la capacidad resolutive de la institución, debe remitirse a una institución de mayor complejidad para continuar el tratamiento instaurado.

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 riesgo de muerte perinatal o neonatal, o de generar daños 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 mínimos de talento humano son los mismos que para la atención del parto de bajo riesgo (siempre y cuando el personal tenga entrenamiento en adaptación y reanimación neonatal, e idealmente, que tenga vigente su formación en soporte vital avanzado neonatal). En el caso de un parto de alto riesgo o en el que se prevean posibles complicaciones del recién nacido (como prematuridad, estado fetal insatisfactorio, anomalías congénitas, bajo peso al nacer, nacimiento por cesárea, etc.), se requiere de médico especialista en pediatría que idealmente tenga entrenamiento actualizado en adaptación y reanimación neonatal. Así mismo, cuando se sobrepase o se prevea la necesidad de tratamientos que implican una capacidad resolutive superior a la que tiene la institución, debe remitirse a otra de mayor complejidad para garantizar la atención adecuada.

Se permite también que la atención del nacimiento de bajo riesgo sea realizada por especialista en pediatría, y el de alto riesgo, por pediatra con subespecialización en neonatología, para el caso de las instituciones que tengan la posibilidad de garantizarlo.

En todos los casos, se requiere que el recién nacido sea atendido por un profesional independiente de aquel que se encuentra simultáneamente atendiendo a la gestante, y esta atención debe darse de acuerdo con el riesgo previsto tanto para la madre como para el recién nacido.

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 se cumplan los estándares de atención establecidos en la normatividad vigente.

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 veinticuatro horas de edad.
- d. Decisión del egreso hospitalario.
- e. Entrega de recomendaciones previas al egreso hospitalario.
- f. Expedición y registro en el carné único de salud infantil y diligenciamiento de la Historia Clínica Perinatal Simplificada.
- 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 demás factores de riesgo psicosociales definidos en la historia clínica del CLAP. La historia clínica perineonatal debe empezar a realizarse desde 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. Debe indagarse por las vacunas aplicadas a la madre gestante, incluirse la exploración de factores de exposición a teratógenos como el alcohol y otras sustancias psicoactivas, a infecciones virales (como Zikv) la revisión de los resultados de los exámenes tomados durante la gestación (VIH, Sífilis, Hepatitis B, Toxoplasmosis, Estreptococo del Grupo B, etc.) y la identificación de otras condiciones que ameriten un manejo diferencial del recién nacido en la etapa neonatal y luego del alta hospitalaria. En caso de no contar con los laboratorios prenatales, se deben asegurar sus resultados antes del periodo expulsivo o de la cesárea.

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 entre 23°C y 26°C como rango 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 por cualquiera de estas causas.
- **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 un campo seco y tibio diferente al previamente usado para el secado, 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 y corte del cordón umbilical.** Debe realizarse cuando se cumplan los siguientes criterios: interrupción de la palpación de las arterias umbilicales, disminución de la ingurgitación de la vena umbilical, y perfusión satisfactoria de la piel, lo cual ocurre habitualmente entre el segundo o tercer minuto de nacido. Estos criterios pueden demorar más tiempo en conseguirse, como en los casos donde ha habido circular de cordón umbilical, prolapso o prociencia de cordón umbilical, o ruptura prolongada de membranas. En estos casos, es pertinente permitir un mayor tiempo al destinado al pinzamiento habitual del cordón umbilical. De forma excepcional, se debe realizar pinzamiento inmediato en casos de abrupcio de placenta y de placenta previa sangrante para interrumpir la pérdida de sangre del recién nacido, o pinzamiento precoz (antes de cumplir los criterios de pinzamiento habitual, generalmente entre 30 y 60 segundos de la expulsión del niño por el canal del nacimiento) en los casos en los que se presuma riesgo de paso de anticuerpos maternos (como en miastenia gravis o en isoimmunización materno fetal no tratada) o riesgo de poliglobulia neonatal (como en sospecha de restricción de crecimiento intrauterino o en hijos de madres toxémicas o diabéticas). Todo el instrumental que se use para pinzar y cortar el cordón umbilical debe estar estéril.
- **Presentación del recién nacido y contacto piel a piel con la madre.** Debe presentarse el recién nacido a la madre y al padre o al acompañante, 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. En 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, y preferiblemente dentro del campo visual de la madre. En el caso de un nacimiento por cesárea, mientras se continúa el procedimiento quirúrgico de la madre, se pueden realizar las demás medidas de la adaptación (por ejemplo, profilaxis, antropometría, etc.) para evitar separaciones de la madre posteriormente, y se debe promover el contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna lo más rápido posible.

- **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. Debe promoverse y apoyarse constantemente y permitir que el recién nacido y la madre permanezcan juntos, evitando separarlos innecesariamente. En caso de que la madre se encuentre en recuperación post-cesárea, si se cuenta con la autorización del anestesiólogo, el personal de la sala debe apoyar la lactancia materna mediante la recuperación conjunta lo más pronto posible. De acuerdo con las recomendaciones de la OMS solo se debe suspender la lactancia materna si la madre lactante se encuentra en tratamiento con medicamentos contra el cáncer o con sustancias radioactivas, o si la madre vive con infección por VIH.
- **Limpieza de las secreciones** de la boca nuevamente, si es necesario.
- **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, la evaluación del tono muscular, el esfuerzo respiratorio, el color de la piel y la frecuencia cardíaca. 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 resolutoria 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.
- **Identificación del recién nacido:** debe realizarse frente a la madre e iniciarse antes la separación de la madre y su recién nacido (por ejemplo, marcando la manilla previamente con los datos disponibles).

En el caso de presentar alguna complicación durante la transición del recién nacido a la vida extrauterina, como dificultad respiratoria, se debe garantizar la atención resolutoria integral que se requiera según el caso. Se debe tener en cuenta lo planteado en el procedimiento de Atención de las complicaciones del recién nacido del presente lineamiento.

En el caso del recién nacido que evoluciona satisfactoriamente, 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 deben desarrollar las siguientes actividades dentro del campo visual de la madre:

- **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 tener en cuenta 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 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.
- **Examen físico neonatal inicial:** se trata de 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 37,5° centígrados. Por encima o por debajo de estos valores, debe considerarse una señal de peligro. En el caso en el que se evidencie una anomalía congénita, se debe notificar por tratarse de un evento de interés en salud pública y se debe tener en cuenta lo relacionado en el apartado de Detección de anomalías congénitas del presente lineamiento.
- **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 y del examen físico, puede procederse a vestir al recién nacido.
- **Toma de muestra de sangre de cordón:** se tomará muestra de sangre de segmento aislado de cordón para el procesamiento de 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, gota gruesa, etc.). La muestra de sangre de cordón debe tomarse con la técnica de “asa” y, por lo tanto, no debe tomarse mientras no haya habido alumbramiento de la placenta ni tomarse del segmento placentario del cordón. En caso de no ser posible la toma de muestra de sangre de cordón, se deberá realizar la toma de muestra por vena periférica del recién nacido. Así mismo, debe tenerse en cuenta la necesidad de realizar exámenes de laboratorio con muestra de sangre periférica según los hallazgos del examen físico (por ejemplo, para estudio de defectos congénitos), según los riesgos perinatales o de acuerdo con los resultados previos de los laboratorios prenatales (por ejemplo, para estudio de toxoplasmosis o sífilis) para tomar muestra suficiente y reducir así el número de venopunciones a realizar en el recién nacido.

NOTA: En el momento en que se formule el programa de tamizaje neonatal o se den directrices sobre la atención integral en salud para la identificación de riesgo metabólico, cardiovascular, auditivo y visual en el recién nacido (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.

- **Revisión de la placenta:** en todos los casos, debe evaluarse la placenta tanto por su cara materna como por su cara fetal con el objeto de identificar lesiones o signos que puedan sugerir patología placentaria o fetal, por ejemplo, infartos, quistes, abscesos, alumbramiento incompleto, etc. Como criterio de adaptabilidad, en los casos en los que la mujer por motivos o prácticas culturales desee llevar la placenta o el cordón umbilical consigo, se permitirá siempre y cuando no existan contraindicaciones y se hará de acuerdo con las medidas de bioseguridad pertinentes según la normatividad vigente.
- **Completar los datos de identificación del recién nacido:** debe realizarse frente a la madre y debe haberse iniciado antes de la separación del binomio madre-hijo. 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. Adicional a los datos anteriormente mencionados (que son obligatorios), la manilla puede contener también el número de habitación asignado a la madre.
- **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 horas de vida.
- **Expedición del certificado de recién nacido vivo:** 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.

4.10.4.3 Cuidados durante las primeras veinticuatro horas de vida.

Las siguientes actividades comprenden los cuidados que deben practicarse en las primeras veinticuatro horas de vida, luego de los primeros 90 minutos de vida en los que se debieron haber realizado las intervenciones previamente mencionadas. 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. Estos cuidados incluyen:

- **Continuar** la promoción y el apoyo a la lactancia materna.
- **Indagar** sobre problemas con la lactancia materna, signos de 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 corporal del recién nacido y la poca luz ambiental.
- **Realizar examen físico completo por profesional de medicina o especialista en pediatría:** Incluye la evaluación de todos los órganos, funciones y sistemas. Se debe realizar en las primeras cuatro horas de vida y se debe valorar nuevamente antes de las 24 horas de vida, previo al egreso hospitalario. Si el neonato dura más de 24 horas de vida en observación hospitalaria, se debe evaluar de nuevo entre las 24 y las 48 horas de vida. Se debe calcular la edad gestacional, y confirmar la correlación de peso y edad gestacional (en adecuado, excesivo o deficiente según la edad gestacional), así como 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 tenerse en cuenta el riesgo de desarrollar síndrome de alcoholismo fetal o 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 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.** Se deben tomar todos los signos vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, tensión arterial y saturación de hemoglobina con pulsooximetría) cada 6 horas. Adicionalmente, por lo menos en una ocasión se debe realizar pulsooximetría preductal (en miembro superior derecho) y post-ductal (en miembros inferiores), así como toma y registro de la tensión arterial en las cuatro extremidades con el objeto de encontrar hipertensión arterial generalizada o de predominio en miembros superiores respecto de los miembros inferiores, como medida para el tamizaje de coartación aórtica. En caso de alteraciones, se debe avisar de inmediato al profesional de medicina o al especialista en pediatría para la revisión del recién nacido.
- **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. Deben 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. Esto último se haría solamente si no se logró hacer antes del expulsivo o de la cesárea.
- **Vacunar:** Se debe realizar según las disposiciones vigentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Se debe aplicar una dosis de vacuna de BCG contra la tuberculosis antes del egreso hospitalario. En el caso de tratarse de hijo de madre con Hepatitis B, se dará atención por Pediatría.
- **Realizar tamizaje de cardiopatía congénita:** se debe realizar a las 24 horas de nacido antes del egreso hospitalario y en caso de continuar en el hospital, a las 48 horas de edad nuevamente. Se debe hacer con pulso oximetría preductal (en miembro superior derecho) y post-ductal (en miembros inferiores). Se considerará anormal cuando se registre una diferencia mayor a 3% en la saturación de oxígeno entre estas medidas, o cuando esta se encuentre en un nivel menor a 90%. Con un resultado anormal, se debe remitir para atención resolutive por pediatría y/o cardiología pediátrica para descartar cardiopatía congénita compleja mediante estudios diagnósticos adicionales. Debe registrarse en la historia clínica neonatal.
- **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 por pediatría. Debe registrarse en la historia clínica neonatal.
- **Realizar tamizaje auditivo:** el tamizaje auditivo neonatal es de carácter obligatorio. Debe hacerse con Emisiones Otoacústicas (EOA) o con Respuesta Auditiva de Tallo Encefálico Automatizada (RATEA). Dadas las limitaciones del uso exclusivo de EOA en la evaluación de la vía auditiva a nivel retrococlear, se debe preferir el uso de RATEA de rutina en todos los niños. En el caso de los recién nacidos y niños con alto riesgo de pérdida auditiva²¹ deben utilizarse de forma combinada las EOA y la RATEA. Estas

²¹ Son Factores de riesgo para pérdida auditiva: Antecedente familiares de sordera, Bajo peso al nacer, "Espectro Oculo-Aurículo-Vertebral o Síndrome de Goldenhar", Hipoxia neonatal, Infecciones del oído, Labio y/o paladar

pruebas deben 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 garantizarse en el marco de las atenciones de la Ruta para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la primera infancia. Debe registrarse siempre en la historia clínica neonatal su realización y su resultado. Su implementación atenderá los criterios de progresividad y adaptabilidad que se requieran a nivel territorial para garantizar su realización.

- **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 neonatal. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá adelantar el proceso de definición del set de laboratorios obligatorios en el marco de este programa de tamizaje o de las directrices para la atención integral en salud para la identificación del riesgo metabólico del recién nacido. Debe registrarse en la historia clínica neonatal su realización y su resultado.
- **Iniciar suplementación de hierro:** se iniciará suplementación de hierro elemental 1 mg/kg/día desde el período neonatal y se mantendrá hasta el inicio de la alimentación complementaria a los hijos de madres con alimentación subóptima durante la gestación y la lactancia, que brindan o planean ofrecer lactancia materna exclusiva o predominante a sus hijos lactantes.
- **Educación a los padres y acompañantes sobre los cuidados del recién nacido y sobre:** lactancia materna exclusiva, puericultura, baño, vestido, cuidado del ombligo, medidas de sueño seguro, 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 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**.
- **En caso de tratarse de un recién nacido hijo de padres sin aseguramiento,** la IPS debe seguir el procedimiento establecido en la normatividad vigente para el momento de la formulación y publicación del presente lineamiento. Se debe cumplir con lo reglamentado en el Decreto 2353 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016.
- **Remitir al recién nacido** a institución de complejidad suficiente y con capacidad resolutoria en caso de que se requiera.

4.10.4.4 Decisión del egreso hospitalario

Se debe dar salida al recién nacido sano y sin riesgos 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

Hendido, Malformación anatómica auricular y/o CAE, Incompatibilidad de RH, Procesos bacterianos tratados con antibióticos ototóxicos, Procesos virales prenatales, Recién nacido prematuro, Reflejos auditivos alterados, Retraso del desarrollo motor, Secuelas de meningitis, Síndrome de Down, Trastorno respiratorio, Traumas perinatales, Traumas prenatales, Apgar bajo, Permanencia en unidad de cuidado intensivo neonatal, Malformaciones congénitas de cabeza y cuello, Síndromes relacionados con desórdenes auditivo-vestibulares, Tamizaje metabólico anormal.

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, y poder controlar o reducir los riesgos de complicaciones, entre otras cosas. Esta decisión será tomada por profesional de medicina o por médico especialista en pediatría según el cumplimiento de los criterios para el egreso hospitalario.

Los criterios para el egreso hospitalario del recién nacido son:

- Recién nacido con examen clínico normal y evolución normal (la normalidad total incluye la ausencia de signos de dificultad respiratoria y de pausas apneicas).
- Recién nacido con control de los riesgos de complicaciones.
- Adecuada succión y deglución del recién nacido.
- Adecuada técnica de amamantamiento que sea revisado por profesional de medicina y/o de enfermería.
- Evidencia de mínimo una micción y una deposición del recién nacido. En caso de no haber realizado micción ni deposición, debe ser valorado por profesional de medicina o especialista en pediatría para determinar la conducta a seguir.
- Tener normalidad en los signos vitales y contar con el registro y la revisión del resultado de la pulsoximetría (saturación de oxígeno) preductal y postductal, así como de la tensión arterial en las cuatro extremidades.
- Registrar el resultado de los tamizajes que se hayan realizado.
- 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, Hepatitis B y del Tamizaje de Estreptococo del grupo 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, si es posible. En caso en el que la madre quede hospitalizada y el recién nacido pueda quedarse en alojamiento conjunto con la madre, debe ser evaluado a diario por profesional de medicina o médico especialista en pediatría y anotar el reporte de la evolución del neonato en la historia clínica.
- 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.
- Procurar dar los egresos hospitalarios en horas de la mañana. La hora de salida de la institución no debe generar riesgos para la seguridad ni para el bienestar del recién nacido y de la mujer en postparto.
- 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 limitante o restrictivo para permitir el egreso hospitalario.
- Cita asignada de seguimiento a la atención del recién nacido por pediatría o medicina.
- Cita asignada de atención para el apoyo a la lactancia materna en el marco de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.

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.
- Beneficios de la lactancia materna.
- Alimentación.
- Patrón de alimentación.
- Preocupaciones frecuentes:
- Deposiciones.
- Ictericia, Palidez o Cianosis.
- Piel y cordón.
- Seguridad (incluye las recomendaciones para prevenir el síndrome de muerte súbita de los recién nacidos y los lactantes).
- Signos de alarma.
- Otros cuidados.

En el Anexo 10 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 infantil²² 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 o de valoración integral en salud.

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 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.

²² Reglamentado por la Resolución 1535 de 2002.

4.11 ATENCIÓN 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 neonato, 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 talento humano para la atención del binomio madre hijo, y en todos los casos deben contar con los insumos necesarios y suficientes para responder a las situaciones de emergencias obstétricas y neonatales (kit de emergencias obstétricas y kit de reanimación neonatal). En caso de ser necesario, de acuerdo con la necesidad de atención del recién nacido y a la capacidad resolutoria de la institución, debe remitirse a una institución de mayor complejidad para continuar el tratamiento instaurado.

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 médicos especialistas en pediatría con entrenamiento en adaptación y reanimación neonatal o por pediatras especialistas en neonatología. Sin embargo, podrá realizarse por profesionales de medicina general con entrenamiento en adaptación y reanimación neonatal solo en caso de no contar con el talento humano adecuado 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 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 con depresión respiratoria
- 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 (Abruptio de placenta - Placenta previa).
- Atención del niño hijo de madre con Hepatitis B, con Infección por VIH, con Sífilis gestacional, con Toxoplasmosis gestacional o con Exposición prenatal a Virus Zikv.
- 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 con depresión respiratoria

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).

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, neumopatía crónica, 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 debe considerar el pinzamiento precoz del cordón umbilical para prevenir el riesgo de poliglobulia.

Debe tenerse en cuenta que el riesgo metabólico que tienen los niños con restricción de crecimiento intrauterino y que puede manifestarse con hipoglicemia y alteraciones electrolíticas (Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio, Fósforo). En este caso, deben tomarse la glucemia y los electrolitos a las 12 horas de edad y debe evaluarse al neonato con mayor frecuencia en su lactancia materna y en signos clínicos que sugieran cualquier anormalidad.

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.
- Realizar evaluación médica como mínimo cada 8 horas y permanecer atento a los llamados de enfermería.
- Realizar glucometría a las 2 y 4 horas de edad, y posteriormente, según resultados iniciales. Se debe establecer la necesidad de realizar glucometrías adicionales o periódicas para vigilar la hipoglucemia.
- Tomar glucemia y electrolitos (Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio) a las 12 horas de edad en sangre periférica. Se deben solicitar otros exámenes de laboratorio según las necesidades 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 resolutive 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.
- En este tipo de pacientes hay contraindicación para el uso de betamiméticos por el riesgo de obstrucción funcional al tracto de salida.

- De tener una adecuada adaptación, con normalidad en los exámenes y las glucometrías, y con buena 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 de crecimiento 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.
- Secado exhaustivo.
- Realizar evaluación médica como mínimo cada 8 horas y permanecer atento a los llamados de enfermería.
- Tomar cuadro hemático, glucemia y electrolitos (Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio) a las 12 horas de edad en sangre periférica. Se deben solicitar otros exámenes de laboratorio según las necesidades 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 resolutive necesaria.
- Estabilización ácido básica y respiratoria según el caso.
- Estabilización hemodinámica según el caso.
- Asistencia y estabilización metabólica según el caso.
- De tener una adecuada adaptación, con normalidad en los exámenes y con buena evolución clínica, puede darse egreso después de 48 horas de vigilancia intrahospitalaria.

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.
- Control ventilatorio precoz ante la severa disfunción muscular por la hiperkalemia. Este apoyo puede ser con ventilación mecánica ante neonatos hidróticos o con máscara dependiendo de los hallazgos clínicos.

- Realizar evaluación médica como mínimo cada 8 horas si el niño se encuentra estable y no se deteriora.
- Tomar cuadro hemático, hemoclasificación, reticulocitos, coombs directo, extendido de sangre periférica, bilirrubinas, glucemia y electrolitos (Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio) a las 6 horas de edad en sangre periférica. Se deben solicitar otros exámenes de laboratorio según las necesidades 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 resolutive necesaria.
- Estabilización ácido 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 resolutive 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.
- Considerar la remisión a institución de mayor complejidad de acuerdo con la evolución y el estado del recién nacido, y con la capacidad resolutive de la institución.

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:

- Realizar el pinzamiento del cordón hasta obtener ausencia de palpación arterial, reducción de ingurgitación venosa y reperfusión de piel.
- 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 ácido 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.

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 umbilical ante el riesgo de sangrado fetal-neonatal.
- 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).
- Considerar la remisión a institución de mayor complejidad de acuerdo con el estado del recién nacido y con la capacidad resolutoria de la institución.
- 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 hemodinámica. Si se estima estado de choque, se debe iniciar infusión de cristaloides isotónicos según seguimiento de TA y de PVC, y se debe preparar la transfusión urgente de hemoderivados.
- Tomar cuadro hemático, hemoclasificación, glucemia, función renal y electrolitos (Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio) en sangre periférica. Se deben solicitar otros exámenes de laboratorio según las necesidades que tenga el niño en su proceso de adaptación, de transición a la vida extrauterina y de reanimación. En caso de alteraciones en los resultados de los exámenes, se debe garantizar la atención resolutoria necesaria.
- Estabilización ácido básica según el caso.
- Estabilización metabólica según el caso.
- Si el niño no requirió reanimación neonatal, se encuentra estable y no se deteriora, realizar evaluación médica como mínimo cada 6 horas.

Si se trata de prematuro por debajo de 37 semanas, adicionalmente 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, con Toxoplasmosis gestacional o con Exposición prenatal a Virus Zikv

La Atención del niño hijo de madre con Hepatitis B, con Infección por VIH, con Sífilis gestacional, con Toxoplasmosis gestacional o con Exposición prenatal a Virus Zikv se hará según los lineamientos técnicos y operativos de las Ruta de Enfermedades Infecciosas o a la atención resolutoria según el caso.

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 resolutoria 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 continúe 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.

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 de la 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. 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 ATENCIÓN PARA EL SEGUIMIENTO AL 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.

Si han existido dificultades para el acceso a la atención institución de parto y se haya requerido el 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 el equipo de salud lo considere.

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 para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la Primera Infancia.

4.12.4 Atenciones incluidas

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

4.12.5 Frecuencia

Esta consulta se debe realizar una sola vez y se permitirá derivar a otras consultas 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 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: se debe verificar la lactancia materna y sus dificultades, indagar por inicio de otros alimentos e interrogar 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, cianosis o palidez, 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 debe clasificar al recién nacido como niño de mayor o menor riesgo para la salud, la supervivencia y el desarrollo de acuerdo a los criterios establecidos en la Ruta para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Primera Infancia, y explicar a los padres la importancia de esta diferenciación del riesgo.

- 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 para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Primera Infancia.
- Se debe continuar con la suplementación de hierro elemental 1 mg/kg/día hasta el inicio de la alimentación complementaria a los niños hijos de madres con alimentación subóptima durante la gestación y la lactancia, que brindan o planean ofrecer lactancia materna exclusiva o predominante a sus hijos lactantes.
- 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 asignar cita para 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 para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la Primera Infancia.

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.

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 o de valoración integral en salud.

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 y los recién nacidos en quienes se requieran tomar medidas adicionales con el objeto de:

- Mejorar la técnica de la lactancia materna.
- Vigilar el cuidado del recién nacido.
- Fortalecer la identificación de 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 en la historia clínica 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 Protección específica y Detección temprana definido en el manual de Habilitación. Se usarán para la atención las siguientes escalas e instrumentos: Carné de salud infantil reglamentado por la Resolución 1535 de 2002 de este Ministerio, lista de chequeo para valoración de la lactancia materna de la estrategia AIEPI (Según el Anexo 9).

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”.

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 la atención para el cuidado 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 la atención para el cuidado 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).

5.2 ATENCIÓN BÁSICA 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 IMPLEMENTACIÓN: 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 Atención diferenciada para el embarazo en la infancia y adolescencia

La atención diferenciada de las niñas y mujeres adolescentes, se debe orientar a reducir la maternidad y paternidad como proyecto de vida en este grupo de edad, a prevenir el embarazo subsiguiente, y a generar una atención amigable y confidencial desde los servicios de salud, garantizando acciones de educación e información para la sexualidad, y el acceso efectivo a métodos anticonceptivos de larga duración. Identificar oportunamente la intención reproductiva a corto plazo y condición de embarazo en las niñas y adolescentes, permite anticiparse desde los servicios de salud para reducir los eventos reproductivos adversos en la adolescencia.

Se debe realizar un abordaje psicosocial temprano en las niñas y adolescentes en embarazo, y en especial en aquellas víctimas de violencia sexual, o con ideas persistentes o presionadas por la pareja o familia para continuar con el embarazo o abortar de manera ilegal, o con problemas en las relaciones de pareja, de familia y amigos(as), con ansiedad o depresión, con ideas suicidas, o con depresión postparto.

Al identificar una adolescente con intención reproductiva a corto plazo se deberá ofrecer atenciones encaminadas a detectar violencia de género con énfasis en violencia sexual como: explotación sexual, pornografía infantil, inducción a la prostitución, trata de personas, violación, accesos carnales violentos y accesos carnales abusivos; uniones tempranas o matrimonio infantil, violencia intrafamiliar y de pareja.

Se deberá asesorar a toda niña y adolescente sobre el derecho a la interrupción del embarazo bajo las causales establecidas en la sentencia C -355 de 2006. Todo caso de violencia sexual deberá ser atendido de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución 459 de 2012 de este Ministerio. Se recuerda, que las conductas sexuales en menores de 14 años constituyen un delito de acuerdo con lo que establece el Código Penal y mucho más el embarazo a consecuencia de este es un agravante punitivo.

Por último, dentro de la atención diferenciada para niñas y adolescentes se deberá tener en cuenta las necesidades de protección social (ICBF – Justicia - Otras) que se requiera y proceder a su gestión y activación desde de la institución prestadora de servicios de salud, según lo establecido en la normatividad vigente.

6.1.2 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 en materia de derechos sexuales y reproductivos para las mujeres con discapacidad, en especial la Resolución 1904 de 2017 de este Ministerio, 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. Esto se expresa por ejemplo en la adquisición de equipos de diseño universal como espéculos para mujeres de todas las tallas, entre otras.

6.1.3 Adecuación de la atención para la población de hombres transgénero

Los hombres transgénero son personas asignadas con sexo femenino al nacer, socializados como mujeres, pero que se afirman e identifican como hombres. Esta identificación no tiene necesariamente una correlación directa con la genitalidad. Dado que esta población puede preservar sus órganos sexuales femeninos y pueden tener intención reproductiva, es necesario adecuar la atención para que se ofrezcan los procedimientos de esta Ruta con oportunidad y calidad.

Especial cuidado se debe tener con el manejo de los datos de identidad que no pueden causar inconsistencias en el sistema de información que constituyan una barrera de atención. Así mismo el personal de salud debe ser capacitado sobre las consideraciones éticas y técnicas para brindar la atención bajo una perspectiva de derechos de esta población en la ruta integral de atención. Así mismo, se debe considerar que esta población con frecuencia se encuentra sometida a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para transformaciones corporales y cambio de sexo, que deberán requerir de un equipo interdisciplinario para su atención.

6.1.4 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 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.

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 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 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 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.

6.1.4.1 Adecuaciones técnicas

6.1.4.1.1 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.); 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.

6.1.4.1.2 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.

6.1.4.1.3 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

6.2.1 Adaptación de la RIAS 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 planteados 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 está basado 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 que se encuentren en el 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 poblacional incluirán entre sus planes territoriales de salud pública la implementación de hogares de paso maternos con cargo a los recursos disponibles para esa destinación (incluidos recursos propios).

7 MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo y evaluación de la RIAMP tiene como eje los componentes de la atención integral en salud, lo que implica avanzar en nuevas mediciones e indicadores que den cuenta del bienestar y la salud de las mujeres con intención reproductiva, las gestantes y el recién nacido. Este proceso permitirá a los diferentes agentes del sistema de salud definir cuáles son los problemas prioritarios en la atención materno perinatal, de tal forma que apoye la toma de decisiones y la mejora la atención integral en salud, a partir del monitoreo y evaluación de:

- Los resultados en salud de las mujeres con intención reproductiva, gestantes y el recién nacido, derivados de las intervenciones individuales y colectivas.
- Los resultados de la implementación de los procesos de gestión de la salud pública en los agentes del sistema de salud para garantizar la atención integral de las gestantes y el recién nacido
- El grado de cumplimiento, coberturas y complementariedad de las acciones e intervenciones individuales y colectivas definidas el RIAMP.

A continuación, se presentan los resultados en salud con sus respectivos indicadores de acuerdo a la competencia y responsabilidad de los agentes del sistema de salud.

7.1. RESULTADOS DE LA RIAMP

RESULTADOS DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL				
Preconcepción	Gestación	Parto	Puerperio	Recién nacido
	Mujeres que viven su gestación en las mejores condiciones de salud	Mujeres que reciben una atención segura y humanizada del parto.	Mujeres en periodo de puerperio en las mejores condiciones de salud	Neonatos en las mejores condiciones de salud
Mujeres que toman decisiones en relación con la planeación de la gestación.	Gestantes sin mortalidad y morbilidad evitable.			Recién nacidos que reciben una atención neonatal segura
				Recién nacidos sin mortalidad y morbilidad evitable
	Gestantes que desarrollan la capacidad de agencia para el cuidado de la salud y del recién nacido			
	Mujeres y sus familias que desarrollan capacidades para el cuidado de la salud materno perinatal			

Actividades del monitoreo y 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 materna 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.

7.2. 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.

A continuación se plantean los indicadores principales para el monitoreo y seguimiento de los agentes del SGSSS, en el marco de la RIAMP.

7.2.1. Indicadores de resultado de la RIAMP

A continuación, se relaciona los indicadores de resultado a los cuales todos los agentes del sistema de salud deberán contribuir para el logro de los resultados esperados

RESULTADOS	INDICADOR	ENTIDAD TERRITORIAL	EAPB	IPS
Gestantes sin mortalidad y morbilidad evitable.	Razón de Morbilidad Materna Extrema (MME).			
	Razón de Mortalidad Materna.			
Recién nacidos sin mortalidad y morbilidad evitable	Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer			
	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer			
	Tasa de mortalidad perinatal.			
	Tasa de mortalidad neonatal temprana.			
	Tasa de incidencia de Hipotiroidismo Congénito			
	Tasa de incidencia de sífilis congénita.			

7.2.2. Indicadores de proceso de la RIAMP

A continuación se relacionan los indicadores de proceso que aportan al logro de los resultados en la gestante y en el recién nacido y que permiten monitorear la gestión adelantada por cada uno de los agentes del sistema en lo relacionado con la entrega efectiva de las intervenciones individuales y colectivas dispuestas en la RIAMP.

Si bien, en la siguiente tabla se presentan los indicadores y los responsables de su gestión directa, el conjunto de indicadores mide el grado de implementación de la RIAMP en el territorio y en la población afiliada, por tanto, son corresponsables la Dirección Territorial y de la Empresa Administradora de Planes de Beneficios en el cumplimiento de los mismos.

RESULTADO	INDICADOR	ENTIDAD TERRITORIAL	EAPB	IPS
Mujeres que toman decisiones en relación con la planeación de la gestación.	Proporción de mujeres con intención reproductiva a corto plazo que reciben atención preconcepcional			
	Proporción de mujeres con atención preconcepcional que reciben ácido fólico durante los 3 meses anteriores a la gestación.			
	Proporción de mujeres con consulta para la valoración integral, orientación y asesoría frente a la IVE			
	Proporción de IVE solicitadas antes de la semana 15 de gestación del total de solicitudes			
	Proporción de mujeres en las que la IVE se hacen efectivas según criterio de oportunidad (5 días)			
	Proporción de IVE según causal			
	Proporción de mujeres con suministro de método anticonceptivo post IVE del total de casos de IVE atendidos.			
Mujeres que viven su gestación en las	Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal (antes semana 10)			
	Proporción de gestantes con cuatro o más controles prenatales			
	Proporción de gestantes de alto riesgo con control prenatal realizado por especialista			
	Proporción de gestantes con el total de paraclínicos requeridos según edad gestacional			

RESULTADO	INDICADOR	ENTIDAD TERRITORIAL	EAPB	IPS
mejores condiciones de salud	Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH			
	Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis			
	Proporción de gestantes con suministro de micronutrientes			
	Cobertura de gestantes con asistencia a curso de preparación de la maternidad y la paternidad (7 sesiones)			
	Cobertura de gestantes con consulta de nutrición			
	Proporción de gestantes con valoración de la salud bucal			
	Proporción de gestantes con consejería de lactancia materna.			
Mujeres que reciben una atención segura y humanizada del parto.	Porcentaje de partos con manejo activo del tercer periodo de parto.			
	Proporción de cesáreas del total de partos (vaginales más cesáreas)			
	Proporción de cesáreas por grupos de Robson			
	Porcentaje de partos en los que la mujer tiene acompañante (seleccionado) durante el trabajo de parto y parto del total de partos atendidos			
	Porcentaje de partos en los que se diligencia el partograma del total de partos atendidos.			
Mujeres en periodo de puerperio en las mejores condiciones de salud	Porcentaje de partos con monitoria de signos vitales (cada 15 minutos) durante el puerperio inmediato.			
	Proporción de mujeres con asesoría en anticoncepción postparto o postaborto antes del alta.			
	Proporción de mujeres con provisión de método anticonceptivo postparto o postaborto antes del alta.			
	Proporción de gestantes que reciben consulta de control del puerperio.			
	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.			

RESULTADO	INDICADOR	ENTIDAD TERRITORIAL	EAPB	IPS
Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles	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).			
Gestantes sin mortalidad y morbilidad evitable.	Razón de prevalencia de sífilis gestacional			
	Proporción de gestantes con sífilis gestacional que recibieron tratamiento al menos 4 semanas antes del parto			
	Relación Morbilidad Materna Extrema(MME) / Muerte Materna temprana (MM)			
	Oportunidad de referencia en los casos de MME.			
	Proporción de MME con tres o más criterios (casos que agrupan tres o más criterios).			
	Relación criterios / caso en la MME.			
Recién nacidos que reciben una atención neonatal segura	Índice de mortalidad materna de los casos de MME.			
	Proporción de recién nacidos que reciben atención integral en sala de partos.			
	Proporción de recién nacidos sanos con pinzamiento de cordón umbilical mayor a 1 minuto.			
	Proporción de recién nacidos con aplicación de vitamina K.			
	Proporción de recién nacidos con profilaxis ocular.			
	Cobertura de tamizaje de hipotiroidismo.			
	Proporción de recién nacidos sanos que tienen contacto piel a piel con la madre.			
	Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos			
	Cobertura de tamizaje para cardiopatía congénita.			
	Cobertura y tamizaje auditivo en el neonato.			
	Oportunidad de referencia en casos de enfermedad neonatal.			
	Proporción de recién nacidos con atención para el seguimiento entre 3 y 5 días.			
Proporción de recién nacidos que egresan con diligenciamiento de la historia clínica perinatal y con carné de salud infantil.				

RESULTADO	INDICADOR	ENTIDAD TERRITORIAL	EAPB	IPS
	Proporción de recién nacidos que reciben valoración pre alta hospitalaria.			
Recién nacidos sin mortalidad y morbilidad evitable	Proporción de recién nacidos con alteraciones del metabolismo que son remitidos.			
	Proporción de recién nacidos con alteraciones del tamizaje auditivo remitidos.			
	Proporción de recién nacidos con alteraciones del tamizaje para cardiopatía congénita remitidos.			
	Proporción de recién nacidos con alteraciones del tamizaje visual remitidos.			
Gestantes que desarrollan la capacidad de agencia para el cuidado de la salud y del recién nacido	Proporción de gestantes que conocen los signos de alarma que se presentan durante la gestación y puerperio.			
	Porcentaje de personas en el entorno comunitario intervenido en el PIC con prácticas que promueven la salud materno perinatal			
	Organizaciones de base comunitaria, redes comunitarias, comunidades u otras formas organizativas en salud, que implementan acciones comunitarias para la promoción de la salud materno perinatal.			
Mujeres y sus familias que desarrollan capacidades para el cuidado de la salud materno perinatal	Porcentaje de mujeres que informan haber puesto el niño al seno en la primera hora de nacido.			
	Proporción de mujeres con capacidades para identificar signos de alarma o complicaciones en el estado de salud de sus hijos/as en el periodo neonatal			

BIBLIOGRAFÍA

- ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. (s.f.). *Guía de cuidado de Enfermería en la Detección del Riesgo sicosocial*. Bogotá D.C.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. (2017). Emergent therapy for acute-onset, severe hypertension during pregnancy and the postpartum period. Committee Opinion. *Obstet Gynecol*, 129:e90–5.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. (2018). Optimizing postpartum care. *Obstet Gynecol*, 131:e140–50.
- COCHRANE REVIEW GROUP, SCHOOL OF MEDICINE, NATIONAL UNIVERSITY OF COLOMBIA. COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNAL ASBOG. (2017). *Guía de práctica clínica para prevención de eventos tromboembólicos durante la gestación, parto y puerperio*. Bogotá D.C.
- GARCÍA-ESTEVE, L., ASCASO, C., OJUEL, J. Y NAVARRO, P. (2002). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish motherS. *Journal of Affective Disorders*, 71-76.
- 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 PROTECCIÓN SOCIAL. (2014). Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Bogotá.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (Enero de 2016). Política de Atención Integral en Salud "Un sistema de salud al servicio de la gente". Bogotá.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (17 de Febrero de 2016). Resolución 429 de 2016 "Por la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud". Bogotá.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ALIANZA ESTRATEGICA POR LA INFANCIA, Condiciones que favorecen la implementación, sostenibilidad y financiación de los hogares de paso o casas maternas para el país, Bogotá D.C., 2017. (s.f.).
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ALIANZA ESTRATÉGICA POR LA SALUD DE LA INFANCIA. (2017). *Caracterización de la oferta y rol de la medicina tradicional para la articulación de los Agentes de la Medicina Tradicional en la Ruta Materno Perinatal*. Bogotá D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ALIANZA ESTRATÉGICA POR LA SALUD DE LA INFANCIA,. (2017). *Propuesta técnica y operativa para la atención a gestante-receién nacido con calidad, humanización y pertinencia sociocultural o enfoque intercultural en población con alta dispersión geográfica*.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 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 Y PROTECCIÓN SOCIAL, 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 Y PROTECCIÓN SOCIAL, 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*.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, UNFPA. (2014). *Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH en niñas y niños menores de 13 años de edad*. Bogotá D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, UNFPA. (2014). *Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos*. Bogotá D.C.

- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, UNFPA. (2014). *Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita*. Bogotá D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, UNFPA. (2014). *Modelo de Seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud*. Bogotá D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, UNFPA. (2014). *Orientación y Asesoría para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Documento Técnico para Prestadores de Servicios de Salud*.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, UNFPA. (2014). *Prevención del aborto inseguro en Colombia, Protocolo para el sector salud*.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, UNFPA. (2014). *Protocolo de atención Preconcepcional*. Bogotá.
- RHODES A, EVANS LE, ALHAZZANI W, et al. . (2017). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock. *Intensive Care Med.* , 43(3):304-377.
- SEYMOUR C, LIU V, IWASHYNA T, ET AL. (2016). Assessment of Clinical Criteria for Sepsis: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* , 315(8):762-774.
- SINGH S1, MCGLENNAN A, ENGLAND A, SIMONS R. (2012). A validation study of the CEMACH recommended modified early obstetric warning system . *Anaesthesia*, 67(1):12-8.
- VÉLEZ-ÁLVAREZ, Gladis Adriana et al. (2016). Código rojo: guía para el manejo de la hemorragia obstétrica. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 60 (1);34-48.
- VINCENT J, MORENO R, TAKALA J, et al. . (1996). The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med*, 22(7):707-710).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneve.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2017). *WHO recommendation on tranexamic acid for the treatment of postpartum haemorrhage*.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2018). *WHO Recommendations on Intrapartum Care for a positive childbirth experience*. Geneve.

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		¹⁰⁻² Años cursados en el último nivel		¹¹ Estado civil	
1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnica 5. Universidad				1. Casada 2. Unión estable 3. Soltera 4. Otro	
¹² Ocupación			¹⁴ Régimen SSS		
			1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Vinculado 4. Especial 5. Particular		
¹³ Tipo de población			¹⁵ Entidad aseguradora		
1. General 2. Discapacitada 3. Desplazamiento					
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 patológicas 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 cirugía 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	

Antecedentes reproductivos			
52. Gestas	<input type="text"/>	53. Partos	<input type="text"/>
54. Cesáreas	<input type="text"/>	55. Abortos	<input type="text"/>
56. N. Vivos	<input type="text"/>	57. Mortinatos	<input type="text"/>
58. Muertos 1er semana	<input type="text"/>	59. Ectópico	<input type="text"/>
60. Mola	<input type="text"/>	61. Fecha terminac. emb. anterior	<input type="text"/>
62. Peso último recién nacido previo	1. No aplica 3. <2500 g	2. Normal 4. > 4000 g	<input type="text"/>
63. Anteced. gemelar	1. Si	2. No	<input type="text"/>
64. Parto pretérmino previo	1. Si	2. No	<input type="text"/>
65. Cesárea previa	1. Si	2. No	<input type="text"/>
66. Abortos previos	1. Si	2. No	<input type="text"/>
67. Muerte fetal previa	1. Si	2. No	<input type="text"/>
68. Gran multiparidad	1. Si	2. No	<input type="text"/>
69. Período intergenésico menor de 24 meses	1. Si	2. No	<input type="text"/>
70. Incompatibilidad Rh	1. Si	2. No	<input type="text"/>
71. Preeclampsia en el embarazo anterior	1. Si	2. No	<input type="text"/>
72. Antecedente de recién nacido con peso menor de 2500 g	1. Si	2. No	<input type="text"/>
73. Antecedente de recién nacido macrosómico	1. Si	2. No	<input type="text"/>
74. Antecedente de hemorragia postparto	1. Si	2. No	<input type="text"/>
75. Antecedente de embarazo molar	1. Si	2. No	<input type="text"/>
76. Antecedente de depresión postparto	1. Si	2. No	<input type="text"/>
77. Fecha última menstruación	<input type="text"/>	78. Tipo	1. Regular 2. Irregular <input type="text"/>
79. Ciclo	<input type="text"/>	80. Tiene vida sexual activa	1. Si 2. No <input type="text"/>
81. No. de compañeros sexuales	<input type="text"/>	82. Utiliza preservativos	1. Si 2. No <input type="text"/>
83. Usa métodos anticonceptivos	1. Si 2. No <input type="text"/>		

Método anticonceptivo			
84. Barrera	1. Si	2. No	<input type="text"/>
85. DIU	1. Si	2. No	<input type="text"/>
86. Orales	1. Si	2. No	<input type="text"/>
87. Inyectable	1. Si	2. No	<input type="text"/>
88. Parche	1. Si	2. No	<input type="text"/>
89. Implante	1. Si	2. No	<input type="text"/>
90. I/Vaginal	1. Si	2. No	<input type="text"/>
91. Emergencia	1. Si	2. No	<input type="text"/>
92. Natural	1. Si	2. No	<input type="text"/>

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

Exámenes			
106. Peso	<input type="text"/>	Kg.	<input type="text"/>
107. Talla	<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>
108. IMC	<input type="text"/>	Kg/m ²	<input type="text"/>
Cervix			
111. Inspección visual	1. Normal	2. Anormal	3. No se hizo <input type="text"/>
112. Citología vaginal	1. Normal	2. Anormal	3. No se hizo <input type="text"/>

109. TAS	<input type="text"/>	mmHg
110. TAD	<input type="text"/>	mmHg

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 espacio	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, bofetada, 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		
Depresión 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 víctima de desplazamiento	1. Si	2. No		
154	Tiene fácil 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	

ANEXO 2. Escala de Riesgo biopsicosocial de Herrera y Hurtado

Cuadro 1
Escala de riesgo biopsicosocial prenatal

	Clasificación	Puntos
<i>Historia reproductiva</i>		
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
<i>Embarazo actual</i>		
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
Isoinmunización		3
<i>Riesgo psicosocial</i>		
Ansiedad severa		1
Soporte social familiar inadecuado		1

Fuente: Herrera *et al.*²⁹

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 o tres aspectos insatisfechos)

Alto riesgo biopsicosocial: ≥3 puntos

ORIENTACIONES PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGO PSICOSOCIAL (ANSIEDAD Y SOPORTE FAMILIAR) CON LA ESCALA DEL MODELO BIOPSIICOSOCIAL DE ATENCIÓN PRENATAL

1. ANSIEDAD:

Como componente emocional característico del estrés, los síntomas son consistentes en su presentación presentándose todos los días y con intensidad severa. Para asignar un (1) punto en la evaluación de la ansiedad, como factor de riesgo perinatal, deben estar presentes dos o tres síntomas de ansiedad (tensión emocional, humor depresivo, síntomas neurovegetativos de angustia)

- 1.1. **Tensión emocional:** está presente si se identifica la presencia de, al menos dos, de los siguientes indicadores:
 - 1.1.1. **Llanto fácil:** llora por motivos que la misma gestante valora sin importancia. Si la respuesta a esta pregunta es negativa no es necesario preguntar por otros síntomas de tensión emocional.
 - 1.1.2. **Tensión muscular:** rigidez en los músculos y excesivo nerviosismo. Sobresalto: se asusta ante eventos sin importancia para ella misma.
 - 1.1.3. **Temblor:** movimientos involuntarios de músculos.
 - 1.1.4. **No poder quedarse quieta en un solo sitio.**
 - 1.1.5. **Incapaz de relajarse:** músculos tensos continuamente
- 1.2. **Síntomas de humor depresivo:** está presente si se identifica la presencia de, al menos dos, de los siguientes indicadores:
 - 1.2.1. **Insomnio:** se despierta en las noches y permanece despierta por largos periodos y tiene dificultad para volverse a dormir.
 - 1.2.2. **Falta de interés:** no disfruta de actividades o situaciones que antes consideraba placenteras, conductas de aislamiento, abandono, deseos de no hacer nada, variaciones de humor durante el día.
 - 1.2.3. **No disfruta de pasatiempos:** se aburre fácilmente con pasatiempo que antes eran importantes para ella.
 - 1.2.4. **Depresión:** conductas de aislamiento, abandono, deseos de no hacer nada.
 - 1.2.5. **Variaciones del humor durante el día:** pasa fácilmente de la alegría a la tristeza sin causa aparente.
- 1.3. **Síntomas neurovegetativos:** está presente si se identifica la presencia de, al menos dos, de los siguientes indicadores:
 - 1.3.1. **Transpiración excesiva:** sudoración excesiva principalmente por manos, cuello, cara, ante situaciones de angustia.
 - 1.3.2. **Boca seca:** sensación de sequedad en la boca ante situaciones de angustia. Accesos de rubor o palidez ante situaciones de angustia.
 - 1.3.3. **Cefalea de tensión:** más que un dolor es una molestia permanente en los músculos de la región posterior de la cabeza, muchas veces irradiado a la espalda con duración de varias horas durante el día.

2. SOPORTE FAMILIAR

Para considerarlo inadecuado y asignar un (1) punto en la evaluación del soporte familiar, como factor de riesgo materno perinatal, debe la embarazada expresar que nunca está satisfecha en la forma como ella y su familia comparten dos o tres de los siguientes indicadores: tiempo, espacio y dinero.

Preguntar: “¿está usted satisfecha con el apoyo y la ayuda que recibe de su familia durante este embarazo?”. Si la respuesta es afirmativa no es necesario continuar preguntando.

Si la respuesta a la pregunta anterior es negativa, preguntar si está satisfecha con la forma como comparte con la familia y compañero el tiempo, el espacio, el dinero. Pedirle que defina su respuesta entre las tres opciones de la escala (casi siempre, a veces, nunca).

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

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 escapen 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 o superior):

- Cualquier enfermedad cardíaca 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.
- 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 de gestación).
- 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 velocidad de 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.

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 días:

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

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.

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) mmHg	< 80	80-89		90-139	140-149	150-159	≥ 160
Presión Arterial Diastólica (PAD) mHg				< 90	90-99	100-109	≥ 110
Frecuencia respiratoria (FR) minutos	< 10			10-17	18-24	25-29	≥ 30
Frecuencia cardíaca (FC) minutos	< 60			60-110		111-149	≥ 150
%O2 requerido para mantener una saturación > 95%				Aire ambiente	24-39%		≥ 40%
Temperatura °C	< 34.0		34.0-35.0	35.1-37.9	38.0-38.9		≥ 39
Estado de consciencia				Alerta			No alerta

Se deberá asignar puntuación a cada categoría y hacer la sumatoria general para definir la respuesta de acuerdo a la siguiente tabla:

Puntuación	Grado de Respuesta
0	OBSERVACIÓN DE RUTINA
Sumatoria de 1 a 3	OBSERVACIÓN - Mínimo cada 4 hs. LLAMADO - Enfermera a cargo
Un parámetro con puntuación 3 o sumatoria ≥ 4	OBSERVACIÓN - mínimo cada hora LLAMADO - Urgente al equipo médico a cargo de la paciente y al personal con las competencias para manejo de la enfermedad aguda
Sumatoria ≥ 6	OBSERVACIÓN - Monitoreo continuo de signos vitales LLAMADO - Emergente al equipo con competencias en cuidado crítico y habilidades para el diagnóstico

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	Trasfusión Masiva probable

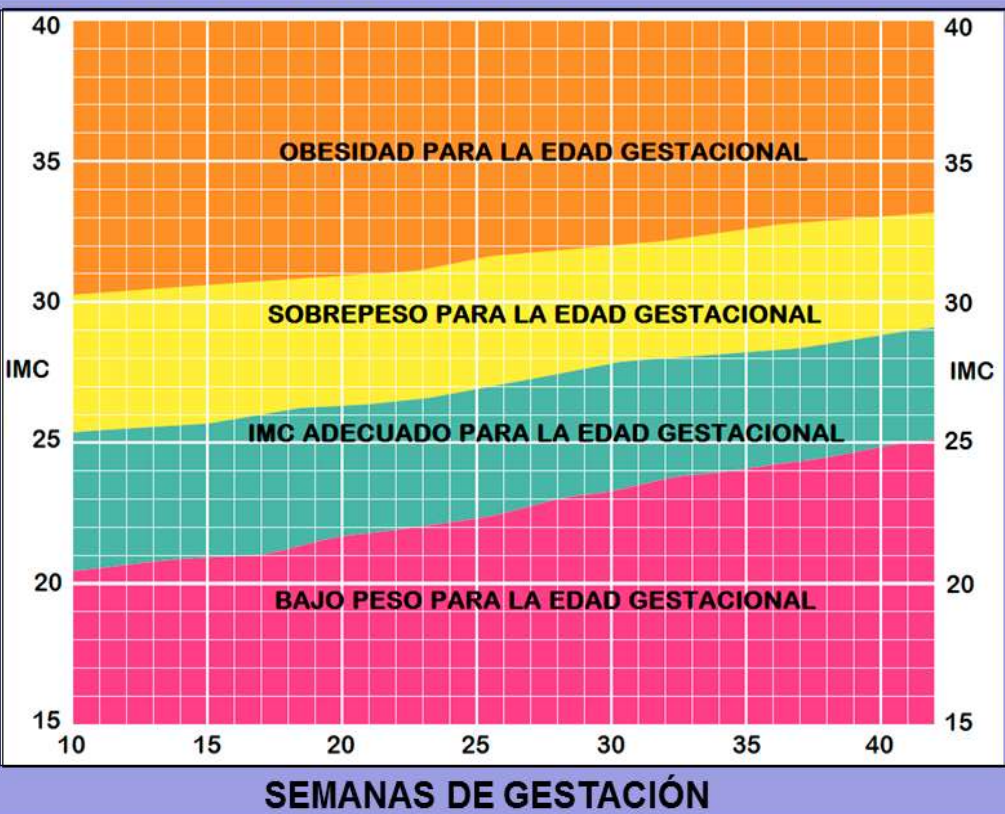
Párametros de evaluación	Rápida respuesta	Respuesta transitoria	No Respuesta
Signos vitales (las metas son: PAS >90 mmHg, sensorio normal y pulso radial firme)	Retoman a lo normal.	Hipotensión recurrente (PAS <90mmHg); sensorio comprometido; pulso radial débil; taquicardia	Permanecen anormales o no se consiguen metas en ningún momento
Pérdida sanguínea 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 transfusional 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
Equipo de macrogoteo	5
Equipo de microgoteo	5
Solución Hartmann (500 ml)	10
Solución salina normal (500 ml)	10
Sulfato de Magnesio ampollas x 2 gr	20
Labetalol frascos x 100 mg	1
Hidralazina ampolla x 20 mg	1
Nifedipino tab o cap x 10 mg caja	1
Nifedipino tab o cap x 30mg caja	1
Oxitocina ampollas x 10 UI	20
Metilergonovina ampollas x 0.2 mg	5
Misoprostol tabletas x 200 mcg frasco x 28 tab	1
Ampicilina sulbactam ampolla x 1gr	4
Betametasona ampolla x 4 mg	6
Gluconato de calcio al 10 % ampollas por 10 ml (1 gramos).	2
Balón de Bakri o Balón de Belfort Dildy o Balón Guardian para hemorragia posparto o Condón, seda trenzada y sonda de Nelaton N 14 con equipo de venoclisis).	1
Traje Antichoque no neumático (Non Neumatic Antishock Garment)	1

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

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



ANEXO 9. Evaluación de la técnica de lactancia

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.	<ul style="list-style-type: none"> • 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.	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer una buena y una mala posición, de acuerdo con los 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar en qué consiste la lactancia materna a libre demanda.

7. Ayudar a la madre para que se extraiga la leche manualmente	<ul style="list-style-type: none"> • 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'	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer la diferencia entre pechos llenos, pechos ingurgitados y congestión mamaria • Aplicar las competencias para encontrar alternativas de manejo de...
6. Ayudar a la madre con pezones doloridos o con grietas	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none">• 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 <p>La madre debe estar acompañada por los profesionales de las salas de extracción hospitalaria o del Banco de Leche.</p>
---	---

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.

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:

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 bebé 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 calentarlos 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 está icterico 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 icterico 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 icterico 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.

• 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.

ANEXO 11. Factores de riesgo para evento tromboembólico durante la gestación-parto y puerperio²³

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.

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 Al alta: Tromboprofilaxis con medidas no farmacológicas por 28 días.	
Obesidad pregestacional (IMC a 30 – 39 Kg/m ²)		
Várices ^c		
Diabetes tipo I y tipo II		

²³ Tomado de GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA PREVENCIÓN DE EVENTOS TROMBÓEMBÓLICOS DURANTE LA GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO. STI Cochrane Review Group, School of Medicine, National University of Colombia. Comité de mortalidad maternal ASBOG.

Enfermedad Renal Preexistente	<p>Con 1 FACTOR DE RIESGO: recomendaciones generales.</p> <p>CON 2 FACTORES DE RIESGO: iniciar medidas no farmacológicas durante toda la gestación.</p> <p>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.</p>	<p>CON 1 FACTOR DE RIESGO: recomendaciones generales.</p> <p>CON 2 O MÁS FACTORES DE RIESGO: Tromboprofilaxis farmacológica por 10 días postparto.</p>
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	<p>Durante la hospitalización: tromboprofilaxis con cualquier intervención farmacológica o no farmacológica.</p> <p>Al alta: con medidas no farmacológicas por 10 días.</p>	
Trasfusión > 2 Unidades		
Gestante o Mujer en Puerperio hospitalizada < 3 días ^b		
EDAD >35 Años	<p>CON 1-2 FACTORES DE RIESGO: recomendaciones generales</p>	
Sobrepeso Pregestacional IMC 25-30 Kg/m ²		
Tabaquismo		
Hipertensión Arterial Crónica	<p>CON 3-5 FACTORES DE RIESGO: iniciar medidas no farmacológicas desde el momento de su identificación.</p> <p>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.</p>	<p>CON 3-5 FACTORES DE RIESGO: 10 días de tromboprofilaxis con medidas farmacológicas.</p> <p>6 O MÁS FACTORES DE RIESGO: 10 días de tromboprofilaxis con medidas farmacológicas</p>
Hemorragia Anteparto		
Inducción del trabajo de parto		
3 o más partos.		
Corioamnionitis		
Viaje mayor de 4 horas ^d		

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

^b Hospitalización por otras causas diferentes al nacimiento.

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

