



LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO PARA LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN MATERNO PERINATAL

VIGILADO Supersalud

UNISALUD –UPTC

ACTUALIZACIÓN

FEBRERO, 2020



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
1. OBJETIVO Y ALCANCE DE LA RUTA.....	8
1.1 PROPÓSITO	8
1.2 OBJETIVO GENERAL.....	8
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
1.4 POBLACIÓN SUJETO Y ALCANCE.....	8
2. GESTIÓN DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN MATERNO PERINATAL	9
3. INTERVENCIONES COLECTIVAS	11
4. INTERVENCIONES INDIVIDUALES.....	12
4.1. ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRECONCEPCIONAL	12
4.1.1. Objetivos	12
4.1.2. Talento humano	13
4.1.3. Duración mínima recomendada	13
4.1.4. Atenciones incluidas.....	13
4.1.5. Frecuencia	13
4.2. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.....	13
4.2.1. Objetivos	14
4.2.2. Talento humano	14
4.2.3. Duración mínima recomendada	14
4.2.4. Atenciones incluidas.....	14
4.3. ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL.....	15
4.3.1. Objetivos	16
4.3.2. Talento humano	16
4.3.3. Duración mínima recomendada	17
4.3.4. Atenciones incluidas.....	17
4.3.5. Frecuencia	17
4.3.6. Primera consulta prenatal	17
4.3.7. Control prenatal de seguimiento	19
4.3.8. Instrumentos insumos y dispositivos.....	19
4.4. CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD	20
4.4.1. Objetivos	20
4.4.2. Talento humano en salud requerido	20
4.4.3. Frecuencia y duración mínima	20
4.4.4. Orientaciones para la realización del curso	20
4.5. ATENCIÓN EN SALUD BUCAL.....	25

4.5.1.	Objetivos	25
4.5.2.	Talento humano	25
4.5.3.	Duración mínima recomendada y Frecuencia.....	25
4.6.	ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN.....	25
4.6.1.	Objetivos	25
4.6.2.	Talento humano	25
4.6.3.	Duración mínima recomendada	25
4.6.4.	Atenciones incluidas.....	26
4.6.5.	Frecuencia	26
4.7.	ATENCIÓN DEL PARTO.....	26
4.7.1.	Objetivos	27
4.7.2.	Talento humano	27
4.7.3.	Duración mínima recomendada	27
4.7.4.	Atenciones incluidas.....	27
4.8.	ATENCIÓN DEL PUERPERIO	27
4.8.1.	Objetivos	27
4.8.2.	Talento humano	28
4.8.3.	Atenciones incluidas.....	28
4.8.4.	Instrumentos insumos y dispositivos.....	30
4.9.	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS.....	31
4.9.1.	Objetivos	31
4.9.2.	Talento humano	31
4.9.3.	Atenciones incluidas.....	31
4.9.4.	Instrumentos insumos y dispositivos.....	33
4.10.	ATENCIÓN PARA EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO.....	34
4.10.1.	Objetivos	34
4.10.2.	Talento humano	34
4.10.3.	Atenciones incluidas.....	35
4.10.4.	Instrumentos insumos y dispositivos.....	36
4.11.	ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO.....	37
4.11.1.	Objetivos	37
4.11.2.	Talento humano	37
4.11.3.	Atenciones incluidas.....	38
4.11.4.	Descripción.....	38
4.11.5.	Instrumentos, insumos y dispositivos.....	42

4.12.	ATENCIÓN PARA EL SEGUIMIENTO AL RECIÉN NACIDO	43
4.12.1.	Objetivos	43
4.12.2.	Talento humano	43
4.12.3.	Duración mínima recomendada	43
4.12.4.	Atenciones incluidas	44
4.12.5.	Frecuencia	44
4.12.6.	Descripción	44
4.12.7.	Instrumentos insumos y dispositivos	45
5.	ATENCIÓN A LAS FAMILIAS	46
5.1.	EDUCACIÓN PARA LA SALUD	46
5.2.	ATENCIÓN BÁSICA DE ORIENTACIÓN FAMILIAR	46
6.	ORIENTACIONES PARA EL DESPLIEGUE E IMPLEMENTACIÓN: ADAPTABILIDAD Y PROGRESIVIDAD	47
6.1.	CRITERIOS POBLACIONALES	47
6.1.1.	Atención diferenciada para el embarazo en la infancia y la adolescencia	47
6.1.2.	Adecuación de los servicios para la atención a mujeres con discapacidad	48
6.1.3.	Adecuación de la atención para la población de hombres transgénero	48
6.1.4.	Adecuación intercultural de los servicios	48
7.	MONITOREO Y EVALUACIÓN	49
7.1.	RESULTADOS DE LA RIAMP	49
7.2.	INDICADORES	50
7.2.1.	Indicadores de resultado de la RIAMP	50
7.2.2.	Indicadores de proceso de la RIAMP	51
8.	RED DE PRESTADORES:	54
9.	BIBLIOGRAFÍA	55
10.	ANEXOS	56
	ANEXO 1. Lista de Chequeo para el tamizaje de riesgo durante la atención preconcepcional.	56
	ANEXO 2. Escala de Riesgo biopsicosocial de Herrera y Hurtado	58
	ANEXO 3. Condiciones para remitir a mayor nivel una unidad de cuidado obstétrico de mayor complejidad.	60
	ANEXO 4. Escala de depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)	62
	ANEXO 5. Escala Obstétrica de alerta temprana	63
	ANEXO 6. Clasificación de Choque y evaluación de la respuesta	64
	ANEXO 7. Contenido del Kit de Emergencia obstétrica para instituciones de baja complejidad*	65

ANEXO 8. Gráfica evaluación nutricional de la embarazada Atalah – Índice de Masa Corporal para Edad Gestacional.....	66
ANEXO 9. Evaluación de la técnica de lactancia	66
ANEXO 10. Recomendaciones de salida para madres, padres y familiares de recién nacidos	69
ANEXO 11. Factores de riesgo para evento tromboembólico durante la gestación-parto y puerperio	72
DIAGRAMA DE LA RUTA	75

ACRÓNIMOS Y SIGLAS

CPN	Control Prenatal
DTS	Dirección Territorial de Salud
DSDR	Derechos sexuales y derechos reproductivos
EAPB	Empresa Administradora de Planes de Beneficios
EMS	Equipo Multidisciplinario de Salud
EPS	Entidades Promotoras de Salud
ESCI	explotación sexual comercial infantil
ET	Entidad Territorial
ETA	Enfermedad Transmitida por Alimentos
GABAS	Guías Alimentarias Basadas en Alimentos
HPP	Hemorragia Posparto
IES	Institución de Educación Superior
IPS	Institución Prestadora de Salud
IVE	Interrupción voluntaria del embarazo
MAITE	Modelo de Acción Integral Territorial
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

INTRODUCCIÓN

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 derecho a la salud (definido en la Ley Estatutaria de Salud).

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

1. Reconocer a las mujeres en edad fértil como sujetos de la atención en salud, en el marco de la garantía de los derechos consagrados en los tratados internacionales de derechos humanos, específicamente encaminados a proteger la salud y garantizar el derecho a una vida libre de violencias.
2. Prestar los servicios de salud a la mujer en etapas del ciclo reproductivo sin incurrir en conductas que configuren violencia contra la mujer; ello implica erradicar conductas institucionales como el trato indigno, violencia psicológica, omisión en la atención, negligencia, discriminación por razones de género, clase social, etnia, discapacidad u otra condición o situación.
3. Organizar la gestión y la prestación de los servicios en una lógica centrada en las gestantes y sus familias, lo cual implica trascender de una gestión por estrategias temáticas atomizadas, a una integrada para garantizar el continuo de la atención.
4. Conformar una red de prestación de servicios completa y suficiente, que garantice la entrega de las intervenciones de la Ruta Integral de Atención en Salud Materna Perinatal (RIAMP), en el componente primario y complementario de la red, con criterios de 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.

Este documento contiene las orientaciones para la operación de la RIAMP, tomadas del anexo técnico No. 3 de la Resolución 3280 de 2018, con las modificaciones incluidas en la Resolución 276 de 2019, incluyendo los parámetros para su gestión, las intervenciones familiares e individuales contenidas en la ruta, el talento humano requerido para su provisión, los resultados esperados, los indicadores y procedimientos para el monitoreo y evaluación de los mismos y los parámetros generales que los agentes del sistema deben observar para su implementación. Las intervenciones consideradas como de **protección específica y detección temprana** de este lineamiento son: 1) Atención Preconcepcional, 2) Interrupción Voluntaria del embarazo, 3) Control Prenatal, 4) Curso de Preparación para la Maternidad y la paternidad, 5) Consulta de odontología, 6) Consulta de nutrición, 7) Atención del Parto, 8) Atención del Puerperio, 9) Atención del recién nacido, 10) Control del Recién nacido².

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

² Tomado de Lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en salud materno perinatal. Minsalud, 2018

1. OBJETIVO Y ALCANCE DE LA RUTA

1.1 PROPÓSITO

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

1.2 OBJETIVO GENERAL

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

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

1.4 POBLACIÓN SUJETO Y ALCANCE

Todas las mujeres con intención reproductiva a corto plazo, las mujeres gestantes, en parto y posparto, sus familias o red de cuidado y el recién nacido hasta los siete días de su nacimiento, afiliadas a UNISALUD.

2. GESTIÓN DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN MATERNO PERINATAL

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

- Generación de información sobre las características, situación y determinantes de la salud de la población materno – perinatal que sirva para aportar a la implementación progresiva de la RIAMP, las modalidades de prestación requeridas para las intervenciones, las necesidades de adaptación y la orientación para el diseño de los procesos de información y educación.
- Establecimiento de acuerdos intersectoriales para generar complementariedad entre la oferta de otros sectores con la del sector salud, de acuerdo a las competencias, que permita trabajar integralmente, ganar en efectividad y evitar duplicidad. Así mismo, implica la gestión intersectorial para el desarrollo de las intervenciones individuales y colectivas en los diferentes entornos, que propendan por ejemplo por acciones afirmativas de la mujer en el entorno laboral.
- Generación de acuerdos entre los actores del SGSSS para la implementación de los procedimientos individuales, familiares, colectivos y poblacionales contemplados en la RIAMP incluyendo la adaptabilidad y progresividad.
- Gestión de la disponibilidad, suficiencia y completitud de la red de prestación de servicios para garantizar la entrega de los procedimientos individuales contemplados en la RIAMP de forma accesible, con calidad y sin fragmentar los servicios teniendo en cuenta las disposiciones normativas vigentes para la población materno – perinatal en todos los ámbitos de operación del MIAS-MAITE.
- Organización de la operación y funcionamiento que asegure la prestación del conjunto de procedimientos contemplados en la RIAMP.
- Gestión de la demanda inducida para el acceso a los procedimientos individuales contemplados.
- Generación de acuerdos para complementariedad de la atención por los diferentes planes de beneficios, así: las intervenciones individuales (valoración integral; detección temprana; protección específica, diagnóstico, tratamiento y educación para la salud, están cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC (PB-UPC), y las intervenciones colectivas (educación para la salud; información en salud; fortalecimiento de redes sociales y comunitarias; canalización; jornadas de salud y caracterización social y ambiental) están a cargo del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC). En el caso de las intervenciones que se pueden desarrollar con cargo a ambos planes de beneficios, como son la educación, los tamizajes para eventos de alta externalidad y la información en salud, se debe definir para su ejecución: i) los ámbitos territoriales, ii) los entornos, iii) los contenidos y iv) las capacidades a desarrollar.

- Identificación, disposición y divulgación del conocimiento y evidencia sobre estrategias, programas, proyectos o iniciativas que soporten el diseño e implementación de las intervenciones colectivas dirigidas a mujeres gestantes.
- Fortalecimiento de las capacidades del talento humano (técnicas, funcionales y actitudinales) y de las organizaciones requeridas para la prestación de los procedimientos contemplados en la RIAMP con énfasis en:
 - Derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos. Derechos de la mujer dentro del proceso reproductivo (autonomía reproductiva, acompañamiento de su elección durante el proceso de parto, elección de analgesia, etc.)
 - Enfoque de género.
 - 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.
- Promoción de la participación de las mujeres gestantes y sus familias en los procesos de planificación, seguimiento y evaluación de los servicios y en las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud, de esta manera debe diseñar con el equipo de salud a cargo de la atención, el plan integral de cuidado de la salud y la forma de transitar por la RIAMP.
- Realización de auditoría, inspección, vigilancia y control basada en resultados en la red prestadora a la prestación de procedimientos individuales, familiares y colectivos

3. INTERVENCIONES COLECTIVAS

Dado que la red de apoyo con la que cuenta la mujer gestante al interior de su comunidad es vital para su cuidado y el de su recién nacido, se requiere el fortalecimiento de la *red de cuidado*³ familiar y comunitario, para contribuir a la promoción de la salud y al alcance de los resultados en salud maternos y perinatales.

Para que estas estrategias se llevan a cabo se deben concretar en los entornos favorables para la salud de la mujer con intención reproductiva, la madre y el recién nacido. Se deben tener en cuenta las definiciones, objetivos y población sujeto en los entornos hogar, educativo, comunitario, laboral e institucional, de acuerdo con la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.

Para el caso de la RIAMP, se debe tener en cuenta en los diferentes entornos donde se identifique población sujeto de esta ruta, las siguientes intervenciones colectivas:

- Información en salud
- Educación y comunicación para la salud
- Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales

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 correspondiente⁴ 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

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

⁴ 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. INTERVENCIONES INDIVIDUALES

Las atenciones en salud individuales serán garantizadas a todas las gestantes y al recién nacido, por medio de un conjunto de procedimientos incluidos en el plan de beneficios en salud financiados con recursos de la UPC.

Acciones de 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

Acciones de 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 (un año). 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, en el marco de la RPMS, se ha ofrecido la anticoncepción como alternativa y que la toma de decisión sobre la fecundidad es informada y libre de coacciones o violencias.

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

4.1.1. Objetivos

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

4.1.2. Talento humano

Las acciones o actividades que incluye la consulta preconcepcional para mujeres sin factores de riesgo deben ser realizadas por profesionales en Medicina o Enfermería. 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 para el manejo de comorbilidades en cada caso; estas interconsultas no se consideran 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: 20 minutos.

4.1.4. Atenciones incluidas

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

4.1.5. Frecuencia

Se debe garantizar como mínimo una consulta inicial y un control.

El procedimiento incluye anamnesis, examen físico, exámenes paraclínicos, suplementación con micronutrientes, plan integral de cuidado primario e información en salud, consulta de control y seguimiento. Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de medicina general, medicina familiar o enfermería, se debe contar con Lista de chequeo para tamizaje de riesgo durante la atención preconcepcional (anexo 1).

4.2. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es un derecho fundamental⁵ de las niñas, adolescentes y mujeres adultas de Colombia. Por esta razón, los servicios de salud relacionados con la IVE deben garantizarse de manera real con una atención oportuna en todos los grados de complejidad y en todo el territorio nacional.

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

⁵ Sentencias T-732 de 2009, T-585 de 2010 y C-355 de 2006

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 3100 de 2019 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, tratando con eficacia las posibles complicaciones del aborto.
- Informar a las mujeres frente a la preparación y ejecución de los procedimientos de interrupción del embarazo y la asesoría y provisión anticonceptiva post aborto; así como las opciones que se tienen, aun estando inmersas en alguna causal, sobre la posibilidad de seguir con la gestación y asumir la crianza o dar el 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 de enfermería, medicina, medicina especializada en ginecología, psicología y trabajo social. Cabe anotar que el hecho de no contar con todo el talento humano, no puede constituirse en una barrera para la prestación del servicio.

4.2.3. Duración mínima recomendada

Al tratarse de una agrupación de procedimientos que va desde la consulta para asesoría de opciones frente al embarazo hasta la oferta anticonceptiva post aborto antes del alta, se considera que el tiempo es variable. En todo caso, si la mujer decide interrumpir el embarazo, desde la consulta inicial, hasta la realización del procedimiento, se debe garantizar que no transcurra un tiempo superior a cinco (5) días calendario. Implica que se lleven a cabo los procesos 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, 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 continua 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.

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

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

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

Toda solicitud de IVE debe quedar debidamente consignada en la historia clínica, se debe establecer la causal bajo la cual la mujer solicita la interrupción de su embarazo. Se debe documentar y registrar en forma clara y concreta en la historia clínica. Además, se deben relacionar los requisitos establecidos legalmente para cada causal.

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

La consulta inicial por medicina para valoración integral de la salud de la mujer incluye anamnesis, examen físico, toma de paraclínicos, certificación de las causales, orientación y asesoría, identificar coerción, información y elección del procedimiento; si elige el procedimiento existen los métodos farmacológicos y no farmacológicos. Se debe realizar el consentimiento informado. Se garantiza la atención en la recuperación y después del procedimiento se realiza asesoría y provisión anticonceptiva. Incluye consulta de seguimiento opcional.

4.3. ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

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

Se comprende por 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 gestación⁶.

Para la adecuada prestación de esta intervención, la aseguradora, junto con los prestadores garantizará 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, UNISALUD garantizará 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.

Las IPS de la red, dispondrán de 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.

⁶ Lineamiento técnico y operativo de la Ruta integral de atención en salud materno perinatal.

Las consultas de cuidado prenatal durante el último mes de gestación (semanas 36, 38 y 40) deben ser realizadas por un profesional en medicina. 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 10 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 primera consulta todas las actividades recomendadas para los controles previos, 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 mínima 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 esta es multipara 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. Primera consulta prenatal

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

- Asesorar sobre opciones durante el embarazo
- 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
- Examen físico
- solicitud de exámenes de laboratorio
- Valoración del riesgo materno

- Plan de cuidado

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 e IgM, para Rubeola en mujeres no vacunadas previamente, antes de la semana 16 si no ha sido realizada en la etapa preconcepcional.
- Pruebas de IgG e IgM, en los casos en que no se conozca el estatus de infección por toxoplasma.
- Si las pruebas de IgG e IgM son positivas tomar prueba de 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 las indicaciones de la ruta de 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 aneuploidias; se recomienda que sea tomado por profesional en ginecología o radiología con el entrenamiento requerido y que se reporte la razón de riesgo para T13 - 18 y 21. Se debe ofrecer la asesoría según el resultado y remitir a Ginecoobstetricia para estudios confirmatorios en caso de tamizaje positivo. En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.
- Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas. Se realizará prueba de ELISA (antígenos totales/crudos) en suero con sensibilidad recomendada $\geq 98\%$ 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.

El plan de cuidado incluye:

- Formulación de micronutrientes

- Información en salud
- vacunación:
 - Toxide 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.

4.3.7. 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

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

4.3.8. 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, escala de clasificación del riesgo de eventos tromboembólicos, tamizaje ASSIST,

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 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 serán definidos por el prestador primario.

4.4.4. Orientaciones para la realización del curso

Con una metodología de diálogo de saberes se realizarán sesiones grupales, con el objeto de compartir conocimientos, experiencias, habilidades y percepciones acerca del significado de la maternidad y la paternidad, del cuidado (propio y de los otros) y de construir nuevos conocimientos, prácticas y valores, que se traduzcan en compromisos concretos para promover y mantener la salud y la calidad de vida de la mujer gestante y su 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
Mujeres gestantes, familias y red de apoyo con prácticas de cuidado para su salud durante la etapa prenatal, el parto y el puerperio	Comprenden los cambios físicos y psicológicos que implica la gestación, lo que les permite implementar prácticas de cuidado de su salud.	Comprenden los cambios físicos y psicológicos que implica la gestación, lo que les permite aportar al cuidado de la mujer gestante y del niño/niña. Familias y red de apoyo de la mujer gestante que reconocen y valoran el proceso de desarrollo gestacional	Sentimientos acerca de la gestación y de los cambios fisiológicos y psicológicos, así como la forma de manejarlos. Mecanismos para afrontar la ansiedad por la salud de la madre y del hijo. Reconocimiento de las causales de la IVE de acuerdo con la Sentencia C-355 de 2006 Sentimientos acerca de la imagen corporal, aumento de peso. Las relaciones laborales y familiares durante la gestación y estrategias para hacer frente a los problemas interpersonales. Sistemas de apoyo disponibles.
	Comprenden cuáles son los derechos a la atención en salud para las gestantes y para los recién nacidos.		Cómo mejorar la accesibilidad cuando vive en áreas rurales y cuando hay barreras culturales y del lenguaje. Asistencia a controles prenatales. Control del recién nacido. Esquema de atenciones individuales en la primera infancia.
	Practican de manera autónoma los ejercicios físicos y de relajación que la preparan para el parto.		Higiene postural: Ejercicios de fortalecimiento del piso pélvico. Actividades de pujo (en colchoneta) Posiciones durante las contracciones: (meecedora,

			<p>silla - vaquero y gateo en la pared)</p> <p>Orientaciones sobre la respiración durante las contracciones y el pujo.</p> <p>Ejercicios de respiración con ciclos 15/5.</p> <p>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.</p>
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)		<p>Búsqueda de apoyo en su red próxima.</p> <p>Preparación de la persona que la acompañe en el trabajo de parto.</p> <p>Accesibilidad cuando vive en áreas rurales.</p>
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.	<p>Signos y síntomas de alarma (manejo adecuado).</p> <p>Identificación de signos de depresión post parto y manejo adecuado.</p> <p>Rutas de atención y servicios disponibles para asistir frente a las alertas identificadas.</p> <p>Formas amorosas de acompañar a la gestante.</p>
	Reconocen las necesidades de los niños e implementan prácticas que favorecen su desarrollo.		<p>Lactancia materna exclusiva y su relación con la construcción del vínculo afectivo madre/hijo(a).</p> <p>Información sobre la consulta de promoción y apoyo a la lactancia materna.</p>

<p>Madres, padres y familiares construyen vínculos afectivos seguro con los niños y las niñas</p>		<p>Postura durante la lactancia (soportes: cojín lactancia, flotador).</p> <p>Cuidado del recién nacido, puericultura.</p> <p>Necesidades socio afectivas.</p> <p>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.</p> <p>Apego seguro.</p> <p>Pautas de crianza</p> <p>Manejo de tiempos para la atención del recién nacido (manejo del cansancio)</p> <p>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.</p> <p>Espaciamiento de embarazos.</p> <p>Asesoría en anticoncepción.</p>
	<p>Reflexionan sobre su propia crianza y reconocen las implicaciones en la salud mental derivados de la</p>	<p>Implementan prácticas de crianza conjunta</p>

	forma en que se construye el apego.		afrontamiento de situaciones de la vida, manejo de emociones, adicciones, violencia, salud física, etc.
	Expresan sus necesidades de apoyo de forma asertiva.	Brindan una red de apoyo afectivo y de ayuda a la madre y al padre (emocional, respaldo, trabajos de casa)	<p>Sistemas de apoyo disponibles.</p> <p>Acciones a tomar en cuenta cuando se vive en áreas rurales o cuando hay barreras de acceso (ej. culturales y del lenguaje).</p> <p>Reconocimiento de las propias necesidades de la madre y expresión asertiva de las mismas.</p>

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 físicos⁷.

⁷ Lineamiento técnico y operativo de la Ruta integral de atención en salud materno perinatal.

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 el profesional de odontología de la red. La descripción de los procedimientos se encuentra en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.

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 debe ser realizada por profesional en odontología con la participación de Auxiliares de Salud Oral.

4.5.3. Duración mínima recomendada y Frecuencia

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

4.6. 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
- Valoración del estado nutricional
- Análisis y plan de cuidado

4.6.5. Frecuencia

Todas las mujeres gestantes deben recibir atención por nutrición al menos una vez, de preferencia al inicio 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 al criterio del profesional en nutrición y dietética.

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.

4.7. 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 institucional del parto se recomienda el desarrollo de estrategias que lo garanticen.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud 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 el parto, a fin de obtener una experiencia humanizada y basada en el enfoque de derechos.
- Reducir y controlar complicaciones del proceso del parto y prevenir las complicaciones del alumbramiento y el puerperio, como la hemorragia posparto, la retención de restos y la infección puerperal.

4.7.2. Talento humano

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

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

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

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

4.7.3. Duración mínima recomendada

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

4.7.4. Atenciones incluidas

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

4.8. 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 a criterios médicos de elegibilidad y a enfoque de derechos.

4.8.2. Talento humano

Los requerimientos de talento humano serán los mismos que para la atención del parto de bajo riesgo.

4.8.3. Atenciones incluidas

En este periodo se reconocen 2 etapas:

- **Puerperio inmediato**

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

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

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

En caso de presentarse hemorragia, debe evaluarse la capacidad 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.

- **Puerperio mediato**

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

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

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

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

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

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

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

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

La IPS hospitalaria entregará como parte de la atención del puerperio los métodos anticonceptivos elegidos con una cobertura de al menos 3 meses siempre con la orden de control ambulatorio de acuerdo al método elegido.

Informar a la usuaria sobre los signos de alarma frente al uso del método, manejo en casa de posibles efectos secundarios y cuándo regresar a consulta de control.

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.

4.8.4. 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 resolutoria, en donde sea valorada por un equipo multidisciplinario de Ginecología - Medicina Materno Fetal, Anestesiología, Cuidados Intensivos y los demás perfiles que sean necesarios.

4.9.3. Atenciones incluidas

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

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

4.9.3.1. Hemorragia obstétrica posparto

La Hemorragia primaria posparto 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

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.

4.9.3.2. 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 algún criterio de severidad:

- TAS ≥ 160 mmHg y/o TAD ≥ 110 mmHg
- Presencia de signos premonitorios: (cefalea global o en “casco”, fosfenos o visión borrosa, tinnitus); 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.

b) Crisis hipertensiva

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

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.

4.9.3.3. Sepsis y choque por sepsis

Además de las definiciones de SIRS, se tendrá en cuenta la definición de **SEPSIS**. Para esto se adopta el uso de las escalas qSOFA y SOFA⁸.

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:

⁸ Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score

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
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 >2mmol/L) e hipotensión (TAS < 90mmHg o TAM < 65mmHg) que no revierte con la administración de una reanimación inicial de cristaloides de 30mL/kg proporcionado en bolos de 300mL cada 15 minutos.

4.9.4. 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 hidrostáticos (Bakri o Sonda condón)

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

4.10. ATENCIÓN PARA EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO

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

El nacimiento debe darse en un 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 alto riesgo de muerte o de generar daños importantes para el resto de la vida.

Las instituciones que realicen la atención del parto, deberán también estar equipadas para la atención del recién nacido, con disponibilidad permanente del talento humano para la atención del binomio madre hijo, y en todos los casos deben contar con los insumos necesarios y suficientes: kit de emergencias obstétricas y kit de reanimación neonatal.

4.10.1. Objetivos

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

4.10.2. Talento humano

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

Los requerimientos mínimos de talento humano son los mismos que para la atención del parto de bajo riesgo (siempre y cuando 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 resolutoria 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.

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.

- **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
- Piel y cordón
- Seguridad (incluye las recomendaciones para prevenir el síndrome de muerte súbita de los recién nacidos y los lactantes).
- Otros cuidados

En el Anexo 10 se presentan algunas de las recomendaciones de salida para padres de recién nacidos, las cuales podrán ser adoptadas o adaptadas por cada institución.

- **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 infantil⁹ y se debe registrar la información de la Historia Clínica Perinatal Simplificada del carné del CLAP. El carné de salud infantil debe ser distribuido a los padres de todo recién nacido, por cuenta de la respectiva Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB), a través de la red de servicios contratada para la población afiliada.

⁹ Reglamentado por la Resolución 1535 de 2002.

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.

- **Egreso hospitalario**

Se dará el egreso hospitalario cuando se hayan cumplido las condiciones 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.

4.10.4. 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.

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

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

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

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

Las instituciones que realicen la atención del parto, deberán también estar equipadas para la atención del recién nacido, con disponibilidad permanente del recurso humano para la atención del binomio madre hijo. Deben contar con kit de emergencias obstétricas y kit de reanimación neonatal.

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 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 isoimmunizada 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 o con Exposición prenatal a Virus Zika.
- Otras condiciones que impliquen manejo perinatal y postnatal especial en el recién nacido.
- Detección de Anomalías congénitas.
- Atención del Recién Nacido con Asfixia Perinatal.
- Atención del Recién Nacido Prematuro.
- Atención del Recién Nacido con Sepsis Neonatal temprana.
- Atención del Recién Nacido con Trastorno Respiratorio.

4.11.4. Descripción

4.11.4.1. Manejo peri y postnatal del recién nacido 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.

4.1.1.4.4. 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 todas las medidas alrededor de la adaptación neonatal y la transición a la vida extrauterina.

4.1.1.4.5. 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.

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.

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

En la atención del hijo de madre isoinmunizada grave incluye entre otras actividades, considerar el pinzamiento inmediato del cordón por el riesgo de paso masivo de anticuerpos.

- Se debe solicitar: cuadro hemático, hemoclasificación, reticulocitos, Coombs directo, extendido de sangre periférica, bilirrubinas, glicemia, Sodio, Potasio, Calcio y Magnesio a las 6 horas de edad en sangre periférica. Se deben solicitar otros exámenes 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 resolutoria necesaria.

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

- 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.

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 (Abruptio de placenta - Placenta previa).

- Los exámenes a solicitar, se harán según las necesidades clínicas que tenga el niño en su proceso de adaptación y de transición a la vida extrauterina. En caso de alteraciones en los resultados de los exámenes, se debe garantizar la atención resolutoria necesaria.
- En caso de que el recién nacido presente paro cardiorrespiratorio o presente inestabilidad vital, deben seguirse los procedimientos indicados en las versiones actualizadas de las Guías de Soporte Vital Avanzado Neonatal (NALS, por sus siglas en inglés).

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

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

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

4.11.4.10. Otras condiciones que impliquen manejo perinatal y posnatal 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.

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 requiera¹⁰.

¹⁰ Tomado de Lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en salud maternoperinatal.

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 institucional del 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 pertinente.

4.12.1. Objetivos

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

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

4.12.2. Talento humano

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

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

4.12.3. Duración mínima recomendada

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

para la salud de los niños contemplados en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la Primera Infancia.

4.12.4. Atenciones incluidas

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

4.12.5. Frecuencia

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

4.12.6. Descripción

4.12.6.1. Control ambulatorio del recién nacido

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

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

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

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

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

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

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

Debe realizarse el registro 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 Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad definido en el manual de Habilitación. Se usarán para la atención las siguientes escalas e instrumentos: Carné de salud infantil reglamentado por la Resolución 1535 de 2002, 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 lineamiento 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.

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 de la salud.

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 la 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 servil, 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 del Ministerio de Salud y Protección Social.

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.

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 vigente en materia de derechos sexuales y reproductivos para las mujeres con discapacidad, en especial la Resolución 1904 de 2017, a través de:

- Apoyos técnicos, tecnológicos, humanos y salvaguardias que permitan la manifestación de la voluntad plena e informada por parte de la mujer con discapacidad frente al proceso reproductivo. Ello implica contar con intérpretes, pictogramas, entre otros.
- Efectuar los ajustes razonables en el ámbito arquitectónico y otros condicionantes referentes a la accesibilidad de las mujeres con discapacidad a los procedimientos en la institución. Es decir, las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás.

6.1.3. 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 consulta previa y concertación, no solo con los representantes de las organizaciones de grupos étnicos, sino también con la institucionalidad indígena en salud y con la comunidad en general, especialmente con las mujeres –para el caso de la salud materno-perinatal.

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 de 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 en la 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 toman decisiones en relación con la planeación de la gestación.	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
	Gestantes sin mortalidad y morbilidad evitable.			Recién nacidos que reciben una atención neonatal segura
	Gestantes que desarrollan la capacidad de agencia para el cuidado de la salud y del recién nacido			Recién nacidos sin mortalidad y morbilidad evitable
	Mujeres y sus familias que desarrollan capacidades para el cuidado de la salud materno perinatal			

Tomado de: lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en 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 materno y perinatal; se deben agotar algunas actividades tales como: identificación, notificación de los eventos,

recolección, consolidación y análisis de la información por parte de los diferentes agentes, según el alcance de sus obligaciones (IPS, EAPB, DTS, MSPS, Superintendencia de Salud). A continuación, se detallan algunas actividades:

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

7.2. 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.

7.2.1. Indicadores de resultado de la RIAMP

A continuación, se relacionan los indicadores de resultado a los cuales todos los agentes del sistema de salud deberán contribuir para el logro de los resultados esperados¹¹

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.			

¹¹ Tomado de lineamiento técnico y operativo de la RIAMP, Minsalud, 2018

7.2.2. Indicadores de proceso de 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 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 mejores condiciones de salud	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			
mejores condiciones de salud	Proporción de gestantes con tamizaje para VIH sobre gestantes totales			
	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.			

RESULTADO	INDICADOR	ENTIDAD TERRITORIAL	EAPB	IPS
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.			
Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles	Proporción de recién nacidos que son dados de alta cumpliendo el tiempo establecido (24 horas en 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.			
	Índice de mortalidad materna de los casos de MME.			

RESULTADO	INDICADOR	ENTIDAD TERRITORIAL	EAPB	IPS
Recién nacidos que reciben una atención neonatal segura	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.				
Recién nacidos sin mortalidad y morbilidad evitable	Proporción de recién nacidos que reciben valoración pre alta hospitalaria.			
	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.			
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			

8. RED DE PRESTADORES:

IPS PRIMARIAS:

- IPS SALUD INTEGRAL SAS. –Tunja
- CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BOYACA, COMFABOY: Duitama, Sogamoso, Chiquinquirá.
- Hospital Regional de Moniquirá
- Hospital San Vicente de Paul de Paipa
- Hospital San Francisco de Villa de Leiva

IPS COMPLEMENTARIAS. Ginecología - Tunja

- García Pérez y Compañía S.A.S
- Clínica Medilaser
- Hospital San Rafael
- Víctor Armando Pinto Barón
- Asociación Probienestar de la Familia Colombiana PROFAMILIA

Demás municipios

- Hospital Regional de Sogamoso
- Hospital regional de Chiquinquirá
- Hospital regional de Duitama
- Hospital Regional de Moniquirá
- Convenios con Universidad Nacional de Colombia, Universidad Industrial de Santander, Universidad del Valle
- Red contratada en Tunja, Duitama, Sogamoso, Bogotá.

9. BIBLIOGRAFÍA

- 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.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (2014). Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. 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 ESTRATÉGICA POR LA SALUD DE LA INFANCIA, (2017). *Propuesta técnica y operativa para la atención a gestante recién 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, 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 para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita*. Bogotá D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, UNFPA. (2014). *Modelo de Seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud*. Bogotá D.C.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN 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*
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2 de agosto de 2018). Resolución 3280 de 2018, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación. Anexo 3: Lineamiento técnico y operativo Ruta de atención integral en salud Materno Perinatal.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (4 de febrero de 2019). Resolución 276 de 2019 "Por la cual se modifica la Resolución 3280 de 2018". Bogotá.

10. ANEXOS

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

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

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

Nutrición, peso, trastornos alimenticios y actividad física			
³² Ingesta Prolongada de Suplementos Dietéticos	1. Si	2. No	3. No/R
³³ Ingesta de dosis elevadas de Vitamina A	1. Si	2. No	3. No/R
³⁴ Deficiencia de Vitamina D	1. Si	2. No	3. No/R
³⁵ Deficiencia de Calcio	1. Si	2. No	3. No/R
³⁶ Deficiencia de Ácidos grasos esenciales	1. Si	2. No	3. No/R
³⁷ Deficiencia de Iodo	1. Si	2. No	3. No/R
³⁸ Sobrepeso	1. Si	2. No	3. No/R
³⁹ Bajo peso	1. Si	2. No	3. No/R
⁴⁰ Antecedente de cirugía o intervención para reducción de peso	1. Si	2. No	3. No/R
⁴¹ Alteraciones alimenticias (Anorexia nervosa y Bulimia)	1. Si	2. No	3. No/R
⁴² Deficiencia de actividad Física	1. Si	2. No	3. No/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. No/R
⁴⁷ Hepatitis B	1. Si	2. No 3. No/R
⁴⁸ Varicela	1. Si	2. No 3. No/R
⁴⁹ Sarampión, paperas y rubéola	1. Si	2. No 3. No/R
⁵⁰ Influenza	1. Si	2. No 3. No/R
⁵¹ Tétano, pertusis, difteria	1. Si	2. No 3. No/R

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	Sifilia	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
Escala de riesgo biopsico social prenatal**

	Clasificación	Puntos
Historia reproductiva		
Edad	<16 años	1
	16-35 años	0
	>35 años	2
Paridad	0	1
	1-4	0
	>4	2
Cesárea previa		1
Preeclampsia o hipertensión		1
Abortos recurrentes o infertilidad		1
Hemorragia postparto o remoción		1
Manual de placenta		1
Peso del recién nacido	<2,500 g ó >4,000 g	1
Mortalidad fetal tardía o neonatal temprana		1
Trabajo de parto anormal o dificultoso		1
Cirugía ginecológica previa		1
Embarazo actual		
Enfermedad renal crónica		2
Diabetes gestacional		2
Diabetes pre concepcional		3
Hemorragia	<20 semanas	1
	≥20 semanas	2
Anemia (Hb <10 g/l)		1
Embarazo prolongado (>42 semanas)		1
Hipertensión arterial		2
Polihidramnios		2
Embarazo múltiple		3
Presentación de frente o transversa		3
Isoinmunización		3
Riesgo psicosocial		
Ansiedad severa		1
Soporte social familiar inadecuado		1

Fuente: Herrera *et al.*¹⁵

Ansiedad severa: Tensión emocional, humor depresivo, síntomas neurovegetativos de angustia (dos o tres síntomas intensos).

Soporte social inadecuado: Insatisfacción con el apoyo recibido por la familia y/o compañero en el embarazo en tiempo, espacio y dinero (dos 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 BIOPSICOSOCIAL 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. **Temblores:** 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 escapan al siguiente listado, el cual se considera una lista orientadora y no exhaustiva de las condiciones o factores que inciden sobre la decisión de remitir a la gestante a una unidad de cuidado obstétrico de mayor complejidad (Nivel II 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 o 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, desgarró 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 Edimburgo (EPDS)

Versión validada en español (adaptado de García-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 idioma 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 cardiaca (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

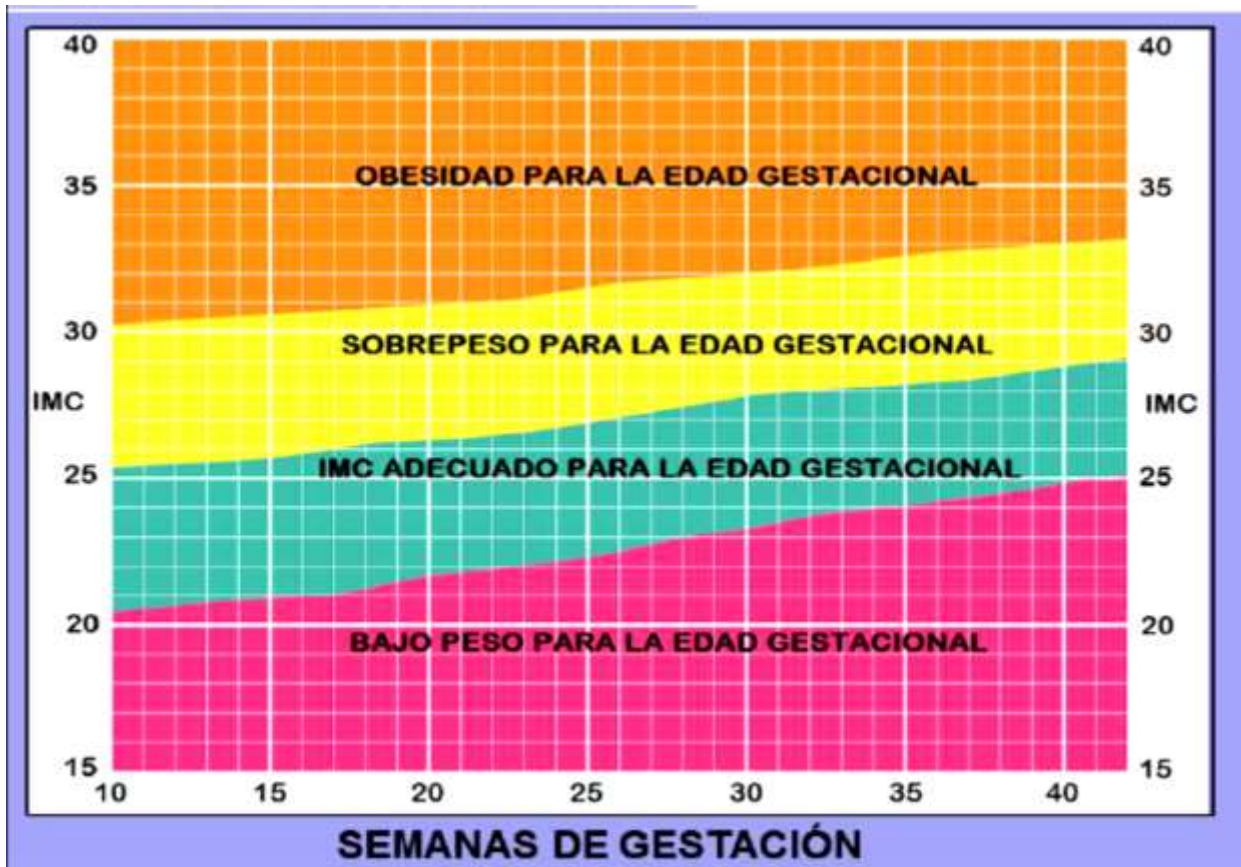
Parámetros de evaluación	Rápida respuesta	Respuesta transitoria	No Respuesta
Signos vitales (las metas son: PAS >90 mmHg, sensorio normal y pulso radial firme)	Retoman a lo normal	Hipotensión recurrente (PAS <90mmHg); sensorio comprometido; pulso radial débil; taquicardia	Permanecen anormales o no se 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.



VIGILADO Supersalud

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.	• Emplear las habilidades para escuchar cuando se brinda consejería a la madre y su acompañante, sobre la alimentación de su lactante o niño pequeño.
2. Emplear las habilidades para reforzar la confianza y dar apoyo, en la comunicación con la madre.	• Reforzar la Confianza y dar apoyo cuando se brinda consejería a la madre, sobre la alimentación de su lactante o niño pequeño.

Actividades	Acciones a desarrollar
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 las madres para que sepan cómo preparar el recipiente para la leche extraída <ul style="list-style-type: none"> • 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 periodo 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.

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

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

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

Alimentación: La alimentación del recién nacido debe ser leche materna. Debe ser el único alimento hasta los 6 meses. Los principales beneficios han sido demostrados: disminuye infecciones como diarrea, infecciones de oído, disminuye hospitalizaciones por diarrea y por infecciones pulmonares, disminuye la probabilidad de asma, de dermatitis alérgica, de obesidad, disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante. Para la madre disminuye el riesgo de cáncer de seno, de ovario y de diabetes tipo 2. Para tener una lactancia exitosa hay que conocer muchos aspectos:

- Calostro: es la leche que se produce los primeros días, se produce en pequeñas cantidades y tiene un color amarillo o dorado. Suple todas las necesidades del bebé y tiene un inmenso beneficio protector contra infecciones
- Como esta cantidad es poca, en ocasiones esto produce angustia a las madres y acompañantes siendo una de las principales causas equivocadas de iniciar leches de fórmula.
- Para evitar esto hay que ofrecer realmente la alimentación a libre demanda, sin restricciones: esto es cada vez que el bebé quiera, puede que sean 8 a 12 veces y el tiempo que él desee.
- La mejor manera de aumentar la producción de leche es que el bebé succione frecuente y con buena técnica.
- Esta buena técnica también sirve para prevenir problemas como heridas o fisuras en los pezones e inflamación de los senos. Deben tenerse en cuenta las siguientes indicaciones: La madre puede estar acostada en la cama o estar sentada en una silla con espalda, brazos y pies apoyados. Puede estimular la zona central del labio superior e inferior del bebé con el pezón, para que el bebé abra la boca y agarre buena parte de la aréola. La boca del bebé debe cubrir lo que más pueda de la zona café alrededor del pezón. La barbilla debe tocar el pecho. El labio inferior debe quedar enrollado hacia abajo, y la punta de la nariz puede tocar el seno. Debe ver y oír cuando el bebé traga. La succión debe ser rítmica y sostenida. El bebé debe tener la cabeza más alta que el resto del cuerpo y su abdomen debe estar recostado contra el abdomen de la madre o El brazo del bebé puede estar “abrazando” a la mamá en vez de que quede entre su cuerpo y el de la mamá.

Luego de que el bebé recibe alimento:

- La boca debe verse húmeda
- Los pañales deben sentirse pesados, que indican que está bien hidratado.
- El seno debe quedar blando.
- Luego de que el bebé se alimenta, se puede permitir unos minutos en posición vertical con la cabeza sobre el hombro de algún adulto para ayudar a que elimine gases, si los hay. No hay necesidad de darle vueltas. No siempre hay que esperar a que elimine gases para poder acostarlo.
- No es necesario agregar agua, ni otros líquidos en la alimentación del bebé.

Patrón de alimentación • Él bebe puede tener patrones variables de alimentación, por lo menos en los primeros días, inicialmente toma pequeñas cantidades de calostro y luego va incrementando las tomas. • Cuando se establece el aporte de leche, el bebé se alimentará generalmente cada 2-3 horas, pero esto podrá variar entre bebés y, si su bebé es saludable, se debe respetar el patrón individual de cada bebé. • Si el bebé no parece satisfecho después de una buena alimentación proveniente del primer seno, se le deberá ofrecer leche del otro seno. Intente extraerse leche y ofrecerle cuando sienta que no está saliendo. • Evite uso de chupos o biberón antes de las dos semanas de nacido, sólo cuando esté bien instaurada la lactancia, es decir que no haya dificultades con la lactancia.

Preocupaciones frecuentes:

- **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 puerperio¹²

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	1 FACTOR
Trombofilia adquirida o heredada con Evento Tromboembólico venoso previo (EVT)	Anticoagulación Desde el momento de su identificación	Anticoagulación Hasta al menos 6 semanas postparto
EVT recurrente (dos o más)		
Obesidad mórbida pregestacional (IMC > 40 Kg/m ²)		
Trombofilia heredada de alto riesgo o adquirida (Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípido).	Trombopprofilaxis farmacológica antenatal desde el momento de su identificación	Trombopprofilaxis farmacológica postnatal Hasta 6 semanas postparto
EVT previo		
Enfermedades del colágeno: Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis Reumatoidea, Dermatomiositis.		
Óbito		
Síndrome de Hiperestimulación Ovárica	Trombopprofilaxis farmacológica en I trimestre y hasta que resuelva cuadro clínico.	***
Sepsis puerperal	***	Trombopprofilaxis farmacológica por 10 días posterior al egreso.
Gestante o mujer en puerperio hospitalizada > 3 días ^b .	Durante la hospitalización: trombopprofilaxis con medidas farmacológicas	
	Al alta: Trombopprofilaxis con medidas no farmacológicas por 28 días.	
Obesidad pregestacional (IMC a 30 – 39 Kg/m ²)		
Várices ^c		
Diabetes tipo I y tipo II		

¹² Tomado de GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA PREVENCIÓN DE EVENTOS TROMBÓEMBOLICOS DURANTE LA GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO. STI Cochrane Review Group, School of Medicine, National University of Colombia. Comité de mortalidad maternal ASBOG.

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		
Trasfusión > 2 Unidades		
Gestante o Mujer en Puerperio hospitalizada < 3 días ^b	<p>Durante la hospitalización: tromboprofilaxis con cualquier intervención farmacológica o no farmacológica.</p> <p>Al alta: con medidas no farmacológicas por 10 días.</p>	
EDAD >35 Años	<p>CON 1-2 FACTORES DE RIESGO: recomendaciones generales</p>	
Sobrepeso Pregestacional IMC 25-30 Kg/m ²		
Tabaquismo	<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>
Hipertensión Arterial Crónica		
Hemorragia Anteparto		
Inducción del trabajo de parto		
3 o más partos.		
Conoamnionitis		
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.

^c Considerar aquellas várices que provoquen edema, cambios en la piel, dolor o comprometan las 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 ALTO



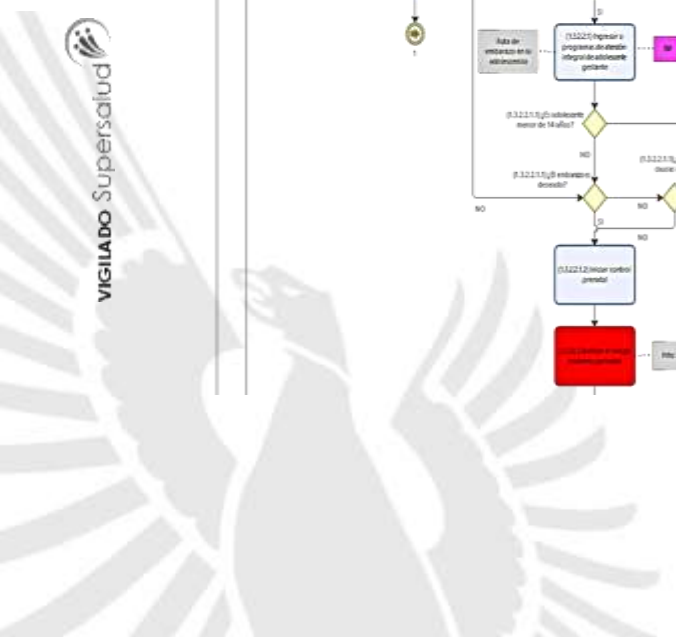
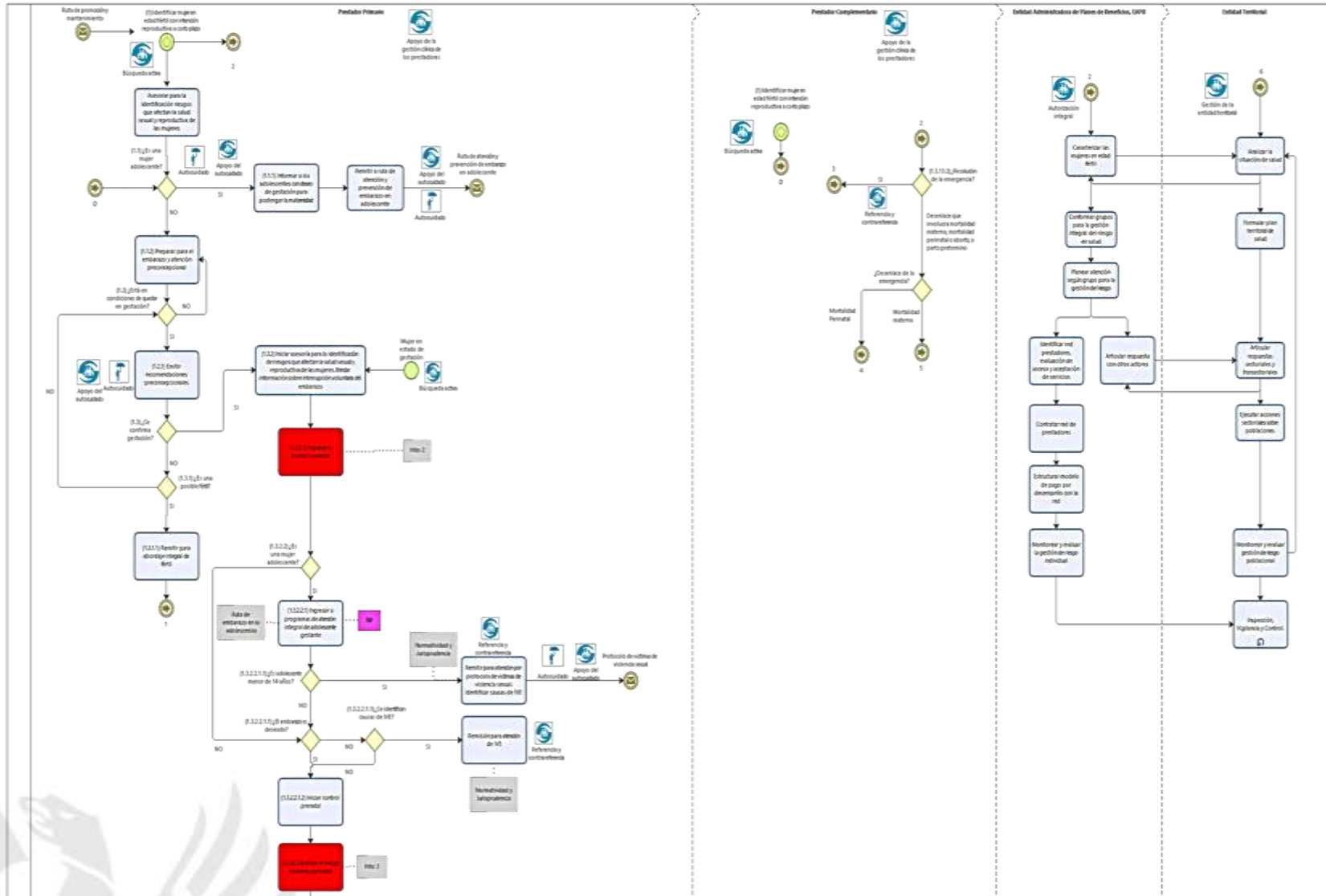
RIESGO MODERADO

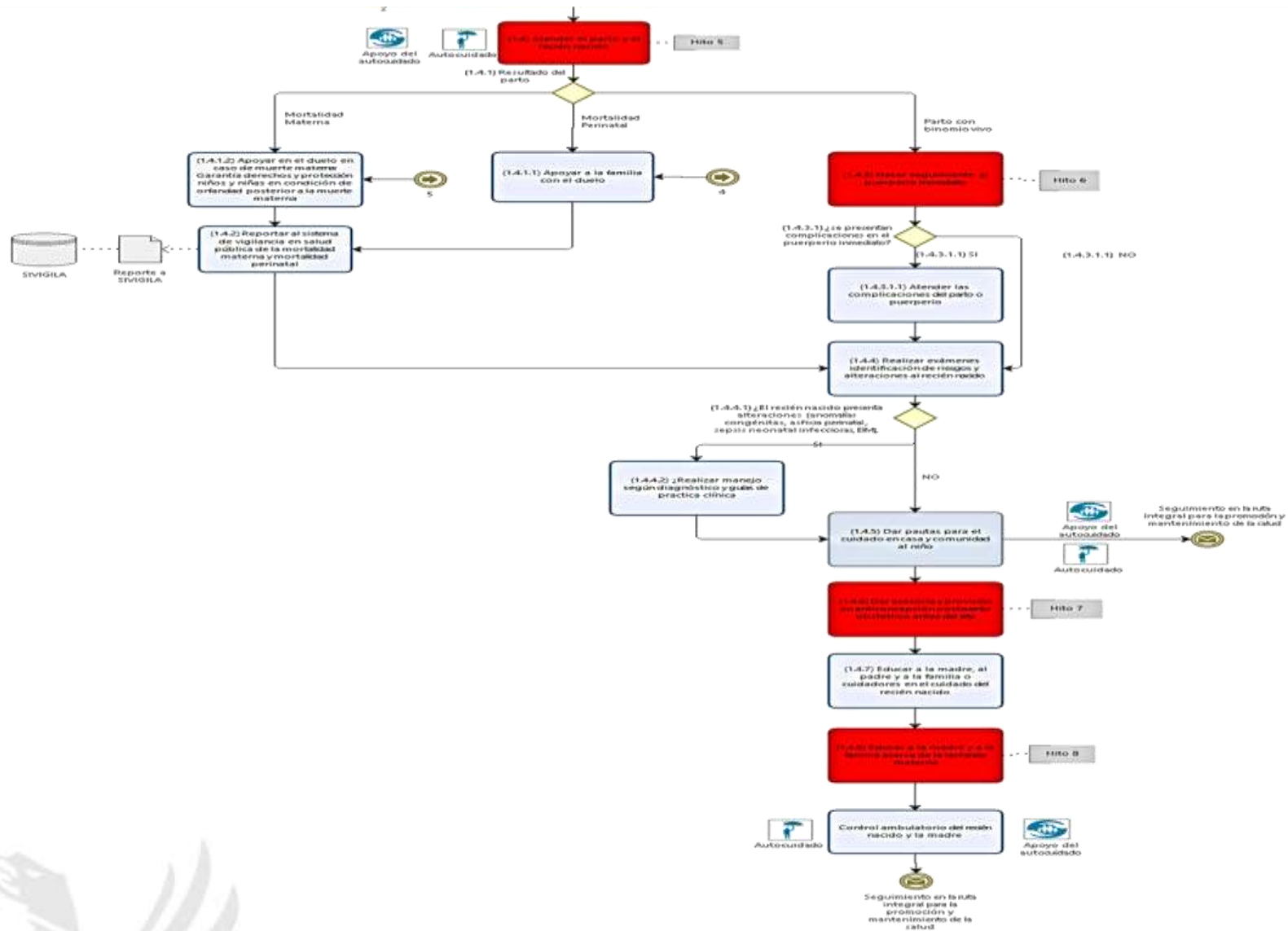


RIESGO BAJO



DIAGRAMA DE LA RUTA





Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RPM