MANUAL DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN MATERNO PERINATAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYAN

Elaboró:

CRISTHIAN VALENCIA MESA
Referente de Rutas Integrales de Atención en Salud.-Afiliado participe Admisalud

SILVIO ABRAHAM FERNÁNDEZ TELLO
Coordinador de Ginecología – Afiliado participe Asomi

YAZMIN ELENY DAZA GUAÑARITA
Lider de Calidad del servicio de Ginecología –Afiliada participe Admisalud

GLORIA ELIZABETH MARTÍNEZ OROZCO
Coordinadora – Neonatología – Contratista OPS

ANA MARÍA GÓMEZ
Coordinadora Banco de Leche---Afiliada participe Admisalud

Revisó:

OSCAR FERNANDO ROSERO.
Subgerente Científico

PAOLA ANDREA VEGA.
Enfermera Especialista Gr I, con funciones de coordinadora de aseguramiento de la calidad

Aprobó:

CESAR EDMUNDO SARRIA PORRAS
Gerente

POPAYAN 2022

CONTENIDO

1. INTRODUCCION 3
2. OBJETIVOS 4
2.1. Objetivo General 4
2.2. Objetivos Específicos 4
3. JUSTIFICACIÓN 4
4. AREA DE APLICACIÓN 7
5. RESPONSABLES 7
6. MARCO NORMATIVO 8
7. ALCANCE 9
8. DEFINICIONES 10
9. RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E 18
9.1. Gestión de la ruta integral de atención materno perinatal 18
9.2. Intervenciones colectivas 19
9.3. Intervenciones individuales 20
9.3.1. Atención para el cuidado preconcepcional: 20
9.3.2. Interrupción voluntaria del embarazo: 21
9.3.3. Atención para el cuidado prenatal de alto riesgo: 36
9.3.4. Atención para la promoción de la alimentación y nutrición 46
9.3.5. Atención del parto: 51
9.3.6. Atención del puerperio 57
9.3.7. Atención de operación por cesárea 63
9.3.8. Atención de emergencias obstétricas 68
9.3.9. Atención para el cuidado recién nacido 79
9.3.10. Atención de las complicaciones perinatales y/o postnatales del recién nacido 92
9.3.11. Atención para el seguimiento al recién nacido 101
10. Criterios poblacionales y Enfoque diferencial 102
11. Adecuaciones técnicas 123
12. Monitorización y Control de Indicadores 123
13. BIBLIOGRAFÍA 139
14. ANEXOS 140

1. INTRODUCCION

La ruta integral de atención en salud materno perinatal es una ***herramienta operativa de obligatorio cumplimiento*** en todo el territorio nacional, que define a los integrantes del sector salud (Dirección Territorial de Salud, aseguradores, entidades a cargo de regímenes especiales o de excepción y prestadores) las condiciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la generación de una cultura del cuidado para todas las personas, familias y comunidades, como parte de la garantía del ese derecho fundamental (definido en la Ley Estatutaria de Salud) (Resolución 3280, 2018,pág. 238).

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

- 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 (Resolución 3280, 2018,pág. 238).
- 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 (Resolución 3280, 2018,pág. 238).
- 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 (Resolución 3280, 2018,pág. 238).
- 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 (Resolución 3280, 2018,pág. 238).
- 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 (Resolución 3280, 2018,pág. 238).

El hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., Como responsable de las intervenciones relacionadas con la promoción de la salud materna, la prevención de factores de nesgo y de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento en la población del sur occidente Colombiano; es importante el trabajo de manera articulada y consensuada con todos los actores y con participación de la comunidad para impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud, la situación de salud de la población y contribuir en mejorar la calidad de vida de los mismos.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Establecer las disposiciones técnicas y operativas de obligatorio cumplimiento para la prestación de la atención en salud a todos los recién nacidos y mujeres gestantes, durante la gestación, el periodo perinatal y el posparto en el marco de las rutas integrales de atención en salud, y el modelo de acción integral territorial MAITE.

2.2. Objetivos Específicos

- Garantizar el acceso universal a las intervenciones de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – perinatal.
- 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.
- Afectar positivamente el entorno institucional para que ser una institución protectora y potenciadora de la salud de las mujeres gestantes y del recién nacido.
- Contribuir al logro de los resultados en salud esperados en las mujeres gestantes y en los recién nacidos.

3. JUSTIFICACIÓN

El abordaje integral de la mujer teniendo en cuenta los enfoques de derechos, género, diferencial y curso de vida antes, durante y después del evento obstétrico como estrategia del componente de prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos,

implica el reconocimiento de la salud materna no solo como la ausencia de enfermedades durante el embarazo, parto y postparto, sino que la mujer gestante pueda disfrutar del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, para vivir y afrontar su maternidad dignamente, de tal manera que este momento del ciclo vital permita sustraer a la mujer de la mirada exclusivamente biológica o médica, y que sea también abordada desde lo social, con todos sus determinantes dentro de un marco de derechos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

La maternidad es un viaje poderoso de la vida, un reconocimiento a la capacidad de transformación del cuerpo para albergar la vida de otros y otras; a través de ese dialogo molecular entre los sueños y las expectativas, transcurren nuestras primeras lecciones de lo que será el mundo. Cuidar tu vientre, tus emociones, tus hábitos son parte del acunar la vida cada día (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

En Colombia, un número importante de mujeres gestantes mueren al año, en promedio durante un día, 40 mujeres embarazadas están cerca de la muerte, la mayoría de las veces por causas prevenibles que están relacionadas con hipertensión asociada al embarazo, hemorragia o infección (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

En el departamento del Cauca la tendencia de la mortalidad materna infantil y niñez en el Departamento del Cauca en los años 2006 a 2019 se observa que (ASIS del departamento del Cauca , 2021, pág. 114).

- La razón de mortalidad materna en el Departamento del Cauca es de 47,03 estadísticamente más baja que la de Colombia que se ubica en 50,73, lo que refleja el trabajo que se ha realizado en maternidad (ASIS del departamento del Cauca , 2021, pág. 114).
- La tasa de mortalidad neonatal no presenta diferencia estadísticamente significativa con la nación, en el último año se presenta una leve disminución de 7,64 en 2018 a 6,94 en 2019 (ASIS del departamento del Cauca , 2021, pág. 115).
- La tasa de mortalidad infantil, la mortalidad en la niñez y la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años no presentan diferencia estadísticamente significativa con la nación (ASIS del departamento del Cauca , 2021, pág. 115).

La mortalidad materna en el Departamento del Cauca se mantuvo por encima de las cifras nacionales hasta el año 2016, En 2017 disminuye a una razón de 42,60. en 2018 llega a 39,03 y en 2019 se incrementa a 47,03. El mayor incremento se presenta en el año 2011, en donde la mayoría de las

mortalidades maternas se generaron por demoras tipo 1 y 2, es decir por factores como capacidad de agencia de las mujeres en edad fértil, barreras geográficas, económicas y en buen número de casos barreras de tipo cultural; esas mujeres no tuvieron acceso a los servicios de salud en forma oportuna (ASIS del departamento del Cauca , 2021, pág. 116).

La tasa de mortalidad neonatal ha descendido en los últimos años de 11,72 en el año 2005 a 6,76 en el año 2016, a partir de 2017 se incrementa la tasa a 7,61, en 2018 a 7,64 y en 2019 disminuye a 6,94 (ASIS del departamento del Cauca , 2021, pág. 116).

Para el municipio de Popayán la mortalidad materna ha presentado un comportamiento variable y al descenso a través del tiempo. Entre 2006 y 2010 se redujo en alrededor de 72 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, con una razón que pasó de 118 a 45 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. En el periodo del 2011 al 2019, el indicador osciló entre 95.2 y 0.0 alcanzando el valor más bajo para el último año analizado 2019. De acuerdo con el comportamiento que viene presentando este indicador, se espera que continúe se sostenga. Por otro lado, la tasa de mortalidad neonatal presenta un comportamiento decreciente continuo, siendo el año 2010 el de mayor valor con 9,7 muertes neonatales por cada mil nacidos vivos y el año 2013 el de menor valor con 3.8 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Durante el 2019 se dio un total de 4.41 muertes neonatales por cada 1000 nacidos vivos (ASIS Municipal de Popayán, 2021, pág. 101).

El municipio, siendo consciente de que las muertes maternas y neonatales son la expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, y éstas constituyen un tema de gran importancia en la agenda de la salud pública, le ha apostado a mejorar la cobertura y la calidad de la atención e intervención del programa control prenatal con el fin de reducir en el tiempo la mortalidad materna, neonatal, infantil y modificar la incidencia de afecciones respiratorias, bajo peso al nacimiento y prematurez en los neonatos (ASIS Municipal de Popayán, 2021, págs. 101,102).

En general, Nuestro país ha venido haciendo importantes esfuerzos dirigidos al mejoramiento de la calidad, oportunidad y gestión en los servicios de salud, la generación de alianzas y sinergias entre sectores y actores competentes e interesados, la promoción, formación y fortalecimiento de organizaciones y redes de movilización social y la gestión de la comunicación y del conocimiento, impactando en la reducción de brechas de equidad y el

fortalecimiento de competencias en el talento humano en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. que presta servicios de salud de alta complejidad actúa de manera más oportuna y consciente a través de las acciones de promoción, prevención y gestión del riesgo de las gestantes procurando la mejora en general de la salud materna y en específico de los indicadores de mortalidad materna y morbilidad materna extrema, con enfoque de calidad y mejoramiento continuo, con la integridad, seguridad y humanización del servicio para la población materno infantil, en el marco de la Política de atención integral en salud (PAIS) y la aplicación del Modelo de acción integral territorial (MAITE) contribuyendo a garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud bajo condiciones de equidad para el fortalecimiento de buenas prácticas que redunden en una mejor salud materna por medio de su talento humano comprometido.

4. AREA DE APLICACIÓN

Para las unidades que involucre la ruta integral de atención materno perinatal comenzado por urgencias ginecológicas, sala partos y sala de internación de ginecología y obstetricia, cirugía, unidad de cuidados intensivos neonatales.

5. RESPONSABLES

Son responsables de brindar los medios adecuados para la implementación y seguimiento de la ruta integral en salud materno perinatal (RIAMP) dentro de la Institución:

- La Junta Directiva de la institución.
- La Gerencia
- La subgerencia científica
- La subgerencia administrativa
- Oficina Aseguramiento de la calidad
- Oficina Asesora de Planeación
- Oficina Jurídica
- Oficina de Gestión financiera
- Oficina de Talento Humano
- Oficina de Sistema de Información y Atención al Usuario
- Coordinación de enfermería.
- Coordinadores asistenciales.

Talento humano que desempeña funciones o actividades en los procesos misionales (personal asistencial).

Talento humano que desempeña funciones o actividades en los procesos de evaluación y control, estratégicos y de apoyo (Personal administrativo) del HSUJ.

6. MARCO NORMATIVO

a) Ley 1751 de 2015 Ley estatutaria del derecho fundamental a la salud.
b) Ley 1955 de 2019 Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, pacto por la equidad".
c) Resolución 1035 de 2022 Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. "tiene como eje central la visión de la Salud Pública planteada para Colombia a 2031". Ministerio de Salud y Protección Social – documento plan decenal salud pública 2022-2031.
d) Resolución 0429 de 2016 Adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), uno de los componentes del MIAS.
e) Resolución 2626 de 2019 Por la cual se modifica la política de atención integral en salud PAIS y se adopta el modelo de acción integral territorial en salud MAITE.
f) Resolución 3202 de 2016 Adopta el manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS.
g) Resolución 3280 de 2018 Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la RIAS para la promoción y mantenimiento de la Salud y la RIAS para la población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. La cual deroga las resoluciones 412 de 2000, 769 de 2008 y 1973 de 2008 y modifica el anexo técnico de la Resolución 518 de 2015.
h) Resolución 4505 de 2012; por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. Artículos 6, 111 al 117. Que para dar cumplimiento a lo ordenado en los precitados artículos de la Ley 1438 de 2011 es necesario establecer una nueva forma de reporte de información relativa a Protección Específica y Detección Temprana y aplicación de guías de Atención Integral de Enfermedades de Salud Pública de obligatorio cumplimiento, en el marco de las competencias legales de los diferentes actores y agentes del Sistema, con el propósito de integrar dicha información al SISPRO.
i) Sentencia 055 de 2022 Por el cual se despenaliza el aborto hasta las 24 semanas de gestación.

j) Resolución 202 de 2021, sobre la obligatoriedad de reportar las actividades de Protección Específica y Detección Temprana incluidas en las Rutas Integrales de Atención en salud.
k) Decreto 780 de 2016 Decreto Único reglamentario del sector salud y protección social. Ministerio de Salud y Protección Social.
l) Resolución 0489 de 2019 Modifica la resolución 0429 de 2016, el cual adopto la Política de Atención Integral en Salud PAIS y dispuso un modelo operacional para su implementación.
m) Resolución 276 de 2019, por la cual se modifica la Resolución 3280 de 2018.
n) Resolución 256 de 2016 Por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.
o) Decreto 1011 de 2006, se estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cuyo artículo 4° se contemplaron como componentes de éste, el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad.
p) Decreto 903 de 2014, por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud.
q) Resolución 5095 de 2018, por lo cual se adopta el "Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1".
r) Resolución 1446 de 2006. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
s) Resolución 256 de 2016 dicta disposiciones en relación con el sistema de información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

7. ALCANCE

Desde: La primera vez que, entre las mujeres en edad reproductiva, gestantes y de los recién nacidos en contacto con la Institución.

Hasta: la medición del cumplimiento de la ruta integral de atención materno perinatal del Hospital Universitario San José y la medición de la adherencia en las mujeres en edad reproductiva, gestantes y de los recién nacidos y los resultados en salud logrados.

8. DEFINICIONES

Salud: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". (OMS, 1946, pág. 100).

Promoción de la salud: es el proceso que proporciona a las personas y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla. La estrategia propone la creación de ambientes y entornos saludables, facilita la participación social construyendo ciudadanía y estableciendo estilos de vida saludables. El compromiso de la promoción de salud supone, involucrar a la comunidad en la implantación de las políticas. La promoción de la salud está ligada íntimamente a la salud e involucra sustancialmente a la vida cotidiana, esto es: la vida personal, familiar, laboral y comunitaria de la gente. (OPS, 2006, pág. 24).

Prevención de la enfermedad: estrategias tendientes a reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas, o bien reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad. (UDEM, 2012, pág. 01).

Prevención primaria: Son "medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes" (OMS, 1998, Colimón, 1978).

Prevención secundaria: está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad sin manifestaciones clínicas. Significa la búsqueda en sujetos "aparentemente sanos" de enfermedades lo más precozmente posible, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. La captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase pre-clínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas, pretende reducir la prevalencia de la enfermedad". (OMS, 1998, Colimón, 1978).

Prevención terciaria: se refiere a acciones relativas a la recuperación de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad. (OMS, 1998, Colimón, 1978).

Atención primaria de la salud (APS): la APS fue definida como: "la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación". La APS no es atención de segunda clase destinada a comunidades vulnerables socioeconómicamente, sino que es una estrategia dirigida a todos los sectores sociales sin distinción; se destacan como elementos esenciales de la APS: el suministro de alimentos y nutrición adecuada, agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil, la planificación familiar, inmunizaciones, la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales, el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes. (ALMA ATA, 1978).

Seguridad del paciente: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (MINSALUD, 2010).

Demanda inducida: son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas. (RES412, 2000, pág. 5).

Protección específica: es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente

a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad. (RES412, 2000, pág. 5).

Detección temprana: es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte. (RES412, 2000, pág. 5).

Intervenciones colectivas: las intervenciones colectivas se definen como "un conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio". (RES518, 2015, pág. 4).

Intervenciones individuales: se definen como el conjunto de intervenciones en salud por momento de curso de vida, que tienen como finalidad la valoración integral, la detección temprana, la protección específica y la formación para la salud, individual, grupal o familiar, con el fin de potenciar o fortalecer las capacidades para el cuidado de la salud de las personas, minimizar el riesgo de enfermar o derivar oportunamente a rutas de grupo de riesgo o a los servicios de salud requeridos para el manejo de su condición de salud. (RES3280, 2018, pág. 48).

Entorno comunitario: el entorno comunitario comprende "los espacios donde se da la dinámica social de las personas y los colectivos dispuestos en grupos de base, redes sociales y comunitarias organizadas de manera autónoma y solidaria, las cuales pueden compartir características, objetivos comunes y agruparse para desarrollar actividades y representarlas ante instancias nacionales y/o territoriales. (RES3280, 2018, pág. 20).

Entorno laboral: comprenden los escenarios donde las personas e individuos se organizan para producir bienes y servicios, en condiciones que promueven y protegen la salud brindando bienestar a los trabajadores, sus familias y comunidades; con la participación activa en la eliminación y mitigación de los factores adversos a su salud. (RES3280, 2018, pág. 20).

Entorno Institucional: comprende los espacios intramurales de las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (públicas y privadas), las instituciones que prestan servicios sociales o de protección integral, y las instituciones en donde viven un grupo de personas generalmente no parientes- que participan de una vida en común. En este entorno, interactúan

los servicios sanitarios y sociales para garantizar la atención integral en salud a las personas. (RES3280, 2018, pág. 20).

Curso de vida: es el enfoque que aborda los momentos del continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural; entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior. (RES518, 2015, pág. 3).

Primera infancia: inicia desde los 7 días hasta los 5 años, 11 meses y 29 días, se constituye en el momento de vida con mayor posibilidad de potenciar el desarrollo cerebral a través de la interacción con el ambiente y su contexto, por lo tanto es de vital importancia reconocer las características físicas, biológicas, psicológicas y sociales a las que cotidianamente están expuestos los niños y las niñas en este momento vital, así como identificar situaciones que pueden incidir negativamente en la salud y en su desarrollo, y de esta manera hacer una abordaje diferencial en la atención. (RES3280, 2018, pág. 105).

Infancia: desde la esfera biológica corresponde al periodo que cursa entre los 6 y los 11 años. 11 meses y 29 días, continúan siendo personas que requieren un acompañamiento muy cuidadoso en su salud, dadas las características del proceso de desarrollo y las vulnerabilidades asociadas al momento del curso de la vida. (RES3280, 2018, pág. 115).

Adolescencia: comprende desde los 12 y 17 años se caracteriza por importantes y rápidas transformaciones a nivel de procesos psicosociales, neurocognitivos, físicos y sexuales que repercuten de forma importante en el devenir y el futuro de las personas. (RES3280, 2018, pág. 123).

Juventud: comprende desde los 18 hasta los 28 años, es el momento de consolidación de la autonomía intelectual, física, moral, económica, social y cultural, lo que se evidencia en actitudes de seguridad poder y dominio. (RES3280, 2018, pág. 132).

Adultez: comprende de los 29 a los 59 años de edad. Se configura en un proceso dinámico, en donde continúa el desarrollo y las personas son capaces de establecer metas y poner en marcha los recursos necesarios para alcanzarlas, configurando sus trayectorias evolutivas personales y

aprovechando las oportunidades disponibles en sus contextos. (RES3280, 2018, pág. 140).

Vejez: comprende desde los 60 años en adelante, se describen a continuación y en conjunto buscan la protección de las prácticas de cuidado de la salud adquiridas, la identificación oportuna de la exposición a riesgos y la detección temprana de alteraciones que afecten negativamente la salud con el fin de derivarlas para su manejo oportuno. (RES3280, 2018, pág. 148).

Consentimiento informado: Proceso en el que se proporciona a los pacientes información importante, como los riesgos y beneficios posibles de un procedimiento o tratamiento médico, una prueba genética o un ensayo clínico. Esto se hace para ayudar a los pacientes a decidir si se quieren someter a tratamientos o pruebas. (INC, 2019, pág. 1).

Plan ampliado de inmunización: acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con un fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas. (MINSALUD, 2010, pág. 1).

Puericultura: se considera como el "arte de cuidar, de cultivar niños", de aquellos que se preparan y contribuyen a preparar a otros para cuidar a los dos niños que forman el conjunto de la madre adolescente y su hijo. (UNICEF, 2014, pág. 14).

Lactancia materna: es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. (OMS, 2019, pág. 1).

Autocuidado: es la actitud y aptitud para realizar de forma voluntaria y sistemática actividades dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedades; y cuando se padece una de ellas, adoptar el estilo de vida más adecuado para frenar la evolución. Constituye el primer escalón en el mantenimiento de la calidad de vida de cada persona. (CGCOF, 2019, pág. 1).

Ruta integral de atención en salud: Para garantizar la integralidad de la atención en salud de la población, el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, las cuales se configuran en la herramienta que ordena la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las

atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de:

i) Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades,

ii) Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y

iii) Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.

Las **RIAS** son una herramienta que definen a los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurarla integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.

El objetivo de las RIAS es garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción del usuario y la optimización del uso de los recursos.

Actualmente las RIAS están constituidas por tres tramos:

Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades; incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores.

Rutas integrales de atención para grupos de riesgo, intervenciones individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición

específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento.

Rutas integrales de atención específica para eventos, intervenciones individuales y colectivas dirigidas principalmente al (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, julio 25)eventos o condiciones específicas de salud priorizadas.

De esta manera, además de las atenciones para la promoción y mantenimiento de la salud, la RIA define intervenciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad; así como educación para la salud potenciando el cuidado, que permita la reducción o mitigación del daño o la recuperación de la salud ante la presencia de un evento.

Centrado en los sujetos: las rutas integrales de atención en salud se centran en las personas, familias y comunidades, respetando opciones, cultura, contexto social y las necesidades específicas de los sujetos.

Seguridad y calidad: las rutas integrales de atención en salud ejercen la seguridad y calidad mediante la promoción de la práctica informada por la evidencia y el esfuerzo constante en la mejora de la calidad en todos los puntos de la prestación de servicios de salud.

Eficacia: las rutas integrales de atención en salud parten de la mejor evidencia disponible, identificando acciones e intervenciones eficaces para garantizar la atención integral en salud y en la adecuada prestación de servicios de salud.

Eficiencia: reducir los residuos y el costo total de la prestación de servicios de salud directos e indirectos; por ejemplo, los residuos de los suministros, equipos, espacio, capital y recursos humanos.

Equidad: las rutas integrales de atención en salud ofrecen oportunidades para abordar y cerrar las brechas socioeconómicas en el estado de salud (Resolución 3202, 2016, págs. 10, 11,12).

La Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal: es una herramienta operativa de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional, que define a los integrantes del sector salud (Dirección Territorial de Salud, aseguradores, entidades a cargo de regímenes especiales o de excepción y prestadores) las condiciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la generación de una cultura del cuidado para todas las personas, familias y comunidades,

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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 (Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, 2017).

Modelo de atención integral territorial: el MAITE se fundamenta en la atención primaria en salud, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones, y si bien tiene algunas similitudes con la PAIS, la nueva resolución especifica la hoja de ruta las diferentes líneas de acción. En ese sentido, el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), es el nuevo marco operacional de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), y constituye el instrumento de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones coordinadas entre los agentes

del sistema de salud, agentes de otros sistemas y las comunidades. (Res 2626, 2019, p3)

Información en salud: Acciones de producción, organización y difusión de un conjunto de datos o mensajes para orientar, advertir, anunciar o f. recomendar a los individuos. familias, comunidades, organizaciones y redes, así como a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros sectores sobre aspectos relacionados con la salud pública, que contribuya a la construcción de elementos que propicien la toma de decisiones en salud. (Res 518, 2015, pág. 21)

Educación y comunicación para la salud: Proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las 'familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos. Su intencionalidad es la de aportar al desarrollo de la autonomía individual y colectiva en la determinación de estilos de vida y en la garantía del derecho a la salud, (Res 518, 2015, pág. 22).

Desarrollo de capacidades: Proceso de transformaciones, mediante el cual las personas, las organizaciones a través de sus miembros y la sociedad obtienen, fortalecen y mantienen aptitudes, actitudes, habilidades y condiciones necesarias para establecer y alcanzar sus propios objetivos de desarrollo, a partir del reconocimiento de sus necesidades, capacidades, oportunidades y en respeto a la autonomía y función descentralizada local, (Res 518, 2015, pág. 3).

9. RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E

9.1. Gestión de la ruta integral de atención materno perinatal: el hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., frente a la RIAMP reconoce la necesidad de impactar a la población, mediante acciones de salud pública que permitan la atención integral en salud, bajo un enfoque de la garantía del derecho a la salud de todas las mujeres en edad reproductiva, gestantes y de los recién nacidos.

Frente a la gestión para la operación de la RIAMP, se establece lo siguiente de acuerdo a la normatividad vigente:

- Establecimiento de acuerdos intersectoriales para generar complementariedad entre la oferta de otros sectores con la del sector salud, de acuerdo con las competencias, que permita trabajar integralmente, ganar en efectividad y evitar duplicidad. Así mismo, implica la gestión intersectorial para el desarrollo de las Intervenciones individuales en los diferentes entornos (Resolución 3280, 2018, pág. 240).
- Generación de acuerdos entre los actores del SGSSS para la implementación de los procedimientos individuales, familiares, contemplados en la RIAMP incluyendo la adaptabilidad y progresividad (Resolución 3280, 2018, pág. 240).
- Gestión de la disponibilidad, suficiencia y completitud de la red de prestación de servicios para garantizar la entrega de los procedimientos individuales contemplados en la RIAMP de forma accesible, con calidad y sin fragmentar los servicios teniendo en cuenta las disposiciones normativas vigentes para la población materno - perinatal en todos los ámbitos territoriales de operación del MAITE (Resolución 3280, 2018, pág. 240).
- Organización de la operación y funcionamiento que asegure la prestación del conjunto de procedimientos contemplados en la RIAMP (Res 3280, 2018, p. 240)
- Realizar la demanda inducida para garantizar el acceso a los procedimientos individuales contemplados en otros niveles de complejidad (Resolución 3280, 2018, pág. 240).
- Fortalecimiento de las capacidades del talento humano (técnicas, funcionales y actitudinales) y de las organizaciones requeridas para la prestación de los procedimientos contemplados en la RIAMP con énfasis en:
  - Derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos. Derechos de la mujer dentro del proceso reproductivo (autonomía reproductiva, derecho a la información y educación en su salud sexual y reproductiva, acompañamiento de su elección durante el proceso de parto, elección de analgesia, etc.).
  - Enfoque de género, roles y estereotipos frente a la sexualidad y reproducción de hombres y las mujeres.
  - Enfoque interseccional.
  - Conductas proscritas de la atención que configuren violencia contra la mujer.
  - Aspectos técnicos presentados en el presente lineamiento relacionados con los contenidos y características de la atención.
  - Promoción de la participación de las mujeres gestantes y sus familias en los procesos de planificación, seguimiento y evaluación de los servicios y en las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud. De esta manera, se debe diseñar con el equipo de salud a cargo de la atención,

el plan integral de cuidado de la salud y la forma de transitar por la RIAMP (Resolución 3280, 2018, pág. 241).

9.2. Intervenciones colectivas: la normatividad establece que las intervenciones colectivas son un plan complementario al plan de beneficios en salud, dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud, a través de la ejecución de intervenciones colectivas o individuales de alta externalidad en salud, desarrolladas a lo largo del curso de vida, en el marco del derecho a la salud (Resolución 3280, 2018, pág. 241).

Teniendo en cuenta lo anterior, desde los procesos ejecutados por el hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. se realizará demanda inducida para el acceso a la ejecución de manera integrada e integral en el entorno institucional; de las intervenciones colectivas ejecutadas a nivel municipal y departamental por los operadores de los Planes de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) en las diferentes dimensiones establecidas que ofrecen las entidades territoriales de salud.

9.3. Intervenciones individuales: el hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., de acuerdo a su nivel de complejidad realiza procesos de detección temprana como atención para el cuidado prenatal a gestantes de alto riesgo, y procesos de protección específica como interrupción voluntaria del embarazo, atención del parto, atención del puerperio y atención para el cuidado del recién nacido; por medio de un conjunto de procedimientos a cargo del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Las demás atenciones en salud individuales de protección específica y detección temprana como atención para el cuidado preconcepcional, atención en salud bucal, atención para la promoción de la alimentación y nutrición, curso de preparación para la maternidad y la paternidad, atención para el seguimiento del recién nacido. Se realiza demanda inducida para que la población gestante y recién nacida acceda a los servicios en su IPS de primer Nivel de atención.

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

Fuente: Ministerio de Salud, Resolución 3280 Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta integral de atención Materno Perinatal, Bogotá, 2018.

9.3.1. Atención para el cuidado preconcepcional:

> Este procedimiento se deriva de la identificación de la mujer o la familia con intención reproductiva a corto plazo (se considerará intención reproductiva de un año, dado que es el tiempo razonable para el procedimiento de preparación para el embarazo). Ello implica que a toda mujer que llegue a cualquier servicio de ginecología por cualquier causa debe indagarse sobre su intención reproductiva en relación con su proyecto de vida. Esta identificación presupone que la anticoncepción se ha ofrecido en el marco de la RPMS como alternativa y que la toma de decisión sobre la fecundidad es informada y libre de coacciones o violencias (Resolución 3280, 2018, pág. 245).

En condiciones ideales, la consulta se debe realizar al menos un (1) año antes de planear la gestación; por lo tanto en el hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.; se realizara demanda inducida a las mujeres a su prestador primario de atención en salud, y en el caso de que la mujer se encuentre en un estado posterior a algún evento obstétrico se sugerirá a la usuaria un método de planificar (relacionado con los riesgos de su estado de salud) y se realizara demanda inducida a su IPS primaria para que la usuaria acceda a las consultas de control y seguimiento en donde participe la pareja o quien la mujer decida como apoyo en este proceso.

9.3.2. Interrupción voluntaria del embarazo:

> La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es un derecho fundamental de las niñas, adolescentes y mujeres adultas en Colombia. Por esta razón, los servicios de salud relacionados con la IVE deben garantizarse de manera efectiva con una atención oportuna y de calidad en todos los niveles de complejidad y en todo el territorio nacional (Resolución 3280, 2018, pág. 252).
>
> 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 la sentencia C055 de 2022 que modifica el artículo 122 del Código Penal, despenalizando el aborto cuando se realice antes de la semana 24 de gestación (Fondo de Población de las naciones Unidas, 2022) y después de este periodo, se mantienen las 3 causales despenalizadas en 2006, sin límite de tiempo de gestación: i) peligro para la

salud o la vida de la mujer; ii) cuando existe grave malformación del feto que haga inviable su vida; iii) cuando el embarazo sea resultado de una violación, incesto o inseminación no consentida. 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 (Resolución 3280, 2018,pág. 252).

El hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., cuenta con personal médico especialista en los servicios de ginecología debidamente entrenado, está en la capacidad de ofrecer servicios de IVE de primer nivel por aspiración endouterina hasta las 15 semanas y con medicamentos hasta la semana 10 de embarazo, de manera ambulatorio. Y servicios de IVE de segundo nivel de complejidad de manera intrahospitalaria hasta la semana 20, (legrado, dilatación y evacuación o aborto por inducción con medicamentos). En todo momento cumpliendo los requisitos establecidos en la resolución 3100 de 2019.

El hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., frente a la IVE debe garantizar los mecanismos de referencia y contra referencia para dar continuidad en la atención en un nivel superior, en caso de ser necesario. Así mismo está en capacidad de identificar, estabilizar y remitir cualquier complicación de la IVE que no pueda tratarse en ese nivel (Resolución 3280, 2018, pág. 253).

Objetivos

- Reconocer el derecho a la autonomía y autodeterminación reproductiva de la mujer, garantizando el acceso a servicios seguros y de calidad para la interrupción voluntaria del embarazo, en marco de lo previsto por la Sentencia C – 355 de 2006 y la Sentencia C – 055 de 2022 y la jurisprudencia complementaria, tratando con eficacia las posibles complicaciones del aborto (Resolución 3280, 2018, pág. 253).
- 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 (Resolución 3280, 2018, pág. 253).

Talento humano: El hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., cuenta con medicina especializada en ginecología, psicología y trabajo social.

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** (Resolución 3280, 2018, pág. 253).

Atenciones incluidas

- Consulta inicial para valoración integral de la salud de la mujer, que incluye la valoración de la salud mental, del estado emocional, así como de las condiciones sociales asociadas al embarazo y su salud (Resolución 3280, 2018, pág. 253).
- Orientación y asesoría para la toma de decisiones, garantizando siempre la autonomía de la mujer y su derecho a decidir si continúa o no con el embarazo (Resolución 3280, 2018, pág. 253).
- Interrupción del embarazo farmacológica y no farmacológica (Resolución 3280, 2018, pág. 253).
- Asesoría y provisión anticonceptiva (según criterios médicos de elegibilidad OMS / CDC vigentes y preferencias de la mujer) (Resolución 3280, 2018, pág. 253).
- Remisión a Consulta de seguimiento a su IPS de primer nivel de atención (Resolución 3280, 2018, pág. 253).

Descripción

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

El propósito de la consulta médica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo es establecer si la mujer está efectivamente embarazada y, de estarlo, conocer la edad gestacional y confirmar que el embarazo sea intrauterino. Se incluye también la valoración de la salud integral de la mujer en sus dimensiones física, social, mental y del estado emocional (Resolución 3280, 2018, pág. 254).

La consulta inicial se refiere al primer contacto que tiene la mujer con los servicios de salud cuando voluntariamente solicita la IVE o cuando accede a los controles prenatales y se identifica que la mujer se encuentra antes de la semana 24 de gestación y/o después de este periodo, se mantienen las 3 causales despenalizadas en 2006 y decide acceder al procedimiento (Resolución 3280, 2018, pág. 254).

Esta consulta puede se lleva a cabo por medicina 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 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 (Resolución 3280, 2018, pág. 254).

Anamnesis:

En la consulta inicial se debe confirmar el embarazo y establecer la edad gestacional teniendo en cuenta la fecha de la última menstruación. Además, se debe realizar una historia clínica completa. La mayoría de las mujeres comienzan a sospechar un embarazo cuando tienen un retraso menstrual. Se interroga, por tanto, sobre el primer día de la última menstruación (primer día de sangrado), y si esta fue normal. Es necesario precisar la exactitud de este dato y correlacionarlo con el examen físico la ecografía; en razón a que, en caso de estar lactando, tener periodos irregulares, estar usando anticonceptivos o presentar sangrados en etapas iniciales del embarazo, podría producirse un error en la estimación de la edad gestacional (Resolución 3280, 2018, pág. 254).

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

y/o de pareja o de condiciones socioeconómicas o de subsistencia (Resolución 3280, 2018, pág. 254).

Examen físico: el examen físico debe ser completo en su aspecto general, específicamente debe confirmar la existencia del embarazo y estimar su duración por medio de un examen pélvico bimanual o por medios paraclínicos. Los signos detectables de embarazo entre las semanas 6ª y 8ª incluyen reblandecimiento cervical y/o del istmo, y reblandecimiento y elongación del útero. Si el tamaño uterino es menor al esperado, debe considerarse la posibilidad de un embarazo menos avanzado que el estimado por la fecha de la última menstruación, un embarazo ectópico o un aborto retenido. Un útero mayor al esperado puede indicar un embarazo más avanzado que el calculado por la fecha de la última menstruación, un embarazo múltiple, presencia de miomas o enfermedad trofoblástica gestacional. Además del tamaño, se debe confirmar la posición del útero para prevenir posibles complicaciones durante la IVE por aspiración endouterina en caso de anteversión o retroversión extrema. También se debe evaluar la presencia de enfermedades infecciosas del tracto genital, porque pueden aumentar el riesgo de una infección pos aborto, si no son tratadas antes del procedimiento. Desde un punto de vista clínico, la presencia de infección por VIH en una mujer que se somete a una IVE requiere las mismas precauciones que para otras intervenciones médico/quirúrgicas. Si se sabe que la mujer convive con el VIH, se debe dar orientación y asesoría sobre VIH durante el embarazo (Resolución 3280, 2018, pág. 254).

Toma de paraclínicos

Como norma general, no son requisito exámenes paraclínicos para la prestación de servicios de IVE. Sin embargo, es importante conocer la hemoclasificación de la mujer y administrar inmunoglobulina anti-D a las mujeres Rh negativas en donde cuyo compañero sea Rh positivo o no determinado al momento del procedimiento de IVE. En los casos en que clínicamente se sospeche anemia, se debe solicitar cuadro hemático para tomar las medidas necesarias ante una eventual hemorragia (Resolución 3280, 2018, pág. 255).

Al igual que en cualquier control prenatal, a toda mujer se le debe dar asesoría y ofrecer la prueba de tamizaje para VIH (prueba rápida), dejando claro que es voluntaria, pero que se recomienda practicarla a toda mujer

embarazada. Este proceso de asesoría y ofrecimiento debe ser documentado en la historia clínica. También se debe ofrecer el tamizaje para sífilis con prueba treponémica rápida. En ningún caso, estas pruebas se pueden constituir en barrera de acceso al procedimiento de IVE (Res 3280, 2018, p. 255).

La exploración ecográfica no es necesaria para la interrupción del embarazo durante el primer trimestre, salvo que, ante la presencia de otros signos o síntomas, se sospeche la presencia de un embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica o cualquier otra alteración de la gestación. La ecografía puede ser de utilidad para la detección de embarazos ectópicos mayores de 6 semanas. El hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., se habilitarán áreas distintas para la evaluación de las mujeres que solicitan la IVE y para las mujeres que reciben cuidados prenatales de alto riesgo. Se recomienda también realizar los estudios ecográficos sin exponer a la mujer a la imagen de la gestación a menos que ella así lo desee (Resolución 3280, 2018, pág. 255).

Si se sospecha un embarazo ectópico, porque el tamaño uterino es menor al esperado o porque hay síntomas sugestivos como dolor o sangrado, o mareos, desmayos, palidez o masa anexial en casos avanzados, es esencial confirmar la localización del embarazo antes de iniciar un tratamiento para la IVE. La mujer debe ser remitida a un nivel de atención con disponibilidad de **ecografía transvaginal** y **cuantificación de fracciones Beta de gonadotropina coriónica humana** (Resolución 3280, 2018, pág. 255).

En caso de enfermedad o evento de interés en salud pública se deben realizar los exámenes de laboratorio pertinentes según protocolo de vigilancia en salud publica expedido por el Instituto Nacional de Salud, incluidos los estudios de histopatología u otros posteriores al procedimiento (Resolución 3280, 2018, pág. 255).

Certificación de las causales

Hasta las 24 semanas de gestación no es necesario certificar las causales definidas en la sentencia C-355 debido a que la sentencia C055 de 2022 que modifica el artículo 122 del Código Penal, despenalizando el aborto cuando se realice antes de la semana 24 de gestación (Fondo de Población de las naciones Unidas, 2022). Posterior a esta semana

gestacional, una vez se ha obtenido la historia clínica completa; se debe identificar si la mujer está dentro de alguna de las causales definidas por la sentencia C-355 de 2006 (Resolución 3280, 2018, pág. 256).

En el hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., El profesional en medicina especializada en ginecología o medicina general y el psicólogo están en la capacidad de brindar la atención integral a la paciente que solicite el procedimiento de la IVE.

Para los casos de violación, incesto, inseminación artificial o transferencia de óvulo no consentidas, la ausencia de la denuncia no puede constituirse en una barrera para acceder a la IVE, ya que el procedimiento hace parte de la prestación de servicios integrales en salud a los que tiene derecho una víctima de violencia sexual y para los cuales no es necesario contar con este requisito, de acuerdo con lo establecido en el artículo 23 de la Ley 1719 de 2014. Debe tenerse en cuenta también que, según lo establecido en la Ley 1257 de 2008, la denuncia de violencia sexual puede ser interpuesta por otra persona que no sea la víctima, razón por la que el/la profesional de salud debe dar aviso de la violencia sexual a las autoridades competentes con el fin de que estas inicien la investigación de oficio, dado que el acto de violencia tiene un carácter no conciliable, no desistible y no transable (Resolución 3280, 2018, pág. 256).

También debe tenerse en cuenta que la atención en salud a víctimas de violencia sexual debe brindarse como una urgencia médica, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta y de la existencia o no de denuncia (Resolución 3280, 2018, pág. 256).

A las menores de catorce años no se les debe exigir denuncia en ningún caso como requisito para acceder a la IVE pues existe la presunción de que han sido víctimas de violencia sexual, además de la activación de las rutas de protección y justicia de las que trata la Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social o la que la modifique o sustituya (Res 3280, 2018, pág. 256).

En caso de que sea necesaria la valoración de la mujer por parte de una especialidad que no oferte el hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., se debe iniciar la remisión de la mujer de manera inmediata, sin que esto se constituya en una barrera al acceso del servicio de IVE, y sin que la atención se extienda más allá del plazo razonable establecido (Resolución 3280, 2018, pág. 256).

En este sentido, el profesional debe certificar que existe la probabilidad de daño, pero es la mujer quien identifica y decide sobre el nivel de riesgo o peligro que está dispuesta a correr, es decir, hasta donde permitirá que la gestación altere su bienestar. Así, el certificado no es una argumentación sobre si se debería interrumpir o no el embarazo según la ponderación del riesgo que hace quien lo expide, sino la confirmación de que, en efecto, la hipótesis del riesgo existe. Cabe señalar que la certificación del riesgo no depende de que este sea de una intensidad determinada sino solo de su existencia (Resolución 3280, 2018, pág. 256).

La exigencia de requisitos adicionales a la mujer como órdenes judiciales o administrativas, conceptos de asesores o auditores, dictámenes de medicina legal, juntas médicas, autorizaciones de familiares o terceros está prohibido y constituyen barreras inadmisibles para la garantía en la prestación de los procedimientos de IVE (Resolución 3280, 2018, pág. 257).

Orientación y asesoría: a toda mujer que decide interrumpir voluntariamente su embarazo, se le debe ofrecer orientación y asesoría. Aunque la orientación y asesoría no son obligatorias, ni se deben constituir en un prerrequisito que obstaculice el acceso a los servicios de IVE o dilate la atención, la orientación y asesoría oportunas y de calidad, son aspectos primordiales en el proceso de toma de decisión de la mujer, con el fin de mejorar los resultados del proceso, garantizar el derecho a la procreación en condiciones seguras, y fortalecer aspectos preventivos en salud sexual y reproductiva. ***Idealmente estos servicios son prestados por profesionales de psicología o de trabajo social*** (Resolución 3280, 2018, pág. 257).

En general, la orientación debe consistir en un acompañamiento emocional que cree un ambiente propicio para que la mujer hable sobre cómo se siente, cómo llegó a la situación actual e identifique sus condiciones personales, familiares y sociales particulares. Durante la misma se deben revisar los significados, ideas y temores involucrados en la vivencia y las herramientas disponibles para afrontar la situación, teniendo en cuenta el contexto en el que vive la mujer, lo mismo que sus valores, creencias y sentimientos. También se le debe informar ampliamente sobre sus derechos y respetar sus decisiones (Resolución 3280, 2018, pág. 257).

Por lo tanto, en ningún momento la orientación y asesoría intenta imponer valores o creencias, como tampoco cambiar las decisiones de la mujer. No pretende aconsejar, juzgar o adoctrinar. La orientación y asesoría

debe llevarse a cabo de manera estructurada, imparcial y lógica, garantizando un espacio de respeto que permita a la mujer una expresión abierta de su vivencia, sin que se cuestione su decisión, se le re victimice o se le imponga la realización de trámites innecesarios (como la consulta a otros profesionales, la toma de tiempos de reflexión etc.) (Resolución 3280, 2018, pág. 257).

La orientación y asesoría deben ser proporcionadas en un ambiente de estricta privacidad y deben garantizar la confidencialidad, mediante la protección de la información que se revele dentro de las mismas. La participación del compañero, padre, madre o cualquier otra persona en la consulta solo es permitida si la mujer, niña o adolescente lo autoriza explícitamente, de lo contrario, el involucramiento de terceras personas constituye una ruptura seria de la confidencialidad. Por otra parte, debe evaluarse siempre la red de apoyo social y familiar de la mujer (Resolución 3280, 2018, pág. 257).

Identificar coerción: se debe identificar si la mujer puede estar bajo la presión de su pareja, otro miembro de la familia u otra persona para continuar el embarazo o para la interrupción de este. Si el personal de salud sospecha coerción, deberá hablar con la mujer en privado y seguir los protocolos institucionales y las normas para garantizar la seguridad de la mujer y sus derechos a la autonomía y la libertad. (Resolución 3280, 2018, pág. 258)

Información y elección del procedimiento: durante la interacción inicial es determinante escuchar y aclarar los temores y dudas; responder las preguntas empleando un lenguaje claro, sencillo y pertinente y asegurarse de que la mujer ha comprendido la información. Adicionalmente, toda paciente debe conocer que existen alternativas a la IVE, las cuales deben ser expuestas de manera objetiva e imparcial. Dichas alternativas son la continuación del embarazo para ejercer la maternidad o para entregar el nacido vivo en adopción (Resolución 3280, 2018, pág. 258).

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

- Las opciones de tratamiento, incluyendo las características, riesgos y ventajas asociadas a cada una de ellas.
- Lo que sucederá y lo que sentirá durante el tratamiento y el tiempo que tomará cada uno.

- Lo que puede esperar después del procedimiento, retorno de la fertilidad, reinicio de la actividad normal (incluyendo relaciones sexuales), cuidados que debe tener posteriormente, anticoncepción y demás actividades de prevención y promoción en salud sexual y reproductiva.
- El marco legal que la protege y le garantiza el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, y la necesidad del consentimiento informado.

En los casos en que se identifica violencia sexual, la mujer debe ingresarse en los procedimientos propios de la RIAS para población sujeta a riesgo o víctimas de violencia. (Resolución 3280, 2018, pág. 258).

Elección del procedimiento: los métodos para la IVE pueden clasificarse en métodos farmacológicos y no farmacológicos. Cuando no haya restricciones desde el punto de vista clínico, la mujer es quien elige libremente el tipo de procedimiento, teniendo en cuenta la edad gestacional, las ventajas y desventajas de cada método y las preferencias particulares. (Resolución 3280, 2018, pág. 258).

Métodos farmacológicos: los métodos recomendados son los que utilizan una combinación de **Mifepristona seguida de Misoprostol.**

Regímenes recomendados de Mifepristona + Misoprostol:

- Hasta las 10 semanas: Mifepristona 200 mg VO + Misoprostol 800 mcg VV o VSL sublingual a las 24 -48 horas (Puede darse el proceso en casa)
- 10 a 15 semanas (supervisado): Mifepristona 200 mg VO + Misoprostol 800 mcg VV o VSL a las 24 - 48 horas + Misoprostol 400 mcg VV o VSL cada 3 horas. Usar hasta 4 dosis.
- 15 a 20 semanas Mifepristona 200 mg VO + Misoprostol 800 mcg VV o VSL a las 24 -48 horas + Misoprostol 400 mcg VV o VSL cada 3 horas. Hasta la expulsión (Se debe considerar la dosis de Misoprostol conforme avanza la edad gestacional) (Resolución 3280, 2018, pág. 258,259).

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

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

Vías de administración:
VV: vía vaginal

VSL: vía sublingual (debajo de la lengua) VO: vía oral
VB: vía bucal (entre la mejilla y la encía) (Res 3280, 2018, p. 259)

*En caso de hemorragia y/o signos de infección, no administrar por vía vaginal (Resolución 3280, 2018, pág. 259).

El uso de métodos de IVE con medicamentos por encima de las 10 semanas de gestación requiere siempre supervisión directa durante el proceso y contar con la posibilidad de ofrecer aspiración al vacío en el mismo lugar o en un sitio de remisión, en caso de ser necesaria. Después de la expulsión, en caso de retención de restos ovulares puede ser necesario un procedimiento de evacuación uterina (Resolución 3280, 2018, pág. 259).

Cuando se deban utilizar métodos farmacológicos y no farmacológicos para la IVE después de las 22 semanas de gestación, se **deben realizar trámites de remisión a otro nivel** que realice los regímenes utilizados frecuentemente previos al procedimiento para inducir la asistolia fetal (Resolución 3280, 2018, pág. 259).

Entre los regímenes utilizados frecuentemente previos al procedimiento para inducir la asistolia fetal se incluyen:

- Inyección de cloruro de potasio (KCl) a través del cordón umbilical o en las cavidades cardíacas del feto. Es sumamente eficaz, pero requiere experiencia para aplicar la inyección en forma segura y precisa y tiempo para observar la cesación cardíaca mediante ecografía.
- Inyección intraamniótica o intrafetal de digoxina (Resolución 3280, 2018, pág. 259).

La digoxina tiene una tasa de éxito ligeramente menor que el KCl para provocar la asistolia fetal; no obstante, es técnicamente más fácil de usar, no requiere una ecografía si se administra por vía intraamniótica, y su seguridad ha sido demostrada (los niveles de suero maternos permanecen en los niveles terapéuticos o subterapéuticos de digoxina). La digoxina requiere tiempo para la absorción fetal; en consecuencia, suele administrarse el día anterior a la inducción del aborto junto con la mifepristona (Resolución 3280, 2018, pág. 259).

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

características particulares de riesgo en cada caso (Resolución 3280, 2018, pág. 260).

Métodos no farmacológicos: hasta la semana 15: aspiración al vacío manual o eléctrica.

> De 15 semanas: dilatación y evacuación (DyE), usando aspiración y pinzas (Resolución 3280, 2018, pág. 260).

Consentimiento informado: el consentimiento informado es la manifestación libre y voluntaria de la mujer embarazada en la que solicita y acepta someterse a una IVE, para el cual debe haber recibido información clara, real, objetiva y completa sobre sus derechos, los procedimientos, los riesgos y los efectos para su salud y su vida. Este consentimiento deberá suscribirse con antelación al procedimiento de IVE y anexarse a la historia clínica (Resolución 3280, 2018, pág. 260).

Las niñas menores de 14 años en estado de gravidez tienen el derecho a exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo y este debe primar cuando sus progenitores o representantes legales no están de acuerdo con dicho procedimiento. Cualquier medida de protección que despoje de relevancia jurídica el consentimiento de las niñas menores de 14 años resulta no solo inconstitucional sino también contraproducente. En esta medida, establece que, para el caso de mujeres o niñas con discapacidad, debe prevalecer también su manifestación libre e informada sobre la realización del procedimiento de IVE. Para esto, deben emplearse los apoyos, ajustes razonables y salvaguardias que sean necesarias en los términos de la Resolución 1004 de 2017 (Resolución 3280, 2018, pág. 260).

Descripción procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo

Interrupción no farmacológica: cuando se opte por esta técnica se debe realizar:

- Preparación cervical: por lo general los procedimientos de evacuación uterina requieren de dilatación cervical, la cual se logra con dilatadores osmóticos o mecánicos (Resolución 3280, 2018, pág. 261).
- Prevención del dolor: toda mujer debe recibir analgesia rutinariamente. Se recomienda la administración previa de analgésicos tipo AINES. La evidencia indica que esta conducta reduce el dolor que la mujer experimenta durante la recuperación inmediata. El esquema sugerido es **ibuprofeno, 800 mg** vía oral, media hora antes del procedimiento. El

acetaminofén no ha mostrado ser útil en estos casos. Actualmente se sugiere el empleo de analgésicos narcóticos para el control del dolor (Resolución 3280, 2018, pág. 261).

- Prevención de infección post aborto: el esquema más recomendado es **doxiciclina en dosis de 100 mg antes del procedimiento o 200 mg después del procedimiento**. Metronidazol por vía rectal en casos de lactancia materna, alergias a la doxiciclina o intolerancia gástrica a la misma (Resolución 3280, 2018, pág. 261).
- Evacuación uterina hasta las 15 semanas: aspiración endouterina La aspiración al vacío es la técnica no farmacológica de elección para embarazos hasta de 15 semanas completas (Resolución 3280, 2018, pág. 261).
- Evacuación uterina desde las 15 semanas: dilatación y evacuación La dilatación y evacuación (DyE) es utilizada desde las 15 semanas completas de embarazo. La DyE requiere la preparación cervical con mifepristona o una prostaglandina como el misoprostol, o laminaria o un dilatador hidrofílico similar. Se debe dilatar el cérvix y evacuar el útero utilizando un aspirador eléctrico con una cánula de 14 a 16 mm de diámetro y pinzas. Dependiendo de la duración del embarazo, una adecuada dilatación puede requerir desde dos horas hasta un día completo (Resolución 3280, 2018, pág. 261).

Interrupción farmacológica: el método recomendado para la interrupción del embarazo con medicamentos es la mifepristona seguida de dosis repetidas de misoprostol hasta lograr la expulsión, siempre bajo supervisión directa durante el proceso. Antes de iniciar el tratamiento, se debe dar información exacta, imparcial, completa y comprensible sobre el tratamiento con medicamentos y lo que se debe esperar del mismo (Resolución 3280, 2018, pág. 261).

La información debe incluir como mínimo:

- La efectividad del tratamiento medicamentoso que está entre el 85% (con misoprostol) y 95% (con mifepristona + misoprostol).
- La probabilidad de requerir aspiración uterina después del tratamiento con medicamentos es hasta del 15%.
- El tiempo de inicio y duración del sangrado y de la expulsión del producto de la concepción.
- Otros efectos esperados como el dolor abdominal.
- El tiempo estimado del retorno de la fertilidad.
- Efectos colaterales como nauseas, vómito, fiebre, escalofríos, diarrea o cefalea (Resolución 3280, 2018, pág. 261).

Recuperación: la mayoría de las mujeres que tienen una IVE durante el primer trimestre con anestesia local se sienten lo suficientemente bien como para dejar la Institución después de haber permanecido alrededor de 30 a 60 minutos en observación en una sala de recuperación. Por lo general, son necesarios períodos más largos de observación cuando se ha administrado sedación consciente o anestesia general. Durante este periodo, el personal de salud brinda a la mujer comodidad y apoyo y monitorea su recuperación. Vigila en especial el nivel de dolor y administra analgésicos y antiespasmódicos a necesidad cuando el dolor se encuentra dentro de lo esperado o alerta en cuanto a la posibilidad de perforación uterina o hematómetra cuando sea mayor al usual. (Resolución 3280, 2018, pág. 262).

Se debe administrar inmunoglobulina anti-D a toda mujer que sea Rh negativo y cuyo compañero sea Rh positivo o no determinado, **en dosis de 50 mcg**. Para mujeres con edades gestacionales hasta las 11 semanas y 300 mcg. Para usuarias con edades gestacionales de 12 semanas o más. La mujer debe recibir información clara sobre los síntomas que puede tener durante su recuperación como dolor tipo cólico ocasional durante la primera semana, que no debe incrementarse y que debe ceder con analgésicos comunes; sangrado similar al menstrual en promedio por 10 días, aunque puede durar hasta 4 semanas (Resolución 3280, 2018, pág. 262).

También debe saber que la ovulación puede ocurrir tan temprano como 8 días después del procedimiento y por lo mismo es necesario que utilice un método anticonceptivo, idealmente desde el mismo día y que la menstruación reaparecerá entre 30 y 40 días después del procedimiento. Después de la IVE, la mayoría de las mujeres puede retomar sus actividades habituales en el transcurso de horas o 1-2 días. Se deben dar instrucciones claras de consultar en caso de fiebre, dolor abdominal severo o sangrado mayor a dos toallas higiénicas empapadas por hora durante más de dos horas consecutivas. (Resolución 3280, 2018, pág. 262).

Asesoría y provisión anticonceptiva: es mandatorio realizar asesoría anticonceptiva y provisión del método anticonceptivo antes del alta hospitalaria si la mujer así lo ha elegido. Realizar de acuerdo con la directriz de atención para la planificación familiar y la anticoncepción. En caso de que la mujer haya iniciado un método, **se deberá informar a la EAPB para que la gestión para la asignación de la cita** para el control del método de anticoncepción (Resolución 3280, 2018, pág. 262).

Consulta de seguimiento: después de una IVE por aspiración no se requiere una visita de seguimiento si la mujer cuenta con la información adecuada acerca de cuándo buscar atención debido a complicaciones y si ha iniciado un método anticonceptivo o ha recibido la información necesaria para cubrir sus necesidades anticonceptivas. No obstante, al egreso el

medico quien realiza el procedimiento, remite la orden si la mujer lo desea para consultar a su IPS primaria en 1 o 2 semanas más tarde para evaluar su salud en general, confirmar la ausencia de complicaciones y reforzar los aspectos educativos y las acciones preventivas iniciadas durante la atención inicial.

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

- Se hayan creado los mecanismos adecuados para que la mujer pueda valorar por si misma los resultados del proceso y pueda confirmar que el tratamiento ha sido exitoso, ya que, en general, las mujeres son capaces de determinar si han tenido un aborto completo con alta precisión. Para ello, debe recibir información completa sobre los signos y síntomas que se esperan en un aborto completo. (Resolución 3280, 2018, pág. 262)
- Se informe a la EAPB por medio de Auditoría de concurrencia para la realización de la gestión del riesgo y se garantice al menos el seguimiento telefónico, chat u otro medio en el que pueda comprobarse la identificación o no de estos signos y síntomas y de otros relacionados con las posibles complicaciones (Resolución 3280, 2018, pág. 262).

Si el paciente re consulta, un episodio de sangrado abundante con o sin expulsión de tejidos, precedido de cólico con resolución completa de los síntomas de embarazo y sin sangrado posterior, y el hallazgo al examen físico de un útero de tamaño normal, cérvix cerrado y sangrado ausente o mínimo, son altamente sugestivos de un tratamiento exitoso. En estos casos no es necesaria la realización de ningún otro examen (Resolución 3280, 2018, pág. 263).

Cuando no se ha presentado sangrado o este fue escaso o cuando persiste un sangrado importante hasta 1-2 semanas más tarde o los síntomas de embarazo aún están presentes, se debe sospechar una falla del tratamiento. En caso de confirmarse la persistencia del embarazo o la presencia de un aborto retenido, se debe llevar a cabo un procedimiento de evacuación uterina por aspiración u otra técnica (Resolución 3280, 2018, pág. 263).

Instrumentos, insumos y dispositivos

- **Medicamentos e insumos**

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

para preparar el cuello uterino; soluciones y materiales para esterilización o desinfección de alto nivel;- silicona para lubricar las jeringas; toallas higiénicas ; antibióticos; anticonceptivos (Resolución 3280, 2018, pág. 263).

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

- **Equipos**

Tensiómetro - Estetoscopio - Espéculo - Tenáculo (Tenáculo atraumático) - Dilatadores plásticos de Denniston o metálicos de Hegar - Aspirador de vacío eléctrico (con cánula de 14 o 16 mm) o aspirador de AMEU y cánula de hasta 12 mm - Pinzas Bierer de evacuación uterina (corta y larga) - Pinzas Sopher de evacuación uterina (corta y larga) - Cureta flexible posparto grande - Pinzas de aro - Recipiente de acero inoxidable para preparar solución - Bandeja para instrumentos - Plato de vidrio claro para la inspección de los tejidos - Colador (metal, vidrio o gasa). - Oxígeno y balón AMBU, - Acceso en el centro a un ecógrafo, - Portagujas largo y sutura - Tijeras - Compresas de gasas para la cavidad uterina - Sonda de Foley (Resolución 3280, 2018, pág. 263).

9.3.3. Atención para el cuidado prenatal de alto riesgo:

Se comprende por atención para el cuidado prenatal de alto riesgo 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. Se debe disponer los mecanismos para que las gestantes no sean devueltas por políticas de llegadas tarde a la consulta para el cuidado prenatal, así como a ninguno de los procedimientos que se presentan (Resolución 3280, 2018, pág. 264).

Talento humano: las acciones o actividades que incluye la atención para el cuidado prenatal de alto riesgo para gestantes son realizadas médicos especialistas en ginecología y obstetricia, 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.

Duración mínima recomendada

Primera consulta: duración mínima es de 20 minutos y si es de control 15 minutos. Mas el tiempo de apoyo de educación en post consulta.

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 y manejar tempranamente alteraciones
- Brindar información en salud
- Establecer el plan integral de cuidado (Resolución 3280, 2018, pág. 263).

Frecuencia: consulta de primera vez y controles de seguimiento según criterio especialista.

Descripción

Primera consulta prenatal: la primera consulta prenatal deberá ser realizada por especialista en ginecología y obstetricia e incluye lo siguiente:

- **Asesorar sobre opciones durante el embarazo:** se debe informar a la mujer sobre el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana 24 de gestación.

- **Valoración integral de la gestante e identificación de factores de riesgo:** esta valoración permite elaborar el plan de cuidado a partir de las siguientes actividades:

Anamnesis

Antecedentes personales: patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxicos, alérgicos, (medicamentos recibidos, tabaquismo, alcoholismo, sustancias psicoactivas, exposición a tóxicos e irradiación y otros), trastornos mentales, signos de alarma y tratamientos recibidos durante la gestación actual, trombosis venosa profunda, tromboembolismo y trastornos de hipercoagulabilidad (Resolución 3280, 2018, pág. 265).

Antecedentes ginecológicos: indagar edad de la menarquía, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuando, antecedente o presencia de flujos vaginales, infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH, historia y tratamientos de infertilidad. Indagar sobre tamización de cáncer de cuello uterino (Resolución 3280, 2018, pág. 265).

Antecedentes obstétricos: total de gestaciones, intervalos intergenésicos, abortos, ectópicos, molas, placenta previa, abruptio, ruptura

prematura de membranas, polihidramnios, oligoamnios, retardo en el crecimiento intrauterino, número de partos, fecha del último, si han sido únicos o múltiples, prematuro a término o prolongado, por vía vaginal o por cesárea, retención placentaria, infecciones en el post parto, hemorragia obstétrica que requirió trasfusión, preeclampsia, eclampsia o síndrome HELLP, número de nacidos vivos o muertos, hijos con malformaciones congénitas, muertes perinatales y causas y peso al nacer (Resolución 3280, 2018, pág. 266).

Antecedentes familiares: hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas, congénitas, epilepsia, trastornos mentales, gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias y otras (Resolución 3280, 2018, pág. 266).

Gestación actual: edad gestacional probable (fecha de la última menstruación, altura uterina o ecografía obstétrica), presencia o ausencia de movimiento fetales, sintomatología infecciosa urinaria o cérvico vaginal, cefaleas persistentes, edemas progresivos en cara o miembros superiores e inferiores, epigastralgia y otros. Además, indagar signos y síntomas gastrointestinales asociados a la gestación: nauseas, vómito, epigastralgias y hemorroides (Res 3280, 2018, pág. 266).

Valoración psicosocial: debe incluir la estructura y dinámica familiar, las redes de apoyo familiar, social y comunitario, gestación deseada, gestación programada. Indagar o identificar situaciones de vulnerabilidad: estresores, exclusión social, pobreza, marginalidad, e indagar sobre su manejo. Se recomienda para el análisis de estas variables utilizar la escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado. (Resolución 3280, 2018, pág. 266).

Otros condiciones o situaciones de riesgo psicosocial que se deben valorar de manera integral son: falta apoyo familiar o social, falta de apoyo del compañero o la compañera, familia reconstruida, diferencia amplia de edad (diez o más años) entre ambos, relaciones conflictivas con las personas con quienes convive, madre cabeza de familia, la gestante tiene a cargo a niños menores de 5 años o a personas con discapacidad, bajo nivel educativo de la pareja gestante, nivel bajo de ingresos (menos de medio salario mínimo al mes), violencia intrafamiliar, abuso sexual, explotación sexual, consumo de sustancias psicoactivas de la gestante o de la pareja, difícil acceso geográfico (desplazamiento complicado para llegar a la institución de salud), traslado constante de domicilio (ha cambiado de domicilio cuatro o más veces en el año), situación de desplazamiento forzado, habitante de la calle, reinsertada, privada de la libertad o en detención domiciliaria, estrés laboral,

condición de trabajo difícil, condición étnica (indígenas, afro descendientes, ROM [gitanos], raizales), creencias religiosas y culturales, gestante en condición de discapacidad permanente, experiencias negativas y traumáticas en gestaciones y partos anteriores, trastornos en la conducta alimentaria (anorexia o bulimia), embarazo no deseado, entre otros (Resolución 3280, 2018, pág. 266).

Además, se deberá Indagar la exposición a violencias a partir de las siguientes preguntas:

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

Si la respuesta es positiva a una de las anteriores preguntas, se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o víctima de violencia (Resolución 3280, 2018, pág. 266).

Identificar riesgo de depresión post parto utilizando las siguientes preguntas:

- Durante el mes pasado, ¿con frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?
- Durante el mes pasado, ¿ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas?
- Una tercera pregunta se debe considerar si la mujer responde "sí" a cualquiera de las preguntas iniciales: ¿Siente que necesita ayuda? (Resolución 3280, 2018, pág. 267).

Indagar a todas las mujeres embarazadas sobre el uso de alcohol y sustancias psicoactivas. Las mujeres embarazadas deben ser informadas de los riesgos potenciales para su salud y la de sus hijos debido al uso (incluso de mínimas cantidades) de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Se debe ofrecer una intervención breve a todas las mujeres embarazadas que consumen alcohol o drogas de manera habitual o a las mujeres con consumos incidentales durante el embarazo que persisten su consumo a pesar de la información recibida (Resolución 3280, 2018, pág. 267).

La intervención breve debe ser individualizada e incluir comentarios y consejos sobre cómo cesar o reducir el alcohol y el uso de otras sustancias durante el embarazo. Es necesario realizar un seguimiento a la paciente, evaluando la posibilidad de remisión a tratamiento para aquellas pacientes

que no pueden reducir o eliminar dicho uso. (Resolución 3280, 2018, pág. 267).

Examen físico:

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

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

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

- IMC < 20 kg/m2 = ganancia entre 12 a 18 Kg
- IMC entre 20 y 24,9 kg/m2 = ganancia entre 10 a 13 Kg
- IMC entre 25 y 29,9 kg/m2 = ganancia entre 7 a 10 Kg
- IMC > 30 kg/m2 = ganancia entre 6 a 7 Kg (Resolución 3280, 2018, pág. 267).

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

También realizar valoración ginecológica según el contexto clínico (examen genital que incluye valoración del cuello, tamaño, posición uterina y anexos, comprobar la existencia de la gestación, descartar gestación extrauterina e investigar patología anexial). A su vez realizar valoración obstétrica según el contexto clínico (número de fetos, situación y presentación fetal, fetocardia y movimientos fetales) (Resolución 3280, 2018, pág. 267).

Solicitud de exámenes de laboratorio

Previa información de la naturaleza de los exámenes paraclínicos y autorización para los que se requiera se debe solicitar y también según el contexto clínico de la paciente y los exámenes que tenga actualizados en su respectivo trimestre de gestación se solicitaran los siguientes exámenes contemplados en la resolución 3280 del año 2018:

- Urocultivo y antibiograma.
- Hemograma y hemoclasificación
- Glicemia.
- Prueba rápida para VIH (VIH 1-VIH 2). Se ofrece asesoría para la prueba voluntaria de VIH.
- Prueba treponémica rápida para sífilis.

- Antígeno de superficie para Hepatitis B – HbsAg.
- Pruebas de IgG, para Rubeola en mujeres no vacunadas previamente, antes de la semana 16 si no ha sido realizada en la etapa preconcepcional.
- Pruebas de IgG e IgM, en los casos en que no se conozca el estatus de infección por toxoplasma.
- Si las pruebas de IgG e IgM para toxoplasma son positivas tomar prueba de avidez IgG, si la gestación es menor a 16 semanas. Si es mayor a 16 semanas el estudio se hará con IgA.
- Si la IgG e IgM toxoplasma es negativa se debe hacer tamización mensual con IgM para identificar seroconversión.
- Tamizaje de cáncer de cuello uterino si no se ha realizado este en la consulta preconcepcional de acuerdo a la técnica y frecuencia contemplada en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.
- Repetición de IgG en dos semanas cuando el IgG es negativo y el IgM positivo en la primera evaluación para toxoplasmosis, para documentar seroconversión aguda o presencia de IgM natural.
- Ecografía entre las 10 semanas + 6 días y 13 semanas+ 6 días, la cual se realiza para tamizaje de aneuploidías; se recomienda que sea tomado por profesional en ginecología o radiología con el entrenamiento requerido y que se reporte la razón de riesgo para T13 - 18 y 21. Se debe ofrecer la asesoría según el resultado y remitir a Ginecoobstetricia para estudios confirmatorios en caso de tamizaje positivo.
- En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.
- Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas. Se realizará prueba de ELISA (antígenos totales/crudos) en suero con sensibilidad recomendada >= 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 (Resolución 3280, 2018, pág. 268).

Ante un resultado positivo o indeterminado de la prueba de tamizaje, se deberá realizar como prueba complementaria, ELISA antígenos recombinantes con especificidad recomendada >=98%. La detección de infección por T. cruzi (enfermedad de Chagas) en la gestante conllevará al análisis posterior en el producto para identificar transmisión transplacentaria (Resolución 3280, 2018, pág. 268).

Valoración del riesgo materno: de acuerdo con la información obtenida de la anamnesis, el examen físico y los exámenes paraclínicos, se

valora y clasifica el riesgo para su intervención oportuna. Las gestantes con factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación tienen mayor riesgo de morbimortalidad materna y perinatal con respecto a la población general. Estas gestantes el especialista en ginecoobstetricia les definirá un plan de atención integral de acuerdo con su condición de salud (Resolución 3280, 2018, pág. 268).

Las gestantes adolescentes deberán tener **acompañamiento** durante el resto de la gestación por el equipo de **salud mental y trabajo social**. Si la mujer tiene o se sospecha que tiene una enfermedad mental grave, se articulara con la EAPB para su remisión a un servicio especializado de salud mental (Resolución 3280, 2018, pág. 268).

En gestantes con prueba treponémica rápida positiva (aplicada en el sitio de atención), se recomienda **NO** realizar prueba de alergia a la penicilina. Se debe ampliar la historia clínica buscando antecedentes de aplicaciones previas de penicilina y reacción luego de su aplicación, además de historia personal de reacciones graves de hipersensibilidad; si no hay antecedentes de reacciones alérgicas a la penicilina se debe aplicar una dosis de penicilina benzatínica de **2.400.000 UI IM** aplicada en el mismo momento de conocer el resultado de la prueba treponémica rápida; si hay historia de alergia a la penicilina o reacciones tipo I realice desensibilización con penicilina V potásica y continuar con el manejo según el estadio de la sífilis en el que se encuentra la gestante, derivar a la atención para el tratamiento de la enfermedad infecciosa – ITS (Resolución 3280, 2018, pág. 268).

Los factores de muy alto riesgo y de alto riesgo que incrementan la posibilidad de presentar un evento tromboembólico venoso según la resolución 3280 de 2018 son:

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

Para la gestante con una primera prueba de anticuerpos rápida reactiva para VIH (VIH 1 y VIH 2) se debe realizar inmediatamente una segunda prueba de anticuerpos diferente a la primera; si esta sale reactiva se debe tomar inmediatamente una muestra de sangre total para realizar carga viral de VIH. Inicie tratamiento antirretroviral profiláctico y continuar el manejo y definir el diagnóstico final (Resolución 3280, 2018, pág. 268).

Plan de cuidado

- La formulación de micronutrientes según la resolución 3280 de 2018 se realizará de la siguiente manera:

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

• La vacunación según la resolución 3280 de 2018: debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y los antecedentes de vacunación de la gestante. El esquema de vacunación para las gestantes incluye las siguientes vacunas:

- Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td) según antecedente vacunal.
- Influenza estacional a partir de la semana 14
- Tétanos, difteria y Tos ferina acelular (Tdap) a partir de la semana 26 de gestación.

• La Información en salud: dirigida a la gestante y su acompañante según la resolución 3280 de 2018 debe realizar énfasis en:

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

• Se debe indagar por alguna barrera lingüística o de acceso que impida a la gestante adherencia a los controles prenatales; en caso tal, se deberá indicar la necesidad de albergues (casa de paso u hogares maternos) o facilitadores interculturales (intérpretes) (Resolución 3280, 2018, pág. 268).

• Se deberá proveer desparasitación antihelmíntica a gestantes en segundo y tercer trimestre de embarazo que habiten en zonas de alto riesgo de infección por geohelmintos (no acueducto, no alcantarillado, agricultoras o mineras, grupos étnicos y áreas con altos índices de Necesidades Básicas Insatisfechas), con Albendazol en dosis única de 400 mg vía oral, por una vez en el embarazo (Res 3280, 2018, pág. 268).

Control prenatal de seguimiento: según la resolución 3280 de 2018 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 (Resolución 3280, 2018, pág. 270).

Valoración integral del estado de salud de la gestante: orientada a la identificación de factores protectores o de riesgos biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación. Hacer énfasis en la identificación de factores de riesgo para violencia. Identificar la aparición de nuevos síntomas, signos y otros eventos asociados con la gestación, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales o auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, sintomatología urinaria, intolerancia a la vía oral y patrón de sueño alterado. Aplicar la escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado en cada trimestre de la gestación. En la semana 28 de gestación, se debe realizar las preguntas que permiten **identificar riesgo de depresión post parto** (Resolución 3280, 2018, pág. 270).

Examen físico

La resolución 3290 de 2018 establece que debe ser completo por sistemas, de manera céfalo caudal. Debe hacerse especial énfasis en la evaluación de:

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

Solicitud de exámenes paraclínicos

Según los lineamientos de la resolución 3280 de 2018 se deben tomar los siguientes exámenes según contexto del paciente y exámenes paraclínicos no actualizados en el trimestre.

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

Todo examen paraclínico que sea anormal deberá ser informado inmediatamente por medio documentable a la EAPB para contactar y reorientar al control prenatal inmediatamente. Aplicación de la prueba de tamizaje ASSIST para detección temprana y valoración del riesgo por consumo de sustancias psicoactivas y alcohol para gestantes que manifiestan mantener su consumo durante el embarazo (Resolución 3280, 2018, pág. 271).

Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud: la resolución 3280 de 2018 establece el siguiente plan de cuidado:

- Formulación de micronutrientes.
- Vacunación.
- Prescripción de ácido acetil salicílico de 75 a 100 mg, a partir de la semana 12 de gestación y hasta el día del parto en mujeres con un criterio de alto riesgo, o con dos o más factores de riesgo moderado para preeclampsia.

- **Suministro de condones para prevenir el riesgo de ITS**, incluida en zonas de riesgo para Zika
- Se deberá hacer una asesoría formal anticonceptiva, en caso tal, se deberá incluir en la historia clínica el método elegido para ser iniciado desde el post parto antes de dada el alta hospitalaria. Esta elección se deberá incluir también en el carné perinatal.
- Si se identifica pubalgia asociada a la gestación remitir a terapia física.
- Se deberá proveer desparasitación antihelmíntica a gestantes en segundo y tercer trimestre de embarazo que habiten en zonas de alto riesgo de infección por geohelmintos (no acueducto, no alcantarillado, agricultoras o mineras, grupos étnicos y áreas con altos índices de Necesidades Básicas Insatisfechas), con Albendazol a dosis única de 400 mg vía oral.

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

- Anticoncepción y planificación reproductiva.
- Lactancia materna, de acuerdo con la condición de la paciente. Ante un diagnóstico de VIH o una prueba de tamización reactiva para VIH en el momento del parto realice reemplazo de la lactancia materna por alimentos de fórmula para lactantes.
- Opciones para el manejo de la gestación prolongada.

Plan de parto: la resolución 3280 de 2018 establece que en el último trimestre se realiza el análisis crítico de la evolución de la gestación. Este plan incluye:

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

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. el médico especialista en Ginecología verifica dicho plan de parto y lo valida.

Valoración del riesgo materno: en cada consulta de seguimiento y control, de acuerdo con la información obtenida de la anamnesis, el examen físico y los exámenes paraclínicos, se deberá reclasificar a la gestante de acuerdo con los factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación. Estas gestantes el especialista en ginecoobstetricia les definirá un plan de atención integral de acuerdo con su condición de salud. En caso de encontrar riesgos que impliquen manejo en el prestador complementario se debe hacer la referencia y consignar en la historia clínica la causa de la remisión. (Res 3280, 2018, p. 272).

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. (Res 3280, 2018, p. 273).

9.3.4. 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. (Resolución 3280, 2018, pág. 277).

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., brinda atención para la alimentación y nutrición según los siguientes lineamientos establecidos en la normatividad.

Talento humano: profesional en nutrición y dietética

Duración mínima recomendada: 30 minutos

Atenciones incluidas

- **Anamnesis:** indagar datos generales de la gestante, nombre, documento de identidad, edad, dirección, procedencia (urbana, rural), etnia,

régimen al que pertenece, teléfono, correo electrónico. Anamnesis Alimentaria: Deberá incluir patrón alimentario, frecuencia de consumo de grupos de alimentos, alimentos preferidos o rechazados, trastornos alimentarios (Res 3280, 2018, p. 277).

- **Valoración del estado nutricional:** en la consulta inicial de nutrición se realizará valoración nutricional que incluye: Paridad, edad gestacional, peso pregestacional, revisión de las pruebas de laboratorio (glicemia, hemoglobina, cuadro hemático y otros), diagnósticos médicos (hipoglicemia, diabetes gestacional, hipertensión, hiperémesis, anemia, obesidad, bajo peso), verificación del consumo de suplementos de hierro, ácido fólico y calcio. Toma de peso, talla, cálculo del índice de masa corporal (IMC) según edad gestacional, clasificado siguiendo el patrón de Atalah, diagnóstico nutricional, plan de manejo y establecimiento de las metas de ganancia de peso durante la gestación (Resolución 3280, 2018, pág. 278).

- **Análisis y plan de cuidado**

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

Frecuencia: todas las mujeres gestantes deben recibir atención por nutrición al menos una vez, de preferencia al inicio de la consulta para el cuidado prenatal. Si la gestante presenta alteraciones en su estado nutricional o diagnósticos médicos a intervenir por nutrición se deben establecer los controles que se requieran dependiendo de la evolución de la paciente, de acuerdo con el criterio del profesional en nutrición y dietética (Resolución 3280, 2018, pág. 278).

Descripción: la atención de la mujer gestante lleva, entre otros aspectos, la evaluación del estado nutricional al inicio de la gestación con un seguimiento ponderal durante toda la etapa, y la orientación dietética que garantice una alimentación y nutrición adecuada para la madre y el feto. Durante la primera consulta de nutrición se busca evaluar el estado nutricional de la gestante, sus factores de riesgo y determinar el plan de manejo (Resolución 3280, 2018, pág. 278).

Anamnesis: registrar los datos de identificación de la gestante definidos en la historia clínica: Nombre, documento de identidad, edad, dirección, procedencia (urbana, rural), etnia, régimen al que pertenece, teléfono, correo electrónico. Indagar sobre paridad, edad gestacional, resultados de los exámenes de laboratorio (glicemia, hemoglobina, cuadro hemático y otros), diagnósticos médicos (hipoglicemia, diabetes gestacional, hipertensión, hiperémesis, anemia, obesidad, bajo peso), verificación del

consumo de suplementos de hierro, ácido fólico y calcio. (Resolución 3280, 2018, pág. 278).

Cuando las gestantes al momento de la primera consulta (dentro del primer trimestre) desconocen su peso pregestacional, puede utilizarse como referencia el IMC de la mujer en ese momento e indagar con ella los posibles cambios de peso percibidos, para determinar la ganancia de peso esperada para las semanas de gestación restantes. Indague sobre el patrón alimentario de la gestante, utilizando recordatorio del consumo de alimentos en las últimas veinticuatro (24) horas. Revise la frecuencia de consumo por grupos de alimentos, alimentos preferidos o rechazados; trastornos alimentarios durante la gestación: nauseas, vómito, pica; molestias gastrointestinales: estreñimiento, gastritis (Resolución 3280, 2018, pág. 278).

Valoración del estado nutricional: la valoración del estado nutricional durante la gestación es un procedimiento de uso continuo y depende de las medidas antropométricas rutinarias en los controles prenatales. De esta manera, las mediciones permiten determinar la ganancia de peso de la mujer durante la gestación son las definidas en la (Resolución 2465 de 2016 o la norma que la modifique o sustituya). (Res 3280, 2018, p. 278).

Toma y registro del peso: revisar que la báscula esté colocada sobre una superficie plana y firme, asegúrese de que en tara o en cero (0), cuidando que la gestante se ponga de pie, Sobre las plantillas ubicadas en la base de la báscula, con la mínima cantidad de ropa posible y en posición recta y erguida. Registre el dato inmediatamente (Resolución 3280, 2018, pág. 279).

Toma y registro de la Talla: coloque el tallímetro sobre una superficie plana y contra una pared que no tenga guarda escobas, ubique a la gestante contra la parte posterior del tallímetro, con los pies sobre las plantillas, en posición erguida con los talones juntos, rodillas rectas y que las pantorrillas, los glúteos, el tronco, los hombros y espalda toquen la tabla vertical. Registre la talla inmediatamente (Resolución 3280, 2018, pág. 279).

Calcule el índice de masa corporal según edad gestacional IMC/EG, siguiendo el patrón de Atalah, basado en el incremento de peso, medido mediante el IMC ajustado para la edad gestacional de mujeres adultas y gestaciones no gemelares o múltiples, a partir de la semana 6 y hasta la semana 42 de gestación (antes de la semana 6 de gestación no se observan cambios significativos en el índice de masa corporal de las gestantes adultas) (Resolución 3280, 2018, pág. 279).

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

gestacional. Registre la clasificación del estado nutricional y establezca metas de ganancia de peso durante la gestación, de acuerdo con los siguientes parámetros: (Resolución 3280, 2018, pág. 279).

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

Fuente: Ministerio de Salud, Resolución 3280 Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta integral de atención Materno Perinatal, pág.279. Bogotá, 2018.

Es importante tener en cuenta realizar atención diferencial con la gestante adolescente, en razón a los cambios en la velocidad de crecimiento de la estatura. Cuando la gestante es menor de trece (13) años, la ganancia de peso es más atribuible a su crecimiento, por estar en una etapa de crecimiento de alta velocidad. En cambio, cuando se trata de una adolescente mayor de 15 años, la ganancia de peso de la gestante es más atribuible al feto porque está en una etapa más cercana a la finalización del crecimiento (Resolución 3280, 2018, pág. 278).

Plan de manejo: de acuerdo con el diagnóstico nutricional defina el plan de manejo específico y las recomendaciones nutricionales pertinentes en cada caso. Si la valoración nutricional es normal, oriente sobre estilos de vida saludable, actividad física, consumo del suplemento nutricional indicado (hierro, ácido fólico y calcio) adecuado descanso y lactancia materna. En caso de encontrar en la valoración nutricional bajo peso para la edad gestacional, programe un plan dietario de ganancia de peso que incluya aumento de la ingesta calórica y proteica, con el fin de alcanzar un peso adecuado durante el seguimiento que garantice el éxito de la gestación (Resolución 3280, 2018, pág. 280).

Si la valoración nutricional es sobrepeso u obesidad: Defina plan dietario específico, no haga ninguna restricción energética, eduque para lograr modificaciones hacia hábitos y alimentación saludable, oriente el consumo del suplemento nutricional indicado (hierro, ácido fólico y calcio), actividad física e indique periodicidad de los controles por nutrición. En diagnósticos médicos a intervenir nutricionalmente (anemia, hipoglicemia, diabetes gestacional, hipertensión, hiperémesis, estreñimiento, gastritis), definir plan de manejo nutricional específico (Resolución 3280, 2018, pág. 280).

Recomendaciones según la resolución 3280 de 2018:

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

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

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

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

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

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

Instrumentos, insumos y dispositivos:

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

-Insumos: Historia clínica, material de apoyo educativo.

9.3.5. **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; 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. Debe contar con su carné perinatal. En este carné también debe reposar la evidencia sobre la consejería anticonceptiva y el método elegido (Resolución 3280, 2018, pág. 281).

El hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. está equipado para la atención del recién nacido, con disponibilidad permanente del recurso humano para la atención del binomio madre hijo.

Objetivos

- Brindar un acompañamiento a la gestante y su familia durante el proceso de trabajo de parto y parto, a fin de obtener una ***experiencia humanizada*** y basada en el enfoque de derechos.
- Reducir y controlar complicaciones del proceso del parto y prevenir las complicaciones del alumbramiento y el puerperio, como la hemorragia posparto, la retención de restos placentarios y la infección puerperal (Resolución 3280, 2018, pág. 281).

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 de talento humano para la atención del parto es:
a) Profesional en medicina, o
b) Profesional en medicina especialista en ginecoobstetricia (Resolución 3280, 2018, pág. 281).

Duración mínima recomendada: la duración de la atención es variable y va desde la admisión de la gestante hasta el alumbramiento. Esta atención continúa con la atención del puerperio inmediato y mediato (Resolución 3280, 2018, pág. 281).

Atenciones incluidas:

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

Descripción:

Admisión de la gestante en trabajo de parto: en todo caso, se deberá realizar una historia clínica completa que incluya como mínimo:

Anamnesis

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

- Revisión completa por sistemas.
- Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas (Resolución 3280, 2018, pág. 282).

Examen físico

- Valoración del aspecto general, color de la piel, mucosas e hidratación, estado de conciencia.
- Valoración del estado nutricional.
- Toma de signos vitales.
- Examen completo por sistemas, incluida la valoración neurológica.
- Valoración del estado mental.
- Valoración obstétrica que incluye la frecuencia e intensidad de la actividad uterina, la posición, situación y estación del feto, frecuencia cardiaca fetal, la altura uterina, el número de fetos y la estimación del tamaño fetal.
- Valoración ginecológica que incluye la valoración de los genitales externos y la exploración genital incluyendo la especuloscopia y el tacto vaginal para evaluar sangrado, presencia del cordón umbilical, condiciones del cuello uterino (masas, maduración, dilatación y borramiento cervical), estado de las membranas, presentación, estación y variedad de posición fetal y la pelvimetría clínica (Resolución 3280, 2018, pág. 282).

Solicitud de exámenes paraclínicos

- Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo solicite VDRL o RPR.
- Hemoclasificación, si la gestante no tuvo control prenatal.
- Prueba para VIH (prueba rápida) en caso de no haberse realizado en el tercer trimestre.
- Gota gruesa en zona endémica de malaria.
- Hematocrito y hemoglobina.
- Antígeno de superficie de hepatitis B si no cuenta con tamizaje durante la consulta para el cuidado prenatal

Según los criterios de la resolución 3280 de 2018, Se debe considerar la admisión de la gestante al hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., para la atención del parto cuando se cumplan los siguientes criterios:

- Dinámica uterina regular.
- Borramiento cervical >50%

- Dilatación de 4 cm.

En caso de presentar alguna condición que pone en riesgo la salud de la gestante o del niño, que no se pueda manejar por las especialidades y el nivel de complejidad del hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.; se debe remitir a la gestante al prestador complementario.

Valorar el riesgo obstétrico y las condiciones de acceso (distancia al domicilio, condiciones y disponibilidad de transporte, etc.), socioeconómicas, cognitivas y de aseguramiento de la gestante para la toma de decisiones sobre la observación, albergue o la hospitalización de las pacientes que no cumplan con los criterios de admisión en el trabajo de parto (Resolución 3280, 2018, pág. 283).

Quienes no estén en condiciones para la admisión, deberán recibir información sobre signos para observar, cambios para analizar e indicaciones muy precisas de regresar al hospital cuando ocurran estos cambios (inicio de actividad uterina, sangrado genital, amniorrea, disminución en la percepción de los movimientos fetales, epigastralgia, visión borrosa, fosfenos, tinitus, cefalea intensa). Considerar de acuerdo con criterio médico, los factores de riesgo maternos o fetales identificados para la admisión de la gestante (Resolución 3280, 2018, pág. 283).

Atención del primer periodo del parto: se adopta la definición de la fase latente como el periodo del parto que transcurre entre el inicio clínico del trabajo de parto y los 6 cm. de dilatación. Se adopta la definición de la fase activa como el periodo del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 6 y hasta los 10 cm y se acompaña de dinámica uterina regular. La mujer en trabajo de parto debe ser acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija (Resolución 3280, 2018, pág. 283).

Durante el periodo dilatante se deberá alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo y a movilizarse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo. Una vez decidida la hospitalización, se debe explicar a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo. Debe ofrecerse apoyo físico, emocional y psicológico continuo durante el trabajo de parto y el parto. Se deben extremar los esfuerzos para que se haga apoyo emocional a todas las mujeres, no sólo por alguien cercano a ella, sino por personal entrenado para tal fin. Este apoyo debe incluir presencia continua, brindando bienestar y estímulo positivo. Tomar signos vitales a la madre por lo menos una vez cada

hora: frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria (Resolución 3280, 2018, pág. 283).

Diligenciar la partograma a todas las usuarias. En la partograma se registrarán la posición materna, los signos vitales maternos, la frecuencia cardiaca fetal, la dilatación, el borramiento, la estación, el estado de las membranas, la variedad de posición de la presentación junto con la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas y los métodos empleados para el alivio del dolor durante el trabajo de parto (Resolución 3280, 2018, pág. 283).

Se recomienda evitar las exploraciones vaginales antes de 4 horas excepto en las mujeres con alteraciones del progreso del parto o según el criterio médico, ante la sospecha o la presencia de complicaciones o si la mujer manifiesta sensación de pujos; Se sugiere realizar un máximo de 3 (tres) tactos vaginales con el objetivo de no aumentar el riesgo de complicaciones infecciosas en el postparto. El examen pélvico también puede realizarse a solicitud de la gestante en circunstancias en las que se considere conveniente (Resolución 3280, 2018, pág. 283).

Se debe auscultar la frecuencia cardiaca fetal en reposo y luego de finalizada la contracción de manera intermitente. Cada medición de la frecuencia cardiaca fetal debe tomarse durante un minuto completo cada 30 minutos durante la fase activa del trabajo de parto y cada 5 minutos durante el segundo periodo del parto (periodo expulsivo). No se debe realizar amniotomía ni administración de oxitócicos de rutina para acortar la duración del trabajo de parto espontáneo (Resolución 3280, 2018, pág. 283).

Toda mujer tiene derecho a recibir métodos eficaces y seguros para el alivio del dolor durante el trabajo de parto (ello incluye la **analgesia neuro axial**); la solicitud de la gestante es indicación suficiente para proveerle métodos adecuados para el alivio del dolor. Las contraindicaciones de la analgesia neuro axial durante el trabajo de parto son: rechazo de la madre, coagulopatía, infección local o sistémica o hipovolemia no corregida (Resolución 3280, 2018, pág. 284).

No se deben aplicar enemas o rasurados rutinarios a las gestantes en trabajo de parto. Al alcanzarse la fase activa del expulsivo, la gestante debe trasladarse a la sala de partos o acondicionar el sitio apropiado para el nacimiento. Se recomienda evitar la deshidratación durante el trabajo de parto, administrar líquidos orales y canalizar una vena periférica que permita, en caso necesario, la administración de cristaloides a chorro, preferiblemente lactato de Ringer o solución salina, evitar la Dextrosa en

agua destilada, para prevenir la hipoglicemia del recién nacido. Realizar un trato humanizado y evitar frases o expresiones que afecten la dignidad de la mujer o de la adolescente. En ningún momento es permitido censurarla con motivo de su embarazo (Resolución 3280, 2018, pág. 284).

Atención del expulsivo: la segunda etapa del parto o periodo expulsivo es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. A su vez, se subdivide en dos fases mencionadas en la resolución 3280 de 2018:

- Periodo expulsivo pasivo: dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo.
- Periodo expulsivo activo, cuando el feto es visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa o pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa.

Durante este período es de capital importancia el contacto visual y verbal con la gestante para disminuir su ansiedad, así como la vigilancia estrecha de la fetocardia. En el expulsivo deberá evaluarse el bienestar fetal por los medios que se tengan disponibles. El pujo voluntario sólo debe estimularse durante la fase activa del expulsivo y en el momento de las contracciones. Durante este periodo, debe permitirse que las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda. **No se debe realizar de forma rutinaria presión fúndica para acelerar el expulsivo (maniobra de Kristeller)**. Del mismo modo, la episiotomía no está indicada de forma rutinaria (Resolución 3280, 2018, pág. 284).

Una vez se da el nacimiento, se debe permitir inmediatamente el ***contacto piel a piel de la madre con el recién nacido.*** En los casos en que no esté indicado el pinzamiento inmediato se deberá ***realizar un pinzamiento tardío del cordón umbilical.*** Este se realizará tras constatar los siguientes criterios incluidos en la resolución 3280 de 2018.

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

Por otro lado, se adoptan las siguientes indicaciones para pinzamiento inmediato contenidas en la resolución 3280 de 2018:

- Desprendimiento de placenta.
- Placenta previa.
- Ruptura uterina.
- Desgarro del cordón.
- Paro cardíaco materno.

• Los demás criterios recomendados en la Guía de Práctica Clínica de Recién Nacidos vigente.

La mujer en trabajo de parto vaginal no instrumentado y sin complicaciones debe ser acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija (Resolución 3280, 2018, pág. 284,285).

Atención del alumbramiento: según los lineamientos contenidos en la resolución 3280 de 2018, en este periodo se debe realizar lo que se ha denominado manejo activo del alumbramiento, que consiste en:

• Dentro de un minuto del nacimiento se palpa el abdomen para descartar la presencia de otro feto y se administra un medicamento uterotónico:

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

• Tracción controlada del cordón.

• Pinzamiento teniendo en cuenta los criterios presentados en la sección anterior.

• Verificar cada 15 minutos que el útero esté contraído.

Al visualizar la placenta, tomarla con las dos manos, realizar un movimiento de rotación para enrollar las membranas y favorecer su expulsión completa (maniobra de Dublín). Debe revisarse la placenta tanto por su cara materna (observar su integridad) como por su cara fetal (presencia de infartos, quistes, etcétera). También debe verificarse la integridad de las membranas, el aspecto del cordón umbilical, su inserción y el número de vasos (lo normal, dos arterias y una vena). Ante la duda de que haya alumbramiento incompleto, debe procederse a la revisión uterina y extracción manual de los restos retenidos. (Res 3280, 2018, p. 285).

Se considera normal una pérdida de 500 cc de sangre luego del parto vaginal normal. Si la madre lo ha elegido, se puede proceder a aplicar el DIU posparto. Este debe aplicarse antes de hacer las suturas perineales; si no es posible, se hará dentro de las primeras 48 horas del posparto. El personal que atiende el parto debe estar entrenado en la aplicación del DIU. (Resolución 3280, 2018, pág. 285).

Durante los siguientes minutos luego del parto se producen la mayoría de las hemorragias, por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos contenidos en la resolución 3280 de 2018:

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

Instrumentos insumos y dispositivos

insumos y dispositivos son los especificados en la resolución de habilitación disponible para la atención del parto, con especial énfasis en los **kits de emergencia obstétrica**, para la atención se requerirá el diligenciamiento del partograma del CLAP y se requiere en todo caso el carné perinatal debidamente diligenciado al momento de la admisión (Resolución 3280, 2018, pág. 286).

9.3.6. Atención del puerperio

Talento humano: los requerimientos de talento humano serán los mismos que para la atención del parto.

Objetivos

- Proveer una atención segura del puerperio a fin de prevenir detectar y controlar complicaciones del parto como la hemorragia posparto, la retención de restos y la infección puerperal.
- Brindar Información y asesoría en métodos anticonceptivos de acuerdo con criterios médicos de elegibilidad y a enfoque de derechos (Resolución 3280, 2018, pág. 286).

Atenciones incluidas: en este periodo se reconocen 2 etapas contenidas:

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

- Signos vitales maternos.
- Globo de seguridad.
- Sangrado genital.

- Revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía para descartar la formación de hematomas.

Si no se producen alteraciones en este período, la madre debe trasladarse al sector de alojamiento conjunto y allí se le instruirá y apoyará sobre la lactancia materna a libre demanda, vacunación, puericultura, signos de alarma, consulta de puerperio y demás temática pertinente. (Resolución 3280, 2018, pág. 286).

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 5° días post parto.

Descripción: el alta hospitalaria se debe dar a las 24 horas de un parto vaginal y de 48 después de una cesárea como mínimo. Se deberá monitorear de manera frecuente la temperatura corporal de la madre, la presión arterial, el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la perfusión y el estado de conciencia. Además, deben valorarse la posibilidad de atonía uterina, de un sangrado excesivo o la presencia de signos de hemorragia, de distensión de la vejiga, o de disnea o de dolor pleurítico como síntoma de alerta de un embolismo pulmonar. Durante las 2 primeras horas se debe hacer seguimiento de signos vitales y signos de sangrado cada 15 minutos. Se adopta la escala de alerta temprana (Maternal Early Obstetric Warning Score) adaptada para Colombia. Es obligatoria la valoración clínica del estado general de la mujer en el puerperio por el médico o personal encargado de la atención del parto al menos dentro de las primeras 2 horas de puerperio (Resolución 3280, 2018, pág. 287).

Se debe monitorizar la aparición de fiebre en el posparto definida como una temperatura superior a los 38° C a excepción de las 24 primeras horas tras el parto. En caso de fiebre, debe indagarse la aplicación de

misoprostol como causa de la fiebre en caso de ser negativo el antecedente, debe realizarse una exploración para identificar el foco de una posible infección del tracto urinario, de la herida quirúrgica, mastitis, endometritis, tromboflebitis pélvica séptica, una reacción adversa a un fármaco o complicaciones derivadas de la episiotomía (Resolución 3280, 2018, pág. 287).

Se debe realizar un tamizaje para depresión posparto. La resolución 3280 de 2018 establece que en las diferentes visitas con la mujer tras el parto se le realicen las siguientes preguntas para identificar la posibilidad de una depresión posparto:

"Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?"

"Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?"

Quienes hayan respondido afirmativamente estas dos preguntas deberán tener un **acompañamiento de personal de psicología y psiquiatría** para hacer diagnóstico confirmatorio de la Depresión y brindar apoyo terapéutico que se requiera. **Se deberá informar a la EAPB para la gestión del riesgo y realización de un seguimiento por el equipo de salud mental posterior al alta** a aquellas mujeres que tengan un puntaje mayor a 12 puntos en la Escala de depresión posnatal de Edimburgo EPDS (Resolución 3280, 2018, pág. 287).

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. (Resolución 3280, 2018, pág. 287).

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 (Resolución 3280, 2018, pág. 287).

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 (Resolución 3280, 2018, pág. 287).

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

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

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

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

Informar sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva, puericultura básica, alimentación balanceada adecuada para la madre, fortalecimiento de los vínculos afectivos (la importancia del contacto piel a piel y la lactancia materna temprana, como los principales factores que permiten el establecimiento de vínculo afectivo), la autoestima y el autocuidado, la importancia de la actividad física progresiva para promover la recuperación del tono muscular de la mujer y de la actividad de la vida diaria (por ejemplo con paseos diarios); así mismo, se informará sobre las diferentes formas de violencia de género y sexual y los mecanismos de denuncia de las mismas, información sobre los hábitos de sueño y descanso (Resolución 3280, 2018, pág. 287).

Adicionalmente se debe:

-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 anticonceptiva que debieron hacerse como parte de los controles antenatales.

Es importante resaltar que cada individuo tiene diferentes necesidades, diferentes circunstancias, diferentes condiciones económicas y condiciones socios culturales para tomar una decisión, lo que lleva al personal de salud a brindar una atención individualizada. Esto incluye según la resolución 3280 de 2018:

- Valorar la intención reproductiva, indagar sobre requerimientos anticonceptivos de la mujer de acuerdo con su necesidad, dirigir la asesoría de acuerdo con necesidades y expectativas (las mujeres con antecedentes de morbilidad materna extrema, y adolescentes menores de 15 años, son prioritarias para anticoncepción post-evento obstétricos).
- Describir todos los métodos anticonceptivos comenzando por los más efectivos y recomendados en postevento obstétrico, **sin omitir ningún método.** (Incluye mecanismo de acción, efectividad, duración, modo de uso, efectos secundarios y beneficios; despejar dudas sobre mitos frente al uso de Anticonceptivos). Para esto se adoptan **criterios médicos de elegibilidad de la OMS vigentes para condiciones médicas especiales**.
- Acompañar a la consultante en el desarrollo de la elección informada (permitir que se elija el método más adecuado de acuerdo con los elementos brindados en la consejería).
- Diligenciar, de acuerdo con normas institucionales, el formato de consentimiento informado y la historia clínica de anticoncepción.
- Suministrar anticonceptivos, antes del alta hospitalaria si bajo decisión informada se ha optado por ello.
- Inserción de **DIU** posparto según elección de la mujer y criterios de elegibilidad. Realizar procedimiento de acuerdo con el protocolo.
- Realización de procedimiento de **oclusión tubárica** bilateral.
- Aplicación de **implante subdérmico** de progestina.
- Suministro y colocación de **inyección** de Acetato de Medroxiprogesterona
- Entrega de método **hormonal oral de solo Progestina,** con indicaciones de uso e inicio de tratamiento.
- Entrega de **condones**, según necesidades de la mujer.
- Otros anticonceptivos no incluidos en el plan de beneficios en condiciones médicas específicas.

El hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. entregará como parte de la atención del puerperio los métodos anticonceptivos elegidos con una **cobertura de al menos 3 meses**, siempre con la orden de control ambulatorio de acuerdo con el método elegido.

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

- Hay que recordar que los métodos anticonceptivos no protegen contra VIH/SIDA y otras ITS. proveer condones y resaltar la necesidad de doble protección.
- Recordar la posibilidad de uso de anticoncepción de emergencia en caso de:
  - Relación sexual sin uso de un método anticonceptivo
  - Uso incorrecto de un método anticonceptivo
  - Ruptura, filtración, deslizamiento o retención del condón masculino
  - Desplazamiento o retiro temprano del condón masculino
  - Expulsión total o parcial del dispositivo intrauterino.
  - Relaciones en el período fértil sin protección
  - Olvido de una o varias dosis anticonceptivas
  - En caso de violencia sexual, si la mujer no está usando un método anticonceptivo (Resolución 3280, 2018, pág. 289).

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

Esta consulta según la resolución 3280 de 2018 se deberá enfocar especialmente en:

- Indagar el estado de ánimo y el bienestar emocional
- Indagar y fortalecer cuidado del recién nacido y lactancia
- Indagar e Informar sobre sexualidad en el posparto
- Indagar intención reproductiva y recomendar embarazo en no menos de 18 meses.
- Hacer seguimiento al uso del método elegido en el puerperio inmediato y ofrecer métodos anticonceptivos si no fue elegido ningún método.
- Indagar sobre patrón de sueño y recomendar el compromiso de la red de cuidado en los cuidados del recién nacido.
- Revisar las cicatrices de cesárea o episiotomía.
- Manejar de enfermedades crónicas.
- Revisar vacunación y completar el esquema para mujeres en edad fértil.
- Tomar Tensión arterial y buscar signos de anemia.
- Informar sobre signos de alarma para consultar por el servicio de urgencias, especialmente para hemorragia posparto, infección, Pre eclampsia, eclampsia y trombo embolismo (Resolución 3280, 2018, pág. 290).

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) (Resolución 3280, 2018, pág. 290).

9.3.7. Atención de operación por cesárea

La operación cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero. En sus inicios, fue indicada cuando el parto por vía vaginal era imposible y con el fin último de proteger la vida de la madre aun cuando su mortalidad era cercana al 100%. En la medida que su morbimortalidad ha disminuido sus indicaciones han aumentado, tanto en el manejo de patología materna, así como fetal. En la actualidad incluso es aceptada su realización a solicitud de la paciente; factor que ha sido relevante en el aumento de su incidencia (Schnapp, Sepúlveda, & Robert, 2014)

El hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. está equipado para la atención del recién nacido con disponibilidad permanente del recurso humano para la atención del binomio madre hijo.

Objetivos

- Brindar un acompañamiento a la gestante y su familia durante el proceso de trabajo de parto, a fin de obtener una ***experiencia humanizada*** y basada en el enfoque de derechos.
- Evitar las consecuencias en morbilidad y mortalidad maternas y perinatales (Schnapp, Sepúlveda, & Robert, 2014).
- Reducir y controlar complicaciones del proceso del parto y prevenir las complicaciones del alumbramiento y el puerperio, como la hemorragia posparto, la retención de restos placentarios y la infección puerperal (Resolución 3280, 2018, pág. 281).

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 de talento humano para la atención del parto por cesárea es:

a) Profesional en medicina, o
b) Profesional en medicina especialista en ginecoobstetricia
c) Instrumentadora Quirúrgica
d) Profesional en medicina especialista en Anestesiología

Causas e indicaciones:

Maternas

- Cesárea anterior
- Hemorragia ante parto
- Tumor previo
- Cáncer cérvico uterino
- Síndrome hipertensivo severa
- Ruptura uterina
- Trombocitopenia autoinmune severa
- Herpes genital activo
- Falta de progreso del trabajo de parto/Inducción fracasada
- Placenta previa
- DPPNI
- Cesárea previa
- Otras complicaciones de embarazo no especificadas
- Preeclampsia-Eclampsia

Fetales

- Anomalía de presentación o posición
- Monitorización intra parto no tranquilizadora
- Anomalía fetal
- Prolapso cordón
- Prevención distocia hombro
- Parto prematuro extremo
- Embarazo gemelar con distocia presentación
- RCIU severo
- DCP, Distocia, falta de progreso trabajo de parto
- Monitoreo fetal alterado
- Anomalía de presentación

Mixta

- Desproporción céfalo pélvica. (Schnapp, Sepúlveda, & Robert, 2014)

Descripción:

Como toda actividad quirúrgica, la operación cesárea no está exenta de riesgos, los que se pueden resumir en:

- Anestésicos
- Propios de la técnica quirúrgica
- Relacionados con el futuro reproductivo de la paciente (Schnapp, Sepúlveda, & Robert, 2014).

Técnica de operación cesárea

Paciente en posición supina con ligera lateralización uterina hacia izquierda que permite mejor retorno venoso. Esto se logra por desplazamiento uterino por compresión manual lateral o uso de cuña en región lumbar derecha que habitualmente se retira al inicio de la cirugía (Schnapp, Sepúlveda, & Robert, 2014).

Laparotomía dePfannenstiel: Se realiza incisión transversa de 10–12cm de longitud por sobre el pubis. Sección del celular subcutáneo y aponeurosis también en forma transversa. Disección del plano muscular sub-aponeurótico partiendo por la línea media, teniendo especial cuidado con la hemostasia de vasos perforantes. Se separan en sentido vertical los rectos abdominales hasta identificar el peritoneo parietal y se penetra a la cavidad peritoneal identificándose la zona del segmento uterino (Schnapp, Sepúlveda, & Robert, 2014).

Histerotomía: La incisión uterina más frecuentemente utilizada es la transversa baja, que tiene dentro de sus ventajas una menor pérdida de sangre, así como un menor riesgo de ruptura en embarazos posteriores. Se identifica el segmento uterino (de menor grosor y con adherencia laxa al peritoneo visceral), se abre transversalmente el peritoneo visceral y se desciende la vejiga. La incisión uterina se realiza de manera transversa y arciforme para evitar la lesión de los vasos del ligamento ancho. Una vez expuesto, el amnios se secciona y se procede con la extracción fetal, siendo las maniobras de extracción dependientes del tipo de presentación. Existe una recomendación de postergar la ligadura del cordón por al menos 30 segundos con el fin de optimizar niveles hematológicos en el neonato. Ello no procede frente a emergencias en la condición de la madre y/o el recién nacido (Schnapp, Sepúlveda, & Robert, 2014).

El alumbramiento manual no ha mostrado beneficio en comparación con el alumbramiento espontáneo. Extraída la placenta, se realiza una revisión instrumental y manual, con el fin de reducir el riesgo de retención de restos ovulares. Completado el alumbramiento y revisión, habitualmente se administra oxitocina o similar, según protocolo local a fin de favorecer la retracción uterina (Schnapp, Sepúlveda, & Robert, 2014).

Histerorrafía: Múltiples técnicas han sido propuestas para el cierre de la pared uterina. La técnica más frecuentemente utilizada es la sutura continúa en uno o dos planoscorridos o con vuelta atrás. También se puede realizar una sutura con puntos separados invaginantes. El material de sutura puede ser catgut crómico o vicril # 0 o #1. Un estudio reciente (CORONIS) reveló una menor tasa de transfusiones en el grupo que utilizó catgut

crómico, aun cuando los mismos autores no son categóricos en la implicancia de este hallazgo (Schnapp, Sepúlveda, & Robert, 2014).

El cierre del peritoneo visceral es un tiempo que puede o no realizarse. Si se realiza se utiliza una sutura corrida o con puntos separados con material reabsorbible. Al concluir la histerorrafia debe ejecutarse una revisión cuidadosa de la hemostasia, así como de los anexos, recuento de agujas y compresas y lavado prolijo de la cavidad pelviana (Schnapp, Sepúlveda, & Robert, 2014).

Cierre peritoneo parietal, afrontamiento de músculos rectos abdominales y cierre de aponeurosis: El cierre del peritoneo parietal se realiza con una sutura corrida adelante con material reabsorbible o con puntos separados en conjunto con afrontamiento muscular. La fascia aponeurótica se cierra habitualmente con material reabsorbible (vicril) # 0 con sutura corrida. Se debe ser cuidadoso en la hemostasis por la posibilidad de sangrado de perforantes y la formación de un hematoma subaponeurótico (Schnapp, Sepúlveda, & Robert, 2014).

Cierre plano celular y piel: Se realiza hemostasia y cierre del tejido celular subcutáneo con sutura corrida o puntos separados con material reabsorbible # 00. La piel puede afrontarse con sutura subdérmica o con puntos separados. Si se utiliza material no reabsorbible debe retirarse a los 7–10 días posterior a la operación (Schnapp, Sepúlveda, & Robert, 2014).

Laparotomía media infra umbilical: Esta técnica se prefiere cuando está planificada una potencial ampliación de la laparotomía hacia la porción superior del abdomen, cuando existe una cicatriz previa o en situaciones de urgencia (Schnapp, Sepúlveda, & Robert, 2014).

Técnica de pelosi: Incisión de piel similar a Pfannenstiel, con disección utilizando electro bisturí hasta aponeurosis, Se realiza una pequeña separación de músculos rectales para luego continuar con disección digital el resto de línea media y entrada a peritoneo. No se diseca peritoneo visceral y por tanto, no se desplaza la vejiga hacia inferior. Se realiza apertura de útero por disección descrita en línea media pero la prolongación lateral de esta es sólo por tracción digital. Se realiza extracción fetal, posterior a lo cual se administra oxitocina esperando alumbramiento espontáneo. Se masajea el fondo uterino e inicia cierre uterino en sutura continúa enganchada o atrás con poliglactina en una sola capa. No se cierra peritoneo visceral ni parietal, así como músculo. La aponeurosis se cierra con poliglactina. Si el tejido celular es grueso se afronta con tres puntos separados absorbibles. Cierre de piel (Schnapp, Sepúlveda, & Robert, 2014).

Preparación preoperatoria cesárea electiva.

- Ayuno de ocho horas
- Vía venosa permeable que permita paso rápido de volumen. Lo habitual es generar una hidratación pre-anestésica de 1000ml, usualmente cristaloides que permitan compensar los cambios hemodinámicos observados durante el inicio de la anestesia regional que disminuye en forma brusca la resistencia vascular periférica

- Antibióticos profilácticos según protocolo institucional

- Tricotomía de vello púbico realizada momentos antes de la cirugía

- Sonda vesical

- Lavado quirúrgico del campo operatorio (Schnapp, Sepúlveda, & Robert, 2014).

Tipos de anestesia

La anestesia regional epidural combinada o espinal son las más utilizadas. La anestesia general se utiliza cuando la situación clínica no permite el uso de analgesia regional ya sea por extrema urgencia o condiciones médicas de la paciente (trastornos de la coagulación o dificultad de acceso a espacios intervertebrales) (Schnapp, Sepúlveda, & Robert, 2014).

Una vez se da el nacimiento, se debe permitir inmediatamente el ***contacto piel a piel de la madre con el recién nacido.*** En los casos en que no esté indicado el pinzamiento inmediato se deberá ***realizar un pinzamiento tardío del cordón umbilical*** (Resolución 3280, 2018, pág. 281).

Cesárea perimortem

Una condición extremadamente especial es la necesidad de realizar una cesárea de emergencia en el contexto de una paciente embarazada que presenta un paro cardiorespiratorio independiente de su causa. Las guías de reanimación propuestas por la American Heart Association (AHA), recomiendan que, en una mujer embarazada sobre 24 semanas, en caso de no respuesta materna a la Reanimación Cardiopulmonar (RCP) se debe realizar una cesárea de emergencia a los cinco minutos de producido el cuadro. Esto implica que los preparativos para la cesárea deben comenzar

una vez que se inicie la RCP, involucrando al mejor equipo multidisciplinario que el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. en ese momento. La cesárea en este caso debe ser muy expedita y realizarse en la sala en que se encuentre la paciente. El fundamento de esto es que desde el punto de vista feto-neonatal, cinco minutos es el tiempo en que se han reportado reanimaciones neonatales exitosas con expectativas de favorable evolución neonatal. Por otro lado, dada la circulación propia de la embarazada el útero mayor de 24 semanas es una dificultad en el retorno venoso y secuestro de volemia con lo que la cesárea perimortem mejora las expectativas de reanimación materna (Schnapp, Sepúlveda, & Robert, 2014).

Continuar con la atención según el numeral anterior 9.3.5. Atención al alumbramiento y 9.3.6. Atención al Puerperio según las Resolución 3280 de 2018.

9.3.8. Atención de emergencias obstétricas

En este manual 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 (Resolución 3280, 2018, pág. 290).

Objetivos Reducir la probabilidad de morir a causa de las principales complicaciones durante el embarazo parto y posparto (Resolución 3280, 2018, pág. 290).

Talento humano: en el hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., comprende 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 ginecología**. En estos casos se estabiliza a la paciente e interconsulta con una especialidad resolutiva en donde sea valorada por un equipo multidisciplinario de Ginecología y obstetricia, Medicina Materno Fetal,

Anestesiología, Cuidados Intensivos y los demás perfiles que sean necesarios. o remitirla prioritariamente a una institución complementaria.

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 (Resolución 3280, 2018, pág. 290).

Descripción:

Hemorragia obstétrica posparto: en primer lugar, se deberá garantizar durante la atención del parto el manejo activo del alumbramiento según la resolución 3280 de 2018 que incluye:

- Al minuto después del nacimiento palpar el abdomen para descartar la presencia de otro feto y administrar un medicamento uterotónico:
- Administrar oxitocina 10 UI por vía intramuscular como medicamento de elección para profilaxis durante el alumbramiento en mujeres que tengan parto por vía vaginal.
- Cuando exista un acceso venoso permeable, puede administrarse oxitocina 5 UI o 10 UI en infusión lenta diluida en 10 ml de cristaloides en un tiempo no inferior a 3 minutos.
- Se recomienda el uso de 600 mcg de misoprostol por vía sublingual para profilaxis durante el alumbramiento cuando la oxitocina no esté disponible. No se recomienda la administración por vía intrarectal.
- Tracción controlada del cordón.
- Realizar pinzamiento de acuerdo con los criterios definidos en la sección de alumbramiento.
- Verificar cada 15 minutos que el útero esté contraído.

En mujeres con parto por cesárea, adicionar una infusión de 30 UI de Oxitocina en 500 ml de cristaloides para pasar en 4 horas, inmediatamente después de la administración del bolo inicial de 5 UI de Oxitocina. El pinzamiento temprano del cordón (menor a 1 minuto) está recomendado en pacientes con sospecha de asfixia perinatal, desprendimiento de placenta, ruptura uterina, desgarro del cordón o paro cardíaco materno (Resolución 3280, 2018, pág. 290).

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

La Hemorragia Primaria Postparto se define como Puerperio inmediato con sangrado vaginal de más de 500 ml (o sangrado vaginal persistente y continuo o sangrado repentino abundante con presencia de

inestabilidad hemodinámica) en el puerperio inmediato (Resolución 3280, 2018, pág. 290).

Según los lineamientos de la resolución 3280 de 2018 Para la atención inmediata en estos casos se deberá garantizar de manera inmediata:

a. Evaluar el grado de choque aplicando el cuadro diagnóstico del código rojo obstétrico, utilizando para ello el parámetro más alterado.

b. Activar código rojo obstétrico cuando la evaluación permita establecer algún grado de choque y notificar al equipo de especialistas.

c. **Realizar ABC** a la paciente (evalúe y garantice vía aérea permeable, ventilación y circulación).

d. Si se dispone de oximetría de pulso se deberá proporcionar oxígeno suplementario para alcanzar saturación de Oxígeno > 95 %. Si no se dispone de oximetría, administrar oxígeno por cánula nasal a 3 L/minuto.

e. Levantar las piernas de la paciente a 15 grados.

f. Canalizar 2 venas con catéter venoso Nos. 14, 16 o 18, al menos una con catéter 14 o 16.

g. Insertar sonda Foley 14 o 16 F para drenaje vesical.

h. Reanimar con líquidos endovenosos cristaloides (SSN 0.9% o Hartman) preferentemente a 39 ºC, con bolos iniciales de 500 mL sucesivos titulando cada 5 minutos la respuesta basada en los signos de choque: sensorio conservado, pulso radial presente, presión arterial sistólica mayor de 90 mm Hg y llenado capilar < 3 seg con bolos de 500mL si alguno de los parámetros se encuentra alterado.

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

j. **Aplicar traje antichoque no neumático.**

k. Aplicar ácido tranexámico dentro de las primeras 3 horas posteriores al parto, a dosis fija de 1 gr (100 mg/ml) IV a velocidad de 1ml por minuto, con una segunda dosis de 1gr IV si el sangrado continuo después de 30 minutos o si el sangrado reaparece dentro de las 24 horas de aplicada la primera dosis.

Si se trata de un choque moderado, se deberá ordenar tempranamente la necesidad de paquete de transfusión de glóbulos rojos de emergencia: 2 unidades de glóbulos rojos compatibles sin pruebas cruzadas u O (–) en presencia de choque hemorrágico moderado; si no se dispone de estos utilice O (+) (Resolución 3280, 2018, pág. 292).

En caso de sospecha de coagulopatía (PTT prolongados o INR > 1.5) y si existe disponibilidad, considere la transfusión temprana de plasma fresco congelado (PFC) en una de relación de 1 unidad de PFC por cada 1.5 unidades de Glóbulos Rojos Empaquetados (GRE). Se debe indicar reanimación con paquete de transfusión masiva en HPP en presencia de choque hemorrágico severo con glóbulos rojos 6 unidades (incluidas 2

unidades O (–)), plasma 6 unidades, 1 aféresis de plaquetas (o 6 unidades de plaquetas) (Resolución 3280, 2018, pág. 292).

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

a) tono Uterino.
b) trauma.
c) tejido.
d) trombina.

a) según la resolución 3280 de 2018 frente al Tono Uterino (atonía o hipotonía uterina): realizar masaje uterino externo de forma continua y permanente durante el manejo integral y hasta cuando el sangrado haya cedido. En caso de que el masaje uterino externo haya sido ineficaz, es necesario realizar masaje uterino bimanual durante al menos 20 minutos o hasta cuando haya cedido el sangrado.

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

Según la resolución 3280 de 2018 realizar manejo simultáneo con:

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

Si los uterotónicos no han controlado el sangrado o no están disponibles, se recomienda el taponamiento uterino con balón hemostático (incluido dispositivo de sonda condón) en atonía uterina. No es recomendable el empaquetamiento uterino para el manejo de la HPP por atonía uterina. Realizar reanimación con paquete de transfusión masiva en presencia de choque hemorrágico severo con glóbulos rojos 6 unidades, plasma 6 unidades, 1 aféresis de plaquetas (6 unidades de plaquetas) (Resolución 3280, 2018, pág. 293).

Según los lineamientos de la resolución 3280 de 2018 también se debe:

- Realizar vigilancia continua de signos vitales cada 15-30 minutos (presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria), diuresis horaria y evaluación permanente del tono uterino.
- Garantice permeabilidad de dos (2) venas periféricas en extremidades diferentes con catéter Nos. 14, 16 o 18.
- Asegure y controle el manejo con cristaloides: a mantenimiento 150 cc/hora, o lo necesario para mantener TAS ≥ 90 mmHg, sensorio normal y pulso radial firme, e infusión de mantenimiento a 100 mL/h o a 17 gotas/minuto (por macrogotero de 10 gotas = 1 mL) si estas metas son alcanzadas.
- Remita en presencia de transfusión de glóbulos rojos si estos fueron requeridos y están disponibles.
- Evite la hipotermia con uso de sábanas o mantas precalentadas.
- Realice masaje uterino cada 15 minutos.
- Realice masaje bimanual continuo, en caso de presentarse un nuevo episodio de sangrado, realizar masaje bimanual continuo, compresión extrínseca de la aorta y aplique una ampolla intramuscular de Methergin.

b) Según los lineamientos de la resolución 3280 de 2018 frente al trauma (Desgarros del cérvix o canal vaginal): realizar manejo inicial para la hemorragia postparto ya anotado y realizar sutura de estos con catgut cromado 2-0. Aplicar antibiótico profiláctico IV: Ampicilina o cefalosporina de primera generación 2 g en dosis única o Clindamicina 600 mg + Gentamicina 80 mg (en alergia a la penicilina).

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

c) Según los lineamientos de la resolución 3280 de 2018 frente al tejido. Inversión uterina:

- Hacer reposición uterina según indicaciones contenidas en los diagramas de flujo para la atención de emergencias obstétricas.
- Igual manejo de atonía/hipotonía uterina.
- Aplicar antibiótico profiláctico IV: Ampicilina o cefalosporina de primera generación 2 g en dosis única o Clindamicina 600 mg + Gentamicina 80 mg (en alergia a la penicilina).

d) Según los lineamientos de la resolución 3280 de 2018 frente a la placenta retenida o retención de restos placentarios:

- Hacer extracción manual de la placenta teniendo presente el riesgo potencial de un acretismo placentario.

- Practicar la revisión manual de la cavidad uterina idealmente bajo anestesia.
- Aplicar antibiótico profiláctico IV: Ampicilina o cefalosporina de primera generación 2 g en dosis única o Clindamicina 600 mg + Gentamicina 80 mg (en alergia a la penicilina).

Manejo de las urgencias y emergencias hipertensivas del embarazo: en primera instancia se considerará a toda gestante con criterio de hipertensión debe ser llevada a la unidad de cuidados intensivos del hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., y de no haber cupo 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) la resolución 3280 de 2018 cataloga como preclamsia severa a: cuadro clínico en el que hay hipertensión relacionada con el embarazo (un embarazo ≥ 20 semanas o en las primeras 4 semanas del puerperio con Tensión Arterial Sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o diastólica mayor o igual a 90 mmHg), y además alguno criterio de severidad:

- TAS ≥ 160 mmHg y/o TAD ≥ 110 mmHg
- Presencia de signos premonitorios: (cefalea global o en "casco", fosfenos o visión borrosa, tinitus); epigastralgia irradiada a hipocondrio derecho; clonus; oliguria (0,5 cc/kg/h en 6 horas).
- Compromiso de órgano blanco materno:

- Paraclínico: hemograma con plaquetas menor de 100.000; LDH mayor 600 mg/dl; AST y ALT mayor 70 mg/dl (síndrome HELLP) creatinina mayor 1,2 mg/dl.
- Clínico: edema agudo de pulmón - injuria renal aguda - infarto agudo de miocardio.

- Compromiso fetal: Restricción crecimiento intrauterino.

También la resolución 3280 de 2018 estipula que ante la presencia de uno o más criterios de severidad: se debe realizar examen físico completo, incluyendo evaluación de vitalidad fetal por auscultación o empleo de doppler fetal, además:

i. Asegurar 2 accesos venosos con catéter 16 o 18.
ii. Si se dispone de oximetría de pulso se deberá proporcionar oxígeno suplementario para alcanzar saturación de Oxígeno > 95 %. Si no se dispone de oximetría, administrar oxígeno por cánula nasal a 3 L/minuto.
iii. Colocar sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16).
iv. Iniciar cristaloides 1 cc/kg/h (como volumen total administrado incluido el goteo de sulfato de magnesio).
v. Iniciar sulfato de magnesio ampollas al 20% x 10 ml (2 g):

a. Impregnación: 2 ampollas + 150 mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4 g).

b. Mantenimiento: 4 ampollas + 500 mL SSN 0.9% por bomba de infusión a 67 mL/hora (1 g/h) o a 10 gotas/minuto por macrogotero 10 gotas = 1 mL o a 20 gotas/minuto por macrogotero.

vi. Se deberá ajustar la dosis según monitorización de reflejos osteotendinosos, gasto urinario, sensorio y frecuencia respiratoria.

vii. En caso de toxicidad por sulfato de magnesio aplique 1 gramo endovenoso de gluconato de calcio en 10 minutos.

viii. Si la TAS ≥ 150 mmHg y/o TAD ≥ 100 mmHg (pero TAS < 160 mmHg /TAD < 110 mmHg) inicie terapia antihipertensiva: Si la TAS ≥ 150 y/o TAD ≥ 100 mmHg (pero < 160/110) inicie terapia antihipertensiva:

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

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

b) Crisis hipertensiva: la resolución 3280 de 2018 establece la definición de un caso en el que durante el embarazo o el puerperio presente TAS ≥ 160 mmHg y/o TAD ≥ 110 mmHg en una toma con o sin síntomas premonitorios de eclampsia. Ante esta situación se deberá:

i. Realizar examen físico completo, incluyendo evaluación de vitalidad fetal por auscultación o empleo de doppler fetal.

ii. Asegurar 2 accesos venosos con catéter 16 o 18.

iii. Si se dispone de oximetría de pulso se deberá proporcionar oxígeno suplementario para alcanzar saturación de Oxígeno > 95 %. Si no se dispone de oximetría, administrar oxígeno por cánula nasal a 3 L/minuto.

iv. Colocar sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16).

v. Iniciar cristaloides 1 cc/kg/h (como volumen total administrado incluido el goteo de sulfato de magnesio).

vi. Iniciar manejo antihipertensivo de inmediato hasta lograr TAS entre 140 - 150 mmHg y TAD entre 90 - 100 mmHg,

a. Labetalol ampollas de 100 mg/20cc: 20 mg (4 cc) endovenosos cada 20 minutos, y si no hay respuesta aumentar a 40 mg (8 mL), luego a 80 mg (16 mL) hasta dosis acumulada de 300 mg/día. Dejar en terapia de mantenimiento con: Nifedipino cápsulas o tabletas x 10 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 6 horas o Nifedipino cápsulas o tabletas x 30 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 8 horas.

b. Si se dispone de Hidralazina, se puede usar como medicamento de primera línea en bolo IV de 5 mg. Cada 20 minutos Si con la dosis de 20 mg IV no hay respuesta, debe pasarse a otro antihipertensivo.

c. Nifedipino cápsulas o tabletas de 10 mg cada 20 minutos por 3 dosis y luego 10 mg cada 6 horas. Si no se dispone de vía venosa.

d. Inicie maduración pulmonar fetal con betametasona 12 mg IM cada 24 horas si edad gestacional es de 24 a 34 semanas.

e. Si no se alcanza control de cifras tensionales se deberá remitir a la mujer, al mayor nivel de complejidad de acuerdo con las condiciones de la paciente.

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

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

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

c) Eclampsia: la resolución 3280 de 2018 establece la definición como un caso de gestante con embarazo de 20 semanas o más o en las primeras tres semanas del puerperio con criterios de trastorno hipertensivo del embarazo que presenta convulsión o coma. En este caso se deberá:

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

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

En presencia de crisis hipertensiva la resolución 3280 de 2018 establece iniciar manejo antihipertensivo de inmediato, hasta lograr TAS entre 140 - 150 mmHg y TAD entre 90 - 100 mmHg con:

a. Labetalol ampollas de 100 mg/20cc: 20 mg (4 cc) endovenosos cada 20 minutos, y si no hay respuesta aumentar a 40 mg (8 mL), luego a 80 mg (16 mL) hasta dosis acumulada de 300 mg/día. Dejar en terapia de mantenimiento con: Nifedipino cápsulas o tabletas x 10 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 6 horas o Nifedipino cápsulas o tabletas x 30 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 8 horas.

b. Si se dispone de **Hidralazina**, se puede usar como medicamento de primera línea en bolo IV de 5 mg. Cada 20 minutos Si con la dosis de 20 mg IV no hay respuesta, debe pasarse a otro antihipertensivo.

c. Nifedipina cápsulas o tabletas de 10 mg cada 20 minutos por 3 dosis y luego 10 mg cada 6 horas. Si no se dispone de vía venosa.

d. Inicie maduración pulmonar fetal con betametasona 12 mg IM cada 24 horas si edad gestacional es de 26 a 34 semanas. 24 a 34 semanas

e. Si no se alcanza control de cifras tensionales se deberá remitir a la mujer, al mayor nivel de complejidad de acuerdo con las condiciones de la paciente.

La resolución 3280 de 2018 establece también que ante la ausencia de crisis hipertensiva se deberá garantizar manejo antihipertensivo con:

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

Sepsis y choque séptico: la resolución 3280 de 2018 indica que además de la definición de SIRS, se tendrá en cuenta la definición de SEPSIS. Para esto se adopta el uso de las escalas qSOFA y SOFA de la siguiente manera:

- Se diagnostica Sepsis probable con la presencia de DOS O MÁS de los criterios de qSOFA:

- Estado de conciencia alterado, definido como una puntuación en la escala de Glasgow ≤13
- Frecuencia respiratoria 22 x minuto
- Presión arterial sistólica 100 mmHg

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

Escala de SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment)

	0	1	2	3	4
Respiratorio PaO2 /FiO2 (mmHg)	>400	<400	<300	<200	<100
Coagulación Plaquetas 103 / mm3	>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 Creatinina o flujo urinario	<1,2	1,2-1,9	2,0-3,4	3,5-4,9 <500	>5,0 <200

Fuente: Ministerio de Salud, Resolución 3280 Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta integral de atención Materno Perinatal, pág.297. Bogotá, 2018.

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: la resolución 3280 de 2018 indica que 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 administrados en bolos de 300mL cada 15 minutos (Resolución 3280, 2018, pág. 297).

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

Hora 0.

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

Hora 1.

a. Evalúe permeabilidad de la vía aérea.

b. Suministre suplemento de oxígeno: si dispone de oximetría de pulso proporcione oxígeno suplementario para alcanzar %satO2 ≥95. Si no dispone, administre oxígeno por cánula nasal a 3Lt/minuto.

c. Canalice 2 venas con catéter venoso No. 16 o 18.

d. Coloque sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16) para vigilancia de gasto urinario.

e. Inicie manejo con líquidos endovenosos (preferiblemente Hartman): bolos de 300mL cada 15 minutos para mantener TAM ≥ 65mmHg y sensorio normal, y continuar aporte de mantenimiento a 1cc/kg/h de acuerdo con respuesta clínica y metas alcanzadas.

f. Inicie antibiótico: Ampicilina/Sulbactam endovenosos 3g (o el antibiótico que se defina institucionalmente en el comité de infecciones). en la primera hora y continúe según protocolo de la institución local o de referencia.

g. Proporcione protección gástrica: Ranitidina ampollas x 50mg 1 ampolla endovenosa cada 12h u Omeprazol ampollas x 20mg 1 ampolla endovenosa cada 12h.

h. Toma de paraclínicos: hemograma, PCR, Hemocultivos x 2, cultivos locales según etiología del probable foco, pruebas hepáticas y renales, gases arteriales y ácido láctico.

La resolución 3280 de 2018 indica que si al momento de la evaluación hay criterios de choque se deberá:

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

a. Reanimar guiado por los siguientes parámetros como meta:

-Lactato sérico ≤ 2mmol/L

-TAM ≥ 65mmHg.

b. Iniciar antibiótico de amplio espectro en la primera hora, previa toma de muestras para cultivos.

c. Identificar y controlar foco infeccioso.

d. Evaluar permeabilidad de la vía aérea y suministrar suplemento de oxígeno: si dispone de oximetría de pulso proporcione oxígeno suplementario para alcanzar %satO2 > 95. Si no dispone, administre oxígeno por cánula nasal a 3Lt/minuto. En caso de Glasgow < 9, con pobre protección de la vía aérea o insuficiencia respiratoria realice intubación orotraqueal y ventilación mecánica.

e. Canalizar 2 venas con catéter venoso No. 16 o 18.

f. Realizar paso de catéter venoso central bilumen, si se requiere la colocación de medicamentos vasopresores, esto si tiene experiencia y disponibilidad de este.

g. Colocar sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16) para vigilancia de gasto urinario.

h. Iniciar manejo con líquidos endovenosos (Hartman): bolos de 300mL cada 15 minutos para mantener TAM ≥ 65mmHg y sensorio normal; continuar aporte de mantenimiento a 1cc/kg/hr de acuerdo con la respuesta clínica y las metas alcanzadas.

i. Si la TAM persiste < 65mmHg después de un adecuado reto de líquidos (30mL/kg en bolos de 300mL cada 15 minutos), se sugiere iniciar cuanto antes infusión de agentes vasoactivos: Norepinefrina a 35 mcg/minuto que se va incrementando cada 5 minutos hasta alcanzar la meta (TAM ≥ 65mmHg) o una dosis de 90 mcg/min.

j. Iniciar antibiótico empírico en la primera hora de reconocimiento del diagnóstico de la Sepsis de acuerdo con el foco sospechado, generalmente con Piperacilina/Tazobactam 4.5 gramos endovenosos cada 6 horas (o el antibiótico que se defina institucionalmente en el comité de infecciones). Esta indicación debe revalorarse cada 12 horas hasta que se tenga reporte de los cultivos para definir continuidad de este o su suspensión si se descarta infección.

k. Proporcionar protección gástrica: Ranitidina ampollas x 50mg 1 ampolla endovenosa cada 12h u Omeprazol ampollas x 20mg 1 ampolla endovenosa cada 12h.

l. Tomar paraclínicos: hemograma, PCR, hemocultivos, cultivos locales según etiología del probable foco, pruebas hepáticas y renales, glucometrías cada 4h, gases arteriales y ácido láctico. Este último se debe medir nuevamente si el valor inicial (hora 0) esta elevado (Lactato sérico ≥ 2mmol/L), entre las 3-6 horas para identificar el logro de las metas durante la reanimación.

m. Manejar terapia antitrombótica con Heparina en el nivel de mayor complejidad.

Instrumentos insumos y dispositivos: Se debe contar con 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 el hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., Diagramas de flujo para el manejo de la emergencia obstétrica, Traje Antichoque no neumático y balones hemostáticos (Bakri o Sonda condón) (Resolución 3280, 2018, pág. 299).

9.3.9. Atención para el cuidado recién nacido

La atención del recién nacido comprende el conjunto de procedimientos para el acompañamiento y la asistencia a los recién nacidos y sus familias o acompañantes en el proceso fisiológico de la adaptación neonatal y su adecuada transición a la vida extrauterina (Resolución 3280, 2018, pág. 299).

El hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., se encuentra equipado 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 cuenta con los insumos necesarios y suficientes para responder a las situaciones de emergencias obstétricas y neonatales (kit de emergencias obstétricas y kit de reanimación neonatal).

Objetivos

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

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. En el hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., Los requerimientos de talento humano son los mismos que para la atención del parto (siempre y cuando el personal tenga entrenamiento en adaptación y reanimación neonatal, e idealmente, que tenga vigente su formación en soporte vital avanzado neonatal). En el caso de un parto de alto riesgo o en el que se prevean posibles complicaciones del recién nacido (como prematuridad, estado fetal insatisfactorio, anomalías congénitas, bajo peso al nacer, nacimiento por cesárea, etc.), se requiere de médico especialista en pediatría que idealmente tenga entrenamiento actualizado en adaptación y reanimación neonatal (Resolución 3280, 2018, pág. 299).

En el hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., la atención del nacimiento de bajo riesgo sea realizada por especialista en pediatría, y el de alto riesgo, por pediatra con subespecialización en neonatología. En todos los casos, el recién nacido debe ser 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.

Atenciones incluidas en la resolución 3280 de 2018.

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.

Descripción

Enfoque antenatal de riesgo: el enfoque antenatal de riesgo exige la realización de una historia clínica dirigida a la identificación de factores de riesgo prenatales, perinatales y neonatales para el recién nacido. Adicionalmente a los factores de riesgo biológico, se requiere tener en cuenta los demás factores de riesgo psicosociales definidos en la historia clínica del CLAP. La historia clínica peri-neonatal debe empezar a realizarse desde antes del nacimiento, con el fin de preparar el equipo y los insumos necesarios para la atención adecuada en sala de partos/nacimientos y programar las actividades a realizar en las horas posteriores al nacimiento. Debe indagarse por las vacunas aplicadas a la madre gestante, incluirse la exploración de factores de exposición a teratógenos como el alcohol y otras sustancias psicoactivas, a infecciones virales (como Zika) la revisión de los resultados de los exámenes tomados durante la gestación (VIH, Sífilis, Hepatitis B, Toxoplasmosis, Estreptococo del Grupo B, etc.) y la identificación de otras condiciones que ameriten un manejo diferencial del recién nacido en la etapa neonatal y luego del alta hospitalaria. En caso de no contar con los laboratorios prenatales, se deben asegurar sus resultados antes del periodo expulsivo o de la cesárea (Resolución 3280, 2018, pág. 300).

Atención del recién nacido en sala de partos/nacimientos: la adaptación neonatal inmediata está representada por el conjunto de modificaciones cardio-hemodinámicas, respiratorias y de todo orden que sucede en procura de la adecuación del ser humano al entorno atmosférico al nacer. De su éxito depende fundamentalmente el adecuado y exitoso tránsito de la condición intrauterina a la vida en el ambiente exterior. Debe realizarse un manejo limpio del recién nacido y la manipulación del cordón umbilical debe hacerse con guantes estériles. Para un adecuado manejo térmico del recién nacido, la temperatura ambiente de la sala de partos/nacimientos debe estar entre 23°C y 26ºC como rango promedio. **Las salas de adaptación neonatal deben disponer de un pendón o una pieza informativa sobre el manejo del recién nacido** con depresión respiratoria o con necesidad de reanimación neonatal (Resolución 3280, 2018, pág. 301).

La secuencia de atención estipulada en la resolución **3280 de 2018** es la siguiente:

- **Limpieza de las vías aéreas**: en el momento en que el recién nacido asome la cabeza, se deben limpiar manualmente las secreciones primero de la boca y luego de las fosas nasales. Se debe evitar la realización de succión de las vías aéreas de forma rutinaria y se debe reservar este procedimiento solo para los casos de líquido amniótico con meconio espeso, sangre o pus con obstrucción de la vía aérea o si el recién nacido se encuentra con depresión respiratoria por cualquiera de estas causas (Resolución 3280, 2018, pág. 301).
- **Secado del recién nacido:** una vez el recién nacido se encuentre fuera del canal del nacimiento, se debe proceder al secado completo. Para esto, se coloca al recién nacido sobre el abdomen de la madre, en contacto piel a piel y se inicia con el secado de la cabeza y cara y luego del resto del cuerpo en forma suave, gentil y exhaustiva, con campo seco y tibio. Posteriormente debe cubrirse con un campo seco y tibio diferente al previamente usado para el secado, y debe tenerse especial cuidado en evitar la pérdida de calor por la cabeza colocando un gorro. En caso de no contar con gorro, una alternativa sería armar un turbante con una compresa tibia y seca. En el caso de los recién nacidos prematuros, se recomienda manejar de acuerdo con las indicaciones específicas del lineamiento de atención al recién nacido prematuro (Resolución 3280, 2018, pág. 301).
- **Observación de la respiración o llanto, y el tono muscular**: La limpieza de las vías aéreas y el secado estimulan al recién nacido. Si el niño se encuentra en apnea, debe iniciarse la atención del recién nacido deprimido con ventilación con presión positiva según el esquema de reanimación neonatal vigente de las Guías de Soporte Vital Avanzado Neonatal (NALS, por sus siglas en inglés) (Resolución 3280, 2018, pág. 301).
- **Pinzamiento y corte del cordón umbilical:** Debe realizarse cuando se cumplan los siguientes criterios: interrupción de la palpitación de las arterias umbilicales, disminución de la ingurgitación de la vena umbilical, y perfusión satisfactoria de la piel, lo cual ocurre habitualmente entre el segundo o tercer minuto de nacido. Estos criterios pueden demorar más tiempo en conseguirse, como en los casos donde ha habido circular de cordón umbilical, prolapso o procidencia de cordón umbilical, o ruptura prolongada de membranas. En estos casos, es pertinente permitir un mayor tiempo al destinado al pinzamiento habitual del cordón umbilical. De forma excepcional, se debe realizar pinzamiento inmediato en casos de abruptio de placenta y de placenta previa sangrante para interrumpir la pérdida de sangre del recién nacido, o pinzamiento precoz (antes de cumplir los criterios de pinzamiento habitual, generalmente entre 30 y 60 segundos de la expulsión

del niño por el canal del nacimiento) en los casos en los que se presuma riesgo de paso de anticuerpos maternos (como en miastenia gravis o en isoinmunización materno fetal no tratada) o riesgo de poliglobulia neonatal (como en sospecha de restricción de crecimiento intrauterino o en hijos de madres toxémicas o diabéticas). Todo el instrumental que se use para pinzar y cortar el cordón umbilical debe estar estéril.

- **Presentación del recién nacido y contacto piel a piel con la madre:** debe presentarse el recién nacido a la madre y al padre o al acompañante, con el objeto de favorecer la relación vincular de los padres con el recién nacido. Se debe continuar monitoreando la respiración y se debe estimular el inicio de la lactancia materna. Si el niño se encuentra sano, se recomienda no separar de la madre durante los primeros 60 minutos, e incluso se deben postergar los procedimientos de aplicación de profilaxis, antropometría y examen físico completo después de este tiempo. En caso en el que el recién nacido deba ser separado de la madre durante la transición de su adaptación neonatal, debe ubicarse bajo fuente de calor que idealmente debe ubicarse en la misma sala de partos/de cirugía/de nacimientos, y preferiblemente dentro del campo visual de la madre. En el caso de un nacimiento por cesárea, mientras se continúa el procedimiento quirúrgico de la madre, se pueden realizar las demás medidas de la adaptación (por ejemplo, profilaxis, antropometría, etc.) para evitar separaciones de la madre posteriormente, y se debe promover el contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna lo más rápido posible.
- **Lactancia materna**: se recomienda iniciar la lactancia materna durante el contacto piel a piel siempre que la madre esté en condiciones de llevarlo a cabo. La lactancia materna debe ser a libre demanda, sin horario y sin restricción. Debe promoverse y apoyarse constantemente y permitir que el recién nacido y la madre permanezcan juntos, evitando separarlos innecesariamente. En caso de que la madre se encuentre en recuperación post-cesárea, si se cuenta con la autorización del anestesiólogo, el personal de la sala debe apoyar la lactancia materna mediante la recuperación conjunta lo más pronto posible. De acuerdo con las recomendaciones de la OMS solo se debe suspender la lactancia materna si la madre lactante se encuentra en tratamiento con medicamentos contra el cáncer o con sustancias radioactivas, o si la madre vive con infección por VIH (Resolución 3280, 2018, pág. 302).
- **Limpieza**: de las secreciones de la boca nuevamente, si es necesario (Resolución 3280, 2018, pág. 302).
- **Valoración del APGAR:** se debe valorar la vitalidad y reactividad del recién nacido con la Escala de Apgar al minuto y a los 5 minutos para describir de forma estandarizada la vitalidad, la evaluación del tono muscular, el esfuerzo respiratorio, el color de la piel y la frecuencia cardiaca. No se deben retrasar las intervenciones para los recién nacidos

deprimidos hasta la valoración de un minuto. La adaptación neonatal inmediata se apoya si el Apgar es de 7 o más, se conduce si el Apgar es de 5 a 7 o se induce si es de 4 o menos. En todo caso, se debe vigilar la estabilización del recién nacido. Para los casos de Apgar menor de 7 se debe valorar la capacidad resolutiva de la institución y remitir a nivel con la complejidad necesaria para proveer la atención neonatal adecuada. Si el recién nacido tuvo un Apgar menor de 7 a los cinco minutos, se debe descartar asfixia perinatal. Si el neonato debe ser remitido, debe transportarse de acuerdo con los criterios de transporte neonatal seguro y adecuado a su condición clínica (Resolución 3280, 2018, pág. 302).

- **Realización de la Escala de Silverman–Anderson**: debe realizarse si el recién nacido tiene dificultad respiratoria a los 10 minutos de nacimiento (Resolución 3280, 2018, pág. 302).
- **Identificación del recién nacido**: debe realizarse frente a la madre e iniciarse antes la separación de la madre y su recién nacido (por ejemplo, marcando la manilla previamente con los datos disponibles) (Resolución 3280, 2018, pág. 302).

La **resolución 3280 de 2019**, establece que, en el caso de presentar alguna complicación durante la transición del recién nacido a la vida extrauterina, como dificultad respiratoria, se debe garantizar la atención resolutiva integral que se requiera según el caso. Se debe tener en cuenta lo planteado en el procedimiento de Atención de las complicaciones del recién nacido del presente manual.

También se establece en los lineamientos que en el caso del recién nacido que evoluciona satisfactoriamente, luego de los primeros 60 minutos de vida (después del contacto piel a piel con la madre y de la consolidación de la adaptación neonatal), y dentro de los primeros 90 minutos de vida, ante lo cual la resolución 3280 de 2018 establece que se deben desarrollar las siguientes actividades dentro del campo visual de la madre:

- **Profilaxis umbilical**: se debe realizar la ligadura del muñón umbilical con un clamp que sea efectivo y seguro. Se debe verificar que no se atrape la piel periumbilical sino únicamente el muñón umbilical y se debe realizar la limpieza del muñón umbilical con Clorhexidina como profilaxis teniendo cuidado de retirar el exceso del antiséptico que haya podido aplicarse en la piel del recién nacido (Resolución 3280, 2018, pág. 302).
- **Profilaxis ocular**: para la prevención de la oftalmía neonatal, se debe realizar con solución oftálmica de gentamicina, una gota en cada ojo en dosis única (Resolución 3280, 2018, pág. 302).
- **Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido**: se debe aplicar Vitamina K 1 mg por vía intramuscular en la región anterior del muslo en dosis única. Si se dispone de Vitamina K en presentación oral con equivalencia farmacológica a la presentación parenteral, puede

administrarse en lugar de esta última. Para el recién nacido con peso menor de 1.500 gramos, la dosis de Vitamina K es de 0,5 mg vía intramuscular en dosis única en la misma localización anatómica del recién nacido a término (Resolución 3280, 2018, pág. 302,303).

- **Examen físico neonatal inicial**: se trata de un examen breve, el cual busca evaluar la adecuada transición del recién nacido a la vida extrauterina, identificar el sexo, detectar tempranamente anomalías congénitas y ofrecer información inicial del estado del recién nacido a los padres. Durante la realización de este examen físico, debe verificarse la permeabilidad esofágica y anal. Así mismo, debe medirse la temperatura, la cual debe estar entre 36,5 y 37,5º centígrados. Por encima o por debajo de estos valores, debe considerarse una señal de peligro. En el caso en el que se evidencie una anomalía congénita, se debe notificar por tratarse de un evento de interés en salud pública y se debe tener en cuenta lo relacionado en el apartado de Detección de anomalías congénitas del presente lineamiento (Resolución 3280, 2018, pág. 303).
- **Toma de medidas antropométricas**: se deben tomar medidas de peso, talla, perímetro cefálico y perímetro torácico a todos los recién nacidos, y se deben registrar en la historia clínica. Debe prestarse especial atención a los casos en los que las medidas antropométricas no se correspondan adecuadamente con la edad gestacional, con el objeto de anticiparse a distintos riesgos perinatales y postnatales. Luego de la antropometría y del examen físico, puede procederse a vestir al recién nacido (Resolución 3280, 2018, pág. 303).

- **Toma de muestra de sangre de cordón**: se tomará muestra de sangre de segmento aislado de cordón para el procesamiento de la hemoclasificación neonatal, para el tamizaje de hipotiroidismo congénito con TSH neonatal y para la realización de otras pruebas de laboratorio según los antecedentes maternos identificados (por ejemplo, gota gruesa, etc.). La muestra de sangre de cordón debe tomarse con la técnica de "asa" y, por lo tanto, no debe tomarse mientras no haya habido alumbramiento de la placenta ni tomarse del segmento placentario del cordón. En caso de no ser posible la toma de muestra de sangre de cordón, se deberá realizar la toma de muestra por vena periférica del recién nacido. Así mismo, debe tenerse en cuenta la necesidad de realizar exámenes de laboratorio con muestra de sangre periférica según los hallazgos del examen físico (por ejemplo, para estudio de defectos congénitos), según los riesgos perinatales o de acuerdo con los resultados previos de los laboratorios prenatales (por ejemplo, para estudio de toxoplasmosis o sífilis) para tomar muestra suficiente y reducir así el número de venopunciones a realizar en el recién nacido (Resolución 3280, 2018, pág. 303).

- **Revisión de la placenta**: en todos los casos, debe evaluarse la placenta tanto por su cara materna como por su cara fetal con el objeto de identificar lesiones o signos que puedan sugerir patología placentaria o fetal, por ejemplo, infartos, quistes, abscesos, alumbramiento incompleto, etc. Como criterio de adaptabilidad, en los casos en los que la mujer por motivos o prácticas culturales desee llevar la placenta o el cordón umbilical consigo, se permitirá siempre y cuando no existan contraindicaciones y se hará de acuerdo con las medidas de bioseguridad pertinentes según la normatividad vigente (Resolución 3280, 2018, pág. 304).
- **Completar los datos de identificación del recién nacido**: debe realizarse frente a la madre y debe haberse iniciado antes de la separación del binomio madre-hijo. En la manilla de identificación del recién nacido se debe describir fecha y hora de nacimiento, nombre de la madre, número de historia clínica, sexo, peso, talla y perímetro cefálico. Adicional a los datos anteriormente mencionados (que son obligatorios), la manilla puede contener también el número de habitación asignado a la madre (Resolución 3280, 2018, pág. 304).
- **Registro de los datos en la historia clínica**: en la historia clínica deben registrarse todos los detalles del nacimiento y de los procedimientos realizados al recién nacido. Se debe identificar al recién nacido e indicar las actividades a realizar durante las siguientes horas de vida (Resolución 3280, 2018, pág. 304).
- **Expedición del certificado de recién nacido vivo**: la expedición del certificado de recién nacido vivo debe realizarse por parte del profesional que atiende el parto y sin este documento ningún niño puede salir de la institución en la que nació (Resolución 3280, 2018, pág. 304).

Cuidados durante las primeras veinticuatro horas de vida: Las siguientes actividades que comprenden los cuidados que deben practicarse en las primeras veinticuatro horas de vida, luego de los primeros 90 minutos de vida en los que se debieron haber realizado las intervenciones previamente mencionadas. Durante las primeras veinticuatro horas de vida, se debe acompañar y vigilar la transición del niño a la vida extrauterina y su adaptación a la misma. Estos cuidados incluyen según los lineamientos:

- Continuar la promoción y el apoyo a la lactancia materna.
- **Limpieza diaria del muñón** umbilical con agua destilada.
- **Indagar** sobre problemas con la lactancia materna, signos de dificultad respiratoria, presencia de micción o de meconio, y sobre signos de alarma o inquietudes de los padres frente a la salud del niño o niña.
- **Verificar la temperatura** corporal del recién nacido y la poca luz ambiental.
- **Realizar examen físico completo** por profesional de medicina o especialista en pediatría: Incluye la evaluación de todos los órganos, funciones y sistemas.

Se debe realizar en las primeras cuatro horas de vida y se debe valorar nuevamente antes de las 24 horas de vida, previo al egreso hospitalario. Si el neonato dura más de 24 horas de vida en observación hospitalaria, se debe evaluar de nuevo entre las 24 y las 48 horas de vida. Se debe calcular la edad gestacional, y confirmar la correlación de peso y edad gestacional (en adecuado, excesivo o deficiente según la edad gestacional), así como evaluar signos clínicos de hipoglicemia, ictericia, dificultad respiratoria o lesiones relacionadas con el nacimiento, vigilar el estado del muñón umbilical y, en general, evaluar la transición neonatal y su adaptación a la vida extrauterina.

- **Deberá tenerse en cuenta el riesgo de desarrollar síndrome de alcoholismo fetal o síndrome de abstinencia neonatal**, de acuerdo con la información de consumo de sustancias psicoactivas o alcohol reportada por la madre durante la gestación. En la etapa peri-neonatal, el síndrome de alcoholismo fetal puede manifestarse principalmente con anomalías congénitas (generalmente faciales). A su vez, el síndrome de abstinencia neonatal puede ser secundario al consumo de una o múltiples sustancias, puede manifestarse precozmente (en las primeras 24-48 horas) o tardíamente (hasta 2-3 semanas de edad postnatal) y presentar diferentes síntomas (neurológicos, respiratorios, gastrointestinales o autonómicos), ante lo cual siempre debe tenerse siempre presente como una posibilidad diagnóstica. Si se tiene sospecha de síndrome de alcoholismo fetal o de síndrome de abstinencia neonatal, debe garantizarse la atención en unidad neonatal o su valoración por pediatra o neonatólogo antes de considerar el egreso hospitalario.
- **Control de signos vitales**, se deben tomar todos los signos vitales (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, tensión arterial y saturación de hemoglobina con pulsooximetría) cada 6 horas. Adicionalmente, por lo menos en una ocasión se debe realizar pulsooximetría preductal (en miembro superior derecho) y post- ductal (en miembros inferiores), así como toma y registro de la tensión arterial en las cuatro extremidades con el objeto de encontrar hipertensión arterial generalizada o de predominio en miembros superiores respecto de los miembros inferiores, como medida para el tamizaje de coartación aórtica. En caso de alteraciones, se debe avisar de inmediato al profesional de medicina o al especialista en pediatría para la revisión del recién nacido.
- **Vigilar** condiciones higiénicas y del vestido.
- **Revisar** los resultados de la hemoclasificación y averiguar sobre el procesamiento o resultado de la TSH neonatal, y de los otros los exámenes de laboratorio cuando haya lugar. Deben verificarse los resultados maternos de los exámenes de hepatitis B, toxoplasma, VIH y sífilis y proceder a la ampliación de estudios en el recién nacido cuando haya lugar. Esto último se haría solamente si no se logró hacer antes del expulsivo o de la cesárea.
- **Vacunar,** se debe realizar según las disposiciones vigentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Se debe aplicar una dosis de vacuna de BCG y

hepatitis b dentro de las primeras 12 horas de vida antes del egreso hospitalario. En el caso de tratarse de hijo de madre con Hepatitis B, se dará atención por Pediatría.

- **Realizar tamizaje de cardiopatía congénita,** se debe realizar a las 24 horas de nacido antes del egreso hospitalario y en caso de continuar en el hospital, a las 48 horas de edad nuevamente. Se debe hacer con pulso oximetría preductal (en miembro superior derecho) y post-ductal (en miembros inferiores). Se considerará anormal cuando se registre una diferencia mayor a 3% en la saturación de oxígeno entre estas medidas, o cuando esta se encuentre en un nivel menor a 90%. Con un resultado anormal, se debe remitir para atención resolutiva por pediatría y/o cardiología pediátrica para descartar cardiopatía congénita compleja mediante estudios diagnósticos adicionales. Debe registrarse en la historia clínica neonatal.
- **Realizar tamizaje visual**, se debe realizar con las técnicas semiológicas básicas de inspección ocular y realización de reflejo rojo retiniano. En caso de un resultado anormal, debe ser remitido para valoración por pediatría. Debe registrarse en la historia clínica neonatal.
- **Realizar tamizaje auditivo**, el tamizaje auditivo neonatal es de carácter obligatorio. Debe hacerse con Emisiones Otoacústicas (EOA) o con Respuesta Auditiva de Tallo Encefálico Automatizada (RATEA). Dadas las limitaciones del uso exclusivo de EOA en la evaluación de la vía auditiva a nivel retrococlear, se debe preferir el uso de RATEA de rutina en todos los niños. En el caso de los recién nacidos y niños con alto riesgo de pérdida auditiva deben utilizarse de forma combinada las EOA y la RATEA. Estas pruebas deben realizarse idealmente a las 24 horas de nacido o antes de la salida de la institución de salud. En caso en que no se logre garantizar su realización integral en los primeros siete días de vida, debe garantizarse en el marco de las atenciones de la Ruta para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la primera infancia. El medico solicita la interconsulta a rehabilitación para la realización de la tamización auditiva y/o realiza la orden para que el paciente le realicen la tamización auditiva. Debe registrarse siempre en la historia clínica neonatal su realización y su resultado. Su implementación atenderá los criterios de progresividad y adaptabilidad que se requieran a nivel territorial para garantizar su realización.
- **Iniciar suplementación de hierro**, se iniciará suplementación de hierro elemental 1 mg/kg/día desde el período neonatal y se mantendrá hasta el inicio de la alimentación complementaria a los hijos de madres con alimentación subóptima durante la gestación y la lactancia, que brindan o planean ofrecer lactancia materna exclusiva o predominante a sus hijos lactantes.
- **Educar a los padres y acompañantes sobre los cuidados del recién nacido** y lactancia materna exclusiva, puericultura, baño, vestido, cuidado del ombligo, medidas de sueño seguro, evitar contacto con personas fumadoras, evitar uso de accesorios que puedan producir lesiones o complicaciones al

recién nacido (como fajeros, botones en el ombligo, mitones, azabaches, o cualquier objeto), importancia de la comunicación amorosa con el niño o la niña y del fortalecimiento de vínculos afectivos entre madre, padre e hijo o hija; detección de signos de alarma o complicaciones por las que debe consultar a una institución de salud, uso del carné de salud infantil y necesidad de participar de las actividades a las que tiene derecho en la Ruta para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la Primera Infancia (consultas, tamizajes y sesiones educativas), y necesidad de reclamar los resultados de los tamizajes realizados (incluyendo la TSH neonatal).

- **Entregar el certificado de recién nacido vivo** y orientar acerca de la expedición del registro civil.
- En caso de tratarse de un recién nacido hijo de padres sin aseguramiento, se debe cumplir con lo reglamentado en el Decreto 2353 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016.
- Remitir al recién nacido a institución de complejidad suficiente y con capacidad resolutiva en caso de que se requiera (Resolución 3280, 2018, pág. 304,305,306).

Decisión del egreso hospitalario: la **resolución 3280 de 2018** establece las siguientes actividades frente a la decisión si se debe dar salida al recién nacido sano y sin riesgos después de 24 horas postparto siempre y cuando tenga los criterios para el alta. En el caso de un nacimiento por cesárea o de un niño con riesgos (por ejemplo, de hipoglicemia en el caso del hijo de madre diabética, o en caso de lactancia materna con dificultades o inefectiva, o en niño con riesgo de síndrome de abstinencia neonatal, entre otros), la salida debe darse luego de 48 horas si cumple con los criterios para el egreso. Este tiempo es necesario para poder hacer un examen físico postnatal adecuado, buscar anomalías congénitas, realizar los tamizajes neonatales (de acuerdo con la implementación progresiva del programa de tamizaje neonatal), reforzar la lactancia materna, verificar orina y deposición adecuadas, y poder controlar o reducir los riesgos de complicaciones, entre otras cosas. Esta decisión será tomada por profesional de medicina o por médico especialista en pediatría según el cumplimiento de los criterios para el egreso hospitalario (Resolución 3280, 2018, pág. 306).

Los criterios contemplados en la resolución 3280 de 2018 para el egreso hospitalario del recién nacido son:

- Recién nacido con examen clínico normal y evolución normal (la normalidad total incluye la ausencia de signos de dificultad respiratoria y de pausas apneicas).
- Recién nacido con control de los riesgos de complicaciones.
- Adecuada succión y deglución del recién nacido.

• Adecuada técnica de amamantamiento que sea revisado por profesional de medicina y/o de enfermería.

• Evidencia de mínimo una micción y una deposición del recién nacido. En caso de no haber realizado micción ni deposición, debe ser valorado por profesional de medicina o especialista en pediatría para determinar la conducta a seguir.

• Tener normalidad en los signos vitales y contar con el registro y la revisión del resultado de la pulsooximetría (saturación de oxígeno) preductal y postductal, así como de la tensión arterial en las cuatro extremidades.

• Registrar el resultado de los tamizajes que se hayan realizado.

• Conocimiento del resultado de la hemoclasificación del recién nacido. Si la madre es Rh negativo, debe aplicarse gammaglobulina anti-D a la madre, si es el caso.

• Conocimiento del resultado de la prueba materna de VIH, sífilis, Toxoplasma, Hepatitis B y del Tamizaje de Estreptococo del grupo B.

• Recién nacido que haya recibido las dos vacunas al nacimiento (BCG, Hepatitis B).

• Descartar factores de riesgo familiar y social: maltrato, abuso de drogas, abandono y pobre red de apoyo. En caso de identificarse alguno de estos factores, se debe solicitar valoración por trabajo social para coordinar un seguimiento diferencial e iniciar el proceso de notificación para el restablecimiento de los derechos, cuando haya lugar a ello. En caso de no contar con trabajo social, puede realizarse valoración por psicología siempre y cuando este profesional pueda realizar la notificación para el restablecimiento de los derechos, de ser necesario.

• Salida del recién nacido y la madre en el mismo momento, si es posible. En caso en el que la madre quede hospitalizada y el recién nacido pueda quedarse en alojamiento conjunto con la madre, debe ser evaluado a diario por profesional de medicina o médico especialista en pediatría y anotar el reporte de la evolución del neonato en la historia clínica.

• Realizar la articulación con la EAPB para la gestión del riesgo y tener cita de control asignada entre los siguientes tres a cinco días para la madre (control del puerperio) y para el recién nacido (control ambulatorio del recién nacido) por el equipo médico. Esta cita de control se realizará según la coordinación entre el hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. y el prestador para garantizar su oportunidad y cumplimiento. Para esto debe asegurarse facilidad de acceso a las citas de control y facilidad en la oportunidad de consulta.

• En caso de que haya largas distancias entre el hospital o centro de salud y la casa, se debe garantizar que el recién nacido y la mujer tendrán acceso a los controles del puerperio y del recién nacido. Para esto, **se debe realizar la articulación con la EAPB y verificar si existe la**

posibilidad de egreso a un hogar de paso o si hay alguna otra estrategia para garantizar la asistencia a estos procedimientos.

• Procurar dar los egresos hospitalarios en horas de la mañana. La hora de salida de la institución no debe generar riesgos para la seguridad ni para el bienestar del recién nacido y de la mujer en postparto.

• Hasta que no se definan las condiciones de implementación del tamizaje de errores innatos del metabolismo y del tamizaje auditivo, los procesos de atención derivados de los mismos, y en virtud de la progresividad que requiere su planeación y su implementación, la realización de estos tamizajes no se considerarán por ahora un criterio limitante o restrictivo para permitir el egreso hospitalario.

• Realizar demanda inducida para el acceso a control de seguimiento a la atención del recién nacido por pediatría o medicina.

• Realizar demanda inducida para el acceso a la atención para el apoyo a la lactancia materna en el marco de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, también dar a conocer la línea amiga y realizar demanda inducida a su acceso (Resolución 3280, 2018, pág. 306,307).

Entrega de recomendaciones previas al egreso hospitalario: la resolución 3280 de 2018, establece las siguientes actividades frente a la entrega de 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.

El hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., debe tener material escrito disponible para entregar a los padres al egreso. **Este material debe ser entregado y debe contener mínimo los siguientes temas:**

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

Expedición y registro en el carné único de salud infantil y diligenciamiento de la Historia Clínica Perinatal Simplificada: se debe expedir y registrar la información pertinente en el carné único de salud infantil y se debe registrar la información de la Historia Clínica Perinatal Simplificada del carné del CLAP. 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 (Resolución 3280, 2018, pág. 308).

Egreso hospitalario: se dará el egreso hospitalario cuando se hayan cumplido las condiciones mencionadas previamente para el egreso, se hayan entregado las recomendaciones de cuidado y manejo ambulatorio del recién nacido (y se verifique que los padres las hayan comprendido), se haya expedido y registrado el carné único de salud infantil, se haya registrado la Historia Clínica Perinatal Simplificada del CLAP, se 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 (Resolución 3280, 2018, pág. 308).

Instrumentos insumos y dispositivos: en el hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., 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 (Resolución 3280, 2018, pág. 308).

9.3.10. Atención de las complicaciones perinatales y/o postnatales del recién nacido

La atención de las complicaciones del recién nacido comprende el conjunto de procedimientos e intervenciones necesarios para identificar el

riesgo de complicaciones del neonato, tratar oportunamente las condiciones de riesgo perinatal y neonatal, generar la estabilización clínica del feto-neonato y tratar las complicaciones perinatales y neonatales. La atención que requiere el recién nacido de alto riesgo puede diferir según la presencia de factores o situaciones de riesgo o de complicaciones o condiciones claramente establecidas (Resolución 3280, 2018, pág. 309).

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 (Resolución 3280, 2018, pág. 309).

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., se encuentra equipado para la atención del recién nacido, con disponibilidad permanente del talento humano para la atención del binomio madre hijo, y en todos los casos cuenta con los insumos necesarios y suficientes para responder a las situaciones de emergencias obstétricas y neonatales (kit de emergencias obstétricas y kit de reanimación neonatal) (Resolución 3280, 2018, pág. 309).

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 (Resolución 3280, 2018, pág. 309).

Talento humano: en el hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., 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 (Resolución 3280, 2018, pág. 309).

Atenciones incluidas en la resolución 3280 de 2018:

- Manejo peri y postnatal del recién nacido con depresión respiratoria

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

Descripción:

Manejo peri y postnatal del recién nacido con depresión respiratoria según la resolución 3280 de 2018: 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".

Manejo peri y postnatal del recién nacido meconiado según la resolución 3280 de 2018: 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).

Manejo peri y postnatal del recién nacido con restricción del crecimiento intrauterino (Pequeño para la Edad Gestacional) según la resolucion 3280 de 2018: se deben verificar en la historia materna las

posibles causas del retardo del crecimiento intrauterino, tales como toxemia, diabetes insulino dependiente con o sin componente vascular, hipertensión, cardiopatía, neumopatía crónica, desnutrición, infección, tabaquismo, alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas y consumo de medicamentos. Se debe apoyar, conducir o inducir la adaptación neonatal inmediata, según sea el caso, previniendo y tratando oportunamente la asfixia neonatal; evitar la hipotermia perinatal; evaluar la edad gestacional; practicar examen físico minucioso en busca de signos que sugieran malformaciones congénitas o infección intrauterina.

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

Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre diabética contenidas en los lineamientos de la resolución 3280 de 2018: en el caso del hijo de madre con diabetes, tanto si el niño es macrosómico como si es microsómico, se deben tener en cuenta las siguientes medidas alrededor de la adaptación neonatal y la transición a la vida extrauterina estipuladas en la resolución 3280 de 2018:

- Considerar el pinzamiento precoz del cordón para prevenir el riesgo de poliglobulia.
- Secado exhaustivo.
- Realizar evaluación médica como mínimo cada 8 horas y permanecer atento a los llamados de enfermería.
- Realizar glucometría a las 2 y 4 horas de edad, y posteriormente, según resultados iniciales. Se debe establecer la necesidad de realizar glucometrías adicionales o periódicas para vigilar la hipoglucemia.
- Tomar glucemia y electrolitos (Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio) a las 12 horas de edad en sangre periférica. Se deben solicitar otros exámenes de laboratorio según las necesidades que tenga el niño en su proceso de adaptación y de transición a la vida extrauterina. En caso de alteraciones en los resultados de los exámenes, se debe garantizar la atención resolutiva necesaria.
- Estabilización ácido-básica según el caso.
- Estabilización hemodinámica según el caso.
- Estabilización vigilada y asistencia metabólica por el riesgo severo de hipoglicemia.

- Estabilización respiratoria, ofreciendo apoyo ventilatorio precoz con mascara, presión positiva continua a las vías aéreas, o ventilación mecánica si es el caso, teniendo en cuenta el riesgo severo de enfermedad de membrana hialina. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto en la Guía de Atención del Trastorno Respiratorio del Recién Nacido.
- Evaluación de la edad gestacional y practicar examen físico minucioso en busca de signos que sugieran malformaciones congénitas o infección intrauterina.
- En este tipo de pacientes hay contraindicación para el uso de betamiméticos por el riesgo de obstrucción funcional al tracto de salida.
- De tener una adecuada adaptación, con normalidad en los exámenes y las glucometrías, y con buena evolución clínica, puede darse egreso después de 48 horas de vigilancia intrahospitalaria.

Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre con enfermedad hipertensiva del embarazo contenidas en la resolución 3280 de 2018: la atención del hijo de madre con enfermedad hipertensiva del embarazo leve se realiza de la misma forma que para cualquier niño o niña salvo evidencia clínica de compromiso específico, como la presencia de restricción decrecimiento intrauterino. En tal caso, se procederá a manejarse de acuerdo a lo establecido para los niños con esta condición.

La atención del hijo de madre en enfermedad hipertensiva del embarazo grave o severo incluye las siguientes actividades contenidas en los lineamientos de la resolución 3280 de 2018:

- Considerar el pinzamiento precoz del cordón ante el riesgo de poliglobulia. Excepto en caso de abrupcio de placenta, en donde se requeriría Pinzamiento inmediato.
- Secado exhaustivo.
- Realizar evaluación médica como mínimo cada 8 horas y permanecer atento a los llamados de enfermería.
- Tomar cuadro hemático, glucemia y electrolitos (Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio) a las 12 horas de edad en sangre periférica. Se deben solicitar otros exámenes de laboratorio según las necesidades que tenga el niño en su proceso de adaptación y de transición a la vida extrauterina. En caso de alteraciones en los resultados de los exámenes, se debe garantizar la atención resolutiva necesaria.
- Estabilización acido básica y respiratoria según el caso.
- Estabilización hemodinámica según el caso.
- Asistencia y estabilización metabólica según el caso.
- De tener una adecuada adaptación, con normalidad en los exámenes y con buena evolución clínica, puede darse egreso después de 48 horas de vigilancia intrahospitalaria.

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

Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre isoinmunizada grave (Zonas II-III de Liley) sin tratamiento antenatal contenidas en la resolución 3280 de 2018: la atención del hijo de madre isoinmunizada grave incluye las siguientes actividades según los lineamientos de la resolución 3280 de 2018:

- Considerar el pinzamiento inmediato del cordón por el riesgo de paso masivo de anticuerpos.
- Secado exhaustivo.
- Control ventilatorio precoz ante la severa disfunción muscular por la hiperkalemia. Este apoyo puede ser con ventilación mecánica ante neonatos hidrópicos o con máscara dependiendo de los hallazgos clínicos.
- Realizar evaluación médica como mínimo cada 8 horas si el niño se encuentra estable y no se deteriora.
- Tomar cuadro hemático, hemoclasificación, reticulocitos, coombs directo, extendido de sangre periférica, bilirrubinas, glucemia y electrolitos (Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio) a las 6 horas de edad en sangre periférica. Se deben solicitar otros exámenes de laboratorio según las necesidades que tenga el niño en su proceso de adaptación y de transición a la vida extrauterina. En caso de alteraciones en los resultados de los exámenes, se debe garantizar la atención resolutiva necesaria.
- Estabilización acido básica.
- Estabilización hemodinámica buscando el balance de la tensión arterial (TA) y de la presión venosa central (PVC).
- Considerar la realización de exanguinotransfusión bajo vigilancia de variables hemodinámicas de acuerdo a los resultados de los laboratorios que sean compatibles. Si el recién nacido ha recibido transfusiones intrauterinas puede no necesitarse exanguinotransfusión. Se debe tener en cuenta la garantía de la atención resolutiva necesaria para definir la pertinencia de este procedimiento.
- Continuación del apoyo ventilatorio con asistencia o control de las funciones respiratorias, dependiendo de las condiciones clínicas del caso.
- Vigilancia y asistencia metabólica ante los riesgos graves de hipoglicemia.
- Fototerapia precoz, si se observa ictericia.
- Vigilancia de la función renal.

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

según la resolución 3280 de 2018: la atención del recién nacido hijo de madre con ruptura prematura de membranas incluye las siguientes actividades contenidas en los lineamientos de la resolución 3280 de 2018:

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

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

Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre con placenta sangrante (Abrupcio de placenta - Placenta previa). Según la resolución 3280 de 2018: la atención del recién nacido hijo de madre con placenta sangrante incluye las siguientes actividades incluidas en los lineamientos de la resolución 3280 de 2018:

- Realizar pinzamiento inmediato del cordón umbilical ante el riesgo de sangrado fetal-neonatal.
- En caso de que el recién nacido presente paro cardiorrespiratorio o presente inestabilidad vital, deben seguirse los procedimientos indicados en las versiones actualizadas de las Guías de Soporte Vital Avanzado Neonatal (NALS, por sus siglas en inglés).
- Secado exhaustivo.
- Estabilización respiratoria. Es necesario hacer una cuidadosa evaluación de necesidad de asistencia o control respiratorios, según la edad gestacional y condiciones clínicas.
- Estabilización hemodinámica. Si se estima estado de choque, se debe iniciar infusión de cristaloides isotónicos según seguimiento de TA y de PVC, y se debe preparar la transfusión urgente de hemoderivados.
- Tomar cuadro hemático, hemoclasificación, glucemia, función renal y electrolitos (Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio) en sangre periférica. Se deben solicitar otros exámenes de laboratorio según las necesidades que

tenga el niño en su proceso de adaptación, de transición a la vida extrauterina y de reanimación. En caso de alteraciones en los resultados de los exámenes, se debe garantizar la atención resolutiva necesaria.

- Estabilización acido básica según el caso.
- Estabilización metabólica según el caso.
- Si el niño no requirió reanimación neonatal, se encuentra estable y no se deteriora, realizar evaluación médica como mínimo cada 6 horas.

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

Atención del niño hijo de madre con Hepatitis B, con Infección por VIH, con Sífilis gestacional, con Toxoplasmosis gestacional o con Exposición prenatal a Virus Zika según la resolución 3280 de 2018: la Atención del niño hijo de madre con Hepatitis B, con Infección por VIH, con Sífilis gestacional, con Toxoplasmosis gestacional o con Exposición prenatal a Virus Zika se hará según los lineamientos técnicos y operativos de las Ruta de Enfermedades Infecciosas o a la atención resolutiva según el caso y la guía de práctica clínica adopada y adaptada en la el hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

Otras condiciones que impliquen manejo perinatal y postnatal especial en el recién nacido según la resolución 3280 de 2018: teniendo en cuenta el enfoque de riesgo antenatal, debe identificarse la presencia de distintas entidades maternas y/o fetales que puedan implicar un manejo perinatal y/o postnatal especial en el recién nacido, especialmente en lo relacionado con la adaptación neonatal inmediata y la gestión del riesgo neonatal inmediato y mediato. En tal caso, se debe proceder a los procedimientos y medidas particulares para el adecuado manejo peri y postnatal del recién nacido que según la evidencia científica representa los mayores beneficios para el niño o la niña.

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

Atención del recién nacido con asfixia perinatal según la resolución 3280 de 2018: 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.

Atención del recién nacido prematuro según la resolución 3280 de 2018: según los lineamientos de la resolución 3280 de 2018 frente a 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.

Detección de anomalías congénitas según la resolución 3280 de 2018:

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, 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.

Se deben evaluar los siguientes antecedentes: Enfermedades genéticas, Teratógenos biológicos, Agentes físicos, químicos y tóxicos, Otros Teratógenos. Se debe hacer uso de una lista de chequeo sistemática para la detección de antecedentes familiares relevantes para anomalías congénitas. La implementación del tamizaje auditivo y del tamizaje de errores innatos del metabolismo (EIM) se realizará en el país según el criterio de progresividad. El talento humano en salud que tenga la mejor preparación debe ser quien

comunique la información a los padres de los pacientes en quienes se sospeche anomalías congénitas. Esta información debe brindarse de una manera clara, honesta, respetando las emociones y reconociendo la incertidumbre cuando exista.

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

Es necesario que un profesional de trabajo social, o de psicología apoye 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).

Atención del recién nacido con sepsis neonatal temprana según la resolución 3280 de 2018: 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.

Atención del recién nacido con dificultad respiratoria según la resolución 3280 de 2018: 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.

Instrumentos insumos y dispositivos: en el hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., 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 contra referencia del recién nacido en el caso en el que se requiera (Resolución 3280, 2018, pág. 316).

9.3.11. Atención para el seguimiento al recién nacido

En el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., para contribuir con el seguimiento al recién nacido, lo cual incluye el control del recién nacido que 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 (Resolución 3280, 2018, pág. 317).

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 (Resolución 3280, 2018, pág. 317).

Auditoria Concurrente informara sobre la condición de egreso de los pacientes recién nacidos, y de la madre gestante, accediendo de manera oportuna al sistema dinámica y obteniendo la epicrisis y la nota de egreso a través de la HC 14 y la lista de chequeo del egreso del paciente y envié a su respectiva EAPB para que realice la gestión del riesgo en salud de sus pacientes y brindarles así mismo la oportunidad de lograr la cita con la Dra.

Martha Caicedo quien realiza la consulta de alto riesgo del Neonato de manera ambulatoria.

10. Criterios poblacionales y Enfoque diferencial.

Atención diferenciada para el embarazo en la infancia y adolescencia: en el hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., se brinda una atención diferenciada de las niñas y mujeres adolescentes, se orienta 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 (Resolución 3280, 2018, pág. 321).

El hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., realiza 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 (Resolución 3280, 2018, pág. 321).

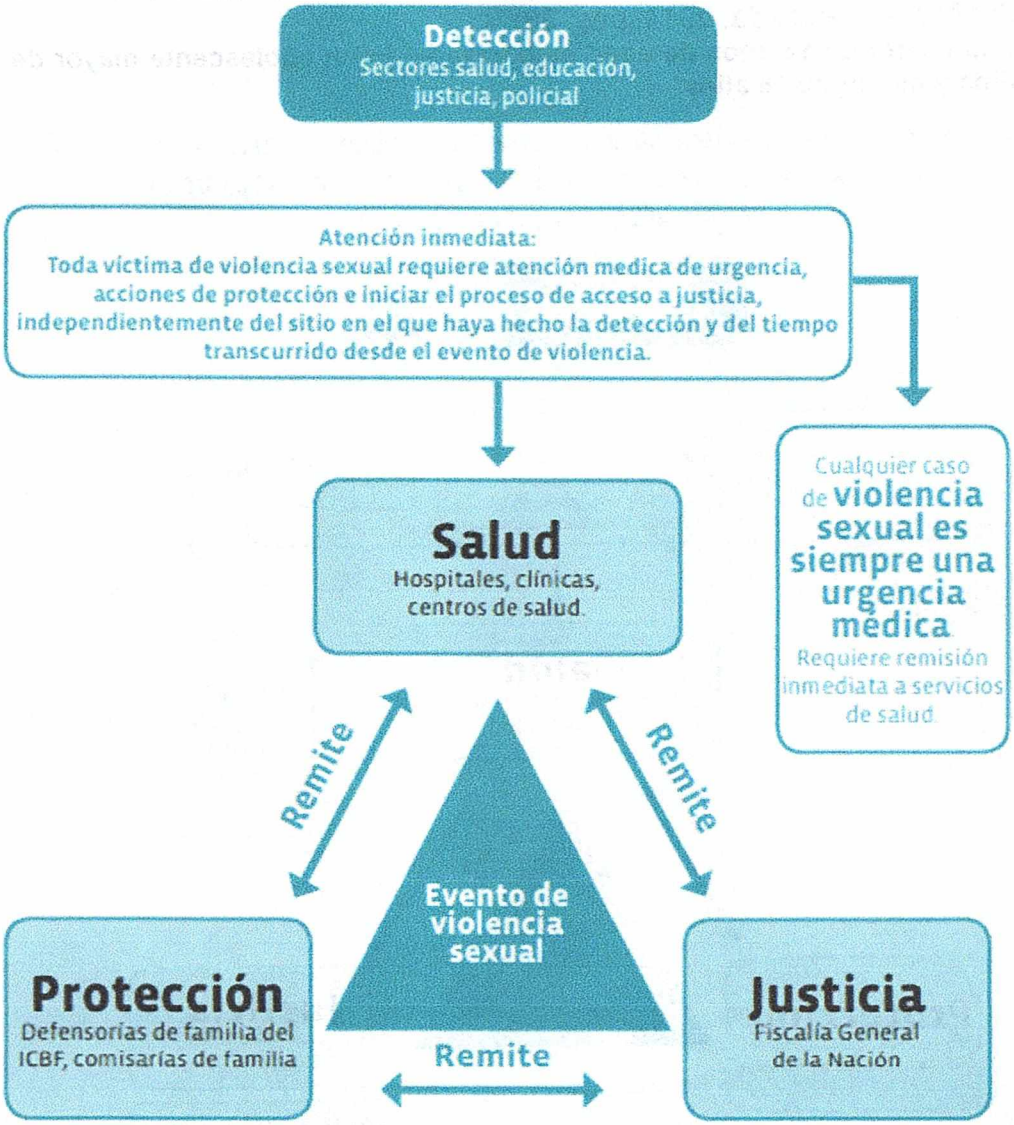
Se deberá asesorar a toda niña y adolescente sobre el derecho a la interrupción del embarazo. Todo caso de violencia sexual deberá ser atendido de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución 459 de 2012 de este Ministerio. Se recuerda, que las conductas sexuales en menores de 14 años constituyen un delito de acuerdo con lo que establece el Código Penal y mucho más el embarazo a consecuencia de este es un agravante punitivo (Resolución 3280, 2018, pág. 321).

Por último, dentro de la atención diferenciada para niñas y adolescentes se deberá tener en cuenta las necesidades de protección social (ICBF – Justicia - Otras) que se requiera y proceder a su gestión y activación desde de la institución prestadora de servicios de salud, según lo establecido en la normatividad vigente (Res 3280, 2018, p. 321).

Ruta crítica para la atención de la embarazada menor de 15 años.

Niña menor de 14 años de edad embarazada de un adulto y/o detección de un evento de violencia sexual

Independientemente de si el caso de violencia sexual es detectado por el sector salud, justicia o protección, se deben activar las rutas de intervención de los demás sectores comprometidos en la restauración de derechos de las víctimas (Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada, 2014, pág. 38).

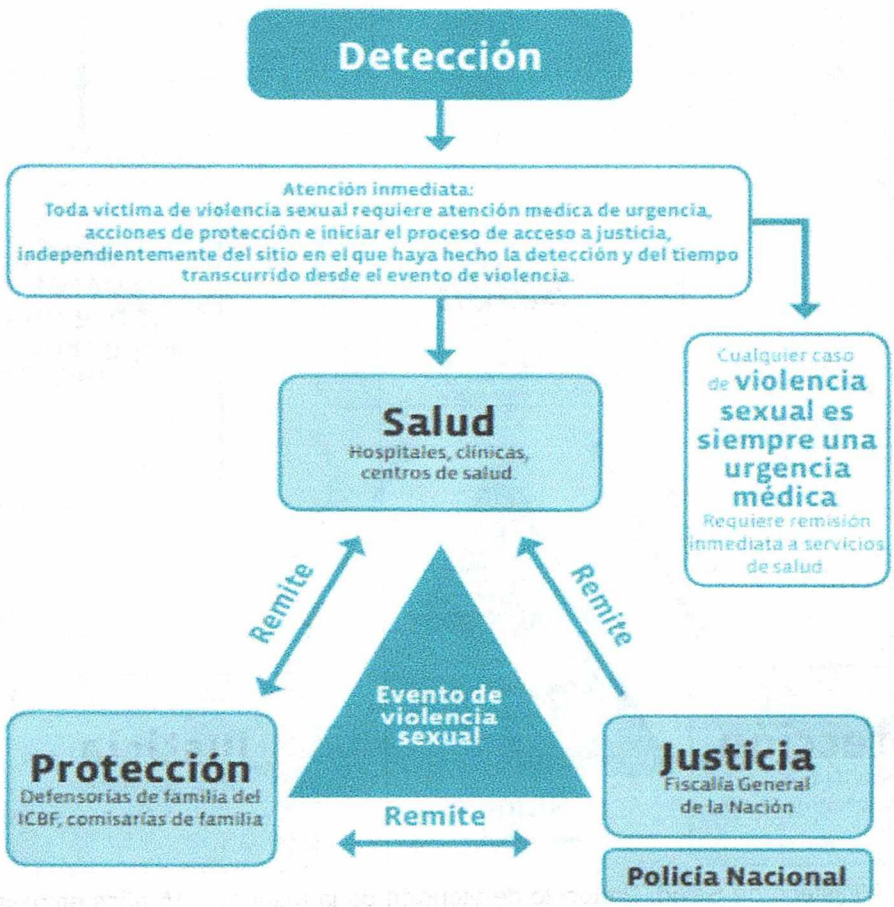


Fuente: Ministerio de Salud, Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada, Bogotá, 2014. Pág. 39.

Si el caso es detectado por el sector salud, este se debe notificar al sector protección; sin embargo; hay que prever que las parejas de adolescentes embarazadas eviten asistir a los servicios médicos por miedo a la judicialización. El acuerdo frente a la ruta es que la activación de justicia debe hacerla el sector protección, al que, según su ruta interna, le compete realizar una investigación sociofamiliar en el medio, la cual permitirá verificar la información y entregar un reporte adecuado a la Fiscalía, posibilidad que no puede tener el sector salud en el corto tiempo de consulta médica del que dispone (Resolución 0459 de 2012) (Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada, 2014, pág. 38).

Niña menor de 14 años de edad embarazada de un adolescente mayor de 14 años y menor de 18 años

Gráfica 2: Ruta de atención intersectorial para niñas menores de 14 años embarazadas, víctimas de violencia sexual (cuando el padre es mayor de 14 y menor de 18 años).

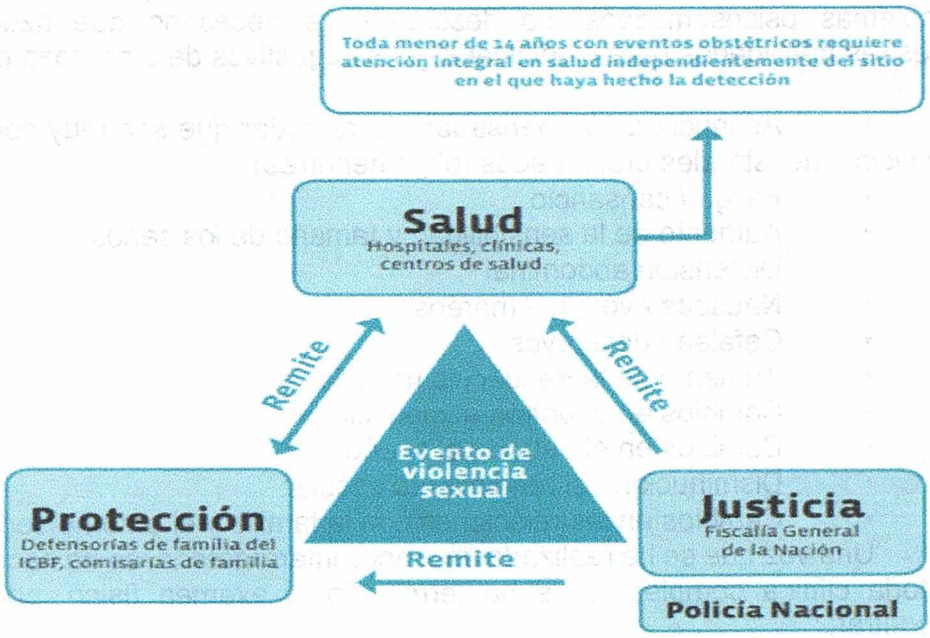


Fuente: Ministerio de Salud, Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada, Bogotá, 2014. Pág. 41.

Si el caso es detectado por el sector salud, este se debe notificar al sector protección; sin embargo, teniendo en cuenta lo mencionado para el sector justicia, en estas circunstancias hay que prever que las parejas de adolescentes embarazadas eviten asistir a los servicios médicos por miedo a la judicialización. El acuerdo frente a la ruta es que la activación de justicia debe hacerla el sector protección, al que, según su ruta interna, le compete realizar una investigación sociofamiliar en el medio, la cual le permitirá verificar la información y entregar un reporte adecuado a la Fiscalía, posibilidad que no puede tener el sector salud en el corto tiempo de consulta médica del que dispone (Resolución 0459 de 2012) (Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada, 2014, pág. 42).

Niña menor de 14 años de edad embarazada de un adolescente menor de 14 años

Gráfica 3: Ruta de atención intersectorial para niñas menores de 14 años embarazadas (cuando el padre es menor de 14).



Fuente: Ministerio de Salud, Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada, Bogotá, 2014. Pág.43.

En esta situación no hablamos de un evento de violencia sexual, pues se trata tanto jurídicamente como desde el aspecto biopsicosocial de una problemática de embarazo temprano que afecta a niño y niña de diferente

forma y requiere una intervención oportuna e integral para proteger los derechos de ambos, incluyendo la asesoría en IVE por causal salud, teniendo en cuenta que un embarazo antes de los 14 años es de alto riesgo para la vida de la madre. Si la situación llega al conocimiento de las autoridades del sector justicia (alguna persona pudo haberlo denunciado) no se inicia una investigación penal, pero sí se activa inmediatamente la remisión a salud, puesto que la vida de la niña embarazada corre un alto riesgo y ambos menores requieren intervención integral en salud.

Si el sector salud identifica la situación y, reiteramos, no se trata de un evento de violencia sexual, activa al sector protección de la misma forma y con los mismos fines mencionados en el anterior párrafo (Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada, 2014, pág. 44).

Diagnóstico

Es poco frecuente que las adolescentes consulten a los servicios de salud para diagnosticar tempranamente la presencia de un embarazo. Lo común es que ellas consulten por motivos distintos de los que genera un embarazo. Muchas veces sus consultas son síntomas vagos que sugieren problemas psicosomáticos. Lo descrito hace necesario que azucemos nuestras habilidades para identificar signos sugestivos de embarazo como:

- Ausencia de la menstruación: recordar que son muy comunes los ciclos menstruales prolongados (oligomenorrea)
- Fatiga / cansancio
- Aumento de la sensibilidad y tamaño de los senos
- Distensión abdominal
- Nauseas / vómito / mareos
- Cefalea / desmayos
- Aumento de la frecuencia urinaria
- Cambios en el patrón alimenticio
- Cambios en el patrón del sueño
- Disminución del rendimiento escolar
- Cambios en las relaciones con la familia y el entorno social

Una vez que se ha realizado un amplio interrogatorio, se ha hecho una historia clínica completa y se ha terminado el examen físico, podemos encontrar:

- Cambios de peso (principalmente aumento)
- Secreción mamaria
- Aumento del perímetro abdominal
- Palpación del útero en el hipogastrio
- Cambios en la piel: hiperpigmentación facial, de la línea media y estrías

- Cérvix y fondos vaginales violáceos
- Cuello reblandecido, aumento del tamaño uterino, presencia de "pulso" en las caras laterales del útero (detectables al tacto vaginal).

Estos dos últimos exámenes se practicarán solo ante una elevada sospecha o confirmación de la actividad sexual de la paciente y se establecerá la necesidad de una acompañante de acuerdo con la edad y las reglamentaciones legales e institucionales.

El diagnóstico debe confirmarse con:

- Prueba de beta-HCG (gonadotropina coriónica humana) en sangre u orina, Hoy en día esta prueba se hace confiablemente positiva a los 10–14 días después del último coito sin protección y exige cuidado en su interpretación.
- Ecografía transvaginal (en los embarazos inferiores a la semana diez y muy útil para establecer o confirmar la edad gestacional). Esta ecografía será mandatoria en menores de 14 años, según se explica más adelante en el Cuadro de seguimiento ecográfico.
- En los embarazos mayores a 10 – 12 semanas:
- Ecografía transabdominal (la cual también hace parte del control de rutina).
- Presencia de la frecuencia cardiaca fetal; auscultación con cualquier dispositivo disponible.
- Identificación de las partes fetales a través de la palpación abdominal, si se

tiene la experiencia para hacerlo, hacia la mitad del embarazo (Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada, 2014, págs. 44,45,46).

Consejería sobre las opciones que puede tener la adolescente frente al embarazo.

Una vez hecho el diagnóstico, la adolescente cuenta con tres opciones respaldadas por la ley: interrumpir voluntariamente el embarazo, llevarlo a término y asumir la maternidad, o entregar al recién nacido en adopción. Ante la frecuente pregunta acerca de la opción del aborto inducido o la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), el profesional debe ser claro, asumir una actitud neutral y laica para poder brindar la información.

"Está terminantemente prohibido elevar obstáculos, exigencias o barreras adicionales para la práctica del aborto en los supuestos allí previstos" (Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada, 2014, págs. 46,47).

De manera independiente a que el embarazo en la mujer menor de 14 años sea producto de acceso carnal violento o de una relación abusiva, la institución de salud debe activar las rutas interna y externa para la atención a víctimas de violencia sexual (de acuerdo con la dinámica propia de cada IPS) y está obligada a un abordaje de tipo integral, multidisciplinario e intersectorial, según las disposiciones establecidas en el Modelo y el Protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual (Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social). Los componentes para una adecuada atención en la práctica médica de una interrupción voluntaria del embarazo deben ser consultados en el numeral 2.8., paso 8, del Protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual citado (Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada, 2014, pág. 50).

Cabe recordar que es imprescindible realizar todos los esfuerzos requeridos para evitar la revictimización de la mujer, evitar todo tipo de exposición innecesaria y velar por que se cumpla con la confidencialidad del caso. De igual manera, la Ley 1146 de 2007, por medio de cual se "expiden normas para la prevención de la violencia sexual y la atención integral de niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente", en el capítulo III establece disposiciones para la atención de niños, niñas y adolescentes, víctimas de abuso sexual, y determina la responsabilidad de los actores del SGSSS, público y privado, de todos los niveles de complejidad, de prestar atención médica de urgencia integral en salud a través de profesionales y servicios especializados. Lo anterior, permite poner a disposición de la niña menor de 14 años embarazada todos los recursos disponibles, de acuerdo con su condición de salud, a partir de información veraz, completa y oportuna que le sea brindada por el equipo de salud, para que pueda, en libertad de conciencia, realizar un ejercicio autónomo y consiente que le permita determinar su intención reproductiva del embarazo en curso (Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada, 2014, pág. 50).

De igual modo, la Ley 1257 de 2008, "por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones", en sus artículos 8 y 13 reitera los derechos de las víctimas de violencia a recibir atención integral de servicios con cobertura suficiente, accesible y de calidad, así como a promover el respeto de las decisiones de las niñas sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Cuando una adolescente embarazada está informada y expresa que desea llevar a término el embarazo, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) debe brindar apoyo psicosocial especializado a la madre y al padre adolescentes para que puedan permanecer con su hijo o hija, o para otorgar el consentimiento libre e informado para darlo en adopción (Código de Infancia y Adolescencia,

artículo 66). Al respecto, la legislación orienta sobre que ningún recién nacido podrá ser separado de su madre adolescente o mayor de edad antes de cumplir el mes de edad (Directiva No. 17 del 8 de octubre de 2007 de la Procuraduría General de la Nación). No obstante, lo anterior, debe primar la decisión de la niña madre, de acuerdo con el respeto a sus decisiones sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, promovidos en diferentes sentencias de la Corte Constitucional (T-841 de 2011, T 209 de 2008, T-388 de 2009, C-355 de 2006) y según la Ley 1257 de 2008, lo que ya se mencionó en este documento (Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada, 2014, pág. 51).

La adolescente que decide continuar la gestación, con su familia, tiene el derecho a recibir información y educación sobre todo lo referente a **la puericultura, como "el arte de la crianza de los hijos"**. Esta información se ofrece como una herramienta de gran utilidad para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio, (ODM) (Departamento Nacional de Planeación, 2011). Enseñar a aprender sobre el tema a las gestantes y madres adolescentes, así como a los padres y las familias gestantes, destaca la importancia de la educación y la comunicación, como tareas ineludibles, si se trata de llevar a la practica la política de la primera infancia (Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada, 2014, pág. 51).

La Corte Constitucional, frente a la autonomía de la niña menor de 14 años, reconoce el proceso creciente de la madurez como fruto del crecimiento y el desarrollo cognitivo de las personas, lo cual permite el ejercicio del derecho a decidir con base en el pensamiento hipotético deductivo, que permite prever consecuencias de los hechos y las conductas asumidas. Estas consideraciones son presentadas por la Corte Constitucional con una base científica, además por considerar que la mayoría de las veces los agresores son adultos, familiares cercanos y convivientes con la niña víctima (Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada, 2014, pág. 52).

Control prenatal (CPN)

La atención debe iniciarse tan pronto se confirme el embarazo, ojalá en el primer trimestre (antes de las semanas 10 y 11). Esta característica es de vital importancia en este grupo de edad, ya que se ha detectado que un porcentaje muy alto de las jóvenes inician su CPN de forma tardía debido a diferentes circunstancias:

- Identificación tardía de su condición.
- Temor a que su estado sea revelado en su entorno familiar y social.
- Desconocimiento de a dónde o cómo acudir.
- Temor a que sus decisiones y conductas sean juzgadas.

- Ausencia de servicios de protección social.
- Poco entendimiento y conciencia para asumir la postura y cuidado que su condición requiere.
- La periodicidad del CPN debe intensificarse en la adolescente menor de 15 años ya que la evidencia demuestra que generalmente presentan más riesgo.

Tabla 3. Condiciones indicativas de mayor requerimiento de control prenatal

Área	Condiciones indicativas
ANTECEDENTES MEDICOS	• Trastornos alimentarios (bulimia, anorexia) Discapacidad física o mental • Historia obstétrica adversa (aborto, muerte fetal, muerte perinatal, diabetes gestacional, preclamsia-eclampsia, anomalías congénitas, abruptio y placenta previa) • Antecedente de cirugía uterina (cesárea previa) • Diabetes y patologías renales • Enfermedades autoinmunes • Hipotiroidismo • Cardiopatías • Coagulopatía • Infecciones como la malaria, tuberculosis, dengue
ESTADO ACTUAL	• Ausencia, inicio tardío o mala calidad del control prenatal • Talla: menos de 1.50 m • Estado nutricional: IMC < 18,5 o > 25 (desnutrida u obesa) (véase **anexo 7** - Valoración nutricional) • Adolescente multigestante: más de un evento obstétrico previo • Adolescente soltera o sin compañero, o sin apoyo conyugal • Embarazo producto de violación o incesto • Paraclínicos o ecografías con hallazgos anormales • Patología concurrente ◦ Anemia ◦ Fiebre ◦ Cefalea y epigastralgia ◦ Hipertensión arterial ◦ Edema o anasarca ◦ Disnea ◦ Embarazo múltiple ◦ Taquicardia o bradicardia fetal ◦ Distocia de presentación ◦ Distocias de partes blandas y óseas • Cualquier otra condición según criterio clínico

Fuente: Ministerio de Salud, Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada, Bogotá, 2014. Pág.53.

Área	Condiciones indicativas
CONDUCTAS DE RIESGO	• Adolescentes farmacodependientes, alcohólicas, drogadictas y con tabaquismo • Adolescentes con rebeldía y hostilidad • Adolescentes con grupos de amigos(as) con conductas de riesgo • Adolescentes deambulantes o trabajadoras del sexo
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)	• Adolescentes con VIH positivo o SIDA • Adolescentes con VDRL positivo • Presencia de condilomas • Otras infecciones de transmisión sexual
RIESGO PSICOSOCIAL PERSONAL	• Nivel de instrucción: analfabeta o primaria incompleta, adolescentes que han desertado del sistema educativo • Adolescentes que niegan, rechazan o no aceptan el embarazo y, por ellas, también su pareja o su familia • Adolescente con ideas persistentes de aborto o presionadas por la pareja o la familia para abortar • Adolescentes con problemas en las relaciones de pareja, de familia y amigos(as) • Adolescentes con ansiedad o depresión severa, con ideas suicidas o con depresión postparto • Adolescentes sin proyecto de vida definido
RIESGO PSICOSOCIAL FAMILIAR	• Adolescentes agredidas por sus compañeros, sus padres o parientes. • Adolescentes que son abandonadas o rechazadas por la familia debido al embarazo. • Adolescentes de familias que no satisfacen las necesidades básicas o que están bajo la línea de pobreza y que son dependientes económicamente.

Fuente: Ministerio de Salud, Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada, Bogotá, 2014. Pág.54.

El siguiente cuadro detalla lineamientos que se deben seguir durante el control prenatal, que determinan una atención diferenciada para la gestante menor de 15 años:

Tabla 4. Lineamientos de atención diferenciada a la gestante menor de 15 años

Cita de primera vez: duración 40 minutos. Control prenatal : duración 30 minutos.
Remitir a obstetricia, desde el momento de la captación o identificación de la paciente. El responsable de esta consulta será el encargado de coordinar todo el proceso de atención transdisciplinaria.
El control prenatal se hará en conjunto entre el obstetra cada cuatro semanas y el equipo interdisciplinario de I nivel (médico general y/o enfermera), también cada cuatro semanas, intercalando la atención cada dos semanas. Según criterio, la periodicidad puede ser inferior. Este esquema se mantendrá hasta la semana 34.
Valoración y manejo nutricional por nutricionista, desde el inicio del control prenatal. La periodicidad dependerá del criterio profesional (**anexo 7** - Valoración nutricional).
Valoración y manejo recomendado por personal entrenado en salud mental, desde el inicio del control prenatal. La periodicidad dependerá del criterio profesional.
Valoración y acompañamiento por trabajo social desde donde se debe coordinar, con equipo psicosocial del ICBF, un plan de protección.
Actividades individuales y grupales de educación para el cuidado de la gestación, puericultura y crianza (**anexo 3**).
Valoración por pediatría al inicio de los controles prenatales y hacia el final del mismo con el propósito de desarrollar temas de puericultura prenatal y postnatal.
Remisión en la semana 34 de gestación a la institución que atenderá el parto a fin de que ella se familiarice con el equipo tratante y se planee con anticipación la atención. La institución será la de más alta complejidad en la región. A partir de esa semana se hará control por parte de obstetricia de manera semanal hasta el parto.
Valoración preanestésica en la institución donde se va a atender el parto.

Fuente: Ministerio de Salud, Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada, Bogotá, 2014. Pág.55.

En particular, las consultas de control prenatal de las adolescentes gestantes, en aras de pertinencia y oportunidad, deben ofrecer flexibilidad en los horarios para facilitar acceso, aceptación y adherencia al programa. Las menores de 14 años deben estar acompañadas por adultos de su confianza, que demuestren capacidad de protección. Se sugiere diligenciar la historia **clínica de CLAP** y los respectivos instrumentos para efectos de notificación y reporte de oficio. Todo este procedimiento requiere una disponibilidad de por lo menos 40 minutos para ser completado con calidad y garantías. La siguiente tabla lista los componentes de la historia clínica, los exámenes, medicamentos y acciones que están incluidas en la atención diferenciada y complementan las recomendaciones del control prenatal, especificadas en la Resolución 3280 (Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada, 2014, págs. 52,53,54,55,56).

Tabla 5. Características de la atención diferenciada por los componentes del control prenatal

Componentes	Características
Datos de identificación de la gestante	Datos de los padres o acompañantes en menores de 14 años que garanticen la posibilidad de contactarlos en caso necesario.
Datos de identificación familiar y de la red de apoyo	Datos y recursos de apoyo familiar y social con que cuenta la adolescente (nombre, edad, ubicación geográfica, parentesco, dependencia económica, nivel educativo, antecedentes judiciales de por lo menos el acompañante y la pareja). Se recomienda la elaboración del ecomapa (MPS, 2006) para la evaluación, planeación e intervención que puede hacerse al individuo y la familia (**anexo 3**).

Fuente: Ministerio de Salud, Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada, Bogotá, 2014. Pág.56.

Componentes	Características
Antecedentes	Profundizar en información sobre antecedentes ginecoobstétricos. Antecedentes ginecológicos: edad de la menarquia, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, antecedente o presencia de flujos vaginales, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, cirugía ginecológica e historia y tratamientos de infertilidad. • Antecedentes de anticoncepción, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuándo. Si planificaba al momento de quedar embazada, detectar la falla; si no lo hacía, explorar por qué. • Evaluar el estado de las inmunizaciones y recomendar la vacunación según los protocolos en caso de embarazo.
Examen físico	Tomar medidas antropométricas: peso, talla, IMC, altura uterina, y valorar el estado nutricional (B3b) (11).
Laboratorios	• Se mantienen lo dispuesto por la Norma 412 y por la GAI. • Solicitar ferritina según criterio médico en casos de sospecha de anemia
Suplementación	• Carbonato de calcio 1 2 gr (con 400 UI de vitamina D en pacientes de pertenecientes a clases más desfavorecidas, desnutridas y con bajo peso) desde la primera visita hasta el final del embarazo. • Suplemento nutricional: según criterio de nutrición (se recomienda elaborar un folleto con indicaciones básicas ajustadas a las características regionales).
Seguimiento ecográfico	Se deben realizar al menos tres estudios ecográficos: • El primero entre las semanas 11-14 para confirmación de edad gestacional y evaluación de marcadores ultrasonográficos de aneuploidía. • El segundo entre las semanas 18-22 para valoración de anatomía fetal, marcadores ultrasonográficos de aneuploidía de segundo trimestre y cervicometría vaginal. • El tercero entre las semanas 34-38 para evaluación de crecimiento y cálculo de peso fetal, presentación, localización placentaria y volumen de líquido amniótico. Se podrán realizar estudios adicionales si alguna condición de riesgo o morbilidad asociada lo amerita. Las ecografías de detalle se reservarán para los casos en los cuales se requiere diagnóstico específico y seguimiento, como la ecocardiografía fetal o ecografía doppler. Si la gestante ingresa por fuera del primer trimestre, la primera ecografía se realiza al momento de la primera consulta.

Fuente: Ministerio de Salud, Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada, Bogotá, 2014. Pág.57.

Es fundamental aprovechar todo encuentro con la adolescente y su familia para ***brindar educación*** que les permita conocer los factores que intervienen para llevar a término la gestación, así como incorporar los elementos necesarios para desarrollar habilidades que faciliten la crianza

En cuanto a la hospitalización, se conservan las recomendaciones establecidas en la Resolución 3280 de 2018. Sin embargo, existen situaciones que ameritan la hospitalización como medida de protección en casos especiales (víctimas de violencia basada en género, ubicaciones geográficas de difícil acceso, abandono, discapacidad) y para todas aquellas condiciones que vulneren los derechos de las menores (Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada, 2014, pág. 58).

Atención del parto

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbimortalidad materna y perinatal. El proceso debe responder a condiciones normales, ser espontáneo y dar como resultado un niño y una madre en óptimas condiciones. Solo en casos en que el parto normal no pueda realizarse o esté contraindicado, se recurrirá a la **operación cesárea** o la intervención del mismo. Las adolescentes de 15 a 19 años de edad tienen el doble de probabilidades de morir en el parto, y las que tienen 14 o menos años de edad, cinco veces más (World Health Organization y UNICEF, 2004) (Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada, 2014, pág. 58).

Desde la perspectiva de las adolescentes, durante la atención del parto:

- El personal encargado se debe identificar según su profesión o rol (enfermera, médico general, especialista, etc.).
- Brindar mayor apoyo emocional (cariño, atención, afecto y comprensión).
- Ofrecer información oportuna acerca del proceso del parto y de cualquier intervención cuando esta sea requerida.
- Desarrollar actividades orientadas a humanizar la atención del parto y promover la autonomía de las embarazadas.

El nivel de atención para las adolescentes mayores de 15 años corresponder a las condiciones de riesgo evaluadas desde la atención prenatal por el médico especialista o al momento de la admisión. Las instituciones deberán aceptar las referencias de todas las gestantes

adolescentes de acuerdo con los criterios enunciados anteriormente (Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada, 2014, págs. 59,60).

Admisión de la gestante en trabajo de parto

Las gestantes deberán portar la copia de la historia clínica materno perinatal, que contiene información relevante de la atención prenatal, útil para la elaboración de la historia clínica, de acuerdo con los formatos establecidos para este fin por cada institución en particular, los cuales deberán incluir como mínimo los elementos designados en el cuadro descrito en el apartado que trata el control prenatal. Sin embargo, para garantizar una óptima atención al parto se recomienda identificar factores de riesgo y de condiciones que indiquen una emergencia obstétrica. Ello requiere que al momento de ingreso se realicen los tamizajes como está estipulado en la Resolución 3280 de 2018. referente a la atención del parto y el puerperio. (Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada, 2014, pág. 60).

Criterios para la admisión

Deben ser admitidas en la fase latente (actividad de parto de 3-4 contracciones en 10 minutos, de 40 segundos de duración y con cambios cervicales no mayores de 3 cm).

Dado que la decisión de la admisión es crítica para minimizar los riesgos de la gestación en esta etapa del ciclo vital, el examen clínico debe ser practicado siempre por el obstetra.

Quienes no estén en trabajo de parto deben recibir información, una vez realizada la evaluación o triage, la cual deberá incluir una monitoría para evaluación del bienestar fetal. Dicha información, preferiblemente escrita, debe incluir signos para observar, cambios para analizar e indicaciones muy precisas de regresar al hospital cuando presente síntomas de alarma (inicio de actividad uterina de parto, sangrado genital, amniorrea, disminución de los movimientos fetales, epigastralgia, visión borrosa, fosfenos, tinitus, cefalea intensa). Las gestantes que estén en observación, requieren un nuevo examen médico antes de dejar el hospital. Es muy importante salvaguardar siempre el acceso fácil de la usuaria al servicio de salud, para brindarle una atención rápida y oportuna.

Las gestantes con factores de riesgo deberán ser admitidas por la institución receptora, independientemente del periodo del trabajo de parto en que se encuentren al momento del ingreso. En caso necesario, se remitirá a una institución de mayor capacidad resolutiva, de manera inmediata, para garantizar el manejo inicial de la condición asociada al riesgo.

Una vez definida la hospitalización de la gestante adolescente en trabajo de parto se deberá garantiza:

- La presencia de un acompañante (de preferencia de la adolescente) durante todo su proceso de atención.
- La orientación de la adolescente embarazada y su acompañante en el proceso de la dinámica hospitalaria.
- El apoyo psicológico y social para las adolescentes embarazadas.
- La selección, sensibilización y capacitación de personal voluntario, con el fin de que cumplan la función de acompañante cuando el elegido no esté presente.
- Mantener una información permanente, a la adolescente y su acompañante, sobre la evolución del parto explicándole muy bien los procedimientos a los cuales se someterá a la paciente (Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada, 2014, pág. 61,62).

Atención del primer periodo del parto (dilatación y borramiento)

Además de lo establecido en la Resolución 3280 de 2018, la población objeto de este protocolo debe recibir **analgesia obstétrica**, tal y como lo recomiendan los protocolos pertinentes. Igualmente, se debe garantizar siempre el **diligenciamiento del partograma** (Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada, 2014, pág. 62).

Atención del segundo periodo del parto (expulsivo)

Dado que el diagnóstico de la desproporción céfalo-pélvica se presenta con mayor frecuencia durante este período del parto y que las características anatómicas de estas adolescentes las colocan en mayor riesgo de parto obstruido, se indica la evaluación cuidadosa de la pelvis y de los mecanismos del parto (Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada, 2014, pág. 62).

Atención del alumbramiento

Durante este período debe procederse de acuerdo con lo descrito en la Resolución 3280 de 2018 y garantizar siempre el manejo activo del tercer periodo del parto (Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada, 2014, pág. 62).

Puerperio

Durante esta etapa existen dos causas frecuentes de morbimortalidad: **las hemorragias y las infecciones.** La anemia, por lo general, se debe a la

deficiencia de hierro y a la pérdida de sangre; las infecciones son resultado de una endometritis puerperal y causan más carga económica al prolongar la estancia hospitalaria. Se resalta que las pacientes anémicas tienen mayor tendencia a la infección (Reeder, Martín y Koniak, 2000). En la práctica cotidiana, frecuentemente se observa que las puérperas adolescentes presentan higiene perineal deficiente, desinterés por los alimentos, dejadez para realizar los masajes uterinos y dificultad para brindar lactancia materna eficaz, además de reingresos por infecciones postparto, principalmente perineales y mastitis. Calderón, Reeder, Martín y Koniak (2000.

Si se considera que las prácticas de autocuidado son influenciadas por las creencias culturales, los hábitos y las costumbres de la familia, es posible que las adolescentes, por encontrarse en una etapa de maduración física y psicológica, no estén capacitadas para cuidar de su propia salud, y aún necesitan de sus cuidadores. Es así que muchas veces los cuidadores apoyan a las jóvenes adolescentes con base en su propia idiosincrasia y no siempre de la forma adecuada; cabe, entonces, al personal de salud intervenir efectivamente en los momentos del embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, se debe considerar también el grupo de adolescentes que no cuenta con apoyo alguno y afrontan solas su realidad, lo que acelera en ellas la madurez para adoptar actitudes nuevas a favor de su salud, empezando por un autocuidado apropiado.

Es importante que el personal de salud y, en especial, la enfermera identifique las necesidades de información de la adolescente; desarrollen y refuercen los programas educativos sobre autocuidado en el puerperio durante la fase de trabajo de parto, y utilicen estrategias que aseguren que la adolescente sea consciente de esa exigencia y ejerza su autocuidado. Se destaca que las adolescentes tienen mayor riesgo a desarrollar mastitis, por carencia de conocimientos acerca del cuidado de las mamas. Es pertinente tener en cuenta la baja participación de ellas en los programas de psicoprofilaxis prenatal. Esta es la etapa en que la adolescente aprende a cuidar sus mamas y preparar sus pezones para el momento de la lactancia, además de la técnica apropiada de amamantamiento, con lo que evita situaciones que podrían desencadenar mastitis: descansar en posiciones que presionen los senos, quedarse dormida durante la lactancia, ofrecer sólo un seno por mamada, entre otras (Ponce, Ramírez y Sáenz, 2004). Es importante resaltar que, a pesar de la preparación de la adolescente menor de 15 años para la lactancia y el puerperio, se debe fortalecer su educación. Por lo expuesto, se debe reforzar el proceso de educar a la adolescente en la lactancia por parte del personal de enfermería. Igualmente se debe establecer como mínimo un periodo de estancia del puerperio no inferior a 48 horas para las pacientes de postparto normal y de 72 horas para operación cesárea sin complicaciones.

Los exámenes de laboratorio de control postparto se solicitarán según criterio clínico. Sobra decir que para con estas adolescentes es inconcebible la omisión o el incumplimiento de lo exigido en la Resolución3280 de 2018, tanto para la atención del puerperio como para la atención neonatal (Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada, 2014, pág. 63,64).

Anticoncepción postparto

El enfoque de la anticoncepción postparto de la adolescente menor de 15 años debe ser orientado a escoger el método que más se ajuste a ella y, en todos los casos, debe ser el de su elección.

Del 17% al 35% de las adolescentes vuelven a quedar embarazadas en el primer año postparto (Reime, Schücking y Wenzlaff, 2008; Ford, 1983); sin embargo, algunos otros investigadores han reportados tasas de embarazo entre un 30% a 50% (Klerman, 2004; Rigsby, Macones y Driscoll, 1998). Existen algunos requerimientos del anticonceptivo de por sí, como son:

- Reversibilidad
- Fácil de utilizar
- Adecuado según la actividad sexual
- Protección ITS

En caso de que la adolescente no lacte, se produzca un aborto o se entregue al recién nacido en adopción, la **utilización de anticonceptivos combinados no estaría contraindicada** (Greydanus, Patel y Rimsza, 2001; Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Fondo de Población de Naciones Unidas, 2007); sin embargo, si se considera que la utilización de anticonceptivos orales combinados en este grupo poblacional tiene poca adherencia, se debe garantizar cualquiera de las opciones que se dan a continuación, independiente de la escogencia de lactancia.

Primera opción: implantes de liberación prolongada (levonorgestrel o etonorgestrel) con indicación de suplemento de calcio y ejercicio.

Segunda opción: Dispositivo intrauterino (TCU).

Tercera opción: progestágeno inyectable trimestral de depósito.

El preservativo se utilizará como método complementario para protección de la ITS. Este protocolo no recomienda la lactancia ni la abstinencia como métodos anticonceptivos (véase anexo 5 sobre información de cada uno de los anticonceptivos) (Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada, 2014, pág. 65,66).

Atención para la salida de la madre y su neonato

En caso de evolución satisfactoria, se puede dar salida a la madre cuando hayan transcurrido al menos 48 horas de observación postparto. Si no se han presentado complicaciones, se puede dar de alta a la madre con su recién nacido. **No obstante, este protocolo es reiterativo en recomendar que estas adolescentes no pueden salir de la institución sin un método anticonceptivo efectivo,** sin estar inscrita en un programa de servicios amigables para la promoción y prevención de su SSR y sin que su recién nacido pertenezca a un programa de crecimiento y desarrollo, tal y como lo indica la norma vigente.

Por último, se debe verificar el cumplimiento de las medidas educativas enunciadas en los apartados anteriores. Adicional a la consulta posparto, a los siete días, como recomienda la norma, se debe citar de nuevo a la adolescente entre las cuatro y las seis semanas posparto para verificar anticoncepción, lactancia y redes de apoyo.

En cuanto a las redes de apoyo, estas tienen como finalidad asesorar a la adolescente menor de 15 años en medidas de puericultura, cuidados del recién nacido, lactancia materna, reubicación en su entorno escolar, familiar o con su pareja, y proyección de vida, entre otros.

La red se debe crear desde el centro hospitalario o institución en donde la gestante ha tenido su parto o cesárea, e iniciar el proceso durante la hospitalización, que no puede ser inferior a 72 horas (en casos de cesárea). Durante esta estadía se deben reforzar las acciones educativas encaminadas a mejorar el autocuidado y la crianza. Paralelamente se debe constatar la decisión de adopción o la de asumir la crianza por parte de la adolescente y su red de apoyo para hacer las respectivas referencias (Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada, 2014, pág. 67).

Atención a mujeres con discapacidad: según lo estipulado en la **resolución 3280 de 2018**, el hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., garantiza la toma de decisiones de las mujeres con discapacidad con intención reproductiva, de acuerdo a la normatividad en materia de derechos sexuales y reproductivos para las mujeres con discapacidad, en especial la **Resolución 1904 de 2017** de este Ministerio, a través de:

- Apoyos técnicos, tecnológicos, humanos y salvaguardias que permitan la manifestación de la voluntad plena e informada por parte de la mujer con discapacidad frente al proceso reproductivo. **Ello implica contar con intérpretes, pictogramas, entre otros.** (Resolución 3280, 2018, pág. 321).

Atención para la población de hombres transgénero: el personal del hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., brinda una atención, bajo la perspectiva de derechos, respetando la diferencia y el libre ejercicio de la sexualidad.

Los hombres transgéneros 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 preservan 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 (Resolución 3280, 2018, pág. 321).

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 trasformaciones corporales y cambio de sexo, que deberán requerir de un equipo interdisciplinario para su atención (Resolución 3280, 2018, pág. 321,322).

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, se desarrollan en el hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., procesos de concertación, no solo con los representantes de las organizaciones de grupos étnicos, sino también con la institucionalidad indígena en salud y con la comunidad en general, especialmente con las mujeres para el caso de la salud materno-perinatal (Resolución 3280, 2018, pág. 322).

Se cuenta con equipos interdisciplinarios, que permiten enriquecer a través del conocimiento y de la experiencia lo que apunta a fortalecer la perspectiva de equipos de Atención Primaria en Salud que incorporen Agentes Comunitarios de Salud y Agentes de la Medicina Tradicional (AMT) (Resolución 3280, 2018, pág. 322).

11. Adecuaciones técnicas

Adecuaciones a los procedimientos: el hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., posibilita la formalización de acompañamiento por parte de los Agentes de la Medicina Tradicional (AMT), y se tiene en cuenta la valoración que hacen los AMT respecto a la condición y antecedente de la paciente. Así mismo se tiene respeto a otras prácticas como la entrega de la placenta a la madre y su familia (en el caso que sea solicitada), realización de masajes en la zona lumbar durante el trabajo de parto (que pueden ser enseñados por el personal de salud y realizados por parte del acompañante), decisión de la mujer gestante respecto a su postura durante el trabajo de parto y parto, valorar la incorporación de restricciones o indicaciones alimentarias (especialmente durante el posparto), entre otras (Resolución 3280, 2018, pág. 323).

Educación para la salud: el hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., incorpora mensajes textuales y visuales acordes con las prácticas y costumbres de las comunidades, incorporando pautas de cuidado y recomendaciones, siempre contando con población que retroalimente dicho material (por ejemplo, los mismos gestores en salud de los equipos) (Resolución 3280, 2018, pág. 323).

A nivel institucional hemos avanzado en espacios como la sala de lactancia materna sin distinción de etnias se brinda servicio para todas las madres y sus recién nacidos.

En contextos en los que se atienda población indígena, el hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., cuenta con la vinculación permanente de intérpretes o traductores en los servicios de salud, siendo deseable que correspondan a personal de la salud profesional o técnico. Así mismo la educación para la salud podrá ser realizada por la institucionalidad indígena en salud. (Res 3280, 2018, p. 323).

12. Monitorización y Control de Indicadores

El hospital universitario San José de Popayán E.S.E. en cumplimiento de la resolución 202 de 2021, Por el cual se sustituye el anexo técnico de la resolución 4505 (PEDT) haciendo monitoreo de las actividades introducidas por la resolución 3280 de 2018 reportando actividades que no se vigilan por otras fuentes de información. Reporta información de la ruta materno perinatal a las diferentes EAPB Se hará reporte mensual de los siguientes indicadores a reportar específicos para la ruta integral de atención materno perinatal.

Proceso Responsable: Epidemiología y Estadística: realizara el reporte de la información.

No.	NOMBRE DE LA VARIABLE	LONGITUD	TIPO	VALORES PERMITIDOS	REQUERIDO
0	Tipo de registro	1	N	2	SI
1	Consecutivo de registro	8	N	Número consecutivo de registros de detalle dentro del archivo. Inicia en 1 para el primer registro de detalle y va incrementando de 1 en 1, hasta el final del archivo.	SI
2	Código de habilitación IPS primaria	12	N	Tabla REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud) Si es desconocido registrar 999.	SI
3	Tipo de identificación del usuario	2	A	Ver tabla de referencia SGDTipoID publicada en web.sispro.gov.co, donde se encuentran los valores permitidos	SI
4	Número de identificación del usuario	18	A	Número del documento de identificación, de acuerdo con el tipo de identificación del campo anterior	SI
5	Primer apellido del usuario	30	A	Los datos deben ser en letras MAYÚSCULAS, sin caracteres especiales y sin tildes	SI
6	Segundo apellido del usuario	30	A	Los datos deben ser en letras MAYÚSCULAS, sin caracteres especiales y sin tildes. Si el usuario no tiene segundo apellido o no se tiene este dato, Registre NONE en mayúscula sostenida	SI
7	Primer nombre del usuario	30	A	Los datos deben ser en letras MAYÚSCULAS, sin caracteres especiales y sin tildes.	SI
8	Segundo nombre del usuario	30	A	Los datos deben ser en letras MAYÚSCULAS, sin caracteres especiales y sin tildes. Si el usuario no tiene segundo apellido o no se tiene este dato, Registre NONE en mayúscula sostenida	SI
9	Fecha de Nacimiento	10	F	AAAA-MM-DD	SI
10	Sexo	1	A	Ver tabla de referencia PSRGSEXO publicada en web.sispro.gov.co, donde se encuentran los valores permitidos.	SI
11	Código pertenencia étnica	1	N	Tabla Grupo Etnico publicada en web.sispro.gov.co, donde se encuentran los valores permitidos.	SI

12	Código de ocupación (toda la población)	4	N	Ver tabla de referencia SGDCIUO publicada en web.sispro.gov.co, donde se encuentran los valores permitidos, de acuerdo a la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) en su última versión vigente. · En los casos en que no se tiene esta información registrar (9999). · En el caso que no aplique registrar (9998).	SI
13	Código de nivel educativo (toda la población)	2	N	Ver tabla de referencia SGDNivEducativo en web.sispro.gov.com, donde se encuentran los valores permitidos.	SI
14	Gestante	2	N	0 -No aplica 1 -Sí 2 -No 21-Riesgo no evaluado	SI
15	Sífilis Gestacional o congénita	2	N	0 -No aplica	SI
17	Hipotiroidismo Congénito	2	N	0 -No aplica	SI
23	Ácido fólico preconcepcional	2	N	0 -No aplica 1 -Sí 2 -No 21-Registro no evaluado	SI
29	Fecha del peso (Toda la población)	10	F	AAAA-MM-DD Si no se toma registrar 1800-01-01	SI
30	Peso en Kilogramos (Toda la población)	5	D	Se registra el dato obtenido de la medición. Si no se toma registrar 999	SI
31	Fecha de la talla (Toda la población)	10	F	AAAA-MM-DD Si no se toma registrar 1800-01-01	SI
32	Talla en centímetros (Toda la población)	3	N	Se registra el dato obtenido de la medición. Si no se toma registrar 999	SI
33	Fecha probable de parto	10	F	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	SI

34	Código país	3	N	Ver tabla de referencia PAIS1 publicada en web.sispro.gov.co, donde se encuentran los valores permitidos, de acuerdo a la norma internacional ISO3166-1. Registre el código numérico. Registre 999 para aquellas personas a las cuales no se les conoce la nacionalidad	SI
35	Clasificación del riesgo gestacional	2	N	0 -No aplica 4 -Alto riesgo 5 -Bajo riesgo 21-Riesgo no evaluado	SI
37	Resultado de tamizaje auditivo neonatal	2	N	0 -No aplica 4 -No pasó 5 -Pasó 21-Riesgo no evaluado	SI
38	Resultado de tamizaje visual neonatal	2	N	0 -No aplica 4 -Alterado 5 -Normal 21-Riesgo no evaluado	SI
39	DPT menores de 5 años	2	N	0 - No aplica	SI
48	Resultado de tamización con oximetría pre y post ductal	2	N	0 -No aplica 4 -Alterado 5 -Normal 21-Riesgo no evaluado	SI
49	Fecha de atención parto o cesárea	10	F	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	SI
50	Fecha de salida de atención parto o cesárea	10	F	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	SI
51	Fecha de atención en salud para la promoción y apoyo de la lactancia materna	10	F	AAAA-MM-DD · Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 · Si no se realiza por una tradición registrar 1805-01-01 · Si no se realiza por una condición de salud registrar 1810-01-01 · Si no se realiza por negación del usuario registrar 1825-01-01 · Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830 -01-01 · Si no se realiza por otras razones	SI

				registrar 1835-01-01 · Si no aplica registrar 1845-01-01	
53	Fecha de atención en salud para la asesoría en anticoncepción	10	F	AAAA-MM-DD · Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 · Si no se realiza por una tradición registrar 1805-01-01 · Si no se realiza por una condición de salud registrar 1810-01-01 · Si no se realiza por negación del usuario registrar 1825-01-01 · Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830 -01-01 · Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 · Si no aplica registrar 1845-01-01	SI
54	Suministro de método anticonceptivo	2	N	0 -No aplica 1 -Dispositivo intrauterino 2 -Dispositivo intrauterino y preservativo 3 -Implante subdérmico 4 -Implante subdérmico y preservativo 5 -Oral 6 -Oral y preservativo 7 -Inyectable mensual 8 -Inyectable mensual y preservativo 9 -Inyectable trimestral 10-Inyectable trimestral y preservativo 11-Emergencia 12-Emergencia y preservativo 13-Esterilización 14-Esterilización y preservativo 15-Preservativo 16-No se suministra por una tradición 17-No se suministra por una condición de salud 18-No se suministra por negación de la usuaria 20-No se suministra por otras razones 21-Registro no evaluado	SI

55	Fecha de suministro de método anticonceptivo	10	F	AAAA-MM-DD · Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 · Si no se realiza por una tradición registrar 1805-01-01 · Si no se realiza por una condición de salud registrar 1810-01-01 · Si no se realiza por negación del usuario registrar 1825-01-01 · Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830 -01-01 · Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 · Si no aplica registrar 1845-01-01	SI
56	Fecha de primera consulta prenatal	10	F	AAAA-MM-DD · Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 · Si no se realiza por una tradición registrar 1805-01-01 · Si no se realiza por una condición de salud registrar 1810-01-01 · Si no se realiza por negación del usuario registrar 1825-01-01 · Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830 -01-01 · Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 · Si no aplica registrar 1845-01-01	SI
58	Fecha de último control prenatal de seguimiento	10	F	AAAA-MM-DD Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 Si no aplica registrar 1845-01-01	SI
59	Suministro de ácido fólico en el control prenatal durante el periodo reportado	2	N	0 -No aplica 1 -Sí se suministra 16-No se suministra por una tradición 17-No se suministra por una condición de salud 18-No se suministra por negación de la usuaria 20-No se suministra por otras razones 21-Registro no evaluado	SI

60	Suministro de sulfato ferroso en el control prenatal durante el periodo reportado	2	N	0 -No aplica 1 -Sí se suministra 16-No se suministra por una tradición 17-No se suministra por una condición de salud 18-No se suministra por negación de la usuaria 20-No se suministra por otras razones 21-Registro no evaluado	SI
61	Suministro de carbonato de calcio en el control prenatal durante el periodo reportado	2	N	0 -No aplica 1 -Sí se suministra 16-No se suministra por una tradición 17-No se suministra por una condición de salud 18-No se suministra por negación de la usuaria 20-No se suministra por otras razones 21-Registro no evaluado	SI
65	Fecha de tamización con oximetría pre y post ductal	10	F	AAAA-MM-DD ·Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 ·Si no se realiza por una tradición registrar 1805-01-01 ·Si no se realiza por una condición de salud registrar 1810-01-01 ·Si no se realiza por negación del usuario registrar 1825-01-01 ·Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 ·Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 ·Si no aplica registrar 1845-01-01	SI
68	Consulta de Psicología	10	F	Registrar 1845-01-01	SI
69	Fecha de tamizaje auditivo neonatal	10	F	AAAA-MM-DD ·Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 ·Si no se realiza por una tradición registrar 1805-01-01 ·Si no se realiza por una condición de salud registrar 1810-01-01 ·Si no se realiza por negación del usuario registrar 1825-01-01 ·Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01	SI

				·Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 ·Si no aplica registrar 1845-01-01	
75	Fecha de tamizaje visual neonatal	10	F	AAAA-MM-DD ·Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 ·Si no se realiza por una tradición registrar 1805-01-01 ·Si no se realiza por una condición de salud registrar 1810-01-01 ·Si no se realiza por negación del usuario registrar 1825-01-01 ·Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 ·Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 ·Si no aplica registrar 1845-01-01	SI
80	Fecha de toma de prueba tamizaje para sífilis	10	F	AAAA-MM-DD ·Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 ·Si no se realiza por una tradición registrar 1805-01-01 ·Si no se realiza por una condición de salud registrar 1810-01-01 ·Si no se realiza por negación del usuario registrar 1825-01-01 ·Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 ·Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 ·Si no aplica registrar 1845-01-01	SI
81	Resultado de prueba tamizaje para sífilis	2	N	0 -No aplica 4 -Positivo 5 -Negativo 21-Riesgo no evaluado	SI

82	Fecha de toma de prueba para VIH	10	F	AAAA-MM-DD ·Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 ·Si no se realiza por una tradición registrar 1805-01-01 ·Si no se realiza por una condición de salud registrar 1810-01-01 ·Si no se realiza por negación del usuario registrar 1825-01-01 ·Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 ·Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 ·Si no aplica registrar 1845-01-01	SI
83	Resultado de prueba para VIH	2	N	0 -No aplica 4 -Reactivo 5 -No reactivo 21-Riesgo no evaluado	SI
84	Fecha de TSH neonatal	10	F	AAAA-MM-DD ·Si no se tiene el dato registrar 1800-01-01 ·Si no se realiza por una tradición registrar 1805-01-01 ·Si no se realiza por una condición de salud registrar 1810-01-01 ·Si no se realiza por negación del usuario registrar 1825-01-01 ·Si no se realiza por tener datos de contacto del usuario no actualizados registrar 1830-01-01 ·Si no se realiza por otras razones registrar 1835-01-01 ·Si no aplica registrar 1845-01-01	SI
85	Resultado de TSH neonatal	2	N	0 -No aplica 4 -Alterado 5 -Normal 21-Riesgo no evaluado	SI
115	Tratamiento para sífilis gestacional	2	N	0-No aplica	SI

Fuente: Ministerio de Salud, Resolución 202 de 2021. Bogotá, 2021.

De igual forma a continuación se listan los indicadores para el control de las acciones implementadas con base en RIAMP dentro del master de indicadores del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

OBJETIVO ESTRATEGICO	Nombre del indicador	Subproceso	Objetivo	Normatividad a la que responde el indicador (si aplica)	Numerador	Denominador
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	Relación MME / MM	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Expresa la relación de Mortalidad Materna Extrema / Mortalidad Materna indica el número de casos de Morbilidad Materna Extrema po cada caso de Muerte Materna Temprana	Resolución 3280	Número de casos de Morbilidad Materna Extrema (MME)	Número de casos de muerte materna (42 días)
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	Tasa de mortalidad perinatal (óbito fetal)	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Medir la cantidad de muertes perinatales por óbito fetal en relación con el número de nacimientos en la institución	Resolución 3280	número de muertes perinatales	número de nacimientos
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	Tasa de mortalidad perinatal Temprana	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Medir la cantidad de muertes perinatales en relación con el número de nacimientos en la institución	Resolución 3280	número de muertes perinatales menores a 7 días	total, de nacidos vivos
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	tasa de incidencia de hipotiroidismo congénito	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Medir la relación de pruebas positivas del total de pruebas tomadas	Resolución 3280	Número de niños con TSH neonatal alterada	total, de TSH neonatal tomadas

Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	tasa de incidencia de sífilis congénito	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Medir la relación de pruebas positivas del total de pruebas tomadas	Resolución 3280	Número de casos de sífilis gestacional notificados en el SIVIGILA	Total, recién nacidos vivos
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	Proporción de mujeres con consulta para la valoración integral, orientación y asesoría frente a la IVE	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Medir la relación de asesorías sobre interrupción voluntaria del embarazo sobre la cantidad de mujeres gestantes que asisten a la institución	Resolución 3280	número de mujeres con consulta para IVE	total, de mujeres gestantes
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	Proporción de IVE solicitadas antes de la semana 15 de gestación del total de solicitudes	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Medir la relación de asesorías sobre interrupción voluntaria del embarazo antes de las 15 semanas sobre la cantidad de mujeres que solicitan la asesoría sobre IVE	Resolución 3280	número de mujeres con solicitud IVE con menos de 15 semanas	total, de solicitudes IVE
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	porción de mujeres en las que la IVE se hacen efectivas según criterio de oportunidad (5 días)	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Medir la efectividad según criterio de oportunidad (5 días) para la realización de la IVE	Resolución 3280	Número de mujeres de 10 a 49 años que se realizan la IVE en los primeros 5 días después de generarse la solicitud	Total, de casos de mujeres de 10 a 49 años con causales configuradas y decisión manifestada.
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	porción de IVE por salud fetal	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Medir la proporción de IVE por salud fetal	Resolución 3280	paciente solicitante IVE por salud Fetal	total de pacientes con IVE

Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	porción de IVE por salud materna	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Medir la proporción de IVE por salud materna	Resolución 3280	paciente solicitante IVE por salud Materna	total de pacientes con IVE
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	porción de IVE por Medicina Legal	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Medir la proporción de IVE por medicina legal	Resolución 3280	paciente solicitante IVE por Medicina Legal	total de pacientes con IVE
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	Porcentaje de partos con manejo activo del tercer periodo de parto	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Medir la proporción de mujeres que durante el alumbramiento reciben 10 unidades de oxitocina	Resolución 3280	Número de mujeres que durante el alumbramiento reciben 10 unidades de oxitocina	Tamaño de una muestra representativa de total de partos atendidos
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	Porción de cesáreas del total de partos	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Medir la proporción entre partos y cesarías	Resolución 3280	Número de cesáreas	Número total de partos.
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	Proporción de mujeres con suministro de método anticonceptivo post IVE del total de casos de IVE atendidos	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Determinar la cantidad de mujeres con suministro de método anticonceptivo posterior a la IVE	Resolución 3280	Número de mujeres de 10 a 49 años que acceden a algún método de anticoncepción después de un procedimiento de IVE	Número de mujeres de 10 a 49 años con realización de procedimiento IVE

Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	Porcentaje de partos en los que se diligencia el partograma del total de partos atendidos	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Medir la cantidad de partogramas diligenciados del total de partos atendidos	Resolución 3280	Número de partos en los que se diligencia el partograma	Tamaño de una muestra representativa de total de partos atendidos excepto las muertes maternas durante el trabajo de parto o parto.
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	Proporción de mujeres con asesoría en anticoncepción postparto o postaborto antes del alta	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Determinar la cantidad de mujeres con suministro de método anticonceptivo posterior al parto o la IVE	Resolución 3280	Número de mujeres en posparto o posaborto que reciben asesoría anticonceptiva antes del alta hospitalaria.	Tamaño de una muestra representativa de Total de partos y abortos atendidos
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	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	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Medir la cantidad de madres que son dadas de alta en los tiempos establecidos (parto 24 horas y cesárea 48 horas)	Resolución 3280	Número de mujeres que son dadas de alta en el puerperio cumpliendo el tiempo establecido (parto 24 horas y cesárea 48 horas)	Tamaño de muestra representativa del total de partos atendidos
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	Proporción de gestantes con sífilis gestacional que recibieron tratamiento al menos 4 semanas antes del parto	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Medir la cantidad de gestantes con diagnóstico de sífilis confirmado por prueba	Resolución 3280	Número de casos de sífilis gestacional que recibieron tratamiento con penicilina benzatinica al menos 4 semanas antes del parto	Sobre el total de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional.

Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	Proporción de recién nacidos sanos con pinzamiento de cordón umbilical mayor a 1 minuto	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Medir la cantidad de recién nacidos a los cuales se le realiza pinzamiento de cordón mayor a 1 minuto	Resolución 3280	Número de recién nacidos que se les hace pinzamiento del cordón umbilical después del primer minuto de nacimiento	Tamaño de muestra representativa del total de recién nacidos atendidos
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	Proporción de recién nacidos con aplicación de vitamina K	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Medir la cantidad de recién nacidos con aplicación de vitamina K	Resolución 3280	Número de recién nacidos a los que se les aplica vitamina K al momento de la adaptación neonatal	Tamaño de muestra representativa del total de recién nacidos atendidos
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	Proporción de recién nacidos con profilaxis ocular	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Medir la cantidad de recién nacidos con profilaxis ocular	Resolución 3280	Número de recién nacidos a los que se les aplica profilaxis ocular al momento de la adaptación neonatal	Tamaño de muestra representativa del total de recién nacidos atendidos
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	Cobertura de tamizaje de hipotiroidismo	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Medir la población con a la que se le realiza la prueba del total de nacimientos	Resolución 3280	Número de recién nacidos a los que se les toma prueba de hipotiroidismo congénito al momento de la adaptación neonatal	Total de recién nacidos
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	Proporción de recién nacidos sanos que tienen contacto piel a piel con la madre	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Medir la proporción de recién nacidos que tienen contacto piel a piel durante la primera hora del nacimiento, de la muestra representativa del total de recién nacidos atendidos	Resolución 3280	Número de recién nacidos que tienen contacto piel a piel durante la primera hora del nacimiento.	Tamaño de muestra representativa del total de recién nacidos atendidos

Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	Porcentaje de mujeres que informan haber puesto el niño al seno en la primera hora de nacido	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Medir la proporción de recién nacidos que informan haber puesto el niño al seno en la primera hora de nacido	Resolución 3280	Número de mujeres que informan haber tenido lactancia materna en la primera hora de nacido	Tamaño de muestra representativa del total de recién nacidos atendidos
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Es el porcentaje de nacidos vivos que han recibido dosis única de vacuna contra tuberculosis.	Resolución 3280	Total de menores de un año con vacuna de BCG	Total de población menor de 1 año
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	Cobertura y tamizaje auditivo en el neonato	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	Determinar la cantidad de recién nacidos a quienes se les realiza tamizaje auditivo	Resolución 3280	Número de recién nacidos a quienes se les realiza tamizaje auditivo	Total de recién nacidos atendidos.
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	determinar la cantidad de nacidos vivos a término con bajo peso a nacer del total de nacidos vivos	Resolución 3280	nacidos vivos a término con bajo peso al nacer	total de nacidos vivos
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer	Ruta Integral De atención Materno Perinatal	determinar la cantidad de nacidos vivos con bajo peso a nacer del total de nacidos vivos	Resolución 3280	nacidos vivos con bajo peso al nacer	total de nacidos vivos

Seguimientos

Los indicadores definidos son presentados a sistema de información para la calidad por parte de los responsables de cada indicador y socializados con el referente de las rutas integrales de atención en salud.

Se implementará la metodología de **Paciente Trazador** es una herramienta estratégica utilizada en el proceso de auditoría interna, que permite la evaluación en la prestación de los servicios de salud, mediante el seguimiento del paciente desde su ingreso, durante la estancia, en el proceso de tratamiento y en la orientación del egreso. De esta forma se logran identificar fortalezas, y debilidades en la atención del paciente, las cuales nos permitirán fortalecer las condiciones que garanticen la calidad en la prestación de estos, y permitirá corregir aquellas debilidades que por el contrario ponen en riesgo la seguridad del paciente y la calidad en la prestación de los servicios.

Con el Paciente Trazador se reconoce la oportunidad en la atención desde el ingreso y durante toda la estancia del paciente. Se evalúan las necesidades, se verifica la planeación del cuidado, el manejo y ejecución interdisciplinario, el seguimiento de las metas de tratamiento y la orientación para el egreso.

Adicionalmente se busca analizar la calidad de la información que está recibiendo durante el proceso a través de la **auditoría de Historia clínica interna** con la finalidad de buscar de forma proactiva las deficiencias en el sistema médico, recomendar mejoras en el servicio clínico y en última instancia, mejorar la calidad de la atención de los pacientes.
la auditoría a la historia clínica considera el análisis de la existencia de información, evaluación de la coherencia de las intervenciones y consistencia de la información registrada en la historia clínica y considerando criterios de la auditoria basada en la evidencia y la jurisprudencia que soportan la ruta integral de atención Materno Perinatal cuya unidad de análisis es el paciente atendido en un periodo de tiempo.

13. BIBLIOGRAFÍA

Fondo de Población de las naciones unidad UNFPA, Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada. *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-embarazada-menor-15.pdf

Fondo de Población de las naciones Unidas. (2022). Importancia de la Sentencia C-055-22 para la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres en Colombia. *UNFPA*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016, julio 25). *Resolución 3202 de 2016*. Bogota: Biblioteca Digital del Ministerio de Salud y Protección social. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Lineamiento técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal. *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/sreproductiva/2018/Lineamiento_Ruta__Materno_Perinatal.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018, 2 agosto). *Resolución 3280 de 2018*. Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (Enero de 2019). *Ministerio de Salud y Protección Social, Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social, Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/salud-materna.aspx

Schnapp, S., Sepúlveda, S., & Robert, S. (2014). Operación cesárea. *Clínica Las Condes*, 987-992. doi:10.1016/S0716-8640(14)70648-0

Secretaria de Salud Departamental del Cauca . (2021). ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD CON EL MODELO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA. *ASIS CAUCA 2021*, 114.

Secretaria de Salud Departamental del Cauca. (2021). ASIS Municipio de Popayán 2021. *Análisis de Situación de Salud (ASIS)*, 1-201.

14. ANEXOS

Anexo 1. Escala de Riesgo biopsicosocial de Herrera y Hurtado.

Cuadro 1
Escala de riesgo biopsicosocial prenatal

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

Fuente: Herrera *et al.*
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 otros 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) (Resolución 3280, 2018, pág. 334).

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 nervio-sismo.

Sobresalto: se asusta ante eventos sin importancia para ella misma.

1.1.3. Temblor: movimientos involuntarios de músculos.

1.1.4. No poder quedarse quieta en un solo sitio.

1.1.5. Incapaz de relajarse: músculos tensos continuamente

1.2. Síntomas de humor depresivo: está presente si se identifica la presencia de al menos dos, de los siguientes indicadores:

1.2.1. Insomnio: se despierta en las noches y permanece despierta por largos periodos y tiene dificultad para volverse a dormir.

1.2.2. Falta de interés: no disfruta de actividades o situaciones que antes consideraba placenteras, conductas de aislamiento, abandono, deseos de no hacer nada, variaciones de humor durante el día.

1.2.3. No disfruta de pasatiempos: se aburre fácilmente con pasatiempo que antes eran importantes para ella.

1.2.4. Depresión: conductas de aislamiento, abandono, deseos de no hacer nada.

1.2.5. Variaciones del humor durante el día: pasa fácilmente de la alegría a la tristeza sin causa aparente.

1.3. Síntomas neurovegetativos: está presente si se identifica la presencia de, al menos dos, de los siguientes indicadores:

1.3.1. Transpiración excesiva: sudoración excesiva principalmente por manos, cuello, cara, ante situaciones de angustia.

1.3.2. Boca seca: sensación de sequedad en la boca ante situaciones de angustia. · Accesos de rubor o palidez ante situaciones de angustia.

1.3.3. Cefalea de tensión: más que un dolor es una molestia permanente en los músculos de la región posterior de la cabeza, muchas veces irradiado a la espalda con duración de varias horas durante el día.

2. Soporte familiar

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

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

Si la respuesta a la pregunta anterior es negativa, preguntar si está satisfecha con la forma como comparte con la familia y compañero el tiempo, el espacio, el dinero. Pedirle que defina su respuesta entre las tres opciones de la escala (casi siempre, a veces, nunca) (Resolución 3280, 2018, pág. 334).

Anexo 2. Escala de depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS).

Versión validada en español (adaptado de Garcia-Esteve 2003) Instrucciones: Como usted ha tenido un bebé recientemente, nos gustaría saber cómo se siente ahora. Por favor, SUBRAYE la respuesta que encuentre más adecuada en relación a cómo se ha sentido durante la semana pasada (Resolución 3280, 2018, pág. 335).

En los pasados 7 dias:

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

Fuente: Ministerio de Salud, Resolución 3280 Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta integral de atención Materno Perinatal, pág.337. Bogotá, 2018.

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla (Resolución 3280, 2018, pág. 337).

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 (Resolución 3280, 2018, pág. 337).

Anexo 3. 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 contínuo de signos vitales LLAMADO - Emergente al equipo con competencias en cuidado crítico y habilidades para el diagnóstico

Fuente: Ministerio de Salud, Resolución 3280 Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta integral de atención Materno Perinatal, pág.338. Bogotá, 2018.

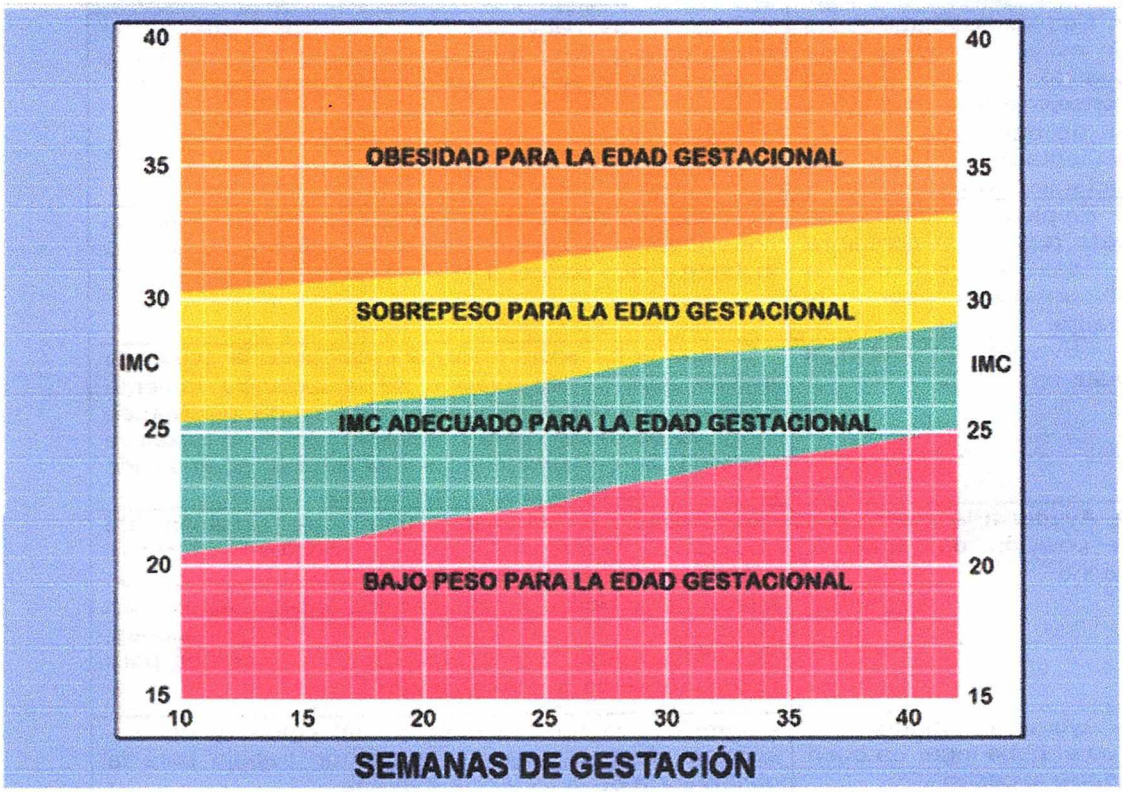
Anexo 4. Clasificación de Choque y evaluación de la respuesta.

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, Mas sudoración y llenado capilar > 3 segundos	> 120	< 70	Severo	Transfusión Masiva probable

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

Fuente: Ministerio de Salud, Resolución 3280 Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta integral de atención Materno Perinatal, pág.339. Bogotá, 2018.

Anexo 5 Gráfica evaluación nutricional de la embarazada Atalah – Índice de Masa Corporal para Edad Gestacional.



Fuente: Ministerio de Salud, Resolución 3280 Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta integral de atención Materno Perinatal, pág.341. Bogotá, 2018.

Anexo 6. Evaluación de la técnica de lactancia.

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

Fuente: Ministerio de Salud, Resolución 3280 Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta integral de atención Materno Perinatal, pág.342. Bogotá, 2018.

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

Actividades	Acciones a Desarrollar
1. Ayudar a la madre con 'poca leche'	• Aplicar las competencias para identificar el motivo • Aplicar las competencias para superar el problema, incluir la explicación a la madre sobre la causa del problema
2. Ayudar a la madre con un bebé que llora mucho y/o intensamente	• Aplicar las competencias para identificar la causa • Aplicar las competencias para encontrar alternativas de manejo, incluyendo la explicación a la madre sobre la causa del problema • Demostrar a la madre las posiciones para sostener y cargar a un bebé con cólico
3. Ayudar a la madre cuyo bebé rechaza el pecho materno	• Aplicar las competencias para identificar la causa • Aplicar las competencias para encontrar alternativas de manejo, incluyendo la explicación a la madre sobre la causa del problema • Ayudar a la madre en el contacto piel a piel para ayudar a que su bebé acepte el pecho nuevamente • Aplicar las competencias para mantener mientras tanto la producción de leche y la alimentación al bebé.
4. Ayudar a la madre que tiene pezones planos o invertidos	• Reconocer los pezones planos e invertidos • Aplicar las competencias para encontrar alternativas de manejo •NOTA: No se promocionará el método de la jeringa
5. Ayudar a la madre que tiene pechos ingurgitados	• Reconocer la diferencia entre pechos llenos, pechos ingurgitados y congestión mamaria • Aplicar las competencias para encontrar alternativas de manejo de...
6. Ayudar a la madre con pezones doloridos o con grietas	• Reconocer los pezones doloridos y con grietas • Aplicar las competencias para encontrar alternativas de manejo
7. Ayudar a la madre a amamantar a un bebé con bajo peso al nacer o enfermo	• Ayudar a la madre a alimentar apropiadamente a su bebé con bajo peso al nacer • Aplicar las competencias para manejar apropiadamente a estos niños • Explicar a la madre la importancia de la lactancia materna durante la enfermedad y en el período de recuperación La madre debe estar acompañada por los profesionales de las salas de extracción hospitalaria o del Banco de Leche.

Fuente: Ministerio de Salud, Resolución 3280 Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta integral de atención Materno Perinatal, pág.342. Bogotá, 2018.

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 (Resolución 3280, 2018, pág. 343).

Anexo 7. 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 (Resolución 3280, 2018, pág. 344).

.

- **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 (Resolución 3280, 2018, pág. 344).

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 —abrazandoll 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 (Resolución 3280, 2018, pág. 344).
- .

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 él bebe succiona se estimula la producción de la leche. Si sigue sintiendo que no es suficiente, consulte con su médico.
- La fórmula o leche de seno, no se debe calentar en microondas, ya que existe el riesgo de quemaduras, mejor calentarlo sumergiendo el recipiente con la leche en agua caliente (Resolución 3280, 2018, pág. 345).

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 (Resolución 3280, 2018, pág. 345).

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 este ictérico o que la ictericia está empeorando, o que está presentando heces pálidas, el cuidador debe avisar a su profesional de salud
- Un bebé lactante que tenga signos de ictericia debe ser alimentado de manera frecuente.
- Si el bebé está muy ictérico o no luce bien, debe ser revisado inmediatamente por el médico.
- Si en un bebé sano la ictericia se desarrolla después de los primeros 7 días o permanece ictérico después de 14 días, y no se ha esclarecido la causa, se debe evaluar nuevamente (Resolución 3280, 2018, pág. 345).

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 (Resolución 3280, 2018, pág. 345).
- .

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 (Resolución 3280, 2018, pág. 346).

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 (Resolución 3280, 2018, pág. 346).

Anexo 8. Factores de riesgo para evento tromboembólico durante la gestación-parto y puerperio.

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 (Resolución 3280, 2018, pág. 347).

FACTOR DE RIESGO	ANTENATAL	POSTNATAL
Trombofilia heredada de muy alto riesgo[a]	**1 FACTOR** **Anticoagulación** **Desde el momento de su identificación**	**1 FACTOR** **Anticoagulación** **Hasta al menos 6 semanas postparto**
Trombofilia adquirida o heredada con Evento Tromboembólico venoso previo (EVT).		
EVT recurrente (dos o más)		
Obesidad mórbida pregestacional (IMC > 40 Kg/m^2).	**1 FACTOR** **Tromboprofilaxis farmacológica antenatal desde el momento de su identificación**	**1 FACTOR** **Tromboprofilaxis farmacológica postnatal Hasta 6 semanas postparto**
Trombofilia heredada de alto riesgo o adquirida (Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípido)		
EVT previo		
Enfermedades del colágeno: Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis Reumatoidea, Dermatomiositis.		
Óbito		
Síndrome de Hiperestimulación Ovárica	**Tromboprofilaxis farmacológica en I trimestre y hasta que resuelva cuadro clínico.**	***
Sepsis puerperal	***	**Tromboprofilaxis farmacológica por 10 días posterior al egreso.**
Gestante o mujer en puerperio hospitalizada > 3 días[b]	**Durante la hospitalización: tromboprofilaxis con medidas farmacológicas** **Al alta: Tromboprofilaxis con medidas no farmacológicas por 28 días.**	
Obesidad pregestacional (IMC a 30 – 39 Kg/m^2)	**Con 1 FACTOR DE RIESGO: recomendaciones generales.** **CON 2 FACTORES DE RIESGO: iniciar medidas no farmacológicas durante toda la gestación.** **CON 3 O MÁS FACTORES DE RIESGO: iniciar desde el ingreso a CPN medidas no farmacológicas y tromboprofilaxis farmacológica desde semana 28, a menos que exista contraindicación.**	**CON 1 FACTOR DE RIESGO: recomendaciones generales.** **CON 2 O MÁS FACTORES DE RIESGO: Tromboprofilaxis farmacológica por 10 días postparto.**
Várices[c]		
Diabetes tipo I y tipo II		
Enfermedad Renal Preexistente		
Técnicas de reproducción asistida		
Embarazo Múltiple		
Hemorragia Postparto		
Preeclampsia		
Hiperemesis Gravídica (alteración hidroelectrolítica o del estado ácido base)		
Parto Pretérmino		
Cesárea		
Sepsis durante el embarazo		
Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
Procedimiento quirúrgico en embarazo o puerperio		
Trasfusión > 2 Unidades		
Gestante o Mujer en Puerperio hospitalizada < 3 días[b]	**Durante la hospitalización: tromboprofilaxis con cualquier intervención farmacológica o no farmacológica.** **Al alta: con medidas no farmacológicas por 10 días.**	
EDAD >35 Años		

<table>
<tr><td>Sobrepeso Pregestacional IMC 25-30 Kg/m²</td><td colspan="2">CON 1-2 FACTORES DE RIESGO:
recomendaciones generales</td></tr>
<tr><td>Tabaquismo</td><td colspan="2" rowspan="7">CON 3-5 FACTORES DE RIESGO:
iniciar medidas no farmacológicas desde el momento de su identificación.

6 O MÁS FACTORES DE RIESGO:
iniciar desde el momento de su identificación medidas no farmacológicas e iniciar tromboprofilaxis farmacológica desde semana 28, a menos que exista contraindicación.</td></tr>
<tr><td>Hipertensión Arterial Crónica</td></tr>
<tr><td>Hemorragia Anteparto</td></tr>
<tr><td>Inducción del trabajo de parto</td></tr>
<tr><td>3 o más partos.</td></tr>
<tr><td>Corioamnionitis</td></tr>
<tr><td>Viaje mayor de 4 horas[d]</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>CON 3-5 FACTORES DE RIESGO:
10 días de tromboprofilaxis con medidas farmacológicas.

6 O MÁS FACTORES DE RIESGO:
10 días de tromboprofilaxis con medidas farmacológicas</td></tr>
</table>

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

[b] Hospitalización por otras causas diferentes al nacimiento.

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

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

RIESGO MUY ALTO

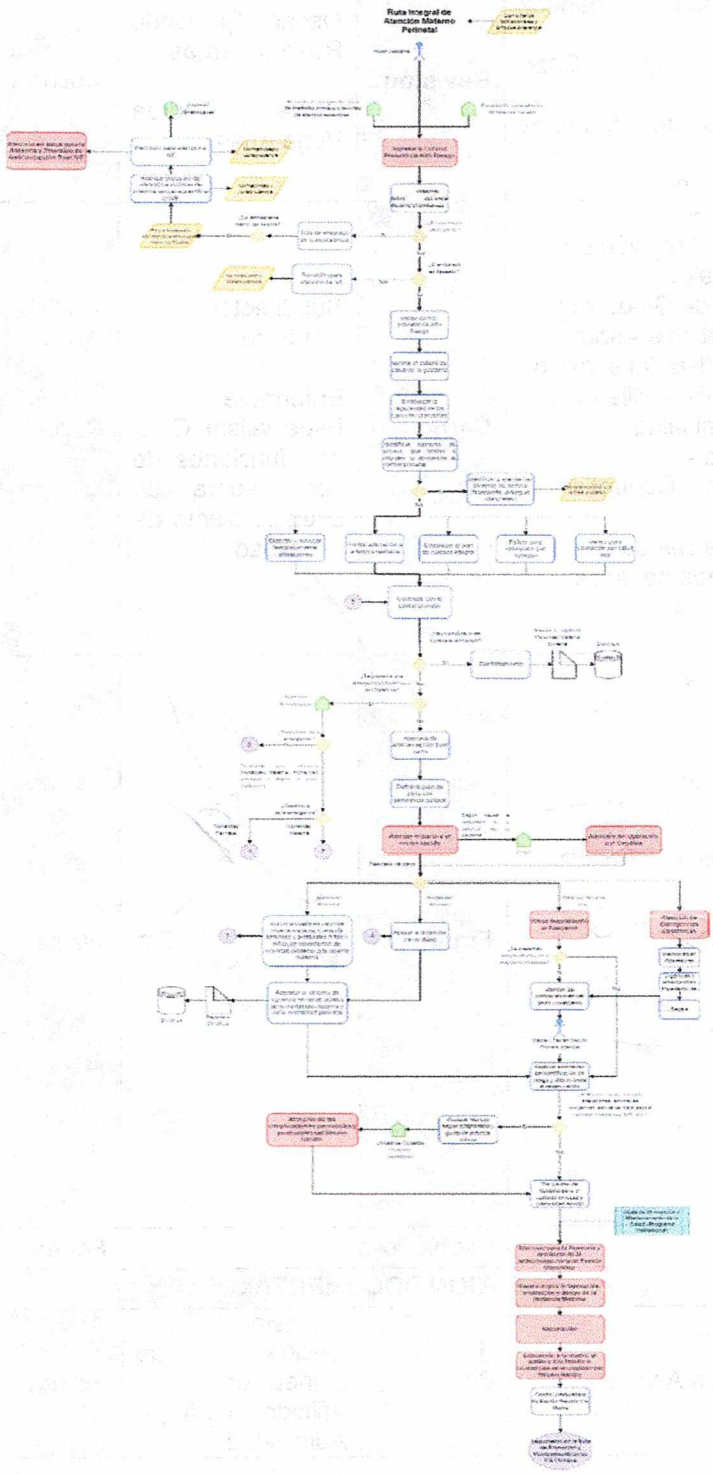
RIESGO ALTO

RIESGO MODERADO

RIESGO BAJO.

Fuente: Ministerio de Salud, Resolución 3280 Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta integral de atención Materno Perinatal, pág.348. Bogotá, 2018.

Anexo 9. Diagrama de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.



CONTROL DE CAMBIOS

Elaboró	Cristhian Valencia Mesa. Silvio Abraham Fernández Tello. Yazmin Eleny Daza Guañarita. Gloria Elizabeth Martínez Orozco. Ana María Gómez	**Revisión**	Oscar Fernando Rosero Vargas Paola Andrea Vega Arias.	**Aprobó**	Cesar Edmundo Sarria Porras
Cargo	Referente de Rutas Integrales de Atención en Salud Admisalud Coordinador de Ginecología – Afiliado participe Asomi Lider de Calidad del servicio de Ginecología –Afiliada participe Admisalud Coordinadora – Neonatología – Contratista OPS Coordinadora Banco de Leche---Afiliada participe Admisalud	**Cargo**	Subdirector científico Enfermera Especialista Gr I, con funciones de coordinadora de aseguramiento de la calidad	**Cargo**	Gerente
Firma		**Firma**		**Firma**	
Fecha		**Fecha**		**Fecha**	23 DIC 2022
GESTIÓN DOCUMENTAL					
Nombre	Hulber Enrique Acosta	Cargo	Profesional Univ. Oficina de planeación – Afiliado participe Admisalud.	**Firma:**	