ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

DOCUMENTO DE ADOPCIÓN Y ADAPTACIÓN DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD MATERNO PERINATAL EN EL DISTRITO ESPECIAL DEPORTIVO, CULTURAL, TURÍSTICO, EMPRESARIAL Y DE SERVICIOS DE SANTIAGO DE CALI"

RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL SEGÚN RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018

VIGENCIA: 2024

GERMAN ESCOBAR MORALES
Secretaria Distrital de Salud Pública

Santiago de Cali, 2024

TABLA DE CONTENIDO

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

1.1 Introducción

1.2 Marco Normativo

1.3 Propósito

1.4 Objetivo

1.5 Objetivos Específicos

1.6 Población Sujeto y Alcance

2. GESTIÓN DE LA RUTA DE ATENCIÓN MATERNO PERINATAL:

2.1 Situación epidemiológica.
2.2 Necesidades de adaptación (barreras y facilitadores identificados).
2.3 Acuerdos intersectoriales.
2.4 Otros acuerdos intersectoriales.
2.5 Red Prestadora existente en el Distrito de Santiago de Cali para la Atención en salud Materno Perinatal.
2.6 Fortalecimiento de capacidades del talento humano.
2.7 Acciones de auditoría en salud.

3. INTERVENCIONES COLECTIVAS

3.1 Información en salud

3.2 Educación en salud

3.3 Conformación y fortalecimiento de redes comunitarias y sociales.

3.4 Intervenciones para la promoción de la salud materna en el entorno laboral formal.

4. INTERVENCIONES INDIVIDUALES

4.1 Atención para el cuidado preconcepcional
4.1.1 Objetivos
4.1.2 Talento humano
4.1.3 Duración mínima recomendada
4.1.4 Atenciones incluidas

4.1.5 Frecuencia
4.1.6 Descripción
4.1.7 Examen físico
4.1.8 Exámenes paraclínicos:
4.1.9 Suplementación con micronutrientes
4.1.10 Plan integral de cuidado primario
4.1.11 Información en salud
4.1.12 Instrumentos, insumos y dispositivos

4.2 Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

4.2.1 Objetivos
4.2.2 Talento humano
4.2.3 Duración mínima recomendada
4.2.4 Atenciones incluidas
4.2.5 Descripción
4.2.6 Anamnesis
4.2.7 Examen físico
4.2.8 Toma de paraclínicos
4.2.9 Certificaciones de causales
4.2.10 Orientación y asesoría
4.2.11 Identificar coerción
4.2.12 Información y elección del procedimiento
4.2.13 Consentimiento informado
4.2.14 Descripción del procedimiento de IVE
4.2.15 Asesoría y provisión anticonceptiva
4.2.16 Consulta de seguimiento
4.2.17 Instrumentos, insumos y dispositivos.

4.3 Atención para el cuidado prenatal

4.3.1 objetivos

4.3.2 Talento humano

4.3.3 Duración mínima recomendada

4.3.4 Atenciones incluidas

4.3.5 Frecuencia

4.3.6 Descripción

5. ATENCIÓN A LAS FAMILIAS

5.1 Educación para la salud.

5.2 Atención básica de orientación familiar

6. DESPLIEGUE E IMPLEMENTACIÓN, ADAPTABILIDAD Y

PROGRESIVIDAD DE LA RUTA

6.1 Criterios Poblacionales:

6.1.1 Atención diferenciada para el embarazo en la infancia y adolescencia.

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

6.1.3 Adecuación de la atención para la población de hombres transgénero

6.1.4 Adecuación intercultural de los servicios.

6.2 Criterios Territoriales:

6.2.1 Adaptación de la RIA MP a contextos étnicos y articulación con los agentes de la medicina tradicional

6.2.2 Implementación de hogares maternos de paso

7. MONITOREO Y EVALUACIÓN

7.1 Indicadores

8. RECOMENDACIONES

9. CONCLUSIONES

DESARROLLO

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

1.1 Introducción

El Distrito Especial Deportivo, Cultural, Turístico, Empresarial y de Servicios de Santiago de Cali, por medio de este documento realiza la adopción y adaptación de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal para su implementación de acuerdo con las actividades, funciones y/o competencias de la Resolución 3280 de 2018. El presente documento será de obligatorio cumplimiento para las Entidades promotoras de Salud, Entidades Obligadas a Compensar, los Regímenes de Excepción, los Regímenes Especiales, las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud y demás entidades responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y en general que desarrollan acciones en salud de la gestante y su recién nacido.

Este documento de adopción y adaptación de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal es una herramienta operativa de obligatorio cumplimiento en el territorio del Distrito Especial Deportivo, Cultural, Turístico, Empresarial y de Servicios de Santiago de Cali, que define a los integrantes del sector salud las condiciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la generación de una cultura del cuidado, como parte de la garantía del derecho fundamental definido en la Ley Estatutaria de Salud.

Es necesario tener en cuenta, para su operación las siguientes consideraciones:

- Reconocer a la mujer en edad fértil como sujeto de atención en salud, en el marco de la garantía de los derechos humanos.
- Prestar servicios de salud a la mujer en etapas del ciclo reproductivo sin incurrir en conductas que configuren violencia, esto implica erradicar conductas institucionales como el tracto indigno, violencia psicológica, omisión de atención, negligencia, discriminación por razones de género, clase social, etnia, discapacidad u otra condición o situación.
- Conformar la red de prestación de servicios completa y suficiente, garantizando todas las intervenciones de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal. La prestación del servicio suficiente en componente primario y complementario, que faciliten el recorrido por las intervenciones incluidas en la ruta.
- Desarrollar planes integrales de cuidados primarios que concrete las intervenciones en salud requeridas por la gestante y su familia de acuerdo

con las necesidades y hallazgos realizados por el equipo multidisciplinario de salud.

En este documento, se realiza la descripción de cada una de las acciones que el Distrito de Santiago de Cali ha venido desarrollando en un modelo de atención en salud sexual y reproductiva articuladas a las atenciones que expide la resolución 3280 del 2018 con la ruta integral de atención en salud de la gestantes y el recién nacido. Además, se insertarán algunas actividades que se deben de iniciar su funcionamiento y otras las cuales se tenían dentro de un plan de intervenciones colectivas pero todas inmersas por un mismo objetivo.

Dentro de algunas de las actividades nuevas por desarrollar son: la atención de la pareja infértil y la atención a la sexualidad; las actividades por fortalecer son la prevención del embarazo en adolescentes, personas con factores de riesgo de ITS y personas con enfermedades preexistentes.

1.2 **Marco Normativo**

Constitución Política de Colombia:
Que el artículo 49 de la Constitución Política establece que "La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control".

Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015:
Que la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones", en su artículo 2, establece: la salud como un derecho fundamental por tanto autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo que incluye el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, asistiendo al Estado la responsabilidad de adoptar las políticas para asegurar la igualdad de trato, de oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todos y cada uno de los habitantes del territorio y que la prestación como es un servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización regulación, coordinación y control del Estado.

Artículo 65 de la Ley 1753 de 2015:
Que en el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015, establece que el Ministerio de Salud y Protección Social dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual es de obligatorio cumplimiento para los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, bajo el enfoque de Gestión Integral de Riesgo en Salud, para ajustarse a las necesidades territoriales mediante modelos diferenciados para zonas con población urbana, rural y dispensa.

Resolución 429 de 2016:
Mediante la cual adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención (MÍAS). La PAÍS exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, a cargo de la gestión de la salud pública, de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB y de los Prestadores de Servicios de Salud IPS. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los Planes Territoriales de Salud, en concordancia con los Planes de Desarrollo Territoriales, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y Plan Nacional de Desarrollo 2018- 2022. Y en su modificación (Numeral 6.2 del artículo 6) establecida por la Resolución 489 de 2019 determina la progresividad y gradualidad en la implementación para la operación de La PAÍS.

Que el artículo 5º de la mencionada resolución contempla como uno de los componentes del MÍAS, las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), que corresponden a aquellas herramientas, de uso obligatorio por parte de los diferentes integrantes del SGSSS, entre otros, Entidades Promotoras de Salud (EPS), entidades territoriales, prestadores de servicios de salud, en las que se establecen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad de la atención en salud.

Resolución 2626 de 2019:
Que la resolución 2626 de 2019, modifica la Política de Atención Integral en Salud PAÍS y adopta el Modelo de Acción Integral Territorial MAITE, el cual reconoce e incorpora los desarrollos realizados a través de los componentes del Modelo Integral de Atención en Salud MIAS, siendo MAITE un conjunto de acciones y herramientas que, por medio de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito.

Resolución 3280 de 2018:
Que la Resolución 3280 de 2018 tiene por objeto adoptar los lineamientos técnicos y operativos de Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la

Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y las directrices para su operación contenidos en los respectivos anexos técnicos que serán de obligatorio cumplimiento.

Que la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención para la Población Materno-Perinatal, definen e integran las intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y las acciones de gestión de la salud pública, requeridas para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de los individuos, las familias y las comunidades.

1.3 Propósito

Contribuir a la promoción de la salud y al mejoramiento de los resultados en salud maternos y perinatales, mediante la atención integral en salud, incluida la acción coordinada y efectiva de los integrantes del sector salud en conjunto con la sociedad y la familia.

1. Describir explícitamente los elementos claves para la atención en salud y las mejoras prácticas a las gestantes y sus recién nacidos.
2. Permitir la integración y articulación con las otras rutas integrales de atención en salud mediante la secuencia de acciones multidisciplinarias de índole poblacional, colectiva e individual.
3. Fortalecer la comunicación entre los diferentes integrantes de SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud de la gestante y su recién nacido, en el marco de sus competencias y funciones.
4. Precisar las responsabilidades de los diferentes integrantes de SGSSS y de las demás entidades que tienen a su cargo acciones en salud de la gestante y su recién nacido.

1.4 Objetivo:

La Secretaria de Salud Distrital de Santiago de Cali realiza la adopción y adaptación de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal para su implementación de acuerdo con las actividades, funciones y/o competencias de la Resolución 3280 de 2018, en el Distrito Especial, Deportivo, Cultural, Turístico, Empresarial y de Servicios de Santiago de Cali.

El Objetivo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, es regular

las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en salud para las gestantes y sus recién nacidos, por parte de los diferentes actores que integran el SGSSS y las entidades que tengan a su cargo las acciones en salud para contribuir en el mejoramiento de los resultados en salud y reducir los riesgos que conllevan a una mortalidad. Actividades y obligaciones descritas en la Resolución 3280 del 2018.

1.5 Objetivos Específicos

- Orientar a los diferentes integrantes del Sistema General de seguridad Social en salud SGSSS y demás entidades territoriales, en la población gestante y el recién nacido de los diferentes grupos poblacionales.
- Orientar a las instituciones responsables de la formación del talento humano en salud, en cuanto a los requerimientos de las competencias para los perfiles académicos y laborales requeridos para la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal.
- Garantizar el acceso universal a las intervenciones de la Ruta Integral en Atención en Salud Materno – Perinatal con el fin de realizar la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la detección del riesgo reproductivo.
- 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 los entornos, las familias y las redes para que sean protectores y potenciadores de la salud de las mujeres gestantes y del recién nacido.
- Realizar el seguimiento a los resultados en salud esperados en las mujeres gestantes y los recién nacidos.

1.6 Población Sujeto y Alcance

La población sujeto son todas las mujeres con intención reproductiva a corto plazo, las mujeres gestantes, en parto y posparto, sus familias o red de cuidado y el recién nacido hasta los siete días de su nacimiento que habitan en el territorio colombiano.

El alcance de la RÍA MP: la Ruta integral de Atención en salud Materno Perinatal será el referente para: I. Orientar a los diferentes integrantes del Sistema General de seguridad Social en salud SGSSS y demás entidades territoriales, en la población gestante y el recién nacido de los diferentes grupos poblacionales. II. Orientar a las instituciones responsables de la formación del talento humano en salud, en cuanto a los requerimientos de las competencias para los perfiles académicos y laborales requeridos para la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal.

2. GESTION DE LA RUTA DE ATENCIÓN MATERNO PERINATAL:

2.1 Situación epidemiológica:

La mortalidad materna constituye un problema de salud pública en el mundo, con mayor representatividad en regiones con bajos niveles de desarrollo económico y en salud, refleja los efectos de los determinantes sociales sobre la salud de las mujeres, por lo cual el desarrollo de programas de atención prenatal con calidad e integralidad es una herramienta fundamental para avanzar en el logro de reducir las muertes maternas por causas evitables.

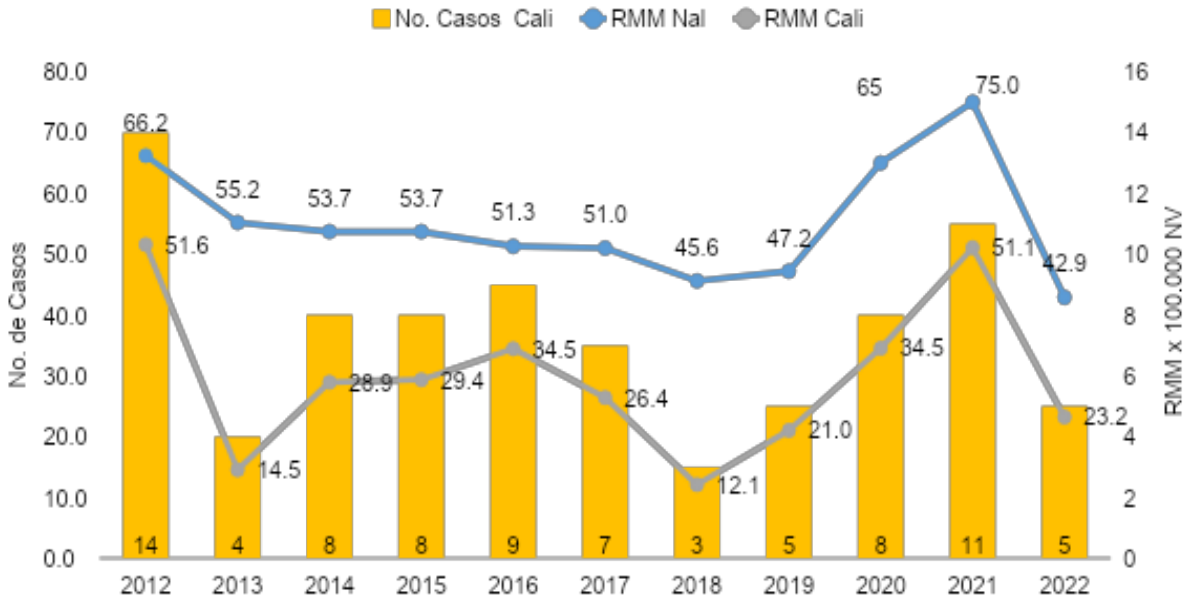
Por lo anterior es importante resaltar en el presente proyecto sobre la maternidad segura, que es una línea de acción del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; la maternidad deseada, saludable y segura es un derecho humano que fortalece la autonomía y la decisión de las mujeres sobre el ejercicio de su sexualidad y reproducción. Las mujeres gestantes tienen derecho a acceder a servicios de calidad en salud sexual y reproductiva que garanticen su salud y su vida. Ninguna de ellas debería morir como consecuencia de complicaciones prevenibles antes, durante y después del parto. Todos estos derechos responden a los **Objetivos de Desarrollo Sostenible** (ODS) N° 3 'Salud y Bienestar' y N° 5 'Igualdad de Género', que se proponen alcanzar metas e indicadores relacionados con la salud sexual y reproductiva, los partos asistidos por personal especializado y las muertes maternas para el año 2030.

Según datos oficiales DANE la razón de mortalidad materna en Colombia muestra una tendencia a la disminución donde se pasa de 73,3 casos en el año 2007 a 42,9 casos por 100.000 nacidos vivos en el año 2022. En el país la pobreza genera desigualdades en la distribución de la mortalidad materna. El 50% de la población más pobre soporta aproximadamente el 69% de la mortalidad.

Cali históricamente ha presentado razones de mortalidad materna en los últimos años así: Razón de mortalidad de 34,5 x 100.000 nacidos vivos para el 2016, 26,4

x 100.000 nacidos vivos para el año 2017, 12.1 x 100.000 nacidos vivos para el año 2018, 21 x 100.000 nacidos vivos para el año 2019, de 34.5 x100.000 nacidos vivos para el año 2020 y 51,1 x 100.000 en el 2021 y 23,2 x 100.000 para el año 2022.

Grafica 1. Tendencia de la razón de mortalidad materna, Cali a semana 52 de 2012 a 2022



Fuente: DANE, nacimientos 2022; SIVIGILA Cali, 2014 - 2023. Fecha de corte: septiembre de 2023

La razón de mortalidad materna en Santiago de Cali viene disminuyendo paulatinamente desde 1.994 cuando se inició un proceso de Mejoramiento continuo de la atención prenatal, hasta lograr en el año 2018 una razón de 12,1 casos por 100.000 nacidos vivos, la más baja históricamente y por debajo de la razón de mortalidad materna nacional preliminar que fue de 45,6 casos por 100.000 nacidos vivos. Desafortunadamente en 2021 se presenta incrementó a 51,1 por 100.000 nacidos vivos, aún por debajo de la razón nacional de 75,0 por 100.000 nacidos vivos.

Para la vigencia del 2022 en Santiago de Cali se presentaron 5 muertes maternas que en comparación a 2021 se han registrado en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) un total de once muertes maternas tempranas, tres muertes tardías y dos coincidentes o lesiones de causa externa.

La mortalidad materna de tipo temprana en el año 2021 se presentó principalmente en el grupo de mujeres de 30 a 34 años (n=3) en la cual se presentó una RMM de 76 muertes por cada 100.000 nacidos vivos; sin embargo,

la mayor razón de mortalidad materna de 97.3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos se observó en el grupo de mujeres de 35 a 39 años. En el grupo de adolescentes se presentó un deceso.

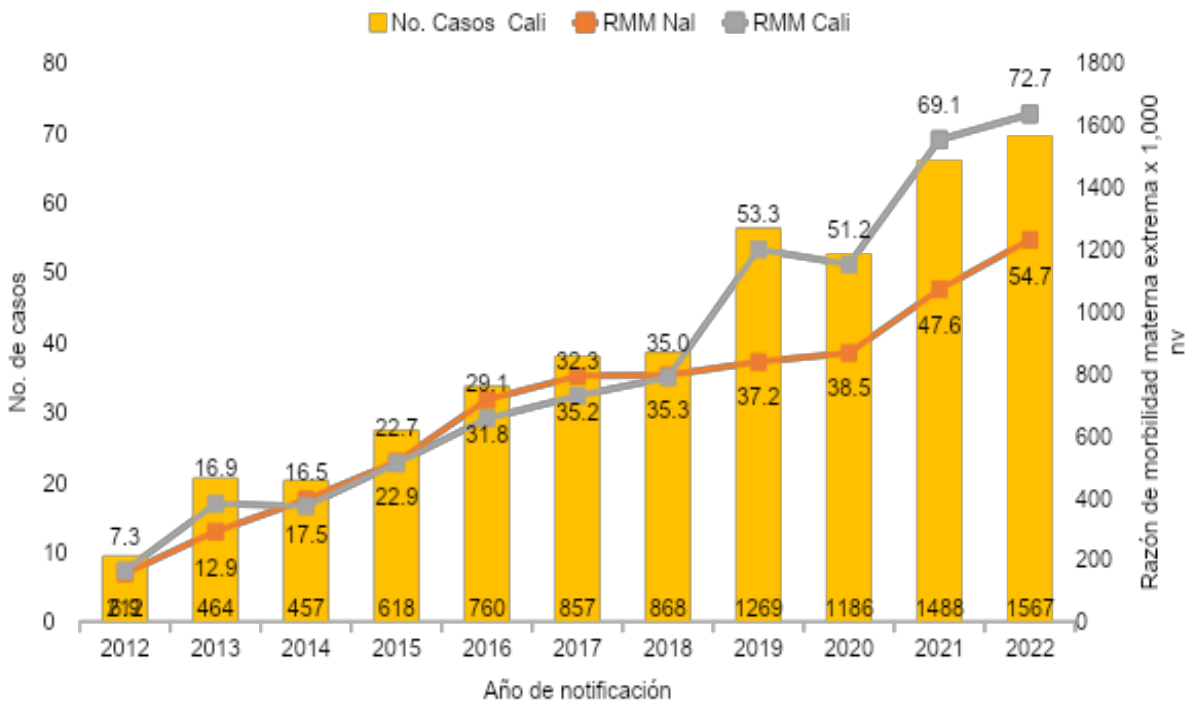
Las causas indirectas de muerte materna desde hace alrededor de 10 años, han superado las causas directas, relacionadas con el embarazo. Las primeras reflejan el incremento de las gestantes con enfermedades crónicas no controladas previamente al embarazo. Desde el 2012 esta situación llevó a un replanteamiento en el modelo de atención, concluyendo en la necesidad de incidir en el estado de la salud de las mujeres en edad fértil y especialmente en las con alto riesgo reproductivo (ARR)

Sin embargo, la morbilidad materna extrema, evento que se vigila desde el 2012, se encuentra en incremento 72,7 por 1.000 nacidos vivos, presentando 313 casos de Morbilidad Materna Extrema por cada caso de muerte materna temprana, este incremento se debe a la intensificación de la vigilancia del evento en las instituciones de salud.

En el mismo sentido durante el 2019 se reportaron 1269 casos de Morbilidad materna extrema, en el año 2020 1186, 1488 en el 2021 y 1567 casos para el 2022; lo cual muestra un incremento frente al año 2020 de maternas que se complican durante el embarazo.

Las principales causas son los trastornos hipertensivos 65% con una razón de 43,5 por cada 1.000 nacidos vivos, seguido de las complicaciones hemorrágicas 18% y una razón de 10,4 por cada 1.000 nacidos vivos, en tercer lugar se encuentra la sepsis de origen obstétrico con el 10,4% y una razón de 7,8 por cada 1.000 nacidos vivos.

Grafica 2. Tendencia de la razón de morbilidad materna extrema, Cali a semana 52 de 2012 a 2022



Fuente: DANE, nacimientos 2022; SIVIGILA Cali, 2014 - 2023. Fecha de corte: septiembre de 2023

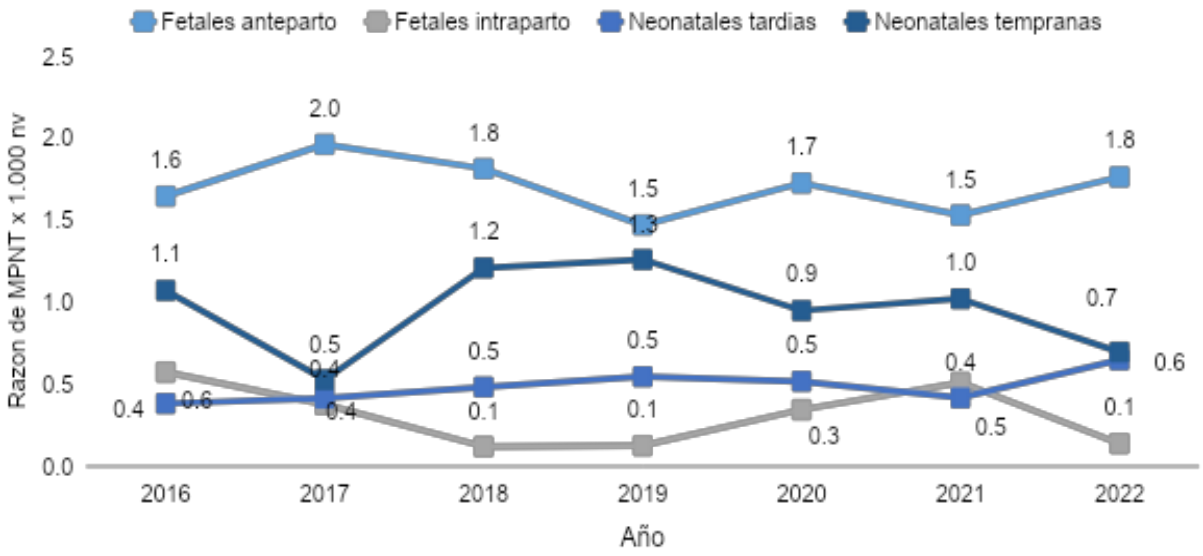
Según los datos de indicadores del modelo de atención a la mujer en edad fértil que se reportan al Municipio el 36.63 % de nuestras mujeres tienen alto riesgo reproductivo, de las cuales solo un 49.66% están planificando lo que implica un alto riesgo de un embarazo con posibilidades de complicaciones. Por otro lado, en el año 2021 se presentaron 340 casos de sífilis gestacional donde el 20,3% (n=69) corresponden a pacientes migrantes venezolanos, el mayor porcentaje de casos 39% (n=132) correspondió al grupo de edad 20 a 24 años; El 17,9% (n=57) son adolescentes, en el cual se obtuvo la razón de sífilis más alta 25,9 casos por cada 1000 nacidos vivos.

La razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía a nivel nacional es de 13.8 por cada 1.000 nacidos vivos y para el Distrito es de 14.2 casos por cada 1.000 nacidos vivos. Se observa que la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía del distrito está por encima del nivel nacional, lo que indica la importancia de reforzar las acciones para impactar en la reducción del número de casos relacionados con este evento.

Al realizar el análisis de la matriz babies que nos permite analizar la mortalidad perinatal clasificando el momento de la muerte de tal manera que se distinga entre mortinatos (antes o durante el parto), y muertos después del nacimiento, se identificó que el momento de ocurrencia que tiene un comportamiento hacia el incremento desde el 2019 son las mortalidades fetales anteparto pasando de una razón de MPNT de 1.5 a 1.8 en el 2022, de igual manera las neonatales tardías es decir las muertes que ocurren después de los 7 días de nacido también tienen un comportamiento hacia el incremento, pasando

de una razón en el 2020 de 0,5 a 0,6 en el 2022.

Grafica 3. Tendencia de la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía según momento de ocurrencia, Cali a semana 52 de 2016 a 2022



Según la matriz BABIES el estado de "la salud materna es el principal contribuyente para el evento mortalidad perinatal y neonatal tardía en Santiago de Cali; siendo las casillas azules de la matriz donde más se concentran los casos con el 60%, muertes que según los estudios y observaciones, se asocian a condiciones preexistentes en la salud de la mujer como la desnutrición, obesidad, tabaquismo, enfermedades crónicas, tabaquismo y edad de la mujer gestante, debido a que generan un ambiente intrauterino sub-óptimo que limita el desarrollo fetal. Para Santiago de Cali la tasa para este grupo corresponde a 8,5 muertes por cada 1.000 nacidos vivos". En segundo lugar, se encuentran las muertes fetales 20% que si bien están relacionadas con el cuidado prenatal, igualmente dependen de las condiciones de la salud materna previa al embarazo, en tercer lugar se relaciona con la atención del recién nacido con el 11% y una tasa de 1,6 por cada 1.000 nacidos vivos y en tercer lugar las muertes relacionadas con la Atención del neonato AIEPI con el 8.2% y una tasa del 1,2 por cada 1.000 nacidos vivos.

Tabla 1. Tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía según periodos perinatales de riesgo - Matriz BABIES, Cali a semana 52 de 2022

Grupo de peso en gramos	Tasa por momento de ocurrencia			
	Fetales > 22 semanas		Neonatal	
	Fetales anteparto	Fetales intraparto	Neonatales tempranas	Neonatales tardías
Menor de 1000	3,0	0,6	1,7	1,1

De 1000 a 1499	1,0	0,1	0,6	0,4
De 1500 a 2499	1,4	0,0	0,8	0,5
De 2500 a 3999	1,3	0,1	0,6	0,6
4000 y más	0,0	0,0	0,1	0,0
Total general	6,7	0,9	3,9	2,6

Fuente: DANE, nacimientos 2022; SIVIGILA Cali, 2022. Fecha de corte: 20 de abril de 2023

De acuerdo con el análisis de las causas de muertes agrupadas por origen, se observó que las causas de origen neonatal son las que agrupan la razón de mortalidad más alta con 5.3 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, seguido de las causas de origen materno con una razón de 3.4 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, y en tercer lugar las causas fetales con una razón de 2.9 por cada 1.000 nacidos vivos.

Al revisar el detalle de los diagnósticos que representan las causas anteriormente mencionadas, se encontró que las causas de origen neonatal están representadas por sepsis bacteriana del recién nacido, inmaturidad extrema y feto y recién nacido afectados por ruptura prematura de las membranas; la segunda causa de mortalidad son las de origen materno representada por Trabajo de parto prematuro sin parto, trastornos hipertensivos de la madre y sífilis que complica el embarazo. El tercer grupo de causa está relacionado con las placentarias – cordón umbilical como hipoxia intrauterina, no especificada, retardo del crecimiento fetal, no especificado y malformaciones congénitas.

La tasa de incidencia de sífilis congénita para el año 2018 fue de 1.7 en el año 2019 de 1.3 en el año 2020 de 1.13, en el año 2021 de 0.9 *1000 NV y para el año 2022 es de 1.9 x 1.000 NV, encontrándonos por encima de la meta nacional que es de 0,5.

De igual manera, eliminar el VIH como amenaza de salud pública a nivel global es una estrategia que apoya la visión de los tres ceros, la cual se caracteriza por la aceleración de todas aquellas acciones a nivel global que permita generar un comportamiento mundial donde se presenten cero nuevas infecciones por VIH, cero nuevas muertes relacionadas con el VIH/Sida, y 0 casos de transmisión materno perinatal así mismo la reducción de los niveles de Estigma y Discriminación en la población general. Para Cali es importante trabajar en la cero transmisión materno infantil del VIH pues se han detectado 23 casos de VIH gestacional en el año 2021 que sin el cumplimiento de las actividades definidas en la guía de eliminación de la VIH y para el año 2022 la tasa de transmisión materno infantil es de 0 casos.

Así mismo la administración de Santiago de Cali está al servicio de los intereses generales de los habitantes del Distrito, y se desarrolla con fundamento en los

principios de igualdad, imparcialidad, buena fe, eficacia, eficiencia, economía, celeridad, responsabilidad, transparencia, publicidad, contradicción, polivalencia e interdisciplinariedad; lo anterior, sin perjuicio de la aplicación de lo demás principios generales y especiales que rigen la actividad de la Administración Pública y de los servidores públicos.

Para satisfacer la necesidad descrita la Secretaría de Salud Pública inscribió en el Banco de Proyectos del Distrito para la presente vigencia fiscal 2022, el proyecto denominado "FORTALECIMIENTO DEL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA POBLACIÓN ADULTA DE SANTIAGO DE CALI con ficha EBI BP-26003171, el cual tiene como objetivo general: "Fomentar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población adulta con enfoque diferencial y equidad de género*",* el cual fue viabilizado por el Departamento Administrativo de Planeación Municipal, y posteriormente aprobado por el Concejo Municipal de Santiago de Cali, el cual en uso de sus facultades legales, expidió el Decreto No. 4112.010.20.0939 del 22 de diciembre de 2022 aprobado mediante Acuerdo 0545 de 2022, por el cual se expide el presupuesto general de rentas y recursos de capital y apropiaciones para gastos del Distrito de Santiago de Cali, para la vigencia comprendida entre el primero (01) de enero y el treinta y uno (31) de diciembre del año 2023.

Con el fin de ejercer el rol de rectoría, dirección, regulación y coordinación del Sistema de Seguridad Social en Salud en el Municipio de Santiago de Cali con altos niveles de efectividad, la Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali ha logrado alcanzar altos estándares de calidad a través de la certificación de todos sus procesos bajo la Norma ISO 9001 versión 2015 por parte de ICONTEC, según lo definido en el Certificado SC-CER 437981 en cuya última modificación del 19 de diciembre de 2022 se incorporó en el alcance ejercer la rectoría en salud en Santiago de Cali orientada al análisis de situación de salud, planificación territorial de salud pública adopción y adaptación de políticas públicas en salud, lo cual implica la necesidad de mantener e incrementar la eficacia, eficiencia y efectividad de los servicios que ofrece a sus grupos de valor y mantener los estándares alcanzados, desarrollar métodos adecuados de planificación, control, seguimiento y monitoreo como herramientas de gestión, bajo estándares y modelos de calidad como la estructura de alta gerencia establecida en dicha norma.

2.2 Necesidades de adaptación (barreras y facilitadores identificados).

En este capítulo se presentan las principales barreras de atención y

administrativas más repetitivas que se han detectado en el distrito de Santiago de Cali en las EAPB o IPS. Es importante identificar las barreras y desarrollar planes de acción para el mejoramiento y la resolución de las diferentes variables que dificultan el proceso y funcionamiento normal de la RÍA Materno perinatal.

procedimiento	**intervención/ Atenciones**	**Descripción de intervenciones/Atenciones**	**Administrativa**
CONSEJERIA	Asesoría en salud sexual y reproductiva	1. Identificación de factores de riesgo relacionados con la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos 2. Inducción a la demanda sobre métodos de planificación familiar como una estrategia de control de riesgo logrando meta de mínimo el 85% de la población en edad sexual y reproductiva usando método de planificación regularmente.	1. Deficiente Implementación de la consejería en toda la red de prestadores (Falta de contratación de las EAPB, Direccionamiento en nivel nacional impide su implementación territorial, Salud Total, Sura, Nueva EPS) 2. Mujeres alto riesgo reproductivo sin acceso a métodos de anticoncepción 3. insuficiente Talento humano capacitado para realizar consejería en las IPS 4. Prestación de servicios con horarios limitados y barreras de acceso para acceso a métodos de planificación familiar, ausencia de sistemas de atención expedita en caso de anticoncepción de emergencia.
ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL	Mujer en edad fértil con intención reproductiva a corto plazo	Incluir como acción de tamizaje a toda la población de mujeres en edad sexual y reproductiva independiente de su motivo de consulta , el deseo reproductivo y dirigir a planificación o asesoría preconcepcional	1. Difusión de consulta preconcepcional entre los funcionarios de las IPS y los usuarios.

		inmediatamente según corresponda . Puede realizarse en consulta de prestador primario, complementario o por remisión desde el PIC y otros sectores.	
	Consulta preconcepcional	Identificar si se trata de una adolescente, si es un adolescente informar sobre postergar la maternidad.	
		Preparación para el embarazo y atención preconcepcional	No inclusión en la contratación de las EAPB de toda la batería de laboratorios
		Recomendaciones preconcepcionales	ninguna
	Confirmar la gestación	Realizar prueba de embarazo a las mujeres en las cuales se sospeche embarazo.	oportunidad en la captación de gestantes por trámites administrativos relacionados con autorizaciones
		Identificar una posible infertilidad	
		Remisión para tratar la infertilidad	
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	Asesorar sobre opciones durante el embarazo	Evaluar si el embarazo está en presencia de las 3 causales para iniciar el proceso de asesoría y práctica de la IVE	Contratación de las EAPB Pocas IPS que garantizar la IVE posterior a las 20 semanas Insuficiencia de red que garantice la IVE en edad gestacional mayor a 20 semanas. Objetores de conciencia de profesionales Gineco Obstetras y Perinatológos en la ciudad Acceso A IVE en la red pública en gestantes antes semana 10
ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL	Control Prenatal	Ingreso al control prenatal	Limitada Ausencia de búsqueda activa de gestantes para ingreso a control prenatal

		Valoración integral de la gestante e identificación de factores de riesgo	Ninguno
		Valoración y Clasificación del riesgo obstétrico	Falta de formación del personal médico y enfermería en protocolos y normas y alta rotación de personal. Falta de estandarización de uso de tecnologías perinatales para el registro de información e interpretación de riesgo (CLAP, Curvas altura uterina , nutricionales)
		Plan de cuidado	Falta articulación entre PAI, odontología y control prenatal para lograr cobertura en gestantes. Falta de adherencia a GPC en sífilis gestacional Cumplimiento de paraclínicos en cada trimestre Fraccionamiento en la prestación de los servicios
		Valoración integral del estado de salud de la gestante	Ninguno
		Información en salud	Tiempo insuficiente para las recomendaciones que hacen parte del plan de cuidado
		Plan de parto	falta mayor apropiación del plan de parto estableciendo la IPS que atienden el parto según. No hay oferta universal de

			analgesia obstétrica. clasificación de riesgo preparto Asesoría sobre método de planificación el cual debe estar definido durante el control prenatal
	Atención integral y diferenciada de la adolescente gestante.	Identificación de embarazo en adolescente (activación de ruta de embarazo en la adolescencia)	
		Cuando se identifica adolescente menor de 14 años o adolescente menor de 18 años víctima de violencia sexual, activación de ruta de violencia sexual.	
		Atención diferenciada del embarazo en la adolescencia.	
CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD	Anteriormente curso Psicoprofiláctico	Capacidades a desarrollar con las mujeres gestantes	No incluido entre las actividades e intervenciones en contratación La metodología usada para realizar los cursos psicoprofilacticos Ausencia de implementación del curso de preparación para la maternidad y seguimiento
		Capacidades a desarrollar con los padres, familiares, cuidadores o acompañantes	No incluido entre las actividades e intervenciones en contratación La metodología usada para realizar los cursos psicoprofilacticos Ausencia de implementación del curso de preparación para la maternidad y seguimiento
ATENCIÓN EN SALUD BUCAL	Consulta Salud Bucal	Brindar asesoría en higiene oral, establecer su diagnóstico de salud oral y	

		definir un plan de manejo.	
ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN	Valoración por Nutrición	Anamnesis	insuficiencia de nutricionistas para la atención de la población gestante
		Valoración del estado nutricional	insuficiencia de nutricionistas para la atención de la población gestante
		Análisis y plan de cuidado	insuficiencia de nutricionistas para la atención de la población gestante
ATENCIÓN DEL PARTO	Atención del parto y las complicaciones del parto	Admisión de la gestante en trabajo de parto	Congestión en los niveles 2 y 3 por ingreso de gestantes de bajo riesgo obstétrico Aplicación del enfoque diferencial en la atención del parto Barreras para autorizar el acompañamiento de la gestante en el momento del parto
		Atención del primer periodo del parto	Congestión en los niveles 2 y 3 por ingreso de gestantes de bajo riesgo obstétrico No oferta universal de analgesia No acompañamiento universal en el trabajo de parto , horarios fraccionados para el acompañamiento. Seguimiento del bienestar del feto deficiente regla de cada 15 minutos fetocardia bajo grado de cumplimiento.
		Atención del expulsivo	Congestión en los niveles 2 y 3 por ingreso de gestantes de bajo riesgo obstétrico Regla de

			seguimiento fetocardia cada 5 minutos bajo grado de cumplimiento
		Atención del alumbramiento	Congestión en los niveles 2 y 3 por ingreso de gestantes de bajo riesgo obstétrico
ATENCIÓN DEL PUERPERIO	atención, seguimiento del puerperio Inmediato y las complicaciones	Seguimiento del puerperio Inmediato	Ninguna Mejora en la contratación de citas entre el 3 y 5 día presencial para madre y RN. Seguimiento de la morbilidad materna extrema en el puerperio Articulación de programas de crónicos con pacientes puérperas para su seguimiento.
		Seguimiento del puerperio mediato	ninguna
		Atención de las complicaciones del puerperio	ninguna
ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS	Hemorragia obstétrica posparto.	Referencia efectiva y segura para la atención obstétrica. Resolución de la emergencia obstétrica. Equipos capacitados e implementación de debriefing después de la emergencia	Alta rotación de talento humano capacitado en emergencias obstétricas. Implementación de simulación in situ de emergencias. Articulación de la implementación de las cartas de laerta temprana con los equipos de respuesta rápida . Disponibilidad de red de hemoderivados efectiva Disponibilidad de medicamentos e insumos
	Urgencias y emergencias hipertensivas del embarazo.		
	Sepsis. Tromboembolismo pulmonar		
ATENCIÓN PARA EL CUIDADO RECIÉN NACIDO	Necesidad de atención del recién nacido y a la capacidad resolutiva de la	Enfoque antenatal de riesgo.	
		Atención del recién nacido en sala de partos/nacimientos.	

	institución Si se detecta anomalías y riesgo en el recién nacido (conecta con Ruta de promoción y mantenimiento). Si hay complicaciones del RN derivar para atención correspondiente	Cuidados durante las primeras veinticuatro horas de edad.	
		Decisión del egreso hospitalario.	
		Entrega de recomendaciones previas al egreso hospitalario.	
		Expedición y registro en el carné único de salud infantil y diligenciamiento de la Historia Clínica Perinatal Simplificada.	
		Egreso hospitalario.	
ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO	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.	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 al Virus Zika.	
		Otras condiciones que impliquen manejo perinatal	

		y postnatal especial en el recién nacido.	
		Detección de Anomalías congénitas	
		Atención del Recién Nacido con Asfixia Perinatal.	
		Atención del Recién Nacido Prematuro.	1. Baja adherencia a las GPC del recién nacido prematuro y lineamientos del Programa Madre Canguro 2. Desarticulación de las EAPB con las IPS de atención de Parto y programas Canguro.
		Atención del Recién Nacido con Sepsis Neonatal temprana.	
		Atención del Recién Nacido con Trastorno Respiratorio.	
ATENCIÓN PARA EL SEGUIMIENTO AL RECIÉN NACIDO	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	Control ambulatorio del recién nacido	
		Expedición y registro del carné único de salud infantil si no se entregó en el momento del egreso hospitalario.	
		Canalización a realización de visita domiciliaria para los casos indicados	
ATENCIÓN A LAS FAMILIAS Y COMUNIDAD	Educación para la Salud Atención Básica Familiar	Apoyo en el duelo a la familia en caso de muerte perinatal.	
		Apoyo en el duelo en caso de muerte materna, garantía de derechos y protección de niños y niñas en condición de orfandad posterior a la muerte materna.	
		Información y educación para la participación social en los servicios de salud materna perinatal.	
		Información en salud que promueva los derechos sexuales y reproductivos	
		Educación a los agentes comunitarios en signos de alarma para el embarazo	

Dentro del instrumento "Instrumento de análisis de barreras y facilitadores para la adopción e implementación de la ruta integral de atención Materno Perinatal". El instructivo está organizado con la misma estructura y orden de componentes y variables del instrumento.

Las barreras que se deben identificar en el proceso de atención deben de estar enmarcadas y clasificadas en los siguientes factores:

- Administrativa: Contempla los procedimientos de carácter administrativo que dificultan el desarrollo de la intervención / atención en salud.
- Cultural: Incluye las características culturales que obstaculizan el desarrollo de la intervención / atención en salud.
- Geográfica: Comprende las características geográficas que dificultan el adecuado desarrollo de la intervención / atención en salud.
- Legal: Hace referencia al marco normativo que obstaculizan el desarrollo de la intervención / atención en salud.
- Económica: Identificación de factores económicos que interfieren en la ejecución de la intervención / atención en salud.
- Otros: Registre el tipo de barrera que no se encuentra mencionado en los anteriores elementos.

Para poder lograr resolver las barreras en el proceso de atención, los facilitadores de la atención deben de realizar los siguientes interrogantes, para la resolución de la barrera:

- Qué: Registre que se tiene qué hacer para lograr resolver la barrera o aspecto que dificulta la intervención / atención en salud.
- Cómo: Indique el método, mecanismo o procedimiento planteado para lograr resolver la barrera o aspecto que dificulta la intervención / atención en salud.
- Cuándo: Señala el momento o tiempo que se plantea para desarrollar la estrategia para lograr resolver la barrera o aspecto que dificulta la intervención / atención en salud.
- Dónde: Señala el lugar o la posición donde tiene que realizarse la estrategia para lograr resolver la barrera o aspecto que dificulta la intervención / atención en salud.
- Observaciones: Registre de manera breve, clara y concreta las notas relevantes que puedan surgir del análisis sobre las estrategias planteadas para lograr resolver las barreras o aspectos que dificultan la intervención / atención en salud.
- PROPUESTA PLUS RIAMP: Registre de manera clara y concreta la propuesta para mejorar los resultados en Salud de la RIAMP.

Una vez se tiene la matriz de las barreras identificadas por cada una de las

atenciones en salud se debe de realizar la frecuencia de ocurrencia de la barrera, identificación de perfil del talento humano asociado, recursos físicos o de infraestructura, si está asociado a sistemas de información y dispositivos médicos. Con esta información registrada se realiza el requerimiento en la disponibilidad de recursos para lograr el cumplimiento progresivo de las intervenciones y acciones seleccionadas para la resolución de la barrera.

2.3 Acuerdos intrasectoriales.

En el marco del Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal liderado por el Subgrupo Materno perinatal de la Secretaría de Salud Distrital de Santiago de Cali, se ha realizado los siguientes acuerdos:

- Socialización y priorización del Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna, en el CONPOS.
- Priorización de las acciones del Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna por parte de las subsecretarías y subgrupos de la Secretaría de Salud para el desarrollo en conjunto de las acciones de reducción de la mortalidad materna.
- Priorización del Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna, en el Comité Territorial de las RIAS, para la elaboración de estrategias y articulaciones internas para el cumplimiento de los objetivos.
- Socialización del Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna, al personal de la secretaría de salud, para su conocimiento.
- Apoyo al cumplimiento de las acciones planteadas en el Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna desde el despacho de la Secretaría de salud, junto con alianzas estratégicas dentro de la alcaldía de Santiago de Cali.
- Articulación con otras secretarías de la alcaldía para el cumplimiento de las acciones planteadas en caso de ser necesario.
- El Modelo Integral de Salud Sexual y Reproductiva es la consolidación de años de trabajo en equipo con ESE y EAPB de Cali, a partir del análisis de eventos en salud materna. Su implementación en las entidades de salud de la ciudad comprende 6 componentes (promoción y prevención en comunidad y entornos; consejería en derechos sexuales y reproductivos, procesos prioritarios con enfoque diferencial, cuidado de la salud, gestión de riesgo, vigilancia de estructura del proceso; componente monitoreo y seguimiento a indicadores, plan operativo y referencia y contrarreferencia; componente vigilancia epidemiológica de eventos prioritarios relacionados con salud sexual y reproductiva; componente fortalecimiento de competencias de personal de salud).

  Modelo Integral de Salud Sexual y Reproductiva

La implementación del Modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva en Cali corresponde al 100% del mismo, el cual cuenta con seis componentes e

integra las actividades propuestas tanto en la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida en el marco de la salud sexual y reproductiva, como la Ruta Materno Perinatal establecidos en la Resolución 3280 del 2018 y demás marco normativo. Entre los componentes del Modelo se encuentran:

Componente 1. Promoción y Prevención por entorno (institucional-laboral-educativo-hogar- comunitario), el cual tiene un peso porcentual asignado del 15%, para el desarrollo de este componente se ejecutaron las siguientes estrategias: Información-educación y comunicación de acuerdo con temas priorizados con base en el comportamiento de los indicadores, tamización de riesgos con énfasis en riesgo reproductivo, embarazo no deseado, ITS y Violencia, conformación de redes familiares, comunitarias y sociales para el abordaje de la promoción y ejercicio de los derechos en salud sexual y reproductiva, y la realización de jornadas de promoción, prevención y atención en salud sexual y reproductiva.

Componente 2. Consejería en salud sexual y reproductiva, el cual tiene un peso porcentual asignado del 15%, este componente es una intervención de adaptación propia del ente territorial y busca que se convierta en la puerta de entrada institucional a la atención en salud sexual y su derivación a los diferentes programas y atenciones relacionadas con la Sexualidad y la reproducción de acuerdo con los riesgos identificados.

Componente 3. Procesos prioritarios con enfoque diferencial, el cual tiene un peso porcentual asignado del 25%, este componente tiene una asignación mayor debido a que en él se incorporaron las acciones de atención antes, durante y después del embarazo.

Componente 4. Información, monitoreo y seguimiento, el cual tiene un peso porcentual asignado del 15%, en él recaen las estrategias de análisis y seguimiento de indicadores de estructura, proceso y resultado y las acciones de referencia y Contrarreferencia.

Componente 5. Vigilancia en Salud Pública, el cual tiene un peso porcentual asignado del 15%, en este componente se abordan las acciones de notificación y seguimiento a los eventos de interés en salud pública relacionados con salud sexual y reproductiva.

Componente 6. Fortalecimiento de las competencias en salud sexual y reproductiva, el cual tiene un peso porcentual asignado del 15%, a partir de este componente se desarrollan las acciones de capacitación y actualización del talento humano proveedor de los servicios de salud.

2.4 **Otros acuerdos intersectoriales.**

Para la implementación de la ruta materno perinatal se ha realizado la revisión de la normatividad resolución 3280 del 2018, se ha definido desde el direccionamiento estratégico de la secretaría la conformación de un equipo territorial de RIAS de la cual hace parte el referente del equipo de la ruta materno perinatal y representantes de otras dependencias de la Secretaria, encargados de impulsar la implementación de la ruta materno perinatal.

Actualmente el Distrito de Santiago de Cali ha sido priorizado por el Ministerio de Salud para el desarrollo de un plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna con 6 líneas estratégicas, cuyo objetivo general es; reducir la mortalidad materna a través de la implementación de acciones estratégicas y operativas sectoriales e intersectoriales, en las entidades territoriales priorizadas que cumplen con los criterios de focalización. El plan contempla responsabilidad de las EAPB, las IPS y este ente territorial en el marco de la ruta integral de atención en salud materno perinatal.

En el marco del Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna, liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, y los Entes Territoriales, se establece dar continuidad a las acciones concretas del plan de trabajo de Santiago de Cali, según los lineamientos e instrucciones contenidas en la circular 047 del 2022 expedida por el Ministerio de Salud y la Protección Social, se nombran los acordados con EPS e IPS en mesas de trabajo:

- Garantizar la disponibilidad y suficiencia de métodos anticonceptivos de larga duración (DIU – Implantes Subdérmicos) en la red de prestación de servicios de salud, según la estimación proyectada por el Ministerio como lo refiere la circular.
- Garantizar la asesoría y provisión de método anticonceptivo post evento obstétrico en la IPS que atiende el parto, sin mediar autorización.
- Garantizar el cumplimiento de lineamientos y protocolos de Vigilancia en Salud Pública de los eventos relacionados con la salud materna tales como, mortalidad materna, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y neonatal tardía, defectos congénitos.
- Garantizar que las IPS con quien se contrate cuente con servicio de cirugía ginecológica, con programación de franja diaria en el servicio para la esterilización posparto vaginal, (según Volumen de Parto vaginal).
- Garantizar la atención de gestantes sin que medie autorización previa como requisito para la prestación de los servicios contenidos en la Ruta Integral de Atención en Salud Materna Perinatal, tal como se dispone en el artículo 2.5.3.4.7.4 del Decreto 780 de 2016.
- Garantizar la contratación de equipos extramurales, a fin de que se garantice la complementariedad de intervenciones individuales y colectivas con las modalidades de prestación de los servicios con el fin de realizar captación de gestantes con ingreso temprano al control prenatal y el seguimiento a las gestantes de MME.
- Garantizar la implementación de las redes colaborativas institucionales para

procesos de asistencia técnica y clínica, regulación de urgencias y la activación de acciones de telesalud, incluida la modalidad de prestación de telemedicina, estrategia IPS Padrino, según lo establecido en la Ley 1419 de 2010 y la Resolución 2654 del 2019.

Se ha avanzado intersectorialmente en los comités conformados en Distrito de Santiago de Cali, para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos: Comité de Maternidad Segura, Comité Materno Perinatal y Comité de Indicadores de la Calidad, conformados por la Secretaría de Salud Distrital de Santiago de Cali para la socialización de los lineamientos y requerimientos para el cumplimiento de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal y el cumplimiento al Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna.

- Comité de Maternidad Segura: espacio con asistencia de tomadores de decisiones de las EAPB e IPS que atienden partos y funcionan en Cali, en donde se hace concertación y estrategias de ciudad para la reducción de la mortalidad materna y se realiza seguimiento a compromisos.

- Comité Materno Perinatal: espacio con participación de ginecólogos, pediatras y otras especialidades, donde se analizan los eventos de maternidad segura con diferentes temáticas para estandarizar su manejo a nivel ciudad y se definen procesos de capacitación y desarrollo de competencias a los profesionales de medicina, enfermería y apoyo administrativo.

- Comité de Indicadores de la Garantía de la Calidad de atención en la mujer en edad fértil y gestante, espacio en el cual se realiza análisis y toma de decisiones según los resultados de los indicadores.

- Se adelantó estrategias de articulación intersectorial con entidades como Bienestar social, educación, deporte, cultura, entre otras fundaciones y ONG para apoyar la identificación de riesgos y la promoción de derechos de gestantes, acciones de información, educación y comunicación para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la salud materna.

- Mesa de IVE “Interrupción Voluntaria del Embarazo” donde participa la Secretaría Departamental de Salud, Secretaría de Salud Distrital de Santiago de Cali, defensoría del pueblo, IPS y veedores de atención en salud.

- Fortalecimiento del Modelo de Empoderamiento Comunitario (MEC) con la conformación y fortalecimiento de 14 grupos comunitarios a los cuales se ofreció información, capacitación y comunicación en derechos sexuales y reproductivos, se orientó hacia la maternidad segura y lineamientos en la ruta materno perinatal. Se articularon estos grupos con los servicios de salud correspondientes, resaltando la importancia de asistir a los diferentes programas ofrecidos por las instituciones, por medio de la Campaña: “Cali unidos por una maternidad segura” y “si tiene riesgos no te arriesgues”

2.5 Red Prestadora existente en el Distrito de Santiago de Cali para la Atención en Salud Materno Perinatal.

En la siguiente tabla se encuentran las IPS existentes en el Distrito de Santiago de Cali para la Atención en salud Materno Perinatal y porcentaje de cumplimiento para la vigencia del 2022.

SALAS DE PARTO - DISTRITO DE CALI 2022	COMPLEJIDAD DE ATENCIÓN	IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SEGURIDAD OBSTÉTRICA	
		% DE CUMPLIMIENTO	KIT DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA
Clínica Nueva de Cali	ALTA	100%	Completo
Clínica Nuestra Señora de los Remedios	ALTA	86%	Completo
Clínica DEVAL - Policia	ALTA	70%	Completo
Clínica de Occidente	ALTA	95%	Completo
Clínica Farallones	ALTA	92%	Completo
Clínica Valle del Lili	ALTA	No priorizada	Completo
Clínica Versalles	ALTA	92%	Incompleto
Centro Médico Imbanaco	ALTA	No priorizada	Completo
Clínica Colombia	ALTA	94%	Completo
Hospital Carlos Holmes Trujillo	BAJA	76%	Completo
Hospital Carlos Carmona	BAJA	82%	Completo
Hospital Primitivo Iglesias	BAJA	89%	Completo
Hospital Joaquín Paz Borrero	BAJA	82%	Completo
Hospital Siglo XXI - Siloé	BAJA	79%	Completo
Hospital Universitario del Valle	ALTA	82%	Completo

Hospital San Juan de Dios	ALTA	70%	Incompleto

En la siguiente tabla se muestra la red de atención de cada una de las EPS con usuarias gestantes de Cali:

EAPB	RED PRESTADORA RIA MP			IPS PRESTADORA DE IVE
NUEVA EPS	5 ESE ANGIOGRAFÍA OCCIDENTE IPS MEDICIPS	CLINICA VERSALLES	HUV	PROFAMILIA HUV
SOS	COMFANDI SAN MARCOS , VIVA UNO A,	CLINICA FARALLONES CLINICA VERSALLES	FUNDACIÓN VALLE LILI	HUV, FUNDACIÓN SI MUJER, H TOMAS URIBE
COOSALUD	HOSPITAL CARLOS CARMONA – PRIMITIVO IGLESIAS-SIGLO Xxi-JOAQUÍN PAZ BORRERO-ESE ORIENTE	CLÍNICA FARALLONES-CLÍNICA VERSALLES – HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – HUV	HUV	PROFAMILIA
SURA	UNIDAD MATERNA EDIFICIO DE COLORES	CLINICA FARALLONES CLINICA DE OCCIDENTE	FUNDACIÓN VALLE DEL LILI	PROFAMILIA CLÍNICA DE OCCIDENTE FVL
SALUD TOTAL	VIRREY SOLIS	CLINICA VERSALLES	CLINICA FARALLONES, IMBANACO , FVL	PROFAMILIA , HUV
SANITAS	IPS VERSALLES FLORA ROOSBELT , FLORA – PRADOS DEL NORTE, CARRERA 43, PIPS SANACIÓN Y VIDA	CLINICA VERSALLES	CLÍNICA REMEDIOS	IVE FARMACOLÓGICO UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA, PROFAMILIA, FVL.
EMSSANAR	PRIMITIVO IGLESIAS-JOAQUIN PAZ	SAN JUAN DE DIOS - HUV	HUV	HUV- RED PUBLICA

	BORRERO-CARLOS HOLMES TRUJILLO-CARLOS CARMONA-MEDICROM			
MALLAMAS	ESE CENTRO, NORTE, LADERA	HUV CLÍNICA REMEDIOS		PROFAMILIA Y HUV
ASMET SALUD	RED CENTRO-RED LADERA-RED NORTE-RED ORIENTE-RED SURORIENTE-	SAN JUAN DE DIOS	HUV- CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS – CLÍNICA COLOMBIA	PROFAMILIA- RED PÚBLICA
COMFENALCO	Idime cambulos SERVIMEDIC QUIRON TEQUENDAMA, SERSALUD. CLINICA NUEVA DE CALI, SI EN CALI, SERINSA	CLINICA NUEVA DE CALI, CLINICA VERSALLES,	CENTRO MEDICO IMBANACO , FVL	PROFAMILIA , CLÍNICA NUEVA DE CALI
SANIDAD MILITAR R.E.	DISPENSARIO MÉDICO DE CALI, EMAVI	IMBANACO,	CLINICA COLOMBIA, FVL, HOSPITAL MILITAR EN BOGOTÁ	IMBANACO, CLINICA COLOMBIA, FVL,
AIC	LADERA , SERVISALUD	CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	FUNDACIÓN VALLE DEL LILI	PROFAMILIA, HUV
COMPENSAR	VIVA 1°A	CLINICA DE OCCIDENTE Y FARALLONES	HUV, CENTRO IMBANACO, FVL	PROFAMILIA, FVL, HUV, TOMAS URIBE
COSMITET	Centro medico el bosque	CLINICA REY DAVID		HUV, H TOMAS URIBE
POLICÍA RE	Dispensario	IPS María Fátima		

2.6 **Fortalecimiento de capacidades del talento humano.**

Dentro del desarrollo de capacidades al talento humano, es imperante que las entidades de salud capacitan a sus profesionales en las diferentes temáticas para el cumplimiento de la implementación de la Ruta Integral de Atención en salud materno perinatal, estos son algunos de los temas en los cuales los profesionales

deben de tener las competencias y capacidades para el logro de su cumplimiento.

Propuesta de temas para desarrollo de capacidades:

- ✓ Efectos en feto y recién nacido de infección materna por COVID.
- ✓ Drepanocitosis – efectos en feto y recién nacido
- ✓ Lactancia materna.
- ✓ Atención y seguimiento neonatal - RIA materno perinatal.
- ✓ Atención de las complicaciones en el neonato
- ✓ Efectos en el feto y recién nacido por madre con sepsis
- ✓ Neonato de alto riesgo.
- ✓ Feto y recién nacido con anemia.
- ✓ Efectos en el recién nacido de madre con trastorno hipertensivos.
- ✓ Recién nacido de bajo peso.
- ✓ Morbilidad Materna Y Neurodesarrollo.
- ✓ Defectos Congénitos.
- ✓ Diabetes Gestacional – Efectos en Rn.
- ✓ Embarazo Prolongado Efectos en Rn.
- ✓ Traslado seguro.
- ✓ Reanimación Neonatal Y Signos De Alarma
- ✓ Emergencias obstétricas:
  - Manejo de preeclampsia y eclampsia
  - Manejo de hemorragias obstétricas
  - Manejo de Sepsis en la gestación
  - Manejo de Embolismo Pulmonar
  - Manejo de Código azul en la gestante

2.7 **Acciones de auditoría en salud.**

- Asistencia técnica que incluye capacitaciones, asesorías, acompañamientos en guías, protocolos y rutas de atención a los actores del sistema EAPB, e IPS para la atención al binomio madre hijo de acuerdo a los lineamientos de la Resolución 3280 de 2018, Modelo de Atención en Salud Sexual y Reproductiva de la ciudad, este último meta del actual plan de desarrollo que cuenta con 6 componentes que abarcan la salud de la mujer y la gestante. Con estas asistencias técnicas se logró impactar a los actores con su red prestadora.

- Se realizan asistencias técnicas en guías, protocolos y rutas de atención a las IPS según lo definido en la resolución 3280 del 2018, a las IPS con atención en salas de parto y la atención al recién nacido.

- Se articuló con el equipo de prestación de servicios la realización de auditorías a la Ruta Materno Perinatal en EPS e IPS. Así como también el

acceso a servicios de las gestantes migrantes irregulares en las ESE para la atención de control perinatal con cargo a recursos de la Secretaría de Salud Distrital.

- Se realizaron asistencias técnicas a ESES / IPS, Salas de Parto y Uci Neonatales dentro del marco de La resolución 3280 del 2018 para adoptar los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal de Santiago de Cali.

- Seguimiento por medio de unidades de análisis a los casos de mortalidad materna MM y morbilidad materna extrema MME de las EAPB, seguimiento a planes de mejoramiento de la mortalidad materna y perinatal, sífilis gestacional y congénita, VIH gestacional y congénita, Hepatitis gestacional y congénita en forma nominal.

3. INTERVENCIONES COLECTIVAS

Teniendo en cuenta que las intervenciones colectivas se definen como “un conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestación 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" y dado que la red de apoyo con la que cuenta la gestante al interior de su comunidad es vital para su cuidado y el de su recién nacido, frente a la operación de la RIA MP, se requiere que dichas intervenciones actúan articuladamente con el fin de fortalecer la red de cuidado familiar y comunitaria para contribuir a la promoción de salud y el alcance de los resultados en salud maternos y perinatales.

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

A continuación realizamos la descripción de cada una de las intervenciones

colectivas que se deben de dar en cada uno de los entornos:

3.1 Información en salud

Información en salud: son acciones de producción organización y difusión de un conjunto de datos o mensajes para orientar, advertir, anunciar o recomendar a las mujeres con intención reproductiva a corto plazo, gestantes, mujeres en puerperio, familias, comunidades, organizaciones y redes, así como los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros sectores sobre aspectos relacionados con el fomento de la salud, la detección de riesgos y la acción ante su aparición, lo cual contribuye al logro de los resultados en salud esperados para la población.

3.2 Educación en salud

Educación en salud: la educación y la comunidad para la salud se conciben como un proceso de construcción de conocimientos y aprendizajes mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las mujeres con intención reproductiva a corto plazo, con gestantes y mujeres en puerperio, de las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos. Su intencionalidad en el marco de esta ruta, es la de aportar el desarrollo de la autonomía individual y colectiva, la determinación de estilos de vida y en la garantía derecho de la salud y al desarrollo de capacidades para el cuidado de la salud en la mujer, la madre y el recién nacido.

3.3 Conformación y fortalecimiento de redes comunitarias y sociales.

Conformación y fortalecimiento de redes familiares comunitarias y sociales: proceso que se realiza con y para las mujeres con intención reproductiva a corto plazo, gestantes, mujeres en puerperio, familias, comunidades, organizaciones y redes sean (públicas o privadas), a fin de desarrollar relaciones interacciones y capacidades que permiten coordinar, compartir o intercambiar conocimientos experiencias y recursos cómo sumar esfuerzos o crear sinergias y establecer lazos de cooperación con el propósito de alcanzar un objetivo común en respuesta a una situación determinada de esta población. Su alcance es el fortalecimiento de redes comunitarias y sociales, que pueden colaborar e interactuar con redes de servicios de salud frente a la reducción de los riesgos en el embarazo y del recién nacido: son las alianzas entre familias organizaciones comunitarias y otros actores del sistema de salud quiénes constituyen la base de las redes sociales.

ACTIVIDADES REALIZADAS POR MEDIO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC – PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – RED DE SALUD CENTRO			
COMPONENTE PIC	**ACTIVIDADES**	**PRODUCTOS**	**LOGROS**
Información en salud	Orientar, anunciar y recomendar por medio de actividades de movilización social la promoción de los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en maternidad segura	Una (1) Campaña de promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género implementada enmarcada en el plan de cuidado individual y familiar y plan de choque para reducción de la morbimortalidad materna	- Una (1) Campaña de promoción de los derechos sexuales y reproductivos. - Acciones de orientación educación, vigilancia y movilización adelantado a gestantes en respuesta al plan de cuidado individual y familiar y plan de choque para reducción de morbimortalidad materna y perinatal.
Conformación y fortalecimiento de redes comunitarias y sociales	Conformación de red de apoyo y cuidado comunitario a las gestantes que incluya desarrollo de capacidades, identificación de líderes y acompañamiento	Una (1) red de apoyo para las gestantes, conformada por 20 líderes comunitarias certificadas como líderes de la maternidad segura	Proceso formativo con 20 líderes comunitarias de las comunas 3 y 9 en maternidad segura de mínimo 22 horas en maternidad segura con metodología “diálogo de saberes”: dentro de los temas a trabajar: a. Estrategia de Vigilancia comunitaria de la maternidad segura. b. Reconocimiento de la maternidad parto y postparto y alto riesgo reproductivo. c. Asistencia y adherencia a las atenciones para la gestante en los servicios de salud según su aseguramiento. d. Situaciones de alerta para la salud de las gestantes y sus recién nacidos. e. Promoción de la lactancia materna. f. Alimentación durante la gestación. g. Acondicionamiento de la vivienda para la gestante y el recién nacido. h. Participación del hombre u otros integrantes de la red de cuidado respecto de las necesidades de cuidado de la mujer. i. Información sobre derechos sexuales y reproductivos. consulta preconcepcional j. Mitos y realidades sobre métodos anticonceptivos k. Orientación a servicios de salud sexual y reproductiva a hombres y mujeres. - Certificación de los 20 líderes formadas - Entrega de 20 Kit pedagógico con material de apoyo para el desarrollo de

			talleres entre pares: - El Kit: debe contener una cartilla con las 11 temáticas abordadas en el proceso formativo en forma física y digital. 1 camiseta temática alusiva. - Entrega de seis (6) kit de apoyo pedagógico y suvenir para mujeres gestantes detectadas que ingresen antes de la semana 12 de gestación y se mantengan en control prenatal y/o con alta vulnerabilidad o probabilidad de NO adherencia por condición de calle u otro, - Contenidos Kit: (1) una manta para bebe, (1) un protector de pezón, (1) una cartilla de alimentación saludable para gestantes, (1) un bono de transporte con 10 pasajes.
Educación en Salud	Talleres para manejo de emergencias obstétricas a nivel comunitario	Un proceso formativo mediante la realización de 10 talleres teóricos prácticos para certificar 30 líderes en el manejo de emergencias obstétricas a nivel comunitario de las comunas 3 y 9.	a) Reconocimiento de la maternidad parto y postparto y alto riesgo reproductivo. b) Urgencias y emergencias hipertensivas en el embarazo: identificación y signos de alarma, acciones iniciales. c) Hemorragia obstétrica: Signos de alarma, identificación, acciones iniciales. d) Sepsis: Signos de alarma, identificación y acciones iniciales. - Tour por las instalaciones del Hospital Primitivo Iglesias. - Simulacro de llamado y transporte de gestantes. - Ceremonia de certificación de los talleres. - 30 Kit con material de apoyo para manejo comunitario de emergencias obstétricas (maletín, termómetro y cartilla en físico y digital para identificación y manejo de emergencias obstétricas, directorio de líderes y referentes para apoyo en caso de emergencias obstétricas).

			- 2 mesas de concertación con líderes y actores interinstitucionales o intersectoriales de la comuna 3 para organización de ruta comunitaria para manejo de emergencias obstétricas. - 2 mesas de concertación con líderes y actores interinstitucionales o intersectoriales de la comuna 9 para organización de ruta comunitaria para manejo de emergencias obstétricas. - Diseño audiovisual de la ruta conformada a nivel comunitario en la comuna 3 y comuna 9 con infografías en digital y en físico de la ruta, convenciones y directorio de líderes formados.

PIC – PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – RED DE SALUD NORTE			
COMPONENTE PIC	**ACTIVIDADES**	**PRODUCTOS**	**LOGROS**
Educación en Salud	Talleres para manejo de emergencias obstétricas a nivel comunitario	Un proceso formativo mediante la realización de 10 talleres teóricos prácticos para certificar 30 líderes en el manejo de emergencias obstétricas a nivel comunitario de las comuna 6 y 7.	ˇ Reconocimiento de la maternidad parto y postparto y alto riesgo reproductivo. ˇ Urgencias y emergencias hipertensivas en el embarazo: identificación y signos de alarma, acciones iniciales. ˇ Hemorragia obstétrica: Signos de alarma, identificación, acciones iniciales. ˇ Sepsis: Signos de alarma, identificación y acciones iniciales. - Tour por las instalaciones del Hospital Primitivo Iglesias. - Simulacro de llamado y transporte de gestantes. - Ceremonia de certificación de los talleres.

			- 30 Kit con material de apoyo para manejo comunitario de emergencias obstétricas (maletín, termómetro y cartilla en físico y digital para identificación y manejo de emergencias obstétricas, directorio de líderes y referentes para apoyo en caso de emergencias obstétricas). - 2 mesas de concertación con líderes y actores interinstitucionales o intersectoriales de la comuna 3 para organización de ruta comunitaria para manejo de emergencias obstétricas. - 2 mesas de concertación con líderes y actores interinstitucionales o intersectoriales de la comuna 9 para organización de ruta comunitaria para manejo de emergencias obstétricas. Diseño audiovisual de la ruta conformada a nivel comunitario en la comuna 3 y comuna 9 con infografías en digital y en físico de la ruta, convenciones y directorio de líderes formados.
Conformación y fortalecimiento de redes comunitarias y sociales	Fortalecimiento de redes interinstitucionales y sociales para prevenir disminuir complicaciones obstétricas.	Una red interinstitucional, social y comunitaria para prevenir y disminuir complicaciones obstétricas conformada	Red interinstitucional, social y comunitaria para prevenir y disminuir complicaciones obstétricas, que incluye: - Capacitación en Estrategia de Vigilancia comunitaria de la maternidad segura a los 30 líderes formados en identificación y manejo comunitario de emergencias obstétricas. - 3 mesas de concertación con líderes y actores interinstitucionales o intersectoriales de la comuna 7 para organización de ruta comunitaria para manejo de emergencias obstétricas. - 3 mesas de concertación

			con líderes y actores institucionales e intersectoriales para organización de ruta comunitaria para manejo de emergencias obstétricas a nivel comunitario en la comuna 6. - Diseño audiovisual de las 2 rutas conformada a nivel comunitario en las comunas 7 y 6 con infografías en digital y en físico de la ruta, convenciones, y directorio de líderes que conforman la red Entrega de 200 copias físicas. - Acompañamiento para la réplica que realizan los 30 líderes formados a otros 30 líderes comunitarias de las comunas 7 y 6 (10 líderes por comuna) Las temáticas abordadas serán: A) Estrategia de Vigilancia comunitaria de la maternidad segura. B) Reconocimiento de la maternidad parto y postparto y alto riesgo reproductivo. C) Urgencias y emergencias hipertensivas en el embarazo: identificación y signos de alarma, acciones iniciales. D) Hemorragia obstétrica: Signos de alarma, identificación, acciones iniciales. E) Sepsis: signos de alarma, identificación y acciones iniciales. - Tour por las instalaciones del Hospital Joaquín Paz. - Simulacro de llamado y transporte de gestantes en emergencia. - Ceremonia de Certificación a los 30 nuevos líderes formados - Búsqueda activa comunitaria y monitoreo de rumores con líderes formadas de: gestantes con factores de riesgo y complicaciones durante el embarazo (MME) de las comunas priorizadas. - Visita mensual de Seguimiento, acompañamiento y activación de ruta de atención integral de

			gestantes en caso de signos y síntomas de alarma en el embarazo realizado por líderes comunitarias a 28 gestantes con MME y/ o sífilis gestacional o congénita reportadas por la Secretaría de Salud. - Seguimiento de la ESE a las mujeres detectadas y remitidas por líderes comunitarias hasta su atención efectiva. - Entrega de 150 kit de apoyo pedagógico para gestantes con alta vulnerabilidad identificadas (una manta para bebe, un protector de pezón, una cartilla de alimentación saludable para gestantes, pañales para él bebe). Desarrollo de tres encuentros: a) Con personal de salud, administrativo que atiende a gestantes en la ESE y líderes comunitarios sobre ruta creada para manejo de emergencias obstétricas por parte de la comunidad b) Con actores intersectoriales ESE y EAPB para socializar ruta y resultados. c) Comité de indicadores de garantía de la calidad de la atención a la mujer en edad fértil

PIC – PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – RED DE SALUD ORIENTE			
COMPONENTE PIC	**ACTIVIDADES**	**PRODUCTOS**	**LOGROS**
Conformación y fortalecimiento de redes comunitarias y sociales	Conformación de red de apoyo y cuidado comunitario a las gestantes que incluya desarrollo de capacidades, identificación de líderes y acompañamiento para trabajo de pares y fortalecimiento de acciones de apoyo social	Una (1) red de apoyo para la gestante: conformada por 15 líderes comunitarias del COVECOM de la comuna 21) certificadas como líderes para la maternidad segura.	Una (1) red de apoyo para la gestante: conformada por 15 líderes (líderes comunitarias del COVECOM de la comuna 21) certificadas como líderes para la maternidad segura, que incluyó: - Proceso formativo con 15 líderes comunitarias (Integrantes de COVECOM) en maternidad segura de mínimo 22 horas con metodología “diálogo de saberes - 15 kit pedagógicos para líderes del Covecom. (una cartilla y camiseta para cada líder). - 140 (Líderes comunitarias mujeres en edad fértil de alto riesgo, gestantes y

			abuelas) formadas en maternidad segura por líderes de Covecom de la comuna 21 - Una red de Vigilancia en Salud Pública con enfoque Comunitario de la maternidad segura en la comuna 21. - 95 kits de apoyo pedagógico para gestantes (una manta para bebe, un protector de pezón, una cartilla de alimentación saludable para gestantes y un bono de transporte con 10 pasajes). - Dos sesiones de saberes en maternidad segura

3.4 Intervenciones para la promoción de la salud materna en el entorno laboral formal.

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

- Promoción de estilos de trabajo y de vida saludable; pautas de cuidado en el lugar de trabajo (higiene postural, ergonomía): buen trato; prevención de violencia y discriminación contra la mujer en el entorno laboral.
- Información sobre derechos laborales: licencia de maternidad, licencia de paternidad y hora de la lactancia materna.
- Ubicación en el sitio de trabajo que evidencie la exposición a sustancias químicas potencialmente peligrosas para ella o su feto.
- Participación de los compañeros de trabajo en cuanto a la identificación de signos de peligro, comunicación, apoyo.
- Disposición de las salas amigas de la familia lactante conforme a lo dispuesto en el lineamiento técnico correspondiente y la ley 1823 de 2017. Por medio de la cual se adopta la estrategia salas amigas de la familia lactante entorno laboral de Entidades Públicas Territoriales y Empresas Privadas y se dictan otras disposiciones.

Cuadro de actividades a desarrollar : ELIZABETH

3.5 Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna

Descripción: El plan permitirá superar los determinantes de estas inequidades territoriales y ajustar la tendencia para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible - ODS de 32 muertes por 100.000 nacidos vivos para el 2030.

Objetivo: Reducir la mortalidad materna a través de la implementación de acciones estratégicas y operativas sectoriales e intersectoriales, en las entidades territoriales priorizadas que cumplen con los criterios de focalización.

Actualmente el Distrito de Santiago de Cali ha sido priorizado por el Ministerio de Salud para el desarrollo de un plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna con 6 líneas estratégicas, las cuales son responsabilidad de las EAPB, las IPS y este ente territorial y que a continuación se describen:

LÍNEA ESTRATÉGICA	ACCIÓN CONCRETA – SANTIAGO DE CALI
Línea 1: Garantizar la autonomía sexual y reproductiva de las personas en capacidad de gestar	Aumentar, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, la disponibilidad y suministro de métodos modernos de anticoncepción (de larga y corta duración, incluida la anticoncepción de emergencia) de forma que se garantice la anticoncepción post evento obstétrico antes del alta hospitalaria, así como en los servicios de consulta externa que ofertan las atenciones para la anticoncepción. Adelantar acciones para cubrir la anticoncepción post-evento obstétrico de gestantes migrante no regularizadas. En el caso de mujeres con mayor riesgo, la EAPB deberá hacer inducción a la demanda y seguimiento para garantizar la asesoría y entrega de método anticonceptivo. Garantizar la aplicación del protocolo de atención a víctimas de violencia particularmente en niñas y adolescentes
Línea 2: Fortalecer las redes sociales y comunitarias alrededor de la salud SR y la salud M-P con perspectiva intercultural y de género.	Instalación y desarrollo de mesas territoriales de diálogo de saberes. Diseño de estrategias de comunicación sobre el cuidado materno, signos de alarma y acceso efectivo a los servicios de la RÍA de atención materno -perinatal.
Línea 3: Mejorar el acceso a las intervenciones Ruta Integral de atención en Salud Materno Perinatal	Conformación de equipos extramurales multidisciplinarios entrenados (incluidos los insumos o equipos necesarios) para el despliegue de las intervenciones individuales y colectivas de las Ruta Integral de Promoción y mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención materno -perinatal en las áreas rurales dispersas Verificación de kits de emergencias obstétricas Garantizar la incorporación en los acuerdos de voluntades y notas técnicas de los contratos entre EAPB e IPS, que está claramente definida las intervenciones de la Ruta Integral de Atención en Salud para población materno-perinatal, según lo establecido. Verificar la red de atención con las EAPB Verificar disponibilidad y gestión para disponer de hogares de paso o albergues por parte de las EAPB.

Línea 4: Desarrollar y fortalecer las capacidades técnicas para la gestión y atención de las emergencias obstétricas	Definir las IPS destino (una o varias) de toda mujer que se identifique con preeclampsia severa, sepsis severa o con hemorragia posparto, complicaciones del recién nacido. Independiente de la IPS de aseguramiento. y las complicaciones del RN. La EPS deberá garantizar un tiempo de referencia máximo, Se realizarán 4 talleres de entrenamiento basado en escenarios de simulación en “Prácticas Clave que salvan vidas” y “Atención inicial del recién nacido” e implementación de la estrategia: “Hospital padrino” a fin de integrar: Asistencia técnica, Telemedicina, Regulación de urgencias y atención asistencial. Verificar la disponibilidad de insumos y tecnologías en las IPS, así como implementación de procedimientos para atención materno perinatal, según lo establecido en RIA MP.
Línea 5: Fortalecer la gobernanza Seguimiento a la implementación del Plan de aceleración	Socialización de resultados del proceso de implementación de RPMS y RÍA MP desde MSPS y Secretaria de Salud y proceso de auditoría desde la Supersalud y Secretaria de Salud. Seguimiento a la implementación del Plan de choque para reducir la mortalidad materna y perinatal y el marco de acciones de gestión propuestas para la implementación de la atención integral.
Línea 6: Estrategia de información y comunicación	Elaboración de piezas comunicativas Difusión de piezas comunicativas Difusión a través de redes sociales.

Dentro del cumplimiento al plan de choque de la reducción de la Mortalidad materna, la Secretaría de Salud realiza mesas de trabajo con las diferentes EPS / IPS para el cumplimiento de la circular 047 de 2022 del Ministerio de Salud y la Protección Social, en las cuales se han trabajado las siguientes garantías:

- Garantizar la disponibilidad y suficiencia de métodos anticonceptivos de larga duración (DIU – Implantes Subdérmicos) en la red de prestación de servicios de salud, según la estimación proyectada por el Ministerio como lo refiere la circular.
- Garantizar la asesoría y provisión de método anticonceptivo post evento obstétrico en la IPS que atiende el parto, sin mediar autorización.
- Garantizar el cumplimiento de lineamientos y protocolos de Vigilancia en Salud Pública de los eventos relacionados con la salud materna tales como, mortalidad materna, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y neonatal tardía, defectos congénitos.
- Garantizar que las IPS con quien se contrate cuente con servicio de cirugía ginecológica, con programación de franja diaria en el servicio para la

esterilización posparto vaginal, (según Volumen de Parto vaginal).

- Garantizar la atención de gestantes sin que medie autorización previa como requisito para la prestación de los servicios contenidos en la Ruta Integral de Atención en Salud Materna Perinatal, tal como se dispone en el artículo 2.5.3.4.7.4 del Decreto 780 de 2016.
- Garantizar la contratación de equipos extramurales, a fin de que se garantice la complementariedad de intervenciones individuales y colectivas con las modalidades de prestación de los servicios con el fin de realizar captación de gestantes con ingreso temprano al control prenatal y el seguimiento a las gestantes de MME.
- Garantizar la implementación de las redes colaborativas institucionales para procesos de asistencia técnica y clínica, regulación de urgencias y la activación de acciones de telesalud, incluida la modalidad de prestación de telemedicina, estrategia IPS Padrino, según lo establecido en la Ley 1419 de 2010 y la Resolución 2654 del 2019.

Dentro del lineamiento y competencias de la Secretaría Distritales de Salud de esta circular, se han solicitado a las EPS y para el cumplimiento de las obligaciones impartidas según circular 047 del 2022 los siguientes contratos y acuerdos de voluntades con cada una de sus IPS que prestan la atención en salas de partos de su red contratada, en el cual se pueda verificar:

- Inclusión del Método Anticonceptivo de larga duración
- Inclusión de ligadura y/o Pomeroy sin autorización en los casos de parto vaginal
- Inclusión de la disposición de medicamentos por 5 días de antihipertensivos, anticoagulantes y anticonvulsivantes al egreso de la hospitalización de la gestante de MME.
- Todas las intervenciones de la ruta Materno Perinatal sin que medie autorización.
- Garantía de visita extramural para seguimientos de las gestantes de MME cuando se requiera.
- Contratación de tele asistencia en el marco de la estrategia del Hospital Padrino.
- Activación de acciones de telesalud.
- Acuerdos o mecanismos de cobro para IPS seleccionadas para la atención de emergencias obstétricas.
- Estrategias de comunicación con redes sociales para gestión de casos

RESULTADOS

Dentro del Marco del Plan de Aceleración para la reducción de la mortalidad materna se ha logrado los siguientes resultados:

- Reducción de los casos de usuarias gestantes con mortalidad materna.

- Revisión de los casos de mortalidad materna con el cumplimiento de los planes de mejora por parte de las entidades de salud.

- Aumento al seguimiento de los casos de morbilidad materna extrema por parte de las EAPB y el ente de control.

- Aumento de las usuarias pos parto con método anticonceptivo de larga duración (implante subdermico y DIU)

- Aumento de profesionales de la salud capacitados y entrenados en el manejo de emergencias obstétricas.

- Creación de grupos de apoyo Whats upp para la implementación de la estrategia hospital padrino con Fundación valle del Lili, salas de partos de las entidades públicas y privadas.

- Implementación de la estrategia hospital padrino con el acompañamiento de la Fundación Valle del Lili, Hospital Universitario del Valle y las Empresas Sociales del Estado (Centro, Norte, Ladera Oriente y Suroriente)

- Asistencias técnicas e implementación del instrumento ISABEL a las IPS con atenciones en salas de parto y creación de planes de mejora con su respectivo seguimiento.

- Inspección de tablero de capacidades a las IPS con salas de parto en cuanto a protocolos, kit de emergencia obstétricas y existencia de hemo derivados para atención de las emergencias.

- Mesas de trabajo con cada una de las EAPB para la revisión de casos de usuarias gestantes con barreras, revisión de contratación con su red prestadora y la implementación de estrategias para la seguridad de la materna y el recién nacido según los lineamientos del Ministerio de Salud y la Protección Social.

- Revisión de indicadores con cada una de las EAPB en los componentes de salud sexual y reproductiva y el componente materno perinatal, para hacer acuerdos de ajustes y verificar estrategias de captación a los servicios de salud.

- Revisión de la red prestadora de las EAPB en la atención de la gestante y su

recién nacido en control prenatal, atención del parto, citas de control post parto y del recién nacido y atención en la interrupción voluntaria del embarazo IVE.

- Acuerdos de ciudad con las EAPB e IPS públicas y privadas para la atención de la Ruta materno Perinatal en la ciudad de Santiago de Cali, como son la visita domiciliaria a usuarias clasificadas con MME, estrategia de egreso seguro a la materna y su recién nacido, anticoncepción posparto con método de larga duración, implementación de la estrategia hospital padrino para casos de urgencias maternas, entre otros.

4. INTERVENCIONES INDIVIDUALES

4.1. Atención para el cuidado preconcepcional

4.1.1 Objetivos:

Reconocer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que llevan a la identificación de los riesgos y alternativas de la concepción y a adoptar las medidas necesarias para atenuar o eliminar los mencionados riesgos.

Promover la salud de la mujer a fin de alcanzar la gestación en las mejores condiciones posibles, a partir de la identificación y evaluación de los riesgos biológicos y psicosociales, el diagnóstico y tratamiento oportuno de alteraciones que afecten la gestación, e información para que la mujer tome decisiones en relación con la planeación de la gestación.

4.1.2 Talento humano:

Las acciones o actividades que incluye la consulta preconcepcional debe ser realizada por profesionales en Medicina o enfermería.

4.1.3 **Duración mínima recomendada:** La duración de la consulta preconcepcional inicial será mínimo de 30 minutos y el control

preconcepcional de seguimiento: mínimo 20 minutos.

4.1.4 Atenciones incluidas:

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

4.1.5 **Frecuencia:** Se debe garantizar como mínimo una consulta inicial y un control.

4.1.6 Descripción:

- Anamnesis: en el marco de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, indagar sobre: hábitos, factores genéticos, familiares y reproductivos, condiciones psicológicas y sociales, entre otros, con el objetivo de entregar pautas para el cuidado de la salud, identificación precoz de signos de alarma y la utilización de los servicios de salud en sus diferentes niveles, teniendo en cuenta las intervenciones adecuadas para reducir los riesgos reproductivos por antecedentes de salud.
- Antecedentes personales: presencia de diabetes mellitus, enfermedad tiroidea, epilepsia, trastornos convulsivos, hipertensión arterial, hipertensión pulmonar, fenilcetonuria, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, enfermedad renal crónica, enfermedad cardiovascular, trombofilias heredadas o adquiridas, anemias, asma tuberculosis, neoplasias, obesidad mórbida. En la valoración de salud sexual reproductiva se debe de indagar el inicio de relaciones sexuales, antecedentes de ITS, antecedentes patología cervical, VPH, cumplimiento de esquema de tamizaje de cáncer de cuello uterino, numero de compañeros sexuales, uso de preservativo y de anticonceptivos, entre otros.
- Antecedentes genéticos o familiares: debe hacer énfasis en los siguientes criterios: madre mayor de 35 años, historia familiar con alteraciones genéticas conocidas, como hemofilia, mujeres con antecedentes genéticos enviadas a un especialista para su valoración, dependiendo su condición.
- Antecedentes ginecobstétricos: anticoncepción, parto pretérmino previo, cesárea previa, abortos previos, muerte fetal previa, gran multiparidad, periodo intergenésico de menos de 18 meses, incompatibilidad Rh, preclamsia en la gestación anterior, antecedente de recién nacido con peso menor de 2.500 gr, macrosomico, antecedente de hemorragia postparto, antecedente de embarazo molar, antecedente de depresión postparto.

4.1.7 Examen físico:

Examen físico completo, por sistemas. Debe hacerse céfalo caudal, incluida la cavidad bucal y medidas antropométricas incluyendo el estado nutricional, para la medición de estas variables se debe de tener en cuenta la resolución 2465 del 2016 o la norma que lo sustituya). Se debe realizar valoración ginecológica completa incluyendo especuloscopia.

4.1.8 Exámenes paraclínicos:

Se debe de solicitar y hacer la lectura de los siguientes exámenes de laboratorio (en la consulta de ingreso al control prenatal):

- ✔ Antígeno superficie hepatitis B
- ✔ Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino, de acuerdo con la edad y el ámbito territorial.
- ✔ Glicemia en ayunas
- ✔ Hemoclasificación
- ✔ Hemograma
- ✔ Hemoparásitos
- ✔ IgG G toxoplasma
- ✔ IgG G rubéola
- ✔ IgG G varicela
- ✔ Prueba treponémica rápida para sífilis
- ✔ Urocultivo con CMI
- ✔ VIH prueba rápida, con asesoría a pre y pos test.
- ✔ Electroforesis de hemoglobina

4.1.9 Suplementación con micronutrientes

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

Conforme a los hallazgos durante la valoración, el profesional en salud debe realizar una síntesis ordenada de los factores protectores de riesgos y el estado general de la salud de

la mujer punto según criterios médicos se procederá a dar cita para atención por odontología, nutrición, psicología, trabajo social, e interconsulta por medicina especializada.

4.1.10 Plan integral de cuidado primario

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

Parto pretérmino previo: obtener la historia reproductiva y aquellas mujeres con historia de prematurez o restricción del crecimiento e intrauterino deben ser evaluadas para la identificación y tratamiento de causas que se puedan modificar antes de una nueva gestación. Informar a las mujeres con partos pretérmino previos sobre los beneficios de la progesterona en el siguiente embarazo.

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

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

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

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

Periodo intergenésico menor de 18 meses: asesorar a la mujer sobre el periodo intergenésico óptimo al menos de 18 meses como clave para prevenir complicaciones maternas y fetales.

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

Preeclampsia en el embarazo anterior: en caso de antecedente de trastorno hipertensivo relacionado con la gestación asesorar a la mujer y a la pareja sobre la probabilidad de recurrencia de la enfermedad, así como los riesgos materno perinatales, y punto además, evaluar hipertensión residual y nefropatía.

Antecedentes del recién nacido con peso menor de 2500 g: asesorar a la mujer o a la

pareja sobre la probabilidad de recurrencia de la enfermedad, así como los riesgos perinatales y neonatales. Dar tratamiento a todas las infecciones locales o sistémicas que la mujer o la pareja presentan.

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

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

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

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

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

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

En caso de presentar resultado positivo en este tamizaje se debe derivar a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o presencias de problemas, trastornos mentales y epilepsia.

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

Información en salud

Durante la consulta se debe abordar los siguientes temas: planeación de la familia, espaciamiento de los hijos, prevención de la gestación no deseada, recomendaciones nutricionales, estado de vacunación contra enfermedades infecciosas, importancia del control prenatal temprano y la detección temprana de los factores de riesgo cardiometabólicos, entre otros aspectos.

Se debe proveer información a la mujer en materia de derechos reproductivos para garantizar su derecho a decidir libremente el momento y la frecuencia de los embarazos, evitando coacción o violencia sobre sus decisiones; así mismo, dicha

información debe suministrarse para garantizar el acceso a servicios de salud reproductiva (acceso métodos anticonceptivos, información sobre riesgos asociados a la gestación, el parto y el puerperio y prevención y tratamiento de afecciones al sistema reproductivo entre otros). Igualmente, se le debe informar en todo momento sobre su derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y especificar las causales que ha establecido la sentencia C355- 2006. La información se debe suministrar de acuerdo con las características y particularidades de cada mujer.

Adicionalmente, se debe informar a la mujer y a su pareja sobre los riesgos de aneuploidía y cromosomopatías asociadas con la edad y sobre las intervenciones para realizar tamizaje o diagnóstico en caso de gestación e informar a la mujer con patologías crónicas o enfermedades graves y a su pareja, sobre la conveniencia o no del embarazo, o su postergación.

Consultas de control y seguimiento: se establece como mínimo un control. La finalidad de esta consulta es realizar un diagnóstico mediante la lectura e interpretación de los exámenes solicitados en la primera consulta.

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

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

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

Epilepsia: tratar con monodrogas, con la mínima dosis terapéutica posible. Evaluar la posibilidad de suspender el tratamiento seis meses antes de intentar el

embarazo, si las condiciones médicas son favorables (dos años sin convulsiones). En caso de requerir tratamiento, cambiar a carbamazepina, lamotrigina o levetiracetam. Administrar ácido fólico (4 mg/ día). Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva.

Hipertensión: informar sobre los riesgos para el embarazo y la importancia de cambiar al antihipertensivo adecuado. Realizar una evaluación general de las mujeres con larga data de hipertensión (hipertrofia ventricular, retinopatía, nefropatía). Sustituir antihipertensivos inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina II, los antagonistas de los receptores de angiotensina II y diuréticos durante la planificación de un embarazo, modificarlos por medicamentos como alfametildopa o nifedipino, entre otros. Previo a la gestación, debe contar con radiografía y ecocardiograma, valoración por oftalmología, nefrología y pruebas de función renal específicas.

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

Lupus Eritematoso Sistémico: conocer el estadio de la enfermedad al momento de la consulta para saber si recomendar o no la gestación, así como explicar que el embarazo puede empeorar el estadio de la enfermedad y en pacientes que cursan por un estadio avanzado puede acelerar el proceso patológico. Planear el embarazo para momentos de remisión de la enfermedad, sobre todo si existe presencia de nefritis. Suspender durante el embarazo la ciclofosfamida que se utiliza frecuentemente en el lupus eritematoso por ser teratogénica; administrar azatioprina, ciclosporina A y cloroquina desde la preconcepción. Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva.

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

Enfermedad cardiovascular: informar sobre los riesgos asociados con la patología cardiovascular y el embarazo. Evitar la Warfarina durante el primer

trimestre. Realizar corrección quirúrgica (las que sean posibles) de patologías cardiovasculares antes del embarazo. Considerar remitir al especialista para manejo y dar asesoría y provisión anticonceptiva.

Trombofilia: evaluar el método de anticoncepción a iniciar dentro de la consulta, teniendo en cuenta que están contraindicados los métodos hormonales. Considerar el tamizaje de las mujeres de edad reproductiva con una historia personal o familiar de eventos trombóticos. Evaluar el riesgo trombótico en las mujeres con trombofilias congénitas con el fin de determinar el tratamiento oportuno. Sustituir la Warfarina por heparinas de bajo peso molecular antes del embarazo para evitar su efecto teratogénico, en caso de que se considere que es una paciente de riesgo y recibe Warfarina. Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva.

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

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

Tuberculosis: garantizar el tratamiento completo de la enfermedad. Administrar fármacos como isoniacida, etambutol, rifampicina y pirazinamida antes y durante el embarazo. Evitar la estreptomicina. Recomendar la planificación familiar durante el tiempo que dure el tratamiento anti TBC.

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

Obesidad mórbida: realizar evaluación nutricional y paraclínicos adicionales que permitan determinar el estado metabólico y endocrino, se debe informar el IMC ideal para iniciar un embarazo es de < 25.

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

- Realizar asesoría sobre el potencial impacto que pueden generar las infecciones de transmisión sexual especialmente VIH, Chlamydia tracomatis e infección gonocócica en la reproducción.

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

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

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

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

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

Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de

medicina general, medicina familiar o enfermería, se debe contar con lo siguiente: Lista de chequeo que orienta el tamizaje de riesgo durante la atención preconcepcional (anexo 1)

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.

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

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

Aunque algunos procedimientos a realizarse después de las 15 semanas de embarazo se pueden llevar a cabo de forma ambulatoria (dilatación y evacuación o aborto por inducción con medicamentos), la IPS que atiende la IVE debe garantizar los mecanismos de referencia y contrarreferencia para dar continuidad en la atención en un nivel superior, en caso de ser necesario. En cualquier caso, este prestador debe estar en capacidad de manejar las posibles complicaciones relacionadas con los procedimientos que se practiquen.

Objetivos

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

- 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.

Talento humano

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

Duración mínima recomendada

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

Atenciones incluidas

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

Descripción

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

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

La consulta inicial se refiere al primer contacto que tiene la mujer con los servicios de salud cuando voluntariamente solicita la IVE o cuando accede a los controles prenatales y se identifica que la mujer cumple con alguna de las causales previstas por la Sentencia C – 355 de 2006, y decide acceder al procedimiento.

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

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

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

Anamnesis

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

Los antecedentes médicos familiares y personales de la mujer deben interrogarse y documentarse de manera completa, con especial énfasis en todas aquellas condiciones previas que puedan orientar a la necesidad de un nivel de atención de

mayor complejidad. También se debe incluir la valoración de sus condiciones psicosociales y de la posible afectación que el embarazo esté causando en ellas en el momento de la consulta. Deben explorarse, en especial, la tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos; así como la existencia de redes de apoyo (soporte familiar y/o de pareja o de condiciones socioeconómicas o de subsistencia).

Examen físico

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

Toma de paraclínicos

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

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

procedimiento de IVE.

La exploración ecográfica no es necesaria para la interrupción del embarazo durante el primer trimestre, salvo que, ante la presencia de otros signos o síntomas, se sospeche la presencia de un embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica o cualquier otra alteración de la gestación. En lugares donde se cuenta con este recurso, la ecografía puede ser de utilidad para la detección de embarazos ectópicos mayores de 6 semanas. En etapas tardías del embarazo, algunos profesionales encuentran esta tecnología de ayuda antes o durante el procedimiento de IVE. En las instituciones en las que se disponga de servicios de ecografía, se recomienda habilitar áreas distintas para la evaluación de las mujeres que solicitan la IVE y para las mujeres que reciben cuidados prenatales. Se recomienda también realizar los estudios ecográficos sin exponer a la mujer a la imagen de la gestación a menos que ella así lo desee.

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

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

Certificación de las causales

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

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

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

Así, la única exigencia para quien expide dicho certificado es que actúe conforme

a los estándares éticos de su profesión. Por lo tanto, no es exigible que ostente una especialidad específica o que pertenezca a una institución determinada.

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

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

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

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

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

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

Orientación y asesoría

A toda mujer que decide interrumpir voluntariamente su embarazo, se le debe ofrecer orientación y asesoría. Aunque la orientación y asesoría no son obligatorias, ni se deben constituir en un prerrequisito que obstaculice el acceso a los servicios de IVE o dilate la atención, la orientación y asesoría oportunas y de calidad, son aspectos primordiales en el proceso de toma de decisión de la mujer, con el fin de mejorar los resultados del proceso, garantizar el derecho a la procreación en condiciones seguras, y fortalecer aspectos preventivos en salud sexual y reproductiva. Idealmente estos servicios deben ser prestados por profesionales de psicología o de trabajo social; sin embargo, en caso de no contar con estos perfiles puede estar a cargo de profesionales de la salud con capacitación suficiente en derechos sexuales y reproductivos, de acuerdo con la guía de capacitación para atención en salud de la interrupción voluntaria del embarazo.

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

Por lo tanto, en ningún momento la orientación y asesoría intenta imponer valores o creencias, como tampoco cambiar las decisiones de la mujer. No pretende aconsejar, juzgar o adoctrinar. La orientación y asesoría debe llevarse a cabo de manera estructurada, imparcial y lógica, garantizando un espacio de respeto que permita a la mujer una expresión abierta de su vivencia, sin que se cuestione su decisión, se le revictimice o se le imponga la realización de trámites innecesarios (como la consulta a otros profesionales, la toma de tiempos de reflexión etc.).

Así, a través del acompañamiento y la información (oportuna, completa, de fácil acceso y fidedigna), en un ambiente de respeto y promoción de la autonomía, la libertad y la voluntad de la mujer, la orientación y asesoría se convierten en una oportunidad para la afirmación del ejercicio de la sexualidad y la reproducción en un marco de derechos y responsabilidades.

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

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

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

Identificar coerción

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

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

Información y elección del procedimiento

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

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

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

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

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.

Métodos farmacológicos

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

Regímenes recomendados de Mifepristona + Misoprostol:

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

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

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

Vías de administración:

VV: vía vaginal

VSL: vía sublingual (debajo de la lengua)

VO: vía oral

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

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

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

Cuando se utilizan métodos farmacológicos de aborto después de las 20 semanas de gestación, debe realizarse la inducción a la asistolia fetal antes del procedimiento. Estos métodos como la combinación de regímenes de mifepristona y misoprostol o misoprostol solo no producen directamente la asistolia fetal; la incidencia de sobrevida transitoria del feto después de la expulsión está relacionada con el aumento de la edad gestacional y la disminución del intervalo del aborto.

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

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

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

- Inyección intraamniótica o intrafetal de digoxina

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

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

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

Métodos no farmacológicos

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

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

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

Consentimiento informado

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

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

Para el caso de mujeres o niñas con discapacidad, debe prevalecer también su manifestación libre e informada sobre la realización del procedimiento de IVE. Para esto, deben emplearse los apoyos, ajustes razonables y salvaguardias que sean necesarias en los términos de la Resolución 1004 de 2017.

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.
- Prevención del dolor. Toda mujer debe recibir analgesia rutinariamente. Se recomienda la administración previa de analgésicos tipo AINES. La evidencia indica que esta conducta reduce el dolor que la mujer experimenta durante la recuperación inmediata. El esquema sugerido es ibuprofeno, 800 mg vía oral, media hora antes del procedimiento. El acetaminofén no ha mostrado ser útil en estos casos. Actualmente se

sugiere el empleo de analgésicos narcóticos para el control del dolor.

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

Interrupción farmacológica

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

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

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

Recuperación

La mayoría de las mujeres que tienen una IVE durante el primer trimestre con anestesia local se sienten lo suficientemente bien como para dejar la Institución después de haber permanecido alrededor de 30 a 60 minutos en observación en

una sala de recuperación. Por lo general, son necesarios períodos más largos de observación cuando se ha administrado sedación consciente o anestesia general. Durante este periodo, el personal de salud brinda a la mujer comodidad y apoyo y monitorea su recuperación. Vigila en especial el nivel de dolor y administra analgésicos y antiespasmódicos a necesidad cuando el dolor se encuentra dentro de lo esperado o alerta en cuanto a la posibilidad de perforación uterina o hematómetra cuando sea mayor al usual.

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

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

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

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

Asesoría y provisión anticonceptiva

Es mandatorio realizar asesoría anticonceptiva y provisión del método anticonceptivo antes del alta hospitalaria si la mujer así lo ha elegido. Realizar de acuerdo con la directriz de atención para la planificación familiar y la anticoncepción. En caso de que la mujer haya iniciado un método, se deberá hacer la gestión para la asignación de la cita para el control del método de anticoncepción como se establece en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Consulta de seguimiento

Después de una IVE por aspiración no se requiere una visita de seguimiento si la mujer cuenta con la información adecuada acerca de cuándo buscar atención debido a complicaciones y si ha iniciado un método anticonceptivo o ha recibido la información necesaria para cubrir sus necesidades anticonceptivas. No obstante, si la mujer lo desea puede regresar a la institución 1 o 2 semanas más tarde para

evaluar su salud en general, confirmar la ausencia de complicaciones y reforzar los aspectos educativos y las acciones preventivas iniciadas durante la atención inicial.

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

- Se hayan creado los mecanismos adecuados para que la mujer pueda valorar por 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.
- Se garantice al menos el seguimiento telefónico, chat u otro medio en el que pueda comprobarse la identificación o no de estos signos y síntomas y de otros relacionados con las posibles complicaciones.

En la consulta de seguimiento, si fuera realizada, un episodio de sangrado abundante con o sin expulsión de tejidos, precedido de cólico con resolución completa de los síntomas de embarazo y sin sangrado posterior, y el hallazgo al examen físico de un útero de tamaño normal, cérvix cerrado y sangrado ausente o mínimo, son altamente sugestivos de un tratamiento exitoso. En estos casos no es necesaria la realización de ningún otro examen. Cuando no se ha presentado sangrado o este fue escaso o cuando persiste un sangrado importante hasta 1-2 semanas más tarde o los síntomas de embarazo aún están presentes, se debe sospechar una falla del tratamiento. En caso de confirmarse la persistencia del embarazo o la presencia de un aborto retenido, se debe llevar a cabo un procedimiento de evacuación uterina por aspiración u otra técnica.

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

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.

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 AMBU122 - Acceso en el centro a un ecógrafo (opcional) - Portagujas largo y sutura - Tijeras - Compresas de gasas para la cavidad uterina - Sonda de Foley.

ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

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

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

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

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

Además de asegurar los mecanismos para la vinculación temprana a la consulta de atención para el cuidado prenatal, corresponde a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios la reorientación inmediata hacia la atención para el cuidado prenatal como mínimo cuando se presenten alguna(s) de

la(s) siguiente(s) situación(es): Inasistencia a las consultas para el cuidado prenatal, resultados de laboratorios o ultrasonografías anormales, hospitalización y/o consultas de urgencias.

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

Objetivos

Vigilar la evolución del proceso de la gestación, a fin de identificar precozmente a la gestante con factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias del embarazo, para un manejo adecuado y oportuno.

Establecer un plan integral de cuidado prenatal y atención del parto conforme con la condición de salud de la gestante, que garantice el manejo de acuerdo con su complejidad en los diferentes niveles de complejidad del sistema de salud.

Ofrecer información a la gestante, a su pareja o su acompañante, que permita la preparación para la maternidad y una interrelación adecuada entre los padres, las familias y su hijo desde la gestación.

Talento humano

Las acciones o actividades que incluye la atención para el cuidado prenatal para gestantes de bajo riesgo deben ser realizadas por profesionales en medicina o enfermería. Quienes deben contar con un equipo interdisciplinario de referencia como profesionales de nutrición, psicología, trabajo social y otros perfiles de acuerdo con el caso específico

Las consultas de cuidado prenatal durante el último mes de gestación (semanas 36, 38 y 40) deben ser realizados por un profesional en medicina. Asimismo, el profesional de enfermería deberá remitir a valoración médica inmediata a la gestante en la cual identifique factores de riesgo biopsicosocial, enfermedades asociadas y propias de la gestación, durante la anamnesis, el examen físico o la revisión de los paraclínicos para su adecuado y oportuno manejo. La institución deberá garantizar la continuidad en estos casos para que se le brinde la atención oportuna para los casos derivados.

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

Duración mínima recomendada

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

Atenciones incluidas

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

Frecuencia

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

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

Descripción

Primera consulta prenatal

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

Asesorar sobre opciones durante el embarazo

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

Valoración integral de la gestante e identificación de factores de riesgo

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

Anamnesis

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

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

Antecedentes obstétricos: total de gestaciones, intervalos intergenésicos, abortos, ectópicos, molas, placenta previa, abruptio, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, oligoamnios, retardo en el crecimiento intrauterino, número de partos, fecha del último, si han sido únicos o múltiples, prematuro a término o prolongado, por vía vaginal o por cesárea, retención placentaria, infecciones en el post parto, hemorragia obstétrica que requirió trasfusión, preeclampsia, eclampsia o síndrome HELLP, número de nacidos vivos o muertos, hijos con malformaciones congénitas, muertes perinatales y causas y peso al nacer.

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

Gestación actual: edad gestacional probable (fecha de la última menstruación, altura uterina o ecografía obstétrica), presencia o ausencia de movimiento fetales, sintomatología infecciosa urinaria o 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.

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

Otros condiciones o situaciones de riesgo psicosocial que se deben valorar de manera integral son: falta apoyo familiar o social, falta de apoyo del compañero o la compañera, familia reconstruida, diferencia amplia de edad (diez o más años) entre ambos, relaciones conflictivas con las personas con quienes convive, madre cabeza de familia, la gestante tiene a cargo a niños menores de 5 años o a personas con discapacidad, bajo nivel educativo de la pareja gestante, nivel bajo de ingresos (menos de medio salario mínimo al mes), violencia intrafamiliar, abuso

sexual, explotación sexual, consumo de sustancias psicoactivas de la gestante o de la pareja, difícil acceso geográfico (desplazamiento complicado para llegar a la institución de salud), traslado constante de domicilio (ha cambiado de domicilio cuatro o más veces en el año), situación de desplazamiento forzado, habitante de la calle, reinsertada, privada de la libertad o en detención domiciliaria, estrés laboral, condición de trabajo difícil, condición étnica (indígenas, afrodescendientes, ROM [gitanos], raizales), creencias religiosas y culturales, gestante en condición de discapacidad permanente, experiencias negativas y traumáticas en gestaciones y partos anteriores, trastornos en la conducta alimentaria (anorexia o bulimia), embarazo no deseado, entre otros.

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

¿DURANTE EL ULTIMO AÑO, ha sido humillada, menospreciada, insultada o amenazada por su pareja?

¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, fue golpeada, bofeteada, pateada, o lastimada físicamente de otra manera?

¿DESDE QUE ESTÁ EN GESTACIÓN, ha sido golpeada, bofeteada, pateada, o lastimada físicamente de alguna manera?

¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, fue forzada a tener relaciones sexuales?

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

Identificar riesgo de depresión post parto utilizando las siguientes preguntas:

Durante el mes pasado, ¿con frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?

Durante el mes pasado, ¿ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas?

Una tercera pregunta se debe considerar si la mujer responde —sí‖ a cualquiera de las preguntas iniciales: ¿Siente que necesita ayuda?

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

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

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

uso de una sustancia psicoactiva. Está diseñado especialmente para profesionales y otros trabajadores de atención primaria de salud.

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

Examen físico

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

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

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

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

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

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

Solicitud de exámenes de laboratorio

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

- 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. 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.

Valoración del riesgo materno

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

Las gestantes con factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación tienen mayor riesgo de morbimortalidad materna y perinatal con respecto a la población general. Estas gestantes deberán ser remitidas al especialista en ginecoobstetricia para valoración, quien les definirá un plan de atención integral de acuerdo con su condición de salud.

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

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

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

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

1. Trombofilias heredadas o adquiridas.

2. Evento tromboembólico venoso prévio

3. Anemia de células falciformes

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

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

Plan de cuidado

- Formulación de micronutrientes:

  - Ácido fólico: hasta la semana 12 de gestación para reducir riesgos de

defectos del tubo neural (anencefalia o espina bífida). 0.4 mg día, en alto riesgo de defectos del tubo neural, la dosis es de 4 mg.

- Calcio: suplencia con calcio 1.200 mg/día a partir de la semana 14 para disminuir el riesgo de preeclampsia.

- Hierro: suplemento de hierro de forma rutinaria a todas las mujeres gestantes de curso normal. Las gestantes con valores de hemoglobina (Hb) superiores a 14 g/dL. no requieren dicha suplementación de forma rutinaria.

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

  - Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td) según antecedente vacunal.

  - Influenza estacional a partir de la semana 14

  - Tétanos, difteria y Tos ferina acelular (Tdap) a partir de la semana 26 de gestación.

- Información en salud: dirigida a la gestante y su acompañante, hacer énfasis en:

  - Los servicios de salud a los que tiene derecho y sus mecanismos de exigibilidad.

  - Promover los factores protectores para la salud de la gestante, tales como medidas higiénicas, hábitos alimentarios, actividad física recomendada, sueño, fortalecimiento redes de apoyo familiar y social.

  - Orientar sobre los signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales y auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, o sintomatología urinaria y tos.

  - Importancia de la asistencia al curso de preparación para la maternidad y paternidad.

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

- Se deberá proveer desparasitación antihelmíntica a gestantes en segundo y tercer trimestre de embarazo que habiten en zonas de alto riesgo de infección por 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.

Control prenatal de seguimiento

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

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

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 gestación. En la semana 28 de gestación, se debe realizar las preguntas que permiten identificar riesgo de depresión post parto.

Examen físico

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

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

➔ Altura uterina.
➔ Frecuencia cardiaca fetal.
➔ Situación y presentación fetal a partir de la semana 36.

Solicitud de exámenes paraclínicos

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

Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud

Formulación de micronutrientes.

- Vacunación.
- Prescripción de ácido acetil salicílico de 75 a 100 mg, a partir de la semana 12 de gestación y hasta el día del parto en mujeres con un criterio de alto riesgo124, o con dos o más factores de riesgo moderado para preeclampsia125 .
- Suministro de condones para prevenir el riesgo de ITS, incluida en zonas de riesgo para Zikv.
- Se deberá hacer una asesoría formal anticonceptiva, en caso tal, se deberá incluir en la historia clínica el método elegido para ser iniciado desde el post parto antes de dar 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

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.

Valoración del riesgo materno

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

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

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.

CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD

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

Objetivos

- Desarrollar capacidades en las mujeres gestantes, así como en sus parejas y familias, para comprender los cambios físicos, psicológicos y sociales que

suceden en esta etapa de la vida, con el fin de que promuevan el cuidado de la salud y disminuyan el riesgo de morbilidad y mortalidad.
- Desarrollar capacidades en las madres, padres y sus familias para vivir la gestación, el parto, el puerperio y el cuidado del recién nacido de manera sana y psicológicamente armoniosa.

Talento humano en salud requerido

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

Frecuencia y duración mínima

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

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

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

Orientaciones para la realización del curso

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

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

Resultados esperados	**Capacidades a desarrollar con**	**Capacidades a desarrollar con**	**Contenidos propuestos**

en salud	**las mujeres gestantes**	**los padres, familiares, cuidadores o acompañantes**	
Mujeres gestantes, familias y red de apoyo con prácticas de cuidado para su salud durante la etapa prenatal, el parto y el puerperio	Comprenden los cambios físicos y psicológicos que implica la gestación, lo que les permite implementar prácticas de cuidado de su salud	Comprenden los cambios físicos y psicológicos que implica la gestación, lo que les permite aportar al cuidado de la mujer gestante y del niño/niña. Familias y red de apoyo de la mujer gestante que reconocen y valoran el proceso de desarrollo gestacional	Sentimientos acerca de la gestación y de los cambios fisiológicos y psicológicos, así como la forma de manejarlos. Mecanismos para afrontar la ansiedad por la salud de la madre y del hijo. Reconocimiento de las causales de la IVE de acuerdo con la sentencia C-355 de 2006. Sentimientos acerca de la imagen corporal, aumento de peso. Las relaciones laborales y familiares durante la gestación y estrategias para hacer frente a los problemas interpersonales. Sistemas de apoyo disponibles.
	Comprenden cuáles son los derechos a la atención en salud para las gestantes y para los recién		Cómo mejorar la accesibilidad cuando vive en áreas rurales y cuando hay barreras culturales

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

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

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

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

Nota: se sugiere combinar en una sesión ejercicios físicos, con conceptos que les

permitan comprender los cambios, riesgos, etc., y con actividades para trabajar sobre la relación de la mujer consigo misma, con su compañero y con su familia y su entorno (temores, sentimientos de ira, sentimientos de desesperanza, etc.)

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

Objetivos

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

Talento humano

Las acciones o actividades que incluye la atención en salud bucal para las mujeres gestantes deben ser realizadas por un profesional en odontología con la participación de Auxiliares de Salud Oral.

Duración mínima recomendada y Frecuencia

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

Descripción

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

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

Instrumentos insumos y dispositivos

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

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.

Objetivos

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

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.

- **Valoración del estado nutricional**

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

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

- **Análisis y plan de cuidado**

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

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.

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.

Anamnesis

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

Indagar sobre paridad, edad gestacional, resultados de los exámenes de laboratorio (glicemia, hemoglobina, cuadro hemático y otros), diagnósticos

médicos (hipoglicemia, diabetes gestacional, hipertensión, hiperémesis, anemia, obesidad, bajo peso), verificación del consumo de suplementos de hierro, ácido fólico y calcio.

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

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

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

Valoración del estado nutricional

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Plan de manejo

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

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

En caso de encontrar en la valoración nutricional bajo peso para la edad gestacional, programe un plan dietario de ganancia de peso que incluya aumento

de la ingesta calórica y proteica, con el fin de alcanzar un peso adecuado durante el seguimiento que garantice el éxito de la gestación.

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

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

Recomendaciones

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

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

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

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

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

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

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

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.

Elaboro: Paola Quintana - Contratista