ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

# PROTOCOLO DE ATENCION CONTROL CUIDADO PRENATAL



| Responsable | Cargo | Nombre completo | Firma |
|---|---|---|---|
| **Elaboró** | Contratista | Stef Salud | |
| **Revisó** | Coordinador Médico | Consuelo Escorcia Moreno | |
| **Aprobó** | Gerente | Yesenia Hernández Hernández | |

**Quienes suscribimos este documento manifestamos haberlo revisado previamente, confirmando que su contenido cumple con la normativa legal vigente. Por tanto, lo presentamos bajo nuestra responsabilidad para su respectiva firma**

# Contenido

1. OBJETIVO GENERAL ..... 3
2. OBJETIVOS ESPECIFICOS ..... 3
3. ALCANCE ..... 3
4. MARCO NORMATIVO: ..... 3
5. MARCO CONCEPTUAL: ..... 5
6. DESARROLLO DE LA GUIA DE RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN ..... 10
7. FLUJOGRAMA RUTA MATERNO PERINATAL ..... 13
..... 13
..... 13
8. APLICABILIDAD DE LA RUTA MATERNO PERINATAL ..... 14
8.1. Intervenciones Colectivas ..... 14
8.2. Intervenciones Individuales: ..... 15
Detección Temprana: Atención para el Cuidado Prenatal Atención en Salud Bucal ..... 15
8.2.1. Atención para el cuidado preconcepcional: ..... 16
8.2.2. Atención para el cuidado prenatal: ..... 19
- Estructura del Curso: ..... 35
8.2.3. Atención Humanizada del Parto y Atención del Recién Nacido: ..... 37
8.2.4. Control Postparto: ..... 48
8.2.5. Control Del Recién Nacido: ..... 49
9. CONDICIONES PARA REMITIR A MAYOR NIVEL UNA UNIDAD DE CUIDADO OBSTÉTRICO DEMAYOR COMPLEJIDAD ..... 50
10. CONTROL DE CAMBIOS ..... 52

## 1. OBJETIVO GENERAL

Garantizar el acceso a la atención integral de las mujeres y recién nacidos en la etapa preconcepcional, gestación, periodo perinatal y postparto teniendo en cuenta los lineamientos- implementación y ejecución de la Ruta Materno Perinatal de acuerdo a la normativa vigente para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil.

## 2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Adoptar los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal establecidos por la Resolución 3280 de 2018.
- ✓ Promover la atención humanizada en la atención desde el control prenatal, trabajo de parto, parto, puerperio e IVE con el fin de garantizar el bienestar de materno perinatal, respetando su diversidad cultural.

## 3. ALCANCE

Inicia con la adopción de las políticas, planes, lineamientos y directrices de la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud Materno Perinatal, continuando con el direccionamiento, socialización, seguimiento y control de esta, hasta la prestación de servicios a las mujeres con intención reproductiva, mujeres gestantes, en parto y posparto, el recién nacido y sus familias o red de cuidado, que habitan en el municipio y que sean atendidos en la ESE.

## 4. MARCO NORMATIVO:

- **Constitución Política de Colombia de 1991.**
- **Ley 100 de 1993:** Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

- **Ley Estatutaria 1751 de 2015:** Regula el derecho fundamental a la salud en Colombia, busca garantizar el acceso a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, estableciendo mecanismos de protección y lineamientos para el Ministerio de Salud.
- **Resolución 202 de 2021:** Por la cual se modifica el artículo 10 de la Resolución 4505 de 2012 y se sustituye su anexo técnico con el propósito de ajustarlo a la captación y registro de información relacionada con las intervenciones individuales de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal.
- **Resolución 0429 de 2016:** Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.
- **Resolución 0412 de 2000:** Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
- **Resolución 3280 de 2018:** Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.
- **Resolución 3202 de 2016:** Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud — PAIS y se dictan otras disposiciones.
- **Resolución 0276 de 2019:** Por la cual se modifica la Resolución 3280 de 2018.
- **Resolución 3100 de 2019:** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

- **Resolución 2626 de 2019:** Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud – PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE.
- **Resolución 1441 de 2016:** Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.
- **Decreto 780 de 2016:** Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
- **Acuerdo 117 de 1998:** Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
- **Resolución 4505 de 2012:** Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.

## 5. MARCO CONCEPTUAL:

- **Calidad de la atención en salud**: es el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados basados en oportunidad, equidad, efectividad e integralidad.
- **Modelo de atención integral en salud (MIAS).** El Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) es un nuevo concepto y modelo operativo para la implementación de todas las funciones del sistema de salud colombiano por parte del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) adoptado mediante resolución 429 de 2016, de esta forma, MIAS es una herramienta que identifica a todos los actores en el proceso del sistema de salud esperado en las políticas integrales de salud, leyes de salud y planes nacionales de desarrollo.
- **Perinatal:** Periodo comprendido entre la semana 22 del embarazo hasta al séptimo día de vida fuera del útero materno del recién nacido.

- **Prevención:** Son las actividades, estrategias y servicios que buscan el mantenimiento de la salud evitando el desarrollo de enfermedades de manera temprana.
- **Ruta Integral para Mantenimiento de la Salud:** Es una herramienta operativa de obligatorio cumplimiento en todo el territorio Nacional 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 para todas las personas, familias y comunidades.
- **Guía de Atención:** Son un instrumento que contiene los lineamientos técnicos para la atención, orientan al personal de los servicios y se aplican a las personas que presentan un determinado problema o situación de salud, con un enfoque de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en la red de servicios de salud. Se construyen con base en la metodología de gestión de procesos.
- **Consulta de Primera vez por Medicina General:** Es la primera vez que un paciente acude a un médico general para que le brinde atención médica. Es el primer nivel de atención médica y es fundamental para detectar, prevenir, tratar y hacer seguimiento de enfermedades crónicas.
- **Consulta de Control por Medicina General:** Es una revisión que realiza un médico general para evaluar el progreso de un paciente y ajustar su tratamiento.
- **Consulta de Control por Enfermería:** Es el conjunto de actividades realizadas por enfermera, debidamente capacitada en Crecimiento y Desarrollo, a los niños y niñas valorados por el médico en la primera consulta, para hacer seguimiento a su crecimiento y desarrollo y detectar oportunamente las complicaciones que puedan aparecer en cualquier momento.
- **Valoración Integral:** Es una evaluación de una persona que incluye la valoración del estado nutricional, la salud auditiva, visual, sexual, la función mental, emocional y social.
- **Examen Físico:** Es el conjunto de maniobras que realiza un médico o enfermero para obtener información sobre el estado de salud de una persona.
- **Plan de Cuidado:** Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias,

indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello. Tiene como objetivo alinear a todos los involucrados en el cuidado de una persona dependiente para enfocar todos los esfuerzos hacia un objetivo común.

- **Tamizaje:** Conjunto de métodos o instrumentos de alta sensibilidad aplicados sobre una población para identificar eventos que generan una alta externalidad, dirigidos a poblaciones vulnerables y con difícil acceso a los servicios.
- **Anamnesis:** Es el proceso mediante el cual el médico obtiene información por parte del paciente a partir de un diálogo por el cual el profesional sanitario ha de conseguir la información básica del trastorno o problema del paciente**.** Obtiene esta información básica preguntando sobre sus hábitos de vida, antecedentes familiares. El objetivo es poder establecer un diagnóstico del problema a tratar o trabajar.
- **Motivo de Consulta:** Engloba los síntomas, preocupaciones o problemas que llevan a alguien a buscar la ayuda de un profesional de la salud.
- **Historia Clínica:** Es un documento médico-legal que registra la información de salud de un paciente. Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva.
- **Identificación del Paciente:** Es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.
- **Diagnóstico**: Es un procedimiento ordenado, sistemático, para conocer, para establecer de manera clara una circunstancia, a partir de observaciones y datos concretos. El diagnóstico conlleva siempre una evaluación, con valoración de acciones en relación con objetivos.
- **Consentimiento Informado**: Es un procedimiento a través del cual un paciente es informado respecto de todos los alcances del o los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que le serán practicados y que le permite decidir si acepta o rechaza la alternativa sugerida por el profesional de salud con total conocimiento de las consecuencias e implicancias de esta decisión, la cual debe constar por escrito.
- **Detección Temprana:** Son los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad. Facilitan su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa evitando secuelas, incapacidad y muerte.

- **Educación en Salud:** Es un proceso que busca promover prácticas positivas en las personas, con el objetivo de asegurar estilos de vida saludables y corregir comportamientos que puedan devenir en enfermedades o lesiones.
- **Fértil:** Es el mejor período del ciclo menstrual para la fertilización del óvulo y el embarazo. La duración de la maternidad depende de la esperanza de vida de la mujer embarazada y del momento de la maternidad. generalmente comienza unos días antes de la ovulación y termina el día de la ovulación.
- **Embarazo:** Es la implantación de un embrión por un espermatozoide en el ovario como producto del coito.
- **Aborto:** Expulsión del producto fertilizante antes del final del período de embarazo sin interferencia intencional.
- **Guía:** Trabajar con lineamientos o estándares que proporcionen al proveedor de atención médica lineamientos legales actuales o futuros, para ayudar en las decisiones de atención al paciente con respecto al diagnóstico, tratamiento o condiciones médicas relacionadas. Los organismos gubernamentales pueden apoyarlos en todos los niveles, empresas, sociedades profesionales, consejos de administración o mediante el acuerdo de grupos profesionales. Forman la base para el seguimiento de todos los aspectos de la atención de la salud y su prestación.
- **Bajo peso al nacer:** Recién nacido vivo que registra un peso menor a 2499 gramos al nacer sin tener en cuenta edad gestacional o si es el resultado de un parto único o múltiple.
- **Mortalidad Perinatal:** Es la que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento.
- **Mortalidad Materna:** Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.
- **Parto:** El parto es el conjunto es el conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan la expulsión del feto viable (u óbito) y los anexos ovulares, desde la cavidad uterina al exterior a través del canal del parto.
- **Prevención de la Enfermedad:** La prevención de la enfermedad es una estrategia de la Atención Primaria, que se hace efectiva en la atención

integral de las personas. Esta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social. Por lo anterior se dice que la prevención implica promover la salud, así como diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, también rehabilitarlo y evitar complicaciones o secuelas de su padecimiento, mediante sus diferentes niveles de intervención.

- **Puerperio:** periodo de tiempo que media entre la expulsión del feto y la placenta y el retorno del organismo femenino a las condiciones normales previas al embarazo.
- **Adaptación Neonatal:** Conjunto de actividades, cuidados, intervenciones y procedimientos dirigidos a las niñas y niños en el proceso del nacimiento e inmediatamente después de nacer, en procura del bienestar general del recién nacido.
- **AIEPI:** Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Es una estrategia de salud, que surge como una herramienta adecuada para avanzar en la respuesta y solución a los problemas de los niños y niñas menores de 5 años. Fue elaborada en conjunto por la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- **Atención Preconcepcional:** Conjunto de intervenciones que identifican condiciones de tipo biológico, hábitos, comportamientos o condiciones sociales que puedan convertirse en riesgos para la salud materna perinatal. Para producir el mejor resultado posible, se requiere que estos riesgos se intervengan antes del embarazo.
- **Consulta Preconcepcional:** Proceso que se inicia con la entrevista que se realiza a una mujer o a una pareja un colaborador del equipo de salud, antes de la concepción, con el objetivo de detectar, corregir o disminuir factores de riesgo durante la gestación.
- **Captación Temprana de Gestantes:** Es la recogida, reconocimiento, análisis y comprensión de toda la anamnesis de la gestante, la que se debe realizar desde las primeras sospechas o indicios de embarazo (antes de la semana 10); lo que nos permitirá garantizar un desarrollo normal de este, tomar las medidas oportunas y evitar complicaciones que pudieran poner en riesgo la vida del feto o la madre.

- **Entornos Protectores:** Espacios físicos, sociales y culturales que permiten el desarrollo integral, humano y digno de las gestantes, niños y niñas. En las instituciones de salud se deben caracterizar por garantizar que todo el personal que atiende gestantes, niños y niñas conozca, promueva, informe a la familia y sea respetuoso de los derechos de los niños y niñas. Además, se debe priorizar la atención oportuna y adecuada libre de cualquier tipo de discriminación respetando procedencia, etnia, género, discapacidad, creencia religiosa, capacidad económica de la familia, posición social o cualquiera otra condición.
- **IVE:** Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- **RIAS:** Rutas Integrales de Atención en Salud.

## 6. DESARROLLO DE LA GUIA DE RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN

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

La gestión para la implementación de la Ruta Materno perinatal, con una mirada comprensiva y particular de la garantía del derecho a la salud de todas las mujeres en edad fértil e intención reproductiva, gestantes y de los recién nacidos hasta los 7 días, es primordial para promover las intervenciones individuales, familiares y colectivas en la gestante; este marco de atención integral es un elemento fundamental dentro de la adherencia a los controles prenatales y a los cuidados que debe tener antes, durante y después de terminada la etapa gestacional, con el fin de brindar y garantizar la atención oportuna, eficaz y de calidad de la población gestante y sus familias.

Las atenciones o acciones mínimas que se deben ejecutar para garantizar la implementación adecuada de la RIAMP, de acuerdo a lo estipulado por la Resolución 3280 de 2019 son:

- Adopción e implementación de la Ruta de Atención Integral Materno Perinatal.

- Implementación de los procedimientos individuales, familiares, colectivos y poblacionales contemplados en la RIAMP incluyendo la adaptabilidad y progresividad.

- Gestión intersectorial para el desarrollo de las intervenciones individuales y colectivas en los diferentes entornos.

- Garantizar la entrega de los procedimientos individuales contemplados en la RIAMP de forma accesible, con calidad y sin fragmentar los servicios teniendo en cuenta las disposiciones normativas vigentes para la población materno – perinatal.

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

- Ejecución de intervenciones individuales (valoración integral; detección temprana; protección específica, diagnóstico, tratamiento y educación para la salud), e intervenciones colectivas (educación para la salud; información en salud; fortalecimiento de redes sociales y comunitarias; canalización; jornadas de salud y caracterización social y ambiental).

- Definición de los mecanismos de articulación con las entidades territoriales, EAPB, con el fin de garantizar la referencia y contra referencia de la población de la cohorte Materno Perinatal.

- Realización de auditoría, inspección, vigilancia y control basada en resultados frente a la prestación de servicios de salud para la cohorte de la ruta.

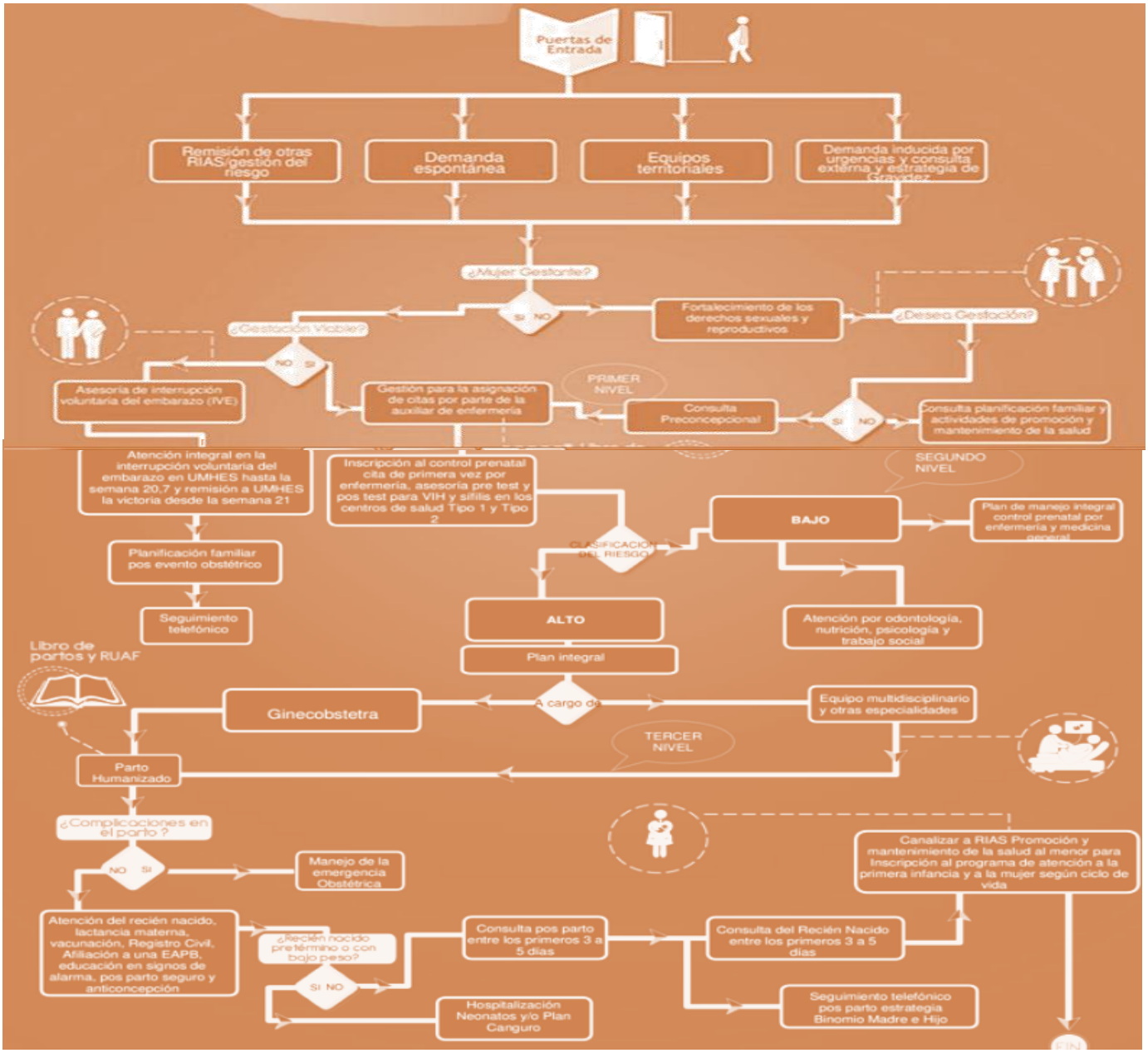
Dentro de las estrategias proyectadas dentro del programa se encuentra la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia integral, la cual, mediante

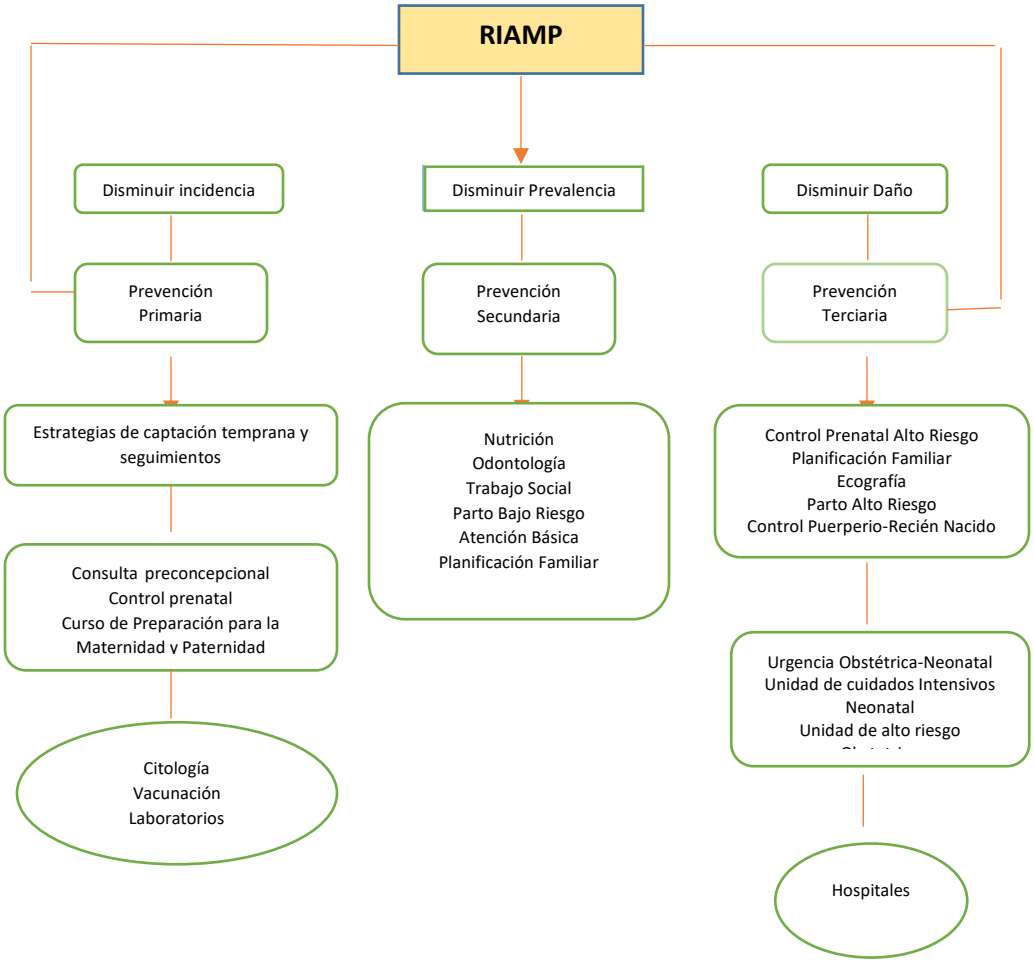
su implementación a través de sus diez pasos, articula acciones de mejoramiento continúo encaminadas a garantizar el bienestar materno perinatal.

El desarrollo de la ruta tendrá lugar desde el ingreso a la ruta materno perinatal pasando por sus diferentes momentos de vida. A continuación, se encuentra el flujograma de atención de la Ruta De Atención Materno Perinatal.

## 7. FLUJOGRAMA RUTA MATERNO PERINATAL

*Ilustración 1 flujograma Ruta Materno Perinatal*






## 8. APLICABILIDAD DE LA RUTA MATERNO PERINATAL

### 8.1. Intervenciones Colectivas

Dentro de las acciones colectivas se realiza articulación en pro de brindar una atención integral a la población gestante, a través de las cuales se identifican dificultades que se presentan para la operatividad de la Ruta Materno Perinatal y se plantean estrategias, para generar alternativas que permitan dar continuidad a la atención integral de salud de la población gestante y así disminuir los riesgos en salud.

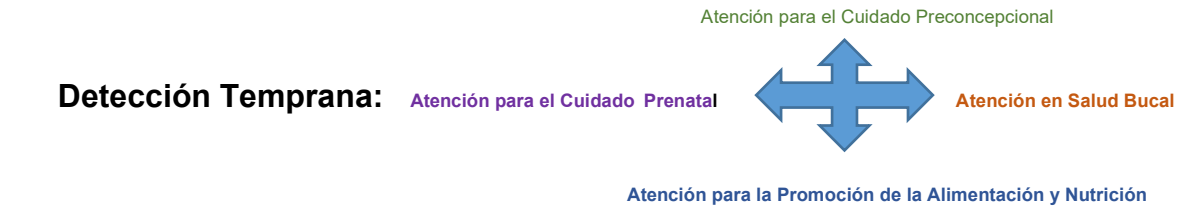
Las intervenciones colectivas, corresponden un enfoque fundamental en la atención que se brinda a la población gestante, para el desarrollo de estas se reconoce la necesidad y generar complementariedad, de acuerdo con las competencias, lo que permite la ejecución del trabajo integral Contribuir a la promoción de la salud y al mejoramiento de los resultados en salud maternos y perinatales, mediante la atención integral en salud oportuna, eficaz y de calidad, lo que garantiza las intervenciones colectivas mediante las Redes integrales de atención para brindar los servicios que define la Ruta Materno perinatal a las gestantes y sus familias afiliadas, dicha atención se centra en la gestión de riesgo que en gran porcentaje ejerce el componente primario, ya que a través de esta se presta los servicios de detección temprana, protección específica, diagnóstico y tratamiento, con el fin de 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.

Para cada uno de estos entornos se garantizan las intervenciones colectivas mínimas:

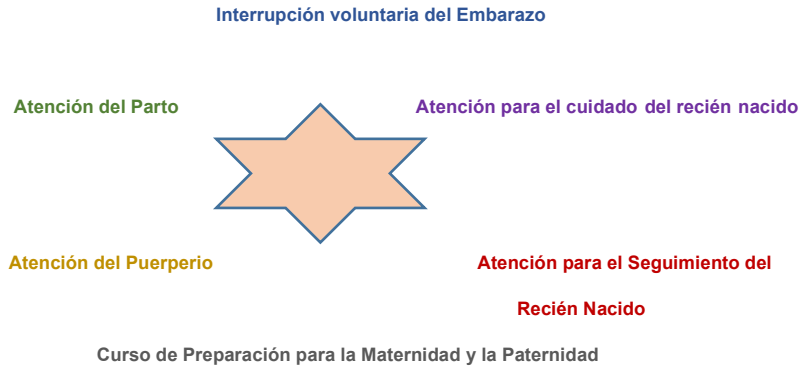
- Información en Salud.
- Educación para la Salud.
- Conformación y Fortalecimiento de Redes Familiares, Comunitarias y Sociales.

### 8.2. Intervenciones Individuales:

Las Intervenciones Individuales serán garantizadas a todas las gestantes y al recién nacido, por medio de un conjunto de procedimientos. La RIAMP define estos procedimientos de acuerdo con su finalidad así:



**Protección Específica:**




### 8.2.1. Atención para el cuidado preconcepcional:

Esta atención se deriva de la identificación de la mujer o la familia con intención reproductiva a corto plazo (1 año). Garantizar la atención con el objetivo de 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 riesgos, además de 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.

- **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.

- **Talento Humano:**

Las acciones o actividades que incluye la consulta preconcepcional para mujeres sin factores de riesgo deben ser realizadas por profesionales en Medicina o Enfermería. Cuando se requiera, esta atención deberá ser realizada por especialista en Ginecobstetricia.

- **Duración:**

Consulta inicial o de tamizaje: La consulta inicial, denominada de tamizaje, estará a cargo de profesionales de la medicina o enfermería y se puede efectuar en el nivel de complejidad en que se capte la demanda. En esta consulta, en primera instancia, se identifica la mujer o la pareja con intención reproductiva y se procede a determinar los factores de riesgo para intervenir acorde con lo establecido en este protocolo o para remitir a los profesionales especializados que corresponda.

Se sugiere que la consulta inicial tenga una duración mínima de 30 minutos; las consultas de control deben ser mínimo de 20 minutos, deberá realizarse una adecuada historia clínica y un completo examen físico, sin embargo, al no contar con una consulta para este objetivo específico, esta podrá desarrollarse en consulta resolutiva y se realizará la valoración y orden de exámenes pertinentes a aquellas mujeres que la soliciten o manifiesten como motivo de consulta su intención de quedar embarazadas .

Se evaluarán aspectos que se enuncian a continuación:

-Antecedentes personales y familiares.
-Nutrición, peso, existencia de trastornos alimenticios y actividad física.
-Hábitos no saludables.
-Estado de inmunizaciones.
-Historia sexual y reproductiva.

-Ingesta de medicamentos.
-Psicosociales.
-Consulta con exámenes básicos necesarios: Antígeno superficie hepatitis B, tamizaje para detección temprana del cáncer de cuello uterino, Glicemia en ayunas, hemograma, hemoclasificación, IgG G toxoplasma, IgG G rubéola, IgG G varicela, Prueba treponémica rápida para sífilis, Urocultivo con concentración mínima inhibitoria, VIH (prueba rápida), con asesoría pre y pos-test.

- **Suplementación con Micronutrientes:**

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

- **Consultas de Control y Seguimiento:**

Se determina 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, en donde se brindan recomendaciones o se inician intervenciones o tratamientos que han demostrado efectividad para reducir el riesgo reproductivo y si es el caso, brindar consejería en planificación familiar, las recomendaciones preconcepcionales estarán orientadas de acuerdo a condiciones específicas previas de la usuaria, para ampliar estas recomendaciones se sugiere realizar revisión de la resolución 3280 de 2018 o de la normatividad que la modifique.

- **Educación Preconcepcional:**

Durante las consultas es importante brindar educación acerca de planeación de la familia, espaciamiento de los hijos, prevención del embarazo no deseado, evaluación del peso óptimo, estado de inmunización contra enfermedades infecciosas, importancia del control prenatal temprano y la detección temprana de los factores de riesgo cardio metabólicos, adicionalmente se debe informar a la

mujer y a su pareja sobre los riesgos de aneuploidia y cromosomopatías asociadas con la edad, y sobre las intervenciones para realizar tamizaje o diagnostico 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.

- **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.

- **Demanda Inducida a la Atención Preconcepcional:**

Es responsabilidad de todo el talento humano de la Subred ofertar y realizar la canalización de las usuarias en edad fértil con intención reproductiva a corto plazo a la consulta preconcepcional, desde cada una de las rutas de atención se debería identificar las usuarias que cuyos factores de riesgo obliguen a la priorización de la atención de las mismas. Desde las consultas de atención se deberá interrogar por el deseo de embarazo a corto plazo y dejar la marcación en la historia clínica, con el fin de que la auxiliar de gestión del riesgo realice la asignación de la consulta inicial.

### 8.2.2. 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:

- Mejorar la salud materna.
- Promover el desarrollo del feto.
- Identificar e intervenir tempranamente los riesgos relacionados con la gestación.
- 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.

- **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.

- **Duración:**

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.

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 y Actividades a Desarrollar:**

Se deben realizar las siguientes actividades:

**a) Control Prenatal 1ª Vez con Profesional de Enfermería más Asesoría VIH. (Duración 120 minutos).**

Se deben realizar las siguientes actividades:

- Apertura de historia clínica.
- Diligenciamiento carné materno.
- Identificación del riesgo, análisis de tres curvas (curva de presión arterial, curva de crecimiento fetal y curva de peso materno).
- Solicitud de laboratorios de inicio de embarazo y ecografía
- Se direcciona a Nutrición, odontología, curso de preparación para la maternidad y la paternidad y vacunación.
- Se realiza asesoría pre test VIH.
- Realización de prueba VIH y Sífilis.
- Se realiza asesoría post test VIH.
- Se brinda educación en identificación de signos de alarma durante la gestación.
- Se direcciona a control prenatal con médico, si la paciente es de bajo riesgo se direcciona a CPN con médico general antes de 5 días con reporte de laboratorios. Si es de Alto Riesgo crítico se direcciona a cita prioritaria con médico.
- Si la paciente decide Interrupción Voluntaria del Embarazo cumpliendo los criterios establecidos para la misma, se direcciona a ruta de IVE.

**b) Control 1ª Vez con Médico General:**

Las actividades por realizar serán:

- Diligenciamiento de Historia clínica.
- Diligenciamiento del carné materno
- Análisis y registro de laboratorios y ecografía

- Verificación de cumplimiento de control prenatal integral
- Identificación y análisis del riesgo con definición de conducta a seguir
- Se brinda educación en signos de alarma durante la gestación
- Si es gestante de Alto Riesgo se remitirá a nivel complementario
- Si es gestante con Riesgo manejable se enviará a CPN con Ginecoobstetra de nivel básico.

- **Frecuencia de los Controles Prenatales:**

Si la gestante es de bajo riesgo continuará controles prenatales de manera mensual (profesional de enfermería – médico general según necesidad).

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.

Solicitud de laboratorios y ecografías según edad gestacional.

Durante el seguimiento verificará cumplimiento de actividades antes descritas. Si la gestante es de bajo riesgo: realizará seguimiento a actividades de nivel básico mientras que si es de alto riesgo verificará cumplimiento y asistencia a control prenatal en nivel complementario. Lo anterior se realizará de manera mensual o según criterio medico según necesidad de la gestante.

En la semana 30 – 32, se solicitarán laboratorios para edad gestacional y se enviará paciente a valoración con especialista Ginecoobstetra.

En cada control prenatal se deberá verificar integralidad del control prenatal (cumplimiento de actividades) y se brindará educación en signos de alarma durante la gestación a gestante y acompañante.

Durante todas las consultas se debe desarrollar la valoración integral de la gestante e identificación de factores de riesgo y valoración del riesgo materno que permitan construir un plan de cuidado integral de acuerdo a las condiciones de cada usuaria,

se recomienda realizar la lectura de lo establecido por la resolución 3280, frente al examen físico, anamnesis, la valoración ginecológica y obstétrica.

- **Recomendaciones para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.**

✓ Ofrecer a las mujeres con un embarazo de curso normal modelos de control prenatal dirigidos por profesionales en medicina general o en enfermería capacitados o con especialización en cuidado materno –perinatal.
✓ Se recomienda la valoración del GO en la semana 28 - 30 y semana 34 – 36 para una nueva valoración del riesgo.
✓ Realizar el primer control prenatal en el primer trimestre, idealmente antes de la semana 10 de gestación.
✓ Se recomienda que la cita de inscripción al control prenatal y la primera cita de control prenatal tengan una duración de 30 minutos, si la gestante inicia tardíamente, sobre todo después de las 26 semanas, se recomienda que la duración del primer control sea de 40 minutos Para las citas de control se recomienda una duración de 20 minutos.
✓ Cuando una gestante comience tardíamente su control prenatal, sobre todo después de la semana 26 de gestación, se recomienda tener en su primer control todas las actividades recomendadas para los controles previos, así como aquéllas que correspondan a la consulta actual. Por lo tanto, se recomienda que un primer control prenatal tardío se haga con una duración de 40 minutos.
✓ Si el control prenatal se inicia en el primer trimestre para una mujer nulípara con un embarazo de curso normal, se recomienda un programa de diez citas. Para una mujer multípara con un embarazo de curso normal se recomienda un programa de siete citas. Se recomienda que los servicios de obstetricia ofrezcan un sistema que garantice que las gestantes porten los datos de su control prenatal (carné materno), el cuál esté disponible y sea actualizado en cada cita.
✓ Se recomienda que las gestantes de bajo riesgo reciban en el momento de la inscripción al control prenatal y luego en cada trimestre, una valoración de riesgo psicosocial. Si se identifica riesgo se deben remitir a una consulta especializada garantizando la continuidad con el grupo a cargo del control.

- ✓ Evaluar el riesgo biológico y psicosocial a todas las gestantes con el objeto de identificar aquellas gestantes que pueden continuar su control con enfermería y medicina general y aquellas que necesitan seguir su control con el obstetra y/o un grupo multidisciplinario.
- ✓ Se recomienda proporcionar a las mujeres embarazadas la siguiente información durante los controles prenatales:

- **Actividades a desarrollar durante la inscripción al control prenatal (idealmente antes de la semana 10):**

- ✓ Consejería sobre nutrición y alimentación.
- ✓ Actividad Física: El tipo y frecuencia de ejercicio físico recomendado en el embarazo, incluyendo ejercicios de piso pélvico.
- ✓ Curso de preparación para el embarazo, el parto y puerperio.
- ✓ Problemas de salud mental.
- ✓ Detección de violencia Intrafamiliar.
- ✓ Tamización de cáncer de cuello uterino.

- **En el primer contacto con un profesional de la salud:**

- ✓ Consejería sobre estilos de vida saludable, incluyendo intervenciones sobre cesación de tabaquismo y las implicaciones del uso de drogas adictivas y el consumo de alcohol en el embarazo.

- **Antes o a la semana 36:**

- ✓ La preparación para el parto, incluyendo información sobre cómo manejar el dolor durante el trabajo de parto.
- ✓ Enseñar signos para reconocer el inicio del trabajo de parto.
- ✓ Cuidados del recién nacido.
- ✓ Autocuidado postnatal.
- ✓ Planificación familiar.

**A las 38 semanas:**

**Opciones para el manejo del embarazo prolongado**

- ✓ La información debe ser dada en una forma fácil de entender y accesible para las mujeres embarazadas con necesidades adicionales, tales como discapacidades físicas, sensoriales o de aprendizaje y para las mujeres embarazadas no escolarizadas.

- ✓ Se recomienda registrar el Índice de Masa Corporal (IMC) de la gestante en la cita de inscripción al control prenatal (alrededor de la semana 10) y con base en este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación de acuerdo a 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.

- ✓ Se recomienda debido a su alto riesgo de parto pretérmino, remitir a la gestante con IMC
  <20 kg/m2 a un plan de manejo nutricional específico. Si la inscripción al control prenatal es tardía (después de la semana 16 – 18) se recomienda registrar el IMC pre gestacional y con base en este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación.

- ✓ Se recomienda realizar seguimiento de la ganancia de peso en cada uno de los controles prenatales, la gestante con inadecuada ganancia a las 28 semanas debe continuar su control a cargo de un equipo multidisciplinario especializado

- ✓ No se recomiendan orientaciones nutricionales encaminadas a bajar de peso durante la gestación.

- ✓ Se recomienda la medición y registro de la Presión Arterial Media (PAM) en todos los controles prenatales por su capacidad para predecir la Preeclampsia.

- ✓ Se recomienda medir la presión arterial.

- ✓ Se recomienda que los profesionales de la salud permanezcan alertas a los síntomas o signos de violencia intrafamiliar. Las gestantes deberán tener la oportunidad de discutir la violencia intrafamiliar en un ambiente en el cual se 2sientan seguras.

- ✓ Se recomienda que los profesionales de la salud permanezcan alertas a los síntomas o signos de violencia intrafamiliar. Las gestantes deberán tener la oportunidad de discutir la violencia intrafamiliar en un ambiente en el cual se sientan seguras. (Si fue golpeada, bofeteada, pateada, o lastimada físicamente, fue forzada a tener relaciones sexuales). Si la respuesta es positiva a una de las anteriores, se debe reportar el caso y orientar a la gestante a recibir apoyo de un equipo multidisciplinario.

- ✓ Se recomienda que, al inicio del control prenatal, los profesionales de la salud indaguen por antecedentes relevantes de trastornos mentales. 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.

- ✓ Se recomienda que, en el primer control prenatal, en la semana 28 de gestación y en la consulta de puerperio se identifique el riesgo de depresión postparto mediante dos preguntas se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza con frecuencia, si ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas. En las pacientes en que se detecte alto riesgo de depresión postparto se recomienda garantizar una intervención en el postparto inmediato.

## a) Paraclínicos y Exámenes complementarios durante la Atención Prenatal

*Tabla 1 Paraclínicos y Exámenes Complementarios durante la Atención Prenatal*

| PRIMER TRIMESTRE | SEGUNDO TRIMESTRE | TERCER TRIMESTRE |
|---|---|---|
| • Urocultivo y antibiograma.<br>• Hemograma y hemoclasificación<br>• Glicemia.<br>• Prueba rápida para VIH (VIH 1-VIH 2). se ofrece asesoría para la prueba voluntaria de VIH.<br>• Prueba treponémica rápida para sífilis.<br>• Antígeno de superficie para Hepatitis B – HbsAg.<br>• Pruebas de IgG e IgM, para Rubeola en mujeres no vacunadas previamente, antes de la semana 16 si no ha sido realizada en la etapa preconcepcional.<br>• Pruebas de IgG e IgM, en los casos en que no se conozca el estatus de infección por toxoplasma.<br>• Si las pruebas de IgG e IgM son positivas tomar prueba de avidez IgG, si la gestación es menor a 16 semanas. Si es mayor a 16 semanas el estudio se hará con IgA.<br>o Si la IgG e IgM toxoplasma es negativa se debe hacer tamización mensual con | • 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.<br>• Prueba rápida para VIH (VIH 1-VIH 2). Se ofrece asesoría para la prueba voluntaria de VIH. Realizar en cada trimestre de la gestación, en el momento del parto y durante la lactancia materna.<br>• Ecografía obstétrica para la detección de anomalías estructurales. Realizar entre la semana 18 y | • 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.<br>• Prueba rápida para VIH (VIH 1-VIH 2). Se ofrece asesoría para la prueba voluntaria de VIH. Realizar en cada trimestre de la gestación, en el momento del parto y durante la lactancia materna.<br>• Hemograma. Realizar en la semana 28 de gestación.<br>• Tamización para estreptococo del grupo B con cultivo rectal y vaginal. Realizar entre la semana 35 a 37 de gestación<br>• Ecografía obstétrica cuando la altura uterina sea menor del percentil |

| | | |
|---|---|---|
| IgM para identificar seroconversión.<br>• Tamizaje de cáncer de cuello uterino si no se ha realizado este en la consulta preconcepcional o en el último año.<br>• Ecografía entre las 10 semanas + 6 días y 13 semanas+6 días, la cual se realiza para tamizaje de aneuploidias; se recomienda que sea tomado por profesional en ginecología o radiología con el entrenamiento requerido y que se reporte la razón de riesgo para T13- 18 y 21. Se debe ofrecer la asesoría según el resultado y remitir a Ginecoobstetricia para estudios confirmatorios en caso de tamizaje positivo. En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.<br>• 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.<br>• En zonas endémicas de malaria se debe indicar una gota gruesa mensual. | semana 23 + 6 días.<br>• Prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) con 75 gramos (g) de glucosa. Realizar entre la semana 24 y 28 de gestación.<br>• Ecografía obstétrica cuando la altura uterina sea menor del percentil 10 o mayor del percentil 90. | 10 o mayor del percentil 90. |

### b) Suplementación con Micronutrientes y otros Medicamentos

*Tabla 2 Suplementación con Micronutrientes y otros Medicamentos*

| MEDICAMENTO | PRESENTACIÓN | DOSIS |
|---|---|---|
| **Carbonato de Calcio** | Tableta x 600 mg | 2 tabletas día, a partir de las 14 semanas de gestación |
| **Sulfato Ferroso** | Tableta x 300 mg, en gestantes con hemoglobina >a 14 g/dl no debe suministrarse | 1 tableta día |
| **Ácido Fólico** | Tableta x 0.4 mg. 4mgs en alto riesgo en antecedentes de defectos del tubo neural | 1 tableta día hasta semana doce |
| **Ácido Acetil Salicílico** | En mujeres con un criterio de alto riesgo2, o con dos o más factores de riesgo moderado para preeclampsia | 75 a 100 mg, a partir de la semana 12 de gestación y hasta el día del parto |

### c) Educación durante la Atención Prenatal:

❖ **Primer Trimestre:**

- Información en sentencia C-355 (control prenatal de primera vez).

- Derecho a ingresar con un acompañante a las consultas, a recibir un trato respetuoso y digno, a recibir información veraz sobre su estado de salud, a tener acceso a su historia clínica, etc.

  Deberes: Asistir oportuna y puntualmente a los servicios de salud, citas, exámenes y controles, a brindar información veraz acerca de su estado de salud y antecedentes, a portar la carpeta con documentos y exámenes relacionados n su embarazo, etc.

- Importancia de llevar el embarazo en semanas no en meses.

- Importancia de asistir a los controles prenatales y citas a las que se remita.

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

- Signos de alarma: Sangrado o manchado vaginal, Dolor pélvico intenso, Dolor o ardor al orinar, Aumento en la frecuencia o cantidad de vómito (hiperémesis), Depresión o excesiva tristeza o llanto fácil, Pérdida del conocimiento o convulsiones.

❖ **Segundo Trimestre:**

- Deberes y derechos.

- Signos de alarma: Sangrado, manchado o salida de líquido por vagina, dolor pélvico intenso, dolor o ardor al orinar, aumento en la frecuencia o cantidad de vómito (hiperémesis), a partir de la semana 20 dolor de cabeza, pitos en los oídos (Tinitus), si ve luces (fosfenos), dolor en la boca del estómago (epigastralgia), inflamación de miembros inferiores.

- A partir de la semana 24 no siente mover al bebé o disminuyen los movimientos.

- Depresión o excesiva tristeza o llanto fácil.

- Pérdida del conocimiento, convulsiones.

- Lactancia materna.

- Los demás que no hayan sido brindados en primer trimestre.

❖ **Tercer Trimestre:**

- Deberes y derechos.

- Signos de alarma: Sangrado, manchado o salida de líquido por vagina, Dolor pélvico intenso, dolor o ardor al orinar, aumento en la frecuencia o cantidad de vómito (hiperémesis), dolor de cabeza, pitos en los oídos (tinitus), si ve luces (fosfenos), dolor en la boca del estómago (epigastralgia), inflamación de miembros inferiores.

- A partir de la semana 24 no siente mover al bebé o disminuyen los movimientos.

- Depresión o excesiva tristeza, llanto fácil.

- Pérdida del conocimiento, convulsiones.

- Lactancia materna (beneficios, importancia, duración, información relacionada con Banco de leche humana, extracción y conservación de la leche materna).

- En el control prenatal se debe explicar a las gestantes sobre sus derechos a la atención del trabajo de parto y el parto con calidad y calidez, en un ambiente de respeto, libre de intervenciones innecesarias, donde prevalece el derecho a la intimidad.

- Se explica a las gestantes que tienen derecho a la compañía del padre del bebé o de una persona significativa durante el parto si las condiciones del servicio lo permiten, de tener a su niño o niña en contacto inmediato piel a piel e iniciar la lactancia materna durante la hora siguiente al nacimiento.

**d) Vacunación de la Gestante:**

El esquema de vacunación para las gestantes incluye las siguientes vacunas:

- Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td) según antecedente vacunal, apartar de la semana 16 de gestación.
- Influenza estacional, a partir de la semana 14 de gestación.
- Tétanos, difteria y Tos ferina acelular (Tdap), a partir de la semana 26 de gestación.

**e) 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 para la atención del parto.
- Información sobre el trabajo de parto, analgesia intra parto y manejo de embarazo prolongado.
- Signos para reconocer el inicio del trabajo de parto.
- Cuidados del recién nacido.
- Cuidados postnatales.

- **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.

**f) Consultas Complementarias en la Atención Prenatal:**

- **Consulta Odontológica:**

La consulta para la valoración integral de la salud bucal de las mujeres gestantes, se realizará dos veces durante el embarazo (idealmente en el primer y segundo

trimestre) y en aquellas en las cuales se identifiquen necesidades de atención resolutiva se realizan las derivaciones para la ruta específica para la atención de las alteraciones de la salud bucal. 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.

- **Consulta por Nutrición:**

En la consulta inicial de nutrición se realizará valoración nutricional que incluye: Paridad, edad gestacional, peso pre gestacional, revisión de las pruebas de laboratorio (glicemia, hemoglobina, cuadro hemático y otros), diagnósticos médicos (hipoglicemia, diabetes gestacional, hipertensión, hiperémesis, anemia, obesidad, bajo peso), verificación del consumo de suplementos de hierro, ácido fólico y calcio. La duración mínima recomendada para esta consulta es mínima de 30 minutos. Todas las mujeres gestantes deben recibir atención por nutrición al menos una vez, de preferencia al inicio del control prenatal. Si la gestante presenta alteraciones en su estado nutricional o diagnósticos médicos a intervenir por nutrición se deben establecer al menos dos controles, dependiendo de la evolución de la paciente, de acuerdo al criterio del profesional en nutrición y dietética.

- **Consulta por Psicología y Trabajo Social:**

Se debe garantizar como mínimo una consulta para valoración de aspectos psicosociales, identificación de factores de riesgo e intervención oportuna de los mismos.

**Curso de Maternidad y Paternidad:**

Desde el enfoque de curso de vida, la maternidad y la paternidad se concibe 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 paternidad es un proceso organizado de educación, realizado de manera interactiva entre el equipo de salud, la mujer y compañero, sus hijos y su familia o con persona que ella considere como efectivamente más cercana. La intencionalidad es la de desarrollar capacidades para el cuidado de la salud durante la gestación, el parto y el puerperio El curso de preparación para la maternidad y la paternidad es una estrategia de preparación que permite a las mujeres y familias vivir la gestación de manera saludable y prepararse para el parto y el puerperio. En él se proporcionan espacios en el que las gestantes aprenden a conocer su cuerpo, identificar cambios durante esta etapa, reconocer signos de alarma según la edad gestacional, conocen acerca de sus derechos y deberes, reciben orientación acerca de la importancia de su empoderamiento como mujer dentro del parto, se brinda una preparación física y psicológica de la gestante, su pareja y su familia. Además, se orienta en su autocuidado y el cuidado del recién nacido.

- **Estructura del Curso:**

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. 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.
- Tres sesiones en el tercer trimestre.

*Tabla 3 Curso de Maternidad y Paternidad*

| SESIONES DEL CURSO DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD RESPONSABLE | | |
|---|---|---|
| **N°** | **TEMATICA A ABORDAR** | **EJERCICIOS A REALIZAR EN LA SESIÓN** |
| **1.** | • Introducción al curso (Definición, explicación de su objetivo y temáticas a abordar)<br>• ¿Qué son los controles prenatales y cuál es su importancia?<br>• Derechos y Deberes de la familia Gestante.<br>• Ruta de atención Materna. Si es de Bajo riesgo y Alto Riesgo<br>• Portafolios de Servicios (Exámenes, vacunación, citas de control adicionales y su importancia).<br>• Organización de carpeta prenatal.<br>• Signos de alarma por trimestre.<br>• Directorio para atención de urgencias obstétricas. | Respiración y Relajación |
| **2.** | • Cambios físicos y emocionales durante la gestación por trimestre<br>• Autocuidado: higiene corporal y salud oral, vestido, sexualidad durante la gestación<br>• Prevención de infecciones más frecuentes (IVU-VAGINOSIS) y aspectos claves para su tratamiento en caso de presentarse. | Ejercicios para várices y calambres |
| **3.** | •Clasificación de grupos de alimentos.<br>•Alimentación durante la gestación y (Conceptos y consejos de alimentación de la gestación).<br>•Importancia de suplementación con micronutrientes.<br>•Como reducir los síntomas de la gestación (Nauseas, Reflujo, Estreñimiento etc.). | Ejercicios de estiramiento, fortalecimiento y tonificación |
| **4.** | •Estimulación prenatal.<br>•Estimulación postnatal (Se incluyen acciones de fomento de vínculo emocional).<br>•Prevención de maltrato y violencia y apoyo familiar.<br>•Dirección de instituciones que apoyan a las mujeres maltratadas. | Respiración y relajación |
| **5.** | •Derechos sexuales y reproductivos.<br>•Infecciones de transmisión sexual.<br>•Seguimiento serológico e Importancia del tratamiento.<br>•Complicaciones de las ITS en El Binomio Madre e hijo. | Ejercicios para vientre y estomago |
| **6.** | •Métodos anticonceptivos posparto.<br>•Planificación en situaciones especiales.<br>•Planeación del embarazo (consulta preconcepcional). | Ejercicios para la cintura |
| **7.** | •Fisiología y Anatomía de la glándula mamaria<br>•Composición de la Leche materna.<br>•Beneficios de la leche materna.<br>•Banco de leche humana.<br>•Extracción y conservación de la leche materna. | Los ejercicios van orientados hacia la explicación de la extracción Manual de la leche (Solo anotar ejercicios de respiración y relajación) |
| **8.** | •Organización de la maleta o pañalera.<br>•Trabajo de parto: parto falso y parto verdadero •Técnicas de respiración y pujo. | Los ejercicios van orientados hacia la enseñanza de los ejercicios para el manejo del dolor y técnicas de respiración y pujo. |

| | | |
|---|---|---|
| | •Ejercicios para manejo del dolor.<br>•Acompañamiento en el trabajo de parto y papel del acompañante.<br>•Cuidados en el postparto y signos de alarma durante el mismo. | |
| **9.** | •Cuidados del recién nacido.<br>•Cuidados del RN en condiciones especiales.<br>•Signos de alarma en el RN.<br>•Importancia de controles de valoración de la primera infancia y vacunación.<br>•Niño canguro y plan canguro. En esta sesión se da la clausura del curso entrega de diploma. | Ejercicios Posnatales |

### 8.2.3. Atención Humanizada del Parto y Atención del Recién Nacido:

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

Durante la consulta para el cuidado prenatal se ha definido un plan de parto que incluya el lugar, la institución y el proveedor que asistirá el parto. Adicionalmente, la mujer, su familia o acompañante deberá tener clara la información acerca de los trámites o elementos que deberá llevar el día de la admisión, así mismo, la información sobre los signos de alarma para acudir al servicio de urgencias. Esta información debe ser provista por escrito por parte de la EPS a la usuaria y deberá reposar junto a su carné perinatal. En este carné también debe reposar la evidencia sobre la consejería anticonceptiva y el método elegido. La atención del parto deberá también estar equipadas para la atención del recién nacido, con disponibilidad permanente del recurso humano para la atención del binomio madre hijo.

- **Objetivos:**

**-**Brindar un acompañamiento a la gestante y su familia durante el proceso de trabajo de parto y parto, a fin de obtener una experiencia humanizada y basada en el enfoque de derechos.

-Reducir y controlar complicaciones del proceso del parto y prevenir las complicaciones del alumbramiento y el puerperio, como la hemorragia posparto, la retención de restos placentarios y la infección puerperal.

- **Talento Humano:**

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

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

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

- **Duración:**

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

- **Durante la atención del parto se debe garantizar las siguientes actividades:**

a) Atención del parto humanizado teniendo en cuenta los lineamientos de la OMS, atención segura del binomio madre e hijo, estrategia IAMI Integral, circular 016 de marzo de 2017 del ministerio de protección social y demás pertinentes. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio (Minsalud 2014).

b) Admisión al servicio de urgencias obstétricas realizando presentación de profesional, indicando situación, recomendaciones generales y brindando educación a gestante y acompañante.

c) Realización de procedimientos teniendo en cuenta los protocolos establecidos.

d) Identificación de la paciente.

e) Diligenciamiento adecuado de historia clínica y registros.

f) Diligenciamiento de partograma y seguimiento de la guía para la vigilancia del bienestar fetal.

g) Atención del parto teniendo en cuenta protocolos y Guías de práctica clínica asegurando la calidad de la intervención obstétrica activa.

h) Favorecer el contacto piel a piel y lactancia materna en la primera hora de vida.

i) Adaptación neonatal según corresponda estado de salud del recién nacido (espontánea, inducida o conducida) según guía de práctica clínica.

j) Procedimientos de tamización del recién nacido (TSH, auditivo, visual, etc.)

k) Vacunación.

l) Registro civil.

m) Atención integral a la mujer durante el post parto inmediato, actividades establecidas en protocolos y guías de práctica clínica.

n) Brindar educación y acompañamiento en lactancia materna, puericultura, signos de alarma de la puérpera y el recién nacido.

o) Favorecer el alojamiento conjunto.

p) Garantizar atención segura al binomio madre e hijo.

q) Inscripción a Programa Madre Canguro de recién nacidos que cumplan criterios de inclusión (edad gestacional menor de 37 semanas y/o peso menor de 2500 gramos).

r) Asegurar la continuación de la atención en el Programa Madre Canguro hasta los dos años de vida, de acuerdo a los lineamientos del Ministerio.

s) Captar a la madre como beneficiaria de Banco de Leche Humana.

t) Planificación post evento obstétrico.

u) Asignación cita post parto.

v) Asignación cita recién nacido.

w) Entrega de placenta a familia en caso de ser solicitada. (Ver protocolo entrega de placenta).

x) En caso de mortinato, brindar acompañamiento y manejo del duelo a mujer y familia.

- **Adaptación del Neonato:**

La adaptación neonatal está representada por un conjunto de modificaciones cardio hemodinámicas, respiratorias y de todo orden que sucede en procura de la adecuación del ser humano al entorno atmosférico al nacer. Durante la adaptación neonatal, se debe garantizar el desarrollo de los pasos y actividades pertinentes en la adaptación neonatal en el área de sala de partos y/o cirugía para garantizar la calidad y seguridad en la atención del recién nacido. (GPC Recién nacido sano, Minsalud, 2013).

- **Historia Clínica:**
  - Realizar y verificar historia clínica antes del nacimiento del recién nacido con la finalidad de tener todos los instrumentos adecuados y necesarios a la hora del parto.
  - Seguimiento a la tamización adecuada de todos los recién nacidos para enfermedades de trasmisión vertical, de acuerdo con los protocolos de la institución.
  - Seguimiento a la intervención obstétrica activa.
  - Posterior del nacimiento del recién nacido se debe realizar todos los registros y detalles del nacimiento y de los procedimientos desarrollados en el momento del parto.
  - Diligenciar de forma correcta y clara el formato de historia clínica neonatal. La secuencia de atención es:
  - Limpieza de vías aéreas: en el momento en que el recién nacido asome la cabeza se debe limpiar manualmente las secreciones primero la boca y luego las fosas nasales. Se debe evitar la realización de succión de las vías aéreas de forma rutinaria y se debe reservar este procedimiento solo para los casos líquido amniótico con meconio espeso, sangre o pus con obstrucción de la vía aérea o si el recién nacido se encuentra con depresión respiratoria por cualquiera de estas causas.
  - Secado del recién nacido: una vez el recién nacido se encuentra fuera del canal del nacimiento, se debe proceder al secado completo. Para esto, se coloca al recién nacido sobre el abdomen de la madre, en contacto piel a piel y se inicia con el secado de la cabeza y la cara y luego el resto del cuerpo en forma suave y exhaustiva con campo seco y tibio.
  - Observación de la respiración o llanto y el tono muscular. La limpieza de las vías aéreas y el secado estimulan al recién nacido.
  - Pinzamiento cordón umbilical: Debe realizar cuando se cumpla los siguientes criterios: interrupción de la palpitación de las arterias umbilicales, disminución de la ingurgitación de la vena umbilical y perfusión satisfactoria de la piel, lo cual ocurre habitualmente entre el segundo y tercer minuto de nacido.
  - Presentación del recién nacido y contacto piel a piel: Debe presentarse el recién nacido a la madre y al padre o al acompañante con el objeto de favorecer la relación vincular de los padres con el recién nacido. Se debe

continuar monitoreando la respiración y se debe estimular el inicio de la lactancia materna.
- Lactancia materna.
- Limpieza de las secreciones de la boca nuevamente, si es necesario.
- Valoración del APGAR Se debe valorar la vitalidad y reactividad del recién nacido con la Escala del APGAR al minuto y a los cinco minutos para describir de forma estandarizada la vitalidad, la evaluación del tono muscular, el esfuerzo respiratorio, el color de piel y la frecuencia cardiaca.
- Realización de la Escala de Silverman-Anderson debe realizarse si el recién nacido tiene dificultad respiratoria los 10 minutos de nacimiento.
- Identificación del recién nacido debe realizarse frente a la madre e iniciarse antes de la separación de la madre.

- **Secuencia de Apoyo y Atención al Recién Nacido:**

En recién nacidos sanos, sin factores de riesgo, se recomienda la siguiente secuencia de apoyo de atención.

✓ **Succión:** Si el recién nacido no presenta factores de riesgo y tiene una vía aérea permeable se recomienda NO realizar Succión de rutina.

✓ **Reactividad del Recién Nacido**: Se debe valorar lo siguiente:

- Vitalidad y reactividad del recién nacido
- Apgar al minuto, a los 5 minutos y a los 10 minutos, describiendo la vitalidad del recién nacido.

- **Valoración del Patrón Respiratorio en el Recién Nacido:**

En los primeros 10 minutos realizar valoración utilizando los criterios de la escala de Silverman-Anderson.

**Valoración:**

- Recién nacido con 0 puntos, sin asfixia ni dificultad respiratoria.
- Recién nacido con 1 a 3 puntos, con dificultad respiratoria leve.

- Recién nacido con 4 a 6 puntos, con dificultad respiratoria moderada.

- **Contacto Piel a Piel:**

- El contacto piel a piel se debe realizar de manera inmediata como parte de la atención en sala de partos del recién nacido en adaptación espontánea, con el fin de iniciar un proceso de vinculación extrauterina temprano y adecuado. Esto ayuda a favorecer el establecimiento de la lactancia materna.

- Para los procedimientos de rutina en el recién nacido que interrumpen el contacto piel a piel (aplicación de vitamina K, peso, talla, examen físico inicial, profilaxis oftálmica) entre 60 y 90 minutos, de forma que no interrumpan el período temprano de contacto piel a piel entre la madre y su recién nacido a término y aparentemente sano.

- **Lactancia Materna y Alojamiento Conjunto:**

- Iniciar lactancia materna durante el contacto piel a piel siempre y cuando la madre esté en condiciones de hacerlo.

- Explicar a la madre que la lactancia materna es exclusiva hasta los seis (6) meses.

- **La Lactancia Materna se debe suspender en los siguientes casos**:

  - Tratamiento de la madre lactante con medicamentos contra el cáncer o con sustancias radioactivas. Los medicamentos que obligan a suspender la lactancia incluyen a; Amiodarona, quimioterapéuticos, drogas psicoactivas, ergotamina, bromocriptina, dosis altas de povidona y soluciones yodadas, metotrexate, liKo, radioisótopos y tetraciclinas.

- Madre con infección por VIH, sarampión, parotiditis, rubeola, TBC o varicela.

- Sospecha de galactosemia en el recién nacido.

- **No suspender la lactancia materna cuando se usan los siguientes medicamentos:** A dosis habituales, pero debe observarse siempre al recién nacido:

  - Analgésicos: acetaminofén, ácido acetil salicílico e Ibuprofeno y dosis ocasionales morfina.

  - Antibióticos: Ampicilina, Amoxicilina, oxacilina y otras penicilinas, Eritromicina. Medicamentos Antituberculosos y antileprosos. Medicamentos antipalúdicos (excepto mefloquina y en Fansidar). Antihelmínticos y anti fúngicos.

  - Broncodilatadores como el salbutamol, corticoides, antihistamínicos, Antiácidos.

  - Medicamentos para la diabetes y antihipertensivos.

  - Suplementos nutricionales de Yodo, hierro y vitaminas.

- **Identificación del Recién Nacido:**

Se debe colocar al recién nacido después del nacimiento la manilla o marquilla de identificación debidamente asegurada, colocada en un lugar visible escrita con tinta indeleble, sin tachaduras o enmendaduras, con la siguiente información de identificación:

- Nombre de la madre.
- Fecha y hora de nacimiento.
- Número de gemelo (En caso de gestaciones múltiples).
- Sexo.

- Número de identificación de la madre.

- **Profilaxis en el Recién Nacido:**

**Vitamina k:**

- Administrar en recién nacidos a término y sin factores de riesgo la aplicación de 1mg.

- 0.5 ml de vitamina k una vez se termine el periodo neonatal inmediato de contacto piel a piel con la madre.

- Sitio de administración: Vasto externo tercio medio pierna derecha a recién nacido.

**Profilaxis oftálmica:**

- Para la prevención de la oftalmía neonatal la aplicación de profilaxis oftálmica en todos los recién nacidos tan pronto como sea posible después del parto sin interrumpir el contacto piel a piel.

- Existe evidencia que la profilaxis con nitrato de plata 1%, eritromicina 0.5% y povidona yodada 2.5% son igualmente efectivos contra la oftalmia neonatal. Sin embargo, hay mayor beneficio contra la oftalmia por Chlamydia Trachomatis con el uso de la povidona yodada al 2.5% (Guía de práctica clínica del recién nacido sano, 2013).

- Medidas antropométricas: Se debe realizar durante la adaptación neonatal toma y registro de: Peso, Talla, P.C: Perímetro Cefálico, P.T: Perímetro torácico, P.A: Perímetro Abdominal.

- **Examen Físico del Recién Nacido y Cálculo de Edad Gestacional:**

Se debe realizar al recién nacido en el nacimiento de manera cefalocaudal y al egreso del recién nacido siempre dejando como evidencia en la historia clínica y explicando a la madre el procedimiento que se está realizando.

- **Estrategia Binomio Madre e Hijo:**

La estrategia de atención Binomio Madre e Hijo realiza acompañamiento para la atención del evento obstétrico, garantizar la asignación de las citas de control postparto y del recién nacido y velar por la administración efectiva de método de regulación antes de la salida hospitalaria, posterior al egreso hospitalario, se realiza seguimiento telefónico con el fin de monitorear el estado de salud del binomio madre e hijo, lo que incluye la identificación de signos de alarma para consultar de manera inmediata al servicio de urgencias, lactancia materna exclusiva, conocimiento de la existencia del banco de leche humana, asistencia a la consulta de post parto y valoración del recién nacido, identificación de signos de depresión post parto, uso de método de planificación familiar post parto para prevención de embarazo subsiguiente, y realizar en forma permanente demanda inducida hacia los diferentes programas de protección específica y detección temprana que se ofertan.

- **Puerperio Inmediato, Mediato:**

Durante el puerperio inmediato se deben garantizar las actividades de vigilancia del estado de salud de la puérpera y del recién nacido. Es importante realizar la toma y registro de signos vitales maternos cada 15 minutos durante las 2 primeras horas posparto (Frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno). Así mismo, se realiza control de líquidos (administrados y eliminados) y los datos relacionados con la clasificación del choque hipovolémico (perfusión, sensorio, características del sangrado, involución uterina. Grado de choque, masaje uterino) si la paciente presentó código rojo, debe realizarse la

misma valoración y registro, pero durante las primeras 4 horas posparto. Realizar valoración de las mamas, verificando tipo de pezón, producción de leche. Se debe valorar en el recién nacido test de humedad, lactancia materna verificando los signos de buen agarre.

Así mismo, se deben realizar las siguientes actividades:

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

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

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

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

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

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

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

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

### 8.2.4. Control Postparto:

El control postparto tiene como objetivo establecer si la puérpera presenta una adecuada adaptación luego del evento obstétrico, si se presentan signos que puedan sugerir una patología post evento, si presentan un adecuado estado nutricional, si se presentan signos de infección, adherencia al plan de manejo instaurado desde el hospital, adicionalmente la revisión de la técnica de lactancia,

adaptación a la lactancia materna y brindar educación en puericultura. La consulta de control postparto debe tener una duración mínima de 30 minutos, y este tiempo debe ser independiente del tiempo de consulta para el control del recién nacido. Es importante garantizar una atención diferencial para las madres que tienen una condición de mayor riesgo por sus antecedentes prenatales, usuarias con diagnósticos de Morbilidad Materna Extrema deben ser valoradas por el ginecólogo o ginecobstetra. Esta consulta se debe realizar una sola vez y se deberá derivar a otras consultas generales o especializadas si fueren necesarias de acuerdo con los hallazgos detectados. Esta consulta debe tener continuidad con las intervenciones reconocidas en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la puérpera de acuerdo a su curso de vida.

### 8.2.5. Control Del Recién Nacido:

El control del recién nacido tiene como objetivo establecer si la niña o el niño recién nacidos presentan una adecuada adaptación a la vida extrauterina, si no se presentan signos que puedan sugerir una patología neonatal, si presentan un adecuado estado nutricional, si no se presentan signos de infección.

El control del recién nacido se hará mediante una consulta ambulatoria de la niña o el niño por parte de profesional de pediatría durante los primeros cinco días del egreso hospitalario, idealmente entre los tres y los cinco días posteriores al alta. Se podrá realizar por profesional de medicina general con entrenamiento en pediatría sólo en el caso en el que no se cuente con profesional de pediatría en la institución para el momento de la consulta, según los criterios de adaptabilidad territorial para población en alta ruralidad o rural dispersa. La consulta de control del recién nacido debe tener una duración mínima de 30 minutos, y este tiempo debe ser independiente del tiempo de consulta para el control del puerperio.

Es importante garantizar una atención diferencial para los niños que tienen una condición de mayor riesgo por su historia de vida prenatal, perinatal y postnatal. Esta consulta se debe realizar una sola vez y se deberá derivar a otras consultas generales o especializadas si fueren necesarias de acuerdo con los hallazgos detectados. Esta consulta debe tener continuidad con la consulta de valoración

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

## 9. CONDICIONES PARA REMITIR A MAYOR NIVEL UNA UNIDAD DE CUIDADO OBSTÉTRICO DEMAYOR COMPLEJIDAD.

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

- Cualquier enfermedad cardiaca confirmada.
- Cualquier trastorno hipertensivo.
- Asma bronquial no controlada.
- Fibrosis quística.
- Hemoglobinopatías o trastornos hematológicos.
- Enfermedad de células falciformes, beta-talasemia mayor.
- Antecedentes de trastornos tromboembólicos.
- La púrpura trombocitopénica inmune u otro trastorno de plaquetas con plaquetas por debajo de 150 000.
- Enfermedad de von Willebrand.
- Trastorno de la coagulación de la mujer o del feto.
- Anticuerpos que conllevan riesgo de enfermedad hemolítica del recién nacido.
- Hepatitis B-C
- Portador de infección por el VIH.
- Sospecha de toxoplasmosis fetal o mujeres que reciben tratamiento.
- Infección actual activa o sospechada de sífilis-varicela-rubéola-herpes genital en la mujer, el bebé.
- Tuberculosis.
- Lupus eritematoso sistémico inmune.

- Esclerodermia.
- Enfermedades no específicas del tejido conjuntivo.
- Hipotiroidismo no controlado.
- Hipertiroidismo.
- Diabetes.
- Pacientes con función renal anormal.
- Enfermedad renal crónica que requiere supervisión de especialista.
- Epilepsia Miastenia gravis.
- Accidente cerebrovascular previo.
- Enfermedades gastrointestinales como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.
- Enfermedad hepática con pruebas de función hepática normales o anormales.
- Anomalías esqueléticas o neurológicas como antecedente de fractura de pelvis o déficit neurológico.
- Trastornos psiquiátricos que requieren atención hospitalaria actual.
- Uso de drogas psicoactivas.
- Abuso de sustancias o la dependencia del alcohol.
- Antecedente o presencia de cáncer en cualquier localización.
- Multiparidad mayor de 4 partos.
- Mujeres menores de 15 años o mayores de 38.
- Ausencia de control prenatal.
- Ausencia de apoyo económico y emocional de la familia.
- Hemorragia anteparto de origen desconocido (episodio único después de 24 semanas de gestación.
- Índice de masa corporal en la admisión superior a 30 kg / m².
- Embarazo múltiple.
- Placenta previa.
- Preeclampsia o hipertensión inducida por embarazo.
- Trabajo de parto prematuro o ruptura de membranas antes del inicio del trabajo de parto.
- Desprendimiento de placenta.
- Muerte intrauterina confirmada.
- Inducción del parto.
- Diabetes gestacional.

- Distocias de presentación (ejemplo: presentación de pelvis o situación transversa).
- Hemorragia anteparto recurrente.
- Feto pequeño para la edad gestacional (menos del percentil diez o reducción de la velocidad de crecimiento en la ecografía).
- Frecuencia cardíaca fetal anormal (FCF) / Doppler anormal.
- Ultrasonido diagnóstico de oligo/polihidramnios.
- Antecedente de complicaciones como: Historia de bebé anterior de más de 4,0 kg, Muerte fetal-muerte neonatal inexplicable o en relación con dificultad intraparto, Muerte fetal- muerte neonatal con causas conocidas no recurrentes Bebé con encefalopatía neonatal, Bebé anterior a término con ictericia que requirió exanguinotransfusión.
- Preeclampsia.
- Eclampsia.
- Ruptura uterina.
- Hemorragia posparto primaria que haya requerido un tratamiento adicional o transfusión.
- Placenta retenida que haya requerido la extracción manual.
- Cesárea previa.
- Distocia de hombros.
- Historia de laceración vaginal amplia, desgarro cervical o trauma perineal de tercer o cuarto grado.
- Antecedente de cirugía ginecológica mayor.
- Antecedente de conización o escisión con asa de la zona de transformación.
- Presencia de miomas o fibromas uterinos.
- Antecedente de miomectomía.
- Antecedente de histerotomía.

## 10. CONTROL DE CAMBIOS

| CONTROL DE CAMBIOS | | |
|---|---|---|
| **Versión** | **Fecha** | **Descripción de cambios realizados** |
| 01 | 25/08/2025 | Creación del protocolo de atención por Ruta Materno Perinatal – Control, cuidado Prenatal |