ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL



PROTOCOLO DE EGRESO HOSPITALARIO OBSTETRICO (GESTANTE, MUJER EN PUERPERIO Y RECIEN NACIDO)

Responsable	Elaboro	Reviso	Aprobó
Cargo	Contratista	Coordinador Medico	Gerente
Nombre completo	Yaniris Melo Serna	Consuelo Escorcia Moreno	Yesenia Hernandez Hernandez
Firma			

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 5
2. SITUACIÓN QUE MOTIVA LA CIRCULAR 6
3. OBJETIVOS 9
3.1. OBJETIVO GENERAL 9
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 9
4. ALCANCE Y POBLACIÓN OBJETO 10
5. DEFINICIONES 11
6. MARCO NORMATIVO 12
7. RESPONSABILIDADES 13
8. PRINCIPIOS RECTORES 14
9. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO AL EGRESO 15
..... 15
9.1. RIESGO MATERNO 16
9.2. RIESGO NEONATAL 17
10. CRITERIOS CLÍNICOS DE EGRESO 18
10.1. CRITERIOS DE EGRESO DE LA MUJER EN PUERPERIO 18
10.2. CRITERIOS DE EGRESO DEL RECIÉN NACIDO 20
11. CRITERIOS QUE OBLIGAN A POSTERGAR EL EGRESO 20
11.1. CONDICIONES MATERNAS 21
11.2. CONDICIONES NEONATALES 21
11.3. CONDICIONES DEL CONTEXTO 22
12. ACCIONES OBLIGATORIAS PARA EL EGRESO DE LA GESTANTE 22
12.1. APLICACIÓN PRÁCTICA EN LA E.S.E. HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES 23
13. ACCIONES OBLIGATORIAS PARA EL EGRESO DEL RECIÉN NACIDO 25
13.1. APLICACIÓN PRÁCTICA EN LA E.S.E. HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES. 26
14. FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE EGRESO SEGURO OBSTÉTRICO 27
15. SEGUIMIENTO POSEGRESO 30
15.1. LINEAS DE TIEMPO DEL SEGUIMIENTO POS-EGRESO 30
16. TELEMEDICINA, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA 31
..... 31

17. PROHIBICIÓN DE BARRERAS ADMINISTRATIVAS 33
18. ARTICULACIÓN CON LA MODALIDAD EXTRAMURAL 34
.....34
19. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y REPORTES.....35
20. INDICADORES DE MONITOREO.....36
21. ANEXO 1. LISTA DE CHEQUEO DE EGRESO SEGURO OBSTÉTRICO.....39
22. ANEXO 2. CONSTANCIA DE INFORMACIÓN AL EGRESO 41
22.1. SIGNOS DE ALARMA — MUJER EN POSPARTO.....41
22.2. SIGNOS DE ALARMA — RECIÉN NACIDO 42
23. ANEXO 3. REGISTRO DE DOBLE VERIFICACIÓN 44
24. ANEXO 4. CONSTANCIA DE POSTERGACIÓN DEL EGRESO 45
25. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.....46

LISTADO DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Indicadores que sustentan la Circular Externa 010 de 2026. 7
Ilustración 2 Las cinco acciones obligatorias de egreso seguro — Circular Externa 010 de 2026, numeral 2.2. 8
Ilustración 3 Gestión del Riesgo 15
Ilustración 4 Clasificación del riesgo y asignación de la cita de control posegreso. 15
Ilustración 5 Requisitos obligatorios previos para el alta médica institucional 18
Ilustración 6 Las tres salidas posibles de la valoración de egreso. 21
Ilustración 7 Flujograma del egreso seguro obstétrico. La secuencia detallada se describe a continuación. 27
Ilustración 8 Momentos del seguimiento posegreso. 30
Ilustración 9 . La telemedicina apoya la estabilización; nunca sustituye ni retrasa la remisión. 31
Ilustración 10 Red Respuesta Telemedicina 32
Ilustración 11 Despliegue extramural 34
Ilustración 12 Información y Reportes 35
Ilustración 13 Signos de alarma de la mujer en posparto. 41
Ilustración 14 Signos de alarma del recién nacido. 42

1. INTRODUCCIÓN

El egreso obstétrico es el momento de mayor vulnerabilidad de todo el proceso de atención materno-perinatal. La mayoría de las muertes maternas y neonatales que ocurren fuera de la institución suceden en los días siguientes a una salida que, en el papel, fue correcta: la mujer estaba estable, el recién nacido alimentaba bien, no había signos de alarma en el momento de firmar el alta. Lo que falló después no fue la valoración clínica, sino la continuidad: el medicamento que no se entregó, el control que nadie programó, el signo de alarma que la familia no supo reconocer, la distancia que hizo imposible volver.

En la E.S.E. Hospital Jorge Isaac Rincón Torres esta brecha se amplifica. Como institución de primer nivel de La Jagua de Ibirico, atiende el parto de bajo riesgo de un municipio con población urbana, rural y de corregimientos, no dispone de ginecoobstetra ni pediatra de manera permanente, y una proporción relevante de las usuarias reside a distancia considerable del casco urbano. Decidir un egreso obstétrico en este escenario no es únicamente un acto clínico: es una decisión sobre si la mujer y su hijo podrán efectivamente continuar el cuidado.

La Circular Externa 010 del 26 de marzo de 2026 del Ministerio de Salud y Protección Social responde a esta realidad convirtiendo el egreso seguro en una obligación normativa expresa y verificable. Sus numerales 2.2, literales c y d, definen con precisión qué debe cumplirse antes de que una gestante o un recién nacido salgan de la institución, y su numeral 3 somete ese cumplimiento a la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

2. SITUACIÓN QUE MOTIVA LA CIRCULAR

La Circular Externa 010 de 2026 se fundamenta, entre otros, en los siguientes hallazgos:

- **Solo alrededor del 13 % de las gestantes accede a los controles posparto**, porcentaje que el Ministerio califica como inadmisible y que constituye un factor que incrementa de manera directa el riesgo de complicaciones graves e incluso de muerte materna.

- A la semana epidemiológica 53 de 2025 se notificaron 195 muertes maternas, equivalentes a una razón de mortalidad materna de 44,3 por cada 100.000 nacidos vivos; de ellas, 36 correspondieron a hemorragia obstétrica y 36 a trastornos hipertensivos.

- Se registra un incremento de las muertes asociadas a sepsis obstétrica y no obstétrica, particularmente neumonía, mientras disminuyen las relacionadas con hemorragia posparto, trastornos hipertensivos y tromboembolismo pulmonar.

- Desde la semana epidemiológica 16 de 2025 se observa un aumento sostenido de los casos de morbilidad materna extrema, principalmente por hemorragia e hipertensión, con marcadas diferencias entre territorios.

- La razón de mortalidad materna de 2024, según estadísticas vitales del DANE, fue de 45,6 por 100.000 nacidos vivos, aún distante de la meta nacional de 32.

- La tasa de mortalidad neonatal de 2024 se situó en 6,63 por cada 1.000 nacidos vivos y continúa concentrando cerca del 63 % de las muertes en menores de un año y el 51 % de los fallecimientos en menores de cinco años.

- El bajo peso al nacer alcanzó el 11,25 % en 2024 y la prematurez pasó de 9,59 % en 2018 a 11,32 % en 2025, un incremento cercano al 18 %.

Ilustración 1 Indicadores que sustentan la Circular Externa 010 de 2026.



La lectura conjunta de estas cifras es directa: las complicaciones que matan a las mujeres colombianas —hemorragia, hipertensión, sepsis— se manifiestan de manera predominante en el puerperio, justamente el período en el que solo trece de cada cien mujeres asisten a un control. El egreso seguro es, por tanto, la intervención con mayor capacidad de modificar ese desenlace desde el primer nivel.

Lo que cambia con la Circular 010 de 2026

- *La cita de control posegreso deja de ser una recomendación: es requisito para la autorización del alta médica, tanto para la gestante como para el recién nacido.*

La asignación de esta esta cita debe corresponder al nivel de riesgo y condición clínica, Gestantes de alto riesgo: La atención debe ser realizada por un especialista en ginecoobstetricia. Gestantes de bajo riesgo: La atención podrá ser realizada por un profesional en medicina.

- *La decisión de egreso o de no internación deja de ser unipersonal: exige doble chequeo clínico documentado en la historia clínica.*

- *La entrega de medicamentos deja de limitarse a la fórmula: debe garantizarse la provisión para al menos quince (15) días posteriores al egreso.*

- *La afiliación del recién nacido al SGSSS debe gestionarse antes del egreso hospitalario.*
- *El lugar de residencia se convierte en criterio de decisión: obliga a evaluar hospitalización domiciliaria, hogar de paso, albergue materno o postergación del egreso.*

Ilustración 2 Las cinco acciones obligatorias de egreso seguro — Circular Externa 010 de 2026, numeral 2.2.



3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Garantizar que toda gestante, mujer en puerperio y recién nacido atendidos en la institución egresen en condiciones clínicas seguras, con continuidad terapéutica asegurada, cita de control programada, información comprendida y seguimiento activo, en cumplimiento de lo dispuesto en la Circular Externa 010 de 2026 del Ministerio de Salud y Protección Social.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar la doble verificación clínica documentada a toda decisión de egreso o de no internación de gestantes, puérperas y recién nacidos.
- Establecer los criterios clínicos mínimos que deben cumplirse antes de autorizar el alta obstétrica y neonatal, y los criterios que obligan a postergar el egreso.
- Garantizar la formulación y entrega efectiva de los medicamentos requeridos para al menos quince (15) días posteriores al egreso.
- Asegurar que ninguna mujer ni recién nacido salga de la institución sin cita de control programada e informada, asignada según el nivel de riesgo.
- Evaluar y decidir, en función del lugar de residencia y la condición clínica, la hospitalización domiciliaria, el hogar de paso, el albergue materno o la postergación del egreso.
- Gestionar la afiliación del recién nacido al Sistema General de Seguridad Social en Salud antes del egreso hospitalario.
- Estandarizar la entrega y la confirmación de comprensión de los signos de alarma maternos y neonatales, las fechas de control y la ruta de urgencias.
- Activar teleapoyo y teleexperticia ante toda emergencia obstétrica y todo recién nacido con complicaciones, sin retrasar la remisión.
- Eliminar toda barrera administrativa, económica o contractual que condicione la atención, la remisión o el egreso seguro.
- Garantizar el registro y reporte oportuno de la información al Anexo Técnico SGD126GEST y al Sistema de Registro Nacional de Gestantes (SIRENAGEST).

- Realizar seguimiento activo posegreso y medir la adherencia efectiva al control posparto y al control del recién nacido.

4. ALCANCE Y POBLACIÓN OBJETO

Este protocolo aplica a todos los servicios de la E.S.E. Hospital Jorge Isaac Rincón Torres en los que se decide el egreso o la no internación de una gestante, una mujer en puerperio o un recién nacido: sala de partos, atención inmediata del recién nacido, hospitalización, urgencias, observación y servicios extramurales. Es de obligatorio cumplimiento para la totalidad del talento humano asistencial y administrativo vinculado, contratado o en formación de la institución.

El proceso inicia con la clasificación del riesgo desde el ingreso a la institución y termina con la verificación de la asistencia efectiva al control posegreso y el reporte de la información a los sistemas oficiales.

Población cubierta

- Mujer gestante atendida en cualquier servicio, incluida aquella en la que se decide la no internación tras consulta a urgencias.
- Mujer en puerperio inmediato, mediato o tardío, atendida por parto en la institución o que consulta posteriormente.
- Mujer con antecedente de morbilidad materna extrema contrarreferida desde una institución de mayor complejidad.
- Recién nacido atendido en la institución, incluidos los nacidos en parto extrainstitucional que consultan posteriormente.
- Mujer con pérdida gestacional o muerte perinatal, con las adecuaciones de acompañamiento que correspondan.

5. DEFINICIONES

Término	Definición operativa
Egreso seguro obstétrico	Conjunto de acciones clínicas, administrativas y educativas verificables que garantizan que la salida de la gestante, la puérpera o el recién nacido se produce en condiciones de estabilidad clínica, con tratamiento asegurado, cita de control programada, información comprendida y continuidad del cuidado garantizada.
No internación	Decisión de no hospitalizar a una gestante o a un recién nacido valorado en el servicio de urgencias u otro servicio. Conforme a la Circular 010 de 2026 tiene las mismas exigencias de verificación que el egreso.
Doble verificación de egreso	Doble chequeo clínico documentado de la decisión de egreso o de no internación, realizado por dos profesionales, con constancia expresa en la historia clínica.
Puerperio	Período que se extiende desde la expulsión de la placenta hasta la involución completa de los órganos genitales. Se divide en inmediato (primeras 24 horas), mediato (hasta el séptimo día) y tardío (hasta los 42 días).
Morbilidad materna extrema	Complicación grave que ocurre durante el embarazo, el parto o el puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere manejo inmediato para evitar la muerte.
Emergencia obstétrica	Situación clínica de instauración súbita durante la gestación, el parto o el puerperio que amenaza la vida de la mujer o del feto y exige atención inmediata, sin autorización administrativa previa.
Hemorragia posparto	Sangrado que compromete el estado hemodinámico de la mujer tras el parto. Junto con los trastornos hipertensivos concentra la mayor proporción de muertes maternas en el país.
Recién nacido de alto riesgo	Para efectos de este protocolo: recién nacido pretérmino, con bajo peso al nacer, con morbilidad neonatal extrema o con defectos congénitos mayores.
Hogar de paso / albergue materno	Alternativa de alojamiento transitorio para la mujer en puerperio o el recién nacido cuyo lugar de residencia es distinto al de la institución que atendió el parto, orientada a garantizar la asistencia efectiva al control.
Teleapoyo	Modalidad de telemedicina en la que un profesional o personal de salud solicita soporte de otro profesional para resolver una situación clínica puntual.
Teleexperticia	Modalidad sincrónica de telemedicina mediante la cual un profesional de baja o mediana complejidad obtiene la concurrencia de un especialista de una institución de alta complejidad.
SIRENAGEST	Sistema de Registro Nacional de Gestantes del Ministerio de Salud y Protección Social, alimentado con las variables del Anexo Técnico SGD126GEST.
ISABEL	Instrumento de Seguridad para la Atención Obstétrica de Emergencias en Línea, estándar mínimo para evaluar y mejorar la capacidad resolutiva institucional.
PAREMM	Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna del Ministerio de Salud y Protección Social.

6. MARCO NORMATIVO

La aplicación de este protocolo se sustenta en las siguientes disposiciones, sin perjuicio de las demás normas concordantes y de las que las modifiquen o sustituyan:

Norma	Contenido relevante para el egreso seguro obstétrico
Circular Externa 010 de 2026 — MSPS (26 de marzo de 2026)	Norma eje de este protocolo. Imparte orientaciones obligatorias en el marco del PAREMM y del Plan para la Reducción de la Mortalidad en Niñas y Niños en Primera Infancia. Define las acciones de egreso seguro de la gestante (numeral 2.2, literal c) y del recién nacido (numeral 2.2, literal d), así como las obligaciones de telemedicina, atención sin barreras, modalidad extramural, uso de ISABEL y reporte al SGD126GEST/SIRENAGEST.
Ley 1751 de 2015 (Estatutaria de Salud)	Artículo 14: prohibición de exigir autorizaciones administrativas previas para la atención de urgencias. Artículos 5 y 11: obligaciones del Estado y protección especial a mujeres gestantes, niñas y niños.
Ley 2244 de 2022 — Parto Digno, Respetado y Humanizado	Artículo 4: garantías de trato digno, información y acompañamiento durante la gestación, el parto y el posparto; prohibición de barreras.
Resolución 3280 de 2018, modificada por las Resoluciones 276 de 2019 y 051 de 2023	Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno-Perinatal: contenidos de la atención del parto, del puerperio, del recién nacido y de los controles posteriores. Marco al que remite expresamente la Circular 010 de 2026 para las condiciones de egreso seguro.
Resolución 3202 de 2016	Manual metodológico de las Rutas Integrales de Atención en Salud y obligaciones de los actores del sistema.
Resolución 2335 de 2023 y su Anexo Técnico No. 1, modificado por la Resolución 1886 de 2024	Operación del proceso de referencia y contrarreferencia y del traslado asistencial de gestantes y neonatos.
Decreto 780 de 2016 (arts. 2.5.3.2.16 y 2.5.3.4.7.3), modificado por el Decreto 441 de 2022	Integralidad de la atención en el mismo lugar: consultas, toma de muestras y dispensación de medicamentos de la atención prenatal y del parto, evitando fragmentación y traslados innecesarios.
Circular Externa 047 de 2022 — MSPS	Instrucciones para fortalecer el acceso efectivo a la atención integral de gestantes y recién nacidos. La Circular 010 de 2026 la complementa.
Circular Externa 022 de 2024 — MSPS	Directrices para la intensificación de las acciones de atención integral de niñas y niños en primera infancia.
Resolución 3100 de 2019	Condiciones de habilitación de los servicios de obstetricia y atención del recién nacido.
Resolución 1995 de 1999	Manejo de la historia clínica; obligatoriedad y contenido de la epicrisis como documento de egreso.
Leyes 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1949 de 2019	Competencias de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud y de las entidades territoriales.

Consecuencias del incumplimiento

- El numeral 3 de la Circular Externa 010 de 2026 establece que la Superintendencia Nacional de Salud adelantará las actuaciones administrativas necesarias para verificar su cumplimiento.

- La inobservancia de la circular, de los lineamientos del PAREMM y del Plan para la Reducción de la Mortalidad en Primera Infancia, de las Resoluciones 3202 de 2016 y 3280 de 2018 y de las Circulares 047 de 2022 y 022 de 2024 puede dar lugar a medidas administrativas y sanciones conforme al régimen sancionatorio aplicable.

- Las entidades territoriales deben verificar el cumplimiento de las condiciones de egreso seguro en las IPS de su jurisdicción que atienden partos.

7. RESPONSABILIDADES

Rol	Responsabilidad frente al egreso seguro obstétrico
Gerencia de la E.S.E.	Adoptar el protocolo mediante acto administrativo, garantizar el talento humano, los medicamentos, la conectividad para telemedicina y el transporte asistencial, y responder ante los entes de control.
Coordinación médica	Garantizar la disponibilidad del segundo profesional verificador las 24 horas, autorizar el alta solo con la lista de chequeo completa y resolver los casos sin condiciones para un egreso seguro.
Médico tratante	Clasificar el riesgo obstétrico y neonatal, realizar la primera verificación clínica, formular el tratamiento ambulatorio por al menos 15 días, elaborar la epicrisis y registrar la decisión en la historia clínica.
Segundo profesional verificador	Efectuar el doble chequeo clínico independiente de la decisión de egreso o no internación y dejar constancia expresa en la historia clínica.
Profesional de enfermería	Aplicar la lista de chequeo, realizar la vigilancia del puerperio inmediato, impartir y confirmar la educación en signos de alarma, verificar la entrega de medicamentos y del soporte de la cita.
Referente materno-perinatal	Verificar el cumplimiento de los literales c y d del numeral 2.2 de la Circular 010 de 2026 en el 100 % de los egresos, liderar el seguimiento de la cohorte de gestantes y consolidar los indicadores.
Servicio farmacéutico	Garantizar existencias y dispensación efectiva de uterotónicos, antihipertensivos, antibióticos, anticoagulantes, antiagregantes, hierro y micronutrientes para al menos 15 días posegreso.
SIAU / Atención al usuario	Programar y entregar por escrito la cita de control posparto y la del recién nacido, tramitar la afiliación del recién nacido e informar la ruta de urgencias.
Referencia y contrarreferencia	Activar teleapoyo y teleexperticia, gestionar la remisión y el transporte asistencial, y documentar la aceptación por la institución receptora.
Registros médicos / Estadística	Recolectar, procesar y transmitir de forma oportuna, completa y verificable las variables del Anexo Técnico SGD126GEST para la actualización de SIRENAGEST.
Calidad y Seguridad del Paciente	Auditar historias clínicas, calcular indicadores, gestionar eventos adversos posegreso y presentar resultados al Comité de Vigilancia Epidemiológica.
Equipos extramurales / Equipos Básicos de Salud	Identificar la cohorte de gestantes del territorio, realizar las atenciones de la ruta materno-perinatal, clasificar el riesgo, realizar la visita domiciliaria posegreso y gestionar con la EPS la continuidad del cuidado.

8. PRINCIPIOS RECTORES

- **El egreso se planea desde el ingreso.** La preparación del alta obstétrica comienza en la admisión, no cuando la mujer ya está vestida para salir.
- **Ninguna decisión de egreso es unipersonal.** La doble verificación clínica documentada es obligatoria para toda gestante y todo recién nacido, incluida la decisión de no internación.
- **El alta se autoriza solo con la cita asegurada.** La programación de la cita de control constituye requisito para la autorización del alta médica, no una recomendación.
- **La autonomía médica se preserva.** La circular establece estas acciones sin detrimento de la autonomía del profesional tratante. El juicio clínico puede indicar postergar el egreso; nunca omitir las verificaciones.
- **Ninguna barrera administrativa condiciona la atención.** La ausencia de contrato vigente, de autorización previa o de afiliación no puede impedir la atención, la remisión ni el egreso seguro.
- **La información debe ser comprendida, no solo entregada.** Se verifica la comprensión de la mujer y de su acompañante y se deja constancia firmada.
- **La distancia es un criterio clínico.** El municipio de residencia, el tiempo de desplazamiento y la disponibilidad de transporte determinan si el egreso es realmente seguro.
- **Ante la duda, no se egresa.** Si los dos verificadores discrepan o no se cumple una condición, prevalece la conducta de mayor seguridad: se posterga el alta o se activa teleexperticia.
- **Lo que no está en la historia clínica no ocurrió.** El registro es la evidencia del cumplimiento ante la auditoría interna, la entidad territorial y la Superintendencia Nacional de Salud.

9. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO AL EGRESO

Ilustración 3 Gestión del Riesgo



La clasificación del riesgo determina quién debe realizar el control posegreso y con qué oportunidad. Se registra en la historia clínica antes de la doble verificación y condiciona toda la planeación del alta.

Ilustración 4 Clasificación del riesgo y asignación de la cita de control posegreso.



9.1. RIESGO MATERNO

Alto riesgo — control por ginecoobstetra	Bajo riesgo — control por profesional de medicina
• Trastorno hipertensivo del embarazo en cualquiera de sus formas. • Antecedente de hemorragia posparto o de transfusión en esta gestación. • Morbilidad materna extrema en esta gestación. • Sepsis obstétrica o infección activa en tratamiento. • Cesárea con complicación intraoperatoria o posoperatoria. • Anemia severa al egreso. • Enfermedad crónica de base: cardiopatía, nefropatía, diabetes, enfermedad autoinmune, VIH, tuberculosis. • Tratamiento ambulatorio con anticoagulantes, antiagregantes o antihipertensivos. • Trastorno mental perinatal identificado. • Pérdida gestacional o muerte perinatal. • Contrarreferencia desde institución de mayor complejidad.	• Parto vaginal sin complicaciones. • Puerperio inmediato con signos vitales estables y loquios normales. • Involución uterina adecuada. • Ausencia de fiebre y de signos de infección. • Hemoglobina dentro de parámetros aceptables. • Sin enfermedad crónica descompensada. • Lactancia materna establecida. • Red de apoyo disponible en el domicilio. • Acceso razonable al servicio de salud desde su lugar de residencia.

9.2. RIESGO NEONATAL

Alto riesgo — control por pediatra	Bajo riesgo — control por profesional de medicina
• Recién nacido pretérmino. • Bajo peso al nacer. • Morbilidad neonatal extrema. • Defectos congénitos mayores. • Ictericia que requirió manejo o en zona de riesgo al egreso. • Dificultad respiratoria transitoria o requerimiento de oxígeno. • Riesgo infeccioso: ruptura prematura de membranas prolongada, fiebre materna intraparto, sífilis o VIH materno. • Pérdida de peso significativa o dificultad para establecer la lactancia. • • Tamizajes alterados o pendientes de resultado crítico.	• Recién nacido a término con peso adecuado para la edad gestacional. • Adaptación neonatal normal. • Examen físico sin hallazgos patológicos. • Lactancia materna establecida y succión efectiva. • Micción y deposición presentes. • Termorregulación adecuada. • Sin ictericia significativa. • Tamizajes realizados o gestionados. • • Esquema de vacunación iniciado.

10. CRITERIOS CLÍNICOS DE EGRESO

Ilustración 5 Requisitos obligatorios previos para el alta médica institucional



Los criterios que siguen son el estándar clínico mínimo adoptado por la institución. Su cumplimiento se documenta en la historia clínica y es condición previa a la doble verificación. No sustituyen el juicio del profesional tratante, que puede indicar una permanencia mayor.

10.1. CRITERIOS DE EGRESO DE LA MUJER EN PUERPERIO

- **Estabilidad clínica**

  - Signos vitales estables y registrados en al menos dos tomas separadas, con presión arterial dentro de parámetros normales en las últimas horas previas al alta.
  - Ausencia de sangrado activo anormal; loquios de características normales en cantidad y olor.
  - Útero contraído, con involución adecuada a la altura esperada.

- Ausencia de fiebre en las últimas 24 horas y de signos clínicos de infección.
- Micción espontánea y tránsito intestinal presente; tolerancia adecuada a la vía oral.
- Dolor controlado con analgesia oral.
- Herida quirúrgica o episiotomía sin signos de infección ni dehiscencia.
- Deambulación autónoma.
- Hemoglobina valorada y anemia corregida o en tratamiento con esquema entregado.

➢ **Vigilancia mínima del puerperio**

- Se cumple el período de observación institucional del puerperio conforme a la Ruta Integral de Atención en Salud materno-perinatal, con vigilancia estrecha durante las primeras horas posteriores al parto, que es cuando se presenta la mayor proporción de hemorragias posparto.
- En caso de trastorno hipertensivo, se documenta el control de cifras tensionales previo al alta y se define explícitamente el plan de control ambulatorio de la presión arterial.
- En caso de hemorragia posparto manejada en la institución, no se procede al egreso sin estabilidad hemodinámica sostenida, hemoglobina valorada y doble verificación por el profesional de mayor experiencia disponible.

➢ **Condiciones adicionales**

- Lactancia materna evaluada, con técnica corregida y agarre efectivo, o plan alternativo definido cuando esté contraindicada.
- Asesoría en anticoncepción posparto brindada y método definido o programado, con registro en la historia clínica.
- Estado emocional valorado; ante sospecha de trastorno mental perinatal se define ruta de atención antes del alta.
- Esquema de vacunación de la puérpera verificado y completado según corresponda.

10.2. CRITERIOS DE EGRESO DEL RECIÉN NACIDO

- Adaptación neonatal completada y signos vitales estables dentro de rangos normales.
- Termorregulación adecuada sin fuente externa de calor.
- Examen físico completo documentado, sin hallazgos que requieran estudio o manejo intrahospitalario.
- Lactancia materna establecida, con succión efectiva y al menos dos tomas evaluadas por el equipo de salud.
- Micción y deposición presentes.
- Peso registrado al nacer y al egreso, con pérdida ponderal dentro de límites aceptables.
- Valoración del riesgo de ictericia documentada; ausencia de ictericia que requiera manejo.
- Tamizajes neonatales realizados o formalmente gestionados, con ruta de entrega de resultados definida.
- Esquema de vacunación iniciado según lineamiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- Profilaxis y cuidados del cordón umbilical realizados y explicados a la familia.
- Certificado de Nacido Vivo expedido y afiliación al SGSSS gestionada.

11. CRITERIOS QUE OBLIGAN A POSTERGAR EL EGRESO

La presencia de cualquiera de las siguientes condiciones impide autorizar el alta. La conducta es postergar el egreso, activar teleexperticia o gestionar la remisión, según corresponda, y dejar constancia motivada en la historia clínica (Anexo 4).

Ilustración 6 Las tres salidas posibles de la valoración de egreso.



11.1. CONDICIONES MATERNAS

- Cifras tensionales no controladas o trastorno hipertensivo sin estabilización.
- Sangrado activo, loquios anormales o sospecha de retención de restos.
- Fiebre o signos de infección puerperal, mastitis complicada o infección de sitio operatorio.
- Inestabilidad hemodinámica, taquicardia persistente o anemia sintomática.
- Sospecha de evento tromboembólico o síntomas respiratorios no explicados.
- Dolor no controlado con analgesia oral.
- Incapacidad para la deambulación o para el autocuidado.
- Ideación de daño a sí misma o al recién nacido, o descompensación de trastorno mental.

11.2. CONDICIONES NEONATALES

- Dificultad respiratoria, apneas o requerimiento de oxígeno.
- Inestabilidad térmica o dificultad para la termorregulación.

- Ictericia que requiere manejo o en zona de riesgo sin control asegurado.
- Succión inefectiva, rechazo del seno o pérdida ponderal excesiva.
- Signos de infección o factores de riesgo infeccioso sin período de observación cumplido.
- Prematurez o bajo peso sin condiciones para el seguimiento ambulatorio.
- Malformación mayor que requiere valoración especializada.

11.3. CONDICIONES DEL CONTEXTO

- Imposibilidad de entregar los medicamentos requeridos para al menos 15 días al momento del alta.
- Imposibilidad de programar la cita de control con el nivel de atención que corresponde al riesgo.
- Residencia en municipio distinto sin transporte asegurado y sin disponibilidad de hogar de paso o albergue materno.
- Ausencia de red de apoyo o de cuidador en el domicilio para una mujer o un recién nacido que lo requieren.
- Imposibilidad de garantizar el retorno ante la aparición de un signo de alarma.

Regla institucional

- Ninguna condición administrativa, la ocupación de camas, cierre de agenda, ausencia de contrato con la EPS constituye justificación válida para autorizar un egreso que no cumple los criterios de este capítulo.
- Cuando la causa de la postergación sea una barrera atribuible a la entidad responsable de pago, se documenta como barrera, se escala a la Gerencia y se reporta a la entidad territorial.

12. ACCIONES OBLIGATORIAS PARA EL EGRESO DE LA GESTANTE

Corresponde al desarrollo del numeral 2.2, literal c, de la Circular Externa 010 de 2026. Son acciones de obligatorio cumplimiento, orientadas a garantizar un egreso seguro, continuo y humanizado, sin detrimento de la autonomía médica.

Acción	Contenido normativo y verificación en el primer nivel
Doble verificación de egreso o no internación	Toda decisión de egreso o de no internación de una gestante atendida en los servicios de salud debe estar sustentada en un doble chequeo clínico documentado, dejando la debida constancia en la historia clínica. Aplica igualmente cuando la mujer consulta a urgencias y se define que no requiere internación.
Evaluación de hospitalización domiciliaria o en hogar de paso	Cuando se determine el egreso del ámbito intramural y el lugar de residencia sea distinto al de la IPS de atención del parto, la institución debe evaluar la posibilidad de hospitalización domiciliaria, garantizando la continuidad asistencial y el seguimiento clínico adecuado. Cuando no existan condiciones para dicha modalidad, se considera la remisión o el ingreso a hogares de paso o maternos, según las condiciones particulares de la gestante y la disponibilidad institucional o territorial. Las decisiones se adoptan bajo criterios de seguridad, oportunidad y pertinencia clínica.
Continuidad del tratamiento farmacológico	Garantizar la formulación y provisión de los medicamentos requeridos para al menos quince (15) días posteriores al egreso, en los casos en que se requiera tratamiento ambulatorio. La entrega debe garantizar, según la condición clínica de la gestante o puérpera, antibióticos, anticoagulantes, antiagregantes y antihipertensivos, entre otros, asegurando la continuidad terapéutica y la adherencia al tratamiento.
Programación de cita de control posegreso	Toda gestante debe salir de la institución con una cita de control posegreso programada e informada, la cual constituye requisito para la autorización del alta médica. La asignación debe corresponder al nivel de riesgo y condición clínica: gestantes de alto riesgo, atención por especialista en ginecoobstetricia; gestantes de bajo riesgo, atención por profesional de medicina.
Entrega y confirmación de información en salud	Antes del egreso hospitalario, la institución debe garantizar la entrega de información clara, suficiente y comprensible a la persona y a su acompañante, que incluya: i) signos de alarma de la mujer en el posparto y del recién nacido, para consulta inmediata a urgencias; ii) fechas e importancia de las citas de control posparto y de seguimiento del recién nacido; y iii) notificación de la IPS para la atención en caso de urgencia de la mujer en el posparto y del recién nacido.

12.1. APLICACIÓN PRÁCTICA EN LA E.S.E. HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES

- La E.S.E. Hospital Jorge Isaac Rincón Torres atiende partos de bajo riesgo. Cuando la clasificación del riesgo es alta, el control posegreso debe ser realizado por ginecoobstetra; al no disponer la institución de este especialista, la cita se gestiona con la EPS o con la institución de referencia antes de autorizar el alta y se entrega el soporte escrito a la usuaria.

- Cuando la clasificación es de bajo riesgo, el control lo realiza profesional de medicina de la propia institución, lo que permite programarlo directamente en la agenda institucional.
- La institución reserva un cupo diario en la agenda de medicina general para controles posparto, de modo que la programación no dependa de la disponibilidad general de agenda y la usuaria salga siempre con fecha y hora asignadas.
- El control posparto se prioriza dentro de los primeros siete (7) días siguientes al egreso, considerando que la baja adherencia al control posparto —13 % a nivel nacional— es uno de los hallazgos críticos que motivó la circular. En mujeres con trastorno hipertensivo o hemorragia posparto, el control se programa dentro de las primeras 72 horas.
- Ante morbilidad materna extrema, hemorragia obstétrica activa o trastorno hipertensivo no controlado no se procede al egreso desde esta institución: se activa teleexperticia y se gestiona la remisión inmediata a la institución de referencia con transporte asistencial, conforme al capítulo 15.
- En mujeres contrarreferidas desde alta complejidad, el egreso institucional solo se autoriza con el plan de seguimiento de la institución remitente incorporado a la historia clínica y con la cita especializada confirmada.

13. ACCIONES OBLIGATORIAS PARA EL EGRESO DEL RECIÉN NACIDO

Corresponde al desarrollo del numeral 2.2, literal d, de la Circular Externa 010 de 2026.

Acción	Contenido normativo y verificación en el primer nivel
Doble verificación de egreso o no internación	Toda decisión de egreso o de no internación de un recién nacido en los servicios de salud debe estar sustentada en un doble chequeo clínico documentado, dejando la debida constancia en la historia clínica.
Evaluación de continuidad de hospitalización o estancia en albergues u hogar de paso	En recién nacidos de alto riesgo, con énfasis en el pretérmino, el de bajo peso al nacer, el que presentó morbilidad neonatal extrema o defectos congénitos mayores, y cuyo lugar de residencia sea distinto al de la IPS de atención del parto, esta medida debe garantizar la consulta de seguimiento del recién nacido. En los municipios donde no haya disponibilidad, debe considerarse postergar el egreso hasta lograr la estabilización de la condición de base, de acuerdo con el criterio clínico del equipo de salud tratante.
Programación de cita de seguimiento	Todo recién nacido debe salir de la institución con una cita de control y seguimiento programada e informada, la cual constituye requisito para la autorización del alta médica. La asignación debe corresponder al nivel de riesgo y condición clínica: recién nacido de alto riesgo, atención por especialista en pediatría; recién nacido de bajo riesgo, atención por profesional de medicina.
Entrega y confirmación de información en salud	Antes del egreso hospitalario, entrega de información clara, suficiente y comprensible a la persona y a su acompañante sobre: i) signos de alarma de la mujer en el posparto y del recién nacido, para consulta inmediata a urgencias; ii) fechas e importancia de las citas de control posparto y de seguimiento del recién nacido; y iii) notificación de la IPS para la atención en caso de urgencia.
Afiliación al SGSSS antes del egreso	La institución debe disponer, implementar y ejecutar los mecanismos administrativos y operativos necesarios para gestionar y apoyar la afiliación del recién nacido al Sistema General de Seguridad Social en Salud antes del egreso hospitalario, verificando la información requerida, la expedición del Certificado de Nacido Vivo y la articulación oportuna con la EPS correspondiente. En partos extrainstitucionales, la institución realiza el seguimiento activo del recién nacido y de su familia y apoya el trámite en el menor tiempo posible, sin que la ausencia de afiliación formal constituya barrera para la atención en salud ni para el egreso seguro.

13.1. APLICACIÓN PRÁCTICA EN LA E.S.E. HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES.

- El Certificado de Nacido Vivo se diligencia y expide dentro de las primeras horas posteriores al nacimiento; SIAU inicia el trámite de afiliación el mismo día, sin esperar a la fecha de salida.
- Para el recién nacido de bajo riesgo la cita de seguimiento se programa con profesional de medicina de la institución, idealmente entre el tercer y el quinto día de vida, coincidiendo cuando sea posible con el control posparto de la madre en una misma agenda.
- Para el recién nacido de alto riesgo la cita debe ser con pediatría; al no contar la institución con este especialista, se gestiona con la EPS o la institución de referencia antes del alta y se entrega el soporte a la familia.
- Ante recién nacido con complicaciones, la telemedicina se utiliza únicamente como apoyo para garantizar las condiciones de seguridad y la estabilización previa al traslado a una Unidad de Recién Nacido, sin que reemplace ni retrase la remisión a mayor complejidad.
- Si el recién nacido de alto riesgo reside en otro municipio y no existe albergue u hogar de paso disponible, se posterga el egreso hasta la estabilización de la condición de base, según criterio clínico del equipo tratante.
- El egreso del recién nacido se coordina con el de la madre: no se autoriza la salida de uno sin verificar las condiciones del otro, y ambas citas de control se entregan en un mismo documento.

14. FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE EGRESO SEGURO OBSTÉTRICO

La secuencia que sigue describe el proceso completo, desde el ingreso hasta la verificación del seguimiento. Cada paso genera un registro verificable en la historia clínica.

Ilustración 7 Flujograma del egreso seguro obstétrico. La secuencia detallada se describe a continuación.



Nota: Si cualquier paso no se cumple, no se autoriza el egreso.

1	**Ingreso y planeación del egreso** Al ingreso se registran municipio y vereda de residencia, tiempo y medio de desplazamiento, EPS o condición de no afiliada, red de apoyo y barreras identificadas. Se abre la planeación del alta en la historia clínica.
2	**Atención del parto y vigilancia del puerperio inmediato** Atención según la Ruta Integral materno-perinatal. Vigilancia estrecha durante las primeras horas posparto, con registro de signos vitales, sangrado e involución uterina. Atención inmediata y valoración del recién nacido.
3	**Clasificación del riesgo materno y neonatal** El médico tratante clasifica el riesgo como alto o bajo según el capítulo 8 y lo registra en la historia clínica. Esta clasificación define quién realizará el control y con qué oportunidad.
4	**Verificación de criterios clínicos de egreso** Se verifican y documentan los criterios del capítulo 9 para la madre y para el recién nacido. Si alguno no se cumple, se aplica el capítulo 10 y se posterga el egreso.
5	**Doble verificación clínica documentada** Un segundo profesional revisa de forma independiente la decisión de egreso o de no internación y deja constancia expresa en la historia clínica. Ante discrepancia prevalece la conducta de mayor seguridad.
6	**Evaluación del lugar de residencia y alternativas de alojamiento** Si la residencia es de otro municipio, se evalúa hospitalización domiciliaria, hogar de paso, albergue materno o postergación del egreso, según la condición clínica y la disponibilidad territorial.

7	**Garantía de continuidad terapéutica** El servicio farmacéutico dispensa físicamente los medicamentos para al menos 15 días y registra la entrega. Sin entrega efectiva o alternativa asegurada no se autoriza el alta.
8	**Programación de las citas de control** SIAU programa la cita posparto y la del recién nacido según el nivel de riesgo, las informa y entrega el soporte escrito. Cuando el control corresponde a otro prestador, se gestiona con la EPS antes de la salida.
9	**Educación y confirmación de comprensión** Se entregan y explican los signos de alarma maternos y neonatales, las fechas e importancia de los controles y la ruta de urgencias. Se confirma la comprensión y se firma el Anexo 2.
10	**Gestión de la afiliación del recién nacido** Se verifica la expedición del Certificado de Nacido Vivo y la gestión de la afiliación al SGSSS antes del egreso, en articulación con la EPS.
11	**Epicrisis, lista de chequeo y autorización del alta** Se elabora y entrega la epicrisis, se completa el Anexo 1 y la coordinación médica autoriza el alta únicamente con la lista de chequeo completa.
12	**Registro y reporte** Se registran en la historia clínica los datos del Anexo Técnico SGD126GEST y se transmite la información para la actualización de SIRENAGEST.
13	**Seguimiento posegreso** Contacto dentro de las 72 horas, verificación de asistencia efectiva al control, búsqueda activa ante inasistencia y visita domiciliaria por el equipo extramural en zona rural dispersa.

15. SEGUIMIENTO POSEGRESO

El seguimiento es la parte del proceso que la institución no puede delegar en la buena voluntad de la usuaria. Dado que solo el 13 % de las gestantes accede al control posparto a nivel nacional, la institución asume una postura activa de búsqueda.

15.1. LINEAS DE TIEMPO DEL SEGUIMIENTO POS-EGRESO

Ilustración 8 Momentos del seguimiento posegreso.



Momento	Acción	Responsable y registro
Primeras 72 horas posegreso	Contacto telefónico o por medio digital con la puérpera: verificación de sangrado, fiebre, cefalea, cifras tensionales cuando aplique, estado de la herida, lactancia y estado emocional. Verificación del estado del recién nacido.	Enfermería / referente materno-perinatal. Registro en formato de seguimiento.
Día del control programado	Verificación de la asistencia efectiva a la cita posparto y a la del recién nacido.	SIAU / agenda institucional.
Ante inasistencia	Búsqueda activa telefónica el mismo día, reprogramación inmediata, notificación a la EPS y activación del equipo extramural.	SIAU y referencia. Registro de la gestión y de su resultado.
Zona rural y rural dispersa	Visita domiciliaria por el equipo extramural o los Equipos Básicos de Salud, priorizando alto riesgo materno y neonatal.	Equipo extramural. Informe al referente materno-perinatal.
Primeros 30 días	Identificación y análisis de todo reingreso no programado a urgencias u	Calidad y Seguridad del Paciente. Análisis en comité.

	hospitalización de la puérpera o del recién nacido.	
Ante evento adverso o muerte	Activación del análisis institucional del caso, notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública y aporte de la información a la Unidad Territorial de Seguimiento del PAREMM.	Comité de Vigilancia Epidemiológica.

16. TELEMEDICINA, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Ilustración 9 . La telemedicina apoya la estabilización; nunca sustituye ni retrasa la remisión.



- La institución define e implementa los mecanismos técnicos, administrativos y operativos para prestar servicios en modalidad de telemedicina, en especial teleapoyo y teleexperticia, garantizando que toda gestante con emergencia obstétrica y todo recién nacido con complicaciones reciban oportunamente la consulta especializada con una institución de alta complejidad.
- La disponibilidad de la modalidad debe ser permanente y continua, operando de manera ininterrumpida las veinticuatro (24) horas del día y los siete (7) días de la semana, conforme a lo que verifica la entidad territorial.
- La telemedicina para recién nacidos con complicaciones se utiliza como apoyo para garantizar las condiciones de seguridad y la estabilización previa al traslado a la Unidad de Recién Nacido, sin reemplazar ni retrasar la remisión a mayor complejidad.

- Toda gestante con emergencia obstétrica remitida desde la institución debe ser recibida por la IPS de alta complejidad de manera inmediata, integral, segura y continua, sin exigencia de autorizaciones administrativas previas y sin que la ausencia de contrato vigente con la entidad responsable de pago constituya impedimento.
- La gestión de referencia se realiza conforme a la Resolución 2335 de 2023 y su Anexo Técnico No. 1, modificado por la Resolución 1886 de 2024, asegurando la respuesta efectiva a la solicitud de remisión, la aceptación por la institución receptora y la disponibilidad de transporte asistencial terrestre, aéreo o fluvial.
- La institución adopta y usa de manera efectiva el Instrumento de Seguridad para la Atención Obstétrica de Emergencias en Línea (ISABEL) como estándar mínimo para la evaluación y mejora continua de su capacidad resolutiva, la detección temprana del riesgo, la estabilización inicial, la referencia y contrarreferencia segura y la articulación funcional de la red.
- Toda contrarreferencia recibida se incorpora a la historia clínica y orienta la programación del control posegreso; el egreso de una mujer contrarreferida no se autoriza sin el plan de seguimiento definido.

Ilustración 10 Red Respuesta Telemedicina



Registro obligatorio de la activación

Cada activación de teleapoyo o teleexperticia se registra en la historia clínica con hora de solicitud, hora de respuesta, institución y profesional que atendió, y conducta indicada.

Cuando la respuesta no se obtenga en el tiempo esperado o la institución receptora no acepte la remisión, se documenta como barrera, se escala a la Gerencia y se reporta a la Secretaría de Salud departamental y a la Superintendencia Nacional de Salud.

17. PROHIBICIÓN DE BARRERAS ADMINISTRATIVAS

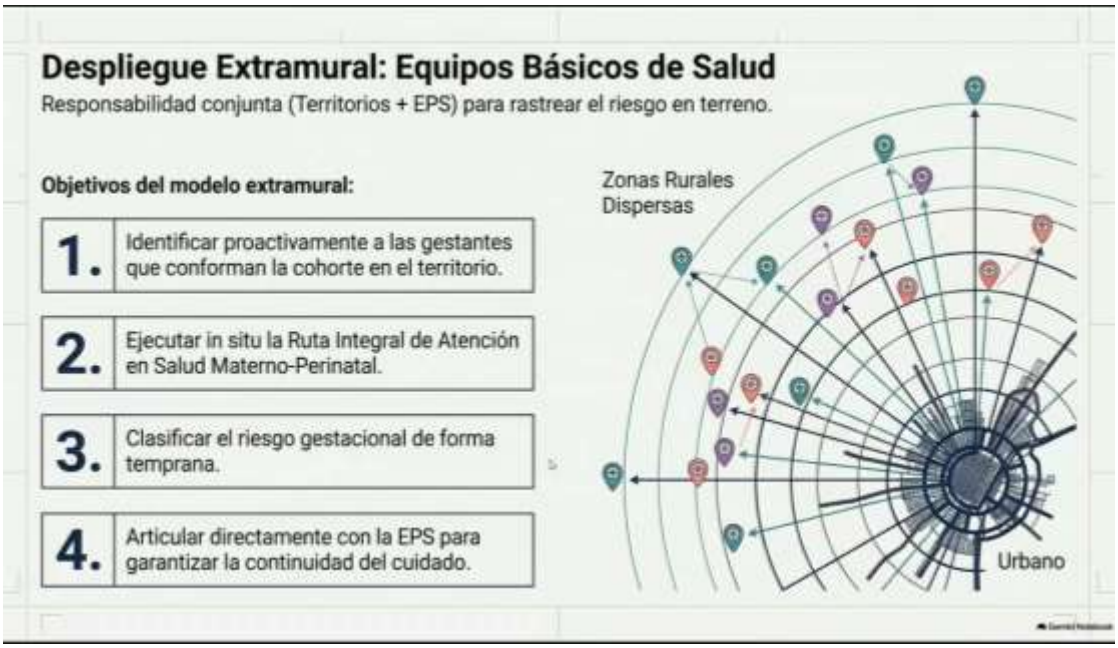
En cumplimiento del artículo 14 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, del artículo 4 de la Ley 2244 de 2022 y del numeral 2.2 de la Circular Externa 010 de 2026, en la institución está prohibido:

- Exigir autorización administrativa previa para la atención de una emergencia obstétrica o de un recién nacido con complicaciones.
- Condicionar la atención, la remisión o el egreso a la existencia de contrato vigente con la entidad responsable de pago, o a diferencias contractuales, administrativas o económicas.
- Condicionar la atención del recién nacido o su egreso seguro a la formalización de su afiliación.
- Fragmentar la atención exigiendo traslados o trámites adicionales para consultas, toma de muestras diagnósticas o dispensación de medicamentos y micronutrientes de la atención prenatal y del parto, que deben prestarse de manera integral y en el mismo lugar de atención.
- Retrasar la remisión de una gestante con emergencia obstétrica o de un recién nacido con complicaciones mientras se surte un trámite administrativo.
- Cobrar o exigir pagos que condicionen la atención del parto, del puerperio o del recién nacido.

Toda barrera identificada se registra como evento de gestión, se escala a la Gerencia y se reporta a la entidad territorial y a la Superintendencia Nacional de Salud cuando corresponda.

18. ARTICULACIÓN CON LA MODALIDAD EXTRAMURAL

Ilustración 11 Despliegue extramural



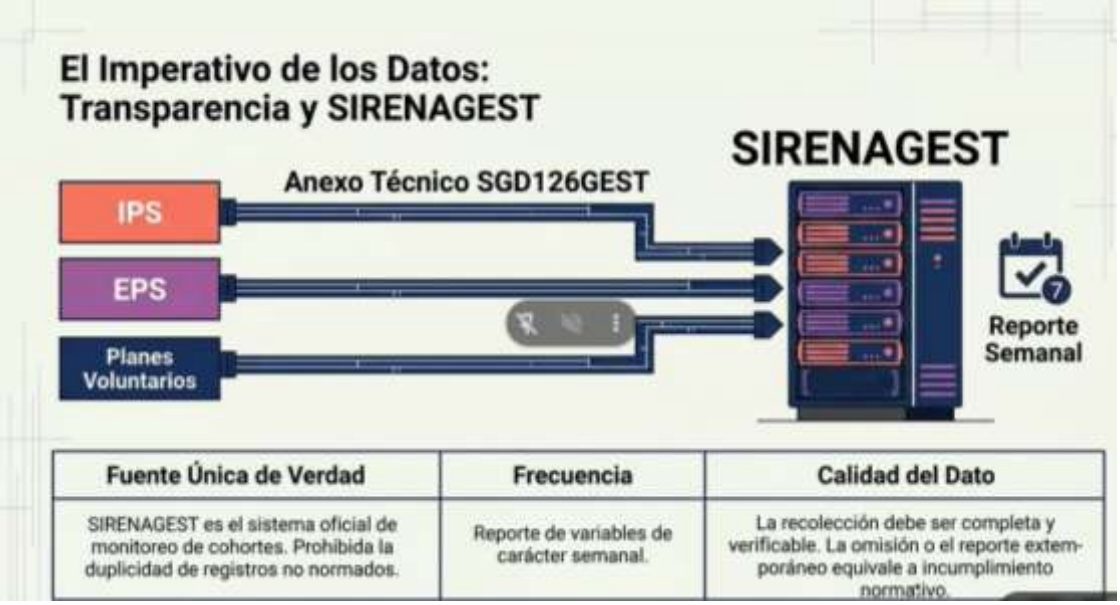
La institución garantiza la prestación de servicios en modalidad extramural, con énfasis en zonas rurales y rurales dispersas, con el propósito de:

- Identificar a las gestantes que conforman la cohorte en el territorio.
- Realizar las atenciones definidas en la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno-perinatal.
- Clasificar el riesgo de forma oportuna.
- Gestionar, de manera conjunta con la EPS, la continuidad del cuidado de acuerdo con la clasificación del riesgo gestacional.

Para efectos del egreso seguro, el equipo extramural y los Equipos Básicos de Salud reciben semanalmente el listado de egresos de puérperas y recién nacidos, priorizan la visita domiciliaria de los casos de alto riesgo y de los residentes en zona dispersa, y reportan el resultado al referente materno-perinatal para su incorporación al seguimiento de la cohorte.

19. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y REPORTES

Ilustración 12 Información y Reportes



Reporte	Contenido	Responsable	Periodicidad
Anexo Técnico SGD126GEST	Variables definidas por el MSPS; fuente oficial para la actualización de SIRENAGEST. Debe garantizarse la recolección, procesamiento y transmisión oportuna, completa y verificable.	Registros médicos / Estadística	Según lineamiento del MSPS
Registro de detalle Tipo 5 — SGD126GEST	Casos atendidos por telemedicina, insumo para el análisis de brechas de oportunidad, calidad y resultados.	Referencia y contrarreferencia	Según lineamiento del MSPS
Acciones PAREMM y Plan Primera Infancia	Cargue de las acciones desarrolladas para la implementación de ambos planes en las plataformas	Calidad / Referente materno-perinatal	Según cronograma oficial

	oficiales, de forma unificada y evitando duplicidades.		
ISABEL	Aplicación, evaluación y concertación de acciones de mejora sobre la capacidad resolutiva para emergencias obstétricas.	Coordinación médica	Según lineamiento del MSPS
Unidad Territorial de Seguimiento PAREMM	Participación con información clínica, operativa y de gestión sobre la cohorte de gestantes, la gestión de casos y las alertas.	Gerencia / Referente materno-perinatal	Cuando sea convocada
Lista de chequeo de egreso seguro	Evidencia institucional del cumplimiento; se archiva en la historia clínica.	Enfermería	Por cada egreso

La omisión, el subregistro o el reporte extemporáneo constituye incumplimiento susceptible de las acciones de inspección, vigilancia y control a que haya lugar.

20. INDICADORES DE MONITOREO

El seguimiento se realiza mensualmente sobre el universo de egresos de gestantes, puérperas y recién nacidos. Los resultados se presentan al Comité de Seguridad del Paciente y al Comité de Vigilancia Epidemiológica.

Indicador	Fórmula	Meta	Fuente
Doble verificación documentada	(N.º de egresos o no internaciones con doble chequeo registrado / Total de egresos y no internaciones de gestantes y recién nacidos) × 100	100 %	Auditoría de historia clínica
Cita de control posparto programada antes del alta	(N.º de puérperas egresadas con cita programada e informada / Total de puérperas egresadas) × 100	100 %	Historia clínica / agenda

Cita de seguimiento del recién nacido programada antes del alta	(N.º de recién nacidos egresados con cita programada e informada / Total de recién nacidos egresados) × 100	100 %	Historia clínica / agenda
Cita asignada según nivel de riesgo	(N.º de egresos de alto riesgo con cita asignada a especialista / Total de egresos de alto riesgo) × 100	100 %	Agenda / soporte entregado
Entrega de medicamentos para 15 días	(N.º de egresos con tratamiento ambulatorio y entrega ≥ 15 días / Total de egresos que requerían tratamiento ambulatorio) × 100	100 %	Servicio farmacéutico
Afiliación del recién nacido antes del egreso	(N.º de recién nacidos afiliados o con trámite formalizado antes del egreso / Total de recién nacidos egresados) × 100	100 %	SIAU
Entrega documentada de información y signos de alarma	(N.º de egresos con constancia firmada de entrega y comprensión / Total de egresos) × 100	100 %	Anexo 2 en historia clínica
Adherencia efectiva al control posparto en los primeros 7 días	(N.º de puérperas que asistieron al control dentro de 7 días / Total de puérperas egresadas) × 100	≥ 80 %	Seguimiento posegreso
Adherencia efectiva al control del recién nacido	(N.º de recién nacidos que asistieron al control programado / Total de recién nacidos egresados) × 100	≥ 80 %	Seguimiento posegreso
Contacto posegreso dentro de 72 horas	(N.º de egresos con contacto efectivo ≤ 72 horas / Total de egresos) × 100	≥ 95 %	Formato de seguimiento
Reingreso no programado en 30 días	(N.º de reingresos no programados de puérperas o recién nacidos ≤ 30 días / Total de egresos) × 100	≤ 5 %	Sistema de información institucional
Activación de teleapoyo o teleexperticia en emergencia obstétrica	(N.º de emergencias obstétricas con telemedicina activada / Total de emergencias obstétricas atendidas) × 100	100 %	Referencia y contrarreferencia

Oportunidad del reporte SGD126GEST	(N.º de reportes enviados dentro del plazo / Total de reportes exigidos) × 100	100 %	Estadística
Barreras administrativas identificadas y resueltas	(N.º de barreras resueltas / Total de barreras reportadas) × 100	100 %	SIAU / Gerencia

21. ANEXO 1. LISTA DE CHEQUEO DE EGRESO SEGURO OBSTÉTRICO

Se diligencia por cada egreso de gestante, puérpera o recién nacido y se archiva en la historia clínica. El alta no se autoriza con ítems obligatorios marcados como “No”.

Nombre de la Paciente	
No Documento	
Fecha del Egreso	
Recién nacido	

Riesgo materno: Alto ☐ Bajo ☐

Riesgo neonatal: Alto ☐ Bajo ☐

Ítem de verificación	Sí	No	N/A	Responsable
1. Criterios clínicos de egreso materno verificados y documentados				
2. Criterios clínicos de egreso neonatal verificados y documentados				
3. Clasificación del riesgo materno y neonatal registrada				
4. Doble verificación clínica de egreso o no internación registrada en la historia clínica				
5. Resultados de laboratorio pendientes revisados (hemoglobina, serologías, tamizajes)				
6. Evaluación de hospitalización domiciliaria, hogar de paso o albergue cuando la residencia es de otro municipio				
7. Medicamentos formulados y entregados físicamente para al menos 15 días				
8. Cita de control posparto programada, con fecha, hora y prestador definidos				
9. Cita de seguimiento del recién nacido programada e informada				
10. Citas asignadas según nivel de riesgo (ginecoobstetra / pediatra en alto riesgo)				
11. Soporte escrito de ambas citas entregado a la usuaria				
12. Certificado de Nacido Vivo expedido				
13. Afiliación del recién nacido al SGSSS gestionada antes del egreso				
14. Educación sobre signos de alarma maternos impartida				
15. Educación sobre signos de alarma neonatales impartida				

16. Información sobre fechas e importancia de los controles entregada				
17. Institución para atención de urgencias informada a la usuaria y su acompañante				
18. Confirmación de comprensión aplicada y registrada (Anexo 2 firmado)				
19. Lactancia materna evaluada y técnica corregida				
20. Asesoría en anticoncepción posparto brindada y método definido o programado				
21. Tamizajes neonatales realizados o gestionados con ruta de resultados definida				
22. Esquema de vacunación del recién nacido iniciado y de la puérpera verificado				
23. Estado emocional de la puérpera valorado				
24. Epicrisis elaborada y entregada				
25. Contrarreferencia documentada cuando aplica				
26. Datos del Anexo Técnico SGD126GEST registrados				
27. Seguimiento posegreso programado (contacto ≤ 72 horas)				
28. Barreras administrativas identificadas y gestionadas				

Profesional que autoriza el Alta

Nombre:

Registro:

Fecha y hora:

Firma:

22. ANEXO 2. CONSTANCIA DE INFORMACIÓN AL EGRESO

Formato de entrega a la usuaria y a su acompañante. Se firma en dos ejemplares: uno para la usuaria y otro para la historia clínica.

Nombre de la Paciente	
No Documento	
Fecha del Egreso	
Recién nacido	

Ilustración 13 Signos de alarma de la mujer en posparto.



22.1. SIGNOS DE ALARMA — MUJER EN POSPARTO

Acuda de inmediato al servicio de urgencias si presenta cualquiera de estos signos:

- Sangrado vaginal abundante que empapa más de una toalla higiénica por hora, o salida de coágulos grandes.

- Fiebre de 38 °C o más, escalofrío, o flujo vaginal de mal olor.
- Dolor de cabeza intenso y persistente, visión borrosa, ver lucecitas o zumbido en los oídos.
- Dolor en la boca del estómago o en el costado derecho del abdomen.
- Dificultad para respirar, dolor en el pecho, o hinchazón y dolor en una sola pierna.
- Convulsiones o pérdida del conocimiento.
- Enrojecimiento, dolor o salida de pus por la herida de cesárea o de la episiotomía.
- Dolor, enrojecimiento o endurecimiento de un seno acompañado de fiebre.
- Tristeza profunda persistente, o pensamientos de hacerse daño o de hacer daño al bebé.

Ilustración 14 Signos de alarma del recién nacido.



22.2. SIGNOS DE ALARMA — RECIÉN NACIDO

Acuda de inmediato al servicio de urgencias si el bebé presenta cualquiera de estos signos:

- Dificultad para respirar, respiración rápida, hundimiento de las costillas o quejido.
- Color azulado o muy pálido de la piel, o color amarillo que se extiende a brazos y piernas.
- Fiebre, o cuerpo frío que no mejora al abrigarlo.
- Rechazo del seno, succión débil o vómito persistente.
- Somnolencia excesiva, dificultad para despertarlo o llanto débil.
- Convulsiones o movimientos anormales.
- Enrojecimiento, mal olor o salida de secreción por el ombligo.
- Menos de seis pañales mojados al día, o deposiciones con sangre.

Cita de control posparto	Cita de seguimiento del recién nacido
Fecha: ___/___/2026 Hora: _____ Profesional: _____ Lugar: _____	Fecha: ___/___/2026 Hora: _____ Profesional: _____ Lugar: _____

En caso de urgencia diríjase a:

_____

Teléfono: _____

Declaro que recibí esta información, que me fue explicada en lenguaje claro, que pude formular preguntas y que comprendí los signos de alarma y las fechas de mis citas de control.

Firma de la usuaria o acompañante: _____

Firma del profesional: _____

23. ANEXO 3. REGISTRO DE DOBLE VERIFICACIÓN

Formato de consolidación para auditoría interna. No sustituye el registro en la historia clínica, que es obligatorio.

Fecha y hora	Usuaria / documento	Decisión (egreso / no internación)	Profesionales verificadores

24. ANEXO 4. CONSTANCIA DE POSTERGACIÓN DEL EGRESO

Se diligencia cuando no se cumplen las condiciones para un egreso seguro y se archiva en la historia clínica.

Fecha	Usuaria / recién nacido	Causa de la postergación y conducta adoptada

Causas frecuentes: criterio clínico materno · criterio clínico neonatal · imposibilidad de entrega de medicamentos · imposibilidad de programar la cita según el riesgo · residencia en otro municipio sin alternativa de alojamiento · ausencia de red de apoyo · barrera administrativa de la entidad responsable de pago.

25. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ministerio de Salud y Protección Social. Circular Externa 010 del 26 de marzo de 2026: orientaciones para la intensificación de acciones en el marco del PAREMM y del Plan para la Reducción de la Mortalidad en Niñas y Niños en Primera Infancia.

- Ministerio de Salud y Protección Social. Circular Externa 047 de 2022 y Circular Externa 022 de 2024.

- Ministerio de Salud y Protección Social. Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna (PAREMM).

- Ministerio de Salud y Protección Social. Plan para la Reducción de la Mortalidad en Niñas y Niños en Primera Infancia.

- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018 y sus modificatorias — Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno-Perinatal.

- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2335 de 2023 y Resolución 1886 de 2024.

- Congreso de la República. Ley 1751 de 2015 y Ley 2244 de 2022.

- Instrumento de Seguridad para la Atención Obstétrica de Emergencias en Línea (ISABEL).

- Sistema de Registro Nacional de Gestantes (SIRENAGEST) — Anexo Técnico SGD126GEST.

- Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Mortalidad Materna y Morbilidad Materna Extrema.

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	**Fecha**	**Descripción de cambios realizados**
01	30/06/2026	Creación del Manual de Egreso Seguro Hospitalario Obstétrico.