|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

**MANUAL RUTA MATERNO**

**PERINATAL**

****

**ESE ISABU**

**2020**

1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

Contenido

**INTRODUCCION**.............................................................................................................................. 4 **1.OBJETIVO GENERAL**................................................................................................................. 4 **2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**...................................................................................................... 4 **3. DEFINICIONES** .......................................................................................................................... 5 **4. ALCANCE**..................................................................................................................................... 6 **5. NORMATIVIDAD** ....................................................................................................................... 6 **6. ACTIVIDADES DE DETECCION TEMPRANA** ...................................................................... 6

**6.1 CAPTACION TEMPRANA DE LA GESTANTE**............................................................... 6 **6.2 ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRECONCEPCIONAL** ............................................. 8

**6.3 ATENCION DE ASESORIA PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)** ..................................................................................................................... 17

**6.4 ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL** .............................................................. 24 **6.5 ATENCIÓN EN SALUD BUCAL** ................................................................................. 37 **6.6 ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN**....... 38 **7. PROTECCION ESPECIFICA**............................................................................................... 41 **7.1 ATENCIÓN DEL PARTO** ................................................................................................... 41 **7.2 ATENCIÓN DEL PUERPERIO**.......................................................................................... 47 **7.3 ATENCIÓN PARA EL CUIDADO RECIÉN NACIDO**.................................................... 52 **7.4 ATENCIÓN PARA EL SEGUIMIENTO AL RECIÉN NACIDO**............................... 64

**8.ANEXOS**....................................................................................................................................... 68 **ANEXO 1. Escala de Riesgo biopsicosocial de Herrera y Hurtado**............................. 68

**ANEXO 2. Condiciones para remitir a mayor nivel una unidad de cuidado obstétrico de mayor complejidad.** ....................................................................................... 70

**ANEXO 3. Escala de depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS)**................................ 73 **ANEXO 4. Escala Obstétrica de alerta temprana**............................................................. 75 **ANEXO 5. Clasificación de Choque y evaluación de la respuesta**.............................. 77

**ANEXO 6. Contenido del Kit de Emergencia obstétrica para instituciones de baja complejidad.\***.................................................................................................................... 78

2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

**ANEXO 7. Gráfica evaluación nutricional de la embarazada Atalah – Índice de Masa Corporal para Edad Gestacional.**.............................................................................. 79

**ANEXO 8. Evaluación de la técnica de lactancia**............................................................. 79

**ANEXO 9. Recomendaciones de salida para madres, padres y familiares de recién nacidos**........................................................................................................................................ 82

**ANEXO 10. Factores de riesgo para evento tromboembólico durante la gestación parto y puerperio132**.................................................................................................................. 86

3

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

**INTRODUCCION**

El presente documento pretende definir los lineamientos para la estandarización de la atención del binomio madre e hijo, realizando detección de alteraciones desde la etapa preconcepcional y la gestación para garantizar la maternidad segura en toda la red de prestación de servicios de la ESE ISABU

Está sustentado en el cumplimiento de los requisitos para garantizar un proceso seguro en la atención al binomio madre – hijo y específicamente de la gestación como proceso prioritario dentro de la institución, generando adicionalmente estrategias de articulación con otros programas operados por la ESE ISABU, que potencian y complementan las acciones que se realizan con esta población.

**1.OBJETIVO GENERAL**

Establecer las disposiciones técnicas y operativas para la prestación dela atención en salud a todos los recién nacidos y mujeres, durante las etapas preconcepcional, la gestación, periodo perinatal y posparto en la ESE ISABU.

**2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

∙ Desarrollar acciones de detección precoz, protección específica y minimización del riesgo ante situaciones que pudiesen afectar el resultado de una futura gestación, tanto para la madre como para el feto y/o recién nacido en las mujeres en edad reproductiva no gestantes, esto por medio de la consulta preconcepcional

∙ Brindar atención integral a la mujer y su familia durante el periodo de gestación por medio del control prenatal.

∙ Ofrecer atención al binomio madre – hijo durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio.

∙ Brindar atención adecuada, prioritaria con calidad y sin barreras a la gestante y al recién nacido, velando por el cumplimiento de todos los procesos planteados en las diferentes estrategias institucionales como IAMI, AIEPI, entre otras.

∙ Garantizar una atención de parto humanizado, que favorezca en la mujer una mejor tolerancia al dolor, previniendo complicaciones, en un ambiente cálido y agradable, garantizando en lo posible el acompañamiento de una persona significativa para la madre.

∙ Desarrollar acciones educativas para comprometer y empoderar a la madre y la

4

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

familia ante la salud sexual, reproductiva, la gestación, el parto, el puerperio y programas de promoción y prevención.

∙ Definir con claridad los mecanismos de referencia – contrarreferencia, así como los flujos de atención.

**3. DEFINICIONES**

∙ **Binomio madre e hijo:** es el conjunto humano creado por la mujer progenitora y el producto en gestación o nacido vivo que requiere de un entorno sano y seguro para el adecuado desarrollo físico, social y mental.

∙ **Consulta preconcepcional:** se refiere a la atención enfocada a evaluar de manera preventiva y anticipada el deseo de la mujer o la pareja de quedar embarazada con el fin de detectar oportunamente e intervenir los factores de riesgos que puedan llevar a complicaciones en la gestación.

∙ **Interrupción voluntaria del embarazo o ive:** Derecho emanado de manera trascendental en la sentencia C-355 de 2006 que aplica para toda persona gestante que desee autónomamente terminar el embarazo y que cumpla alguno de los tres criterios para ejercerlo como son el abuso sexual, malformación del feto incompatible con la vida o riesgo de complicación mortal para la madre.

∙ **Captación:** Es atraer, cautivar, recoger, percibir, comprender, reconocer; para el caso de la captación de un embarazo no es más que la recogida, reconocimiento, análisis y comprensión de toda la anamnesis de la gestante, que se debe realizar desde las primeras sospechas o indicios de embarazo, con miras a lograr el desarrollo normal de éste, tomar las medidas oportunas y evitar complicaciones que pudieran poner en riesgo la vida del feto o la madre.

∙ **Captación precoz:** Es la captación que se realiza antes de la semana 12 de Gestación.

∙ **Captación intermedia**: Es la captación que se realiza desde las 13 semanas, hasta las 26 semanas.

∙ **Captación tardía**: Es la captación que se realiza desde las 27 semanas de gestación.

5

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

∙ **Prueba de embarazo**: Es toda aquella técnica usada para la búsqueda de los signos hipotéticos que permiten confirmar un embarazo. Consiste en detectar la presencia de la Hormona Gonadotropina Coriónica Humana (HCG) en el plasma materno o en la orina, y es el procedimiento que aporta quizá el mayor nivel de probabilidad de diagnóstico confiable.

∙ **Control prenatal:** El control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la Morbilidad y Mortalidad materna y perinatal.

**4. ALCANCE**

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

**5. NORMATIVIDAD**

∙ Resolución 3280 de 2018

∙ Resolución 2003 de 2014

∙ Sentencia C-355 del 10 de mayo de 2006

**6. ACTIVIDADES DE DETECCION TEMPRANA**

|  |
| --- |
| **6.1 CAPTACION TEMPRANA DE LA GESTANTE** |
| **Descripción** | En todas las unidades operativas, el personal de enfermería y del laboratorio clínico realizará el test de Embarazo a mujeres en edad fértil (MEF), amenorrea o con síntomas de Embarazo, según lo definido en el instructivo para toma rápida de prueba rápida de embarazo I-2002.01. Desde el ámbito social y comunitario se tiene el enfoque de educar, informar y comunicar para que desde los diferentes ámbitos se cuente con el acceso o ingreso oportuno a control prenatal. |
| **Objetivo**  | Captar de manera inmediata y oportuna a todas las mujeres con test positivo de embarazo a la consulta e inscripción al control prenatal antes/durante la semana 10 de gestación**.** |
|  | Si la prueba sale positiva, el profesional de enfermería procede a la inscripción de la usuaria al programa de control prenatal donde se diligencia la historia  |

6

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Procedimiento** | clínica de ingreso con sus respectivos laboratorios y valoraciones según lo indica la norma, y realiza de manera inmediata la toma de las pruebas rápidas para sífilis y VIH, encontrándose estas disponibles en todas las unidades operativas de la ESE ISABU. Se deben priorizar en las gestantes con riesgo de pérdida y / o ante época de pandemia. |
| Si la prueba sale negativa se direcciona al programa para la Atención en Planificación Familiar, esta actividad podrá realizarla el médico o enfermera que se encuentre disponible con el fin de garantizar de manera inmediata el acceso a un método de planificación familiar. La usuaria con prueba de embarazo negativa se registrará en la base de gestión del riesgo **(DRIVE INSTITUCIONAL F-2002-15 FORMATO GESTION DEL RIESGO)** donde se evidencia la intervención y posteriormente los controles se realizarán según periodicidad de método anticonceptivo como lo indica la resolución 3280 de 2018. |
| Si la usuaria no desea planificar y desea embarazarse se deberá direccionar a la atención o consulta preconcepcional que será atendida por un médico general con el fin de preparar a la usuaria para un embarazo. Esta actividad deberá registrarse en la planilla de gestión del riesgo **(DRIVE INSTITUCIONAL F-2002-15 FORMATO GESTION DEL RIESGO)** para identificar las intervenciones realizadas. |
| Si la usuaria con resultado positivo no desea continuar con el embarazo, direccionar a la consulta de IVE, consulta realizada por el Medico general en cada unidad operativa según lo indicado en protocolo para IVE de la ESE ISABU e informar a Salud Mental para seguimiento de caso. Esta actividad deberá registrarse en la planilla de gestión del riesgo **(DRIVE INSTITUCIONAL F-2002-15 FORMATO GESTION DEL RIESGO)** para identificar las intervenciones realizadas. |
| Se debe realizar la facturación de la consulta de primera vez por enfermera o médico general para inscripción al programa de control prenatal. La prueba rápida de embarazo está contemplada para las usuarias del régimen subsidiado y la facturación se hará por promoción y prevención para no generar barreras de acceso. |
| Una vez la gestante cuenta con órdenes de laboratorios se realizará el resto de lo ordenado en cada unidad operativa (Centro de salud y/o unidad hospitalaria), donde deberá facturar de manera habitual para dar continuidad a los laboratorios según trimestre de ingreso a control prenatal. En época de pandemia se maneja las tomas de laboratorios domiciliarios y tele consulta para la lectura de los exámenes. (Ver procedimiento P-2002- 12 procedimiento de teleconsulta medica y de enfermería para usuarios con riesgo cardiovascular, Epoc, artritis, gestantes y planificación familiar. P-2002-15 Procedimiento de ruta de atención médica y de enfermería domiciliaria. 2003-09 procedimiento ruta de atención medica prioritaria. |
|  |

7

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Durante la atención se brinda información, educación, se determina la edad gestacional y se da cita de control para lectura de exámenes a los 8 días del ingreso al programa con el fin de identificar alteración y posteriores intervenciones oportunas. Pasado un mes del ingreso se citará a la gestante para clasificación del riesgo obstétrico y continuación mensual al control prenatal. En época de pandemia se manejan las atenciones por modalidad de tele consulta. P-2002- 12 PROCEDIMIENTO DE TELECONSULTA MÉDICA Y DE ENFERMERIA PARA USUARIOS CON RIESGO CARDIOVASCULAR, EPOC, ARTRITIS, GESTANTES Y PLANIFICACION FAMILIAR. P-2002-15 PROCEDIMIENTO DE RUTA DE ATENCION MÉDICA Y DE ENFERMERIA DOMICILIARIA. 2003-09 procedimiento ruta de atención medica prioritaria.  |
| Continuar la atención de la gestante de acuerdo a las frecuencias establecidas según Resolución 3280 de agosto de 2018 Rutas Integrales de Atención en Salud. En época de pandemia se maneja las teles consultas y/o Atenciones Domiciliarias dependiendo de la Clasificación del Riesgo Obstétrico y las necesidades de la gestante. Ver procedimiento de tele consulta para gestantes. P-2002- 12 PROCEDIMIENTO DE TELECONSULTA MÉDICA Y DE ENFERMERIA PARA USUARIOS CON RIESGO CARDIOVASCULAR, EPOC, ARTRITIS, GESTANTES Y PLANIFICACION FAMILIAR. P-2002-15 PROCEDIMIENTO DE RUTA DE ATENCION MÉDICA Y DE ENFERMERIA DOMICILIARIA. 2003-09 procedimiento ruta de atención medica prioritaria. |
| **6.2 ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRECONCEPCIONAL** |
| **Descripción** | Esta **atención se deriva de la identificación de la mujer o la familia con intención reproductiva a corto plazo** (se considerará intención reproductiva de un año, dado que es el tiempo razonable para el procedimiento de preparación para el embarazo) de conformidad al paso 1 de la captación temprana de la gestante. O paso 3. Si la usuaria no desea planificar y desea embarazarse direccionar a la atención o consulta preconcepcional, teniendo en cuenta de indagar a toda mujer que llegue a cualquier servicio por cualquier causa sobre su intención reproductiva en relación con su proyecto de vida. Esta actividad la realizara el médico general de cada unidad operativa. Esta consulta debe realizar al menos un (1) año antes de planear la gestación; por consiguiente, se debe formular al menos en la primera consulta, un método de anticoncepción de acuerdo con los criterios de elegibilidad de la OMS y el deseo de la mujer. Se ofrecerán según la disponibilidad de la ESE ISABU o cada EAPB. Se recomienda que tanto en la consulta inicial como en las de control y seguimiento participe la pareja o quien la mujer decida como apoyo en este proceso. Esto lo deberá incentivar el médico general al momento de la consulta. Toda consulta de joven y/o planificación (según edad) y o post evento obstétrico. Aplicara para toda aquella mujer en edad fértil que desee o tenga planeado a corto plazo un embarazo, se incluye vínculo entre las dos plantillas con el fin de disminuir riesgos. |

8

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **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** | Profesionales en Medicina o Enfermería. Cuando se requiera, deberá ser realizada por especialista en Ginecobstetricia, según contratación con las Empresas Administradores de Planes de Beneficios (EAPB) |
| **Duración**  | La duración de la consulta inicial preconcepcional será mínima de 30 minutos. |
| La consulta de control preconcepcional de seguimiento: mínimo 20 minutos. Se realizará por médico general en cada unidad hospitalaria. |
| **Atenciones incluidas**  | Evaluación del riesgo preconcepcional. |
| Asesoría y provisión de un método anticonceptivo, de acuerdo con los criterios de elegibilidad y el deseo de la mujer. |
| **Frecuencia**  | Se debe garantizar como mínimo una consulta inicial y un control. |
| **Descripción del procedimiento** | Dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y en este escenario indagar sobre: |
|  **Anamnesis**  | ✔ Los hábitos ✔ Factores genéticos ✔ Familiares ✔ Reproductivos ✔ Condiciones psicológicas y sociales Con el objeto de entregar pautas para el cuidado de la salud, la identificación precoz de signos de alarma para reducir los riesgos reproductivos por antecedentes de salud.  |
| **Antecedentes personales:** indagar la presencia de diabetes mellitus, enfermedad tiroidea, epilepsia – trastornos convulsivos, hipertensión arterial, hipertensión pulmonar, fenilcetonuria, artritis reumatoidea, LES lupus eritematoso sistémico, enfermedad renal crónica, enfermedad cardiovascular, trombofilias heredadas o adquiridas, anemia (incluyendo anemia de células falciformes), asma, tuberculosis, neoplasias, obesidad mórbida (IMC > 35). En la valoración de la salud sexual reproductiva, indagar el inicio de relaciones sexuales, antecedentes de ITS antecedente de patología cervical / VPH. Cumplimiento de esquema de tamizaje de cáncer de cuello uterino, número de compañeros sexuales, uso de preservativo y de anticonceptivos, etc.). |

9

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Anamnesis** | **Antecedentes genéticos o familiares:** hacer énfasis en los siguientes: madre mayor de 35 años, Historia familiar de alteraciones genéticas conocidas (idealmente hasta de tres generaciones, de ambos miembros de la pareja), hemofilia (detectar las mujeres con riesgo de ser portadoras —aquellas en cuyas familias algún miembro se encuentra afectado y realizar el asesoramiento genético). Las mujeres con antecedentes genéticos o familiares deberán ser remitidas para valoración por el especialista en obstetricia y ginecología, quien definirá la pertinencia de valoración multidisciplinaria, dependiendo de cada condición. |
| **Antecedentes ginecobstétricos**: anticoncepción, parto pretérmino previo, cesárea previa, abortos previos, muerte fetal previa, gran multiparidad, período intergenésico de menos de 18 meses, incompatibilidad Rh, preeclampsia en la gestación anterior, antecedente de recién nacido con peso menor de 2.500 g, macrosómico, antecedente de hemorragia, postparto, antecedente de embarazo molar, antecedente de depresión postparto. |
| **Hábitos:** patrones de consumo de alimentación, hábitos de higiene general, actividad física, hábitos de descanso y sueño, manejo del estrés y situaciones de alta tensión, medicamentos. |
| **Valoración de hábitos alimentarios:** indagar por consumo de suplementos dietarios y/o medicamentos utilizados para la pérdida de peso. Orientar el consumo de alimentos fuentes de vitamina A como: zanahoria, ahuyama, papaya, plátano maduro, mango, chontaduro, zapote, mamey, tomate de árbol y huevo, 1 a 2 veces al día, con el fin de adecuar su ingesta y no superar 3.000 µg/día de ER. Identificar riesgo para deficiencia de vitamina D (enfermedad celiaca, enfermedad de Crohn, obesidad, antecedente de cirugía cardiaca, enfermedad renal y Hepática crónica, entre otras). |
| **Hábitos no saludables:** Consumo de medicamentos, consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias psicoactivas. |
| **Valoración psicosocial:** debe incluir la estructura y dinámica familiar, las redes de apoyo familiar, social y comunitario. Indagar o identificar situaciones de vulnerabilidad: exposición a violencias de género y/o sexual, estresores, exclusión social, pobreza, marginalidad, e indagar sobre su manejo. Discapacidad y desplazamiento. Riesgos laborales o exposición ambiental. |
| **Evaluar el estado de inmunización:** identificar las vacunas que aplican, y garantizar que la mujer en edad reproductiva complete su esquema de vacunación al menos tres meses antes de embarazarse. (VPH, TD, influenza). |
| **Examen físico** | Realizar examen físico completo por sistemas: -Debe hacerse céfalo caudal, incluida la cavidad bucal, -Tomar medidas antropométricas (peso, talla, valorar el estado nutricional).  |

10

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Para el análisis de estas variables, utilizar los indicadores antropométricos que define la Resolución 2465 de 2016 o la norma que la sustituya). -Realizar la valoración ginecológica completa incluida especuloscopia. |
| **Exámenes** **paraclínicos** **Exámenes** **paraclínicos** | Adicional a la valoración, se debe solicitar y hacer la lectura de los siguientes exámenes de laboratorio (en la consulta de ingreso o de control): ∙ Antígeno superficie hepatitis B ∙ Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino, de acuerdo con la edad. ∙ Glicemia en ayunas ∙ Hemoclasificación ∙ Hemograma ∙ Hemoparásitos (en zonas endémicas) ∙ IgG G toxoplasma ∙ IgG G rubéola ∙ IgG G varicela ∙ Prueba treponémica rápida para sífilis ∙ Urocultivo con concentración mínima inhibitoria (CMI) ∙ VIH (prueba rápida), con asesoría pre y pos-test Los exámenes que no estén contratados deberán remitirse a la EAPB para su respectivo tramite. |
| **Suplementación** **con micronutrientes** | Indicar 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. |
| Conforme a los hallazgos durante la valoración, el profesional en salud debe realizar una síntesis ordenada de los factores protectores riesgos, y el estado general de la salud de la mujer. Según criterio médico se procederá a dar cita para atención por odontología, nutrición, psicología, trabajo social, e interconsulta por medicina especializada. En época de pandemia se maneja las teleconsultas por nutrición, psicología, trabajo social y valoraciones por ginecología. Odontología solo prioritaria por no estar priorizada. Ver procedimiento de teleconsulta para gestantes. P-2002- 12 Procedimiento de teleconsulta médica y de enfermería para usuarios con riesgo cardiovascular, epoc, artritis, gestantes y planificacion familiar. P-2002-13 procedimiento de ruta de atención médica y de enfermería domiciliaria. |
| **Plan integral de cuidado primario:** |

11

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |
| --- |
|  |
| **Antecedentes** **reproductivos** | **Procedimientos e intervenciones** |
| **Parto pretérmino previo** | Según los antecedentes reproductivos, los procedimientos e intervenciones derivados de antecedentes o riesgos detectados en esta consulta no se considerarán como de Detección temprana. Obtener la historia reproductiva y aquellas mujeres con historia de prematurez o restricción del crecimiento intrauterino deben ser evaluadas para la identificación y tratamiento de causas que se puedan modificar antes de una nueva gestación. Informar a las mujeres con partos pre término previos sobre los beneficios de la progesterona en el siguiente embarazo. |
| **Enfermedad** **tromboembólica** **venosa**: | En la atención preconcepcional, el clínico debe identificar la presencia de factores de riesgo para eventos tromboembólicos venosos, con el fin de planear intervenciones oportunas que disminuyan dicho riesgo. Las pacientes que reciben de forma preconcepcional intervenciones farmacológicas para la prevención o tratamiento de eventos tromboembólicos venosos deben contar con asesoría especializada. |
| **Cesárea previa:**  | Recomendar a las mujeres con cesárea, previa esperar para un nuevo embarazo al menos 18 meses. |
| **Abortos previos:** | Evaluar las potenciales causas en aquellas mujeres con dos o más abortos espontáneos y ordenar la terapia indicada. Las pacientes con pérdida recurrente deben ser evaluadas para detectar la presencia de anticuerpos antifosfolipídicos, cariotipo y evaluación de anatomía uterina por el ginecólogo. Informar a las mujeres que hayan tenido un aborto espontáneo único acerca de la baja probabilidad de recurrencia. |
| **Muerte fetal previa:** | Investigar al momento de la primera muerte fetal, las potenciales causas y comunicarlas a la paciente. Los estudios complementarios en el periodo preconcepcional y comunicar el riesgo elevado para futuros embarazos. |
| **Período intergenésico menor de 18 meses:** | Asesorar a la mujer sobre el período intergenésico óptimo —al menos de 18 meses— como clave para prevenir complicaciones maternas y fetales. |
| **Incompatibilidad Rh:**  | Determinar el grupo sanguíneo de la mujer y de su pareja y analizarlo en conjunto con la paridad y el antecedente de profilaxis con Ig anti-D para definir el riesgo de inmunización en una gestación posterior. |
| **Preeclampsia en el embarazo anterior:** | En caso de antecedente de trastornos hipertensivos relacionados con la gestación, asesorar a la mujer y a la pareja sobre la probabilidad de recurrencia  |

12

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | de la enfermedad, así como los riesgos materno-perinatales; además, evaluar hipertensión residual y nefropatía. |
| **Antecedente de recién nacido con peso menor de 2.500 g:** | Asesorar a la mujer o a la pareja sobre la probabilidad de recurrencia de la enfermedad, así como los riesgos perinatales y neonatales. Dar tratamiento a todas las infecciones locales o sistémicas que la mujer o la pareja presenten. |
| **Antecedente de recién nacido macrosómico:** | Asesorar a la mujer o la pareja acerca de la probabilidad de recurrencia de la enfermedad, así como sobre los riesgos perinatales y neonatales. Realizar control metabólico previo y durante la gestación a las mujeres que presentan diabetes mellitus como condición preexistente. |
| **Antecedente de hemorragia postparto:** | Evaluar la condición de anemia. Sensibilizar a la mujer en el sentido de garantizar la futura atención del embarazo y del parto en instituciones con capacidad resolutiva para el manejo de HPP por el riesgo de recurrencia. |
| **Antecedente de enfermedad** **trofoblástica** **gestacional:** | Asesorar a la mujer o la pareja sobre que pacientes con cualquier tipo de antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional pueden tener, en general, una gestación normal. Sensibilizar en torno a la evaluación, lo más pronto posible, de la viabilidad de futuros embarazos. |
| **Antecedente de depresión postparto:** | identificar en la primera consulta de atención preconcepcional el riesgo de depresión postparto, a partir de las siguientes preguntas: ∙ *“Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?”* ∙ *“Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?”* En caso de presentar resultado positivo en este tamizaje se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de problemas, trastornos mentales y epilepsia. |
| **Hombres transgénero:** | Para los hombres transgénero o transexuales con o sin tratamiento con Testosterona la atención preconcepcional debe darse por el especialista en ginecología con el concurso de Endocrinología y los demás profesionales pertinentes. Se debe remitir a Ginecología para manejo, previa autorización de la EPS |
| **Información en salud:**  |
|  | planeación de la familia |

13

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Durante la consulta se debe abordar** **los temas (**según características y particularidades de cada mujer) | espaciamiento de los hijos |
| prevención de la gestación no deseada |
| estado de vacunación contra enfermedades infecciosas |
| Importancia del control prenatal temprano y la detección temprana de los factores de riesgo cardiometabólicos, entre otros aspectos. |
| Información a la mujer sobre derechos reproductivos para garantizar su derecho a decidir libremente el momento y la frecuencia de los embarazos, evitando coacción o violencia sobre sus decisiones. |
| información sobre acceso métodos anticonceptivos, riesgos asociados a la gestación, el parto y el puerperio y prevención y tratamiento de afecciones al sistema reproductivo entre otros |
| Información sobre su derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y especificar las causales que ha establecido la sentencia C355- 2006 |
| Informar a la mujer y a su pareja sobre los riesgos de aneuploidía y cromosomopatías asociadas con la edad y sobre las intervenciones para realizar tamizaje o 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. |
| Recomendar el consumo diario de alimentos fuente de esta vitamina como pescado, leche, queso, yogurt y huevo, como mínimo una vez al día. Se deberá identificar el riesgo de deficiencia de calcio cuando la ingesta sea baja y deberá indicarse su suplementación |
| **Consultas de control y seguimiento:** Se establece como mínimo un control. La finalidad de esta consulta es realizar un diagnóstico mediante la lectura e interpretación de los exámenes solicitados en la primera consulta. Las recomendaciones preconcepcionales estarán orientadas de acuerdo con condiciones específicas previas, así: |
| **RIESGO A** **INTERVENIR** | **RECOMENDACIONES** |
| **Diabetes mellitus:** | **Aconsejar sobre la importancia del control de la diabetes** para el embarazo. Optimizar el control de la glicemia y el monitoreo. Mantener un peso óptimo y realizar ejercicio regular. Evaluar las complicaciones vasculares. Realizar una hemoglobina glicosilada y, de no ser adecuada (menor de 6.5), realizar control y tratamiento. Derivar a consulta para asesoría en anticoncepción; derivar a la RIAS para la población con riesgo o presencia de alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas (Diabetes Mellitus – DM.) |
| **Enfermedad tiroidea:** | **Lograr un óptimo control terapéutico antes de quedar en embarazo**. Tratar con propiltiouracilo en casos de hipertiroidismo. Realizar evaluación hormonal en pacientes con clínica o historia de enfermedad tiroidea. No se recomienda el tamizaje para el hipotiroidismo subclínico. Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva. |

14

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Epilepsia:** | **Tratar con mono drogas, con la mínima dosis terapéutica posible**. Evaluar la posibilidad de suspender el tratamiento seis meses antes de intentar el embarazo, si las condiciones médicas son favorables (dos años sin convulsiones). En caso de requerir tratamiento, cambiar a carbamazepina, lamotrigina o levetiracetam. Administrar ácido fólico (4 mg/ día). Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva. |
| **Hipertensión:** | **Informar sobre los riesgos para el embarazo y la importancia de cambiar al antihipertensivo adecuado**. Realizar una evaluación general de las mujeres con larga data de hipertensión (hipertrofia ventricular, retinopatía, nefropatía). Sustituir antihipertensivos inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina II, los antagonistas de los receptores de angiotensina II y diuréticos durante la planificación de un embarazo, modificarlos por medicamentos como alfametildopa o nifedipino, entre otros. Previo a la gestación, debe contar con radiografía y ecocardiograma, valoración por oftalmología, nefrología y pruebas de función renal específicas. |
| **Artritis Reumatoidea:** | **Informar acerca de la historia natural de la enfermedad**, la mejoría potencial durante el embarazo y el empeoramiento en el puerperio. En caso de embarazo, evitar corticoides en el primer trimestre y suspender los AINES a partir de la 27 semana de gestación. Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva. |
| **Lupus Eritematoso Sistémico:** | **Conocer el estadio de la enfermedad al momento de la consulta** para saber si recomendar o no la gestación, así como explicar que el embarazo puede empeorar el estadio de la enfermedad y en pacientes que cursan por un estadio avanzado puede acelerar el proceso patológico. Planear el embarazo para momentos de remisión de la enfermedad, sobre todo si existe presencia de nefritis. Suspender durante el embarazo la ciclofosfamida que se utiliza frecuentemente en el lupus eritematoso por ser teratogénica; administrar azatioprina, ciclosporina A y cloroquina desde la preconcepción. Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva. |
| **Enfermedad Renal Crónica:** | **Informar sobre la posibilidad de progresión de la enfermedad renal durante el embarazo.** Realizar control de la presión arterial antes de la concepción produce mejores resultados perinatales. Solicitar proteinuria, dado que la presencia de proteína se asocia con malos resultados perinatales y progresión de enfermedad renal a largo plazo. Suspender drogas no aconsejadas para el embarazo (por ejemplo, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina). Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva. |
|  | **Informar sobre los riesgos asociados con la patología cardiovascular y el embarazo**. Evitar la Warfarina durante el primer trimestre. Realizar corrección quirúrgica (las que sean posibles) de patologías cardiovasculares antes del  |

15

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Enfermedad** **cardiovascular:** | embarazo. Considerar remitir al especialista para manejo y dar asesoría y provisión anticonceptiva. |
| **Trombofilia:** | **Evaluar el método de anticoncepción a iniciar dentro de la consulta**, teniendo en cuenta que están contraindicados los métodos hormonales. Considerar el tamizaje de las mujeres de edad reproductiva con una historia personal o familiar de eventos trombóticos. Evaluar el riesgo trombótico en las mujeres con trombofilias congénitas con el fin de determinar el tratamiento oportuno. Sustituir la Warfarina por heparinas de bajo peso molecular antes del embarazo para evitar su efecto teratogénico, en caso de que se considere que es una paciente de riesgo y recibe Warfarina. Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva. |
| **Anemia:** | **Evaluar la anemia** durante el periodo preconcepcional y eventualmente tratarla en pacientes con riesgo de déficit de hierro. |
| **Asma:** | **Informar sobre la posibilidad de agravarse durante el embarazo**. Mantener anticoncepción en mujeres con mal control del asma, hasta lograr un control efectivo del asma. Realizar tratamiento profiláctico previo al embarazo en pacientes con asma persistente. Tratar con budesónida (agente preferido como inhalador, único de categoría B). Utilizar como alternativa beclometasona - Categoría C. Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva. |
| **Tuberculosis:** | **Garantizar el tratamiento completo de la enfermedad.** Administrar fármacos como isoniacida, etambutol, rifampicina y pirazinamida antes y durante el embarazo. Evitar la estreptomicina. Recomendar la planificación familiar durante el tiempo que dure el tratamiento anti TBC. |
| **Neoplasias:** | **Informar sobre la posibilidad de agravarse durante el embarazo**. Garantizar la planificación familiar durante el tiempo que dure el tratamiento antineoplásico. Aconsejar conducta de acuerdo con la agresividad del tumor, del estadio de la enfermedad y del compromiso en la condición de salud de la mujer. Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva. |
| **Obesidad mórbida:**  | **Realizar evaluación nutricional y paraclínicos adicionales** que permitan determinar el estado metabólico y endocrino, se debe informar el IMC ideal para iniciar un embarazo es de < 25. |
|  | durante la consulta preconcepcional entregar información que permita prevenir la infertilidad, **lo cual incluye:**  |

16

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Infertilidad:** | ✔ Realizar asesoría sobre el potencial impacto que pueden generar las infecciones de transmisión sexual especialmente VIH, Chlamydia tracomatis e infección gonocócica en la reproducción. ✔ Informar sobre el potencial impacto que tiene la obesidad sobre la fertilidad junto con un adecuado manejo de los trastornos nutricionales. La mujer con IMC mayor de 29 debe ser informada de una mayor dificultad para concebir y mayor riesgo obstétrico si logra un embarazo. La obesidad se asocia a una reducción de la calidad seminal, por lo que se deberá realizar una intervención nutricional. ✔ Orientar hacia la suspensión del tabaco en las parejas que buscan fertilidad. El consumo de tabaco impacta negativamente la fertilidad del hombre y de la mujer. ✔ Informar a las parejas con deseo reproductivo que la fertilidad declina con la edad de la mujer. Esta disminución es muy significativa después de los 35 años ✔ Informar que la falta de descenso testicular (testículo no descendido) puede afectar severamente la función testicular. Así mismo, informar sobre la presencia de varicocele. El diagnóstico de infertilidad se hará durante la consulta preconcepcional según los estándares de la OMS, esto es: ―enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas‖. En los casos de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas sin lograr embarazo se podrá solicitar estudio: ✔ histerosalpingografía más un espermograma de acuerdo con los parámetros de análisis seminal establecido por la OMS. ✔ Remisión a ginecología para valoración y manejo de resultados espermograma y estudio ultrasonográfico. ✔ Remisión a consulta por profesional en psicología (las parejas infértiles), nutrición, odontología, medicina interna, urología o endocrinología, o al que se requiera de acuerdo con la pertinencia médica ✔ Solicitar valoración de apoyo psicológico a todas ya que esto mejora su calidad de vida. |
| **Instrumentos, insumos y dispositivos**: (Anexo 1). Lista de chequeo que orienta el tamizaje de riesgo durante la atención preconcepcional |
| **6.3 ATENCION DE ASESORIA PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)** |
| La ESE ISABU en cumplimiento de la C355 de 2006 brindará la atención en consulta Médica y de Psicología en la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) como derecho fundamental de las niñas, adolescentes y mujeres adultas, como derecho de las mujeres a decidir de manera libre y autónoma sobre la interrupción del embarazo está relacionado con la información y conocimiento que tenga acerca de las causales definidas en la Sentencia C355 de 2006.  |
|  | Reconocer el derecho a la autonomía y autodeterminación reproductiva de la mujer, garantizando el acceso a servicios seguros y de calidad para la  |

17

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
|  **Objetivos** | interrupción voluntaria del embarazo, en marco de lo previsto por la Sentencia C – 355 de 2006 y jurisprudencia complementaria, tratando con eficacia las posibles complicaciones del aborto. Orientar durante la consulta IVE que no transcurra un tiempo superior a cinco (5) días calendario para la realización del procedimiento en la mujer que decide interrumpir su embarazo Direccionar las usuarias con decisiones de IVE a su EPS para continuar el trámite en la RED de servicios. Dar asesoría y continuidad en el uso de los métodos anticonceptivos posterior al IVE. |
| **Talento humano** | ✔ Enfermera ✔ Médico general ✔ Psicólogo ✔ Trabajo Social |
| **Atenciones incluidas** | Consulta inicial para valoración integral de la salud de la mujer, que incluye la valoración de la salud mental, del estado emocional, así como de las condiciones sociales asociadas al embarazo y su salud. |
| Orientación y asesoría para la toma de decisiones frente a las causales previstas por la sentencia C-355 de 2006, garantizando siempre la autonomía de la mujer y su derecho a decidir si continúa o no con el embarazo |
| Asesoría y provisión anticonceptiva (según criterios médicos de elegibilidad OMS / CDC vigentes y preferencias de la mujer). |
| Consulta de seguimiento por médico general. |
| **Consulta inicial por medicina para valoración integral de la salud de la mujer:** |
| **Descripción**  | ✔ La consulta inicial se refiere al primer contacto que tiene la mujer con los servicios de salud cuando voluntariamente solicita la IVE o cuando accede a la solicitud de prueba de embarazo cuyo resultado es positivo y se identifica que la mujer cumple con alguna de las causales previstas por la Sentencia C–355 de 2006, y decide acceder al procedimiento. ✔ El propósito de la consulta médica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo es establecer si la mujer está efectivamente embarazada y, de estarlo, conocer la edad gestacional y confirmar que el embarazo sea intrauterino. Se incluye también la valoración de la salud integral de la mujer en sus dimensiones física, social, mental y del estado emocional. ✔ Toda solicitud de IVE debe quedar debidamente consignada en la historia clínica, se debe establecer la causal bajo la cual la mujer solicita la interrupción de su embarazo. Se debe documentar y registrar en forma clara  |

18

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | y concreta en la historia clínica. Además, se deben relacionar los requisitos establecidos legalmente para cada causal. ✔ Se debe garantizar la intimidad de la mujer que solicita la IVE, razón por la que debe evitarse realizar interrogatorios extensos que vayan más allá de obtener información relevante para la historia clínica o solicitar en contra de su voluntad, la presencia de personas como su pareja o del representante legal o tutor en caso de niñas o adolescentes. |
| **Anamnesis y antecedentes:**  |
| **En la consulta inicial (**Confirmar el embarazo y establecer la edad gestacional teniendo en cuenta la fecha de la última menstruación.) | Realizar una historia clínica completa |
| Interrogar sobre el primer día de la última menstruación (primer día de sangrado) |
| correlacionar FUR con examen físico y ecografía |
| Verificar si se encuentra en periodo de lactancia, y si cuenta con periodos irregulares, uso de anticonceptivos o sangrados en etapa inicial del embarazo.  |
| Interrogar sobre antecedentes médicos familiares y personales de la mujer y documentarse de manera completa, prestando atención a condiciones previas que puedan orientar a la necesidad de un nivel de atención de mayor complejidad |
| Valoración de sus condiciones psicosociales y de la posible afectación que el embarazo esté causando en ellas en el momento de la consulta. |
| Explorar, en especial, la tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos; así como la existencia de redes de apoyo (soporte familiar y/o de pareja o de condiciones socioeconómicas o de subsistencia). |
| **Examen físico:** |
| Realizar examen físico debe ser completo en su aspecto general | confirmar la existencia del embarazo y estimar su duración por medio de un examen pélvico bimanual o por medios paraclínicos. |
| Verificar signos detectables de embarazo entre las semanas 6ª y 8ª incluyen reblandecimiento cervical y/o del istmo, y reblandecimiento y elongación del útero. ✔ Si el tamaño uterino es menor al esperado, debe considerarse la posibilidad de un embarazo menos avanzado que el estimado por la fecha de la última menstruación, un embarazo ectópico o un aborto retenido. ✔ Un útero mayor al esperado puede indicar un embarazo más avanzado que el calculado por la fecha de la última menstruación, un embarazo múltiple, presencia de miomas o enfermedad trofoblástica gestacional. ✔ Además del tamaño, se debe confirmar la posición del útero para prevenir posibles complicaciones durante la IVE por aspiración endouterina en caso de anteversión o retroversión extrema. |

19

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | evaluar la presencia de enfermedades infecciosas del tracto genital, porque pueden aumentar el riesgo de una infección post aborto, si no son tratadas antes del procedimiento. ✔ Desde un punto de vista clínico, la presencia de infección por VIH en una mujer que se somete a una IVE requiere las mismas precauciones que para otras intervenciones médico/quirúrgicas. ✔ Si se sabe que la mujer convive con el VIH, orientar y asesoría sobre VIH durante el embarazo. |
| **Toma de paraclínicos:**  |
| Como norma general, no son requisito exámenes paraclínicos para la prestación de servicios de IVE | Hemoclasificación para administrar inmunoglobulina anti-D a las mujeres Rh negativas al momento del procedimiento de IVE |
| En los casos en que clínicamente se sospeche anemia, se debe solicitar cuadro hemático para tomar las medidas necesarias ante una eventual hemorragia. |
| Dar asesoría y ofrecer la prueba de tamizaje para VIH (prueba rápida), dejando claro que es voluntaria, que se recomienda practicarla a toda mujer embarazada. |
| tamizaje para sífilis con prueba treponémica rápida. |
| La exploración ecográfica no es necesaria para la interrupción del embarazo durante el primer trimestre, salvo que, ante la presencia de otros signos o síntomas, se sospeche la presencia de un embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica o cualquier otra alteración, también indicarla para la detección de embarazos ectópicos mayores de 6 semanas. ✔ Si se sospecha un embarazo ectópico, porque el tamaño uterino es menor al esperado o porque hay síntomas sugestivos como dolor o sangrado, o mareos, desmayos, palidez o masa anexial en casos avanzados, es esencial confirmar la localización del embarazo antes de iniciar un tratamiento para la IVE. La mujer debe ser remitida a un nivel de atención con disponibilidad de ecografía transvaginal y cuantificación de fracciones Beta de gonadotropina coriónica humana. |
| En caso de enfermedad o evento de interés en salud pública se deben realizar los exámenes de laboratorio pertinentes según protocolo de vigilancia en salud publica expedido por el Instituto Nacional de Salud, incluidos los estudios de histopatología u otros posteriores al procedimiento. |
| **Certificación de las causales:** Una vez se ha obtenido la historia clínica completa; Identificar si la mujer está dentro de alguna de las causales definidas por la sentencia C-355 de 2006. Tenerse en cuenta que la mujer tiene derecho a un diagnóstico integral y oportuno sobre su estado de salud en relación con el embarazo, y ante la identificación de cualquier riesgo de afectación para su salud física, mental o social derivado de este; puede decidir **si** lo continua o **no.** |
| **Médico general** | Identificar las causales, verificar el cumplimiento de los requisitos para cada una de ellas, y expedir el certificado correspondiente (en caso de que el embarazo represente algún riesgo para la vida o la salud física, mental o social de la mujer, o el feto presente alguna malformación incompatible con la vida extrauterina). |
|  **Psicología** | está en la capacidad de reconocer el riesgo de afectación a la salud mental o social que ha identificado la mujer y expedir el certificado correspondiente. |

20

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |
| --- |
| **Para los casos de violación, incesto, inseminación artificial o transferencia de óvulo no consentidas**, la ausencia de la denuncia no puede constituirse en una barrera para acceder a la IVE, ya que el procedimiento hace parte de la prestación de servicios integrales en salud a los que tiene derecho una víctima de violencia sexual y para los cuales no es necesario contar con este requisito, de acuerdo con lo establecido en el artículo 23 de la Ley 1719 de 2014. ✔ Debe tenerse en cuenta también que, según lo establecido en la Ley 1257 de 2008, la denuncia de violencia sexual puede ser interpuesta por otra persona que no sea la víctima, razón por la que el/la profesional de salud debe dar aviso de la violencia sexual a las autoridades competentes con el fin de que estas inicien la investigación de oficio, dado que el acto de violencia tiene un carácter no conciliable, no desistible y no transable. ✔ También debe tenerse en cuenta que la atención en salud a víctimas de violencia sexual debe brindarse como una urgencia médica, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta y de la existencia o no de denuncia ✔ En menores de catorce años no se les debe exigir denuncia en ningún caso como requisito para acceder a la IVE pues existe la presunción de que han sido víctimas de violencia sexual, además de la activación de las rutas de protección y justicia de las que trata la Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social o la que la modifique o sustituya |
| En caso de que sea necesaria la valoración de la mujer por parte de un especialista, se debe iniciar la remisión de la mujer de manera inmediata, sin que esto se constituya en una barrera al acceso del servicio de IVE, y sin que la atención se extienda más allá del plazo razonable establecido |
| Remitir, teniendo en cuenta la obligación de garantizar la oportunidad del servicio. |
| **Orientación y asesoría:** |
| **Médico general, enfermería, psicología o trabajo social** | Ofrecer orientación y asesoría. Aunque no son obligatorias, no se deben constituir en barreras que obstaculice el acceso a los servicios de IVE o dilate la atención, la orientación y asesoría oportunas y de calidad, en el proceso de toma de decisión de la mujer, con el fin de mejorar los resultados del proceso, garantizar el derecho a la procreación en condiciones seguras, y fortalecer aspectos preventivos en salud sexual y reproductiva. |
| La orientación debe consistir en un acompañamiento emocional que cree un ambiente propicio para que la mujer hable sobre cómo se siente, cómo llegó a la situación actual e identifique sus condiciones personales, familiares y sociales particulares. Revisar los significados, ideas y temores involucrados en la vivencia y las herramientas disponibles para afrontar la situación, teniendo en cuenta el contexto en el que vive la mujer, lo mismo que sus valores, creencias y sentimientos. También se le debe informar ampliamente sobre sus derechos y respetar sus decisiones ✔ en ningún momento la orientación y asesoría intenta imponer valores o creencias, como tampoco cambiar las decisiones de la mujer. No pretende aconsejar, juzgar o adoctrinar. La orientación y asesoría debe llevarse a cabo de manera estructurada, imparcial y lógica, garantizando un espacio de respeto que permita a la mujer una expresión abierta de su vivencia, sin que se cuestione su decisión, se le re-victimice o se le imponga la realización  |

21

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Médico general, enfermería, psicología o trabajo social** | de trámites innecesarios (como la consulta a otros profesionales, la toma de tiempos de reflexión etc.). |
| Garantizar la orientación y la información (oportuna, completa, de fácil acceso y fidedigna), en un ambiente de respeto y promoción de la autonomía, la libertad y la voluntad de la mujer, la orientación y asesoría se convierten en una oportunidad para la afirmación del ejercicio de la sexualidad y la reproducción en un marco de derechos y responsabilidades. |
| La orientación y asesoría deben ser proporcionadas en un ambiente de estricta privacidad y deben garantizar la confidencialidad, mediante la protección de la información que se revele dentro de las mismas. La participación del compañero, padre, madre o cualquier otra persona en la consulta solo es permitida si la mujer, niña o adolescente lo autoriza explícitamente, de lo contrario, el involucramiento de terceras personas constituye una ruptura seria de la confidencialidad. Por otra parte, debe evaluarse siempre la red de apoyo social y familiar de la mujer. |
| La orientación y asesoría en los casos de mujeres víctimas de violencia sexual se deberá dar en los términos que define la Resolución 459 del 2012 o la normatividad que la modifique y deberá extenderse en tiempo de acuerdo con el criterio del equipo de salud que la atienda de manera integral en la Ruta Integral de Atención de las violencias en su tramo de violencias de género. |
| **Identificar coerción** | Identificar si la mujer puede estar bajo la presión de su pareja, otro miembro de la familia u otra persona para continuar el embarazo o para la interrupción de este. Si el personal de salud sospecha coerción, deberá hablar con la mujer en privado y seguir los protocolos institucionales y las normas para garantizar la seguridad de la mujer y sus derechos a la autonomía y la libertad. ✔ Algunas mujeres se acercan a los servicios de salud después de haber tomado la decisión de interrumpir el embarazo y no requieren orientación adicional para este fin. Por lo tanto, se debe respetar su voluntad y la decisión que ha tomado el marco del ejercicio de su autonomía. |
| **Información** **y elección** **del procedimiento** | Durante la interacción inicial es determinante escuchar y aclarar los temores y dudas; responder las preguntas empleando un lenguaje claro, sencillo y pertinente y asegurarse de que la mujer ha comprendido la información. Adicionalmente, toda paciente debe conocer que existen alternativas a la IVE, las cuales deben ser expuestas de manera objetiva e imparcial. Dichas alternativas son la continuación del embarazo para ejercer la maternidad o para entregar el nacido vivo en adopción.  |
| Una vez la mujer ha tomado la decisión de interrumpir el embarazo, la información mínima que debe recibir sobre el procedimiento incluye: ∙ Las opciones de tratamiento, incluyendo las características, riesgos y ventajas asociadas a cada una de ellas. ∙ Lo que sucederá y lo que sentirá durante el tratamiento y el tiempo que tomará cada uno. |

22

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |
| --- |
| ∙ Lo que puede esperar después del procedimiento, retorno de la fertilidad, reinicio de la actividad normal (incluyendo relaciones sexuales), cuidados que debe tener posteriormente, anticoncepción y demás actividades de prevención y promoción en salud sexual y reproductiva. ∙ El marco legal que la protege y le garantiza el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, y la necesidad del consentimiento informado. ∙ En los casos en que se identifica violencia sexual, la mujer debe ingresarse en los procedimientos propios de la RIAS para población sujeta a riesgo o víctimas de violencia. |
| **Atención y Manejo de Abortos espontáneos o en curso** |  |
| **Seguimiento y control** | **Orientar y dar citas a toda mujer 15 días después del IVE** a una consulta de control para verificar el **inicio de un método anticonceptivo** o si recibió la información necesaria para cubrir sus necesidades de planificación familiar. En caso de sangrado importante hasta 1-2 semanas más tarde o síntomas de embarazo presentes, se debe sospechar de una falla del IVE. En caso de confirmarse la persistencia del embarazo o la presencia de un aborto retenido, remitir para procedimiento de evacuación uterina por aspiración u otra técnica. Cuando la IVE se realiza después de la semana 20, se realiza el control posparto tal como lo presenta en este lineamiento el procedimiento de atención del puerperio, dentro de los 5 posteriores al procedimiento y continuar con consulta de asesoría anticonceptiva y provisión del método anticonceptivo. En caso que las condiciones clínicas de la mujer lo permitan, iniciar método anticonceptivo según la contratación con las EAPB, previa asesoría en planificación con consentimiento informado por la usuaria, con registro en formato institucional destinado. (ver flujograma), Luego continuar con la asignación de la cita para el control del método de anticoncepción como se establece en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud. |
| **Consentimiento informado:** **E**s la manifestación libre y voluntaria de la mujer embarazada en la que solicita y acepta someterse a una IVE, para el cual debe haber recibido información clara, real, objetiva y completa sobre sus derechos, los procedimientos, los riesgos y los efectos para su salud y su vida. Este consentimiento deberá suscribirse con antelación al procedimiento de IVE y anexarse a la historia clínica. **Las niñas menores de 14 años** en estado de gravidez tienen el derecho a exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo y este debe primar cuando sus progenitores o representantes legales no están de acuerdo con dicho procedimiento. **Las mujeres o niñas con discapacidad**, debe prevalecer también su manifestación libre e informada sobre la realización del procedimiento de IVE. (cumplir con la Resolución 1004 de 2017). |

23

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

**6.4 ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL**

La ESE ISABU presta servicios en lo referente a la **atención para el cuidado prenatal de bajo riesgo** y actividades contenidas dentro de la habilitación de servicios de mediana complejidad para la atención del riesgo obstétrico alto.

Se comprende por atención para el cuidado prenatal al conjunto de atenciones que contribuyen a: ✔ 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, la ESE ISABU tiene implementado el procedimiento de captación temprana de las gestantes antes de semana 12 de gestación conformidad a la resolución 408 de 2018. Se ajustará conforme a las normas actuales legales vigentes inmersa a la resolución 3280 de 2018 que establece después de la primera falta menstrual y antes de la semana 10 de gestación. (Ver

procedimiento de captación temprana).

Para la adecuada prestación de los servicios materno perinatales el ISABU cuenta con contratos con las EAPB, el cual con algunas de ellas asegura la integralidad y continuidad de las actividades e intervenciones definidas según el riesgo identificado en las gestantes, con remisión a mediana complejidad las gestantes de alto riesgo obstétrico.

|  |  |
| --- | --- |
| **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** por: ✔ Enfermera ✔ Médico general ✔ Odontólogo ✔ Psicólogo ✔ Nutricionista ✔ Gineco-obstetra Las especialidades se realizarán de acuerdo con convenios establecidos con las universidades. |
| **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 |

24

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Detectar tempranamente alteraciones |
| Brindar información en salud |
| Establecer el plan integral de cuidado |
| **Primera consulta:**  |
| **Duración de las consultas** | ✔ Si esta se realiza **antes de la semana 10ª de gestación** la duración **mínima es de 30 minutos**. ✔ Si esta se realiza **después de la semana 26 de gestación** se indica tiempo de consulta una **duración mínima de 40 minutos** y todas las actividades de la consulta del primer control, así como las actividades que corresponden a consulta del trimestre actual. En época de pandemia se define la TELECONSULTA para evitar perdida de las usarías a través del procedimiento P-2002- 12 Procedimiento de teleconsulta medica y de enfermeria para usuarios con riesgo cardiovascular, epoc, artritis, gestantes y planificacion familiar. |
| **Consulta de seguimiento** será de 20 minutos. En época de pandemia se define la TELECONSULTA para evitar perdida de las usarías a través del procedimiento P-2002- 12 Procedimiento de teleconsulta medica y de enfermeria para usuarios con riesgo cardiovascular, epoc, artritis, gestantes y planificacion familiar. |
| **Frecuencia del seguimiento o control** | Gestación es de curso normal: **Mujer nulípara** se programarán **mínimo 10 controles** durante la gestación |
| **Mujer multípara** se programarán **mínimo 7 controles** durante la gestación |
| **Periodicidad**  | Las consultas de seguimiento y control deben ser **mensual hasta la semana 36**, y luego **cada 15 días hasta la semana 40**. En la semana 36 de gestación se deberá realizar una consulta de asesoría en planificación familiar, a fin de definir el método que será administrado en el posparto. Se registra en la HC y se realiza el consentimiento informado en caso de desear la usuaria POMEROY. En época de pandemia se define la TELECONSULTA para evitar perdida de las usarías a través del procedimiento P-2002- 12 procedimiento de teleconsulta medica y de enfermería para usuarios con riesgo cardiovascular, epoc, artritis, gestantes y planificacion familiar. |
| **Actividades e intervenciones en la primera consulta prenatal:** La primera consulta prenatal deberá ser realizada por profesional en medicina o enfermería e incluye: |
| **Asesorar sobre opciones durante el embarazo:** | Antes de hacer la inscripción en la consulta para el cuidado prenatal, debe informarse a la mujer sobre el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, en caso de configurarse una de las causales establecidas en la sentencia C355 de 2006. |
|  | Esta valoración permite elaborar el plan de cuidado a partir de las siguientes actividades: **Anamnesis** **Antecedentes personales:** patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxicos, alérgicos, (medicamentos recibidos, tabaquismo, alcoholismo, sustancias  |

25

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Valoración integral de la gestante e identificación de factores de riesgo:** | psicoactivas, exposición a tóxicos e irradiación y otros), trastornos mentales, signos de alarma y tratamientos recibidos durante la gestación actual, trombosis venosa profunda, trombo-embolismo y trastornos de hipercoagulabilidad. |
| **Antecedentes ginecológicos*:*** indagar edad de la menarquía, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuando, antecedente o presencia de flujos vaginales, infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH, historia y tratamientos de infertilidad. Indagar sobre tamización de cáncer de cuello uterino. |
| **Antecedentes obstétricos**: total de gestaciones, intervalos intergenésicos, abortos, ectópicos, molas, placenta previa, abruptio, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, oligoamnios, retardo en el crecimiento intrauterino, número de partos, fecha del último, si han sido únicos o múltiples, prematuro a término o prolongado, por vía vaginal o por cesárea, retención placentaria, infecciones en el post parto, hemorragia obstétrica que requirió trasfusión, preeclampsia, eclampsia o síndrome HELLP, número de nacidos vivos o muertos, hijos con malformaciones congénitas, muertes perinatales y causas y peso al nacer. |
| **Antecedentes familiares:** hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas, congénitas, epilepsia, trastornos mentales, gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias y otras. |
| **Gestación actual:** edad gestacional probable (fecha de la última menstruación, altura uterina o ecografía obstétrica), presencia o ausencia de movimiento fetales, sintomatología infecciosa urinaria o cérvico vaginal, cefaleas persistentes, edemas progresivos en cara o miembros superiores e inferiores, epigastralgia y otros. Además, indagar signos y síntomas gastrointestinales asociados a la gestación: nauseas, vómito, epigastralgias y hemorroides. |
|  | **Valoración psicosocial:** debe incluir la estructura y dinámica familiar, las redes de apoyo familiar, social y comunitario, gestación deseada, gestación programada. Indagar o identificar situaciones de vulnerabilidad: estresores, exclusión social, pobreza, marginalidad, e indagar sobre su manejo. Se recomienda para el análisis de estas variables utilizar la escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado (Anexo 2). Otras condiciones de riesgo psicosocial a alorar de manera integral son: -Falta apoyo familiar o social, -falta de apoyo del compañero o la compañera, -familia reconstruida, -diferencia amplia de edad (diez o más años) entre ambos, -relaciones conflictivas con las personas con quienes convive, -madre cabeza de familia, |

26

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Valoración integral de la gestante e identificación de factores de riesgo:** | -la gestante tiene a cargo a niños menores de 5 años o a personas con discapacidad, -bajo nivel educativo de la pareja gestante, nivel bajo de ingresos (menos de medio salario mínimo al mes), -violencia intrafamiliar, -abuso sexual, -explotación sexual, -consumo de sustancias psicoactivas de la gestante o de la pareja, -difícil acceso geográfico (desplazamiento complicado para llegar a la institución de salud), -traslado constante de domicilio (ha cambiado de domicilio cuatro o más veces en el año), -situación de desplazamiento forzado, - Habitante de la calle, reinsertada, -privada de la libertad o en detención domiciliaria, -estrés laboral, -Condición de trabajo difícil, c -Condición étnica (indígenas, afrodescendientes, ROM [gitanos], raizales), - creencias religiosas y culturales, -gestante en condición de discapacidad permanente, Experiencias negativas y traumáticas en gestaciones y partos anteriores, trastornos en la conducta alimentaria (anorexia o bulimia), -Embarazo no deseado, entre otros. |
| **Exposición** **a Violencias** | **Indagar la exposición a violencias a** partir de las siguientes preguntas: |
|  | ∙ ¿DURANTE EL ULTIMO AÑO, ha sido humillada, menospreciada, insultada o amenazada por su pareja? ∙ ¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, fue golpeada, bofeteada, pateada, o lastimada físicamente de otra manera? ∙ ¿DESDE QUE ESTÁ EN GESTACIÓN, ha sido golpeada, bofeteada, pateada, o lastimada físicamente de alguna manera? ∙ ¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, fue forzada a tener relaciones sexuales? Si la respuesta es positiva a una de las anteriores preguntas, se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o víctima de violencia. Identificar riesgo de depresión post parto utilizando las siguientes preguntas: ∙ Durante el mes pasado, ¿con frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza? ∙ Durante el mes pasado, ¿ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas? ∙ Una tercera pregunta se debe considerar si la mujer responde ―sí‖ a cualquiera de las preguntas iniciales: ¿Siente que necesita ayuda? |
| **uso de alcohol y sustancias** **psicoactivas** | Indagar sobre **el uso de alcohol y sustancias psicoactivas.** Las mujeres embarazadas deben ser informadas de los riesgos potenciales para su salud y la de sus hijos debido al uso (incluso de mínimas cantidades) de alcohol y otras sustancias psicoactivas, con una intervención breve a las gestantes que consumen alcohol o drogas de manera habitual o a las mujeres con consumos  |

27

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | incidentales durante el embarazo que persisten su consumo a pesar de la información recibida con registro de incluir comentarios y consejos sobre cómo cesar o reducir el alcohol y el uso de otras sustancias durante el embarazo. La intervención breve es una terapia estructurada de corta duración (típicamente 5-30 minutos) ofrecida con el objetivo de asistir a una persona a cesar o reducir el uso de una sustancia psicoactiva. Es necesario realizar un seguimiento a la paciente, evaluando la posibilidad de remisión a tratamiento para aquellas pacientes que no pueden reducir o eliminar dicho uso, a través de la Ruta Integral de Atención en Salud para personas con trastornos del comportamiento manifiestos por uso de sustancias psicoactivas y alcohol. En caso de identificación de Factores de Riesgo hechos victimizantes en la Gestante remitir para atención según manual o procedimiento atención victimas ISABU |
| **Examen físico** | **Realizar examen físico completo por sistemas:** debe hacerse céfalo caudal incluida la cavidad bucal **Tomar signos vitales:** pulso, respiración, temperatura y tensión arterial media (seguimiento y análisis) **Tomar medidas antropométricas:** peso, talla, altura uterina y valorar estado nutricional. Se debe registrar el índice de masa corporal (IMC) y con base en este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación, de acuerdo con los siguientes parámetros123: IMC < 20 kg/m2 = ganancia entre 12 a 18 Kg IMC entre 20 y 24,9 kg/m2 = ganancia entre 10 a 13 Kg IMC entre 25 y 29,9 kg/m2 = ganancia entre 7 a 10 Kg IMC > 30 kg/m2 = ganancia entre 6 a 7 Kg Si el primer control prenatal es tardío (después de la semana 16 – 18) se recomienda registrar el IMC pre gestacional y con base en este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación. EN EPOCA DE PANDEMIA AL UTILIZAR EL PROCEDIMIENTO DE TELECONSULTA NO SE REALIZA EXAMEN FISICO, PERO SE REGISTRA LOS DATOS DEL ULTIMO CONTROL PRESENCIAL.  |
| **Valoración** **ginecológica:** | Realizar examen genital que incluye valoración del cuello, tamaño, posición uterina y anexos, comprobar la existencia de la gestación, descartar gestación extrauterina e investigar patología anexial. |
| **Valoración** **obstétrica:** | Número de fetos, situación y presentación fetal, fetocardia y movimientos fetales. Medición de la altura uterina (seguimiento y análisis) |
| **Verificar síntomas relacionados con:** Infección genitourinaria, APP y premonitorios de HIE |

28

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Evaluación del resigo** **biopsicosocial**: | Usar escala de riesgo BPS Herrera fetal (sem 14-27/ sem 28-32 / sem 32-42). **Las gestantes con factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación tienen mayor riesgo de morbimortalidad materna y perinatal con respecto a la población general.** Estas gestantes deberán ser remitidas al especialista en ginecoobstetricia para valoración, quien les definirá un plan de atención integral de acuerdo con su condición de salud. Las gestantes adolescentes deberán tener acompañamiento durante el resto de la gestación por el equipo de salud mental y trabajo social. Si la mujer tiene o se sospecha que tiene una enfermedad mental grave, se debe garantizar su atención en un servicio especializado de salud mental. En casos de factores de Riesgo para evento **tromboembólico venoso** gestación, parto y puerperio, se recomienda la intervención para la prevención de estos eventos (diligenciar lista de factores de riesgo para la toma de decisión- Anexo 11) |
| **Solicitud de Laboratorios: EN LA PRIMERA CONSULTA SE PUEDEN SOLICITAR LAS PRUEBAS RAPIDAS DE VIH Y SIFILIS PARA EVITAR PERDIDA DE LAS GESTANTES, QUE SE ENCUENTRAN DISPONIBLES EN TODAS LAS UNIDADES OPERATIVAS, QUE DEBERAN SER TOMADAS POR LAS ENFERMERAS Y REPORTADAS EN HISTORIA CLINICA Y DE LABORATORIO.** |
| **Laboratorios y ayudas diagnósticas primera consulta a la semana 12.** |  ar1 | - 8 sanameS |  |
| Hemograma completo  | ⁺ |  |  |
| Grupo sanguíneo y factor RH (únicamente a la madre). En caso de RH negativo **poli** transfundido o tiene historia de hijos previos con anemia hemolítica indicar **Coombs indirecto**  | ⁺ |  |  |
| Prueba treponémica para **sífilis.** En caso de ser positiva indicar el tratamiento paciente y compañero de acuerdo a la circular No 08-19  | ⁺ |  |  |
| Glicemia en ayunas  | ⁺ |  |  |
| **Urocultivo y antibiograma**. (obligatorio primera consulta), luego según clínica  | ⁺ |  |  |
| Frotis de flujo vaginal. Solo se debe realizar si la paciente presenta sintomatología.  | ⁺/-  | ⁺/- |  |
| **Rubeola IgG** antes de la semana 16.  | ⁺ |  |  |
| **Asesoría para VIH:** dar asesoría antes de solicitar la prueba y para entrega de resultado.  | ⁺ |  |  |
| **Tamización VIH** Para la gestante con una primera prueba de anticuerpos rápida reactiva para VIH (VIH 1 y VIH 2), **se debe realizar inmediatamente una segunda prueba** de anticuerpos diferente a la primera; si esta sale reactiva se debe tomar inmediatamente una muestra de sangre total para realizar carga viral de VIH. Inicie tratamiento antirretroviral profiláctico y remita al prestador complementario para que le continúen manejo y definan el diagnóstico final. | ⁺ |  |  |
| AgS Hepatitis B  | ⁺ |  |  |
| Citología Cervicouterina si no se ha realizado en la consulta preconcepcional de acuerdo a la técnica y frecuencia contemplada en la Ruta integral de atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud | ⁺ |  |  |
| Pruebas de **IgG e IgM**, en los casos en que no se conozca el estatus de infección por **toxoplasma**. Si las pruebas de IgG e IgM para toxoplasma son positivas tomar prueba de avidez IgG, si la gestación es menor a 16 semanas. Si es mayor a 16 semanas el estudio se hará con IgA. | ⁺  | ⁺ |  |

29

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

Si la IgG e IgM toxoplasma es negativa se debe hacer tamización mensual con IgM para identificar seroconversión.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zonas **endémicas de malaria** tamizaje con gota gruesa.  | ⁺  | ⁺ |
| Tamizaje de **Chagas en zona endémica,** Elisa en suero antígenos totales s >=98%, en gestantes que hayan sido residentes (nacidas o procedentes) en áreas endémicas. (Ante un resultado positivo o indeterminado de la prueba de tamizaje, se deberá realizar como prueba complementaria, ELISA antígenos recombinantes con especificidad recomendada >=98%. La detección de infección por T. cruzi (enfermedad de Chagas) en la gestante conllevará al análisis posterior en el producto para identificar transmisión transplacentaria). | ⁺ |  |
| **Ecografía entre las 10 semanas + 6 días y 13 semanas+ 6 días**, la cual se realiza para tamizaje de aneuploidías; se recomienda que sea tomado por profesional en ginecología o radiología con el entrenamiento requerido y que se reporte la razón de riesgo para T13 - 18 y 21. Se debe ofrecer la asesoría según el resultado y remitir a Ginecoobstetricia para estudios confirmatorios en caso de tamizaje positivo. | ⁺ |  |
| **Plan de cuidado:** |
| **Formulación de micronutrientes:** | ✔ **Ácido fólico:** hasta la semana 12 de gestación para reducir riesgos de defectos del tubo neural (anencefalia o espina bífida). 0.4 mg día, en alto riesgo de defectos del tubo neural, la dosis es de 4 mg. ✔ **Calcio:** suplencia con calcio 1.200 mg/día a partir de la semana 14 para disminuir el riesgo de preeclampsia. ✔ **Hierro:** suplemento de hierro de forma rutinaria a todas las mujeres gestantes de curso normal. Las gestantes con valores de hemoglobina (Hb) superiores a 14 g/dL. no requieren dicha suplementación de forma rutinaria. |
| **Vacunación:** (de acuerdo con el esquema vigente para la gestante): | ✔ **Toxoide tetánico diftérico** del adulto (Td) según antecedente vacunal. ✔ **Influenza estacional** a partir de la semana 14 ✔ Tétanos, difteria y Tos ferina **acelular (Tdap**) a partir de la semana 26 de gestación |
| **Información en salud:** (dirigida a la gestante y su acompañante, hacer énfasis en): | ✔ Los **servicios de salud** a los que tiene derecho y sus mecanismos de exigibilidad. ✔ Promover los **factores protectores** para la salud de la gestante, tales como medidas higiénicas, hábitos alimentarios, actividad física recomendada, sueño, fortalecimiento redes de apoyo familiar y social. ✔ Orientar sobre los **signos de alarma** por los que debe consultar oportunamente, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales y auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, o sintomatología urinaria y tos. Ver Guías de práctica clínica de acuerdo a resolución de adopción de Guías de la ESE ISABU. ✔ Importancia de la asistencia al **curso de preparación** para la maternidad y paternidad. |

30

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Desparasitación** **antihelmíntica** | ✔ A gestantes en segundo y tercer trimestre de embarazo que habiten en **zonas de alto riesgo de infección por geohelmintos** (no acueducto, no alcantarillado, agricultoras o mineras, grupos étnicos y áreas con altos índices de Necesidades Básicas Insatisfechas), desparasitar con Albendazol en dosis única de 400 mg vía oral, por una vez en el embarazo. ✔ |
| Indagar por alguna **barrera lingüística** o de acceso que impida a la gestante adherencia a los controles prenatales (discapacidad auditiva y del lenguaje, etnia, o idioma diferente); en caso tal, se deberá indicar la necesidad de albergues (casa de paso u hogares maternos) o facilitadores interculturales (intérpretes). Ver documento de atención de población diferencial (SIAU) |
| **Control prenatal de seguimiento:** |
| Los controles prenatales de seguimiento pueden ser realizados por el profesional de medicina o enfermería a las gestantes **sin factores de riesgo**. Incluye: | ∙ Valoración integral del estado de salud de las gestantes ∙ Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud establecido en la consulta anterior ∙ Detección temprana de alteraciones ∙ Información en salud ∙ Establecimiento del plan de parto |
| **Valoración integral del estado de salud de la gestante** | ✔ **Identificación de factores protectores o de riesgos biopsicosociales,** enfermedades asociadas y propias de la gestación. Hacer énfasis en la identificación de factores de riesgo para violencia. ✔ **Identificar la aparición de nuevos síntomas, signos y otros eventos asociados con la gestación, t**ales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales o auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, sintomatología urinaria, intolerancia a la vía oral y patrón de sueño alterado. ✔ **Aplicar la escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado en cada trimestre de la gestación**. En la semana 28 de gestación, se debe realizar las preguntas que permiten identificar riesgo de depresión post parto. |
| **Examen físico** Debe ser completo por sistemas, de manera céfalo caudal.  | ✔ Tensión arterial (si hubiese criterios de preeclampsia, esto es: mayor o igual a 140/90, al menos en 2 ocasiones separadas por al menos 4 horas, después de la semana 20 de gestación, o mayor o igual a 160/110 en una sola toma; deberá ser llevada a un servicio hospitalario para el estudio inmediato de afectación de órgano blanco, se deberá garantizar continuidad de la atención hasta acceder a este servicio). ✔ Curvas de ganancia de peso: la gestante con inadecuada ganancia a las 28 semanas debe continuar su control a cargo de un equipo multidisciplinario especializado. ✔ Altura uterina. ✔ Frecuencia cardiaca fetal. ✔ Situación y presentación fetal a partir de la semana 36. Se debe articular con el procedimiento de referencia a las unidades hospitalarias para manejo por parte de Ginecología.  |

31

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| Aplicación de la prueba de **tamizaje ASSIST** | ✔ Para detección temprana y valoración del riesgo por consumo de sustancias psicoactivas y alcohol para gestantes que manifiestan mantener su consumo durante el embarazo. Se debe articular con el procedimiento de ARO por antecedentes para manejo por parte de Ginecología y/o Perinatologia según contratación por EAPB. |
| **Solicitud de exámenes paraclínicos:** Todo examen paraclínico que sea anormal deberá ser informado inmediatamente por medio documentable a la EAPB para contactar y reorientar al control prenatal inmediatamente. Se debe articular con el procedimiento de ARO por antecedentes para manejo por parte de Ginecología, según contratación por EAPB. |
| **Laboratorios y ayudas diagnósticas** | **-****2****1****a****n****a****m****e** | **s****a****n****a****m****e** | **s****a****n****a****-** **m****e** | **s****a****n****a****-** **m****e** | **s****a****n****a****-** **m****e** | **s****a****n****a****-** **m****-****e** |
| **Urocultivo** de seguimiento en gestantes que reciben tratamiento para bacteriuria asintomática. | **S**+  | **S**+ | **S** | **S** | **S** | **S** |
| Prueba de **inmunoglobulina (Ir) M para toxoplasma**. Tamizar mensualmente a las gestantes seronegativas. Hacer prueba de IgA para toxoplasmosis en mujeres con IgG e IgM positiva, si la gestación es mayor a 16 semanas, en caso de ser menor se recomienda realizar prueba de avidez | +  | + |  |  |  |  |
| Prueba **rápida para VIH** (VIH 1-VIH 2). Se ofrece asesoría para la prueba voluntaria de VIH. Realizar en cada trimestre de la gestación y en el momento del parto. |  |  | +  |  |  | ⁺ |
| Prueba Treponémica rápida para sífilis en gestantes con **prueba inicial negativa** (trimestre) En mujeres **con sífilis gestacional**, realizar prueba no treponémica (VDRL o RPR) reportada en diluciones. (trimestral). |  |  | ⁺ ⁺ |  |  | ⁺ ⁺ |
| **Ecografía obstétrica** cuando la altura uterina sea menor del percentil 10 o mayor del percentil 90. Ecografía obstétrica para la detección de anomalías estructurales. Realizar entre la semana 18 y semana 23 + 6 días. |  | ⁺  | ⁺ |  |  |  |
| **Prueba de tolerancia oral a la glucosa** (PTOG) con 75 gramos (g) de glucosa. Realizar entre la semana 24 y 28 de gestación. |  |  |  | ⁺ |  |  |
| **Hemograma.** Realizar en la semana 28 de gestación.  |  |  |  | ⁺ |  |  |
| **Tamización para estreptococo del grupo B** con cultivo rectal y vaginal. Realizar entre la semana 35 a 37 de gestación |  |  |  |  |  | ⁺ |
| En zonas endémicas de **malaria** se debe indicar una gota gruesa mensual | ⁺  | ⁺  | ⁺  | ⁺  | ⁺  | ⁺ |
| Los profesionales clínicos deben utilizar los criterios definidos en el CIE-10, el DSM-5, su actualización vigente, como referencia para realizar el diagnóstico de los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. |

32

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |
| --- |
| Para los pacientes con diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias, se canaliza a la Ruta Integral de Atención en Salud para personas con trastornos del comportamiento manifiestos por uso de sustancias psicoactivas y alcohol. Se debe articular con el procedimiento de ARO por antecedentes para manejo por parte de Ginecología. |
| **Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud:** |
| **Formulación** **de micronutrientes.** | ✔ **Calcio:** suplencia con calcio 1.200 mg/día a partir de la semana 14 para disminuir el riesgo de preeclampsia. ✔ **Hierro:** suplemento de hierro de forma rutinaria a todas las mujeres gestantes de curso normal. Las gestantes con valores de hemoglobina (Hb) superiores a 14 g/dL. no requieren dicha suplementación de forma rutinaria. |
| **Vacunación.**  | ✔ Tétanos, difteria y Tos ferina **acelular (Tdap**) a partir de la semana 26 de gestación ✔ |
| **Prescripción de ácido acetil salicílico de 75 a 100 mg** | ✔ A partir de la semana 12 de gestación y hasta el día del parto en mujeres con un criterio de alto riesgo, o con dos o más factores de riesgo moderado para preeclampsia |
| **Suministro de condones**  | ✔ Para prevenir el riesgo de ITS, incluida en zonas de riesgo para Zika |
| **Asesoría formal anticonceptiva.** | ✔ Se deberá incluir en la historia clínica el método elegido para ser iniciado desde el post parto antes de dada el alta hospitalaria. Esta elección se deberá incluir también en el carné perinatal. |
| **Desparasitación** **antihelmíntica**. | ✔ A gestantes en segundo y tercer trimestre de embarazo que habiten en **zonas de alto riesgo de infección por geohelmintos** (no acueducto, no alcantarillado, agricultoras o mineras, grupos étnicos y áreas con altos índices de Necesidades Básicas Insatisfechas), con Albendazol en dosis única de 400 mg vía oral, por una vez en el embarazo. |
| Si se identifica pubalgia asociada a la gestación remitir a terapia física. |
| **Información en salud:** Dirigida a la gestante y su acompañante. | ✔ Anticoncepción y planificación reproductiva. ✔ Lactancia materna, de acuerdo con la condición de la paciente. Ante un diagnóstico de VIH o una prueba de tamización reactiva para VIH en el momento del parto realice reemplazo de la lactancia materna por alimentos de fórmula para lactantes. ✔ Opciones para el manejo de la gestación prolongada. |
| **Plan de parto** | ✔ Confirmar presentación fetal (maniobras de Leopold). ✔ Definir el componente y prestador para la atención del parto (incluye gestión con la familia, sobre los aspectos logísticos de la ausencia de la mujer en el hogar y la tenencia de sus hijas o hijos si los tiene) y remitir. |

33

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| En el último trimestre se realiza el análisis crítico de la evolución de la gestación.  | ✔ En contextos rurales y étnicos en los que la gestante prefiera hacer uso de médicos tradicionales o parteras, se deberá dar información para la activación del sistema de referencia y transporte comunitario en caso de signos de alarma. ✔ Información sobre el trabajo de parto, analgesia intraparto y manejo de embarazo prolongado ✔ Signos para reconocer el inicio del trabajo de parto. ✔ Cuidados del recién nacido. ✔ Cuidados postnatales. |
| **Valoración del riesgo materno** | ✔ En cada consulta de seguimiento y control, de acuerdo con la información obtenida de la anamnesis, el examen físico y los exámenes paraclínicos, se deberá reclasificar a la gestante de acuerdo con los factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación. ✔ En caso de encontrar riesgos que impliquen manejo en el prestador complementario se debe hacer la referencia y consignar en la historia clínica la causa de la remisión. |
| **Instrumentos insumos y dispositivos** | ✔ Se usarán para la atención las siguientes escalas e instrumentos: Carné materno con las variables del CLAP. Escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado. Nomograma de Atalah. |
| **Curso de preparación para la maternidad y la paternidad:** |
| Para asumir la alegría, responsabilidad y los cambios físicos y psicológicos en la madre y pareja, que conlleva la gestación, se requiere de un apoyo y preparación física y mental para este gran acontecimiento, la ESE ISABU tiene estructurado un curso taller, para contribuir y apoyar a los padres y cuidadores afrontar de la mejor forma esta etapa de la vida. Ver link: https://informacionvigilan.wixsite.com/campus-isabu/cursos-virtuales, en época de pandemia se tienen recursos virtuales para el acceso y continuidad al curso. |
| **Objetivos** | ∙ Preparar física y sociológicamente a la familia gestante, para disfrutar de la experiencia de la maternidad y paternidad. ∙ Preparar física, intelectual y cerebralmente a la madre, para el nacimiento de su hijo, optimizando de esta forma un mejor manejo de sus estados emocionales para controlarse en el momento del parto suprimiendo TEMOR, TENSION Y DOLOR. ∙ Facilitar y fortalecer el vínculo afectivo con el hijo, lo cual se convierte en un factor de protección para la salud y desarrollo del mismo. |
| **Talento humano** | 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. |

34

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Frecuencia y duración mínima** | Serán mínimo 7 sesiones con una duración que oscila entre los 60 y los 90 minutos cada una, divididas así: ∙ una sesión antes de la semana 14, ∙ tres sesiones en el segundo trimestre y ∙ tres sesiones en el tercer trimestre. |
| **Los temas a desarrollar tienen la intencionalidad de preparar para la maternidad y la paternidad**  | ✔ Comprenden los cambios físicos y psicológicos que implica la gestación, lo que les permite implementar prácticas de cuidado de su salud. ✔ Comprenden cuáles son los derechos a la atención en salud para las gestantes y para los recién nacidos. ✔ Practican de manera autónoma los ejercicios físicos y de relajación que la preparan para el parto. ✔ Organiza y planea el proceso del parto (en caso de que viva sola o tenga personas a su cargo (hijos, personas mayores o personas con discapacidad) ✔ Reflexionan sobre su propia crianza y reconocen las implicaciones en la salud mental derivados de la forma en que se construye el apego ✔ Expresan sus necesidades de apoyo de forma asertiva |
| **Capacidades a** **desarrollar con los** **padres, familiares,** **cuidadores** **acompañantes**  | ✔ Comprenden los cambios físicos y psicológicos que implica la gestación, lo que les permite aportar al cuidado de la mujer gestante y del niño/niña. ✔ Familias y red de apoyo de la mujer gestante que reconocen y valoran el proceso de desarrollo gestacional ✔ Implementan prácticas de crianza conjunta ✔ Brindan una red de apoyo afectivo y de ayuda a la madre y al padre (emocional, respaldo, trabajos de casa) |
| **Capacidades a** **desarrollar con** **Mujeres gestantes, los padres, familiares,** **cuidadores** **acompañantes**  | ✔ Reconocen las necesidades de los niños e implementan prácticas que favorecen su desarrollo. ✔ Conocen los cuidados básicos del bebé y los implementan en la cotidianidad de forma adecuada ✔ Reconocen las metas a lograr mediante la crianza lo que les permite generar prácticas, basadas en derechos, que promueven la salud ✔ Comprenden cuáles son los derechos sexuales y reproductivos y los derechos a la atención en salud para las gestantes y para los recién nacidos ✔ Se relacionan amorosamente con el bebé de forma que son capaces de interpretar sus señales y responder adecuadamente a ellas. |
| **Temas del curso:** |
| **Primer Trimestre: Antes de semana 14 de gestación** |
| **1 sesión** | **Temas:** ✔ Cambios físicos, psicosociológicos y emocionales ✔ Sentencia C-355/2006 (IVE) ✔ Sistema de apoyo disponibles ✔ Relaciones laborales y familiares durante la gestación ✔ Accesibilidad al servicio (barreras culturales, creencias, discapacidad) y asistencia a controles prenatales ✔ Derechos y deberes de la gestante y del recién nacido, esquema de atenciones individuales en la primera infancia. |

35

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |
| --- |
| **Segundo Trimestre** |
| **2 Sesión** | **Temas:** ✔ Higiene postural: Ejercicios de fortalecimiento del piso pélvico. ✔ Actividades de pujo (en colchoneta) ✔ Posiciones durante las contracciones: (mecedora, silla - vaquero y gateo en la pared ✔ Signos y síntomas de alarma ✔ Orientaciones sobre la respiración durante las contracciones y el pujo. ✔ Ejercicios de respiración con ciclos 15/5. Ejercicios: a) en colchoneta: de estiramiento de columna cervical, hombro y cintura escapular; b) activos: de cuello y miembros superiores; c) Isquiotibiales, espinales bajos, Fascia lata, aductores, dorso lumbares y d) en bípeda con apoyo en la pared, de gemelos y cuádriceps. ✔ Búsqueda de apoyo en su red próxima. ✔ Preparación de la persona que la acompañe en el trabajo de parto. ✔ Accesibilidad cuando vive en áreas rurales |
| **3 sesión**  | **Temas:** ✔ Lactancia materna exclusiva y su relación con la construcción del vínculo afectivo madre/hijo(a) ✔ Información sobre la consulta de promoción y apoyo a la lactancia materna. ✔ Postura durante la lactancia (soportes: cojín lactancia, flotador). ✔ Cuidado del recién nacido, puericultura. ✔ Necesidades socio afectivas. ✔ Necesidades de desarrollo cognitivo y comunicativo de los recién nacidos. |
| **4 sesión** | **Temas:** ✔ Pautas de crianza ✔ Estimulación del crecimiento (con actitud cariñosa). Técnicas, herramientas y hábitos cotidianos de cuidado del recién nacido (baño, alimentación, prevención de accidentes, etc. Autonomía, autoestima, solidaridad, salud, juego, movimiento, felicidad, creatividad y resiliencia ✔ Apego seguro. Pautas de crianza ✔ Manejo de tiempos para la atención del recién nacido (manejo del cansancio). |
| **Tercer Trimestre** |
| **5 sesión** | **Temas:** ✔ Ejercicios de relajación y proceso de parto ✔ Cuidados del recién nacido ✔ Preparación de la persona que la acompañe en el trabajo de parto |
| **6 sesión** | **Temas:** ✔ Identificación de signos de depresión posparto ✔ Planificación familiar (Espaciamiento de embarazos, asesoría en anticoncepción). ✔ Derechos sexuales y derechos reproductivos. ✔ Incidencia de la crianza sobre: actitudes sobreprotectoras, conflictivas, falta de autonomía, debilidad en el afrontamiento de  |

36

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | situaciones de la vida, manejo de emociones, adicciones, violencia, salud física, etc. ✔ Sistemas de apoyo disponibles. ✔ Acciones por tomar en cuenta cuando se vive en áreas rurales o cuando hay barreras de acceso (ej. culturales y del lenguaje). ✔ Reconocimiento de las propias necesidades de la madre y expresión asertiva de las mismas. |
| **7 sesión** | **Temas:** ✔ Apoyo a la madre y al padre ✔ Atención cursos de vida ✔ Certificación del curso ✔ Clausura ✔ |
| **6.5 ATENCIÓN EN SALUD BUCAL** |
| La atención en salud bucal de las mujeres gestantes se realizará mínimo dos veces durante el embarazo (idealmente en el primer y segundo trimestre) y en aquellas en las cuales se identifiquen necesidades de atención resolutiva se realizan las derivaciones para la ruta específica para la atención de las alteraciones de la salud bucal. |
| **Objetivos**  | Valorar las estructuras dentomaxilofaciales, los factores de riesgo y protectores. |
| **Talento humano**  | Las acciones o actividades que incluye la atención en salud bucal para las mujeres gestantes deben ser realizadas por un profesional en odontología con la participación de Auxiliares de Salud Oral. |
| **Duración mínima**  | Serán mínimo 2 consultas por profesional de odontología, cada una con una duración mínima de 30 minutos.  |
| **Frecuencia**  | Se recomienda que las sesiones de odontología y salud bucal puedan ser realizadas en el mismo momento de contacto con la gestante a fin de disminuir oportunidades perdidas. |
| **Descripción de actividades de salud oral preventivas** | **En mujeres adolescentes gestantes se realiza**: La aplicación de flúor tópico no presenta ninguna contraindicación, por lo tanto, debe aplicarse flúor de forma tópica, con periodicidad de cada 6 meses, a fin de remineralizar las superficies y producir mayor resistencia a la caries dental, que puede generarse como comorbilidad. Control de placa 2 veces al año. Detartraje según necesidad. Sellantes según necesidad. **En mujeres gestantes en ciclo de juventud y adultez se realiza**: Control de placa 1 vez al año. Detartraje según necesidad Articular el tema de valoración de odontología en época de pandemia. |

37

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |
| --- |
| **6.6 ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN**. |
| La gestante debe recibir una alimentación equilibrada que proporcione los nutrientes adecuados para favorecer el crecimiento y desarrollo del niño(a), la calidad de la placenta, mantener el nivel de energía a lo largo del embarazo, parto y post parto, prevenir anemias y activar la producción de la leche. La Atención de Nutrición se realizará de conformidad a la contratación con las EAPB de este servicio. |
| **Objetivos** | Orientar a la gestante para garantizar una alimentación y nutrición adecuada para la madre y el feto. |
| **Talento humano**  | Profesional en nutrición y dietética de acuerdo a convenios de las universidades Se debe tener en cuenta contratación con las EAPB para la atención de las gestantes |
| **Duración mínima**  | 30 minutos |
| **Frecuencia** | Una atención por nutrición al menos una vez, de preferencia al inicio de la consulta para el cuidado prenatal. Controles: Si la gestante presenta alteraciones en su estado nutricional o diagnósticos médicos a intervenir por nutrición se deben establecer los controles que se requieran dependiendo de la evolución de la paciente, de acuerdo con el criterio del profesional en nutrición y dietética. |
| **Atenciones incluidas** |
| **Anamnesis** | Registrar los datos de identificación de la gestante definidos en la historia clínica: Nombre, documento de identidad, edad, dirección, procedencia (urbana, rural), etnia, régimen al que pertenece, teléfono, correo electrónico. Indagar sobre paridad, edad gestacional, resultados de los exámenes de laboratorio (glicemia, hemoglobina, cuadro hemático y otros), diagnósticos médicos (hipoglicemia, diabetes gestacional, hipertensión, hiperémesis, anemia, obesidad, bajo peso), verificación del consumo de suplementos de hierro, ácido fólico y calcio. Cuando las gestantes al momento de la primera consulta (dentro del primer trimestre) desconocen su peso pregestacional, puede utilizarse como referencia el IMC de la mujer en ese momento e indagar con ella los posibles cambios de peso percibidos, para determinar la ganancia de peso esperada para las semanas de gestación restantes. Indagar sobre el patrón alimentario de la gestante, utilizando recordatorio del consumo de alimentos en las últimas veinticuatro (24) horas. Revise la frecuencia de consumo por grupos de alimentos, alimentos preferidos o rechazados; trastornos alimentarios durante la gestación: nauseas, vómito, pica; molestias gastrointestinales: estreñimiento, gastritis. |
| **Valoración del estado nutricional** | La valoración del estado nutricional durante la gestación es un procedimiento de uso continuo y depende de las medidas antropométricas rutinarias en los controles prenatales. De esta manera, las mediciones permiten determinar  |

38

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Valoración del estado nutricional** | la ganancia de peso de la mujer durante la gestación son las definidas en la (Resolución 2465 de 2016 o la norma que la modifique o sustituya). ***Toma y registro del peso***: revisar que la báscula esté colocada sobre una superficie plana y firme, asegúrese de que esté tarada o en cero (0), cuidando que la gestante se ponga de pie sobre las plantillas ubicadas en la base de la báscula, con la mínima cantidad de ropa posible y en posición recta y erguida. Registre el dato inmediatamente. |
| ***Toma y registro de la Talla****:* coloque el tallímetro sobre una superficie plana y contra una pared que no tenga guarda escobas, ubique a la gestante contra la parte posterior del tallímetro, con los pies sobre las plantillas, en posición erguida con los talones juntos, rodillas rectas y que las pantorrillas, los glúteos, el tronco, los hombros y espalda toquen la tabla vertical. Registre la talla inmediatamente. |
| ***Calcule el índice de masa corporal según edad gestacional*** *IMC/EG*, siguiendo el patrón de Atalah, basado en el incremento de peso, medido mediante el IMC ajustado para la edad gestacional de mujeres adultas y gestaciones no gemelares o múltiples, a partir de la semana 6 y hasta la semana 42 de gestación (antes de la semana 6 de gestación no se observan cambios significativos en el índice de masa corporal de las gestantes adultas). Las categorías establecidas en la clasificación antropométrica del estado nutricional de las gestantes son: bajo peso para la edad gestacional, peso adecuado para la edad gestacional, sobrepeso y obesidad para la edad gestacional. |
| **Registre la clasificación del estado nutricional** (Anexo 8) y establezca metas de ganancia de peso durante la gestación, de acuerdo con los siguientes parámetros: Clasificación del Valores Ganancia de Ganancia IMC pregestational peso g/semana de de peso total referencia de IMC (Kg) Bajo peso < 20,0 400-600g 12-18Kg Normal 20,0-24,9 330-430g 10-13Kg Sobrepeso 25-29,9 230-330g 7-10Kg Obesidad >=30,0 200-230g 6-7Kg Fuente: Resolución 2465 de 2016, MSPS Las gráficas de IMC se generan al diligenciar datos de peso y talla al momento de la consulta, para visualizarlas se debe ingresar a historia clínica y dar visualizar historia. Debido a la carencia sistemática de información disponible internacionalmente sobre la antropometría en la gestante adolescente, se ha recomendado por el Comité de Expertos que participaron en el desarrollo de  |

39

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Análisis** **y plan de cuidado** | la Resolución 2465 de 2016 de este Ministerio, que se utilizarán los puntos de corte de IMC correspondiente a las mujeres adultas para la clasificación del estado nutricional inicial y los valores de ganancias de peso para el seguimiento propuestos por Atalah. Tener en cuenta realizar atención diferencial con **la gestante adolescente**, en razón a los cambios en la velocidad de crecimiento de la estatura. ✔ En **gestante menor de trece (13) años**, la ganancia de peso es más atribuible a su crecimiento, por estar en una etapa de crecimiento de alta velocidad. En **adolescentes mayores de 15 años**, la ganancia de peso de la gestante es más atribuible al feto porque está en una etapa más cercana a la finalización del crecimiento. |
| De acuerdo con el diagnóstico nutricional defina el plan de manejo específico y las recomendaciones nutricionales pertinentes en cada caso. Socialice sobre las cantidades y tomas de alimentos durante el día, frecuencia, texturas, temperaturas. **Valoración nutricional normal:** orientar a estilos de vida saludable, actividad física, consumo del suplemento nutricional indicado (hierro, ácido fólico y calcio) adecuado descanso y lactancia materna. |
| **Valoración nutricional bajo peso para la edad gestacional**: programar un plan dietario de ganancia de peso que incluya aumento de la ingesta calórica y proteica, con el fin de alcanzar un peso adecuado durante el seguimiento que garantice el éxito de la gestación. |
| **Valoración nutricional es sobrepeso u obesidad**: Definir plan dietario específico, sin restricción energética, educar para lograr modificaciones hacia hábitos y alimentación saludable, orientar el consumo del suplemento nutricional indicado (hierro, ácido fólico y calcio), actividad física e indique periodicidad de los controles por nutrición. En diagnósticos médicos a intervenir nutricionalmente (anemia, hipoglicemia, diabetes gestacional, hipertensión, hiperémesis, estreñimiento, gastritis), definir plan de manejo nutricional específico. |
| *Recomendaciones* **Elaborar y socializar con la paciente un menú dietario** que corresponda a su condición, preferencias y/o considerando las situaciones especiales definidas. |
| **Información en salud:** | Orientar al consumo de suplementos de hierro, ácido fólico y calcio, así como los alimentos fuente de estos micronutrientes y de fibra. Educar a la mujer para la lactancia materna: beneficios, técnicas de lactancia materna, dificultades, mitos y alimentación en el periodo de lactancia, así como el uso de las salas de extracción de leche materna hospitalaria y bancos de leche humana. Si se evidencia dificultad en el acceso a los alimentos, canalice hacia programas sociales de complementación alimentaria y hacer seguimiento. |

40

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | En caso de identificar factores de riesgo emocional y/o psico-sociales, genere interconsulta a psicología y/o trabajo social. En caso de identificar factores de riesgo para la salud del binomio, emita interconsulta al profesional correspondiente En cualquiera de los factores de riesgo identificados se deberá remitir ya que se clasificaría a la gestante como ARO. Se debe articular con el procedimiento de ARO por antecedentes para manejo por parte de Ginecología y/o Perinatologia según contratación por EAPB. |
| **Instrumentos, insumos y dispositivos** | Instrumentos: Gráfica de valoración de Atalah, tabla de clasificación Atalah, balanza de pie digital o mecánica y tallímetro, capacidad de dos (2) metros. Insumos: Historia clínica, material de apoyo educativo. |
| **7. PROTECCION ESPECIFICA** |
| **7.1 ATENCIÓN DEL PARTO** |
| La ESE ISABU realiza la atención integral del parto en las unidades hospitalarias: Hospital Local del Norte y UIMIST, las cuales se encuentran debidamente equipadas para el cuidado de la madre, el recién nacido y su familia, con disponibilidad permanente del recurso humano. Articular el protocolo de atención de parto y los definidos para evento obstétrico y/o MME definidos por el INS-MPS y adoptados por la ESE ISABU – Convenio UNIVERSIDADES |
| **O**b**jetivos** | ✔ 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** | Talento humano requerido para la atención del parto de **bajo riesgo** a) Profesional en medicina, o b) 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. c) Ginecobstetra según nivel de complejidad de la unidad operativa |
| **Atenciones incluidas** ∙ Atención del primer periodo del parto ∙ Atención del expulsivo ∙ Atención del alumbramiento |

41

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |
| --- |
| **Admisión de la gestante en trabajo de parto**: Esta actividad se inicia con la atención en urgencias gineco-obstétricas (HLN+UIMIST), con ingreso a consulta obstétrica por medicina general. En caso de admisión de gestantes en expulsivo, se direcciona directamente a sala de parto. La auxiliar de enfermería de admisiones, orienta, realiza los procedimientos derivados de la consulta y realiza registros en libro de consulta de parto y en el Formato informativo para diligenciamiento de Ruaf. Una vez se cuenta con los procedimientos realizados, el medico realiza **revaloración** y define plan de manejo (Observación, hospitalización o sala de trabajo de partos). Además de los cambios del trabajo de parto evaluado, **se recuerda tener en cuenta otros criterios (bio-psico-sociales y económicos) en admisión de la Gestante, como: acceso, disponibilidad de transporte, la hora de ingreso, condiciones socio-económica, habitantes de calle, y otros factores de riesgo que afecten el bienestar de la madre y del feto**, en estos casos **NO devolver las gestantes a fin de evitar complicaciones**. |
| Diligenciamiento de la historia clínica completa: |
| **Anamnesis:**  | ✔ Identificación, motivo de consulta, fecha probable del parto, inicio de las contracciones, percepción de movimientos fetales, expulsión de tapón mucoso, ruptura de membranas y sangrado. ✔ Indagar por la presencia o ausencia de síntomas premonitorios de preeclampsia (cefalea, visión borrosa, tinitus, fosfenos, epigastralgia, vómitos en el III trimestre). ✔ Antecedentes patológicos, quirúrgicos, alérgicos, ginecológicos, obstétricos, farmacológicos y familiares. ✔ Revisión completa por sistemas. ✔ Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas. |
| **Examen físico** | ✔ **Valoración del aspecto general,** color de la piel, mucosas e hidratación, estado de conciencia; Valoración del estado nutricional; Toma de signos vitales; Examen completo por sistemas, incluida la valoración neurológica; Valoración del estado mental; Valoración obstétrica que incluye la frecuencia e intensidad de la actividad uterina, la posición, situación y estación del feto, frecuencia cardiaca fetal, la altura uterina, el número de fetos y la estimación del tamaño fetal; Valoración ginecológica que incluye la valoración de los genitales externos y la exploración genital incluyendo la especuloscopia y el tacto vaginal para evaluar sangrado, presencia del cordón umbilical, condiciones del cuello uterino (masas, maduración, dilatación y borramiento cervical), estado de las membranas, presentación, estación y variedad de posición fetal y la pelvimetría clínica. |
| **Solicitud de exámenes** **paraclínicos** | ✔ Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo solicite VDRL o RPR. ✔ Hemoclasificación, si la gestante no tuvo control prenatal. ✔ Prueba para VIH (prueba rápida) en caso de no haberse realizado en el tercer trimestre. ✔ Gota gruesa en zona endémica de malaria. ✔ Hematocrito y hemoglobina. ✔ Antígeno de superficie de hepatitis B si no cuenta con tamizaje durante la consulta para el cuidado prenatal |

42

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PACIENTES RESPIRATORIAS o con sospecha de contactos COVID; solicitar PRUEBA DE COVID 19 por PCR.**  |
| **Criterios para ingreso** gestante a la atención del parto | ✔ Dinámica uterina regular. ✔ Borramiento cervical >50% ✔ Dilatación de 4 cm. ✔ Condiciones de acceso (distancia al domicilio, condiciones y disponibilidad de transporte, etc.), socioeconómicas, cognitivas y de aseguramiento de la gestante para la toma de decisiones sobre la observación o la hospitalización de las pacientes. Considerar de acuerdo con criterio médico, los factores de riesgo maternos o fetales identificados para la admisión de la gestante. |
| **Remitir a la gestante** **al prestador complementario** | ✔ En caso de presentar alguna condición que pone en riesgo la salud de la gestante o del niño (Escala de riesgos Biopsicosocial de Herrera y Hurtado**).** Una vez se identifica que la atención de la gestante excede la capacidad instalada de la ESE ISABU, el médico tratante genera la orden de traslado con llamado al grupo de ambulancias disponibles (medicalizada), y/o al área de referencia para su ubicación y el reporte de traslado a la IPS complementaria o centro Regulador de Emergencias (CRUE). **VER MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA M-2004-01** Una vez aceptado el traslado, se dispone traslado de la usuaria con médico general, auxiliar de traslado y acompañante de la gestante. Registros del traslado: Formato de traslado (incluye resumen de atención), reporte de paraclínicos, fotocopia de la ficha epidemiológica (En eventos de interés de salud pública, incluido COVID-19), bitácora (datos de identificación de la usuaria, hora de traslado, IPS receptora, y hora de entrega). Durante el traslado, se realiza registro de la remisión y las condiciones de salud de la usuaria, con signos vitales al momento del egreso y entrega a la IPS receptora, con posterior registro en historia clínica electrónica. |
| **Información e indicaciones a gestantes sin criterios de admisión.** | ✔ Brindar información sobre signos para observar cambios y analizar e indicar el regreso a la institución cuando ocurran estos cambios (inicio de actividad uterina, sangrado genital, amniorrea, disminución en la percepción de los movimientos fetales, epigastralgia, visión borrosa, fosfenos, tinitus, cefalea intensa). ✔ Articular con la entrega de lista de chequeo ante alertas y recomendaciones por PANDEMIA.  |
| **Atención del primer periodo del parto.** |
| **Fase latente**: periodo del parto que transcurre entre el inicio clínico del trabajo de parto y los 6 cm. de dilatación. **Fase activa**: periodo del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 6 y hasta los 10 cm y se acompaña de dinámica uterina regular. |

43

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |
| --- |
| Durante la atención a la gestante se garantizará la información permanente a su familia y acompañante sobre la condición de salud de la gestante Articular el protocolo de atención de parto y los definidos para evento obstétrico y/o MME definidos por el INS-MPS y adoptados por la ESE ISABU – Convenio UNIVERSIDADES |
| **DILATACION** **DILATACION** | ✔ Ofrecer el procedimiento de analgesia epidural a gestantes quienes la sensibilidad del dolor sea alta como apoyo en la atención de parto humanizado. ✔ Proveer balón para trabajo de parto o bola suiza a la gestante como elemento no farmacológico en conjunto con los ejercicios para el alivio del dolor del parto. ✔ Apoyar y ayudar a las mujeres, si así lo desean incluso a las que utilizan analgesia epidural (depende con la contratación existente con las EAPB), adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo y a movilizarse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo. ✔ Explicar a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo. ✔ Apoyo físico, emocional y psicológico continuo durante el trabajo de parto y el parto, por psicología, este apoyo debe ser continuó, brindando bienestar y estímulo positivo. ✔ **Tomar signos vitales** a la madre por lo **menos una vez cada hora: frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria** con registro en notas de enfermería y evolución médica (formato de control). ✔ Diligenciar la partograma, registrar la posición materna, los signos vitales maternos, la frecuencia cardiaca fetal, la dilatación, el borramiento, la estación, el estado de las membranas, la variedad de posición de la presentación junto con la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas y los métodos empleados para el alivio del dolor durante el trabajo de parto. Auscultar la frecuencia cardiaca fetal en reposo y luego de finalizada la contracción de manera intermitente. Cada medición de la frecuencia cardiaca fetal debe tomarse durante un minuto completo cada 30 minutos durante la fase activa del trabajo de parto y cada 5 minutos durante el segundo periodo del parto (periodo expulsivo), realizar su respectivo registro. Se recomienda **evitar las exploraciones vaginales antes de 4 horas** excepto en las mujeres con alteraciones del progreso del parto o según el criterio médico, ante la sospecha o la presencia de complicaciones o si la mujer manifiesta sensación de pujos; Se sugiere realizar un máximo de 3 (tres) tactos vaginales con el objetivo de no aumentar el riesgo de complicaciones infecciosas en el postparto. El examen pélvico también puede realizarse a solicitud de la gestante en circunstancias en las que se considere conveniente. No se debe realizar amniotomía ni administración de oxitócicos de rutina para acortar la duración del trabajo de parto espontáneo. Toda mujer tiene derecho a recibir métodos eficaces y seguros para el alivio del dolor durante el trabajo de parto (ello incluye la analgesia neuro axial); la solicitud de la gestante es indicación suficiente para proveerle métodos adecuados para el alivio del dolor. Las contraindicaciones de la analgesia neuro  |

44

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | axial durante el trabajo de parto son: rechazo de la madre, coagulopatía, infección local o sistémica o hipovolemia no corregida. No está indicado enemas o rasurados rutinarios a las gestantes en trabajo de parto. Al alcanzarse la fase activa del expulsivo, la gestante debe trasladarse a la sala de partos o acondicionar el sitio apropiado para el nacimiento. Se indica administrar líquidos orales y canalizar una vena periférica (lactato de Ringer o solución salina) para evitar la deshidratación, evitar uso de Dextrosa en agua destilada, para prevenir la hipoglicemia del recién nacido. Realizar un trato humanizado y evitar frases o expresiones que afecten la dignidad de la mujer o de la adolescente. En ningún momento es permitido censurarla con motivo de su embarazo. Articular el protocolo de atención del parto de la ESE ISABU – Convenio UNAB. ✔ Se debe incluir la vigilancia del trabajo de parto con el registro del Partograma del CLAP-OPS / OMS y en PANACEA para identificar las curvas de alertas durante el trabajo de parto. ✔ |
| **Atención del expulsivo** |
| El expulsivo es aquello que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. Se subdivide en dos fases: |
| **Periodo expulsivo pasivo**: dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo. **Periodo expulsivo activo**, cuando el feto es visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa o pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa. |
|  | ✔ Mantener el contacto visual y verbal con la gestante para disminuir su ansiedad, así como la vigilancia estrecha de la fetocardia. ✔ Evaluar el bienestar fetal por los medios que se tengan disponibles. ✔ Pujo voluntario: estimular durante la fase activa del expulsivo y en el momento de las contracciones. Permitirse que las gestantes adopten la posición más cómoda. ✔ No se debe realizar de forma rutinaria presión fúndica para acelerar el expulsivo (maniobra de Kristeller). Del mismo modo, la episiotomía no está indicada de forma rutinaria. ✔ Inmediato al nacimiento, realizar contacto piel a piel de la madre con el recién nacido. ✔ En los casos en que no esté indicado el pinzamiento inmediato se deberá realizar un pinzamiento tardío del cordón umbilical. Indicaciones de pinzamiento tardío del cordón umbilical: ∙ Interrupción del latido del cordón umbilical. ∙ Disminución de la ingurgitación de la vena umbilical. ∙ Satisfactoria perfusión de la piel del recién nacido. ∙ Realizarlo entre 2 y 3 minutos después del nacimiento. Indicaciones para pinzamiento inmediato: ∙ Desprendimiento de placenta. |

45

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ∙ Placenta previa. ∙ Ruptura uterina. ∙ Desgarro del cordón. ∙ Paro cardíaco materno. ∙ Los demás criterios recomendados en la Guía de Práctica Clínica de Recién Nacidos vigente Se recomienda en trabajo de parto vaginal no instrumentado y sin complicaciones acompañamiento de manera individual y de forma continua por la persona que haya participado durante el 100% del curso de la preparación de la maternidad y paternidad. |
| **Atención del alumbramiento** |
| En este periodo se debe realizar lo que se ha denominado manejo activo del alumbramiento, que consiste en: ✔ Dentro de un minuto del nacimiento se palpa el abdomen para descartar la presencia de otro feto y se administra un medicamento uterotónico: ✔ Administrar oxitocina 10 UI por vía intramuscular como medicamento de elección para profilaxis durante el alumbramiento en mujeres que tengan parto por vía vaginal. ✔ Cuando exista un acceso venoso permeable, puede administrarse oxitocina 5 UI o 10 UI en infusión lenta diluida en 10 ml de cristaloides en un tiempo no inferior a 3 minutos. ✔ Se recomienda el uso de 600 mcg de misoprostol por vía sublingual para profilaxis durante el alumbramiento cuando la oxitocina no esté disponible. No se recomienda la administración por vía intrarectal. ✔ Tracción controlada del cordón ✔ Pinzamiento teniendo en cuenta los criterios descritos anteriormente. ✔ Verificar cada 15 minutos que el útero esté contraído. |
| **visualizar la placenta:** | ∙ Tomarla con las dos manos, realizar un movimiento de rotación para enrollar las membranas y favorecer su expulsión completa (maniobra de Dublín). ∙ Debe revisarse la placenta tanto por su cara materna (observar su integridad) como por su cara fetal (presencia de infartos, quistes, etcétera). ∙ Verificar la integridad de las membranas, el aspecto del cordón umbilical, su inserción y el número de vasos (lo normal, dos arterias y una vena). Ante la duda de que haya alumbramiento incompleto, debe procederse a la revisión uterina y extracción manual de los restos retenidos. Se considera normal una pérdida de 500 cc de sangre luego del parto vaginal normal. Si la madre lo ha elegido, se puede proceder a aplicar el DIU posparto. Este debe aplicarse antes de hacer las suturas perineales; si no es posible, se hará dentro de las primeras 48 horas del posparto. El personal que atiende el parto debe estar entrenado en la aplicación del DIU. Revision Ginecologo. ✔ Vigilar hemostasia uterina (durante los siguientes minutos al parto), teniendo en cuenta los siguientes aspectos: ∙ Signos vitales maternos. ∙ Globo de seguridad. ∙ Sangrado genital. |

46

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ∙ Revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía para descartar la formación de hematomas. |
| **En caso de presentarse hemorragia**, debe evaluarse la capacidad resolutiva de la institución (activación de cogido rojo) y, si es necesario, deberá ser remitida a un nivel de mayor complejidad, previa identificación de su causa, estabilización hemodinámica e inicio del tratamiento, asegurando su ingreso en la institución de referencia. |
| **Instrumentos insumos y dispositivos** | ✔ Kits de emergencia obstétrica, ✔ Partograma del CLAP ✔ Carné perinatal debidamente diligenciado al momento de la admisión. Realizar lista de chequeo de recomendaciones y alertas por PANDEMIA.  |
| **7.2 ATENCIÓN DEL PUERPERIO** |
| **Objetivos** | Proveer una atención segura del puerperio a fin de prevenir detectar y controlar complicaciones del parto como la hemorragia posparto, la retención de restos y la infección puerperal. Brindar Información y asesoría en métodos anticonceptivos de acuerdo con criterios médicos de elegibilidad y a enfoque de derechos. |
| **Talento humano** | Talento humano requerido para la atención del parto de **bajo riesgo** a. Profesional en medicina, o b. 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. |
| **Atenciones incluidas** | En este periodo se reconocen 2 etapas: **Puerperio inmediato:** Este período comprende las **dos primeras horas post parto.** Con control cada 15 minutos de signos vitales y signos de sangrado, y el estado general de la mujer por medico encargado de la atención del parto de bajo riesgo, siendo posteriormente trasladada al servicio de hospitalización ginecología para dar continuidad en el control y seguimiento del posparto mediato, previo registro en línea (Drive de atención de partos) los datos de identificación, dirección, teléfono, EPS, edad, SG, P/T, Perímetros, No. de CPN, ecografías, centros de salud, citas de control binomio, fecha de administración del método anticonceptivo, nombre del método e indicación de continuar en seguimiento y control en el centro de salud) Se adopta la escala de alerta temprana (Maternal Early Obstetric Warning Score). Anexo al presente documento. Durante este periodo se producen la mayoría de las hemorragias, con control de los siguientes aspectos: |

47

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Atenciones incluidas** | ∙ Signos vitales maternos. ∙ Globo de seguridad. ∙ Sangrado genital. ∙ Revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía para descartar la formación de hematomas. ✔ Monitorear de manera frecuente la temperatura corporal de la madre, la presión arterial, el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la perfusión y el estado de conciencia. ✔ Valorar la posibilidad de atonía uterina, sangrado excesivo o la presencia de signos de hemorragia, de distensión de la vejiga, o de disnea o de dolor pleurítico como síntoma de alerta de un embolismo pulmonar. ✔ Monitorizar la aparición de fiebre en el posparto definida como una temperatura superior a los 38º C a excepción de las 24 primeras horas tras el parto. En caso de fiebre, debe indagarse la aplicación de misoprostol como causa de la fiebre en caso de ser negativo el antecedente, debe realizarse una exploración para identificar el foco de una posible infección del tracto urinario, de la herida quirúrgica, mastitis, endometritis, tromboflebitis pélvica séptica, una reacción adversa a un fármaco o complicaciones derivadas de la episiotomía. ✔ Reevaluar el riesgo de presentar eventos tromboembólicos venosos e iniciar medidas para la prevención de dichas complicaciones. Si no se producen alteraciones en este período, la madre debe trasladarse al sector de alojamiento conjunto y allí se le instruirá y apoyará sobre la lactancia materna a libre demanda, vacunación, puericultura, signos de alarma, consulta de puerperio y demás temática pertinente. En caso de presentarse hemorragia, debe evaluarse la capacidad resolutiva de la institución y, si es necesario, deberá ser remitida a un nivel de mayor complejidad, previa identificación de su causa, estabilización hemodinámica e inicio del tratamiento, asegurando su ingreso en la institución de referencia. |
| **Puerperio mediato:** Esta etapa comprende desde las primeras dos hasta las 48 horas post parto, a realizar las siguientes acciones: ∙ Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios. ∙ Detectar tempranamente las complicaciones como hemorragia e infección puerperal, vigilando la presencia de taquicardia, fiebre, taquipnea, subinvolución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos. ∙ Deambulación temprana. ∙ Alimentación adecuada a la madre. |
|  | ∙ Se deberá realizar valoración por Ginecología antes del alta hospitalaria para identificar riesgo de la gestante. ∙ Se dará a las 24 horas después de un parto vaginal y de 48 después de una cesárea como mínimo. En época de pandemia se disminuyen los tiempos para disminuir contaminación cruzada por circulación del virus. |

48

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Alta hospitalaria**: **Alta hospitalaria**:  | ∙ Realizar un **tamizaje para depresión posparto**. En las diferentes visitas con la mujer tras el parto realizar las siguientes preguntas para identificar la posibilidad de una depresión posparto: o *“Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?”* o *“Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?”* Quienes hayan respondido afirmativamente estas dos preguntas deberán tener un acompañamiento de personal de psicología y psiquiatría para hacer diagnóstico confirmatorio de la Depresión y brindar apoyo terapéutico que se requiera. Realizar un seguimiento por el equipo de salud mental posterior al alta a aquellas mujeres que tengan un puntaje mayor a 12 puntos en la Escala de depresión posnatal de Edimburgo EPDS, con apoyo de psicología y según contratación con las EAPB. la cual se anexa. ∙ Antes del alta hospitalaria es el momento ideal para completar el esquema de inmunizaciones a las mujeres con aquellas vacunas que no se hayan podido administrar durante la gestación, como el toxoide tetánico. ∙ Suministrar inmunoglobulina anti-D dentro de las 72 horas después del parto a todas las mujeres Rh negativo, sin anticuerpos anti-D, quienes tuvieron un recién nacido Rh positivo. ∙ Dar analgesia para el dolor derivado de la involución uterina, administrar AINES de acción corta como el ibuprofeno de 600 mg o acetaminofén en dosis que no excedan los 4.00mg al día. El dolor cede espontáneamente al final de la primera semana tras el parto. ∙ En cuanto a la dificultad miccional la retención de orina tras el parto es habitual y se produce cuando no se consigue una micción espontánea seis horas después del parto. Se sugiere un tratamiento con analgesia oral, además de animar a la mujer que intente ir al baño cuando esté relajada o que tome un baño de agua caliente. ∙ Brindar educación a la madre sobre una serie de aspectos pertinentes para sus cuidados domiciliarios:  |
| ✔ **Signos de alarma de la madre para consulta en el posparto**: o Presencia de loquios con mal olor, sangrados abundantes o hemorragia. o Síntomas premonitorios: cefalea, visión borrosa, tinitus, fosfenos, alteraciones visuales, convulsiones, epigastralgia. o Fiebre. o Sangrado genital abundante. o Dolor en hipogastrio, vómito, diarrea. o Un empeoramiento o la experiencia de nuevos dolores perianales o uterinos. o Dolores agudos (cefaleas, torácico o abdominal). o Disuria (micción dolorosa, incompleta o dificultosa). o Problemas con las mamas (enrojecimiento, dolor, calor). o Dolor o hinchazón en las piernas. o Estado de ánimo que afecta a la relación con el recién nacido, con los demás o que no permite una actividad normal. |

49

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ∙ En caso de presentarse alguno de ellos debe regresar a la institución. o Informar sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva. o Puericultura básica. o Alimentación balanceada adecuada para la madre. o Fortalecer los vínculos afectivos (la importancia del contacto piel a piel y la lactancia materna temprana, como los principales factores que permiten el establecimiento de vínculo afectivo), la autoestima y el autocuidado, la importancia de la actividad física progresiva para promover la recuperación del tono muscular de la mujer y de la actividad de la vida diaria (por ejemplo, con paseos diarios). o Informar sobre las diferentes formas de violencia de género y sexual y los mecanismos de denuncia de las mismas. o Informar sobre los hábitos de sueño y descanso. o Entregar el registro de nacido vivo y promover que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata. o Asesorar sobre anticoncepción y Proveer los anticonceptivos antes del alta hospitalaria se deberá partir de anteriores asesorías anticonceptiva que debieron hacerse como parte de los controles antenatales). Es importante resaltar que cada individuo tiene diferentes necesidades, diferentes circunstancias, diferentes condiciones económicas y condiciones socios culturales para tomar una decisión, lo que lleva al personal de salud a brindar una atención individualizada. Esto incluye: ∙ Valorar la intención reproductiva, ∙ Indagar sobre requerimientos anticonceptivos de la mujer de acuerdo con su necesidad, dirigir la asesoría de acuerdo con su necesidad, dirigir la asesoría de acuerdo con necesidades y expectativas (las mujeres con antecedentes de morbilidad materna extrema, y adolescentes menores de 15 años, son prioritarias para anticoncepción post-evento obstétricos). Articular con Ruta de Planificación familiar. ∙ Describir todos los métodos anticonceptivos comenzando por los más efectivos y recomendados en postevento obstétrico, sin omitir ningún método. (Incluye mecanismo de acción, efectividad, duración, modo de uso, efectos secundarios y beneficios; despejar dudas sobre mitos frente al uso de Anticonceptivos). Para esto se adoptan criterios médicos de elegibilidad de la OMS vigentes para condiciones médicas especiales, Se cuenta en la ESE ISABU métodos orales e inyectables, DIU, de manera inmediata, para implante subdérmico se deberá tener autorización de la EAPB, el cual se suministrará en control de 15 días. ∙ Acompañar a la consultante en el desarrollo de la elección informada (permitir que se elija el método más adecuado de acuerdo con los elementos brindados en la consejería). ∙ Diligenciar, de acuerdo con normas institucionales, el formato de consentimiento informado y la historia clínica de anticoncepción. ∙ Suministrar anticonceptivos, antes del alta hospitalaria si bajo decisión informada se ha optado por ello: ∙ Inserción de DIU posparto según elección de la mujer y criterios de elegibilidad. ∙ Realización de procedimiento de oclusión tubárica bilateral. ∙ Aplicación de implante subdérmico de progestina |

50

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Alta hospitalaria**: **Alta hospitalaria**:  | ∙ Suministro y colocación de inyección de Acetato de Medroxiprogesterona. Entrega de método hormonal oral de solo Progestina, con indicaciones de uso e inicio de tratamiento. ∙ Entrega de condones, según necesidades de la mujer. ∙ Otros anticonceptivos no incluidos en el plan de beneficios en condiciones médicas específicas. Para garantizar los métodos, estos serán ordenados por médico tratante, con solicitud por notas de enfermería a la farmacia para su administración, con registro de administración en la historia clínica. La administración del método está sujeta a la contratación de la ESE ISABU con las EAPB durante la atención del puerperio garantizando métodos anticonceptivos con cobertura de al menos 3 meses, y con orden de control ambulatorio para el seguimiento. ∙ Informar a la usuaria sobre los signos de alarma frente al uso del método, manejo en casa de posibles efectos secundarios y cuándo regresar a consulta de control. ∙ Recordar que los métodos anticonceptivos no protegen contra VIH/SIDA y otras ITS. proveer condones y resaltar la necesidad de doble protección. ∙ Recordar la posibilidad de uso de anticoncepción de emergencia en caso de: o Relación sexual sin uso de un método anticonceptivo o Uso incorrecto de un método anticonceptivo o Ruptura, filtración, deslizamiento o retención del condón masculino o Desplazamiento o retiro temprano del condón masculino o Expulsión total o parcial del dispositivo intrauterino. o Relaciones en el período fértil sin protección o Olvido de una o varias dosis anticonceptivas o En caso de violencia sexual, si la mujer no está usando un método anticonceptivo. Finalmente se incluye la consulta ambulatoria post parto que deberá llevarse a cabo entre el 3° y el 5° días post parto **Procedimiento de asignación de consulta post parto**: Antes del egreso en servicio de hospitalización Ginecología, continuar con el registro en línea de sala de partos (drive) (Fecha de cita de control de binomio, hora, centro de salud y medico a quien le asigna la cita). En época de Pandemia las citas se asignarán a Consulta Domiciliaria garantizando la atención antes de los 5 días posparto. Esta consulta se debe enfocar especialmente en: ∙ Indagar el estado de ánimo y el bienestar emocional (en sospecha de depresión posparto o morbilidad remitir a especialidad correspondiente). ∙ Indagar y fortalecer cuidado del recién nacido y lactancia ∙ Indagar e Informar sobre sexualidad en el posparto ∙ Indagar intención reproductiva y recomendar embarazo en no menos de 18 meses. |

51

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

**Instrumentos**

**insumos y dispositivos**

|  |
| --- |
| ∙ Hacer seguimiento al uso del método elegido en el puerperio inmediato y ofrecer métodos anticonceptivos si no fue elegido ningún método. ∙ Indagar sobre patrón de sueño y recomendar el compromiso de la red de cuidado en los cuidados del recién nacido. ∙ Revisar las cicatrices de cesárea o episiotomía. ∙ Manejar de enfermedades crónicas. ∙ Revisar vacunación y completar el esquema para mujeres en edad fértil. ∙ Tomar Tensión arterial y buscar signos de anemia. Informar sobre signos de alarma para consultar por el servicio de urgencias, especialmente para hemorragia posparto, infección, Preeclampsia, eclampsia y tromboembolismo |
| Escala de alerta temprana (OBSTETRIC EARLY WARNING SCORE). |
| Kits de emergencia obstétrica.  |

**7.3 ATENCIÓN PARA EL CUIDADO RECIÉN NACIDO**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Objetivos** | Apoyar, conducir o inducir el proceso de adaptación a la vida extrauterina del recién nacido y minimizar la posibilidad de presentar complicaciones que tengan riesgo de muerte perinatal o neonatal, o de generar daños para el resto de la vida relacionados con eventos perinatales. |
| **Talento humano** | Los requerimientos mínimos de talento humano son los mismos que para la atención del parto de bajo riesgo (siempre y cuando el personal tenga entrenamiento en adaptación y reanimación neonatal, e idealmente, que tenga vigente su formación en soporte vital avanzado neonatal). a) Profesional en medicina, o especialista en pediatría b) 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. En el caso de un parto de alto riesgo o en el que se prevean posibles complicaciones del recién nacido (como prematuridad, estado fetal insatisfactorio, anomalías congénitas, bajo peso al nacer, nacimiento por cesárea, etc.), se requiere: a) médico especialista en pediatría sub-especialización en neonatología (para el caso que pueda ser garantizado) que idealmente tenga entrenamiento actualizado en adaptación y reanimación neonatal.  |

52

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | b) Así mismo, cuando sobrepase o se prevea la necesidad de tratamientos que implican una capacidad resolutiva superior, debe remitirse a otra de mayor complejidad para garantizar la atención adecuada. Se permitirán criterios de adaptación en los casos necesarios según las particularidades poblacionales (por ejemplo, en población de ámbitos de alta ruralidad o rural disperso, o en poblaciones indígenas), siempre y cuando se cumplan los estándares de atención establecidos en la normatividad vigente. |
| **Atenciones incluidas** | a) Enfoque antenatal de riesgo. b) Atención del recién nacido en sala de partos/nacimientos. c) Cuidados durante las primeras veinticuatro horas de edad. d) Decisión del egreso hospitalario. e) Entrega de recomendaciones previas al egreso hospitalario. f) Expedición y registro en el carné único de salud infantil y diligenciamiento de la Historia Clínica Perinatal Simplificada. g) Egreso hospitalario. |
| **Enfoque antenatal de riesgo** | a) Realizar una historia clínica dirigida a la identificación de factores de riesgo prenatales, perinatales y neonatales para el recién nacido. b) Determinar otros factores de riesgo como los psicosociales definidos en la historia clínica del CLAP. c) La historia clínica peri-neonatal debe empezar a realizarse desde antes del nacimiento, con el fin de preparar el equipo y los insumos necesarios para la atención adecuada en sala de partos/nacimientos y programar las actividades a realizar en las horas posteriores al nacimiento. d) Indagarse por las vacunas aplicadas a la madre gestante, incluirse la exploración de factores de exposición a teratógenos como el alcohol y otras sustancias psicoactivas, a infecciones virales (como Zikv) e) Revisión de los resultados de los exámenes tomados durante la gestación (VIH, Sífilis, Hepatitis B, Toxoplasmosis, Estreptococo del Grupo B, etc.). En caso de no contar con los laboratorios prenatales, se deben asegurar sus resultados antes del periodo expulsivo o de la cesárea **f)** Identificación de otras condiciones que ameriten un manejo diferencial del recién nacido en la etapa neonatal y luego del alta hospitalaria. |
| **Atención del recién nacido en sala de partos/nacimientos** | a) Adaptación neonatal inmediata (representada por el conjunto de modificaciones cardio-hemodinámicas, respiratorias y de todo orden que sucede en procura de la adecuación del ser humano al entorno atmosférico al nacer). b) Realizarse un manejo limpio del recién nacido y la manipulación del cordón umbilical debe hacerse con guantes estériles.  |

53

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Atención del recién nacido en sala de partos/nacimientos** | c) Adecuado manejo térmico del recién nacido, la temperatura ambiente de la sala de partos/nacimientos debe estar entre 23°C y 26ºC como rango promedio. d) Disponer de un pendón o una pieza informativa sobre el manejo del recién nacido con depresión respiratoria o con necesidad de reanimación neonatal. La secuencia de atención es: ∙ **Limpieza de las vías aéreas:** en el momento en que el recién nacido asome la cabeza, se deben limpiar manualmente las secreciones, primero de la boca y luego de las fosas nasales. Se debe evitar la realización de succión de las vías aéreas de forma rutinaria (Aplica solo para los casos de líquido amniótico con meconio espeso, sangre o pus con obstrucción de la vía aérea o si el recién nacido se encuentra con depresión respiratoria por cualquiera de estas causas). ∙ **Secado del recién nacido:** una vez el recién nacido se encuentre fuera del canal del nacimiento, se debe proceder al secado completo. Para esto, se coloca al recién nacido sobre el abdomen de la madre, en **contacto piel a piel** y se inicia con el secado de la cabeza y cara y luego el resto del cuerpo en forma suave, gentil y exhaustiva, con paquete del recién nacido. Posteriormente debe cubrirse con un campo seco y tibio diferente al previamente usado para el secado, y debe tenerse especial cuidado en evitar la pérdida de calor por la cabeza colocando un gorro. En caso de no contar con gorro, una alternativa es armar un turbante con una compresa tibia y seca. En el caso de los recién nacidos prematuros, se recomienda manejar de acuerdo con las indicaciones específicas del lineamiento de atención al recién nacido prematuro. ∙ **Observación de la respiración o llanto, y el tono muscular.** La limpieza de las vías aéreas y el secado estimulan al recién nacido. Si el niño se encuentra en apnea, debe iniciarse la atención del recién nacido deprimido con ventilación con presión positiva según el esquema de reanimación neonatal vigente de las Guías de Soporte Vital Avanzado Neonatal (NALS, por sus siglas en inglés). ∙ **Pinzamiento y corte del cordón umbilical**. Debe realizarse cuando se cumplan los siguientes criterios: ✔ interrupción de la palpitación de las arterias umbilicales, disminución de la ingurgitación de la vena umbilical, y perfusión satisfactoria de la piel, lo cual ocurre habitualmente entre el segundo o tercer minuto de nacido. Estos criterios pueden demorar más tiempo en conseguirse, como en los casos donde ha habido circular de cordón umbilical, prolapso o procidencia de cordón umbilical, o ruptura prolongada de membranas. En estos casos, es pertinente permitir un mayor tiempo al pinzamiento habitual del cordón umbilical. ∙ De forma excepcional, se debe realizar pinzamiento inmediato: abruptio de placenta y de placenta previa sangrante, en los casos en que se presuma riesgo de paso de anticuerpos maternos (como  |

54

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Atención del recién nacido en sala de partos/nacimientos** | en miastenia gravis o en isoinmunización materno fetal no tratada), o riesgo de poliglobulia neonatal (como en sospecha de restricción de crecimiento intrauterino, o en hijos de madres toxémicas o diabéticas). ∙ **Presentación del recién nacido y contacto piel a piel con la madre.** 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. Continuar monitoreando la respiración y estimular el inicio de la lactancia materna. Si el niño se encuentra sano, se recomienda no separar de la madre durante los primeros 60 minutos, e incluso se deben postergar los procedimientos de aplicación de profilaxis, antropometría y examen físico completo después de este tiempo. En caso en el que el recién nacido deba ser separado de la madre durante la transición de su adaptación neonatal, debe ubicarse bajo fuente de calor que idealmente debe ubicarse en la misma sala de partos/de cirugía/de nacimientos, y preferiblemente dentro del campo visual de la madre. En el caso de un nacimiento por cesárea, mientras se continúa el procedimiento quirúrgico de la madre, se pueden realizar las demás medidas de la adaptación (por ejemplo, profilaxis, antropometría, etc.) para evitar separaciones de la madre posteriormente, y se debe promover el contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna lo más rápido posible. ∙ **Lactancia materna:** Se recomienda iniciar la lactancia materna durante el contacto piel a piel siempre que la madre esté en condiciones de llevarlo a cabo. La lactancia materna debe ser a libre demanda, sin horario y sin restricción. Debe promoverse y apoyarse constantemente y permitir que el recién nacido y la madre permanezcan juntos, evitando separarlos innecesariamente. En caso de que la madre se encuentre en recuperación post cesárea, si se cuenta con la autorización del anestesiólogo, el personal de la sala debe apoyar la lactancia materna mediante la recuperación conjunta lo más pronto posible. Excepciones a la NO lactancia: si la madre lactante se encuentra en tratamiento con medicamentos contra el cáncer o con sustancias radioactivas, o si la madre vive con infección por VIH. ∙ **Valoración del APGAR**. Valorar la vitalidad y reactividad del recién nacido con la Escala de Apgar al minuto y a los 5 minutos para describir de forma estandarizada la vitalidad, la evaluación del tono muscular, el esfuerzo respiratorio, el color de la piel y la frecuencia cardiaca.  |

55

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Atención del recién nacido en sala de partos/nacimientos** | No se deben retrasar las intervenciones para los recién nacidos deprimidos hasta la valoración de un minuto. La adaptación neonatal inmediata se apoya si el Apgar es de 7 o más. Para los casos de Apgar menor de 7 al minuto, se debe vigilar la estabilización del recién nacido, así como evaluar la capacidad resolutiva y remitir a mayor nivel de complejidad para proveer la atención neonatal adecuada. Si el recién nacido tuvo un Apgar menor de 7 a los cinco minutos, se debe descartar asfixia perinatal. Si el neonato debe ser remitido, debe transportarse de acuerdo con los criterios de transporte neonatal seguro y adecuado a su condición clínica. Ver Descripción de la Escala de APGAR en el Anexo 9. ∙ **Realización de la Escala de Silverman–Anderson**: debe realizar, si el recién nacido tiene dificultad respiratoria a los 10 minutos de nacimiento. Ver Descripción de la Escala de APGAR en el Anexo 10. En el caso de presentar alguna complicación durante la transición del recién nacido a la vida extrauterina, como dificultad respiratoria, debe garantizarse la atención en mayor nivel de complejidad (Anexo complicaciones del recién nacido) Una vez se identifica que la atención del recién nacido excede la capacidad instalada de la ESE ISABU, el médico tratante genera la orden de traslado con llamado al grupo de ambulancias disponibles (medicalizada), y/o al área de referencia para su ubicación y el reporte de traslado a la IPS complementaria o centro Regulador de Emergencias (CRUE). Una vez aceptado el traslado, se dispone traslado del recién nacido con médico general, auxiliar de traslado y acompañante (padre o acudiente de la madre), en incubadora de transporte. Registros del traslado: Certificado de nacido vivo, carne de vacunación si aplica, manilla de identificación, formato de traslado (incluye resumen de atención perinatal), reporte de paraclínicos, bitácora (datos de identificación del recién nacido, hora de traslado, IPS receptora, y hora de entrega). ∙ En el caso del recién nacido que evoluciona satisfactoriamente, luego de los primeros 60 minutos de vida (después del contacto piel a piel con la madre y de la consolidación de la adaptación neonatal), y dentro de los primeros 90 minutos de vida, se deben desarrollar las siguientes actividades dentro del campo visual de la madre: ∙ **Profilaxis umbilical**: se debe realizar la ligadura del muñón umbilical con una liga de caucho o una liga equivalente que sea efectiva y segura. Se debe verificar que no se atrape la piel peri-umbilical sino únicamente el muñón umbilical y se debe realizar la limpieza del muñón umbilical con Clorhexidina o Yodopovidona (Revisar pediatra-neonatologo  |

56

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | mediante solicitud de concepto) teniendo cuidado de retirar el exceso del antiséptico que haya podido aplicarse en la piel del recién nacido. ∙ **Profilaxis ocular:** para la prevención de la oftalmía neonatal, se debe realizar con solución oftálmica de Povidona iodada al 2,5% o al 5% (según disponibilidad), una gota en cada ojo en dosis única. En caso de no contar con solución oftálmica de Povidona iodada, se puede hacer uso de solución de pomada de Eritromicina al 0,5%, de pomada de tetraciclina al 1% o de nitrato de plata al 1%. (Revisar pediatra neonatologo mediante solicitud de concepto) Tener en cuenta que con el uso de nitrato de plata hay descripciones de efectos irritantes. ∙ **Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido**: se debe aplicar Vitamina K 1 mg por vía intramuscular en la región anterior del muslo en dosis única. Para el recién nacido con peso menor de 1.500 gramos, la dosis de Vitamina K es de 0,5 mg vía intramuscular en dosis única en la misma localización anatómica del recién nacido a término. ∙ **Examen físico neonatal inicial**: Incluye examen y evaluación de la adecuada transición del recién nacido a la vida extrauterina, identificar el sexo, detectar tempranamente anomalías congénitas y ofrecer información inicial del estado del recién nacido a los padres. Durante la realización de este examen físico, debe verificar la permeabilidad esofágica y anal. Así mismo, debe medirse la temperatura, la cual debe estar entre 36,5 y 37, 5º centígrados. Por encima o por debajo de estos valores, debe considerarse una señal de peligro. En el caso en el que se evidencie una anomalía congénita, se debe notificar por tratarse de un evento de interés en salud pública, y se debe tener en cuenta lo relacionado en el apartado de Detección de anomalías congénitas **Toma de medidas antropométricas**: se deben tomar medidas de peso, talla, perímetro cefálico y perímetro torácico a todos los recién nacidos, y se debe registrar en la historia clínica. Debe prestarse especial atención a los casos en los que las medidas antropométricas no se correspondan adecuadamente con la edad gestacional, con el objeto de anticiparse a distintos riesgos perinatales y postnatales. Luego de la antropometría y del examen físico, puede procederse a vestir al recién nacido. ∙ **Toma de muestra de sangre de cordón**: se tomará muestra de sangre de segmento aislado de cordón para el procesamiento de la hemoclasificación neonatal, tamizaje de hipotiroidismo congénito con TSH neonatal, y otras pruebas de laboratorio según antecedentes maternos identificados (por ejemplo, gota gruesa, etc.). La muestra de sangre de cordón debe tomarse con la técnica de ―asa‖ y, por lo tanto, no debe tomarse mientras no haya habido alumbramiento de la placenta ni tomarse del segmento placentario del cordón. En caso de no ser posible la toma de muestra de sangre de cordón, debe realizarse la toma de muestra por vena periférica del recién nacido. En caso de requerir realizar exámenes de laboratorio con muestra de sangre periférica según los hallazgos del examen físico (por ejemplo, para estudio de defectos congénitos), según riesgos perinatales o de acuerdo con los resultados previos de laboratorios  |

57

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Atención del recién nacido en sala de partos/nacimientos** | prenatales (ejemplo, para estudio de toxoplasmosis o sífilis) para tomar muestra suficiente y reducir así el número de venopunciones a realizar en el recién nacido. ∙ **Revisión de la placenta**: en todos los casos, debe evaluarse la placenta tanto por su cara materna como por su cara fetal con el objeto de identificar lesiones o signos que puedan sugerir patología placentaria o fetal, por ejemplo, infartos, quistes, abscesos, alumbramiento incompleto, etc. Como criterio de adaptabilidad, en los casos en los que la mujer por motivos o prácticas culturales desee llevar la placenta o el cordón umbilical consigo, se permitirá siempre y cuando no existan contraindicaciones y se hará de acuerdo con las medidas de bioseguridad (Pertinentes según la normatividad vigente. ∙ **Realizar identificación del recién nacido:** debe realizarse frente a la madre e iniciarse antes la separación de la madre y su recién nacido. (ver protocolo institucional de identificación). En la manilla de identificación del recién nacido se debe describir: Fecha y hora de nacimiento, nombre de la madre, número de historia clínica, sexo, peso, talla y perímetro cefálico. ∙ **Registro de los datos en la historia clínica**: en la historia clínica debe registrarse todos los detalles del nacimiento y de los procedimientos realizados al recién nacido e identificación del recién nacido. ∙ **Expedición del certificado de recién nacido vivo**: la expedición del certificado de recién nacido vivo se realiza por médico tratante, con registro en la historia clínica del No. del certificado de nacido vivo entregado. Sin este documento ningún niño puede salir de la institución. |
| **Cuidados durante las primeras veinticuatro horas de vida.** | Las siguientes actividades comprenden los cuidados que deben practicarse en las primeras veinticuatro horas de vida, luego de los Primeros 90 minutos de vida en los que se debieron haber realizado las intervenciones previamente mencionadas. Durante las primeras veinticuatro horas de vida, se debe acompañar y vigilar la transición del niño a la vida extrauterina y su adaptación a la misma. Estos cuidados incluyen: ∙ **Continuar** la promoción y el apoyo a la lactancia materna. ∙ **Indagar** sobre problemas con la lactancia materna, signos de dificultad respiratoria, presencia de micción o de meconio, y sobre signos de alarma o inquietudes de los padres frente a la salud del niño o niña. ∙ **Verificar** la temperatura corporal del recién nacido y poca luz ambiental. ∙ **Realizar examen físico completo por profesional de medicina o especialista en pediatría**: Incluye: ✔ la evaluación de todos los órganos, funciones y sistemas. Se debe realizar en las primeras cuatro horas de vida y se debe valorar nuevamente antes de las 24 horas de vida, previo al egreso hospitalario. Si la neonata dura más de 24 horas de vida en observación hospitalaria, se debe evaluar de nuevo entre las 24 y las 48 horas de vida.  |

58

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cuidados durante las primeras veinticuatro horas de vida.** | Se debe calcular la edad gestacional, y confirmar la correlación de peso y edad gestacional (en adecuado, excesivo o deficiente según la edad gestacional), así como evaluar signos clínicos de hipoglicemia, ictericia, dificultad respiratoria o lesiones relacionadas con el nacimiento. Vigilar el estado del muñón umbilical y, en general, evaluar la transición neonatal y su adaptación a la vida extrauterina. ∙ **Revisar el riesgo de desarrollar síndrome de alcoholismo fetal** o síndrome de abstinencia neonatal, de acuerdo con la información de consumo de sustancias psicoactivas o alcohol reportada por la madre durante la gestación. En la etapa peri-neonatal, el síndrome de alcoholismo fetal puede manifestarse principalmente con anomalías congénitas (generalmente faciales). A su vez, el síndrome de abstinencia neonatal puede ser secundario al consumo de una o múltiples sustancias, puede manifestarse precozmente (en las primeras 24-48 horas) o tardíamente (hasta 2-3 semanas de edad postnatal) y presentar diferentes síntomas (neurológicos, respiratorios, gastrointestinales o autonómicos), ante lo cual siempre debe tenerse presente como una posibilidad diagnóstica. Si se tiene sospecha de síndrome de alcoholismo fetal o de síndrome de abstinencia neonatal, debe garantizarse la atención en unidad neonatal o su valoración por pediatra o neonatólogo antes de considerar el egreso hospitalario. Ante casos de abstinencia, realizar traslado a mayor nivel de complejidad para el manejo correspondiente. ∙ **Control de signos vitales.** Se deben tomar todos los signos vitales (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, tensión arterial y saturación de hemoglobina con pulso-oximetría) cada 6 horas. Adicionalmente, por lo menos en una ocasión se debe realizar pulso oximetría preductal (en miembro superior derecho) y post-ductal (en miembros inferiores), así como toma y registro de la tensión arterial en las cuatro extremidades con el objeto de encontrar hipertensión arterial generalizada o de predominio en miembros superiores respecto de los miembros inferiores, como medida para el tamizaje de coartación aórtica. En caso de alteraciones, avisar de inmediato al profesional de medicina o al especialista en pediatría para la revisión del recién nacido. ∙ **Vigilar condiciones higiénicas y del vestido**. ∙ **Revisar los resultados** de la hemoclasificación y averiguar sobre el procesamiento o resultado de la TSH neonatal, y de los otros los exámenes de laboratorios a que haya lugar. Debe verificarse los resultados maternos de los exámenes de hepatitis B, toxoplasma, VIH y sífilis y proceder a la ampliación de estudios en el recién nacido cuando haya lugar. Esto último se haría solamente si no se logró hacer antes del expulsivo o de la cesárea. ∙ ∙ **Vacunar:** Aplicar **la** dosis de vacuna de BCG contra la tuberculosis antes del egreso hospitalario. En el caso de tratarse de hijo de madre  |

59

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cuidados durante las primeras veinticuatro horas de vida.** | con Hepatitis B, se dará atención por Pediatría. (Ver anexo procedimiento aplicación BGG-HB institucional). ∙ ∙ **Realizar tamizaje de cardiopatía congénita:** se debe realizar a las 24 horas de nacido antes del egreso hospitalario y en caso de continuar en el hospital, a las 48 horas de edad nuevamente. Se debe hacer con pulso oximetría preductal (en miembro superior derecho) y post-ductal (en miembros inferiores). Se considerará anormal cuando se registre una diferencia mayor a 3% en la saturación de oxígeno entre estas medidas, o cuando esta se encuentre en un nivel menor a 90%. ∙ Con un resultado anormal, se debe remitir para atención resolutiva por pediatría y/o cardiología pediátrica para descartar cardiopatía congénita compleja mediante estudios diagnósticos adicionales. Debe registrarse en la historia clínica neonatal. ∙ **Realizar tamizaje visual:** se debe realizar con las técnicas semiológicas básicas de inspección ocular y realización de reflejo rojo retiniano. En caso de un resultado anormal, debe ser remitido para valoración por pediatría. Debe registrarse en la historia clínica neonatal. ∙ ∙ **Realizar tamizaje auditivo:** el tamizaje auditivo neonatal es de carácter obligatorio. Debe hacerse con Emisiones Otoacústicas (EOA) o con Respuesta Auditiva de Tallo Encefálico Automatizada (RATEA). Dadas las limitaciones del uso exclusivo de EOA en la evaluación de la vía auditiva a nivel retrococlear, se debe preferir el uso de RATEA de rutina en todos los niños. En el caso de los recién nacidos y niños con alto riesgo de pérdida auditiva deben utilizarse de forma combinada las EOA y la RATEA. Estas pruebas deben realizarse idealmente a las 24 horas de nacido o antes de la salida de la institución de salud. En caso en que no se logre garantizar su realización integral en los primeros siete días de vida, debe garantizarse en el marco de las atenciones de la Ruta para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la primera infancia. Debe registrarse siempre en la historia clínica neonatal su realización y su resultado. Su implementación atenderá los criterios de progresividad y adaptabilidad que se requieran a nivel territorial para garantizar su realización. ∙ **Realizar tamizaje de errores innatos del metabolismo:** Realizar toma y análisis del TSH neonatal, con registro en la historia clínica neonatal su realización y su resultado. ∙ **Iniciar suplementación de hierro:** se iniciará suplementación de hierro elemental 1 mg/kg/día desde el período neonatal y se mantendrá hasta el inicio de la alimentación complementaria a los hijos de madres con alimentación subóptima durante la gestación y la lactancia. |

60

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cuidados durante las primeras veinticuatro horas de vida.** | ∙ **Educar a los padres y acompañantes sobre los cuidados del recién nacido y sobre:** lactancia materna exclusiva, puericultura, baño, vestido, cuidado del ombligo, medidas de sueño seguro, evitar contacto con personas fumadoras, evitar uso de accesorios que puedan producir lesiones o complicaciones al recién nacido (como fajeros, botones en el ombligo, mitones, azabaches, o cualquier objeto), importancia de la comunicación amorosa con el niño o la niña y del fortalecimiento de vínculos afectivos entre madre, padre e hijo o hija; detección de signos de alarma o complicaciones por las que debe consultar a una institución de salud, uso del carné de salud infantil con remisión de las actividades de la Ruta para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la Primera Infancia (consultas, tamizajes y sesiones educativas), y necesidad de reclamar los resultados de los tamizajes realizados (incluyendo la TSH neonatal). ∙ Entregar el **certificado de recién nacido vivo y** orientar acerca de la expedición del **registro civil digital**, de acuerdo a la normatividad vigente, en coordinación con trabajo social y la registraduría Realizar la afiliación del recién nacido registrado a la EPS de la madre ∙ **En caso de tratarse de un recién nacido hijo de padres sin aseguramiento**, la IPS debe seguir el procedimiento establecido en la normatividad vigente para el momento de la formulación y publicación del presente lineamiento. Se debe cumplir con lo reglamentado en el Decreto 2353 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016. Ver aplicación de la normatividad vigente. ∙ **Remitir al recién nacido** a institución de complejidad suficiente y con capacidad resolutiva en caso de que se requiera. |
| **Decisión del egreso hospitalario** | Dar salida al recién nacido sano y sin riesgos después de 24 horas postparto siempre y cuando tenga los criterios para el alta. En caso de nacimientos por cesárea o de niños con riesgos (por hipoglicemia en el caso del hijo de madre diabética, o en caso de lactancia materna con dificultades o inefectiva, o en niños con riesgo de síndrome de abstinencia neonatal, entre otros), la salida debe darse luego de 48 horas si cumple con los criterios para el egreso. Este tiempo es necesario para poder hacer un examen físico postnatal adecuado, buscar anomalías congénitas, realizar los tamizajes neonatales (de acuerdo con la implementación progresiva del programa de tamizaje neonatal), reforzar la lactancia materna, verificar orina y deposición adecuadas, y poder controlar o reducir los riesgos de complicaciones, entre otras cosas. Esta decisión será tomada por profesional de medicina o por médico especialista en pediatría según el cumplimiento de los criterios para el egreso hospitalario. Los criterios para el egreso hospitalario del recién nacido son: |

61

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Decisión del egreso hospitalario** | ∙ Recién nacido con examen clínico normal y evolución normal (la normalidad total incluye la ausencia de signos de dificultad respiratoria y de pausas apneicas). ∙ Recién nacido con control de los riesgos de complicaciones. ∙ Adecuada succión y deglución del recién nacido. ∙ Adecuada técnica de amamantamiento que sea revisado por profesional de medicina y/o de enfermería. ∙ Evidencia de mínimo una micción y una deposición del recién nacido. En caso de no haber realizado micción ni deposición, debe ser valorado por profesional de medicina o especialista en pediatría para determinar la conducta a seguir. ∙ Tener normalidad en los signos vitales y contar con el registro y la revisión del resultado de la pulsooximetría (saturación de oxígeno) preductal y postductal, así como de la tensión arterial en las cuatro extremidades. ∙ Registrar el resultado de los tamizajes que se hayan realizado. ∙ Conocimiento del resultado de la hemoclasificación del recién nacido. Si la madre es Rh negativo, debe aplicarse gammaglobulina anti-D a la madre, si es el caso. ∙ Conocimiento del resultado de la prueba materna de VIH, sífilis, Toxoplasma, Hepatitis B y del Tamizaje de Estreptococo del grupo B. ∙ Recién nacido que haya recibido las dos vacunas al nacimiento (BCG, Hepatitis B). ∙ Descartar factores de riesgo familiar y social: maltrato, abuso de drogas, abandono y pobre red de apoyo. En caso de identificarse alguno de estos factores, se debe solicitar valoración por trabajo social para coordinar un seguimiento diferencial e iniciar el proceso de notificación para el restablecimiento de los derechos, cuando haya lugar a ello. En caso de no contar con trabajo social, puede realizarse valoración por psicología siempre y cuando este profesional pueda realizar la notificación para el restablecimiento de los derechos, de ser necesario. ∙ Salida del recién nacido y la madre en el mismo momento, si es posible. En caso en el que la madre quede hospitalizada y el recién nacido pueda quedarse en alojamiento conjunto con la madre, debe ser evaluado a diario por profesional de medicina o médico especialista en pediatría y anotar el reporte de la evolución del neonato en la historia clínica. ∙ Tener cita de control asignada entre los siguientes tres a cinco días para la madre (control del puerperio) y para el recién nacido (control ambulatorio del recién nacido) por el equipo médico. Esta cita será asignada en el servicio de hospitalización Ginecología, en línea continua del registro en línea de sala de partos (drive) (Fecha de cita de control de binomio (madre-Recién nacido), hora, centro de salud y medico a quien le asigna la cita). ∙ Procurar dar los egresos hospitalarios en horas de la mañana. La hora de salida de la institución no debe generar riesgos para la seguridad ni para el bienestar del recién nacido y de la mujer en postparto. |

62

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Entrega de recomendaciones previas al egreso hospitalario** | Se debe entregar material escrito que sirva como guía de los cuidados y manejo del recién nacido, reforzando las actividades de educación realizadas durante la atención hospitalaria del recién nacido y para que los padres puedan disponer de esta información en caso de que no lo recuerden o tengan dudas. El material de recomendaciones debe contener mínimo los siguientes temas: Cuidados del bebé y de su salud. ∙ Beneficios de la lactancia materna. ∙ Alimentación. ∙ Patrón de alimentación. ∙ Preocupaciones frecuentes: ∙ Deposiciones. ∙ Ictericia, Palidez o Cianosis. ∙ Piel y limpieza del cordón. ∙ Seguridad (incluye las recomendaciones para prevenir el síndrome de muerte súbita de los recién nacidos y los lactantes). ∙ Signos de alarma y otros cuidados. |
| **Egreso hospitalario** | -Expedir y registrar la información pertinente en el carné único de salud infantil - Registrar la información de la Historia Clínica Perinatal Simplificada del carné del CLAP. -El carné de salud infantil debe ser distribuido a los padres de todo recién nacido, por cuenta de la respectiva empresa promotora de salud (EPS), a través de la red de servicios propia o contratada para la población afiliada, y a través de las Secretarías Departamentales, Distritales o Municipales de Salud para la población pobre no asegurada. - Educar a los padres que deben portar el carné de salud infantil en cada consulta y deben conservarlo durante todo el proceso de crecimiento y desarrollo del niño o la niña. -El carné de salud infantil contiene información importante para los padres y para el personal de salud sobre la historia y los antecedentes del niño o la niña en su primera infancia e infancia, así como sobre la vacunación del niño. -Recomendar a los padres la exigencia del diligenciamiento del carné de salud infantil en cada consulta de seguimiento o de valoración integral en salud. |
| **Instrumentos** **insumos y dispositivos** | Los instrumentos, insumos y dispositivos son: - Historia Clínica neonatal, con diligenciamiento completo - Fichas de notificación obligatoria para eventos de interés en salud pública en el caso en que se necesite, - Historia Clínica Perinatal Simplificada - Demás documentos para realizar una adecuada referencia y contrarreferencia del recién nacido en el caso en el que se requiera. - REGISTRO DE CERTIFICADO DE RN Y / O RUAF |
|  |

63

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |
| --- |
| **7.4 ATENCIÓN PARA EL SEGUIMIENTO AL RECIÉN NACIDO** |
| El control del recién nacido comprende el conjunto de procedimientos para el acompañamiento y la asistencia de los recién nacidos que ya han sido egresados del hospital, y sus familias o acompañantes. El control del recién nacido debe darse en un ámbito institucional, ya que requiere la realización de una serie de procedimientos que permitirán establecer si la niña o el niño recién nacidos presentan una adecuada adaptación a la vida extrauterina, si no se presentan signos que puedan sugerir una patología neonatal, si presentan un adecuado estado nutricional, si no se presentan signos de infección y si no se presentan problemas con la alimentación. En los casos en los que no se haya dado el nacimiento de forma institucional, es importante verificar que el niño o la niña haya recibido las atenciones reconocidas en este lineamiento y garantizar el control del recién nacido en una institución prestadora de servicios de salud. Si han existido dificultades para el acceso a la atención institución de parto y se haya requerido el uso de casas maternas o albergues temporales, es importante garantizar la permanencia de la niña o el niño, la mujer y su acompañante hasta que el equipo de salud lo considere. |
| **Objetivos** | Establecer si la niña o el niño recién nacidos presentan una adecuada adaptación a la vida extrauterina, si no se presentan signos que puedan sugerir una patología neonatal, si presentan un adecuado estado nutricional, si no se presentan signos de infección y si no se presentan problemas con la alimentación. Promover la salud, el cuidado y aclarar dudas sobre la crianza del recién nacido. |
| **Talento humano** | El control del recién nacido se hará mediante una consulta ambulatoria de la niña o el niño por parte de profesional de pediatría durante los primeros cinco días del egreso hospitalario, idealmente entre los tres y los cinco días posteriores al alta. Se podrá realizar por profesional de medicina general con entrenamiento en pediatría sólo en el caso en el que no se cuente con profesional de pediatría en la institución para el momento de la consulta, según los criterios de adaptabilidad territorial para población en alta ruralidad o rural dispersa. Debe garantizarse la continuidad de la atención del niño recién nacido entre lo establecido en la Ruta Materno Perinatal y la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la Primera Infancia. |
| **Duración mínima recomendada** | La consulta de control del recién nacido debe tener una duración mínima de 30 minutos y este tiempo debe ser independiente del tiempo de consulta para el control del puerperio. Es importante garantizar una atención diferencial para los niños que tienen una condición de mayor riesgo por su historia de vida prenatal, perinatal y postnatal. Para considerar una mayor duración de la consulta de forma diferencial, se tendrán en cuenta los criterios de mayor riesgo para la salud de los niños contemplados en la Ruta para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la Primera Infancia. |

64

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Atenciones incluidas** | ∙ Control ambulatorio del recién nacido. ∙ Expedición y registro del carné único de salud infantil si no se entregó en el momento del egreso hospitalario. ∙ Canalización a realización de visita domiciliaria para los casos indicados. |
| . **Frecuencia** | Esta consulta se debe realizar una sola vez y se permitirá derivar a otras consultas 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 para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la Primera Infancia. |
| **Descripción: Control ambulatorio del recién nacido.** |
| Esta consulta tiene por objeto verificar el proceso de adaptación a la vida extrauterina del niño o la niña y verificar los cuidados y la adaptación a la llegada del niño por parte de los padres y/o familiares. Debe asignarse su realización desde antes del egreso hospitalario del niño y se debe garantizar en los primeros cinco días de vida, idealmente entre los tres y los cinco días posteriores al egreso hospitalario. Su realización también debe programarse teniendo en cuenta el control del puerperio de la madre. Incluye las siguientes actividades: |
| **Anamnesis:** | se debe verificar la lactancia materna y sus dificultades, indagar por inicio de otros alimentos e interrogar los hábitos de micción y deposición. Se debe realizar la lectura de los tamizajes realizados (TSH y cardiopatía congénita, auditivo y de otros errores innatos del metabolismo), verificar que se hayan tomado y se estén procesando o que ya esté programado para su realización antes del mes de edad. En todo caso se debe recomendar a los padres estar atentos a recoger los resultados pendientes y presentarlos en la siguiente consulta de control. Debe indagarse por posibles preocupaciones de los padres en torno al cuidado o la salud de los niños. |
| Examen físico completo: vigilar el adecuado desempeño cardiorrespiratorio, se debe tomar la saturación de oxígeno a nivel preductal (en mano derecha) y posductal (en los pies) para tamizaje de cardiopatía congénita compleja (nuevamente), vigilar adecuadas condiciones de actividad, reactividad, perfusión, fuerza, color, temperatura, tono y fuerza. Debe realizarse un examen físico completo con especial atención a la progresión de peso, al examen cardiovascular, a la identificación de ictericia, cianosis o palidez, a la vigilancia de signos de infección umbilical y a otros signos que sugieran una condición de riesgo |
| Evaluar conductas y cuidados maternos del recién nacido y dar las indicaciones pertinentes. |
| Se debe clasificar al recién nacido como niño de mayor o menor riesgo para la salud, la supervivencia y el desarrollo de acuerdo a los criterios establecidos en la Ruta para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Primera Infancia, y explicar a los padres la importancia de esta diferenciación del riesgo |

65

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Se deben dar recomendaciones para continuar el adecuado cuidado del recién nacido en casa, signos de alarma para consulta a urgencias, asignar cita de control para la valoración integral en salud según lo dispuesto en el lineamiento de atención integral en salud de la Ruta para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Primera Infancia. |
| Se debe continuar con la suplementación de hierro elemental 1 mg/kg/día hasta el inicio de la alimentación complementaria a los niños hijos de madres con alimentación subóptima durante la gestación y la lactancia, que brindan o planean ofrecer lactancia materna exclusiva o predominante a sus hijos lactantes. |
| Se debe promover el registro civil en caso de que aún no haya sido registrado y verificar la afiliación al Sistema de salud. |
| Se debe asignar cita para la consulta de nutrición y/o enfermería para la valoración de la lactancia materna. |
| Se debe programar la participación en sesiones educativas individuales y/o grupales de acuerdo con lo establecido en la Ruta para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la Primera Infancia. |
| **Carne única de salud infantil si no se entregó en el momento del egreso hospitalario** | Se debe expedir y registrar la información pertinente en el carné único de salud infantil, si este no se entregó en el momento del egreso hospitalario. Se debe indicar a los padres que deben portar el carné de salud infantil en cada consulta y deben conservarlo durante todo el proceso de crecimiento y desarrollo del niño o la niña. El carné de salud infantil contiene información importante para los padres y para el personal de salud sobre la historia y los antecedentes del niño o la niña en su primera infancia e infancia, así como sobre la vacunación del niño. Se debe recomendar a los padres la exigencia del diligenciamiento del carné de salud infantil en cada consulta de seguimiento o de valoración integral en salud. |
| **Canalización a realización de visita domiciliaria para los casos indicados.** | De acuerdo con el criterio del profesional de pediatría o de medicina general que se encuentra realizando el control del recién nacido, y del criterio del profesional que realizó el control del puerperio, se indicará la realización de visita domiciliaria para las madres y los recién nacidos en quienes se requieran tomar medidas adicionales con el objeto de: ∙ Mejorar la técnica de la lactancia materna. ∙ Vigilar el cuidado del recién nacido. ∙ Fortalecer la identificación de signos de peligro para el recién nacido. ∙ Verificar plan de cuidado del recién nacido con complicaciones y/o riesgos. ∙ Vigilar la adherencia al tratamiento en casos de depresión postparto. ∙ Los objetivos requeridos según el concepto del profesional tratante. El asegurador podrá realizar seguimiento telefónico a recién nacidos, madres y familias priorizadas identificando signos y/o síntomas de alarma o riesgos como una medida adicional y no sustitutiva del control del puerperio o del recién nacido, ni de la visita domiciliaria cuando fue indicada por el profesional médico. Debe realizarse el registro en la historia clínica de la realización de la visita domiciliaria y del seguimiento telefónico cuando se realicen, con el concepto de los encargados de estas actividades. |

66

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Instrumentos insumos y dispositivos** | Se requerirá lo pertinente a la atención del servicio de Protección específica y Detección temprana definido en el manual de Habilitación. Se usarán para la atención las siguientes escalas e instrumentos: Carné de salud infantil reglamentado por la Resolución 1535 de 2002 de este Ministerio, lista de chequeo para valoración de la lactancia materna de la estrategia AIEPI (Según el Anexo 9). |

67

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

**8.ANEXOS**

**ANEXO 1. Escala de Riesgo biopsicosocial de Herrera y Hurtado**

****68

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

**ORIENTACIONES PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGO PSICOSOCIAL (ANSIEDAD Y SOPORTE FAMILIAR) CON LA ESCALA DEL MODELO BIOPSICOSOCIAL DE ATENCIÓN PRENATAL**

**1. ANSIEDAD:**

Como componente emocional característico del estrés, los síntomas son consistentes en su presentación presentándose todos los días y con intensidad severa. Para asignar un (1) punto en la evaluación de la ansiedad, como factor de riesgo perinatal, deben estar presentes dos o tres síntomas de ansiedad (tensión emocional, humor depresivo, síntomas neurovegetativos de angustia)

1.1. **Tensión emocional:** está presente si se identifica la presencia de, al menos dos, de los siguientes indicadores:

1.1.1. **Llanto fácil:** llora por motivos que la misma gestante valora sin importancia. Si la respuesta a esta pregunta es negativa no es necesario preguntar por otros síntomas de tensión emocional.

1.1.2. **Tensión muscular:** rigidez en los músculos y excesivo nervio- : sismo. · Sobresalto: se asusta ante eventos sin importancia para ella misma.

1.1.3. **Temblor:** movimientos involuntarios de músculos.

**1.1.4. No poder quedarse quieta en un solo sitio.**

1.1.5. **Incapaz de relajarse:** músculos tensos continuamente

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

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

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

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

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

69

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

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

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

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

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

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

**2. SOPORTE FAMILIAR**

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

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

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

**ANEXO 2. Condiciones para remitir a mayor nivel una unidad de cuidado obstétrico de mayor complejidad.**

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

∙ Cualquier enfermedad cardiaca confirmada. Cualquier trastorno hipertensivo. ∙ Asma bronquial no controlada.

∙ Fibrosis quística.

70

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

∙ Hemoglobinopatías o trastornos hematológicos como:

∙ Anemia: Hemoglobina menor de 11.0 g/dl al nivel del mar o en el límite inferior según el

∙ valor corregido por la altura sobre el nivel del mar.

∙ Enfermedad de células falciformes, beta-talasemia mayor.

∙ Antecedentes de trastornos tromboembólicos.

∙ La púrpura trombocitopénica inmune u otro trastorno de plaquetas con plaquetas por

∙ debajo de 150 000.

∙ Enfermedad de von Willebrand.

∙ Trastorno de la coagulación de la mujer o del feto.

∙ Anticuerpos que conllevan riesgo de enfermedad hemolítica del recién nacido. ∙ Hepatitis B / C

∙ Portador de / infección por el VIH.

∙ Sospecha de toxoplasmosis fetal o mujeres que reciben tratamiento. ∙ Infección actual activa o sospechada de sífilis/ varicela / rubéola / herpes genital/en la mujer 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.

71

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

∙ 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 ante parto 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 ante parto 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.

72

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

∙ Antecedente de cirugía ginecológica mayor.

∙ Antecedente de conización o escisión con asa de la zona de transformación. ∙ Presencia de miomas o fibromas uterinos.

∙ Antecedente de miomectomía.

∙ Antecedente de histerotomía.

**ANEXO 3. Escala de depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS)**

Versión validada en español (adaptado de García-Esteve 2003)

**Instrucciones:** Como usted ha tenido un bebé recientemente, nos gustaría saber cómo se siente ahora. Por favor, SUBRAYE la respuesta que encuentre más adecuada en relación a cómo se ha sentido durante la semana pasada.

En los pasados 7 días:

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas

∙ Igual que siempre

∙ Ahora, no tanto como siempre

∙ Ahora, mucho menos

∙ No, nada en absoluto

2. He mirado las cosas con ilusión

∙ Igual que siempre

∙ Algo menos de lo que es habitual en m

∙ Bastante menos de lo que es habitual en m

∙ Mucho menos que antes

3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal ∙ Si , la mayor parte del tiempo

∙ Si , a veces

∙ No muy a menudo

∙ No, en ningún momento

4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo

∙ No, en ningún momento

∙ Casi nunca

∙ Si , algunas veces

∙ Si con mucha frecuencia

5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo

∙ Si , bastante

∙ Si , a veces

73

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

∙ No, no mucho

∙ No, en absoluto

6. Las cosas me han agobiado

∙ Si , la mayor a de las veces no he sido capaz de afrontarlas

∙ Si , a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre ∙ No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien

∙ No, he afrontado las cosas tan bien como siempre

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir

∙ Si , la mayor parte del tiempo

∙ Si, a veces

∙ No muy a menudo

∙ No, en ningún momento

8. Me he sentido triste o desgraciada

∙ Si, la mayor parte del tiempo

∙ Si, bastante a menudo

∙ No con mucha frecuencia

∙ No, en ningún momento

9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando

∙ Si, la mayor parte del tiempo

∙ Si , bastante a menudo

∙ Sólo en alguna ocasión

∙ No, en ningún momento

10. He tenido pensamientos de hacerme daño

∙ Si , bastante a menudo

∙ A veces

∙ Casi nunca

∙ En ningún momento

**Instrucciones de uso:**

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.

2. Tienen que responder las diez preguntas.

3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.

4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.

74

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

**Pautas para la evaluación:**

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0) Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el ―0‖ para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

**ANEXO 4. Escala Obstétrica de alerta temprana**

****

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parámetros**  | **3**  | **2**  | **1**  | **0**  | **1**  | **2**  | **3** |
| **Presión Arterial Sistólica (PAS) mmHg** | **< 80**  | **80-89**  |  | **90-139**  | **140-149**  | **150-159 ≥ 160** |  |
| **Presión Arterial Diastólica (PAD) mHg** |  |  |  | **< 90**  | **90-99**  | **100-109**  | **≥ 110** |
| **Frecuencia** **respiratoria (FR) minutos**  | **< 10**  |  |  | **10-17**  | **18-24**  | **25-29**  | **≥ 30** |
| **Frecuencia cardíaca (FC) minutos**  | **< 60**  |  |  | **60-110**  |  | **111-149**  | **≥ 150** |
| **%O2 requerido para mantener una saturación > 95%** |  |  |  | **Aire** **ambien** **te** | **24-39%**  |  | **≥ 40%** |
| **Temperatura °C**  | **< 34.0**  |  | **34.0-** **35.0** | **35.1-** **37.9** | **38.0-** **38.9** |  | **≥ 39** |
| **Estado de consciencia**  |  |  |  | **Alerta**  |  |  | **No** **alerta** |

Se deberá asignar puntuación a cada categoría y hacer la sumatoria general para definir la respuesta de acuerdo a la siguiente tabla:

75

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Puntuación**  | **Grado de Respuesta** |
| 0  | OBSERVACIÓN DE RUTINA |
| Sumatoria de 1 a 3 | OBSERVACIÓN - Mínimo cada 4 hs. LLAMADO - Enfermera a cargo |
| Un parámetro con puntuación 3 o sumatoria ≥ 4 | OBSERVACIÓN - mínimo cada hora LLAMADO - Urgente al equipo médico a cargo de la paciente y al personal con las competencias para manejo de la enfermedad aguda |
| Sumatoria ≥ 6 | OBSERVACIÓN - Monitoreo contínuo de signos vitales LLAMADO - Emergente al equipo con competencias en cuidado crítico y habilidades para el diagnóstico |

76

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

**ANEXO 5. Clasificación de Choque y evaluación de la respuesta**77

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

**ANEXO 6. Contenido del Kit de Emergencia obstétrica para instituciones de baja complejidad.\***

|  |
| --- |
| **Insumo cantidad** |
| **Angiocat 16 5** |
| **Angiocat 18 5** |
| **Equipo de macrogoteo 5** |
| **Equipo de microgoteo 5** |
| **Solución Hartmann (500 ml) 10** |
| **Solución salina normal (500 ml) 10** |
| **Sulfato de Magnesio ampollas x 2 gr 20** |
| **Labetalol frascos x 100 mg 1** |
| **Hidralazina ampolla x 20 mg 1** |
| **Nifedipino tab o cap x 10 mg caja 1** |
| **Nifedipino tab o cap x 30mg caja 1** |
| **Oxitocina ampollas x 10 UI 20** |
| **Metilergonovina ampollas x 0.2 mg 5** |
| **Misoprostol tabletas x 200 mcg frasco x 28 tab 1** |
| **Ampicilina sulbactam ampolla x 1gr 4** |
| **Betametasona ampolla x 4 mg 6** |
| **Gluconato de calcio al 10 % ampollas por 10 ml (1 gramos).2** |
| **Balón de Bakri o Balón de Belfort Dildy o Balón Guardian para hemoragia posparto o Condón, seda** **1****trenzada y sonda de Nelaton N 14 con euipo** **de venoclisis).**  |
| **Traje Antichoque no neumático (Non Neumatic Antishock Garment )1** |

\*El Antibiótico de amplio espectro elegido estará sujeto a las consideraciones del comité de infecciones institucional

78

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

**ANEXO 7. Gráfica evaluación nutricional de la embarazada Atalah – Índice de Masa Corporal para Edad Gestacional.**

****

**ANEXO 8. Evaluación de la técnica de lactancia**

Registrar todos los datos que permiten la identificación de la gestante, definidos en la historia clínica: Nombre, edad, dirección, régimen al que pertenece, teléfono, entre otros.

|  |  |
| --- | --- |
| **Actividades**  | **Acciones a desarrollar** |
| 1. Emplear las habilidades de escucha y aprendizaje cuando se brinda consejería a la madre y a su acompañante sobre la alimentación de su lactante o niño pequeño. | • Emplear las habilidades para escuchar cuando se brinda consejería a la madre y su acompañante, sobre la alimentación de su lactante o niño pequeño. |

79

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIT. 800.084.206-2** | **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  | **MANUAL RUTA** **MATERNO** **PERINATAL** | **CÓDIGO**  | **M-2002-02** |
| **PROCESO SALUD** **PUBLICA** | **FECHA**  | **13/11/2020** |
| **VERSIÓN**  | **1.0** |

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

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

80