



**E.S.E.**

**RAFAEL TOVAR POVEDA**

NIT. 900211477-1

# **MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCION DEL PARTO Y EL RECIEN NACIDO**

## **TABLA DE CONTENIDO**

<b>1. OBJETIVOS</b>	3
<b>2. ALCANCE</b>	3
<b>3. NORMATIVIDAD</b>	3
<b>4. DEFINICIONES</b>	3
<b>5. RESPONSABLES</b>	5
<b>6. ENFOQUE DIFERENCIAL</b>	5
<b>7. DESARROLLO DEL DOCUMENTO</b>	8
<b>8. EVALUACION</b>	42
<b>9. ANEXOS</b>	43

## 1. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Establecer los lineamientos institucionales de obligatorio cumplimiento para la atención de la gestante durante el trabajo de parto mediante la prestación de un servicio de calidad y calidez, disminuyendo los riesgos de enfermedad y muerte de la gestante y del recién nacido en la ESE RAFAEL TOVAR POVEDA.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 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.

## 2. ALCANCE

El presente manual de procesos y procedimientos para la atención del parto está dirigido a todo el personal de salud que tiene contacto directa o indirectamente con las usuarias en labor de parto que ingresan a la E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA

## 3. NORMATIVIDAD

- Resolución 3100 de 2019; por lo cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.
- Resolución 3280 de 2018, lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de la atención perinatal establecida en dicha resolución.

## 4. DEFINICIONES

- Atención del parto:** Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato.
- Trabajo de parto:** Conjunto de fenómenos activos y pasivos que tienen por objetivo la expulsión del producto de la gestación, la placenta y sus anexos a través del canal del parto.
- Parto inmaduro:** Entre las 20 y 28 semanas de gestación

- **Parto pretérmino o prematuro:** Entre las 28 y 36 semanas de gestación
- **Parto a término:** Entre las 37 y 40 semanas de gestación
- **Parto postérmino:** Despues de la semana 42 de gestación
- **Fase latente:** Periodo del parto que transcurre entre el inicio clínico del trabajo de parto y los 4 cm de dilatación
- **Fase activa:** Período de parto que transcurre desde una dilatación mayor a 4 cm hasta los 10 cm y se acompaña de dinámica regular.  
En las mujeres primíparas el promedio de duración de la fase activa es de 8 horas y es improbable que dure más de 18 horas. En las mujeres multíparas el promedio de duración de la fase activa es de 5 horas y es improbable que dure más de 12 horas.
- **Fase expulsiva:** Es aquella que transcurre entre el momento que alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. A su vez se divide en dos fases o **Periodo expulsivo pasivo:** dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo  
o **Periodo expulsivo activo:** El feto es visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa o pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa.
- **Dinámica uterina normal:** Durante el trabajo de parto ocurren contracciones con una frecuencia entre 3 y 5 contracciones en 10 minutos, con duración de 30 a 60 segundos e intensidad progresiva de 30 a 50 mmHg. Se caracterizan por el triple gradiente descendente, el cual consiste en que las contracciones se inician en el marcapasos uterino (usualmente localizado en uno de los cuernos uterinos), son más intensas y duraderas en el fondo uterino y se dirigen en sentido descendente desde el cuerno hacia el segmento uterino. La dinámica uterina se controla clínicamente y con el uso de monitores electrónicos.
- **Bradistolia:** Disminución de la frecuencia de 2 o más contracciones en 10 minutos
- **Hipersistolia:** Aumento de la intensidad de las contracciones por encima de 70 mmHg. El útero no se deprime en ningún momento de la contracción.
- **Hipertonia:** Aumento de la intensidad de las contracciones por encima de 12 mmHg. No es posible palpar las partes fetales aun en ausencia de la contracción y hay dolor.

También es definida como una contracción que dura más de 2 minutos.

- **Hiposistolia:** Disminución de la intensidad de las contracciones, por encima del tono basal, pero con intensidad menor de 30 mmHg.
- **Taquisistolia:** Aumento de la frecuencia 6 o más contracciones en 10 minutos observadas durante 30 minutos.

## 5. RESPONSABLES

Serán responsables de liderar y velar por el cumplimiento del presente manual el profesional a cargo de la coordinación resolutiva de la institución, así mismo, los encargados de la correcta ejecución serán los profesionales de medicina, enfermería y el personal auxiliar de enfermería que estén en contacto con la usuaria durante el proceso de parto y puerperio.

## 6. ENFOQUE DIFERENCIAL

La ESE Rafael Tovar Poveda, reconoce que hay poblaciones particulares debido a su edad, género, orientación sexual, pertinencia étnica, embarazadas y en situación de discapacidad y ubicación geográfica. Basado en esto, la prestación de los servicios de salud de nuestra entidad responde a las necesidades de cada uno de estos grupos cerrando las brechas existentes, enfocando las atenciones de acuerdo con las características de los usuarios y sus familias.

### 6.1. ATENCION DEL PARTO HUMANIZADO Y BAJO ENFOQUE DIFERENCIAL

Nos aseguramos de brindar una atención diferencial desde el momento en el que las usuarias nos refieran deseas atenciones preconcepcionales y finalizando en el alta de posparto mediante el análisis, la valoración y la garantía del desarrollo de la atención a nuestra población objeto según sus características y las variaciones poblacionales como momento vital, etnia, discapacidad y si es víctima del conflicto armado o no, teniendo presente que una sola usuaria puede tener una o varias de estas características en el momento de ingreso y atención al servicio, respetando las condiciones en las que desarrollan su vida diaria, desde una perspectiva de equidad y diversidad, transformando la atención en una actividad humanizada y centrada en el ser humano y su entorno.

Para ello debemos tener en cuenta el desarrollo de un proceso de Interculturalidad, enfocado en la creación de diversos mecanismos que integren las diferencias culturales en nuestro departamento, en las condiciones de vida y en los servicios de atención salud a los que cada usuaria haya tenido acceso durante su proceso de gestación, pues serán puntos determinantes para crear e implementar actividades de cuidado específico a cada usuaria y sus necesidades particulares, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la atención en la salud.

Es por esa razón que los planes de trabajo individuales que se establecen al ingreso de las materna en trabajo de parto se basa en el análisis de la información recolectada durante los controles prenatales, factores físicos propios de la materna (Edad, peso y talla) así como el interrogatorio e

 <p><b>E.S.E.</b> RAFAEL TOVAR POVEDA</p>	<p><b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCION DEL PARTO Y EL RECIEN NACIDO</b></p>	<p><b>Código: AS-AU-ADP-M001</b> <b>Versión: 01</b> <b>Fecha de vigencia: Nov-2024</b> <b>Página 6 de 49</b></p>
--	---	--

identificación de su estructura y dinámica familiar, si cuenta con redes de apoyo (familiar, social y comunitaria), si el actual embarazo fue aceptado, deseado o programado; analizando escenarios de vulnerabilidad como exclusión social, pobreza, marginalidad, desplazamiento, víctimas de violencia y otros que puedan afectar el libre desarrollo de las usuarias.

Por lo que también debemos evaluar como es el apoyo que nuestra usuaria recibe por parte de su compañero o compañera sentimental, familiar o social, su dinámica familiar, si hay diferencia amplia de edad (diez o más años) entre la pareja, relaciones conflictivas con las personas con quienes convive, madre cabeza de familia, si tiene a cargo a niños menores de 5 años o a personas con discapacidad, el nivel educativo de la pareja, 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), situación de desplazamiento forzado, estrés laboral, condición de trabajo difícil, condición étnica (indígenas, afrodescendientes, ROM [gitanos], raizales), creencias religiosas y culturales, gestante en condición de discapacidad permanente, experiencias negativas y traumáticas en gestaciones y partos anteriores, trastornos en la conducta alimentaria (anorexia o bulimia), embarazo no deseado, entre otros.

Por último, establecemos la estrategia de atención de parto humanizado en nuestra institución con el fin de garantizar la calidad de la atención del parto, un trato digno y respetuoso a la gestante y su familia.

Generando un espacio familiar donde la mama y su bebe sean los protagonistas centrales de nuestra atención, logrando el desarrollo del parto de manera lo más natural y cómodo posible, acompañado de profesionales idóneos; mediante el respeto de la usuaria dando la oportunidad que ella y su familia puedan tomar decisiones, expresar sus necesidades y preferencias.

## 6.2. IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO

### A. Biológicos

- Edad gestacional no confiable o no confirmada
- Edad gestacional pre término o prolongado
- Paracínicos o ecografías con hallazgos anormales
- Fiebre
- Cefalea y epigastralgia
- Hipertensión arterial
- Edema o anasarca
- Disnea
- Altura uterina mayor de 35 cm o menor de 30 cm
- Gestante adolescente (< 19 años)
- Gestante mayor (> 35 años)
- Gran multípara (más de cuatro partos)

- Historia obstétrica adversa (aborto, muerte fetal, muerte perinatal, diabetes gestacional, preeclampsia-eclampsia, anomalías congénitas)
- Primípara inmunológica
- Antecedente de cirugía uterina (cesárea previa o miomectomía)
- Anemia
- Embarazo múltiple
- Taquicardia o bradicardia fetal
- Distocia de presentación
- Prolapso de cordón
- Distocias de partes blandas y óseas
- Presencia de condilomas
- Sangrado genital
- Ruptura de membranas
- Líquido amniótico con meconio.

**B. Psicosociales**

- Inicio tardío del control prenatal
- Falta de apoyo social, familiar o del compañero
- Tensión emocional
- Alteraciones de la esfera mental
- Dificultades para el acceso a los servicios de salud
- Ausencia de control prenatal
- Vivir en el área rural
- No estar afiliada al sistema general de seguridad social.

**C. Del Medio**

- Recursos inadecuados para la prestación del servicio (incluye, además del talento humano y de los recursos técnicos institucionales, el funcionamiento adecuado de los sistemas de referencia y contrarreferencia)

**D. Comportamentales**

- Alcoholismo
- Drogadicción
- Tabaquismo

**6.3. FACTORES PROTECTORES**

- Apoyo físico, emocional y psicológico continuos durante el trabajo de parto.
- Apoyo para las madres con desventajas sociales para mejorar la relación madre-hijo.
- Apoyo a las madres para la lactancia.
- Recursos y procesos adecuados en la red de servicios requeridos a las situaciones potenciales que se pueden presentar.

- Asegurar procesos y recursos para la vigilancia estricta del posparto inmediato.

## **7. DESARROLLO DEL DOCUMENTO**

### **7.1. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN**

Para dar inicio a la atención de nuestras usuarias en estado de gestación, es indispensable definir si la misma se encuentra en trabajo de parto, evaluando las condiciones de accesibilidad de las mujeres al servicio y en consecuencia indicar deambulación y un nuevo examen según criterio médico, en un periodo de tiempo no mayor a 2 horas.

Si la gestante tuvo control prenatal, solicitar y analizar los datos del carnet materno, historia clínica o remisión. En caso de presentar alguna condición que pone en riesgo la salud de la gestante o del niño, se debe remitir a la gestante al prestador complementario.

Para confirmar que la paciente está en trabajo activo debemos:

- Evaluar dinámica uterina, mediante la evaluación de la presencia de contracciones espontáneas, teniendo en cuenta que debe presentar mínimo dos contracciones en 10 minutos de la evaluación. Esta evaluación la realizaremos mediante la observación directa.
- Dinámica uterina regular.
- Borramiento cervical mayor al 50%.
- Dilatación cervical mayor o igual a tres centímetros.
- Ruptura espontánea de membranas.
- Las gestantes con cesárea anterior o cirugía en útero, deben ser consideradas en trabajo activo con cualquier nivel de actividad uterina y deben ser remitidas de forma prioritaria a un nivel de atención superior.

Quienes no estén en trabajo de parto deben recibir información clara y debemos asegurarnos el entendimiento completo de la información suministrada, la cual debe incluir signos para observar, cambios para analizar e indicaciones muy precisas de regresar a la clínica cuando ocurran estos cambios:

- Inicio de actividad uterina
- Sangrado genital
- Amniorrea
- Disminución en la percepción de los movimientos fetales
- Epigastralgia
- Visión borrosa
- Fosfenos
- Tinnitus
- Cefalea intensa

Considerar de acuerdo con criterio médico, los factores de riesgo maternos o fetales identificados para la admisión de la gestante.

## **7.2. ADMISIÓN DE LA GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO.**

Todas las gestantes que asistan al servicio serán valoradas por médico, sin importar el tipo de afiliación.

En relación al Triage; toda gestante deberá ser clasificadas por el profesional de enfermería o médico del servicio, según lo establecido en el triage de pacientes obstétricas (anexo1).

En todo caso, se deberá realizar una historia clínica completa que incluya como mínimo:

### **Anamnesis**

- Identificación, motivo de consulta, fecha probable del parto, inicio de las contracciones, percepción de movimientos fetales, expulsión de tapón mucoso, ruptura de membranas y sangrado.
- Indagar por la presencia o ausencia de síntomas premonitorios de preeclampsia (cefalea, visión borrosa, tinnitus, 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 cardíaca 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.
- Hematócrito y hemoglobina.
- Antígeno de superficie de hepatitis B si no cuenta con tamizaje durante la consulta para el cuidado prenatal

En caso de encontrar alguna condición que pone en riesgo la salud de la gestante o del niño se debe remitir a la madre a un nivel superior de atención. En la nota de referencia se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes paraclínicos y la causa de la remisión de forma clara y específica a fin de asegurar un ingreso ágil y oportuno en la institución a la cual se referencia.

### **7.3. ATENCION AL PARTO**

#### **7.3.1. Atención del primer periodo del parto**

Se adopta la definición de la fase latente como el periodo del parto que transcurre entre el inicio clínico del trabajo de parto y los 6 cm de dilatación y hasta los 10 cm y se acompaña de dinámica uterina regular.

Los hallazgos que sugieren un progreso satisfactorio en el primer periodo del trabajo de parto son:

- Las contracciones regulares, de frecuencia y duración que aumentan progresivamente
- Una tasa de dilatación del cuello uterino de al menos 1 cm por hora durante la fase activa del trabajo de parto
- El cuello uterino bien adosado a la parte fetal que se presenta

La mujer en trabajo de parto debe ser acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija.

Durante el periodo dilatante se deberá alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo y a movilizarse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo.

Una vez decidida la hospitalización, se debe explicar a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo. Debe ofrecerse apoyo físico, emocional y psicológico continuo durante el trabajo de parto y el parto. Se deben extremar los esfuerzos para que se haga apoyo emocional a todas las mujeres, no sólo por alguien cercano a ella, sino por personal entrenado para tal fin. Este apoyo debe incluir presencia continua, brindando bienestar y estímulo positivo.

Posteriormente, se debe proceder a realizar las siguientes actividades:

- Canalizar vena periférica con tapón heparinizado para permitir la deambulación de la gestante por sala de partos (estrategia parto humanizado) evitando la deshidratación y asegurando que, en caso de presentarse una urgencia, se pueda garantizar la administración de cristaloides a chorro preferiblemente lactato de Ringer o solución salina, evitar la Dextrosa en agua destilada, para prevenir la hipoglicemia del recién nacido.
- Tomar signos vitales a la madre por lo menos una vez cada hora: frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria (Anexo 2). Si la usuaria presenta algún signo de alarma permanecer con monitorización continua
- Diligenciar la partograma a todas las usuarias. En la partograma se registrarán la posición materna, los signos vitales maternos, la frecuencia cardiaca fetal, la dilatación, el borramiento, la estación, el estado de las membranas, la variedad de posición de la presentación junto con la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas y los métodos empleados para el alivio del dolor durante el trabajo de parto. (Anexo 3).
- Evaluar la actividad uterina teniendo en cuenta la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y registrar los resultados en la historia clínica.
- Se debe auscultar la frecuencia cardiaca fetal en reposo y luego de finalizada la contracción de manera intermitente. Cada medición de la frecuencia cardiaca fetal debe tomarse durante un minuto completo cada 30 minutos durante la fase activa del trabajo de parto y cada 5 minutos durante el segundo periodo del parto (periodo expulsivo).
- Realizar tacto vaginal de acuerdo con la indicación médica y según partograma. Consignar en la historia clínica los hallazgos referentes a la dilatación, borramiento, estación, estado de las membranas y variedad de prestación. Si las membranas están rotas, se debe evitar en lo posible el tacto vaginal.
- Se explica y diligencia el consentimiento informado (Anexo 4).

Así mismo, se debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones y situaciones:

- 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.
- La usuaria debe encontrarse en reposo en decúbito lateral izquierdo vs. de ambulación según deseo de la paciente

- 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 axial durante el trabajo de parto son: rechazo de la madre, coagulopatía, infección local o sistémica o hipovolemia no corregida.
- No se deben aplicar enemas o rasurados rutinarios a las gestantes en trabajo de parto.
- Al alcanzarse la fase activa del expulsivo, la gestante debe trasladarse a la sala de partos o acondicionar el sitio apropiado para el nacimiento.
- 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.
- El personal que intervendrá en la atención del parto deberá tener en cuenta las medidas de bioseguridad necesarias tanto para la protección de la paciente, del neonato, como de él mismo. Por lo tanto, deberá realizar un adecuado lavado de manos según el protocolo institucional y utilización del equipamiento de protección (colocarse guantes estériles, tapabocas, traje y protección ocular)
- **NO SE DEBE OLVIDAR:** Registrar en la historia clínica todos los hallazgos e intervenciones realizadas durante este periodo de trabajo de parto.

Es importante tener en cuenta que, si durante la realización de cualquiera de los puntos anteriormente mencionados encontramos evidencia clínica de progresión anormal en la dilatación, debemos hacer un esfuerzo por encontrar y corregir la causa de la misma, para lo cual es importante que se tenga conocimiento de los factores causantes de distocia en el primer periodo del parto, los cuales pueden dividirse en dos grandes grupos:

- **Distocia mecánica:** En la mayoría de casos, corresponde a desproporción céfalo pélvica. Si la gestante no progresa significativamente luego de la prueba de encajamiento y existe la sospecha de desproporción céfalo-pélvica, se debe remitir a la gestante a un nivel de mayor complejidad.
- **Distocia dinámica:** En este caso, los factores afectan el mecanismo de la contracción en presencia de una relación céfalo-pélvica adecuada. Los factores que se deben descartar son: mal control del dolor, hipodinamia uterina, deshidratación e infección amniótica. El tratamiento a instaurar deberá corregir el factor identificado. Si luego de aplicadas las medidas correctivas, no se logra progresión, se debe evaluar la capacidad resolutiva de la institución y en caso necesario remitir a la usuaria a un nivel de mayor complejidad.

#### **A. Manejo de las alteraciones durante el primer período del trabajo de parto**

Cuando se sospecha un retardo de la fase activa de la primera etapa del parto se recomienda:

- Mantener hidratada a la usuaria
- Si las membranas están intactas se procederá a la amniotomía, si se encuentra en una dilatación  $> 0 = a 8$  cm.
- Exploración vaginal dos horas después y si el progreso de la dilatación es menos de 1 cm se establece el diagnóstico de retardo de la dilatación.
- Durante todo el proceso de atención se realizará monitorización fetal continua
- Una vez establecido el diagnóstico de retardo de la dilatación, se realizará la conducción con oxitocina
- Posterior a las 4 horas de inicio de administración de oxitocina se realizará un nuevo tacto vaginal.
- Si la paciente se encuentra con dinámica uterina regular realizar tacto según partograma
- Si el progreso de la dilatación y descenso no es el esperado, actual con monitoria para confirmar la dinámica uterina y si hay una ruptura de membrana, evidenciar el líquido amniótico y evaluar grado de meconio y de acuerdo al resultado se reevaluará el caso tomando en consideración la remisión a un mayor nivel de complejidad.
- Si el progreso es superior a 2 cm se realizará una nueva exploración 4 horas después.

#### **7.3.2. Atención del Segundo Periodo de Parto (Expulsivo)**

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

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

Durante este período es de capital importancia el contacto visual y verbal con la gestante para disminuir su ansiedad, así como la vigilancia estrecha de la fetocardia. Dentro de las acciones a realizar durante esta etapa de atención del parto se encuentra la evaluación del estado de las membranas, si estas están integras debemos proceder a realizar amniotomía junto con la valoración del líquido amniótico.

Si el líquido amniótico se encuentra meconio y si no hay progresión del expulsivo, es necesario evaluar las condiciones para la remisión, si éstas son favorables la gestante deberá ser remitida al nivel de mayor complejidad bajo cuidado médico.

En el expulsivo deberá evaluarse el bienestar fetal por los medios que se tengan disponibles.

El pujo voluntario sólo debe estimularse durante la fase activa del expulsivo y en el momento de las contracciones. Durante este periodo, debe permitirse que las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda.

No se debe realizar de forma rutinaria presión fúndica para acelerar el expulsivo (maniobra de Kristeller). Del mismo modo, la episiotomía no está indicada de forma rutinaria. (Anexo 5).

**A. Actividades A Realizar.**

1. En el momento de evidenciarse la paciente con dilatación de 10 cm, borramiento del 100%, adecuada evolución de la estación y/o en expulsivo, se deberá trasladar a la paciente a la mesa de litotomía para proceder a la fase final de la atención del parto.
2. Se acomodará la paciente en la mesa de litotomía u optar la posición que la gestante decida (estrategia parto humanizado).
3. Se deberá realizar un buen lavado del área perineal con agua estéril en abundante cantidad y con jabón quirúrgico con el fin de dejar esta zona lo más antiséptica posible. Este lavado se deberá realizar de adentro hacia afuera en espiral con el fin de no arrastrar microorganismos externos a la vagina y además fuera del periné, debe abarcar las áreas proximales del muslo y el recto.

**B. Expulsión de la cabeza.**

- Pídale a la gestante que jadée o que dé solo pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del bebé.
- Para controlar la expulsión de la cabeza, coloque los dedos de una mano contra la cabeza del bebé para mantenerla flexionada.
- Continúe sosteniendo con delicadeza el perineo a medida que la cabeza del bebé se expulsa.
- Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, pídale a la gestante que deje de pujar.
- Aspire la boca y la nariz del bebé.
- Tantee con los dedos alrededor del cuello del bebé para verificar si encuentra el cordón umbilical:
  - Si el cordón umbilical está alrededor del cuello, pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé.
  - Si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, pincelo dos veces y córtelo antes de desenrollarlo del cuello

**C. Finalización del parto.**

- Permita que la cabeza del bebé gire espontáneamente.

- Después de que la cabeza haya girado, coloque una mano a cada lado de la cabeza del bebé, dígale a la gestante que puje suavemente con la próxima contracción.
- Reduzca la posibilidad de desgarros extrayendo un hombro a la vez. Mueva hacia atrás la cabeza del bebé para extraer el hombro anterior.
- Si hay dificultad en la extracción de los hombros, sospeche una distocia de hombro
  - Levante la cabeza del bebé hacia delante para extraer el hombro posterior.
  - Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras éste se desliza hacia fuera.
- Coloque al bebé sobre el abdomen de la madre. Seque al bebé por completo, límpiele los ojos y evalúe su respiración:
- La mayoría de los bebés comienza a llorar o respira espontáneamente dentro de los primeros 30 segundos después del nacimiento.
- Pince y corte el cordón en el lapso de 1-3 minutos siguientes.
- Asegúrese de que el bebé se mantenga tibio y en contacto piel a piel con el pecho de la madre. Envuelva al bebé con un paño suave y seco, cúbralo con una manta y asegúrese de que la cabeza esté cubierta para prevenir la pérdida de calor.
- Palpe el abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés y proceda con el manejo activo del tercer periodo.

En todos los casos debemos analizar los criterios para la realización del pinzamiento del cordón, según las condiciones clínicas específicas con cada paciente:

Habitual	Inmediato	Precoz	Diferido
<ul style="list-style-type: none"> <li>Interrupción de la palpitación de las arterias umbilicales</li> <li>Disminución de la vena umbilical</li> <li>Satisfactoria perfusión de la piel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desprendimiento de placenta o Placenta previa.</li> <li>Ruptura uterina.</li> <li>Desgarro del cordón.</li> <li>Paro cardíaco materno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recién nacido hijo de madre toxémica o diabéticas, para reducir el riesgo de poliglobulía.</li> <li>Isoinmunización materno fetal</li> <li>Miastenia gravis para disminuir el peso de anticuerpos maternos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prolapso y procidencia del cordón de parto en presentación de pelvis</li> <li>Ruptura prolongada de membranas</li> </ul>
Se debe realizar entre 1 y 2 minutos después del nacimiento	Se debe realizar inmediatamente	Realizar entre 30 segundos y 1 minuto después del nacimiento.	Realizar con posterioridad a los 2 minutos después del nacimiento.

La mujer en trabajo de parto vaginal no instrumentado y sin complicaciones debe ser acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija.

### 7.3.3. Atención Del Tercer Periodo De Parto (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.
  - Pince el cordón umbilical cerca del perineo, usando una pinza de esponjas. Sostenga el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano.
  - o Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, estabilice el útero aplicando contracción durante la tracción controlada del cordón. Esto ayuda a prevenir la inversión uterina.
  - o Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero (2- 3 minutos).
  - Cuando el útero se redondee o el cordón se alargue, hale del cordón hacia abajo con mucha delicadeza para extraer la placenta. No espere que salga un chorro de sangre antes de aplicar tracción al cordón. Con la otra mano, continúe ejerciendo contra tracción sobre el útero.
  - Si la placenta no desciende después de 30 a 40 minutos de tracción controlada del cordón umbilical, no continúe halando sino:
    - o Sostenga con delicadeza el cordón umbilical y espere hasta que el útero está bien contraído nuevamente. Si es necesario, utilice una pinza de esponjas para pinzar el cordón más cerca del perineo a medida que se alargue.
    - o Con la contracción siguiente, repita la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contra tracción. Nunca aplique tracción al cordón umbilical (halón) sin aplicar la contra tracción (pujo) por encima del pubis con la otra mano
  - Al ser expulsada la placenta, las membranas delgadas pueden desgarrarse. Sostenga la placenta con las dos manos y hágala girar con delicadeza hasta que las membranas queden retorcidas.
  - Hale lentamente para completar la extracción.
  - Si las membranas se desgarran, examine con delicadeza la parte superior de la vagina y el cuello uterino provisto de guantes estériles o sometidos a desinfección de alto nivel y utilice una pinza de esponjas para retirar cualquier trozo de membrana retenido.

- Examine cuidadosamente la placenta para estar seguro de que está integra. Si falta una porción de la superficie materna o hay desgarros de membranas vascularizadas, sospeche retención de fragmentos placentarios.
- Si se produce una inversión uterina, coloque el útero nuevamente en su posición.
- Si se ha arrancado el cordón umbilical, puede ser necesaria la remoción manual de la placenta
- Pinzamiento una vez cesado el latido del cordón en recién nacidos sin riesgos.
- Una vez pinzado y cortado el cordón umbilical se procede a la muestra para hemoclasificación y tamizaje de TSH neonatal
- Verificar cada 15 minutos que el útero esté contraído.

Al visualizar la placenta, tomarla con las dos manos, realizar un movimiento de rotación para enrollar las membranas y favorecer su expulsión completa (maniobra de Dublín). Debe revisarse la placenta tanto por su cara materna (observar su integridad) como por su cara fetal (presencia de infartos, quistes, etcétera).

También debe verificarse la integridad de las membranas, el aspecto del cordón umbilical, su inserción y el número de vasos (lo normal, dos arterias y una vena). Ante la duda de que haya alumbramiento incompleto, debe procederse a la revisión uterina y extracción manual de los restos retenidos.

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.

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

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

#### **7.4. ATENCION PARA EL CUIDADO DEL RECIEN 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.

##### **7.4.1. Enfoque antenatal de riesgo.**

El enfoque antenatal de riesgo exige la realización de una historia clínica dirigida a la identificación de factores de riesgo prenatales, perinatales y neonatales para el recién nacido.

Adicionalmente a los factores de riesgo biológico, se requiere tener en cuenta los demás factores de riesgo psicosociales definidos en la historia clínica del CLAP.

La historia clínica peri-neonatal debe empezar a realizarse desde antes del nacimiento, con el fin de preparar el equipo y los insumos necesarios para la atención adecuada en sala de partos/nacimientos y programar las actividades a realizar en las horas posteriores al nacimiento.

Debe indagarse por las vacunas aplicadas a la madre gestante, incluirse la exploración de factores de exposición a teratógenos como el alcohol y otras sustancias psicoactivas, a infecciones virales como (Zikv) la revisión de los resultados de los exámenes tomados durante la gestación (VIH, Sífilis, Hepatitis B, Toxoplasmosis, Estreptococo del Grupo B, etc) y la identificación de otras condiciones que ameriten un manejo diferencial del recién nacido en la etapa neonatal y luego del alta hospitalaria.

En caso de no contar con los laboratorios prenatales, se deben asegurar sus resultados antes del periodo expulsivo o de la cesárea.

##### **7.4.2. Atención del recién nacido en sala de partos/nacimientos**

La atención inmediata en sala de partos/nacimientos requiere la realización previa de la historia clínica con enfoque de riesgo antenatal.

La adaptación neonatal inmediata está representada por el conjunto de modificaciones cardiohemodinámicas, respiratorias y de todo orden que sucede en procura de la adecuación del ser humano al entorno atmosférico al nacer. De su éxito depende fundamentalmente el adecuado y exitoso tránsito de la condición intrauterina a la vida en el ambiente exterior.

Debe realizarse un manejo limpio del recién nacido y la manipulación del cordón umbilical debe hacerse con guantes estériles.

Para un adecuado manejo térmico del recién nacido, la temperatura ambiente de la sala de partos/nacimientos debe estar entre 23°C y 26°C como rango promedio.

Las salas de adaptación neonatal deben disponer de un pendón o una pieza informativa sobre el manejo del recién nacido con depresión respiratoria o necesidad de reanimación neonatal.

Las actividades a realizar durante la adaptación neonatal inmediata son:

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>COMO</b>
Limpieza de las vías aéreas	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Se debe evitar la realización de succión de las vías aéreas de forma rutinaria y se debe reservar este procedimiento solo para los casos de líquido amniótico con meconio espeso, sangre o pus con obstrucción de la vía aérea o si el recién nacido se encuentra con depresión respiratoria por cualquiera de estas causas.</li> </ul>
Secado del recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> <li>Una vez el recién nacido se encuentre fuera del canal del nacimiento, se debe proceder al secado completo.</li> <li>Para esto, se coloca al recién nacido sobre el abdomen de la madre, en contacto piel a piel y se inicia con el secado de la cabeza y cara y luego del resto del cuerpo en forma suave, gentil y exhaustiva, con campo seco y tibio.</li> <li>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.</li> <li>En caso de no contar con gorro, una alternativa sería armar un turbante con una compresa tibia y seca.</li> <li>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.</li> </ul>
Observación de la respiración o llanto, y el tono muscular	<ul style="list-style-type: none"> <li>La limpieza de las vías aéreas y el secado estimulan al recién nacido.</li> <li>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).</li> </ul>
Pinzamiento y corte del cordón umbilical	<ul style="list-style-type: none"> <li>Debe realizarse cuando se cumplan los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> <li>- interrupción de la palpitación de las arterias umbilicales,</li> <li>- disminución de la ingurgitación de la vena umbilical,</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- perfusión satisfactoria de la piel, lo cual ocurre habitualmente entre el segundo o tercer minuto de nacido.</li> <li>• Estos criterios pueden demorar más tiempo en conseguirse, como en los casos donde ha habido circular de cordón umbilical, prolaps o procidencia de cordón umbilical, o ruptura prolongada de membranas. En estos casos, es pertinente permitir un mayor tiempo al destinado al pinzamiento habitual del cordón umbilical.</li> <li>• De forma excepcional, se debe realizar pinzamiento inmediato en casos de abruptio de placenta y de placenta previa sangrante para interrumpir la pérdida de sangre del recién nacido, o pinzamiento precoz (antes de cumplir los criterios de pinzamiento habitual, generalmente entre 30 y 60 segundos de la expulsión del niño por el canal del nacimiento) en los casos en los que se presuma riesgo de paso de anticuerpos maternos (como en miastenia gravis o en isoinmunización materno fetal no tratada) o riesgo de poliglobulía neonatal (como en sospecha de restricción de crecimiento intrauterino o en hijos de madres toxémicas o diabéticas).</li> <li>• Todo el instrumental que se use para pinzar y cortar el cordón umbilical debe estar estéril.</li> </ul>
<p>Presentación del recién nacido y contacto piel a piel con la madre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe presentarse el recién nacido a la madre y al padre o al acompañante, con el objeto de favorecer la relación vincular de los padres con el recién nacido.</li> <li>• Se debe continuar monitoreando la respiración y se debe estimular el inicio de la lactancia materna.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>

Lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se recomienda iniciar la lactancia materna durante el contacto piel a piel siempre que la madre esté en condiciones de llevarlo a cabo.</li> <li>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.</li> <li>De acuerdo con las recomendaciones de la OMS solo se debe suspender la lactancia materna si la madre lactante se encuentra en tratamiento con medicamentos contra el cáncer o con sustancias radioactivas, o si la madre vive con infección por VIH; en estos casos se debe realizar suministro de fórmula láctea que cumpla con las indicaciones médicas nutricionales que requiere el recién nacido, para nuestro caso son fórmulas que comercialmente se encuentran previamente preparadas.</li> <li>Para el adecuado manejo de fórmulas lácteas se debe: <ul style="list-style-type: none"> <li>Verifique que dispone de todos los elementos que necesitará en la reenvase y distribución.</li> <li>Se debe realizar rotulación de la fórmula, en donde se indique: nombre y apellidos, número de historia clínica, unidad, tipo de leche, cantidad, fecha de apertura)</li> <li>Medir la fórmula con jeringa, no a cálculo para suministrar.</li> </ul> </li> </ul>
Limpieza de las secreciones	De la boca nuevamente, si es necesario
Valoración del APGAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se debe valorar la vitalidad y reactividad del recién nacido con la Escala de Apgar al minuto y a los 5 minutos para describir de forma estandarizada la vitalidad, la evaluación del tono muscular, el esfuerzo respiratorio, el color de la piel y la frecuencia cardiaca.</li> <li>No se deben retrasar las intervenciones para los recién nacidos deprimidos hasta la valoración de un minuto.</li> <li>La adaptación neonatal inmediata se apoya si el Apgar es de 7 o más, se conduce si el Apgar es de 5 a 7 o se induce si es de 4 o menos. En todo caso, se debe vigilar la estabilización del recién nacido.</li> <li>Para los casos de Apgar menor de 7 se debe valorar la capacidad resolutiva de la institución y remitir a nivel con la complejidad necesaria para proveer la atención neonatal adecuada.</li> <li>Si el recién nacido tuvo un Apgar menor de 7 a los cinco minutos, se debe descartar asfixia perinatal.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si el neonato debe ser remitido, debe transportarse de acuerdo con los criterios de transporte neonatal seguro y adecuado a su condición clínica. Ver <i>Descripción de la Escala de APGAR</i>.</li> </ul>
Realización de la Escala de Silverman–Anderson	Debe realizarse si el recién nacido tiene dificultad respiratoria a los 10 minutos de nacimiento. Ver <i>Descripción de la Escala de APGAR</i>
Identificación del recién nacido	Debe realizarse frente a la madre e iniciarse antes la separación de la madre y su recién nacido. (por ejemplo, marcando la manilla previamente con los datos disponibles).

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

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:

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>COMO</b>
Profilaxis umbilical:	<ul style="list-style-type: none"> <li>se debe realizar la ligadura del muñón umbilical con una liga de caucho o una liga equivalente que sea efectiva y segura.</li> <li>Se debe verificar que no se atrape la piel periumbilical sino únicamente el muñón umbilical</li> <li>se debe realizar la limpieza del muñón umbilical con Clorhexidina o Yodopovidona teniendo cuidado de retirar el exceso del antiséptico que haya podido aplicarse en la piel del recién nacido.</li> </ul>
Profilaxis ocular	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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%.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es importante tener en cuenta que con el uso de nitrato de plata hay descripciones de efectos irritantes.</li> </ul>
Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> <li>se debe aplicar Vitamina K 1 mg por vía intramuscular en la región anterior del muslo en dosis única.</li> <li>Si se dispone de Vitamina K en presentación oral con equivalencia farmacológica a la presentación parenteral, puede administrarse en lugar de esta última.</li> <li>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.</li> </ul>
Examen físico neonatal inicial	<ul style="list-style-type: none"> <li>se trata de un examen breve, el cual busca evaluar la adecuada transición del recién nacido a la vida extrauterina, identificar el sexo, detectar tempranamente anomalías congénitas y ofrecer información inicial del estado del recién nacido a los padres.</li> <li>Durante la realización de este examen físico, debe verificarse la permeabilidad esofágica y anal. Así mismo, debe medirse la temperatura, la cual debe estar entre 36,5 y 37,5º centígrados. Por encima o por debajo de estos valores, debe considerarse una señal de peligro.</li> <li>En el caso en el que se evidencie una anomalía congénita, se debe notificar por tratarse de un evento de interés en salud pública y se debe tener en cuenta lo relacionado en el apartado de Detección de anomalías congénitas del presente lineamiento.</li> </ul>
Toma de medidas antropométricas	<ul style="list-style-type: none"> <li>se deben tomar medidas de peso, talla, perímetrocefálico y perímetro torácico a todos los recién nacidos, y se deben registrar en la historia clínica.</li> <li>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.</li> <li>Luego de la antropometría y del examen físico, puede procederse a vestir al recién nacido.</li> </ul>
Toma muestra sangre cordón	<ul style="list-style-type: none"> <li>se tomará muestra de sangre de segmento aislado de cordón para el procesamiento de la hemoclasiificación neonatal, para el tamizaje de hipotiroidismo congénito con TSH neonatal y para la realización de otras pruebas de laboratorio según los antecedentes maternos identificados (por ejemplo, gota gruesa, etc.).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>La muestra de sangre de cordón debe tomarse con la técnica de —asall y, por lo tanto, no debe tomarse mientras no haya habido alumbramiento de la placenta ni tomarse del segmento placentario del cordón.</li> <li>En caso de no ser posible la toma de muestra de sangre de cordón, se deberá realizar la toma de muestra por vena periférica del recién nacido.</li> <li>Así mismo, debe tenerse en cuenta la necesidad de realizar exámenes de laboratorio con muestra de sangre periférica según los hallazgos del examen físico (por ejemplo, para estudio de defectos congénitos), según los riesgos perinatales o de acuerdo con los resultados previos de los laboratorios prenatales (por ejemplo, para estudio de toxoplasmosis o sífilis) para tomar muestra suficiente y reducir así el número de venopunciones a realizar en el recién nacido.</li> </ul> <p><b>NOTA:</b> En el momento en que se formule el programa de tamizaje neonatal o se den directrices sobre la atención integral en salud para la identificación de riesgo metabólico, cardiovascular, auditivo y visual en el recién nacido (que incluye tamizaje de errores innatos del metabolismo), se realizarán consideraciones respecto a la toma de la muestra para tamizaje de hipotiroidismo congénito y las demás pruebas de tamizaje en sangre. Mientras tanto, se continuará con los procedimientos relacionados con la toma de muestra de sangre de cordón para detección de hipotiroidismo congénito</p>
Revisión de la placenta	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul>
Completar los datos de identificación del recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> <li>debe realizarse frente a la madre y debe haberse iniciado antes de la separación del binomio madre-hijo.</li> <li>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 perímetrocefálico.</li> <li>Adicional a los datos anteriormente mencionados (que son obligatorios), la manilla puede contener también el número de habitación asignado a la madre.</li> </ul>

Registro de los datos en la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>en la historia clínica deben registrarse todos los detalles del nacimiento y de los procedimientos realizados al recién nacido.</li> <li>Se debe identificar al recién nacido e indicar las actividades a realizar durante las siguientes horas de vida.</li> </ul>
Expedición del certificado de recién nacido vivo:	la expedición del certificado de recién nacido vivo debe realizarse por parte del profesional que atiende el parto y sin este documento ningún niño puede salir de la institución en la que nació.

## **A. PROCEDIMIENTO DE ADAPTACION NEONATAL**

Requiere de la atención inmediata en sala de partos, e incluye:

- Limpieza de las vías aéreas: En el momento en que el recién nacido asome la cabeza se deben recuperar las secreciones primero de la boca y luego de las fosas nasales ya sea manualmente o por medio de succión suave a través de una perilla.
- Realizar las siguientes actividades según lo descrito en el presente manual:
  - Pinzamiento adecuado de cordón umbilical
  - Contacto piel a piel
  - Lactancia materna
- Se continúa el secado de La cabeza y cara y luego el resto del cuerpo forma suave y exhaustiva con campo seco y tibio.
- Posteriormente debe cubrirse con campo seco y tibio. Las actividades de esta etapa se realizarán de la siguiente manera:
  - Verifique la respiración y el color del bebé cada 5 minutos.
  - Si el bebé se torna cianótico o tiene dificultad respiratoria (menos de 30 o más de 60 por minuto) administre oxígeno por cánula nasal.
  - Verifique la temperatura del bebé tocándole los pies cada 15 minutos: Si la temperatura del bebé es menos de 36.5°C, vuelva a hacer entrar en calor al bebé.
  - Verifique el cordón umbilical para detectar sangrado cada 15 minutos. Si el cordón sangra, átelo nuevamente con mayor firmeza.
  - Aplique a los ojos del bebé gotas antimicrobianas (solución de nitrato de plata al 1%) o ungüento oftálmico (tetraciclina).
  - Limpie todo el meconio y la sangre de la piel

- Aliente el amamantamiento cuando el bebé parezca estar preparado, no hay que forzar al bebé acercándolo al pecho. Evite separar a la madre del bebé siempre que sea posible. No deje a la madre y al bebé desatendidos en ningún momento

Tanto el secado como la succión estimulan al recién nacido.

Para algunos recién nacidos, estos pasos no son suficientes para inducir la respiración. Si el recién nacido no tiene una respiración adecuada, la estimulación táctil adicional puede proveer otra forma para estimular la respiración.

Los métodos seguros y apropiados para proporcionar estimulación táctil incluyen palmadas o golpecitos en las plantas de los pies o frotar gentilmente la espalda, tronco o extremidades del recién nacido. Si el recién nacido permanece en apnea a pesar de las maniobras de estimulación se debe iniciar inmediatamente ventilación con presión positiva.

E. Pinzamiento habitual del cordón umbilical, para evitar anemia del recién nacido.

F. Observar respiración o llanto, color y tono muscular: APGAR al primer minuto

#### VALORACIÓN DEL APGAR

SIGNOS	CALIFICACION		
	0	1	2
• frecuencia cardiaca	Ausente	<100	>100
• esfuerzo respiratorio	Ausente	Llanto débil	Llanto fuerte
• tono muscular	Flacidez	Hipotonía	Tono normal
• irritabilidad reflejada	Falta de respuesta	Muecas	Llanto
• color de la piel	Cianosis	Acrocianosis	Rosado

- Inducir Adaptación Neonatal Inmediata si el APGAR es menor de 4, valorar capacidad resolutiva de la institución y remitir a nivel de mayor complejidad.
- Conducir la Adaptación Neonatal Inmediata si el APGAR es de 5 a 7, valorar la capacidad resolutiva de la institución y remitir a nivel de mayor complejidad.
- Apoyar el curso espontáneo de la adaptación si el APGAR es de 7 o más, para consolidar su satisfactoria estabilización, considerando los criterios de pinzamiento del cordón umbilical.

- G. Si es necesario, recuperar nuevamente secreciones de la boca. La succión activa de las vías aéreas sólo cuando esté indicado (en casos de aspiración de meconio, sangre o pus).
- H. Vigilar y asegurar el establecimiento y mantenimiento de la respiración y la estabilización de la temperatura.
- I. Abrigar el niño para evitar enfriamiento y colocar al recién nacido bajo fuente de calor.
- J. Tomar sangre del extremo placentario para tamizaje de hipotiroidismo congénito TSH (Hormona estimulante del tiroides) y hemoclasificación del recién nacido.
- K. Valorar el APGAR a los 5 minutos. Si el APGAR es menor de 7, profundizar la conducción o inducción de la Adaptación Neonatal Inmediata, valorar capacidad resolutiva de la institución y remitir a un nivel de mayor complejidad de ser necesario.
- L. Identificar al Recién Nacido: Se debe describir fecha y hora de nacimiento, nombre de la madre, número de historia clínica, sexo, peso, talla, perímetro cefálico.
- M. Administrar 1 mg de vitamina K intramuscular, en cara antero lateral de muslo. Si es de bajo peso, administrar sólo 0.5 mg.
- N. Realizar profilaxis oftálmica.
- O. Tomar medidas antropométricas. La toma de medidas como peso, talla, perímetro cefálico y torácico, deben realizarse de rutina a todo recién nacido, son realizados por personal de enfermería. Estos datos deben registrarse en la historia clínica.

En la historia clínica deben ser registrados todos los detalles del nacimiento y de los procedimientos desarrollados al recién nacido; así como las indicaciones de actividades a realizar durante las siguientes cuatro horas de vida.

En caso de requerir realizar reanimación al recién nacido, se debe implementar lo descrito en el protocolo de reanimación de la institución. (Anexo 15)

En caso de mortinato, remitir con la placenta a patología para estudio anatomo-patológico. Dependiendo de la edad fetal se procederá a realizar necropsia, tomar muestras y remitir, se debe consultar con patología. Se debe brindar apoyo psicológico permanente a la madre.

## B. VALORACION ESCALA SILVERMAN

La frecuencia respiratoria del recién nacido se encuentra entre 40 a 60 rpm. Sus respiraciones pueden presentarse a un ritmo regular durante alrededor de un minuto y luego presentar un breve periodo de ausencia de respiración durante 5 a 10 segundos. Si esta situación se prolonga durante más tiempo, se estaría observando una apnea y el RN podría presentar cambios de coloración en la piel, tendiendo tono violáceo o cianótico.

La escala de Silverman es muy utilizada para valorar la gravedad de afectaciones respiratorias, concretamente el síndrome de distres Respiratorio. El diagnóstico precoz es fundamental para instaurar las medidas oportunas y pertinentes para evitar este problema y otras complicaciones que pueden derivarse de un patrón respiratorio ineficaz.

La escala de Silverman es una escala que va del 0 al 10, donde a medida que la puntuación aumenta, la dificultad del Recién Nacido al respirar aumenta también. Mide cinco parámetros fácilmente evaluables, asignándole a cada uno una puntuación que va de 0 (signo clínico ausente) a 2 (signo clínico presente). Todas las variables para evaluar deben hacerse en menos de 30 segundos.

ESCALA SILVERMAN		
PARAMETRO CLINICO	ITEM A EVALUAR	PUNTUACION
Movimientos toracoabdominales	Rítmicos y regulares	0
	Tórax inmóvil y abdomen en movimiento	1
	Movimientos toraco abdominales no armónicos y discordantes	2
Tiraje intercostal	Sin presencia de tiraje intercostal	0
	Tiraje intercostal leve	1
	Marcado tiraje intercostal	2
Retracción xifoidea	No se aprecia	0
	Discreta	1
	Acentuada y constante	2
Aleteo nasal	No se aprecia	0
	Discreto	1
	Acentuado y constante	2
Quejido respiratorio	No se aprecia	0
	Apreciable solo a la auscultación	1
	Apreciable directamente	2

La interpretación de esta escala es muy sencilla:

- 0 puntos No hay dificultad respiratoria
- 1 a 3 puntos Dificultad respiratoria leve
- 4 a 6 puntos Dificultad respiratoria moderada
- 7 a 10 puntos Dificultad respiratoria severa

Según la puntuación y la severidad se decidirá la mejor opción terapéutica para el recién nacido, que puede ir desde apoyo con oxigenoterapia hasta remisión a mayor nivel de complejidad de ser requerido.

#### **7.4.3. Cuidados durante las primeras veinticuatro horas de edad.**

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:

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>COMO</b>
Continuar la promoción y el apoyo a la lactancia materna.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentando espacios de enseñanza de la técnica,</li> <li>• supervisión de realización de la lactancia materna</li> <li>• resolución de dudas por parte de la usuaria</li> </ul>
Indagar sobre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• problemas con la lactancia materna</li> <li>• signos de dificultad respiratoria</li> <li>• presencia de micción o de meconio</li> <li>• signos de alarma o inquietudes de los padres frente a la salud del niño o niña.</li> </ul>
Verificar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• la temperatura corporal del recién nacido</li> <li>• la poca luz ambiental</li> </ul>
Realizar examen físico completo por profesional de medicina o especialista en pediatría:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluye la evaluación de todos los órganos, funciones y sistemas.</li> <li>• 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.</li> <li>• Si el neonato dura más de 24 horas de vida en observación hospitalaria, se debe evaluar de nuevo entre las 24 y las 48 horas de vida.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Deberá tenerse en cuenta el riesgo de desarrollar síndrome de alcoholismo fetal o síndrome de abstinencia neonatal, de acuerdo con la información de consumo de sustancias psicoactivas o alcohol reportada por la madre durante la gestación.</li> <li>En la etapa peri-neonatal, el síndrome de alcoholismo fetal puede manifestarse principalmente con anomalías congénitas (generalmente faciales).</li> <li>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 (neuroológicos, respiratorios, gastrointestinales o autonómicos), ante lo cual siempre debe tenerse siempre presente como una posibilidad diagnóstica.</li> <li>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.</li> </ul>
Control de signos vitales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se deben tomar todos los signos vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, tensión arterial y saturación de hemoglobina con pulsoximetría) cada 6 horas.</li> <li>Adicionalmente, por lo menos en una ocasión se debe realizar pulsoximetría 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.</li> <li>En caso de alteraciones, se debe avisar de inmediato al profesional de medicina o al especialista en pediatría para la revisión del recién nacido.</li> </ul>
Vigilar	<ul style="list-style-type: none"> <li>condiciones higiénicas</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vestido</li> </ul>
Revisar los resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• de la hemoclasificación y averiguar sobre el procesamiento o resultado de la TSH neonatal, y de los otros los exámenes de laboratorio cuando haya lugar.</li> <li>• Deben verificarse los resultados maternos de los exámenes de hepatitis B, toxoplasma, VIH y sífilis y proceder a la ampliación de estudios en el recién nacido cuando haya lugar. Esto último se haría solamente si no se logró hacer antes del expulsivo</li> </ul>
Vacunar:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se debe realizar según las disposiciones vigentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones.</li> <li>• Se debe aplicar una dosis de vacuna de BCG contra la tuberculosis antes del egreso hospitalario.</li> <li>• En el caso de tratarse de hijo de madre con Hepatitis B, se dará atención por Pediatría.</li> </ul>
Realizar tamizaje de cardiopatía congénita:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Se debe hacer con pulso oxímetro preductal (en miembro superior derecho) y post - ductal (en miembros inferiores).</li> <li>• 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%.</li> <li>• 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.</li> <li>• Debe registrarse en la historia clínica neonatal.</li> </ul>
Realizar tamizaje visual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• se debe realizar con las técnicas semiológicas básicas de inspección ocular y realización de reflejo rojo retiniano.</li> <li>• En caso de un resultado anormal, debe ser remitido para valoración por pediatría. Debe registrarse en la historia clínica neonatal.</li> </ul>
Realizar tamizaje auditivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• el tamizaje auditivo neonatal es de carácter obligatorio.</li> <li>• Debe hacerse con Emisiones Otoacústicas (EOA) o con Respuesta Auditiva de Tallo Encefálico Automatizada (RATEA).</li> <li>• 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.</li> </ul>

- En el caso de los recién nacidos y niños con alto riesgo de pérdida auditiva130 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.
- Son Factores de riesgo para pérdida auditiva:
  - Antecedente familiares de sordera,
  - Bajo peso al nacer,
  - "Espectro Oculo - Aurículo- Vertebral o Síndrome de Goldenhar",
  - Hipoxia neonatal,
  - Infecciones del oído,
  - Labio y/o paladar Hendido,
  - Malformación anatómica auricular y/o CAE,
  - Incompatibilidad de RH,
  - Procesos bacterianos tratados con antibióticos ototóxicos,
  - Procesos virales prenatales,
  - Recién nacido prematuro,
  - Reflejos auditivos alterados,
  - Retraso del desarrollo motor,
  - Secuelas de meningitis,
  - Síndrome de Down,
  - Trastorno respiratorio,
  - Traumas perinatales,
  - Traumas prenatales,
  - APGAR bajo,
  - Permanencia en unidad de cuidado intensivo neonatal,
  - Malformaciones congénitas de cabeza y cuello,
  - Síndromes relacionados con desórdenes auditivo - vestibulares,
  - Tamizaje metabólico anormal.

Realizar tamizaje de errores innatos del metabolismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>la detección de errores innatos del metabolismo se realizará en el país atendiendo los criterios de progresividad.</li> <li>Inicialmente, dentro de estos tamizajes se establece como obligatorio la toma y análisis del TSH neonatal.</li> <li>El Ministerio de Salud y Protección Social deberá adelantar el proceso de definición del set de laboratorios obligatorios en el marco de este programa de tamizaje o de las directrices para la atención integral en salud para la identificación del riesgo metabólico del recién nacido.</li> <li>Debe registrarse en la historia clínica neonatal su realización y su resultado.</li> </ul>
Iniciar suplementación de hierro	se iniciará suplementación de hierro elemental 1 mg/kg/día desde el período neonatal y se mantendrá hasta el inicio de la alimentación complementaria a los hijos de madres con alimentación subóptima durante la gestación y la lactancia, que brindan o planean ofrecer lactancia materna exclusiva o predominante a sus hijos lactantes.
Educar a los padres y acompañantes sobre los cuidados del recién nacido y sobre:	<ul style="list-style-type: none"> <li>lactancia materna exclusiva,</li> <li>puericultura,</li> <li>baño,</li> <li>vestido,</li> <li>cuidado del ombligo,</li> <li>medidas de sueño seguro,</li> <li>evitar contacto con personas fumadoras,</li> <li>evitar uso de accesorios que puedan producir lesiones o complicaciones al recién nacido (como fajeros, botones en el ombligo, mitones, azabaches, o cualquier objeto),</li> <li>importancia de la comunicación amorosa con el niño o la niña y del fortalecimiento de vínculos afectivos entre madre, padre e hijo o hija;</li> <li>detección de signos de alarma o complicaciones por las que debe consultar a una institución de salud,</li> <li>uso del carné de salud infantil y necesidad de participar de las actividades a las que tiene derecho en la Ruta para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la Primera Infancia (consultas, tamizajes y sesiones educativas), y necesidad de reclamar los resultados de los tamizajes realizados (incluyendo la TSH neonatal).</li> </ul>
Entregar	<ul style="list-style-type: none"> <li>el certificado de recién nacido vivo</li> <li>orientar acerca de la expedición del registro civil.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Se debe cumplir con lo reglamentado en el Decreto 2353 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016.</li> </ul>
Remitir al recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> <li>Remitir y garantizar la ubicación del neonato en institución de mayor complejidad con capacidad resolutiva para casos con: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambigüedad sexual</li> <li>- Edad gestacional menor de 36 o mayor de 42 semanas</li> <li>- Peso para la edad gestacional excesivo o deficiente</li> <li>- Malformaciones mayores</li> <li>- Evidencia de infecciones</li> <li>- Desequilibrio cardio respiratorio</li> <li>- Ausencia de permeabilidad rectal y esofágica</li> <li>- demás casos que se requiera</li> </ul> </li> </ul>

#### **7.4.4. Decisión del egreso hospitalario**

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

Los criterios para el egreso hospitalario del recién nacido son:

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

- Adecuada técnica de amamantamiento que sea revisado por profesional de medicina y/o de enfermería.
- Evidencia de mínimo una micción y una deposición del recién nacido. En caso de no haber realizado micción ni deposición, debe ser valorado por profesional de medicina o especialista en pediatría para determinar la conducta a seguir.
- Tener normalidad en los signos vitales y contar con el registro y la revisión del resultado de la pulsooximetría (saturación de oxígeno) preductal y postductal, así como de la tensión arterial en las cuatro extremidades.
- Registrar el resultado de los tamizajes que se hayan realizado.
- Conocimiento del resultado de la hemoclasificación del recién nacido. Si la madre es Rh negativo, debe aplicarse gammaglobulina anti-D a la madre, si es el caso.
- Conocimiento del resultado de la prueba materna de VIH, sífilis, Toxoplasma, Hepatitis B y del Tamizaje de Estreptococo del grupo B.
- Recién nacido que haya recibido las dos vacunas al nacimiento (BCG, Hepatitis B).
- Descartar factores de riesgo familiar y social: maltrato, abuso de drogas, abandono y pobre red de apoyo. En caso de identificarse alguno de estos factores, se debe solicitar valoración por trabajo social para coordinar un seguimiento diferencial e iniciar el proceso de notificación para el restablecimiento de los derechos, cuando haya lugar a ello. En caso de no contar con trabajo social, puede realizarse valoración por psicología siempre y cuando este profesional pueda realizar la notificación para el restablecimiento de los derechos, de ser necesario.
- Salida del recién nacido y la madre en el mismo momento, si es posible. En caso en el que la madre quede hospitalizada y el recién nacido pueda quedarse en alojamiento conjunto con la madre, debe ser evaluado a diario por profesional de medicina o médico especialista en pediatría y anotar el reporte de la evolución del neonato en la historia clínica.
- Tener cita de control asignada entre los siguientes tres a cinco días para la madre (control del puerperio) y para el recién nacido (control ambulatorio del recién nacido) por el equipo médico. Esta cita de control se realizará según la coordinación entre el asegurador y el prestador para garantizar su oportunidad y cumplimiento. Para esto debe asegurarse facilidad de acceso a las citas de control y facilidad en la oportunidad de consulta.
- En caso de que haya largas distancias entre el hospital o centro de salud y la casa, se debe garantizar que el recién nacido y la mujer tendrán acceso a los controles del puerperio y del recién nacido. Para esto, se debe verificar si existe la posibilidad de egreso a un hogar de paso o si hay alguna otra estrategia para garantizar la asistencia a estos procedimientos.
- Procurar dar los egresos hospitalarios en horas de la mañana. La hora de salida de la institución no debe generar riesgos para la seguridad ni para el bienestar del recién nacido y de la mujer en postparto.

- Hasta que no se definan las condiciones de implementación del tamizaje de errores innatos del metabolismo y del tamizaje auditivo, los procesos de atención derivados de los mismos, y en virtud de la progresividad que requiere su planeación y su implementación, la realización de estos tamizajes no se considerarán por ahora un criterio limitante o restrictivo para permitir el egreso hospitalario.
- Cita asignada de seguimiento a la atención del recién nacido por pediatría o medicina.
- Cita asignada de atención para el apoyo a la lactancia materna en el marco de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.

#### **7.4.5. Entrega de recomendaciones previas al egreso hospitalario**

Se debe entregar material escrito que sirva como guía de los cuidados y manejo del recién nacido. Esto se hace para reforzar las actividades de educación realizadas durante la atención hospitalaria del recién nacido y para que los padres puedan disponer de esta información en caso de que no lo recuerden o tengan dudas.

Cada institución debe tener material escrito disponible para entregar a los padres al egreso. Este material debe ser entregado por la IPS en la que se realizó la atención del parto y del nacimiento. 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 cordón.
- Seguridad (incluye las recomendaciones para prevenir el síndrome de muerte súbita de los recién nacidos y los lactantes).
- Signos de alarma.
  - De la madre: fiebre, Sangrado genital abundante, Dolor en hipogastrio y/o en área perineal, Vómito, Diarrea, Un empeoramiento o la experiencia de nuevos dolores perianales o uterinos, Disuria (micción dolorosa, incompleta o dificultosa), Problemas con las mamas (enrojecimiento, dolor, calor), Dolor o hinchazón en las piernas, Estado de ánimo que afecta a la relación con el recién nacido, con los demás o que no permite una actividad normal.

- Del recién nacido: fiebre, vomito muy frecuente, imposibilidad para succión, sangrado por el muñón umbilical, Dificultad para respirar, Cianosis o palidez frecuentes, Ausencia de deposición o diuresis, Cualquier inquietud que tengan frente a su bebe.
- Otros cuidados.

#### **7.4.6. Expedición y registro en el carné único de salud infantil y diligenciamiento de la Historia Clínica Perinatal Simplificada**

Se debe expedir y registrar la información pertinente en el carné único de salud infantil y se debe registrar la información de la Historia Clínica Perinatal Simplificada del carné del CLAP. Según la mencionada Resolución, 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.

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.

#### **7.4.7. Egreso hospitalario**

Se dará el egreso hospitalario cuando se hayan cumplido las condiciones mencionadas previamente para el egreso, se hayan entregado las recomendaciones de cuidado y manejo ambulatorio del recién nacido (y se verifique que los padres las hayan comprendido), se haya expedido y registrado el carné único de salud infantil, se haya registrado la Historia Clínica Perinatal Simplificada del CLAP, se hayan realizado los tamizajes neonatales (una vez se haya generado la directriz para su implementación desde el Ministerio de Salud y Protección Social) o esté programada su realización, se haya asignado la cita de control por pediatría para los siguientes 3 a 5 días del egreso hospitalario o ya esté programada para la primera semana de vida, y se haya asignado la consulta de valoración de la lactancia materna.

## 7.5. ATENCION DEL PUEPERIO.

### 7.5.1. ETAPAS

En este periodo se reconocen 2 etapas:

#### A. Puerperio inmediato.

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

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

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

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.

#### B. Puerperio mediato.

Esta etapa comprende desde las primeras dos hasta las 48 horas post parto. Las siguientes acciones deben incluirse durante este período, además de las acciones descritas en el puerperio inmediato:

- Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios.
- Detectar tempranamente las complicaciones como hemorragia e infección puerperal, vigilando la presencia de taquicardia, fiebre, taquipnea subinvolución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
- Deambulación temprana.
- Alimentación adecuada a la madre.
- Finalmente se incluye la consulta ambulatoria post parto que deberá llevarse a cabo entre el 3° y el 5° días post parto.

### 7.5.2. DESCRIPCIÓN DE LA ATENCIÓN.

Después de un parto normal, es necesario observar tanto a la madre como al recién nacido para establecer las condiciones de salud del binomio, fomentando la lactancia materna y dando educación que permita un adecuado desarrollo de los cuidados del puerperio materno y del recién nacido; generalmente el alta hospitalaria se debe dar a las 24 horas de un parto vaginal.

Se deberá monitorear de manera frecuente la temperatura corporal de la madre, la presión arterial, el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la perfusión y el estado de conciencia. Además, deben valorarse la posibilidad de atonía uterina, de un sangrado excesivo o la presencia de signos de hemorragia, de distensión de la vejiga, o de disnea o de dolor pleurítico como síntoma de alerta de un embolismo pulmonar. Durante las 2 primeras horas se debe hacer seguimiento de signos vitales (Registrar en Anexo 6) y signos de sangrado cada 15 minutos (Registrar en anexo 7). Se adopta la escala de alerta temprana (Maternal Early Obstetric Warning Score) adaptada para Colombia la cual se anexa con instructivo. Es obligatoria la valoración clínica del estado general de la mujer en el puerperio por el médico o personal encargado de la atención del parto de bajo riesgo al menos dentro de las primeras 2 horas de puerperio.

Se debe 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.

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

- “Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?”
- “Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?”

Quienes hayan respondido afirmativamente estas dos preguntas deberán tener un acompañamiento de personal de psicología y psiquiatría para hacer diagnóstico confirmatorio de la Depresión y brindar apoyo terapéutico que se requiera. Se deberá 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, la cual se anexa.

En toda paciente en puerperio inmediato, se debe reevaluar el riesgo de presentar eventos tromboembólicos venosos e iniciar medidas para la prevención de dichas complicaciones.

Antes del alta hospitalaria es el momento ideal para completar el esquema de inmunizaciones a las mujeres con aquellas vacunas que no se hayan podido administrar durante la gestación, como el toxoide tetánico.

Se deberá suministrar inmunoglobulina anti-D dentro de las 72 horas después del parto a todas las mujeres Rh negativo, sin anticuerpos anti-D, quienes tuvieron un recién nacido Rh positivo.

Para conseguir el alivio del dolor derivado de la involución uterina, administrar AINES de acción corta como el ibuprofeno de 600 mg o acetaminofén en dosis que no excedan los 4mg 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.

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

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

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

Se debe, además Informar sobre:

- la importancia de la lactancia materna exclusiva
- puericultura básica
- alimentación balanceada adecuada para la madre
- fortalecimiento de los vínculos afectivos (la importancia del contacto piel a piel y la lactancia materna temprana, como los principales factores que permiten el establecimiento de vínculo afectivo)
- la autoestima y el autocuidado

- la importancia de la actividad física progresiva para promover la recuperación del tono muscular de la mujer y de la actividad de la vida diaria (por ejemplo con paseos diarios)
- las diferentes formas de violencia de género y sexual y los mecanismos de denuncia de las mismas
- información sobre los hábitos de sueño y descanso

Entregar el registro de nacido vivo y promover que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata.

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 necesidades y expectativas (las mujeres con antecedentes de morbilidad materna extrema, y adolescentes menores de 15 años, son prioritarias para anticoncepción post-evento obstétricos).
- Describir todos los métodos anticonceptivos comenzando por los más efectivos y recomendados en postevento obstétrico, sin omitir ningún método. (Incluye mecanismo de acción, efectividad, duración, modo de uso, efectos secundarios y beneficios; despejar dudas sobre mitos frente al uso de Anticonceptivos). Para esto se adoptan criterios médicos de elegibilidad de la OMS vigentes para condiciones médicas especiales
- Acompañar a la consultante en el desarrollo de la elección informada (permitir que se elija el método más adecuado de acuerdo con los elementos brindados en la consejería).
- Diligenciar, de acuerdo con normas institucionales, el formato de consentimiento informado y la historia clínica de anticoncepción.
- Suministrar anticonceptivos, antes del alta hospitalaria si bajo decisión informada se ha optado por ello:
  - Inserción de DIU posparto según elección de la mujer y criterios de elegibilidad. Realizar procedimiento de acuerdo con el protocolo.
  - Realización de procedimiento de oclusión tubárica bilateral.
  - Aplicación de implante subdérmico de progestina
  - Suministro y colocación de inyección de Acetato de Medroxiprogesterona
  - Entrega de método hormonal oral de solo Progestina127, 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.

- La IPS hospitalaria entregará como parte de la atención del puerperio los métodos anticonceptivos elegidos con una cobertura de al menos 3 meses, siempre con la orden de control ambulatorio de acuerdo con el método elegido.
- Informar a la usuaria sobre los signos de alarma frente al uso del método, manejo en casa de posibles efectos secundarios y cuándo regresar a consulta de control.
- Hay que recordar que los métodos anticonceptivos no protegen contra VIH/SIDA y otras ITS. proveer condones y resaltar la necesidad de doble protección.
- Recordar la posibilidad de uso de anticoncepción de emergencia en caso de:
  - Relación sexual sin uso de un método anticonceptivo
  - Uso incorrecto de un método anticonceptivo
  - Ruptura, filtración, deslizamiento o retención del condón masculino
  - Desplazamiento o retiro temprano del condón masculino
  - Expulsión total o parcial del dispositivo intrauterino.
  - Relaciones en el período fértil sin protección
  - Olvido de una o varias dosis anticonceptivas
  - En caso de violencia sexual, si la mujer no está usando un método anticonceptivo.

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

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

En caso de presentarse algún tipo de emergencia obstétrica durante o después de la atención del parto se deberán activar los mecanismos y actividades establecidas en el protocolo (Anexo 8).

## 8. EVALUACION

La evaluación del cumplimiento del manual se realizará mediante:

- Aplicación del formato de lista de chequeo para la atención del parto (anexo 9)
- Aplicación del formato de lista de chequeo para del recién nacido (anexo 11)
- Aplicación del formato de lista de chequeo para la atención del puerperio (anexo 10)
- Aplicación del formato de pre y post test para la atención del parto (anexo 12)
- Aplicación del formato de pre y post test para la atención del recién nacido (anexo 13)
- Aplicación del formato de pre y post test para la atención del puerperio (anexo 14)

## 9. ANEXOS

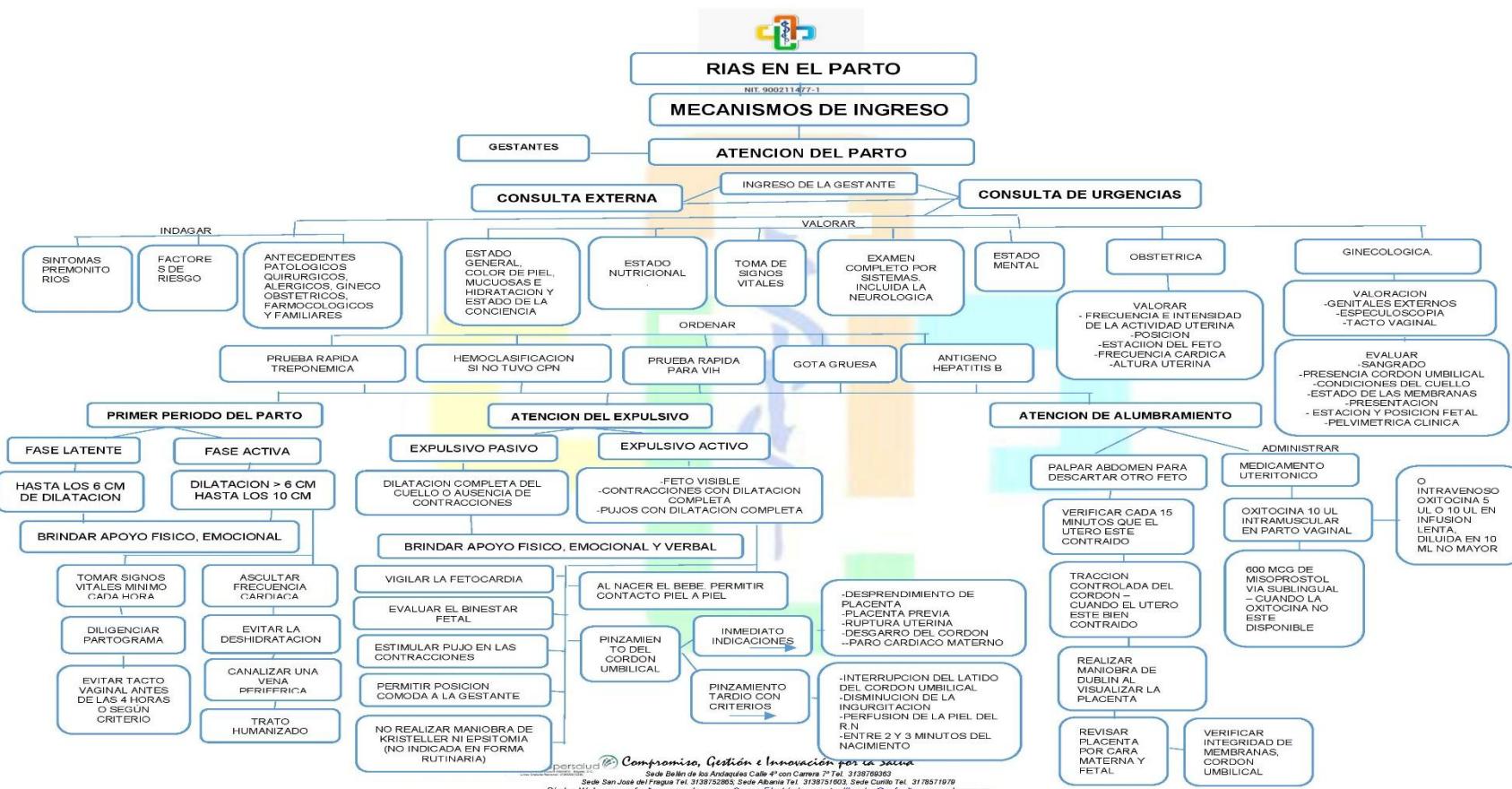
- Anexo 1. Clasificación Triage obstétrico
- Anexo 2. AS-AU-ADP-F007\_FORMATO ESCALA OBSTETRICA ALERTA TEMPRANA
- Anexo 3. AS-AU-ADP-F011\_FORMATO PARTOGRAMA CLAP
- Anexo 4. AS-AU-ADP-F003\_FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCION DE PARTO VAGINAL
- Anexo 5. AS-AU-ADP-PT001\_PROTOCOLO DE INDICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA Y EPISIORRAFIA
- Anexo 6. AS-AU-ADP-F002\_FORMATO SEGUIMIENTO POST PARTO
- Anexo 7. AS-AU-ADP-F008\_FORMATO DE SEGUIMIENTO HEMORRAGIA
- Anexo 8. AS-AU-ADP-PT002\_PROTOCOLO EMERGENCIA OBSTETRICA
- Anexo 9. AS-AU-ADP-F004\_LISTA DE CHEQUEO PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO
- Anexo 10. AS-AU-ADP-F005\_LISTA DE CHEQUEO PARA LA ATENCION PUEPERIO
- Anexo 11. AS-AU-ADP-F006\_LISTA DE CHEQUEO PARA EL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO
- Anexo 12. AP-GTH-FCI-F001\_FORMATO DE PRE O POST TEST\_Atencion al parto
- Anexo 13. AP-GTH-FCI-F001\_FORMATO DE PRE O POST TEST\_RECEN NACIDO
- Anexo 14. AP-GTH-FCI-F001\_FORMATO DE PRE O POST TEST\_ATENCIO\_PUEPERIO.
- Anexo 15. AS-AU-ADP\_PT003\_PROTOCOLO DE MANEJO DE REANIMACIÓN O CÓDIGO AZUL PEDIÁTRICA Y NEONATAL
- Anexo 16. Ruta de Atención en el parto
- Anexo 17. Ruta de Atención del recién nacido
- Anexo 18. Ruta de Atención del puerperio

- Anexo 1. Clasificación Triage obstétrico

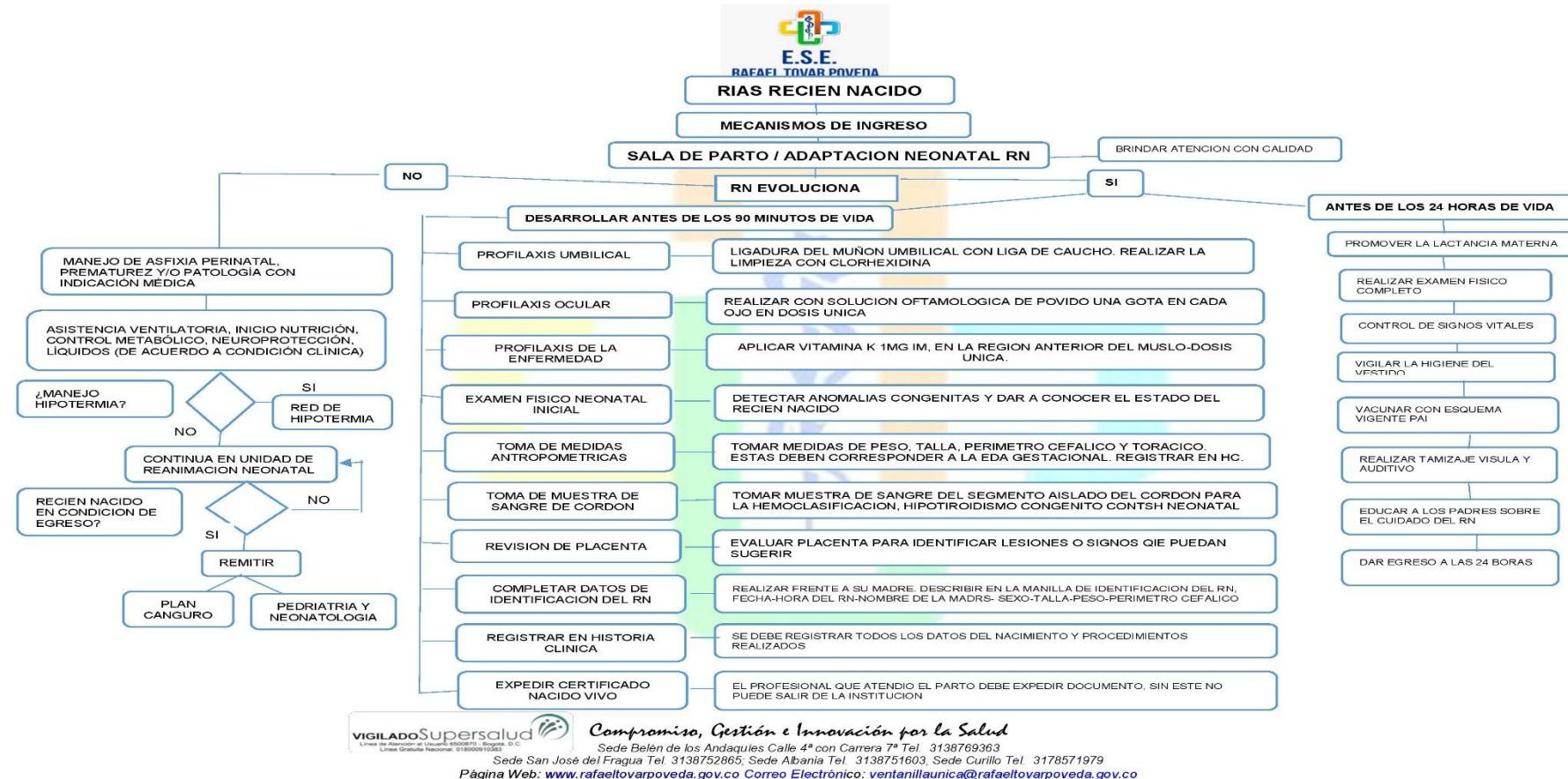
CLASIFICACIÓN TRIAGE OBSTÉTRICO		
CATEGORÍA	DEFINICIÓN	TIEMPO DE ATENCIÓN
TRIAGE I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo de parto en fase expulsiva o actividad uterina con sensación de pujo.</li> <li>• Trabajo de parto en fase activa con antecedente de cirugía uterina o antecedente de presentación distóica.</li> <li>• Tensión arterial sistólica mayor o igual de 160 mmHg o diastólica mayor 110 mmHg o convulsiones y/o amaurosis súbita o estado de coma, alteraciones del estado de la conciencia, epigastralgia severa asociado al embarazo a partir de la semana 20.</li> <li>• Sangrado vaginal con inestabilidad hemodinámica (PAS &lt; 90 mmhg, FC &lt; 40 lpm o &gt; 130 lpm. FR &lt; 10 o &gt; 35 rpm.</li> <li>• Sangrado obstétrico con o sin compromiso fetal, pre o posparto con inestabilidad hemodinámica (PAS &lt; 90 mmhg, FC &lt; 40 lpm o &gt; 130 lpm. FR &lt; 10 o &gt; 35 rpm.</li> <li>• Hemorragia del 2° y 3° trimestre del embarazo.</li> <li>• Ruptura de membranas obstétricas con prolusión de cordón a partir de la semana 20.</li> <li>• Ausencia de movimientos fetales.</li> <li>• Trauma de tórax y/o abdomen en la embarazada.</li> <li>• Abuso sexual &lt; 72 hrs.</li> <li>• Temperatura &gt; 39°C o &lt; 35°C.</li> <li>• Amenaza de parto pretermino &lt; 34 semanas de gestación.</li> </ul>	Paciente que presenta una condición que amenaza la vida de la madre y el feto que requiere una atención <b>INMEDIATA</b> .
TRIAGE II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trauma en genitales externos o internos con lesión anatómica que requiere corrección o acompañado de sangrado o hematoma.</li> <li>• Disminución de movimientos fetales.</li> <li>• Sintomatología urinaria acompañada de compromiso (FC &gt; 90 lpm, FR &gt; 20 rpm, T &gt; 38.3°C).</li> <li>• Trabajo de parto fase activa en embarazo a término (37 a 40 semanas de gestación).</li> <li>• Dolor tipo contracción uterina antes de la semana 37 con actividad uterina regular.</li> <li>• Trastornos hipertensivos no complicados (PAS <math>\geq</math> 140 a 160 mmHg y/o PAD <math>\geq</math> 90 a 110 mmHg).</li> <li>• Dismenorrea incapacitante, (escala de dolor mayor de 8).</li> <li>• Dolor pélvico agudo, con escala de dolor mayor de 8, sin sangrado.</li> <li>• Sangrado obstétrico de 1° sin inestabilidad hemodinámica.</li> </ul>	Condición que presenta una amenaza potencial para la vida o pérdida de una extremidad u órgano si el paciente no recibe una intervención médica rápida. requiere atención antes de <b>VEINTE 20 MINUTOS</b> .

<b>TRIAGE III</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dolor severo en mamas asociado a síntomas locales relacionado con el embarazo o puerperio.</li> <li>Dolor pélvico moderado.</li> <li>Sangrado genital anormal. En edad reproductiva con o sin amenorrea sin inestabilidad hemodinámica.</li> <li>Cualquier paciente de alto riesgo obstétrico, teniendo en cuenta el motivo de la consulta, cambiará la clasificación.</li> <li>Embarazo o cualquier posparto febril.</li> <li>Dolor perineal moderado (escala de dolor 5 a 7) asociado a síntomas locales y masa.</li> <li>Hiperemesis gravídica con o sin deshidratación.</li> </ul>	Condiciones médicas que pueden progresar a problemas serios que amenacen la vida o extremidades, dolor moderado requiere analgesia y su tiempo de atención no puede ser mayor a <b>SESENTA (60) minutos.</b>
<b>TRIAGE IV</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trastornos menstruales no asociados a embarazos.</li> <li>Amenorrea.</li> <li>Dismenorrea no incapacitante.</li> <li>Leucorrea.</li> <li>Galactorrea.</li> <li>Cefalea sin banderas rojas.</li> <li>Edema de miembros inferiores.</li> </ul>	Condiciones médicas agudas, pero no comprometen el estado general del paciente y no presenta un riesgo evidente para la vida o pérdida de extremidad; existe riesgo de complicación o secuela de la enfermedad o lesión si no recibe atención de urgencias dolor moderado (EVA 4-7) y su atención no debe ser mayor a las <b>3 HORAS.</b>
<b>TRIAGE V</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consultas por trámites administrativos.</li> </ul>	Serán derivadas por consulta externa o prioritaria según sea el caso.

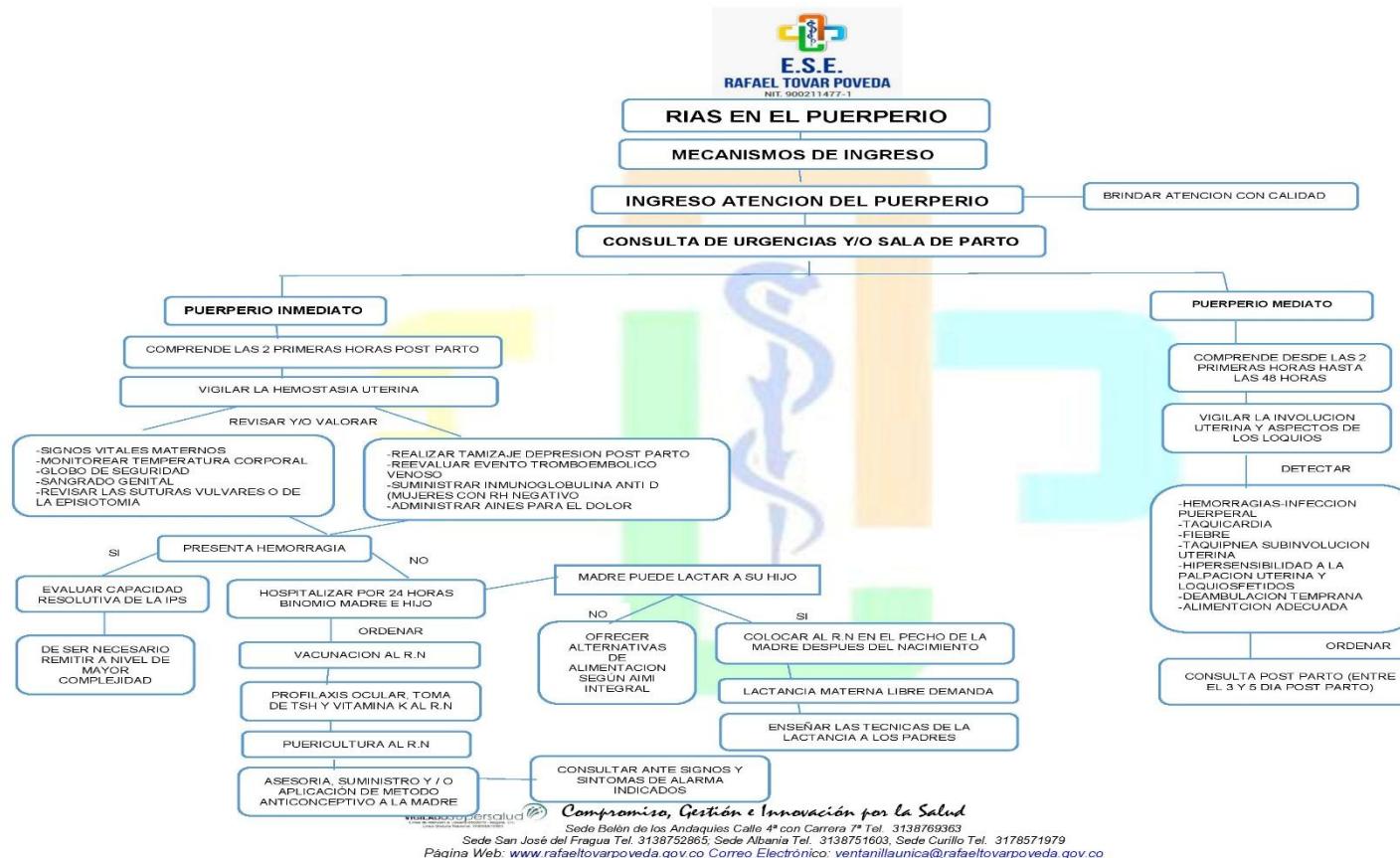
## • **ANEXO 16. Ruta de Atención en el parto**



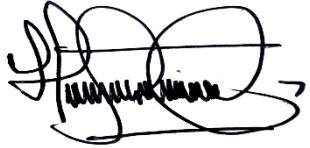
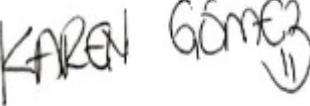
• **ANEXO 17. Ruta de Atención del recién nacido**



- Anexo 18. Ruta de Atención del puerperio**



## 10. CONTROL DE CAMBIOS

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	Descripción del Cambio	Fecha de aprobación
1	Creación del documento	Nov-2024
Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
		
Firma:	Firma:	Firma:
Nombre: <b>HERNAN SIERRA CASTILLO</b> Cargo: Profesional de Gestión documental calidad	Nombre: KAREN JOHANA GOMEZ ZUÑIGA Cargo: Coordinadora de Salud Pública	Nombre VIVIANA TERESA MONTOYA MEJIA Cargo: Coordinadora Asistencial