

PROTOCOLO DE ATENCIÓN SEGURA GESTANTE RECIEN NACIDO



**HOSPITAL
DE LA CEJA**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Acá te
cuidamos
con amor

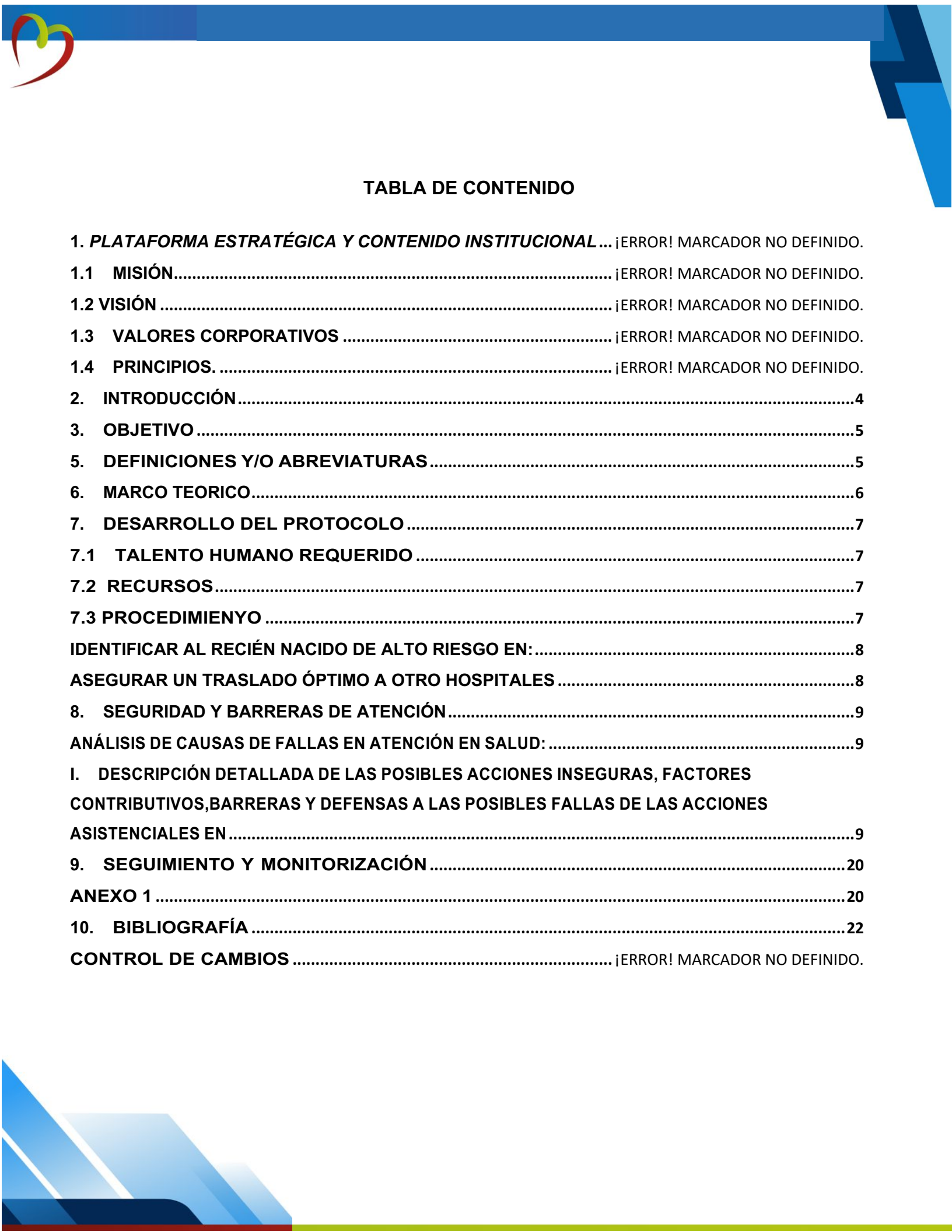


TABLA DE CONTENIDO

1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA Y CONTENIDO INSTITUCIONAL ... ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

1.1 MISIÓN..... ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

1.2 VISIÓN ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

1.3 VALORES CORPORATIVOS ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

1.4 PRINCIPIOS. ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

2. INTRODUCCIÓN.....4

3. OBJETIVO5

5. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS.....5

6. MARCO TEORICO.....6

7. DESARROLLO DEL PROTOCOLO7

7.1 TALENTO HUMANO REQUERIDO7

7.2 RECURSOS.....7

7.3 PROCEDIMIENYO7

IDENTIFICAR AL RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO EN:.....8

ASEGURAR UN TRASLADO ÓPTIMO A OTRO HOSPITALES8

8. SEGURIDAD Y BARRERAS DE ATENCIÓN.....9

ANÁLISIS DE CAUSAS DE FALLAS EN ATENCIÓN EN SALUD:9

**I. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS POSIBLES ACCIONES INSEGURAS, FACTORES
CONTRIBUTIVOS,BARRERAS Y DEFENSAS A LAS POSIBLES FALLAS DE LAS ACCIONES
ASISTENCIALES EN**9

9. SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN20

ANEXO 120

10. BIBLIOGRAFÍA22

CONTROL DE CAMBIOS ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.



1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA Y CONTENIDO INSTITUCIONAL

1.1 MISIÓN

En la Empresa Social del Estado Hospital La Ceja, brindamos servicios de salud con calidad y seguridad, con un talento humano competente, con vocación de servicio, mediante un modelo de atención cercano a la comunidad y centrado en el ser, comprometidos con el mejoramiento continuo, la responsabilidad social, manteniendo el equilibrio financiero, aportando al bienestar de la población y a la formación del personal de salud

1.2 VISIÓN

A 2030 seremos un hospital con reconocimiento en La Ceja y el oriente antioqueño, por nuestra excelencia en la prestación de servicios de salud

1.3 OBJETIVOS CORPORATIVOS

- Mejorar la infraestructura y tecnología Institucional gestionando los recursos requeridos para adecuarla al desarrollo empresarial
- Fortalecer los procesos con atributos de calidad mediante el compromiso y la cultura del mejoramiento continuo para brindar servicios con calidad y Calidez generando confianza y fidelización en el usuario
- Formular e implementar un modelo de atención integral, equitativo, respetuoso y participativo, centrado en el ser y cercano a la comunidad, basado en la estrategia de atención primaria en salud y en la diversificación de la prestación de sus servicios, para lograr la corresponsabilidad del usuario, el posicionamiento en el sector y el mejoramiento del bienestar de la población.
- Disponer de un talento humano con competencias y responsabilidad social para el desarrollo del modelo de atención formulado, mediante el fortalecimiento de una vocación del servicio honesta y responsable, habilidades de atención al público, el trabajo en equipo y las competencias técnicas, para la innovación e implementación del modelo de atención con calidad y calidez, centrado en el ser y cercano a la comunidad en un buen ambiente laboral

1.4 PRINCIPIOS Y VALORES CORPORATIVOS.



Principios:

- Atención centrada en el ser
- Vocación de servicio
- Trabajo en equipo
- Mejoramiento continuo

Valores

- Compromiso
- Responsabilidad
- Respeto
- Honestidad
- Solidaridad

2. INTRODUCCIÓN

El cuidado prenatal y neonatal es de vital importancia para asegurar un inicio saludable en la vida de la madre y su bebé. El Protocolo de Atención a la Gestante y Recién Nacido es una guía fundamental que busca optimizar la asistencia médica durante el embarazo, parto y el periodo postnatal temprano. Este protocolo se ha desarrollado para garantizar la atención integral, oportuna y segura de las mujeres embarazadas y sus recién nacidos, proporcionando las bases para una atención de calidad respaldada por la evidencia científica más actualizada.

La implementación de este protocolo involucra a todo el personal médico y de salud, desde los profesionales especializados hasta el personal auxiliar, con el objetivo de establecer una atención coordinada y multidisciplinaria que contribuya a disminuir los riesgos y complicaciones durante el proceso de gestación y el nacimiento.

En esta guía, se describirán las etapas clave del embarazo, las pruebas diagnósticas recomendadas, las intervenciones médicas necesarias, así como los cuidados esenciales para el recién nacido durante las primeras horas y días de vida. Se hará especial hincapié en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la detección temprana de posibles complicaciones y la atención centrada en la madre y el bebé.

Asimismo, se destacarán las prácticas y recomendaciones respaldadas por organismos de salud reconocidos internacionalmente, con el objetivo de ofrecer una atención basada en las mejores prácticas médicas y científicas. La seguridad y el bienestar de la gestante y el recién nacido serán



siempre nuestra prioridad.

En última instancia, este protocolo representa un compromiso con la excelencia en la atención perinatal y neonatal, así como un esfuerzo continuo por mejorar la calidad de vida de las madres y sus hijos desde el inicio de esta maravillosa etapa de la vida. Solo a través de una atención integral y colaborativa podremos asegurar un futuro saludable para las nuevas generaciones.

Esperamos que esta guía sea de gran utilidad para todos los profesionales de la salud involucrados en la atención de gestantes y recién nacidos, y que juntos podamos trabajar en pos de la salud materno-infantil, brindando un cuidado de calidad, empático y seguro para todas las familias.

3. OBJETIVO

Desarrollar acciones seguras que protejan el bienestar del binomio madre – hijo

4. ALCANCE

La aplicación del protocolo contempla desde la oferta del programa de Planificación Familiar hasta el seguimiento e inscripción del neonato al programa de Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano .

POBLACIÓN OBJETO

Mujeres en edad fértil y gestantes

5. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

Atención Prenatal: Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos que están destinados a prevenir, diagnosticar y tratar los factores de riesgo del embarazo y del parto.

Embarazo: Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto

Riesgo Obstétrico: Toda característica presente en la mujer o en su entorno que puede complicar la evolución del embarazo, el desarrollo del parto y el puerperio, que pueda alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto.

Parto: Es la expulsión de un feto vivo o muerto y sus anexos. En condiciones normales el parto ocurre



cuando el feto ha cumplido integralmente el ciclo de su vida intrauterina y la grávida ha llegado al término de su embarazo.

Puerperio: Es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas) o 40 días para que el cuerpo materno—incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino— vuelvan a las condiciones pre gestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo.

6. MARCO TEORICO

El cuidado prenatal y neonatal es un aspecto crítico para garantizar la salud y el bienestar tanto de la gestante como del recién nacido. La implementación de un Protocolo de Atención Segura a la Gestante y Recién Nacido se fundamenta en la necesidad de estandarizar prácticas clínicas basadas en la evidencia científica, promoviendo una atención integral, oportuna y segura durante todo el proceso de gestación, parto y el periodo postnatal temprano.

Contexto de la Atención Perinatal:

El embarazo es un periodo de cambios fisiológicos y emocionales en la vida de la mujer. La atención prenatal adecuada se asocia con mejores resultados para la salud materna y neonatal. En este marco teórico, se revisarán estudios e investigaciones que resalten la importancia de una atención perinatal adecuada y la reducción de complicaciones mediante la aplicación de un protocolo de atención seguro.

Efectividad de los Protocolos de Atención en Salud:

Se examinarán investigaciones y datos que respalden la efectividad de los protocolos de atención en la mejora de resultados en salud, así como en la reducción de riesgos y complicaciones durante el embarazo y el parto. Se destacarán ejemplos de protocolos implementados en otros países y sus impactos positivos en la disminución de la morbilidad materna y neonatal.

Componentes Esenciales del Protocolo de Atención Segura:

Este apartado se centrará en identificar y describir los componentes fundamentales del protocolo de atención a la gestante y recién nacido. Se abordarán temas como:

- a. Evaluación y seguimiento prenatal: Importancia de las consultas prenatales regulares, pruebas de diagnóstico, y detección temprana de factores de riesgo.
- b. Atención durante el trabajo de parto y el parto: Manejo adecuado del proceso de parto, opciones de analgesia, intervenciones obstétricas, monitoreo fetal, entre otros aspectos.
- c. Atención postnatal temprana: Cuidados esenciales para el recién nacido, promoción de la



lactancia materna, evaluación neonatal y seguimiento de la salud de la madre.

Seguridad del Paciente en Atención Perinatal:

En este apartado, se analizarán los principios y herramientas relacionadas con la seguridad del paciente en el contexto de la atención perinatal. Se hará hincapié en la importancia de la comunicación efectiva entre el personal médico y de salud, la prevención de errores y la gestión adecuada de situaciones de emergencia.

Factores Sociales y Culturales en la Atención Perinatal:

La atención a la gestante y recién nacido no puede abordarse de manera aislada de su contexto social y cultural. Se explorará cómo los factores socioculturales pueden influir en la percepción y acceso a los servicios de salud, y cómo un protocolo de atención seguro debe adaptarse y ser sensible a las necesidades culturales y contextuales de la población atendida.

7. DESARROLLO DEL PROTOCOLO

7.1 TALENTO HUMANO REQUERIDO

- Médico
- Auxiliar de Enfermería
- Odontólogo

7.2 RECURSOS

No Aplica

7.3 PROCEDIMIENTO

- Identificar al recién nacido de alto riesgo.
- Conocer y aplicar los principales protocolos de manejo en neonatología.
- Asegurar un traslado óptimo a otra unidad.
- Normas de seguridad institucional.
- Verificar con lista de chequeo los insumos necesarios para el manejo de emergencias obstétricas(kits de emergencia. obstétrica)
- Verificar con lista de chequeo los insumos y dispositivos necesarios para la atención del parto.
- Elaborar partograma a toda materna en trabajo de parto.



- Conocer y valorar los factores de riesgo del binomio materno-fetal y detectar oportunamente el sufrimiento fetal.
- Verificar antes del nacimiento la existencia de material y equipo para enfrentar cualquier situación imprevista.
- Valorar el estado de salud integral del RN: mediante exploración física, valoración de Apgar y Silverman.
- Identificar oportunamente mediante una exploración física completa las anomalías congénitas y adoptar las medidas correspondientes.
- Realizar las maniobras de evaluación y corrección para asegurar una buena vía aérea, ventilación y circulación.
- Informar al familiar las condiciones de salud del RN y obtener el consentimiento informado para procedimientos subsecuentes.
- Documentar la atención médica prestada.

IDENTIFICAR AL RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO EN:

- Madre con toxemia gravídica (preclampsia y eclampsia) o Diabetes mellitus
- Ruptura prematura de membranas o placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- Isoimmunización materno-fetal.
- Madre con antecedentes de aborto y muerte fetal.
- Madres con adicciones.
- Madre con productos de bajo peso o con desnutrición o enfermedades intercurrentes .
- Anomalías congénitas o Infección materna (TORCHS, vulvovaginitis, corioamnionitis, IVU y VIH)
- Madre sin control prenatal.

ASEGURAR UN TRASLADO ÓPTIMO A OTRO HOSPITALES

- Realizar las maniobras necesarias para estabilizar al recién nacido antes de su traslado.
- Establecer comunicación con la unidad receptora que cuente con los recursos necesarios para recibir.
- Garantizar la participación de un médico o personal de salud calificado durante el mismo.
- Contar con el transporte, insumos y equipo necesarios para asegurar la vía aérea, oxigenación, acceso vascular y control de la T° durante su traslado en incubadora.
- Elaborar y enviar la documentación de traslado, y detallar la evolución clínica, tto. administrado, e incidentes ocurridos. Adjuntar exámenes de laboratorio realizado.
- Comunicar a los padres, y exponerles las razones del traslado, con explicaciones claras acerca del diagnóstico, riesgo de traslado, y posibles medidas terapéuticas.





- Favorecer que el familiar vaya a la Institución de destino.
- Documentar la atención médica durante el traslado en ambulancia

8. SEGURIDAD Y BARRERAS DE ATENCIÓN

Análisis de causas de fallas en atención en salud:

Con el fin de disminuir la mortalidad en menores de cinco (5) años, así como la de mujeres relacionada con el embarazo y el parto, se presentan a continuación, tanto las fallas activas (acciones inseguras) como las fallas latentes más frecuentes en la atención a la madre y el recién nacido y las prácticas seguras para mitigar el riesgo de errores en la atención.



i. Descripción detallada de las posibles acciones inseguras, factores contributivos, barreras y defensas a las posibles fallas de las acciones asistenciales

ACCIONES INSEGURAS	FACTORES CONTRIBUTIVOS	
Atención de la materna en un nivel de complejidad inferior al	TAREA Y TECNOLOGÍA	• Inexistencia, desactualización o no socialización de Protocolos institucionales basados en la evidencia. • No claridad en el flujograma de remisión de gestantes. • Subestimación del riesgo. • Inexistencia o deficiencia de Medios de transporte



necesitado	PACIENTE	• Patología, personalidad, edad, genero, nombre. • Discapacidades. • Creencias religiosas. • Problemas psicológicos. • Hábitos de alimentación. • No reconocimiento del problema de salud. • Desconocimiento de los derechos en salud sexual y reproductiva • Factores económicos que dificultan la toma de decisión de acudir a la institución de salud directamente. • Factores culturales que influyen para que la paciente no acuda a losservicios de salud.
	INDIVIDUO	• Personal no idóneo. • Incapacidad del personal médico y paramédico para reconocer lasemergencias obstétricas. • No adherencia a las tareas y estrategias de seguimiento individual y comunitario para lograr las estrategias de tratamiento. • No adherencia del personal a protocolos, Guías de Práctica Clínica. • No adherencia al control prenatal temprano (calificación evidencia: ⊕⊕⊕⊕ moderado
	EQUIPO	• Comunicación verbal y escrita Inadecuada o inexistente. • Comunicación vertical y horizontal Inadecuada o inexistente. • No supervisión ni disponibilidad de soporte técnico, humano, seafamiliar, comunitario o personal de salud. • Inadecuada o inexistente estructura del equipo de trabajo(congruencia, consistencia, etc). • No identificación e Integración de todas las áreas de comunicación. • No generación de sinergias para el trabajo en equipo



	AMBIENTE	• Insuficiente cantidad de personal. • Ambiente físico en condiciones deficientes (luz, ruido, espacios). • Dificultad en el acceso por circunstancias geográficas o de orden público
--	-----------------	---

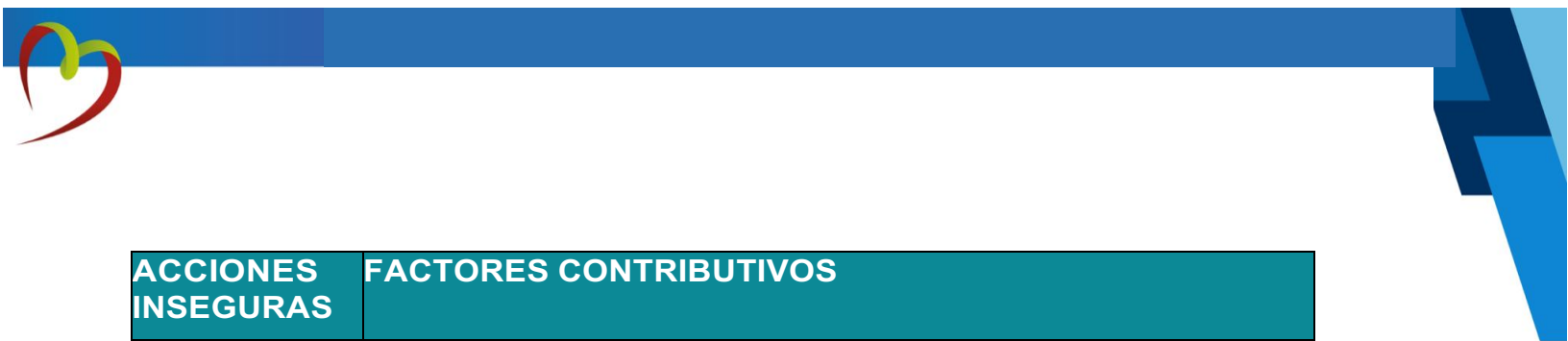
Atención de la materna en un nivel de complejidad inferior al necesitado	BARRERAS Y DEFENSAS	
	INDIVIDUO PACIENTE	• Identificación de signos de alarma. • Aplicar listas de chequeo, protocolos (calificación evidencia: ⊕⊕⊕ moderado), manuales, instructivos y realizar gestión documental. • Lista de IPS de referencia actualizada. • Educar a las gestantes y a su red de apoyo familiar sobre el momento apropiado para buscar ayuda cuando se presenten complicaciones y a dónde dirigirse.

	ADMINISTRATIVAS	• Crear una cultura de Seguridad. • Personal suficiente y entrenado. • Supervisión del proceso de referencia de paciente. • Mejorar los sistemas de referencia de pacientes de la comunidad a los establecimientos de salud. • Mejorar la comunicación entre las unidades que proporcionan atención médica para que exista mayor remisión o referencia de pacientes. • Asegurar que las pacientes reciban la debida atención de calidad durante el parto
	NATURALES	• Distancia de las IPS de mayor complejidad para la referencia de pacientes
	TAREA TECNOLÓGICA	• Identificar completa y correctamente a la mujer, con riesgo. • Identificar los centros de remisión de gestantes y neonatos. • Lista de IPS con números telefónicos. • Medios de transporte. • Procesos Asistenciales integrados.



ACCIONES INSEGURAS	FACTORES CONTRIBUTIVOS	
Identificación inadecuada de factores de riesgo en el control prenatal	ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	• Niveles de atención que no garantizan en forma permanente los servicios que se habilitan o acreditan
	PACIENTE	• No reconocimiento del problema de salud. • Desconocimiento de los derechos en salud sexual y reproductiva). • Factores económicos que dificultan la toma de decisión de acudir a la institución de salud directamente. • Factores culturales que influyen para que la paciente no acuda a los servicios de salud
	TAREA Y TECNOLOGÍA	• Tiempo insuficiente de consulta médica. • Carencia de historia clínica en red. • Carencia de historia clínica específica par la mujer gestante.
	INDIVIDUO	• Interrogatorio incompleto. • Inadecuada formación de personal de primer nivel. • Carencia de motivación en la importancia de identificar el riesgo
	AMBIENTE	• Dificultad en el acceso por circunstancias geográficas o de orden público

	BARRERAS Y DEFENSAS	
Identificación inadecuada de factores de riesgo en el control prenatal	INDIVIDUO	• Garantizar la calidad de la historia clínica y la exploración física para la identificación oportuna de factores de riesgo.
	TAREA	• Motivación al personal acerca del adecuado diligenciamiento de la historia clínica. • Optimización del tiempo de consulta de acuerdo al nivel de complejidad y primera consulta. • La consulta de primera vez con medicina general o especializada debería ser de 30 minutos, los controles de 20 minutos. • Implementación de la consulta preconcepcional
	TECNOLOGÍA	• Establecer formatos preestablecidos de obligatorio diligenciamiento, historia clínica digital y en red



ACCIONES INSEGURAS	FACTORES CONTRIBUTIVOS	
No promover la planificación familiar, especial en pacientes con patologías de riesgo Inadecuada cobertura de planificación familiar	PACIENTE	• Cultura del paciente. • Creencias religiosas. • Falta de conciencia de su patología
	TAREA Y TECNOLOGÍA	• Ausencia de un programa de planificación familiar estructurado según las necesidades de los usuarios. • Carencia de material didáctico para apoyo en la consulta
	INDIVIDUO	• Información inadecuada a la paciente del riesgo. • Falta de motivación del personal de salud para la promoción de la planificación familiar. • Omisión en la aplicación de directrices del programa de planificación familiar.
	AMBIENTE	• Cultura organizacional inadecuada que no genera compromiso con la realización de la labor
	EQUIPO	• Inadecuada comunicación en el equipo de trabajo

No promover la planificación familiar, especial en pacientes con patologías de riesgo Inadecuada cobertura de planificación	BARRERAS Y DEFENSAS	
	INDIVIDIO	• Establecer estrategias y canales de comunicación con la paciente • Aplicar directrices de los programas de planificación familia. • Motivar el acompañamiento de la pareja durante la consulta
	TAREA	• Información y motivación al personal médico. • Diseñar, socializar y actualizar programas de planificación familiar, prestando especial atención a poblaciones de riesgo

familiar	FÍSICAS	• Disponer material didáctico de apoyo para el programa y de consulta para los usuarios
----------	---------	---





ACCIONES INSEGURAS	FACTORES CONTRIBUTIVOS	
Omisión en la información a la paciente de las causas para interrupción voluntaria de la gestación (sentencia para interrupción voluntaria de la gestación)	PACIENTE	• Desconocimiento del paciente de su patología, deberes y derechos. • Cultura del paciente. • Creencias religiosas
	TAREA Y TECNOLOGÍA	• Ausencia de directrices para información de la sentencia de interrupción del embarazo. • Carencia de material didáctico para consulta del usuario
	INDIVIDUO	• Motivación insuficiente o desconocimiento por parte del personal para informar a las pacientes. • Omisión en la aplicación de directrices para informar la sentencia de interrupción del embarazo

Omisión en la información a la paciente de las causas para interrupción voluntaria de la gestación (sentencia para interrupción voluntaria de la gestación)	BARRERAS Y DEFENSAS	
	HUMANAS	• Mecanismos de comunicación con el paciente que le permitan conocer sus deberes, derechos y patología. • Aplicar directrices para informar la sentencia de interrupción de embarazo
	ADMINISTRATIVAS	• Formar y motivar al personal médico para informar la sentencia de interrupción del embarazo
	FISICAS	• Disponer material didáctico de apoyo para la consulta de los usuarios.

ACCIONES INSEGURAS	FACTORES CONTRIBUTIVOS	
Error en la remisión de pacientes.	PACIENTE	• Desconocimiento de signos de inicio de trabajo de parto y signos de alarma de complicaciones relacionadas con la gestación
	TAREA Y TECNOLOGÍA	• Protocolos de referencia y contra referencia / remisión y contra remisión desactualizados, no alineado con la red disponible o no socializados con el personal asistencial



	INDIVIDUO	• Desconocimiento del nivel de complejidad de las instituciones de referencia por parte del personal de salud. • Falta de adherencia al procedimiento de referencia y contra referencia / remisión y contra remisión. • Estrés. • Desconocimiento de los centros y niveles de referencia y contra referencia / remisión y contra remisión
--	------------------	---

Error en la remisión de pacientes.	BARRERAS Y DEFENSAS	
	HUMANAS	• Canales de comunicación con todo el personal de salud para el conocimiento de los niveles de atención de instituciones de la red de prestadores. • Aplicar las directrices del procedimiento de referencia y contra referencia / remisión y contra remisión. • Remitir, para atención en el nivel indicado de complejidad, a todas las gestantes que: requieran tratamiento y/o control médico especializado; con diagnóstico de patología asociada a la gestación. • Revisar y socializar con la gestante en cada control prenatal, y un mes antes de la fecha probable de parto, el plan escrito para el parto e identificación de complicaciones del embarazo.
	ADMINISTRATIVAS	• Asegurar que los programas de educación al trabajador incluyan componentes prácticos sobre la forma de responder a emergencias obstétricas. • Diseñar, actualizar y socializar un procedimiento de referencia y contra referencia / remisión y contra remisión. • Definir un programa de control prenatal que indique la remisión al nivel adecuado de complejidad a toda gestante que: requiera tratamiento y/o control médico especializado; con diagnóstico de patología asociada a la gestación.





		• Medición de la adherencia del personal al procedimiento de referencia y contra referencia / remisión y contra remisión • Asegurar que los programas de educación al trabajador incluyan componentes prácticos sobre la forma de responder a emergencias obstétricas.
--	--	--

	FÍSICAS	• Plan escrito para el parto e identificación de complicaciones durante el embarazo y el posparto
--	----------------	---

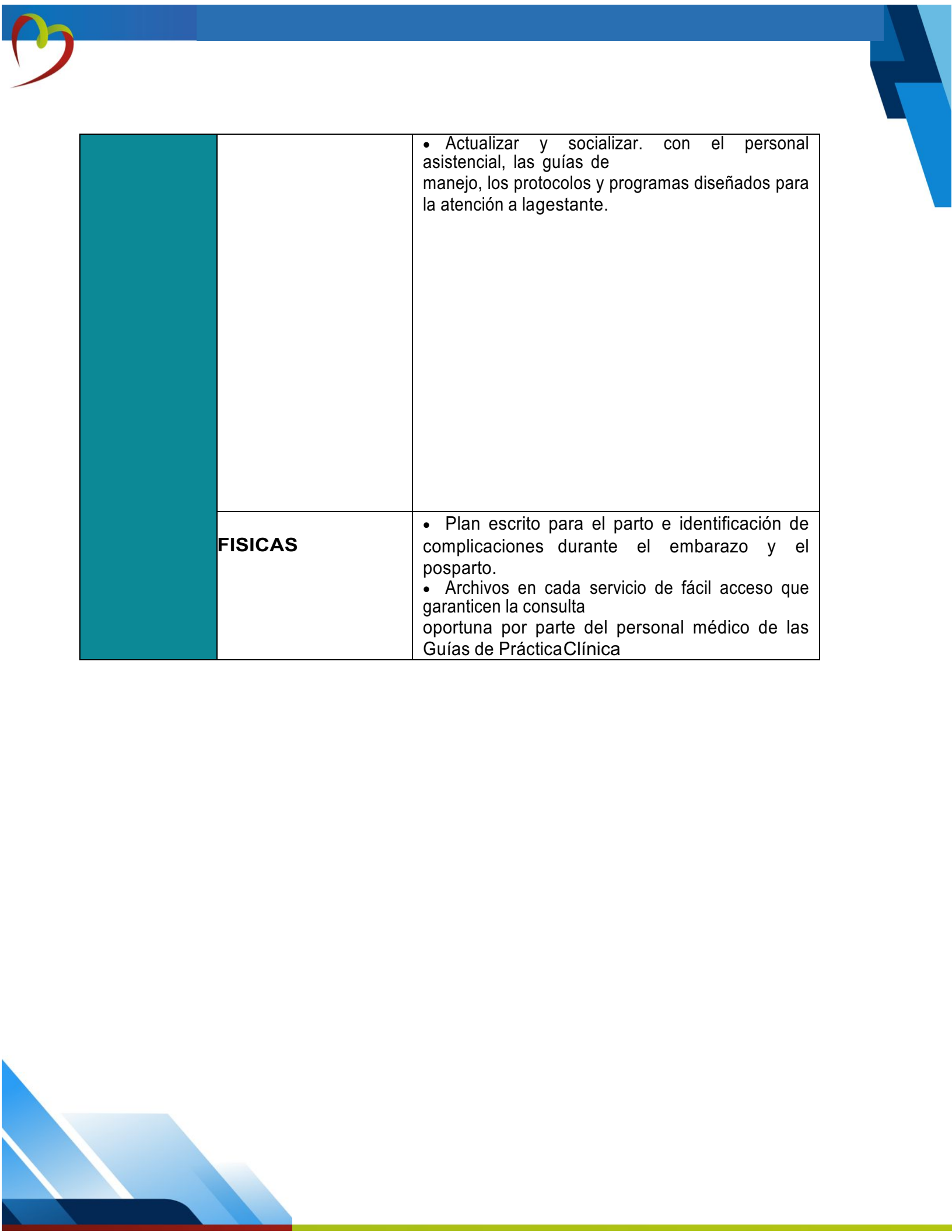
ACCIONES INSEGURAS	FACTORES CONTRIBUTIVOS	
	ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	• Problemas técnicos, logísticos y estructurales de la institución
	PACIENTE	• Desconocimiento de signos de inicio de trabajo de parto y signos de alarma de complicaciones relacionadas con la gestación
	TAREA Y TECNOLOGÍA	• Fallas en la supervisión del personal. • Guías de manejo, protocolos y programas para atención a la gestante desactualizados, no alineados con las necesidades de los usuarios o no socializados con el personal asistencial
	INDIVIDUO	• Brechas en la cultura de seguridad. • Omisión en la aplicación de directrices de guías de manejo, protocolos y programas para atención a la gestante

	BARRERAS Y DEFENSAS	
		• Aplicar las directrices de las Guías de Práctica Clínica para el manejo de las gestantes (calificación evidencia: ⊕⊕⊕ moderado). • Brindar información apropiada a todas las gestantes durante el embarazo, parto y puerperio sobre prevención y reconocimiento de



tratamiento de ETS (Standards for maternal and neonatal care. OMS 2007) - Omisión en la identificación de paciente de alto riesgo.	HUMANAS	enfermedades de transmisión sexual. • Realizar tamizaje para sífilis en el primer control prenatal y en el momento del parto. • Realizar tamizaje para VIH a toda paciente seropositiva para sífilis. • Remitir para atención en el nivel indicado de complejidad a todas las gestantes que: requieran tratamiento y/o control médico especializado; con diagnóstico de patología asociada a la gestación. • Revisar y socializar con la gestante en cada control prenatal, y un mes antes de la fecha probable de parto, el plan escrito para el parto e identificación de complicaciones del embarazo. • Entregar las órdenes para inmunización y micronutrientes. • Iniciar tratamiento con antirretrovirales para disminuir la transmisión vertical de HIV en pacientes con recuento CD4 mayor a 200 células/mm3
--	-----------------------	---

	ADMINISTRATIVAS	• Implementar modelo de historia clínica de acuerdo con la RIA de Materno – Perinatal. • Medición de adherencia a guías de manejo. • Fortalecer guías de manejo y protocolos de seguimiento en patologías de riesgo. • Creación de juntas médico quirúrgicas en casos especiales. • Definir un programa de control prenatal que establezca que toda gestante tenga como mínimo 4 controles prenatales por personal calificado antes del parto, valoración del riesgo psicosocial y odontología. • Definir un programa de control prenatal que indique la remisión, a un adecuado nivel de complejidad, a toda gestante que: requiera tratamiento y/o control médico especializado; con diagnóstico de patología asociada a la gestación. • Diseñar un programa de control prenatal que incluya indicación de tamizajes, inmunización y administración de micronutrientes para cada trimestre de la gestación.
--	-------------------------------	---



		• Actualizar y socializar. con el personal asistencial, las guías de manejo, los protocolos y programas diseñados para la atención a la gestante.
	FISICAS	• Plan escrito para el parto e identificación de complicaciones durante el embarazo y el posparto. • Archivos en cada servicio de fácil acceso que garanticen la consulta oportuna por parte del personal médico de las Guías de Práctica Clínica



ACCIONES INSEGURAS		FACTORES CONTRIBUTIVOS
Fallas en la reconciliación medicamentos.	PACIENTE	• Pluripatología y complejidad de las mismas. • Polimedicación o automedicación. • Condición del paciente al ingreso hospitalario
	TAREA Y TECNOLOGÍA	• Fallas en la supervisión del personal. • Cambios en el responsable (tratante) del paciente. • Factores relacionados con transición del paciente en los diferentes niveles de atención. • Falta de registros únicos de salud. • Guías de Práctica Clínica inexistentes, desactualizadas o no socializadas con el personal asistencial.
	INDIVIDUO	• Brechas en la cultura de seguridad. • No adherencia a Guías de Práctica Clínica

BARRERAS Y DEFENSAS	
Fallas en la reconciliación medicamentos.	HUMANAS • Explicar al paciente claramente los medicamentos que debe tomar, así como sus dosis y duración. • Aplicar las directrices del procedimiento de comparación de la medicación habitual consumida por el paciente y la prescrita en la institución de urgencias.
	ADMINISTRATIVAS • Fortalecimiento de la gestión clínica. • Diseñar, actualizar y socializar, con el personal asistencial, un procedimiento normalizado de comparación sistemática de medicación habitual consumida por el paciente y la prescrita en la institución de urgencias
	FÍSICAS • Listas de medicamentos que incluyan recomendaciones completas para consumo en casa.



9. SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN

El seguimiento y monitoreo a la efectividad de la gestión a la Maternidad segura se realiza haciendouse de indicadores descritos en el Anexo 1 del presente documento.

ANEXO 1

Ficha técnica de indicadores de seguimiento a la gestión a la maternidad segura.

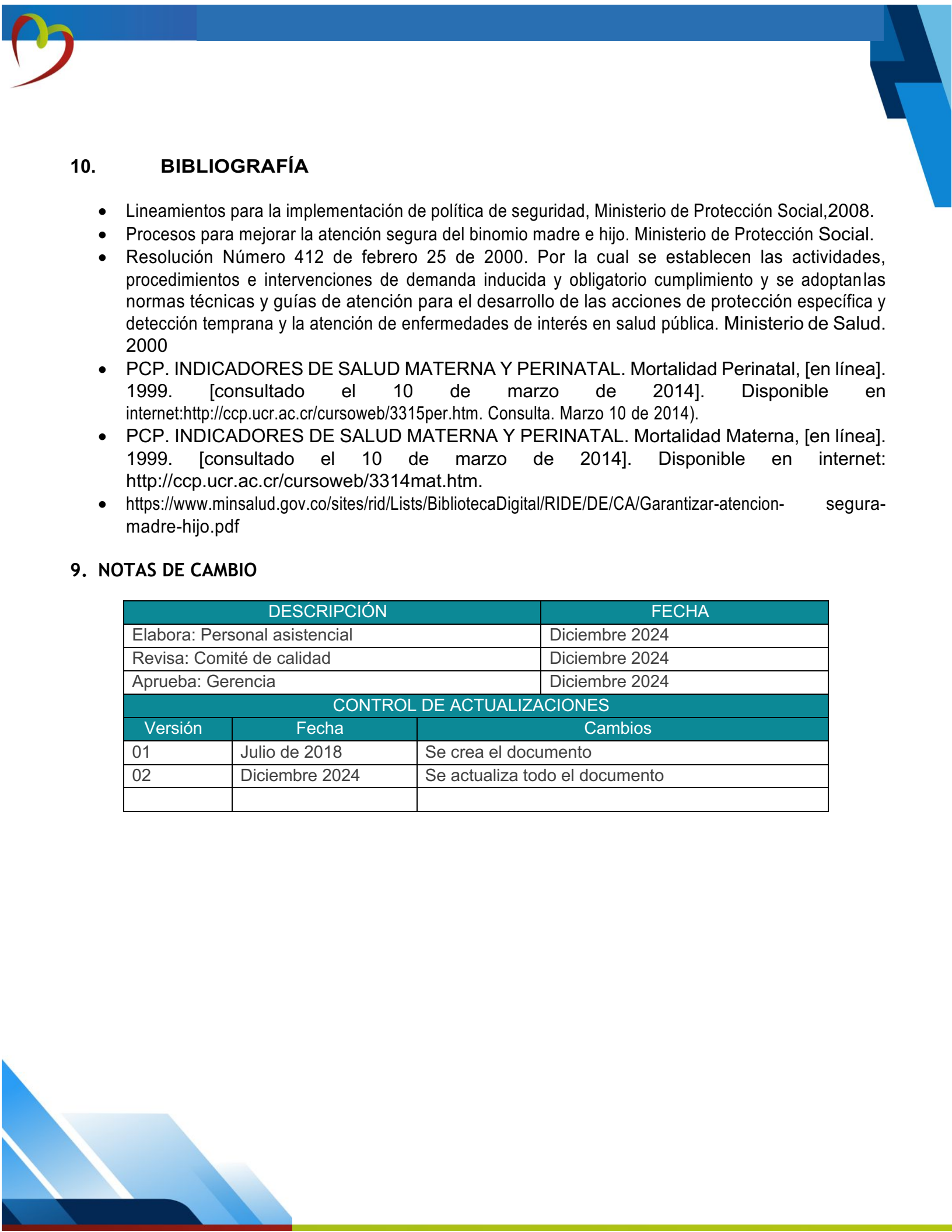
Nombre del Indicador:	Gestantes captada antes de la semana 12.
Mide:	Porcentaje de mujeres embarazadas inscritas en el Programa que ingresan a control prenatal antes de la semana 12 de gestación.
Formula:	$\frac{\text{Mujeres que ingresan a control prenatal antes de la semana 12 de gestación}}{\text{Total de mujeres que ingresan a control del embarazo}} \times 100$
Estándar	85%
Fuente:	Registros del Programa de promoción y prevención.
Periodicidad:	Trimestral
Responsable:	Coordinadora de vigilancia epidemiológica.

Nombre del Indicador:	Mortalidad Perinatal
Mide:	Refleja directamente la atención prenatal, intraparto y neonatal y por lo tanto sirve como demarcador de la calidad del servicio de salud materno-infantil. La tasa de mortalidad perinatal.
Formula:	$\frac{\text{Número de defunciones perinatales}}{\text{Número total de nacimientos}} \times 1000$
Estándar	Cero (0)
Fuente:	Enfermería.
Periodicidad:	Anual
Responsable:	Coordinadora de vigilancia epidemiológica y gestión del riesgo.




Nombre del Indicador:	Mortalidad Materna
Mide:	La razón de mortalidad materna mide el riesgo obstétrico una vez que la mujer queda embarazada. Corresponde al número de defunciones maternas por 100,000 mujeres en edad reproductiva definida como 15 a 44, 10 a 44 o 15 a 49 años.
Formula:	$\frac{\text{Todas las defunciones maternas ocurridas}}{\text{Total de Nacidos Vivos}} \times 100.000$
Estándar	Cero (0)
Fuente:	Registros del Programa de promoción y prevención.
Periodicidad:	Anual
Responsable:	Enfermería.





10. BIBLIOGRAFÍA

- Lineamientos para la implementación de política de seguridad, Ministerio de Protección Social,2008.
- Procesos para mejorar la atención segura del binomio madre e hijo. Ministerio de Protección Social.
- Resolución Número 412 de febrero 25 de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Ministerio de Salud. 2000
- PCP. INDICADORES DE SALUD MATERNA Y PERINATAL. Mortalidad Perinatal, [en línea]. 1999. [consultado el 10 de marzo de 2014]. Disponible en internet:<http://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/3315per.htm>. Consulta. Marzo 10 de 2014).
- PCP. INDICADORES DE SALUD MATERNA Y PERINATAL. Mortalidad Materna, [en línea]. 1999. [consultado el 10 de marzo de 2014]. Disponible en internet: <http://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/3314mat.htm>.
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar-atencion-segura-madre-hijo.pdf>

9. NOTAS DE CAMBIO

DESCRIPCIÓN		FECHA
Elabora: Personal asistencial		Diciembre 2024
Revisa: Comité de calidad		Diciembre 2024
Aprueba: Gerencia		Diciembre 2024
CONTROL DE ACTUALIZACIONES		
Versión	Fecha	Cambios
01	Julio de 2018	Se crea el documento
02	Diciembre 2024	Se actualiza todo el documento