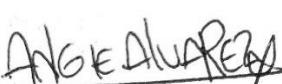
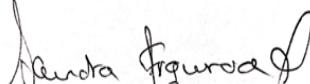


|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010                                 |
|   |   | Versión: 00  |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO Y<br/>ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES<br/>Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br><u>28 de julio de 2025</u> |
|   | Página: 1 de 30   |  |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| Elaboración:   | Revisión<br>Técnico/Científica:   | Revisión Calidad:  | Aprobación:   |
| <br><b>ANGIE LÓPEZ ALVAREZ</b><br>Profesional IAMII | <br><b>SANDRA FIGUEROA</b><br>Coordinadora de<br>Calidad y servicios de<br>apoyo | <br><b>CRISTIAN JIMENEZ</b><br>Profesional de Calidad<br>y Riesgos | <br><b>MAURICIO ENRIQUEZ</b><br>Director Ejecutivo |



|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                                     |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br><u>28 de julio de 2025</u><br>Página: 2 de 30 |

## 1. OBJETIVO

Apoyar, conducir o inducir el proceso de adaptación a la vida extrauterina del recién nacido y minimizar la posibilidad de presentar complicaciones que tengan riesgo de muerte perinatal o neonatal, o de generar daños para el resto de la vida relacionados con eventos perinatales, con enfoque de derechos, humanización del cuidado y lineamientos de la resolución 3280.

## 2. ALCANCE

Este protocolo aplica para todos los recién nacidos atendidos en Red Medicron IPS, desde el momento del nacimiento hasta su egreso hospitalario y posterior atención en el primer nivel de atención en control de recién nacido. Se incluye detección, abordaje inicial y remisión de complicaciones neonatales y perinatales que comprometan su estado de salud.

## 3. MATERIALES, EQUIPOS E INSUMOS

### 3.1. Para atención inmediata del recién nacido

- Campo estéril
- Toallas secas y limpias
- Cobijas térmicas
- Ropa de cambio (traída por la familia)
- Pañales y paños húmedos (traídos por la familia)
- Termómetro digital
- Pinza umbilical estéril
- Gasas estériles
- Solución salina fisiológica

### 3.2. Para evaluación y monitoreo del recién nacido

- Bascula para peso neonatal
- Infantómetro
- Cinta métrica
- Oxímetro de pulso neonatal
- Estetoscopio neonatal
- Termómetro digital axilar

### 3.3. Para reanimación neonatal

- Bolsa auto inflable (ambú) con mascarillas de diferentes tamaños
- Fuente de oxígeno con flujómetro
- Aspirador de secreciones (manual o eléctrico)
- Laringoscopio neonatal
- Sondas de aspiración calibre 6y8
- Cuna térmica o servocuna.



|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                              |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br>28 de julio de 2025<br>Página: 3 de 30 |

### 3.4. Para prevención y tamizaje

- Vitamina K
- Vacunas BCG y Hepatitis B
- Formatos para tamizaje neonatal
- Tiras reactivas de glucosa (si hay riesgo)
- Medidores de bilirrubina

## 4. RIESGOS Y COMPLICACIONES

### 4.1. CLÍNICOS – Complicaciones perinatales (durante el nacimiento)

- **Asfixia perinatal:** Falta de oxígeno que impide la adecuada adaptación respiratoria del recién nacido
- **Sufrimiento fetal agudo:** Alteración del bienestar fetal detectado por monitoreo antes o durante el parto.
- **Anoxia o hipoxia neonatal:** Reducción del suministro de oxígeno al cerebro y otros órganos.
- **Trauma obstétrico:** Lesiones durante el parto (fractura de clavícula, parálisis braquial, cefalohematoma).
- **Parto prematuro:** Nacimiento antes de las 37 semanas de gestación, con mayor riesgo de inmadurez de órganos.
- **Bajo peso al nacer (<2500 g):** Mayor vulnerabilidad a infecciones, hipoglucemias y dificultad respiratoria.
- **Aspiración de meconio:** Obstrucción de las vías respiratorias por la inhalación de líquido amniótico meconial.
- **Dificultad respiratoria neonatal:** Taquipnea transitoria, enfermedad de membrana hialina o neumonía congénita.
- **Hipotermia neonatal:** Disminución de la temperatura corporal por falta de control térmico inmediato.
- **Apgar bajo:** Indicador de adaptación inadecuada a la vida extrauterina.

### 4.2. CLÍNICOS – Complicaciones posnatales (primeras 48 horas a 28 días)

- **Hipoglucemias neonatales:** Común en hijos de madres diabéticas o pequeños para la edad gestacional.
- **Ictericia severa:** Hiperbilirrubinemia que puede progresar a kernicterus si no se trata.
- **Sepsis neonatal precoz:** Infección grave que se presenta antes de las 72 horas de vida.
- **Convulsiones neonatales:** Pueden estar relacionadas con hipoxia, infecciones o trastornos metabólicos.
- **Hemorragias (por déficit de vitamina K):** Sangrados gastrointestinales o intracraneales en neonatos no suplementados.
- **Malformaciones congénitas no detectadas intraútero:** Que requieren remisión y manejo especializado.



|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                                     |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br><u>28 de julio de 2025</u><br>Página: 4 de 30 |

- **Dificultades para succión y lactancia:** Que comprometen la nutrición y el vínculo materno.
- **Trastornos de adaptación neonatal:** Problemas respiratorios, hipoglucemias o alteraciones hemodinámicas sin causa aparente
- **Falla en la vinculación temprana madre-hijo:** Si no hay contacto piel a piel inmediato o si se separa al bebé innecesariamente.
- **Muerte neonatal precoz:** En casos severos de asfixia, sepsis o complicaciones congénitas no identificadas a tiempo.

#### 4.3. INSTITUCIONALES Y OPERATIVOS

- Falta de personal capacitado en reanimación neonatal.
- Demora en el inicio del protocolo de atención inmediata.
- Deficiencia de equipos de reanimación o monitoreo.
- Ausencia de protocolos de tamizaje o seguimiento de riesgo.
- Falla en la aplicación oportuna de vitamina K y vacunas.
- No disponibilidad de transporte neonatal en casos de remisión.
- Error en el registro del peso, Apgar, o identificación del neonato.

#### 4.4. LEGALES Y ÉTICOS

- Falta de consentimiento informado para procedimientos neonatales.
- Vulneración del derecho al contacto piel a piel inmediato.
- Omisión del derecho al alojamiento conjunto.
- No garantizar la confidencialidad ni el trato digno.
- Negligencia en la detección de signos de alarma.

#### 4.5. EMOCIONALES Y PSICOSOCIALES

- Angustia materna por separación innecesaria del recién nacido.
- Trastornos en el vínculo afectivo temprano.
- Desinformación a la madre o familia sobre el estado de salud del RN.
- Duelo no acompañado en casos de muerte perinatal.

### 5. DEFINICIONES

- **Alojamiento conjunto:** Estrategia de atención en la que madre y recién nacido permanecen juntos en la misma habitación durante la estancia hospitalaria, favoreciendo el apego y la lactancia materna.
- **Apgar:** Escala clínica utilizada para evaluar la adaptación del recién nacido al minuto 1 y 5 de vida, según cinco parámetros: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, respuesta a estímulos y coloración.



|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                                     |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br><b>28 de julio de 2025</b><br>Página: 5 de 30 |

- **Astixia perinatal:** Condición en la cual el recién nacido sufre privación de oxígeno antes, durante o inmediatamente después del parto, afectando su adaptación vital.
- **Bajo peso al nacer (BPN):** Peso corporal menor a 2500 gramos al momento del nacimiento, independientemente de la edad gestacional
- **Complicaciones perinatales:** Problemas de salud que ocurren entre la semana 22 de gestación y los primeros días de vida extrauterina, que afectan al feto o al recién nacido.
- **Complicaciones posnatales:** Alteraciones clínicas que se presentan después del nacimiento, dentro del periodo neonatal (0 a 28 días de vida)
- **Dificultad respiratoria neonatal:** Conjunto de signos clínicos que indican alteración en la función respiratoria del recién nacido, como aleteo nasal, quejido, retracciones y taquipnea.
- **Hemorragia por déficit de vitamina K:** Sangrado neonatal espontáneo o provocado por trauma leve, debido a la deficiencia de factores de coagulación dependientes de vitamina K.
- **Hiperbilirrubinemia neonatal:** Elevación de los niveles de bilirrubina en sangre, que puede causar ictericia y, en casos severos, encefalopatía por bilirrubina (kernicterus).
- **Hipoglucemia neonatal:** Concentración de glucosa en sangre por debajo de 45 mg/dL en un recién nacido, lo cual puede poner en riesgo el desarrollo neurológico.
- **Hipotermia neonatal:** Temperatura corporal menor a 36.5°C en el recién nacido, que puede generar complicaciones metabólicas y aumentar el riesgo de mortalidad.
- **Ictericia neonatal:** Coloración amarillenta de la piel y mucosas en el neonato por acumulación de bilirrubina no conjugada.
- **Oxigenoterapia neonatal:** Administración de oxígeno suplementario al recién nacido con dificultad respiratoria, siguiendo indicaciones médicas específicas y monitoreo estricto.
- **Prematuridad:** Nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas completas de gestación, con riesgo de inmadurez orgánica y complicaciones múltiples
- **Reanimación neonatal:** Serie de maniobras clínicas que buscan establecer la respiración y circulación en un recién nacido que no responde adecuadamente tras el nacimiento.
- **Recién nacido (RN):** Todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 28 días de vida.
- **Ruta integral de atención materno perinatal:** Conjunto de acciones del sistema de salud enfocadas en la protección de la vida y la salud de la madre y el recién nacido desde el control prenatal hasta el puerperio y el seguimiento neonatal.
- **Sepsis neonatal:** Infección generalizada que puede presentarse en el recién nacido antes de las 72 horas (temprana) o después (tardía), y que puede poner en peligro su vida si no se trata oportunamente.
- **Tamizaje neonatal:** Conjunto de pruebas realizadas en los primeros días de vida del recién nacido, para detectar precozmente enfermedades congénitas, metabólicas o genéticas tratables.
- **Valoración clínica neonatal:** Evaluación sistemática del estado general del recién nacido (apariencia, respiración, tono muscular, reflejos, coloración) con el fin de detectar signos de adaptación o complicaciones.



|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                              |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br>28 de julio de 2025<br>Página: 6 de 30 |

- **Vínculo afectivo temprano:** Relación emocional entre madre e hijo que se inicia tras el nacimiento y se fortalece a través del contacto piel a piel, la lactancia materna y el alojamiento conjunto.
- **Trastorno de adaptación neonatal:** Cuadro clínico transitorio en el que el recién nacido presenta signos de dificultad respiratoria sin una causa orgánica identificable de gravedad.
- **Asistencia humanizada al recién nacido:** Atención clínica centrada en el respeto, protección y acompañamiento del neonato y su familia, evitando prácticas innecesarias o invasivas, y favoreciendo el contacto madre-hijo.
- **Anomalías congénitas:** Defectos estructurales o funcionales presentes desde el nacimiento, que pueden afectar órganos, extremidades o funciones neurológicas.
- **Seguimiento del recién nacido con factores de riesgo:** Monitoreo clínico frecuente a neonatos prematuros, con bajo peso al nacer, antecedentes maternos de riesgo o eventos adversos al nacer.

## 6. MARCO LEGAL

- **Resolución 3280 de 2018 – Ministerio de Salud y Protección Social:** Por la cual se adopta el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y se definen las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), incluyendo la Ruta Materno Perinatal, que establece las acciones para la atención del recién nacido desde el nacimiento hasta los primeros días de vida.
- **Resolución 3100 de 2019 – Por la cual se define el Sistema de Habilidades de Servicios de Salud:** Incluye criterios para habilitar servicios de obstetricia y atención neonatal, como disponibilidad de equipos de reanimación y talento humano capacitado.
- **Ley 1098 de 2006 – Código de Infancia y Adolescencia:** Reconoce al recién nacido como sujeto de derechos, con prioridad en la protección de la vida, salud, identidad y cuidado familiar desde el nacimiento.
- **Ley 1804 de 2016 – Ley de Cero a Siempre:** Establece lineamientos para el desarrollo integral en la primera infancia, incluyendo acciones en salud y nutrición desde el nacimiento. **Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud:** Contiene disposiciones sobre el aseguramiento de servicios de salud, incluyendo atención al recién nacido como parte de los servicios esenciales.
- **Organización Mundial de la Salud (OMS) – Recomendaciones para el cuidado del recién nacido (2017 y 2022):** Define prácticas basadas en evidencia como el contacto piel a piel, inicio temprano de la lactancia, control térmico y prevención de infecciones.
- **Convención sobre los Derechos del Niño – UNICEF (1989):** Establece el derecho a la vida, la salud y la protección desde el nacimiento, ratificada por Colombia.
- **Guía de Atención Integral a la Madre y al Recién Nacido – Minsalud y OPS (2022):** Documento técnico que desarrolla las acciones clínicas y de salud pública desde el parto hasta el control neonatal.



|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                                     |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br><u>28 de julio de 2025</u><br>Página: 7 de 30 |

## 7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

### .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 perinatal 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.

### .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 cardio-hemo dinámicas, 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 disponen de un pendón o una pieza informativa sobre el manejo del recién nacido con depresión respiratoria o con necesidad de reanimación neonatal.

- La secuencia de atención es:**

- ✓ Limpieza de las vías aéreas: en el momento en que el recién nacido asoma la cabeza, se deben limpiar manualmente las secreciones primero de la boca y luego de las fosas nasales. Se debe evitar la realización de succión de las vías aéreas de forma rutinaria 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.



|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                                     |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br><u>28 de julio de 2025</u><br>Página: 8 de 30 |

- ✓ Secado del recién nacido: una vez el recién nacido se encuentre fuera del canal del nacimiento, se debe proceder al secado completo. Para esto, se coloca al recién nacido sobre el abdomen de la madre, en contacto piel a piel y se inicia con el secado de la cabeza y cara y luego del resto del cuerpo en forma suave, gentil y exhaustiva, con campo seco y tibio. Posteriormente debe cubrirse con un campo seco y tibio diferente al previamente usado para el secado, y debe tenerse especial cuidado en evitar la pérdida de calor por la cabeza colocando un gorro. En caso de no contar con gorro, una alternativa sería armar un turbante con una compresa tibia y seca. En el caso de los recién nacidos prematuros, se recomienda manejar de acuerdo con las indicaciones específicas del lineamiento de atención al recién nacido prematuro.
- ✓ Observación de la respiración o llanto, y el tono muscular: La limpieza de las vías aéreas y el secado estimulan al recién nacido. Si el niño se encuentra en apnea, debe iniciarse la atención del recién nacido deprimido con ventilación con presión positiva según el esquema de reanimación neonatal vigente de las Guías de Soporte Vital Avanzado Neonatal (NALS, por sus siglas en inglés).
- ✓ Pinzamiento y corte del cordón umbilical. Debe realizarse cuando se cumplan los siguientes criterios:

interrupción de la palpitación de las arterias umbilicales, disminución de la ingurgitación de la vena umbilical, y perfusión satisfactoria de la piel, lo cual ocurre habitualmente entre el segundo o tercer minuto de nacido. Estos criterios pueden demorar más tiempo en conseguirse, como en los casos donde ha habido circular de cordón umbilical, prolapsio 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. 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 presume riesgo de paso de anticuerpos maternos (como en miastenia gravis o en isoimunización 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). Todo el instrumental que se use para pinzar y cortar el cordón umbilical debe estar estéril.



|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                              |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br>28 de julio de 2025<br>Página: 9 de 30 |

- ✓ Presentación del recién nacido y contacto piel a piel con la madre. Debe presentarse el recién nacido a la madre y al padre o al acompañante, con el objeto de favorecer la relación vincular de los padres con el recién nacido. Se debe continuar monitoreando la respiración y se debe estimular el inicio de la lactancia materna. Si el niño se encuentra sano, se recomienda no separarse de la madre durante los primeros 60 minutos, e incluso se deben postergar los procedimientos de aplicación de profilaxis, antropometría y examen físico completo después de este tiempo. En caso en el que el recién nacido deba ser separado de la madre durante la transición de su adaptación 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.
- ✓ Profilaxis ocular: para la prevención de la oftalmía neonatal, se debe realizar con solución oftálmica de Povidona yodada al 2,5% o al 5% (según disponibilidad), una gota en cada ojo en dosis única. En caso de no contar con solución oftálmica de Povidona iodada, se puede hacer uso de solución de pomada de Eritromicina al 0,5%, de pomada de tetraciclina al 1% o de nitrato de plata al 1%. Es importante tener en cuenta que con el uso de nitrato de plata hay descripciones de efectos irritantes.
- ✓ Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido: se debe aplicar Vitamina K 1 mg por vía intramuscular en la región anterior del muslo en dosis única. Si se dispone de Vitamina K en presentación oral con equivalencia farmacológica a la presentación parenteral, puede administrarse en lugar de esta última. Para el recién nacido con peso menor de 1.500 gramos, la dosis de Vitamina K es de 0,5 mg vía intramuscular en dosis única en la misma localización anatómica del recién nacido a término.
- ✓ Examen físico neonatal inicial: 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. 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 37,5° centígrados. Por encima o por debajo de estos valores, debe considerarse una señal de peligro. En el caso en el que se evidencie una anomalía congénita, se debe notificar por tratarse de un evento de interés en salud pública y se debe tener en cuenta lo relacionado en el apartado de Detección de anomalías congénitas del presente lineamiento.
- ✓ Toma de medidas antropométricas: se deben tomar medidas de peso, talla, perímetro cefálico y perímetro torácico a todos los recién nacidos, y se deben registrar en la historia clínica. Debe prestarse especial atención a los casos en los que las medidas antropométricas no se corresponden adecuadamente con la edad gestacional, con el objeto de anticiparse a distintos riesgos perinatales y postnatales. Luego de la antropometría y del examen físico, puede procederse a vestir al recién nacido.



|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                                      |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br><u>28 de julio de 2025</u><br>Página: 10 de 30 |

- ✓ Toma de muestra de sangre de cordón: se tomará muestra de sangre de segmento aislado de cordón para el procesamiento de la hemoclasificación 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.). La muestra de sangre de cordón debe tomarse con la técnica de "asa" y, por lo tanto, no debe tomarse mientras no haya habido alumbramiento de la placenta ni tomarse del segmento placentario del cordón. En caso de no ser posible la toma de muestra de sangre de cordón, se deberá realizar la toma de muestra por vena periférica del recién nacido. 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.

**NOTA:** 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.

- ✓ Revisión de la placenta: en todos los casos, debe evaluarse la placenta tanto por su cara materna como por su cara fetal con el objeto de identificar lesiones o signos que puedan sugerir patología placentaria o fetal, por ejemplo, infartos, quistes, abscesos, alumbramiento incompleto, etc. Como criterio de adaptabilidad, en los casos en los que la mujer por motivos o prácticas culturales desee llevar la placenta o el cordón umbilical consigo, se permitirá siempre y cuando no existan contraindicaciones y se hará de acuerdo con las medidas de bioseguridad pertinentes según la normatividad vigente.
- ✓ Completar los datos de identificación del recién nacido: debe realizarse frente a la madre y debe haberse iniciado antes de la separación del binomio madre-hijo. En la manilla de identificación del recién nacido se debe describir fecha y hora de nacimiento, nombre de la madre, número de historia clínica, sexo, peso, talla y perímetro cefálico.

Adicional a los datos anteriormente mencionados (que son obligatorios), la manilla puede contener también el número de habitación asignado a la madre.



|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                               |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br>28 de julio de 2025<br>Página: 11 de 30 |

- ✓ Registro de los datos en la historia clínica: en la historia clínica deben registrarse todos los detalles del nacimiento y de los procedimientos realizados al recién nacido. Se debe identificar al recién nacido e indicar las actividades a realizar durante las siguientes horas de vida.
- ✓ 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.

### **.3. CUIDADOS DURANTE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO HORAS DE VIDA.**

Las siguientes actividades comprenden los cuidados que deben practicarse en las primeras veinticuatro horas de vida, luego de los primeros 90 minutos de vida en los que se debieron haber realizado las intervenciones previamente mencionadas. Durante las primeras veinticuatro horas de vida, se debe acompañar y vigilar la transición del niño a la vida extrauterina y su adaptación a la misma. Estos cuidados incluyen:

- Continuar la promoción y el apoyo a la lactancia materna.
- Indagar sobre problemas con la lactancia materna, signos de dificultad respiratoria, presencia de micción o de meconio, y sobre signos de alarma o inquietudes de los padres frente a la salud del niño o niña.
- Verificar la temperatura corporal del recién nacido y la poca luz ambiental.
- Realizar examen físico completo por profesional de medicina o especialista en pediatría: Incluye la evaluación de todos los órganos, funciones y sistemas. Se debe realizar en las primeras cuatro horas de vida y se debe valorar nuevamente antes de las 24 horas de vida, previo al egreso hospitalario. Si 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. 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 hipoglucemia, 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.
- 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. En la etapa peri-neonatal, el síndrome de alcoholismo fetal puede manifestarse principalmente con anomalías congénitas (generalmente faciales). A su vez, el síndrome de abstinencia neonatal puede ser secundario al consumo de una o múltiples sustancias, puede manifestarse precozmente (en las primeras 24-48 horas) o tardíamente (hasta 2-3 semanas de edad postnatal) y presentar diferentes síntomas (neuroológicos, respiratorios, gastrointestinales o autonómicos), ante lo cual siempre debe tenerse siempre presente como una posibilidad diagnóstica. Si se tiene sospecha de síndrome de alcoholismo fetal o de síndrome de abstinencia neonatal, debe garantizarse la atención en unidad neonatal o su valoración por pediatra o neonatólogo antes de considerar el egreso hospitalario.



|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                               |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br>28 de julio de 2025<br>Página: 12 de 30 |

- Control de signos vitales. Se deben tomar todos los signos vitales (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, tensión arterial y saturación de hemoglobina con pulsioximetría) cada 6 horas. Adicionalmente, por lo menos en una ocasión se debe realizar pulsioximetría preductal (en miembro superior derecho) y postductal (en miembros inferiores), así como toma y registro de la tensión arterial en las cuatro extremidades con el objeto de encontrar hipertensión arterial generalizada o de predominio en miembros superiores respecto de los miembros inferiores, como medida para el tamizaje de coartación aórtica. En caso de alteraciones, se debe avisar de inmediato al profesional de medicina o al especialista en pediatría para la revisión del recién nacido.
- Vigilar condiciones higiénicas y del vestido.
- Revisar los resultados de la hemoclasificación y averiguar sobre el procesamiento o resultado de la TSH neonatal, y de los otros los exámenes de laboratorio cuando haya lugar. 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 o de la cesárea.
- Vacunar: Se debe realizar según las disposiciones vigentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Se debe aplicar una dosis de vacuna de BCG contra la tuberculosis antes del egreso hospitalario. En el caso de tratarse de hijo de madre con Hepatitis B, se dará atención por Pediatría.
- Realizar tamizaje de cardiopatía congénita: se debe realizar a las 24 horas de nacido antes del egreso hospitalario y en caso de continuar en el hospital, a las 48 horas de edad nuevamente. Se debe hacer con pulsioximetría preductal (en miembro superior derecho) y post-ductal (en miembros inferiores). Se considerará anormal cuando se registre una diferencia mayor a 3% en la saturación de oxígeno entre estas medidas, o cuando ésta se encuentre en un nivel menor a 90%. Con un resultado anormal, se debe remitir para atención resolutiva por pediatría y/o cardiología pediátrica para descartar cardiopatía congénita compleja mediante estudios diagnósticos adicionales. Debe registrarse en la historia clínica neonatal.
- Realizar tamizaje visual: se debe realizar con las técnicas semiológicas básicas de inspección ocular y realización de reflejo rojo retiniano. En caso de un resultado anormal, debe ser remitido para valoración por pediatría. Debe registrarse en la historia clínica neonatal.
- Realizar tamizaje auditivo: el tamizaje auditivo neonatal es de carácter obligatorio. Debe hacerse con Emisiones Otoacústicas (EOA) o con Respuesta Auditiva de Tallo Encefálico Automatizada (RATEA). Dadas las limitaciones del uso exclusivo de EOA en la evaluación de la vía auditiva a nivel retrococlear, se debe preferir el uso de RATEA de rutina en todos los niños. En el caso de los recién nacidos y niños con alto riesgo de pérdida auditiva deben utilizarse de forma combinada las EOA y la RATEA. Estas 21 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 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



|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                               |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br>28 de julio de 2025<br>Página: 13 de 30 |

de la Ruta para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la primera infancia. Debe registrarse siempre en la historia clínica neonatal su realización y su resultado. Su implementación atenderá los criterios de progresividad y adaptabilidad que se requieran a nivel territorial para garantizar su realización.

- Realizar tamizaje de errores innatos del metabolismo: la detección de errores innatos del metabolismo se realizará en el país atendiendo los criterios de progresividad. Inicialmente, dentro de estos tamizajes se establece como obligatorio la toma y análisis del TSH neonatal. 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. Debe registrarse en la historia clínica neonatal su realización y su resultado.
- Iniciar suplementación de hierro: se iniciará suplementación de hierro elemental 1 mg/kg/día desde el período neonatal y se mantendrá hasta el inicio de la alimentación complementaria a los hijos de madres con alimentación subóptima durante la gestación y la lactancia, 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: lactancia materna exclusiva, puericultura, baño, vestido, cuidado del ombligo, medidas de sueño seguro, evitar contacto con personas fumadoras, evitar uso de accesorios que puedan producir lesiones o complicaciones al recién nacido (como fajeros, botones en el ombligo, mitones, azabaches, o cualquier objeto), importancia de la comunicación amorosa con el niño o la niña y del fortalecimiento de vínculos afectivos entre madre, padre e hijo o hija; detección de signos de alarma o complicaciones por las que debe consultar a una institución de salud, uso del carné de salud infantil 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).
- Entregar el certificado de recién nacido vivo y orientar acerca de la expedición del registro civil.
- En caso de tratarse de un recién nacido hijo de padres sin aseguramiento, la IPS debe seguir el procedimiento establecido en la normatividad vigente para el momento de la formulación y publicación del presente lineamiento. Se debe cumplir con lo reglamentado en el Decreto 2353 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016.
- Remitir al recién nacido a institución de complejidad suficiente y con capacidad resolutiva en caso de que se requiera.
- 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 por cesárea o de un niño 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,



|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                               |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br>28 de julio de 2025<br>Página: 14 de 30 |

Síndromes relacionados con desórdenes auditivo-vestibulares, Tamizaje metabólico anormal, con riesgos (por ejemplo, de hipoglucemia 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.

### 7.3.1. 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 y 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 pulsioximetría (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 hemoclasiificación del recién nacido. Si la madre es Rh negativo, debe aplicar 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.



|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                                      |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br><u>28 de julio de 2025</u><br>Página: 15 de 30 |

- 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.

### 7.3.2. 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 duda.

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.
- Otros cuidados.



|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                                      |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br><u>28 de julio de 2025</u><br>Página: 16 de 30 |

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. 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. ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO:**



|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                                      |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br><u>28 de julio de 2025</u><br>Página: 17 de 30 |

La atención de las complicaciones del recién nacido comprende el conjunto de procedimientos e intervenciones necesarios para identificar el riesgo de complicaciones del neonato, tratar oportunamente las condiciones de riesgo perinatal y neonatal, generar la estabilización clínica del feto-neonato y tratar las complicaciones perinatales y neonatales.

La atención que requiere el recién nacido de alto riesgo puede diferir según la presencia de factores o situaciones de riesgo o de complicaciones o condiciones claramente establecidas.

Se cuenta con cinco Guías de Práctica Clínica de Neonatología para condiciones específicas, las cuales, aunque no son exhaustivas de la patología perinatal-neonatal, obedecen a la apuesta de atención integral en salud para las y los recién nacidos del país, según las condiciones más frecuentes y que son reconocidas como de mayor riesgo vital y mayor gravedad.

Así mismo, se cuenta con atenciones reconocidas como medidas de buena práctica clínica que presentan los procedimientos particulares para la atención de determinadas situaciones de riesgo del recién nacido según su historia clínica antenatal, su adaptación neonatal inmediata y su evolución clínica postnatal. Es decir, estas atenciones buscan apoyar la adaptación y la transición de los recién nacidos según sus riesgos diferenciales.

Las instituciones que realicen la atención del parto deberán también estar equipadas para la atención del recién nacido, con disponibilidad permanente del talento humano para la atención del binomio madre hijo, y en todos los casos deben contar con los insumos necesarios y suficientes para responder a las situaciones de emergencias obstétricas y neonatales (kit de emergencias obstétricas y kit de reanimación neonatal). En caso de ser necesario, de acuerdo con la necesidad de atención del recién nacido y a la capacidad resolutiva de la institución, debe remitirse a una institución de mayor complejidad para continuar el tratamiento instaurado.

- **Objetivos:** Identificar el riesgo de complicaciones del recién nacido para tratar oportunamente las condiciones de riesgo perinatal y neonatal, generar la estabilización clínica del feto-neonato y tratar las complicaciones perinatales y neonatales.
- **Talento humano:** El conjunto de procedimientos de la atención a las complicaciones del recién nacido requiere un equipo multidisciplinario que pueda brindar seguimiento y apoyo al recién nacido y su familia o acompañante. La atención es diferencial según la presencia de riesgos o de complicaciones establecidas.



|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                                      |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br><u>28 de julio de 2025</u><br>Página: 18 de 30 |

La atención de las complicaciones del recién nacido se debe realizar por médicos especialistas en pediatría con entrenamiento en adaptación y reanimación neonatal o por pediatras especialistas en neonatología. Sin embargo, podrá realizarse por profesionales de medicina general con entrenamiento en adaptación y reanimación neonatal solo en caso de no contar con el talento humano adecuado y mientras se remite de forma inmediata para atención (estudio, diagnóstico y tratamiento) en el prestador complementario (unidad neonatal, según el caso). En el caso en el que el parto/nacimiento haya sido atendido por profesional de enfermería, se debe garantizar que tenga entrenamiento en adaptación y reanimación neonatal para manejar al recién nacido mientras se logra la valoración por profesional de medicina y/o traslado a unidad neonatal.

### 7.5.1. Atenciones incluidas

- Manejo peri y postnatal del recién nacido con depresión respiratoria
- Manejo peri y postnatal del recién nacido meconiano
- Manejo peri y postnatal del recién nacido con Restricción del Crecimiento Intrauterino (Pequeño para la Edad Gestacional)
- Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre diabética
- Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre con enfermedad hipertensiva del embarazo
- Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre isoimmunizada grave (Zonas II-III de Liley) sin tratamiento antenatal.
- Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre con ruptura prematura de membranas con más de 24 horas de sucedida.
- Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre con placenta sangrante (Abruptio de placenta - Placenta previa).
- Atención del niño hijo de madre con Hepatitis B, con Infección por VIH, con Sífilis gestacional, con Toxoplasmosis gestacional o con Exposición prenatal a Virus Zikv.
- Otras condiciones que impliquen manejo perinatal y postnatal especial en el recién nacido.
- Detección de anomalías congénitas.
- Atención del Recién Nacido con Asfixia Perinatal.
- Atención del Recién Nacido Prematuro
- Atención del Recién Nacido con Sepsis Neonatal temprana.
- Atención del Recién Nacido con Trastorno Respiratorio.

### 7.5.2. Descripción

Manejo peri y postnatal del recién nacido con depresión respiratoria: Debe realizarse según el esquema de reanimación neonatal vigente en las Guías de Soporte Vital Avanzado Neonatal (NALS, por sus siglas en inglés), y se tendrán en cuenta los principios de la Estrategia "Ayudando a los Bebés a Respirar: El Minuto de Oro".



|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                                      |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br><u>28 de julio de 2025</u><br>Página: 19 de 30 |

Manejo peri y postnatal del recién nacido meconiado: Se deben tener en cuenta las recomendaciones que se realizan en la Guía de Práctica Clínica del Recién Nacido con Trastorno Respiratorio en el apartado de Síndrome de Aspiración de Líquido Amniótico Meconiado (SALAM). En caso de requerir reanimación neonatal, se debe realizar según el esquema de reanimación neonatal vigente en las Guías de Soporte Vital Avanzado Neonatal (NALS, por sus siglas en inglés).

Manejo peri y postnatal del recién nacido: con restricción del crecimiento intrauterino (Pequeño para la Edad Gestacional), Se deben verificar en la historia materna las posibles causas del retardo del crecimiento intrauterino, tales como toxemia, diabetes insulino dependiente con o sin componente vascular, hipertensión, cardiopatía, neumopatía crónica, desnutrición, infección, tabaquismo, alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas y consumo de medicamentos.

Se debe apoyar, conducir o inducir la adaptación neonatal inmediata, según sea el caso, previniendo y tratando oportunamente la asfixia neonatal; evitar la hipotermia perinatal; evaluar la edad gestacional; practicar examen físico minucioso en busca de signos que sugieran malformaciones congénitas o infección intrauterina.

Se debe considerar el pinzamiento precoz del cordón umbilical para prevenir el riesgo de poliglobulía.

Debe tenerse en cuenta que el riesgo metabólico que tienen los niños con restricción de crecimiento intrauterino y que puede manifestarse con hipoglucemias y alteraciones electrolíticas (Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio, Fósforo). En este caso, deben tomarse la glucemia y los electrolitos a las 12 horas de edad y debe evaluarse al neonato con mayor frecuencia en su lactancia materna y en signos clínicos que sugieran cualquier anomalía.

Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre diabética. En el caso del hijo de madre con diabetes, tanto si el niño es macrosómico como si es microsómico, se deben tener en cuenta las siguientes medidas alrededor de la adaptación neonatal y la transición a la vida extrauterina:

- Considerar el pinzamiento precoz del cordón para prevenir el riesgo de poliglobulía.
- Secado exhaustivo.
- Realizar evaluación médica como mínimo cada 8 horas y permanecer atento a los llamados de enfermería.
- Realizar glucometría a las 2 y 4 horas de edad, y posteriormente, según resultados iniciales. Se debe establecer la necesidad de realizar glucometrías adicionales o periódicas para vigilar la hipoglucemias.



|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                               |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br>28 de julio de 2025<br>Página: 20 de 30 |

- Tomar glucemia y electrolitos (Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio) a las 12 horas de edad en sangre periférica. Se deben solicitar otros exámenes de laboratorio según las necesidades que tenga el niño en su proceso de adaptación y de transición a la vida extrauterina. En caso de alteraciones en los resultados de los exámenes, se debe garantizar la atención resolutiva necesaria.
- Estabilización ácido-básica según el caso.
- Estabilización hemodinámica según el caso.
- Estabilización vigilada y asistencia metabólica por el riesgo severo de hipoglucemias.
- Estabilización respiratoria, ofreciendo apoyo ventilatorio precoz con máscara, presión positiva continua a las vías aéreas, o ventilación mecánica si es el caso, teniendo en cuenta el riesgo severo de enfermedad de membrana hialina. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto en la Guía de Atención del Trastorno Respiratorio del Recién Nacido.
- Evaluación de la edad gestacional y practicar examen físico minucioso en busca de signos que sugieran malformaciones congénitas o infección intrauterina.
- En este tipo de pacientes hay contraindicación para el uso de betamiméticos por el riesgo de obstrucción funcional al tracto de salida.
- De tener una adecuada adaptación, con normalidad en los exámenes y las glucometrías, y con buena evolución clínica, puede darse egreso después de 48 horas de vigilancia intrahospitalaria.

Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre con enfermedad hipertensiva del embarazo:

La atención del hijo de madre con enfermedad hipertensiva del embarazo leve se realiza de la misma forma que para cualquier niño o niña salvo evidencia clínica de compromiso específico, como la presencia de restricción crecimiento intrauterino. En tal caso, se procederá a manejarse de acuerdo a lo establecido para los niños con esta condición.

#### **7.5.3. La atención del hijo de madre en enfermedad hipertensiva del embarazo grave o severa incluye las siguientes actividades:**

- Considerar el pinzamiento precoz del cordón ante el riesgo de poliglobulia; Excepto en caso de abrupto de placenta, en donde se requeriría Pinzamiento inmediato.
- Secado exhaustivo.
- Realizar evaluación médica como mínimo cada 8 horas y permanecer atento a los llamados de enfermería.
- Tomar cuadro hemático, glicemia y electrolitos (Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio) a las 12 horas de edad en sangre periférica. Se deben solicitar otros exámenes de laboratorio según las necesidades que tenga el niño en su proceso de adaptación y de transición a la vida extrauterina. En caso de alteraciones en los resultados de los exámenes, se debe garantizar la atención resolutiva necesaria.
- Estabilización acidobásica y respiratoria según el caso.
- Estabilización hemodinámica según el caso.



|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                                      |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br><u>28 de julio de 2025</u><br>Página: 21 de 30 |

- Asistencia y estabilización metabólica según el caso.
- De tener una adecuada adaptación, con normalidad en los exámenes y con buena evolución clínica, puede darse egreso después de 48 horas de vigilancia intrahospitalaria.
- Si se trata de prematuro por debajo de 37 semanas, se realizará la atención con las orientaciones de Manejo del recién nacido prematuro según lo establecido en la Guía de Práctica Clínica del Recién Nacido Prematuro y en los Lineamientos actualizados del Programa Madre Canguro.

Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre isooinmunizada grave (Zonas II-III de Liley) sin tratamiento antenatal.

#### **7.5.4. La atención del hijo de madre isooinmunizada grave incluye las siguientes actividades:**

- Considerar el pinzamiento inmediato del cordón por el riesgo de paso masivo de anticuerpos.
- Secado exhaustivo.
- Control ventilatorio precoz ante la severa disfunción muscular por la hiperkalemia. Este apoyo puede ser con ventilación mecánica ante neonatos hidrópicos o con máscara dependiendo de los hallazgos clínicos.
- Realizar evaluación médica como mínimo cada 8 horas si el niño se encuentra estable y no se deteriora.
- Tomar cuadro hemático, hemoclasificación, reticulocitos, coombs directo, extendido de sangre periférica, bilirrubinas, glucemia y electrolitos (Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio) a las 6 horas de edad en sangre periférica. Se deben solicitar otros exámenes de laboratorio según las necesidades que tenga el niño en su proceso de adaptación y de transición a la vida extrauterina. En caso de alteraciones en los resultados de los exámenes, se debe garantizar la atención resolutiva necesaria.
- Estabilización acido básica.
- Considerar la remisión a institución de mayor complejidad de acuerdo con la evolución y el estado del recién nacido, y con la capacidad resolutiva de la institución.

#### **7.5.5. Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre con ruptura prematura de membranas con más de 24 horas de sucedida:**

La atención del recién nacido hijo de madre con ruptura prematura de membranas incluye las siguientes actividades:

- Realizar el pinzamiento del cordón hasta obtener ausencia de palpitación arterial, reducción de ingurgitación venosa y reperfusión de piel.
- Secado exhaustivo.
- En el neonato con ruptura de membranas con más de 24 horas de sucedida hay restricción para la cateterización umbilical, la cual se practicará solo si se considera indispensable, previa asepsia y antisepsia del muñón umbilical y de la piel periumbilical.
- Estabilización acidobásica según el caso.



|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                               |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br>28 de julio de 2025<br>Página: 22 de 30 |

- Se tomarán exámenes de laboratorio según las necesidades clínicas que tenga el recién nacido en su proceso de adaptación y de transición a la vida extrauterina.
- Estabilización respiratoria según el caso. Se debe realizar una cuidadosa evaluación de necesidad de asistencia o control respiratorios, según edad gestacional y condiciones clínicas.
- Estabilización hemodinámica según el caso.
- Remisión a UCIN

Se deben tener en cuenta las recomendaciones establecidas en la Guía de Práctica Clínica del recién nacido con sepsis neonatal temprana respecto al diagnóstico y manejo.

#### **7.5.6. Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre con placenta sangrante (Abrupcio de placenta - Placenta previa):**

La atención del recién nacido hijo de madre con placenta sangrante incluye las siguientes actividades:

- Realizar pinzamiento inmediato del cordón umbilical ante el riesgo de sangrado fetal-neonatal.
- En caso de que el recién nacido presenta paro cardiorrespiratorio o presente inestabilidad vital, deben seguirse los procedimientos indicados en las versiones actualizadas de las Guías de Soporte Vital Avanzado Neonatal (NALS, por sus siglas en inglés).
- Considerar la remisión a institución de mayor complejidad de acuerdo con el estado del recién nacido y con la capacidad resolutiva de la institución.
- Secado exhaustivo.
- Estabilización respiratoria. Es necesario hacer una cuidadosa evaluación de necesidad de asistencia o control respiratorios, según la edad gestacional y condiciones clínicas.
- Estabilización hemodinámica. Si se estima estado de choque, se debe iniciar infusión de cristaloides isotónicos según seguimiento de TA y de PVC, y se debe preparar la transfusión urgente de hemoderivados.
- Tomar cuadro hemático, hemoclasificación, glucemia, función renal y electrolitos (Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio) en sangre periférica. Se deben solicitar otros exámenes de laboratorio según las necesidades que tenga el niño en su proceso de adaptación, de transición a la vida extrauterina y de reanimación. En caso de alteraciones en los resultados de los exámenes, se debe garantizar la atención resolutiva necesaria.
- Estabilización acido básico según el caso.
- Estabilización metabólica según el caso.
- Si el niño no requirió reanimación neonatal, se encuentra estable y no se deteriora, realizar evaluación médica como mínimo cada 6 horas.
- Si se trata de prematuro por debajo de 37 semanas, adicionalmente se realizará la atención con las orientaciones de Manejo del recién nacido prematuro según lo establecido en la Guía de Práctica Clínica del Recién Nacido Prematuro y en los Lineamientos actualizados del Programa Madre Canguro.



|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                               |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br>28 de julio de 2025<br>Página: 23 de 30 |

Atención del niño hijo de madre con Hepatitis B, con Infección por VIH, con Sífilis gestacional, con Toxoplasmosis gestacional o con Exposición prenatal a Virus Zika:

La Atención del niño hijo de madre con Hepatitis B, con Infección por VIH, con Sífilis gestacional, con Toxoplasmosis gestacional o con Exposición prenatal a Virus Zikv se hará según los lineamientos técnicos y operativos de las Ruta de Enfermedades Infecciosas o a la atención resolutiva según el caso.

#### **7.5.6. Otras condiciones que impliquen manejo perinatal y postnatal especial en el recién nacido:**

Teniendo en cuenta el enfoque de riesgo antenatal, debe identificarse la presencia de distintas entidades maternas y/o fetales que puedan implicar un manejo perinatal y/o postnatal especial en el recién nacido, especialmente en lo relacionado con la adaptación neonatal inmediata y la gestión del riesgo neonatal inmediato y mediato. En tal caso, se debe proceder a los procedimientos y medidas particulares para el adecuado manejo peri y postnatal del recién nacido que según la evidencia científica representa los mayores beneficios para el niño o la niña.

En caso de que se identifique un problema en cuanto a la temperatura del recién nacido, o a la alimentación, o si se presenta una señal de peligro (respiración rápida, distermia, no hay movimientos, hay convulsiones, o hay ictericia severa), se debe proceder a la atención resolutiva correspondiente.

#### **7.5.7. Detección de anomalías congénitas:**

Se debe instaurar el uso de una estrategia racional y sistemática de detección de anomalías congénitas a través de pasos sucesivos realizados después del nacimiento de un niño vivo: examen físico estandarizado (EFIS), búsqueda de factores de riesgo, remisión a medicina especializada cuando sea necesario y, en todos los casos, tamización universal auditiva y de un grupo específico de errores innatos del metabolismo.

Dentro del examen físico estandarizado se propone la realización universal de oximetría después de las 24 horas de nacido, como estrategia de tamización para cardiopatías congénitas.

La presencia de 3 anomalías menores en un recién nacido requiere la remisión a un nivel de salud que permita evaluar la existencia de una malformación mayor oculta.

En caso de encontrar 2 anomalías menores o menos, se debe realizar la atención según la propia política institucional para el manejo de estos pacientes según sus recursos disponibles, teniendo en cuenta que la presencia de 2 anomalías menores puede aumentar el riesgo alrededor de un 10% de tener una malformación mayor asociada.



|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                               |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br>28 de julio de 2025<br>Página: 24 de 30 |

El recién nacido con signos sugestivos de anomalía congénita, valorado mediante el examen físico sistemático debe remitirse al nivel de atención que cuente con un especialista que continúe el estudio correspondiente.

Se deben evaluar los siguientes antecedentes: Enfermedades genéticas, Teratógenos biológicos, Agentes físicos, químicos y tóxicos, Otros Teratógenos. Se debe hacer uso de una lista de chequeo sistemática para la detección de antecedentes familiares relevantes para anomalías congénitas. La búsqueda sistemática de antecedentes hace parte de la estrategia

general para la detección de anomalías congénitas: examen físico estandarizado, búsqueda de factores de riesgo, remisión a medicina especializada cuando sea necesario y la realización de tamización auditiva y de un grupo específico de errores innatos del metabolismo.

La implementación del tamizaje auditivo y del tamizaje de errores innatos del metabolismo (EIM) se realizará en el país según el criterio de progresividad.

El talento humano en salud que tenga la mejor preparación debe ser quien comunique la información a los padres de los pacientes en quienes se sospeche anomalías congénitas. Esta información debe brindarse de una manera clara, honesta, respetando las emociones y reconociendo la incertidumbre cuando exista.

El listado que se propone para comunicar malas noticias con habilidad y empatía, incluye los siguientes puntos: no revelar las malas noticias por teléfono, considerar las características culturales que puedan hacer que la información deba adaptarse, siempre presentarse a los padres y tener un ambiente privado y tranquilo para poder hablar con el tiempo necesario, evitar comunicar la mala noticia a un parente solitario sin su cónyuge y/o sin un soporte presente, permitir a los padres alzar o tocar al niño que tenga cuidados especiales, reconocer que los padres son los principales responsables de sus hijos, demostrar su interés, compasión y sentido de conexión con el paciente y la familia, ajustar el ritmo de la discusión según el estado emocional de los padres, no abrumar con información exagerada, no utilizar jerga, obtener ideas de los padres sobre la causa del problema, asegurarse de que no se culpen a ellos mismos u otros, mencionar la enfermedad y escribirla para los padres, pedir a los padres que utilicen sus propias palabras para explicar lo que se les dijo y confirmar la apropiación y comprensión de la información, explicar las implicaciones para el futuro del niño, reconocer las emociones de los padres y estar preparado para su tristeza y su llanto, así como para la necesidad de contar con más tiempo para comprender la situación. Es útil contar con un profesional de trabajo social, o de psicología para apoyar de forma asertiva este proceso y/o el apoyo espiritual que considere apropiada la familia de acuerdo a sus creencias.



|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                                      |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br><b>28 de julio de 2025</b><br>Página: 25 de 30 |

Es recomendable dar tiempo a los padres para estar solos, para procesar la información, reaccionar, y formular preguntas adicionales. Así mismo, es conveniente conocer y ser capaz de recomendar recursos pertinentes de la comunidad. En todo caso, hay que evitar hacer juicios de valor acerca de los niños, los padres y sus comportamientos; y, en cambio, es importante proporcionar contacto con otras familias con un niño afectado de manera similar que estén dispuestas a compartir sus experiencias y proporcionar un plan de seguimiento (que incluye agendar una cita para la siguiente conversación).

#### **7.5.8. Atención del recién nacido con asfixia perinatal:**

Debe hacerse según lo establecido en la Guía de Práctica Clínica de Atención al Recién Nacido con Asfixia Perinatal, la cual contiene tres tópicos: sospecha, identificación y diagnóstico; manejo inicial (evaluación y tratamiento), y tratamiento específico intrahospitalario del recién nacido con encefalopatía hipóxico-isquémica secundaria a asfixia perinatal moderada o severa.

Para mayor conocimiento de la atención al recién nacido con asfixia perinatal, se debe leer la Guía a profundidad.

#### **7.5.9. Atención del recién nacido prematuro:**

La atención del recién nacido prematuro se hará de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica correspondiente y con los lineamientos del Programa Madre Canguro actualizados. Los tópicos de la Guía de Práctica Clínica incluyen información sobre:

1. Maduración pulmonar fetal,
2. Atención en sala de partos,
3. nutrición,
4. atención del prematuro durante la transición mediata y tardía,
5. Prevención y manejo del dolor asociado a procedimientos o tratamientos,
6. Manejo del prematuro durante el período de crecimiento estable,
7. detección, prevención y manejo de algunos problemas específicos: Ductus Arteriosus Persistente, recién nacido hospitalizado, retinopatía del prematuro, anemia fisiológica del recién nacido; y
8. alistamiento para el egreso.

#### **7.5.10. Atención del recién nacido con sepsis neonatal temprana:**

Debe hacerse según lo establecido en la Guía de Práctica Clínica de Atención del Recién Nacido con Sepsis Neonatal temprana contiene los siguientes tópicos: 1. Prevención primaria de la sepsis neonatal temprana, 2. diagnóstico oportuno, 3. pruebas diagnósticas confirmatorias, 4. Tratamiento de la sepsis neonatal temprana.



|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                                      |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br><u>28 de julio de 2025</u><br>Página: 26 de 30 |

#### **7.5.11. Atención del recién nacido con dificultad respiratoria:**

Debe hacerse según lo establecido en la Guía de Práctica Clínica de Atención del Recién Nacido con Dificultad Respiratoria contiene los siguientes tópicos: 1. síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, 2. síndrome de aspiración de líquido amniótico meconiano, 3.

neumonía neonatal, 4. taquipnea transitoria del recién nacido, 5. hipertensión pulmonar persistente del recién nacido.

#### **7.5.12. Instrumentos insumos y dispositivos:**

Los instrumentos, insumos y dispositivos son los especificados en la Resolución de habilitación disponible para la atención del parto, la atención del recién nacido y la atención en unidades de internación neonatal de cuidados básicos, cuidados intermedios o cuidados intensivos. Para la atención se requerirá el diligenciamiento completo de la Historia Clínica neonatal, de las fichas de notificación obligatoria para eventos de interés en salud pública, en el caso en que se necesite; así como de la historia clínica perinatal simplificada y los documentos para realizar una adecuada referencia y contrarreferencia del recién nacido en el caso en el que se requiera.

### **7.6. ATENCIÓN PARA EL SEGUIMIENTO AL RECIÉN NACIDO:**

El control del recién nacido comprende el conjunto de procedimientos para el acompañamiento y la asistencia de los recién nacidos que ya han sido egresados del hospital, y sus familias o acompañantes.

El control del recién nacido debe darse en un ámbito institucional, ya que requiere la realización de una serie de procedimientos que permitirán establecer si la niña o el niño recién nacidos presentan una adecuada adaptación a la vida extrauterina, si no se presentan signos que puedan sugerir una patología neonatal, si presentan un adecuado estado nutricional, si no se presentan signos de infección y si no se presentan problemas con la alimentación.

En los casos en los que no se haya dado el nacimiento de forma institucional, es importante verificar que el niño o la niña haya recibido las atenciones reconocidas en este lineamiento y garantizar el control del recién nacido en una institución prestadora de servicios de salud.

Si han existido dificultades para el acceso a la atención institución de parto y se haya requerido

En el uso de casas maternas o albergues temporales, es importante garantizar la permanencia de la niña o el niño, la mujer y su acompañante hasta que el equipo de salud lo considere.



|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                                      |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br><u>28 de julio de 2025</u><br>Página: 27 de 30 |

- **Objetivos:**
- Establecer si la niña o el niño recién nacidos presentan una adecuada adaptación a la vida extrauterina, si no se presentan signos que puedan sugerir una patología neonatal, si presentan un adecuado estado nutricional, si no se presentan signos de infección y si no se presentan problemas con la alimentación.
- Promover la salud, el cuidado y aclarar dudas sobre la crianza del recién nacido.
- **Talento humano:**

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

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

#### **7.6.1. Duración mínima recomendada:**

La consulta de control del recién nacido debe tener una duración mínima de 30 minutos y este tiempo debe ser independiente del tiempo de consulta para el control del puerperio. Es

Es importante garantizar una atención diferencial para los niños que tienen una condición de mayor riesgo por su historia de vida prenatal, perinatal y postnatal. Para considerar una mayor

Durante la duración de la consulta de forma diferencial, se tendrán en cuenta los criterios de mayor riesgo para la salud de los niños contemplados en la Ruta para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la Primera Infancia.

#### **7.6.2. Atenciones incluidas:**

1. Control ambulatorio del recién nacido.
2. Expedición y registro del carné único de salud infantil si no se entregó en el momento del egreso hospitalario.
3. Canalización a realización de visita domiciliaria para los casos indicados.



|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                                      |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br><u>28 de julio de 2025</u><br>Página: 28 de 30 |

#### 7.6.3. Frecuencia:

Esta consulta se debe realizar una sola vez y se permitirá derivar a otras consultas si fueren necesarias de acuerdo con los hallazgos detectados. Esta consulta debe tener continuidad con la consulta de valoración integral del niño y las demás intervenciones reconocidas en la Ruta para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la Primera Infancia.

#### 7.6.4. Descripción

Control ambulatorio del recién nacido.

Esta consulta tiene por objeto verificar el proceso de adaptación a la vida extrauterina del niño o la niña y verificar los cuidados y la adaptación a la llegada del niño por parte de los padres y/o familiares. Debe asignarse su realización desde antes del egreso hospitalario del niño y se debe garantizar en los primeros cinco días de vida, idealmente entre los tres y los cinco días posteriores al egreso hospitalario. Su realización también debe programarse teniendo en cuenta el control del puerperio de la madre. Incluye las siguientes actividades:

- Anamnesis: se debe verificar la lactancia materna y sus dificultades, indagar por inicio de otros alimentos e interrogar los hábitos de micción y deposición. Se debe realizar la lectura de los tamizajes realizados (TSH y cardiopatía congénita, auditiva y de otros errores innatos del metabolismo), verificar que se hayan tomado y se estén procesando o que ya esté programado para su realización antes del mes de edad. En todo caso se debe recomendar a los padres estar atentos a recoger los resultados pendientes y presentarlos en la siguiente consulta de control. Debe indagarse por posibles preocupaciones de los padres en torno al cuidado o la salud de los niños.
- Examen físico completo: vigilar el adecuado desempeño cardiorrespiratorio, se debe tomar la saturación de oxígeno a nivel preductal (en mano derecha) y posductal (en los pies) para tamizaje de cardiopatía congénita compleja (nuevamente), vigilar adecuadas condiciones de actividad, reactividad, perfusión, fuerza, color, temperatura, tono y fuerza. Debe realizarse un examen físico completo con especial atención a la progresión de peso, al examen cardiovascular, a la identificación de ictericia, cianosis o palidez, a la vigilancia de signos de infección umbilical y a otros signos que sugieran una condición de riesgo.
- Evaluar conductas y cuidados maternos del recién nacido y dar las indicaciones pertinentes.
- Se debe clasificar al recién nacido como niño de mayor o menor riesgo para la salud, la supervivencia y el desarrollo de acuerdo a los criterios establecidos en la Ruta para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Primera Infancia, y explicar a los padres la importancia de esta diferenciación del riesgo.
- Se deben dar recomendaciones para continuar el adecuado cuidado del recién nacido en casa, signos de alarma para consulta a urgencias, asignar cita de control para la valoración integral en salud según lo dispuesto en el lineamiento de atención integral en salud de la Ruta para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Primera Infancia.



|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                                      |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br><u>28 de julio de 2025</u><br>Página: 29 de 30 |

- Se debe continuar con la suplementación de hierro elemental 1 mg/kg/día hasta el inicio de la alimentación complementaria a los niños hijos de madres con alimentación subóptima durante la gestación y la lactancia, que brindan o planean ofrecer lactancia materna exclusiva o predominante a sus hijos lactantes.
- Se debe promover el registro civil en caso de que aún no haya sido registrado y verificar la afiliación al Sistema de salud.
- Se debe asignar cita para la consulta de nutrición y/o enfermería para la valoración de la lactancia materna.
- Se debe programar la participación en sesiones educativas individuales y/o grupales de acuerdo con lo establecido en la Ruta para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la Primera Infancia.
- Expedición y registro en el carné único de salud infantil si no se entregó en el momento del egreso hospitalario.
- Se debe expedir y registrar la información pertinente en el carné único de salud infantil, si este no se entregó en el momento del egreso hospitalario.
- Se debe indicar a los padres que deben portar el carné de salud infantil en cada consulta y deben conservarlo durante todo el proceso de crecimiento y desarrollo del niño o la niña. El carné de salud infantil contiene información importante para los padres y para el personal de salud sobre la historia y los antecedentes del niño o la niña en su primera infancia e infancia, así como sobre la vacunación del niño. Se debe recomendar a los padres la exigencia del diligenciamiento del carné de salud infantil en cada consulta de seguimiento o de valoración integral en salud.

#### **7.6.5. Canalización a realización de visita domiciliaria para los casos indicados.**

De acuerdo con el criterio del profesional de pediatría o de medicina general que se encuentra realizando el control del recién nacido, y del criterio del profesional que realizó el control del puerperio, se indicará la realización de visita domiciliaria para las madres y los recién nacidos en quienes se requieran tomar medidas adicionales con el objeto de:

- Mejorar la técnica de la lactancia materna.
- Vigilar el cuidado del recién nacido.
- Fortalecer la identificación de signos de peligro para el recién nacido.
- Verificar plan de cuidado del recién nacido con complicaciones y/o riesgos.
- Vigilar la adherencia al tratamiento en casos de depresión postparto.
- Los objetivos requeridos según el concepto del profesional tratante.
- Debe realizarse el registro en la historia clínica de la realización de la visita domiciliaria y del seguimiento telefónico cuando se realicen, con el concepto de los encargados de estas actividades.



|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA</b>  | Código: PT-ACE-010<br>Versión: 00                                      |
|   | <b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO Y ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO</b> | Fecha de aprobación:<br><u>28 de julio de 2025</u><br>Página: 30 de 30 |

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 3280 de 2018: Por la cual se adopta el Modelo de Atención Integral en Salud – MIAS y se definen las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS. <https://www.minsalud.gov.co>
9. Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 3100 de 2019: Por la cual se definen los procedimientos de habilitación de servicios de salud en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co>
10. Congreso de Colombia. (2016). Ley 1804 de 2016: Ley de Cero a Siempre por la cual se establece la política pública para el desarrollo integral de la primera infancia. <https://dapre.presidencia.gov.co>
11. Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Guía técnica para la atención de la madre y el recién nacido. Bogotá D.C.: Minsalud.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). Recomendaciones para los cuidados del recién nacido. Ginebra: OMS. <https://www.who.int>
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Cuidados posnatales para la madre y el recién nacido: Recomendaciones de la OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068100>
14. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2016). Manual para la humanización del nacimiento y la atención del recién nacido. Washington D.C.: OPS. <https://www.paho.org>
15. Comité de Reanimación Neonatal – Sociedad Colombiana de Pediatría. (2021). Manual de reanimación neonatal: Guía para el profesional de salud. Bogotá D.C.: SCP.

