

AÑO  
2023

# IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

## Equipo Directivo Secretaría de Salud

Alejandro Gómez López  
**Secretario Distrital de Salud**

Eliana Ivont Hurtado Sepúlveda  
**Subsecretaria de Servicios de Salud  
y Aseguramiento**

Fernando Peña Díaz  
**Director de Provisión de Servicios  
de Salud**

## Equipo Directivo IETS

Adriana Robayo García  
**Directora Ejecutiva**

Luz Mery Barragán González  
**Subdirectora Ejecutiva y de  
Operaciones**

## Participantes

### Referentes técnicos Secretaría Distrital de Salud

Beatriz Helena Guerrero Africani  
**Profesional especializada**  
**Dirección de Provisión de Servicios  
de Salud**  
**Secretaría Distrital de Salud de Bogotá**

María Juliana Castellanos Reyes  
**Profesional especializado**  
**Dirección de Provisión de  
Servicios de Salud**  
**Secretaría Distrital de Salud de  
Bogotá**

Ricardo Durán Arango  
**Profesional especializado**  
**Dirección de Provisión de Servicios  
de Salud**  
**Secretaría Distrital de Salud de Bogotá**

Yessica Castrillón García  
**Profesional especializado**  
**Dirección de Provisión de  
Servicios de Salud**  
**Secretaría Distrital de Salud de  
Bogotá**

Yaneth Cecilia Girón Bolívar  
**Profesional especializada**  
**Dirección de Provisión de Servicios  
de Salud**  
**Secretaría Distrital de Salud de Bogotá**

Diego Alejandro Becerra Cornejo  
**Profesional especializado**  
**Dirección de Provisión de  
Servicios de Salud**  
**Secretaría Distrital de Salud de  
Bogotá**

Luis Gerardo Cano Villate  
**Profesional especializado**  
**Dirección de Provisión de Servicios  
de Salud**  
**Secretaría Distrital de Salud de Bogotá**

## Grupo desarrollador del lineamiento

Juan Camilo Martínez Molina  
**Epidemiólogo clínico**  
**Universidad de Antioquia**

Viviana María Vélez Marín  
**Epidemióloga clínica**  
**Universidad de Antioquia**

Isabel Marín Orozco  
**Epidemióloga clínica**  
**Universidad de Antioquia**

María Carolina Isaza López  
**Pediatra, Epidemióloga clínica**  
**Universidad de Antioquia**

Diana Mora Escallón  
**Epidemióloga clínica y**  
**Neonatóloga**  
**Universidad de Antioquia**

Jorge Luis Acosta Reyes  
**Epidemiólogo Clínico**  
**Universidad del Norte**

Meisser Vidal  
**Epidemiólogo**  
**Instituto de Evaluación**  
**Tecnológica en Salud**

Ana Isabel Vallejo  
**Epidemióloga**  
**Instituto de Evaluación**  
**Tecnológica en Salud**

Suralba Mosquera Mosquera  
**Epidemiólogo**  
**Instituto de Evaluación**  
**Tecnológica en Salud**

Cristian Leonardo Vargas Fiallo  
**Neonatólogo**  
**Pontificia Universidad Javeriana**

Eliana Isabel Rodríguez Grande  
**Epidemióloga Clínica**  
**Instituto de Evaluación**  
**Tecnológica en Salud**

Juan Carlos Álzate Ángel  
**Epidemiólogo**  
**Instituto de Evaluación**  
**Tecnológica en Salud**

Daniel Felipe Patiño Lugo  
**Doctor en Políticas de Salud**  
**Universidad de Antioquia**



Iván Darío Flórez Gómez  
**Pediatra**  
**Doctor en Metodología**  
**de la Investigación**  
**Universidad de Antioquia**

## **Declaración de Conflicto de Intereses**

Los autores declaran, bajo la metodología establecida por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, que no existe ningún conflicto de interés invalidante de tipo financiero, intelectual, de pertenencia o familiar que pueda afectar el desarrollo de este informe.



## **Derechos de autor**

Los derechos patrimoniales de autor de este documento pertenecen única y exclusivamente a la Secretaría Distrital de Salud.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL             |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL<br>RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE<br>EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: |   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

## TABLA DE CONTENIDO

|   |    |
|---|----|
| 1. OBJETIVOS .....                                | 1  |
| 1.1 Objetivo general .....                        | 1  |
| 1.2 Objetivos específicos .....                   | 1  |
| 2. ALCANCE .....                                  | 1  |
| 2.1 Preguntas de investigación orientadoras ..... | 3  |
| 3. MARCO LEGAL .....                              | 3  |
| 4. GLOSARIO .....                                 | 9  |
| 4.1 Abreviaciones .....                           | 10 |
| 5. GENERALIDADES.....                             | 11 |
| 5.1 Marco conceptual .....                        | 11 |
| 5.2 Metodología .....                             | 16 |
| 5.3 Lineamiento .....                             | 19 |
| 6. ANEXOS.....                                    | 23 |
| 7. BIBLIOGRAFÍA .....                             | 76 |
| 8. CONTROL DE CAMBIOS .....                       | 80 |

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

## 1. OBJETIVOS

### 1.1 Objetivo general

Desarrollar una herramienta que permita a los profesionales de salud, guiar la toma de decisiones relacionadas con la consulta de valoración antenatal del riesgo para el feto o futuro recién nacido, con el fin de hacer la identificación, gestión e intervención oportuna de dicho riesgo.

### 1.2 Objetivos específicos



1. Orientar sobre el momento más oportuno durante la gestación, para realizar la valoración antenatal del riesgo por parte del médico pediatra o neonatólogo.
2. Orientar sobre los factores que debe tener en cuenta el médico pediatra o neonatólogo, para determinar el riesgo del feto o futuro recién nacido.
3. Orientar sobre los mejores abordajes (incluyendo instrumentos, escalas o examen clínico) que se pueden utilizar para realizar la valoración antenatal del riesgo.
4. Orientar sobre las recomendaciones para la gestión e intervención oportuna de los factores de riesgo identificados por parte de los profesionales de la salud durante la consulta de valoración antenatal del riesgo.

## 2. ALCANCE

Este documento es una herramienta para consolidar y difundir las acciones o indicaciones a implementar por parte de los profesionales de la salud, relacionadas con la consulta de valoración antenatal del riesgo, teniendo como fundamento las mejores recomendaciones, experiencias y evidencia disponibles en la literatura científica.

### Población objetivo:

Fetos o futuros recién nacidos, mujeres y otras personas gestantes que asisten a consulta de valoración antenatal del riesgo en la ciudad de Bogotá, sus familias y redes de apoyo.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

### Usuarios de los lineamientos:

Este lineamiento está orientado a profesionales de la salud involucrados en el manejo del binomio madre-hijo, en la ciudad de Bogotá como:

- Médicos generales.
- Médicos ginecoobstetras.
- Médicos pediatras y médicos neonatólogos.
- Enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería
- Nutricionistas.



### Aspectos abordados en este lineamiento:

- Momento más adecuado de la gestación para la realización de la consulta de valoración de riesgo antenatal.
- Identificación de factores de riesgo relevantes para el feto o futuro recién nacido durante la consulta de valoración antenatal.
- Mejores instrumentos utilizados para realizar la identificación y gestión del riesgo en la consulta de valoración antenatal.
- Educación a gestantes, sus familias y redes de apoyo, sobre la identificación y gestión oportuna de factores de riesgo antenatal.

### Aspectos no abordados en este lineamiento:

- Manejo de enfermedades y complicaciones del binomio madre-hijo durante la gestación, el parto y el posparto.
- Manejo de comorbilidades de la gestante, previas a la gestación.
- Manejo de recién nacidos con riesgos identificados en consultas de control prenatal o de valoración antenatal del riesgo.
- Manejo de complicaciones terapéuticas. Aspectos relacionados con cobertura y financiación de servicios.

Se evaluará, desde una perspectiva de enfoque diferencial, el acceso a la atención para grupos poblacionales que pueden tener necesidades específicas de acuerdo a criterios como momentos de curso de vida, grupos étnicos, población con orientaciones sexuales e identidad de género diversas, habitantes de calle, personas

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

privadas de la libertad, población con alto riesgo psicosocial, consumidores de sustancias psicoactivas, pacientes con enfermedades crónicas o en condición de discapacidad.

## 2.1 Preguntas de investigación orientadoras

Se propusieron cuatro preguntas orientadoras preliminares que dieran cuenta de las necesidades identificadas.

Pregunta 1. ¿Cuál es el momento más oportuno para realizar la valoración antenatal del riesgo por el médico pediatra o neonatólogo?

Pregunta 2. ¿Cuáles son los factores que deben tener en cuenta el médico pediatra o neonatólogo, para determinar el riesgo del feto o futuro recién nacido?



Pregunta 3. ¿Cuáles son los mejores abordajes (incluyendo instrumentos, escalas o abordaje clínico) que se pueden utilizar para la valoración antenatal?

Pregunta 4. Una vez identificados y clasificados los riesgos, ¿cuáles son las recomendaciones para la gestión oportuna de estos por parte de los profesionales de la salud?

Adicionalmente, el equipo desarrollador se permitió redactar las siguientes dos notas aclaratorias:

- Dado que las búsquedas no se restringieron por población, en el caso de haberse encontrado evidencia relacionada con poblaciones diferenciales, esta evidencia hubiera sido incluida y reportada en la síntesis teniendo en cuenta los subgrupos correspondientes para sustentar, en el caso que se identificara evidencia con este mismo abordaje.
- Se realizaron las búsquedas de manera explícita para cada grupo poblacional diferencial y se reportarán los resultados identificados en cada caso. En las situaciones en las que no se encontró evidencia para grupos poblaciones diferenciales, de igual manera se reportó este hallazgo.





|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

### 3. MARCO LEGAL



- Constitución Política 1991, artículo 44 - Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión.
- Ley 100 de 1993, artículo 163 - Se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. La cobertura familiar. Beneficiarios del sistema cónyuge o compañero(a) del afiliado(a) cuya unión sea superior a dos (2) años.
- Resolución 3384 de 2000. Matriz de programación de la atención del parto y el recién nacido. La matriz de programación de la atención del parto y el recién nacido, tiene como población de referencia las mujeres en edad fértil de 15 - 49 años. Esta población es ajustada por la tasa de fecundidad general estimadas por el DANE para el quinquenio 2000 - 2005, de tal forma que sea posible estimar el total de mujeres gestantes a esperar para el período (1). En esta matriz es posible estimar todos los procedimientos de obligatorio cumplimiento según las normas de atención del parto y de atención del recién nacido y dado que la frecuencia de estas actividades es de 1 al año, no es necesario fraccionar el total de gestantes por tiempo de afiliación. La matriz en mención puede ser usada tanto por el régimen contributivo como por el subsidiado. Para la programación de estos procedimientos es necesario hacer uso de la tabla de referencia de tasas generales de fecundidad por departamento y distrito.
- Resolución wha58.31, 2005 (OPS) - "Hacia la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño".
- Resolución cd47.r19, 2006 (OPS) - "La salud neonatal en el contexto de la atención de la salud de la madre, del recién nacido y del niño para cumplir los objetivos de desarrollo del milenio de las naciones unidas".
- Ley 1098 de 2006, numeral 13 del artículo 41 - Garantizar que los niños, las niñas y los adolescentes tengan acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud de manera oportuna. Este derecho se hará efectivo mediante afiliación inmediata del recién nacido a uno de los regímenes de Ley.
- Resolución cd48.r4, 2008 (OPS) - "Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño".
- Circular 000024 del 2012 por la cual se dictan instrucciones para la garantía de la protección y atención de manera integral en salud al recién nacido y menores de un año.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: |   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

- Decreto 0280 del 18 de febrero de 2015 (2): crea la Comisión Interinstitucional de Alto Nivel para el alistamiento y la efectiva implementación de la Agenda de Desarrollo Post-2015 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Propuesta de Objetivo 3: asegurar vidas sanas y promover el bienestar para todos en todas las edades, e incluye las siguientes metas relacionadas:
- Para 2030 poner fin a las muertes evitables de los recién nacidos y niños menores de cinco años.
- Para 2030 reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (ENT), mediante la prevención y el tratamiento.
- Lograr la cobertura universal de salud (UHC por sus siglas en inglés), incluyendo la protección del riesgo financiero, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad, y el acceso a métodos seguros, eficaces, de calidad, y asequibles de medicamentos esenciales y vacunas para todos.
- Resolución 429 de 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social): “Adopta la Política de Atención Integral en Salud – PAIS -”.
- Resolución 3202 de 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social) : Adopta el manual metodológico para la elaboración e implementación de las rutas integrales de atención en salud-RIAS y adopta, entre otras la RIAS para población materno perinatal, que incorpora actividades individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento.
- Resolución 3280 de 2018 (Ministerio de Salud y Protección Social) - “Adopta lineamientos técnicos y operativos de la ruta de promoción y mantenimiento de salud (RPMS) y la ruta integral de atención materno perinatal (RIAMP)”. Establece que el enfoque antenatal de riesgo en el proceso de atención en salud requiere la realización de una historia clínica dirigida a la identificación de factores de riesgo prenatales, perinatales y neonatales para el recién nacido, incluyendo riesgos biológicos y psicosociales, definidos en la historia clínica del CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología). La historia clínica peri-neonatal debe diligenciarse desde antes del nacimiento, con el fin de preparar el equipo y los insumos necesarios para la atención adecuada en sala de partos y programar las actividades a realizar en las horas posteriores al nacimiento. Debe indagarse acerca de 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 Zika), la revisión de los resultados de los exámenes tomados durante la gestación (VIH, Sífilis, Hepatitis B, Toxoplasmosis,

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

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.

- Política nacional de infancia y adolescencia 2018-2030. Su objetivo es generar condiciones de bienestar y acceso a oportunidades con equidad e incidencia, de las niñas, niños y adolescentes en la transformación del país. (6)
- Estrategia de Atención Integral a Niñas, Niños y Adolescentes con Énfasis en Prevención del Embarazo en la Adolescencia 2015 – 2025: (7): una propuesta nacional que se formula desde el reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, en cumplimiento de la obligación del Estado como garante de los mismos y promotor del desarrollo integral.
- Ley 1980 de 26 de julio de 2019 - Por medio de la cual se crea el Programa de Tamizaje Neonatal en Colombia (8), tiene por objeto regular y ampliar la práctica del tamizaje neonatal en Colombia mediante la detección temprana de ceguera y sordera congénitas, la utilización, almacenamiento y disposición de la muestra de sangre del recién nacido para detectar tempranamente los errores congénitos del metabolismo y enfermedades que puedan deteriorar la calidad de vida de las personas y otras alteraciones congénitas objeto de tamizaje que generan enfermedades cuyo diagnóstico temprano permite evitar su progresión, secuelas y discapacidad o modificar la calidad o expectativa de vida.
- Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: formulado por el MSPS (9), es la carta de navegación en las acciones de la salud pública, que incluye el contexto poblacional y en él, los objetivos planteados referentes al “reconocimiento de los diferenciales en los perfiles de salud y enfermedad, atendiendo a la interdependencia generacional y al principio de vidas interconectadas, donde la afectación o incidencia en la vida o salud de un individuo, toca inevitablemente la de una dinámica de sus relaciones y sus legados generacionales, o en sus redes próximas”.

Define metas según momentos de curso de vida, relacionadas con atención integral de la gestante, mortalidades evitables, perinatales, maternas y bajo peso al nacer, con base en:

- Acceso a servicios básicos de salud, la cobertura en atención prenatal en zonas rurales y servicios profesionales en salud prestados antes, durante y posterior del embarazo.
- El embarazo en adolescentes como prioridad territorial.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: |   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

- Atención de enfermedades con énfasis en el control de patologías transmisión vectorial, que se presenten en la gestación o el puerperio y transmisión materno infantil del VIH.
- Promoción y protección de la sexualidad humana y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo los embarazos subsecuentes.
- Integralidad de los enfoques para el cuidado de la gestante y el feto con conocimientos ancestrales como el arte de partear.



#### 4. GLOSARIO

**Anormalidades cromosómicas:** pueden ser numéricas o estructurales. Las numéricas tienen un cromosoma de más o de menos de lo que debería ser un par normal entre los 23 pares. Las estructurales suceden cuando una parte de un cromosoma falta, y ésta, además, se ha pasado a otro cromosoma o está invertida. Pueden tener diferentes efectos asociados a enfermedades, causar abortos espontáneos o problemas en el crecimiento o en el desarrollo.

**Atención para el cuidado prenatal:** según la Resolución 3280 de 2018 es el “conjunto de atenciones que contribuyen a: i) mejorar la salud materna ii) promover el desarrollo del feto, iii) identificar e intervenir tempranamente los riesgos relacionados con la gestación, y iv) generar condiciones óptimas que permitan un parto seguro”.

**Control prenatal:** se trata de una serie de intervenciones orientadas, tanto a la identificación, manejo y control de los diferentes factores de riesgo materno fetal, físico, psicológico y social, como a la promoción de factores protectores durante la gestación, con el fin de llevar a un término adecuado un embarazo obteniendo una madre y recién nacido sano.

**Cuidado paliativo y redireccionamiento del esfuerzo terapéutico:** son aquellos que se brindan cuando una enfermedad o condición médica es clasificada dentro de aquellas a las que un tratamiento no puede curar o controlar. Estos programas se consideran cuando se espera que una persona viva 6 meses o menos y se enfocan en el bienestar del paciente y su familia a lo largo de toda la enfermedad, para reducir el sufrimiento físico, emocional y espiritual.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

**Enfoque antenatal del riesgo:** conjunto de acciones orientadas a la identificación en la historia clínica de factores de riesgo prenatales, perinatales y neonatales para el recién nacido.

**Edad gestacional en zona gris:** se considera está entre 24 y 26 semanas de gestación, tiempo en el cual, aunque un feto tiene teóricamente una edad gestacional en la que se considera viable, por diversas razones como sus condiciones físicas propias desfavorables o la disponibilidad de adecuado tratamiento, podría considerarse como no viable.

**Feto:** etapa del desarrollo que va desde el final de la octava semana de gestación hasta el nacimiento.

**Límite de viabilidad fetal:** semanas de gestación por debajo de las cuales se considera que el producto del nacimiento es incompatible con la vida. Se ha fijado en menos de 24 semanas.

**Malformación congénita mayor:** es un defecto embriológico que está presente al momento del nacimiento y representa un riesgo vital para el feto o requiere una intervención quirúrgica oportuna para su tratamiento.

**Mortalidad perinatal:** es la muerte de cualquier feto o recién nacido entre la semana 22 de edad gestacional y la semana de nacimiento.



**Mortinato:** recién nacido que muere después de 28 semanas de embarazo, pero antes del parto o durante este.

**Neonato (recién nacido):** es un bebé que tiene 28 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea. Este período es importante porque en él suceden cambios muy lentos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido. El término se ajusta a nacidos pretérmino, a término o postérmino.

**Riesgo:** es la probabilidad de que un evento considerado indeseable ocurra.

**Valoración del riesgo antenatal:** conjunto de estrategias orientadas a identificar y gestionar los diferentes factores de riesgo identificados en la gestación, con el fin de mitigar los desenlaces adversos para el feto y futuro recién nacido.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |



## 4.1 Abreviaturas

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>ASIS:</b>     | Grupo de Análisis de Situación en Salud.                                  |
| <b>CFE:</b>      | Consenso formal de expertos.  |
| <b>CIE10:</b>    | Clasificación Internacional de Enfermedades.                              |
| <b>CIE-MP:</b>   | Clasificación Internacional de Enfermedades para la Mortalidad Perinatal. |
| <b>CLAP:</b>     | Centro Latinoamericano de Perinatología.                                  |
| <b>DANE:</b>     | Departamento Administrativo Nacional de Estadística.                      |
| <b>ENT:</b>      | Enfermedades No Transmisibles.  |
| <b>GPC:</b>      | Guías de práctica clínica.  |
| <b>IMC:</b>      | Índice de masa corporal.  |
| <b>INS:</b>      | Instituto Nacional de Salud de Colombia.                                  |
| <b>MIAS:</b>     | Modelo Integral de Atención en Salud.                                     |
| <b>MPNT:</b>     | índice de mortalidad perinatal y neonatal tardía.                         |
| <b>MSPS:</b>     | Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.                      |
| <b>ODS:</b>      | Objetivos de Desarrollo Sostenible.                                       |
| <b>OMS:</b>      | Organización Mundial de la Salud.   |
| <b>OPS:</b>      | Organización Panamericana de la Salud.                                    |
| <b>PAIS:</b>     | Política de Atención Integral en Salud.                                   |
| <b>RIAMP:</b>    | Ruta integral de atención Materno perinatal.                              |
| <b>RPMS:</b>     | Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.                            |
| <b>RSL:</b>      | Revisiones sistemáticas de la literatura.                                 |
| <b>SIVIGILA:</b> | Sistema de Vigilancia en Salud Pública.                                   |
| <b>TRA:</b>      | Terapia de reproducción asistida.   |
| <b>UHC:</b>      | cobertura universal de salud por sus siglas en inglés.                    |
| <b>VIH:</b>      | Virus de inmunodeficiencia humana.  |

## 5. GENERALIDADES

### 5.1 Marco conceptual

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |



## Cuidado antenatal

La OMS define la atención perinatal como el conjunto de acciones asistenciales realizadas por un equipo de salud con el objetivo de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del neonato, con la intención de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Estos aspectos en su conjunto permiten actuar de manera más consistente y oportuna a través de las acciones de promoción, prevención y gestión del riesgo del binomio madre-hijo, procurando la mejora en general de la salud materna y en específico de los indicadores de mortalidad y morbilidad maternas extrema. En el marco de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y la aplicación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) para las mujeres gestantes, se busca garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud bajo condiciones de equidad como elementos determinantes para el fortalecimiento de buenas prácticas que redunden en una mejor salud materna.

## Morbilidad materna extrema en Colombia

Para el 2020, la morbilidad materna extrema en Colombia fue el equivalente al 3,9 % de todos los embarazos. La razón de morbilidad materna extrema para el mismo año fue de 39,5 casos por cada 1000 nacidos vivos, con un incremento del 5,8 % con relación al año inmediatamente anterior. Las cinco entidades territoriales con la mayor razón de morbilidad materna extrema fueron: Bogotá (65,6 casos por cada 1000 nacidos vivos), Caldas (63,1 casos por cada 1000 nacidos vivos), Putumayo (53,5 casos por cada 1000 nacidos vivos), Huila (52,0 casos por cada 1000 nacidos vivos) y Casanare (49,9 casos por cada 1000 nacidos vivos).

Así mismo, el 2.5% (616 casos) de los casos de morbilidad materna extrema reportados fueron causados por COVID-19, los cuales se concentraron principalmente en: Bogotá (27,2 %), Antioquia (8,7 %), Cundinamarca (8,5 %), Huila (3,9 %) y Caldas (3,6 %). Las principales características de las gestantes con infección por SARS-CoV-2 que cursaron con una morbilidad materna extrema fueron: mujeres entre los 20 a 29 años (46,4 %), afiliadas al régimen contributivo y subsidiado (92,4 %), pertenecientes a otros grupos poblaciones (94,3 %), según la nacionalidad el 95,8 % eran colombianas y el 4,1 % venezolanas. De acuerdo con la causa agrupada de la MME, el 61,7 % se concentró en los trastornos hipertensivos, el 11,9 % en las complicaciones hemorrágicas y el 10,7 % en la sepsis de origen pulmonar.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
| SECRETARÍA DE SALUD  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

## Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal, abarca la muerte durante el embarazo, a partir de la semana 22 de gestación hasta el periodo neonatal. Se puede calcular de varias formas: desde las 22 semanas hasta un máximo de 27 días postparto en su definición más amplia, o desde las 28 semanas hasta los 6 días posparto (10).

El Instituto Nacional de Salud, en línea con lo referido por la Organización Mundial de la Salud y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), define la mortalidad perinatal como la que ocurre desde las 22 semanas completas (154 días después de la gestación) y termina a los siete días después del nacimiento (11).

Ahora bien, los gobiernos del mundo, las autoridades sanitarias internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, han coincidido en la trascendencia de la misma para la salud pública, además, que la mortalidad perinatal y neonatal tardía, es un indicador de desarrollo económico y de la calidad de vida de las gestantes y sus familias, así como de los servicios de salud en términos de acceso, cobertura y la calidad de atención (11,12).

Las distintas autoridades internacionales de salud vienen desde hace algunos años advirtiendo sobre la necesidad de trabajar en la reducción de muertes perinatales en el mundo, aspecto preponderante ya que representa un indicador de bienestar y calidad de vida y por ende representa la materialización del derecho a la salud.



En América Latina y el Caribe se reportó un descenso en la mortalidad perinatal, desde el año 1990 (22,9 muertes por 1000 nacidos vivos) hasta el año 2016 (9,2 muertes por 1000 nacidos vivos) (11).

## Tipos de mortalidad perinatal

De acuerdo con el protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía, emitido por el Instituto Nacional de Salud, la mortalidad en menores de 7 días se clasifica de la siguiente manera:

- Muerte perinatal: “es la muerte que ocurre en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento” (13).



|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
| SECRETARÍA DE SALUD  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

- Muerte neonatal: “es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida (13). Esta a su vez se divide en:
  - Muertes neonatales tempranas: ocurren durante los primeros 7 días de vida (0-6 días) (4).
  - Muertes neonatales tardías: ocurren después de los 7 días hasta el día 28 de vida (7-28 días) (13).



### Indicadores epidemiológicos Internacionales

Al enfocar esfuerzos por mejorar la salud y calidad de vida de la población mundial, se buscó establecer unas metas consagradas en los objetivos de desarrollo sostenible 2030, con especial énfasis en la pertinencia de apostarle a la reducción de mortalidad en niñas y niños, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos (14).

El INS publicó en marzo de 2022 el “*Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal*”, en el cual se registra que el 78 % de las mortalidades perinatales reportadas en América Latina, ocurren en recién nacidos de bajo peso (13).

De acuerdo con lo reportado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2019, la tasa de mortalidad neonatal para América Latina fue de 7,7 por cada 1000 nacidos vivos. Cuba (2,3), Uruguay (4,6) y Puerto Rico (5,0) son los países de la región con las tasas más bajas de mortalidad, mientras que Haití (32,0), República Dominicana (18,0) y Bolivia (15,0) son los que reportan las tasas más altas de mortalidad para el mismo año.(13).

Desde 1990 se ha progresado considerablemente en lo que se refiere a la supervivencia infantil. La cifra mundial de muertes neonatales se redujo de 5,0 millones en 1990 a 2,4 millones en 2019. Sin embargo, la disminución de la mortalidad neonatal entre 1990 y 2019 ha sido más lenta que la de la mortalidad post neonatal de menores de 5 años. La proporción de muertes neonatales entre las muertes de menores de 5 años es todavía relativamente baja en África Subsahariana (inferior al 36 %), que sigue siendo la región con las tasas más altas de mortalidad de menores de 5 años (15).

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

En Europa y América del Norte, regiones que tienen una de las tasas más bajas de mortalidad de menores de 5 años, el 54 % de dichas muertes ocurren durante el periodo neonatal.

La OMS ha establecido que la prematurez y el bajo peso al nacer, las infecciones neonatales, la asfixia perinatal y el trauma obstétrico, se encuentran dentro de las 20 primeras causas de muerte en el mundo (independientemente de la edad gestacional(16).



### Indicadores epidemiológicos nacionales

Colombia es un país multiétnico y multicultural, según lo consagró la Constitución Política de 1991 en su Artículo 7. El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana (17). En este caso, con un enfoque diferencial en salud, y con el fin de reconocer las particularidades en salud de las poblaciones que habitan en el país, se describen cifras que dan cuenta de la importancia de desplegar acciones para garantizar el derecho a la salud de poblaciones históricamente excluidas como poblaciones que se autodefinen o auto reconocen como étnicas.

Dicho esto, se observó en el boletín epidemiológico del Instituto Nacional de Salud (INS) con corte a la semana epidemiológica 09 que corresponde del 23 al 29 de febrero de 2020, que la razón de mortalidad perinatal y neonatal más alta se concentra en la población indígena con 27,2 muertes por 1000 nacidos vivos (576 casos), seguido por la población afrocolombiana con 16,7 muertes por 1000 nacidos vivos (458 casos) (18).

A marzo del año 2022, el INS reporta la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía, evidenciando que 18 entidades territoriales superan el comportamiento del indicador nacional; Chocó (36,0), Vaupés (32,8), Vichada (32,5), Buenaventura (26,4) y San Andrés (22,4) . (13).

Para esta misma fecha, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) evidenció que la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía en el año 2020 fue de 15,0 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Se observa un descenso en el indicador respecto al 2019, en el que se reportó una razón de 16,7 muertes por cada 1000 nacidos vivos (13).

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

Según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (grupo ASIS-Análisis de Situación en Salud 2021) (19), para los años 2009 y 2019 la mortalidad neonatal fue de 1 a 3 veces mayor por cada por cada 1000 nacidos vivos en el área rural dispersa comparada con las cabeceras municipales o centros poblados, siendo alrededor de un 25 % más alta en las primeras que en los centros poblados.

Entre 2005 y 2019 las afecciones originadas en el periodo perinatal generaron alrededor del 51 % de la mortalidad en menores de un año, aunque las tasas de mortalidad por esta causa han tendido al descenso, al pasar de 8,05 muertes por cada mil nacidos vivos en 2005 a 5,88 en 2019. (19).



Otras causas expresadas por el Ministerio de Salud (19), las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas provocaron cerca del 24 % de las defunciones, generando aproximadamente 3 muertes por cada 1000 nacidos vivos cada año entre 2005 y 2019.

Así mismo, las enfermedades del sistema respiratorio produjeron el 8% de las muertes y ocupan el tercer lugar dentro de las causas más frecuentes de mortalidad infantil, con una tendencia decreciente al pasar de 1,42 a 0,66 muertes por cada 1000 nacidos vivos en este periodo. El grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias generó el 4 % de las muertes; así mismo, describe una tendencia decreciente pasando de 1,01 a 0,23 entre 2005 y 2019 (19).

Por otra parte, según el boletín epidemiológico del INS correspondiente a la semana 20 del 16 al 22 de mayo de 2021(20), el índice de mortalidad perinatal y neonatal tardía (MPNT) fue de 4,2 %. Las entidades territoriales de Guainía (100,0 %), Vaupés (66,7 %), Caquetá (12,5 %), Chocó (8,5 %) y Córdoba (6,5 %) reportaron los índices más altos en el país.

De acuerdo con el estudio sobre mortalidad perinatal publicado por Zuleta-Tobón et al., 2019, en Antioquia se analizaron 5694 registros de muertes perinatales. Después del proceso de depuración descrito, 3901 registros cumplieron los criterios de inclusión, y en 1793 registros existían suficientes elementos para considerar que correspondían a abortos, embarazos ectópicos o enfermedad trofoblástica (21).

De acuerdo con el Boletín Epidemiológico del INS antes mencionado y en coherencia con el artículo publicado en la revista colombiana de obstetricia y ginecología, de las 3901 muertes perinatales, 1404 (36,0 %) se presentaron antes del parto, 378 (9,7

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

%) en el intraparto, 1760 (45,1 %) en el periodo neonatal y 359 (9,2 %) casos no contaban con información sobre el momento del fallecimiento, lo que impidió asignarles la clasificación CIE-MP (20).

Por otra parte y según el estudio publicado por Mendoza et al., 2017, en Buga hubo un total de 5567 egresos de UCI neonatal, entre el 19 de septiembre de 2005 y el 31 de diciembre de 2016, de los cuales murieron 125 (2,25 %): de estos, 96 (76,80 %) fallecieron entre 0-7 días de vida (entre ellos 48, es decir el 50 %, en las primeras 48 horas) y 29 (23,20 %) después del séptimo día de vida (16).

Según la revisión de estudios en Colombia se han identificado múltiples causas de mortalidad neonatal, siendo las principales: bajo peso al nacer, prematuridad, infecciones bacterianas graves, enfermedad de membrana hialina, infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), asfixia perinatal, hipertensión pulmonar, malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas (21).



## 5.2 Metodología

El desarrollo de este lineamiento incluyó las siguientes actividades:

- **Conformación del grupo desarrollador:** este grupo contó con epidemiólogos clínicos expertos en metodología de investigación y en desarrollo de guías de práctica clínica y lineamientos, epidemiólogos expertos temáticos (especialistas en pediatría o en neonatología) y expertos temáticos (especialistas en neonatología).

A través de la realización de reuniones de trabajo conjunto entre los integrantes del Equipo Desarrollador del IETS y la Secretaría Distrital de Salud, se plantearon las preguntas de investigación y el alcance inicial del documento, que fueron validadas en una reunión que contó con la participación de expertos clínicos de las Subredes Integradas de Servicios de Salud - ESE de la ciudad de Bogotá, Distrito Capital, entre otros y en la cual se discutieron, ajustaron y consensuaron las preguntas de investigación orientadoras definitivas.

- **Definición del alcance y objetivos por cada lineamiento:** en conjunto con los referentes de la Ruta Integral de Atención Materno-Perinatal (RIAMP) de la Secretaría Distrital de Salud y el grupo desarrollador, se definió el alcance de los

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

lineamientos. Este alcance contó al menos con la población objeto, los usuarios de los lineamientos, aspectos cubiertos y aspectos no cubiertos por el lineamiento.



- **Definición de preguntas orientadoras:** en conjunto, los referentes de la RIAMP y grupo desarrollador definieron cuatro preguntas preliminares relacionadas con el alcance del documento. Para estas preguntas se tuvo en cuenta la evidencia existente y fueron validadas en una reunión mediante modalidad virtual sincrónica que contó con la participación de expertos clínicos de las Subredes Integradas de Servicios de Salud: Sur, Norte, Sur Occidente y Centro Oriente y representantes de las sociedades científicas, en la cual se discutieron, ajustaron y consensuaron las preguntas de investigación orientadoras definitivas.
- **Búsqueda y síntesis de la literatura:** para identificar los estudios y documentos relevantes que respondieron a las preguntas de investigación planteadas, se realizó una búsqueda sistemática de la literatura, de acuerdo con lo propuesto por el Manual para la elaboración de evaluaciones de efectividad, seguridad y validez diagnóstica de tecnologías en salud del IETS. Se consultaron las bases de datos electrónicas Medline, Embase, Cochrane, Epistemonikos y LILACS. También se realizó la búsqueda de literatura gris a través de Google Académico. Se llevó a cabo una búsqueda general para identificar las Guías de Práctica Clínica (GPC) publicadas durante los últimos cinco años y otra búsqueda para identificar las Revisiones Sistemáticas de la Literatura (RSL).

En esta búsqueda se seleccionaron inicialmente las GPC y si estas no tenían adecuada calidad metodológica se seleccionaron las RSL de buena calidad (puntuación mayor al 60 % en los dominios 3 y 6 del instrumento AGREE-II para las GPC y bajo riesgo de sesgos en el instrumento ROBIS para RSL).

En este proceso se realizó una selección de documentos, inicialmente mediante una tamización por título y resumen y posteriormente, por texto completo a partir de unos criterios de selección predefinidos. Los documentos seleccionados fueron evaluados en su riesgo de sesgos y calidad metodológica con los siguientes instrumentos por al menos dos revisores, según la disponibilidad de estudios disponibles incluidos.

- GPC: AGREE-II (22).
- RSL: ROBIS (23).
- Estudios aleatorizados: RoB-1 (24).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |



- Estudios no aleatorizados: herramientas específicas del instituto Johanna-Briggs.
- Estudios de pruebas diagnósticas: QUADAS-2 (25).

Dos revisores extrajeron la información de los estudios seleccionados utilizando un formato de extracción predefinido. Los conflictos en la etapa de evaluación del riesgo de sesgos o calidad metodológica y extracción de la información fueron dirimidos por consenso o, si es necesario, a través de un tercer revisor.

Posteriormente, el GDL organizó, a partir de la evidencia disponible, la experiencia clínica de los expertos temáticos y el contexto, la información recolectada y que consideró relevante para su presentación y definió un lineamiento preliminar por cada una de las preguntas orientadoras.

- **Consenso de expertos:** se realizó un consenso formal de expertos (CFE) virtual y sincrónico, mediante un proceso Delphi modificado Delphi descrito en la Guía metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano (26). En este consenso, el GDL presentó la evidencia disponible y los lineamientos preliminares para cada una de las preguntas orientadoras. El grupo de expertos evaluó, refinó y votó cada uno de los lineamientos; para la última pregunta, la votación fue asincrónica. La votación se realizó en línea utilizando un formato predefinido y utilizando una escala Likert entre uno (1) y nueve (9), donde 1 era “Totalmente en desacuerdo” y 9 era “Totalmente de acuerdo”, teniendo en cuenta tanto la experiencia clínica como la evidencia científica disponible. Posteriormente, se presentó el análisis de cada votación utilizando los siguientes criterios de interpretación:

- Los puntajes entre 7 y 9 de más del 80% de los expertos y/o una mediana de 8 IC 95 % entre 7 y 9 (se consideraban válido pasar alguna de las 2 opciones): se aprueba el lineamiento.
- Los puntajes entre 1 y 3 de más del 80 % de los expertos y/o una mediana de 2 IC 95 % entre 1 y 3 (se consideraban válido pasar alguna de las 2 opciones): no se aprueba el lineamiento.
- En los casos en que no se alcanzó alguna de las 2 condiciones anteriores se replantearon los lineamientos mediante una discusión en una segunda ronda con el grupo de expertos, quienes tuvieron la posibilidad de reestructurar los puntos críticos y volver a realizar la votación; hasta no lograr consenso en la pregunta no se pasó a la siguiente.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
| SECRETARÍA DE SALUD  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

### 5.3 Lineamiento

El lineamiento presentado a continuación, se construyó a partir de la evidencia disponible y el concepto del consenso de expertos clínicos, actores interesados y referentes de la Secretaría Distrital de Salud, y se hicieron ajustes para cada pregunta de acuerdo con el contexto del Distrito Capital.

No se identificaron estudios ni conceptos de expertos, que determinen ni cuantifiquen factores de riesgo específicos para grupos poblacionales diferenciales, ni intervenciones concretas, por tanto, esto se constituye en una necesidad y un vacío de conocimiento del área, que requiere estudios primarios.

#### **Pregunta 1. ¿Cuál es el momento más oportuno para realizar la valoración antenatal del riesgo por el médico pediatra o neonatólogo?**



Diferentes revisiones y posiciones de expertos clínicos coinciden en que el tercer trimestre es el mejor momento para realizar la valoración antenatal del riesgo por parte del pediatra o neonatólogo, especialmente entre las semanas 32 y 36 de gestación. Sin embargo, la valoración puede realizarse antes, cuando se identifican malformaciones congénitas mayores u otros hallazgos durante el control prenatal que puedan afectar negativamente al feto o futuro recién nacido, o cuando los padres o profesionales en salud consideren esta valoración porque estén preocupados por el bienestar del feto o futuro recién nacido, con el objetivo de ayudarlos a tomar mejores decisiones informadas.

#### **Pregunta 2. ¿Cuáles son los factores que deben tener en cuenta el médico pediatra o neonatólogo, para determinar el riesgo del feto y futuro recién nacido?**

Existen diferentes factores que debe tener en cuenta el médico pediatra o neonatólogo, para identificar el riesgo del feto o futuro recién nacido durante la valoración antenatal.

Entre ellos se encuentran los descritos en la clasificación del riesgo obstétrico, de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (Resolución 3280 de 2018).

Otros factores no incluidos en esta clasificación también deben tenerse en cuenta:

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

### Factores relacionados al contexto:

- Falta de atención prenatal
- Desventaja socioeconómica materna: bajo ingreso y analfabetismo
- Violencia doméstica



### Factores relacionados a la gestante, pero no directamente asociados al embarazo actual:

- Edades extremas (mujeres menores de 18 años o mayores de 35 años).
- Altura y peso maternos extremos (mujeres gestantes con índice de masa corporal <17 o >35).
- Condiciones relacionadas con el estilo de vida y entorno psicosocial: tabaquismo, consumo de alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, opioides u otras sustancias de abuso, consumo de medicamentos de prescripción como antiepilépticos y antidepresivos, exposición a toxinas ambientales como plomo, desnutrición, obesidad, ganancia lenta o rápida de peso durante el embarazo. Estas condiciones se asocian principalmente a trastornos neuro comportamentales y cognitivos en el feto y recién nacido.
- Asimismo, las alteraciones en el peso corporal (sobrepeso, desnutrición) se han asociado con mortinatos.
- Condiciones previas al embarazo: enfermedades crónicas como hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar crónica, diabetes, epilepsia, enfermedad inmunológica activa y trastornos mentales (principalmente ansiedad y depresión). Enfermedades ginecológicas como miomas, sinequias uterinas, quistes ováricos, malformación uterina, cirugía ginecológica previa, infertilidad, historia de radio ablación con yodo en los últimos seis meses o tumor cerebral/carcinoma.
- Infecciones: bacterianas, víricas, fúngicas o protozoarias activas, esto incluye serología positiva, infección de las vías urinarias, infecciones crónicas como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis infecciosa, tuberculosis pulmonar, entre otras.
- Embarazos previos: paridad, historia de embarazo (s) anterior (es), número de partos quirúrgicos/cesáreas, antecedentes de preeclampsia, convulsiones, abortos, hemorragia ante parto, partos prematuros, mortinatos, muertes neonatales, hemorragia posparto/extracción manual de la placenta, parto prolongado o difícil.
- Antecedentes familiares: abortos recurrentes, enfermedad de células falciformes.

### Factores relacionados al embarazo actual que pueden afectar al feto o la madre:

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
| SECRETARÍA DE SALUD  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

- De la madre: anemia, desnutrición, obesidad, hemorragia ante parto, dificultad respiratoria, preeclampsia-eclampsia, diabetes o hipertensión gestacional, proteinuria, colestasis intrahepática del embarazo, embarazo múltiple, inmunización antitetánica, ruptura prematura de membranas, embarazo prolongado, riesgo de transmisión vertical de infecciones (toxoplasma, rubeola, citomegalovirus, VIH, sífilis, hepatitis B).
- Del feto: isoimmunización Rh, retraso del crecimiento intrauterino, feto pequeño para la edad gestacional, anomalía fetal (con o sin causa genética hereditaria), hallazgos de ecografía Doppler, arteria umbilical anormal, evidencia de flujos diastólicos ausentes o invertidos, oligohidramnios, polihidramnios o alteración de la circunferencia abdominal del feto.
- En el momento de la concepción y el parto: concepción mediante técnicas de reproducción asistida (TRA), placenta mórbida adherida, placenta previa, presentación anormal (podálico u otra presentación), contracciones prematuras, parto prematuro, parto prolongado o difícil, recién nacido macrosómico o con bajo peso al nacer, muerte neonatal, hemorragia posparto/extracción manual de la placenta.



**Pregunta 3. ¿Cuáles son los mejores abordajes (incluyendo instrumentos, escalas o abordaje clínico) que se pueden utilizar para la valoración antenatal?**

El enfoque clínico basado en la identificación de los factores de riesgo descritos antes y la evaluación de las diferentes pruebas o procedimientos realizados en el control prenatal parece ser el mejor abordaje para la valoración antenatal, incluyendo ecografías prenatales y biomarcadores (en caso de ser necesario).

Existen diferentes instrumentos basados en sistemas de puntuación para identificar desenlaces adversos en el feto o futuro recién nacido; sin embargo, la capacidad de estos instrumentos en la identificación de los desenlaces de interés es muy baja.

**Pregunta 4. Una vez identificados y clasificados los riesgos, ¿cuáles son las recomendaciones para la gestión oportuna de estos por parte de los profesionales de la salud?**

Si se identifica algún riesgo fetal durante las valoraciones prenatales, el pediatra o neonatólogo deberá apoyar la planeación del plan del parto y facilitar la articulación de los diferentes actores del sistema de salud de tal forma que el binomio madre-hijo,

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

y la familia cuidadora puedan recibir la atención integral, humanizada y adecuada para el riesgo identificado.

Si este riesgo involucra la vida del feto y de la gestante, se deberá canalizar a una unidad materno fetal para su valoración por el obstetra y definición de conducta.

Si el feto o futuro recién nacido tiene riesgo de malformaciones graves, alta probabilidad de mortalidad temprana, de nacimiento por debajo del límite de viabilidad (menor a 24 semanas) o edad gestacional en zona gris (entre 24 a 26 semanas), se deberán contemplar (una vez corroborada la alta probabilidad de mortalidad temprana) estrategias de tratamiento que involucren la no reanimación, cuidados de sostenimiento, acciones de atención posparto de cuidado paliativo y apoyo para la madre, el recién nacido o la familia. En caso de fetos con malformaciones graves y probabilidad de mortalidad temprana se podrán ofrecer estrategias de interrupción voluntaria del embarazo de acuerdo con el contexto.

En cualquier escenario, el pediatra o neonatólogo debe brindar información completa y sencilla a los padres, sobre el o los riesgos detectados y sus posibles manifestaciones, lo que suele ocurrir durante el nacimiento, expectativas de vida, las alternativas terapéuticas, las necesidades del recién nacido, los signos de alarma, técnicas de lactancia materna y estilos de vida saludable. Siempre debe resolver dudas, de manera directa, transmitiendo confianza a la familia.

Idealmente, el pediatra o neonatólogo que haga la valoración antenatal deberá pertenecer al mismo grupo que atenderá el parto y al recién nacido. Si esto no es posible, debe existir una comunicación entre los diferentes grupos, de tal forma que pueda haber una articulación entre la valoración antenatal y la atención y manejo de los riesgos identificados en esta.



## 6. ANEXOS

### Anexo 1. Metodología

#### Conformación del grupo desarrollador

Se conformó un grupo desarrollador con profesionales del IETS y referentes técnicos de la Secretaría Distrital de Salud quienes formularon las preguntas orientadoras y

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

aplicaron todo el proceso metodológico para el desarrollo del presente lineamiento. Adicionalmente, se convocó varios expertos temáticos de la Universidad de Antioquia, quienes se encargaron de validar las preguntas orientadoras, realizaron aportes de literatura, brindaron el acompañamiento técnico en el proceso de elaboración del lineamiento y participó en los consensos donde se generaron las respuestas para cada pregunta orientadora.

Todos los integrantes del grupo desarrollador firmaron la declaración de conflictos de interés y acuerdos de confidencialidad, que fue analizada por el Comité de conflictos de intereses, según la política de transparencia del IETS.

### **Construcción de preguntas de investigación orientadoras**

Se configuraron y estructuraron cuatro preguntas de investigación orientadoras para que, a partir de sus respuestas, se pudiesen construir los lineamientos de orientación clínica para la implementación de la valoración antenatal del riesgo como estrategia de reducción de eventos de mortalidad y morbilidad perinatal, en los diferentes entornos de la vida cotidiana en la ciudad de Bogotá D.C.

### **Refinamiento de las preguntas de investigación orientadoras**



Se citó a los expertos delegados por las diferentes asociaciones científicas y a expertos de instituciones prestadoras de servicios en salud con experiencia en el manejo de los pacientes que constituyen la población diana de este lineamiento, que aceptaron ser parte del desarrollo de estos lineamientos, a los cuales se les invitó a comentar las preguntas orientadoras planteadas inicialmente y, aportar literatura que consideraran relevante para apoyar el proceso de revisión.

### **Preguntas de investigación orientadoras**

Una vez construidas las preguntas de investigación y refinadas con los expertos temáticos se obtuvo como resultado cuatro preguntas orientadoras para que a partir de la evidencia encontrada se construyeran los lineamientos técnicos para la implementación de la valoración antenatal del riesgo como estrategia de reducción de eventos de mortalidad y morbilidad perinatal, en los diferentes entornos de la vida cotidiana en la ciudad de Bogotá D.C.

### **Búsqueda y síntesis de la literatura**

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

Para identificar estudios y documentos relevantes que respondieran a las preguntas orientadoras planteadas, se realizaron búsquedas sistemáticas de la literatura.

En una primera etapa, el ejercicio se enfocó en Guías de Práctica Clínica (GPC) y Revisiones Sistemáticas de la Literatura (RSL) y en el caso de no hallar respuestas a partir de este tipo de estudios, se indagó por estudios primarios. Las búsquedas se realizaron en Medline vía PubMed, Embase, en la biblioteca de Cochrane, en LILACS a través de la Biblioteca Virtual en Salud del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, Epistemonikos, y en Google. Adicionalmente, se incluyeron sitios de organismos desarrolladores y compiladores de GPC internacionales. Además, se complementaron con una búsqueda de publicaciones adicionales empleando la metodología en “bola de nieve” y con los documentos aportados por los expertos temáticos. Se generó un reporte de esta actividad para garantizar la reproducibilidad y transparencia del proceso (Anexos 3 y 4).

### **Criterios de elegibilidad de la literatura**

Se incluyeron todos los documentos que podían responder de forma parcial o completa a las preguntas de investigación previamente descritas.



#### Criterios de inclusión:

- Guías de práctica clínica (GPC) para manejo de cáncer de mama.
- Artículos científicos tipo RSL de ensayos clínicos controlados o estudios observacionales.
- Documentos en idioma inglés, español o portugués.
- Temporalidad: últimos 5 años (2017-2022).

#### Criterios de exclusión:

- Resúmenes de congresos, comunicaciones breves, cartas al editor.
- Estudios publicados exclusivamente en formato de resumen no fueron elegibles debido a que la información reportada era insuficiente para evaluar su calidad metodológica. Adicionalmente, es posible que los resultados de dichos estudios, además de estar incompletos, pudiesen cambiar significativamente entre la publicación preliminar y la definitiva.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

## Tamización de referencias y selección de documentos

Los artículos y documentos identificados a través de las búsquedas fueron cargados en formato CSV a la herramienta electrónica Rayyan® para eliminar los duplicados, posteriormente, dos revisores (AH, KO) de manera independiente, llevaron a cabo la tamización de documentos, mediante la lectura de los títulos y resúmenes. Estos revisores siempre estuvieron enmascarados a las decisiones del otro. Los estudios que cumplieron con los criterios de inclusión fueron incorporados en el análisis, las discrepancias se discutieron entre ellos y cuando no fue posible llegar a un acuerdo se recurrió a un tercer revisor.

Aquellos documentos incluidos en el paso anterior fueron evaluados por duplicado por los mismos revisores mediante la lectura del texto completo y seleccionados en caso de cumplir los criterios inclusión.

Las GPC fueron sometidas a una tamización secundaria utilizando la herramienta 7 para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (27) y si alguna de las respuestas a las preguntas era negativa, se excluía la guía, en caso contrario se sometía a valoración por AGREE-II.



## Evaluación de la calidad metodológica de los documentos

Teniendo en cuenta el tipo de documento seleccionado se realizó una valoración de la calidad metodológica o riesgo de sesgo así:

- Guías de práctica clínica: inicialmente con la herramienta 7 de la Guía metodológica Adopción - Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia del MSPS y del IETS (28) y si todas las respuestas en esta herramienta eran positivas, se evaluaba formalmente utilizando la herramienta AGREE-II.
- Revisiones sistemáticas: ROBIS. Se consideró la inclusión de RSL y de GPC según su calidad de la siguiente manera: las RSL fueron aquellas con bajo riesgo de sesgo utilizando la herramienta ROBIS y en las GPC serían aquellas con un porcentaje de 60% o más en los dominios 3 y 6 del AGREE-II.

## Extracción de información

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
| SECRETARÍA DE SALUD  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

Dos revisores (VMVM y IMO) realizaron la extracción de la información a partir de las publicaciones originales de los documentos seleccionados. Este proceso se enfocó en los contenidos presentados como recomendaciones, indicaciones, orientaciones, lineamientos y consejos, en consonancia con las preguntas orientadoras y el alcance del lineamiento.

El formato de extracción tuvo en cuenta las siguientes variables: autor, año, tipo de estudio, título, origen de la publicación, pregunta orientadora que responde, hallazgos principales, resultado de calidad metodológica, certeza o calidad de la evidencia y financiación. Esta información se presenta en detalle por cada pregunta en el Anexo 7.

## **Desarrollo del consenso de expertos**



### Metodología del Consenso

Se realizó un consenso formal de expertos (CFE), con la metodología modificada Delphi descrita en la Guía metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano (27).

Se reunió a un grupo de profesionales con experiencia, habilidad o determinados conocimientos científicos, técnicos y prácticos en la atención integral de pacientes con cáncer de mama y así adoptar una decisión de común acuerdo empleando métodos sistemáticos y procesos estructurados.

### Desarrollo del consenso de expertos

El consenso de expertos se desarrolló con la participación en modalidad virtual (sincrónica y asincrónica) e inició con la presentación de los participantes, la declaración de conflictos de intereses y consentimiento para la grabación de la sesión. Posteriormente, se realizó una introducción general a la temática del lineamiento y la lectura de los objetivos y alcances. Mediante un proceso de discusión en rondas, se mostró a los expertos la metodología utilizada para la búsqueda de la literatura y en

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

cada una de las 4 preguntas, se presentaron los estudios o documentos encontrados para responderla y una propuesta de lineamiento.

Bajo la moderación de un facilitador, encargado de la coordinación de la discusión en torno a las ideas presentadas para cada pregunta, se determinó una ruta de trabajo para su desarrollo y la votación para lograr consenso de la siguiente manera:



1. Presentación de la pregunta orientadora
2. Presentación de la evidencia consultada
3. Presentación de propuesta preliminar del lineamiento
4. Consenso y/o discusión: cada experto planteaba su punto de vista relacionado con el lineamiento propuesto y se discutía en torno a estos comentarios.
5. Ajustes del lineamiento en caso de que los hubiera
6. Votación
7. Resultados de la votación
8. Replanteamiento del lineamiento en caso de no alcanzar acuerdo
9. Nueva votación.

En cada ronda de discusión, los expertos de forma individual analizaron y calificaron cada uno de los lineamientos mediante una votación on-line anonimizada, utilizando una escala Likert entre uno (1) y nueve (9) donde 1 era “Totalmente en desacuerdo” y 9 “Totalmente de acuerdo”, teniendo en cuenta tanto la experiencia clínica como la evidencia científica disponible.

Posteriormente, se realizó el análisis de la votación presentando al grupo de expertos los resultados obtenidos, analizados en términos de porcentaje y mediana. Los resultados se interpretaron de la siguiente manera:

- Los lineamientos se consideran aprobados por los expertos participantes en los paneles, cuando se cumplen alguna de las siguientes dos condiciones: cuando más del 80% de los votos están entre 7 y 9 ó la mediana de los votos se encuentra en el rango de 7 y 9.
- Cuando el 80% de los votos obtenidos se encontraban en el intervalo de 1 a 3 o la mediana de los votos estaba en este intervalo, se consideraba que el lineamiento votado no era aprobado.
- En los casos en que no se alcanzó alguna de las 2 condiciones anteriores se replantearon los lineamientos mediante una discusión en una segunda ronda con el grupo de expertos, quienes tuvieron la posibilidad de reestructurar los puntos

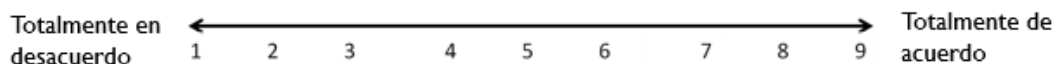
La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: |   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

críticos y volver a realizar la votación; hasta no lograr consenso en la pregunta no se pasó a la siguiente.

- Los resultados de las votaciones se procesaron, analizaron y presentaron a los expertos mediante el uso del software Stata v17.

**Figura 1. Escala usada para el proceso de votación\*.**



\*Fuente: Guía metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano. Bogotá 2010 (29).

## Anexo 2. Informe participación panel de socialización de preguntas

### Introducción



“La participación como práctica social se vincula con los mecanismos a través de los cuales la sociedad posibilita la integración funcional y simbólica a los diferentes grupos que la componen” (30). De manera específica la participación en salud, al ser interdependiente de la realización efectiva del derecho a la salud, permite a los diferentes actores sociales asumir la responsabilidad y el compromiso de hacer parte de las deliberaciones y discusiones sobre los problemas de salud que afectan a la comunidad (30).

Dentro de los diferentes mecanismos y modalidades de participación existentes, la participación consultiva constituye una forma en la que los actores expresan voluntaria y libremente sus ideas, opiniones y posturas respecto de un tema en particular. Se busca, que estos conocimientos, intercambios y argumentos sean insumos para orientar los procesos de toma de decisiones en salud (31). Más aún, el involucramiento de expertos configura una participación muy importante, en la medida en que representan un grupo de actores clave para la obtención de datos relevantes en la definición de aspectos centrales del proceso y que no son necesariamente identificables en la literatura.

Así, es una participación claramente intencionada y definida alrededor de un tema muy particular, por ejemplo, preguntas sobre patrones de práctica clínica,

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

preferencias, procesos de adquisición o datos económicos, contexto de implementación de las intervenciones, etcétera. En términos generales se espera que los expertos aporten datos cuantitativos, cualitativos, experiencia y juicios de valor (32).

En este punto, es necesario mencionar que los expertos son considerados como personas eruditas en un tema o método que cuentan con la formación y trayectoria suficiente y adecuadamente soportada para ser reconocidos como conocedores en profundidad (33).

Para lograr que la participación de los expertos o actores sea efectiva se requiere de un proceso adecuado de gestión, que va desde la identificación de los actores clave hasta el desarrollo del espacio de participación mismo. Con esto presente, este informe describe de manera sintética el proceso de gestión de la socialización de las preguntas y el alcance de los Lineamientos para la implementación de la valoración antenatal del riesgo como estrategia para la reducción de eventos de mortalidad y morbilidad perinatal en la ciudad de Bogotá, Distrito Capital.



## Objetivo

Facilitar el desarrollo de la socialización de las preguntas y el alcance de los Lineamientos para la implementación de la valoración antenatal del riesgo como estrategia para la reducción de eventos de mortalidad y morbilidad perinatal en la ciudad de Bogotá, Distrito Capital. Esta socialización tuvo como propósito recoger las observaciones y comentarios para refinar el alcance y las preguntas del lineamiento.

## Metodología de convocatoria

### Identificación de los actores

Todo proceso de gestión de espacios participativos comienza con un mapeo de actores involucrados, de acuerdo con la Red Europea de Evaluación de Tecnologías (EUnetHAT, por su sigla en inglés). Estos actores corresponden a grupos u organizaciones que pueden proveer información relevante sobre la perspectiva de los grupos que representan y que serán afectados por la decisión; también son grupos u organizaciones que pueden, en un rol consultivo, contribuir a las acciones u objetivos

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

de una organización, proyecto o política en salud (34). Así, el mapeo o identificación de los actores clave se desarrolla conforme el objetivo del espacio y la temática.

Para el caso en particular, se identificaron las siguientes organizaciones relacionadas con el tema:

- Sociedad Colombiana de Pediatría – SCP
- Asociación Colombiana de Neonatología – ASCON
- Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología – FECOLSOG
- Sociedad Colombiana de Médicos Generales – SOCOMEG
- Asociación Colombiana de Nutrición Clínica – ACNC
- Colegio Colombiano de Psicólogos – COLPSIC
- Federación Odontológica Colombiana – FOC
- Organización Colegial de Enfermería – OCE
- Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia – ANEC
- Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
- Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
- Referentes de la Secretaría Distrital de Salud

## Convocatoria



Con esta identificación, se convocó de manera formal a los expertos a través de correspondencia electrónica. Se hizo el seguimiento a la convocatoria para obtener los nombres y los datos de contacto de los delegados de cada organización. Luego de tener la respuesta de los delegados, se procedió con el contacto individual para asegurar la participación activa en el proceso.

## Desarrollo del espacio de participación

Conforme a lo requerido por el grupo desarrollador, se llevó a cabo la socialización virtual el día 04/08/2022 a las 6:00 p.m. por la plataforma Zoom. La agenda fue la siguiente:

- Presentación del contexto del lineamiento
- Presentación de alcance y preguntas propuestas
- Apertura a comentarios y retroalimentación de los asistentes

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|   |   |                |          |   |
|---|---|----------------|----------|---|
|  <p><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <b>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b><br><b>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b><br><b>SISTEMA DE GESTIÓN</b><br><b>CONTROL DOCUMENTAL</b> |                |          |  |
|   | <b>IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL</b>                |                |          |   |
|   | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: |   |

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz



A continuación, se presenta la lista de participantes asistentes al espacio de socialización (Tabla 1).

**Tabla 1. Actores invitados y asistentes\*.**

| No. | Organización / Asociación                                   | Delegado                        | Perfil / Cargo  |
|-----|---|---------------------------------|---|
| 1   | Sociedad Colombiana de Pediatría – SCP                      | Natalia Restrepo Centeno        | Médica cirujana. Especialista en pediatría y neonatología. Decana de la Facultad de Medicina.                                       |
| 2   | Asociación Colombiana de Neonatología – ASCON               | Gloria Troncoso                 | Médica cirujana. Especialista en pediatría y neonatología. Vicepresidenta de la Sociedad.   |
| 3   |   | Cristian Leonardo Vargas Fiallo | Médico cirujano. Especialista en pediatría y neonatología.  |
| 4   | Colegio Colombiano de Psicólogos – COLPSIC                  | Natalia Aristizábal Henao       | Psicóloga Magister en Salud Pública. Especialista en salud mental del niño y el adolescente.  |
| 5   |   | Carlos Enrique Garavito Ariza   | Psicólogo. Especialista en psicología clínica.  |
| 6   |   | Ana María Acosta                | Psicóloga con formación en salud mental perinatal.  |
| 7   | Sociedad Colombiana de Médicos Generales – SOCOMEG          | Leonardo Sánchez                | Director Ejecutivo. Médico general.   |
| 8   | Universidad Nacional de Colombia                            | Nordia Rátiva Martínez          | Enfermera. Magister en Enfermería con énfasis en Materno Perinatal  |
| 9   | Hospital de Kennedy   | Ximena Carolina Hurtado Sánchez | Médica cirujana. Especialista en neonatología.  |
| 10  | Hospital de Meissen   | Sonia Karina Mendoza Salazar    | Terapeuta respiratoria UCI neonatal.  |
| 11  |   | Luisa Fernanda Bernal           | Terapeuta respiratoria UCI neonatal.  |
| 12  |   | Adriana Rivera                  | Terapeuta en urgencias pediátricas.   |
| 13  | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.           | William Rodríguez               | Psicólogo organizacional.   |
| 14  | Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E          | Luz Astrid Celis Castañeda      | Médica cirujana. Especialista en neonatología.  |
| 15  |   | Néstor Giraldo                  | Médico cirujano. Especialista en gineco-obstetricia.  |
| 16  | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Amparo Leonor Ramírez Corredor  | Médica cirujana. Especialista en gineco-obstetricia.  |
| 17  | Secretaría Distrital de Salud                               | Juliana Castellanos             | Médica cirujana. Especialista en pediatría, Subespecialista en neonatología. Referente perinatal de la Secretaría.                  |
| 18  |   | Diego Alejandro Becerra Cornejo | Médico cirujano. Especialista en ginecología.   |
| 19  |   | Yessica Castrillón García       | Enfermera. Referente perinatal de la RIAS Materno Perinatal de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.                          |
| 20  |   | Yaneth Girón                    | Profesional especializado de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud. Apoyo a la supervisión técnica del contrato SDS-IETS. |
| 21  |   | Ricardo Durán Arango            | Supervisor del contrato SDS-IETS. Profesional especializado de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud                      |

\*Fuente: IETS, 2022.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: |   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

A continuación, se relaciona el equipo que acompañó la sesión deliberativa:

**Tabla 2. Equipo desarrollador.**

| No. | Nombre               | Perfil  |
|-----|----------------------|---|
| 1   | Eliana Rodríguez     | Epidemióloga de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias del IETS |
| 2   | Juan Carlos Álzate   | Epidemiólogo de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias del IETS |
| 3   | Meisser Madera       | Epidemiólogo de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias del IETS |
| 4   | Ana Isabel Vallejo   | Epidemióloga de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias del IETS |
| 5   | César Huérfano       | Epidemiólogo de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias del IETS |
| 6   | Suralba Mosquera     | Epidemióloga de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias del IETS |
| 7   | Daniz Calderón       | Epidemióloga de la Jefatura de Síntesis de la Evidencia y Evaluación de Tecnologías Sanitarias del IETS |
| 8   | Juan Camilo Martínez | Epidemiólogo – Universidad de Antioquia   |
| 9   | Iván Flórez          | Epidemiólogo – Universidad de Antioquia   |
| 10  | Andrea Lara Sánchez  | Especialista de Participación Jefatura de Métodos Cualitativos e investigación Social del IETS          |



\*Fuente: IETS, 2022.

### Anexo 3. Términos y bitácoras de búsqueda

#### Alcance del informe técnico, según la pregunta de investigación en estructura PICOT

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>Población</b>                   | Población gestante  |
| <b>Intervención (Tratamientos)</b> | Manejo o consulta por pediatra, neonatólogo o perinatólogo; (gestantes con) presencia de un grupo de factores de riesgos. |

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: |   |



Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>Comparador(es)</b> | Manejo usual; (gestantes con) ausencia de un grupo de factores de riesgo. |
| <b>Desenlaces</b>     | Desenlaces en el feto o futuro recién nacido.                             |

## Reporte de búsqueda

| Pregunta número | Base de datos: Medline/PubMed   | Resultados |
|-----------------|---|------------|
| 1               | (("neonatal screening"[MeSH Terms] OR "prenatal diagnosis"[MeSH Terms] OR ("prenatal"[Title/Abstract] OR "antenatal"[Title/Abstract] OR "perinatal"[Title/Abstract] OR "fetal"[Title/Abstract]) AND ("control"[Title] OR "diagnos*"[Title] OR "screen*"[Title] OR "assessment*"[Title] OR "evaluat*"[Title] OR "valorat*"[Title])) OR ("prenatal control"[Title/Abstract] OR "prenatal diagnos*"[Title/Abstract] OR "prenatal assessment*"[Title/Abstract] OR "prenatal evaluat*"[Title/Abstract] OR "prenatal screen*"[Title/Abstract] OR ("fetal control"[Title/Abstract] OR "fetal diagnos*"[Title/Abstract] OR "fetal assessment*"[Title/Abstract] OR "fetal evaluat*"[Title/Abstract] OR "fetal screen*"[Title/Abstract] OR ("antenatal control"[Title/Abstract] OR "antenatal diagnos*"[Title/Abstract] OR "antenatal assessment*"[Title/Abstract] OR "antenatal evaluat*"[Title/Abstract] OR "antenatal screen*"[Title/Abstract])) AND ("pediatricians"[MeSH Terms] OR "pediatrician*"[Title] OR "neonatologist*"[Title] OR "perinatologist*"[Title] OR "obstetrician*"[Title])) AND ("clinical trial"[Publication Type] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR "randomized controlled trial"[Publication Type] OR "trial"[Title] OR "meta-analysis"[Title] OR "metaanalysis"[Title] OR "metanalysis"[Title] OR "cohort"[Title] OR "cross"[Title] OR "case control"[Title]) | 7          |
| 2 y 3           | ("neonatal screening"[MeSH Terms] OR "prenatal diagnosis"[MeSH Terms] OR ("prenatal"[Title/Abstract] OR "antenatal"[Title/Abstract] OR "perinatal"[Title/Abstract] OR "fetal"[Title/Abstract]) AND ("control"[Title] OR "diagnos*"[Title] OR "screen*"[Title] OR "assessment*"[Title] OR "evaluat*"[Title] OR "valorat*"[Title])) OR ("prenatal control"[Title/Abstract] OR "prenatal diagnos*"[Title/Abstract] OR "prenatal assessment*"[Title/Abstract] OR "prenatal evaluat*"[Title/Abstract] OR "prenatal screen*"[Title/Abstract] OR ("fetal control"[Title/Abstract] OR "fetal diagnos*"[Title/Abstract] OR "fetal assessment*"[Title/Abstract] OR "fetal evaluat*"[Title/Abstract] OR "fetal screen*"[Title/Abstract] OR ("antenatal control"[Title/Abstract] OR "antenatal diagnos*"[Title/Abstract] OR "antenatal assessment*"[Title/Abstract] OR "antenatal evaluat*"[Title/Abstract] OR "antenatal screen*"[Title/Abstract])) AND ("risk factors"[MeSH Terms] OR "risk*"[Title]) AND ("clinical trial"[Publication Type] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR "randomized controlled trial"[Publication Type] OR "trial"[Title] OR "meta-analysis"[Title] OR "metaanalysis"[Title] OR "metanalysis"[Title] OR "cohort"[Title] OR "cross"[Title] OR "case control"[Title])   | 539        |



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|   |  |                |          |   |
|---|--|----------------|----------|---|
|  <p><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p>   | <p>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br/>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br/>SISTEMA DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL</p>    |                |          |  |
|   | <p>IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL</p> |                |          |   |
|   | Código:  | SDS-PSS-LN-050 | Versión: |   |
| <p>Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz</p> |  |                |          |   |

|          |   |              |
|----------|---|--------------|
| <b>4</b> | <p>("neonatal screening"[MeSH Terms] OR "prenatal diagnosis"[MeSH Terms] OR "prenatal care"[MeSH Terms] OR "antenatal care"[Title/Abstract] OR "prenatal care"[Title/Abstract] OR "prenatal service"[Title/Abstract] OR "antenatal service"[Title/Abstract] OR "prenatal program"[Title/Abstract] OR "antenatal program"[Title/Abstract] OR "prenatal educat"[Title/Abstract] OR "antenatal educat"[Title/Abstract] OR "maternal health-care"[Title/Abstract] OR "maternal healthcare"[Title/Abstract] OR "maternal support"[Title/Abstract] OR "maternal support"[Title/Abstract] OR "maternal service"[Title/Abstract] OR "maternal educat"[Title/Abstract] OR "pregnancy care"[Title/Abstract] OR "pregnancy service"[Title/Abstract] OR "pregnancy support"[Title/Abstract]) AND ("control"[Title] OR "diagnos*[Title] OR "assessment*[Title] OR "evaluat*[Title] OR "valorat*[Title] OR risk[Title]) AND ("clinical trial"[Publication Type] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR "randomized controlled trial"[Publication Type] OR "trial"[Title] OR "meta-analysis"[Title] OR "metaanalysis"[Title] OR "metanalysis"[Title] OR "cohort"[Title] OR "cross"[Title] OR "case control"[Title])</p> | <b>831</b>   |
|          |   | <b>1.161</b> |

| Otras bases de datos   | Resultados        |
|--|-------------------|
| <b>Epistemonikos</b>   |                   |
| <p>(title:(title:(prenatal diagnosis) OR abstract:(prenatal diagnosis)) OR (title:(prenatal care) OR abstract:(prenatal care)) OR (title:(fetal Diagnosis) OR abstract:(fetal Diagnosis)) AND (title:(risk) OR abstract:(risk))) OR abstract:(title:(prenatal diagnosis) OR abstract:(prenatal diagnosis)) OR (title:(prenatal care) OR abstract:(prenatal care)) OR (title:(fetal Diagnosis) OR abstract:(fetal Diagnosis)) AND (title:(risk) OR abstract:(risk))) CON FILTRO DE ESTUDIOS PRIMARIOS</p>   | <b>305</b>        |
| <p>(title:(title:(title:(prenatal diagnosis) OR abstract:(prenatal diagnosis)) OR (title:(prenatal care) OR abstract:(prenatal care)) OR (title:(fetal Diagnosis) OR abstract:(fetal Diagnosis))) OR abstract:(title:(prenatal diagnosis) OR abstract:(prenatal diagnosis)) OR (title:(prenatal care) OR abstract:(prenatal care)) OR (title:(fetal Diagnosis) OR abstract:(fetal Diagnosis))) AND (title:(title:(pediatricians) OR abstract:(pediatricians)) OR (title:(neonatologist) OR abstract:(neonatologist)) OR (title:(obstetrician) OR abstract:(obstetrician))) OR abstract:(title:(pediatricians) OR abstract:(pediatricians)) OR (title:(neonatologist) OR abstract:(neonatologist)) OR (title:(obstetrician) OR abstract:(obstetrician)))) OR abstract:(title:(title:(prenatal diagnosis) OR abstract:(prenatal diagnosis)) OR (title:(prenatal care) OR abstract:(prenatal care)) OR (title:(fetal Diagnosis) OR abstract:(fetal Diagnosis))) OR abstract:(title:(prenatal diagnosis) OR abstract:(prenatal diagnosis)) OR (title:(prenatal care) OR abstract:(prenatal care)) OR (title:(fetal Diagnosis) OR abstract:(fetal Diagnosis))) AND (title:(title:(pediatricians) OR abstract:(pediatricians)) OR (title:(neonatologist) OR abstract:(neonatologist)) OR (title:(obstetrician) OR abstract:(obstetrician))) OR abstract:(title:(pediatricians) OR abstract:(pediatricians)) OR (title:(neonatologist) OR abstract:(neonatologist)) OR (title:(obstetrician) OR abstract:(obstetrician)))))) CON FILTRO DE ESTUDIOS PRIMARIOS</p> | <b>45</b>         |
| <b>Cochrane library</b>  | <b>Resultados</b> |

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: |   |

Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz



| Otras bases de datos   | Resultados |
|--|------------|
| Epistemonikos  |            |
| Cochrane Reviews matching "prenatal care" in Title Abstract Keyword OR "prenatal diagnoses" in Title Abstract Keyword OR "prenatal diagnosis" in Title Abstract Keyword AND "pediatrician" in Title Abstract Keyword OR "neonatologist" in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched) | <b>83</b>  |

## Búsqueda de Guías de práctica clínica

### Fuentes de Guías de práctica clínica



| Tipo de fuente                          | Fuente  | Dirección electrónica   | Resultados |
|---|---|---|------------|
| <b>Organismos recopiladores de GPC</b>  | NGC (National Guideline Clearinghouse)            | <a href="http://www.guideline.gov/">http://www.guideline.gov/</a>   | 0          |
|   | GIN (Guideline International Network)             | <a href="http://www.g-i-n.net/">http://www.g-i-n.net/</a>   | 0          |
|   | Database of GRADE EtD's and                       | <a href="http://dbep.grade.pro.org/">http://dbep.grade.pro.org/</a>   | 0          |
|   | TRIP Database                                     | <a href="https://www.tripdatabase.com/">https://www.tripdatabase.com/</a>   | 0          |
| <b>Organismos que producen GPC</b>      | NZGG (New Zealand Guidelines Group)               | <a href="https://www.health.govt.nz/">https://www.health.govt.nz/</a>   | 0          |
|   | NICE (National Institute for Clinical Excellence) | <a href="http://www.nice.org.uk/Guidance/Topic">www.nice.org.uk/Guidance/Topic</a>  | 0          |
|   | SIGN (Scottish Intercollegiate Network)           | <a href="http://www.sign.ac.uk/">http://www.sign.ac.uk/</a>   | 0          |
| <b>GPC nacionales o iberoamericanas</b> | Guia Salud  | <a href="https://portal.guiasalud.es/">https://portal.guiasalud.es/</a>   | 0          |
|   | Redsalud  | <a href="https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/guias-clinicas/">https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/guias-clinicas/</a> | 0          |
|   | Cenetec   | <a href="https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/">https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/</a>   | 0          |
|   | Ministerio Salud y Seguridad Social               |   | 0          |
| <b>Otras bases de datos</b>             | Google Académico                                  | <a href="https://scholar.google.com.co/">https://scholar.google.com.co/</a>   | 0          |
| <b>Total</b>                            |   |   | <b>0</b>   |

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

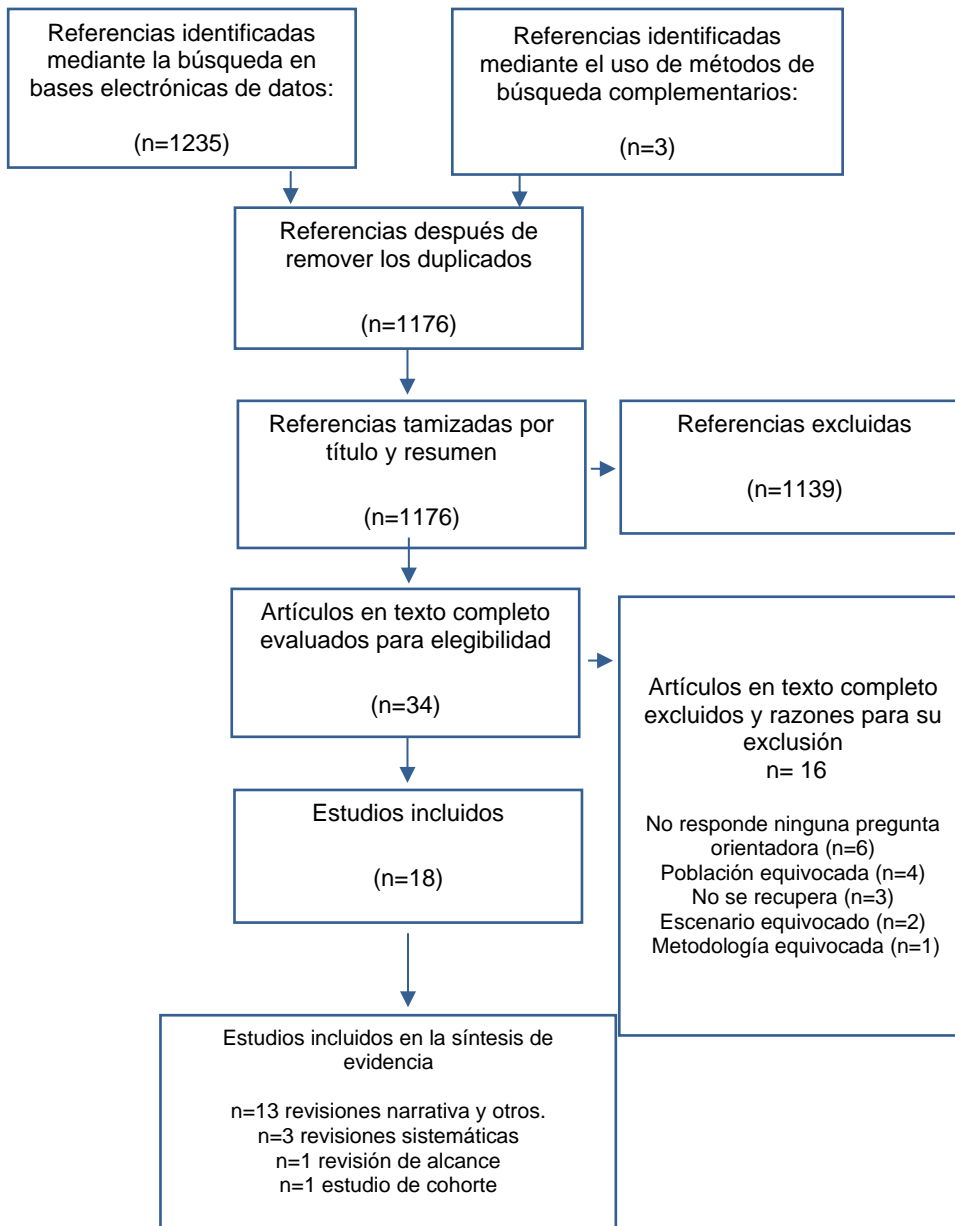
|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.





|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: |   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

#### Anexo 4. Diagramas de flujo de la búsqueda, tamización y selección de evidencia



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|   |  |                |          |   |
|---|--|----------------|----------|---|
|  <p><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p>   | <p>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br/>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br/>SISTEMA DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL</p>    |                |          |  |
|   | <p>IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL</p> |                |          |   |
|   | Código:  | SDS-PSS-LN-050 | Versión: |   |
| <p>Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz</p> |  |                |          |   |



## Anexo 5. Listado de documentos incluidos y excluidos

**Nota:** como resultado no se encontró evidencia relacionada con poblaciones diferenciales, por lo cual no fue posible incluirla y reportarla en la síntesis.

### Listado de recursos incluidos

| No  | Autor, año  | Título  | Tipo de recurso                                     |
|-----|---|---|---|
| 1.  | Correa O y Camacho A, 2020  | Consulta pediátrica prenatal: objetivos y beneficios  | Artículo de reflexión                               |
| 2.  | Cunniff C, et al, 2004  | Prenatal screening and diagnosis for pediatricians.   | Reporte   |
| 3.  | Cunniff C, et al, 2010  | Prenatal genetic screening and diagnosis for pediatricians.   | Reporte   |
| 4.  | Davis A, et al, 2014  | Fetal Centers and the Role of the Neonatologist in Complex Fetal Care                                     | Revisión narrativa                                  |
| 5.  | Di Mario D, et al, 2007   | Risk Factors for Stillbirth in Developing Countries: A Systematic Review of the Literature                | Revisión sistemática                                |
| 6.  | Fernandes M, et al, 2019  | Review of the missed opportunities for the prevention of vertical transmission of HIV in Brazil           | Revisión narrativa                                  |
| 7.  | Friedman A, et al, 2020   | A comparison of international prenatal care guidelines for low-risk women to inform high-value care       | Scoping review (revisión de alcance o sombrilla)    |
| 8.  | López-Candiani C, 2014  | La consulta pediátrica prenatal   | Artículo de opinión                                 |
| 9.  | Meia T, et al, 2021   | A Visit to the Pediatrician as a Part of Comprehensive Prenatal Care? A survey of obstetrics providers    | Estudio de corte transversal descriptivo (encuesta) |
| 10. | Micheli JL, et al, 2006   | Périnatologie pour le pédiatre praticien  | Reporte   |
| 11. | National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Board on Children, Youth, and Families; Committee on Fostering Healthy Mental, Emotional, and Behavioral Development Among Children and Youth., 2019 | Fostering Healthy Mental, Emotional, and Behavioral Development in Children and Youth: A National Agenda. | Libro   |

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

| No  | Autor, año  | Título   | Tipo de recurso                     |
|-----|---|--|-------------------------------------|
| 12. | Pallepogula D, et al, 2022  | A Systematic Review of Antenatal Risk Scoring Systems in India to Predict Adverse Neonatal Outcomes. | Revisión sistemática                |
| 13. | Penholati R, et al, 2014  | Consulta pediátrica pré-natal  | Revisión narrativa                  |
| 14. | Pérez D, et al, 2015  | Factores de riesgos fetales en la restricción del crecimiento intrauterino en gestantes              | Cohorte                             |
| 15. | The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, 2006 | Methods of Early Prenatal Diagnosis A Systematic Review  | Revisión sistemática                |
| 16. | Valenzuela P, et al, 2003   | Asistencia a padres de embarazos con recién nacidos con problemas vitales                            | Estudio con metodología cualitativa |
| 17. | Werlein A, et al, 2014  | Geburtsplanung bei fetalen Fehlbildungen aus neonatologischer Sicht                                  | Revisión narrativa                  |
| 18. | Yogman M, 2018  | The prenatal visit   | Revisión - Clinical Report          |

### Listado de documentos excluidos



| No | Autor, año              | Título   | Razón de exclusión                   |
|----|-------------------------|--|--------------------------------------|
| 1. | Mari G, et al., 2015    | Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Clinical Guideline #8: the fetus at risk for anemia-diagnosis and management. | Escenario equivocado                 |
| 2. | Mackie FL, et al., 2017 | Fetal complications in monochorionic twin pregnancy: clinical features, pathophysiology, diagnosis and management        | Escenario equivocado                 |
| 3. | Faria GR, et al., 2020  | Correlações entre maternidade na adolescência e bebê prematuro e de baixo peso: uma revisão integrativa                  | Metodología equivocada               |
| 4. | Honest H, et al., 2004  | The accuracy of risk scores in predicting preterm birth—a systematic review  | No responde una pregunta orientadora |
| 5. | Bricker L, et al., 2015 | Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks' gestation)   | No responde una pregunta orientadora |

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|   |  |                |          |   |
|---|--|----------------|----------|---|
|  <p><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br/>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br/>SISTEMA DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL</p>    |                |          |  |
|   | <p>IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL</p> |                |          |   |
|   | Código:  | SDS-PSS-LN-050 | Versión: |   |



Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz

| No  | Autor, año                    | Título  | Razón de exclusión                   |
|-----|-------------------------------|---|--------------------------------------|
| 6.  | Heazel A, et al., 2019        | Biochemical tests of placental function versus ultrasound assessment of fetal size for stillbirth and small-for-gestational-age infants | No responde una pregunta orientadora |
| 7.  | Lim Y, et al., 2022           | Fetal alcohol spectrum disorders screening tools: A systematic review   | No responde una pregunta orientadora |
| 8.  | Seashore MR, 2000             | Genetic screening and the pediatrician.   | No se recupera                       |
| 9.  | Vaudaux B, et al., 1995       | Congenital toxoplasmosis: pediatric approach. Consensus report of the Swiss infectious disease pediatricians.                           | No se recupera                       |
| 10. | Polin J, et al., 1986         | Current concepts in management of obstetric problems for pediatricians. I. Monitoring the high-risk fetus.                              | No se recupera                       |
| 11. | Diesel A, et al., 2019        | Follow-up of toxoplasmosis during pregnancy: ten-year experience in a University hospital in southern Brazil                            | Población equivocada                 |
| 12. | Silva-Jacob LM, et al., 2019  | Ações educativas para prevenção de complicações relacionadas à gestação   | Población equivocada                 |
| 13. | Sabatela L, 2010              | Infección por el virus de inmunodeficiencia humana en pediatría: [revisión]   | No responde una pregunta orientadora |
| 14. | Mahallati H, et al., 2021     | Heterogeneity in defining fetal corpus callosal pathology: systematic review.   | No responde una pregunta orientadora |
| 15. | Heald-Sargent T, et al., 2017 | Zika Virus: A Review for Pediatricians  | Población equivocada                 |
| 16. | Almeida A, et al., 2000       | Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna                                | Población equivocada                 |

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: |   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

## Anexo 5. Evaluación de calidad de estudios incluidos

| Autor/año   | D1 | D2 | D3 | D4 | Revisión |
|---|----|----|----|----|----------|
| Di Mario et al, 2007  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●        |
| Pallepogulla et al., 2022   | ●  | ●  | ●  | ●  | ●        |
| The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, 2006 | ●  | ●  | ●  | ●  | ●        |

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL          |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |



## Anexo 6. Síntesis y extracción de información

**Nota aclaratoria:** Como resultado del proceso de búsqueda, no se encontró evidencia relacionada con poblaciones diferenciales, por lo cual no fue posible incluirla y reportarla en la síntesis.

**Pregunta 1 ¿Cuál es el momento más oportuno para realizar la valoración antenatal del riesgo por el médico pediatra o neonatólogo?**

**Recursos: revisiones sistemáticas o estudios primarios**



| Autor, año (Referencia)  | Título   | Síntesis   | Evaluación de calidad  |
|--|--|--|------------------------|
| The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, 2006 (35) | Methods of Early Prenatal Diagnosis: A Systematic Review | <p>El diagnóstico prenatal temprano se refiere a las pruebas administradas antes de las 22 semanas de gestación completas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Semanas 10 a 14 de gestación: medición de translucencia nuczal por ecografía (Síndrome de Down).</li> <li>Semanas 15 a 21 de gestación (primera mitad del segundo trimestre): la medición bioquímica en suero materno (tamización bioquímica cuádruple) (Síndrome de Down)</li> <li>Segundo trimestre: prueba de hibridación in situ con fluorescencia de interfase (FISH) o la reacción en cadena de la polimerasa fluorescente cuantitativa (QF-PCR) son tan precisos como el cariotipo completo para detectar aneuploidías en los cromosomas 13, 18, 21, X e Y.</li> <li>Semana 18 a 22: realización de ecografía Doppler para detección de anomalías fetales como aneuploidías en cromosomas 18 o 21, y defectos genéticos. Sólo se han conducido pocos estudios en centros altamente especializados y el examen es técnicamente difícil. Requiere alta experticia y faltan estudios en el diagnóstico prenatal temprano.</li> </ul> | Riesgo de sesgos: Alto |

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL          |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

| Autor, año (Referencia) | Título | Síntesis  | Evaluación de calidad |
|-------------------------|--------|---|-----------------------|
|                         |        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Semana 15: Las pruebas invasivas (amniocentesis y muestreo de vellosidades coriónicas). Como alternativa se pueden usar métodos no invasivos como la FISH o QF-PCR.</li> <li>Primer o segundo trimestre: medición del hueso nasal fetal (que puede ser indicativo de síndrome de Down fetal) es difícil de usar y no ha sido evaluado en la práctica clínica.</li> </ul> |                       |



### Recursos: otros (revisiones narrativas y otros)

| Autor, año (Referencia)   | Título   | Año   |
|---------------------------|--|---|
| Mei, 2021 (36)            | A visit to the pediatrician as a part of comprehensive prenatal care? A survey of obstetrics providers | Las guías más recientes del cuidado perinatal (2017), en concordancia con lo establecido por el Colegio Americano de ginecólogos y obstetras (ACOG) y la Academia Americana de Pediatría (AAP), recomiendan que las mujeres embarazadas en el tercer trimestre deben ser motivadas a visitar un pediatra o neonatólogo.   |
| Correa-Jiménez, 2020 (37) | Consulta pediátrica prenatal: objetivos y beneficios   | Los obstetras deben sugerir la consulta pediátrica prenatal a los padres que tengan dudas o preocupaciones respecto al futuro de su hijo, esta puede ser la fuente de información y educación más apropiada para ellos. La consulta pediátrica prenatal la recomiendan en el tercer trimestre de gestación, entre las 32 y 36 semanas y cobra mayor relevancia en situaciones como primeros embarazos, padres solteros, embarazos de alto riesgo, gestaciones múltiples, padres que han experimentado una muerte perinatal, así como para los padres que están planeando adoptar un niño. |
| Fernandes, 2019 (38)      | Review of the missed opportunities for the prevention  | La prueba de ELISA para HIV o prueba de diagnóstico rápida (PdR) se debe realizar a la madre en el primer trimestre, si es negativa, se debe repetir al tercer trimestre. Si la madre tiene VIH debe realizarse acompañamiento y consejería sobre el tratamiento de preventivo  |

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
| SECRETARÍA DE SALUD  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

|                           |   |   |
|---------------------------|---|---|
|                           | of vertical transmission of HIV in Brazil   | para el feto y recibir monitoreo conjunto en una unidad básica de salud y un centro de referencia para HIV para mujeres embarazadas (protocolo Ministerio de Salud de Brasil).  |
| Yogman, 2018 (39)         | The prenatal visit  | El documento sugiere que debe realizarse en el tercer trimestre.  |
| Penholati, 2014 (40)      | Consulta pediátrica pré-natal   | Desde 1894 se sugiere que la consulta tenga lugar en el tercer trimestre, especialmente en el octavo o noveno mes.  |
| López-Candiani, 2014 (41) | La consulta pediátrica prenatal   | El o la ginecoobstetra remitirá al pediatra cuando encuentre preocupaciones de los padres sobre el futuro de los hijos.   |
| Davis, 2014 (42)          | Fetal Centers and the Role of the Neonatologist in Complex Fetal Care   | El neonatólogo debe hacer parte de los equipos multidisciplinarios de cuidado fetal para las madres de alto riesgo o en casos complejos, como el caso del diagnóstico de una anomalía fetal significativa.  |
| Werlein, 2014 (43)        | Geburtsplanung bei fetalen Fehlbildungen aus neonatologischer Sicht<br>(La planificación del parto en las malformaciones fetales desde una perspectiva neonatológica) | La valoración por el neonatólogo es adecuada cuando se encuentra una malformación congénita mayor.  |
| Cunniff, 2010 (44)        | Prenatal genetic screening and diagnosis for pediatricians  | En el momento en el que se detecten anomalías en las pruebas de tamizaje fetal.   |
| Cunniff, 2004 (45)        | Prenatal screening and diagnosis for pediatricians  | <p>El momento más oportuno para que un pediatra o neonatólogo realicen la valoración antenatal de riesgo es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando exista un resultado anormal de las pruebas prenatales como una forma de comprender los riesgos y complicaciones que puede enfrentar el recién nacido.</li> <li>• Cuando hay un diagnóstico prenatal de un trastorno genético o potencialmente genético, el pediatra puede ayudar a la familia a abordar preguntas sobre la historia natural del trastorno y en la planificación de la atención del recién nacido afectado.</li> </ul> <p>En la mayoría de las circunstancias, los pediatras no asumirán un papel en la realización de los procedimientos de diagnóstico prenatal o asesorarán a la familia sobre sus riesgos y beneficios, puesto que esto lo hace con mayor frecuencia un obstetra, un especialista</p> |



|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
| SECRETARÍA DE SALUD  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |



|                       |   |   |
|-----------------------|---|---|
|                       |   | en medicina materno-fetal, un genetista clínico o un consejero genetista, quienes proporcionarán la evaluación diagnóstica y asesoramiento previo y posterior a la prueba. Debido a una relación previa con la familia, el pediatra puede ayudar a la familia a tomar una decisión informada con la información recibida. |
| Valenzuela, 2003 (46) | Asistencia a padres de embarazos con recién nacidos con problemas vitales | Asistencia a los padres en embarazos con fetos en riesgo vital, malformados complejos y nacidos con problemas graves que impliquen impacto familiar, basados en la hipótesis de que la atención de los padres incide en el bienestar del feto y del recién nacido.  |

**Pregunta 2 ¿Cuáles son los factores que debe tener en cuenta el médico pediatra o neonatólogo, para determinar el riesgo del feto y futuro recién nacido?**



### RECURSOS: REVISIONES SISTEMÁTICAS O ESTUDIOS PRIMARIOS

| Autor, año (Referencia) | Título  | Síntesis   | Evaluación de calidad  |
|-------------------------|---|--|------------------------|
| Pallepogula, 2022 (47)  | A Systematic Review of Antenatal Risk Scoring Systems in India to Predict Adverse Neonatal Outcomes | <p>La revisión sistemática incluyó seis estudios que evaluaron la capacidad predictiva de instrumentos (escalas y sistemas de puntuación) utilizadas para evaluación antenatal del riesgo. Los autores indican como factores utilizados en tres sistemas identificados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad.</li> <li>• Altura y peso maternos.</li> <li>• Condiciones relacionadas con el estilo de vida materno: tabaquismo, consumo de alcohol, desnutrición.</li> <li>• Condiciones previas al embarazo: enfermedades crónicas como hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar crónica, diabetes, epilepsia, enfermedad inmunológica activa. Enfermedades ginecológicas como miomas, sinequias, quistes ováricos, malformación uterina, cirugía ginecológica previa, infertilidad. Historia de radio ablación con yodo en los últimos seis meses, tumor cerebral/carcinoma.</li> <li>• Infecciones: infección bacteriana, vírica, fúngica o protozoaria activa, serología positiva para infecciones, infección de las vías urinarias. infecciones crónicas</li> </ul> | Riesgo de sesgos: Bajo |



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|   |  |                |          |   |
|---|--|----------------|----------|---|
|  <p><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p>   | <p>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br/>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br/>SISTEMA DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL</p>    |                |          |  |
|   | <p>IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL</p> |                |          |   |
|   | Código:  | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| <p>Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz</p> |  |                |          |   |

| Autor, año (Referencia)  | Título  | Síntesis  | Evaluación de calidad  |
|--|---|---|------------------------|
|  |   | <p>como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis infecciosa, tuberculosis pulmonar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Embarazos previos: paridad, historia de embarazo (s) anterior (es), número de partos quirúrgicos/cesáreas anteriores, preeclampsia o historia de convulsiones durante el embarazo, abortos, hemorragia anteparto, partos prematuros, muerte neonatal, hemorragia posparto/extracción manual de la placenta, parto prolongado o difícil.</li> <li>Embarazo actual: concepción mediante técnicas de reproducción asistida (TRA), presentación anormal (de nalgas o mala presentación), arteria umbilical anormal, resultados de ecografía doppler*, evidencia de flujos diastólicos ausentes o invertidos*, anemia y palidez, hemorragia anteparto, falta de aire (disnea), preeclampsia-eclampsia, diabetes o hipertensión gestacional, albuminuria, retraso del crecimiento intrauterino*, feto pequeño para la edad gestacional*, anomalía fetal (con o sin causa genética hereditaria), colestasis intrahepática del embarazo*, embarazo múltiple, edema con oligohidramnios*, polihidramnios*, isoimmunización al Rh, inmunización antitetánica WR/VDRL, ruptura prematura de membranas, embarazo prolongado, placenta mórbida adherida*, placenta previa, contracciones prematuras, parto prematuro, parto prolongado o difícil, horario de presentación del parto fuera del horario de trabajo médico diurno, recién nacido macrosómico o con bajo peso al nacer, muerte neonatal, hemorragia posparto/extracción manual de la placenta.</li> <li>Antecedentes familiares: abortos recurrentes.</li> </ul> |                        |
| The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, 2006 (35) | Methods of Early Prenatal Diagnosis a Systematic Review | <p>La probabilidad de trisomías aumenta con la edad materna.<br/>Las anomalías cromosómicas pueden asociarse a una amplia variedad de alteraciones del desarrollo y anomalías congénitas.<br/>Las anomalías congénitas también aumentan el riesgo de aborto y muerte fetal.<br/>Procedimientos prenatales invasivos para la detección de anomalías cromosómicas se ofrecen a mujeres por encima de cierta edad o en otras circunstancias como elevados niveles de ansiedad o embarazos previos con</p>  | Riesgo de sesgos: Alto |

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
| SECRETARÍA DE SALUD  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

| Autor, año (Referencia) | Título   | Síntesis   | Evaluación de calidad  |
|-------------------------|--|--|--|
|                         |  | anormalidades cromosómicas fetales. Estos procedimientos se asocian a un mayor riesgo de pérdida fetal.  |  |
| Di Mario, 2007 (48)     | Risk Factors for Stillbirth in Developing Countries: A Systematic Review of the Literature | <p>Se identificaron los factores de riesgo de mortalidad al nacimiento en los países en desarrollo y se midió su impacto calculando la fracción atribuible a la población (PAF- la proporción de casos que ocurren en la población total que se evitaría si la exposición fuera eliminada) para cada factor de riesgo, siendo significativa mayor del 50 %.</p> <p><b>Factores relacionados al contexto</b> (no clara relación directa con el desenlace) pueden ser proxys de otros factores aún desconocidos (por ejemplo: bajo estrato socioeconómico en relación con acceso a los sistemas de salud) y pueden ser indicadores para poblaciones específicas. Se identificaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de atención prenatal: 5 estudios (2 cohortes, 3 casos y controles) con PAF de alrededor de 16 % a más de 70 %.</li> <li>Desventaja socioeconómica materna: bajo ingreso y analfabetismo materno (3 estudios de casos y controles) con PAF entre el 2 % al 75 %.</li> </ul> <p><b>Factores relacionados a condiciones clínicas</b> infecciosas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sífilis materna: (7 estudios, un casos y controles) con PAF de 2 % a más del 80 %</li> <li>Corioamnionitis: (3 estudios de casos y controles) con PAF del 45 % al 89 % otras condiciones clínicas:</li> <li>Desnutrición materna (una cohorte, dos casos y controles). PAF del 8 % al 70 %.</li> <li>La obesidad materna y el bajo peso al nacer se evaluó en 5 estudios (2 cohortes) encontrando en unos estudios que son factores de riesgo críticos para la presentación de mortinatos, mientras en otros su asociación fue menos marcada.</li> </ul> <p><b>Factores asociados a complicaciones maternas y parto:</b> preeclampsia, diabetes, anemia, parto obstruido o mortinato, o muerte neonatal previa.</p> | Riesgo de sesgos: Alto   |
| Pérez-Valdés, 2015 (49) | Factores de riesgos fetales en la restricción del crecimiento intrauterino en gestantes    | <p><b>Factores de riesgo previos al embarazo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>31,7 % de las madres con recién nacidos con RCIU no presentaron riesgos médicos previos al embarazo (vs 22,9 % no RCIU).</li> <li>Antecedente RCIU: 19,0 % RN con RCIU vs 12,5 % RN con peso adecuado.</li> <li>Tabaquismo: 19,0 % RN con RCIU vs 12,5 % RN con peso adecuado.</li> </ul>   | Dominios con evaluación de calidad metodológica positiva (JBI). 7/11 |



|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
| SECRETARÍA DE SALUD  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

| Autor, año (Referencia) | Título | Síntesis   | Evaluación de calidad |
|-------------------------|--------|--|-----------------------|
|                         |        | <p><b>Riesgos en el embarazo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hipertensión: 9,5 % RN con RCIU vs 4,2 % RN con peso adecuado.</li> <li>Preeclampsia: 6,3 % RN con RCIU vs 0 % RN con peso adecuado.</li> <li>Anemia: 27 % RN con RCIU vs 20,8 % RN con peso adecuado.</li> <li>Gemelar: 4,8 % RN con RCIU vs 0 % RN con peso adecuado.</li> </ul> <p><b>Alteraciones en la Ecografía:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>100 % de los casos presentó alteración de la circunferencia abdominal y del peso fetal por (ecografía), siendo este el método más importante para el diagnóstico de la restricción del crecimiento intrauterino.</li> </ul> |                       |



### Recursos: otros (revisiones narrativas y otros)

| Autor, año (Referencia)   | Título   | Síntesis   |
|---|--|--|
| Mei, 2021 (36)  | A visit to the pediatrician as a part of comprehensive prenatal care? A survey of obstetrics providers   | <ul style="list-style-type: none"> <li>La visita pediátrica prenatal (VPP) es un tiempo para que los futuros padres se reúnan con un pediatra y reciban orientación anticipada sobre temas como la lactancia materna, las vacunas infantiles, la circuncisión, la evaluación del recién nacido y la atención general del recién nacido. Discutir temas de salud del recién nacido en el período prenatal tiende a ser más efectivo que en el período posparto inmediato, cuando las mujeres están pasando por ajustes físicos, emocionales y sociales y pueden ser menos receptivas para procesar información.</li> <li>La VPP aumenta las inmunizaciones oportunas en la niñez.</li> <li>Las VPP en familias de residencia urbana con bajos ingresos han demostrado un aumento de la lactancia, disminución de las visitas a urgencias y una mejor relación médico paciente.</li> </ul> |
| National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and | Fostering Healthy Mental, Emotional, and Behavioral Development in Children and Youth: A National Agenda | <p><b>Factores de riesgo mentales, emocionales y del comportamiento asociados al periodo prenatal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Parto pretérmino (PP):</b> los niños que nacen en PP tienen mayor riesgo de alteraciones neuro-comportamentales no prevenibles. Entre los factores de riesgo</li> </ul>   |



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |



| Autor, año (Referencia)   | Título | Síntesis   |
|---|--------|--|
| Education; Board on Children, Youth, and Families; Committee on Fostering Healthy Mental, Emotional, and Behavioral Development Among Children and Youth, 2019 (50) |        | <p>asociados al PP están: raza negra: 13,4 % vs 8,9 %, condiciones inflamatorias maternas, obesidad, tabaquismo durante el embarazo, alteraciones maternas del sueño, estrés materno, depresión y ansiedad materna, embarazos múltiples (asociados a técnicas de reproducción asistida).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Exposición fetal a sustancias tóxicas:</b> estas afectan el desarrollo del cerebro fetal e interfiere con el desarrollo mental, emocional y comportamental sano de los niños:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Toxinas: abuso de sustancias ilícitas durante el embarazo y toxinas ambientales. Las mujeres que consumen estas sustancias generalmente tienen alteraciones mentales, emocionales y del comportamiento.</li> <li>○ Tabaco/ nicotina: se asocia con irritabilidad, pobre regulación propia, retraso en el crecimiento fetal y posparto, desarrollo más frecuente de problemas cognitivos y conductuales incluido el déficit de atención e hiperactividad.</li> <li>○ Alcohol: puede llevar a alteraciones físicas, cognitivas, emocionales, incrementar la posibilidad de bajo peso al nacer y causar efectos adversos del desarrollo cognitivo y del comportamiento como alteraciones del espectro autista. Estos son más considerables en poblaciones con bajos recursos y frecuentemente el consumo de alcohol se acompaña de desnutrición, otros estresores ambientales y un cuidado prenatal inconsistente.</li> <li>○ Cannabis, cocaína y anfetaminas: lleva a desenlaces negativos neuro-comportamentales.</li> <li>○ Opioides y otras sustancias de abuso: desenlaces negativos neuro-comportamentales.</li> <li>○ Exposición a plomo: se asocia con alteraciones del neurodesarrollo.</li> <li>○ Medicamentos de prescripción: antiepilépticos, antidepresivos.</li> </ul> </li> <li>• <b>Condiciones de salud maternal:</b> se han asociado con múltiples alteraciones neurocognitivas y comportamentales.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Desnutrición: las mujeres con bajo estrato socioeconómico tienen un mayor riesgo de nutrición subóptima, porque tienen pobre acceso, tanto a comida saludable, como a la guía nutricional de los proveedores de atención médica.</li> </ul> </li> </ul> |

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

| Autor, año (Referencia) | Título  | Síntesis  |
|-------------------------|---|---|
|                         |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Obesidad: se ha asociado con déficit de atención e hiperactividad, desordenes del espectro autista y retraso cognitivo.</li> <li>○ Insuficiente o rápida ganancia de peso durante el embarazo, efectos adversos neuro-comportamentales.</li> <li>○ Stress y trastornos mentales (principalmente ansiedad y depresión).</li> </ul>  |
| Fernandes, 2019 (38)    | Review of the missed opportunities for the prevention of vertical transmission of HIV in Brazil | <p>No asistir a control prenatal, el diagnóstico materno tardío de VIH y un régimen antirretroviral incompleto son los principales factores de riesgo encontrados en la transmisión materno fetal del VIH:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) La falta de asistencia al control prenatal es el principal factor asociado al aumento del riesgo de transmisión del VIH de la madre al feto, puesto que dificulta el diagnóstico materno precoz y la realización de medidas preventivas para el feto durante el período prenatal. Un estudio mostró que quienes asisten a control prenatal tienen una tasa de transmisión vertical del VIH del 8,1 % comparado con un 27,1 % en quienes no asisten a este control, anotando que aún un 7,7 % seguían sin asistir a este control.</li> <li>2) El período de diagnóstico materno del HIV también tienen asociación directa con las tasas de transmisión materno fetal de HIV. Un estudio de cohorte que se condujo entre 1995 y 2001 mostró que el riesgo de transmisión era mayor en mujeres con diagnóstico posparto (40,8 %) que en mujeres con diagnóstico prenatal o parto (4,8 %).</li> <li>3) En ausencia de adecuada profilaxis, la transmisión vertical ocurre entre el 20 % y 25 % de los fetos de madres infectadas con HIV, a pesar del incremento global sostenido del uso de terapia antirretroviral en mujeres embarazadas con HIV, se estima que más del 20 % alrededor del mundo no lo recibe y, en Latinoamérica y el Caribe, el porcentaje de mujeres que recibe algún medicamento antirretroviral está entre el 52 % y 54 %.</li> <li>4) La cesárea electiva para mujeres embarazadas con cargas virales mayores de 1000 copias/ml o desconocido como la no lactancia y la utilización de leche de fórmula.</li> <li>5) La implementación de las medidas de intervención preventivas sugeridas por el STD nacional y el programa SIDA es posible reducir la transmisión vertical a tasas menores del 2 %.</li> </ol> |



|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

| Autor, año (Referencia)   | Título   | Síntesis  |
|---------------------------|--|---|
|                           |  | Pocos estudios discutieron los factores sociodemográficos. El bajo nivel educativo de las mujeres embarazadas y las deficiencias para el acceso a los servicios de salud, como las dificultades para programar las citas de control y el personal poco capacitado, se han asociado con transmisión materno-fetal.   |
| Yogman, 2018 (39)         | The prenatal visit   | Entre los objetivos que deben revisarse, la historia prenatal, antecedentes familiares de trastornos genéticos o cromosómicos y el riesgo de exposición a sustancias que pueden afectar al recién nacido. Igualmente sugiere que deben revisarse factores psicosociales como depresión perinatal y otros que puedan afectar la función familiar y el ajuste al recién nacido.<br>Se sugiere incluir lo siguiente: complicaciones gestacionales, antecedentes familiares y sociales, riesgos relacionados con displasia de cadera en desarrollo, infecciones del tracto urinario, asma, trastornos de los lípidos, enfermedades cardíacas, enfermedad de células falciformes, uso de sustancias, enfermedad psiquiátrica, violencia doméstica, enfermedades crónicas, uso de medicamentos. |
| Penholati, 2014 (40)      | Consulta pediátrica prenatal   | El artículo sugiere recopilar antecedentes familiares de alergias, trastornos metabólicos, enfermedades neurológicas, incompatibilidad sanguínea.   |
| López-Candiani, 2014 (41) | La consulta pediátrica prenatal  | El artículo sugiere evaluar la historia materna completa: enfermedades maternas, embarazos previos y sus desenlaces, detalle del embarazo actual.   |
| Werlein, 2014 (43)        | Geburtsplanung bei fetalen Fehlbildungen aus neonatologischer Sicht (La planificación del parto en las malformaciones fetales desde una perspectiva neonatológica) | Validar los resultados de la ecografía fetal.   |
| Micheli, 2006 (51)        | Périnatalogie pour le pédiatre praticien (Perinatología para el pediatra en ejercicio)   | En la valoración antenatal se debe evaluar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El crecimiento fetal.</li> <li>• El retraso en el crecimiento intrauterino.</li> <li>• El crecimiento intrauterino excesivo.</li> <li>• El bienestar fetal.</li> </ul>   |

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL          |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
| SECRETARÍA DE SALUD  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

| Autor, año (Referencia) | Título  | Síntesis  |
|-------------------------|---|---|
|                         |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El volumen de líquido amniótico.</li> <li>• Las hemorragias en el tercer trimestre.</li> <li>• El riesgo de transmisión vertical de infecciones (toxoplasma, rubeola, CMV, VIH, sífilis, hepatitis B).</li> </ul> En la valoración fetal anteparto se debe evaluar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La cantidad y el aspecto del líquido amniótico.</li> <li>• El cardiotocograma.</li> </ul>   |
| Cunniff, 2004 (45)      | Prenatal screening and diagnosis for pediatricians.                       | El diagnóstico prenatal está indicado siempre que exista una condición familiar, materna o fetal que confiere mayor riesgo de malformación, anomalía cromosómica o trastorno genético. Algunos estudios de diagnóstico prenatal son impulsados por resultados anormales de otras pruebas como exámenes ecográficos o detección de suero materno. Procedimientos como la amniocentesis, la muestra de vellosidades coriónicas (CVS), la muestra de sangre fetal y el diagnóstico genético preimplantacional (PGD) permiten el análisis de células o tejidos embrionarios o fetales para fines cromosómicos, anomalías genéticas y bioquímicas. Estudios de imágenes fetales, como la ecografía o la resonancia magnética nuclear (RMN) permiten identificar anomalías estructurales y proporcionar información diagnóstica definitiva. La prueba de suero se usa para identificar embarazos que tienen un mayor riesgo de resultados adversos, como defectos del tubo neural (DTN), anomalías cromosómicas y defectos de la pared abdominal fetal. |
| Valenzuela, 2003 (46)   | Asistencia a padres de embarazos con recién nacidos con problemas vitales | El Consultorio de Asistencia Perinatal (CAP) atiende a padres de embarazos con fetos en riesgo vital, malformados complejos y nacidos con problemas graves que impliquen impacto familiar, basados en la hipótesis de que la atención de los padres incide en el bienestar del feto y del recién nacido. Se ha construido un protocolo multiprofesional con participación de pediatra, psicóloga, matronas, obstetra y servicio social que sigue el caso con reuniones grupales y de especialidad desde antes del parto hasta después del desenlace, cualquiera que sea éste. Este trabajo ha permitido conocer, asistir e investigar sobre la realidad de estos padres que requieren de apoyo especializado para sobrellevar los sentimientos de duelo, temor y culpa que se desarrollan en estas situaciones, derivar a otros tratamientos psiquiátricos cuando es necesario y preparar a los padres ante la eventualidad de nuevos embarazos. El sistema convencional deja con poca atención la  |





|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
| SECRETARÍA DE SALUD  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

| Autor, año (Referencia) | Título | Síntesis   |
|-------------------------|--------|--|
|                         |        | <p>problemática de los padres y del resto del grupo familiar del gestado. Cada día es más claro que el grupo familiar no solo requiere de ayuda, sino que tiene el derecho de recibirla y en ese sentido los grupos de trabajo deberíamos tener una perspectiva de acción. Labor primordial del equipo es tratar de decir toda la verdad sobre el caso, y una de las verdades es la de ser portador de una enfermedad. La otra verdad es que el gestado es un ser humano, que se convertirá en persona y que es hijo de seres humanos que necesitan que alguien les de esa certeza, que valide y confirme como tal a ese hijo.</p> <p>Dentro de este contexto, la labor del Consultorio de Asistencia Perinatal debe ser considerada como una actividad asistencial y no como un mero soporte a la situación de los padres. El trabajo del CAP produce efectos clínicos sobre los padres que benefician a los hijos.</p> |



### Pregunta 3 ¿Cuáles son los mejores abordajes (incluyendo instrumentos, escalas o abordaje clínico) que se pueden utilizar para la valoración antenatal?

#### Recursos: revisiones sistemáticas o estudios primarios

| Autor, año (Referencia) | Título  | Síntesis   | Evaluación de calidad  |
|-------------------------|---|--|------------------------|
| Pallepogula, 2022 (47)  | A Systematic Review of Antenatal Risk Scoring Systems in India to Predict Adverse Neonatal Outcomes | <p>Los autores identificaron tres sistemas de puntuación utilizados:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Bhavna Anand:</b> realizado en la primera visita prenatal con pobre capacidad de discriminación para Apgar &lt;8, pretérmino temprano, bajo peso extremo, bajo peso, ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), estancia hospitalaria, mortalidad perinatal y pretérmino</li> </ol> | Riesgo de sesgos: Bajo |



|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL          |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
| SECRETARÍA DE SALUD  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

|                                    | <p>2. <b>Datta y Das:</b> realizado en el tercer trimestre con pobre rendimiento para Apgar &lt;8, bajo peso, mortalidad perinatal, pretérito, asfisia al nacimiento, anomalías congénitas, distrés respiratorio.</p> <p>3. <b>ICMR:</b> usado en el primer trimestre: con bajo rendimiento para bajo peso, mortalidad y morbilidad neonatal y mortinato.</p> <p>Los tres tienen un desempeño pobre para predecir eventos adversos en el feto y recién nacido.</p>   |              |                    |              |               |     |     |                                    |           |        |        |       |       |                                    |                     |        |        |       |       |                                    |                            |        |        |       |       |                                    |                    |        |        |       |       |                                    |  |        |        |       |       |                                    |                       |       |        |       |       |
|------------------------------------|--|--------------|--------------------|--------------|---------------|-----|-----|------------------------------------|-----------|--------|--------|-------|-------|------------------------------------|---------------------|--------|--------|-------|-------|------------------------------------|----------------------------|--------|--------|-------|-------|------------------------------------|--------------------|--------|--------|-------|-------|------------------------------------|--|--------|--------|-------|-------|------------------------------------|-----------------------|-------|--------|-------|-------|
|                                    | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Escala Autor</th> <th>Desenlace neonatal</th> <th>Sensibilidad</th> <th>Especificidad</th> <th>LR+</th> <th>LR-</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bhavna Anand (Bhavna Anand et al.)</td> <td>Apgar &lt; 8</td> <td>49,6 %</td> <td>66,4 %</td> <td>1,476</td> <td>0,759</td> </tr> <tr> <td>Bhavna Anand (Bhavna Anand et al.)</td> <td>Pretérmino temprano</td> <td>70,5 %</td> <td>68,9 %</td> <td>2,267</td> <td>0,428</td> </tr> <tr> <td>Bhavna Anand (Bhavna Anand et al.)</td> <td>Bajo peso al nacer extremo</td> <td>74,4 %</td> <td>70,2 %</td> <td>2,497</td> <td>0,365</td> </tr> <tr> <td>Bhavna Anand (Bhavna Anand et al.)</td> <td>Baso peso al nacer</td> <td>52,7 %</td> <td>70,2 %</td> <td>1,768</td> <td>0,674</td> </tr> <tr> <td>Bhavna Anand (Bhavna Anand et al.)</td> <td>Ingreso a Unidad de cuidado intensivo neonatal</td> <td>52,0 %</td> <td>66,6 %</td> <td>1,557</td> <td>0,721</td> </tr> <tr> <td>Bhavna Anand (Bhavna Anand et al.)</td> <td>Ingreso a observación</td> <td>0,0 %</td> <td>64,0 %</td> <td>0,000</td> <td>1,563</td> </tr> </tbody> </table> | Escala Autor | Desenlace neonatal | Sensibilidad | Especificidad | LR+ | LR- | Bhavna Anand (Bhavna Anand et al.) | Apgar < 8 | 49,6 % | 66,4 % | 1,476 | 0,759 | Bhavna Anand (Bhavna Anand et al.) | Pretérmino temprano | 70,5 % | 68,9 % | 2,267 | 0,428 | Bhavna Anand (Bhavna Anand et al.) | Bajo peso al nacer extremo | 74,4 % | 70,2 % | 2,497 | 0,365 | Bhavna Anand (Bhavna Anand et al.) | Baso peso al nacer | 52,7 % | 70,2 % | 1,768 | 0,674 | Bhavna Anand (Bhavna Anand et al.) | Ingreso a Unidad de cuidado intensivo neonatal | 52,0 % | 66,6 % | 1,557 | 0,721 | Bhavna Anand (Bhavna Anand et al.) | Ingreso a observación | 0,0 % | 64,0 % | 0,000 | 1,563 |
| Escala Autor                       | Desenlace neonatal   | Sensibilidad | Especificidad      | LR+          | LR-           |     |     |                                    |           |        |        |       |       |                                    |                     |        |        |       |       |                                    |                            |        |        |       |       |                                    |                    |        |        |       |       |                                    |  |        |        |       |       |                                    |                       |       |        |       |       |
| Bhavna Anand (Bhavna Anand et al.) | Apgar < 8  | 49,6 %       | 66,4 %             | 1,476        | 0,759         |     |     |                                    |           |        |        |       |       |                                    |                     |        |        |       |       |                                    |                            |        |        |       |       |                                    |                    |        |        |       |       |                                    |  |        |        |       |       |                                    |                       |       |        |       |       |
| Bhavna Anand (Bhavna Anand et al.) | Pretérmino temprano  | 70,5 %       | 68,9 %             | 2,267        | 0,428         |     |     |                                    |           |        |        |       |       |                                    |                     |        |        |       |       |                                    |                            |        |        |       |       |                                    |                    |        |        |       |       |                                    |  |        |        |       |       |                                    |                       |       |        |       |       |
| Bhavna Anand (Bhavna Anand et al.) | Bajo peso al nacer extremo   | 74,4 %       | 70,2 %             | 2,497        | 0,365         |     |     |                                    |           |        |        |       |       |                                    |                     |        |        |       |       |                                    |                            |        |        |       |       |                                    |                    |        |        |       |       |                                    |  |        |        |       |       |                                    |                       |       |        |       |       |
| Bhavna Anand (Bhavna Anand et al.) | Baso peso al nacer   | 52,7 %       | 70,2 %             | 1,768        | 0,674         |     |     |                                    |           |        |        |       |       |                                    |                     |        |        |       |       |                                    |                            |        |        |       |       |                                    |                    |        |        |       |       |                                    |  |        |        |       |       |                                    |                       |       |        |       |       |
| Bhavna Anand (Bhavna Anand et al.) | Ingreso a Unidad de cuidado intensivo neonatal   | 52,0 %       | 66,6 %             | 1,557        | 0,721         |     |     |                                    |           |        |        |       |       |                                    |                     |        |        |       |       |                                    |                            |        |        |       |       |                                    |                    |        |        |       |       |                                    |  |        |        |       |       |                                    |                       |       |        |       |       |
| Bhavna Anand (Bhavna Anand et al.) | Ingreso a observación  | 0,0 %        | 64,0 %             | 0,000        | 1,563         |     |     |                                    |           |        |        |       |       |                                    |                     |        |        |       |       |                                    |                            |        |        |       |       |                                    |                    |        |        |       |       |                                    |  |        |        |       |       |                                    |                       |       |        |       |       |



|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

|  |  |                                    |                             |         |        |       |       |  |
|--|--|------------------------------------|-----------------------------|---------|--------|-------|-------|--|
|  |  | Bhavna Anand (Bhavna Anand et al.) | Mortalidad perinatal        | 75,0 %  | 64,6 % | 2,119 | 0,387 |  |
|  |  | Bhavna Anand (Bhavna Anand et al.) | Pretérmino                  | 54,2 %  | 68,9 % | 1,743 | 0,665 |  |
|  |  | Datta Das (Kolluru)                | Asfixia neonatal            | 81,5 %  | 52,0 % | 1,698 | 0,356 |  |
|  |  | Datta Das (Kolluru)                | Bajo peso al nacer          | 70,0 %  | 49,4 % | 1,383 | 0,607 |  |
|  |  | Datta Das (Kolluru)                | Mortalidad perinatal        | 100,0 % | 48,5 % | 1,942 | 0,000 |  |
|  |  | Datta Das (Kolluru)                | Cualquier desenlace adverso | 78,4 %  | 56,4 % | 1,798 | 0,383 |  |
|  |  | Datta Das (Lipi Mondal et al.)     | Malformación congénita      | 66,7 %  | 33,9 % | 1,009 | 0,982 |  |
|  |  | Datta Das (Lipi Mondal et al.)     | Bajo peso al nacer          | 79,1 %  | 37,8 % | 1,272 | 0,553 |  |
|  |  | Datta Das (Lipi Mondal et al.)     | Pretérmino                  | 66,7 %  | 33,9 % | 1,009 | 0,982 |  |
|  |  | Datta Das (Lipi Mondal et al.)     | Diestrés respiratorio       | 78,3 %  | 36,2 % | 1,227 | 0,599 |  |
|  |  | Datta Das (Samiya)                 | Apgar < 8                   | 95,7 %  | 54,7 % | 2,113 | 0,079 |  |
|  |  | Datta Das (Samiya)                 | Bajo peso al nacer          | 93,5 %  | 54,4 % | 2,050 | 0,119 |  |
|  |  | Datta Das (Samiya)                 | Mortalidad perinatal        | 94,4 %  | 51,0 % | 1,927 | 0,110 |  |
|  |  | Datta Das (Samiya)                 | Pretérmino                  | 89,2 %  | 52,8 % | 1,890 | 0,205 |  |



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |



|                         |   |  |  |                    |        |        |       |       |                     |                      |        |        |       |       |                     |                     |        |        |       |       |                     |                          |         |        |       |       |                     |                    |        |        |       |       |                     |           |         |        |       |       |                     |                             |        |        |       |       |  |
|-------------------------|---|--|--|--------------------|--------|--------|-------|-------|---------------------|----------------------|--------|--------|-------|-------|---------------------|---------------------|--------|--------|-------|-------|---------------------|--------------------------|---------|--------|-------|-------|---------------------|--------------------|--------|--------|-------|-------|---------------------|-----------|---------|--------|-------|-------|---------------------|-----------------------------|--------|--------|-------|-------|--|
|                         |   | <table border="1"> <tr> <td>ICMR (Kiran et al.)</td> <td>Bajo peso al nacer</td> <td>93,3 %</td> <td>21,2 %</td> <td>1,184</td> <td>0,316</td> </tr> <tr> <td>ICMR (Kiran et al.)</td> <td>Morbilidad perinatal</td> <td>96,2 %</td> <td>19,9 %</td> <td>1,201</td> <td>0,191</td> </tr> <tr> <td>ICMR (Kiran et al.)</td> <td>Mortalidad neonatal</td> <td>96,8 %</td> <td>18,8 %</td> <td>1,192</td> <td>0,170</td> </tr> <tr> <td>ICMR (Kiran et al.)</td> <td>Muerte neonatal temprana</td> <td>100,0 %</td> <td>13,4 %</td> <td>1,155</td> <td>0,000</td> </tr> <tr> <td>ICMR (Kiran et al.)</td> <td>Mortalidad materna</td> <td>89,8 %</td> <td>13,9 %</td> <td>1,043</td> <td>0,734</td> </tr> <tr> <td>ICMR (Kiran et al.)</td> <td>Mortinato</td> <td>100,0 %</td> <td>13,5 %</td> <td>1,156</td> <td>0,000</td> </tr> <tr> <td>ICMR (Kiran et al.)</td> <td>Cualquier desenlace adverso</td> <td>94,3 %</td> <td>15,5 %</td> <td>1,116</td> <td>0,368</td> </tr> </table> | ICMR (Kiran et al.)  | Bajo peso al nacer | 93,3 % | 21,2 % | 1,184 | 0,316 | ICMR (Kiran et al.) | Morbilidad perinatal | 96,2 % | 19,9 % | 1,201 | 0,191 | ICMR (Kiran et al.) | Mortalidad neonatal | 96,8 % | 18,8 % | 1,192 | 0,170 | ICMR (Kiran et al.) | Muerte neonatal temprana | 100,0 % | 13,4 % | 1,155 | 0,000 | ICMR (Kiran et al.) | Mortalidad materna | 89,8 % | 13,9 % | 1,043 | 0,734 | ICMR (Kiran et al.) | Mortinato | 100,0 % | 13,5 % | 1,156 | 0,000 | ICMR (Kiran et al.) | Cualquier desenlace adverso | 94,3 % | 15,5 % | 1,116 | 0,368 |  |
| ICMR (Kiran et al.)     | Bajo peso al nacer  | 93,3 %   | 21,2 %   | 1,184              | 0,316  |        |       |       |                     |                      |        |        |       |       |                     |                     |        |        |       |       |                     |                          |         |        |       |       |                     |                    |        |        |       |       |                     |           |         |        |       |       |                     |                             |        |        |       |       |  |
| ICMR (Kiran et al.)     | Morbilidad perinatal  | 96,2 %   | 19,9 %   | 1,201              | 0,191  |        |       |       |                     |                      |        |        |       |       |                     |                     |        |        |       |       |                     |                          |         |        |       |       |                     |                    |        |        |       |       |                     |           |         |        |       |       |                     |                             |        |        |       |       |  |
| ICMR (Kiran et al.)     | Mortalidad neonatal   | 96,8 %   | 18,8 %   | 1,192              | 0,170  |        |       |       |                     |                      |        |        |       |       |                     |                     |        |        |       |       |                     |                          |         |        |       |       |                     |                    |        |        |       |       |                     |           |         |        |       |       |                     |                             |        |        |       |       |  |
| ICMR (Kiran et al.)     | Muerte neonatal temprana  | 100,0 %  | 13,4 %   | 1,155              | 0,000  |        |       |       |                     |                      |        |        |       |       |                     |                     |        |        |       |       |                     |                          |         |        |       |       |                     |                    |        |        |       |       |                     |           |         |        |       |       |                     |                             |        |        |       |       |  |
| ICMR (Kiran et al.)     | Mortalidad materna  | 89,8 %   | 13,9 %   | 1,043              | 0,734  |        |       |       |                     |                      |        |        |       |       |                     |                     |        |        |       |       |                     |                          |         |        |       |       |                     |                    |        |        |       |       |                     |           |         |        |       |       |                     |                             |        |        |       |       |  |
| ICMR (Kiran et al.)     | Mortinato   | 100,0 %  | 13,5 %   | 1,156              | 0,000  |        |       |       |                     |                      |        |        |       |       |                     |                     |        |        |       |       |                     |                          |         |        |       |       |                     |                    |        |        |       |       |                     |           |         |        |       |       |                     |                             |        |        |       |       |  |
| ICMR (Kiran et al.)     | Cualquier desenlace adverso   | 94,3 %   | 15,5 %   | 1,116              | 0,368  |        |       |       |                     |                      |        |        |       |       |                     |                     |        |        |       |       |                     |                          |         |        |       |       |                     |                    |        |        |       |       |                     |           |         |        |       |       |                     |                             |        |        |       |       |  |
| Friedman, 2020 (52)     | A comparison of international prenatal care guidelines for low-risk women to inform high-value care | <ul style="list-style-type: none"> <li>Las guías de Estados Unidos y de países similares recomendaron unos servicios psicosociales y una educación prenatal similar para las mujeres de bajo riesgo.</li> <li>Asimismo, los países recomendaron menos visitas, mayores intervalos entre visitas y mejor apoyo de los (as) ginecoobstetras para el apoyo en el seguimiento rutinario de las mujeres en cuidado prenatal de bajo riesgo.</li> <li>La mayoría de los países (6 de 9) recomendaron que las mujeres de bajo riesgo sólo sean evaluadas por médicos generales o parteras durante el cuidado prenatal, mientras las guías clínicas japonesas recomendaron como proveedores de cuidado primario de las maternas a los ginecoobstetras y Estados Unidos y Canadá recomendaron que estas mujeres tuviesen la opción de ser evaluadas por ginecoobstetras, médicos de atención primaria o parteras.</li> </ul>  | Scoping review: alto riesgo de sesgos.                               |                    |        |        |       |       |                     |                      |        |        |       |       |                     |                     |        |        |       |       |                     |                          |         |        |       |       |                     |                    |        |        |       |       |                     |           |         |        |       |       |                     |                             |        |        |       |       |  |
| Pérez-Valdés, 2015 (49) | Factores de riesgos fetales en la restricción del crecimiento intrauterino en gestantes             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar seguimiento clínico.</li> <li>Valoración ecográfica.</li> </ul>  | Dominios con evaluación de calidad metodológica positiva (JBI). 7/11 |                    |        |        |       |       |                     |                      |        |        |       |       |                     |                     |        |        |       |       |                     |                          |         |        |       |       |                     |                    |        |        |       |       |                     |           |         |        |       |       |                     |                             |        |        |       |       |  |

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

|  |  |  |                        |
|--|--|--|------------------------|
| Di Mario, 2007 (48)  | Risk Factors for Stillbirth in Developing Countries: A Systematic Review of the Literature | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prevencción, tamizaje y tratamiento de la sífilis materna. La tamización para sífilis antenatal con pruebas en el sitio de atención y tratamiento inmediato han mostrado ser costo efectivas y reportar beneficios en la reducción, no solo en la presentación de mortinatos, sino también en la carga de enfermedad asociada a la sífilis gestacional. En parte la asociación reportada entre recibir cuidado prenatal y menores tasas de mortinatos puede deberse en parte a la tamización antenatal para sífilis como parte de estos programas.</li> </ul> <p>1) Esto se debe asociar a otras intervenciones dirigidas al uso universal de la atención prenatal.</p>   | Riesgo de sesgos: Alto |
| The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, 2006 (35) | Methods of Early Prenatal Diagnosis A Systematic Review                                    | <p>2) Una prueba combinada realizada al principio del embarazo (10 a 14 semanas de gestación) compuesta por la medición de translucencia nucal por ecografía y la medición bioquímica en suero materno (tamización bioquímica), junto con la edad materna, es el método que clínicamente muestra un mejor equilibrio entre el porcentaje de casos detectados y falsos positivos, para evaluar la probabilidad de síndrome de Down fetal (Evidencia Grado 1). La medición bioquímica de cuatro marcadores (alfa-feto proteína, gonadotropina coriónica humana, estriol no conjugado, inhibina-A) en el suero materno (prueba cuádruple) es el método que clínicamente muestra un mejor equilibrio entre el porcentaje de casos detectados y falsos positivos, para evaluar la probabilidad de síndrome de Down fetal en el segundo trimestre (Evidencia Grado 1).</p> <p>3) Todos los métodos (medición de la translucencia nucal, medición bioquímica en suero materno segundo trimestre y la prueba combinada) para evaluar la probabilidad de síndrome de Down fetal examinados por este informe y evaluados en la práctica clínica, dan un mejor equilibrio entre el porcentaje de casos detectados y falsos positivos para evaluar la probabilidad de síndrome de Down fetal que la edad materna sola. Por lo tanto, el uso de estos métodos requiere menos amniocentesis y muestras de vellosidades coriónicas por casos detectados de síndrome de Down que los requeridos con sólo la edad materna (Evidencia Grado 1).</p> <p>4) El uso de la prueba de hibridación in situ con fluorescencia de interfase (FISH) o la reacción en cadena de la polimerasa fluorescente cuantitativa (QF-PCR) son tan precisos como el cariotipo completo para detectar aneuploidías en los cromosomas 13, 18, 21, X e Y (Evidencia Grado 1). Los resultados normales en la prueba rápida</p> | Riesgo de sesgos: Alto |

|   |  |                |          |   |
|---|--|----------------|----------|---|
|  <p><b>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</b></p> <p>SECRETARÍA DE SALUD</p>  | <p>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br/>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br/>SISTEMA DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL</p>            |                |          |  |
|   | <p>IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL<br/>RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE<br/>EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL</p> |                |          |   |
|   | Código:  | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| <p>Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz</p> |  |                |          |   |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | <p>FISH o QF-PCR en el diagnóstico prenatal dejan una posibilidad residual de anomalías cromosómicas fetales. En aproximadamente el 0,9 % de todas las muestras de amniocentesis y vellosidades coriónicas, un análisis de cariotipo completo detectará una anomalía cromosómica que no se detectó en la prueba rápida FISH o QF-PCR. Para anomalías cromosómicas de importancia clínica, la cifra es del 0,4 %. (Evidencia Grado 1).</p> <p>5) Con la realización de una ecografía de rutina a la semana 12 de gestación, en lugar de a la semana 18, parece que se detectan menos anomalías congénitas, incluidos los defectos cardíacos, aún si se incluye en el examen de las 12 semanas a medición de la translucencia nucal, inclusive si el aumento de la translucencia nucal o una mayor probabilidad de anomalías cromosómicas de acuerdo con la translucencia nucal, es una indicación para una anatomía fetal integral entre las 18-22 semanas de gestación. Sin embargo, la evidencia científica es insuficiente para sacar una conclusión al respecto.</p> <p>6) La exposición a la ecografía durante el segundo trimestre del embarazo no ha demostrado ningún impacto negativo en el crecimiento, la visión o audición, el desarrollo neurológico, cognitivo o del habla en los niños. No se ha demostrado correlación entre la exposición prenatal a la ecografía y las neoplasias malignas infantiles (Evidencia Grado 1). Un metaanálisis de ensayos aleatorizados que evaluó la exposición intrauterina a la ecografía no encontró diferencias en la frecuencia de niños no diestros (zurdos o sin preferencia clara) entre los controles y los grupos. Los análisis por subgrupos y dos estudios basados en información de los registros suecos han encontrado una correlación entre dicha exposición y la frecuencia de niños no diestros. La evidencia científica es insuficiente para sacar una conclusión al respecto.</p> <p>7) Las pruebas invasivas (amniocentesis y muestreo de vellosidades coriónicas) aumentan el riesgo de pérdidas fetales. La mejor estimación disponible, que se refiere a la pérdida fetal después de una amniocentesis tardía (15 o más semanas gestacionales completas) indica un aumento de 1 punto porcentual en el riesgo. La mayoría de estas pérdidas son abortos espontáneos (Evidencia Grado 2).</p> <p>8) Una prueba combinada de ecografía para medición de translucencia nucal y medición bioquímica en el suero de la madre en el segundo trimestre es más costo efectivo que la medición bioquímica en el suero de la madre (prueba triple: alfa-feto proteína,</p> |  |
|--|--|---|--|



|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
| SECRETARÍA DE SALUD  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | gonadotropina coriónica humana, estriol no conjugado). Una ecografía de rutina en el segundo trimestre es un método costo efectivo para detectar las anomalías estructurales fetales. |  |
|--|--|---|--|

## RECURSOS: OTROS (Revisiones narrativas y otros)



| Autor, año (Referencia)   | Título  | Síntesis   |
|---|---|--|
| Mei, 2021 (36)  | A visit to the pediatrician as a part of comprehensive prenatal care? A survey of obstetrics providers    | <ul style="list-style-type: none"> <li>La visita pediátrica prenatal (VPP) es un tiempo para que los futuros padres se reúnan con un pediatra y reciban orientación anticipada sobre temas como la lactancia materna, las vacunas infantiles, la circuncisión, la evaluación del recién nacido y la atención general del recién nacido. Discutir temas de salud del recién nacido en el período prenatal tiende a ser más efectivo que en el período posparto inmediato, cuando las mujeres están pasando por ajustes físicos, emocionales y sociales y pueden ser menos receptivas para procesar información.</li> <li>La VPP aumenta las inmunizaciones oportunas en la niñez.</li> <li>Las VPP en familias de residencia urbana con bajos ingresos han demostrado un aumento de la lactancia, disminución de las visitas a urgencias y una mejor relación médico paciente.</li> </ul> |
| Correa-Jiménez, 2020 (37)   | Consulta pediátrica prenatal: objetivos y beneficios  | Escuchar las necesidades, intereses y preocupaciones de los padres respecto al desarrollo y la salud del hijo.   |
| National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Board on Children, Youth, and Families; Committee on Fostering Healthy Mental, | Fostering Healthy Mental, Emotional, and Behavioral Development in Children and Youth: A National Agenda. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenciones generales: acceso más integral a la vigilancia y atención médica para las mujeres en las primeras etapas del embarazo como una oportunidad importante para mejorar la salud mental, emocional y comportamental de los niños.</li> <li>Intervenciones efectivas para prevención del parto pretérmino: incluyen una aplicación de software para hacer frente al estrés para mujeres embarazadas hospitalizadas en riesgo de parto prematuro (Jallo et al., 2017); y brindar apoyo financiero a familias de bajos ingresos (Beauregard et al., 2018).</li> </ul>  |

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL          |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
| SECRETARÍA DE SALUD  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

| Autor, año (Referencia)   | Título | Síntesis  |
|---|--------|---|
| Emotional, and Behavioral Development Among Children and Youth, 2019 (50) |        | <p>Se han mostrado resultados positivos en los esfuerzos para brindar atención médica anticipada y universal, y apoyar la elección reproductiva comenzando antes o al principio del embarazo, y para los esfuerzos a nivel comunitario para abordar los riesgos para la salud asociados con el parto prematuro.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenciones beneficiosas para apoyar la salud y el desarrollo de los bebés prematuros: programas de visitas domiciliarias que se enfocan en las interacciones entre padres e hijos, que brindan beneficios a corto plazo para el desarrollo saludable de los bebés prematuros (Goyal, Teeters y Ammerman, 2013) y brindan servicios de intervención temprana para niños prematuros hasta su ingreso a la escuela (Chung, Pipari y Koolwijk, 2017).</li> <li>• Intervenciones basadas en la evidencia para tratar las mujeres embarazadas que usan sustancias potencialmente nocivas durante la gestación o trastornos de uso de sustancias, aunque no están adecuadamente dirigidas a las necesidades de la mujer embarazada. Incluyen: la terapia cognitiva conductual, el abordaje de reforzamiento comunitario, las evaluaciones e intervenciones cortas y derivación para tratamiento. Se ha demostrado que los programas de 12 pasos y otros tipos de grupos de apoyo son efectivos para varios tipos de consumo de sustancias, pero en la práctica muchos establecimientos no ofrecen servicios adaptados a las mujeres embarazadas, y el acceso está limitado por la escasez de proveedores y otros factores. (Obispo et al., 2017).             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prevalencia de tabaquismo en el embarazo es preocupantemente alta, las opciones para dejar de fumar durante el embarazo tienen ciertos retos, dado que la mujer puede no saber o reconocer públicamente que está embarazada, retrasando cualquier opción de disminuir la exposición fetal. Los cigarrillos electrónicos han mostrado no ser seguros para las mujeres embarazadas. Diferentes intervenciones muestran que los incentivos monetarios pueden ser los más efectivos, aunque la tasa de disminución de tabaquismo es baja para cualquier intervención (Halpern et al., 2018).</li> </ul> </li> </ul> |



|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
| SECRETARÍA DE SALUD  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

| Autor, año (Referencia) | Título  | Síntesis   |
|-------------------------|---|--|
|                         |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La prevención enfocada en detener el inicio del uso de sustancias psicoactivas tiene más impacto que tratar a las mujeres embarazadas ya afectadas. El cuidado preconcepcional incluye estrategias de autocuidado en mujeres sexualmente activas.</li> <li>○ Una identificación e intervención temprana de estrategias dirigidas para los niños afectados parece mejorar los desenlaces funcionales y mitigar las discapacidades de comportamiento secundarias. Los programas de intervención de desarrollo temprano para hijos de madres consumidoras de sustancias también son prometedores.</li> <li>○ Los abordajes con medidas políticas al uso de sustancias potencialmente dañinas durante el embarazo han incluido medidas legales punitivas que han sido inefectivas y a veces deletéreas.</li> <li>● Intervenciones en las condiciones de salud maternas: La nutrición óptima durante el embarazo tiene múltiples dimensiones y requiere un monitoreo estricto por parte del Sistema de salud, haciendo seguimiento para saber si la madre está progresando adecuadamente en este punto.</li> </ul> |
| Davis, 2014 (42)        | Fetal Centers and the Role of the Neonatologist in Complex Fetal Care     | Realizar abordaje clínico y todos los exámenes que estén al alcance.   |
| Valenzuela, 2003 (46)   | Asistencia a padres de embarazos con recién nacidos con problemas vitales | El Consultorio de Asistencia Perinatal atiende a padres de embarazos con fetos en riesgo vital, malformados complejos y nacidos con problemas graves que impliquen impacto familiar, basados en la hipótesis de que la atención de los padres incide en el bienestar del feto y del recién nacido. Se ha construido un protocolo multiprofesional con participación de pediatra, psicóloga, matronas, obstetra y servicio social que sigue el caso con reuniones grupales y de especialidad desde antes del parto hasta después del desenlace, cualquiera sea éste. Este trabajo ha permitido conocer, asistir e investigar sobre la realidad de estos padres que requieren de apoyo especializado para sobrellevar los sentimientos de duelo, temor y culpa que se desarrollan en estas situaciones, derivar a otros tratamientos psiquiátricos cuando es necesario y preparar a los padres ante la   |



|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

| Autor, año (Referencia) | Título | Síntesis  |
|-------------------------|--------|---|
|                         |        | <p>eventualidad de nuevos embarazos. El sistema convencional deja con poca atención la problemática de los padres y del resto del grupo familiar del gestado. Cada día es más claro que el grupo familiar no solo requiere de ayuda, sino que tiene el derecho de recibirla y en ese sentido los grupos de trabajo deberíamos tener una perspectiva de acción. Labor primordial del equipo es tratar de decir toda la verdad sobre el caso, y una de las verdades es la de ser portador de una enfermedad. La otra verdad es que el gestado es un ser humano, que se convertirá en persona y que es hijo de seres humanos que necesitan que alguien les de esa certeza, que valide y confirme como tal a ese hijo. Dentro de este contexto, la labor del Consultorio de Asistencia Perinatal debe ser considerada como una actividad asistencial y no como un mero soporte a la situación de los padres. El trabajo del CAP produce efectos clínicos sobre los padres que benefician a los hijos.</p> |

**Pregunta 4. Una vez identificados y clasificados los riesgos, ¿Cuáles son las recomendaciones para la gestión oportuna de estos por parte de los profesionales de la salud?**

**Recursos: revisiones sistemáticas o estudios primarios**



| Autor, año (Referencia) | Título   | Síntesis  | Evaluación de calidad  |
|-------------------------|--|---|------------------------|
| Di Mario, 2007 (48)     | Risk Factors for Stillbirth in Developing Countries: A Systematic Review of the Literature | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mejorar las condiciones socioeconómicas maternas, incluyendo el estado nutricional de la madre, podría contribuir efectivamente a reducir la carga elevada de nacidos muertos en los países en desarrollo.</li> <li>Fortalecer los servicios de salud, incluyendo los servicios de cuidado prenatal que comprenden el tamizaje para sífilis, ayudaría a disminuir la carga de enfermedad por mortinatos en los países en vía de desarrollo.</li> </ul> | Riesgo de sesgos: Alto |

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
| SECRETARÍA DE SALUD  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

|  |   |  |                        |
|--|---|--|------------------------|
| The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, 2006 (35) | Methods of Early Prenatal Diagnosis a Systematic Review | <ul style="list-style-type: none"> <li>Existen limitaciones a la hora de brindar información a las mujeres antes del diagnóstico prenatal, puesto que no tienen los conocimientos suficientes para tomar una decisión bien fundamentada sobre si someterse o no a las pruebas antenatales, en particular con respecto al propósito y las implicaciones potenciales de los resultados, siendo especialmente difícil para ellas entender que la medición de la translucencia nucal con ecografía y la evaluación de marcadores son parte de una evaluación de probabilidad, en lugar de un diagnóstico final.</li> <li>Las mujeres embarazadas prefieren recibir información individual en lugar de grupal y la información en audio o vídeo parece mejorar su conocimiento y comprensión de manera un poco más efectiva que las cartas y los folletos (Evidencia Grado 1).</li> </ul> | Riesgo de sesgos: Alto |
|--|---|--|------------------------|



## RECURSOS: OTROS (Revisiones narrativas y otros)

| Autor, año (Referencia)   | Título   | Síntesis  |
|---------------------------|--|---|
| Mei, 2021 (36)            | A visit to the pediatrician as a part of comprehensive prenatal care? A survey of obstetrics providers | <ul style="list-style-type: none"> <li>A pesar de las recientes recomendaciones conjuntas de las guías AAP/ACOG recomendando la VPP, parece que la conciencia sobre esta práctica permanece baja. 22 % de los padres en embarazo tendrán una VPP, solo el 5 % de mujeres de bajos ingresos tendrán esta valoración.</li> <li>Esto indica una brecha de información y sugiere que las estrategias educativas simples sobre la evidencia disponible, las recomendaciones de las GPC y un cubrimiento por los seguros de salud podrían mejorar la adherencia y utilización a estas visitas.</li> </ul> |
| Correa-Jiménez, 2020 (37) | Consulta pediátrica prenatal: objetivos y beneficios   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Educar a los padres sobre las necesidades del recién nacido, enfocados en las habilidades que deben adquirir, información sobre la lactancia materna y lo que suele ocurrir en un parto.</li> <li>Dar consejos sobre estilos de vida saludables, resolver dudas y transmitir confianza.</li> </ul>   |



|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL          |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
| SECRETARÍA DE SALUD  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

| Autor, año (Referencia)   | Título   | Síntesis  |
|---|--|---|
| National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Board on Children, Youth, and Families; Committee on Fostering Healthy Mental, Emotional, and Behavioral Development Among Children and Youth, 2019 (50) | Fostering Healthy Mental, Emotional, and Behavioral Development in Children and Youth: A National Agenda | <ul style="list-style-type: none"> <li>La educación a los padres es una estrategia importante para promover el desarrollo mental, emocional y comportamental en los niños y se puede dar la oportunidad en el periodo prenatal a través de clases organizadas con proveedores obstétricos, incluyendo las parteras, que se enfocan en el manejo del embarazo y el proceso del parto, pero también promueven una crianza positiva.</li> <li>Las visitas prenatales pediátricas recomendadas por la ACOG/ AAP (tercer trimestre del embarazo) son otra oportunidad para abordar los elementos de la crianza positiva, aunque esta visita solo ocurre una vez en el embarazo lo que puede limitar su impacto, a menos que se continúe con un seguimiento y apoyo a través de las visitas posnatales. Esta educación puede ser suministrada por programas de crianza prenatal basados en la evidencia, como en Fundamentos familiares y embarazo centrado.</li> </ul> |
| Fernandes, 2019 (38)  | Review of the missed opportunities for the prevention of vertical transmission of HIV in Brazil          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Inicio temprano de seguimiento prenatal.</li> <li>Realización temprana de diagnóstico de VIH.</li> <li>Inicio temprano de terapia antirretroviral profiláctica prenatal.</li> <li>Programación de cesárea electiva en pacientes con más de 1000 copias/ml o número de copias desconocido.</li> <li>Promover la no lactancia y la utilización de leche de fórmula.</li> </ul>   |
| López-Candiani, 2014 (41)   | La consulta pediátrica prenatal  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Dar información actualizada a los padres sobre los riesgos del embarazo, las pruebas confirmatorias para malformaciones, los tratamientos y las posibilidades de llegar a tener un hijo sano, un desenlace fatal o un hijo con secuelas.</li> <li>Cuando se detecte un problema que requiera alguna intervención más especializada o el tratamiento por un equipo médico, es conveniente la consulta con otros especialistas, principalmente con el cirujano, ya que puede cambiar la conducta del embarazo: interrupción, terminación anticipada o preparación de la sala de parto para el tratamiento postnatal inmediato.</li> <li>Si la edad gestacional está al límite de la viabilidad, con supervivencia y pronóstico incierto, se deberá tener una discusión extensa acerca de los riesgos y ventajas, con la participación de los padres, y teniendo en cuenta las mejores opciones de</li> </ul>                 |



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
| SECRETARÍA DE SALUD  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |



| Autor, año (Referencia) | Título  | Síntesis  |
|-------------------------|---|---|
|                         |   | <p>tratamiento. Si la edad gestacional está por debajo del límite de viabilidad o existen malformaciones con mortalidad temprana y gran morbilidad se deberá contemplar no reanimación y sólo dar cuidados de confort.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El pediatra debe brindar apoyo emocional y darle tranquilidad a la futura madre, y elaborar un plan de acción para las urgencias del recién nacido.</li> </ul>  |
| Davis, 2014 (42)        | Fetal Centers and the Role of the Neonatologist in Complex Fetal Care | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El neonatólogo debe coordinar los procesos para tener un parto sin problemas y un plan neonatal, asesorando y preparando a las futuras madres y familias.</li> <li>• El pediatra o neonatólogo debe preparar a los futuros padres para el impacto de tener un feto con una anomalía, el cuidado neonatal y posible infancia. Sin embargo, los obstetras, médicos materno-fetales, cirujanos pediátricos y los neonatólogos poseen formación y bases de conocimientos que pueden resultar en distintas, y posiblemente enfoques dispares para el asesoramiento y la preparación prenatales.</li> <li>• El neonatólogo debe proveer información acerca del diagnóstico y tratamientos, y puede ayudar en el estrés y ansiedad de los padres, proveyendo información para mejorar la toma de decisiones y planificación de la familia. Cuando hay una situación compleja es necesario remitir a cuidados paliativos.</li> <li>• Una vez identificadas las anomalías debe realizarse una descripción a los padres de lo que se puede esperar, incluido el personal que estará presente en el momento del parto, la apariencia probable del bebé y la necesidad potencial de reanimación neonatal, incluida la ventilación con bolsa-mascarilla e intubación. Es posible que la madre no escuche llorar al bebé.</li> <li>• El hecho de que el recién nacido necesitará ser ingresado a una UCIN y separado de la madre puede haber sido asumido como entendido en consultas previas, pero esta información puede sorprender a las familias.</li> <li>• Debe explicar los procedimientos y eventos que probablemente ocurrirán en la UCIN para estabilizar al bebé, incluida la colocación de cables de monitoreo, acceso intravenoso y ventilación mecánica, así como los estudios de diagnóstico y consultas con subespecialistas, además de la necesidad potencial de hemoderivados.</li> <li>• También es importante discutir los potenciales diagnósticos diferenciales a lo anticipado prenatalmente, además del seguimiento posterior y posibles resultados a</li> </ul> |

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

| Autor, año (Referencia) | Título   | Síntesis  |
|-------------------------|--|---|
|                         |  | corto y largo plazo. El posible efecto perjudicial del parto prematuro en la afección subyacente también debe mencionarse además de los problemas más comunes de la prematuridad.   |
| Werlein, 2014 (43)      | Geburtsplanung bei fetalen Fehlbildungen aus neonatologischer Sicht (La planificación del parto en las malformaciones fetales desde una perspectiva neonatológica) | <ul style="list-style-type: none"> <li>Se debe planear cuándo, dónde nacerá el bebé y el modo de nacimiento según la malformación encontrada. Hay detalles de cuándo y dónde según el tipo de malformación en el documento por si se requiere ampliar.</li> </ul>   |
| Cunniff, 2010 (44)      | Prenatal genetic screening and diagnosis for pediatricians   | <ul style="list-style-type: none"> <li>El pediatra debe ser consciente de las implicaciones que conlleva el hallazgo de un examen anormal prenatal, conllevando a la planeación de un examen clínico cuidadoso del recién nacido y un seguimiento paraclínico. Además, debe decidir las pruebas de laboratorio posnatales que requiere.</li> </ul>  |
| Micheli, 2006 (51)      | Périnatalogie pour le pédiatre praticien (Perinatología para el pediatra en ejercicio)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Una vez identificado algún riesgo, se debe transferir a la gestante a una unidad materna con disponibilidad de neonatología antes del parto, en caso de que no sea posible, se debe transportar al recién nacido cuanto antes a una unidad neonatológica.</li> </ul>   |
| Cunniff, 2004 (45)      | Prenatal screening and diagnosis for pediatricians   | <ul style="list-style-type: none"> <li>El pediatra debe estar familiarizado con los principios de diagnóstico genético prenatal y saber aplicar a problemas específicos de asesoramiento genético, diagnóstico y manejo en la práctica clínica.</li> <li>Los pediatras deben estar familiarizados con los recursos disponibles en su región para obtener información sobre cómo se puede diagnosticar un trastorno específico y cuándo y dónde derivar a los pacientes para un diagnóstico genético prenatal.</li> <li>La tecnología del diagnóstico prenatal está cambiando rápidamente y los consultores genéticos pueden ayudar a los pediatras en el uso e interpretación de las pruebas diagnósticas disponibles.</li> </ul> |
| Valenzuela, 2003 (46)   | Asistencia a padres de embarazos con recién nacidos con problemas vitales  | Participación del Médico Pediatra: <ul style="list-style-type: none"> <li>El pediatra del grupo del CAP puede disponer de una visión de la realidad de los padres que no se logra fácilmente en el corto tiempo que los médicos tratantes disponen para su relación y al mismo tiempo puede conocer a fondo el problema</li> </ul>  |

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
| SECRETARÍA DE SALUD  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

| Autor, año (Referencia) | Título | Síntesis  |
|-------------------------|--------|---|
|                         |        | <p>clínico y las verdaderas expectativas del caso, y por medio de esta visión de gran ángulo puede servir de puente, alarma oportuna bidireccional o transmisor de información tecnológica (sobre el niño) a los padres y vivencial (de los padres) a los médicos tratantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El pediatra del CAP debe pertenecer al equipo médico de la UCEN y contar con la mayor aceptación de su trabajo dentro de ella.</li> <li>• El manejo de la información que debe dar a los padres debe estar en perfecta consonancia con el pensamiento del médico tratante. Es más, debería contar con la autorización de éste para intervenir en los momentos críticos. De la muy cuidadosa conducta del pediatra del CAP puede depender el evitar la generación de conflictos entre el tratante y los padres.</li> <li>• El pediatra sirve de nexo con el equipo obstétrico, que muchas veces ve desde lejos esta labor y no siempre acepta este tipo de intervenciones sobre la pareja que tradicionalmente ha estado enteramente entregada a su cuidado. La relación entre el CAP y el grupo de obstetras es uno de los puntos críticos de este trabajo.</li> <li>• El método que se ha seguido para manejar estas situaciones se resume en los siguientes pasos:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Adecuada información sobre la situación obstétrica.</li> <li>○ Adecuada información a los obstetras sobre las posibilidades de atender a los padres.</li> <li>○ Información sobre el caso clínico prenatal.</li> <li>○ Contacto precoz con los padres.</li> <li>○ Participación en las reuniones del grupo con los padres.</li> <li>○ Elaboración de un plan de información a los padres adecuado al caso.</li> <li>○ Seguimiento dentro de la UCIN en caso de que nazca vivo.</li> <li>○ Asistencia tangencial a los padres en el momento del desenlace si nace muerto.</li> <li>○ Facilitar contacto de los padres con los sistemas de seguimiento en caso de alta del nacido.</li> </ul> </li> </ul> |

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
| SECRETARÍA DE SALUD  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |



| Autor, año (Referencia) | Título | Síntesis  |
|-------------------------|--------|---|
|                         |        | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Analizar la información recopilada en cada caso y transferirla al grupo y al médico obstetra que haya referido el caso.</li> </ul> |

## Enfoque en atención diferencial

### Recursos: otros (revisiones narrativas y otros)

| Autor, año (Referencia)   | Título   | Síntesis   |
|---------------------------|--|--|
| Correa-Jiménez, 2020 (37) | Consulta pediátrica prenatal: objetivos y beneficios | En el caso de padres adolescentes, madres solteras, familiares con enfermedades crónicas, diagnóstico prenatal de defectos congénitos y cuando se espera un parto pretérmino, el apoyo emocional del pediatra debe ser muy explícito (Esto lo concluyen del artículo de López-Candiani, 2014).   |
| Yogman, 2018 (39)         | The prenatal visit                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El artículo sugiere que las poblaciones con alto riesgo de complicaciones (por ejemplo, alto riesgo psicosocial, enfermedades crónicas) tienen una recomendación especial de acceso a la visita pediátrica prenatal.</li> <li>• Igualmente, las gestaciones de padres del mismo sexo y de padres con gestaciones subrogada pueden tener preguntas especiales dadas las particularidades de la condición.</li> </ul>               |
| López-Candiani, 2014 (41) | La consulta pediátrica prenatal                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• En ciertos casos, el apoyo emocional por parte del pediatra a la futura madre debe ser muy explícito: padres adolescentes, madres solteras, familiares con enfermedades crónicas o mentales, diagnóstico prenatal de defectos congénitos y cuando se espera un nacimiento pretérmino.</li> <li>• Debe abordarse igualmente la puericultura para ayudar a los padres a ser más competentes con el cuidado de sus hijos.</li> </ul> |



|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |



## Anexo 7. Resultados de la votación de los lineamientos

### Pregunta 1. ¿Cuál es el momento más oportuno para realizar la valoración antenatal del riesgo por el médico pediatra o neonatólogo?

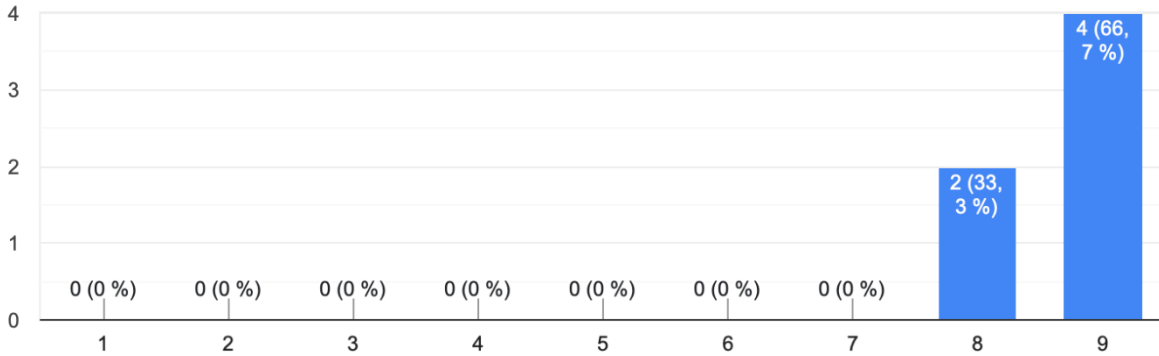
| Lineamientos propuestos  | Lineamientos consensuados  |
|--|--|
| Diferentes revisiones y posiciones de expertos clínicos coinciden en que el tercer trimestre es el mejor momento para realizar la valoración antenatal del riesgo por el pediatra o neonatólogo, especialmente entre la semana 32 y 36, especialmente cuando los padres estén preocupados por el bienestar del feto o futuro recién nacido. Sin embargo, esta valoración puede realizarse antes, cuando se identifican malformaciones congénitas mayores o se encuentran resultados positivos durante el control prenatal que puedan afectar negativamente al feto o futuro recién nacido, para ayudar a los padres a tomar mejores decisiones informadas. | Diferentes revisiones y posiciones de expertos clínicos coinciden en que el tercer trimestre es el mejor momento para realizar la valoración antenatal del riesgo por parte del pediatra o neonatólogo, especialmente entre las semanas 32 y 36 de gestación. Sin embargo, la valoración puede realizarse antes, cuando se identifican malformaciones congénitas mayores u otros hallazgos durante el control prenatal que puedan afectar negativamente al feto o futuro recién nacido, o cuando los padres o profesionales en salud consideren esta valoración porque estén preocupados por el bienestar del feto o futuro recién nacido, con el objetivo de ayudarlos a tomar mejores decisiones informadas. |
| <b>Resultados de la votación:</b><br><b>Mediana (RIC): 9</b><br><b>N° votantes: 6</b>  |  |

Los expertos estuvieron de acuerdo con la valoración para pediatra o neonatólogo entre las semanas de gestación 32 y 36 para toda la población gestante, y con otras valoraciones que podrían ocurrir antes, de acuerdo con la presencia de preocupaciones o incertidumbre por parte de los padres o el personal de salud de programas de control prenatal ante la posibilidad de condiciones de riesgo específicas.

Para que esto quedara claro, los expertos sugirieron modificar la redacción del texto en esta última parte y aclarar que el personal de salud de los programas de control prenatal puede referirse al obstetra, médico o enfermera de control prenatal y aclarar la oración relacionada al apoyo a los padres para la toma de decisiones.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: |   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

**Figura 2. Resultados de la votación de la pregunta 1.**





Para esta pregunta votaron: CV, CI, DM, XH, NR, IF.

**Pregunta 2. ¿Cuáles son los factores que deben tener en cuenta el médico pediatra o neonatólogo para determinar el riesgo del feto y futuro recién nacido?**



| Lineamientos propuestos  | Lineamientos consensuados   |
|--|---|
| <p>Existen diferentes factores que deben identificar el médico pediatra y neonatólogo para identificar el riesgo del feto y futuro recién nacido. Entre ellos se encuentran los descritos a partir de la clasificación del riesgo obstétrico de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (Resolución 3280 de 2018). Otros factores no incluidos en esta clasificación también deben tenerse en cuenta incluyen los siguientes:</p> <p>Factores relacionados al contexto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de atención prenatal.</li> <li>• Desventaja socioeconómica materna: bajo ingreso y analfabetismo materno.</li> <li>• Violencia doméstica.</li> </ul> <p>Factores relacionados a la gestante, pero no directamente relacionados al embarazo actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edades extremas.</li> <li>• Altura y peso maternos.</li> <li>• Condiciones relacionadas con el estilo de vida y entorno psicosocial: tabaquismo;</li> </ul> | <p>Existen diferentes factores que deben tener en cuenta el médico pediatra o neonatólogo, para identificar el riesgo del feto o futuro recién nacido durante la valoración antenatal. Entre ellos se encuentran los descritos en la clasificación del riesgo obstétrico, de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (Resolución 3280 de 2018), otros factores no incluidos en esta clasificación también deben tenerse en cuenta. Entre ellos se encuentran:</p> <p>Factores relacionados al contexto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de atención prenatal.</li> <li>• Desventaja socioeconómica materna: bajo ingreso y analfabetismo materno.</li> <li>• Violencia doméstica.</li> </ul> <p>Factores relacionados a la gestante, pero no directamente asociados al embarazo actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edades extremas.</li> <li>• Altura y peso maternos extremos.</li> <li>• Condiciones relacionadas con el estilo de vida y entorno psicosocial: tabaquismo; consumo de alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, opioides u otras sustancias de abuso; consumo de</li> </ul> |

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.



|   |  |                |          |   |
|---|--|----------------|----------|---|
|  <p><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p>   | <p>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br/>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br/>SISTEMA DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL</p>    |                |          |  |
|   | <p>IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL</p> |                |          |   |
|   | Código:  | SDS-PSS-LN-050 | Versión: |   |
| <p>Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz</p> |  |                |          |   |

| Lineamientos propuestos   | Lineamientos consensuados   |
|---|---|
| <p>consumo de alcohol, cannabis, cocaína y anfetaminas, opioides y otras sustancias de abuso; consumo de medicamentos de prescripción como antiepilépticos y antidepresivos, exposición a toxinas ambientales como plomo; desnutrición, obesidad, e insuficiente o rápida ganancia de peso durante el embarazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Están principalmente asociados a trastornos neuro comportamentales y cognitivos en el feto y recién nacido. Asimismo, las alteraciones en el peso normal se han asociado con mortinatos.</li> <li>• Condiciones previas al embarazo: enfermedades crónicas como hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar crónica, diabetes, epilepsia, enfermedad inmunológica activa y trastornos mentales (principalmente ansiedad y depresión). Enfermedades ginecológicas como miomas, sinequias, quistes ováricos, malformación uterina, cirugía ginecológica previa, infertilidad. Historia de radio ablación con yodo en los últimos seis meses, tumor cerebral/carcinoma.</li> <li>• Infecciones: bacterianas, víricas, fúngicas o protozoarias activas, esto incluye serología positiva para infecciones, infección de las vías urinarias, infecciones crónicas como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis infecciosa, tuberculosis pulmonar.</li> <li>• Embarazos previos: paridad, historia de embarazo (s) anterior (es), número de partos quirúrgicos/cesáreas anteriores, preeclampsia o historia de convulsiones durante el embarazo, abortos, hemorragia anteparto, partos prematuros, mortinatos, muertes neonatales, hemorragia posparto/extracción manual de la placenta, parto prolongado o difícil.</li> </ul> | <p>medicamentos de prescripción como antiepilépticos y antidepresivos, exposición a toxinas ambientales como plomo; desnutrición, obesidad, lenta o rápida ganancia de peso durante el embarazo. Estas condiciones se asocian principalmente a trastornos neuro comportamentales y cognitivos en el feto y recién nacido. Asimismo, las alteraciones en el peso corporal se han asociado con mortinatos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condiciones previas al embarazo: enfermedades crónicas como hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar crónica, diabetes, epilepsia, enfermedad inmunológica activa y trastornos mentales (principalmente ansiedad y depresión). Enfermedades ginecológicas como miomas, sinequias uterinas, quistes ováricos, malformación uterina, cirugía ginecológica previa, infertilidad, historia de radio ablación con yodo en los últimos seis meses o tumor cerebral/carcinoma.</li> <li>• Infecciones: bacterianas, víricas, fúngicas o protozoarias activas, esto incluye serología positiva, infección de las vías urinarias. infecciones crónicas como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis infecciosa, tuberculosis pulmonar, entre otras.</li> <li>• Embarazos previos: paridad, historia de embarazo (s) anterior (es), número de partos quirúrgicos/cesáreas, antecedentes de preeclampsia, convulsiones, abortos, hemorragia anteparto, partos prematuros, mortinatos, muertes neonatales, hemorragia posparto/extracción manual de la placenta, parto prolongado o difícil.</li> <li>• Antecedentes familiares: abortos recurrentes, enfermedad de células falciformes.</li> </ul> <p>Factores relacionados al embarazo actual que pueden afectar al feto o la madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De la madre: anemia, desnutrición, obesidad, hemorragia ante parto, dificultad respiratoria, preeclampsia-eclampsia, diabetes o hipertensión gestacional, proteinuria, colestasis intrahepática del embarazo, embarazo múltiple, inmunización</li> </ul> |

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

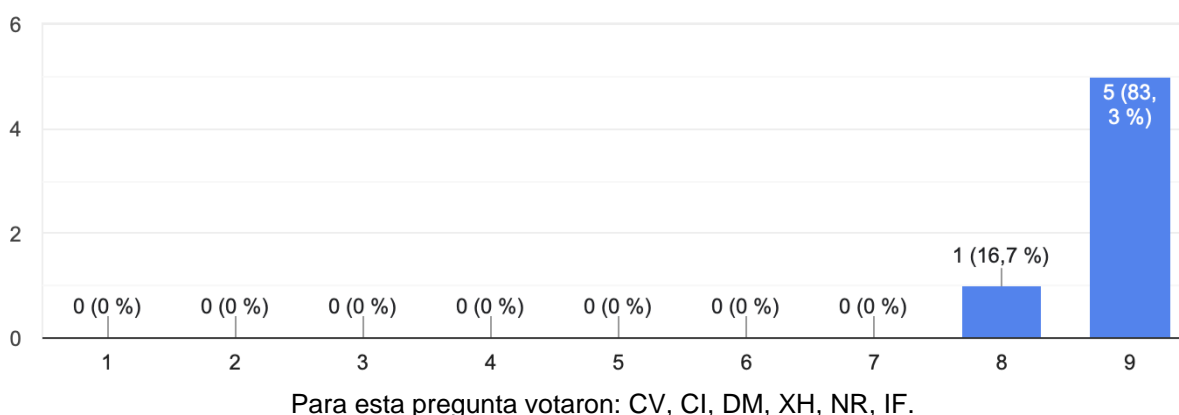
|   |  |                |          |   |
|---|--|----------------|----------|---|
|  <p><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p>   | <p>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br/>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br/>SISTEMA DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL</p>    |                |          |  |
|   | <p>IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL</p> |                |          |   |
|   | Código:  | SDS-PSS-LN-050 | Versión: |   |
| <p>Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz</p> |  |                |          |   |

| Lineamientos propuestos   | Lineamientos consensuados  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes familiares: abortos recurrentes, enfermedad de células falciformes.</li> </ul> <p>Factores relacionados al embarazo actual que pueden afectar al feto o la madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De la madre: anemia y palidez, hemorragia ante parto, falta de aire (disnea), preeclampsia-eclampsia, diabetes o hipertensión gestacional, albuminuria, colestasis intrahepática del embarazo, embarazo múltiple, inmunización antitetánica WR/VDRL, ruptura prematura de membranas, embarazo prolongado, riesgo de transmisión vertical de infecciones (toxoplasma, rubeola, CMV, VIH, sífilis, hepatitis B).</li> <li>• Del feto: isoinmunización al Rh, retraso del crecimiento intrauterino, feto pequeño para la edad gestacional, anomalía fetal (con o sin causa genética hereditaria), resultados de ecografía Doppler, arteria umbilical anormal, evidencia de flujos diastólicos ausentes o invertidos, oligohidramnios, polihidramnios, alteración de la circunferencia abdominal del feto.</li> <li>• En el momento de la concepción y el parto: concepción mediante técnicas de reproducción asistida (TRA), placenta mórbida adherida, placenta previa, presentación anormal (de nalgas o mala presentación), contracciones prematuras, parto prematuro, parto prolongado o difícil, horario de presentación del parto fuera del horario de trabajo médico diurno, recién nacido macrosómico o con bajo peso al nacer, muerte neonatal, hemorragia posparto/extracción manual de la placenta.</li> </ul> | <p>antitetánica, ruptura prematura de membranas, embarazo prolongado, riesgo de transmisión vertical de infecciones (toxoplasma, rubeola, citomegalovirus, VIH, sífilis, hepatitis B).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Del feto: isoinmunización Rh, retraso del crecimiento intrauterino, feto pequeño para la edad gestacional, anomalía fetal (con o sin causa genética hereditaria), hallazgos de ecografía Doppler, arteria umbilical anormal, evidencia de flujos diastólicos ausentes o invertidos, oligohidramnios, polihidramnios o alteración de la circunferencia abdominal del feto.</li> <li>• En el momento de la concepción y el parto: concepción mediante técnicas de reproducción asistida (TRA), placenta mórbida adherida, placenta previa, presentación anormal (podálico u otra presentación), contracciones prematuras, parto prematuro, parto prolongado o difícil, recién nacido macrosómico o con bajo peso al nacer, muerte neonatal, hemorragia posparto/extracción manual de la placenta.</li> </ul> |
| <p><b>Resultados de la votación:</b><br/> <b>Mediana (RIC): 9</b><br/> <b>N° votantes: 6</b></p>  |  |

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

Fueron todos aprobados por el panel de expertos. Dado que había algunas condiciones que afectaban al feto no relacionadas al embarazo, como durante el embarazo, se hicieron unos ajustes en el texto. Se retiró el factor de riesgo médico fuera de trabajo del turno diurno.



**Figura 3. Resultados de la votación de la pregunta 2.**



**Pregunta 3. ¿Cuáles son los mejores abordajes (incluyendo instrumentos, escalas o abordaje clínico) que se pueden utilizar para la valoración antenatal?**

| Lineamientos propuestos   | Lineamientos consensuados  |
|---|--|
| <p>El enfoque clínico basado en la identificación de los factores de riesgo descritos en la pregunta dos y la evaluación de las diferentes pruebas o procedimientos realizados en el control prenatal parece ser el mejor abordaje para la valoración antenatal, incluyendo ecografías prenatales y biomarcadores (en caso de ser necesario).</p> <p>Existen diferentes instrumentos basados en sistemas de puntuación para identificar desenlaces adversos en el feto o futuro recién nacido; sin embargo, la capacidad de estos instrumentos en la identificación de los desenlaces de interés es muy baja.</p> | <p>El enfoque clínico basado en la identificación de los factores de riesgo descritos antes y la evaluación de las diferentes pruebas o procedimientos realizados en el control prenatal parece ser el mejor abordaje para la valoración antenatal, incluyendo ecografías prenatales y biomarcadores (en caso de ser necesario).</p> <p>Existen diferentes instrumentos basados en sistemas de puntuación para identificar desenlaces adversos en el feto o futuro recién nacido; sin embargo, la capacidad de estos instrumentos en la identificación de los desenlaces de interés es muy baja.</p> |

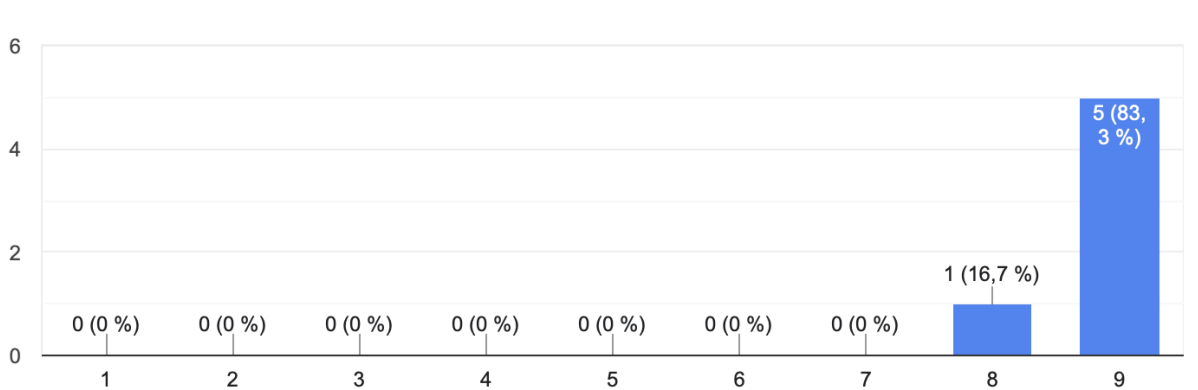
La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

| Lineamientos propuestos   | Lineamientos consensuados |
|---|---------------------------|
| <b>Resultados de la votación:</b><br><b>Mediana (RIC): 9</b><br><b>N° votantes: 6</b> |                           |

En este punto no hubo comentarios, los expertos estuvieron de acuerdo que son la clínica y los paraclínicos, de acuerdo con las condiciones específicas de la gestante y el feto (ecografía biomarcadores para detección de anomalías, entre otros) el pilar fundamental para determinar el abordaje.

**Figura 4. Resultados de la votación de la pregunta 3.**





Para esta pregunta votaron: CV, CI, DM, XH, NR, IF.

**Pregunta 4. Una vez identificados y clasificados los riesgos, ¿Cuáles son las recomendaciones para la gestión oportuna de estos por parte de los profesionales de la salud?**



| Lineamientos propuestos   | Lineamientos consensuados  |
|---|--|
| Si se identifica algún riesgo fetal durante las valoraciones prenatales, el pediatra o neonatólogo deberá apoyar la planeación del plan del parto y facilitar la articulación de los diferentes actores del sistema de salud de tal forma que la gestante y familia cuidadora | Si se identifica algún riesgo fetal durante las valoraciones prenatales, el pediatra o neonatólogo deberá apoyar la planeación del plan del parto y facilitar la articulación de los diferentes actores del sistema de salud de tal forma que el binomio madre-hijo, y la familia cuidadora puedan recibir la atención |

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|   |  |                |          |   |
|---|--|----------------|----------|---|
|  <p><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p>   | <p>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br/>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br/>SISTEMA DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL</p>    |                |          |  |
|   | <p>IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL</p> |                |          |   |
|   | Código:  | SDS-PSS-LN-050 | Versión: |   |
| <p>Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz</p> |  |                |          |   |

| Lineamientos propuestos  | Lineamientos consensuados   |
|--|---|
| <p>puedan recibir la atención integral, humanizada y adecuada para el riesgo identificado.</p> <p>Si este riesgo involucra la vida del feto y el o la gestante, se deberá canalizar a la gestante a una unidad materno fetal para su valoración por el obstetra y la definición de conducta.</p> <p>Si el feto o futuro recién nacido tiene riesgo de malformaciones graves y probabilidad de mortalidad temprana o de nacimiento por debajo del límite de viabilidad (menor a 24 semanas), se deberán contemplar estrategias de tratamiento que involucren la no reanimación, dar cuidados de sostenimiento y ofrecer estrategias de atención posparto de cuidado paliativo para el feto y su familia. En caso de fetos con malformaciones graves y probabilidad de mortalidad temprana se podrán ofrecer estrategias de interrupción voluntaria del embarazo de acuerdo con el contexto.</p> <p>En cualquier escenario, el pediatra o neonatólogo deberá brindar educación a los padres sobre lo que necesitará el recién nacido, educación en signos de alarma, las habilidades que deben adquirir los padres, informar sobre la lactancia materna, lo que suele ocurrir en un parto, dar consejos sobre estilos de vida saludables, resolver dudas y transmitir confianza a la familia cuidadora.</p> <p>Idealmente, el pediatra o neonatólogo que haga la valoración antenatal deberá pertenecer al mismo grupo que atenderá el parto y al recién nacido.</p> | <p>integral, humanizada y adecuada para el riesgo identificado.</p> <p>Si este riesgo involucra la vida del feto y el o la gestante, se deberá canalizar a una unidad materno fetal para su valoración por el obstetra y la definición de conducta.</p> <p>Si el feto o futuro recién nacido tiene riesgo de malformaciones graves, alta probabilidad de mortalidad temprana, de nacimiento por debajo del límite de viabilidad (menor a 24 semanas) o en edad gestacional en zona gris (entre 24 a 26 semanas), se deberán contemplar (una vez corroborado la alta probabilidad de mortalidad temprana) estrategias de tratamiento que involucren la no reanimación, dar cuidados de sostenimiento y ofrecer estrategias de atención posparto de cuidado paliativo y redireccionar el esfuerzo terapéutico y apoyo para el feto y su familia. En caso de fetos con malformaciones graves y probabilidad de mortalidad temprana se podrán ofrecer estrategias de interrupción voluntaria del embarazo de acuerdo con el contexto.</p> <p>En cualquier escenario, el pediatra o neonatólogo deberá brindar educación a los padres sobre lo que necesitará el recién nacido, educación en signos de alarma, las habilidades que deben adquirir los padres, informar sobre la lactancia materna, lo que suele ocurrir en el nacimiento, dar consejos sobre estilos de vida saludables, resolver dudas y transmitir confianza a la familia cuidadora.</p> <p>Idealmente, el pediatra o neonatólogo que haga la valoración antenatal deberá pertenecer al mismo grupo que atenderá el parto y al recién nacido. Si esto no es posible, debe existir una comunicación entre los diferentes grupos, de tal forma que pueda haber una articulación entre la valoración antenatal y la atención y manejo de los riesgos identificados en esta.</p> |
| <p><b>Resultados de la votación:</b><br/><b>Mediana (RIC): 9</b><br/><b>N° votantes: 6</b></p>   |   |

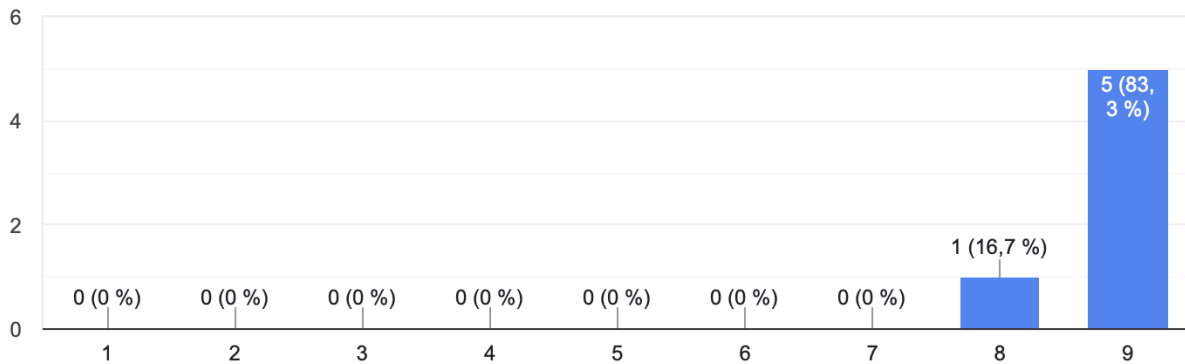
La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|  |   |                |          |   |   |
|--|---|----------------|----------|---|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |   |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1 |   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |   |

Los expertos discutieron la necesidad de identificar de forma más explícita las situaciones que se asociaban al límite de viabilidad y eran independientes de la edad gestacional. El límite de viabilidad se definió como la semana 24, en relación por lo determinado por las sociedades científicas en el país (Asociación Colombiana de Neonatología) y la edad gestacional en zona gris (entre 24 y 26 semana). Asimismo, se recomendó considerar mejorar la redacción en la parte de cuidados de fin de la vida y el redireccionamiento de esfuerzos terapéuticos y apoyo a la familia, en lugar de cuidados paliativos, que también se cubran cuidados respecto a las patologías en las cuales el recién nacido puede no tener mortalidad temprana en el hospital, sino ser dado de alta para fallecer en casa en los próximos días o semanas (por ejemplo, la trisomía 18).



También los expertos sugirieron enfatizar en la dificultad de articulación para que el seguimiento pre y posnatal sea por el mismo grupo de pediatras dado el funcionamiento del sistema de salud, a pesar de que esto es lo ideal.

**Figura 5. Resultados de la votación de la pregunta 3.**



Para esta pregunta votaron: CV, CI, DM, XH, NR, IF.





|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: |   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

## 7. BIBLIOGRAFÍA



1. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3384 de 2000 [Internet]. Bogotá D.C Colombia; 2000. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCIÓN\\_3384\\_de\\_2000.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCIÓN_3384_de_2000.pdf)
2. Presidente de la República de Colombia. Decreto 280 de 2015 [Internet]. Bogotá D.C Colombia; 2015. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66611>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 2016 [Internet]. Bogota D.C., Colombia; 2016. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018 [Internet]. Bogotá D.C Colombia; 2018. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución No. 3280 de 20183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 3280 de 20183280.pdf)
5. Presidente de la República de Colombia. Norma 39470 de 2017. Norma nacional para la atención integral a las mujeres en post parto [Internet]. Bogotá D.C Colombia; 2017. Available from: [https://oig.cepal.org/sites/default/files/2015\\_decreto39.470\\_cri.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/2015_decreto39.470_cri.pdf)
6. Gobierno de Colombia. Política nacional de infancia y adolescencia 2018-2030 [Internet]. 2018. Available from: [https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/politica\\_nacional\\_de\\_infancia\\_y\\_adolescencia\\_2018\\_-\\_2030.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/politica_nacional_de_infancia_y_adolescencia_2018_-_2030.pdf)
7. Gobierno de Colombia. Estrategia de Atención Integral a Niñas, Niños y Adolescentes con Énfasis en Prevención del Embarazo en la Adolescencia 2015 – 2025 [Internet]. Bogotá D.C Colombia; 2015. Available from: <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resumen-estrategia-prevencion-embarazo-adolescente.pdf>
8. El Congreso de Colombia. Ley 1980 de 26 de julio de 2019 - Por medio de la cual se crea el Programa de Tamizaje Neonatal en Colombia. 2019; Available from: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/30036695>
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 [Internet]. Bogotá D.C Colombia; 2022. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL             |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL<br>RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE<br>EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: |   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |



10. Cassidy PR. Estadísticas y tasas de la mortalidad intrauterina, neonatal y perinatal en España. Muerte y Duelo Perinatal. 2018.
11. Instituto Nacional de Salud Colombia. Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía.
12. ZTJ SBM. Aplicación del Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades para la Mortalidad Perinatal CIE-MP a partir de registros vitales para clasificar las muertes perinatales en Antioquia, Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol. 70(4).
13. Grupo de Vigilancia y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Instituto Nacional de Salud de Colombia, Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía Código 560.
14. UU O. Objetivos de desarrollo sostenible 2015-2030. Rev Obs Ginecol Venez. 76 (2:73–75).
15. Salud OM. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos.
16. GGDGGDORMÁVBEAAGMD MTLA. Determinantes biológicos de la mortalidad neonatal, en una población de mujeres adolescentes y adultas de un hospital de Colombia. Rvdo chile Obs ginecólogo.
17. Instituto Nacional de salud - SIVIGILA. Informe de evento mortalidad perinatal y neonatal tardía.
18. Instituto Nacional de Salud. Bol Epidemiológico Sem.
19. Colombia MS. Análisis de Situación en Salud (ASIS).
20. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal BES Semana 16- 22 mayo 2021.
21. SBM Z-TJJ. APLICACIÓN DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES PARA LA MORTALIDAD PERINATAL CIE-MP A PARTIR DE REGISTROS VITALES PARA CLASIFICAR LAS MUERTES PERINATALES EN ANTIOQUIA, COLOMBIA. Rev Colomb Obstet Ginecol.
22. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. Can Med Assoc J. 2010 Dec;182(18):E839 LP-E842.
23. Whiting P, Savović J, Higgins JPT, Caldwell DM, Reeves BC, Shea B, et al. ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. J Clin Epidemiol. 2016 Jan;69:225–34.
24. Higgins JPT, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. BMJ. 2011;343.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|   |  |                |          |   |
|---|--|----------------|----------|---|
|  <p><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b></p> <p>SECRETARÍA DE SALUD</p>  | <p>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br/>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br/>SISTEMA DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL</p>    |                |          |  |
|   | <p>IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL</p> |                |          |   |
|   | Código:  | SDS-PSS-LN-050 | Versión: | 1   |
| <p>Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz</p> |  |                |          |   |

25. Whiting P, Rutjes A, Westwood M, Mallett S, Deeks J, Reitsma J, et al. QUADAS-2: A Revised Tool for the Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies. *Ann Intern Med.* 2011;155(8):529–36.
26. Carrasquilla G, Pulido A, de la Hoz A, Alviar K, Velandia O, Guerrero R, et al. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá; 2014.
27. Carrasquilla G, Pulido A, De la Hoz A, Alviar K, Muñoz O, Guerrero R. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano Versión completa final. Bogotá,.
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía metodológica Adopción - Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia [Internet]. Bogotá D.C Colombia; 2017. Available from: [https://www.iets.org.co/Archivos/79/Guia\\_de\\_Adopcion\\_VF.pdf](https://www.iets.org.co/Archivos/79/Guia_de_Adopcion_VF.pdf)
29. Cristina A, Alvarez P. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. 2014;
30. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2063 de 2017, por medio de la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud. 2017.
31. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS. Manual de Participación y Deliberación. Bogotá D C. 2014;85.
32. Hunger T, Schnell-Inderst P, Sahakyan N. USING EXPERT OPINION IN HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT: A GUIDELINE REVIEW. *Int J Technol Assess Health Care.* 2021;32:131–9.
33. Mesa LE. Guía para el involucramiento de actores en las evaluaciones de tecnología en salud. Bogotá, Colombia: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud; 2020. p. 26.
34. Herrera CA, Lewin S, Paulsen E, Ciapponi A, Opiyo N, Pantoja T, et al. Governance arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017;(9). Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD011085.pub2>
35. The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. Methods of Early Prenatal Diagnosis The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care SBU Board of Directors and Scientific Advisory Committee Board of Directors. 2006.
36. Mai, Tiffany L; Aligne, Andrew; VanScott JL. A Visit to the Pediatrician as a Part of Comprehensive Prenatal Care ? b a b. Hoekelman Center-University Rochester Med Cent. 2021;
37. Correa-Jiménez O, Camacho-Lindo Á. Consulta pediátrica prenatal: objetivos y beneficios. *Rev*



La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: |   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

Ciencias Biomédicas. 2020;9(2):151–5.

38. Guimarães MF, Lovero KL, de Avelar JG, Pires LL, de Oliveira GRT, Cosme EM, et al. Review of the missed opportunities for the prevention of vertical transmission of HIV in Brazil. *Clinics*. 2019;74(9):1–10.
39. Yogman M, Lavin A, Cohen G. The prenatal visit. *Pediatrics*. 2018;142(1).
40. Penholati RR de M, Boroni JD, Carvalho EA de A. Pediatric prenatal consultation. *Rev Médica Minas Gerais*. 2014;24(2):246–52.
41. López-Candiani C. La consulta pediátrica prenatal -The prenatal pediatric visit. *Acta Pediatr Mex*. 2014;35:69–73.
42. Davis AS, Chock VY, Hintz SR. Fetal Centers and the Role of the Neonatologist in Complex Fetal Care. *Am J Perinatol*. 04.04.2014. 2014;31(07):549–56.
43. Werlein A, Goebert P, Maier RF. [Planning delivery in cases of congenital malformations from the neonatologist's point of view]. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2014 Feb;218(1):27–33.
44. Cunniff C, Hudgins L. Prenatal genetic screening and diagnosis for pediatricians. *Curr Opin Pediatr*. 2010;22(6).
45. Cunniff C, Genetics and C on. Prenatal Screening and Diagnosis for Pediatricians. *Pediatrics*. 2004 Sep;114(3):889–94.
46. Valenzuela F., Pablo and Ahumada G., Sandra and González A., Ana María and Quezada V., Carmen and Valenzuela P., Sergio and Sougarret S., Ana María and Martínez M. L. Asistencia a padres de embarazos con recién nacidos con problemas vitales. *Rev Chil Obstet y Ginecol*. 2003;68(3):214–20.
47. Pallepogula DR, Bethou A, Ballambatu VB, Dorairajan G, Saya GK, Kamalakannan S, et al. A Systematic Review of Antenatal Risk Scoring Systems in India to Predict Adverse Neonatal Outcomes. *J Obstet Gynaecol India*. 2022 Jun;72(3):181–91.
48. Di Mario S, Say L, Lincetto O. Risk factors for stillbirth in developing countries: A systematic review of the literature. *Sex Transm Dis*. 2007;34(7 SUPPL.).
49. Pérez Valdés, Deborah; Castro Pérez, Isaura González Salvat, Rosa María; Riverón Cobo, Ana María and Fernández Gómez J. Factores de riesgos fetales en la restricción del crecimiento intrauterino en gestantes Maternal. *Rev Cuba Obstet y Ginecol*. 2016;41(4):0–0.
50. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Board on Children, Youth, and Families; Committee on Fostering Healthy Mental, Emotional and BDAC and Y. Fostering Healthy Mental, Emotional, and

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

|  |   |                |          |   |
|--|---|----------------|----------|---|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD   | PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL       |                |          |  |
|  | IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ANTENATAL DEL RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE EVENTOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL |                |          |   |
|  | Código:   | SDS-PSS-LN-050 | Versión: |   |
| Elaborado por: Grupo Desarrollador del IETS - Contrato 2929704-2021 / Revisado por: Beatriz Helena Guerrero Africani, Cecilia Girón Bolívar, Ricardo Duran Arango / Aprobado por: Fernando Peña Díaz |   |                |          |   |

Behavioral Development in Children and Youth: A National Agenda. Primera ed. Washington, D.C.: THE NATIONAL ACADEMIES PRESS; 2019. 390 p.

51. Micheli J-L, Gerber S, Roth-Kleiner M. [Perinatology for the pediatrician]. Rev Med Suisse. 2006 Oct;2(83):2356-2357,2359-2364.
52. Friedman Peahl A, Heisler M, Essenmacher LK, Dalton VK, Chopra V, Admon LK, et al. A comparison of international prenatal care guidelines for low-risk women to inform high-value care. Am J Obstet Gynecol. 2020;222(5):505–7.

## 8. CONTROL DE CAMBIOS

| VERSIÓN | FECHA DE APROBACIÓN | RAZÓN DE ACTUALIZACIÓN   |
|---------|---------------------|--|
| 1       | 24/02/2023          | Desarrollar una herramienta que permita guiar la toma de decisiones relacionada con la valoración antenatal del riesgo para el feto y el futuro recién nacido, permitiendo la identificación, gestión e intervención oportuna del mismo. |