

# **Manual para la Capacitación en Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales a Personal de Servicios Ambulatorios**

---

[Proyecto MSH/ULAT Honduras Componente de Planificación Familiar]

[Septiembre 2012]

Palabras Clave:

[Cuidados Obstétricos; Neonatal; Esencial; Personal; Descentralización; Capacitación; Signos de Peligro; Recién Nacido; Servicios Ambulatorios; Facilitador; Atención; Preconcepción; Lactancia; Materna; Taller; Dispositiva; Intervenciones.]

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development, under the terms of [The United States Agency for International Development (USAID) under the USAID/Honduras] Number [AID-522-C-11-000001]. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

---

Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud  
Management Sciences for Health  
Tegucigalpa M.D.C.  
Honduras C.A.  
Telephone: (504) 2235-5919  
[www.msh.org](http://www.msh.org)



**SECRETARIA DE SALUD  
SUBSECRETARIA DE RIESGOS POBLACIONALES  
SUBSECRETARIA DE REDES DE SERVICIOS  
DEPARTAMENTO DE ATENCION INTEGRAL A LA FAMILIA**

**MANUAL PARA LA CAPACITACION EN CONE A  
PERSONAL DE SERVICIOS AMBULATORIOS**

**TEGUCIGALPA M. D. C.**



*"La elaboración de este documento ha sido posible gracias al generoso apoyo del Pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido del mismo es responsabilidad de la "Secretaría de Salud de Honduras" y no necesariamente refleja el punto de vista de la USAID o del Gobierno de los Estados Unidos".*



Oficio No. 280 - DSIF- 2012.

03 de Septiembre, 2012.

Doctor  
**JUAN DE DIOS PAREDES**  
Director ULAT  
Su oficina

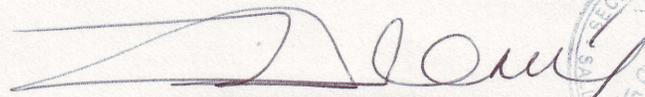
**Estimado Doctor Paredes:**

Reciba un atento y cordial saludo deseándole los mejores éxitos en tan delicadas funciones.

Aprovecho la ocasión para informarle que como resultado de las actividades realizadas por el equipo de trabajo del Departamento de Atención Integral a la Familia con la asistencia técnica de los consultores de ULAT MSH, **se ha logrado concluir con el diseño del proceso para la capacitación en CONE ambulatorio**, por lo que **esta Jefatura da por concluido y aceptados satisfactoriamente los productos** siguientes:

- **Lineamientos para la Capacitación en CONE Ambulatorio, documento impreso con financiamiento del plan de trabajo de RAMNI con USAID**
- **Manual para la capacitación en CONE ambulatorio, documento reproducido por ULAT/MSH**
- **CD conteniendo todas las presentaciones necesarias para el desarrollo del taller para la capacitación en CONE Ambulatorio, instrumento reproducido por ULAT.**

Atentamente,

  
**DR. IVO FLORES FLORES**  
Jefe Depto. Salud Integral a la Familia



- ☞ :Lic. Mirian Yolanda Paz, Subsecretaria de Riesgos Poblacionales
- ☞ : Lic. Rosa Marlen Flores, Jefa (i) Programa de Atención Integral a la Mujer
- ☞ : Dr. José C. Ochoa, Asesor -ULAT
- ☞ : Arch/SF.

## CONTENIDO

I.	INTRODUCCION .....	3
II.	OBJETIVO .....	3
III.	PROCESO METODOLÓGICO .....	3
IV.	PARTICIPANTES .....	4
V.	CONTENIDOS .....	4
	GENERALIDADES .....	5
	CONTENIDOS OBSTÉTRICOS .....	5
	CONTENIDOS NEONATALES .....	5
	IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE RIESGO Y CONDICIÓN PARA REFERENCIA .....	5
VI.	MATERIALES .....	6
VII.	AGENDA DEL TALLER .....	6
VIII.	AYUDAS TECNICAS PARA EL DESARROLLO DE LOS TALLERES .....	8
	Introducción, Objetivo y Metodología del Proceso .....	8
	Situación Actual: Problemática e Intervenciones .....	10
	La Estrategia CONE .....	14
	Normas Generales .....	19
	Atencion Preconcepcional .....	22
	Atencion Prenatal .....	32
	Manejo Inicial de Complicaciones Puerperales y Referencia Oportuna .....	46
	Examen Físico del Recién Nacido .....	51
	Signos de Alarma del Recién Nacido .....	60
	Lactancia Materna .....	65

## I. INTRODUCCION

La Secretaría de Salud en su afán permanente por reducir la mortalidad materna e infantil ha desarrollado varias estrategias y procesos, entre ellos, la “Estrategia Nacional para los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales” (CONE), como una de las 19 intervenciones de RAMNI, cuyo objetivo primordial es incrementar el acceso de la población a los servicios CONE y mejorar la calidad de los mismos. El primer componente de este objetivo se impulsa a través de la extensión de cobertura, y principalmente con servicios descentralizados y de la estrategia de trabajo con individuos familias y comunidades (IFC). El segundo componente se desarrolla a través de la capacitación clínica del personal de los servicios de salud con internamiento y de las unidades ambulatorias. La capacitación del personal de los hospitales y CMI está enfocada en la atención institucional del parto y del recién nacido y se realiza en los Centros de Capacitación en CONE; para las unidades ambulatorias se desarrollan talleres de concentración dirigidos a la atención Preconcepcional, prenatal, puerperio, examen físico del recién nacido, detección de signos de peligro, consejería para lactancia materna, manejo inicial de complicaciones y referencia oportuna. La capacitación en CONE ambulatorio, es realizada por facilitadores regionales y de redes de servicio que a su vez son capacitados por el equipo de facilitadores nacionales.

## II. OBJETIVO

Reforzar los conocimientos, habilidades y destrezas del personal de los servicios ambulatorios para la aplicación de las Normas Materno Neonatales, con énfasis en los cambios contenidos en las Normas actualizadas en 2010.

## III. PROCESO METODOLÓGICO

El proceso se desarrolla cubriendo las siguientes etapas:

- Actualización y/o diseño de las herramientas para la capacitación
- Estandarización del equipo facilitador nacional
- Actualización de los facilitadores regionales y de redes
- Capacitación del personal operativo

A continuación se describen cada una de las etapas:

**Actualización y/o diseño de las herramientas para la capacitación:** El personal técnico del DAIF, del Programa de Atención Integral a la Mujer y el Programa de Atención Integral a la Niñez, con asistencia técnica de ULAT/MSH revisan y actualizan el manual, las presentaciones, los casos clínicos y los guiones de los socio dramas en base a las herramientas utilizadas anteriormente y a los contenidos de las normas actualizadas.

**Estandarización del equipo facilitador nacional:** Este proceso se realiza paralelamente a la actualización de las herramientas que se utilizaran en la capacitación y finaliza con la realización de un taller en el que se llega a consenso y acuerdos finales sobre todo el proceso de capacitación.

**Actualización de los facilitadores regionales y de redes:** Se realiza a través de talleres por concentración, desarrollados por miembros del equipo facilitador nacional al personal de Regiones Departamentales y de Redes de Servicios responsable de transferir los conocimientos y habilidades al personal operativo.

**Capacitación del personal operativo:** Se desarrollan a través de talleres por concentración dirigidos a personal de CESAR, CESAMO Y Consulta Externa de Hospitales y Clínicas Materno Infantil que brindan atención a embarazadas, puérperas y recién nacidos.

Los contenidos de los talleres de las últimas dos etapas, son desarrollados utilizando las metodologías siguientes:

- Conferencias dialogadas
- Exposiciones con ayudas audio visuales
- Trabajos de grupo
- Estudios de Casos
- Socio dramas

Estas opciones son seleccionadas de acuerdo al tema y se consignan en la agenda genérica diseñada para ese fin.

#### **IV. PARTICIPANTES**

Todo personal (Médico, Enfermera o Auxiliar de Enfermería) de Servicios Ambulatorios (CESAR, CESAMO o Consulta externa de hospitales y Clínicas Materno Infantil) que brinda atención directa en los siguientes casos:

- Atención Preconcepcional
- Atención Prenatal
- Atención Puerperal
- Atención a recién nacidos(as) que demandan los servicios ambulatorios.

#### **V. CONTENIDOS**

El taller en términos generales está organizado en los siguientes bloques:

1. Generalidades
2. Contenidos obstétricos
3. Contenidos neonatales
4. Identificación de signos de riesgo y condición para referencia.

## GENERALIDADES

*Brinda información nacional y regional sobre la situación de mortalidad materna e infantil.*

- **SITUACIÓN ACTUAL DE LA MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL**  
*Incluye información nacional y local sobre mortalidad materna e infantil y sus principales características.*
- **POLÍTICA NACIONAL RAMNI**  
*Se trata de reforzar el conocimiento del personal sobre la Política Nacional RAMNI y sus intervenciones, haciendo énfasis en la descripción de la estrategia CONE*
- **INTRODUCCIÓN GENERAL A LAS NORMAS**  
*Aquellas nuevas disposiciones generales relacionadas con el acceso y la calidad de la atención materna y neonatal.*

## CONTENIDOS OBSTÉTRICOS

*Incluye los principales temas relacionados a la atención de la mujer en las etapas de su vida reproductiva.*

- **NORMAS DE ATENCION PRECONCEPCIONAL**  
*Es un capítulo nuevo que busca que la mujer y su pareja se preparen para tener mejores condiciones de salud antes de buscar un embarazo.*
- **ATENCIÓN PRENATAL**  
*Con el desarrollo de este capítulo se pretende mejorar la calidad de atención durante la atención prenatal, haciendo énfasis en la realización de exámenes, detección y tratamiento oportuno de infecciones durante el embarazo, vigilancia de la ganancia adecuada de peso e índice de masa corporal (IMC) y del crecimiento de la altura de fondo uterino.*

## CONTENIDOS NEONATALES

*Incluye los principales contenidos nuevos de las normas de atención neonatal que contribuyen a mejorar la calidad de atención y a identificar tempranamente las complicaciones para propiciar el manejo oportuno.*

- **ATENCION AL RECIEN NACIDO**  
*Para mejorar la calidad de atención al recién nacido se desarrollarán los temas: Examen físico, signos de peligro, lactancia materna, manejo de la ictericia del recién nacido, manejo de recién nacido bajo peso y problemas alimentación y referencia oportuna.*

## IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE RIESGO Y CONDICIÓN PARA REFERENCIA.

*Desarrollado para mejorar la capacidad de los proveedores de servicio para el reconocimiento de los signos y síntomas de las embarazadas, púerperas y recién nacidos que ameriten referencia a un nivel superior en las mejores condiciones posibles proporcionándosele el manejo inicial.*

## VI. MATERIALES

Presentaciones en power point

Ejemplares de las Normas

Copias de los instrumentos:

- Historia Clínica Perinatal Base
- Carné Perinatal
- Historia Clínica del Recién Nacido

Video de examen físico del Recién nacido

Casos Clínicos

Guiones de Socio dramas

## VII. AGENDA DEL TALLER

### SECRETARIA DE SALUD

Departamento de Salud Integral a la Familia

Programa Atención Integral a la Mujer

Programa Atención Integral a la Niñez

### Agenda del taller de CONE Ambulatorio

PRIMER DIA			
HORA/DIA	TEMA	METODOLOGIA	RESPONSABLE
08:00 -09:00	Introducción, Objetivos y Metodología	Exposición	
09:00-09:45	Situación Actual de la Mortalidad Materna e Infantil	Exposición preguntas y respuestas	
09:45 -10:00	<b>RECESO</b>		
10:00-11:00	Política Nacional RAMNI	Exposición preguntas y respuestas	
11:00 -11:30	Introducción General a las normas	Exposición preguntas y respuestas	
11:30 – 13:00	<b>ALMUERZO</b>		
13:00 - 15:00	Normas de Atención Preconcepcional	Exposición introductoria, Trabajo de grupo: socio drama comentado	
15:00 - 15:15	<b>RECESO</b>		
15:15 -16:00	Evaluación de la tendencia de AFU y de la ganancia de peso (IMC)	Exposición introductoria Trabajo de grupo: Demostración y práctica, Casos clínicos	
16:00 – 16:30	Evaluación del día		

SEGUNDO DIA			
HORA/DIA	TEMA	METODOLOGIA	RESPONSABLE
08:00 -10:15	Normas de Atención Prenatal	Exposición introductoria (30 min) Trabajo en grupos: casos clínicos (60 min), discusión plenaria (45 min)	
10:15 -10:30	<b>RECESO</b>		
10:30- 12:00	Plan de parto (Diseño, implementación y vínculo con IFC)	Exposición introductoria Trabajo de grupo Socio drama	
12:00 – 13:00	<b>ALMUERZO</b>		
13:00 - 15:00	Manejo inicial de complicaciones puerperales (Hemorragia, Hipertensión y sepsis) y referencia oportuna	Exposición introductoria, casos clínicos. Plenaria	
15:00 – 15:15	<b>RECESO</b>		
15:15 – 17:00	Atención del recién nacido Examen físico del recién nacido	Exposición introductoria Presentación de video, demostración y práctica	

TERCER DIA			
HORA/DIA	TEMA	METODOLOGIA	RESPONSABLE
8:00 – 8:30	Evaluación del día anterior	Plenaria	
8:30 - 9:45	Signos de peligro en el Recién nacido	• Exposición introductoria, trabajo de Grupo: Juegos de roles	
9:45 – 10:00	<b>RECESO</b>		
10:00 - 11:30	Manejo de la Ictericia del RN	Exposición introductoria, Casos clínicos y discusión grupal.	
11:30 - 12:30	Manejo de RN bajo peso y problemas alimentación	Exposición Introductoria, casos clínicos	
12:30 - 13:30	<b>ALMUERZO</b>		
13:30 - 14:30	Lactancia materna : exclusividad, técnicas de agarre, complicaciones mamarias	• Exposición demostrativa, discusión grupal.	
14:30 – 15:30	Manejo de situaciones especiales en R N: Prematurez, Estrategia ABR,	Exposición introductoria, demostración y práctica	
15:30 – 15:45			
15:45 – 16:45	Manejo de situaciones especiales en la madre HPP, HTA.	Exposición introductoria, demostración y práctica	
16: 45 – 17:00	Evaluación del día y Cierre del taller		

## VIII. AYUDAS TÉCNICAS PARA EL DESARROLLO DE LOS TALLERES

### PRIMERA SESION

#### Introducción, Objetivo y Metodología del Proceso

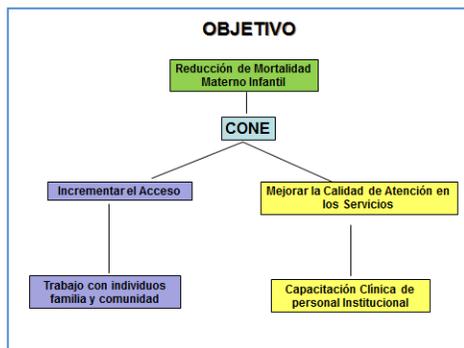
##### DIAPOSITIVA 1



Explicar que a partir del 12 de mayo de 2008 la Secretaría de Salud lanzó oficialmente la Política Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI) cuyo objetivo principal es el de armonizar y alinear las estrategias y financiamientos de cualquier fuente orientados a la atención en salud Materna y neonatal.

Esta política contiene tres ejes transversales: Reforma del Sector Salud, Enfoque Sectorial, Promoción de la salud y 19 estrategias, una de las cuales es la **ESTRATEGIA NACIONAL PARA LOS CUIDADOS OBSTETRICOS Y NEONATALES ESENCIALES (CONE)**, cuyo objetivo es aumentar el acceso a servicios de salud y mejorar la calidad de atención, este segundo componente del objetivo se logrará a través de la capacitación clínica, proceso en el cual se inscribe la actividad que hoy iniciamos.

##### DIAPOSITIVA 2



La Secretaría de Salud en su afán permanente por reducir la mortalidad materna e infantil ha desarrollado varias estrategias y procesos entre ellos la “Estrategia Nacional para los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales” (CONE), cuyo objetivo primordial es el de incrementar el acceso de la población a los servicios CONE y mejorar la calidad de los mismos.

El primer componente de este objetivo se impulsa a través de la extensión de cobertura, principalmente con servicios descentralizados y de la estrategia de trabajo con individuos familias y comunidades (IFC) y el segundo componente se desarrolla a través de la capacitación clínica.

##### DIAPOSITIVA 3



El objetivo de este programa es capacitar al personal de los servicios ambulatorios en la aplicación de las Normas Materno Neonatales revisadas en agosto del 2010, con énfasis en los cambios respecto a las normas anteriores.

#### DIAPOSITIVA 4



**METODOLOGIA**

- Conferencias dialogadas
- Exposiciones con ayudas audio visuales
- Trabajos de grupo
- Estudios de Casos
- Dramatizaciones

Estos talleres son por concentración de personal, los cuales se desarrollan utilizando:

- Conferencias dialogadas
- Exposiciones con ayudas audio visuales
- Trabajos de grupo
- Estudios de Casos
- Dramatizaciones

Estas opciones se seleccionaron de acuerdo al tema.

#### DIAPOSITIVA 5



**PARTICIPANTES**

Todo personal que brinda atención directa en:

- Atención Preconcepcional
- Atención Prenatal
- Atención Puerperal
- Atención recién nacidos (desde el nacimiento hasta los 28 días de vida) que demandan los servicios ambulatorios

Todo personal (Médico, Enfermera o Auxiliar de Enfermería) de Servicios Ambulatorios (CESAR, CESAMO o Consulta externa de hospitales y Clínicas Materno Infantil) que brinda atención directa en los siguientes casos:

Atención Preconcepcional

Atención Prenatal

Atención Puerperal

Atención a niños(as) menores de 30 días que demandan los servicios ambulatorios

#### DIAPOSITIVA 6



**CONTENIDO**

- Situación actual de la mortalidad materna y neonatal a nivel nacional y departamental
- Contextualizar la aplicación de las normas en los procesos nacionales
- Normas Materno Neonatales con énfasis en los temas que sufrieron cambios con respecto a las normas vigentes hasta 2005 y aquellos que no se aplican bien

Explicar que la capacitación busca que el personal de los servicios de salud adquiera conciencia sobre la situación actual de la mortalidad materna y neonatal a nivel nacional y departamental para que comprenda que nuestro trabajo está orientado a mejorar esa problemática.

Se discutirán y actualizarán conocimientos técnicos contenidos en las normas con énfasis en los temas nuevos y los que sufrieron cambios con respecto a las normas; principalmente en:

- Atención prenatal
- Atención puerperal
- Atención del recién nacido

## SEGUNDA SESION

### SITUACION ACTUAL: Problemática e Intervenciones

#### DIAPOSITIVA 1



Aprovechar esta lamina para exponer que si bien las tasas de mortalidad materna e infantil muestran una tendencia descendente, con el ritmo actual de descenso no se lograran las metas y objetivos comprometidos tanto a nivel internacional como nacional por lo que es necesario intensificar acciones que aceleren el proceso.

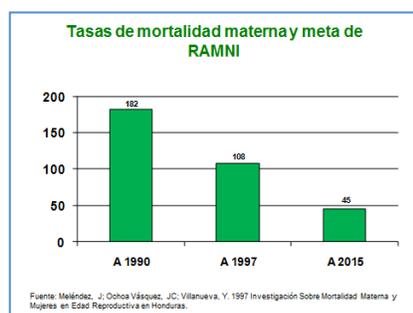
#### DIAPOSITIVAS 2,3

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)	Metas de RAMNI al 2015
<p><b>Objetivo 4</b> Reducir en dos terceras partes entre el 1990 y 2015 la mortalidad de los niños menores de cinco años.</p> <p><b>Objetivo 5</b> Reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mortalidad materna:</b> 45 muertes por 100 mil NV (60 por 100 mil NV al 2010) como promedio nacional.</li> <li>• <b>Mortalidad infantil:</b> 15 por mil NV (18 por mil al 2010) como promedio nacional</li> <li>• <b>Mortalidad neonatal:</b> 7 por mil NV (11 por mil al 2010) como promedio nacional</li> </ul>

En estas dos diapositivas se exponen las metas objetivos del milenio y las metas de la ERP y de

#### RAMNI

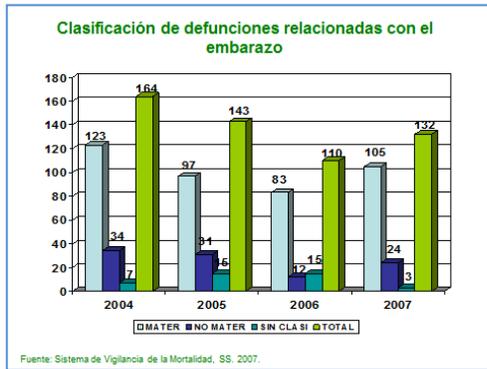
#### DIAPOSITIVA 4



Honduras cuenta con una de las más altas tasas de mortalidad de América Latina y por esa razón la Secretaria de Salud la ha definido como un problema prioritario a resolver en los próximos años.

- De manera general se conoce que por cada 100 mil nacimientos en 1990, 182 terminaron en muerte de la madre.
- Mientras que en 1997 la cifra correspondiente fue de 108 por 100 mil nacidos vivos.

DIAPOSITIVA 5

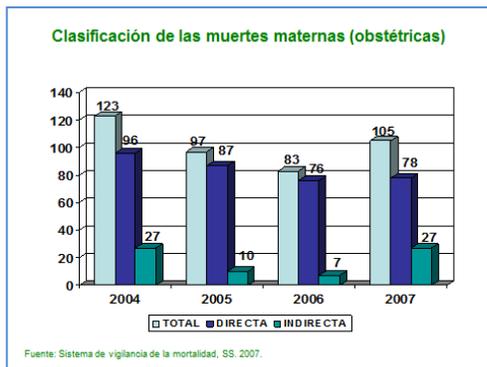


A partir del año 2000, pero con mayor énfasis a partir de 2004 la información sobre mortalidad materna y de mujeres en edad fértil, se obtiene a través del sistema de vigilancia de mortalidad el cual nos permite caracterizar epidemiológicamente este evento.

En esta diapositiva se muestran todos los casos reportados de muertes maternas.

Las defunciones relacionadas con el embarazo (muerte de una mujer mientras este embarazada o dentro de los 42 días subsiguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la muerte), ha ido aumentando en últimos años en el 2006 tuvo un aumento del 23 % en comparación al 2005 y en el 2007 del 20 % en comparación con el 2006, probablemente por situaciones de registro del dato y no por una realidad epidemiológica.

DIAPOSITIVA 6

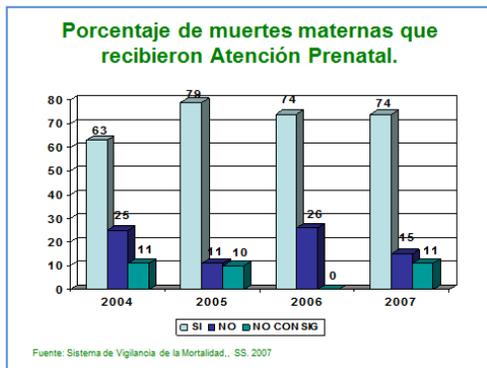


Los datos se explican por si solos.

Las muertes obstétricas directas son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originadas en cualquiera de las circunstancias mencionadas, ejemplo hemorragia o preeclampsia.

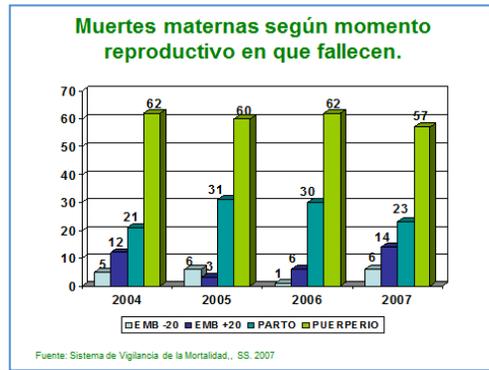
Las muertes obstetricias indirectas son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que complica al embarazo o se complica con él, por ejemplo diabetes

DIAPOSITIVA 7



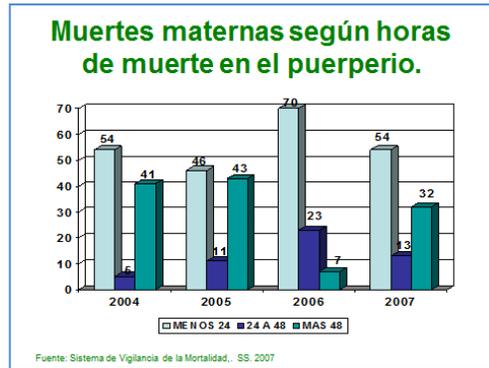
Lo más importante a destacar en esta lámina es que la mayoría de las mujeres que sufrieron una muerte materna tuvieron contacto con los servicios de salud, 74 % en los dos últimos años tuvieron control prenatal lo que nos obliga a reflexionar sobre la calidad con que se brinda el mismo.

DIAPOSITIVA 8



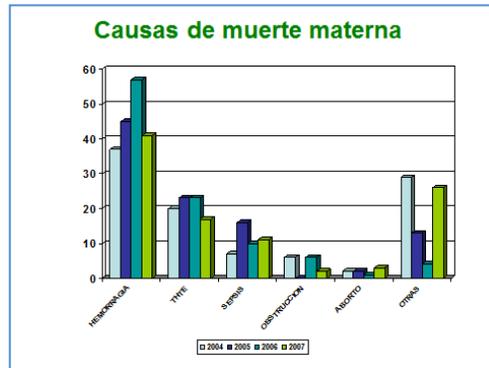
Destacar que la mayoría de las muertes maternas ocurren en el momento del parto y en el puerperio inmediato, relacionado con la atención del parto, por lo que es fundamental mejorar la calidad de atención en este período.

DIAPOSITIVA 9



Si bien en el puerperio alrededor del 55 % de los casos ocurren en las primeras 24 horas, un 32 % aproximadamente ocurren entre 24 y 48 horas, por lo que es importante garantizar la atención puerperal lo más tempranamente posible, así como también garantizar el seguimiento a nivel comunitario

DIAPOSITIVA 10

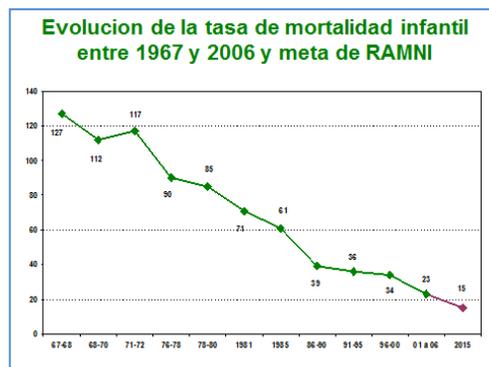


La hemorragia ante parto, en el parto y post parto continúa siendo la principal causa de muerte a nivel nacional.

Las causas de muerte materna están relacionadas a la falta de calidad en la atención del parto.

Muchas de estas muertes son prevenibles si se atendiera el parto en establecimientos de salud con equipamiento adecuado y personal de salud calificado, por lo que es trascendental hacer énfasis en la promoción del parto institucional

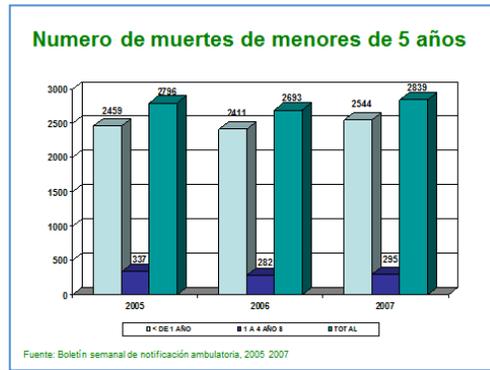
DIAPOSITIVA 11



Honduras mantiene información oficial sobre las tasas de mortalidad infantil desde el censo de 1988 y el dato más actualizado fue obtenido a través de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) y corresponde al año 2005 – 2006

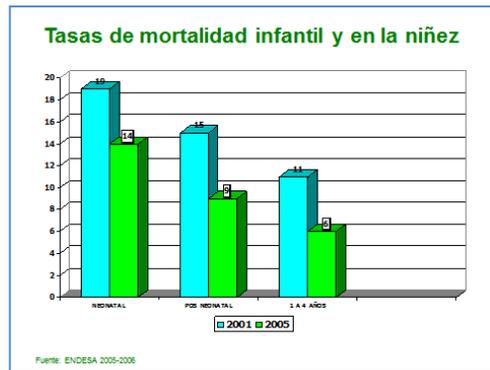
El valor de la tasa es bajo, sin embargo, como sabemos entre más bajo es el valor de la tasa es más complicado seguir rebajándola, por lo que necesitamos seguir intensificando todas las acciones que sean necesarias.

**DIAPOSITIVA 12**



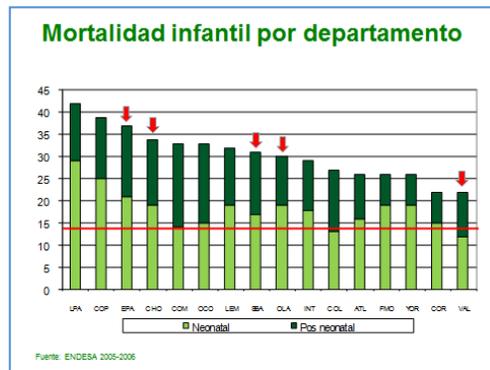
Destaque que la gran mayoría de niños que se mueren en Honduras lo hacen antes de cumplir el primer año.

**DIAPOSITIVA 13**



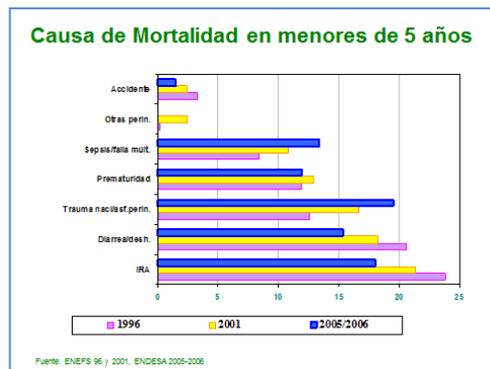
Destacar que la mortalidad neonatal es la más alta e importante independientemente de la fuente de información y del método de medición

**DIAPOSITIVA 14**



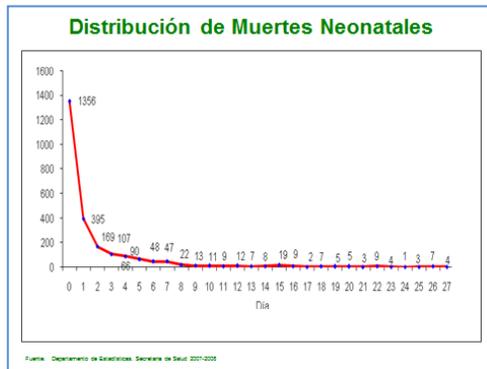
Destacar que independientemente del departamento el componente neonatal es el más importante.

**DIAPOSITIVA 15**



Destacar que las causas perinatales: asfixia, prematuridad y sepsis han ido desplazando a las IRAs y deshidratación como principales causas de muerte infantil. Actualmente 46%.

DIAPOSITIVA 16

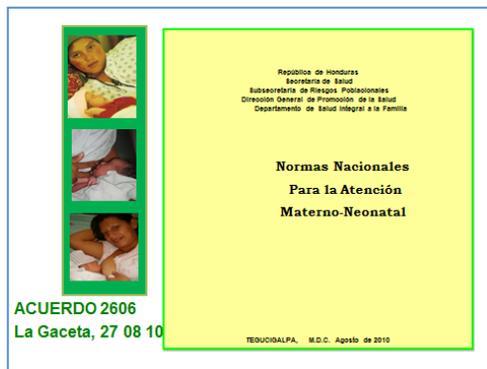


La mayoría de las muertes neonatales se dan en las primeras horas de vida, siendo el periodo crítico hasta el día 3 de vida, asociado esto a la asfixia, prematuridad y sepsis, como principales causas de muerte en los recién nacidos.

TERCERA SESION

La Estrategia CONE

DIAPOSITIVA 1



Explicar que la Estrategia Nacional CONE y que tiene su respaldo legal en el Acuerdo Ministerial No. 2606 publicado en la Gaceta el 27 de agosto 2010. Sus contenidos ya se encuentran en aplicación y uno de ellos es la presente actividad.

DIAPOSITIVA 2



Es una de las 19 intervenciones incluidas en la política de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI)

DIAPOSITIVA 3



El objetivo de la estrategia es reducir la mortalidad materna y neonatal asegurando acceso a los CONE de calidad a todas las madres y recién nacidos en las poblaciones de enfoque, independientemente de su nivel de riesgo.

DIAPOSITIVA 4

**MODELO DE LAS TRES DEMORAS**

- **La primera demora:** tomar la decisión de buscar ayuda
- **La segunda demora:** llegar a la unidad de salud para recibir tratamiento
- **La tercera:** demora en recibir el tratamiento adecuado en los servicios de salud

Explicar que un análisis fundamental para la reducción de la mortalidad materna y perinatal lo constituye el modelo de las tres demoras

DIAPOSITIVA 5

**La primera demora: tomar la decisión de buscar ayuda**

- Es el primer paso para recibir CONE
- Que alguien conozca la complicación y saber a donde acudir
- Factores culturales
- La distancia a la instalación de salud
- Transporte, Traslado
- Financiamiento
- Reputación de la institución

Vincular esta demora con el plan de parto.

La decisión de buscar ayuda es el primer paso para que una mujer con una complicación reciba CONE

Esta decisión puede estar influenciada por muchos factores sociales, culturales, económicos y de acceso, tanto geográfico como por limitantes en los servicios.

En el documento de la Estrategia se describen ampliamente.

DIAPOSITIVA 6

**La segunda demora: llegar a la unidad de salud para recibir tratamiento**

- **Llegar a la unidad donde hay disponible CONE**
- **Accesibilidad**
- **Disponibilidad, eficiencia y costo de transporte, Condiciones de Traslado**
- **Conocimiento y capacitación en CONE del personal de la institución**

Una vez tomada la decisión de buscar ayuda, la mujer debe llegar a la unidad donde están disponibles los CONE

La accesibilidad es una función de distancia a la instalación de salud, la disponibilidad y eficiencia de transporte y el costo.

La accesibilidad también se ve afectada por la calidad de los servicios ofrecidos en varios niveles del sistema de salud y el rechazo.

**DIAPOSITIVA 7**

**La tercera: demora en recibir el tratamiento adecuado en los servicios de salud**

- Calidad de CONE
- Disponibilidad de medicamentos y suministros
- Actitud del personal
- Calidad clínica de la atención
- Oportunidad

Muchas mujeres mueren en los hospitales habiendo sobrepasado las barreras de la primera y segunda demora.

La calidad de los CONE depende de factores como el personal capacitado, disponibilidad de medicamentos y la actitud del personal para abordar el problema.

Sin embargo una unidad puede tener todo su personal y suministros requeridos y aun así brindar un mal servicio.

El otro aspecto de la tercera demora es la oportunidad, el tiempo que pasa entre que la usuaria llega al servicio y es atendida.

**DIAPOSITIVA 8**

**CUIDADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES ESENCIALES**

**AMBUL**

- Atención Prenatal de acuerdo a Normas
- Atención básica de Recién Nacido
- Atención del Puerperio durante los primeros diez días
- Detección temprana de complicaciones y referencia

**BÁSICOS**

- Manejo de embarazos con patologías Menores (Infección Urinaria, anemia,)
- Monitorear la labor del parto usando el partograma
- Atención de parto y puerperio inmediato (24 hrs)
- Manejo de Emergencias Obstétricas no quirúrgicas (hemorragia pos parto, desgarros)
- Inicio del tratamiento médico de las complicaciones obstétricas (Hemorragia, sepsis, eclampsia)
- Procedimientos manuales (remoción de placenta, reparo de episiotomías)
- Atención neonatal básica incluyendo manejo inicial de las complicaciones
- Referencia Adecuada

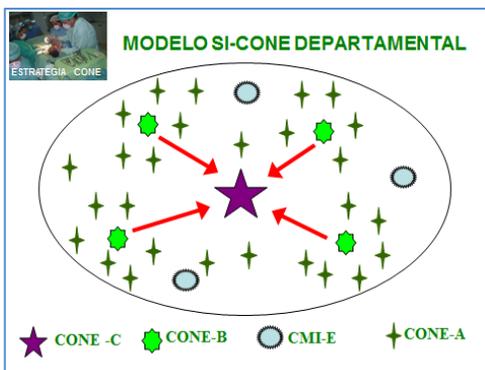
**Completos**

- Anestesia
- Cesárea
- Sangre de calidad disponible
- Manejo de Complicaciones del Recién nacido (asfixia, prematuraz, sepsis)

Los Servicios para Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales se clasifican así:

- CONE Ambulatorios: todos los servicios de consulta externa dónde se atienden embarazadas y recién nacidos
- CONE- CMI-E: clínica materno Infantil y de Emergencia en dónde se atienden partos por auxiliar de enfermería o médico
- CONE Básico: siempre se atienden partos por médico general capacitado en CONE
- CONE Completo: se atienden partos y recién nacidos por especialistas

**DIAPOSITIVA 9**



El Modelo de Sistema Integrado CONE contempla que en cada Región Departamental de Salud debe existir un CONE-C, de dos a cuatro CONE B, las CMI-E que sean posibles y todos los CONE-A que sean posibles.

Todos ellos deben funcionar con sistema efectiva de referencia y aplicar las 17 intervenciones de RAMNI

DIAPOSITIVA 10



**LINEAS DE ACCION DE LA ESTRATEGIA CONE**

- Aumento de la demanda y el acceso a los servicios CONE, mediante desarrollo de acciones comunitarias (IFC)
- Mejora continua de la calidad, que incluye capacitación clínica en cuidados obstétrico y neonatal esencial
- Establecimiento y operación de un sistema activo de referencia y respuesta
- Humanización / adecuación cultural de los servicios a las necesidades y requerimientos de las usuarias y sus familiares.

La estrategia CONE desarrolla 4 líneas de acción con actividades específicas a ser implementadas.

La de Trabajo con Individuos, Familia y Comunidades ya está en ejecución

La mejora de la calidad se está implementando a través de la capacitación clínica y los convenios de gestión en los modelos descentralizados, en los que se miden indicadores de calidad.

Ya se ha iniciado la revisión del sistema de referencia y respuesta

La Línea de Humanización aún no se ha iniciado.

DIAPOSITIVA 11



**LINEAS DE ACCION DE LA ESTRATEGIA CONE**

- Aumento de la demanda y el acceso a los servicios CONE, mediante desarrollo de acciones comunitarias (IFC)
- Mejora continua de la calidad, que incluye capacitación clínica en cuidados obstétrico y neonatal esencial
- Establecimiento y operación de un sistema activo de referencia y respuesta
- Humanización / adecuación cultural de los servicios a las necesidades y requerimientos de las usuarias y sus familiares.

Destacar que en esta línea lo fundamental es incrementar el acceso a la atención institucional del parto con calidad y garantizar la referencia oportuna y efectiva de las complicaciones obstétricas, neonatales y de la nones, a través de acciones de participación social organizada.

DIAPOSITIVA 12



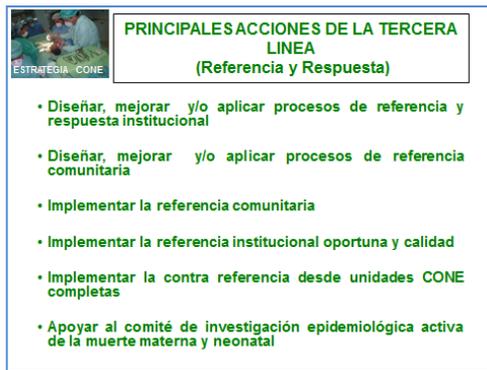
Destaque que los dos pilares fundamentales de la mejora de la calidad en esta estrategia son la capacitación Clínica para el cumplimiento de las normas basadas en evidencia científica y la mejora continua de la calidad, que se desarrolla a través del proceso de planes de mejora, ciclos rápidos y monitoreo de los estándares e indicadores de calidad, lo que se operativizar a través de la organización y funcionamiento de los equipos de Mejora Continua de la Calidad (EMCC)

DIAPOSITIVA 13



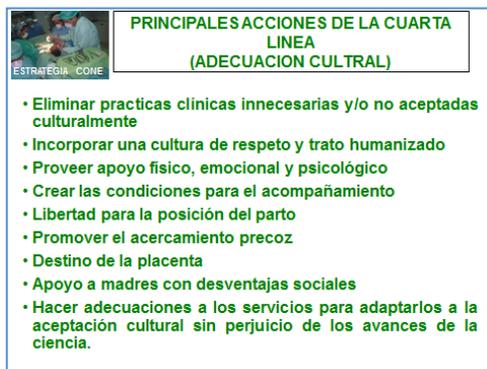
La capacitación Clínica se desarrolla en dos vías, para el personal que atiende partos en los Centros CONE, de los cuales ya están funcionando 5 y se organizarán 4 nuevos y la capacitación ambulatoria que es este proceso que estamos desarrollando.

**DIAPOSITIVA 14**



El Sistema de Referencia y Respuesta Actual no funciona, necesita ser revisado y adaptado a las nuevas necesidades condicionadas por CONE y RAMNI, en ese sentido ya se ha iniciado las acciones necesarias y se espera tener el producto en septiembre de este año.

**DIAPOSITIVA 15**



Está orientada a eliminar o por lo menos minimizar las barreras culturales que existen en los servicios de salud que limitan a la población a demandarlos.

Se tiene que realizar una adecuación cultural de la atención obstétrica y neonatal, tanto a nivel de infra estructura como de personal.

Como ejemplo citamos el de una maternidad en otro país dónde el piso blanco de porcelana era una barrera por el temor de la población a ensuciarlo.

**DIAPOSITIVA 16**

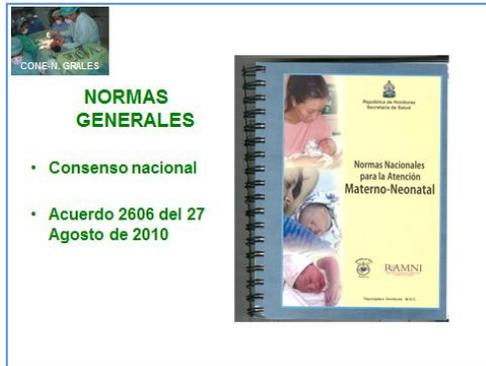


Explicar los factores que afectan la atención oportuna, en los que sobresalen: Los factores Socio- económicos, culturales y de conocimiento que se relacionan directamente a la primera demora que es la decisión de buscar ayuda

## CUARTA SESION

### Normas Generales

#### DIAPOSITIVA 1



**NORMAS GENERALES**

- Consenso nacional
- Acuerdo 2606 del 27 Agosto de 2010

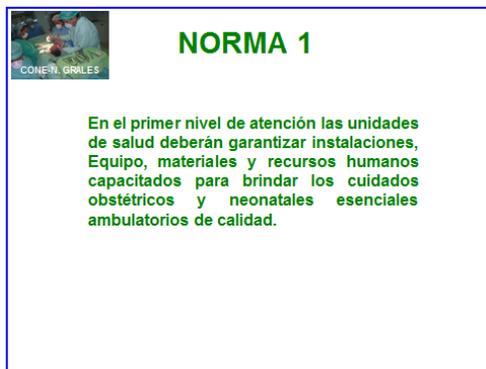
Las normas de atención materno – neonatal son producto de un consenso nacional

Contiene las patologías materno – neonatales que son las principales causas de morbi – mortalidad.

Para los CESAR, CESAMOS y CMI contiene las acciones básicas del manejo de la madre y el recién nacido, para la intervención y referencia oportuna que nos evite secuelas graves y muertes.

Son de cumplimiento obligatorio, fueron aprobadas bajo acuerdo 2606 de la secretaría de salud el 27de Agosto del 2010.

#### DIAPOSITIVA 2



**NORMA 1**

En el primer nivel de atención las unidades de salud deberán garantizar instalaciones, Equipo, materiales y recursos humanos capacitados para brindar los cuidados obstétricos y neonatales esenciales ambulatorios de calidad.

Esta norma tiene el fin de garantizar la atención a todas las embarazadas y puérperas aumentando la demanda de la atención institucional y asegurando que la paciente que solicite atención de manera espontánea se le brinde de manera adecuada por personal calificado y con calidez. Implica el cambio de rol de los Servicios de Salud hacia una actitud proactiva y de servicio al cliente con calidad y calidez.

#### DIAPOSITIVA 3



Primer Nivel (Nivel I):	Descripción
Unidad Consultoria:	Voluntarios de salud y miembros de comités capacitados en plan de parto, sistema de trabajo, identificación de signos de peligro, provisión de antipresivos y primeras dosis de medicamentos de acuerdo a normas.
Unidad Tipo I:	Médicos Generales, enfermeras y auxiliares de enfermería capacitadas en atención a embarazadas, puérperas y recién nacidos de acuerdo a normas.
Unidad Tipo II:	Para atención materna y neonatal será una CMI y contará con Médicos Generales, enfermeras y auxiliares de enfermería capacitadas en todo lo de unidad "I" más atención de partos de bajo riesgo, atención inmediata del Recién Nacido, atención del puerperio inmediato, identificación de complicaciones, manejo inicial y referencia adecuada.
Unidad Tipo III:	Para atención materna y neonatal será un servicio que brinde cuidados obstétricos neonatales básico (CONE-Básico) y contará con lo descrito para las Unidades "I" II, más cobertura por médico general capacitado en CONE las 24 horas durante 365 días al año.

Describir la conformación de cada uno de los centros de atención de primer nivel: que personal es con el que se contara en cada una de las unidades, sus funciones y las atenciones que brindará cada una de ellas.

#### DIAPOSITIVA 4



### NORMA 2

- El equipo de dirección de la unidad de salud y la región sanitaria debe planificar, coordinar y realizar la capacitación de los recursos que brindan atención de la mujer y del recién nacido en los temas de su competencia.

Esta norma compromete a la región sanitaria y a la unidad de salud a planificar, coordinar e impartir las capacitaciones del personal que brinda atención materna neonatal

#### DIAPOSITIVA 5



### NORMA 4

- Los proveedores de los servicios de salud brindan a la mujer en edad fértil, embarazada o puerpera y recién nacido así como sus familiares y/o acompañantes atención de calidad respetando sus patrones socio- culturales.

Tiene el objetivo de concienciar al personal de salud sobre la importancia del trato humanizado y con respeto, tanto a las creencias de la paciente como a su pudor y siempre asegurarle el secreto profesional.

#### DIAPOSITIVA 6



### NORMA 5

Le explicara con lenguaje sencillo y entendible para la paciente, familiares y/o acompañantes sobre:

- La condición actual
- Plan de atención y opciones de tratamiento si es necesario.
- Los procedimientos que se efectuarán y se solicitará su autorización

Se debe de dar una explicación clara, sencilla, completamente comprensible de la situación actual de la paciente, cuáles serán las intervenciones médicas que se le realizaran, si será necesario realizar un procedimiento, se deberá explicar con palabras sencillas y solicitar una autorización para su realización

#### DIAPOSITIVA 7



### NORMA 7

A toda paciente que será referida debe llenársele la hoja de referencia, describiendo en la misma:

- Todas las situaciones relacionadas con la salud de la paciente
- El tratamiento recibido
- dejando copia de la misma en el expediente.

Recordar que actualmente los médicos no le dan importancia a las referencias y mucho menos envían respuesta, por lo que es necesario que se envíe un informe de referencia y respuesta describiendo en forma clara, los hallazgos, diagnóstico y manejo o tratamiento inicial.

El personal dará a la embarazada las explicaciones necesarias.

## DIAPOSITIVA 8



### NORMA 11

Aplicará las medidas de bioseguridad para evitar contagio (paciente - personal de salud, paciente - paciente, personal de salud - paciente) de enfermedades como VIH, Hepatitis B y/u otras enfermedades que se puedan transmitir durante la atención de la madre y del recién nacido de acuerdo a lo siguiente:

- Aplicará medidas de bio seguridad en todas las embarazadas y púerperas durante la atención prenatal del parto y del post parto, y atención de recién nacido con especial énfasis en el lavado de manos antes y después de dar la atención.

Todo el personal de salud debe de estar capacitado en las técnicas de bio - seguridad, y además aplicarlas, para prevenir el contagio de infecciones y también para proteger a las pacientes que estén infectadas.

## DIAPOSITIVA 9



- Aplica las normas y procedimientos descritos en el manual para prevención y control de infecciones

- **Lavado de manos**
- **Guantes**
- **Lavado del instrumental**

Se realizaran los procedimientos descritos en el manual de prevención y control de infecciones como son: Lavado de manos, uso de guantes estériles al momento de la revisión y el lavado del instrumental utilizado

## DIAPOSITIVA 10



### NORMA 12

El proveedor de servicios de salud debe promocionar el uso de métodos de planificación familiar como una de las principales estrategias para contribuir a reducir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal.

Se deberá dar orientación a la púerpera sobre el uso de un método de planificación familiar al llegar al término de su embarazo y así contribuir a la reducción de la mortalidad materna, evitando embarazos de alto riesgo y previniendo la mortalidad neonatal

## DIAPOSITIVA 11



### NORMA 13

- El proveedor de los servicios de salud debe promocionar la formación de personal voluntario en sus comunidades de influencia para facilitar la captación de la mujer en edad fértil, la embarazada, madre y niño de forma temprana en la comunidad.

Se debe promover la formación del personal voluntario para la captación de las mujeres en edad fértil, embarazadas, para la identificación de factores de riesgo y atención adecuada.

DIAPOSITIVA 12



**NORMA 18**

El proveedor de los servicios de salud deben promocionar la lactancia materna exclusiva como una de las principales estrategias para reducir mortalidad infantil.

**NORMA 19**

Los proveedores de los servicios de salud deben promocionar la captación temprana del recién nacido para su seguimiento e iniciar la vigilancia nutricional.

Se deberá hacer énfasis en la importancia de la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida, para reducir la morbilidad infantil y dar seguimiento en la vigilancia nutricional de estos pacientes en los controles de AIN -C

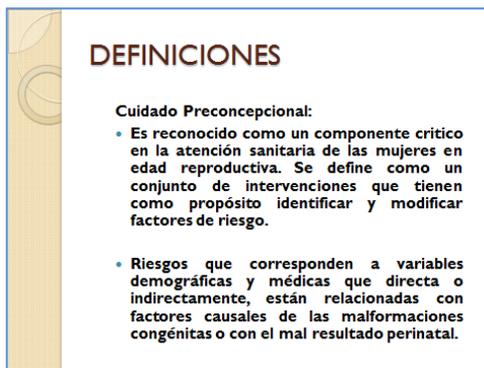
**QUINTA SESION**

**Atencion Preconcepcional**

DIAPOSITIVA 1



DIAPOSITIVA 2



### DIAPOSITIVA 3

**DEFINICIONES**

**Atención Preconcepcional:**

- Es la entrevista programada entre una mujer y/o pareja con el equipo de salud, previo al embarazo, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y/o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo.
- La meta es que la pareja reciba toda la información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo.

### DIAPOSITIVA 4

**DEFINICIONES**

**Atención Preconcepcional:**

**Malformación Congénita:**

- Incluye anomalías funcionales y/o estructurales del feto debidas a factores presentes antes del nacimiento, incluyendo defectos genéticos, ambientales o desconocidos aunque tal defecto no sea aparente en el recién nacido y solamente se manifieste mas tardíamente.
- Por lo que la ceguera, sordera, el retardo mental y otros trastornos del neurodesarrollo están incluidos en este concepto.

### DIAPOSITIVA 5

**OBJETIVOS DE LA ATENCION PRECONCEPCIONAL:**

- Identificar factores: hábitos, conductas y patologías que condicionan un riesgo reproductivo para la mujer y su recién nacido procurando su atención en el nivel que corresponda.
- Promocionar acciones para mejorar la salud de la mujer y el recién nacido.
- Orientar a la pareja sobre opciones para postergar su embarazo mientras la mujer está en condiciones apropiadas para embarazarse.

### DIAPOSITIVA 6

**Factores de Riesgo Reproductivo, Sociales y educacionales**

**Factores de Riesgo Reproductivo**

- 1. Sociales y educacionales:**
  - Vivienda rural/urbano marginal
  - Bajo ingreso económico, subempleo y/o desempleo
  - Baja escolaridad
  - Otros: Tabaquismo, alcoholismo etc.
  - Violencia familiar, intra familiar y extra familiar
  - Baja o ninguna educación sexual
- 2. Biológicos:**
  - Edades extremas; Menor de 18 y mayor de 35
  - Partos mayor de 4 hijos
  - Antecedentes o presencia de enfermedades crónicas: Diabetes, hipertensión arterial, cardiopatía, nefropatía
  - Antecedentes de patologías obstétricas (aborto, hemorragia post parto, asfexia, recién nacidos de bajo peso, toxemia)
  - Infecciones de transmisión sexual, Sida

DIAPPOSITIVA 7

### FACTORES A CONSIDERAR EN LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL

**Cuadro 1: Factores importantes a Considerar en la Atención Preconcepcional**

<b>Vinodados a la edad</b>	En Latinoamérica las mujeres de 40 años o más producen el 2% de todos los nacimientos y el 40% de los casos de Síndrome de Down. La edad materna baja (menos de 20 años) también es factor de riesgo para algunas malformaciones específicas como: Ostrouclia y otros defectos. La edad paterna avanzada (más de 45 años) aumenta el riesgo para <b>mutaciones nuevas espontáneas</b> .
<b>Conseguencia</b>	De a conocer los riesgos asociados es una práctica útil para la prevención primaria de las malformaciones congénitas.
<b>Etnia</b>	Las incidencias de algunas malformaciones congénitas en diferentes grupos raciales es un fenómeno bien documentado, un ejemplo clásico es la mayor frecuencia de porfiria, pesaer hereditario e hipoadipia, en niños afroamericanos y una mayor frecuencia de cardiopatías en niños blancos.
<b>Ocupación</b>	Ciertas condiciones de trabajo han sido asociadas con un aumento en resultados perinatales adversos (aborto, muerte fetal, parto de pre término, bajo peso al nacer y algunos defectos congénitos).
<b>Exposición materna y paterna</b>	Algunos hábitos pueden determinar una serie de riesgos para las futuras generaciones. La identificación y modificación de dichos hábitos puede beneficiar a las mujeres y al feto embarazado.
<b>Factores asociados al estilo de vida</b>	Se deben identificar en la evaluación preconcepcional malos hábitos nutricionales como sobrepeso, diabetes, anemia, bulimia, suplementación vitamínica adecuada, deficiente.
<b>Habitos nutricionales</b>	

DIAPPOSITIVA 8

### NORMA I

El proveedor de los servicios de salud en coordinación con el personal voluntario de la comunidad de todos los niveles de atención promocionarán la atención preconcepcional oportuna (seis meses antes a su embarazo) a toda mujer y/o pareja que desee tener un embarazo, aprovechando entre otras:

- Reuniones mensuales de la unidad de salud con los voluntarios de la comunidad.

DIAPPOSITIVA 9

### NORMA I

- Reuniones mensuales de la unidad de salud con los voluntarios de la comunidad.
- Reuniones Comunitarias:
  - Reuniones mensuales de AIN-C
  - Asambleas comunitarias implementadas con la estrategia de Individuo, familia y Comunidad (IFC)
- Charlas en salas de espera de unidades de salud, Visitas domiciliarias por cualquier causa
- Ferias de la salud
- Otros eventos o actividades de salud

DIAPPOSITIVA 10

### NORMA 4

Debe promover de forma permanente y capacitar al personal voluntario sobre salud preconcepcional para que oriente y refiera en su comunidad a la mujer y/o pareja a la unidad de salud que corresponda, para identificar factores:

- Hábitos
- Conductas
- Patologías que condicionan un riesgo reproductivo para la mujer y su recién nacido

### DIAPOSITIVA 11

**NORMA 5**  
Debe conocer los riesgos reproductivos biológicos que puede presentar una mujer para aplicar las acciones de promoción y prevención que correspondan:

- Edades extremas; Menor de 18 y mayor de 35
- Paridad mayor de 4 hijos
- Antecedentes o presencia de enfermedades crónicas: Diabetes, hipertensión arterial, cardiopatía, nefropatía.

### DIAPOSITIVA 12

**NORMA 5**

- Antecedentes de patologías obstétricas (aborto, hemorragia post parto, cesárea, recién nacidos de bajo peso, toxemia)
- Infecciones de transmisión sexual, Sida

### DIAPOSITIVA 13

**NORMA 6**  
Al brindar la primera atención preconcepcional realizará lo siguiente:

- Historia Clínica (Anamnesis) completa con énfasis en:
  - Datos Generales
  - Antecedentes patológicos, personales y familiares

### DIAPOSITIVA 14

**NORMA 6**

- Factores de riesgo reproductivo presentes en la mujer
- Antecedentes ginecológicos
- Hábitos
- Consumo de drogas
- Evaluación del esquema de vacunación (Rubeola, Hepatitis "B" u otras de acuerdo a las normas del Programa Ampliado de inmunizaciones)

## DIAPOSITIVA 15

**NORMA 6**

- Examen Físico Completo
- Indica exámenes de laboratorio:
  - Hemograma, General de Heces
  - General de Orina, Glicemia en ayunas
  - Anticuerpos anti toxoplasma
  - Grupo sanguíneo y RH de la mujer y su pareja
  - Pruebas rápidas para sífilis, RPR, VIH y Otros pertinentes
- Si corresponde indica la citología vaginal

## DIAPOSITIVA 16

**NORMA 7**

El proveedor de los servicios de salud en la atención preconcepcional subsiguiente realizará:

- Análisis de resultados de exámenes
- Seguimiento a acuerdos y recomendaciones de la atención anterior
- Planificar actividades para resolver problemas identificados

## DIAPOSITIVA 17

**NORMA 7**

- Consejería según hallazgos
- Programación de cita para una nueva atención de la mujer y/o su pareja
- Referencia a un nivel superior si corresponde

## DIAPOSITIVA 18

**NORMA 8**

Debe informar a toda mujer que desea un embarazo que evite el consumo de sustancias peligrosas para ella y el feto:

- Tabaco
- Alcohol
- Drogas en general (cocaína, marihuana y otros)

• También debe recomendar moderar el consumo de: Café, té de cualquier tipo, bebidas de cola.

DIAPOSITIVA 19

**NORMA 9**

Indicará en la atención preconcepcional a toda mujer en edad fértil que desee un embarazo ácido fólico durante tres meses antes de embarazarse según el esquema siguiente:

- **Mujer sin antecedentes de haber procreado niños con defectos del tubo neural** : tomarán 1 mg/día tres meses previo al embarazo y lo seguirá tomando hasta el primer trimestre del embarazo

DIAPOSITIVA 20

**NORMA 10**

El proveedor de los servicios de salud que brinda atención a una mujer en edad fértil debe conocer los medicamentos que pueden ocasionar efecto teratogénico, para no prescribirlos y recomendar que no sea utilizado por la mujer. Merecen especial atención los siguientes:

Medicamentos	Uso/Efectos
Isotretinoína (derivado Vitamina A)	Usada para el tratamiento del acné quístico y el Eretinatato que se usa para tratar la psoriasis son altamente teratogénico.
Vitamina A	Existen recomendaciones para evitar su uso y si es necesario considerar dosis diaria y hasta por un mes.
Talidomida	Medicamento probadamente teratogénico, toda mujer que la reciba debe suspenderla previo al embarazo.
Antiepilépticos	La Di fenil hidantoína se asocian con mayor riesgo de provocar defectos del tubo neural.
Cumarínicos	El efecto teratogénico se expresa en hipoplasia del cartilago nasal, atrofia óptica, epifisis puntada.
Otros fármacos	
- Litio	Anomalia Ebstein
- Estreptomicina	Sordera
- Anti tiroideos	Hipotiroidismo, Bocio

DIAPOSITIVA 21

**NORMA 11**

Debe ofrecer a toda mujer y su pareja que demande atención preconcepcional consejería integrada con otros servicios de salud sexual y reproductiva que se brinden en la unidad de salud.

DIAPOSITIVA 22

**NORMA 12**

Debe ofrecer un método de planificación familiar a la mujer y su pareja, si es que desea o posponer o evitar un embarazo siguiendo los procedimientos ya definidos.

DIAPOSITIVA 23

**NORMA 13**

A una mujer en edad fértil en la atención preconcepcional con diagnóstico de **Anemia** debe indicarle los exámenes que corresponden para establecer su causa e iniciar el tratamiento que corresponde.

DIAPOSITIVA 24

**NORMA 14**

A una mujer en edad fértil con diagnóstico de **Anemia Ferropriva** y que planea un embarazo deberá indicar:

- Cita médica mensual
- Los exámenes laboratoriales de control
- Referencia a un centro de mayor complejidad para completar su diagnóstico etiológico si fuere necesario.

DIAPOSITIVA 25

**NORMA 15**

Al identificar en la atención preconcepcional una mujer en edad fértil que adolece de una **Cardiopatía** debe informar a la paciente y sus familiares sobre los riesgos que implica un embarazo, los cuales pueden llegar incluso a la muerte de ella y su futuro feto/niño.

Si la mujer decide embarazarse aun conociendo su riesgo debe informársele que su atención prenatal debe estar a cargo de especialistas (Medicina Interna, Cardiología y Obstetricia)..

DIAPOSITIVA 26

**NORMA 17**

El proveedor de los servicios de salud al identificar una mujer en edad fértil que padece una **Cardiopatía** debe referirla para recibir la consulta especializada que corresponda.

DIAPOSITIVA 27

**NORMA 18**

El proveedor de los servicios de salud al identificar una mujer en edad fértil con historia de **Hipertensión Arterial** debe informar a la paciente y sus familiares sobre los riesgos que implica un embarazo, los cuales pueden llegar incluso a ocasionar la muerte de ella y su futuro feto/niño. Si la mujer decide embarazarse aun conociendo este riesgo debe informársele que su atención prenatal debe estar a cargo de especialistas (Medicina Interna, Cardiología y Obstetricia).

DIAPOSITIVA 28

**NORMA 19**

El proveedor de los servicios de salud al identificar una mujer en edad fértil con historia de **Hipertensión Arterial** debe informarle que debe mantenerse bajo atención médica hasta ajustar sus cifras tensionales previamente antes de su embarazo.

DIAPOSITIVA 29

**NORMA 20**

El proveedor de los servicios de salud al identificar una mujer en edad fértil con historia de **Diabetes Mellitus** debe informar a la paciente y a sus familiares sobre los riesgos que implica un embarazo, los cuales pueden llegar incluso a ocasionar la muerte de ella y su futuro producto. Si la mujer decide embarazarse aun conociendo este riesgo debe informársele que su atención prenatal debe recibir consulta especializada (Medicina Interna, Endocrinólogo, Obstetricia).

DIAPOSITIVA 30

**NORMA 21**

- El proveedor de los servicios de salud que brinda atención a una mujer en edad fértil con historia de **Diabetes Mellitus** que decida embarazarse deberá:
- Adaptar su tratamiento seis (6) semanas antes de iniciar el embarazo
- Promover que la paciente mantenga niveles de glucosa normales en el periodo preconcepcional
- Referir a la paciente al médico especialista que corresponda.

DIAPOSITIVA 31

**NORMA 22**

- El proveedor de los servicios de salud al identificar una mujer en edad fértil con historia de **Insuficiencia Venosa** debe informar a la paciente y a sus familiares sobre los riesgos que implica un embarazo.

DIAPOSITIVA 32

**NORMA 23**

El proveedor de los servicios de salud que brinda atención a una mujer en edad fértil con historia de **Insuficiencia Venosa** que decida embarazarse deberá referir a la paciente al médico especialista para iniciar el manejo que corresponda

DIAPOSITIVA 33

**NORMA 24**

El proveedor de los servicios de salud que brinda atención preconcepcional a una mujer en edad fértil con diagnóstico de **Epilepsia** y que desea embarazarse debe referirla a evaluación por especialista (medicina interna, neurólogo) para establecer su manejo.

DIAPOSITIVA 34

**NORMA 24**

El proveedor de los servicios de salud que brinda atención a una mujer en edad fértil que padece **Epilepsia** deberá informar a la paciente y a sus familiares sobre los riesgos que implica un embarazo. Si la mujer decide embarazarse aun conociendo este riesgo debe informársele que su atención prenatal debe estar a cargo de especialistas (Obstetricia y otros).

DIAPOSITIVA 35

**Norma 25**

- El proveedor de los servicios de salud que brinda atención preconcepcional a una mujer en edad fértil con diagnóstico de **Epilepsia** y que desea embarazarse debe referirla a evaluación por especialista (medicina interna, neurólogo) para establecer su manejo.

DIAPOSITIVA 36

**Normas 26**

El proveedor de los servicios de salud que brinda atención a una mujer en edad fértil que desea un embarazo debe asegurarse de que la paciente no padezca las enfermedades transmisibles descritas en el cuadro 3 y aplicara lo siguiente:

- Indicará los exámenes que corresponden
- Tratará los casos con resultados positivos
- Referirá a la paciente al nivel que corresponda para continuar su atención, tratamiento o diagnóstico previo al embarazo si el caso lo amerita.

DIAPOSITIVA 37

**Norma 30**

El proveedor de los servicios de salud que brinda atención a una mujer en edad fértil y que identifica que tiene problemas para lograr un embarazo debe referirla para que reciba una atención preconcepcional especializada en el nivel que corresponda.

## SEXTA SESION

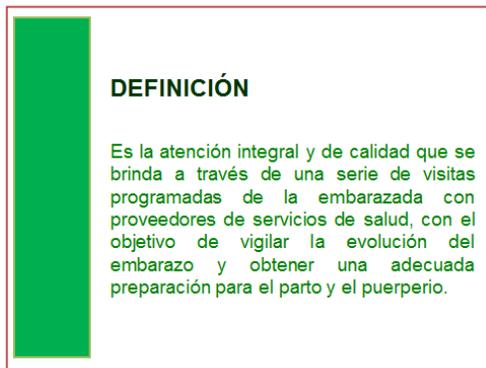
### Atencion Prenatal

#### DIAPOSITIVA 1



Explicar que en esta sesión únicamente se van a revisar las normas que sufrieron cambios importantes y aquellas que ofrecen dificultades en su aplicación, el resto de normas y procedimientos continuarán aplicándose como hasta ahora lo han hecho.

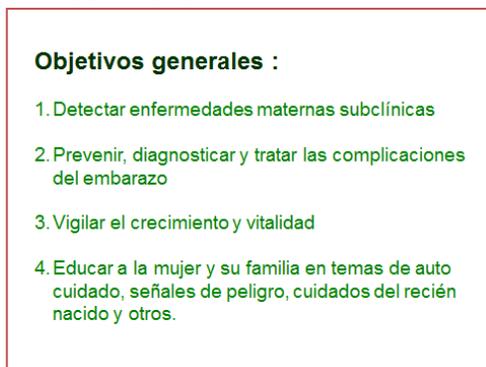
#### DIAPOSITIVA 2



#### Definición de Atención Prenatal

Asegurar que el concepto quede claro al momento de la exposición.

#### DIAPOSITIVO 3



**DIAPOSITIVA 4**

La atención prenatal con calidad debe cumplir con los requisitos básicos:

- ❖ Precoz
- ❖ Sistemática
- ❖ Periódica
- ❖ Completa
- ❖ De amplia cobertura

**DIAPOSITIVA 5**

**El carné perinatal**

Es un instrumento que integra las acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, parto y puerperio.

Al llenarlo de forma completa se asegura que los datos de mayor importancia:

- ❖ Relativos a la **atención prenatal** (al ser registrados sistemáticamente en cada consulta) lleguen a manos de quien atiende posteriormente a la embarazada, ya sea en otro consultorio externo o en algún lugar que sea hospitalizada
- ❖ Los vinculados a un ingreso durante el **embarazo, parto y postparto**, para que sean conocidos por quien tiene a su cargo el control del puerperio.
- ❖ Para el seguimiento del **recién nacido**, lleguen a conocerse por quien tiene a su cargo el control del niño.

**DIAPOSITIVA 6**

**DIAPOSITIVA 7**

**Norma 1**

El proveedor de los servicios de salud institucional con la colaboración de los voluntarios de la comunidad, en toda oportunidad de contacto con la comunidad detectara a toda mujer embarazada lo más pronto posible, de preferencia antes de las 12 semanas

DIAPOSITIVA 8

**Procedimiento Norma 1:**

- ❖ Llenará el Listado de Mujeres en Edad Fértil (LISMEF) y de Mujeres Embarazadas (LISEM)
- ❖ Realizará revisión y análisis periódico del LISMEF y LISEM
- ❖ Aprovechará la entrega de paquete básico de atención, las actividades de vacunación extramuros y cualquier otra oportunidad de contacto con la comunidad.
- ❖ Evitará rechazos cuando una embarazada solicita atención y aprovechará todo contacto de atención en que esté involucrada una embarazada (oportunidades aprovechadas).

DIAPOSITIVA 9 Y 10

**EL "LISEM"**  
**ES UNA EXCELENTE**  
**HERRAMIENTA DE VIGILANCIA**

Enfatice la importancia del uso de los listados de mujeres embarazadas como una importante herramienta de vigilancia

DIAPOSITIVA 11

Signos del embarazo	Técnicas diagnósticas
<b>Probabilidad</b>	
Falla menstrual	Interrogatorio
Amenorrea	
Modificaciones uterinas	Examen Gineco-obstétrico
Detección de HCG	Determinación en sangre u orina
<b>Certeza</b>	
Detección de partes fetales	Palpación abdominal
Latidos cardiacos fetales	Estetoscopio obstétrico, detectores Doppler o ecografía
Visualización fetal	Ecografía

DIAPOSITIVA 12 Y 13

**Norma 3**

El proveedor de los servicios salud debe disponer del equipo básico y la tecnología necesaria para brindar atención prenatal de calidad

- ❖ Gestograma
- ❖ Cinta Obstétrica
- ❖ Tarjeta con valores normales de altura uterina, ganancia de peso materno y peso para la talla
- ❖ Historia clínica perinatal base
- ❖ Carne perinatal
- ❖ Esfigmomanómetro
- ❖ Báscula
- ❖ Tallímetro
- ❖ Estetoscopio
- ❖ Camilla ginecológica
- ❖ Grada de doble peldaño
- ❖ Lámpara cuello de ganso
- ❖ Espéculos
- ❖ Guantes
- ❖ Equipo para toma de citología
- ❖ Pruebas rápidas para detectar : embarazo, RPR, Sífilis



**DIAPOSITIVA 14**

**Norma 3**

El proveedor de los servicios salud debe disponer del equipo básico y la tecnología necesaria para brindar atención prenatal de calidad

- ❖ Gestograma
- ❖ Cinta Obstétrica
- ❖ Tarjeta con valores normales de altura uterina, ganancia de peso materno y peso para la talla
- ❖ Historia clínica perinatal base
- ❖ Carne perinatal
- ❖ Esfigmomanómetro
- ❖ Báscula
- ❖ Tallímetro
- ❖ Estetoscopio
- ❖ Camilla ginecológica
- ❖ Grada de doble peidafño
- ❖ Lámpara cuello de ganso
- ❖ Espéculos
- ❖ Guantes
- ❖ Equipo para toma de citología
- ❖ Pruebas rápidas para detectar : embarazo, RPR, Sífilis

**DIAPOSITIVA 15**

**DIAPOSITIVA 16**

**Norma 8**

El proveedor de los servicios de salud debe asegurarse que toda embarazada cuente con su Plan individual de parto

A fin de lograr incrementar la atención institucional del parto se debe garantizar la elaboración de plan individual de parto

**DIAPOSITIVA 17**



Definición del Plan de Parto se explica por si sola

**DIAPOSITIVA 18**

**Norma 10**

El personal de salud debe cumplir lo relacionado con el plan individual de parto :

- ❖ Que toda embarazada tenga con ella el documento del plan individual de parto que incluya los datos siguientes:
  - ❖ Fecha estimada de parto
  - ❖ Fecha estimada de llegada al hospital más cercano
  - ❖ Quien la acompañara para su viaje al hospital

**DIAPOSITIVA 19**

**Continuación Norma 10**

- ❖ Garantizar que el comité comunitario disponga de la información sobre plan individual de parto de la embarazada:
  - ❖ Cuando tiene que irse al sitio donde esperará la atención de su parto
  - ❖ Quien hará el traslado
  - ❖ Quien y como cubrirá los gastos
  - ❖ Quien la acompañara
  - ❖ Quien cuidara los niños que quedan en la comunidad

El modelo cuenta con un importante respaldo en evidencia científica que avala la serie de acciones a realizar durante la atención prenatal que permiten un adecuado seguimiento a su evolución y la detección temprana de riesgos y/o complicaciones.

**DIAPOSITIVA 20**

**Norma 11**

El proveedor de los servicios de salud brindará las atenciones siguientes a cada embarazada:

- ❖ **Cinco (5) atenciones prenatales a toda embarazada que no tiene factores de riesgo y que no desarrolla complicaciones durante su embarazo**

El flujograma indica que en la primera atención y en las subsiguientes debe evaluarse la presencia de factores de riesgo y/o complicaciones, las cuales al ser detectadas obligan a la referencia a la atención en un nivel de mayor complejidad. Las normas incluyen un listado de las situaciones que ameritan la referencia

**DIAPOSITIVA 21**

**Norma 12:**

El proveedor de los servicios de salud brindará a toda embarazada normal las atenciones prenatales de acuerdo al siguiente esquema:

Primera atención:	En el momento de la captación, idealmente en las primeras 12 semanas
Segunda atención:	Entre las 13 y 24 semanas
Tercera atención:	Entre las 25 y 29 semanas
Cuarta atención:	Entre las 30 y 35 semanas
Quinta atención:	Entre las 36 y 40 semanas

En la Atención Prenatal se debe clasificar a las embarazadas en dos grupos:

- Las que pueden ser atendidas con una atención prenatal de rutina,
- Aquellas que necesitan cuidados especiales o atención por especialista (*presenta cualquier afección o factor de riesgo detectados durante la atención*)

## DIAPOSITIVA 22

### Norma 13:

El proveedor de los servicios de salud brindará atención prenatal utilizando las mejores prácticas recomendadas basadas en la evidencia, considerando lo siguiente:

- ❖ Recibir a la mujer en forma cordial y estableciendo una buena comunicación con ella y su acompañante
- ❖ Obtener una historia clínica dirigida incluyendo aspectos obstétricos, médicos y sociales específicos que orienten a la información de la condición actual de la embarazada
- ❖ La toma de signos vitales debe ser hecha o corroborada por el mismo proveedor que da la atención

## DIAPOSITIVA 23

### Continuación Norma 13:

- ❖ Realizar examen obstétrico esencial, no es necesario hacer el examen ginecológico en cada atención prenatal
- ❖ Identificar problemas o necesidades de la mujer basándose en los hallazgos de la historia clínica, examen físico y de laboratorio
- ❖ Desarrollar e implementar un plan de atención y seguimiento con la embarazada de acuerdo a las necesidades/problemas identificados en la historia clínica y los exámenes
- ❖ Manejar las complicaciones detectadas de acuerdo a la norma vigente

La evaluación rápida está orientada a identificar en el primer contacto con la embarazada si tiene o ha tenido signos o síntomas de alarma para procurar una atención inmediata o prioritaria

## DIAPOSITIVA 24

### Norma 15:

Los proveedores de servicios de salud realizarán de rutina una Evaluación Inicial Rápida, a toda embarazada cada vez que esté en contacto con ella de acuerdo a lo siguiente:

Interrogará sobre si tiene o ha tenido:

- ❖ Sangrado vaginal
- ❖ Fiebre
- ❖ Dolor de cabeza severo

## DIAPOSITIVA 25

### Continuación Norma 15:

- ❖ Dolor de cabeza severo
- ❖ Visión Borrosa
- ❖ Dolor Abdominal severo
- ❖ Dificultad para respirar
- ❖ Expulsión repentina de agua por vagina
- ❖ No siente que se mueve el niño

Si encuentra algunos de estos signos o síntomas procurar una atención inmediata

## DIAPOSITIVA 26

### Norma 16:

Los proveedores de servicios de salud a toda embarazada que haya sido captada en su primera atención prenatal se le hará una anamnesis completa, utilizando para ello la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) y el Carné Perinatal, el interrogatorio debe incluir lo siguiente:

- ❖ **Datos Generales:** Nombre, Dirección, fecha de nacimiento, edad, etnia, alfabeto, estudios, condición civil
- ❖ **Antecedentes familiares y personales**
- ❖ **Antecedentes Obstétricos:** Número de embarazos anteriores, Número de hijos, historia anticonceptiva (método usado, cuando interrumpió el uso, porque)

## DIAPOSITIVA 27

### Continuación Norma 16:

- ❖ **Datos de la gestación actual:** Fecha de última menstruación, intervalo menstrual (días) y patrón de sangrado, inicio de los movimientos fetales, fecha estimada del parto, Inmunización antitetánica, problemas en embarazos anteriores (cesárea, hemorragia pre-post parto, hipertensión, pérdida del conocimiento, infección durante o después del parto), condición respecto al VIH (y del esposo / pareja)

- ❖ **Hábitos:** Uso de alcohol y tabaco

- ❖ **Apoyo social** (principales personas de apoyo: esposo madre o suegra). Situación de violencia familiar

- ❖ **Otros:** Uso de algún medicamento, problemas generales de salud (tos crónica, flujo vaginal, ITS/VIH, citología cervical y otros)

- ❖ Pregunte a la mujer sobre **otros problemas** o inquietudes relacionados con el embarazo.

Se listan los signos y síntomas

## DIAPOSITIVA 28

### Norma 17:

Los proveedores de servicios de salud a toda embarazada **en su primera atención prenatal** le realizarán un examen físico completo (Céfalo caudal) que incluya lo siguiente:

- ❖ **Observe** la apariencia general de la mujer (identifique posturas, deformidades esqueléticas, palidez, cansancio, preocupación)

- ❖ **Tome los signos vitales:** frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, peso, talla, la presión arterial (con la embarazada en posición sentada o en decúbito lateral)

- ❖ **Tome peso, talla** para realizar el cálculo del índice de masa corporal

- ❖ **Inspeccione:** conjuntivas, lengua, lechos de las uñas y las palmas de las manos

Se indican y realizan los exámenes necesarios para detectar los problemas más comunes como anemia, bacteriuria, proteinuria, incompatibilidad de grupos sanguíneos, sífilis, VIH y diabetes. Además por ser un país endémico se realiza la pesquisa para malaria y chagas

## DIAPOSITIVA 29

**Continuación Norma 17:**

- ❖ Examen de mamas
- ❖ Tamaño del abdomen y determine si hay cicatrices presentes
- ❖ Altura de fondo uterino
- ❖ Determinación de: situación, posición y presentación fetal
- ❖ Movimientos fetales
- ❖ Auscultación de frecuencia cardíaca fetal a partir de las 20 semanas
- ❖ Examen ginecológico, observación con espéculo y Citología Cervical si corresponde. (sólo en primera atención)

La detección de anemia, infección urinaria y proteínas en la orina tienen un efecto positivo para detectar algunos de los problemas que complican con mayor frecuencia al embarazo. Anemia, infección urinaria y pre eclampsia pueden presentarse en el embarazo aunque las pruebas de la primera atención estén negativas debe repetirse en el segundo trimestre.

## DIAPOSITIVA 30

**Continuación Norma 17:**

- ❖ Examen de mamas
- ❖ Tamaño del abdomen y determine si hay cicatrices presentes
- ❖ Altura de fondo uterino
- ❖ Determinación de: situación, posición y presentación fetal
- ❖ Movimientos fetales
- ❖ Auscultación de frecuencia cardíaca fetal a partir de las 20 semanas
- ❖ Examen ginecológico, observación con espéculo y Citología Cervical si corresponde. (sólo en primera atención)

Dado el esfuerzo por eliminación de la sífilis congénita es necesario repetir la prueba para su detección. En casos que ameritan también repetiremos la glicemia.

## DIAPOSITIVA 31

**Continuación Norma 18:**

- ❖ Prueba serología para VIH (previa consejería)
- ❖ Entre las 28 - 32 semanas solicite las pruebas de laboratorio subsiguientes
- ❖ Hematocrito / Hemoglobina
- ❖ RPR
- ❖ Glicemia

General de orina (Ya sea por método tradicional o con cinta reactiva)

Seguramente los participantes preguntaran sobre la edad gestacional para este tratamiento, la respuesta es en el segundo trimestre del embarazo

## DIAPOSITIVA 32

**Norma 20:**

El proveedor de los servicios de salud que brinda la primera atención prenatal debe medir el índice de Masa Corporal (IMC) de la embarazada para establecer la vigilancia nutricional y brindar la consejería nutricional que corresponde. El índice de masa corporal se mide desde la primera atención prenatal y se continúa calculando en cada consulta.

Se suministrará el tratamiento a toda mujer sintomática de acuerdo a normas del programa

## DIAPOSITIVA 33

**Norma 22:**

Los proveedores de los servicios de salud a toda mujer embarazada independientemente de su edad gestacional que acude a los servicios de salud debe asegurar el cumplimiento de lo siguiente:

- ✦ Toxide Tetánico y Diftérico (Td):

Toda mujer embarazada independientemente de su edad gestacional que al momento de la atención prenatal no documenta su estado vacunal debe iniciar y completar esquema de tres dosis así:

1. Primera dosis en la primera atención y/o captación de la mujer
2. Segunda dosis un mes después de la primera dosis
3. Tercera dosis seis meses después de la primera dosis

Toda mujer embarazada independientemente de su edad gestacional que recibió un refuerzo de Td a los 11 años deberá recibir cada 10 años una dosis de refuerzo.

## DIAPOSITIVA 34

**Continuación Norma 22**

- ✦ Hepatitis B:  
Toda mujer embarazada independientemente de su edad gestacional, contacto de un caso de Hepatitis B deberá recibir esquema de tres dosis así:
  1. Primera dosis en la primera atención y/o captación de la mujer
  2. Segunda dosis un mes después de la primera dosis
  3. Tercera dosis seis meses después de la segunda dosis.
- ✦ Influenza:  
Toda mujer embarazada independientemente de su edad gestacional, con antecedentes de padecer enfermedades crónicas deberá recibir en cada campaña anual una dosis de la vacuna de influenza estacional.

## DIAPOSITIVA 35

**Norma 24:**

Los proveedores de los servicios de salud brindaran a toda embarazada consejería sobre planificación familiar e informará sobre los métodos disponibles para que en su posparto utilice un método.

## DIAPOSITIVA 36

**Norma 25:**

Los proveedores de los servicios de salud durante la atención prenatal proporcionarán orientación sobre los signos de peligro y sobre qué hacer en caso de presentarse.

- ✦ Sangrado vaginal
- ✦ Dolor de cabeza
- ✦ Mareos, visión borrosa, convulsiones
- ✦ Dolor abdominal
- ✦ Fiebre
- ✦ Edema
- ✦ Ruptura de las membranas sin que se inicie el trabajo de parto
- ✦ Dificultad respiratoria y cansancio
- ✦ Ausencia de movimientos fetales
- ✦ Falta de crecimiento uterino

**DIAPOSITIVA 37**

**Norma 26:**

Al identificar uno de los anteriores mas los hallazgos clínicos lo considerara como una emergencia y referirá a la paciente para su atención en el nivel que corresponda.

**DIAPOSITIVA 38**

**Norma 27:**

Los proveedores de los servicios de salud durante la atención prenatal proporcionaran consejería y orientación sobre:

- ❖ Nutrición
- ❖ Reposo
- ❖ Malestares comunes durante el embarazo
- ❖ Higiene
- ❖ Hábitos
- ❖ Beneficios de la lactancia materna exclusiva
- ❖ Prácticas sexuales más seguras
- ❖ Infecciones de transmisión sexual, VIH
- ❖ Atención del recién nacido
- ❖ Otros

**DIAPOSITIVA 39**

**Norma 28:**

Los proveedores de los servicios de salud durante la atención prenatal a toda embarazada se le prescribirá a partir de la primera atención, independientemente de la fecha de captación, un suplemento vitamínico diario (cápsulas prenatales) que contenga 60 mg de hierro elemental y 400 a 500 mcg de ácido fólico durante todo su embarazo. Debe registrar esta indicación en la parte de atrás de la HCPB.

**DIAPOSITIVA 40**

**Norma 30:**

El proveedor calificado de los servicios de salud con la información obtenida en la HCPB el realizará las siguientes actividades:

- ❖ Evaluación del estado general de la embarazada
- ❖ Elaboración y análisis de la curva de ganancia de peso
- ❖ Evaluación del estado nutricional
- ❖ Identificación de signos y síntomas de complicación (hipertensión arterial, hemorragia, cefalea , visión borrosa)

## DIAPOSITIVA 41

**Norma 29:**

El proveedor calificado de los servicios de salud brindará a toda mujer embarazada atenciones prenatales subsiguientes realizando:

- ❖ Toma de peso
- ❖ Presencia o no de síntomas de anemia (palidez, lipotimias, otros)
- ❖ Presencia o no de movimientos fetales
- ❖ Medición de altura de fondo uterino
- ❖ Situación, posición y presentación fetal
- ❖ Evaluación de frecuencia cardíaca fetal

Los hallazgos deben ser registrados en la parte posterior de la HCPB.

## DIAPOSITIVA 42

**Continuación Norma 30:**

- ❖ **Construcción y análisis de la curva de crecimiento uterino**
- ❖ Análisis de los resultados de exámenes de laboratorio
- ❖ **Análisis de evolución de curvas de peso y altura de fondo uterino**
- ❖ Revisión y actualización el plan de atención de acuerdo a necesidades y problemas identificados durante la atención

## DIAPOSITIVA 43

**Norma 31:**

El proveedor calificado de los servicios de salud y la partera tradicional capacitada, encuentra necesidades y/o problemas de la mujer embarazada, la referirá al nivel que corresponda en caso de identificar:

- ❖ Convulsiones
- ❖ Hemorragia vaginal
- ❖ Presión arterial alta ( diastólica de 90mm de Hg o más en dos tomas consecutivas en un intervalo de 4 horas)
- ❖ Visión borrosa
- ❖ Cefalea
- ❖ Dolor abdominal agudo
- ❖ Anemia

## DIAPOSITIVA 44

**Continuación Norma 31**

- ❖ Ruptura prematura de membranas
- ❖ Cirugía pélvica previa
- ❖ Alteraciones del crecimiento uterino
- ❖ Fiebre alta
- ❖ Edema de cara y manos
- ❖ Embarazada RH negativo confirmado
- ❖ Tuberculosis
- ❖ Drogadicción
- ❖ VIH positivo
- ❖ Violencia familiar y social

### DIAPOSITIVA 45

#### Norma 32:

El proveedor calificado de los servicios de salud deberá garantizar realizar la medición de proteinuria en cada atención prenatal después de las 20 semanas de gestación, mediante cinta reactiva.

#### Procedimiento:

- ❖ Tome una muestra de orina aproximadamente 20 ml
- ❖ Introduzca la cinta reactiva
- ❖ Espere 1 minuto
- ❖ Identifique el cambio de coloración en la cinta y compare con el frasco

### DIAPOSITIVA 46

#### Norma 33:

El proveedor calificado de los servicios de salud al identificar una embarazada con sospecha y/o diagnóstico confirmado de infección urinaria inicia manejo según lo descrito en el capítulo de Fiebre y Embarazo.

### DIAPOSITIVA 47

#### Norma 39:

El proveedor calificado de los servicios de salud al identificar una embarazada con resultado positivo por VIH iniciara el manejo que corresponde, de acuerdo a las normas de ITS establecidas en la Secretaría de Salud.

### DIAPOSITIVA 48

#### Norma 38:

El proveedor calificado de los servicios de salud al identificar una embarazada con resultado positivo por Sífilis indicará:

- ❖ Tratamiento con Penicilina Benzatinica 2.4 millones de U I PPS
- ❖ Tratamiento a la pareja de la embarazada
- ❖ Completará el manejo que corresponde, de acuerdo a las normas de ITS establecidas en la Secretaría de Salud.

### DIAPOSITIVA 49

#### Norma 40:

El proveedor calificado de los servicios de salud indicará a la embarazada en su primera atención la determinación del grupo sanguíneo, el factor Rh y de los anticuerpos irregulares (Test De Coombs Indirecto).

### DIAPOSITIVA 40

#### Norma 42:

El proveedor calificado de los servicios de salud que brinda atención prenatal confirmara el diagnostico de anemia cuando tenga resultados de Hemoglobina con valores entre 7.5 – 11 g/dl.

### DIAPOSITIVA 51

#### Norma 45:

El proveedor calificado de los servicios de salud de los servicios de salud institucional (médico, enfermera, auxiliar de enfermería) realizará la referencia de la embarazada para atención prenatal de alto riesgo y/o evaluación por médico Gineco- obstetra (Parto) cuando encuentre lo descrito en el cuadro siguiente:

Fuente: Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS

#### Factores de Riesgo Perinatal

Cardiopatía	Polidramnios
Hipertensión	Oligoamnios
Diabetes	Hemorragia genital
Tuberculosis	Amenaza de parto pre término
Anemia (Hemoglobina menor de 10 g/l)	Rotura prematura de membranas ovulares
Antecedente de muerte perinatal	Talla materna < 145 cm
Alloimmunización (Sensibilización) Rh	Peso materno pre gravídico < 45 kg
Macrosomía fetal	Escaso o exagerado incremento de peso materno
Embarazo múltiple	Antecedentes genéticos desfavorables
Restricción del crecimiento intrauterino	

### DIAPOSITIVA 52

#### Norma 47:

El proveedor calificado de los servicios de salud realiza la medición del crecimiento intrauterino a través de:

- ❖ Determinar la ganancia de peso materno
- ❖ Determinar la altura de fondo uterino
- ❖ Llenado de graficas :
  - ❖ Altura uterina
  - ❖ Semanas de gestación
  - ❖ Incremento de peso materno con semanas de gestación incluidas en el carne perinatal

**DIAPOSITIVA 53**

**Norma 48:**

El proveedor calificado de los servicios de salud al identificar durante la atención de la mujer embarazada:

- ❖ Aumento excesivo de peso materno sospechara Macrosomía fetal
- ❖ Escaso incremento de peso materno sospecha restricción del crecimiento intrauterino

Con el hallazgo realiza la referencia para evaluación especializada

**DIAPOSITIVA 54**

**Norma 50:**

El proveedor calificado de los servicios en toda embarazada con riesgo de desarrollar pre-eclampsia indicará 75-100 mg diario de aspirina como profiláctico a partir de las 12 Semanas de gestación hasta el nacimiento.

## SEPTIMA SESION

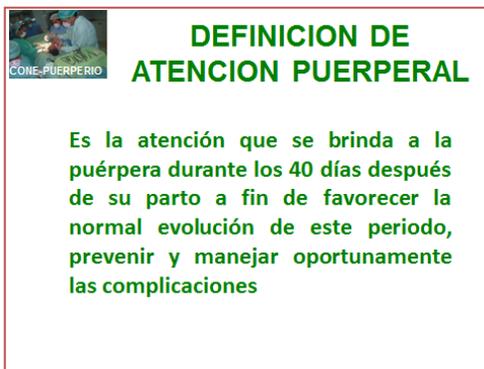
### Manejo Inicial de Complicaciones Puerperales y Referencia Oportuna

#### DIAPOSITIVA 1



Explique que es en el puerperio donde ocurren las mayorías de las muertes maternas y he aquí la importancia de detectar complicaciones en este periodo, para su tratamiento oportuno y adecuado.

#### DIAPOSITIVA 2



Explique que aunque la definición se extiende hasta los 40 días después del parto, la mayoría de las muertes maternas y neonatales ocurren durante los primeros días del puerperio por lo que es importante garantizar la atención lo más tempranamente posible. Otra cosa importante aclarar es que se está hablando de atenciones después que ha sido dada de alta en el hospital o clínica, las atenciones durante la hospitalización no se toman en cuenta para estimar las coberturas.

#### DIAPOSITIVA 3



Explique que es importante aprovechar cada oportunidad para promocionar la atención puerperal a fin de que se puedan identificar tempranamente signos y signos de peligro y/o complicaciones. Además se debe hacer énfasis en la importancia de que el comité comunitario conozca del desenlace de cada embarazada con el objetivo de darle seguimiento en este periodo tan crítico, en donde pueden suceder complicaciones que pueden ser fatales para la paciente.

## DIAPOSITIVA 4



### NORMA 2

El proveedor de los servicios de salud promueve que la partera tradicional capacitada, brinde atención en el puerperio a toda mujer y recién nacido que detecta en la comunidad realizando lo siguiente

**Atención a la puérpera:**

- Realiza una evaluación de la situación de la mujer en el grupo familiar
- Observa las condiciones generales de la mujer, su situación emocional
- La presencia de signos o síntomas de complicación (cefalea, hemorragia, fiebre, Edema de miembros inferiores
- Revisa la piel y mucosas en busca de palidez, hidratación
- Revisa las mamas para identificar: pezones agrietados, plétora o mastitis
- Examina retracción y sensibilidad uterina
- Revisa las características de los loquios (cantidad color y olor)
- Observa cómo se realiza la alimentación del recién nacido con la lactancia materna

Reforzar la necesidad de la atención puerperal durante los primeros 10 días debido a que es el período de mayores complicaciones. Además que se debe aprovechar la oportunidad para atender al recién nacido. También esta norma busca asegurar que cada puérpera tenga acceso a atención puerperal en una unidad CONE AMBULATORIO para realizar una evaluación general y un examen físico a la puérpera, que se describen en las próximas diapositivas.

## DIAPOSITIVA 5

### Norma 3

El proveedor de los servicios de salud promueve que la partera tradicional capacitada realice la referencia a la unidad de salud más cercana de la madre y/o recién nacido en caso de identificar:

- Fiebre
- Hemorragia
- Cefalea intensa
- Otra complicación que afecte el estado general de la puérpera

## DIAPOSITIVA 6

### Norma 4

El proveedor de los servicios de salud promueve que la partera tradicional capacitada realice la referencia a la unidad de salud más cercana al identificar un recién nacido con signos de enfermedad o que presente alguno de los siguientes problemas:

- Dificultad para respirar
- Lo encuentra frío (hipotérmico) o esta con fiebre
- No succiona bien
- Presenta cambios en el color de la piel: Ictericia o cianosis
- Fetidez o secreciones en el ombligo
- Sangrado del muñón umbilical
- Vómitos frecuentes
- No defeca, no micciona

## DIAPOSITIVA 7

### Norma 5:

El proveedor de los servicios de salud promueve que la partera tradicional capacitada ofrezca un método de anticoncepción a la puérpera y si acepta alguno lo suministra o la refiere a la unidad de salud más cercana.

Esta sintomatología es de carácter obligatorio referirlo a un nivel superior ya que puede la paciente esta cursando una patología grave que puede ser infecciosa, como la endometritis u orgánica como la pre eclampsia severa – eclampsia.

## DIAPOSITIVA 8

### Norma 7

El proveedor de los servicios de salud, brindará atención a la madre y su recién nacido de preferencia en los primeros tres días después del nacimiento, independientemente del sitio en donde se haya atendido su parto. Realiza lo siguiente:

- Promover la asistencia de la puérpera a la unidad de salud una vez que egresa del hospital
- Según la revisión del LISEM y a la coordinación con personal voluntario realiza visitas al hogar de la puérpera para su evaluación

## DIAPOSITIVA 9

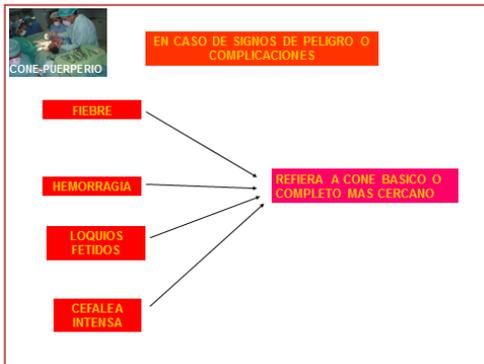
### Norma 9

9.1 Revisa la información del carné perinatal que presenta la mujer donde se registró la atención de su parto

9.2 Realiza anamnesis haciendo énfasis en:

- Situación de la mujer dentro del grupo familiar
- Situación emocional y problemas psicológicos de la mujer
- Condiciones generales de la mujer
- Síntomas de complicación (Cefalea intensa, visión borrosa, hemorragia y fiebre)
- Situación del amamantamiento
- Deambulación, micción y deposición
- Ingesta de suplementos vitamínicos
- Preguntas o inquietudes expresadas por la puérpera

## DIAPOSITIVA 10



Realice una evaluación general interrogando la paciente. El entorno de la paciente, el estado general de ella y de los familiares pueden decirnos mucho sobre la salud de ella; los familiares expresan que no observan normal a su familiar aunque clínicamente creamos que está bien siempre hay que poner atención cuando un familiar o paciente nos dice que cree que no es una situación normal por la que está pasando.

## DIAPOSITIVA 11

9.3 Después de explicarle a la madre, realiza un examen físico haciendo énfasis en:

- Estado general de la mujer, hidratación, palidez, orientación
- Signos vitales: presión arterial, pulso, frecuencia cardíaca y temperatura
- Estado de las mamas y pezones
- Grado de involución uterina
- Características de los loquios: cantidad, color y olor
- Revisión de episiotomía
- Revisión de herida quirúrgica y retiro de puntos en caso de cesárea

9.4 Informa a la madre sobre los resultados de la evaluación realizada y responde a sus preguntas en forma clara y sencilla

Explicar que toda paciente que curse con alguno de estos síntomas o signos de endometritis: fiebre, loquios fétidos, sub-involución uterina, hipersensibilidad uterina debe de ser referida a un CONE básico o completo para su tratamiento adecuado, aplicándole la primera dosis de antibióticos que tenga disponible.

**DIAPOSITIVA 12**

**Norma 10:**

El proveedor de los servicios de salud en la primera atención al recién nacido debe realizar las actividades siguientes:

- Revisa la información del carné perinatal y la tarjeta del niño/niña
- Evalúa condición general del recién nacido.
- Realiza la medición del peso, talla y perímetro cefálico y sus signos vitales
- Evalúa signos de buen agarre y succión adecuada del recién nacido
- Revisa muñón umbilical (sangrado, enrojecimiento, secreciones, fetidez)
- Inicia vacunas de acuerdo al esquema nacional si no las ha recibido.
- Evalúa el desarrollo y crecimiento del recién nacido
- Evalúa la presencia de signos de peligro (no llora, irritable, no succiona, frío o caliente)
- Inicia manejo y/o refiere según hallazgos clínicos

A nivel ambulatorio. La cefalea puede ser una síntoma que nos este prediciendo una enfermedad grave, como los trastornos hipertensivos del embarazo e incluso trastorno vasculares cerebrales entre otros. Debe de ser siempre investigado por un nivel superior.

**DIAPOSITIVA 13**

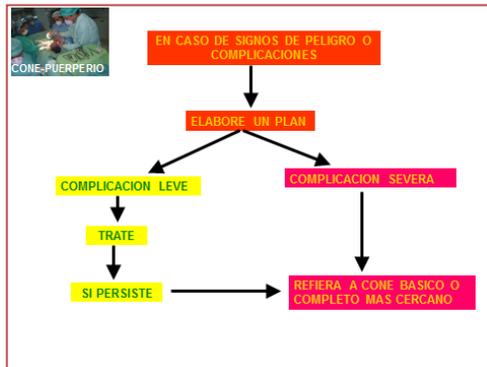
**Norma 11:**

El proveedor de los servicios de salud identificará necesidades o complicaciones en la puérpera de acuerdo a los hallazgos de la anamnesis y examen físico y realiza lo siguiente:

- Establece un diagnóstico
- Registra la condición de la puérpera: Identifica gravedad del caso
- Elabora un plan de atención de acuerdo a los hallazgos
- Refiere a la unidad de salud u hospital más cercano de acuerdo a los hallazgos

El examen físico es sumamente importante para la evaluación de la paciente es indispensable que siempre expliquemos a la paciente lo que vamos a realizar y explicar por qué lo hacemos.

**DIAPOSITIVA 14**



Explique que si como resultado de la atención puerperal se identifican complicaciones y/o signos de peligro se debe elaborar un plan de manejo, las complicaciones leves pueden ser manejadas en la US, pero las graves no, la persistencia del problema implica referencia obligatoria.

**DIAPOSITIVA 15**



Explique la importancia de identificar y tratar adecuadamente la anemia, la medición de la Hb es básica, si no dispone de laboratorio y no hay ninguna posibilidad local, explique que en el marca de RAMNI la secretaría estará impulsando la medición de Hb, Sífilis y VIH a través de pruebas rápidas y proteinuria y leucocitos en orina a través de tira reactiva, en las US que no cuentan con estos servicios.

**DIAPOSITIVA 16**

**Norma 16:**

El proveedor de los servicios de salud proporcionará información, educación y atención durante la atención puerperal sobre:

- Alimentación e higiene materna
- Lactancia materna exclusiva
- Cuidados del recién nacido
- Signos y síntomas de peligro (maternos y del recién nacido) y donde acudir en caso de presentarse.
- Riesgo reproductivo y planificación familiar, explicando la importancia de mantener un espacio inter genésico de mínimo 2 años (como factor protector para la salud de la madre y del niño)
- Promoverá la toma de citología de acuerdo a las Normas de Cáncer.

**DIAPOSITIVA 17**

**Lactancia Materna**

**Norma 17:**

- El proveedor de los servicios de salud en la primera atención de la puérpera la orientará sobre cómo debe amamantar a su recién nacido y como mantener la lactancia materna exclusiva

**Norma 18:**

- El proveedor de los servicios de salud fomentará que la puérpera alimente a su recién nacido con lactancia materna a libre demanda

**Norma 19:**

- El proveedor de los servicios de salud fomentará el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna en la comunidad y facilitará que las madres se pongan en contacto con los mismos

**DIAPOSITIVA 18**

**Planificación Familiar**

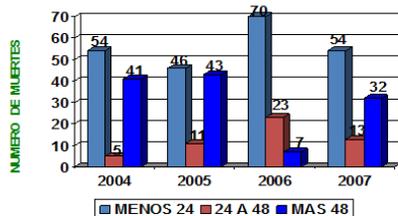
**Norma 20**

El proveedor de los servicios de salud interrogará a toda puérpera que sea captada en el sistema de salud sobre el uso de métodos anticonceptivos y en caso que no esté usando ninguno, le proveerá un método que acepte de acuerdo a las Normas de Planificación Familiar.

**DIAPOSITIVA 19**



MUERTES MATERNAS SEGÚN HORAS A QUE OCURRE LA MUERTE EN EL PUERPERIO, HONDURAS 2007

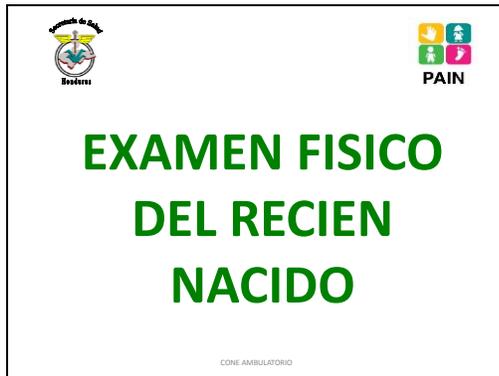


## OCTAVA SESION

### Examen Físico del Recién Nacido

Haga una pequeña introducción y exponga el video adjunto al manual

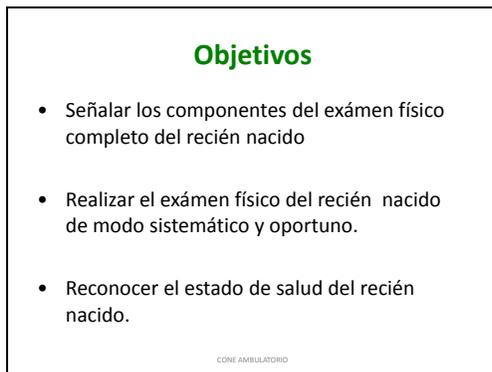
#### DIAPOSITIVA 1



Al hacer el examen físico de un recién nacido, se espera que en la mayoría de los niños será normal; sin embargo, en un pequeño porcentaje estará alterado por el hallazgo de cualquier malformación congénita asociada, o algún signo de alarma que aparezca después del nacimiento.

El conocer y buscar los elementos de un examen físico normal, facilitará la identificación de los signos de alarma que obliguen a la toma de decisiones de manera oportuna por parte del personal de salud.

#### DIAPOSITIVA 2

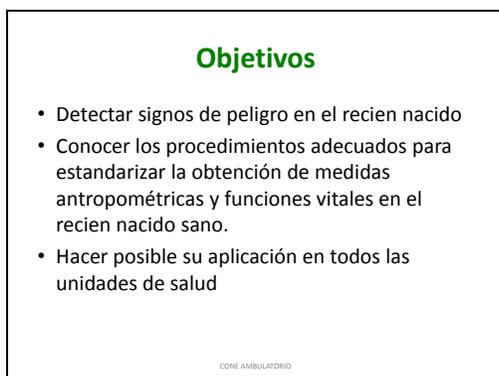


- Señalar los componentes del examen físico completo del recién nacido
- Realizar el examen físico del recién nacido de modo sistemático y oportuno.
- Reconocer el estado de salud del recién nacido.

Debe realizarse de manera sistemática y completa, revisando los diferentes órganos y sistemas.

Un adecuado examen físico nos puede dar a conocer el estado de salud en el momento del examen y Permitirá detectar tempranamente anomalías y signos de peligro en el recién nacido.

#### DIAPOSITIVA 3



- Detectar signos de peligro en el recién nacido
- Conocer los procedimientos adecuados para estandarizar la obtención de medidas antropométricas y funciones vitales en el recién nacido sano.
- Hacer posible su aplicación en todas las unidades de salud

En vista de la utilidad que representa este examen, debemos estandarizarnos en la toma de medidas antropométricas básicas y con ello saber en qué momento un hallazgo representa un estado anormal en el niño.- Esto, debe ser posible de realizar en cualquier Unidad de Salud de nuestra Secretaría de Salud

#### DIAPOSITIVA 4

**¿Cuándo realizar el examen físico del recién nacido?**

- Al nacer, de manera rápida y dirigida.
- Luego del período de adaptación o previo al momento de su egreso, de manera completa.
- En el caso de los CESAR y CESAMO, se hará en el momento de la captación del RN

CONE AMBULATORIO

Al nacer, el examen debe hacerse de manera rápida, tratando de identificar malformaciones congénitas externas u otros signos que pongan en riesgo la vida del niño, para actuar de manera inmediata.

No se debe mantener durante largos periodos de tiempo al niño desabrigado para no ocasionarle una **hipotermia que** es una condición severa que puede acompañarse de **hipoglicemia** y dejar secuelas en el desarrollo neurológico del recién nacido.

#### OBSERVACION GENERAL

#### DIAPOSITIVA 5

**OBSERVACIÓN GENERAL**

**Sin tocar al recién nacido, observar:**

- El tamaño del recién nacido.
- El patrón respiratorio (respiración pausada, no agitada, puede haber periodos menores de 20 segundos en que no se vea la respiración ( apnea)
- Sobresalto como respuesta a sonidos
- El color de piel (identificar cianosis(coloración azulada), ictericia (amarillo), palidez, meconio, Puntos rojos(petequias) o moretes.

CONE-RN NACIDO

El examen físico completo se lleva a cabo idealmente después de pasado el período de adaptación (8-12 horas después del nacimiento) y una evaluación inmediata

El tamaño del recién nacido es muy importante puesto que cuando son muy pequeños tienen mayor riesgo de complicaciones que ponen en riesgo su vida; por tanto, debe reconocerse aquellos que deben ser trasladados de manera inmediata a un hospital.

La respiración debe ser pausada, no agitada, puede haber períodos de cese de respiración de 5 a 10 segundos.

El niño tiene respuesta a los estímulos con sonidos que se manifiestan con sobresalto.

La presencia de cianosis o palidez, pueden representar un problema respiratorio, de allí que se espera que la coloración sea rosada.

#### DIAPOSITIVA 6

**OBSERVACIÓN GENERAL**

**Sin tocar al recién nacido, observar:**

- La postura con las extremidades encogidas o flexión.
- La coordinación de los movimientos simétricos de las extremidades).
- Calidad del llanto (fuerte, llanto débil)
- Malformaciones externas
- Condición del ombligo (coloración, secreción).
- Signos de infección o trastornos metabólicos (temblores, hipotonía, convulsiones u otro)

CONE-RN NACIDO

La postura en los miembros superiores e inferiores encogidos, es la condición normal del niño durante esta etapa de la vida. Si el niño está flácido hay alguna alteración que debe investigarse de manera inmediata.

Los movimientos deben ser simétricos en las extremidades, al no serlo, podrá expresar daño neurológico u otra alteración física en el niño.

El llanto debe ser fuerte, sin manifestaciones de irritabilidad (llanto incesante) o llanto débil.

Debe observarse si hay malformaciones externas

Al observar la condición del ombligo debe verse el color en la zona alrededor del ombligo, su inserción y otras manifestaciones de anormalidad.

## POR ORGANOS Y SISTEMAS

### DIAPOSITIVA 7



**EVALUACIÓN POR ÓRGANOS Y SISTEMAS**

- **SISTEMA RESPIRATORIO**
- **Frecuencia respiratoria**
  - Suele ser entre 40 y 60 respiraciones por minuto
  - Debe ser periódica
  - Ritmo regular en un minuto
  - Puede haber breves periodos de apnea menor de 20 segundos.

La frecuencia respiratoria suele ser el signo más importante y que frecuentemente se encuentran alteraciones en el recién nacido.- Puede manifestarse con aumento o disminución del valor conocido como normal, en ambos casos expresa importantes alteraciones que ponen en riesgo la vida del niño.

Es frecuente observar periodos de cese de respiración en el recién nacido por menos de 10 segundos, razón por la que la frecuencia respiratoria debe contarse durante un minuto completo.

### DIAPOSITIVA 8



**EVALUACIÓN POR ÓRGANOS Y SISTEMAS**

**Evaluación del tórax:**

**Tórax**

- Forma y simetría (ambos lados deben estar igual)
- Buscar masas
- Frecuencia respiratoria debe ser periódica, ritmo regular en un minuto

**Corazón**

Auscultar frecuencia cardiaca  
Verificar la posición de los ruidos cardiacos del lado izquierdo

En la evaluación del tórax es importante ver la los movimientos del tórax al respirar sin igual en ambos lados, el patrón respiratorio del recién nacido, el ritmo respiratorio.

Auscultar el murmullo vesicular, el ritmo cardiaco, asegurándose de encontrarlos en el lado izquierdo del tórax.

En el recién nacido la frecuencia cardiaca oscila entre 120 am 160 latidos por minuto y la frecuencia respiratoria entre 40 a 60 respiraciones por minuto.

### DIAPOSITIVA 9



**EVALUACIÓN POR ÓRGANOS Y SISTEMAS**

**Corazon**

Con frecuencia pueden auscultarse soplos sistólicos que son transitorios.

**Recuerde:**  
*Los soplos cardiacos que se acompañan de otra sintomatología o que persisten por mas de 24 horas deben ser estudiados.*

La presencia de soplos o alteraciones en los pulsos femorales pueden indicar una malformación congénita cardiaca que ponga en riesgo la vida.- Esta condición debe obligar al traslado del niño a un lugar donde pueda investigarse.

### DIAPOSITIVA 10



**Pulmones**

- La entrada de aire debe escucharse igual en ambos lados.
- En las primeras horas post parto pueden auscultarse ruidos húmedos.
- Un murmullo vesicular disminuido o asimétrico deben hacer sospechar patología.

Después del parto se da el intercambio donde los pulmones que anteriormente estaban llenos de agua comienzan a intercambiar el líquido amniótico por aire, por tal razón en las primeras horas se auscultaran estertores crepitantes.

Cuando se ausculta disminución de los sonidos pulmonares o asimetría, se debe sospechar alguna enfermedad pulmonar que puede representar riesgo para la salud del neonato

## DIAPOSITIVA 11



**Clavículas**

- Palpar superficie lisa y uniforme
- Descartar fracturas, especialmente en recién nacidos grandes para la edad gestacional.

(Dolor a la palpación, aumento de volumen o discontinuidad en el hueso y a veces clic al movilizar la clavícula)

En los partos de difícil extracción o en partos de recién nacidos grandes para la edad gestacional, se debe examinar con mucho cuidado ambas clavículas, que deben palparse una superficie lisa y uniforme, si se palpa una superficie descontinuada y con el sonido de clic al movilizarla estamos ante una fractura de clavícula que deberá ser inmovilizada.

## DIAPOSITIVA 12



**Nódulos mamarios**

- Palpable en neonatos a término
- Algunos presentan secreción láctea en mamas (leche de brujas) resuelve espontáneamente, no exprimirla
- Buscar mamas supernumerarias u otras malformaciones.
- Cambios inflamatorios que sugieran mastitis

Los nódulos mamarios son muy importantes para hacer una estimación de la edad gestacional del recién nacido, en algunas ocasiones se puede observar secreción lechosa, que resuelve espontáneamente y que es debido a una descarga hormonal de la madre al recién nacido.

Se deben buscar además la presencia de masas en las mamas, mamas supernumerarias, cambios inflamatorios.

## DIAPOSITIVA 13



**Sistema Cardio Respiratorio**

- Color de la piel: presencia de cianosis, palidez, rubicundez ( hijos de madres diabéticas, prematuros y policitemia (excesiva cantidad de glóbulos rojos).
- Frecuencia respiratoria: valor normal 40 -60 respiraciones por minuto, breves periodos de ausencia respiratoria 5 – 10 seg, al llorar puede presentar leve retracción del tórax que puede ser normal si no se acompaña de quejido.

La coloración de la piel es muy importante para determinar la oxigenación del recién nacido, en la hipoxia tendremos cianosis o palidez que refleja el pobre transporte de oxígeno a los tejidos, o en los casos de policitemia manifestada clínicamente como rubicundez, el exceso de glóbulos rojos.

El ritmo de la respiración es periódico, con ligero hundimiento del tórax, que si se acompaña de quejido se convierte en una complicación importante para el bienestar del paciente.

## DIAPOSITIVA 14



- Frecuencia cardiaca: normal de 120 – 160 latidos por minuto, aumenta con el llanto, actividad y la respiración rápida y disminuye cuando el recién nacido esta tranquilo o dormido.

En recién nacido la actividad, el llanto, la respiración rápida pueden ocasionar un aumento de la frecuencia cardiaca pero esta disminuye al estar dormido o tranquilo.

El aumento o disminución de la frecuencia cardiaca en situaciones diferentes a las mencionadas, deberán ser investigadas, pues podría representar un problema.

## DIAPOSITIVA 15



**Recuerde:**  
El sistema respiratorio de un RN suele estar intacto cuando:

- ✓ Coloración sonrosada
- ✓ Sin retracción inter o subcostal grave
- ✓ Sin quejido
- ✓ Frecuencia respiratoria normal

Debe investigar siempre:  
Alteración de los pulsos femorales (coartación de aorta)

Podemos decir que el recién nacido se encuentra cardiopulmonarmente estable cuando tiene una coloración sonrosada, sin hundimientos inter o subcostales, sin quejido y con frecuencia respiratoria normal.

Si se encuentra ausencia de pulsos femorales se debe investigar coartación de la aorta.

## DIAPOSITIVA 16



**EVALUACIÓN POR ÓRGANOS Y SISTEMAS**

- **Evaluación de Abdomen:**
  - La inspección es importante (observar relieve de órganos a través pared abdominal).
  - El hígado puede palparse 2 a 2.5 cm debajo del reborde costal.
  - El bazo puede palparse 1 a 2 cm debajo del reborde costal.
  - No debe palparse masas

El abdomen del recién nacido suele ser globoso y al palparlo puede encontrarse el hígado y bazo por debajo por debajo del reborde costal; esto, es una variante normal.- Sin embargo, no deben observarse masas de ninguna naturaleza.

## DIAPOSITIVA 17



**Evaluación de Abdomen:**

- Se debe revisar el muñón umbilical y sus características.
- Se debe investigar si hay distensión abdominal

**Recuerde:**  
*Si el abdomen luce excavado y tiene dificultad respiratoria (respiración rápida, tiraje subcostal severo, aleteo nasal) descartar hernia diafragmática*

No debe dejar de observarse el cordón umbilical.- Si la zona alrededor del ombligo esta enrojecida pueda representar un proceso infeccioso en el niño.

A la inspección del abdomen se debe valorar la forma del tórax. Que algunas enfermedades tienen características relacionadas con la forma, ejemplo: la Hernia diafragmática, el megacolon congénito, entre otras.

## DIAPOSITIVA 18



**Evaluación de Genitales y recto:**

- Pasar suavemente tres centímetros del termómetro rectal, para evaluar la permeabilidad y posición del ano y recto.
- Se debe determinar el sexo del RN y descartar ambigüedad sexual.
- En los niños: Siempre se deben palpar los testículos, que deben tener el mismo tamaño y estar presentes en el escroto o en el canal inguinal, se debe medir la longitud del pene la cual es en promedio 2.5 cm

Es frecuente encontrar malformaciones ano rectales; por esto, debe siempre examinarse el ano y evaluar su permeabilidad, el tono y el diámetro.

Las malformaciones ano rectales requieren intervención quirúrgica de urgencia.

En las niñas, los labios menores suelen ser prominentes, el sangrado y el flujo vaginal blanco suelen ser aspectos normales que están en relación con la presencia de hormonas transmitidas por la madre.- Deben reconocerse malformaciones de diversa naturaleza.

DIAPOSITIVA 19



**Algunos hallazgos:**

- Fimosis
- Escroto amplio
- Eventualmente hidrocele, hipospadias



**En las Niñas:** separar los labios mayores para valorar la integridad del himen y otras malformaciones.

**Hallazgos:**

- Aumento de labios mayores
- Hipertrofia de la mucosa vaginal
- Ocasionalmente: flujo vaginal blanco, de consistencia cremosa o pseudomenstruación a partir del segundo día

El hidrocele, si se sospecha, puede investigarse trans iluminando el escroto, lo que denotará la presencia de líquido.- Si no se encuentran los testículos en el escroto o canal inguinal se trata de una criptorquidia que ameritará cirugía pero no es un procedimiento de urgencia.

La fimosis es normal, no debe intentarse la retracción del prepucio.-

Algunos niños podrán tener un sexo no definido o ambigüedad sexual.

También debe identificarse el sexo de la niña en busca de ambigüedad sexual.

DIAPOSITIVA 20



**La piel del recién nacido.**

- Independientemente de la edad gestacional la piel de las extremidades del RN es rosada, con cianosis distal frecuente (palmas y plantas azuladas) debido a una circulación periférica deficiente, acrocianosis.
- En el recién nacido a término sano, la piel es rosada, suave y se enrojece con el llanto.

Al observar el color de piel se puede identificar cianosis, ictericia, palidez, que suelen ser signos importantes de peligro.

La presencia de Cianosis central y la palidez extrema, indistintamente de la condición que la genere, debe ser motivo de intervención inmediata.

DIAPOSITIVA 21



- En el RN pre término: la piel es muy delgada, mas rojiza y permite ver con facilidad los vasos sanguíneos
- En el pos término, la piel es gruesa, acartonada, se descama muchas veces y suele ser más pálida.

Frecuentemente se pueden observar:

- ✓ **Milios diminutos:** son glándulas sudoríparas taponadas en la nariz,
- ✓ **Manchas mongólicas:** son zonas azuladas situadas en la espalda y glúteos.

La observación de la piel del recién nacido es muy importante porque puede indicarnos su madurez.

Los milios diminutos, las manchas mongólicas y el eritema toxico son variantes normales, que deben reconocerse, no deben ser motivo de ningún tratamiento.

DIAPOSITIVA 22



- ✓ **Eritema toxico:** Lesiones papulosa en el tronco que desaparecen sin tratamiento.
- ✓ **Ictericia:** Visible cuando la concentración de bilirrubina es al mayor o igual a 6 mg/dl
- ✓ **Nevos**
- ✓ **Lanugo:** Pelo fino que puede estar presente sobre los hombros y dorso

**La palidez de un RN puede deberse a: Hemorragias obstétricas, malformaciones de la placenta o el cordón, transfusiones del feto a la madre, hipotermia.**

Recaltar que la ictericia cuando es en las primeras 24 horas indica la necesidad de una vigilancia extrema ya que puede requerirse exanguino transfusión.- Después del segundo y tercer día de vida es frecuente observar de leve a moderado tinte icterico en el niño, el que si se incrementa debe ser motivo de tratamiento intra hospitalario por las implicaciones neurológicas que esto puede generar.

DIAPOSITIVA 23



**Evaluación de extremidades:**

- Se debe buscar la simetría y movilidad de extremidades superiores e inferiores.
- El "clic" al efectuar la separación de caderas del recién nacido puede obedecer a una subluxación de cadera.
- Debe investigarse movilidad de los hombros en busca de parálisis de Erb.

En la evaluación de las extremidades se debe observar si la forma y los movimientos son iguales.

Siempre debe realizarse la maniobra que nos permita identificar la condición de la cadera ya que puede encontrarse una luxación congénita que debe recibir tratamiento de inmediato.

Una alteración en el movimiento de un brazo puede indicar lesión durante el parto, con daño neurológico importante.- Puede encontrarse incapacidad para moverlo con presencia de la mano en forma de garra.

DIAPOSITIVA 24




**Evaluación de la cabeza**

- Palpar la cabeza identificando el tamaño de la fontanela normal: 2-3 cm
- Palpar la tensión de las fontanelas
- En cuero cabelludo buscar: infecciones, heridas, erosiones, malformaciones
- Caput succedaneum corresponde a edema del cuero cabelludo por la presión del trabajo de parto, no requiere tratamiento
- El Cefalohematoma consiste en acumulación de sangre bajo el perostio, es generalmente resultado de un parto difícil (suele producir anemia e ictericia y puede aparecer hasta el tercer o cuarto día de vida).

Los traumas durante el parto suelen ser frecuentes y pueden manifestarse con edema del cuero cabelludo que suele desaparecer espontáneamente.- Los céfalo hematomas, aparecen al tercer día y se caracterizan por ser sub-periostícos y comprendidos entre dos suturas.

DIAPOSITIVA 25




Puede haber moldeamiento de los huesos craneales que desaparece alrededor del quinto día.

- ✓ Pabellones auriculares: tamaño, forma, posición, presencia de conducto auditivo externo y otras anomalías.
- ✓ Nariz: descartar atresia de coanas (confirmar su permeabilidad pasando una sonda de alimentación 5f a través de las fosas nasales)
- ✓ Millium sebáceo (glándulas sebáceas obstruidas no requieren tratamiento) y otras malformaciones.
- ✓ Boca: cavidad oral en busca de labio y paladar hendido, hendiduras gingivales, perlas de Epstein (quistes mucosos blanquecinos que se encuentran en el paladar duro y blando que desaparecen espontáneamente).

Siempre es importante determinar el perímetro cefálico, un diámetro menor indica la presencia de microcefalia.- Si el diámetro es mayor de lo esperado, puede tratarse de una hidrocefalia.

El tamaño de la fontanela anterior es muy importante, una fontanela aumentada puede indicar una malformación. Si las fontanelas están totalmente cerradas se trata de una cráneosinostosis que debe ser motivo de intervención importante

DIAPOSITIVA 26



**Hallazgos en el examen segmentario**

- ✓ Cabalgamiento de suturas: (huesos de la cabeza superpuestos)
- ✓ Fontanela posterior abierta: (entre parietales y occipitales) se relaciona con RN pre término
- ✓ Baja implantación de las orejas que puede estar relacionada con:
  - a. Alteraciones cromosómicas como trisomía 21 o mongolismo
  - b. Agenesia renal (ausencia de riñón)

Es normal que se aprecien los parietales cabalgados, el cabalgamiento desaparece con el crecimiento de la cabeza.

Si la fontanela posterior está abierta, estamos frente a un caso de recién nacido prematuro o de retardo en la osificación de un recién nacido a término.

La baja implantación de las orejas puede estar relacionada con alteraciones cromosómicas (Trisomía 21 o mongolismo) o agenesia renal (ausencia de riñones).

## DIAPOSITIVA 27



**Evaluación neurológica.**  
Mientras se exploran otras partes del cuerpo, puede valorarse:

- ✓ La simetría de los movimientos de las extremidades
- ✓ La postura
- ✓ El tono corporal
- ✓ El llanto o la inactividad
- ✓ Grado de vigilia (alerta) y apertura de los ojos

La igualdad de los movimientos, el adecuado tono corporal, la postura, la flexión, el llanto fuerte y la respuesta a estímulos indican integridad del sistema nervioso central.

## DIAPOSITIVA 28



**Evaluación ocular:**

- El personal calificado de los servicios de salud responsable de la atención del recién nacido, realizará una evaluación ocular minuciosa en busca de:
  - Hemorragias
  - Tinte icterico en escleras
  - Exudado conjuntival
  - Color del iris
  - Tamaño e igualdad de las pupilas
  - Movimiento de los ojos
  - Lagrimeo constante: Indica una obstrucción del conducto lagrimal: Dacriostenosis, la cual se resuelve con masajes al saco lagrimal después que el neonato se alimenta).

Se debe realizar una evaluación muy minuciosa en busca de cualquier signo que pueda representar peligro para el recién nacido o que forme parte de un conjunto de síntomas que determinen alguna enfermedad o síndrome.

Evaluar los movimientos oculares, el tamaño de las pupilas, su simetría.

## DIAPOSITIVA 29



**EVALUACIÓN POR ÓRGANOS Y SISTEMAS**

**TEMPERATURA DEL R.N.**

- ✓ Tomar la temperatura en la axila durante 3 minutos.
- ✓ Normalmente fluctúa entre 36.5°C y 37° C.
- ✓ Verificar la columna de mercurio en el termómetro por debajo de los 35°C, antes de ser colocado en el niño.
- ✓ Colocar el bulbo del termómetro en la cavidad axilar del recién nacido y juntarle el brazo a su cuerpo para que no se caiga.
- ✓ La temperatura debe tomarse en la mañana, en la tarde y la noche.

La temperatura corporal en un recién nacido es muy importante.- La hipotermia como la hipertermia pueden ser indicativos de procesos infecciosos severos que ponen en riesgo la vida del niño.- Se debe tomar correctamente.

## DIAPOSITIVA 31



**MEDIDAS ANTROPOMETRICAS EN EL EXAMEN FISICO DEL R. N.**

**Peso**

- ✓ La toma de peso del recién nacido debe realizarse desnudo.
- ✓ Registre en el expediente clínico.
- ✓ Durante los primeros días es normal la pérdida de peso (6 a 8% respecto de su peso al nacer) y este debe ser recuperado alrededor del décimo día.

Las medidas antropométricas tienen un significado importante en la atención de un recién nacido.- Son elemento fundamental para determinar el crecimiento intrauterino y la base para hacer posible el seguimiento en su crecimiento y desarrollo del niño.

Se deben tomar con el recién nacido desnudo, para obtener un dato real, es esperado que en los primeros días haya una pérdida de peso de aproximadamente 8 %, respecto al peso al nacimiento, que se espera se recupere alrededor del décimo día de vida.

DIAPOSITIVA 32



**MEDIDAS ANTROPOMETRICAS  
EN EL EXAMEN FISICO DEL R. N.**

**Peso**

- ✓ La balanza digital o romana debe ser calibrada.
- ✓ Dejarla en cero después de cada medición.
- ✓ El peso promedio esperado debe ser mayor de 2500 gr en el recién nacido a término.

El personal debe estar capacitado para hacerlo e interpretar los hallazgos para determinar los cambios que ocurran en el tiempo. Hacer énfasis en la importancia de la nutrición y la ganancia de peso como signo de salud del recién nacido, para que sea tomada adecuadamente se debe calibrar la balanza.

DIAPOSITIVA 33



**MEDIDAS ANTROPOMETRICAS  
EN EL EXAMEN FISICO DEL R. N.**

**Talla.**

- ✓ La medición del recién nacido se realiza con un tallímetro de madera o con cinta métrica, sobre una superficie plana. (mesa, cama, etc.)
- ✓ Si es posible, un ayudante debe fijar la cabeza del R. N. en un extremo del tallímetro y extender sus extremidades.
- ✓ Luego se registra la medida o talla.
- ✓ La talla guarda relación con el peso.
- ✓ La talla promedio esperada es de 48 a 53 cm.

La toma de esta medida de manera adecuada es con tallímetro de madera, en caso de no haber, debe de realizarse con cinta métrica no extensible.

Se debe asegurar que la cabeza quede fijada a un extremo del tallímetro y extender bien sus extremidades.

La talla guarda relación con el peso

DIAPOSITIVA 34



**MEDIDAS ANTROPOMETRICAS  
EN EL EXAMEN FISICO DEL R. N.**

**Perímetro cefálico**

- ✓ El contorno de la cabeza del recién nacido se mide con una cinta métrica (no elástica).
- ✓ Tomando como punto de referencia las regiones más prominentes del frontal y el occipital.
- ✓ Debe registrarse si se observa céfalo hematoma u otra alteración.
- ✓ La medida del perímetro cefálico guarda relación con el peso y la talla.
- ✓ En promedio se espera que sea entre 33 y 38 cm

El perímetro cefálico debe permanecer entre los rangos esperados de 33 y 38 cm de promedio, además en este momento es la oportunidad ideal para revisar la cabeza buscando alteraciones relacionadas con el trauma obstétrico.

## NOVENA SESION

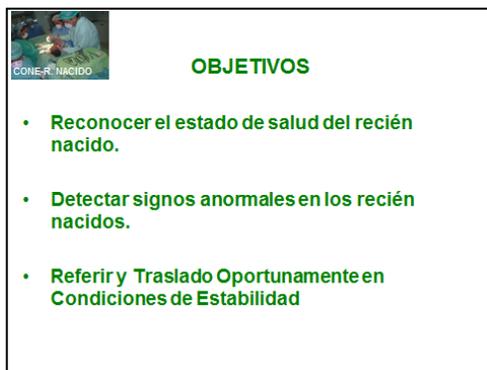
### Signos de Alarma del Recién Nacido

#### DIAPOSITIVA 1



Muchas veces con o sin antecedentes de riesgo obstétrico, durante las primeras horas o días de vida los recién nacidos pueden presentar signos o síntomas que deben ser detectados para su manejo oportuno de modo de no poner en peligro su vida.

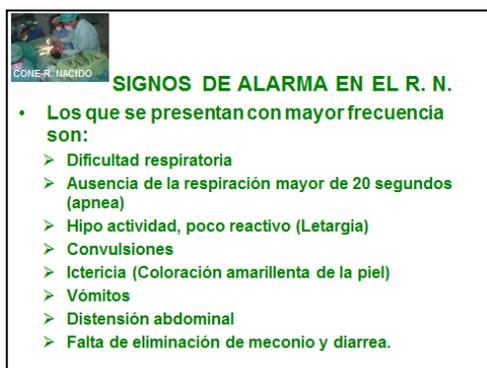
#### DIAPOSITIVA 2



Lo importante es reconocer el estado de salud de los recién nacidos y con ello identificar los signos de peligro para su manejo inmediato en función de la capacidad de respuesta en los distintos niveles de atención en el sistema de salud.

La identificación de los signos de peligro debe significar la necesidad de intervenciones inmediatas, ya sea en el lugar donde se reconozca el hecho o a través de la referencia oportuna a un establecimiento de mayor complejidad.

#### DIAPOSITIVA 3



El traslado de un recién nacido debe hacerse procurando que conserve su temperatura corporal, el nivel de glicemia y una adecuada ventilación para no poner en riesgo su vida durante el traslado.

Son muchos los signos de peligro que pueden identificarse en un recién nacido, lo importante es que su reconocimiento se haga de manera temprana para identificar la intervención necesaria de acuerdo al caso, y con ello, evitar el riesgo de muerte en estos niños.

#### DIAPOSITIVA 4



**SIGNOS DE ALARMA EN EL R. N.**

- **Dificultad respiratoria:**  
Se caracteriza por el aumento de la frecuencia respiratoria y /o trabajo respiratorio manifestado por:
  - Aleteo nasal (movimiento de las alas de la nariz al respirar)
  - Retracción esternal e intercostal (Hundimiento de las costillas al respirar)
  - Quejidos y
  - Cianosis.

La dificultad respiratoria suele ser el signo más frecuentemente encontrado y generalmente indica un grado de severidad extrema, sobre todo cuando se acompaña de quejido inspiratorio o cianosis severa.

La taquipnea transitoria del recién nacido es una condición benigna que se presenta en niños nacidos por cesárea.

#### DIAPOSITIVA 5



**SIGNOS DE ALARMA EN EL R. N.**

- **Dificultad respiratoria**
  - > En un R. N a término o pos término que nace bañado en liquido verde (Meconial) y presenta dificultad respiratoria, descartar aspiración de meconio.
  - > En un recién nacido pre término con dificultad respiratoria severa, diagnosticar una posible Membrana Hialina.
  - > R. N con antecedentes de Ruptura Prematura de Membranas (RPM) y/o liquido amniótico fétido y caliente (Corioamnionitis), descartar neumonia connatal.

Las causas de dificultad respiratoria pueden ser muy diversas y frecuentemente están asociadas a: la madurez al momento de nacer, a traumas durante el parto, al sufrimiento fetal agudo con la consiguiente aspiración de meconio o a fenómenos infecciosos asociados.- Indistintamente de la circunstancia que la genere, el niño debe ser atendido de inmediato o referido en condiciones de estabilidad que garanticen la sobrevida durante el traslado.

#### DIAPOSITIVA 6



**SIGNOS DE ALARMA EN EL R. N.**

- **APNEAS:**
  - > Es la ausencia de respiración por mas de 20 segundos, con o sin disminución de la frecuencia cardíaca.
  - > Si se prolonga puede ocasionar:
    - Cianosis,
    - Bradicardia y
    - Acidosis.

Es frecuente observar apneas en el recién nacido, estas, deben ser durante un tiempo inferior a los 20 segundos.- la duración mayor de 20 segundos indica la posibilidad de tener un problema severo que amerita intervención inmediata.

#### DIAPOSITIVA 7



**SIGNOS DE ALARMA EN EL R. N.**

- **APNEAS:**  
Las apneas son más comunes en los prematuros de muy bajo peso. (menor de 1500g)  
Obedecen a una gran diversidad de factores:
  - Hipotermia (T menor de 36,5 )
  - Daño al SNC
  - Sepsis,
  - Hipoglucemia,
  - Anemia,
  - Policitemia,
  - Drogas. (Madre)

Hay que tener especial cuidado en recién nacidos de bajo peso cuando diagnostiquemos una apnea, existen muchos factores que predisponen y enfermedades que presentan apneas como manifestación.

## DIAPOSITIVA 8



**SIGNOS DE ALARMA EN EL R. N.**

- **LETARGIA:**  
Estado de hipo actividad profunda, hipotonía.

**Signos relacionados con:**

- Alteraciones del sistema nervioso central,
- Sepsis e
- Hipoglucemias.

➤ Es conveniente descartar estas patologías.

La poca actividad es una manifestación frecuente de los niños infectados, esta es una condición que en nuestro país frecuentemente conduce a la muerte.- El niño luce y está severamente enfermo con muy pobre respuesta a estímulos.

Puede responder a una infección, alteración del sistema nervioso e hipoglucemia, es necesario descartar estas patologías ante la presencia de apnea.

## DIAPOSITIVA 9



**SIGNOS DE ALARMA EN EL R. N.**

- **CONVULSIONES:**  
Signo relacionado con daño en el sistema nervioso central:

- Convulsiones en niños asfixiados,
- Hipoglucemia,
- Meningitis,
- Hijos de madres drogadictas,
- Traumas al nacimiento.

➤ Por ser uno de los más frecuentes y de fácil corrección, descartar inicialmente hipoglucemia.

Las convulsiones pueden indicar: procesos infecciosos, trauma obstétrico, trastornos metabólicos, hipoxia durante el parto, entre otras, con el consiguiente daño neurológico.

## DIAPOSITIVA 10



**SIGNOS DE ALARMA EN EL R. N.**

- **ICTERICIA:**  
Una pigmentación amarillenta de la piel y mucosas que se presenta durante las 24 horas de vida.

➤ Amerita considerar un recambio sanguíneo.

➤ Cuando el nivel no es extremo, pueden ser manejadas con fototerapia.

La ictericia cuando se presenta en las primeras 24 horas de vida indica la necesidad urgente de intervención en un hospital ya que puede necesitarse exanguino transfusión.- La ictericia “fisiológica” suele presentarse a partir del tercer día de vida y si no es significativa, desaparece al cabo de 2 semanas y generalmente no causa un problema.

Cuando la ictericia es tardía puede estar ligada a procesos que deben investigarse en un hospital.

## DIAPOSITIVA 11



**SIGNOS DE ALARMA EN EL R. N.**

- **SINTOMAS DIGESTIVOS:**

➤ **Vómitos por:**

- Deglución de líquido meconial o sangre durante el parto
- Por ingerir demasiada leche
- Por infecciones urinarias o sepsis.

Cuando el vomito se acompaña de bilis o sangre, es conveniente considerar causas quirúrgicas

Los vómitos siempre son un signo de alarma en un recién nacido y puede obedecer a diferentes causas.

En las primeras horas de vida, puede ser por la deglución de meconio o sangre durante el parto, por tomar más leche de su capacidad gástrica, por procesos infecciosos y en ocasiones cuando el contenido es sanguinolento o bilioso es necesario considerar las causas quirúrgicas.

## DIAPOSITIVA 12



**SIGNOS DE ALARMA EN EL R. N.**

- **DISTENSION ABDOMINAL:**  
Puede ser producida por sobrealimentación y retardo en el pasaje de meconio.  
Causas quirúrgicas considerar:
  - Peritonitis
  - Neumoperitoneo
  - Visceromegalia abdominal (hidronefrosis, riñones poli quísticos, tumores de riñón)
  - Enfermedad de Hirschprung.

Si se considera la posibilidad de que se trate de un problema quirúrgico, debe tratarse en un hospital con urgencia ante la sospecha de Atresia intestinal, mal rotaciones, enterocolitis necrotizante, atresia de esófago, que a diferencia de las anteriores el contenido es gástrico, no bilioso.

La distensión abdominal se manifiesta con un abdomen globoso, frecuentemente tenso.- Puede estar asociado a procesos infecciosos, pero con elevada posibilidad de que se asocie a problemas de orden quirúrgico.- Obliga a una referencia inmediata al hospital más cercano.

En algunos casos es secundaria al aumento de tamaño de los órganos intra-abdominales.

## DIAPOSITIVA 13



**SIGNOS DE ALARMA EN EL R. N.**

- **DISTENSION ABDOMINAL:**
  - > El mayor peligro radica en la hipo ventilación al disminuir la movilidad del diafragma.
  - > Hay que investigar si la distensión se debe a líquidos, sólidos o gas.
  - > Debe ser referido de inmediato a un hospital.

La distensión abdominal puede ocasionar consecuencias graves para el recién nacido sobretodo sobre la respiración por la disminución del movimiento del diafragma.

Se debe investigar si es causado por la saturación del aparato digestivo de líquidos, sólidos o gases y debe ser referido inmediatamente

## DIAPOSITIVA 14



**SIGNOS DE ALARMA EN EL R. N.**

- **DIARREA:**  
Aumento de volumen líquido y frecuencia de las deposiciones
  - > Si estas están acompañadas de moco o sangre, se considera un signo de alarma

Las causas mas comunes de diarrea en las salas de bebés son las infecciones por:

- E. coli entero patógena y
- virus

La diarrea en un recién nacido se asocia más frecuentemente con procesos infecciosos, puede provocar alteraciones metabólicas (hipoglucemia, acidosis, entre otras) y hemodinámicas (deshidratación) que ponen en riesgo la vida.

## DIAPOSITIVA 15



**SIGNOS DE ALARMA EN EL R. N.**

- **RETARDO DEL PASAJE DE MECONIO:**
  - > Se acompaña de distensión abdominal y vómitos debido a una obstrucción intestinal.
  - > Se debe considerar en el diagnóstico diferencial de enfermedades quirúrgicas: ileo meconial, hipoplasia del colon izquierdo (micro colon) y enfermedad de Hirschprung (megacolon agangliónico).
  - > Se recomienda tomar radiografías para precisar el diagnóstico y enemas rectales en los casos de tapón meconial.

El retardo en el pasaje de meconio, siempre debe ser motivo de referencia para conocer la evolución del niño y decidir la conducta en un ambiente especializado.

## DIAPOSITIVA 16



**SIGNOS DE ALARMA EN EL R. N.**

- **OTROS SIGNOS DE PELIGRO:**
  - > **INCAPACIDAD PARA ALIMENTARSE (El R.N. no mama).**
  - > **FIEBRE O HIPOTERMIA.**
  - > **ENROJECIMIENTO PERIUMBILICAL (Ombigo rojo).**

La incapacidad para alimentarse es una situación de extrema gravedad.

La hipotermia y la hipertermia son indicativos de la posibilidad de una sepsis neonatal.- No debe postergarse la referencia a un centro de mayor complejidad para atender al niño con oportunidad.

El enrojecimiento alrededor del ombligo indica la presencia de un proceso infeccioso local que en un recién nacido puede tratarse de una sepsis neonatal.

Debemos garantizar que el traslado del recién nacido con signos de peligro se realice en las mejores condiciones posibles, de modo que no signifique un deterioro adicional de su condición clínica o la interrupción de un tratamiento ya establecido.

La referencia oportuna y el traslado en las condiciones adecuadas contribuyen a la disminución de la morbilidad y mortalidad neonatal

## DECIMA SESION

### Lactancia Materna

#### DIAPOSITIVA 1

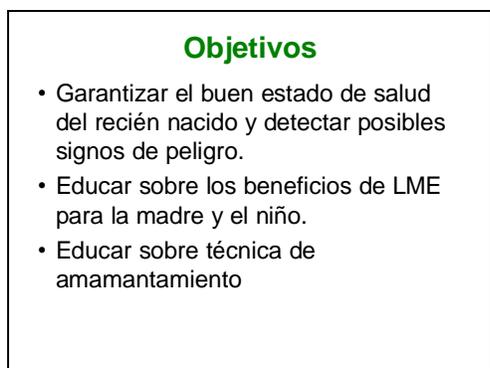


La lactancia materna es una de las áreas de mayor influencia en la atención esencial del recién nacido.

Son muchas las ventajas de la lactancia materna para el bebé, la madre y la sociedad.

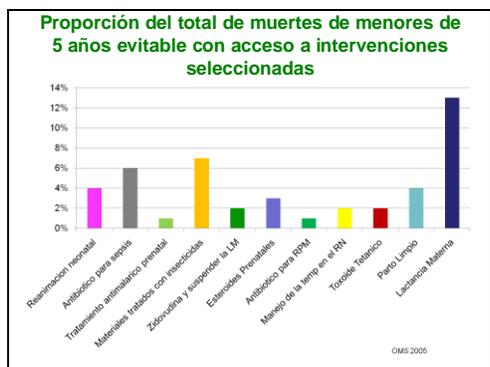
La lactancia temprana y exclusiva requiere de un apoyo activo del personal y de la familia para su práctica.

#### DIAPOSITIVA 2



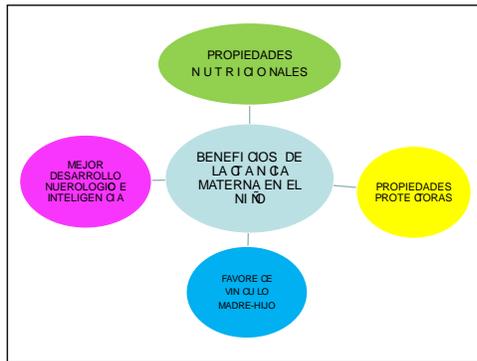
Las siguientes diapositivas tienen como propósito informar al personal de salud que la lactancia materna tiene múltiples beneficios para la madre y el recién nacido, permite conservar el buen estado de salud del niño, al tiempo que favorece una adecuada relación con la madre proveyendo de un entorno emocional satisfactorio, a la vez dándole a conocer las técnicas de amamantamiento para mejorar la lactancia materna

#### DIAPOSITIVA 3



Información brindada por la OMS en el 2005 revela que la lactancia materna exclusiva es una intervención que contribuye a la reducción de la mortalidad en la niñez hasta en un 13%.

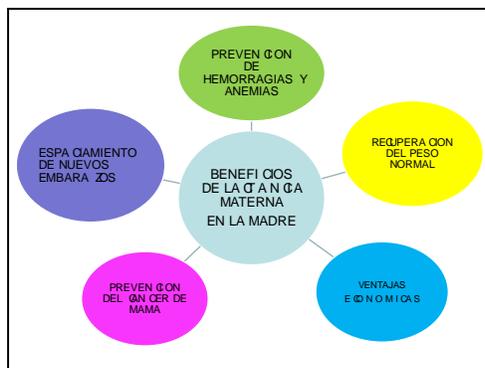
#### DIAPPOSITIVA 4



Un niño que se alimenta con leche materna exclusivamente tiene:

- menor riesgo de enfermedades infecciosas como ser bronquitis, otitis, diarrea entre otras debido al paso de anticuerpos a través de la leche.
- Un crecimiento y desarrollo adecuado previniendo la obesidad.
- Contacto más estrecho favoreciendo el vínculo emocional con su madre

#### DIAPPOSITIVA 5



Alimenta con leche materna exclusivamente al niño a la madre le favorece, ya que:

- Las hormonas producidas ejercen una retracción uterina disminuyendo así el riesgo de hemorragia post parto
- El amamantar significa un gasto de energía con el consecuente efecto de bajar el sobrepeso pos parto
- Ventajas económicas
- Al amamantar entre en función la glándula mamaria provocando madurez celular y esto nos lleva a menor incidencia de cáncer mamario.
- La lactancia materna exclusiva le confiere una protección contra embarazo del 98%

#### DIAPPOSITIVA 6

**El calostro**

- Es la leche joven temprana producida en los pechos de la madre, preparada especialmente para los primeros 2 a 5 días antes de que la leche madura comience a ser producida.
- Alrededor de la decimosexta semana de embarazo, los cambios comienzan a ocurrir en los pechos de su madre.
- La ampliación leve de los alvéolos mamarios, comienza generalmente de modo inadvertido para la madre.

Se habla frecuentemente del calostro, pero realmente hace falta interiorizar a profundidad en el personal de salud y en las madres sobre la importancia de este alimento.- Muchos de los problemas en la salud posterior de los niños podrían evitarse a través del consumo de esta leche, en vista del apoyo inmunológico, nutricional, anti infeccioso y afectivo que genera.

#### DIAPPOSITIVA 7

- Para el nacimiento del bebé, esta preparado *el calostro*.
- Es el alimento ideal en la transición del bebé a la vida fuera del útero.
- Es la primera inmunización del bebé.
- Resuelve justamente las necesidades de un bebé recién nacido.
- Cada vez que el bebé lacta el calostro, recibe la cantidad exacta que necesita su pequeño estomago y sus riñones no maduros

Hay que hacer énfasis en la calidad del calostro en cuanto a nutrientes y defensas para el bebe. Además recordarle a la madre la duración de esta leche y los cambios en cuanto a la coloración y consistencia de la leche después de una semana. Hay que hacer notar que el recién nacido no necesita más alimento que el calostro, hacer notar que el mito de que “la leche no lo llena o no lo alimenta” es un error que puede pagarlo con un niño desnutrido y sin defensas.

## DIAPOSITIVA 8



**LACTANCIA MATERNA**

**La lactancia debe ser:**

- **Inmediata:** después de su nacimiento, se colocará al seno materno inmediatamente después del pinzamiento del cordón.
- **Exclusiva:** el recién nacido no debe recibir ningún otro alimento, ni usar biberón, solo leche materna y nada más.
- **A libre demanda:** el número de veces que el recién nacido lo solicite (no pasar de 3 horas sin que el RN haya lactado, esto, evita la hipoglucemia y el consiguiente daño cerebral).

La buena práctica de la lactancia materna inicia con el apego precoz, continuo con el alojamiento conjunto y se fortalece con el apoyo a la madre para la continuidad de esta práctica, sobre todo cuando se trata de madres primigestas o aquellas que por su propia naturaleza tienen problemas para una lactancia exitosa.

Tanto el apego precoz como el alojamiento conjunto favorecen una lactancia materna exclusiva a libre demanda, favorecen el vínculo afectivo madre hijo y aseguran una temperatura adecuada del niño

## DIAPOSITIVA 9

**Apego precoz**

- Favorece la lactancia materna exclusiva a libre demanda.
- Contribuye a desarrollar el vínculo afectivo madre-niño.
- Asegura que el recién nacido se mantenga a una temperatura adecuada.

El apego precoz debe promoverse desde el inicio del embarazo, de manera que se convierta en un patrón de conducta, pero sobre todo, deben generarse las condiciones idóneas para que su práctica sea aceptada por todo el personal que labora en las instituciones donde se atienden partos y niños.

## DIAPOSITIVA 10

**Recomendaciones**

- La leche materna es el alimento ideal.
- El recién nacido debe lactar a libre demanda (como mínimo 10 a 12 veces en 24 horas).
- No debe pasar mas de 3 horas sin alimentarse.
- La madre debe aplicar una técnica adecuada de lactancia para evitar que las heridas de los pezones impidan una lactancia materna exitosa

Si bien el acto de amantar es un proceso natural, en la práctica se observa que tanto la madre como el niño deben ser apoyados para hacer posible una lactancia exitosa.- El niño debe aprender a succionar, debe aprenderse la técnica del agarre y la mama debe ser frecuentemente succionada para mantener un volumen apropiado de leche.

## DIAPOSITIVA 11

- *El niño debe aprender a succionar correctamente.*
- *La madre debe introducir toda o gran parte de la areola dentro de la boca del recién nacido (tres cms detrás del pezón)*
- *La glándula mamaria necesita ser constantemente estimulada mediante succión para producir suficiente leche.*

Uno de los factores que limitan la alimentación al seno materno es la poca perseverancia de la madre al momento de alimentar a los recién nacidos, porque no da oportunidad de que el recién nacido aprenda a succionar correctamente e introduce con temor el pezón dentro de la boca del bebe, y si no hay una estimulación constante mediante la succión la producción de leche será insuficiente

## TECNICAS PARA EL AMAMANTAMIENTO

### DIAPOSITIVA 13

#### Como ayudar a la madre a colocar el bebe en el pecho

- Asegurarse de que la madre esté cómoda y relajada.
- Explicarle como sostener al bebé
- Los 4 puntos clave son:
  - Cabeza y cuerpo alineados.
  - Cara de frente al pecho.
  - Cuerpo pegado al de la madre (barriga con barriga).
  - Sostenerle las nalgas.

La madre debe apoyarse y enseñarse para que su lactancia materna sea realmente exitosa.- Causas importantes de abandono de la lactancia materna son las asociadas a “molestias” durante el proceso; estas, suelen estar relacionadas con posiciones inapropiadas durante el acto de lactar.

La técnica de cómo sostener el pecho y al bebe suelen ser fundamentales, evitando dolores en la espalda.

### DIAPOSITIVA 14

Explicar como sostener el pecho:  
“mano en C”

- Con el dedo pulgar arriba.
- Con el dedo índice apoyando el pecho.
- Con los dedos debajo contra la pared del tórax.
- Los dedos no deben quedar muy cerca del pezón

Esta técnica permite que la madre pueda dirigir el pezón hacia la boca del recién nacido, para que pueda succionar adecuadamente.

### DIAPOSITIVA 15

Explicar como ayudar al bebé a agarrar el pecho:

- Tocar los labios del bebé con el pezón.
- Esperar hasta que la boca del bebé esté bien abierta.
- En un solo movimiento rápido, mover al bebé hacia el pecho.

En muchas ocasiones no se permite la apertura adecuada de la boca del recién nacido al alimentarlo, lo que puede provocar laceraciones al pezón, por tal razón hay que explicar a la madre la manera de ayudar al bebe a agarrar el pecho.

DIAPOSITIVA 16



La técnica correcta es la base de una lactancia materna exitosa

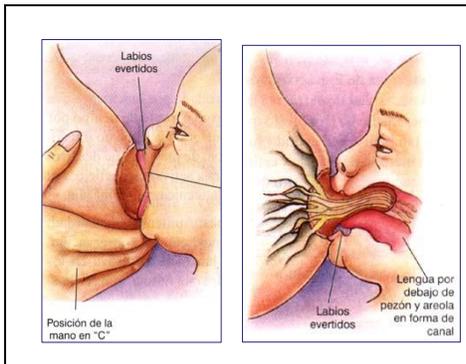
DIAPOSITIVA 17

**Signos de buen agarre**

- Boca bien abierta.
- Labio inferior evertido.
- Mentón del bebé toca el pecho.
- Más areola sobre la boca del bebé que debajo.
- Amamantadas lentas y profundas, a veces con pausas.
- Se puede ver u oír al bebé deglutiendo.

El agarre es fundamental, la madre y el personal de salud deben conocer los signos de un buen agarre: esto, mejora la técnica, facilita la aceptación por parte de la madre y el niño y evita lesiones en los pezones de la madre.

DIAPOSITIVA 18



DIAPOSITIVA 19

**Indicadores de producción suficiente de leche**

- Deglución audible durante el amamantamiento
- Sensación de bajada de leche en los pechos de la madre.
- Pechos llenos antes de amamantar y vacíos después
- Pañales mojados: seis o más en 24 horas
- Movimientos intestinales frecuentes y suaves.
- Promedio de ganancia de peso de 18-30 g al día o 125-210 g por semana.

Es importante reconocer cuando la madre tiene una adecuada producción de leche y de esta manera estar seguros que el niño recibe la cantidad necesaria para su nutrición y desarrollo.

La esencia para la producción de leche está íntimamente ligada con la frecuencia de las amamantadas, a mayor número de veces que se ofrece la leche materna durante el día mayor producción de leche.

## DIAPOSITIVA 20

### Producción de leche y el amamantamiento

- El RN en el segundo día de vida está listo para comer más, así que es importante estimularlo a que lacte con frecuencia, tan a menudo como se lo exija el hambre.
- La madre produce exactamente la cantidad correcta de leche.
- Al principio los bebés lactan unas 8 a 12 veces por día.
- Los recién nacidos demoran entre 30 a 45 min en tomar el pecho, en cada amamantada.

Es importante concientizar a la madre que la producción de leche está íntimamente ligada con la demanda del recién nacido, por lo tanto entre mas succione mas leche se produce.

Hacer énfasis en el hábito de alimentación del niño y no querer cambiarlo para comodidad de la madre.

## DIAPOSITIVA 21

- Usar otros alimentos retardará la producción de leche y puede ocasionar problemas para la madre y el bebé.
- Mientras más se le dé el pecho, mas leche se producirá.
- No es necesario darle al bebé formula o agua; con la leche materna es suficiente.

Si la madre da un alimento distinto a la leche además de no estarlo alimentando de manera correcta está disminuyendo su producción Láctea.

## DIAPOSITIVA 22

### Deposiciones del bebe

- La primera deposición de un bebé es negro o verde oscuro, de consistencia espesa y pegajosa y se llama meconio.
- Las evacuaciones de un bebé lactado se convierten en líquidas y amarillas, pueden ser tan frecuentes como cada lactada durante el primer mes de edad.
- Los infantes exclusivamente lactados tienen evacuaciones de consistencia suave y sin mal olor.

Las deposiciones del bebe están en relación con la ingesta o no de leche materna.- Igualmente lo está, con la presencia de cólicos y diarreas.

Hacer ver que la leche materna también brinda un beneficio en disminución de cólicos por la consistencia que da a las heces.

## MANEJO DE LOS PROBLEMAS DE LACTANCIA

Haga una pequeña introducción de que hay mujeres que presentan problemas que dificultan que la lactancia materna sea exitosa y exclusiva, mencionaremos algunos (más frecuentes) y que resumiremos el manejo que a nivel ambulatorio podemos ofrecer, pero que si ni mejoran debemos referirla al nivel que corresponda

### DIAPOSITIVA 24

#### 1. Problemas psicosociales

- Apoyo emocional
- Atención especial

La ansiedad por falta de apoyo, ser madre adolescente, madre soltera entre otros, pueden conducir a la mujer a no dar de lactar, que generalmente solo necesitan apoyo emocional y consejería

### DIAPOSITIVA 25

#### 2. Pezones adoloridos, grietas del pezón,

- Comenzar cada alimentación con el pecho menos afectado
- Adecuada posición
- No aplicar sustancias irritantes
- Aire y exposición al sol
- Tratamiento de la micosis: nistatina después de amamantar x 10-14 días
- Analgésicos suaves si se requiere

Hay que tranquilizar a la madre y explicar que al inicio de la lactancia los pezones pueden dolor hasta por tres días y pueden producirse grietas en los pezones

Este problema esta frecuentemente asociado a mala técnica durante el amamantamiento, infecciones (cándida)

### DIAPOSITIVA 26

#### 3. Congestión mamaria

- Amamantamiento frecuente y efectivo
- Compresas agua tibia antes de amamantar
- Frio local después de amamantar, para disminuir el dolor
- Apoyo emocional para reducir el estrés

La congestión mamaria puede ser de 2 tipos:

1. Primaria: usualmente comienza después de 48 horas post parto (“bajada de leche”) como resultado del aumento de la vascularización y producción de leche
2. Secundaria: debido al vaciamiento inadecuado o poco frecuente de la mama

**DIAPOSITIVA 27**

**4. Mastitis**

- No suspender la lactancia materna
- Reposo por 24 horas
- Ingesta abundante de líquidos
- Amamantar con mayor frecuencia
- Analgésicos suaves
- Antibióticos: dicloxacilina 500 mg cada 6 horas x 10-14 días
- Antiinflamatorios no esteroideos como el ibuprofeno 400 mg cada 12 horas x 3 días

La mastitis usualmente posterior a las grietas en el pezón, congestión mamaria no tratada, generalmente las madres dejan la lactancia materna por temor a que los niños reciban gérmenes a través de la leche, pero debemos aclarar que estos son mitos.

**DIAPOSITIVA 28**

**5. Absceso mamario**

- Reposo en casa
- Antibiótico: dicloxacilina 500 mg cada 6 horas x 10-14 días
- Incisión y drenaje con anestesia local
- Calor local
- Vaciamiento frecuente de la mama

Causada por una mastitis mal tratada

**DIAPOSITIVA 29**

**Cuidados de la mama durante la lactancia**

- Evitar el uso de jabones, cremas o lociones
- No es necesario un aseo de las mamas antes de amamantar
- Colocar correctamente al niño para así evitar el dolor y grietas del pezón.

Es importante enfatizar los cuidados necesarios en la mama para poder llevar a cabo una lactancia exitosa

**DIAPOSITIVA 30**

**Consejos generales**

- No suplementar al niño con otros alimentos
- No usar chupetes de entretención
- La alimentación en la madre debe ser completa, variada de lo que dispone en su comunidad
- La familia, esposo, trabajo debe apoyar a la madre que esta lactando.



**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA

**ULAT**  
Unidad Local de Apoyo Técnico  
para Salud - HONDURAS