

*Módulo 1*  
**Embarazo, Parto,  
y Puerperio**  
en dolescente y adulta





# Embarazo, Parto y Puerperio

(adolescente y adulta)

<b>INTRODUCCIÓN</b>	13
<b>OBJETIVOS</b>	14
<b>I. ATENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO</b>	15
<b>II. ACCIONES PREVENTIVAS EN EL EMBARAZO</b>	17
<b>III. ACCIONES PREVENTIVAS EN EL PARTO</b>	26
<b>IV. ACCIONES PREVENTIVAS EN EL PUERPERIO</b>	31
<b>V. MANEJO BÁSICO DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS</b>	34
a. Hemorragia vaginal sin shock hipovolémico en la embarazada	34
b. Hemorragia vaginal con shock hipovolémico en la embarazada	35
c. Hemorragia vaginal con shock hipovolémico en la puérpera	36
d. Manejo básico de la hipertensión inducida por el embarazo	37
e. Fiebre e Infecciones	38
f. Ruptura prematura de membranas pretérmino	39
<b>VI. DETECCIÓN Y PREVENCIÓN OPORTUNA</b>	40
▪ Evaluación del peso en la embarazada	40
▫ Peso normal	40
▫ Bajo Peso	40
▪ Anemia	41
▪ Diabetes en el embarazo	41
▪ Hipertensión arterial crónica y embarazo	42
▪ Mastitis	43
▪ Tuberculosis en el embarazo	44
▪ Prevención de Transmisión Vertical VIH/SIDA	45
▪ Sífilis en el embarazo	46

▪ Síndrome del flujo vaginal en el embarazo	47
▪ Malaria en el embarazo	49
▪ Dengue en el embarazo	50
▪ Chagas en el embarazo	52
▪ Oncocercosis en el embarazo	53
▪ Leishmaniasis en el embarazo	54
▪ Enfermedades transmitidas por alimentos y agua(ETAS)	54
▫ Enfermedad diarreica aguda sanguinolenta	54
▫ Parasitosis intestinal	54
▫ Oxiuros	55
▫ Giardiasis	55
▫ Amebiasis intestinal	55
▪ Infecciones respiratorias agudas (IRAS)	56
▫ Neumonía grave	56
▫ Neumonía	57
▫ Resfriado común	58
▫ Amigdalitis bacteriana	58
▫ Amigdalitis viral	59
▪ Afecciones bucodentales	59
▪ Violencia en el embarazo	59
▪ Depresión postparto	60
<b>VII. ORIENTACIÓN A LA MUJER, FAMILIA Y COMUNIDAD</b>	<b>62</b>

## Introducción

La salud y desarrollo de las mujeres es importante para el progreso de nuestro país. La disminución de la mortalidad materna es un indicador de desarrollo social.

La mortalidad materna puede prevenirse, abordándolo desde el enfoque de las 4 demoras\*. La principal causa de muerte es la hemorragia, le siguen la infección, preeclampsia, eclampsia y los abortos. La mortalidad materna generalmente se acompaña de la muerte de la o el recién nacida(o). Al morir la madre se destruye el núcleo familiar, perdiéndose un eslabón importante en el desarrollo de las comunidades, lo cual tiene implicaciones sociales y económicas. Es importante la atención integral de las niñas, adolescentes, y futuras madres así como de las mujeres en condición de embarazo, parto y puerperio, para garantizar la salud de la mujer.

Es necesario promover el control prenatal temprano, un parto limpio y seguro, así como cuidados del puerperio, para identificar tempranamente factores de riesgo, signos y síntomas de peligro y atender las complicaciones de manera oportuna, involucrando a la mujer, su familia y la comunidad para lograr condiciones de salud adecuadas para la madre y el neonato.

Se debe considerar en la atención prenatal que “todo embarazo conlleva RIESGO” debiendo informar de signos y señales de peligro a la embarazada y su familia para contribuir a la toma de decisiones y su traslado oportuno. El propósito de esta normativa es orientar a los proveedores en intervenciones básicas en la atención de la mujer adolescente y adulta en condiciones de embarazo, parto y puerperio.

- \* **Primera demora:** falta de reconocimiento de señales de peligro.  
**Segunda demora:** falta de toma de decisiones para búsqueda de atención oportuna.  
**Tercera demora:** falta de acceso a una atención oportuna.  
**Cuarta demora:** Falta de atención oportuna y de calidad.

# Objetivos

1. Promover y mantener la salud física, mental y social de la madre, proporcionando educación sobre nutrición, higiene personal y el proceso de embarazo, parto, puerperio y cuidados de la o el recién nacido(a).
2. Identificar las señales de peligro y complicaciones para referir oportunamente, si no hay capacidad resolutive en el servicio.
3. Orientar a la madre y la familia sobre el plan de emergencia familiar y comunitario.
4. Promover el espacio intergenésico óptimo a través de la oferta de los métodos de planificación familiar.
5. Detectar oportunamente factores de riesgo y/o enfermedades (diabetes, TB, hipertensión, malaria, infecciones del tracto urinario, anemia, desnutrición, sífilis y VIH, entre otras).

## I. ATENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

### Identificación de signos y síntomas de peligro

Determine su estado y en caso de encontrar signos y síntomas de peligro:

- Estabilice.
- Refiera, llene la boleta de referencia: indicando estado y tratamiento brindado.
- Establezca comunicación telefónica, en caso que sea necesario, para informar sobre el estado de la paciente.
- Dé seguimiento a la referencia y contra referencia.

### Atención a la embarazada

Incluirá las siguientes actividades:

- a) Brinde atención integral (bio-psico-social) y diferenciada, con calidad y respeto a su discapacidad, si la tiene, con enfoque de género y pertinencia cultural.
- b) Historia clínica completa (llene ficha clínica)
  - En la entrevista haga énfasis en:
    - Factores de riesgo (analfabetismo, paridad, antecedentes de cesáreas, desnutrición, fumadora, hipertensión arterial, diabetes, otros.)
    - Control prenatal, atención del parto institucional y control del puerperio.
    - Estado emocional y psicológico, violencia intrafamiliar, sexual, adicciones, depresión, ansiedad.
    - Consumo de alimentos
    - Micronutrientes (hierro y ácido fólico)
    - Evaluación de Papanicolau o IVAA, tamizaje de detección de cáncer cervical.
- c) Revise carné y esquema de inmunizaciones.
- d) Examen físico completo.
- e) Requiera o evalúe exámenes de laboratorio.
- f) Evaluación bucodental.
- g) Oferte los métodos de planificación familiar para lograr espacios intergenésicos óptimos.

- h) Oferte detección temprana de cáncer de cérvix.
- i) Informe y oriente el autoexamen de la glándula mamaria.
- j) Informe y oriente sobre problemas encontrados y acciones preventivas.
- k) Referencia oportuna si el caso lo amerita (por signos encontrados durante la evaluación clínica o interconsulta a especialistas).
- l) Realice las acciones de vigilancia epidemiológica, si el caso lo amerita.
- m) Oriente sobre planes de emergencia familiar y comunitarios.
- n) Acuerde con la paciente la próxima cita.
- ñ) Oferte la cartera de servicios a paciente y/o acompañantes.
- o) Registre adecuadamente y complete los formularios del SIGSA y carné.



## II. ACCIONES PREVENTIVAS EN EL EMBARAZO

### 1. Controles prenatales

- Primero antes de las **12 semanas**
- Segundo alrededor de las **26 semanas**
- Tercero a las **32 semanas**
- Cuarto entre las **36 y 38 semanas**

### 2. Haga énfasis durante la consulta en

- Presión arterial
- Temperatura
- Pulso y respiración
- Peso y talla
- Altura uterina después del 3er. mes de embarazo, calcular edad gestacional y estimar la fecha probable de parto
- Posición fetal de las 36 semanas en adelante
- Monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal de las 20 semanas en adelante
- Movimientos fetales de las 18 semanas en adelante en multíparas y de las 22 semanas en adelante en primigestas
- Aumento de peso por arriba de lo esperado (ver Tabla de ganancia de peso mínimo esperado)
- Detecte signos y síntomas de peligro: (ver página siguiente)
  - Epigastralgia (dolor en la boca del estómago)
  - Cefalea (dolor fuerte de cabeza que no cede con analgésicos)
  - Visión borrosa
  - Dificultad respiratoria
  - Palidez generalizada
  - Contracciones uterinas antes de las 36 semanas
  - Aumento de peso por arriba de lo esperado para esa edad gestacional
  - Depresión, ansiedad, violencia sexual, violencia intrafamiliar
- Si no tiene la capacidad resolutiva para tratar a la paciente, refiera oportunamente a un nivel de mayor capacidad resolutiva y dé seguimiento
- Toda paciente adolescente de 14 años o menos debe ser referida a un servicio de salud con capacidad resolutiva

## SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PELIGRO EN EL EMBARAZO

1er. Trimestre	2do. Trimestre	3er. Trimestre
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemorragia vaginal</li> <li>- Presencia de flujo vaginal (fétido, de color amarillo, verde o blanco, espeso)</li> <li>- Molestias urinarias</li> <li>- Fiebre</li> <li>- Dolor tipo cólico en región pélvica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemorragia vaginal</li> <li>- Dolor de cabeza frecuente</li> <li>- Flujo vaginal</li> <li>- Molestias urinarias</li> <li>- Presión arterial mayor o igual a 140/90 mm/Hg o elevación de más de 15 mm/Hg en la presión sistólica y más de 10 mm/Hg en la presión diastólica, comparada con la presión anterior</li> <li>- Sensación de múltiples partes fetales</li> <li>- Salida de líquido por la vagina</li> <li>- Disminución o ausencia de movimientos fetales</li> <li>- Fiebre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemorragia vaginal</li> <li>- Dolores tipo parto</li> <li>- Edema de cara y manos</li> <li>- Salida de líquido por la vagina</li> <li>- Presión arterial alta mayor o igual de 140/90 mmHg o elevación de más de 15 mm/Hg en la presión sistólica y más de 10 mm/Hg en la presión diastólica, comparada con la presión anterior</li> <li>- Dolores de cabeza</li> <li>- Trastornos visuales (se le nubla la vista, ve puntos negros o puntos de luz)</li> <li>- Disminución o ausencia de movimientos fetales</li> <li>- Fiebre</li> </ul>

### 3. Evaluación nutricional

#### Primer control prenatal antes de las 12 semanas:

- Pese y registre el dato en la ficha de la embarazada.
- Mida la circunferencia media del brazo para determinar estado nutricional y clasifique (esta medida se hace sólo durante el primer trimestre de embarazo), si la medida de la circunferencia media del brazo es igual o mayor de 23 cms, quiere decir que tiene un buen estado nutricional y sus controles posteriores deben hacerse de acuerdo con los parámetros de la columna A, de la tabla de ganancia mínima de peso esperado durante el primer trimestre (ver página siguiente). Si la circunferencia media del brazo es menor a 23 cms debe evaluarse con los parámetros de la columna B de la misma tabla.

#### Segundo, tercer y cuarto control:

- Evaluar ganancia de peso durante el embarazo de acuerdo a la Tabla de Ganancia Mínima de peso esperada, si se obtuvo la primera medida durante el primer trimestre, (ver página siguiente).

**Tabla de Ganancia de peso mínimo esperado en embarazadas utilizando circunferencia de brazo medida en el primer trimestre**

Mes de embarazo	A Libras que debe aumentar las mujeres con circunferencia de brazo igual o mayor de 23 cm	B Libras que deben aumentar las mujeres con circunferencia de brazo menor de 23 cm
1	1/2	1
2	1/2	1
3	1	2
4	3	5
5	3	5
6	3	5
7	3	5
8	2 1/2	4
9	1	2
<b>Total</b>	<b>17 1/2</b>	<b>30</b>

#### Primer control prenatal después de las 12 semanas:

La evaluación nutricional se realiza utilizando el Índice de Masa Corporal (IMC), según la fórmula correspondiente:

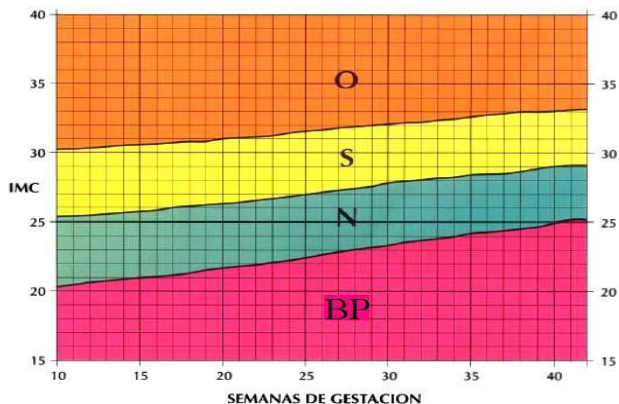
$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso en Kg}}{\text{Talla en m}^2}$$

**Ejemplo:** embarazada con 26 semanas de gestación que pesa 143 libras y mide 1.62 metros. Para calcular la talla en metros cuadrados se debe realizar el siguiente procedimiento:  $1.62 \text{ por } 1.62 = 2.6 \text{ metros cuadrados (mts}^2\text{)}$ .

Para calcular el peso en kilos dividir, el peso en libras por la constante 2.2, para este caso  $143/2.2 = 65 \text{ kg}$ .

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso en Kg}}{\text{Talla en m}^2} \quad \text{Ejemplo: } \frac{65 \text{ Kg}}{2.6 \text{ Talla en m}^2} = 25$$

El resultado debe ser evaluado en la gráfica para evaluación nutricional de la embarazada según índice de masa corporal que se muestra a continuación.



## Clasifique según estado nutricional en:

**BP:** Bajo peso

**N:** Normal

**S:** Sobrepeso

**O:** Obesa

Uso de la curva para evaluar el estado nutricional:

- Localice en el eje horizontal de la gráfica la semana gestacional en que se realizó la medición.
- Identifique en el eje vertical el IMC que calculó.
- La zona de la gráfica donde se cruzan ambas líneas corresponde al diagnóstico nutricional, que está definido por distintos colores.
- Cuando el IMC materno se ubica sobre una línea divisoria de categoría de peso, la madre se clasifica en la categoría inmediata inferior.

En el ejemplo anterior un IMC de 25 a las 26 semanas de gestación se considera Normal.

## Incremento de peso recomendado durante el embarazo:

Estado nutricional inicial	Incremento de peso total en Kg/libras	Incremento de peso semanal en gramos-onzas/semana
<b>Bajo peso</b>	12 a 18 Kg (26 a 39 libras)	400 a 600 gr (14 a 21 onzas)
<b>Normal</b>	10 a 13 Kg (22 a 28 libras)	330 a 430 gr (11 a 15 onzas)
<b>Sobrepeso</b>	7 a 10 Kg (15 a 22 libras)	230 a 330 gr (8 a 15 onzas)
<b>Obesa</b>	6 a 7 Kg (13 a 15 libras)	200 a 300 gr (7 a 8 onzas)

**Consumo de alimentos:** pregunte sobre los hábitos de alimentación y recomiende incluir una refacción entre cada comida.

**Suplemente:** con sulfato ferroso y ácido fólico, de acuerdo a la siguiente tabla:

Suplemento	Presentación	Dosis	Frecuencia de entrega
Hierro	Tabletas de 300 mg de sulfato ferroso	2 tabletas de 300 mg cada 8 días	Entregar 24 tabletas en cada control
Acido Fólico	Tabletas de 5 mg de ácido fólico	1 tableta de 5 mg cada 8 días	Entregar 12 tabletas en cada control

#### 4. Laboratorios

<p><b>Primera consulta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orina</li> <li>- VDRL</li> <li>- Grupo y Rh.</li> <li>- Ofertar prueba de VIH</li> <li>- Glicemia</li> <li>- HB/HT</li> <li>- Papanicolaou o IVAA</li> </ul>	<p><b>Segunda consulta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orina</li> <li>- Glicemia</li> </ul>
	<p><b>Tercera consulta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hematología</li> <li>- Orina</li> <li>- Glicemia</li> </ul>
	<p><b>Cuarta consulta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orina</li> <li>- Glicemia</li> </ul>
	<p>Realizar gota gruesa a toda embarazada con fiebre</p>

#### 5. Inmunizaciones

Vacune contra el Tétanos y Difteria (Td).

Seleccione y aplique el esquema de vacunación con Td a mujeres de 15-49 años embarazadas o no, según los siguientes criterios:

- Municipios de riesgo (fase de ataque o mantenimiento) y todas las embarazadas del país, **esquema acelerado**.
- Mujeres de 15-49 años en el resto de municipios: **esquema convencional**.

*Municipio de riesgo en fase de ataque:* es todo municipio que haya presentado casos de tétanos neonatal y no cumple con la meta de cobertura útil de vacunación de Td (90% y más).

**Municipio de riesgo en fase de mantenimiento:** es todo municipio que haya presentado casos de tétanos neonatal y ya alcanzó la meta de cobertura útil de vacunación de Td (90% y más).

**Municipios sin riesgo:** es todo municipio que nunca ha presentado casos de tétanos neonatal, sin embargo en estos municipios habitan mujeres de alto riesgo, es decir, mujeres que residen en pobreza, alta migración, ruralidad, difícil acceso, indígenas y que el parto no es atendido en condiciones limpias y seguras (parto en casa por personal no capacitado), por lo que debe asegurarse la aplicación del esquema convencional a dichas mujeres.

No. dosis	Esquema convencional	Esquema acelerado
Primera (Td-1)	Primer contacto	Primer contacto
Segunda (Td-2)	1 mes después	1 mes después
Tercera (Td-3)	6 meses después	6 meses después
Primer refuerzo (Td-4)	10 años después	1 año después
Segundo refuerzo (Td-5)	10 años después	1 años después

## 6. Salud Buco Dental

- Examen clínico de la cavidad bucal.
- Enseñanza de técnica uso de hilo dental y cepillado dental (ver sección adolescentes).
- Referir al servicio de salud con odontólogo/a para evaluación, eliminación de focos sépticos y tratamiento periodontal, al menos 2 veces durante su control prenatal.

## 7. Prevención de cáncer cérvico uterino

Oferte detección temprana de cáncer de cérvix mediante Papanicolaou o Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) cada 3 años después de haber iniciado vida sexual activa.

## 8. Recomiende a toda comadrona que refiera para consulta a nivel institucional a la gestante 2 veces, una al inicio y otra en la 37 semana de gestación.

## 9. Oriente a la embarazada sobre:

- Preparar su plan de emergencia familiar:
  - Revisar con la mujer el plan de emergencia familiar
  - Explicar las partes del plan de emergencia familiar
  - Ayudar a la mujer a identificar el establecimiento a dónde ir en caso de una complicación
  - Pedir a la mujer que haga el plan de emergencia junto con su esposo y/o la familia
- Importancia de sus controles durante el embarazo y en el puerperio

- Signos y señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y en él o la recién nacido(a)
- Parto limpio y seguro, por proveedor calificado en un ambiente adecuado, para el manejo de las complicaciones obstétricas
- Cuidados de la madre y la o el recién nacido
- Alimentación y micro nutrientes
- Importancia y forma de tomar las tabletas de micronutrientes
- Recomendar además de lo que comía diariamente cuando no estaba embarazada, una refacción más al día
- Recomendar que se alimente según las Guías Alimentarias para Guatemala haciendo énfasis en el consumo de alimentos ricos en hierro (hígado y otras vísceras, moronga, carne, pollo, hojas de color verde intenso, frijol acompañado de cítricos)
- Salud buco dental
- Violencia sexual, familiar, depresión, adicciones
- Uso de tabaco, drogas y medicamentos durante el embarazo
- Beneficio de la lactancia materna y exclusiva y continuada
- Planificación familiar (espaciamiento intergenésico óptimo de 3 a 5 años)

### **10. Atención a la adolescente embarazada:**

Adolescentes embarazadas es el embarazo que ocurre en las mujeres de 10 a 19 años.

Qué el motivo de consulta pueden ser síntomas no relacionados al embarazo por ejemplo:

- Gastritis
- Náusea, vómitos
- Sueño o insomnio
- Cefalea
- Debilidad o decaimiento entre otros

#### **Otros motivos de consulta:**

- Ausencia de menstruación
- Control prenatal
- Tratar complicaciones del embarazo (hemorragia, infecciones urinarias entre otras)

- Búsqueda de apoyo para interrumpir el embarazo

La o el proveedor de salud deberá:

- Establecer una relación de confianza, que permita mantener un contacto permanente y fluido
- Asegurar la confidencialidad
- No juzgar a la adolescente con base a sus propios valores
- Respetar y apoyar

Si la familia desconoce el embarazo, recomendará elegir a la persona en quien más confíe la adolescente para transmitir la noticia, cómo hacerlo y en qué momento. Si no lo puede hacer sola, ofrecer una entrevista conjunta con los padres.

### **Control prenatal de la adolescente**

El control prenatal de la adolescente debe cumplir las mismas acciones preventivas de una mujer adulta, haciendo énfasis en los siguientes aspectos:

- Detección de factores de riesgo y factores protectores
- Preparación psicológica y física de la adolescente para el nacimiento de la o el bebé
- Información y educación para el autocuidado, lactancia, crianza de la o el niño y su proyecto de vida
- Actividad física durante el embarazo, posparto inmediato y tardío
- Alimentación durante el embarazo
- Prevención de uso de drogas y alcohol
- Sexualidad y afectividad
- Modificaciones corporales en los diferentes trimestres
- Paternidad y maternidad responsable
- Estímulo de conductas que favorezcan el apego entre madre hijo(a)
- Anticoncepción después del parto
- Prevención de ITS, VIH y sida
- Reinserción al núcleo familiar, social y cultural

### **Clasificación del riesgo del embarazo en adolescentes**

Todo embarazo en la adolescencia es considerado de alto riesgo.

Las adolescentes de 10 a 14 años deben ser consideradas pacientes de alto riesgo por lo que deberán referirse a un servicio de salud con ginecobstetra.



**Factores protectores durante el embarazo:**

- Apoyo de la familia y de la pareja
- Apoyo de las redes sociales
- Continuar con la educación
- Aceptación de su embarazo
- Estado de salud y nutrición adecuada

**Factores de riesgo en la adolescente embarazada:**

- Edad menor o igual a 14 años
- Sin apoyo de pareja y/o familia
- Baja escolaridad
- Pobreza
- No aceptación del embarazo
- Problemas de salud asociados
- Embarazo producto de abuso sexual o violación
- Estatura menor a 1.50 metros
- Adicciones a alcohol y drogas
- Conductas sexuales de riesgo
- Antecedentes ginecobstétricos que afecten el embarazo
- Abortos previos

### III. ACCIONES PREVENTIVAS EN EL PARTO

1. **Asegure que hay privacidad durante la atención del parto**
2. **Ambiente limpio y seguro**
  - Asegure disponibilidad de equipo estéril y un lugar limpio para la atención del parto.
  - Mantenga a la mujer con ropa limpia así como sábanas y colchón limpios.
3. **Atención calificada del parto**
  - Dé oportunidad a que exponga sus dudas sobre lo que va a experimentar durante el parto, para que emocionalmente esté preparada para enfrentar ese momento de manera natural, y fortalecida con la información previa. Motívela para que enfrente positivamente el momento del parto.
  - Haga énfasis en que el nacimiento de su hija o hijo, es una oportunidad para autorealizarse como mujer y madre.
  - Deje que la mujer camine si así lo quiere (respetando criterios obstétricos).
  - Deje y/o apoye a que tome líquidos, culturalmente permitidos y que no afecten negativamente a la madre y al feto, y que estén científicamente comprobados.
  - Parto atendido por proveedor o proveedora a nivel institucional (obstetra, médico/a, enfermeras, auxiliar de enfermería y comadrona calificada), con las habilidades y destrezas para:
    - Utilizar el partograma adecuadamente. El registro gráfico del parto, debe iniciarse en la fase activa, cuando el cuello uterino tiene 4 cm de dilatación.
    - Garantice prácticas beneficiosas para un parto limpio y seguro, en la posición que la mujer elija. (Ver págs. 28-30).
    - No rasure.
    - No haga enema evacuador.
  - Episiotomía restringida (utilizarla en casos muy necesarios).
  - Pinzar el cordón umbilical, cuando deje de latir y esté aplanado (después del nacimiento), y en caso de sufrimiento fetal, rotura o desgarro del cordón pince y corte de inmediato (pinzamiento tardío del cordón 2 a 3 min).
  - Coloque a la o el recién nacido piel a piel sobre el abdomen de la madre.
  - Maneje activamente el tercer período del parto (alumbramiento). (Ver pág. 30)

- Atención normal de la o el recién nacido, que incluya el apego inmediato y lactancia materna en la primera media hora de vida.
  - Reconocer la aparición de complicaciones maternas y neonatales.
  - Comunique a la madre el estado de la o el recién nacido, sexo, peso, longitud y hora de nacimiento.
  - Anote en el libro de nacimientos.
  - Realice las intervenciones esenciales, oportunas, tratamiento de las emergencias obstétricas y de la o el recién nacido y/o refiera a otro centro de mayor complejidad y resolución si no existe la capacidad a nivel local.
- 4. Refiera a un establecimiento de mayor capacidad resolutive a toda paciente con las siguientes características:**
- Primigesta, si el parto no se resuelve en 12 horas
  - Multípara, si el parto no se resuelve en 8 horas
  - Si la placenta no sale 30 minutos después del parto
  - La referencia de mujeres en trabajo de parto debe ser de acuerdo a la evolución del partograma
- 5. Permita la presencia de un acompañante (comadrona o familiar) que brinde apoyo emocional**
- El apoyo emocional es sumamente útil para ayudar a la mujer a que tolere mejor el trabajo de parto
- 6. Atención del parto en la adolescente:**
- Apoyo emocional
  - Explique lo que está sucediendo
  - Dele trato diferenciado (edad, etnia y nivel de escolaridad)

**Recuerde que la adolescente no ha llegado a la plenitud de su madurez física y emocional por lo que requiere que la guíen y acompañen durante todo el trabajo de parto.**

## ANEXO 1

### POSICIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADAPTADO Y EL DERECHO A LA SALUD\*

La mujer puede elegir dónde y cómo dar a luz, así como la o el proveedor que esté en el servicio para su atención y la persona que la acompañará durante el proceso del parto, esto incluye el derecho a la posición más cómoda de acuerdo a su cultura.

**Por lo anterior las y los proveedores de atención del parto deben:**

- Informar a la mujer sobre la variedad de opciones que existen en cuanto a la posición para el parto
- Respetar la elección de las mujeres

#### POSICIONES ALTERNATIVAS PARA EL PARTO NORMAL Y CULTURALMENTE ADAPTADO



Sentada en una silla sobre su pareja o acompañante



De rodillas con apoyo de su pareja o acompañante



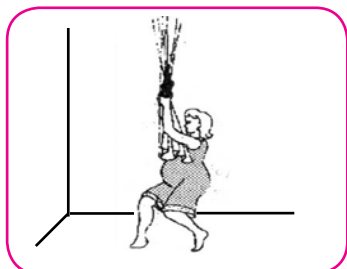
De cuclillas



De pie, con el apoyo de su pareja o acompañante

\*Acuerdos de Paz. Convenio 169 de OIT, sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes.

## POSICIONES ALTERNATIVAS PARA EL PARTO NATURAL CULTURALMENTE ADAPTADO



Sostenida o con apoyo de lazos



Recostada sobre el lado izquierdo



De rodillas, con apoyo de sus manos, brazos y codos.

## PARTO HORIZONTAL O EN LITOTOMÍA



Recostada en forma dorsal

**NOTA:** para ampliar el conocimiento sobre el parto natural consultar el manual "Adecuación intercultural del parto natural/vertical".

## ANEXO 2

### MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERÍODO EN CADA PARTO, POR PROVEEDOR(A) ADIESTRADO

1



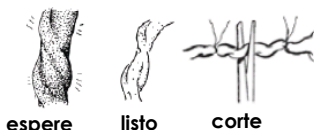
Ponga al bebé sobre el abdomen de la madre, séquelo y evalúe si respira, si es necesario haga reanimación. Ponga al bebé piel a piel en contacto con la madre.

2



Administre uterotónico (Oxitocina 10 UI IM)\* en el primer minuto del nacimiento y después de descartar la presencia de otro bebé.

3



Pince y corte el cordón después que deje de latir y este aplanado después del nacimiento.

4



Ponga al bebé sobre el pecho de la madre en contacto directo piel a piel. Cubra a la o el bebé por encima con un paño seco para evitar enfriamiento.

5



Realice tracción controlada del cordón, aplicando al mismo tiempo presión externa sobre el útero en dirección ascendente hacia la cabeza de la mujer.

6



Efectúe masaje uterino inmediatamente después de la salida de la placenta hasta asegurar que esté contraído y cada 15 minutos durante 2 horas siguientes al parto.

Durante la recuperación apoye a la mujer a dar de mamar, controle regularmente a la madre y a su recién nacido/a, palpe el útero a través del abdomen cada 15 minutos durante las primeras dos horas para asegurar que esté contraído y controle la pérdida de sangre vaginal.



**\*MISOPROSTOL: en caso de no disponer oxitocina**

600 mcg 3 tabletas de 200 mcg vía oral. **Dosis máxima:** 800 mcg vía oral o sublingual

**Precauciones:** asma. **Tiempo de respuesta:** 6 minutos. **Efectos secundarios:** escalofríos y aumento de temperatura.

## IV. ACCIONES PREVENTIVAS EN EL PUERPERIO

1. **Vigilancia del puerperio inmediato:** Se recomienda observar a la mujer cada 15 minutos durante 2 horas, como mínimo después del parto:
  - a) Pregunte, observe y verifique que no presente signos y síntomas de peligro:
    - Hemorragia vaginal, convulsiones, cefalea fuerte, visión borrosa, o dolor fuerte en la boca del estómago
    - Dificultad para respirar
    - Temperatura mayor de 38° C
    - Involución uterina (palpar que el útero esté duro y debajo del ombligo)
    - Desgarres en región perineal
    - Hipertensión arterial (diastólica arriba de 90 mm/Hg)
  - b) Si presenta señales de peligro se debe estabilizar, iniciar tratamiento de acuerdo al problema encontrado y referir a un servicio con capacidad resolutive, si no se cuenta con los recursos necesarios para atender a la mujer
  - c) Oriente sobre las señales de peligro y explique que busque ayuda en caso de presentar alguna
  - d) Evalúe en la primera semana del puerperio
2. **Control del puerperio**
  - a) Detecte signos y síntomas de peligro:
    - Hemorragia vaginal, cefalea fuerte, visión borrosa, o dolor fuerte en la boca del estómago
    - Dificultad para respirar
    - Temperatura mayor de 38° C
    - Descarte retención de restos placentarios
    - Involución uterina (palpar que el útero esté duro y debajo del ombligo)
    - Desgarros en región perineal
    - Coágulos o sangrado con mal olor
    - Dolor al orinar
    - Hipertensión arterial (diastólica arriba de 90 mm/Hg)
  - b) Refiera oportunamente si no tiene la capacidad resolutive y dé seguimiento al caso.

- 3. Suplemente:** Con sulfato ferroso para la prevención de la deficiencia de hierro (anemia) y ácido fólico, por vía oral durante 6 meses postparto, según tabla siguiente:

Suplemento	Presentación	Dosis	Frecuencia de entrega
Hierro	Tabletas de 300 mg de sulfato ferroso	2 tabletas de 300 mg cada 8 días	Cada 3 meses, 24 tabletas
Acido Fólico	Tabletas de 5 mg de ácido fólico	1 tableta de 5mg cada 8 días	Cada 3 meses, 24 tabletas

- 4. Realice laboratorios si el caso lo amerita y oferte VDRL / VIH,** si la paciente no se la realizó durante el embarazo.
- 5. Inmunizaciones:** Administre Td, Td1: al 1er. contacto; Td2: 1 mes después; Td3: 6 meses después; Td-R1: 10 años después; Td-R2: 10 años después. Si no lo ha recibido anteriormente.
- 6. Salud bucodental:** Enseñanza de técnica de cepillado y uso del hilo dental. Cite a odontólogo/a para evaluación.
- 7. Prevención de cáncer cérvico uterino:** Oriente a que toda paciente se realice su Papanicolaou o IVAA, a los 40 días si no se lo ha realizado y cada 3 años.
- 8. Problemas emocionales:** En el puerperio las pacientes con psicosis, depresión severa o ansiedad, deben ser referidas a atención especializada. Informarle a la pareja y familia sobre el acompañamiento y cuidados de la o el recién nacido.
- 9. Oriente sobre:**
- Importancia del control del puerperio y del recién nacido
  - Cuidados personales
  - Paternidad y maternidad responsable
  - Espaciamiento intergenésico (espaciamiento entre cada



embarazo)

- Alimentación y micronutrientes
  - Importancia de tomar las tabletas de micronutrientes una vez por semana

## 10. Recomendarle un desayuno, refacción, almuerzo, refacción y cena

- Recomiende que se alimente basándose en las "Guías alimentarias para Guatemala", haciendo énfasis en el consumo de alimentos ricos en hierro (hígado y otras vísceras, moronga, carne, pollo, hojas de color verde intenso, frijol acompañado de cítricos).
- Beneficio de la lactancia materna temprana y exclusiva hasta los 6 meses.
- Riesgos por el uso de tabaco, drogas y medicamentos durante la lactancia.
  - Salud bucodental
  - Prevención de violencia
  - Fortalecer los factores protectores a las madres adolescentes

## 11. Planificación familiar

- Oferte todos los métodos anticonceptivos disponibles en los servicios de salud (naturales, orales, de barrera, dispositivos intrauterinos, inyectables, quirúrgicos y jadelle).
- Asegure que la paciente y su pareja tomen una decisión voluntaria e informada sobre el método anticonceptivo que más se adecúe para ellos, a través de la consejería.
- Informe y resuelva dudas de los o las pacientes sobre métodos anticonceptivos: cómo actúan, efectividad, ventajas, desventajas, precauciones, efectos secundarios y cuando volver, de acuerdo con "Guías Nacionales de Planificación Familiar".
- Provea métodos de planificación familiar (en establecimiento donde existe capacidad instalada, ofertar y proveer anticoncepción quirúrgica femenina y masculina).
- Identifique pacientes con efectos secundarios y trate según "Guías de Nacionales de Planificación Familiar".

**NOTA:** Para más información puede consultar la "Guía Nacional de Planificación Familiar".

## V. MANEJO BÁSICO DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

### a) HEMORRAGIA VAGINAL SIN SHOCK HIPOVOLÉMICO EN LA EMBARAZADA CIE10 O 46.9

- Evalúe de manera rápida el estado general incluyendo signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura, estado de conciencia, frecuencia cardíaca fetal en la embarazada).
- **No realice** examen vaginal en la embarazada después de las 22 semanas, si el proveedor no está capacitado para ello.
- Canalice con angiocat número 16 ó 18.
- Administre solución Hartman o solución salina 1000 ml, a chorro (PRN).
- Abrigue sin acalorar.
- Acueste a la mujer sobre el lado izquierdo para facilitar la oxigenación fetal.
- No deje a la mujer desatendida, porque puede entrar en shock.
- Si sospecha peligro de shock, **iniciar inmediatamente tratamiento de shock hipovolémico.**
- Refiera si no tiene capacidad resolutive garantizando que la paciente sea acompañada por un proveedor de salud durante el traslado, llevando consigo los insumos básicos en caso que se presente shock.

**b) HEMORRAGIA VAGINAL CON SHOCK HIPOVOLÉMICO  
EN LA EMBARAZADA CIE10 O 46.9**

- Evalúe de manera rápida del estado general incluyendo signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura, estado de conciencia y frecuencia cardíaca fetal).
- **No realice** examen vaginal en la embarazada después de las 22 semanas, si el proveedor no está capacitado para ello.
- Inicie tratamiento con solución IV Hartman o solución salina (angiocat No. 16 ó 18). Por cada litro de pérdida sanguínea se reponen tres litros de solución.

**Forma de administración:**

- **Primer litro** a chorro, (15 a 20 minutos).
- **Segundo y tercer litro** por lo menos en la primera hora; el objetivo es reponer 2 a 3 veces lo perdido. Si desconoce la pérdida sanguínea, reponga líquidos hasta estabilizar signos vitales (mejora de presión arterial sistólica mayor de 90 mmHg y frecuencia cardíaca menor de 110 latidos por minuto).
- Coloque sonda de foley, lleve control de excreta urinaria (mínimo 30 cc por hora).
- No dé líquidos por vía oral a la paciente.
- Abrigue sin acalorarla.
- Coloque las piernas más altas que la cabeza.
- Administre oxígeno de 6 a 8 litros por minuto, con máscara o catéter nasal.
- Al estabilizar a la paciente, referala a un servicio de salud con mayor capacidad resolutive, acompañada de proveedor de salud.
- Asegure la recepción de la paciente, comunicándose vía telefónica o fax.

**c) HEMORRAGIA VAGINAL CON SHOCK HIPOVOLÉMICO  
EN LA PUÉRPERA CIE10 O 72**

- Evalúe de manera rápida el estado general incluyendo signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura, estado de conciencia).
- **Realice** examen vaginal, para evaluar si hay restos placentarios o rasgaduras importantes y sangrantes del canal del parto.
- Evalúe formación de globo uterino.
- Inicie tratamiento con solución IV, Hartman o solución salina (angiocat No. 16 ó 18). Por cada litro de pérdida sanguínea se reponen tres litros de solución.

**Forma de administración de la solución intravenosa:**

- **Primer litro** a chorro, (15 a 20 minutos).
- **Segundo y tercer litros** por lo menos en la primera hora; el objetivo es reponer 2 a 3 veces lo perdido. Si desconoce la pérdida sanguínea, reponga líquidos hasta estabilizar signos vitales (mejora de presión arterial sistólica mayor de 90 mm/Hg y frecuencia cardíaca menor de 110 latidos por minuto).
- Administre una ampolla de Oxitocina 10 UI IM, si es necesario.
- Realice masaje uterino abdominal externo.
- Colóquela las piernas más altas que la cabeza.
- No dé líquidos por vía oral a la paciente.
- Abriguela sin acalorarla.
- Refiera inmediatamente a un servicio de salud con mayor capacidad resolutoria, si su servicio no cuenta con los recursos necesarios, acompañada de un proveedor de salud. Asegurar la recepción de la paciente, comunicándose vía telefónica o fax.

**d) MANEJO BÁSICO DE HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO****Preeclampsia** CIE10 O 14.9

Hipertensión arterial y proteinuria (2 cruces en muestra de orina al azar) después de las 20 semanas de embarazo. Se manifiesta con dolor de cabeza (cefalea), visión borrosa, dolor en boca del estómago (epigastralgia), edema de cara y manos, se clasifica como:

**Moderada** CIE10 O 14.0 Presión arterial sistólica mayor de 140 mm/Hg y diastólica mayor o igual a 90 mm/Hg ó evaluación de 15 mm/Hg de a presión diastólica y de 10 mm/Hg de la sistólica por encima de la presión basal.

- Presencia de proteinuria 2 cruces ó 1g/Lt en examen de orina de muestra al azar con tira reactiva, o 300 mg/Lt en orina de 24 horas.

**Severa** CIE10 O 14.1

- Presión arterial sistólica mayor de 160 mm/Hg y diastólica mayor o igual a 110 mm/Hg ó bien hipertensión arterial sistólica igual o mayor de 140 mm/Hg y diastólica mayor o igual a 90 mm/Hg, más cualquiera de estos síntomas:
  - Dolor de cabeza severo,
  - Dolor abdominal severo y
  - Presencia de proteinuria 3 cruces o más de 3 gr/Lt en muestra de orina al azar, con tira reactiva, o más de 3 gr/Lt en orina de 24 horas.

**Eclampsia** CIE10 O 15.0

Presencia de signos de preeclampsia más:

- Convulsiones y/o coma

**NOTA:** Si se presenta hipertensión antes de las 20 semanas piense en la presencia de mola hidatidiforme, embarazo gemelar o hipertensión crónica y refiera a un servicio de mayor capacidad resolutive.

**Conducta/Tratamiento:**

- Canalice con angiocat 16 ó 18 y con solución Hartman 1000 cc IV a 30 gotas por minuto.
- Administre lentamente en cada glúteo 5 g de Sulfato de Magnesio, al 50% con 1 ml de Lidocaina sin Epinefrina, IM profundo (dosis total de 10 g). Aspire antes de inyectar para verificar que la aguja no está en un vaso sanguíneo.

- Vigile durante la administración de Sulfato de Magnesio frecuencia respiratoria y los reflejos. Si la frecuencia respiratoria es menor de 16 respiraciones por minuto o existe falta de reflejo patelar o rotuliano suspenda la administración, puede haber intoxicación aguda por este medicamento.
- Coloque sonda foley.
- Refiera de inmediato a un servicio de mayor capacidad resolutive.
- Especifique en la boleta de referencia dosis de medicamento, vía y hora de administración, así como signos vitales antes y después de la administración.
- En caso de intoxicación aguda por sulfato de magnesio:
  - Administre 1 ml de Gluconato de Calcio al 10% diluido en 9 ml de solución salina o agua tridestilada, via IV hasta que se restablezca la respiración normal.
- Si existe capacidad de resolución en el servicio, además del tratamiento anterior inicie inducción del parto ó preparación para cesárea.

## e) FIEBRE E INFECCIONES

- Fiebre (temperatura axilar mayor o igual a 38° C).
- Dificultad respiratoria (le cuesta respirar).
- Salida de líquido con mal olor por la vagina (flujo, líquido amniótico).
- Coágulos o sangrado con mal olor (puerperio).

### **Conducta/ tratamiento**

- Si se identifican causas específicas, realice tratamiento según normativas.
- Refiera a un servicio de mayor capacidad resolutive, si no puede determinar la causa específica, canalizando con solución mixta 1000 cc IV a 30 gotas por minuto y administre 2 gramos de Ampicilina IV lento.

### **Infeción del Tracto Urinario ITU CIE10 O23.4**

Infeción del sistema urinario que puede ser asintomática, producir cistitis y/o pielonefritis, que presenta alguno de los siguientes síntomas:

- Dolor de cabeza
- Dolor y/o ardor al orinar

- Náusea
- Orina frecuente y escasamente (poliuria y polaquiuria)
- Fiebre
- Escalofríos
- Dolor suprapúbico (encima del pubis)
- Dolor lumbar
- Taquicardia materna y/o fetal
- Malestar general

Realice prueba con tira reactiva de orina. Se considera positiva si: pH mayor de 6 leucocitos + nitritos.

### **Conducta/ tratamiento**

- Amoxicilina 500 mg, vía oral, cada 8 horas, por 7 días o Cefaclor 500 mg vía oral, cada 12 horas, por 5 días.
- Acetaminofén 500 mg vía oral cada 6 horas por 3 días.
- Si en tres días no hay mejoría clínica refiera a un servicio de mayor capacidad resolutive y administre primera dosis de Gentamicina 80 mg IM y Ampicilina 2 gm IV o Ceftriaxona 1gm IV.
- Oriente a la mujer y la familia sobre el motivo e importancia de la referencia.
- Llene formulario respectivo anotando fecha, hora de evaluación y medicamentos administrados.
- Registre en SIGSA.

## **f) RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO CIE10 O 42**

Salida de líquido amniótico por la vagina, de las 20 a las 36 semanas de gestación.

### **Conducta/ tratamiento**

- Refiera a un servicio con mayor capacidad resolutive, canalizando con solución mixta a 1000 cc IV a 30 gotas por minuto y administre 2 gramos de Ampicilina IV lento.

## VI. DETECCIÓN Y PREVENCIÓN OPORTUNA

### EVALUACIÓN DE ESTADO NUTRICIONAL EN LA EMBARAZADA

#### PRIMER CONTROL (primer trimestre)

**Estado nutricional normal** : es cuando la circunferencia media del brazo es mayor o igual a 23 cm o el IMC que se encuentra dentro del rango normal.

#### SEGUNDO, TERCERO y CUARTO CONTROL

##### PESO NORMAL

Ganancia mínima de peso esperado normal, según circunferencia media del brazo o índice de masa corporal. (ver págs. 18-21)

##### Conducta/Tratamiento

- Cumplir con las acciones preventivas en el embarazo.
- Oriente según “Guías alimentarias para Guatemala” haciendo énfasis en consumo de alimentos ricos en hierro (hígado y otras vísceras, moronga, carne, pollo, hojas color verde intenso, frijol acompañado de cítricos), alimentos ricos en energía (atoles espesos, incaparina o bienestarina) y mezclas vegetales (maíz + frijol o arroz + frijol) y una refacción más de lo que comía normalmente.

##### BAJO PESO

Por circunferencia media del brazo o IMC. (ver págs. 18-21)

##### Conducta/Tratamiento

- Cumplir con las acciones preventivas en el embarazo.
- Oriente según “Guías alimentarias para Guatemala” haciendo énfasis en consumo de alimentos ricos en hierro (hígado y otras vísceras, moronga, carne, pollo, hojas color verde intenso, frijol acompañado de cítricos), alimentos ricos en energía (atoles espesos, incaparina o bienestarina) y mezclas vegetales (maíz + frijol o arroz + frijol) y una refacción más de lo que comía normalmente.
- Investigue consumo de micronutrientes entregados en el control anterior.
- Refiera a un programa de educación y atención nutricional (donde exista).
- Cite en un mes para evaluar resultados del tratamiento indicado.



**ANEMIA** CIE10 O 99.0

Evaluar de acuerdo a los siguientes parámetros:

- **Adolescentes de 12 a 19 años**

- Hemoglobina menor de 12
- Hematocrito menor de 36

- **Adulta 20 años o más**

- Hemoglobina menor de 11
- Hematocrito menor de 33

**Conducta/ Tratamiento**

- De tratamiento durante 3 meses:
  - **Adolescente:** 3 tabletas de Sulfato Ferroso (300 mg) al día.
  - **Adulta:** 2 tabletas de Sulfato Ferroso (300 mg) al día.
- Indique que debe continuar tomando la tableta de Ácido Fólico semanalmente.
- Recomiende que coma hígado y otras vísceras, moronga, carne, pollo; hojas verdes, frijol, acompañado de cítricos.

**NOTA:** si las concentraciones son diferentes de las indicadas, deberá hacerse el cálculo proporcionando 3 mg de hierro elemental /kg de peso/día.

**ANEMIA GRAVE** CIE10 O99.0**Signos y Síntomas**

- Palidez palmar y de mucosas intensa.
- Hemoglobina menor de 7 g/dl.

**Conducta/ Tratamiento**

- Refiera al hospital más cercano, para diagnóstico específico y tratamiento si no hay capacidad de resolución local.

**DIABETES EN EL EMBARAZO** CIE10 O 24

Paciente con antecedentes de Diabetes Mellitus, que consulta por embarazo.

Paciente embarazada que presente signos y síntomas de Diabetes Mellitus.

El diagnóstico de Diabetes Mellitus en la embarazada debe reali-

zarse bajo los estándares y criterios establecidos en el módulo de adulto/a y adulto/a mayor.

### **Conducta/ Tratamiento**

- Refiera al tercer nivel de atención, toda paciente con antecedentes de Diabetes Mellitus que resulta embarazada para su control como embarazo de alto riesgo.
- Refiera al tercer nivel de atención, toda paciente embarazada que se le diagnostica Diabetes Mellitus.

### **PREHIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL EMBARAZO**

Embarazada con cifras de presión arterial sistólica 120-139 mm/Hg y diastólica 80-89 mm/Hg.

### **Conducta/ Tratamiento**

Restringir el consumo de sal y monitorear presión arterial y apareamiento de signos y síntomas de hipertensión.

### **HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA Y EMBARAZO CIE10 I 10**

Paciente con hipertensión crónica que presenta embarazo.

Se define como la Hipertensión arterial (igual ó mayor a 140/90 mm/Hg) que está presente y es observable previa al embarazo o que se diagnostica antes de la 20 semana de gestación.

La Hipertensión que se diagnóstica desde el comienzo del embarazo y que persiste más allá del día 42 posterior al parto también debe clasificarse como Hipertensión crónica.

La mayoría de las mujeres embarazadas con Hipertensión crónica grado I tienen muy baja tasa de complicaciones cardiovasculares en el transcurso del embarazo y mayoritariamente dan a luz niños(as) a término y saludables.

No obstante, las hipertensas grávidas presentan un riesgo aumentado para el desarrollo de Preeclampsia con aumento de la morbi-mortalidad fetal y restricción del crecimiento intrauterino.

Dada la disminución de los niveles tensionales que ocurren en las hipertensas durante el primer trimestre del embarazo es importante no confundir como Preeclampsia a la hipertensa crónica.

### **Conducta/ tratamiento**

- Toda paciente hipertensa, que presenta embarazo debe ser referida al tercer nivel para su atención y seguimiento.

## MASTITIS

### MASTITIS POR CONDUCTO TAPADO CIE10 O 91.2

- Desarrollo gradual del problema
- Aparición de un área roja localizada o masa de diámetro pequeño
- Calor leve en el lugar (no siempre)
- Dolor localizado
- Fiebre no mayor de 38.4°C axilar (no siempre)

#### **Conducta/ Tratamiento**

- Acetaminofén 500 mg, vía oral c/6 horas, por 3 días, si hay dolor y/o fiebre
- Oriente a la madre en caso de conducto tapado o mastitis

### MASTITIS POR INFECCIÓN BACTERIANA CIE10 O 91.0

#### **Pezón agrietado**

- Pus y sangre en la leche (no siempre)
- Estrías rojas que se extienden del lugar de la infección para atrás
- Síntomas repentinos y graves sin una causa aparente
- Fiebre mayor de 38.4°C, por más de 3 días (dolor de cuerpo, cansancio y malestar general)

#### **Conducta/ Tratamiento**

- **Primera elección:** Dicloxacilina 500 mg, vía oral, cada 6 hrs, por 7 días.
- **Segunda elección:** Eritromicina 500 mg, vía oral, cada 6 hrs, por 7 días.

#### **Oriente a la madre en caso de conducto tapado o mastitis:**

- Lactancia materna exclusiva
- Terminar su tratamiento completo (en caso de mastitis infecciosa)
- Amamantar frecuentemente para mantener los pechos blandos
- Alternar ambos pechos en cada mamada, empezando con el pecho afectado
- Dar un masaje suave en la masa de la mama afectada, mientras amamanta
- Aplicar lienzos tibios durante 15 minutos 4 veces al día
- Reposo por 24 horas, si es necesario

- Abundantes líquidos
- No destetar al bebé durante este tiempo, no es necesario y podría empeorar

**Para prevenir el problema se recomienda:**

- Prevenir lastimaduras del pezón teniendo una posición y succión correcta, (ver técnica en módulo neonatal)
- Alimentar al o la bebé cada vez que tenga hambre
- Permitir que el o la bebé succione cada pecho hasta que sienta el pecho flácido
- Evitar el uso de ropa apretada o cualquier artículo que haga presión sobre el pecho, por ejemplo correas de pañaleras o mochilas






**TUBERCULOSIS EN EL EMBARAZO CIE10 O 98.0**

El diagnóstico, evaluación y tratamiento de la tuberculosis durante el embarazo, parto y puerperio se realiza con los mismos parámetros que la sección de adulta y adulta mayor.

**Tomar en cuenta que en el esquema B, el tratamiento acortado, no utiliza Estreptomicina, en su caso sustituirlo por una Cefalosporina de 1ra. generación (consultar al Programa Nacional de Tuberculosis)**

**Conducta/ Tratamiento**

**Esquema “A” Tratamiento Acortado 50-60**

MEDICAMENTO	FASE INICIAL 50 RHZE De lunes a sábado 2 MESES	FASE DE CONTINUACIÓN 60 R3H3 Lunes, miércoles y viernes Se inicia 3 días después de la fase inicial 4 MESES
R/H Rifampicina/ Isoniacida	 600/300 mg día	
R Rifampicina		 600 mg día
H Isoniacida		 900 mg día
Z Pirazinamida	 1500 mg día	
E Etambutol	 1200 mg día	

- Registre en el libro rojo y SIGSA a toda paciente con tuberculosis y sintomática respiratorio.
- Oferte prueba de VIH con consentimiento informado a toda paciente Tb.
- Informe y oriente sobre su situación.
- Refiera a hospital especializado para su diagnóstico y tratamiento en caso de sospecha de TB extrapulmonar (ver módulo de adulto (a) y adulto (a) mayor).

## PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MADRE-HIJO O TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH-SIDA

- 1. Control prenatal en paciente con embarazo menor de 34 semanas y estado serológico desconocido.**
  - Oferte la prueba rápida de VIH con orientación pre y post prueba con consentimiento informado y firmado.
  - Si es negativa repetir la prueba cada tres meses hasta que termine su embarazo.
  - Si es positiva referir al tercer nivel con Unidad de Atención Integral para pacientes con VIH/sida.
  - Se debe realizar hematología, química sanguínea y pruebas hepáticas cada mes durante el tratamiento con AZT. Si los niveles de hemoglobina son menores a 8 mg/ml referirla al tercer nivel.
  
- 2. Embarazada que ya toma antirretrovirales CIE10 Z21**
  - Embarazada VIH positiva que ya toma antirretrovirales sin trabajo de parto activo, referirla a la Unidad de Atención Integral de inmediato.
  
- 3. Embarazada con trabajo de parto activo y/o con ruptura de membranas mayor de 4 horas.**
  - Resolver el parto por vía vaginal, sin realizar episiotomía ni maniobras o procedimientos invasivos.
  - Iniciar AZT (zidovudina) desde su llegada al servicio de salud: 2 mg/kg de peso por vía intravenosa en infusión (diluir en 100 ml de solución D/A al 5%) para una hora. Luego, seguir con infusión continua a 1 mg/kg de peso por hora (diluir en solución D/A al 5 % de 100 ml) hasta cortar el cordón umbilical. Si no se dispone de AZT para uso intravenoso, desde su llegada al servicio de salud, administrar 600 mg de AZT por vía oral y seguir con 300 mg de AZT por vía oral cada 3 horas, hasta cortar el cordón umbilical. Ver Protocolo de Transmisión Vertical de VIH.
  
- 4. Parto fuera de los servicios de salud.**
  - Si el parto ha sucedido fuera de los servicios de salud y se conoce la positividad de la madre, referir a la paciente y al o la recién nacido (a) al hospital para iniciar tratamiento profiláctico con AZT hasta las 48 horas después del nacimiento.

## SÍFILIS EN EL EMBARAZO CIE10 O 98.1

La infección materna por sífilis es igual que en cualquier mujer no embarazada y puede adquirirse en cualquier etapa del embarazo.

### Existen 3 estadios de sífilis

**Sífilis primaria:** Chancro duro. Sífilis Latente Temprana: Período asintomático menor de dos años de adquirida la infección.

**Sífilis Latente tardía:** período asintomático menor de dos años de adquirida la infección.

**Sífilis terciaria:** de 3 a 25 años de adquirida la infección

### Diagnóstico

Toda mujer embarazada debe someterse a pruebas serológicas de tamizaje en el control prenatal, mediante la prueba de anticuerpos:

- VDRL es positivo o RPR es reactivo y si se cuenta con capacidad resolutive del servicio, realizar pruebas treponémicas como FTA-ABS o MHAT-TP o prueba rápida, y si éstas son reactivas, tratar para sífilis. Si no son reactivas, hay ausencia de sífilis.
- Si VDRL es positivo o RPR es reactivo y no hay capacidad resolutive del servicio para hacer FTA-ABS o MHT-TP, tratar para sífilis. Si las pruebas no son reactivas hay ausencia de sífilis.
- Si VDRL o RPR o prueba rápida no reactiva, se repite prueba no treponémica en el 3er. trimestre del embarazo, no reactivo, hay ausencia de sífilis.

### Conducta/ Tratamiento

**Sífilis primaria o latente temprana: CIE10 O98.1:** Penicilina Benzatínica 2,400,000 UI, vía intramuscular en dosis única. Debido al volumen se administra en 2 inyecciones de 1,200,000 UI, en cada glúteo.

#### **Sífilis latente tardía o no se puede determinar el estadio de la sífilis:**

- Penicilina Benzatínica 2,400,000 UI, vía intramuscular una vez por semana por tres semanas.
- En caso de alergia a la Penicilina se recomienda desensibilizar, por lo que debe mandarse a un hospital con capacidad resolutive. **No** debe realizarse en puestos ni en centros de Salud.

**NOTA:** evalúe a la madre entre 3 y 6 meses después del tratamiento a fin de considerar fracaso terapéutico o reinfección.

## Parejas sexuales

- Toda pareja sexual de una mujer embarazada infectada en cualquier estadio, debe ser evaluada clínica y serológicamente.
- Si la exposición ocurrió más de 90 días antes al diagnóstico de la sífilis primaria o latente temprana, aunque la prueba sea negativa, se indica Penicilina Benzatínica 2,400,000 UI, vía intramuscular en dosis única. Debido al volumen se administra en 2 inyecciones de 1,200,000 UI, en cada glúteo. En caso de alergia a la Penicilina, Doxiciclina 100 mg, por vía oral 2 veces al día durante 14 días.
- Si la exposición ocurrió más de 90 días antes del diagnóstico de la sífilis primaria o latente temprana, el resultado de las pruebas no está disponible y el seguimiento es incierto se indica Penicilina Benzatínica 2,400,000 UI, vía intramuscular en dosis única. Debido al volumen se administra en 2 inyecciones de 1,200,000 UI, en cada glúteo. En caso de alergia a la Penicilina, Doxiciclina 100 mg, por vía oral 2 veces al día durante 14 días.
- En caso de sífilis latente tardía se indica Penicilina Benzatínica 2,400,000 UI, vía intramuscular una vez por semana por tres semanas. En caso de alergia a la Penicilina, Doxiciclina 100 mg, por vía oral 2 veces al día durante 30 días.
- **Oriente sobre:**
  - Importancia del tratamiento completo y cumplimiento de las dosis recomendadas para curar la sífilis en embarazo y evitar la sífilis congénita.

**El tratamiento con una dosis de Penicilina Benzatínica en estadio temprano del embarazo, incluso en mujeres con sífilis de larga duración, evitaría la infección del feto**

## SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL EN EL EMBARAZO CIE10 N 89.8

### Signos y Síntomas

- Aumento de secreción vaginal con cambio de color, con mal olor.
- Prurito (picazón) o irritación vulvar.
- Disuria (dolor al orinar).
- Dispareunia (dolor al tener relaciones sexuales).

## Evalúe el riesgo de acuerdo al siguiente cuadro:

Evaluación de riesgo	Puntuación	
	SI	NO
¿ Su pareja tiene secreción uretral?	2	0
¿ Es usted menor de 21 años?	1	0
¿ Es mujer soltera?	1	0
¿ Ha tenido más de 1 pareja en el último año?	1	0
¿ Ha tenido nueva pareja en los últimos 3 meses?	1	0

- Si desconoce la respuesta de la primera pregunta, clasificar como Sí (2 puntos).
- Si la suma total es igual o mayor que dos el riesgo es positivo: Tratar por Cervicitis y Vaginitis.
- Si la suma es menor que 2 el riesgo es negativo, tratar sólo por Vaginitis.

**Conducta/ Tratamiento****Cervicitis CIE10 O 86.1**

- Ceftriaxona: 500 mg IM dosis única. **Más**, Azitromicina: 1 gr vía oral dosis única.  
Alternativa: Eritromicina: base 500 mg, vía oral c/6 hrs por 7 días.

**Vaginitis CIE10 O 86.1**

- Metronidazol: (2 gr) 4 tabletas de 500 mg vía oral, dosis única, solamente a partir del cuarto mes de embarazo. No consumir bebidas alcohólicas durante el tratamiento. **Más** Clotrimazol: 1 óvulo vaginal de 500 mg dosis única.  
Alternativas:
  - Clotrimazol: crema vaginal al 2 % un aplicador vaginal cada noche por 3 noches o
  - Clindamicina óvulos vaginales 300 mg 1 óvulo vaginal c/noche por 7 días.
  - Indique el mismo tratamiento de Metronidazol a la o las pareja(s) sexual(es).
- Realice VDRL a todo paciente con ITS, si existe capacidad resolutive.
- Oferte la prueba de VIH si se tiene capacidad resolutive, con información y con consentimiento, si es aceptada realizar consejería pre y post prueba.
- Oriente sobre:
  - ITS y conductas sexuales de menor riesgo para cambios de comportamiento.



- Promueva el uso correcto y constante del condón (enseñe técnica)
- No tener relaciones sexuales mientras esté enferma.
- Medidas higiénicas
- Indicar que regrese si continúan los síntomas una semana después del tratamiento.
- Proveer condones.

### MALARIA EN EL EMBARAZO

La Malaria gestacional ha sido definida como la presencia del *Plasmodium* en sangre periférica materna y/o el hallazgo del parásito en la placenta.

#### Signos y síntomas

- Fiebre cada 2 ó 3 días
- Sudoración y escalofríos

Más uno o varios de los siguientes:

- Hipoglicemia
- Anemia severa
- Edema pulmonar
- Insuficiencia renal
- Fiebre
- Abortos

**Complicaciones:** sangrado, ictericia, edema, petequias, hipoxia, alteraciones de la conciencia.

#### Diagnóstico:

En zonas endémicas realizar gota gruesa desde el primer control y en forma rutinaria durante cada control. La gota gruesa debe ser examinada en las primeras 72 horas de tomada la muestra.

Durante el embarazo y puerperio la malaria severa se debe diferenciar de la sepsis de origen uterino, urinario o mamario.

#### Conducta/ Tratamiento

- Administrar medicamento de acuerdo al siguiente esquema:
- Seguimiento ambulatorio:

<i>Plasmodium falciparum</i>	
PRIMER DÍA	SEGUNDO Y TERCER DÍA
600 mg (4 tabletas de Cloroquina de (150 mg base), en una sola toma.	450 mg (3 tabletas de Cloroquina de 150 mg base), en una sola toma.
<b>No administrar Primaquina</b>	

<b>Plasmodium vivax</b>	
<b>PRIMER DIA</b>	<b>SEGUNDO Y TERCER DÍA</b>
600 mg (4 tabletas de Cloroquina de 150 mg base), en una sola toma.	450 mg (3 tabletas de Cloroquina de 150 mg base), en una sola toma.
<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Luego se administra semanalmente 1 dosis de 300 mg de Cloroquina (2 tabletas de 150 mg base) hasta el parto.</li> <li>▫ Una semana después del parto se administrará Primaquina durante 14 días (1 tableta de 15 mg base, por día).</li> </ul>	

**NOTA:** en caso de vomitar el medicamento, esperar media hora y repetir la misma dosis. Si continúa con vómitos, referir al hospital.

- En caso *P. falciparum*, realizar gota gruesa de control al cuarto (4) y décimo cuarto (14) día post tratamiento.
- En caso de *P. vivax*, realizar gota gruesa de control al décimo quinto (15) y vigésimo octavo (28) días post tratamiento.
- Vigile la adherencia al tratamiento.
- Cite en 2 días y si la paciente no mejora referirla al hospital.
- Registre en SIGSA.
- Refiera en caso de sospecha de Malaria complicada o severa a:
  - Toda embarazada con diagnóstico sospechoso o confirmado de malaria, especialmente a *P. falciparum*, que no tiene mejoría franca en dos días de tratamiento.
  - Cualquier síntoma del Sistema Nervioso Central, postración, ictericia, parasitemia elevada.

### **DENGUE EN EL EMBARAZO**

Es una enfermedad viral que se transmite de una persona enferma a una persona sana por medio de la picadura de un insecto o mosquito llamado *Aedes aegypti*. El curso de la enfermedad se desarrolla de dos maneras: Dengue Clásico y Dengue Hemorrágico.

Debe considerarse los antecedentes en la familia y comunidad.

**Dengue Clásico:** **CIE10 A 90** Es una enfermedad endémica y epidémica de zonas tropicales y subtropicales, que afecta a toda persona y cursa de forma similar a las manifestaciones de una influenza.

**Signos y Síntomas:** Fiebre de inicio repentino arriba de 38.5°C con duración de 2 a 7 días acompañados de dos o más de los siguientes signos y/o síntomas:

- Dolor de cabeza (cefalea)
- Dolor retroorbitario, (aumenta cuando el paciente mueve los ojos)
- Dolor de articulaciones (artralgias)
- Dolor de músculos (mialgias)
- Erupción cutánea (rash)
- Sudoración

### **DENGUE HEMORRÁGICO** CIE10 A 91

Se sospecha que un paciente tiene dengue hemorrágico cuando presenta una infección grave potencialmente mortal con baja inmunidad o con una inmunidad para un tipo de dengue que se infecta con otro tipo diferente. Debe llenar los criterios de la OMS.

#### **Signos y síntomas de dengue clásico más:**

- Petequias o equimosis
- Sangrado espontáneo en nariz, piel, encías y otros sitios.
- Vómitos persistentes
- Prueba de torniquete positiva

**NOTA:** Considerar de alto riesgo el padecimiento de dengue en las mujeres embarazadas durante los nueve meses de gestación.

#### **Laboratorios:**

**a) Examen serológico específico para dengue.** Anticuerpos contra el virus del dengue. Tomar muestra de suero o en papel filtro después de padecer los síntomas y signos, entre el sexto día hasta el quinceavo día (15). Obtener resultados de laboratorio en una semana. Detección de IgM = Dengue reciente. Detección IgG = Dengue padecido anteriormente.

**b) Examen virológico y aislamiento de serotipos de dengue-virus.** Tomar muestra de suero en tubo estéril o vacutainer durante la viremia, entre el segundo y quinto día de la fiebre. Idealmente tomar la muestra en el tercer día de viremia o de fiebre. Requiere cultivo del virus para poder aislarlo en el laboratorio. Obtener resultados de laboratorio de referencia en tres semanas o un mes.

**NOTA:** procesar la muestra dentro de las primeras 48 horas. Las muestras para determinar el agente etiológico se realizarán en pacientes que cumplan con la definición de caso y de acuerdo a la normativa. El examen de laboratorio es para vigilancia de los anticuerpos y/o virus del dengue D1 - D2 - D3 - D4.

### **Conducta/ Tratamiento**

- Llenado de hoja de referencia si presenta riesgo de aborto o parto prematuro
- Manejo de protocolo para atender embarazos de alto riesgo
- Dar Acetaminofén 500 mg cada 8 horas, vía oral, si es necesario
- Refiera inmediatamente al hospital

### **CHAGAS EN EL EMBARAZO CIE10 B 57**

Es una enfermedad zoonótica transmitida por insectos triatomíneos (chinchas picudas, telaje o telepate), producida por el *Tripanosoma cruzi*, que se clasifica en aguda y crónica indeterminada, puede causar complicaciones cardíacas que si no son tratadas oportuna y adecuadamente pueden desencadenar la muerte.

Generalmente la persona se presenta asintomática y con buen estado general de salud.

Se debe realizar la búsqueda de anticuerpos Ig G específicos, anti *T cruzi* por método serológico de ELISA recombinante.

Los resultados dudosos deben enviarse al Laboratorio Nacional de Salud para confirmación.

#### **Laboratorios:**

- Muestra en papel filtro Whatman N° 1, en encuestas o rutina en servicios de salud seleccionados para estudios.
- Muestra sanguínea y/o muestra sanguínea venosa en vacutainer y transportada en cadena de frío al laboratorio con capacidad resolutive.

### **Conducta/ Tratamiento**

- Debe realizarse investigación por tamizaje de Chagas congénito en embarazadas durante el control prenatal de las localidades de las áreas de salud hiper endémicas y endémicas.
- **NO está indicado el tratamiento en la embarazada ni en la puérpera.**
- Reporte en SIGSA, con copias al Programa de Chagas y al Centro Nacional de Epidemiología, si el diagnóstico de laboratorio es positivo.
- Refiera al hospital para evaluación y seguimiento del caso.

## ONCOCERCOSIS EN EL EMBARAZO CIE10 B 73

La Oncocercosis es una enfermedad causada por un parásito denominado *Onchocerca Vólvulos* y que se transmite por la picadura de una mosca del tipo *Simulium* (en Guatemala el *Simulium Ochraceum*), de evolución crónica, que produce nódulos en el tejido subcutáneo principalmente en la cabeza, hombros y cintura, daños en la piel y graves daños en los ojos hasta producir ceguera irreversible.

### Caso sospechoso

Embarazadas que provienen de un área endémica de Oncocercosis, Huehuetenango (Cuilco), Chimaltenango, Sololá, Suchitepéquez, Santa Rosa, Escuintla y Guatemala Sur (Villa Canales), o que haya vivido o trabajado en fincas de café de esos lugares y que presenten nódulos fibrosos subcutáneos principalmente en la cabeza y hombros o en la cintura, cadera y espalda. Se deberá evaluar lo siguiente:

### Signos y Síntomas:

- Lesiones de rascado, con enrojecimiento o coloración morada de la piel
- Lagrimeo
- Conjuntivitis
- Fotofobia
- Sensación de cuerpo extraño en ambos ojos
- Pérdida de la agudeza visual o ceguera total e irreversible

### Diagnóstico:

- Nódulo oncocercósico con presencia de gusanos adultos (filarias)
- Microfilarias en biopsia de piel
- Microfilarias en la cámara anterior del ojo
- Serología positiva para anticuerpos de *Onchocerca volvulus*

### Conducta/ Tratamiento

- Embarazadas y puérperas hasta 8 días **NO** administrar tratamiento.
- Puérperas de más de 8 días, ver tratamiento en módulo de adolescencia.
- No realice extracción quirúrgica (nodulectomía) si existe presencia de nódulos oncocercósicos.

- Reporte al área de salud si encuentra un nódulo sospechoso, para decidir en forma conjunta con el programa sobre los procedimientos de nodulectomía, preservación y envío para análisis de la muestra.
- Refiera a oftalmología en hospitales especializados para evaluar complicaciones oculares.

### **LEISHMANIASIS EN EL EMBARAZO CIE10 B 55**

**Signos, síntomas y laboratorio:** ver módulo de adolescentes.

#### **Conducta/ Tratamiento**

**NO** administrar tratamiento durante el embarazo y el puerperio, hasta 6 meses después del parto si está dando lactancia exclusiva. Refiera a Hospital todo caso sospechoso de Leishmaniasis visceral.

## **ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR AGUA Y ALIMENTOS**

El diagnóstico, evaluación y tratamiento de las enfermedades transmitidas por alimentos y agua durante el embarazo, parto y puerperio se realiza con los mismos parámetros que la sección de adulto (a) y adulto (a) mayor. Con excepción de los medicamentos.

### **ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA SANGUINOLENTA (DISENTERÍA) CIE10 A 09**

Deposiciones diarréicas con presencia de sangre.

#### **Conducta/Tratamiento**

- Evalúe estado de hidratación e iniciar terapia que corresponda (Plan A, B o C, ver módulo de adolescencia )
- Proceda según “ Protocolos de vigilancia epidemiológica”.
- Si la disentería se presenta durante el embarazo y puerperio refiera al hospital para para evaluación y tratamiento.
- Registre en SIGSA.

### **PARASITOSIS INTESTINAL CIE10 B 82.9**

El diagnóstico, evaluación y tratamiento de las parasitosis intestinales durante el embarazo, parto y puerperio se realiza con los mismos parámetros que el módulo de adulto (a) y adulto (a) mayor. Con excepción de los medicamentos.

**OXIUROS** CIE10 B 80 (**Enterobius vermicularis**)

Se transmite a través de la ropa contaminada, de persona a persona o por contaminación ano-mano-boca.

**Signos y Síntomas:**

- Prurito anal (picazón) sobre todo por la noche.
- Prurito de la vulva en mujeres (ocasionalmente).

**Conducta/ Tratamiento**

- Refiera a un servicio con ginecobstetra
- Oriente acerca de:
  - Consumo de agua segura
  - 10 reglas de oro (ver anexo módulo de adulto (a) y adulto (a) mayor)
- Registre en SIGSA

**GIARDIASIS** CIE10 A 07.1 (**Giardia lamblia**)

La vía de transmisión es fecal-oral; por ingesta de alimentos y agua contaminados con quistes.

**Signos y síntomas:**

- Diarrea acuosa o pastosa, muy fétida y de color claro; a veces grasosa.
- Náuseas, vómitos, pérdida de apetito.
- Dolor abdominal persistente en epigastrio (boca del estómago).
- Meteorismo (ruidos gastrointestinales aumentados).
- Pérdida de peso o pobre ganancia de peso.

**Conducta/Tratamiento**

- Refiera a un servicio con ginecobstetra.
- Oriente acerca de:
  - Consumo de agua segura
  - 10 reglas de oro (ver anexo módulo de adulto (a) y adulto (a) mayor)

**AMEBIASIS INTESTINAL** CIE10 A 06.0 (**Entamoeba histolytica**)

La vía de transmisión es fecal-oral; por ingesta de alimentos y agua contaminados con quistes.

**Signos y síntomas**

- Dolor abdominal

- Tenesmo (sensación de evacuación incompleta)
- Puede presentar deshidratación
- Evacuaciones pequeñas y numerosas con mal olor y poco contenido fecal

### **Conducta/Tratamiento**

- Refiera a un servicio con ginecobstetra
- Oriente sobre:
  - Preparación del suero oral
  - Hervir el agua para consumo
  - 10 reglas de oro (ver módulo de adulto(a) y adulto(a) mayor)
  - Registre en SIGSA

## **INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA'S)**

### **NEUMONÍA GRAVE CIE10 J15.9**

En presencia de dificultad respiratoria, identificar uno o más de los siguientes signos o síntomas.

- Estertores
- Fiebre
- Confusión o somnolencia

### **Conducta/Tratamiento**

- Acetaminofén tableta 500 mg: 2 tabletas, primera dosis; si la temperatura es igual o mayor de 38° C, sin exceder más de 3 días
- Penicilina Procaína, primera dosis IM 800,000 UI (2 cc )\*
- Si es alérgica a la penicilina no administre nada, refiere inmediatamente
- Refiera al servicio de salud de mayor resolución
- Oriente sobre: la situación de la paciente y el motivo de traslado
- Registre en SIGSA

\*Frasco de 4,000,000 UI Penicilina Procaína, diluido con 7.5 cc de agua destilada, si es alergia a penicilina referir.



## NEUMONÍA CIE10 J 15.9

### Signos y síntomas:

- Tos
- Fiebre
- Sibilancias
- Dolor Torácico
- Estertores

### Conducta/ Tratamiento

- Acetaminofén tableta 500 mg: 1 tableta cada 6 horas si la temperatura es igual o mayor de 38° C por 3 días
- Penicilina procaínica IM: 800,000 UI (2 cc) cada 24 horas por 7 días\*
- Si no hay quien lo inyecte en la comunidad se puede dar:
  - Amoxicilina de 500 mg: 1 tableta cada 8 horas por 7 días
- Si es alérgica a la penicilina refiera para evaluación y tratamiento
- Oriente sobre:
  - Horario, dosis, administración y duración de medicamentos
  - Volver de inmediato si no mejora o empeora
  - Cite en 2 días
  - Si no mejora, revisar dosificación y administración del medicamento
  - Si el tratamiento no fue dosificado o administrado según las instrucciones, explicar nuevamente y continuar con el mismo antibiótico
  - Si el tratamiento fue bien dosificado y administrado, o presentó efectos no deseados referir al gineco obstétra
  - Registre en SIGSA

\*Frasco de 4,000,000 UI Penicilina procaínica, diluido con 7.5 cc de agua destilada, si es alérgica a penicilina referir.

**RESFRIADO COMÚN** CIE10 J 00**Signos o síntomas:**

- Malestar general
- Rinorrea
- Fiebre
- Con o sin tos

**Conducta/ Tratamiento:**

- Acetaminofén tableta 500 mg: 1 tableta vía oral cada 6 horas, sin exceder más de 3 días
- Oriente sobre:
  - Incrementar ingesta de líquidos
  - Protegerse de exposición a cambios de clima
- Registre en SIGSA

**AMIGDALITIS BACTERIANA** CIE10 J 03

Es cuando las amígdalas están enrojecidas, aumentadas de tamaño y con puntos sépticos o exudado purulento, con uno o más de los siguientes signos o síntomas:

- Fiebre
- Dolor de garganta
- Ganglios linfáticos submandibulares aumentados de tamaño y dolorosos

**Conducta/tratamiento:**

- Acetaminofén tableta de 500 mg: 1 tableta, vía oral, cada 6 horas por 3 días
- Penicilina Benzatínica IM: 1,200,000 UI, dosis única. (Frasco de 1,200.000 UI diluído con 5 cc de agua estéril)
- Si es alérgica a la penicilina refiera para evaluación y tratamiento
- Oriente sobre:
  - Horario, dosis, administración y duración de los medicamentos
- Registre en SIGSA
- Cite en 2 días para control

## AMIGDALITIS VIRAL CIE10 J 03.0

Es cuando las amígdalas están enrojecidas y aumentadas de tamaño con uno o más de los siguientes signos o síntomas:

- Fiebre
- Dolor de garganta
- Ganglios linfáticos cervicales y submaxilares aumentados de tamaño y dolorosos

### **Conducta/tratamiento:**

- Acetaminofén tableta 500 mg: 1 tableta vía oral cada 6 horas, si presenta fiebre o dolor, sin exceder más de 3 días
- Cite en 2 días para control
- Registre en SIGSA

## AFECCIONES BUCODENTALES

### **Conducta/tratamiento:**

- En caso de absceso por causa de caries dental o absceso periodontal se recomienda:
  - Amoxicilina 500 mg vía oral, cada 8 horas, por 7 días.
  - En caso de alergia a la penicilina, dar Eritromicina 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días.
  - Acetaminofén 500 mg vía oral, cada 6 horas, por 3 días solamente si hay dolor.
- Refiera a odontólogo/a.

## VIOLENCIA EN EL EMBARAZO

### **Agresión sexual con fuerza corporal**

#### **Violencia Sexual CIE 10 05.9**

Se trata de la evidencia o el reporte de golpes (magulladuras, quemadas sistemáticas ocasionadas con cigarro, plancha u otros objetos, fracturas, arrancones de pelo, lesiones genitales, etc) en la embarazada.

- Historia de golpes que no concuerdan con la evidencia real
- Alteraciones de la conducta
- Historia de violencia psicológica (insultos, gritos, amenazas, degradaciones, comparaciones)

- Terrores nocturnos, trastornos del sueño
- Baja autoestima
- Bajo rendimiento laboral, en el hogar, escolar
- Dificultades laborales
- Dificultad para relacionarse con otros y otras
- Tristeza
- Signos de abandono (falta de higiene, desnutrición, etc)
- Cambios conductuales que incluyen: llanto excesivo, depresión o tristeza, aislamiento, agresividad, desinterés en actividades propias de la edad
- Mujer adolescente y adulta que vive en la calle
- Violencia sexual (violación, abusos, incesto, exhibicionismo, voyeurismo)

## **Conducta/ tratamiento:**

Proceda de acuerdo a los Protocolos de atención de violencia intrafamiliar, violencia basada en género, violencia sexual, violencia política.

- **Oriente a la mujer y a la familia:**
  - El ciclo de la violencia (ver módulo de adulto (a) y adulto (a) mayor )
  - El riesgo de muerte por violencia
- Refiera a la clínica de atención de salud mental más cercana para abordaje terapéutico individual, familiar y grupal, por especialista.
- Llene hoja de referencia y registre en SIGSA.

## **DEPRESIÓN POSPARTO**

Consiste en el cambio del estado de ánimo con tendencias a la tristeza, inactividad, pensamiento y sentimientos afectados, su origen tiene muchos factores, entre ellos los hormonales, bioquímicos, genéticos, psicológicos, ambientales, y secundario a cambio de rol (de embarazada a madre), puede aparecer justo después del parto, o varios meses después, de manera repentina o ir apareciendo lentamente.

Luego del parto es normal que la madre experimente cambios en su estado de ánimo que comienza a los pocos días de haber nacido el bebé, pero que no dura más de 2 semanas.

### **Signos y síntomas**

- Tristeza
- Cambios repentinos de humor
- Sentimientos de culpa
- Ataques de pánico
- Pensamientos suicidas
- Sentir que nada es divertido
- Falta de concentración
- Ansiedad
- Irritabilidad
- Problemas para dormir
- Cansancio extremo
- Trastornos en la alimentación
- Rechazo hacia el o la bebé

### **Conducta/ Tratamiento:**

- Refiera a un servicio de salud con capacidad resolutive para evaluación y tratamiento especializado (psicólogo (a), psiquiatra, otro).

## VII. ORIENTACIÓN A LA MUJER, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Signos y señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio
- Plan de emergencia familiar y comunitario
- Importancia del control prenatal y puerperio
- Parto limpio y seguro atendido por personal competente
- Inmunizaciones (prevención del tétanos neonatal)
- Cuidado y alimentación de la madre embarazada y la puérpera
- Cómo superar los problemas de lactancia materna
- Lactancia materna
- Espaciamiento intergenésico óptimo (3 a 5 años)
  - Oferte todos los métodos anticonceptivos disponibles en los servicios de salud (naturales, de barrera, hormonales y quirúrgicos)
  - Asegure que se tome una decisión voluntaria e informada sobre el método anticonceptivo que elija
  - Informe y resuelva dudas de los o las pacientes sobre métodos anticonceptivos: cómo actúan, efectividad, ventajas, desventajas, precauciones, efectos secundarios y cuando volver. Ver "Guías de Planificación Familiar"
- Cuidados del o la neonato (señales de peligro)
- Cuidados personales e higiene
- Detección oportuna de cáncer cervical con Papanicolaou o IVAA
- Paternidad y maternidad responsable
- Informe que la lactancia materna también tiene beneficios para la madre
- Oriente a la madre sobre la importancia del consumo de suficientes líquidos

## DIFICULTADES ASOCIADOS A LA LACTANCIA MATERNA

<p><b>PEZONES LASTIMADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dolor</li> <li>▪ Ardor</li> <li>▪ Grietas</li> <li>▪ Sangrado</li> </ul>	<p><b>Recomiende a la madre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Posición y succión de la o el recién nacido al pecho (ver módulo neonatal)</li> <li>▪ Aplique su propia leche en el pezón en cada mamada ya que la leche materna tiene propiedades cicatrizantes</li> <li>▪ Evite el uso de sostén o telas sintéticas mientras sanan los pezones</li> <li>▪ Coloque lienzos de té de manzanilla</li> <li>▪ Continúe amamantando frecuente y exclusivamente, sobretodo si su bebé es menor de 6 meses</li> </ul> <p><b>Para prevenir el problema recomiende:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No use pachas y/o pepe</li> </ul>
<p><b>INGURGITACIÓN O CONGESTIÓN MAMARIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pechos grandes, duros, pesados y sensibles</li> <li>▪ Piel tirante</li> <li>▪ Dolor</li> <li>▪ Fiebre (en algunos casos)</li> <li>▪ Los síntomas anteriores pueden aparecer en ambos pechos</li> </ul>	<p><b>Recomiende a la madre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Posición y succión correcta (ver módulo neonatal)</li> <li>▪ Aplique lienzos con agua tibia antes de dar el pecho</li> <li>▪ Haga masaje suave con movimientos circulares antes de dar el pecho</li> <li>▪ Continúe amamantando frecuentemente (cada 1 ½ a 2 horas)</li> <li>▪ Permita que la o el recién nacido mame suficiente de cada pecho, hasta que queden blandos</li> <li>▪ Aplique compresas frías entre una toma y otra</li> <li>▪ Si la areola está inflamada y tensa, que la madre extraiga un poco de leche para ablandar el pecho y facilitar la succión del bebé</li> <li>▪ Si el problema persiste por más de 48 horas, se recomienda consultar al servicio de salud</li> </ul> <p><b>Para prevenir el problema recomiende:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evite que pase mucho tiempo entre cada mamada</li> <li>▪ Despierte a los y las bebés que duermen mucho por lo menos cada 2 a 3 horas para que mamen</li> <li>▪ Amamante sin horario y a libre demanda</li> <li>▪ No use pachas y/o pepes</li> </ul>

## **POCA PRODUCCIÓN DE LECHE**

- La madre dice que no tiene suficiente leche.
- La o el bebé no está creciendo bien.
- La o el bebé no está orinando más de 6 a 8 veces al día.

## **Recomiende a la madre que:**

- Reafirme a la madre que puede producir suficiente leche para la o el bebé
- Pregunte por qué la madre piensa que no tiene suficiente leche y aconseje según corresponda
- Aumente la frecuencia de mamadas por lo menos cada 2 horas
- Permita que la o el bebé mame todo lo que quiera de cada pecho
- No arrope o cubra demasiado a la o el bebé mientras mama
- Amamante de día y de noche
- Extraerse la leche entre mamadas ya que puede ayudar a aumentar la producción
- Elimine otras leches, líquidos, los pepes y las pachas

## **Para prevenir el problema oriente:**

- Dé de mamar cada vez que la o el bebé lo pida
- Permita que la o el bebé termine con cada pecho (no menos de 20 minutos en cada uno)
- Si la o el bebé tiene menos de 6 meses, dé lactancia materna exclusiva

\* **NOTA:** recomiende a la madre el consumo de suficientes líquidos (agua, atoles, refrescos naturales. No recomiende tomar café ni aguas gaseosas)