PERÚ | Ministerio de Salud

Norma Técnica de Salud que Establece el Conjunto de Intervenciones Articuladas para la Reducción de la Mortalidad Neonatal en el Primer Nivel de Atención de Salud, en la Familia y la Comunidad

Lima - Perú

2008

EL PERU AVANZA

PERÚ | Ministerio de Salud

Norma Técnica de Salud que Establece el Conjunto de Intervenciones Articuladas para la Reducción de la Mortalidad Neonatal en el Primer Nivel de Atención de Salud, en la Familia y la Comunidad

Lima - Perú
2008

EL PERU AVANZA

Norma Técnica de Salud que Establece el Conjunto de Intervenciones Articuladas para la Reducción de la Mortalidad Neonatal en el Primer Nivel de Atención de Salud, en la Familia y la Comunidad

Tercera edición, 2009
Tiraje: 3000 ejemplares

© MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Salud de las Personas
Dirección General de Promoción de la Salud
Av Salaverry cdra 8 s/n - Jesús María
http:/www.minsa.gob.pe
Lima - Perú

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú: 2009-13136
ISBN: 978-9972-851-33-9

Impresión:
Publimagen ABC sac
publimagenabc@yahoo.es
Calle Collasuyo 125, Lima 28
Teléfono: 526 9392

Dr. Alan García Pérez
Presidente Constitucional del Perú

Dr. Óscar Ugarte Ubilluz
Ministro de Salud

Dr. Elías Melitón Arce Rodríguez
Viceministro de Salud

Dr. Martín Clendenes Alvarado
Director General de Salud de las Personas

Dr. Hamilton García Díaz
Director General de Promoción de la Salud

Dr. Luis Miguel León García
Director Ejecutivo de la Dirección de Atención Integral de Salud

Dra. Rosa Luz Vilca **Bengoa**
Directora del Programa Sectorial I de la Dirección de Atención Integral de Salud

Equipo Técnico Dirección de Atención Integral - Etapa de Vida Niño

Dra. Graciela Zacarías Aguirre
Dr. Yencey Barranzuela Montoya
Lic. Hortensia Ramírez Leandro
Lic. Jacqueline Lino Calderón

Participaron en la elaboración del documento

Dr. Luis Miguel León García
Dra. Rosa Luz Vilca Bengoa
Dra. Lucy Del Carpio Ancaya
Dra. Marisol Vicuña Olivera
Dr. Alfredo Guzmán
Dr. Dino Cabrera
Dr. Enrique Guevara
Dr. Esteban Chioti Kaneshima
Dr. Julio Portella
Dr. Mario Tavera
Dr. Miguel Dávila
Dr. Miguel Gutiérrez
Dr. Raúl Urquizo
Dr. Roberto Romero
Dr. Santiago Cabrera
Dr. Yencey Barranzuela Montoya
Dra. Ariela Luna Flórez
Dra. Beatriz Ugaz
Dra. Graciela Zacarías Aguirre
Dra. Luisa Sacieta
Dra. Luz Dodobara
Dra. Marilú Chiang
Dra. Milagros Raffo Neyra
Lic. Fabiola Quiroz
Lic. Flavia Cruzado
Lic. Hortensia Ramírez Leandro
Lic. Miriam Strull Farías
Lic. Jéssica Niño de Guzmán

Participaron en la revisión técnica final

Dr. Luis Miguel León García
Dr. Luis Ricardo Robles Guerrero
Dra. Lucy Del Carpio Ancaya
Dra. Marisol Vicuña Olivera
Dra. Rosa Luz Vilca Bengoa

Si por algún acto totalmente involuntario en la presente lista se omitió a alguna persona que contribuyó en la elaboración o revisión del presente documento, ofrecemos de antemano nuestras más sinceras disculpas.

PRESENTACIÓN

La niñez es una etapa fundamental en el desarrollo del ser humano y su influencia se extiende durante la vida adulta. Garantizar a las niñas y niños el mejor comienzo de vida posible es la manera de asegurar el desarrollo y progreso de las naciones. En ese sentido, la Convención de los Derechos del Niño, como marco normativo de referencia internacional para el desarrollo de políticas públicas a favor de la infancia, establece diversos acuerdos que expresan la convicción plena del interés superior del niño y el aseguramiento de la protección y cuidados necesarios para su bienestar.

En el Perú, al igual que en otros países de América Latina y el Caribe, la reducción de la mortalidad infantil se ha dado principalmente a expensas de la mortalidad post-neonatal. A nivel país, el 62% de la muerte infantil corresponde a las niñas y niños menores de 28 días de vida, cifra que esconde grandes inequidades entre los niveles regionales y locales. Según la ENDES(2004-2006) la probabilidad de morir de un neonato es 11 mayor en el quintil más pobre que en el quintil rico.

Surge entonces la pregunta ¿porqué la mortalidad neonatal permanece tan elevada a través de los años?, ¿porqué el más básico de los derechos, el derecho a la vida no ha sido adecuadamente atendido?. La respuesta es compleja, e involucra una serie de factores, que en la actualidad la comunidad internacional está empeñada en atender.

Por diferentes razones, no se tiene un cabal conocimiento y entendimiento de la situación de salud neonatal. No hay suficiente datos que permitan cuantificar la magnitud del problema, conocer la calidad de la atención que se está brindando a los recién nacidos, y la capacidad resolutiva de los establecimientos donde estos niños son atendidos (3) (4). Se estima que el subregistro de muertes perinatales alcanza de 40 – 60% y posiblemente mucho más en países con alta mortalidad perinatal.

Son varias las brechas institucionales y programáticas que se requiere cubrir para lograr el derecho a la vida y la salud de las y los recién nacidos. En el Perú, la cobertura del parto institucionalizado ha aumentado, y en consecuencia la atención profesional del recién nacido. Sin embargo, el riesgo de muerte neonatal continua siendo alta entre los más pobres, situación que no necesariamente radica en la falta de intervenciones, sino en el hecho de lograr que estas lleguen a quienes más lo necesitan, que sean sostenibles, adecuadas a las características sociales y culturales de cada región y cada comunidad, sin importar cuán dispersas o alejadas puedan estar.

Existe la falsa percepción que para salvar la vida de los recién nacidos se requiere necesariamente de tecnología de punta, por tanto costosa. La historia demuestra que en los países desarrollados, la mortalidad perinatal disminuyó antes que se implementaran las unidades de cuidados intensivos neonatales. Disminuyó cuando mejoró la calidad de la atención obstétrica, la atención inmediata del recién nacido y en general la salud de la madre (5) (6) (7). Esto demuestra que para abordar la mortalidad neonatal, las

intervenciones tienen que extenderse desde el embarazo hasta el parto, el período neonatal y más allá.

No se puede afirmar que para reducir la morbilidad y mortalidad neonatal hay una sola y mágica solución, se requiere cambiar paradigmas y realizar intervenciones focalizadas, que permitan ir cerrando las brechas dentro de un proceso de mejora continua de la calidad de los servicios, respeto a los derechos de los usuarios, así como la incorporación de los enfoques de género, equidad e interculturalidad. Intervenciones como el Seguro Integral de Salud (SIS), la instalación de las "casas de espera", la atención vertical del parto, y la incorporación de otros aspectos culturales para la atención del embarazo, parto y puerperio, han contribuido a aumentar la atención de la madre y el recién nacido por personal calificado.

Se requiere prestar mayor atención a la morbilidad neonatal, no sólo por lo que representa en lo inmediato, si no por las discapacidades físicas y neurológicas que puede generar en el mediano y largo plazos. Se debe incorporar el enfoque perinatológico, tanto en las políticas de salud, como en la práctica asistencial para facilitar el desarrollo de estrategias integradas dirigidas al "binomio – madre - niño". Es necesario también fortalecer el sistema de referencia, para disponer de una red bien organizado que brinde cuidados médicos regionalizados, oportunos y adecuados, que permita a cada madre y a su recién nacido cuidados apropiados a sus necesidades, sin importar el punto de ingreso al sistema de salud. La diversidad geográfica y climatológica del país hace difícil la organización de este sistema, es por eso que las zonas rurales, aisladas, plantean auténticos retos; aunque las zonas urbanas también pueden variar notablemente respecto a sus necesidades y soluciones (3).

El Ministerio de Salud en cumplimiento de los Lineamientos de Gestión del Sector, y asumiendo compromisos internacionales y nacionales, emite la Norma Técnica de Salud: "Paquetes de intervenciones de mayor efectividad para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud, familia y comunidad, en el marco del continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño". Esta Norma Técnica refleja la voluntad política de implementar intervenciones de efectividad científicamente demostrada para reducir la morbi - mortalidad en los recién nacidos y mejorar su calidad de vida; asimismo, les reconoce el más básico de los derechos: el derecho a la vida .

Ministerio de Salud

MINISTERIO DE SALUD

No. 862-2008/MINSA

REPUBLICA DEL PERU

Resolución Ministerial

Lima, 9 de DICIEMBRE del 2008

Visto el Expediente N° 08-111642-001 que contiene el Informe N° 044-2008-DGSP-DAIS-EVN/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas y el Informe N° 1248-2008-OGAJ/MINSA, de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 2° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural;

Que, el artículo 41° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, dispone que la Dirección General de Salud de las Personas, es el órgano técnico normativo en los procesos relacionados, entre otros, a la atención Integral;

Que, mediante documento del visto, el Director General de Salud de las Personas ha propuesto para su aprobación el proyecto de "Norma Técnica de Salud que establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud, en la familia y la comunidad", con la finalidad de contribuir con la disminución de la morbilidad y mortalidad del neonato a través de la implementación de un conjunto de intervenciones articuladas de probada efectividad;

Con el visado del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, de la Directora General de la Dirección General de Promoción de la Salud, del Director General de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, del Jefe Institucional del Seguro Integral de Salud, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y del Viceministro de Salud;

De conformidad con el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;

M. Arce R.

A. Luna F.

E. CRUZ S.

A. Portocarrero G.

E. BIOTTI K.

Rojas M.

M. Arce R.

A. Luna F.

E. [illegible]

A. Podestaro G.

L. Chafloque A.

L. CHIOTTI K.

Rojas M.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la "NTS N° 074 -MINSA/DGSP-V.01. "Norma Técnica de Salud que establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud, en la familia y la comunidad", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2°.- La Dirección General de Salud de las Personas y la Dirección General de Promoción de la Salud, son responsables de la difusión, supervisión e implementación de la citada Norma Técnica de Salud.

Artículo 3°.- Las Direcciones de Salud y las Direcciones Regionales de Salud o quien haga sus veces a nivel nacional, son responsables de la difusión, implementación, supervisión y aplicación de la citada Norma Técnica de Salud, dentro del ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

Artículo 4°.- Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique la presente Resolución Ministerial en la dirección electrónica http://www.minsa.gob.pe/portal/06transparencia/normas.asp del Portal de Internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese

OSCAR RAUL UGARTE UBILLUZ
Ministro de Salud

NTS N° 074 - MINSA /DGSP-V.01

"NORMA TÉCNICA DE SALUD QUE ESTABLECE EL CONJUNTO DE INTERVENCIONES ARTICULADAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD, EN LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD"

I. FINALIDAD

Contribuir con la disminución de la morbilidad y mortalidad del neonato a través de la implementación de un conjunto de intervenciones articuladas de probada efectividad.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Establecer el conjunto de intervenciones articuladas de mayor efectividad para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud, en la familia y en la comunidad; prioritariamente en las zonas de difícil acceso a servicios de salud, poblaciones dispersas, de pobreza y pobreza extrema.

2.2. Objetivos Específicos

2.2.1. Establecer criterios generales para la implementación del conjunto de intervenciones articuladas de mayor efectividad para la reducción de la mortalidad del neonato.

2.2.2. Fortalecer el componente de seguimiento y vigilancia de la salud neonatal para la toma oportuna y adecuada de decisiones en los diferentes niveles de atención.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos del Sector Salud a nivel nacional (Ministerio de Salud, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, Clínicas y otros del Subsector Privado), según corresponda.

IV. BASE LEGAL

- Ley Nº26842, Ley General de Salud.

- Ley N 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo Nº0232005SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo Nº0032008 SA, que aprueba el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materna neonatal.
- Decreto Supremo Nº0042007SA, que establece el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de Aplicación Obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS.
- Decreto Supremo Nº0092006SA, que aprueba el Reglamento de Alimentación Infantil.
- Resolución Ministerial Nº1932008/MINSA que aprueba la NTS Nº063MINSA/DGSPV01. "Norma Técnica de Salud para la Implementación del listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materno neonatal".
- Resolución Ministerial Nº3352008/MINSA que aprueba la NTS Nº0642008MINSA/ DGSPV.01 "Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión MadreNiño del VIH y la Sífilis Congénita".
- Resolución Ministerial Nº2772008/MINSA que amplia el listado priorizado de Intervenciones Sanitarias del Anexo Nº1del Decreto Supremo Nº0042007SA.
- Resolución Ministerial Nº1422007/MINSA, que aprueba el documento técnico: "Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales".
- Resolución Ministerial Nº3162007/MINSA que aprueba la NTS Nº056MINSADGSPV.01 "Norma Técnica de Salud para la Implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias en el marco del Plan de Aseguramiento Universal en Salud en los establecimientos del Ministerio de Salud a nivel nacional"
- Resolución Ministerial Nº4012007/MINSA, que aprueba la Directiva Nº111MINSASIS
- V.01 "Directiva Administrativa que establece Normas Complementarias para la implementación del Decreto Supremo Nº0042007SA
- Resolución Ministerial Nº2922006/MINSA. que aprueba la NTS Nº040MINSA/DGSP
- V.01. "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y Niño".
- Resolución Ministerial Nº6952006/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva y sus 10 Anexos".
- Resolución Ministerial Nº10412006/MINSA, que aprueba "Trece Guías Técnicas (Doce Guías de Práctica Clínica y una Guía de Procedimientos) para la Atención del Recién Nacido".
- Resolución Ministerial Nº5982005/MINSA, que aprobó la NT Nº033MINSA/DGSPV.01: "Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural".
- Resolución Ministerial Nº10012005/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria Nº001MINSA/DGSPV.01: "Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud".
- Resolución Ministerial Nº6682004/MINSA que aprueba el documento denominado "Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva".
- Resolución Ministerial Nº7512004/MINSA que aprueba la NTS Nº018MINSA/DGSPV01 "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud".

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. Definiciones operativas

5.1.1. Conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal

Prestaciones estandarizadas, basadas en evidencias científicas, incorporadas en diferentes documentos normativos para la atención de la salud sexual y reproductiva y de la infancia, cuya efectividad se potencia para la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal cuando se brindan de manera articulada, completa, continua, con oportunidad y a gran escala en la etapas de gestación, parto y post natal a las madres y los recién nacidos, especialmente en las áreas de alta mortalidad neonatal. El diseño del conjunto articulado de intervenciones para la reducción de la mortalidad neonatal se sustenta en los siguientes argumentos:

- Utiliza métodos que científicamente han demostrado ser válidos.
- Promueve la equidad en el acceso a los cuidados de salud, priorizando a los más pobres y desprotegidos.
- Asegura un buen desempeño en los servicios de salud especialmente del primer nivel de atención.
- Promueve la adecuada distribución de los recursos humanos y materiales en los servicios y en la comunidad.
- Fomenta el uso apropiado de tecnología, garantizando la aplicación de alternativas más sencillas, de menor costo y probada efectividad, haciéndolas apropiables.
- Promueve la participación de la comunidad en el desarrollo, implementación y evaluación de los servicios.
- Fomenta el trabajo en equipo de los proveedores de salud.
- Las intervenciones que presenta son costoefectivas y sostenibles.
- La atención neonatal se inicia en la atención de la gestante, continua durante el parto y se brinda de manera articulada a la atención de la madre durante el periodo post natal.

5.1.2. Recién nacido o neonato

Nacido vivo de una gestación, cuya edad abarca desde el momento de nacimiento y los 28 días de edad.

5.1.3. Recién nacido de bajo peso al nacer

Es todo recién nacido que pesa al nacer menos de 2,500 gramos independientemente de la edad gestacional.

5.1.4. Recién nacido prematuro

Es el recién nacido con edad gestacional menor de 37 semanas ó 259 días.

5.1.5. Morbilidad neonatal

Enfermedades más frecuentes que afectan a los recién nacidos en el intervalo comprendido entre el nacimiento y los 28 días de edad. Varias de ellas pueden ser evitadas o tratadas a partir de intervenciones sencillas y de bajo costo en el primer nivel de atención, en la familia y en la comunidad.

5.1.6. Mortalidad neonatal

Son las muertes de los recién nacidos que ocurren en el intervalo comprendido entre el momento del nacimiento y los 28 días de edad.

5.1.7. Visita familiar integral

Intervenciones que brinda el personal de salud a los recién nacidos y madres en el hogar. Las visitas son realizadas por personal del establecimiento de salud que tiene competencias para la atención de la madre y el neonato, con un enfoque de derechos, interculturalidad y género.

5.1.8. Lactancia materna exclusiva

Alimentación de un recién nacido o un lactante exclusivamente con leche materna, sin el agregado de agua, jugos, té u otros líquidos o alimentos, durante los primeros 6 meses de edad.

5.2. Estructura del paquete de intervenciones de mayor efectividad para la reducción de la mortalidad neonatal

Las intervenciones articuladas para la salud neonatal incluyen prestaciones preventivopromocionales y recuperativas, que se brindan principalmente en el primer nivel de atención. Su implementación requiere articular e integrar las intervenciones efectivas para la salud del neonato, mejorando la capacidad de respuesta y la calidad de los servicios de salud de manera coordinada entre los diferentes niveles de atención y con participación activa de la familia, la comunidad y el gobierno local.

5.2.1. Intervenciones para la atención de la gestante y el niño/niña en la etapa prenatal

Se realizarán en los establecimientos de salud por el personal de salud[1]

- Inicio precoz de la atención prenatal en el establecimiento de salud.
- Elaboración de la historia clínica maternoperinatal y examen físico completo, control de presión arterial, altura de fondo uterino, peso y temperatura.
- Detección de la bacteriuria asintomática con tira reactiva para todas las gestantes. Cuando el resultado es positivo administrar Amoxicilina 500 miligramos vía oral cada ocho horas por tres días[2], administrado por personal de salud capacitado. Si hay molestias urinarias seguir el protocolo de las guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva vigentes[3] en establecimiento de salud con capacidad resolutiva adecuada.
- Detección de la anemia con fotómetro de hemoglobina portátil. En gestantes con anemia, administración de sulfato ferroso con doble capa entérica a dosis de 120 miligramos por vía oral / día por tres meses[2] más ácido fólico a dosis de 400 microgramos / día por vía oral, administrados por personal de salud capacitado. Luego continuar con administración preventiva hasta dos meses después del parto.

---

1 De acuerdo a las características de la oferta del ámbito local, algunas intervenciones podrán realizarse en el hogar y la comunidad por personal debidamente entrenado.

2 Adam T, Lim S, Metha S, Bhutta Z, Fogstad H, Mathai M, y cols (2005). Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ. 331 (7525)*, 1107.

3 R.M. Nº 668-2004/MINSA que aprueba el documento denominado "Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva".

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. Definiciones operativas

5.1.1. Conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal

Prestaciones estandarizadas, basadas en evidencias científicas, incorporadas en diferentes documentos normativos para la atención de la salud sexual y reproductiva y de la infancia, cuya efectividad se potencia para la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal cuando se brindan de manera articulada, completa, continua, con oportunidad y a gran escala en la etapas de gestación, parto y post natal a las madres y los recién nacidos, especialmente en las áreas de alta mortalidad neonatal. El diseño del conjunto articulado de intervenciones para la reducción de la mortalidad neonatal se sustenta en los siguientes argumentos:

- Utiliza métodos que científicamente han demostrado ser válidos.
- Promueve la equidad en el acceso a los cuidados de salud, priorizando a los más pobres y desprotegidos.
- Asegura un buen desempeño en los servicios de salud especialmente del primer nivel de atención.
- Promueve la adecuada distribución de los recursos humanos y materiales en los servicios y en la comunidad.
- Fomenta el uso apropiado de tecnología, garantizando la aplicación de alternativas más sencillas, de menor costo y probada efectividad, haciéndolas apropiables.
- Promueve la participación de la comunidad en el desarrollo, implementación y evaluación de los servicios.
- Fomenta el trabajo en equipo de los proveedores de salud.
- Las intervenciones que presenta son costoefectivas y sostenibles.
- La atención neonatal se inicia en la atención de la gestante, continua durante el parto y se brinda de manera articulada a la atención de la madre durante el periodo post natal.

5.1.2. Recién nacido o neonato

Nacido vivo de una gestación, cuya edad abarca desde el momento de nacimiento y los 28 días de edad.

5.1.3. Recién nacido de bajo peso al nacer

Es todo recién nacido que pesa al nacer menos de 2,500 gramos independientemente de la edad gestacional.

5.1.4. Recién nacido prematuro

Es el recién nacido con edad gestacional menor de 37 semanas ó 259 días.

5.1.5. Morbilidad neonatal

Enfermedades más frecuentes que afectan a los recién nacidos en el intervalo comprendido entre el nacimiento y los 28 días de edad. Varias de ellas pueden ser evitadas o tratadas a partir de intervenciones sencillas y de bajo costo en el primer nivel de atención, en la familia y en la comunidad.

5.1.6. Mortalidad neonatal

Son las muertes de los recién nacidos que ocurren en el intervalo comprendido entre el momento del nacimiento y los 28 días de edad.

5.1.7. Visita familiar integral

Intervenciones que brinda el personal de salud a los recién nacidos y madres en el hogar. Las visitas son realizadas por personal del establecimiento de salud que tiene competencias para la atención de la madre y el neonato, con un enfoque de derechos, interculturalidad y género.

5.1.8. Lactancia materna exclusiva

Alimentación de un recién nacido o un lactante exclusivamente con leche materna, sin el agregado de agua, jugos, té u otros líquidos o alimentos, durante los primeros 6 meses de edad.

5.2. Estructura del paquete de intervenciones de mayor efectividad para la reducción de la mortalidad neonatal

Las intervenciones articuladas para la salud neonatal incluyen prestaciones preventivopromocionales y recuperativas, que se brindan principalmente en el primer nivel de atención. Su implementación requiere articular e integrar las intervenciones efectivas para la salud del neonato, mejorando la capacidad de respuesta y la calidad de los servicios de salud de manera coordinada entre los diferentes niveles de atención y con participación activa de la familia, la comunidad y el gobierno local.

5.2.1. Intervenciones para la atención de la gestante y el niño/niña en la etapa prenatal

Se realizarán en los establecimientos de salud por el personal de salud[1]

- Inicio precoz de la atención prenatal en el establecimiento de salud.
- Elaboración de la historia clínica maternoperinatal y examen físico completo, control de presión arterial, altura de fondo uterino, peso y temperatura.
- Detección de la bacteriuria asintomática con tira reactiva para todas las gestantes. Cuando el resultado es positivo administrar Amoxicilina 500 miligramos vía oral cada ocho horas por tres días[2], administrado por personal de salud capacitado. Si hay molestias urinarias seguir el protocolo de las guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva vigentes[3] en establecimiento de salud con capacidad resolutiva adecuada.
- Detección de la anemia con fotómetro de hemoglobina portátil. En gestantes con anemia, administración de sulfato ferroso con doble capa entérica a dosis de 120 miligramos por vía oral / día por tres meses[2] más ácido fólico a dosis de 400 microgramos / día por vía oral, administrados por personal de salud capacitado. Luego continuar con administración preventiva hasta dos meses después del parto.

---

1 De acuerdo a las características de la oferta del ámbito local, algunas intervenciones podrán realizarse en el hogar y la comunidad por personal debidamente entrenado.

2 Adam T, Lim S, Metha S, Bhutta Z, Fogstad H, Mathai M, y cols (2005). Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ. 331 (7525)*, 1107.

3 R.M. Nº 668-2004/MINSA que aprueba el documento denominado "Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva".

- Para las gestantes sin anemia se indica administración preventiva de suplementos de sulfato ferroso con doble capa entérica 60 miligramos / día vía oral y acido fólico a dosis de 400 microgramos / día vía oral a partir del cuarto mes de gestación y continuar incluso hasta dos meses después del parto[2] y administrado por personal de salud capacitado.
- Detección de sífilis con prueba de RPR para todas las gestantes, y tratamiento de las mujeres con resultados positivos (reactivos) con Penicilina Benzatínica 2.4 millones UI vía intramuscular por dosis semanal durante tres semanas[4] y administrado por personal de salud capacitado. En caso de que la gestante presente antecedentes de alergia a la Penicilina deberá ser referida al establecimiento de salud con capacidad resolutiva adecuada. Para ser considerado tratamiento adecuado de prevención de sífilis congénita la última dosis del medicamento debe haber sido aplicado a la gestante hasta cuatro semanas previas al parto.
- Detección de VIH con pruebas rápidas para todas las gestantes. Las gestantes con reacción seropositiva deberán ser referidas de inmediato al establecimiento de salud con capacidad resolutiva adecuada para su manejo especializado y multidisciplinario, de acuerdo a escenarios clínicos de atención según norma técnica de salud vigente[4].
- Administración de 2 dosis de toxoide tetánico, verificando los antecedentes de vacunación de la gestante[3].
- Detección de signos de alarma: Vómitos, cefalea, convulsiones, mareos, tinnitus, escotomas, acúfenos, epigastralgia, edema, sangrado o pérdida de líquido por la vagina, secreción vaginal abundante y mal oliente fiebre, molestias al orinar, disminución de movimientos fetales, contracciones uterinas frecuentes antes de los ocho meses de gestación. Control de funciones vitales, estabilización, manejo inicial y referencia inmediata a establecimiento de salud con capacidad resolutiva adecuada según guía vigente[3].
- Diagnóstico de malaria por gota gruesa a todas las gestantes de zonas de riesgo y, a las gestantes febriles provenientes de zonas de riesgo. En los casos de resultados positivos, seguir el esquema de tratamiento de acuerdo a las normas del Programa de Control de Malaria, según norma técnica de salud vigente[5].
- En caso de ruptura prematura de membranas (RPM), iniciar tratamiento antibiótico con una dosis de Ampicilina 1 g por vía oral o de Eritromicina 500 mg. por vía oral, administrado por personal de salud capacitado y referencia inmediata a establecimiento de salud con capacidad resolutiva adecuada para manejo y tratamiento según guía clínica vigente[6]
- En caso de amenaza de parto prematuro (contracciones cada tres a cinco minutos antes de las 37 semanas de gestación con o sin cambios en el cuello uterino), iniciar tratamiento con Betametasona (12 miligramos vía intramuscular) administrado por personal de salud entrenado y realizar la referencia inmediata al establecimiento de salud con capacidad resolutiva adecuada.
- Identificación, estabilización y referencia inmediata de las gestantes con hemorragia ginecológica, parto obstruido, presentación podálica, distrés fetal u otras complicaciones [6].

[4] NTS Nº 064-MINSA/DGSP V.01 "Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión madre-niño del VIH y la Sífilis Congénita"

[5] NTS Nº 054-MINSA/DGSP V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención de la Malaria y Malaria Grave en el Perú", aprobada por R.M. Nº 076-2007/MINSA. Perú, 2007.

[6] Resolución Ministerial Nº 695-2006/MINSA que aprueba la "Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva y sus 10 Anexos".

Visita familiar integral, orientación y consejería a la gestante y la familia: Identificación de signos de alarma de la gestante y recién nacido, y cuidados adecuados en el hogar del recién nacido.

Preparación para la lactancia materna exclusiva.

Elaboración del plan de parto y un plan de acción frente a una emergencia neonatal, elaboración conjunta entre la familia y el personal de salud.

5.2.2. Intervenciones para la atención del recién nacido y la madre durante el parto

Se realizarán en los establecimientos de salud por el personal de salud[7]:

- Atención del parto por personal de salud entrenado:
  a. Ambiente de atención del recién nacido limpio y con una temperatura mayor ó igual a 24ºC.
  b. Lavado de manos con agua y jabón.
  c. Materiales y equipos en correcto funcionamiento.
- Facilitar o promover la presencia de un acompañante, de preferencia el esposo que preste apoyo emocional durante el trabajo de parto y parto.
- Vigilancia del trabajo del parto (partograma) para el diagnóstico precoz de las complicaciones, por personal de salud capacitado.
- En caso de ruptura prematura de membranas (RPM), iniciar tratamiento antibiótico con una dosis de Ampicilina 1g por vía oral o de Eritromicina 500 mg por vía oral, administrado por personal de salud capacitado, y referencia inmediata al establecimiento de salud con capacidad resolutiva adecuada para manejo y tratamiento según guía clínica vigente[8].
- En caso de amenaza de parto prematuro (contracciones cada trescinco minutos antes de las 37 semanas de gestación con o sin cambios en el cuello uterino), iniciar tratamiento con betametasona (12 miligramos vía intramuscular), administrado por personal de salud entrenado y realizar la referencia inmediata al establecimiento de salud con capacidad resolutiva adecuada[8].
- Atención inmediata del recién nacido[9]
  a. Prevención y tratamiento de la hipotermia del recién nacido: Secado y abrigo.
  b. Ligadura del cordón entre 1 y 3 minutos después del nacimiento y asepsia del cordón.
  c. Prevención y tratamiento de la hipoglicemia (lactancia materna precoz).
  d. Profilaxis ocular con solución oftálmica con antibiótico.
  e. Administración de Vitamina K.
  f. Identificación de signos de alarma del recién nacido y referencia oportuna.
  g. Toma de huella plantar
  h. Toma de la primera temperatura rectal.
- Manejo activo del tercer periodo del parto: Administración de oxitocina (10 UI intramuscular), pinzamiento y tracción controlada del cordón para alumbramiento de la placenta. Masaje uterino externo.

[7] De acuerdo a las características de la oferta del ámbito local, algunas intervenciones podrán realizarse en la comunidad por personal debidamente entrenado.

[8] Resolución Ministerial Nº 1041-2006/MINSA que aprueba "Trece Guías Técnicas (Doce Guías de Práctica Clínica y una Guía de Procedimientos) para la Atención del Recién Nacido".

[9] Resolución Ministerial Nº 292-2006/MINSA que aprueba la NTS Nº 040-MINSA/DGSP V.01. "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y Niño".

- Identificación de las complicaciones de la madre (hemorragia intraparto y/o pos parto, parto obstruido, preeclampsia, eclampsia, fiebre, sepsis), manejo inicial y la referencia oportuna.
- Manejo inicial de la hemorragia: Administración de oxitocina adicional, masaje uterino, tratamiento inicial del shock (atonía, laceración o retención de placenta) y referencia al establecimiento de salud con capacidad resolutiva.
- Detección de sífilis con prueba de RPR en el puerperio inmediato para las gestantes sin tamizaje prenatal o tratamiento incompleto. Todo niño nacido de madre positiva no tratada o con tratamiento incompleto será referido a un establecimiento de mayor capacidad resolutiva para su atención de acuerdo a la norma técnica [4].
- Detección de VIH con prueba rápida en los casos que no se haya hecho durante los controles prenatales. En caso de madre positiva realizar consejería, orientación y referencia inmediata del recién nacido al nivel de atención con capacidad resolutiva adecuada para que inicie tratamiento con antirretrovirales antes de las 24 horas, yalimentación con sucedáneos de la leche materna, según la norma técnica vigente[4]. Referir a la puérpera al establecimiento de salud con capacidad resolutiva adecuada para tratamiento antirretroviral.
- Consejería y apoyo para el inicio precoz de la lactancia materna exclusiva.
- Consejería en planificación familiar.

5.2.3. Intervenciones para la atención del neonato y la madre en la etapa post natal

Se realizarán en los establecimientos de salud por el personal de salud[10]:

- Prevención y tratamiento de la hipotermia: Ambiente térmico y abrigo adecuados.
- Detección oportuna, tratamiento inicial y referencia oportuna de recién nacidos con complicaciones: Sepsis, dificultad respiratoria, muy bajo peso al nacer, ictericia, fiebre u otros según guías.
- Administración de vacunas según esquema vigente.
- Tamizaje neonatal para hipotiroidismo congénito según lo normado por la autoridad sanitaria.
- Asistencia en la comunidad, para recién nacidos de bajo peso al nacer (abrigo adicional y uso de técnica de mamá canguro).
- Asistencia para la lactancia materna exclusiva.
- Los Recién Nacidos Prematuros serán referidos de inmediato junto con su madre a establecimientos de salud con capacidad resolutiva necesaria para la atención que garantice evaluación y control periódico por las siguientes especialidades: oftalmología (incluye fondo de ojo para prevención de retinopatía: 4ta semana de Vida), neurología, medicina física y rehabilitación, cardiología y otorrino laringología (incluyendo potenciales evocados auditivos) de acuerdo a la evaluación médica.
- Los recién nacidos de bajo peso deben tener contacto directo piel a piel, de modo temprano, continuo y prolongado con su madre, yser alimentados inmediatamente con lactancia materna exclusiva, utilizando el método de mamá canguro.

[10] De acuerdo a las características de la oferta del ámbito local, algunas intervenciones podrán realizarse en la comunidad por personal debidamente entrenado.

- Consejería y orientación a la familia para el cuidado del recién nacido normal y para que acuda al establecimiento para control del recién nacido durante la primera semana de vida, identificación de los signos de peligro y referencia oportuna.
- Diagnóstico oportuno y manejo inicial de la hemorragia post parto y la sepsis materna: Estabilización y referencia inmediata al establecimiento de salud con capacidad resolutiva adecuada.
- Orientación y consejería en planificación familiar.
- Visita familiar integral por personal de salud: Dos (02) visitas cuando el nacimiento ocurra en domicilio, la primera inmediatamente de ocurrida la comunicación, especialmente dentro de los primeros 7 días de vida del neonato y la segunda entre la segunda y tercera semana de vida del neonato. Cuando el nacimiento ocurra en un establecimiento de salud, visitar inmediata a las familias que no llevaron a su niña o niño al 7mo. día y/o para verificación de prácticas saludables según plan de atención integral de salud[12].

5.2.4. Intervenciones en la familia y en la comunidad en las etapas prenatal, parto y postnatal

Serán desarrolladas por el personal de salud con la participación de promotores de salud y líderes comunitarios previamente capacitados:

- Promover la movilización y compromiso de la comunidad (Organizaciones de Base y Gobierno Local) para promover la implementación del paquete de intervenciones para la prevención de la mortalidad neonatal en el ámbito nacional.
- Promoción y práctica del parto institucional.
- Promoción y uso de las casas de espera.
- Fortalecer el desarrollo de capacidades en las familias y la comunidad para identificar los signos de alarma en los neonatos y madres, y la búsqueda de atención oportuna en el establecimiento de salud.
- Fortalecer el desarrollo de capacidades en las familias y la comunidad para organizarse y trasladar oportunamente a las madres y neonatos con complicaciones al establecimiento de salud.
- Fortalecer el desarrollo de capacidades de los padres y madres para el cuidado adecuado del neonato.
- Fortalecer el desarrollo de capacidades de los agentes comunitarios de salud y las/los líderes de la comunidad para promover y apoyar en la aplicación del paquete de intervenciones del cuidado para la prevención de la mortalidad neonatal.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

La implementación de las intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal, requiere que el personal de salud del nivel nacional, regional y local desarrolle los siguientes procesos:

6.1. Prestacionales

- Las DISAS y DIRESAS o la que haga sus veces en el ámbito regional, desarrollarán estrategias para la implementación del conjunto de intervenciones articuladas, apropiadas a su realidad geográfica y sociocultural, focalizando en las áreas de mayor morbilidad y mortalidad neonatal.

- Es responsabilidad de los establecimientos de salud públicos y privados garantizar la atención oportuna, completa y de calidad de las madres y neonatos que sean referidos, a través del fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia.
- En las zonas rurales y dispersas con difícil acceso geográfico a establecimientos de salud, el conjunto de intervenciones articuladas se entrega en el hogar y comunidad a través de visitas familiares integrales por personal de salud entrenado en atención de la madre y el niño.

6.2. Organizacionales

- En el marco de sus competencias, las DISAS y DIRESAS o la que haga sus veces en el ámbito regional garantizarán que los establecimientos de salud responsables de la atención materno infantil brinden el conjunto de intervenciones articuladas para la prevención de la mortalidad neonatal de manera continua, acorde con la capacidad del establecimiento, asegurando la identificación y seguimiento de los recién nacidos en el contexto familiar y comunal, promoviendo la atención integral de salud que incorpore la vigilancia y referencia comunitaria, con un sistema de atención extramural articulado a la atención intramural, en función al riesgo de salud del neonato.

6.3. Financiamiento

- El MINSA, las DISAS, DIRESAS o la que haga sus veces en el ámbito regional, así como las redes microrredes y establecimientos de salud del nivel nacional garantizarán la implementación del conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal en el Programa Estratégico "Salud Materno Neonatal" Presupuesto por Resultados.
- Los establecimientos de salud del primer nivel de atención, que reciben financiamiento por el SIS, deberán implementar el conjunto de intervenciones articuladas, en aplicación del Decreto Supremo N° 0042007SA y Decreto Supremo N° 0032008SA, mediante los procesos y procedimientos establecidos para dichas prestaciones.
- Las instituciones de salud públicas no pertenecientes al MINSA y Gobiernos Regionales y las instituciones de salud privadas, deberán garantizar el financiamiento del conjunto de intervenciones a las que hace referencia la presente norma.
- El MINSA, Gobierno Regional, las DISAS, DIRESAS y Gobierno Local promoverá el apoyo privado y de la cooperación externa para el desarrollo de actividades o proyectos específicos que contribuyan a la implementación del paquete de intervenciones para la reducción de la mortalidad neonatal.

6.4. Gestión

- Las DISAS, DIRESAS o la que haga sus veces en el ámbito regional y local, así como las redes microrredes y establecimientos de salud del nivel nacional incorporarán en sus instrumentos de gestión especialmente en el plan operativo anual el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal de manera que se garantice su programación, presupuestación y evaluación según los indicadores locales, regionales y nacionales establecidos.
- Las DISAS, DIRESAS o la que haga sus veces en el ámbito regional, así como las redes microrredes y establecimientos de salud en general priorizarán el fortalecimiento de las competencias del personal de salud para la implementación del conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal.
- El MINSA, las DISAS y DIRESAS o la que haga sus veces en el ámbito regional, implementarán acciones de vigilancia y monitoreo de la salud neonatal como parte del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Así mismo, fortalecerán los sistemas de información para mejorar el registro y notificación de la morbilidad y mortalidad neonatal.
- El MINSA, las DISAS y DIRESAS o la que haga sus veces en el ámbito regional fomentarán el desarrollo de investigación operativa en temas relacionados a la salud neonatal

VII. RESPONSABILIDADES

Las disposiciones contenidas en la presente Norma Técnica de Salud son de aplicación obligatoria y bajo responsabilidad de todo el Sector Salud.

- **En el Nivel Nacional**

La Dirección General de Salud de las Personas y la Dirección General de Promoción de Salud son responsables de brindar asistencia técnica, monitorear y evaluar lo establecido en la presente Norma Técnica de Salud.

- **En el Nivel Regional**

Las DISAS y DIRESAS o la que haga sus veces en el ámbito regional son responsables de la supervisión y evaluación de la implementación de la presente Norma Técnica de Salud.

- **En el Nivel Local**

La Dirección o Jefatura del establecimiento de salud es responsable de la implementación de la presente Norma Técnica de Salud.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

8.1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. ENDES 1986,1992,1996,2000,2004 y ENDES Continua 2005 2007

8.2. Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud en el Perú 2005. Oficina General de Epidemiología. Perú MINSA/OGE004/010.

8.3. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Couses S, Adam T, Walker N, de Bernis L. Evidencebased, costeffective interventions: how many newborn babies can we save?. Lancet 2005;365: 97788.

8.4. Adam T, Lim S, Metha S, Bhutta Z, Fogstad H, Mathai M, y cols (2005). Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. Bmj. 331 (7525), 1107.

8.5. South Africa every death counts Writing Group. Every death Counts: use of mortality audit for decision making to save lives of mothers, babies, and children in South Africa. Lancet 2008; 371: 1294304.

8.6. Arlette Beltrán y Ana Rosa Grippa. Políticas efectivas para reducir la mortalidad infantil en el Perú: ¿Cómo reducir la mortalidad infantil en las zonas más pobres del país?.. Diciembre 2006. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. DD/06/15.

8.7. Haws R, Thomas A, Bhutta Z and Darmstadt G. Impact of packaged interventions on neonatal heath: a review of the evidence. Health Policy and Planning 2007; 22:193215

8.8. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria Nº014MINSA/DGSPV.01: "Esquema y Calendario Nacional de Vacunación", aprobada por R.M. Nº6102007/MINSA. Perú, 2007.

8.9. Ministerio de Salud. NTS Nº054MINSA/DGSPV.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención de la Malaria y Malaria Grave en el Perú", aprobada por R.M. Nº0762007/MINSA. Perú, 2007.

8.10. Ministerio de Salud. NTS Nº040MINSA/DGSPV.01. "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y Niño", aprobada por R.M. Nº2922006/MINSA. Perú, 2006.

8.11. Ministerio de Salud. "Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva y sus 10 Anexos", aprobada por R.M. Nº6952006/MINSA. Perù 2006

8.12. Ministerio de Salud. NTS Nº054MINSA/DGSPV.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención de la Malaria y Malaria Grave en el Perú", aprobada por R.M. Nº0762007/MINSA. Perú, 2007.

¿POR QUÉ LA ENTREGA DE UN "PAQUETE DE INTERVENCIONES" ES MÁS EFECTIVO QUE LA ENTREGA DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES?

La propuesta de paquete involucra a la madre gestante, al feto y al recién nacido, en el entendido que deben ser tratados como una entidad: el "binomio madre – niño". Cuando una gestante tiene un problema de salud, el feto o el recién nacidos son vulnerables y en ocasiones son vulnerados. Las muertes perinatales están asociadas a complicaciones derivadas de la maternidad, y al empleo de técnicas inadecuadas durante el trabajo de parto, el parto y al estado nutricional de la madre antes y durante el embarazo. Es importante recordar que las causas subyacentes de mortalidad materna y perinatal son muy similares, que mejorar la salud de la madre y de los recién nacidos tiene efectos sinérgico. Las intervenciones para reducir mortalidad materna pueden reducir mortalidad perinatal por encima del 75%. Entre los recién nacidos que sobreviven a la muerte materna, menos del 10% están con vida después del primer año de vida (8)(9) (10)(11).

La mayoría de complicaciones del embarazo pueden ser efectivamente prevenidas o tratadas sin recursos sofisticados o tecnologías y medicamentos costosos. La experiencia ha demostrado que la mortalidad materna y neonatal se puede reducir cuando las comunidades están bien informadas sobre los signos y síntomas de alarma, hay disponibilidad de servicios de calidad y acceso a un sistema de referencia que cumpla con sus objetivos.

El concepto de *"paquete"* se sustenta en principios que son elementos intrínsecos de la atención primaria en salud. Estos principios son:

- Las intervenciones se basan en la mejor información científica disponible y debe usar solamente métodos que científicamente han demostrado ser válidos
- Debe haber equidad en el acceso a los cuidados en salud para todos, incluyendo a los más pobres y desprotegidos.
- Debe asegurarse un buen desempeño en los servicios ofrecidos en el 1er nivel de atención
- Los recursos, humanos y materiales deben ser redistribuidos en los servicios periféricos y en las comunidades (descentralización)
- Debe delegarse responsabilidad y autoridad, y acompañarse con una adecuada supervisión
- La calidad de la atención es importante para garantizar el acceso e implica competencias y equipamiento, así como una apropiada relación proveedor – usuaria(o)
- Debe haber un uso apropiado de la tecnología, evitando tecnología de punta cuando existen otras alternativas de probada eficacia.
- La comunidad debe participar en el desarrollo, implementación y evaluación de los servicios a los que va a acceder.

- Los proveedores de salud deben trabajar en equipo
- Las intervenciones deben ser costo – efectivas y sostenibles.
- Una de las características de los "paquetes" es que no pueden ejecutarse de forma aislada, deben concebirse integrados a través del sistema de salud. La estrategia es sencilla, consiste en incrementar y hacer el mejor uso de los recursos existente. Un paquete describe intervenciones simples requeridas por la madre y por el recién nacido(a) durante el embarazo, durante el parto y el puerperio. Contiene lo que es necesario hacer para prevenir y manejar adecuada y oportunamente las complicaciones obstétricas y neonatales en la comunidad, y en el establecimiento de salud. Se centra sólo en intervenciones de probada efectividad.
- Las intervenciones en la comunidad, deben asegurar que la gestante, la familia y la comunidad dispongan de información que les permita cuidar de ellos mismos durante el embarazo y buscar ayuda profesional cuando sea necesario.
- En los establecimientos de salud, las intervenciones están destinadas a lograr que el personal profesional y técnico, estén en condiciones de brindar y ser parte del continuo de la atención, que puede concluir en un nivel más complejo, el hospital.
- Implementar los *"paquetes"*, requiere establecer la cadena familia – comunidad – establecimiento de salud. En ocasione se puede requerir la participación de otro, otros sectores. Intervenciones realizadas en otros países, ponen de manifiesto el impacto que tienen sobre los períodos perinatal y neonatal.
- El análisis basado en las evidencias, respecto a la eficacia y efectividad de las intervenciones, su costo – efectividad, y el potencial para evitar muertes neonatales, si se implementa a la mayor escala posible, permiten afirmar que hay intervenciones costo – efectivas que pueden evitar mortalidad neonatal, incluso por encima del 72%. Estas pueden ser empaquetadas y adecuadas según las necesidades de la población intervenida. Nuestro reto es lograr una elevada cobertura del paquete completo.

CONJUNTO ARTICULADO DE INTERVENCIONES EFECTIVAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD NEONATAL

Atención prenatal

- ✓ Inicio precoz de la atención prenatal.
- ✓ Elaboración de la histaria clínica materno-pariental y examen físico completo.
- ✓ Detcción y tratamiento de bacteriuria asintomática.
- ✓ Detcción y tratamiento de anemia.
- ✓ Detcción y tratamiento de sífilis, VIH y malaria.
- ✓ Inmunización con toxoide tetánico.
- ✓ Detención precoz de signos de peligro de complicaciones obstétricas y fetales, manejo inicial y referencia.
- ✓ Detención y tratamiento inicial de RPM.
- ✓ Tratamiento inicial con croticoides para la amenaza de parto prematuro.
- ✓ Detención, manejo inicial y referencial de gestantes con hemorragia, parto obstruido, presemtación podálica, distrés fetal u otras complicaciones.
- ✓ Visita familiar integral, orientación y consejería.
- ✓ Preparación para la lactancia materna exclusiva.
- ✓ Elaboración de plan de parto y plan de acción para hacer frente a una emergencia neonatal.

Atención inmediata del Recién Nacido

- ✓ Prevención y tratamiento de la hipotermia.
- ✓ Ligadura oportuna del cordón umbilical, entre 1 a 3 minitos.
- ✓ Prevención de hipoglucemia: Lactancia materna Precoz.
- ✓ Atención ocular profiláctica.
- ✓ Administración de Vitaminas K.
- ✓ identificación precoz de signos de alarma, manejo inicial y referencial oportuna.

Atención prenatal — **Atención en el parto** — **Atención inmediata del Recién Nacido** — **Atención post natal**

Atención en el parto

- ✓ Atención del parto por personal de salud entrenado.
- ✓ Presencia de un acompañante en el parto.
- ✓ Vigilancia del trabajo de parto (partograma).
- ✓ Detencción y tratamiento inicial de RPM.
- ✓ Tratamiento inicial con corticoides para la amenaza de parto prematuro.
- ✓ Manejo activo del tercer periodo del parto.
- ✓ Identificación de las complicaciones de la madre, manejo inicial y referencial.
- ✓ Manejo inicial de la hemorragia.
- ✓ Detección y trataniento de sífilis y VIH, manejo inicial y referencial del recién nacido y la madre.
- ✓ Consejería y apoyo para el inicio precoz de la lactancia materna exclusiva.
- ✓ Consejería en pianificación familiar.

Atención post natal

- ✓ Prevención y tratamiento de la hipotermia.
- ✓ Detencción oportuna, tratamiento inicial y referencia de recién nacidos con complicaciones.
- ✓ Tamizaje neonatal para hipotiroidismo congénito.
- ✓ Asistencia en la comunidad para recién nacidos de bajo peso (abrigo adicional y uso de la técnica de mamá canguro).
- ✓ Asistencia para la lactancia materna exclusiva.
- ✓ Referencia de recién nacido prenaturos acompañados de sus madres a establecimientos de salud con capacidad resulutiva para la atención especializada en oftalmología, neurología, otorrinolaringología, cardilogía y medicina física y rehabilitación.
- ✓ Para recién nacidos de bajo peso, contacto piel a piel con su madre de modo temprano, continuo y prolongado.
- ✓ Consejeria y orientación a la madre y la familia para el cuidado del recién nacido.
- ✓ Visita familiar de personal de salud.
- ✓ Diagnóstico oportuno y manejo inicial de la hemorregia post parto y la sepsis materna.
- ✓ Orientación y consejería en planificación familiar.