

SECRETARIA DE SALUD

PROYECTO USAID-ASSIST-Zika



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

Plan de Capacitación de los Lineamientos para el manejo integral de las mujeres en edad fértil, embarazadas,
puérperas y recién nacidos con sospecha o diagnóstico de Síndrome congénito por Zika

OCTUBRE, 2016

Contents

| | |
|---|---|
| SECRETARIA DE SALUD | 1 |
| PROYECTO USAID-ASSIST-Zika..... | 1 |
| Plan de Capacitación de los Lineamientos para el manejo integral de las mujeres en edad fértil, embarazadas, puérperas y recién nacidos con sospecha o diagnóstico de Síndrome congénito por Zika..... | 1 |
| 1. Antecedentes | 2 |

| | | |
|-------|--|---|
| 2. | Justificación..... | 3 |
| 3. | Objetivos: | 4 |
| 4. | Proceso metodológico de capacitación:..... | 4 |
| 4.1.1 | Facilitadores nacionales, regionales, de hospitales y de establecimiento de salud formados, que cuentan con un plan de capacitación a desarrollar en cada Establecimiento de Salud. | 4 |
| 4.1.2 | Personal operativo capacitado para que:..... | 4 |
| 4.2 | Requisitos básicos para iniciar cada taller | 4 |
| 4.2.1 | Disponer de Facilitador(a)s capacitados | 4 |
| 4.3 | Perfil para Facilitador:..... | 5 |
| 4.4 | Número de participantes: | 5 |
| 4.5 | El perfil de los participantes..... | 5 |
| 4.6 | La duración de cada taller..... | 6 |
| 4.6.1 | Taller de 3 días | 6 |
| 4.6.2 | Taller de 2 horas diarias por 14 días (garantizando que se desarrollen temas completos en cada jornada). 6 | |
| 4.6.3 | Taller de 4 días..... | 6 |
| 4.7 | La organización de los talleres | 6 |
| 4.8 | Insumos para la capacitación | 6 |
| 4.9 | Programa de Capacitación | 7 |
| 4.10 | Metodología del taller..... | 8 |
| 5. | PROGRAMA DE CAPACITACIÓN | 9 |

1. Antecedentes

En vista de la llegada del Virus ZIKA a las Américas, la Organización Panamericana de la Salud, en mayo del 2015 lanzó la primera alerta epidemiológica y una segunda en octubre de 2015, recomendando a los países mantener la prevención y control enmarcadas en sus Estrategias de Gestión Integrada para Dengue y Chikungunya, principalmente el llamando a intensificar la vigilancia epidemiológica, activar el plan de comunicación de riesgo con la población para reducir la densidad del vector, intensificar la vigilancia del laboratorio e intensificar las acciones de control vectorial.

Aproximadamente el 80% de las personas infectadas con el virus ZIKA son asintomáticos, siendo la infección leve, aún con el desarrollo de síntomas clínicos, se realizó un estudio sobre la transmisión del virus del ZIKA en embarazadas en Puerto Rico, de noviembre 2015 a julio 2016, donde las pruebas de laboratorio a 9,343 embarazadas, evidenciaron 652 sospechosas de infección por el virus de ZIKA y 426 fueron confirmadas por PCR, el 66% correspondían a mujeres sintomáticas, y 34% asintomáticas.

La mortalidad por lo general es rara incluyendo su hospitalización. Los datos basados en evidencia respecto a la infección del virus ZIKA y su relación con el embarazo son limitados y actualmente no existe evidencia para sugerir que el embarazo predispone a las mujeres a la infección o que el curso de la enfermedad sea más severo durante

el embarazo, sin embargo, sí está claro que la transmisión vertical del virus puede ocurrir durante todo el embarazo.

En Honduras hasta la semana epidemiológica treinta y cuatro se notifican, 14,789 casos sospechosos acumulados de Chikungunya, 19,254 acumulados de Dengue y 30,877 acumulados de ZIKA, dando un total de casos transmitidos por Aedes de 64,920. Los municipios con mayor número de casos de ZIKA reportados son: Tegucigalpa, San Pedro Sula, Choloma, Villanueva, El Progreso, Juticalpa y Danlí. Para el 2016 se han presentado 139 casos sospechosos de Guillain-Barré, hasta la semana epidemiológica treinta y cuatro 4, se acumulan 613 mujeres embarazadas con sospecha clínica de ZIKA, de estas, las pruebas positivas por reacción en cadena de polimerasa en tiempo real (TR – PCR) fueron en total 215 positivas (55 realizadas en Laboratorio Nacional de Virología y 158 en Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH)).

El abordaje al problema del ZIKA en Honduras es una prioridad para el Presidente de la República quien ha instruido a las autoridades de los diferentes sectores involucrados a sumarse, a la iniciativa para contrarrestar la epidemia. Como primera acción las autoridades de la Secretaría de Salud de Honduras (SESAL), ha conformado un Comando Estratégico integrado por representantes de diferentes instancias, quienes conducen las acciones desarrolladas al interno de la SESAL. Conjuntamente con el apoyo de otras instituciones elabora los presentes lineamientos que guiarán a los servicios de salud y sus funcionarios sobre el abordaje que se debe hacer en el caso que una mujer embarazada contraiga la infección por el virus del ZIKA y sobre el posterior seguimiento que se dará tanto a la madre como al recién nacido.

Se ha iniciado un proceso de fortalecimiento técnico a la red de establecimientos de salud para mejorar su capacidad de diagnosticar, manejar en forma integral y referir los casos de pacientes infectados por el virus del Zika y el diseño de un proceso de capacitación de los proveedores de los servicios de salud el cual se describe en este documento.

2. Justificación

Ante los avances de la epidemia, la infección por el virus del Zika en Honduras es necesario fortalecer los conocimientos de los proveedores de salud, para asegurar la detección oportuna y el manejo adecuado en los diferentes momentos de la atención, asegurando se tomen las medidas preventivas y los conocimientos respecto a la infección por parte de los usuarios de los establecimientos de salud.

En vista de los nuevos descubrimientos respecto a la transmisión sexual de la infección por el virus del Zika, además de la transmisión vectorial y transmisión vertical, es necesario crear conciencia en la población de las consecuencias que pueden tener los embarazos en las parejas que han presentado la infección como: complicaciones neurológicas en el recién nacido y su impacto psicosocial en la familia y la comunidad, es por tanto una prioridad reforzar las medidas de prevención, la promoción y el uso de los métodos anticonceptivos en base a los criterios de elegibilidad para las mujeres y el uso del condón como método de barrera (al menos por 6 meses después de la infección), evitando así el riesgo durante la epidemia.

En base a estas evidencias científicas, la SESAL ha diseñado los Lineamientos para la detección y manejo integral de la infección por ZIKA durante la preconcepción, embarazo, parto, puerperio, recién nacido y manejo del síndrome congénito, para brindar a los proveedores de servicios de salud una guía técnica que les permita brindar una atención de calidad a los usuarios de los establecimientos de salud y pacientes infectados con el virus del Zika. De igual forma la SESAL ha identificado como un paso fundamental para la implementación de los lineamientos, desarrollar un plan de capacitación dirigido a los proveedores de los servicios de salud, el cual se describe en el presente documento.

3. Objetivos:

Objetivo General:

- 3.1 Implementar el Plan de Capacitación de los Lineamientos para la detección y manejo integral de la infección por ZIKA durante la preconcepción, embarazo, parto, puerperio, recién nacido y manejo del síndrome congénito dirigido a los proveedores de los servicios de salud.

Objetivo Específico:

- 3.2 Seleccionar el perfil de los facilitadores regionales para la capacitación en Lineamientos para la detección y manejo integral de la infección por ZIKA durante la preconcepción, embarazo, parto, puerperio, recién nacido y manejo del síndrome congénito por Zika.
- 3.3 Identificar los recursos y Herramientas necesarias para la capacitación de los facilitadores regionales y locales en el abordaje integral de las mujeres y hombres en edad fértil, embarazadas, puérperas y recién nacidos con sospecha o diagnóstico de Síndrome Congénito por Zika.
- 3.4 Diseñar la metodología de capacitación en los Diseñar la metodología de capacitación en los Lineamientos para la detección y manejo integral de la infección por ZIKA durante la preconcepción, embarazo, parto, puerperio, recién nacido y manejo del síndrome congénito
- 3.5 Monitorear y Evaluar el proceso de capacitación de los Lineamientos para la detección y manejo integral de la infección por ZIKA durante la preconcepción, embarazo, parto, puerperio, recién nacido y manejo del síndrome congénito por Zika en los establecimientos de salud.

4. Proceso metodológico de capacitación:

La capacitación debe estar dirigida a lograr que el personal que atiende a la pareja en la atención Preconcepcional, Embarazo, partos y recién nacidos en los hospitales, Clínicas Materno Infantil, Policlínicos y Establecimientos tipo 1 y 2 de cada región departamental de salud, independientemente del modelo de gestión, tengan los conocimientos necesarios para aplicar correctamente Lineamientos para el manejo integral de las mujeres en edad fértil, embarazadas, puérperas y recién nacidos con sospecha o diagnóstico de Síndrome congénito por Zika

Resultados esperados al final de cada taller de capacitación:

- 4.1.1 Facilitadores nacionales, regionales, de hospitales y de establecimiento de salud formados, que cuentan con un plan de capacitación a desarrollar en cada Establecimiento de Salud.
- 4.1.2 Personal operativo capacitado para que:
 - Disponga de los conocimientos y herramientas que les permitan brindar atención Preconcepcional, Prenatal, obstétrica y neonatal esencial, de calidad, aplicando las habilidades y competencias clínicas que han adquirido en este proceso de capacitación.
 - Aplique los contenidos de Lineamientos para el manejo integral de las mujeres en edad fértil, embarazadas, puérperas y recién nacidos con sospecha o diagnóstico de Síndrome congénito por Zika.
- 4.2 Requisitos básicos para iniciar cada taller
 - 4.2.1 Disponer de Facilitador(a)s capacitados
Los responsables de facilitar este proceso de capacitación serán los facilitadores. Se contará con facilitadores en tres niveles:

- Facilitadores nacionales multidisciplinarios, que serán los conductores del proceso de capacitación en las regiones sanitarias.
- Facilitadores regionales: personal multidisciplinario seleccionado(a)s por la dirección de cada Región Sanitaria para capacitar al personal de los establecimientos de salud a nivel regional.
- Facilitadores de Establecimientos de Salud, según el nivel de atención y complejidad y que han sido capacitados por el equipo facilitador nacional o regional para desarrollar dichas actividades.

La dirección de cada Establecimiento debe asegurar que los facilitadores dispongan de tiempo para impartir los talleres, por lo tanto deberán realizar las adecuaciones necesarias para no desatender la prestación de servicios.

4.3 Perfil para Facilitador:

Para la selección de facilitadores es necesario tener en cuenta los siguientes requisitos:

- Médico Especialista en Salud Pública, Obstetricia, Pediatría, neurología
- Médico General que brinda atención en el área de PF, Recién nacidos u Obstetricia
- Profesional de enfermería vinculada a la atención materno infantil
- Psicólogos
- Trabajadores Sociales
- Medicina Física y rehabilitación
- Habilidades para la capacitación de personal
- Actitud positiva hacia el proceso de capacitación
- Estar comprometido con la atención materno infantil de calidad a través de la aplicación de las normas
- Ser empleado con estabilidad laboral en el establecimiento
- Aprobar el pos test con calificación de 90% o más, el cual será elaborado en base a los contenidos de los lineamientos.

Se realizará la acreditación de facilitadores con la aprobación del taller con calificación de 90% o más.

Cada Director del ES debe hacer una propuesta del personal seleccionado para formar parte del equipo facilitador a quienes, si cumple con los requisitos antes mencionados, se les proporciona el material para el taller de manera electrónica: Lineamientos, ayudas audiovisuales y test de evaluación. Cada facilitador deberá tener un plan de capacitación aprobado por los facilitadores nacionales para su desarrollo en el área de influencia que se le ha asignado.

4.4 Número de participantes:

- En cada taller el número de participantes debe oscilar entre 10 y 12 alumnos como máximo. Se debe garantizar que los asistentes sean los recursos directamente relacionados con la función que realizan. Ejemplo: Personal de las CMI y Hospitales debe recibir capacitación en los temas obstétricos y neonatales. Personal de los Establecimientos ambulatorios debe capacitarse en los temas dependiendo del área donde realizan su atención: atención prenatal, Planificación familiar, apoyo psicosocial, rehabilitación.
- La capacitación se desarrollará a través de talleres de concentración con un número no mayor de 12 participantes, quienes deberán tener la misma formación académica, para lo cual se hará una separación de recursos para los talleres dirigidos a Médicos y Enfermeras (Lic. y auxiliares de enfermería), Personal de atención comunitaria (Apoyo Psicosocial y RBC).

4.5 El perfil de los participantes

- Los participantes de los talleres a nivel operativo serán médicos generales, médicos especialistas en pediatría/ obstetricia, Enfermeras profesionales y Auxiliares de enfermería, Promotores de

salud, Técnicos de salud ambiental, Psicólogos, Trabajadores sociales, Equipos de Salud familiar de acuerdo al nivel de atención y complejidad donde se brinde la atención.

- Se debe identificar estrategias que permitan que el personal en su totalidad esté actualizado en los nuevos contenidos para asegurar su cumplimiento, por ejemplo, jornadas científicas con sociedades médicas, a través de conferencias patrocinadas, sesiones clínicas, congresos médicos, páginas web de SESAL, ORHUS, UNAH, OPS.

4.6 La duración de cada taller

Con el fin de garantizar el desarrollo de todos los contenidos se ha establecido tiempo de duración para cada taller, el cual debe ser seleccionado de acuerdo a las particularidades de cada Establecimiento

4.6.1 Taller de 3 días

El taller se desarrollará en un horario de 8 horas diarias (08:00 a 14:00 hrs) por 3 días.

Se debe ajustar la duración de los talleres para los médicos identificando las diferentes alternativas para asegurar la discusión de todos los temas contenidos en el taller.

4.6.2 Taller de 2 horas diarias por 14 días (garantizando que se desarrollen temas completos en cada jornada).

4.6.3 Taller de 4 días

Duración del taller con jornada de 6 horas diarias.

4.7 La organización de los talleres

- La responsabilidad para la ejecución del taller es de la dirección del hospital, clínica materno infantil o establecimiento de salud de primer nivel, el cual garantiza su organización y desarrollo. Debe asegurarse la logística necesaria (gastos de viaje si fuere necesario, refrigerios, materiales y equipos) para el desarrollo exitoso del mismo incluye los mecanismos que garanticen la disponibilidad del tiempo requerido por facilitadores y participantes.
- Es importante asegurar el compromiso de los facilitadores para el desarrollo del taller requiriéndose preparación, compromiso y liderazgo en las fases previa, durante y después del taller.
- La preparación de cada taller incluye la coordinación necesaria con el Jefe regional para asegurar la participación del personal de los Establecimientos seleccionados
- Cada Establecimiento de salud debe realizar un taller de inducción para todo el personal de nuevo ingreso o personal en Servicio social.
- Para cada taller, el Jefe de la región y el Director del hospital en coordinación con los facilitadores deben garantizar que los participantes dispongan de los materiales necesarios para el taller.

4.8 Insumos para la capacitación

Para iniciar los talleres de capacitación se debe contar, con los siguientes:

- Un CD o USB para cada facilitador conteniendo las exposiciones sobre cada tema a desarrollar.
- Casos clínicos y guiones de metodologías participativas impresos de cada tema a desarrollar en cantidad suficiente para proporcionar a cada uno de los participantes.
- Pre test y post test en cantidades suficientes para cada taller.
- Lineamientos para la detección y manejo integral de la infección por ZIKA durante la preconcepción, embarazo, parto, puerperio, recién nacido y manejo del síndrome congénito. (dependiendo del nivel de atención y la disponibilidad de herramientas electrónicas, donde

no se tenga las facilidades de estas, se debe disponer de un stock de lineamientos impresos que sea suficiente para “prestar” a cada participante durante el desarrollo de los talleres).

- Guía de Consejería en Planificación Familiar, Atención prenatal y puerperio, en relación a las medidas de prevención del Zika.
- Materiales de apoyo (Trifolios, boletas informativas, flujogramas o algoritmos)
- Y otros materiales necesarios de acuerdo al tema a desarrollar

4.9 Programa de Capacitación

Se ha diseñado un programa de capacitación para que sea utilizado en los talleres a proveedores de los diferentes establecimientos de salud según el nivel de complejidad.

4.9.1 Capacitación a Hospitales, Policlínicos y Clínicas Materno Infantil

Temas:

Generales:

1. Situación actual, Georreferenciación y Datos epidemiológicos Nacionales
2. Presentación de Instrumentos o formatos para la atención y notificación de la mujer embarazada y Recién nacido con Sospecha de Zika o Sospecha de Síndrome congénito por Zika

Temas Obstétricos:

1. Generalidades de la Infección por el virus de Zika
2. Manejo de la mujer con sospecha de infección por el virus de Zika durante el embarazo, Fase aguda y Vigilancia.
3. Atención del Parto en Mujeres con Infección por Zika en Fase Aguda
4. Atención del Parto y Puerperio en la Mujer con Sospecha de Síndrome congénito
5. Abordaje Psicosocial a la embarazada y a su familia ante la sospecha o diagnóstico de Síndrome congénito por Zika.

Temas Neonatales:

1. Evaluación del Recién nacido, Medidas antropométricas y Examen físico completo
2. Identificación de las Malformaciones congénitas asociadas al Síndrome congénito por Zika.
3. Manejo Integral del Niño con Zika Congénito:
 - a. Evaluación del Crecimiento y Neuro - desarrollo desde el nacimiento hasta los 5 años de vida
 - b. Evaluaciones y seguimiento interdisciplinario para Recién nacido hijo de madre con antecedente de Sospecha de Infección por Zika o con sospecha de Síndrome Congénito.
 - c. Apoyo Psicosocial a la Familia de Niño con Sospecha o Diagnostico de Síndrome Congénito.
 - d. Remisión para Inscripción en Programa de Rehabilitación
 - e. Referencia para seguimiento de Crecimiento y Desarrollo en establecimientos de Salud de Primer nivel de atención

4.9.2 Capacitación a Establecimientos de Salud Tipo 1 y 2 de atención ambulatoria

Temas:

Generales:

1. Situación actual, Georreferenciación y Datos epidemiológicos Nacionales
2. Presentación de Instrumentos o formatos para la atención y notificación de la mujer embarazada y Recién nacido con Sospecha de Zika o Sospecha de Síndrome congénito por Zika

Obstétricos:

1. Consulta Preconcepcional y de Planificación Familiar

2. Atenciones Prenatales y Pruebas diagnósticas necesarias
3. Factores de riesgo y hallazgos encontrados en Atención Prenatal relacionados al Síndrome congénito por Zika.
4. Medidas de prevención para evitar transmisión sexual durante el embarazo
5. Manejo de la Sospechosa de infección por el virus de Zika durante el embarazo, Fase aguda y Vigilancia.
6. Abordaje Psicosocial a la embarazada con sospecha o diagnóstico de Síndrome congénito por Zika y su familia.
7. Métodos de Planificación post parto

Temas Neonatales:

1. Evaluación del Recién nacido, Medidas antropométricas y Examen físico completo
2. Identificación de las Malformaciones congénitas asociadas al Síndrome congénito por Zika.
3. Evaluación del Crecimiento y Neuro - desarrollo desde el nacimiento hasta los 5 años de vida
4. Evaluaciones necesarias para Recién nacido hijo de madre con antecedente de Sospecha de Infección por Zika o con sospecha de Síndrome Congénito.
5. Apoyo Psicosocial a la Familia de Niño con Sospecha o Diagnostico de Síndrome Congénito.
6. Estimulación Temprana y Programa de Rehabilitación con Base comunitaria.

4.10 Metodología del taller

Para el desarrollo del taller los facilitadores aplicaran técnicas participativas y demostrativas para adultos, que garanticen la comprensión y empoderamiento de los participantes para desarrollar las competencias/habilidades necesarias para brindar los cuidados obstétricos y neonatales con calidad.

- 4.10.1 Actividades principales a desarrollar en la capacitación:
 - a. Presentaciones facilitadoras o inductoras sobre los diferentes temas.
Para los temas contemplados en la agenda se han preparado presentaciones facilitadoras que introducen en los contenidos del tema a desarrollar.
 - b. Demostraciones por parte de los facilitadores. Se realizarán demostraciones para los temas que ameritan desarrollar prácticas clínicas.
 - c. Práctica clínica de los participantes.
De ser necesario se realizarán demostraciones de prácticas clínicas en maniqués o pacientes, para asegurar que los participantes pongan en práctica sus conocimientos y habilidades adquiridas. Los participantes una vez observado la práctica realizada por el facilitador, utilizando el maniquí y el equipo necesario realizaran la devolución de la competencia adquirida. En la medida de las posibilidades, el facilitador tendrá la opción de trasladarse al área de atención de partos y de recién nacidos para realizar la práctica de algunos temas, en vivo con pacientes que estén siendo atendidos en ese momento.
 - d. Discusión y resolución de casos clínicos
Cada participante tendrá la oportunidad de analizar, discutir y manejar casos clínicos, se ejemplificará con casos clínicos reales relacionados a los temas de atención, para evaluar lo correcto e incorrecto del manejo y afianzar los conocimientos de los participantes
 - e. Evaluación.
Se realizará un pre y pos test conteniendo preguntas claves sobre los temas a desarrollar con el propósito de conocer el grado de conocimientos previos y adquiridos después del taller.

Al final del taller los participantes evaluarán el contenido, metodología utilizada y el desempeño de los facilitadores.

5. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

1. NIVEL AMBULATORIO

| PRIMER DIA | | | |
|---------------|--|---|-------------|
| HORA/DIA | TEMA | METODOLOGIA | RESPONSABLE |
| 08:00 -08:30 | Presentación, Introducción, Objetivos y Metodología | Dinámica, Exposición | |
| 08:30 -08:50 | Pre test | | |
| 08:50-09:30 | Situación Actual y Vigilancia Epidemiológica | Exposición, preguntas y respuestas, lluvia de ideas | |
| 09:30 -09:45 | RECESO | | |
| 09:45 -11:00 | Presentación de Instrumentos o formatos para la atención de la mujer embarazada y Recién nacido con Sospecha de Zika o Sospecha de Síndrome congénito por Zika | Exposición, preguntas y respuestas, ejercicio de llenado | |
| 11:00 -12:00 | Generalidades de la Infección por el Virus de Zika y Sus complicaciones | Preguntas y respuestas, exposición, discusión de casos | |
| 12: 00 –13:00 | ALMUERZO | | |
| 13:00 - 15:00 | Atención Preconcepcional y Planificación familiar | Exposición introductoria, Trabajo de grupo: socio drama comentado | |
| 15:00 - 15:15 | RECESO | | |
| 15:15 -16:00 | Guías de Consejería en PF en el contexto de la Infección por Zika | Exposición introductoria Trabajo de grupo: Demostración y práctica, Casos clínicos | |
| 16:00 – 16:30 | Evaluación del día | | |
| PRIMER DIA | | | |
| SEGUNDO DÍA | | | |
| HORA/DIA | TEMA | METODOLOGIA | RESPONSABLE |
| 08:00 - 09:15 | Atención Prenatal y Pruebas diagnósticas | Exposición dialogada y casos clínicos | |
| 09:15 -09:30 | RECESO | | |
| 09:30-10:45 | Factores de riesgo y hallazgos encontrados en Atención Prenatal relacionados al Síndrome congénito por Zika. | Exposición dialogada y casos clínicos | |
| 10:45 -12:00 | Manejo de la Sospechosa de infección por el virus de Zika durante el embarazo, Fase aguda y Vigilancia. | Preguntas y respuestas, Exposición dialogada y casos clínicos | |
| 12: 00 –13:00 | ALMUERZO | | |
| 13:00 - 14:30 | Apoyo Psicosocial a la embarazada y Familia ante la Sospecha o Diagnostico de | Preguntas y respuestas, Exposición dialogada, | |

| | | | |
|---------------|--|---|--|
| | Síndrome Congénito, Autoestima, manejo de Ansiedad y Estrés. | demostración de técnicas. | |
| 14:30 - 14:45 | RECESO | | |
| 14:45 -16:00 | Evaluación del Recién nacido | Preguntas y respuestas, Exposición dialogada, demostración y práctica | |
| 16:00 – 16:30 | Evaluación del día | | |

| TERCER DIA | | | |
|-------------------|--|---|--------------------|
| HORA/DIA | TEMA | METODOLOGIA | RESPONSABLE |
| 08:00 -09:30 | Identificación de las Malformaciones congénitas asociadas al Síndrome congénito por Zika. | Preguntas y Respuestas, Exposición dialogada casos clínicos | |
| 09:30 -09:45 | RECESO | | |
| 09:45-11:00 | Atención Integral: Evaluación del Crecimiento y Neuro - desarrollo desde el nacimiento hasta los 5 años de vida | Preguntas y Respuestas, Exposición dialogada, demostración y práctica | |
| 11:00 -12:00 | Evaluaciones necesarias para Recién nacido hijo de madre con antecedente de Sospecha de Infección por Zika o con sospecha de Síndrome Congénito. | Exposición dialogada Socio drama, Métodos de referencia y respuesta | |
| 12: 00 – 13:00 | ALMUERZO | | |
| 13:00 - 14:30 | Apoyo Psicosocial a la Familia de Niño con Sospecha o Diagnostico de Síndrome Congénito. Intervención en crisis, Empoderamiento, Derechos del niño | Exposición dialogada Socio drama, casos prácticos | |
| 14:30 - 14:45 | RECESO | | |
| 14:45 -16:00 | Estimulación Temprana y Programa de Rehabilitación con Base comunitaria. | Exposición dialogada Socio drama, casos prácticos | |
| 16:00 – 16:15 | Post test | | |
| 16: 15 | Evaluación y Clausura del Taller | | |

2. NIVEL HOSPITALARIO O INTERNAMIENTO POR ATENCIÓN MATERNO NEONATAL

| PRIMER DIA | | | |
|-------------------|--|-------------------------|--------------------|
| HORA/DIA | TEMA | METODOLOGIA | RESPONSABLE |
| 08:00 -08:30 | Introducción, Objetivos y Metodología | Dinámica, Exposición | |
| 08:30-09:00 | Pre test | | |
| 09:00-09:45 | Situación Actual y Vigilancia Epidemiológica | Exposición, preguntas y | |

| | | | |
|----------------|--|---|--|
| | | respuestas, lluvia de ideas | |
| 09:45 -010:00 | RECESO | | |
| 10:00 -11:00 | Presentación de Instrumentos o formatos para la atención de la mujer embarazada y Recién nacido con Sospecha de Zika o Sospecha de Síndrome congénito por Zika | preguntas y respuestas Exposición, Llenado de instrumentos | |
| 11:00 -12:00 | Generalidades de la Infección por el Virus de Zika y Sus complicaciones | preguntas y respuestas Exposición dialogada, Discusión de casos | |
| 12: 00 – 13:00 | ALMUERZO | | |
| 13:00 - 14:30 | Manejo de la Sospechosa de infección por el virus de Zika durante el embarazo, Fase aguda y Vigilancia | Presentación y discusión de caso, Exposición dialogada, lluvia de ideas | |
| 14:30 - 14:45 | RECESO | | |
| 14:45 -15:45 | Atención del Parto en Mujeres con Infección por Zika en Fase Aguda. Parto Respetado y humanizado | Exposición dialogada, Reforzamiento de mejores prácticas, | |
| 15:45 – 16:00 | Evaluación del día | | |

| SEGUNDO DIA | | | |
|--------------------|--|---|--------------------|
| HORA/DIA | TEMA | METODOLOGIA | RESPONSABLE |
| 08:00 -09:30 | Atención del Parto y Puerperio en la Mujer con Sospecha de Síndrome congénito | Exposición dialogada, Discusión de casos | |
| 09:30 -09:45 | RECESO | | |
| 09:45-11:00 | Apoyo Psicosocial a la embarazada y Familia ante la Sospecha o Diagnostico de Síndrome Congénito, Autoestima, manejo de Ansiedad y Estrés. | Preguntas y respuestas, Exposición dialogada, demostración de técnicas. | |
| 11:00 -12:00 | Métodos de Planificación post parto (Apoyo post parto APA) | Presentación y demostración de Métodos de PF y Criterios de elegibilidad | |
| 12: 00 – 13:00 | ALMUERZO | | |
| 13:00 - 14:30 | Evaluación del Recién nacido, Medidas antropométricas y Examen físico completo | Presentación introductoria, demostración y practica | |
| 14:30 - 14:45 | RECESO | | |
| 14:45 -16:00 | Identificación de las Malformaciones congénitas asociadas al Síndrome congénito por Zika. | Preguntas y respuestas, Presentación introductoria y estudio de casos | |
| 16:00 – 16:30 | Evaluación del día | | |

| TERCER DIA | | | |
|-------------------|--|---|--------------------|
| HORA/DIA | TEMA | METODOLOGIA | RESPONSABLE |
| 08:00 -09:30 | Evaluación del Crecimiento y Neuro - desarrollo desde el nacimiento hasta los 5 años de vida | Preguntas y Respuestas, Exposición dialogada, demostración y práctica | |
| 09:30 -09:45 | RECESO | | |
| 09:45-11:00 | Evaluaciones necesarias para Recién | Preguntas y Respuestas, | |

| | | | |
|----------------|--|--|--|
| | nacido hijo de madre con antecedente de Sospecha de Infección por Zika o con sospecha de Síndrome Congénito. | Exposición Dialogada, Discusión Sistema referencia y Respuesta | |
| 11:00 -12:00 | Apoyo Psicosocial a la Familia de Niño con Sospecha o Diagnostico de Síndrome Congénito. Intervención en crisis, Empoderamiento, Derechos del niño | Exposición dialogada Socio drama, casos prácticos | |
| 12: 00 – 13:00 | ALMUERZO | | |
| 13:00 - 14:30 | Seguimiento del Niño con Síndrome Congénito, Estimulación temprana, | Exposición dialogada, videos, demostración y practica | |
| 14:30 - 14:45 | RECESO | | |
| 14:45 -16:00 | Rehabilitación: requisitos de Referencia | Exposición dialogada, llenado de instrumento de referencia. | |
| 16:00 – 16:15 | Post test | | |
| 16:15 -16:30 | Evaluación y Clausura del Taller | | |

6. HERRAMIENTAS PARA LA CAPACITACIÓN EN LINEAMIENTOS DE ZIKA

1. Presentación Situación Actual y Vigilancia Epidemiológica (Presentación No 1)

Slide 1



Esta es una Presentación introductoria, en la que se quiere hacer saber a los Proveedores de Servicios de Salud, el Impacto de la Infección por el virus de Zika a nivel nacional sobretodo en la población más vulnerable que incluye embarazadas y recién nacido, abriendo oportunidades para la reflexión y toma de decisiones respecto a las medidas de prevención y las acciones necesarias para lograr reducir la incidencia de casos. Comunique al participante que presentará algunos antecedentes respecto al virus del Zika

Slide 2



El mosquito *Aedes aegypti* es el principal vector de los virus que causan el dengue. Los seres humanos se infectan por picaduras de hembras infectadas, que a su vez se infectan principalmente al succionar la sangre de personas infectadas. El virus infecta el intestino medio del mosquito y luego se extiende hasta las glándulas salivales en un período de entre 8 y 12 días. Tras este período de incubación, el mosquito puede transmitir el virus a las personas al picarlas con fines exploratorios o alimentarios.

Slide 3



Haga mención de la prevalencia del Aedes Aegypti en todos los departamentos y que en Atlántida y Colón además está presente el Aedes Albopictus

Slide 4



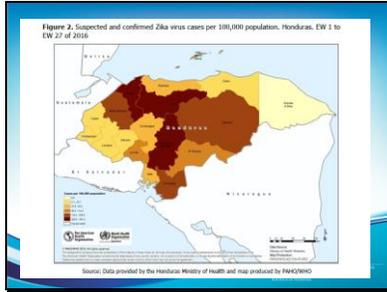
Haga del conocimiento de los participantes los diferentes momentos en los que se ha tenido conocimiento de este virus y las acciones realizadas

Slide 5



En la Epidemia iniciada en noviembre 2015 los primeros casos se dieron en América del Sur, Específicamente en Brasil, Posteriormente se fueron reportando casos y antes de enero 2016, Honduras ya tenía casos confirmados de Virus de Zika

Slide 6



Mencione que los Municipios con mayor incidencia de casos de Zika son: Tegucigalpa, San Pedro Sula, Choloma, Villanueva, El Progreso, Juticalpa y Danli, pero la presencia de este está a nivel nacional

Slide 7



El abordaje al problema del ZIKA en Honduras es una prioridad para el Presidente de la República quien ha instruido a las autoridades de los diferentes sectores involucrados a sumarse, a la iniciativa para contrarrestar la epidemia. Como primera acción las autoridades de la Secretaria de Salud de Honduras (SESAL), ha conformado un Comando Estratégico integrado por representantes de diferentes instancias, quienes conducen las acciones desarrolladas al interno de la SESAL.

Slide 8

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

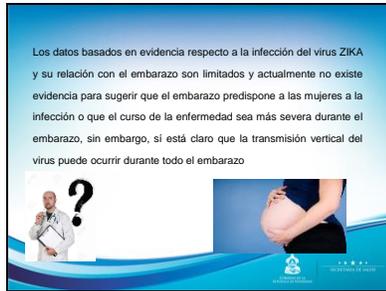
- Aproximadamente el 80% de las personas infectadas con el virus ZIKA son asintomáticos, siendo la infección leve, aún con el desarrollo de síntomas clínicos.
- La mortalidad por lo general es rara incluyendo su hospitalización.

Imagen 1: Erupción cutánea típica del Zika. Imagen 2: Ojo con conjuntivitis.

Aproximadamente el 80% de las personas infectadas con el virus ZIKA son asintomáticos, siendo la infección leve, aún con el desarrollo de síntomas clínicos. La mortalidad por lo general es rara incluyendo su hospitalización. Los datos basados en evidencia respecto a la infección del virus ZIKA y su relación con el embarazo son limitados y actualmente no existe evidencia para sugerir que el embarazo predispone a las mujeres a la infección o que el curso de la enfermedad sea más severo durante el embarazo, sin embargo, sí está claro que la transmisión vertical del virus puede ocurrir durante todo el embarazo.

Slide 9

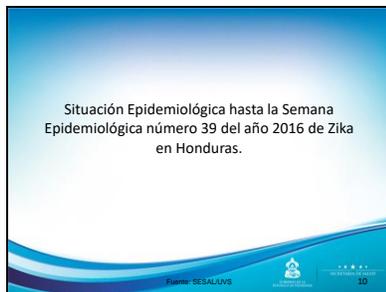
Los datos basados en evidencia respecto a la infección del virus ZIKA y su relación con el embarazo son limitados y actualmente no existe evidencia para sugerir que el embarazo predispone a las mujeres a la infección o que el curso de la enfermedad sea más severa durante el embarazo, sin embargo, sí está claro que la transmisión vertical del virus puede ocurrir durante todo el embarazo



Y las complicaciones neurológicas en el recién nacido de las madres infectadas también pueden tener un impacto importante dependiendo del momento de la infección aguda

Slide 10

Situación Epidemiológica hasta la Semana Epidemiológica número 39 del año 2016 de Zika en Honduras.



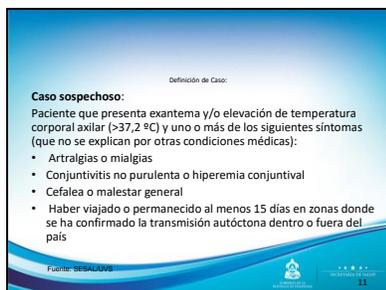
Esta es la información con la que se cuenta hasta la semana 39, es conveniente que esta presentación se modifique por el facilitador de acuerdo a la última semana de notificación.

Slide 11

Definición de Caso:

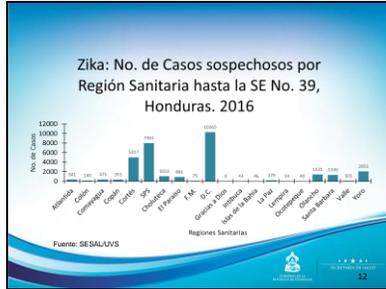
Caso sospechoso:
Paciente que presenta exantema y/o elevación de temperatura corporal axilar ($>37,2^{\circ}\text{C}$) y uno o más de los siguientes síntomas (que no se explican por otras condiciones médicas):

- Artralgias o mialgias
- Conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival
- Cefalea o malestar general
- Haber viajado o permanecido al menos 15 días en zonas donde se ha confirmado la transmisión autóctona dentro o fuera del país



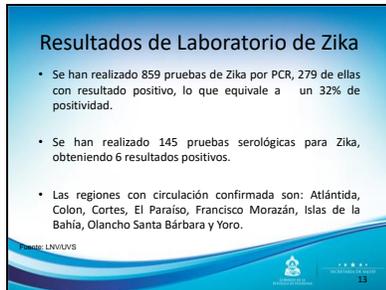
Hacer un recordatorio de la definición de caso sospechoso, de acuerdo a la guía de vigilancia epidemiológica

Slide 12



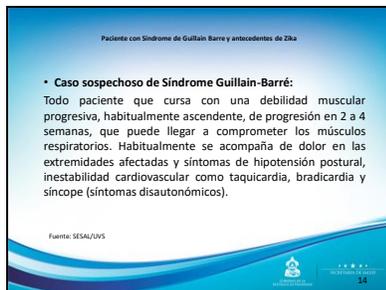
Resaltar las regiones sanitarias con mayor número de casos

Slide 13



Se realizaron 106 pruebas serológica para Zika con resultado 6 positivas, dos pacientes con trastornos neurológicos (SGB) del Distrito Central y de El Paraíso, El Paraíso, la madre e hijo con microcefalia de Puerto Cortes, una embarazada y una población general.

Slide 14



Estos síntomas están precedidos ya sea por un cuadro gastrointestinal, de vías respiratorias altas o exantema, 1 o 2 semanas previas. En el examen físico se encuentra una debilidad flácida y arreflexia, con un examen sensitivo típicamente normal.

Slide 15

Síndrome de Guillain Barre y Zika

Para el 2016 se han presentado 141 casos sospechosos de Guillain Barre.

- Dos resultado positivo por serología.
- Ocho personas fallecidas durante el año, de las cuales 2 muertes ocurrieron fuera de tiempo.
- De los 6 restantes (2 pertenecen al HMCR y 4 al HEU).

Fuente: UVS/CNE



15

Dos pacientes confirmados por laboratorio (serología) con trastornos neurológicos (SGB) del Distrito Central y de El Paraíso

Slide 16

Embarazadas asociadas a Zika

- En la SE No.38 se notificaron 3 casos sospechosos de Zika en mujeres embarazadas.
- Se acumulan 635 mujeres embarazadas con sospecha clínica de Zika.
- De estas mujeres embarazadas 115 tienen prueba positiva de PCR por Zika, y una embarazada positiva por serología.

Fuente: UVS/CNE



16

el laboratorio de la UNAH realizo 413 pruebas a embarazadas y de estas 158 son positivas para un 38% mas 182 pruebas del LNV con 108 positivas totalizan 595 pruebas con 266 positivas lo que significan un 45% de positividad.

Slide 17

Embarazadas y SGB por regiones

| Regiones | Embarazadas | | SGB |
|-------------------|-------------|------------|------------|
| | Hospital | Regiones | |
| Atlántida | | 2 | 2 |
| Colón | | 2 | 0 |
| Comayagua | | 1 | 2 |
| Copán | | 0 | 5 |
| Cortés | 1 | 61 | 10 |
| Metro SPS | 57 | 15 | 24 |
| Chalchicomula | | 34 | 0 |
| El Paraíso | 1 | 0 | 0 |
| Francisco Morazán | | 2 | 0 |
| Metro MDC | 4 | 358 | 70 |
| Gracias a Dios | | 0 | 0 |
| San Marcos | | 0 | 0 |
| Islas de la Bahía | | 3 | 0 |
| La Paz | | 3 | 2 |
| Lempira | | 0 | 0 |
| Ocotepeque | | 2 | 3 |
| Quiché | 1 | 22 | 5 |
| Santa Bárbara | | 4 | 0 |
| Valle | | 1 | 2 |
| Verapaz | 2 | 47 | 3 |
| Total País | 69 | 568 | 141 |

Fuente: UVS/CNE



17

Siempre recalcar donde hay mayor concentración de casos

Slide 18

Microcefalia

- La microcefalia se define por una circunferencia occipitofrontal por debajo de -2 desviaciones estándar de la media de la población de referencia según edad y sexo.
- Ante un recién nacido a término del que no se dispone de información fiable sobre la edad gestacional, se recomienda utilizar las referencias del Estudio Multicéntrico sobre el Patrón de Crecimiento de la OMS.

Fuente: Guía para la vigilancia de la enfermedad por el virus del Zika y sus complicaciones, OPS.



Las referencias del Estudio Internacional de Crecimiento Fetal y de Prematuros (Intergrowth 21st), de reciente publicación, otorgan mayor precisión a la evaluación de microcefalia en los recién nacidos prematuros o a término.

Slide 19

Caso de síndrome congénito sospechoso de estar asociado a la infección por el virus del Zika

- Recién nacido vivo que presente microcefalia (medida de circunferencia craneal occipitofrontal por debajo de -2 desviaciones estándar a las 24 horas después de nacer, según referencias estandarizadas de acuerdo a edad gestacional y sexo), o
- Alguna malformación congénita del sistema nervioso central; y cuya madre, durante el embarazo, haya tenido antecedente de residencia o viaje a un área con presencia de vectores del virus del Zika, o
- Haya tenido relaciones sexuales sin protección con una pareja con antecedente de residencia o viaje a un área con presencia de vectores del virus del Zika.

Fuente: Guía para la vigilancia de la enfermedad por el virus del Zika y sus complicaciones, OPS.



Haga énfasis en las definiciones de caso y aclare dudas

Slide 20

Caso de síndrome congénito probable de estar asociado a la infección por el virus del Zika

- Recién nacido vivo que cumpla con los criterios de caso de síndrome congénito sospechoso de estar asociado a la infección por el virus del Zika; y
- presente alteraciones morfológicas intracraneales diagnosticadas por cualquier método de imagen, excluidas otras posibles causas conocidas; o
- cuya madre haya presentado exantema durante el embarazo.

Fuente: Guía para la vigilancia de la enfermedad por el virus del Zika y sus complicaciones, OPS.



Slide 21

Caso de síndrome congénito probable de estar asociado a la infección por el virus del Zika

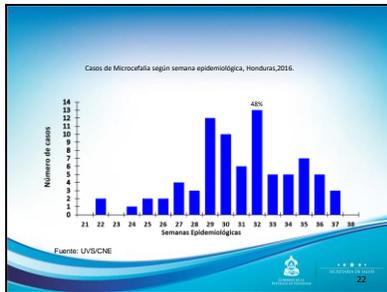
- Recién nacido vivo que cumpla con los criterios de caso de síndrome congénito sospechoso de estar asociado a la infección por el virus del Zika; y
- presente alteraciones morfológicas intracraneales diagnosticadas por cualquier método de imagen, excluidas otras posibles causas conocidas; o
- cuya madre haya presentado exantema durante el embarazo.

Fuente: Guía para la vigilancia de la enfermedad por el virus del Zika y sus complicaciones, OPS



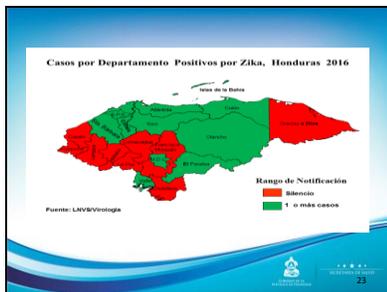
21

Slide 22



Hasta esta semana se han notificado 75 casos de microcefalia, presentando una mayor incidencia de casos para la semana 32

Slide 23



Slide 24

Resultados de Laboratorio por PCR-RT hasta el 26 de Sept. UNAH. 2016

| Grupo de Riesgo | Muestras recibidas | Muestras analizadas | Resultados positivos | Porcentaje |
|--|--------------------|---------------------|----------------------|-------------|
| 1. Pacientes agudos: Mujeres embarazadas | 460 | 452 | 189 | 41 |
| 2. Pacientes agudos: adultos y niños | 210 | 210 | 37 | 17.6 |
| 3. Pacientes con síndromes neurológicos | 69 | 68 | 2 | 3 |
| 4. Recién nacidos con microcefalia | 23 | 23 | 2 | 8.7 |
| Total | 762 | 753 | 230 | 30.5 |

Fuente: UNAH

Slide 25

Resultados de LNV de Arbovirosis hasta la SE No. 38, 2016

| Muestras | Sexo | Positivo | % |
|------------|------|------------|-----------|
| 658 | F | 236 | 36 |
| 195 | M | 43 | 22 |
| 6 | SD | 0 | 0 |
| 859 | | 279 | 32 |

Fuente: LNV

Resultados reportados por el Laboratorio Nacional de Virología hasta la semana 38

Slide 26

Resultados de LNV de Grupos en Riesgo asociados a Zika hasta la SE No.38, 2016

| Grupo de Riesgo | Muestras procesadas | Positivas | % |
|-----------------|---------------------|-----------|----|
| Embarazada | 206 | 115 | 56 |
| SGB | 19 | 1 | 5 |
| Microcefalia | 75 | 0 | 0 |
| Fallecidos | 3 | 0 | 0 |

Fuente: LNV

Slide 27



Con estas imágenes tómesese un tiempo para hacer una reflexión con los participantes, de la magnitud de los daños que esta enfermedad que inicialmente se consideraba algo pasajero y de poco impacto.

Slide 28

Casos sospechosos de Chikungunya Dengue y Zika a la Semana 39 en Honduras 2,016.

| DENGUE | CHIKUNGUNYA | ZIKA |
|---|---|---|
| Semana 31 = 386 | Semana 31 = 252 | Semana 31 = 582 |
| Semana 32 = 384 | Semana 32 = 264 | Semana 32 = 401 |
| Semana 33 = 334 | Semana 33 = 250 | Semana 33 = 438 |
| Semana 34 = 373 | Semana 34 = 214 | Semana 34 = 313 |
| Semana 35 = 301 | Semana 35 = 197 | Semana 35 = 296 |
| Semana 36 = 307 | Semana 36 = 138 | Semana 36 = 197 |
| Semana 37 = 219 | Semana 37 = 142 | Semana 37 = 142 |
| Semana 38 = 286 | Semana 38 = 99 | Semana 38 = 116 |
| Semana 39 = 243 | Semana 39 = 78 | Semana 39 = 139 |
| Total de casos 2016 = 20,563 casos y 265 casos de Dengue grave. | Total de casos 2016 = 15,424 casos. | Total de casos 2016 = 31,714 casos. |
| Municipios con más casos acumulados: Tegucigalpa, SPS, Choluteca, Choluteca, Jucalpa, Puerto Cortes y La Ceiba. | Municipios con más casos acumulados: Tegucigalpa, SPS, Choluteca, Darién, Judicapa, Villavieja Santa Rosa de Copán. | Municipios con más casos acumulados: Tegucigalpa, SPS, Choluteca, Villavieja, El Progreso, Judicapa y Darién. |

Fuente: UVS/CNE

28

Mostrar el resumen de los casos de las Arbovirosis en las últimas semanas y hacer énfasis en los casos de Zika y los municipios más afectados

Slide 29

- Cual es la Situación Epidemiológica de mi Región?
- Cual es la Situación Epidemiológica de mi Establecimiento de Salud?
- Que estoy haciendo para evitar el aumento de casos?
- Cuales son los retos a enfrentar?

Incite a los participantes a contestar estas preguntas, para hacerles partícipes del análisis de la situación Epidemiológica del Zika a nivel Local.

2. Presentación Instrumentos (Presentación 2)

Slide 1



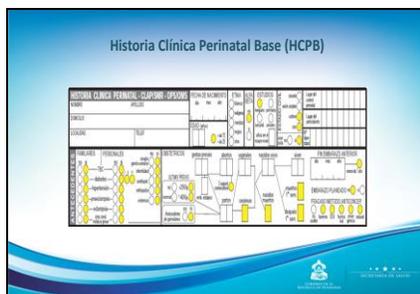
Esta Presentación tiene el propósito de dar a conocer a los participantes, los formatos oficiales que deben utilizarse en la atención de la mujer embarazada con sospecha de infección por Zika o Sospecha de Síndrome congénito, aclarar dudas sobre su llenado

Slide 2



Hacer del conocimiento de los participantes que existe una Guía de Vigilancia de la Enfermedad por el virus de Zika y sus complicaciones, realizada por OPS adaptada al país para la identificación de casos sospechosos y confirmados, que aseguran una adecuada vigilancia epidemiológica. Preguntar a los participantes si tienen conocimiento de esta, si no es así, hacer el compromiso de facilitar.

Slide 3



Recuerde a los participantes que el carné perinatal y la HCPB son instrumentos que integran las acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, parto y puerperio. Al llenarlo de forma completa se asegura que los datos de mayor importancia:

Relativos a la atención prenatal (al ser registrados sistemáticamente en cada consulta) lleguen a manos de quien atiende posteriormente a la embarazada, ya sea en otro consultorio externo o en algún lugar que sea hospitalizada

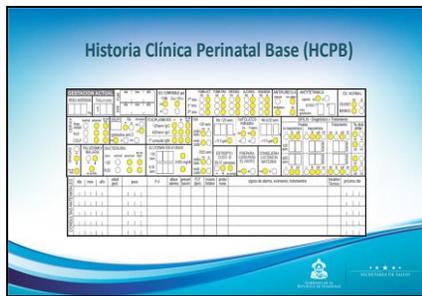
Los vinculados a un ingreso durante el embarazo, parto y postparto, para que sean conocidos por quien tiene a su cargo el control del puerperio.

Para el seguimiento del recién nacido, lleguen a conocerse por quien tiene a su cargo el control del niño.

Explique que la HCPB es una herramienta

importante que ayuda al proveedor a aplicar las normas y que es el instrumento de registro de datos para efectos estadísticos y legales. Es complementaria con el carné y deben ser llenados ambos de la manera más clara y completa posible.

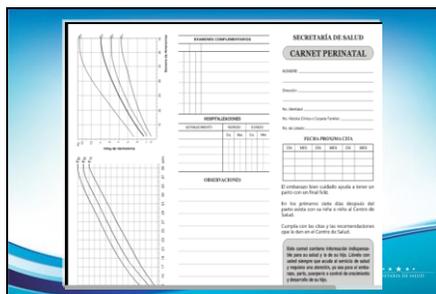
Slide 4



En la sección de embarazo actual hay cambios importantes en el segmento de hábitos, en donde se es más específico en la información sobre el fumado y se agrega la violencia doméstica. En el segmento de VIH y sífilis es más exhaustiva. Idealmente estos exámenes deben realizarse en todas las mujeres embarazadas, se agregan los datos de glicemia, paludismo y Chagas.

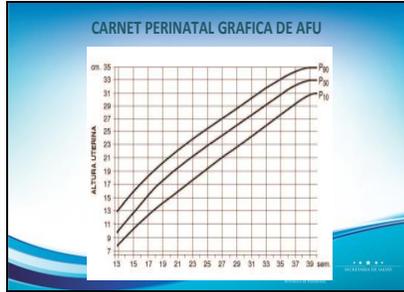
Tanto la HCPB como el carne tienen una tercera sección en donde se consignan los datos relacionados a la atención del parto, incluyendo la información del recién nacido y para finalizar se anotan los hallazgos encontrados durante la revisión del puerperio inmediato, según los lineamientos de la Norma de atención materno neonatal.

Slide 5



El carnet perinatal es una herramienta valiosa que contiene la información de la evolución del embarazo, sobre todo por la información que nos puede dar al momento de su ingreso, por lo tanto, debe ser llenado con la mayor claridad y completo que sea posible.

Slide 6



Los datos de la AFU obtenidos en cada cita de atención prenatal deben ser registrados tanto en la historia clínica como en el carné perinatal, además se deben utilizar para construir la gráfica de la altura uterina, la cual es una poderosa herramienta para conocer la tendencia de crecimiento uterino e identificar las posibles complicaciones, sobre todo ante la sospecha de Zika.

Slide 7



La grafica de ganancia de peso materno es una herramienta que se encuentra al reverso del carne perinatal y que debe ser llenada en cada consulta de atención prenatal con la finalidad de identificar las variaciones en el peso materno de acuerdo a su edad gestacional, de manera que permita identificar posibles complicaciones y lo más importante tomar los correctivos necesarios en beneficio de la salud de la madre y del recién nacido.

Slide 8

| Fecha de inicio de síntomas | Fecha de notificación | Nombre del paciente | Edad | Sexo | Categoría de caso | Estado de salud | Tratamiento | Observaciones |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------|------|------|-------------------|-----------------|-------------|---------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Esta Ficha ha sido adaptada para poder notificar la presencia de casos de Dengue, Chikungunya y Zika a nivel nacional. Proporcione a cada uno de los participantes una copia de esta, para hacer su revisión y aclaración de dudas y práctica de llenado. Inicie con las preguntas de las interrogantes y luego ejemplifique casos para hacer su llenado por parte de los participantes.

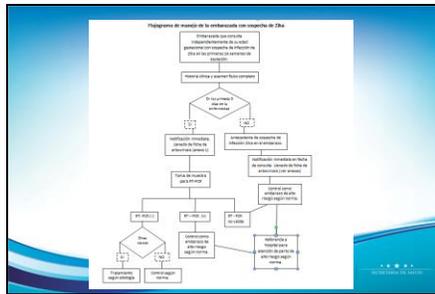
Slide 9

Hoja de Referencia

Toda paciente que sea referida desde una unidad de menor complejidad debe llenarse la hoja de referencia, la cual debe contener una descripción de todas las situaciones relacionadas con la salud de la paciente y el tratamiento recibido y dejando copia de la misma en el expediente clínico.

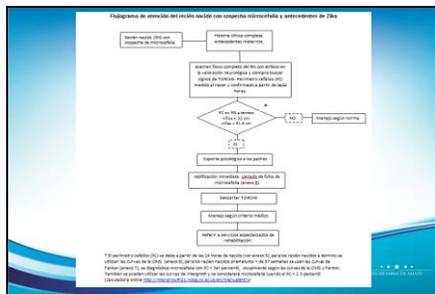


Slide 10



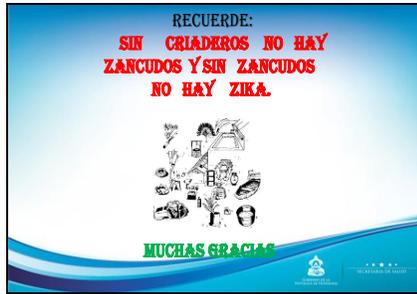
Se han creado algoritmos para orientar al personal en las acciones que debe realizar en el abordaje de una mujer embarazada con sospecha de infección por Zika, para tener una estandarización y evitar las medidas exageradas o no oportunas en el manejo de la paciente, recalando siempre que toda mujer embarazada con este diagnóstico es un embarazo de alto riesgo y debe ser atendida en el nivel correspondiente por Ginecólogo

Slide 11



En la atención del Recién nacido, si existe el antecedente materno confirmado de infección por Zika, no necesariamente será niños con microcefalia, pueden tener cualquier otra malformación asociada o alteración neurológica, por lo que hay que enfatizar en la realización de un examen físico completo en busca de signos sugestivos, además recordar que hay muchas causas de microcefalia, por lo que se debe descartar también otras enfermedades infecciosas

Slide 12



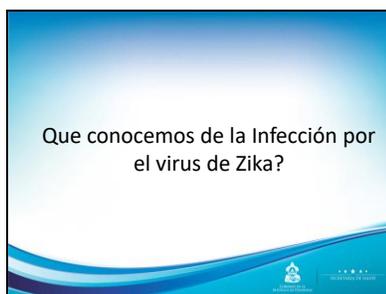
3. Presentación Generalidades del Virus (Presentación 3)

Slide 1



Esta presentación es de conceptos generales respecto a la infección por el virus de Zika, Hacer preguntas iniciales a los participantes para evaluar el nivel de conocimiento que tienen sobre la enfermedad

Slide 2



Dejar opinar a los participantes y guiar los conceptos para reforzar sus conocimientos...

Slide 3

GENERALIDADES

El virus del Zika es un flavivirus transmitido por mosquitos se identificó por vez primera en macacos (monos) en Uganda, 1947.

Posteriormente, en 1952, se identificó en el ser humano en Uganda y la República Unida de Tanzania.

El primer gran brote se registró en la isla de Yap (Estados Federados de Micronesia) 2007.



The infographic on the right side of the slide illustrates the discovery and spread of the Zika virus. It features a central map of Africa with a red dot indicating the location of Uganda. To the left, there is a photograph of a person and a mosquito. To the right, there is a diagram showing the transmission cycle between a mosquito and a human. The text on the slide provides a timeline: 1947 in Uganda (monkeys), 1952 in Uganda and Tanzania (humans), and 2007 in Yap (Micronesia).

Haga saber a los participantes los antecedentes respecto a la enfermedad

Slide 4

GENERALIDADES

- En Julio 2015 Brasil notifico una asociación entre la infección por virus de Zika y el síndrome de Guillain-Barre, y en octubre el mismo año su asociación con la microcefalia.
- Y En Honduras, Cuando aparecieron los primeros casos confirmados?

Pregunte a los participantes, para reforzar los conocimientos fortalecidos en la presentación de Situación Epidemiológica cuando fue que aparecieron los primeros casos confirmados del virus de Zika y cuáles son los municipios más afectados...

Slide 5

TRANSMISION

- El virus del Zika se transmite a las personas principalmente a través de la picadura de mosquitos infectados del genero Aedes y sobre todo de Aedes aegypti en las regiones tropicales.
- También por transmisión sexual, por contacto con sangre contaminada en laboratorio o transfusiones sanguíneas y transplacentaria o durante el parto en una mujer virémica.

Reforzar que los mosquitos Aedes son los mismos que transmiten el dengue, la fiebre chikungunya, la fiebre amarilla, encefalitis japonesa o el virus del Nilo occidental.

Slide 6

SIGNOS Y SINTOMAS

El periodo de incubación de la enfermedad por el virus de Zika, tras la picadura del mosquito de 3 a 12 días.

Los síntomas pueden durar entre 4 a 7 días.

- Rash o sarpullido.
- Prurito.
- Fiebre leve.
- Conjuntivitis no purulenta.
- Cefalea.
- Artralgias y mialgias.
- Astenia.



INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

Las personas infectadas por el virus del ZIKA pueden cursar de manera asintomática (solo 1 de cada 4 a 5 personas infectadas presentan síntomas) o bien cursar frecuentemente con algunos de los siguientes síntomas

Slide 7

En menor frecuencia los pacientes pueden presentar algunos síntomas como:

- Dolor retro ocular.
- Anorexia.
- Diarrea.
- Vómito.
- Leve edema articular.
- Adenopatías retro-oculares.

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

La Mayoría de estos síntomas, son más característico de Dengue y Chikungunya, pero pueden también presentarse en los casos de Zika

Slide 8

Diagnóstico clínico diferencial de ZIKA:

Se establecerá ante otras infecciones que causen exantema y fiebre, según situación epidemiológica y lineamientos vigentes, entre estos:

1. Dengue.
2. Varicela.
3. Sarampión.
4. Rubeola.
5. Parbovirus.
6. Chikungunya.
7. Mononucleosis infecciosa.
8. Otros.

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

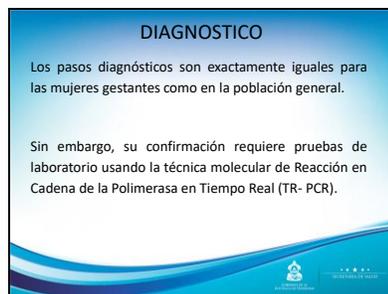
Refuerce a los participantes que se debe hacerse diagnóstico sobre todo con las enfermedades exantémicas, ya que la fiebre suele ser no muy alta.

Slide 9



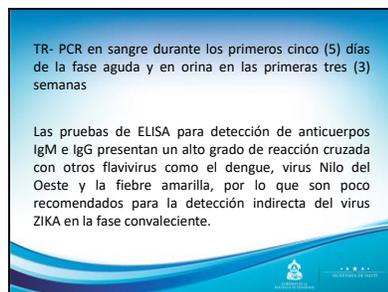
Invite a los participantes a comentar casos revisados en los que se tuvo que pensar en cuál de las tres enfermedades era la que el paciente tenía y como logró hacer el diagnóstico clínico

Slide 10



Lamentablemente en el caso de las embarazada asintomáticas será un poco más difícil realizar de manera oportuna la prueba en la fase aguda de la enfermedad

Slide 11



Explique a los participantes que la toma de estas muestras y procesamiento, será coordinada por los establecimientos de salud y el Laboratorio Nacional de Virología.

Slide 12

TRATAMIENTO

El tratamiento se dirige a los síntomas que se presenten.

- Reposo y tomar abundantes líquidos
- Fiebre y Cefalea: inicialmente se recomienda disminuir la fiebre con medidas físicas, Acetaminofén: 500mg vía oral cada 4 o 6 horas
- Prurito: Loratadina vía oral 5 a 10 miligramos (mg) cada 12 horas o Cetirizina vía oral 5 a 10 mg cada noche.

Logo of the Ministry of Health and the National Center for Disease Control and Prevention (CDC) is visible at the bottom.

En la actualidad no hay vacunas y hasta el momento no existe tratamiento específico para la infección por virus ZIKA, por esta razón se da manejo sintomático

Slide 13

COMPLICACIONES

- Síndrome Congénito por Zika
- Síndrome de Guillain-Barre.
- Otros trastornos neurológicos.

Logo of the Ministry of Health and the National Center for Disease Control and Prevention (CDC) is visible at the bottom.

Tras un examen exhaustivo de los datos, se ha llegado a un consenso científico acerca de la relación causal entre el virus de Zika con Guillain Barré y Malformaciones congénitas en los recién nacidos que tanto la madre como el padre, han tenido antecedentes de infección previo a embarazarse

Slide 14

PREVENCIÓN

Eliminar y controlar los criaderos de mosquitos:

Evitar las picaduras del mosquito:

Planificación familiar previa consejería

Logo of the Ministry of Health and the National Center for Disease Control and Prevention (CDC) is visible at the bottom.

Hacer un Ejercicio de Participación entre los participantes, relacionadas a las medidas de prevención, Logre que cada uno de ellos emita una opinión de cada una de las medidas que se pueden tomar para evitar la propagación de la infección por el virus de Zika, asegurando que se mencione: usar ropa que cubra al máximo el cuerpo, instalar barreras físicas (mosquiteros) en los edificios, mantener puertas y ventanas cerradas, dormir bajo mosquitero de cama durante el día.

utilizar repelente de insectos que contengan DEET, IR3535 o picaridina, siguiendo las instrucciones de la ficha técnica del producto, vaciar, limpiar o cubrir regularmente los sitios que puedan acumular agua, como: baldes, barriles, maceteras, canales y llantas usadas, uso del condón en los hombres que han cursado con la enfermedad, por los próximos 6 meses, previo a la decisión de embarazarse

al terminar refuerce: Se deben aplicar las medidas preventivas para evitar la infección por ZIKA, por lo que debemos orientar a la población haciendo énfasis en lo que acabamos de mencionar

Slide 15

TRANSMISION SEXUAL

Hay una asociación entre la infección por el virus y la presencia de resultados adversos en el embarazo y de perjuicios en el feto.

Por tal razón se debe aconsejar la prevención y postergación del embarazo a través del uso de métodos de planificación familiar efectivos de acuerdo a los criterios de elegibilidad.



La transmisión sexual de Zika se ha vuelto común
Hay Evidencia de transmisión sexual de:
Hombres asintomáticos a sus parejas femeninas
Mujeres sintomáticas a su pareja masculina
La nueva recomendación: hombres asintomáticos retornando de áreas endémicas, deben realizar prácticas sexuales seguras Durante 6 meses.
Mujeres sintomáticas y asintomáticas igual periodo

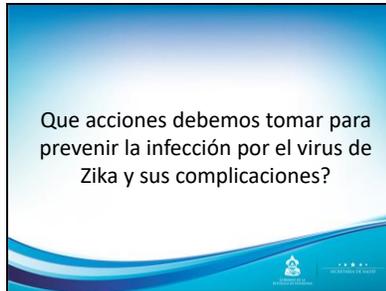
Slide 16

Como medida de protección se recomienda el uso de condón en toda relación sexual hasta por 6 meses después de la infección por el virus de Zika.



La evidencia indica que hay mayor diseminación del virus de Zika en el semen, por lo tanto, la recomendación es válida

Slide 17

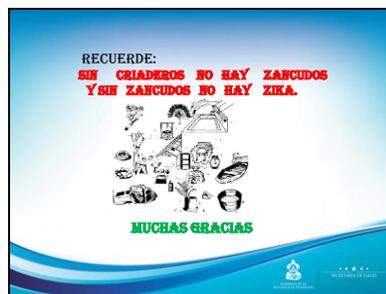


Asegure que los participantes mencionen entre sus acciones: Potenciar la vigilancia del virus de Zika y sus complicaciones.

Reforzar la capacidad de comunicación sobre los riesgos a fin de involucrar a las comunidades para que comprendan mejor los riesgos asociados al virus. Fortalecer las competencias del personal que brinda atención en salud para orientar a los usuarios y fortalecer los laboratorios para detectar el virus. Aplicar las estrategias de control de los vectores destinadas a reducir las poblaciones de mosquitos del genero Aedes.

Dar seguimiento a las atenciones clínicas de los casos de Zika y el seguimiento de las personas con complicaciones relacionadas con la infección por el virus del Zika, en colaboración con expertos y otros organismos sanitarios.

Slide 18



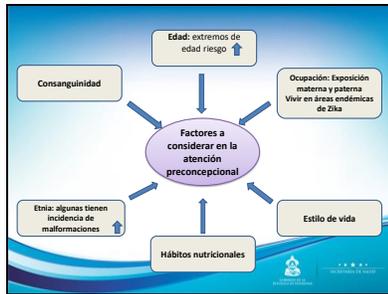
4. Presentación Atención Preconcepcional para prevención de Zika (Presentación 4)

Slide 1



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

Slide 2



Consanguinidad

Dar a conocer los riesgos probables es una práctica útil para la prevención primaria de las malformaciones congénitas

Etnia

Las incidencias de algunas malformaciones congénitas en diferentes grupos raciales es un fenómeno bien documentado, un ejemplo clásico es la mayor frecuencia

Ocupación Exposición materna y paterna

Ciertas condiciones de trabajo han sido asociadas con un aumento en resultados perinatales adversos (aborto, muerte fetal, parto de pre-término, bajo peso al nacer y algunos defectos congénitos.

Las personas que viven en áreas endémicas de Zika tanto hombres como mujeres, tienen un mayor riesgo de presentar también estos resultados perinatales adversos

Factores a considerar en la Atención Preconcepcional.

Vinculados a la edad

En Latinoamérica las mujeres de 40 años o más producen el 2% de todos los nacimientos y el 40% de los casos de Síndrome de Down. La edad materna baja (menos de 20 años) también es factor de riesgo para algunas malformaciones específicas como Gastroquiasis y otros defectos, la edad paterna avanzada (más de 45 años) aumenta el riesgo para mutaciones nuevas dominantes.

de polidactilia, paladar hendido e hipospadias, en niños afroamericanos y una mayor frecuencia de cardiopatías en niños blancos.

Factores asociados al estilo de vida

Algunos hábitos pueden determinar una serie de riesgos para las mujeres en edad fértil. La identificación y modificación de dichos hábitos puede beneficiar a las mujeres y su futuro embarazo.

Hábitos nutricionales

Se deben identificar en la evaluación Preconcepcional malos hábitos nutricionales como sobrepeso, delgadez, anorexia, bulimia, suplementación vitamínica adecuada, desnutrición.

Slide 3



Comentar sobre los factores de riesgo sociales y educacionales a los cuales se les debe de dar la importancia que merece ya que muchas veces los pasamos por alto no se toman en cuenta y si nos ponemos a analizar cada uno de ellos nos daremos cuenta que juegan un papel importantísimo en el buen desarrollo de las actividades; para el caso sabemos las condiciones de extrema pobreza e ignorancia en las que viven muchísimas familias en nuestro país, el difícil acceso a los servicios de salud, la violencia familiar etc. los cuales se interrelacionan formando un grupo de factores sociales y educacionales.

Slide 4



Enfatizar en que los embarazos en mujeres con ciertas condiciones biológicas tales como las que se describen adelante de mayor riesgo obstétrico y perinatal. Especifique los factores de riesgo: Edades extremas= menores de 18 años y las mayores de 35 años. Multiparidad= más de 4 hijos. Antecedentes de enfermedades crónicas= Diabetes, hipertensión arterial, cardiopatía, nefropatía, alteraciones de la tiroides. Antecedentes Patológicos Obstétricos: abortos, hemorragia post parto, cesáreas, recién nacidos de bajo peso e infecciones.

Slide 5

Primera atención

En la primera atención preconcepcional realizará:

- Historia clínica
- Examen físico completo
- Indica exámenes de laboratorio
- Citología si es necesario
- Clasificar estado nutricional.



La primera consulta debe estar orientada a identificar posibles factores de riesgo, para lo cual debe realizar evaluación clínica y de laboratorio. En cuanto a exámenes de laboratorio se realizará hemograma, general de orina, heces, glicemia en ayunas, anticuerpos anti toxoplasmas, grupo sanguíneo y RH a la mujer y su pareja, RPR, VIH y otros pertinentes., en el caso de infección aguda o reciente de hombre o mujer con el virus de Zika se solicitará PCR RT.

Slide 6

Clasificación del estado nutricional de acuerdo al índice de masa corporal.

| CLASIFICACIÓN | IMC |
|------------------------|----------------|
| Bajo peso de lo normal | Menos de 18.50 |
| Normal | 18.50 – 24.99 |
| Sobrepeso | Mayor de 25 |
| Pre Obesidad | De 25 a 29.99 |
| Obesidad | Mayor de 30 |
| Obesidad tipo I | De 34 a 34.99 |
| Obesidad tipo II | De 35 a 39.99 |
| Obesidad tipo III | Mayor de 40 |

Esta es la tabla de clasificación del estado nutricional propuesta por la OMS. Sirve para indicar cuál es la condición nutricional de una persona de acuerdo su IMC (Índice de masa corporal) y orienta al proveedor de salud a la toma de decisiones relacionadas con este tema.

Slide 7

Formula de Índice de Masa Corporal

• $IMC = \frac{\text{Peso en Kg}}{\text{Talla M}^2} = \frac{\quad}{\quad} \text{Kg/m}^2$

Ejemplo $\frac{47\text{Kg}}{1.65\text{m}^2} = \frac{\quad}{2.72} = 17.27$

Explique cómo se compone la fórmula de Índice de masa corporal y realice con ellos el ejercicio correspondiente utilizando los datos que aparecen en la diapositiva. Pídales que clasifiquen a la paciente según el IMC de la OMS.

Slide 8

Atención subsiguiente

En la atención preconcepcional subsiguiente, con el fin de prevenir malformaciones congénitas, realizará:

- Análisis de resultados de exámenes
- Informará sobre :
 - Evitar el uso de tabaco, alcohol y drogas.
 - Suplementación con ácido fólico 3 meses antes del embarazo.
 - Evitar Medicamentos teratógenos
 - Enfermedades maternas transmisibles: Rubéola, Citomegalovirus, Toxoplasmosis, Sífilis, VIH, Zika, Condilomatosis, Hepatitis B

En las atenciones sub siguientes se deben corroborar los hallazgos y establecer los diagnósticos para proceder a planificar el embarazo de acuerdo a las necesidades o problemas de salud le proporcionara ácido fólico 1mg al día si no tiene antecedentes de hijos con malformaciones del tubo neural y 5mg al día si tuvo un hijo con estas malformaciones 3 meses antes del embarazo y continuar hasta el primer trimestre de embarazo.

Medicamentos teratógenos: Isotretinoína (usada para el tratamiento del acné quístico), Etreinato se usa para tratar la soriasis, Vitamina A, Talidomida, Defenilhidantoina (Epilepsia), Cumarinicos. Litio, Estreptomycin y Antitiroideos.

Slide 9

Prevención en el periodo Pre-concepcional:

Eliminar y controlar los criaderos de mosquitos:

- Lavar, cepillar las pilas y barriles, principales criaderos del mosquito
- Elimina llantas, latas, botellas y todo recipiente que acumule agua
- Participar activamente en los operativos comunitarios de eliminación de criaderos del mosquito transmisor de Dengue, Chikungunya y Zika



Hacer promoción de los mensajes propuestos por la Secretaría de Salud de las medidas preventivas: “Protejamos nuestra salud, eliminando los criaderos del mosquito transmisor del Dengue, Chikungunya y Zika”

“Todos los fines de semana deben lavar, cepillar las pilas y barriles, principales criaderos del mosquito transmisor del Dengue, Chikungunya y Zika”

“¿Si el Dengue, Chikungunya y Zika quieres evitar? ¡A eliminar criaderos debes comenzar...!

“Evitar y controlar el Dengue, Chikungunya y Zika es responsabilidad de todos y todas....

“Por tu salud, cada semana lava, cepilla pilas y barriles, principales criaderos del mosquito transmisor del Dengue, Chikungunya y Zika”

“Estas en riesgo, cuídate del mosquito transmisor del Dengue, Chikungunya y Zika”

Slide 10

Prevención en el periodo Pre-concepcional:

Evitar las picaduras del mosquito:

- Usar ropa que cubra la mayor parte del cuerpo: pantalones y camisa manga larga
- Usar ropa de colores claros
- Al dormir usa mosquitero.
- No auto medicarse
- Hacer uso de repelentes que contengan Citronella, DEET (menor del 30%), picaridin y IR3535 que son seguras durante el embarazo.



De acuerdo a la zona de residencia, se debe considerar el uso de ropas de telas más gruesas en áreas frías y de telas encubridoras, pero de tela más delgada en áreas calurosas, siempre protegiéndose los brazos, piernas y pies.

Además, no debe auto medicarse, pues podría utilizar medicamentos que pueden ocasionar mayor daño o no dar los resultados esperados.

Slide 11

Prevención en el periodo Pre-concepcional:

Asegurar la existencia y entrega de métodos de planificación familiar previa consejería:

- Prevención y postergación del embarazo a través del uso de métodos de planificación familiar efectivos de acuerdo a los criterios de elegibilidad.
- Que la pareja utilice el condón como medida de protección en toda relación sexual.
- La pareja debe recibir consejería previo a la decisión de embarazarse.



Es importante recalcar que se debe dar consejería sobre todos los métodos de planificación familiar para el espaciamiento o prevenir los embarazos, para que de una manera informada libremente puedan seleccionar el método que ella o en pareja decidan.

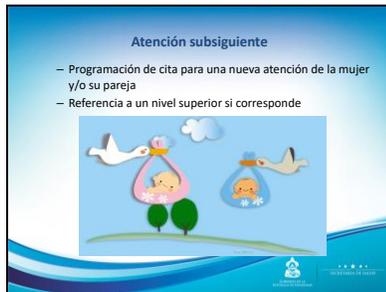
En la prevención y postergación del embarazo a través del uso de métodos de planificación familiar recalcar que debe seleccionar libre e informadamente la usuaria sola o con su pareja y que cumplan con los criterios de elegibilidad y que la pareja utilice el condón como medida de protección en toda relación sexual por ser el único método que evita la transmisión sexual del virus de Zika.

Slide 12



Refuerce que idealmente toda pareja debería recibir atención Preconcepcional y asesoramiento genético antes de decidir embarazarse, sin embargo, no todas las parejas planean sus embarazos y muchas veces la noticia llega cuando han pasado más de 12 semanas, por lo que se debe promocionar esta primera atención para identificar los factores de riesgo que la pareja puede tener al embarazarse

Slide 13



Recuerde programar las citas para nuevas atenciones, que de preferencia deben darse a los dos miembros de la pareja. Si considera necesaria la referencia a un nivel superior, explique clara y detalladamente los motivos y el flujo que debe seguir para una atención oportuna.

Slide 14



5. Presentación Guía de Consejería (Presentación 5)

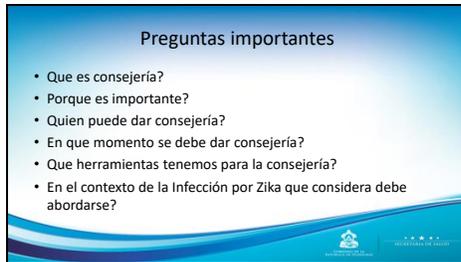
Slide 1



La Guía de Consejería Preconcepcional, Prenatal y Post-parto ha sido diseñada como un apoyo para el personal de salud que presta atención a mujeres en regiones geográficas con alta incidencia de infecciones por el virus ZIKA.

Con la orientación de proveedores de salud, algunas mujeres y sus parejas que residen en zonas de transmisión activa del virus ZIKA podrían decidir retrasar el primer embarazo, espaciar los embarazos o ya no tener más hijos. Los proveedores de salud pueden asesorar a las personas sobre las estrategias para prevenir el embarazo no deseado, incluyendo el uso de los métodos anticonceptivos más eficaces. Además, las personas deben ser informadas de que el uso correcto y consistente del condón en cada relación sexual reduce a la vez el riesgo de embarazo, del ZIKA y de otras infecciones de transmisión sexual.

Slide 2



Estas preguntas deben ser contestadas por los participantes, el facilitador debe hacer una lista de ideas que apoyen los contenidos de la presentación, esta puede hacerla en una pizarra o papelógrafo

Reforzar lo siguiente:

Consejería: Su principal propósito es el ayudar a la persona a analizar su situación particular, así como sus conocimientos, comportamientos o prácticas, para que considere adoptar conductas y prácticas

La consejería es muy importante porque nos garantiza que los individuos y/o sus parejas conocen el derecho que tienen de decidir por sí mismos y de una manera responsable acerca de su vida reproductiva, la disminución de sus riesgos y la prevención de enfermedades como el ZIKA.

Cualquier proveedor de salud capacitado puede dar consejería. Lo más importante es que dicho proveedor posea los conocimientos técnicos que se requieren para hacer consejería, la motivación de querer ayudar a las personas, así como el dominio de técnicas de comunicación y destrezas de consejería.

Se puede dar consejería sobre ZIKA en cualquier momento en el que una persona llegue al servicio de salud por cualquier motivo o en cualquier oportunidad en que los equipos de salud visitan las comunidades.

Slide 3



Haciendo énfasis en que el propósito es dar una orientación para la toma de decisión adecuada y no impositiva a la pareja que desea planificar.

En el caso de planificación familiar, cuando las mujeres eligen de forma libre e informada (sin presiones) cómo desean regular sus embarazos, es más probable que se sientan satisfechas y que el uso de cualquier método anticonceptivo sea exitoso por un largo tiempo. Sin embargo, es un hecho que muchas mujeres no tienen acceso a decisiones informadas sobre el ejercicio de su sexualidad, incluyendo la planificación familiar y la negociación del uso del condón, entre otros temas.

Slide 4



Este algoritmo se divide en tres etapas:

- 1) Pre-selección o antes de seleccionar un método anticonceptivo (Paso 1 a 6)
- 2) La selección de un método de planificación familiar es el Paso 7, pero se puede regresar a pasos previos si la persona no está decidida.
- 3) Post-selección del método (Pasos 8 a 13).

Paso 1 (Pre-selección): Saludo y bienvenida.

Pregúntele su nombre, dele la bienvenida, explíquelo que será una conversación privada (confidencial) entre usted y la usuaria (y su pareja, si estuviera presente). Recuerde ser muy amable, paciente y cortés.

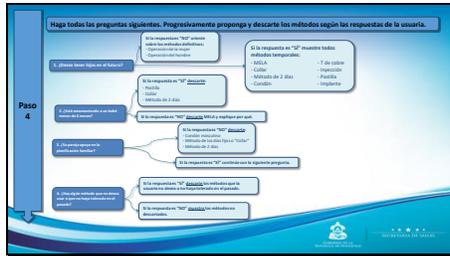
Paso 2 (Pre-selección): Prueba verbal de embarazo.

Se utiliza especialmente en situaciones en las que no hay disponibilidad de pruebas rápidas de embarazo (como la tira reactiva de orina) o pruebas de laboratorio.

Paso 3 Determine si la usuaria quiere un método en particular. Pregúntele si ha pensado qué método quiere usar.

Muchas mujeres llegan al servicio de salud convencidas del método que desean usar. En ese caso, pregúntele si conoce los demás métodos que puede utilizar y asegúrese de que los conoce. Si no los conoce dígame que le mostrará rápidamente otros métodos más (para que ella esté enterada de que tiene otras opciones, y por si acaso le interesa tener información acerca de algún otro método).

Slide 5



Paso 4 (Pre-selección): Descarte progresivo de métodos

Si la usuaria responde “SI”, descarte los métodos definitivos (operación de la mujer y operación del hombre). Explique en qué consisten esos métodos definitivos y por qué estos no le permitirían tener un nuevo embarazo. Pase a la siguiente pregunta para continuar descartando métodos.

Si la usuaria responde “NO”, explíquelo que debería descartar todos los métodos temporales porque estos métodos sirven para personas que en el futuro quieren tener un hijo. Mencione el nombre de cada uno, indicándole qué tipo de método es, así la paciente podrá conocer las demás opciones que existen y tomar una decisión informada

¿Está amamantando a un bebé menor de 6 meses?

Si la usuaria responde “SI”: Descarte las pastillas, el collar y el método de dos días. Descarte las pastillas explicando que disminuyen la cantidad de leche materna. Descarte el collar y método de dos días porque estos métodos están basados en los días fértiles cuando que se restablece el ciclo menstrual. Al haber tenido un bebé recientemente, no tiene períodos menstruales o sus períodos menstruales son irregulares.

Si la usuaria responde “NO”: Descarte MELA y explíquelo que este método lo pueden utilizar únicamente las mujeres que tienen niños menores de 6 meses.

¿Su pareja le apoya en la planificación familiar?

Si la usuaria responde “SI”: Continúe a con la siguiente pregunta.

Si la usuaria responde “NO”: Descarte el condón masculino, el método de los días fijos o Collar, el método de dos días. Explíquelo que estos métodos requieren del apoyo de la pareja. Si su pareja no le apoya (o ella está solicitando un método a escondidas de su pareja) podría ocurrir que él quiera tener relaciones sexuales sin usar condón y en los días fértiles. Explore posibilidades de que la mujer sea víctima de violencia basada en género.

¿Hay algún método que no desea usar o que no haya tolerado en el pasado?

Si la usuaria responde “SI”: Descarte los métodos que la persona no desea o no ha tolerado.

Si la usuaria responde “NO”: Muestre los métodos no descartados.



La Estrategia Nacional de Planificación Familiar le brindará información precisa sobre cada uno de los métodos anticonceptivos existentes en su establecimiento

Pídale a la usuaria que seleccione un método.

Utilice el Disco o Rueda de Criterios de Elegibilidad. En esta guía, las ilustraciones se encuentran en el Anexo 4. También puede buscarlas en la Guía Nacional de Planificación Familiar o en el Manual Mundial Para Proveedores (Organización Mundial de la Salud - OMS, Johns Hopkins, USAID).

Usando esta herramienta usted podrá entregar el método sabiendo que su utilización es segura para la usuaria.

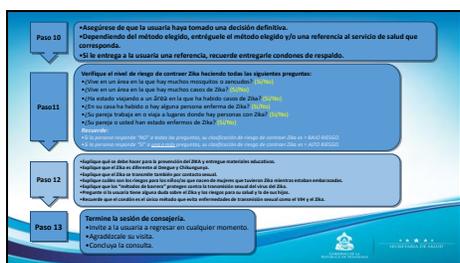
Empleando el folleto de métodos de planificación familiar u otra herramienta de consejería, informe a la usuaria sobre el método elegido: sus efectos secundarios, sus ventajas, sus desventajas. Haga de este momento una conversación abierta, donde ella y usted conversan sobre el método elegido y se aclara cualquier duda que ella tenga.

Para verificar la comprensión de la usuaria, haga preguntas abiertas tales como:

- ¿Puede decirme cómo funciona el método que ha elegido?
- ¿Cada cuánto tiempo tiene que venir al servicio para reabastecerse del método?
- ¿Qué síntomas podría tener ahora que obtenga y empiece a utilizar el método?
- ¿Cuándo y en qué casos tendría usted que regresar inmediatamente al servicio de salud?

Refuerce los conceptos que no se hayan comprendido clara y completamente. Entregue de ser posible material impreso sobre el método seleccionado.

Slide 7



Al comprobar que la persona ha tomado una decisión definitiva., entregue el método elegido y/o una referencia si en el servicio de salud en el que usted se encuentra no colocan ese método o no llevan a cabo el procedimiento elegido. Entregue condones de respaldo mientras la usuaria obtiene el método que eligió o recomienda que no tenga relaciones sexuales hasta obtener y empezar a usar el método.

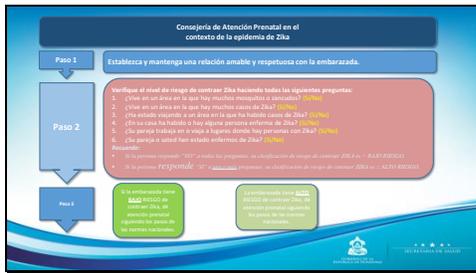
Si es un método definitivo (permanente), lea el consentimiento informado. Llénelo y pídale que, si está de acuerdo y lo ha comprendido a cabalidad, lo firme o ponga su huella digital.

Si la usuaria/o tiene riesgo de ZIKA, usted debe transmitir mensajes de prevención y enseñar el uso del condón.

Slide 8



Slide 9

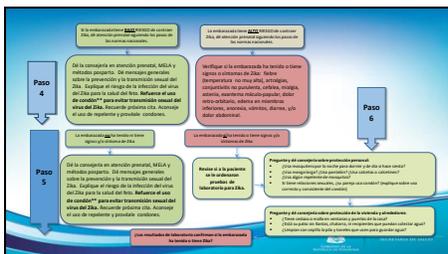


Puede comenzar a conocer a la madre y sus circunstancias haciendo algunas de las siguientes preguntas:

- ¿Quería usted quedar embarazada?
- ¿Quería usted quedar embarazada cuando quedó?
- ¿Estaba utilizando un método de planificación familiar cuando quedó embarazada?
- ¿Tiene una pareja estable?
- ¿Su pareja la apoya en la planificación del embarazo? (investigue posibilidades de violencia basada en género)
- ¿La apoya usando el condón?

Explíqueme brevemente del virus del ZIKA y dígame que le va a hacer algunas preguntas sobre su riesgo de contraer esta enfermedad.

Slide 10



Si la embarazada no tiene o tiene bajo riesgo de contraer ZIKA, atiéndala siguiendo las normas y procedimientos de atención prenatal del Ministerio de Salud. Es posible que cuente con un algoritmo de atención prenatal, siga sus pasos y llene su ficha clínica según las Normas Nacionales de Atención.

Si la embarazada tiene riesgo de contraer ZIKA,

Si la paciente ha tenido o tiene síntomas o signos de ZIKA, usted debe solicitar las pruebas para determinar si es ZIKA. Mientras tiene los resultados de laboratorio deberá averiguar sobre su entorno y dar consejería, asegúrese que de que se le ha solicitado la prueba laboratorial diagnóstica

Pregunte para conocer las medidas de protección que practica la embarazada. Dependiendo de las respuestas a estas preguntas; **después** de hacerlas, comente y explique las opciones que existen para evitar la picadura del mosquito.

¿Usa mosquitero por la noche para dormir y de día si toma una siesta?

Puede explicar: El zancudo que transmite el virus del ZIKA pica durante el día, pero podría también picar también por la noche. Por esa razón, cada vez que descansa, toma una siesta o duerme debe protegerse de las picaduras. Una manera de protegerse es colocar un mosquitero en su cama y dormir debajo del mosquitero. El mosquitero puede o no estar impregnado con repelente.

¿Usa ropa con mangas largas? ¿Usa pantalón?

Puede explicar: Para tener la mayor parte de la piel cubierta y que no la piquen los mosquitos puede usar ropa con mangas largas, calcetas y pantalón. Las blusas o camisas con mangas cortas y los pantalones cortos, permiten que los zancudos la piquen. La ropa puede estar o no impregnada con repelentes.

¿Usa repelentes?

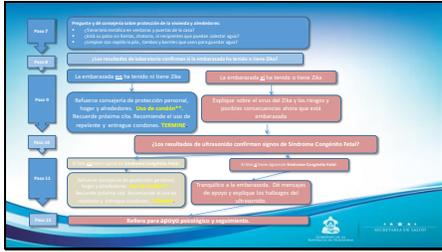
Puede explicar: Los repelentes puede usarlos en su mosquitero, ropa y directamente en la piel. Es importante recordar que los repelentes no funcionan si se aplican “al aire”, pues no sirven para matar los mosquitos. Los repelentes están diseñados para alejar a los mosquitos de las personas protegiéndolas y evitando que las piquen. Se aplican repelentes de insectos aprobados por las autoridades de salud locales que no representan riesgo durante el embarazo, por ejemplo: los repelentes que contienen DEET (20-30%), Picaridin, IR3535, aceite de limón y eucalipto (puede dar nombres de marcas comerciales que se encuentren disponibles en su comunidad). El producto se debe aplicar en las zonas expuestas del cuerpo, e incluso en la ropa. La aplicación debe ser frecuente y según lo indiquen las instrucciones del fabricante que están anotadas en el envase, para así asegurar una protección total. Entregue repelente si está disponible.

Si tiene relaciones sexuales, ¿su pareja ha tenido o tiene síntomas de ZIKA? ¿Su pareja usa condón?

Puede explicar: El virus del ZIKA también puede estar presente en el semen del hombre y transmitirse a través de las relaciones sexuales, por esta razón si su pareja viaja o trabaja en áreas con ZIKA y/o ha tenido o tiene signos o síntomas de ZIKA, debe utilizar condón en cada relación sexual.

Si la pareja no desea usar condón, usted deberá abstenerse de tener relaciones sexuales durante el embarazo.

Pregunte, cuáles de estas recomendaciones puede ella cumplir. Pídale que se comprometa a hacerlo por el bienestar de ella y toda su familia.



Paso 7 ¿Tiene tela metálica en ventanas y puertas de la casa?

Puede explicar: Para evitar que los zancudos o mosquitos entren a la casa o al lugar de trabajo es importante que las ventanas, puertas y todos los espacios abiertos en las paredes y el techo estén protegidos con tela metálica. La tela metálica, puede estar impregnada en repelente o insecticida. Si estas tienen agujeros, deben repararse para que no entren los zancudos.

¿Está su patio sin llantas, chatarra, ni recipientes que puedan coleccionar agua?

Puede explicar: Los zancudos pueden poner sus huevos y nacer en pequeñas cantidades de agua. Vacíe y restrigüe los recipientes, póngalos boca abajo. Tape o tire los objetos que recolectan agua (aunque le parezca que la cantidad de agua es muy pequeña), tales como llantas, cubetas, macetas, juguetes, recipientes de basura, cáscaras de huevos, tapaderas de refrescos y otros recipientes muy pequeños. Haga esto una vez por semana.

¿Limpien con cepillo la pila y tambos y barriles que usan para guardar agua?

Puede explicar: Límpielos con cepillo una vez por semana. Tape muy bien los recipientes para almacenar agua (tambos, valdes, cisternas, barriles para la lluvia), de manera que los mosquitos no puedan entrar para poner los huevos. Utilice, tela metálica con agujeros más pequeños que un mosquito adulto, si no tiene tapaderas para los recipientes.

Paso 8: Si no dispone de datos de laboratorio, utilice las definiciones operativas para determinar si un caso es sospechoso, probable o confirmado, Si la prueba de laboratorio o la definición de caso ha confirmado que la embarazada tuvo o tiene ZIKA durante el embarazo, recuerde que la mujer está nerviosa y preocupada por todo, por eso debe sentir y expresar empatía hacia ella, siendo muy delicado para transmitir los mensajes. Coméntele e infórmele sobre las consecuencias del Síndrome Congénito Fetal incluida la microcefalia en los niños cuyas madres tuvieron ZIKA durante el embarazo.

Pero también mencione que NO todas las embarazadas con ZIKA tienen bebés con microcefalia o malformaciones, y NO todos los casos con problemas del sistema nervioso central tienen graves consecuencias; pero que hay que darles seguimiento a los bebés para monitorear su desarrollo neurológico.

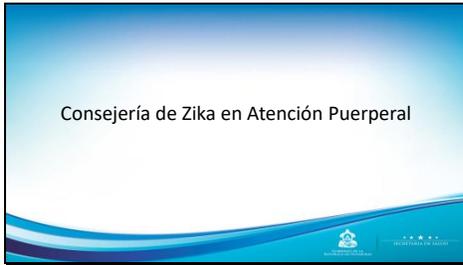
Si se confirma que el feto presenta microcefalia u otras anomalías del sistema nervioso central asociadas al Síndrome Congénito Neonatal, explíquelo a la embarazada que:

El ZIKA lo pudo haber contraído directamente a través de la picadura de un mosquito infectado o a través de su pareja si éste tuvo ZIKA, aun cuando no haya tenido síntomas. Explíquelo claramente que no es su culpa ni la de su pareja, es un virus que lo puede contraer cualquier persona.

Dígale que el niño parece afectado, y que necesitará evaluación después de nacer.

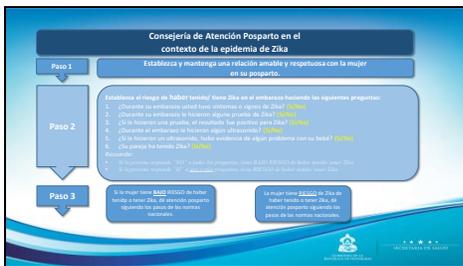
podría tener consecuencias más graves como: Convulsiones, retraso en el desarrollo, discapacidad intelectual (disminución de la capacidad de aprender y funcionar en la vida diaria), problemas con el movimiento y el equilibrio, problemas de alimentación, como dificultad para tragar, pérdida de audición, problemas de la vista. Pero NO todos los niños van a tener estos problemas; algunos casos pueden ser menos severos.

Slide 12



Es necesario dar consejería a la mujer posparto ya sea que ella haya tenido ZIKA durante el embarazo o que no haya presentado síntomas de esa infección.

Slide 13

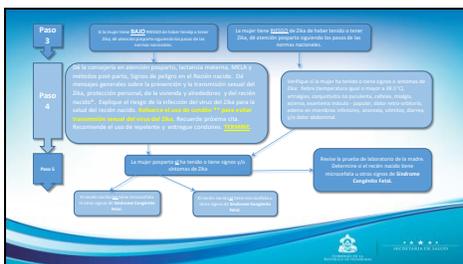


Refuerce el mensaje de que el condón debe ser utilizado solo o combinado con otro método para evitar las infecciones de transmisión sexual como el VIH y el ZIKA.

Comunique los mensajes de prevención del virus del ZIKA

Haga énfasis en cuidados al bebé: protección con mosquitero, tela metálica en las ventanas del cuarto del bebé, limpieza del área. Mencione los signos de peligro del recién nacido y necesidad de atención médica inmediata: le cuesta respirar, se pone muy frío (hipotérmico), se pone muy caliente (fiebre), no quiere mamar, tiene convulsiones, está letárgico, es muy pequeño (bajo peso). Explique que debe llevar al niño a sus controles y monitoreo del crecimiento cada mes porque es muy importante asegurar que el sistema nervioso del bebé se desarrolla normalmente.

Slide 14



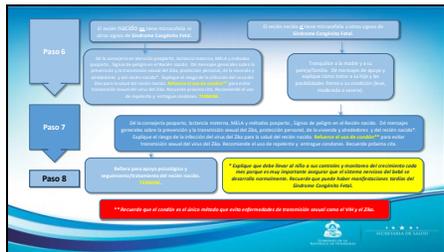
Recuerde que estos momentos pueden ser difíciles para algunas madres. Todo parto tiene la posibilidad de ser una experiencia traumática. La madre podría haber experimentado dudas y miedo sobre la condición de su hijo, sobre sus cuidados y el apoyo de su familia.

Si ha tenido ZIKA durante el embarazo y si hay alguna evidencia de secuelas neurológicas en su hijo, es probable que la madre esté muy atemorizada y preocupada. Sea amable y comprensivo. Explíquele que usted tratará de resolver todas las dudas y la referirá para un mayor apoyo, si lo necesita.

Si la mujer posparto tiene o ha tenido síntomas y signos de ZIKA antes o cerca del parto:

Solicite la prueba de laboratorio a la madre y determine si el recién nacido tiene microcefalia u otros signos de Síndrome Congénito Fetal, midiendo la circunferencia cefálica y haciendo un examen neurológico exhaustivo. Si el Recién nacido no tiene Microcefalia, explique que debe llevar al niño a sus controles y monitoreo del crecimiento cada mes porque es muy importante asegurar que el sistema nervioso del bebé se desarrolla normalmente. Recuerde que puede haber manifestaciones tardías del Síndrome Congénito Fetal.

Slide 15



Explique: No hay tratamiento específico para la microcefalia.

Es importante que los niños afectados sean evaluados periódica y frecuentemente por un equipo multidisciplinario para seguimiento de su crecimiento y desarrollo que reciba asesoramiento la familia y el apoyo a los padres también son extremadamente importantes.

Explique: Esta enfermedad no es su culpa ni la de su pareja.

Recomiende que den mucho amor a su hijo con microcefalia, que le expresen su amor, cargándolo, abrazándolo, acariciándolo y besándolo.

Toda mujer que tiene un hijo con Síndrome Congénito por ZIKA, deberá ser referida para apoyo psicológico.

Necesita apoyo profesional para conversar sobre sus preocupaciones, sentimientos y frustraciones ante una enfermedad que no tiene cura y que durará toda la vida de su hijo.

Slide 16

CASOS

- Pareja de Villanueva Cortes, Desean Tener pronto un Hijo, actualmente Carmen de 32 años tiene el antecedente de 1 aborto, 2 hijos vivos nacido un por Parto y uno por Cesárea, Carlos de 40 años, tiene 1 Hijo de su matrimonio Anterior que recomendaciones le daría?
- Miriam se encuentra amamantando a su bebé de 5 meses, su esposo trabaja en una Maquila en el Progreso, Yoro, ella se encuentra planificando en este momento con MELA. Que recomendación le darías?

Realice con los participantes análisis de los diferentes casos, puede hacerlo dividiendo a los participantes en grupos, o haciendo un análisis individual luego plenaria o haciéndolo con todos los participantes caso por caso, lo importante es lograr la interacción y el reforzamiento de los pasos de la consejería para cada una de las situaciones presentadas.

Slide 17

CASOS

- Jessica adolescente de 16 años residente en Juticalpa, salió embarazada sin planificar su embarazo, tiene 13 semanas de Gestación, al interrogarla nos comenta que su pareja estuvo con Zika. Que debemos hacer como personal de salud?
- Llega Marisol, paciente de 28 años con embarazo a termino, en trabajo de parto, residente en Col. San Miguel, quien hace 2 meses curso con fiebre y rash generalizado, se sospecha de Zika, que acciones debe tomar el personal de salud?



Slide 18

Video

<https://www.youtube.com/watch?v=vZe4C578dZA>



Al finalizar, muéstreles un video relacionado con la resistencia al cambio, para que al final se concientice a los participantes que para lograr grandes resultados hay que hacer grandes cambios

6. Presentación Atención Prenatal (Presentación 6)

Slide 1



Atención Prenatal
Pruebas diagnósticas



Toda mujer embarazada que no tiene factores de riesgo y que no desarrolla complicaciones durante su embarazo debe recibir al menos 5 atenciones prenatales. En caso de encontrarse complicaciones o factores de riesgo se deben brindar el número de atenciones prenatales que sean necesarias. También es importante mencionar que después de la quinta atención se debe de continuar seguimiento semanal hasta el nacimiento del bebé.

Slide 2

Se les deberá informar en todas las consultas prenatales de las medidas de prevención que deben tomarse en su entorno y para su protección personal.

Ante la presencia de signos y síntomas de la infección por ZIKA se debe catalogar el embarazo como de alto riesgo y ser referida al gineco-obstetra.



Sobre todo, si vive en áreas endémicas, la población y sobretodo las personas en edad fértil deben tener el conocimiento de las medidas de prevención de la infección y de los embarazos.

Una Mujer Embarazada que presenta manifestaciones clínicas de Infección aguda por Zika se le debe vigilar muy de cerca y evaluar su feto periódicamente para seguimiento de su desarrollo.

Slide 3

Se debe realizar una ecografía preferiblemente en el primer trimestre del embarazo para confirmar presencia, morfología y vitalidad fetal.

La medición de la altura de fondo uterina se deberá vigilar con mayor énfasis haciendo el trazado en la gráfica de crecimiento intrauterino y ganancia de peso materno a partir de la semana 12 de gestación.



Se conoce que además de las malformaciones congénitas, el Zika puede provocar abortos, por lo que, si la mujer ha estado con la enfermedad y presenta amenorrea, es necesario confirmar la presencia de feto en el útero por ultrasonido.

Si se encuentra anomalías en el crecimiento y desarrollo intrauterino, mediante la ausencia o disminución de ganancia de altura uterina esperada para las semanas de gestación se debe alertar, pues existe riesgo de que el feto no esté en óptimas condiciones y pueda presentar alteraciones

Slide 4

- Valoración del líquido amniótico y Maniobras de Leopold.
- Valorar la vitalidad fetal (Frecuencia cardíaca fetal y movimientos fetales).
- Evaluar la anatomía fetal por ultrasonografía: Independientemente de presentar o no de signos y síntomas de infección por el virus de ZIKA



se deberá pedir a todas las mujeres que vivan en zonas de transmisión activa que se sometan a una ecografía para detectar posibles anomalías fetales entre la semana 18 y 20 de gestación, o tan pronto como sea posible si acuden por primera vez a consulta después de la semana 20 de gestación.

Slide 5

Es preciso estudiar con especial atención al sistema nervioso central del feto para detectar cualquier malformación, ya sea microcefalia u otros defectos estructurales intracraneales.



Se ha demostrado que su capacidad diagnóstica aumenta luego de las 28 semanas de gestación, esto en caso de ser perinatalmente expuesto. La aproximación diagnóstica será más fuerte cuando se encuentra asociada a otras malformaciones del sistema nervioso central SNC: ventriculomegalia, formación anormal de surcos y circunvoluciones cerebrales, malformaciones del desarrollo cortical (lisencefalia), atrofia cerebral, agenesia del cuerpo calloso, no visualización de diferentes porciones del cerebro, anomalías cerebelosas, atrofia, hipoplasia del tronco encefálico, calcificaciones cerebrales.

Slide 6

La Afección por el virus de ZIKA puede provocar durante el embarazo desde Abortos espontáneos, muertes fetales o recién nacidos con el Síndrome congénito que puede tener diferentes grados de afectación.



El virus cause graves daños a los fetos que conducen a la muerte intrauterina y que puedan estar asociados con efectos distintos a los observados en el sistema nervioso central

Slide 7 y 8

Manifestaciones Clínicas de la infección por Zika.

- Los síntomas pueden durar entre 4 a 7 días.
- Las personas infectadas por el virus del Zika pueden cursar de manera asintomática (solo 1 de cada 4 a 5 personas infectadas presentan síntomas) o bien cursar frecuentemente con algunos de los siguientes síntomas:
 - Rash o sarpullido
 - Prurito
 - Fiebre leve
 - Conjuntivitis no purulenta



Diagnóstico clínico



- Es de sospecha.
- Área o territorio donde se encuentra el vector
- En ese lugar se han certificado casos de infección por el virus.



Slide 9

Diagnóstico

Diagnóstico clínico diferencial

- Otras infecciones que causen exantema y fiebre.



Comisión Intersectorial de Vigilancia Epidemiológica y Control de Infecciones transmitidas por la Red Nacional de Laboratorios de Referencia en Salud Pública - CIVECOPRI. Documento de Trabajo. Vigilancia Epidemiológica de Infecciones transmitidas por la Red Nacional de Laboratorios de Referencia en Salud Pública.

según situación epidemiológica y lineamientos vigentes, entre estos:

Dengue, Varicela, Sarampión, Rubeola, Parbovirus, Chikungunya, Mononucleosis infecciosa y otros

Slide 10

Diagnóstico de confirmación

- Laboratorio local o de referencia que pueda hacer las pruebas que se desarrollarán a continuación.

Diagnóstico virológico:

1. Identificación del ácido nucleico viral por la RT-PCR.
2. Suero
3. Saliva u orina
4. Líquido amniótico.



Comisión Intersectorial de Vigilancia Epidemiológica y Control de Infecciones transmitidas por la Red Nacional de Laboratorios de Referencia en Salud Pública - CIVECOPRI. Documento de Trabajo. Vigilancia Epidemiológica de Infecciones transmitidas por la Red Nacional de Laboratorios de Referencia en Salud Pública.

La prueba de laboratorio es la técnica molecular de Reacción en Cadena de la Polimerasa en Tiempo Real (TR- PCR) en sangre durante los primeros cinco (5) días de la fase aguda y en orina en las primeras tres (3) semanas

Slide 11

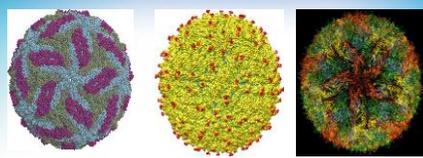
Las pruebas de ELISA para detección de anticuerpos IgM e IgG presentan un alto grado de reacción cruzada con otros flavivirus como el dengue, virus Nilo del Oeste y la fiebre amarilla.

Comisión Intersectorial de Vigilancia Epidemiológica y Control de Infecciones transmitidas por la Red Nacional de Laboratorios de Referencia en Salud Pública - CIVECOPRI. Documento de Trabajo. Vigilancia Epidemiológica de Infecciones transmitidas por la Red Nacional de Laboratorios de Referencia en Salud Pública.

son poco recomendados para la detección indirecta del virus ZIKA en la fase convaleciente.

Slide 12

Estructura del virus Zika



Comisión Intersectorial de Vigilancia Epidemiológica y Control de Infecciones transmitidas por la Red Nacional de Laboratorios de Referencia en Salud Pública - CIVECOPRI. Documento de Trabajo. Vigilancia Epidemiológica de Infecciones transmitidas por la Red Nacional de Laboratorios de Referencia en Salud Pública.

Los investigadores encontraron que la estructura del virus Zika es similar a la de otros Flavivirus conocidos, a excepción de una región de la glicoproteína que lo envuelve, esta región de la glicoproteína pueden utilizarla para insertarse y entrar en las células humanas.

La variación recientemente identificada del Zika podría ayudar a explicar la capacidad del virus para atacar a las células nerviosas, También podría arrojar luz sobre la relación del Zika con la microcefalia.

Slide 13

CUANDO SOSPECHAR MICROCEFALIA POR ULTRASONOGRAFÍA

- Perímetro craneano: 2 desviaciones estándar por debajo de la media para la edad gestacional en dos mediciones con un mes de intervalo.
- Relación perímetro craneano – longitud de fémur o relación .

OPUSCULO basado en recomendaciones de consenso emitido por el Comité de Diagnóstico y Tratamiento de Infección Congénita del Sistema Nervioso Central

perímetro craneano – perímetro abdominal:
no recomendado en el país

La ultrasonografía obstétrica no permite confirmar la existencia de una microcefalia, pero permite sospecharla.

Slide 14

- La ultrasonografía obstétrica ha demostrado que su capacidad diagnóstica para microcefalia secundaria (en este caso debida a una infección congénita, aumenta luego de las 28 semanas de gestación (ultimo trimestre).
- La aproximación diagnóstica será más fuerte cuando se encuentren asociados otros defectos del sistema nervioso central, como micro calcificaciones encefálicas, dilatación ventricular, hidrocefalia y/o otros defectos como hepatomegalia, edema placentario, edema fetal, etc. Todos estos son signos ecográficos de infección congénita.

** El estudio ultrasonográfico dependerá mucho del cálculo confiable de la edad gestacional, esto debido a que las tablas disponibles están en relación a ella.*

Slide 15

Imágenes Ultrasonográficas de alteraciones por Zika en el embarazo

PLOS NEGLECTED TROPICAL DISEASES

Síndrome ZIKV congénita

Journal of Feb 2016

En Brazil un caso reportado: Ultrasonido de Feto de 30 SG que presenta: Microcefalia grave e hidranencefalia, fosa posterior con destrucción del vermix cerebelar y edema nuczal, torax con derrame pleural bilateral y abdomen con ascitis y edema subcutáneo.

Slide 16

Síndrome ZIKV congénita

Calcificaciones Intracranianas

Hidrocefalia

Cerebelo/Vérmita hipoplásicos

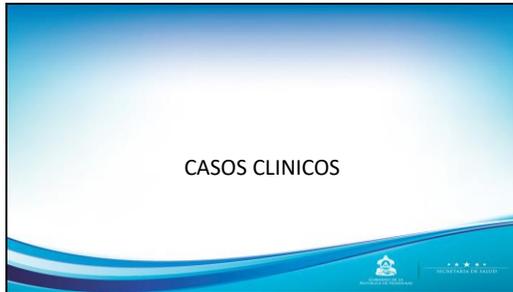
Adriano Melo, Campina Grande, PB, 2016

Slide 17



Microcefalia severa asociada a atrofia cerebral a las 24 semanas. El parénquima cerebral es atrófico y ecogénico (flecha) con ventriculomegalia (v) y alargamiento del espacio subaracnoideo.

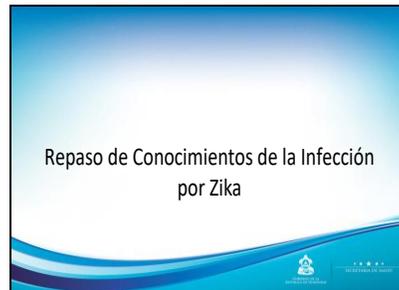
Slide 18



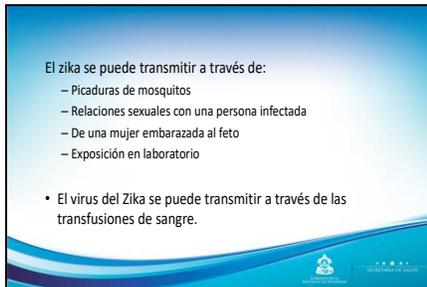
Se analizarán 2 casos clínicos, uno de una mujer embarazada con antecedente de infección por el virus de Zika y una mujer sin aparentes antecedentes, pero con alteraciones ultrasonografías, los participantes se dividirán en 2 grupos y cada grupo analizará un caso. Al final se hará una plenaria con discusión de los casos clínicos.

7. Presentación Manejo de Sospecha de Infección Aguda por Zika (Presentación 7)

Slide 1 y 2



Slide 3



Slide 4

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS ZIKA EN EL EMBARAZO

- Medidas sobre el ambiente:
- Eliminación de criaderos: **MEDIDA MAS IMPORTANTE**
- Medidas de protección personal
- Aislamiento de los pacientes: en la primera semana de la enfermedad (fase viremia)
- Uso de condón durante el embarazo para evitar la transmisión sexual



ropas apropiadas, mallas en puertas y ventanas, repelentes ((los que contienen DEET (N, N-dietil-3-metilbenzamida), IR3535 (3-[N-acetilNbutil]-éster etil ácido aminopropiónico) o Icaridina (ácido-1 piperidinecarboxílico, 2-(2-hidroxietyl)- 1-metilpropylester), los cuales se pueden aplicar a la piel expuesta o la ropa de vestir)

Slide 5

Clinica.

El periodo de incubación oscila entre 3 y 12 días
La duración de la sintomatología entre 4 y 7 días.

La infección puede cursar en forma asintomática (70-80% de los casos)



Como es una infección viral en la cual sus manifestaciones clínicas son leves, muchas personas pueden presentar la infección pero no mostrarse enfermos

Slide 6

INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA DURANTE EL EMBARAZO

Principales síntomas de infección por virus Zika

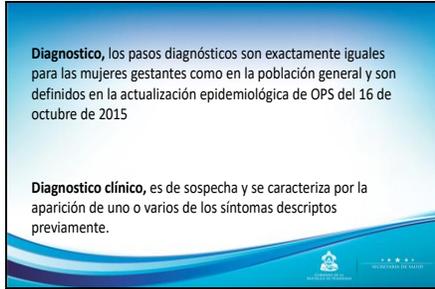
| | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| Fiebre entre 37,2°C y 38°C | Mialgias y/o artralgias |
| Exantema maculopapular pruriginoso* | Astenia |
| Conjuntivitis no purulenta | Edema en miembros inferiores |
| Cefaleas | |



*Este es uno de los síntomas más distintivos de la infección por zika, que deberá ser tenido en cuenta para el diagnóstico y registrado en la historia clínica de la gestante.

Los síntomas duran de 4 a 7 días y suelen auto limitarse.

Slide 7

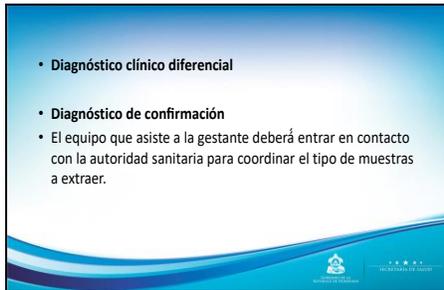


Diagnostico, los pasos diagnósticos son exactamente iguales para las mujeres gestantes como en la población general y son definidos en la actualización epidemiológica de OPS del 16 de octubre de 2015

Diagnostico clínico, es de sospecha y se caracteriza por la aparición de uno o varios de los síntomas descritos previamente.

La sospecha será más fundada cuando exista el antecedente de haber estado en los días previos en un área o territorio donde se encuentra el vector; más fuerte aun si en ese lugar se han certificado casos de infección por el virus, este será un elemento de mayor fuerza para establecer diagnóstico presuntivo de infección por virus Zika.

Slide 8

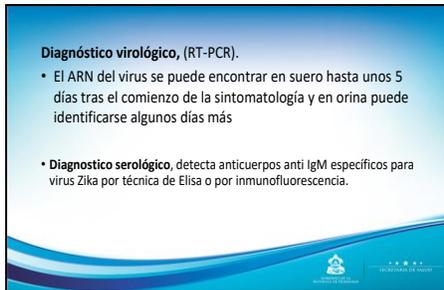


- **Diagnostico clínico diferencial**
- **Diagnostico de confirmación**
- El equipo que asiste a la gestante deberá entrar en contacto con la autoridad sanitaria para coordinar el tipo de muestras a extraer.

Este Diagnostico diferencial se establecerá ante otras infecciones que causen exantema y fiebre, en particular flavivirus como dengue, chikunguya o enfermedad del Nilo oriental entre otras.

La confirmación requiere de un laboratorio local o de referencia que pueda hacer las pruebas que se desarrollaran a continuación.

Slide 9



Diagnostico virológico, (RT-PCR).

- El ARN del virus se puede encontrar en suero hasta unos 5 días tras el comienzo de la sintomatología y en orina puede identificarse algunos días más
- **Diagnostico serológico**, detecta anticuerpos anti IgM específicos para virus Zika por técnica de Elisa o por inmunofluorescencia.

Consiste en la identificación del ácido nucleico viral por la prueba de transcripción reversa seguida de reacción de cadena de la polimerasa

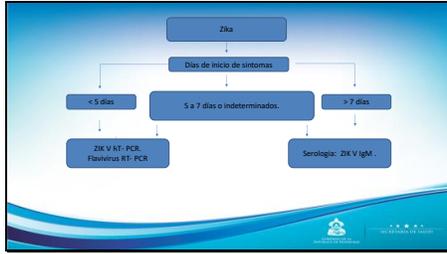
El tipo de muestra a usar puede estar influido por los días que han transcurrido desde la aparición de los síntomas de la infección. Además, se puede detectar el ARN del virus en las muestras de saliva u orina recogidas durante los primeros 3 a 5 días desde la aparición de los síntomas

El aislamiento del virus es más complejo y suele restringirse enteramente a fines de investigación

Diagnostico Serológico

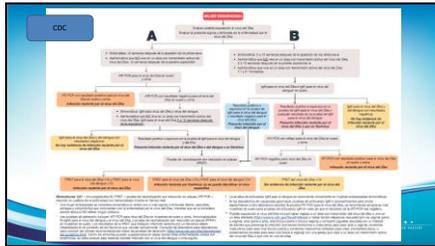
Al haberse encontrado ARN viral en líquido amniótico, en situaciones excepcionales o dentro de protocolos de investigación podrían usarse muestras de líquido amniótico

Slide 10



Los resultados de los anticuerpos han de interpretarse con cautela pues se han notificado falsos positivos por reacciones cruzadas producidas por otros flavivirus (que se distribuyen, además, en las mismas áreas geográficas), por lo que, ante serología positiva, sería necesario un test de neutralización para confirmar la infección

Slide 11



Slide 12

CONDUCTA TERAPEUTICA EN GESTANTES CON ZIKA

Por tratarse de una infección generalmente asintomática y en los pocos casos sintomáticos ser autolimitada, prácticamente no requerirá tratamiento específico.

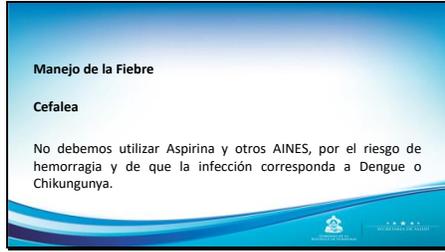
Hasta el momento no existe vacuna ni tratamiento específico para la infección por virus Zika por esta razón, el tratamiento se dirige a los síntomas.

Slide 13

- **Reposo y aislamiento**
- El personal sanitario que atiende a pacientes infectados por virus Zika debe protegerse de las picaduras utilizando repelentes, así como vistiendo manga y pantalón largos.
- Para evitar la transmisión a otras personas debe evitarse el contacto de la paciente infectada por el virus Zika con mosquitos del género Aedes, al menos durante la primera semana de la enfermedad (fase virémica)

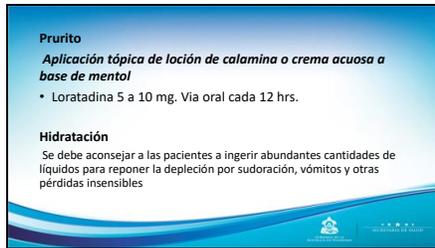
Utilización de mosquiteros pueden o no estar impregnados con insecticida o permanecer en un lugar protegido con mallas anti mosquitos.

Slide 14



Existe evidencia de que la fiebre “per se”, durante el embarazo, se asocia con defectos al nacer (15) y como no existen medicamentos 100% seguros, inicialmente se recomienda disminuir la fiebre de la gestante con medidas físicas (pañeros húmedos, escasa ropa, baño o ducha con agua apenas tibia). Cuando las medidas físicas no sean efectivas, se deberán usar antitermo-analgésicos, El acetaminofeno o paracetamol es el de primera línea. Es conveniente también, advertirle a la gestante que muchos medicamentos de venta libre contienen acetaminofeno por lo cual se podría inadvertidamente llegar a esa dosis límite.

Slide 15



aunque no hay investigaciones que apoyen o refuten la seguridad de los productos tópicos, existe experiencia clínica que sugiere que se trata de productos seguros. También el tratamiento sistémico con anti-histamínicos tiene un elevado nivel de seguridad, de manera que se pueden recomendar las diferentes formas de Loratadina .

Slide 16



Usted puede realizar durante el desarrollo del tema, dinámicas, para reforzar los conocimientos, preguntas y respuestas, complete la frase, casos clínicos. Adivina que es...

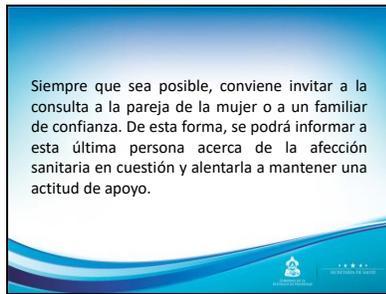
8. Presentación Apoyo Psicosocial a la Embarazada (Presentación 8)

Slide 1



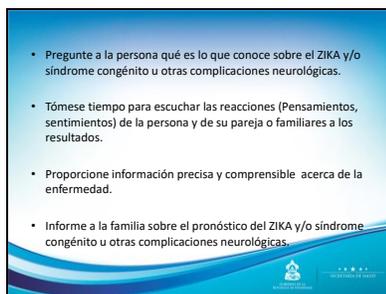
Se debe hacer un abordaje integral a la familia afectada por la presencia del virus de Zika en la embarazada y su recién nacido, este abordaje debe incluir la consejería general a la familia, comunicación de Apoyo que el personal de salud debe manejar, fortalecer la Autoestima, abordar de manera efectiva la ansiedad y estrés que puede ocasionar esta enfermedad en la familia

Slide 2



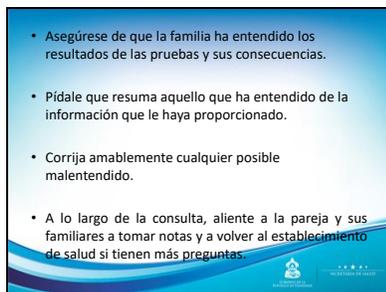
Cuando se tiene la sospecha o se confirma el diagnóstico de anomalías en el feto, la embarazada y su pareja/familia necesitarán apoyo tanto médico como psicológico. Es muy importante que la familia tenga los conocimientos necesarios respecto a la infección y sus complicaciones y las formas en que se pueda dar apoyo a la afectada para afrontar la situación familiar.

Slide 3



Antes de dar una clase magistral a la madre y su familia, el interés es identificar sus conocimientos sean verdad o mitos, para poder orientar mejor la consejería.

Slide 4



Se debe asegurar que la familia ha comprendido el impacto de dicha infección y que pueda enfrentar los retos que vendrán en casa, respecto a los cuidados del recién nacido con Síndrome congénito por Zika

Slide 5



Además se debe enfatizar en el seguimiento necesario del niño de acuerdo a lo establecido en los lineamientos, asegurando que entiendan la importancia de su asistencia periódica a los establecimientos de Salud de acuerdo a las evaluaciones necesarias según sea el caso.

Slide 6

Antes de finalizar cada consulta, exponga de nuevo y confirme las siguientes medidas que la pareja debe tomar:

- Acudir a la cita.
- Aconseje a la mujer y/o pareja que pueden venir acompañados por una persona de su confianza.
- Garantice la confidencialidad de toda atención prestada.



Siempre debe inspirar confianza, para asegurar que la familia se sienta cómoda y apoyada por el personal de salud y vuelva al establecimiento ante cualquier duda o problema.

Slide 7

COMUNICACIÓN Y APOYO



Se realizará un ejercicio para identificar cual es el rol del personal de salud ante la familia, la madre y el recién nacido, haciendo una dinámica en donde se tendrán papeles con diferentes acciones que pueden ser correcta o incorrectas respecto a la comunicación y apoyo, con el propósito de identificar cual es la respuesta de los proveedores de salud ante los casos de Zika y sus complicaciones y el abordaje que darían. Y posteriormente asegurar que se quede claro en que es lo correcto e incorrecto.

Slide 8

| Que se debe hacer? | Que no se debe hacer? |
|---|--|
| Tenga paciencia, mantenga la calma y logre empatía. Establezca un ambiente adecuado para la intervención. | No presione a nadie para que cuente lo que le sucede. No minimizar a la madre y la familia de su fortaleza ni de su sensación de poder cuidar de sí misma y de su familia. |
| Ofrezca información real. Brinde la información a padres, familiares o amigos sobre las oportunidades de estimulación para el niño | No culpe a la madre y la familia por haberse quedado embarazada. No culpe a la madre y la familia de no practicar medidas de prevención. |
| Sea consciente de sus propios prejuicios, sesgos y déjelos al margen. Deje claro a la usuaria que si rechaza la ayuda ahora, podrá recibirla en el futuro. | No interrumpa ni apure a la persona mientras cuenta lo que le sucede (por ejemplo, no mire la hora ni hable demasiado rápido, contestar el celular). No piense ni actúe como si pudiera resolver todos los problemas de la usuaria. |



Pongale ejemplos en los items que ameriten de situaciones que se pueden entender como correctas pero que no lo son.

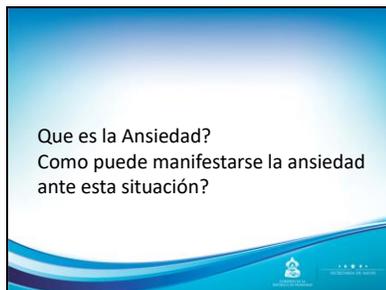
Slide 9

| Que se debe hacer? | Que no se debe hacer? |
|---|--|
| Trabajar en la autoestima de los padres y la familia. | No utilice expresiones demasiado técnicas, argumentos tranquilizadores. |
| Deje pausas en la conversación . | No haga falsas promesas ni dé falsos |
| Asegúrese que los padres y la familia comprendan la información proporcionada. | No piense que tiene que intentar resolver todos los problemas de la madre y su familia. |
| Respete y tenga cuenta la cultura, creencia religiosa, nivel educativo, edad y el sexo de la persona | No le cuente la historia de otras personas. No diga: "No debería sentirse así". |
| Respete la privacidad y mantenga la confidencialidad de la historia, salvo en razones donde se ponga en peligro el bienestar del niño o alguno de los padres. | No juzgue lo que la persona haya hecho o dejado de hacer ni sus sentimientos. No hable de sus propios problemas |

Slide 10



Slide 11

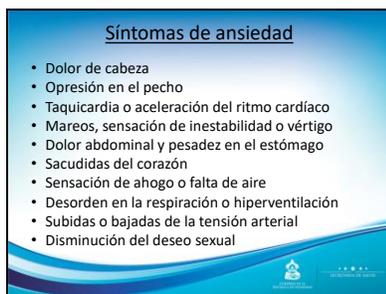


Invite a los participantes a emitir sus opiniones respecto a este concepto.

Refuerce que la ansiedad es un trastorno **causado por largos períodos de estrés** que se exterioriza en nuestro cuerpo a través de molestos síntomas como el nerviosismo, la angustia o la tensión muscular constante.

Las personas que sufren estrés o ansiedad de forma prolongada tienen una alta probabilidad de llegar a sufrir también **depresión**.

Slide 12



Explique a los participantes que los síntomas fisiológicos son los que percibimos más fácilmente y los que producen un cambio o un funcionamiento anormal en nuestro cuerpo, los más comunes son

Slide 13

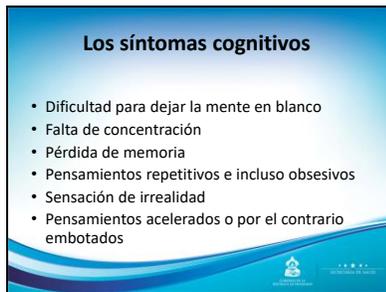


Los síntomas fisiológicos

- Sensación de atragantamiento
- Náuseas y vómitos
- Temblores y escalofríos
- Sudoración excesiva
- Tensión muscular, sobre todo en espalda y cuello
- Falta de apetito
- Insomnio o dificultad para dormir, sensación de no haber descansado, pesadillas
- Visión borrosa
- Entumecimiento en brazos y piernas
- Estar cansado durante todo el día

Explique no necesariamente presentará todos los síntomas, pero puede presentar varios de estos que inicialmente le haga sospechar primero una enfermedad física.

Slide 14

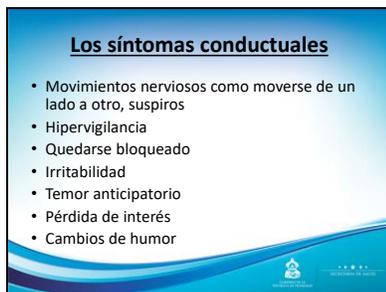


Los síntomas cognitivos

- Dificultad para dejar la mente en blanco
- Falta de concentración
- Pérdida de memoria
- Pensamientos repetitivos e incluso obsesivos
- Sensación de irrealidad
- Pensamientos acelerados o por el contrario embotados

Explique a los participantes que los síntomas cognitivos son los relacionados con las alteraciones en nuestra forma de pensar y con la percepción que tenemos de la realidad:

Slide 15



Los síntomas conductuales

- Movimientos nerviosos como moverse de un lado a otro, suspiros
- Hipervigilancia
- Quedarse bloqueado
- Irritabilidad
- Temor anticipatorio
- Pérdida de interés
- Cambios de humor

Explique a los participantes que estos síntomas modifican nuestro comportamiento normalmente para evitar situaciones que nos producen miedo o incertidumbre

Slide 16

Tipos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad se dividen en diferentes tipos según sus síntomas, que pueden variar en función de cada persona y de la cantidad e intensidad de los mismos.

- Trastorno de ansiedad generalizado
- Trastorno o ataque de pánico
- Trastorno obsesivo compulsivo

Cuando hablamos de Trastorno de Ansiedad generalizado nos referimos a que presenta una constante y excesiva preocupación por circunstancias diversas, trabajo, familia, hijos, embarazos, salud, etc. preocupaciones reiteradas que impiden el normal desarrollo de nuestra actividad.

En el ataque de Pánico se producen ataques inesperados de intenso miedo que no guardan relación con ninguna circunstancia en particular, provocando una nueva situación de miedo a que se produzca de nuevo otro ataque y el Obsesivo compulsivo se caracteriza por pensamientos y comportamientos reiterados que son llevados a cabo de forma involuntaria y sin sentido.

Slide 17

Tipos de ansiedad

- El trastorno de estrés postraumático
- La fobia

El estrés postraumático se origina después de haber vivido un episodio traumático, volviendo a experimentar mentalmente esta situación en repetidas ocasiones acompañadas de otros síntomas.

La fobia es un miedo intenso e irracional que provoca la pérdida del control de nuestras acciones ante una situación específica, objeto, animal o persona. Dentro de los tipos de fobia más abundantes se encuentran la agorafobia y la fobia social

Slide 18

Como podemos apoyar a la Embarazada y su familia para disminuir la ansiedad?

Conoce algún ejercicio para disminuir la Ansiedad?

Slide 19



Los ejercicios de relajación, respiración y yoga son tan poderosos como un fármaco.

Las actividades manuales son muy convenientes cuando se tienen angustias y preocupaciones

Aumentar la vida social en círculos de apoyo, vincularse, participar en las conversaciones, reuniones informales y cultivar la amistad, son ideas positivas.

El juego incluye todo lo que sea a la vez interesante y placentero. Resolver crucigramas, entretenerse con video, juegos, etc.

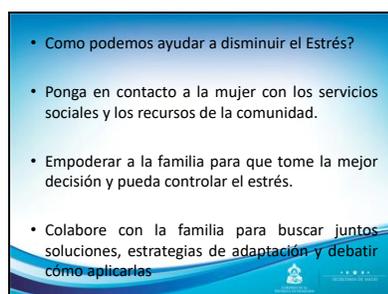
Mantener una actitud positiva y, sobre todo, replantearnos las situaciones viéndolas desde un ángulo diferente, ayuda mucho para sentir menos ansiedad en situaciones sociales estresantes.

Explicar a los participantes que el estrés agudo es la respuesta ante un acontecimiento traumático puntual que puede aparecer en cualquier momento de nuestra vida. Las preocupaciones sobre el embarazo y el bebé pueden causar mucho estrés a la mujer. Las complicaciones del virus del ZIKA en las embarazadas y/o síndrome congénito pueden también provocar problemas sociales en las familias y las comunidades (por ejemplo, estigmatización, discriminación y abandono) que como consecuencia llevará al estrés

Slide 20



Slide 21



Al ponerla en contacto con Servicios sociales le ayudará a hacer frente al problema social apoyada a través del sector social.

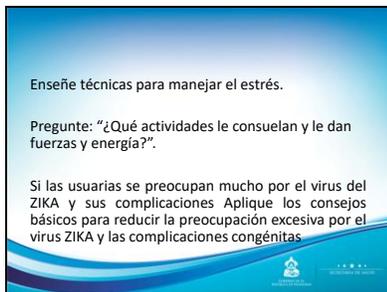
Slide 22



El tabaco, el alcohol y las drogas deberían evitarse durante el embarazo y en las madres que amamantan porque perjudican a los bebés.

El tabaco, el alcohol y las drogas pueden provocar diferentes problemas de salud. Un mito muy extendido es que el alcohol es bueno para la salud mental. En efecto, a menudo se utilizan el alcohol y otras sustancias como una forma de automedicación, sin embargo, no ayudan a resolver los problemas y su consumo con frecuencia provoca problemas sociales y de salud.

Slide 23



Enseñar a la usuaria una técnica concreta para manejar el estrés; (ejercicios de respiración). Pida a las usuarias preocupadas que seleccionen un periodo de media hora en el que podrán preocuparse todo lo que quieran, pero no durante el resto del día y que durante ese tiempo se pregunten lo que pueden cambiar y que se comprometan a hacer algo. (Por ejemplo, si les preocupa la falta de información sobre el virus del ZIKA, la salud del bebé neonato, o la disponibilidad de algún otro servicio, debe ayudarles a planear la forma de obtener esa información.

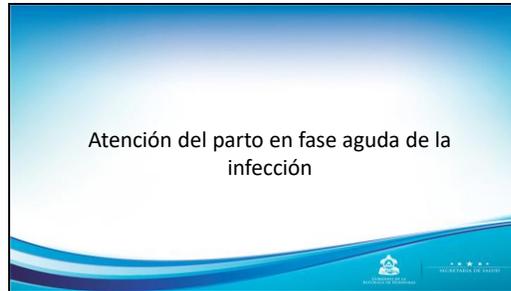
O pídale que piensen en otra cosa, de preferencia un pensamiento agradable, que escriban los pensamientos en una hoja de papel con el fin de liberar estrés y traten de buscar soluciones.

9. Presentación parto y puerperio (Presentación 15)

Slide 1



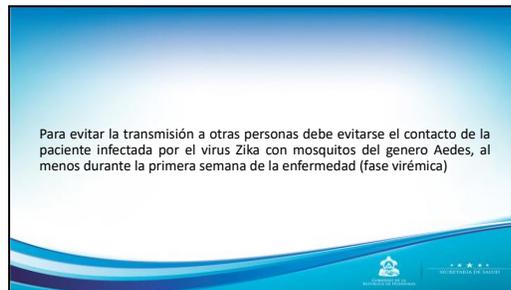
Slide 2



Atención del parto en fase aguda de la infección

La atención del parto en caso de sospecha de infección por el virus de Zika, debe ser atendido en el segundo nivel de atención, en base a la norma de Atención Preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y neonato vigente, la conducta obstétrica no se modifica por la infección por el virus o por la presencia de malformaciones congénitas, por tanto para la misma se tomarán los mismos parámetros que para la población obstétrica general, cumpliendo las medidas de bioseguridad

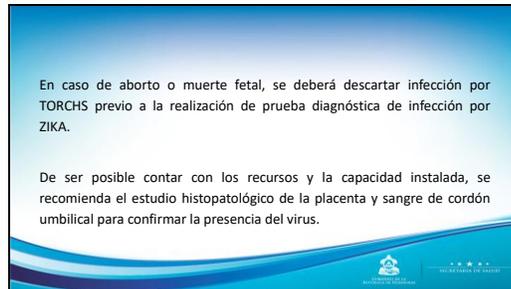
Slide 3



Para evitar la transmisión a otras personas debe evitarse el contacto de la paciente infectada por el virus Zika con mosquitos del genero Aedes, al menos durante la primera semana de la enfermedad (fase virémica)

El personal sanitario que atienda a pacientes infectados por virus Zika en fase aguda debe protegerse de las picaduras utilizando repelentes, así como vistiendo manga y pantalones largos.

Slide 4



En caso de aborto o muerte fetal, se deberá descartar infección por TORCHS previo a la realización de prueba diagnóstica de infección por ZIKA.

De ser posible contar con los recursos y la capacidad instalada, se recomienda el estudio histopatológico de la placenta y sangre de cordón umbilical para confirmar la presencia del virus.

TR- PCR para confirmar la presencia del virus. En vista de que estas infecciones también pueden causar microcefalia Todo recién nacido vivo o muerto con malformaciones congénitas observable o diagnosticada, es de notificación obligatoria, y debe ser reportado en: el Sistema Informático Perinatal (SIP), el Área de Gestión de la Información (AGI) en la región de salud y la Unidad de Gestión de la Información (UGI).

Slide 5



Hacer un recordatorio con los participantes de la Atención del parto y al final refuerce los contenidos de la presentación

Slide 6



Para que el parto sea normal, es preciso que el feto presente sus menores diámetros ante los mayores de la pelvis materna. Debido a que los diámetros mayores de la pelvis varían de acuerdo a los diversos planos, el feto debe seguir una serie de movimientos de adaptación y acomodación llamados “movimientos cardinales del parto”, que son los siguientes: Descenso, Flexión, Encajamiento, Rotación interna, Extensión, Rotación Externa y **Expulsión.**

Slide 7



Haga énfasis en la importancia de que en la atención del parto se deben evitar prácticas innecesarias que generalmente conducen a producir o aumentar el riesgo de complicaciones, refuerce el uso de las Buenas prácticas.

Slide 8

PRACTICAS ADECUADAS EN EL PERIODO EXPULSIVO

Al momento de la salida del bebé a través del canal del parto, tome en consideración lo siguiente:

- Permita la rotación externa espontánea de la cabeza, y luego tome cuidadosamente la cabeza con ambas manos y traccione hacia abajo hasta la salida del hombro anterior.
- Guíe la cabeza y el pecho hacia arriba hasta la salida del hombro posterior.
- Sujeta al recién nacido por el tronco y lo mantiene a unos centímetros de la pelvis materna.
- Realiza el pinzamiento tardío del cordón umbilical (entre 90 segundos y el momento en que deje de pulsar).



Logo of the Ministry of Health and the National System of Integral Health Services (SIS) are visible at the bottom right of the slide.

Slide 9

PROTECCION DEL PERINE

Es un procedimiento obstétrico para la atención de la segunda fase del parto (cuando el feto es expulsado) que tiene como finalidad la protección del periné de la madre cuando la vía del nacimiento es vaginal y en presentación cefálica, pretendiéndose evitar especialmente los desgarros perineales.



Fig. 23-18. Mecanismo de fígura expulsiva.

Logo of the Ministry of Health and the National System of Integral Health Services (SIS) are visible at the bottom right of the slide.

Es imperativo hacer una buena protección del periné de manera que se limite al mínimo los desgarros perineales, sin embargo es importante también vigilar a conciencia la FCF mientras esperamos que ocurra la expulsión del bebé.

Slide 10

EPISIOTOMIA RESTRINGIDA

- Se debe realizar una episiotomía cuando se es necesario acortar la segunda etapa del trabajo de parto y la aceleración del periodo expulsivo.
- Algunas situaciones pueden ser:
 - Pérdida de bienestar fetal
 - Distocia de hombros
 - Feto macrosómico.

Logo of the Ministry of Health and the National System of Integral Health Services (SIS) are visible at the bottom right of the slide.

Cuando sea necesario y se presenten condiciones que lo ameriten se puede practicar una episiotomía restrictiva, tomando en consideración que evidencia científica actual muestra que la episiotomía de rutina no se justifica ya que no tiene ningún beneficio para la madre o el bebé, aumenta la necesidad de sutura perineal y el riesgo de complicaciones para el proceso de curación en siete días post parto, produce dolor y malestar innecesarios y además tiene efectos potencialmente nocivos a largo plazo.

Slide 11



Este efecto puede ser especialmente importante para los lactantes que viven en entornos con pocos recursos, con un menor acceso a alimentos ricos en hierro. En el caso del Recién nacido con microcefalia o malformaciones congénitas dependerá si se encuentra o no vigoroso al momento del nacimiento, de lo contrario, se debe hacer el pinzamiento inmediato

Con esta diapositiva explique que el pinzamiento demorado del cordón (cuando deje de latir el cordón aproximadamente a los 3 minutos luego del nacimiento), contribuye a prevenir la anemia neonatal y la anemia por carencia de hierro en los primeros seis meses del niño, ya que por un mecanismo fisiológico el recién nacido recibe en los primeros minutos entre 80 a 100 ml de sangre y 40 a 50 mg de hierro, lo cual le permitiría evitar la carencia de ese mineral durante el primer año. Sin embargo a los 90 segundos (1 y 1/2 minutos) desde el nacimiento aproximadamente el 78% de los beneficios ya han se han logrado. Hay cada vez más pruebas de que el pinzamiento tardío del cordón es beneficioso para el recién nacido y puede mejorar su nivel de hierro incluso hasta los seis meses de vida.

Slide 12



El apego precoz y la lactancia materna exclusiva han cobrado mucha importancia en las últimas dos décadas a nivel mundial, debido a que un buen apego favorece los lazos afectivos entre la madre y su hijo y se relaciona con mayor duración y mejor calidad de la lactancia, lo que a futuro, estimula un mejor desarrollo psicomotor y una salud óptima para el niño. La lactancia materna exclusiva, al menos durante los primeros seis meses de vida, por si sola determina una disminución de la morbimortalidad en el niño y en su propia madre.

Slide 13

MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL PARTO

1. Aplicación de 10 UI IM de Oxitocina
2. Tracción del útero – Contra tracción del umbilical.
3. Masaje uterino



La aplicación de los 3 pasos del manejo activo del TP ha demostrado que se disminuye sustancialmente la incidencia de la hemorragia puerperal por atonía uterina en 60%, disminuye la cantidad de sangre pérdida de un litro o más en el puerperio y la necesidad de transfusiones sanguíneas costosas y peligrosas, y previene las complicaciones relacionadas con la hemorragia puerperal. Una vez ocurrido el nacimiento del bebe, es importante recordar que tiene HASTA 18 minutos para el alumbramiento de la placenta, y nunca se debe aplicar tracción al cordón umbilical (jalón) sin aplicar la contra tracción por encima del pubis con la otra mano.

Slide 14

ESTIMACIÓN DE PERDIDA SANGUÍNEA.

| Métodos | Perdida Estimada |
|---|-------------------------|
| Colocación de sangre en bolsa pre-calibrada o midiendo la sangre recolectada en cualquier recipiente. | |
| Medidas directas: | Perdida Estimada |
| Copa de 18 x 18 cm saturada | 100 ml de sangre |
| Compresas de 30 x 30 cm saturada | 140 ml de sangre |
| Compresas de 45 x 45 cm saturada | 200 ml de sangre |
| Compresas de 18" x 18" saturadas | 50 % = 25 ml |
| Compresas de 18" x 18" saturadas | 75 % = 50 ml |
| Compresas de 18" x 18" saturadas 100 % | 75 ml. |
| Compresas de 18" x 18" saturadas | >100 % = 100 ml. |
| Sangre derramada en el piso 50 cm diámetro | 500 ml |
| Sangre derramada en el piso 75 cm diámetro | 1000 ml |
| Sangre derramada en el piso 100 cm diámetro | 1500 ml |

Existe una tabla que facilita la estimación de pérdidas sanguíneas para la valoración en el postparto inmediato y como calcularlas al momento de cuantificar perdidas sangre de acuerdo a los materiales (gasas, compresas, torundas) utilizados en la atención de este y enfatizar en el aspecto subjetivo y que se debe ser más objetivo al momento de cuantificar perdidas sanguíneas.

Slide 15

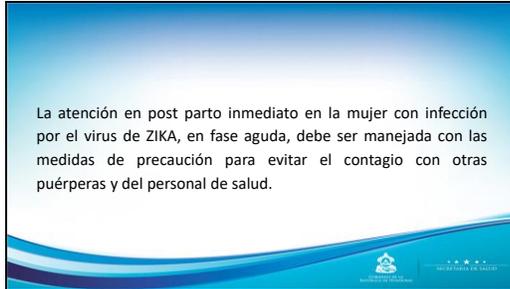

 GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE HONDURAS
 SECRETARÍA DE SALUD

ATENCIÓN EN LAS PRIMERAS HORAS DEL PUERPERIO

En este apartado abordaremos lo referente a los cuidados que se deben tener, con énfasis en las primeras horas después del parto, para prevenir complicaciones especialmente la prevención de la hemorragia.

debe iniciarse conversando sobre los conocimientos de los participantes en lo relacionado a los estudios de mortalidad materna que se han realizado en Honduras, debiendo ampliarse con los datos oficiales que se manejan a nivel nacional de los resultados obtenidos con el estudio RAMOS realizado en el año 2010, que reportó una Razón de Mortalidad Materna de 73 a nivel nacional, la cual ha ido disminuyendo con respecto a los datos que se tienen de los estudios previos. Sin embargo, es importante resaltar que aún la mayoría de las muertes están ocurriendo durante el puerperio en las unidades de salud hospitalarias, siendo las principales causas, en el orden: **HEMORRAGIA POS PARTO, TRASTORNOS HIPERTENSIVOS Y SEPSIS**

Slide 16



Slide 17



Inicie explicando a que llamamos puerperio, haga énfasis en que las horas más críticas son las primeras 24, que es donde se producen o se agravan la mayoría de complicaciones en la madre. Explique que durante este periodo se revierten todos los cambios fisiológicos que se produjeron durante el embarazo con la sola excepción de los cambios mamarios que se intensificarán. El objetivo final de todo proveedor de salud que atiende partos, debe ser tener una madre y un recién nacido sano en las mejores condiciones posibles y atendidos con calidad y calidez.

Slide 18



Con relación a las muertes maternas ocurridas a nivel institucional en el 2010 se identificó que el 88% de los casos ocurrió a nivel de instituciones públicas. Esto está en correspondencia con los datos disponibles en el país donde se evidencia que la mayoría de los partos son también atendidos en estos hospitales. Dentro del puerperio, las primeras 24 horas que siguen a la atención del parto continúan siendo las más críticas, ya que más de la mitad de las muertes (58%) se producen en este corto período, debidas a hemorragias postparto lo que está relacionado con la calidad de la atención del parto y del manejo de las complicaciones obstétricas. Este hallazgo es coincidente con lo reportado a nivel de la región de América Latina y el Caribe.

Slide 19

OBJETIVO DE LA ATENCIÓN EN LAS PRIMERAS HORAS DEL PUERPERIO

1. Evaluar a la mujer y al recién nacido para verificar su estado de salud.
2. Identificar y manejar oportunamente las complicaciones de la madre y del recién nacido.
3. Controlar el bienestar de la mujer púérpera y del recién nacido.



Discuta con los participantes los objetivos de una correcta y adecuada vigilancia de la mujer en sus primeras horas del puerperio. Para ello utilice como base la diapositiva que se presenta.

Slide 20

VIGILANCIA EN LAS PRIMERAS HORAS DEL PUERPERIO

Durante las dos primeras horas después del parto:

- Cada 15 minutos durante la primera hora
- Cada 30 minutos durante la segunda

Se evalúa de acuerdo a lo siguiente:

1. Control de la presión arterial y el pulso
2. Evaluación de la contracción uterina,
3. Evaluación de la cantidad y características del sangrado
4. Se efectúa masaje uterino si es necesario
5. Si hay hemorragia investiga la causa y efectúa el manejo correspondiente.

Se registran los datos en la historia clínica perinatal base y en la Hoja de Monitoreo Pos Parto (Anexo 26)



Muestre la recomendación de los intervalos de tiempo y los parámetros que deben vigilarse estrictamente durante el periodo post parto inmediato. Recuérdeles que es importante el registro de los datos en el espacio definido en la Historia Clínica Perinatal Base.

Slide 21

VIGILANCIA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

Se debe vigilar a la mujer y su recién nacido durante su hospitalización considerando lo siguiente:

- Estado general de la púérpera
- Signos Vitales
- Involución uterina
- Características de los loquios, sangrado genital
- Amamantamiento: agarre, posición y succión
- Evaluación del recién nacido



Las primeras 24 horas pos parto siguen siendo las de mayor riesgo de complicaciones en la madre, por lo que la vigilancia cercana debe continuarse una vez que la mujer sea enviada al alojamiento conjunto, evaluando con regularidad los parámetros que nos pueden alertar sobre una posible complicación. Igualmente es importante la evaluación del recién nacido durante este periodo, quien en su primer día de vida debe estar alimentándose, miccionando, defecando y mantener una temperatura similar a la que tenía dentro de la cavidad uterina.

Slide 22

CONDICIONES PARA EL ALTA

Se evalúa a la mujer y su recién nacido previo a su alta (debe permanecer ingresada por lo menos **12 horas después de su parto**) considerando lo siguiente:

- Estado general de la puérpera
- Signos Vitales
- Involución uterina
- Características de los loquios, sangrado genital
- Amamantamiento: agarre, posición y succión
- Evaluación del recién nacido.



MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Según la Norma de atención Materno Neonatal toda mujer que haya tenido un parto institucional sin complicaciones (en hospital o Clínica Materno Infantil) se mantendrá ingresada **por lo menos 12 horas después de la atención de su parto**. Toda mujer y su recién nacido deben ser evaluados previo a su alta considerando lo siguiente: Estado general de la puérpera, Signos Vitales, Involución uterina, Características de los loquios, sangrado genital, Amamantamiento: agarre, posición y succión, Evaluación del recién nacido (según normas del capítulo de atención inmediata al recién nacido)

- Complete los ítems que corresponden en la Historia Clínica Perinatal Base para la madre y el recién nacido.

Slide 23

- Al alta, debe ser referida al establecimiento de salud en las primeras 72 horas para evaluación y seguimiento.

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

En el caso de la infección previa, con manifestaciones clínicas de síndrome congénito por ZIKA en el recién nacido, deberá realizarse la consejería a la madre, respecto a los cuidados del recién nacido, sus complicaciones y pronóstico.

Slide 24



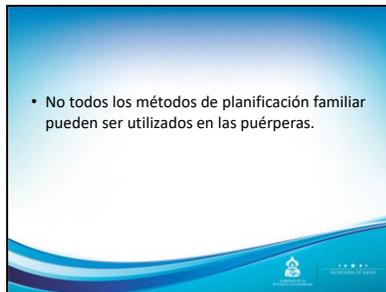
MUCHAS GRACIAS!!

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Slide 1



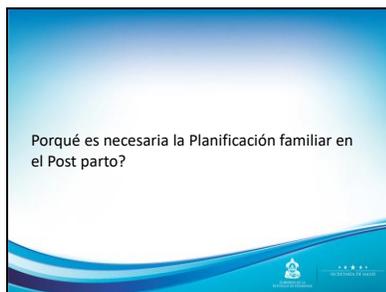
Slide 2



- No todos los métodos de planificación familiar pueden ser utilizados en las púerperas.

Se espera que al menos un 40% de las mujeres que egresan después de un evento obstétrico, reciban consejería y acepten voluntariamente algún método de PF para ella o su pareja.

Slide 3



Porqué es necesaria la Planificación familiar en el Post parto?

En el 1er año PP existe la mayor demanda insatisfecha de PF. 40% quisieran usar métodos pero no lo hacen

- Podrían reducirse entre 25 y 40% las muertes maternas sin embarazos no deseados
- Podrían reducirse 10% las muertes 0-5 años sin intervalos menores a dos años
 - También partos prematuros, bajo peso al nacer y tamaño pequeño para edad gestacional

Según varios estudios, la mayoría de las mujeres quiere:

- La salud del bebé, Un intervalo de dos o más de dos años o terminar los nacimientos, información sobre métodos, recibir métodos o usar métodos naturales

Slide 4

RECOMENDACIÓN DE LA OMS

- “Después de un parto con nacido vivo, se recomienda un intervalo de al menos 24 meses antes de intentar el siguiente embarazo para reducir el riesgo de resultados adversos maternos, perinatales e infantiles”



Siempre es importante recalcar que en nuestro país aún la opinión del marido es determinante en la decisión de usar o no métodos. Por lo que la planificación debe ser idealmente consensuada con su pareja brindando información al hombre sobre las complicaciones que puede haber si no hay una planificación de sus embarazos.

- La edad, el conocimiento y uso pasado de métodos predicen el uso en el PP

Aún existe confusión sobre lactancia, regreso de la fertilidad y la relación entre ambos

Slide 5

OBJETIVOS DE LOS PROGRAMAS POSPARTO

- Dar acceso a la anticoncepción
- Reducir la demanda insatisfecha
- Favorecer el espaciamiento óptimo
- Promover la lactancia materna y sus beneficios
- Integrar otros servicios maternos e infantiles



Slide 6

INTERVENCIONES EN PP HOSPITALARIO

- Inicio temprano de LM, alojamiento conjunto, lactancia exclusiva
- Educación sobre lactancia adecuada y manejo de problemas relacionados con la lactancia
- Hacer disponible gama completa de métodos (incluyendo MELA)
- Información y oferta de métodos
- Consejería
- Entrega del método o cita futura/referencia



Que se espera que se realice en el Hospital con el abordaje Post parto en relación a PF

Slide 7

INTERVENCIONES EN PP AMBULATORIO

- Orientación sobre alimentación, higiene y movilización
- Entrega de suplementación con micronutrientes
- Anamnesis completa en busca de posible infección, anemia y/o hemorragia
- Educación y apoyo en lactancia materna, cuidado del recién nacido, PF, cambios emocionales e inscripción del recién nacido al registro nacional de las personas



Que se espera que se realice en el nivel ambulatorio con el abordaje Post parto en relación a PF

Slide 8

INTERVENCIONES EN PP COMUNITARIO

Los modelos más comunes de servicios son:

- Visitas domiciliarias por personal institucional
- Visitas domiciliarias por voluntarios
- Visitas domiciliarias y referencias a servicios de PF
- Mensajes en eventos y servicios comunitarios
- Mensajes en medios de comunicación



Que se espera que se realice en el nivel comunitario con el abordaje Post parto en relación a PF

Slide 9

- MELA
- DIU
- IMPLANTE
- CONDÓN
- ESTERILIZACIÓN QUIRURGICA (masculina y femenina)



Hacer preguntas de cada uno de estos métodos a los participantes y luego continuar con los contenidos de la presentación

Slide 10

MELA



98% de efectividad cuando hay:

- Lactancia exclusiva o casi exclusiva
- Ausencia de menstruación
- En los primeros 6 meses después del parto

Inicio de las relaciones sexuales después del parto



La Lactancia materna es eficaz siempre y cuando se cumpla con estos criterios. Anticoncepción, lactancia y MELA son componentes integrales

Slide 11

DIU

- El DIU puede colocarse durante el Post parto inmediato y a la 4ta. y 6ta. semana
- Alta eficacia.
- 5 a 10 años de duración.
- Es estéril.
- No es abortivo.



El DIU es uno de los métodos anticonceptivos más empleados por las mujeres en todo el mundo, dada su alta eficacia, escasos efectos secundarios y su carácter reversible. Se inserta a las cuatro semanas del parto y después de un aborto. En algunos modelos se llega incluso a diez años de duración.

Aunque de por sí el DIU es estéril, se ha comprobado una mayor sensibilidad del endometrio a las infecciones de transmisión sexual. Por ello, no es aconsejable para las mujeres con múltiples parejas sexuales.

Puede aplicarse en estos 2 momentos post parto: Post placenta: dentro de los 10 minutos posteriores a la expulsión de la placenta y Pre alta: en las primeras 48 horas después del parto antes que la mujer sea dada de alta

Slide 12

Implante

- Implante subcutáneo (brazo)
- Puede ser utilizado durante la lactancia materna
- Liberación de progestina que impide la ovulación
- Anticoncepción duradera (3 a 5 años)



Son pequeñas cápsulas o cilindros de plástico delgados y flexibles que liberan progestina una hormona parecida a la progesterona natural producida por el organismo de la mujer.

Los implantes son colocados debajo de la piel (subcutáneo) mediante un procedimiento quirúrgico mínimo en la cara interna del la parte superior del brazo de la mujer. Su inserción y retiro requiere un proveedor entrenado.

Slide 13

CONDON

- Además de la prevención de embarazo es el método de barrera utilizado para evitar la transmisión de ITS incluyendo el Zika.



The diagram shows a male condom being rolled onto a penis and a female condom being inserted into a vagina. Labels include 'Condón masculino', 'Condón femenino', 'Extremo cerrado', 'Extremo abierto', 'Cuello peniano', and 'Vagina'.

En el caso de tener antecedente de infección activa por el virus de Zika durante el periodo prenatal, parto o post parto, es recomendable el uso del condón para evitar el contagio del virus en el caso de infección en la mujer por 6 a 8 semanas y en su pareja por 6 meses.

Los condones actúan como una barrera que impide que los espermatozoides sean expulsados en la vagina y tengan contacto con los óvulos evitando de esta forma el embarazo. Adicionalmente los condones evitan que las infecciones en el pene ó en la vagina infecten a la pareja. Los condones confieren protección contra embarazos e Infecciones de Transmisión Sexual incluyendo VIH/Sida. La recuperación de la fertilidad después de dejar de usarlos es inmediata.

Slide 14

Esterilización Quirúrgica

- Esterilización Femenina: Corte y/o bloqueo de ambas trompas de Falopio.
- Es un método permanente
- e irreversible.
- Se debe brindar consejería y asesorar e informar a la usuaria sobre el contenido de la hoja de consentimiento informado.



The diagram shows three methods of female sterilization: Cauterization, Ligature and Cut, and Banded Fallopian Tube.

Es un método anticonceptivo quirúrgico permanente que se practica a las mujeres que no desean tener más hijos; también se llama esterilización femenina, ligadura tubárica ó “la operación.”

Los óvulos liberados por los ovarios no pueden conducirse a través de las trompas debido al corte y/o bloqueo impidiendo el contacto de los mismos con el esperma masculino.

Slide 15

Esterilización Quirúrgica

- Esterilización Masculina:
- Es un método permanente e irreversible.
- Impide el paso de los espermatozoides desde los testículos hacia el exterior.
- Se debe brindar consejería y asesorar e informar a la usuaria sobre el contenido de la hoja de consentimiento informado.

Es un método de Planificación Familiar permanente para aquellos hombres que no desean tener más hijos. La técnica quirúrgica consiste en realizar una pequeña punción en el escroto para aislar, liberar y seccionar o bloquear los conductos deferentes para evitar el paso de los espermatozoides al pene, utilizando anestesia local.

11. Presentación Atención Hospitalaria del Recién nacido (Presentación 9)

Slide 1

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE SALUD

Atención al Recién Nacido Hijo de madre con
ZIKA
HOSPITALARIA

Esta Presentación tiene el propósito de orientar al personal de salud, en las acciones necesarias durante la evaluación en el nivel Hospitalario, que permitirá hacer una atención inmediata de calidad y un examen físico orientado, detección oportuna de complicaciones, intervenciones necesarias e inmediatas para asegurar que su condición no empeore

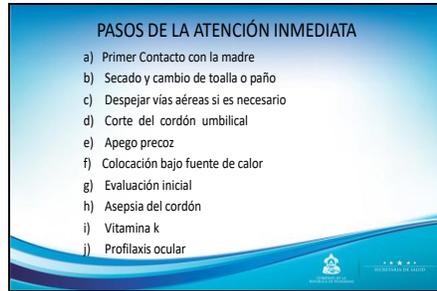
Slide 2

Se espera que los niños nazcan en establecimientos prestadoras de servicios de salud que cuenten con servicio de pediatra.

La Atención del recién nacido con malformaciones congénitas observables, se debe realizar de acuerdo a la norma de atención pre-concepcional, embarazo, parto, puerperio y neonato, vigente, realizando una historia clínica que enfatice en factores de riesgo y hallazgos clínicos.

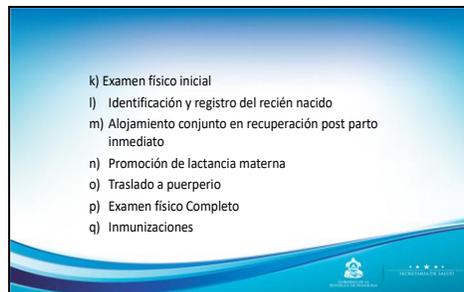
Una de los lineamientos más importantes es precisamente que la atención necesaria para el recién nacido con sospecha de Síndrome congénito se encuentre en el hospital donde nace, por lo tanto, es necesario asegurar la presencia del pediatra durante la atención de su nacimiento, para asegurar los cuidados necesarios en caso de complicaciones agregadas.

Slide 3

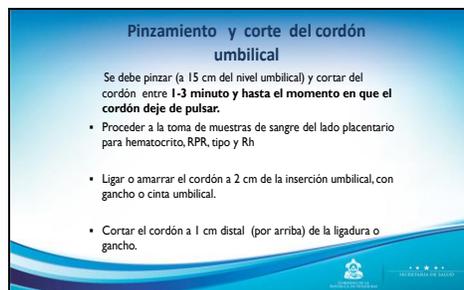


Estos son cada uno de los pasos que conlleva la atención inmediata del recién nacido, algunos de estos podrán o no ser necesarios al momento de la atención, esto lo definirá la condición del niño a su nacimiento

Slide 4



Slide 5



Siempre se debe verificar que el cordón umbilical tenga dos arterias y una vena. Estar seguro que el muñón umbilical fue cuidadosamente ligado y no hay riesgo de sangrado.

Slide 6

- Proceder al **pinzamiento y corte inmediato** del cordón umbilical cuando:
 - ✓ El recién nacido **NO** esté vigoroso
 - ✓ Tiene Isoinmunización Rh (incompatibilidad entre el tipo de sangre del recién nacido y su madre).
 - ✓ Recién nacido sea pretermino con compromiso respiratorio o neurológico
 - ✓ Uso de anestesia general en la madre.
 - ✓ Madre VIH positiva
 - ✓ Hijo de madre con Hepatitis B

Tener presente que pueden existir algunos factores que no permitan realizar el pinzamiento oportuno, para poder asegurar el mejoramiento lo más pronto posible del recién nacido

Slide 7

Valoración del test de APGAR

| Signo | 0 | 1 | 2 |
|-----------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| Frecuencia cardíaca | Ausente | Menor 100 latidos x minuto | Mayor 100 latidos x minuto |
| Estanco respiratorio | Ausente | Respiración Irregular | Respiración Regular |
| Tono muscular | Flácido | Alguna flexión de extremidades | Movilidad activa |
| Irritabilidad refleja | No respuesta | Mueca | Llanto, tos y/o estornudo |
| Color de la piel | Pálido o cianosis generalizada | Extremidades cianóticas | Rosado |

Uno de los Consejos más importantes en el momento de la atención del recién nacido es que **NO** debe utilizarse el Apgar para decidir la necesidad de reanimación.

Evaluar el Apgar:

- Al primer minuto tiene valor diagnóstico y
- A los 5 minutos tiene valor pronóstico.

Entre más baja es la puntuación de Apgar, peor es el pronóstico neurológico y mayor la mortalidad.

Slide 8

Asepsia del cordón umbilical



Al igual que todos los recién nacidos sanos, se deben cumplir con las acciones de profilaxis, para disminuir el riesgo de complicaciones agregadas a su condición médica

Slide 9

Prevención de infecciones oculares

- Realizar profilaxis ocular para evitar la colonización por patógenos susceptibles (oftalmía gonocócica).
- Aplicar ungüento o gotas de **tetraciclina 1%, Eritromicina 0.5%, Gentamicina o sulfacetamida oftálmica sin esteroide**, en el ángulo interno del párpado inferior de cada ojo por una sola vez dentro de la primera hora del nacimiento.

Previo a la aplicación de las gotas de antibióticos recalcar que se debe previamente limpiar los ojos con un paño suave, húmedo y limpio. Y que se limpia desde el ángulo interno hacia el ángulo externo del ojo.

Slide 10

Prevención de la enfermedad hemorrágica

- Aplicar **Vitamina K** en las primeras 2 horas de vida, para prevenir la enfermedad hemorrágica.
 - Vitamina K 0.3 mg intramuscular en la cara externa, tercio medio del muslo al recién nacido Prematuro con peso menor de 1000 g.
 - Vitamina K 0.5 mg intramuscular en la cara externa, tercio medio del muslo al recién nacido pre término menor 32 semanas o peso mayor de 1.000 g.
 - Vitamina K 1 mg intramuscular en la cara externa, tercio medio del muslo al recién nacido mayor 32 semanas o peso mayor de 1.500g.

Recién nacido menor 32 semanas con peso menor de 1500g se aplicará 0.5 mg, (ultima evidencia revela que en recién nacidos con peso mayor de 1000 g, se debe aplicar Vitamina K 0.5 mg y en peso menor de 1000 gramos 0.3 mg)
 Recién nacido mayor 32 semanas o peso mayor de 1500g, aplicar Vitamina K 1 mg intramuscular en la cara externa tercio medio del muslo.

Slide 11

METODO DE CAPURRO PARA DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL EN EL RECIEN NACIDO.

| | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------|---|--|---|---|
| Forma de la OREJA (Pabellón) | Forma del pabellón | Forma del pabellón | Forma del pabellón | Forma del pabellón | |
| Tamaño de MANDÍBULA y MAMILAS | No visibles | Pequeño tamaño de la M | Forma del pabellón | Forma del pabellón | |
| Formación del PEZON | Forma del pabellón | Forma del pabellón | Forma del pabellón | Forma del pabellón | |
| TEXTURA de la PIEL | Muy fina gelatinosa | Fina lisa | Max gruesa diversa discontinua superficial | Gruesa gruesa superficial discontinua agrietada | Gruesa gruesa profunda agrietada |
| PLIEGUES PLANTARES | Indefinidos | Menos que 10 líneas, no se ven en la entera | Menos que 10 líneas, se ven en la entera | Entre 10 y 20 líneas, se ven en la entera | Entre 20 y 30 líneas, se ven en la entera |
| | 0 | 5 | 10 | 15 | 20 |
| | Puntaje Parcial = _____ | | | | |

En el Recién nacido a término se utiliza el método de Capurro para evaluar la madurez física, Se suman los valores dados a cada parámetro de la tabla de acuerdo a lo evaluado en el neonato (puntaje parcial).

■ Luego se aplica la siguiente fórmula:

$$204 + \text{puntaje parcial} = \text{EG}$$

$$7$$

Se dice RN pre término si tiene menos de 37 sem

Se dice RN a término de 37 a 41 6/7 sem

Y Rn Post termino de 42 semanas o mas

Slide 16



■Peso

El recién nacido debe estar desnudo, la balanza debe estar previamente calibrada y en una superficie plana.

■Registrar el peso obtenido en la historia clínica perinatal base (HCPB).

■En el recién nacido a término, el peso esperado debe ser entre 2500 a 3999 gramos.

Talla

■Medir al recién nacido desde la coronilla hasta los pies, con un infantómetro portátil de madera, un tallímetro anexado a la mesa de examen físico o con cinta métrica, sobre una superficie plana (mesa, cama, etc.)

■Apoyarse en un ayudante que sostenga la cabeza del recién nacido en el extremo fijo del tallímetro y a extender sus extremidades.

■En el recién nacido a término, la talla esperada es de 48 a 53 cm

Slide 17



Medir el contorno de la cabeza del recién nacido con una cinta métrica no elástica.

■Tomar como punto de referencia la prominencia frontal y occipital.

■Se espera encontrar entre 33 a 38 cm de circunferencia

■Un patrón de referencia es: $PC = Talla / 2 + 10 \pm 2$ cm

■Perímetro Torácico La medición se realiza con la cinta métrica no elástica, la cual se pasa sobre la circunferencia máxima del tórax, sobre las tetillas frente y la cuarta vertebra dorsal posterior, formando una circunferencia.

■Se espera encontrar entre 31 a 35 cm de circunferencia del tórax.

Slide 18



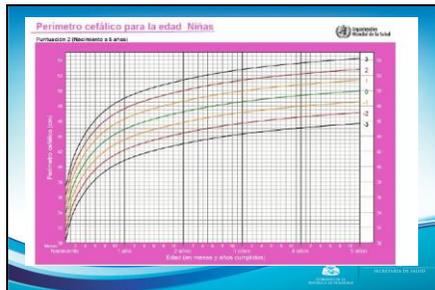
Use una cinta métrica que no se pueda estirar

Rodee firmemente la cabeza con la cinta métrica alrededor de la circunferencia más ancha posible

La parte más ancha de la frente encima de las cejas, Por encima de las orejas, La parte más prominente de la nuca. Tome la medida tres veces y elija la medición más grande con respecto al 0.1 cm más cercano.

- Las mediciones de la circunferencia de la cabeza se deben tomar el primer día de vida porque las tablas de referencia de circunferencia de la cabeza al nacimiento de uso más habitual por edad y sexo están diseñadas en función de las medidas de antes de las 24 horas de vida

Slide 19



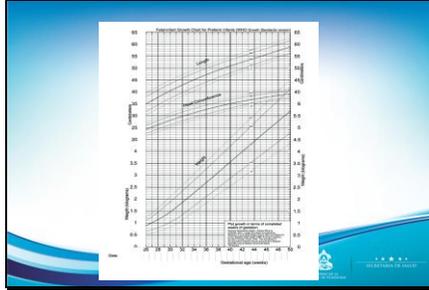
Esta es la gráfica utilizada para evaluar el perímetro cefálico en las niñas desde los 0 meses hasta los 5 años, proporcionada por la OMS

Slide 20



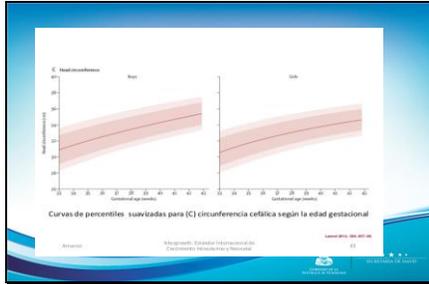
Esta es la gráfica utilizada para evaluar el perímetro cefálico en los niños desde los 0 meses hasta los 5 años, proporcionada por la OMS que evalúa en base a desviaciones estándar

Slide 21



Esta es la gráfica de Fenton que tiene mayor aporte en los recién nacidos prematuros y de mucha utilidad para los recién nacidos de bajo peso para su edad gestacional o restricción de crecimiento intrauterino para su seguimiento

Slide 22



Curvas de Intergrowth, que tiene gráficas para la evaluación del crecimiento intrauterino y Neonatal y su seguimiento

Slide 23



Microcefalia: definido por la medición del perímetro cefálico (circunferencia occipito-frontal) menor al percentil 3 (< p3) acuerdo a las curvas de crecimiento cefálico de FENTON o INTERGROWTH para recién nacidos pre término o menor de 2 desviaciones estándar con relación al percentil Z, de las gráficas de OMS en recién nacidos a término, comparado con el estándar normal ajustado para la edad y sexo medido al nacer y confirmado a las 24 semanas.

Microftalmia: corresponde a anomalía congénita que aparece desde el nacimiento que se caracteriza por un tamaño anormalmente pequeño del globo ocular, que puede ser unilateral o bilateral y conducir a una pérdida total de la visión aproximadamente en un 10% de los casos.

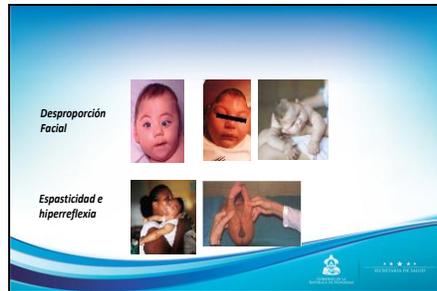
Slide 24



Artrogriposis es la presencia de contracturas de articulaciones no progresivas, que afectan una o más partes del cuerpo del recién nacido al nacimiento.

Cutis Gyrate es una condición de cuero cabelludo en la que existen pliegues convolutos y surcos profundos que remedan la superficie de la corteza cerebral.

Slide 25



Desproporción facial sobretodo porque la cara no dejó de tener su desarrollo normal pero su cráneo sí

Generalmente estos niños tienen marcado aumento del tono muscular e hiperextensión de su cuerpo

Slide 26



Al Realizar una evaluación Neurológica es importante conocer lo normal, para poder identificar lo anormal, una de las características más importantes notadas en los recién nacidos sanos es que sus extremidades superiores como inferiores se encuentran en flexión. La escala para la exploración Neurológica que se puede utilizar preferiblemente en los recién nacidos con sospecha de Síndrome Congénito, Prematuros o con sospecha de alteraciones o inmadurez neurológica es utilizando en método de Ballard modificado, que evalúa de manera efectiva el tono pasivo, mediante la exploración Talón Oreja, Bufanda y Angulo Popliteo

Slide 27



En el reflejo tónico cervical asimétrico, notará que al girar la cabeza hacia un lado el niño extenderá la extremidad superior hacia el lado que giró la cabeza y una flexión más pronunciada del lado opuesto y la de presión plantar que sucede lo misma respuesta en el pie que en la presión palmar flexionando los dedos de los pies.

Se puede además evaluar el tono activo mediante estas maniobras, donde se podría identificar alteraciones como Hipotonía e Hipertonía y espasticidad, en la maniobra de Held sit, observará que la cabeza no puede mantenerse recta en el eje sino que oscila y cae hacia adelante o lateralmente y además los reflejos primitivos de Presión palmar que consiste en cerrar fuertemente la mano cuando se estimula la palma del bebé al presionarla con los dedos de la mano del explorador,

Slide 28

Resumen de la evaluación neurológica del neonato

| | 28 Semanas | 32 Semanas | 34 Semanas | 48 Semanas | Alertas Irritable, letárgico |
|---------------------------|--|---|--------------|---|------------------------------------|
| Estado mental | Necesita estímulo suave para despertar | Abrir los ojos espontáneamente, ciclos de sueño vigilia | | Abrir los ojos al despertar | |
| Pares craneales Pupila | Parpadea a la luz No orientación del sonido | Reflejo pupilar consistente | Fija y sigue | Sigue sonido con ojos y cabeza | No reacción al sonido |
| Audición | Succión +/- no sincronizada la deglución | Succión ++ | | Succión +++ coordinado con deglución | No succión |
| Succión/Deglución | | | | | Hipotonía Hipertonía |
| Motor | | | | | |
| Reflejos Moro | Débil, incompleto | Completo | | Completo | Asimetría |
| RTCA | | | | Aparece a 35 semanas | |
| Presión palmar | Presente + | | Presente ++ | Presente +++ | |

Haga un pequeño resumen y recalque cuales pueden ser los hallazgos que pueden significar una alerta durante la exploración neurológica

Slide 29

Para garantizar, la realización de exámenes laboratoriales, imágenes, otros y valoraciones por especialistas de los casos que así lo requieran, el alta se valorará de acuerdo a la evolución del paciente.

En caso de no contar con el recurso especializado para el manejo de estos casos, se deberá referir al siguiente nivel de mayor complejidad.

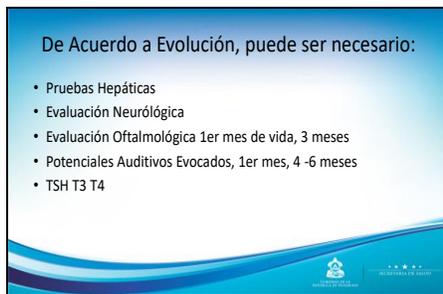
Lo más importante es poder realizarle las evaluaciones necesarias para asegurar un abordaje integral y efectivo, si no se puede realizar en el establecimiento de su nacimiento, es necesario realizar una referencia oportuna y completa, para poder continuar su manejo en el nivel correspondiente.

Slide 30



En todo recién nacido se tiene ya un pull de exámenes necesarios, estos serían los estudios necesarios para el recién nacido con sospecha de síndrome congénito. Las muestras de sangre para las pruebas deben ser tomadas del niño y no de sangre de cordón en los primeros 2 días de vida, porque puede producir resultados falsos positivos por contaminación con sangre materna o falsos negativos

Slide 31

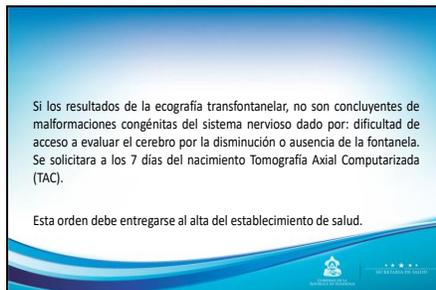


Algunas de las anomalías neurológicas a las cuales hay que dar seguimiento son: Hipertonía, Hipotonía, espasticidad, hiperreflexia, irritabilidad severa y convulsiones esto como resultado de la muerte celular y alteraciones en la proliferación neuronal, migración y diferenciación que retarda el crecimiento del cerebro y afecta la viabilidad de las células neuronales.

Las manifestaciones oculares asociadas a la infección por el virus de Zika son: Atrofia o cicatrices corioretinales, cambios pigmentarios, hipoplasia, palidez del disco óptico o con mayor ahuecamiento, retinopatía hemorrágica y vasculatura retiniana anormal

Los Niños con desarrollo anormal del Cerebro pueden tener disfunción Hipotalámica que los conduce a Insuficiencia hipofisiaria que podría afectar la función tiroidea.

Slide 32



La Opción numero 1 observar las imágenes de los daños ocasionados por el virus de Zika es la TAC cerebral

Slide 33



Para conocimiento general de las imágenes encontradas en los casos de Síndrome congénito por Zika Puede haber además atrofia cerebral: disminución del tamaño del cerebro que afecta una parte o la totalidad del cerebro, generando pérdida de la masa cerebral y trastornos neurológicos.

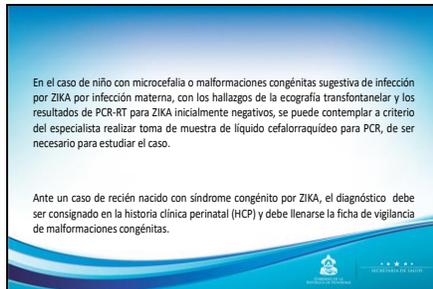
Ventriculomegalia: ampliación de los

ventrículos laterales entre 10 y 15 mm de ancho conteniendo líquido cefalorraquídeo que puede ser leve, moderado o severo.

Agenesia del cuerpo calloso: falta de formación de la región cerebral llamada cuerpo calloso, producto de una alteración en el desarrollo embrionario que ocasiona la falta parcial o total de este importante haz de fibras inter hemisféricas cerebrales.

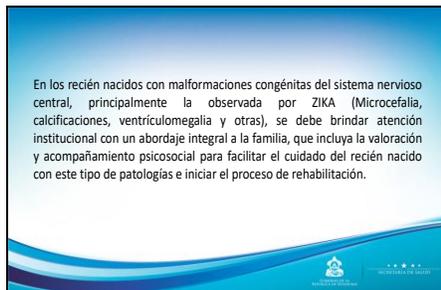
Lisencefalia es el término que significa cerebro liso, trastorno caracterizado por microcefalia y agiria que es la ausencia de las circunvoluciones o gyrus normales del cerebro.

Slide 34



Queda a criterio del Especialista si se realizan otras pruebas diagnósticas si se tiene una alta sospecha clínica de Síndrome congénito por Zika. Lo que no puede faltar es la consigna del diagnóstico y la notificación obligatoria de las malformaciones congénitas encontradas

Slide 35



Se debe continuar con el abordaje de cada uno de los retos médicos presentes en los casos de síndrome congénito, sin olvidar lo importante que es el abordaje familiar, ya que es una situación con alto impacto en toda la familia, estatus de vida y roles.

Slide 36

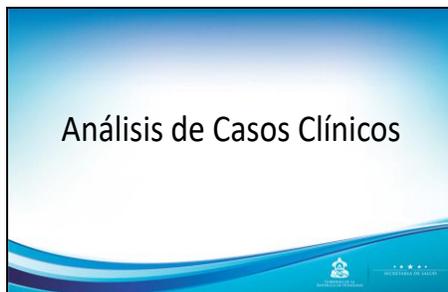


Existen muchas causas de Microcefalia y malformaciones congénitas que deben ser descartadas antes de pensar en Síndrome congénito por Zika, La Historia clínica, sobretodo una anamnesis completa es la que nos puede ayudar a orientar el diagnóstico.

Slide 37



Slide 38



Se harán 2 casos clínicos, es preferible realizar el análisis de casos reales ocurridos en algunos de los establecimientos de Salud de los participantes.

12. Presentación Malformaciones Congénitas (Presentación 10)

Slide 1

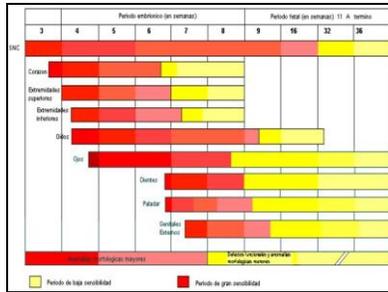


Slide 2



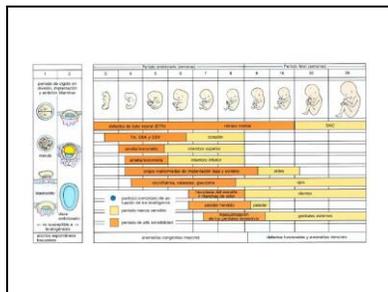
Ya sean trastornos estructurales, de la conducta, funcionales y metabólicos que se encuentran presentes en el momento del nacimiento. Esta palabra viene del griego "teratos" que significa monstruo.

Slide 3



El conocimiento de los motivos de malformaciones congénitas es de importancia clínica porque cerca del 20 % de las muertes en el período perinatal se atribuye a anomalías mayores en el desarrollo. Como se observa en la imagen la mayor susceptibilidad o sensibilidad al daño se da en las primeras 9 semanas.

Slide 4



Se estima que los factores genéticos están incluidos en cerca de un 30% de todas las malformaciones congénitas mayores, y producen cerca del 85% de aquellas de causas desconocidas

Slide 5



Entre mas temprana es la exposición al virus de Zika en el embarazo, mayor será la sensibilidad al daño en la etapa embriológica, afectando órganos vitales como Cerebro y Sistema Nervioso Central, Corazón, ojos y Oídos.

Slide 6

FUNDAMENTOS DE LA TERATOGENIA

- EL GENOTIPO (LA CONSTITUCIÓN GENÉTICA DEL EMBRIÓN)
- DIFERENCIAS GENÉTICAS EN LA RESPUESTA FRENTE A UN TERATÓGENO.



Si el Embrión ya tiene una constitución genética con susceptibilidad al daño y exposición a agentes teratogénicos puede haber mayor riesgo de malformaciones y dependerá de la respuesta genética hacia la exposición. El proceso de desarrollo se puede considerar como una serie de instrucciones programadas y aportadas por el ADN del cigoto que permite la diferenciación y especialización celular. Los agentes teratogénicos pueden interrumpir estas instrucciones y producir una cantidad anormal de una sustancia que induce a malformaciones o a la muerte del embrión.

Slide 7

Prueba de la Teratogenicidad

Para considerar teratígeno a un agente es necesario:

1. Demostrar un incremento en la frecuencia de defectos congénitos (respecto a la frecuencia espontánea) en embarazos en los que la madre presenta exposición a dicho agente.



En años anteriores el número de casos reportados por microcefalia eran poco significativos estadísticamente, en la actualidad, existe en lo que va del año mas de 75 casos de Microcefalia que han coincidido con la aparición de la infección del virus de Zika

Slide 8



Hasta el momento se conoce que la afección al Feto o Recién nacido ocasionada por el virus de Zika es de 0.95 – 13.1 % de los casos reportados coincide con las estadísticas de la etiología de malformaciones por agentes ambientales reportados, la mayoría de las malformaciones congénitas son de etiología desconocida

Slide 9



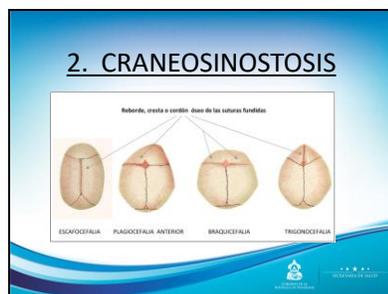
Genéticos: Estas son debido a anomalías cromosómicas numéricas o estructurales, en estas entran las Trisomías, monosomías, Metabólicos: La Microcefalia puede formar parte de los problemas del metabolismo como la fenilcetonuria de la madre, por otra parte es importante conocer que los hijos de madres con algún problema del metabolismo pueden presentar microcefalia aislada, estas mujeres suelen tener antecedentes de abortos a repetición o restricción de Crecimiento Intrauterino.

Slide 10



Se caracteriza por la incapacidad de metabolizar el aminoácido fenilamina, es consecuencia de la falta de la enzima que lleva a un crecimiento anormal (microcefalia, enanismo, retardo de la dentición, cambios en la textura y coloración de piel y cabello y en casos mas grave, espina bífida y falta de crecimiento de genitales)

Slide 11



Defecto Congénito en el cual una o mas suturas de la cabeza del bebe , se cierran antes de lo normal.

Slide 12



Slide 13

3. SINDROMES CROMOSOMICOS

- SINDROME DE DOWN



Slide 14

4. DISMINUCION DE OXIGENO DEL CEREBRO FETAL

ASFIXIA PERINATAL



Slide 15

5. EXPOSICION A DROGAS O ALCOHOL



Slide 16

6. FACTORES AMBIENTALES

AGENTES INFECCIOSOS

- CITOMEGALOVIRUS
- VIRUS DE LA RUBEOLA
- TOXOPLASMA GONDII
- **VIRUS DEL ZIKA**



Slide 17

Enfermedad de Inclusión Citomegálica

- Hepatomegalia
- Esplenomegalia
- Ictericia
- Petequias o purpura
- Neumonía
- Microcefalia
- Coriorretinitis
- Hipotonía



Infecciones Silenciosas
Microcefalia
Perdida auditiva
convulsiones

Slide 18

SINDROME CONGENITO POR RUBEOLA

Síndrome por rubéola



Microcefalia CAP Cataratas



Slide 19

SINDROME CONGENITO POR TOXOPLASMA

Ciclo de vida TOXOPLASMOSIS



Slide 20

EMBARAZO Y TOXOPLASMA



ABORTO
PARTO PREMATURO
MORTINATOS



Slide 21

VIRUS DEL ZIKA

MOLECULA DE ARN :
se replica en el citoplasma de la celula

GENOMA DE 10,794 Kb de longitud



Slide 22

SINDROME CONGENITO DEL ZIKA

- Microcefalia grave
- Retraso en el desarrollo psicomotor.(Espasticidad y rigidez)
- Calcificación en la placenta



Slide 23

SINDROME CONGENITO DEL ZIKA

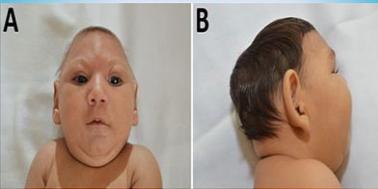
- 20% contracturas musculares congénitas
- Microcefalia de inicio tardío



Slide 24

SINDROME CONGENITO DEL ZIKA

A **B**



Slide 25



Slide 26



Slide 27



Slide 28



Slide 29

¿Causa el virus Zika Microcefalia y otros daños cerebrales (Sd. Congénito del Zika)?

Slide 30

CRITERIOS DE BRADFORD HILL PARA DEMOSTRAR CAUSALIDAD ENTRE ZIKA Y MALFORMACIONES CEREBRALES AL NACER

| CRITERIO | EVIDENCIA | CRITERIO CUMPLIDO |
|-------------------------|---|-------------------|
| FUERZA DE LA ASOCIACION | Los estudios epidemiológicos en Brasil y Polinesia Francesa muestran una fuerte asociación. Ver enlace | SI |
| CONSISTENCIA | Brasil, Polinesia Francesa y Colombia han reportado la asociación. Se han reportado casos en viajeros. | SI |
| ESPECIFICIDAD | Las malformaciones estructurales observadas en el cerebro son particulares, no observadas cuando el daño es provocado por otros agentes. | SI |
| TEMPORALIDAD | La infección de la madre embarazada precede al daño cerebral, en Brasil el bote de Zika fue primero al incremento de casos de microcefalia. | SI |
| GRADIENTE BIOLOGICO | No hay datos que sugieran que haya dosis-dependencia o que la carga viral aumente los riesgos. | NA |

n engl j med 374.20 n engl j med 374.20

Slide 31

| CRITERIO | EVIDENCIA | CRITERIO CUMPLIDO |
|---------------|---|-------------------|
| PLAUSIBILIDAD | Los daños encontrados en el cerebro son similares a los producidos por otros virus. La demostración del virus en células neuronales hacen plausible que este cause los daños. | SI |
| COHERENCIA | Estudios en animales han mostrado que el virus es neurotrópico. Se ha demostrado que la infección neuronal por el virus provoca muerte neuronal o alteración de su crecimiento. | SI |
| EXPERIMENTOS | No se han hecho. En animales no se ha demostrado teratogenicidad. | NA |
| ANALOGIA | Otros flavivirus en animales han mostrado teratogenicidad y daño neuronal. También otros virus como citomegalovirus han mostrado lo mismo. | SI |

n engl j med 374.20 n engl j med 374.20

Slide 32

CRITERIOS DE SHERMAN PARA MOSTRAR TERATOGENICIDAD EN HUMANOS APLICADO A LA RELACION ENTRE ZIKA Y MICROCEFALIA

| CRITERIO | EVIDENCIA | CRITERIO CUMPLIDO |
|---|--|-------------------|
| Exposición al agente en un momento crítico del desarrollo prenatal | Los hallazgos en los países muestran que la infección con el virus Zika al final del primer trimestre es mayor riesgo de microcefalia. | SI |
| Los hallazgos son consistentes en dos o más estudios epidemiológicos de alta calidad, con control de factores de confusión, control de sesgo, con un número suficiente de casos, prospectivos y con riesgo relativo mayor 6 | Solo se cuenta con dos estudios epidemiológicos de estas características. | PARCIALMENTE |

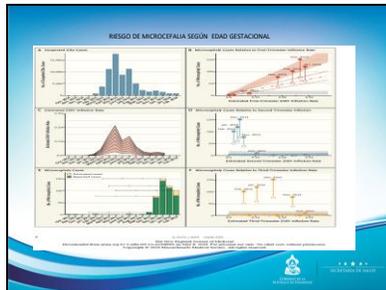
n engl j med 374.20 n engl j med 374.20

Slide 33

| CRITERIO | EVIDENCIA | CRITERIO CUMPLIDO |
|---|--|-------------------|
| Delimitación y descripción cuidados del síndrome o hallazgos. | El fenotipo está bien caracterizado y definido en los PA, lo mismo con las malformaciones provocadas por otros virus lo cual es consistente. | SI |
| Exposición ambiental rara esta asociada con un defecto raro | Se han encontrado casos de microcefalia (defecto raro) en mujeres que viajaron a países con Zika (exposición rara) | SI |
| Hereditabilidad mostrada en estudios animales (es importante pero no indispensable) | No se han realizado suficientes estudios, en los realizados hasta ahora no se ha demostrado hereditabilidad. | NO |
| Asociación biológica | Todos los estudios, hasta ahora demuestran la asociación entre la presencia del virus en el tejido cerebral fetal y las malformaciones | SI |

n engl j med 374:20 nejm.org May 19, 2016

Slide 34



Slide 35

CONCLUSIONES

1. NEUROTROPISMO del Virus

Tiene la capacidad de afectar el tejido nervioso desde el momento de la embriogénesis hasta después del nacimiento

Slide 36

2. OTROS ORGANOS AFECTADOS

| ÓRGANO | INCIDENCIA |
|----------|------------|
| Cerebro | 10%1.000 |
| Corazón | 8%1.000 |
| Riñones | 4%1.000 |
| Miembros | 2%1.000 |
| El resto | 6%1.000 |
| Total | 30%1.000 |

Slide 37



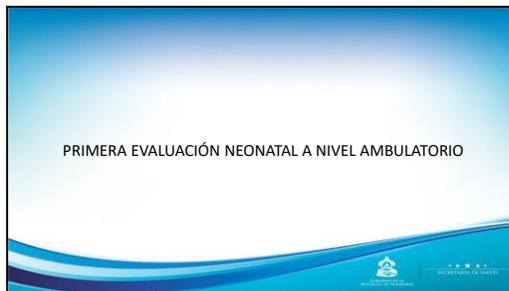
13. Presentación Atención del Recién nacido, nivel Ambulatorio (Presentación 17)

Slide 1



Esta Presentación tiene el propósito de orientar al personal de salud, en las acciones necesarias durante la evaluación en el nivel ambulatorio, que permitirá hacer un examen físico orientado, detección oportuna de complicaciones, intervenciones necesarias e inmediatas para asegurar que su condición no empeore

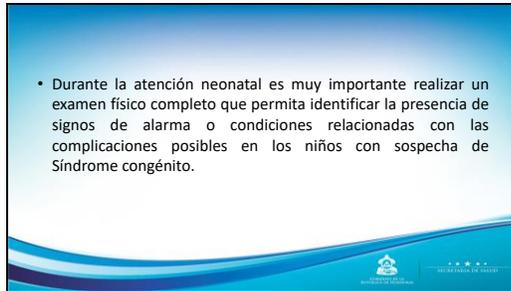
Slide 2



Pregunte a los participantes, en que momento se debe realizar la primera evaluación del recién nacido?

Refuerce que la primera evaluación debe ser idealmente a las 72 horas de vida con intervalo de tiempo de 3 a 7 días de vida, por consideración de las madres que viven en áreas de difícil acceso.

Slide 3



• Durante la atención neonatal es muy importante realizar un examen físico completo que permita identificar la presencia de signos de alarma o condiciones relacionadas con las complicaciones posibles en los niños con sospecha de Síndrome congénito.

En muchas de las evaluaciones en la atención neonatal se ha encontrado la debilidad de no hacer o no escribir en los expedientes de los recién nacidos los hallazgos encontrados al evaluarlos, es por eso que en el año 2015 se trabajó la Historia clínica neonatal ambulatoria que facilita recoger esta información.

Slide 4

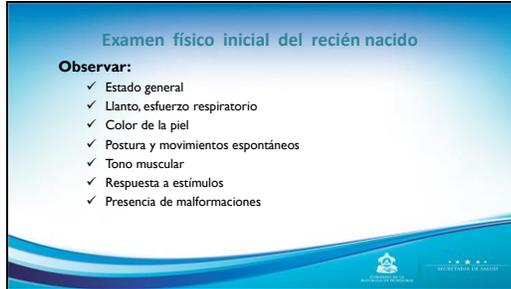


Componentes del Examen Físico del Recién Nacido

- Paso 1 • Observación General
- Paso 2 • Medidas antropométricas
- Paso 3 • Evaluación por Órganos, Aparatos y Sistemas

El examen físico puede realizarse en 10 minutos si se hace de manera sistemática y por pasos de acuerdo a los componentes del examen físico

Slide 5



Examen físico inicial del recién nacido

Observar:

- ✓ Estado general
- ✓ Llanto, esfuerzo respiratorio
- ✓ Color de la piel
- ✓ Postura y movimientos espontáneos
- ✓ Tono muscular
- ✓ Respuesta a estímulos
- ✓ Presencia de malformaciones

Al tener un Recién nacido con antecedentes en la madre de infección por Zika o sospecha de síndrome congénito, dentro de los parámetros de la observación general, que es muy amplio y que nos puede dar hasta el 50% de la información necesaria para un buen examen físico, estos son los parámetros a los que debemos poner mayor atención

Slide 6



- Apoyarse en un ayudante que sostenga la cabeza del recién nacido en el extremo fijo del tallímetro y a extender sus extremidades.
- En el recién nacido a término, la talla esperada es de 48 a 53 cm

- **Peso**
- El recién nacido debe estar desnudo.
- Registrar el peso obtenido en la historia clínica perinatal base (HCPB).
- En el recién nacido a término, el peso esperado debe ser entre 2500 a 3999 gramos.

Talla

- Medir al recién nacido desde la coronilla hasta los pies, con un infantómetro portátil de madera, un tallímetro anexo a la mesa de examen físico o con cinta métrica, sobre una superficie plana (mesa, cama, etc.)

Slide 7



Medir el contorno de la cabeza del recién nacido con una cinta métrica no elástica.

- Tomar como punto de referencia la prominencia frontal y occipital.
- Se espera encontrar entre 33 a 38 cm de circunferencia
- Un patrón de referencia es: $PC = \text{Talla} / 2 + 10 \pm 2 \text{ cm}$
- **Perímetro Torácico** La medición se realiza con la cinta métrica no elástica, la cual se pasa sobre la circunferencia máxima del tórax, sobre las tetillas frente y la cuarta vertebra dorsal posterior, formando una circunferencia.
- Se espera encontrar entre 31 a 35 cm de circunferencia del tórax.

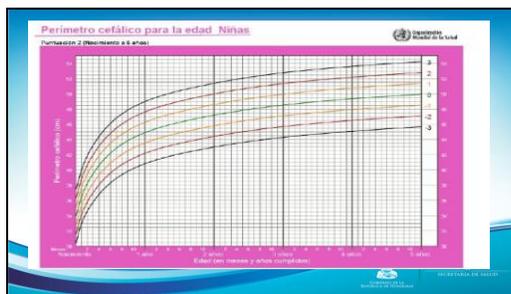
Slide 8



Use una cinta métrica que no se pueda estirar

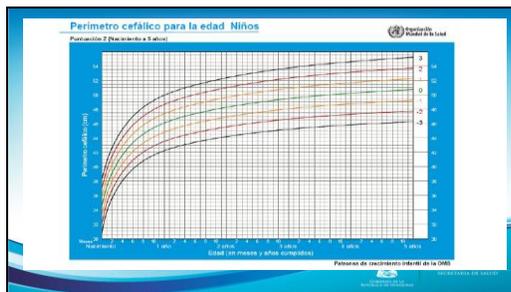
- Rodee firmemente la cabeza con la cinta métrica alrededor de la circunferencia más ancha posible
 - »» La parte más ancha de la frente encima de las cejas
 - »» Por encima de las orejas
 - »» La parte más prominente de la nuca
- Tome la medida tres veces y elija la medición más grande con respecto al 0.1 cm más cercano.
- Las mediciones de la circunferencia de la cabeza se deben tomar el primer día de vida porque las tablas de referencia de circunferencia de la cabeza al nacimiento de uso más habitual por edad y sexo están diseñadas en función de las medidas de antes de las 24 horas de vida

Slide 9



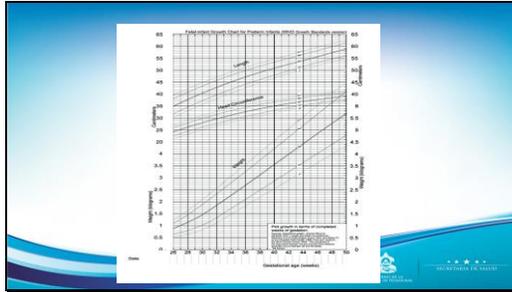
Esta es la gráfica utilizada para evaluar el perímetro cefálico en las niñas desde los 0 meses hasta los 5 años, proporcionada por la OMS

Slide 10



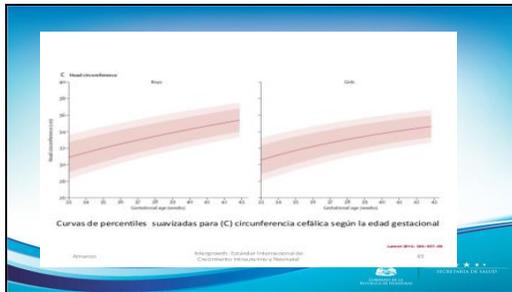
Esta es la gráfica utilizada para evaluar el perímetro cefálico en los niños desde los 0 meses hasta los 5 años, proporcionada por la OMS que evalúa en base a desviaciones estándar

Slide 11



Esta es la gráfica de Fenton que tiene mayor aporte en los recién nacidos prematuros y de mucha utilidad para los recién nacidos de bajo peso para su edad gestacional o restricción de crecimiento intrauterino para su seguimiento.

Slide 12



Curvas de Intergrowth, que tiene gráficas para la evaluación del crecimiento intrauterino y Neonatal y su seguimiento

Slide 13



Microcefalia: definido por la medición del perímetro cefálico (circunferencia occipito-frontal) menor al percentil 3 (< p3) acuerdo a las curvas de crecimiento cefálico de FENTON o INTERGROWTH para recién nacidos pre término o menor de 2 desviaciones estándar con relación al percentil Z, de las gráficas de OMS en recién nacidos a término, comparado con el estándar normal ajustado para la edad y sexo medido al nacer y confirmado a las 24 semanas.

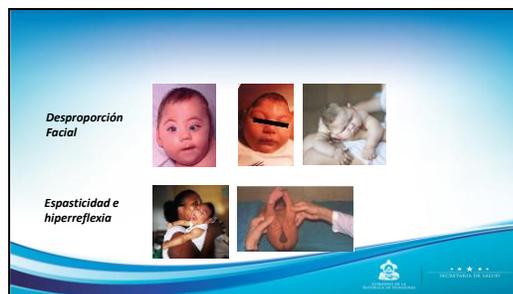
Slide 14



Artrógrupos es la presencia de contracturas de articulaciones no progresivas, que afectan una o más partes del cuerpo del recién nacido al nacimiento.

Cutis Gyrate es una condición de cuero cabelludo en la que existen pliegues convolutos y surcos profundos que remedan la superficie de la corteza cerebral.

Slide 15



Desproporción facial sobretodo porque la cara no deajo de tener su desarrollo normal pero su cráneo sí. Generalmente estos niños tienen marcado aumento del tono muscular e hiperextensión de su cuerpo.

Slide 16



Al Realizar una evaluación Neurológica es importante conocer lo normal, para poder identificar lo anormal, una de las características mas importante notadas en los recién nacidos sanos es que sus extremidades superiores como inferiores se encuentran en flexión. La escala para la exploración Neurológica que se puede utilizar preferiblemente en los recién nacidos con sospecha de Síndrome Congénito, Prematuros o con sospecha de alteraciones o inmadurez neurológica es utilizando en método de Ballard modificado, que evalúa de manera efectiva el tono pasivo, mediante la exploración Talón Oreja, Bufanda y Angulo Poplíteo.

Slide 17

METODO DE BALLARD MODIFICADO
MADUREZ NEUROMUSCULAR

| Signos de madurez neuromuscular | Puntuación | | | | |
|---------------------------------|------------|-----|-----|-----|-----|
| | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Postura | ↖ ↗ | ↖ ↗ | ↖ ↗ | ↖ ↗ | ↖ ↗ |
| Abducción | ↖ ↗ | ↖ ↗ | ↖ ↗ | ↖ ↗ | ↖ ↗ |
| Extensión | ↖ ↗ | ↖ ↗ | ↖ ↗ | ↖ ↗ | ↖ ↗ |
| Amplitud | ↖ ↗ | ↖ ↗ | ↖ ↗ | ↖ ↗ | ↖ ↗ |
| Reflejo | ↖ ↗ | ↖ ↗ | ↖ ↗ | ↖ ↗ | ↖ ↗ |
| Fuerza | ↖ ↗ | ↖ ↗ | ↖ ↗ | ↖ ↗ | ↖ ↗ |

En esta Evaluación generalmente mientras los parámetros evaluados tienen una puntuación entre 0 y -1, se considera que hay mayor inmadurez neuromuscular en el recién nacido

Slide 18



Se puede además evaluar el tono activo mediante estas maniobras, donde se podría identificar alteraciones como Hipotonía e Hipertonía y espasticidad, en la maniobra de Held sit, observará que la cabeza no puede mantenerse recta en el eje sino que oscila y cae hacia adelante o lateralmente y además los reflejos primitivos de Presión palmar que consiste en cerrar fuertemente la mano cuando se estimula la palma del bebé al presionarla con los dedos de la mano del explorador

En el reflejo tónico cervical asimétrico, notará que al girar la cabeza hacia un lado el niño extenderá la extremidad superior hacia el lado que giró la cabeza y una flexión más pronunciada del lado opuesto y la de presión plantar que sucede lo misma respuesta en el pie que en la presión palmar flexionando los dedos de los pies.

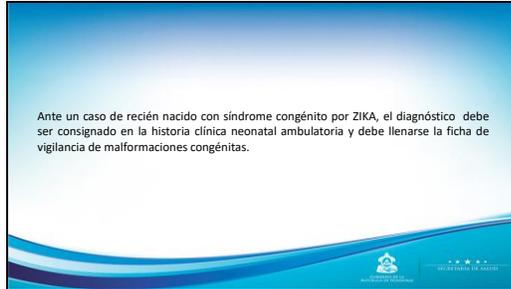
Slide 19

Resumen de la evaluación neurológica del neonato

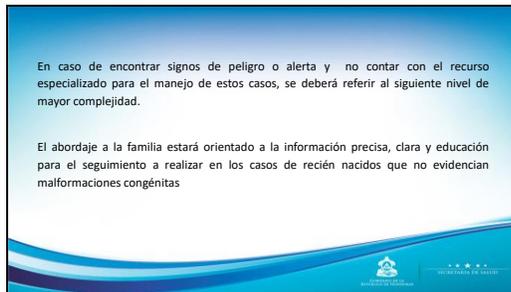
| | 28 Semanas | 32 Semanas | 34 Semanas | 40 Semanas | Alertas |
|-------------------|---|---|--------------|--|-------------------------|
| Estado mental | Necesita estímulo suave para despertar | Abece los ojos espontáneamente, ciclos de sueño vigilia | | Aumenta la alerta, hora al despertarse | Alertas, letárgico |
| Paras craneales | Párpados a la luz | Reflejo pupilar consistente | Fija y sigue | Sigue sonido con ojos y cabeza | No reacción al sonido |
| Audición | No orientación del sonido | Succión ++ | | Succión +++, coordinado con deglución | No succión |
| Succión/Deglución | Succión -, no sincronizada la deglución | | | | |
| Morar | | | | | Hipotonía Hipertonía |
| Reflejos Moro | Débil, incompleto | Completo | | Completo | Asimetría |
| RTCA | | | | Aparece a 35 semanas | |
| Presión palmar | Presente + | | Presente ++ | Presente +++ | |

Haga un pequeño resumen y recalque cuales pueden ser los hallazgos que pueden significar una alerta durante la exploración neurológica

Slide 20



Slide 21



Es necesario se realice la detección de signos y síntomas tempranos de alteraciones en el neuro-desarrollo y así mismo concientizar de la importancia de la asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo para el seguimiento.

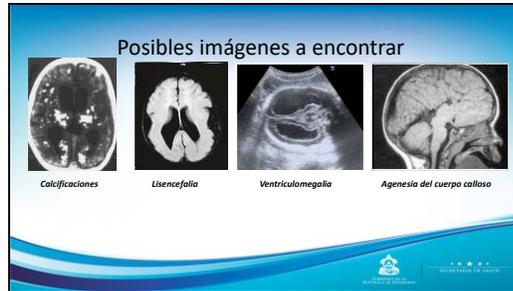
Slide 22



Los casos de Síndrome Congénito por ZIKA pueden presentar diferentes complicaciones. Algunos niños presentarán convulsiones, retardo mental, ceguera, sordera o problemas de movilidad. Por lo tanto, el tratamiento debe ser individualizado. El asesoramiento a la familia y el apoyo a los padres también son extremadamente importantes.

Explique: Esta enfermedad no es su culpa ni la de su pareja. Necesitan apoyo profesional para conversar sobre sus preocupaciones, sentimientos y frustraciones ante una enfermedad que no tiene cura y que durará toda la vida.

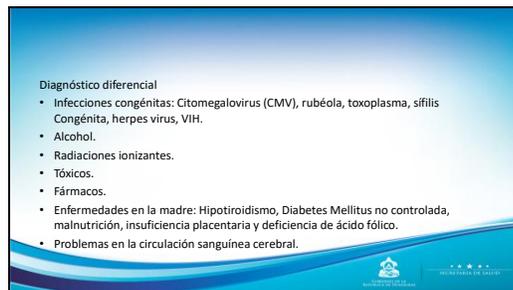
Slide 23



Agenesia del cuerpo calloso: falta de formación de la región cerebral llamada cuerpo calloso, producto de una alteración en el desarrollo embrionario que ocasiona la falta parcial o total de este importante haz de fibras inter hemisféricas cerebrales.

Para conocimiento general de las imágenes encontradas en los casos de Síndrome congénito por Zika Puede haber además atrofia cerebral: disminución del tamaño del cerebro que afecta una parte o la totalidad del cerebro, generando pérdida de la masa cerebral y trastornos neurológicos. Lisencefalia es el término que significa cerebro liso, trastorno caracterizado por microcefalia y agiria que es la ausencia de las circunvoluciones o gyrus normales del cerebro. Ventriculomegalia: ampliación de los ventrículos laterales entre 10 y 15 mm de ancho conteniendo líquido cefalorraquídeo que puede ser leve, moderado o severo.

Slide 24



Existen muchas causas de Microcefalia y malformaciones congénitas que deben ser descartadas antes de pensar en Síndrome congénito por Zika, La Historia clínica, sobretudo una anamnesis completa es la que nos puede ayudar a orientar el diagnóstico.

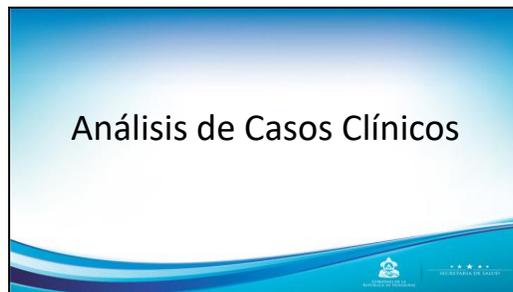
Slide 25



La lactancia materna exclusiva no solamente alimenta óptimamente a su hijo, sino también le sirve como un método anticonceptivo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. A pesar de que se ha detectado el virus de ZIKA en la leche materna, pero no hay ninguna prueba de que se transmita al niño a través de la lactancia materna.

Slide 26



14. Presentación Evaluación del Crecimiento y Desarrollo (Presentación 11, Se utilizará en ambos talleres, Hospitalario y ambulatorio)

Slide 1



Dentro de los lineamientos se han establecido roles y tiempos específicos para el abordaje del crecimiento y desarrollo de los niños con sospecha o con diagnóstico de síndrome congénito, Se partirá del conocimiento general de lo que se debe evaluar en un niño para asegurar que su crecimiento y desarrollo es normal, para poder conociendo lo normal, poder identificar lo que puede ser anormal.

Slide 2

Recién nacido sano sin aparente malformación congénita con alto riesgo neurológico.

Remitir al primer nivel para controles, a las 72 horas del alta. Posterior a esta, se realizara evaluación pediátrica al mes, a los 2 meses y a los 3 meses.

A partir de los 3 meses, continuará en las consultas de control de crecimiento y desarrollo de niño de alto riesgo evaluado por Pediatra a los 6 meses, 9 meses, 12 meses del nacimiento y continuar de acuerdo a la evolución.



Dentro de los pacientes que evaluaremos están los hijos de madre o padre con antecedente de Zika, pero que no presenta aparentes malformaciones congénitas al momento del nacimiento, a los cuales se les debe dar seguimiento a su crecimiento y neurodesarrollo, precisamente porque se sabe que no necesariamente todos los casos de síndrome congénito tendrán evidencia de malformaciones, pero pueden tener alteraciones neurológicas que pueden manifestarse a lo largo de los meses.

Slide 3

Recién nacido con Síndrome congénito por ZIKA

- Será referido al servicio de fisioterapia, centro de rehabilitación, o a los programas de Rehabilitación con base comunitaria (RBC)
- Será atendido por pediatra como mínimo, al mes, a los 2 meses y a los 3 meses
- A partir de los 3 meses, continuará en las consultas de control de crecimiento y desarrollo de niño de alto riesgo evaluado por Pediatra a los 6 meses, 9 meses, 12 meses del nacimiento y continuar de acuerdo a la evolución.



Los Recién nacidos con sospecha o diagnóstico de Síndrome congénito por Zika, ameritan iniciar lo más pronto posible terapias de estimulación temprana, apoyo de medicina física y rehabilitación para asegurar que el daño no se agudice por la falta de estimulación de su sistema nervioso y musculoesquelético.

Slide 4

QUE EVALUAR?

- Que es lo que se debe de evaluar en crecimiento y desarrollo?
- Cuales serían los posibles hallazgos en los niños con alto riesgo neurológico?
- Cuales serían los hallazgos en los niños con Síndrome congénito por Zika?



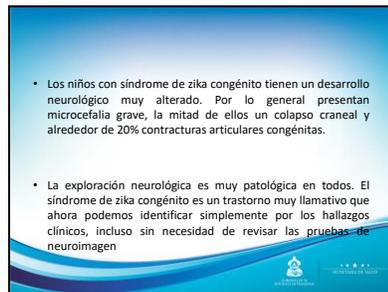
Pregunte a los participantes y haga una lluvia de ideas, esto le facilitará saber el grado de conocimiento respecto al tema y los puntos a enfatizar durante el desarrollo del tema

Slide 5



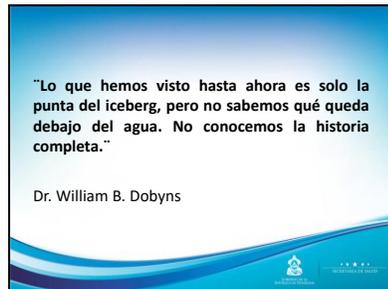
El resultado es una combinación de número insuficiente de células nerviosas, microcefalia, una malformación cortical congénita (por el defecto en la estructura de sostén) y otros signos de lesión. Además de ser pequeño, el cerebro presenta calcificaciones dispersas como consecuencia del efecto lesivo directo del virus de Zika

Slide 6



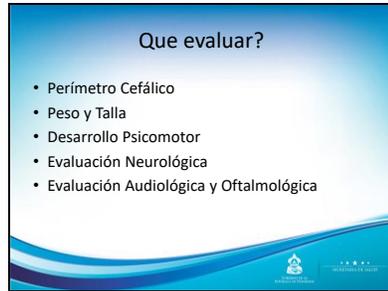
Ya se ha documentado que no solamente es la microcefalia, sino un sin número de complicaciones que pueden empeorar el pronóstico y calidad de vida de los pacientes con síndrome congénito

Slide 7



Una Frase muy frecuentemente expresada por expertos que hablan del tema y es porque aún hay muchas cosas por descubrir respecto a esta enfermedad, que nadie se imaginó pudiese tener el impacto alcanzado

Slide 8

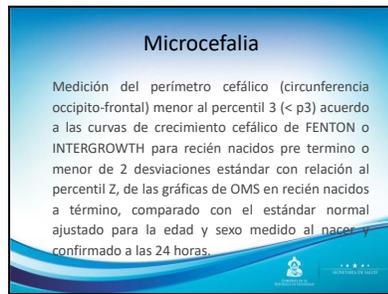


Además, podemos encontrar alteraciones en peso y talla en estos pacientes debido a los grandes problemas para alimentarse, lo que puede empeorar aún más la situación con problemas nutricionales.

Pregunte a los participantes y analice junto a ellos sus respuestas, reafirme que, para hacer el diagnóstico de microcefalia al nacer, se debe tomar la medida del perímetro cefálico en la atención inmediata y confirmar a las 24 horas de vida.

Sabemos además que uno de los puntos clave es el seguimiento del perímetro cefálico, ya que en los casos de infección después del primer y segundo trimestre, también se ha encontrado la ausencia de crecimiento o detención en el crecimiento normal del cerebro.

Slide 9



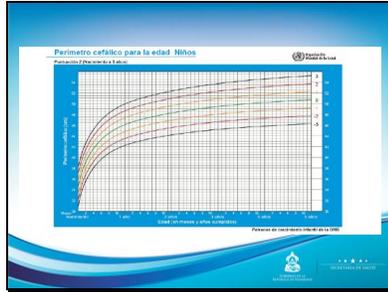
Se han considerado los parámetros de las 3 graficas en circulación en el país, precisamente por que lo que se quiere es que se realice el seguimiento adecuado con las graficas con las que se cuentan en cada uno de los establecimientos de salud.

Slide 10



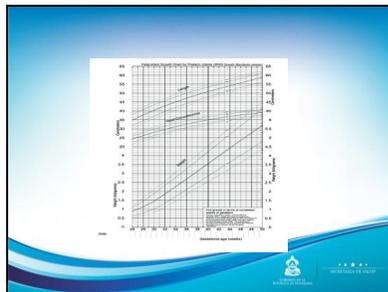
Esta es la gráfica utilizada para evaluar el perímetro cefálico en las niñas desde los 0 meses hasta los 5 años, proporcionada por la OMS

Slide 11



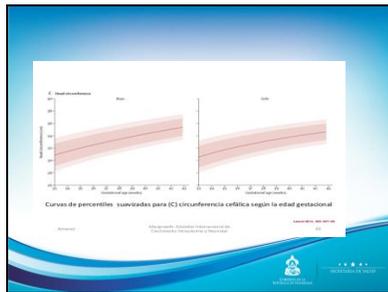
Esta es la gráfica utilizada para evaluar el perímetro cefálico en los niños desde los 0 meses hasta los 5 años, proporcionada por la OMS que evalúa en base a desviaciones estandar

Slide 12



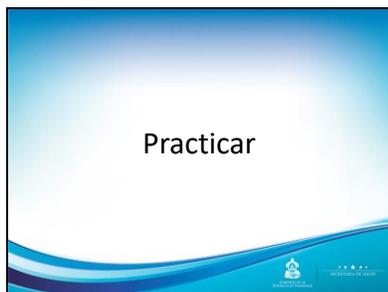
Esta es la gráfica de Fenton que tiene mayor aporte en los recién nacidos prematuros y de mucha utilidad para los recién nacidos de bajo peso para su edad gestacional o restricción de crecimiento intrauterino para su seguimiento

Slide 13



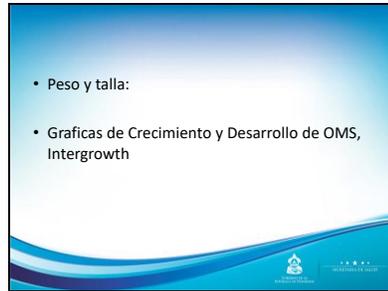
Curvas de Intergrowthn, que tiene gráficas para la evaluación del crecimiento intrauterino y Neonatal y su seguimiento

Slide 14



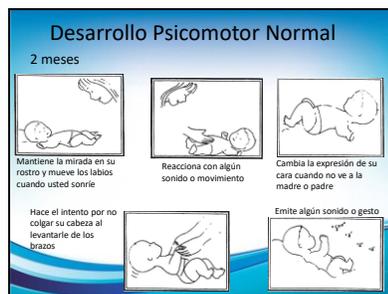
Hacer algunos ejercicios donde cada uno de los participantes pueda hacer uso de las gráficas para la medición del perímetro cefálico

Slide 15



En esta presentación no se harán ejercicios de peso y talla, pero se debe enfatizar que cada establecimiento de salud debe hacer uso de las gráficas de crecimiento y desarrollo disponibles y que debe vigilar de cerca la adecuada ganancia de peso en estos niños y emitir alarmas en caso de encontrarse detención en el crecimiento y desarrollo oportunamente para evitar la malnutrición

Slide 16



VISIÓN: ¿Qué puede ver?

El bebé de 2 meses sigue el movimiento de objetos grandes y de personas hasta 180°.

RELACIÓN SOCIAL: ¿Cómo se relaciona?

- Sonrisa "social" cuando se le habla de frente.
- Reconoce a su madre.

MOTRICIDAD TOSCA: ¿Qué puede hacer?

Postura del cuerpo y movimientos que puede hacer el bebé de 2 meses:

- *Acostado boca arriba*: brazos y piernas tienden a estar flexionados, pero con más movimiento que antes.
- *Acostado boca abajo*: se apoya sobre los brazos y levanta la cabeza unos segundos.
- *Tirando de sus brazos hasta ponerle "sentado"*: la cabeza cuelga hacia atrás y al llegar a los 90°, la mantiene unos instantes.
- *Manos*: a menudo están abiertas.
- Reacciona al ver el pecho o el biberón.

LENGUAJE: ¿Cómo se comunica?

Vocaliza: Dice "aaa", "eee", "uuu"...



•El uso de las manos del bebé de 3 meses

Al ponerle algo en la mano hace prensión involuntaria
Tiene a menudo abiertas las manos.
Se coge las manos y las mira.
Tira de la ropa.

•La visión del bebé de 3 meses

- A esta edad el bebé sigue bien objetos con la mirada, pero no acierta a cogerlos con las manos.
- En esta etapa su campo visual se desarrolla y alcanza a ver personas y objetos que están más lejos.

El lenguaje del bebé de 3 meses

A esta edad es típico el balbuceo espontáneo del bebé que suena "a-goo". Asimismo, el bebé empieza a imitar algunos sonidos.

Motricidad tosca del bebé de 3 meses

La motricidad tosca se refiere a la postura del cuerpo del bebé y a los **movimientos** que puede hacer a esta edad:

- Acostado boca abajo*: se apoya sobre los antebrazos y levanta la cabeza 45-90°. Tiene los muslos estirados.

- Acostado boca arriba*: se mira las manos. Las rodillas aún están algo dobladas, pero apoya los talones en la cama.

- Sosteniéndole "sentado"*: la espalda está más recta.

La audición del bebé de 3 meses

El bebé empieza a despertarse con ruidos cercanos. Antes de esta edad duerme por lo general, aunque haya ruidos a su alrededor.

También gira la cabeza hacia el lugar de donde procede el sonido.

La relación social del bebé de 3 meses

- Es capaz de estar tranquilo solo. Muy atento a su alrededor.
- El bebé es más fácil de consolar que en los meses anteriores.
- Mira cuando alguien le habla. Se vuelve hacia los sonidos.
- Reconoce a los adultos más familiares.
- Al ver un juguete o una persona conocida o el pecho, mueve activa y alegremente los brazos y piernas.
- Algunos se comportan de forma distinta con el padre y con la madre: movimientos más lentos hacia la madre. Con el padre: ojos muy abiertos, esperando juego.

Slide 18



MANOS

- Intenta agarrar objetos, aunque aún no acierta.
- Sostiene el sonajero por más tiempo. Lo agita activamente.
- Se lleva cosas a la boca.
- Se tira de la ropa. Se quita la ropa que le cubre la cara.
- VISIÓN
- Parecida a la visión del adulto.
- Le gusta estar sentado y girar la cabeza para mirar las cosas de su alrededor.

- Acostado boca abajo*: se apoya sobre los antebrazos y puede levantar la cabeza y la parte superior del tronco. "Empuja" brazos y piernas contra la cama. Se gira (sin llegar a darse la vuelta del todo).
- Acostado boca arriba*: las rodillas siguen algo flexionadas, pero ya apoya toda la planta de los pies. Cruza las piernas y las sube. Puede girarse hacia arriba (sin darse la vuelta del todo).
- Sujetándolo por los brazos para llevarle a posición "sentada"*: la cabeza sigue bien al tronco. Ya no se cae hacia atrás.

RELACIÓN SOCIAL

- Ante el espejo sonrío a su imagen (pero aún no se reconoce).
- Muestra interés ante el pecho o el biberón, las personas y los juguetes.
- LENGUAJE
- Vocalizaciones, balbuceos "a-guu".

Slide 19



MANOS

- Coge objetos voluntariamente.
- Cambia objetos de una mano a otra.

RELACIÓN SOCIAL Y AFECTIVIDAD

- Muestra sentimientos positivos hacia quienes le cuidan habitualmente.
- Sonríe cuando le hablan.
- Cuando se enfada, lo demuestra con

Acostado boca abajo: se apoya en los antebrazos y/o manos y levanta el tronco casi del todo. Esto hace que doble la cintura hacia atrás. Sin embargo, no puede soltar las manos para coger o jugar con un objeto. Puede darse la vuelta y ponerse boca arriba.

Acostado boca arriba: pedalea con los pies.

Al tomarlo de los brazos para ponerle sentado: participa activamente en el movimiento.

Al tomarlo por las axilas y ponerlo "de pie": apoya los pies y hace fuerza con ellos contra la mesa. La mayor parte de las veces con las piernas cruzadas.

distintas vocalizaciones y movimientos activos de brazos y piernas.
Reacciona de forma diferente ante los extraños, pero aún no "extraña" (no llora en exceso).

LENGUAJE

Baluceo imitativo.

Emite sonidos con la boca tipo "Pedorretas".

Slide 20



VISIÓN

Si escondemos un objeto, aún no lo busca.

AUDICIÓN

Busca el origen de los sonidos.

RELACIÓN SOCIAL

Tiende los brazos a las personas conocidas.

Trata de llamar la atención de las personas mediante la tos o algún sonido.

Acostado boca abajo: se apoya sobre las manos. Ya puede jugar (soltando una mano). Puede darse la vuelta.
Acostado boca arriba: levanta la cabeza y los hombros de la cama. Se coge los pies.

De pie, sujetándole por las axilas: se apoya sobre los pies, sin cruzar las piernas y "salta".

Puede mantenerse sentado sin apoyo unos segundos.

MANOS

Mantiene dos objetos (uno en cada mano).

Se lleva todos los objetos a la boca.

Le gusta arrugar papeles.

LENGUAJE

Baluceos. Emite sonidos espontáneamente y también imitando.
Responde a su nombre girando la cabeza.

Slide 21



RELACIÓN SOCIAL

Inicia juegos.

Indica con las manos que desea un juguete o que le cojan.

Responde a señales de otra persona.

Se resiste a que le quiten un juguete.

LENGUAJE

Imita los sonidos que le dicen.

Utiliza la voz para llamar la atención, en vez de usar el llanto.

Empieza a gatear. Algunos gatean hacia atrás. Otros se arrastran sobre la nalga y el muslo.

Aprende a ponerse de pie apoyándose en los muebles. Se mantiene de pie unos instantes y se cae.

MANOS (MOTRICIDAD FINA)

Coge objetos entre el dedo índice y la base del pulgar.

Tiende objetos a sus padres.

Juega a golpear objetos de forma brusca y sonora. Los tira al suelo.

VISIÓN

Se reconoce en el espejo.

AUDICIÓN

Gira la cabeza en dirección a la voz, aunque se le hable en voz baja.

Slide 22



RELACIÓN SOCIAL

Es capaz de jugar imitando (juego "en paralelo"). Ejemplo: abrazar a un osito, Obedece órdenes sencillas: "dame", "Agarra", ...

Le gustan los juegos de repetición.

Pone interés cuando se le enseñan los dibujos de un libro.

Puede dar un beso cuando se le pide.

Postura del cuerpo y movimientos que puede hacer:

Camina cogido de una sola mano.

Probablemente andará solo entre los 13 ó 15 meses.

Se puede agachar a coger un objeto.

MANOS

Le gusta meter y sacar objetos de una caja.

Con la pinza de índice y pulgar, le gusta meter pequeños objetos de uno en uno.

Puede encajar objetos, si se le hace una demostración antes.

Se quita los calcetines.

LENGUAJE

Utiliza una sola palabra para indicar toda una frase con sentido. Ejemplos: "Calle" (por "Vamos a la calle"), "Petas" (por "quiero más galletas").

Entiende palabras como "no", "párate", "se han ido".

Slide 23

15 meses

Movimientos que el niño puede hacer:

- Anda solo, sin ayuda, pero se cae mucho.
- Sube escaleras gateando.
- Se arrodilla sin ayuda.
- Se pone de pie sin ayuda.
- **MANOS**
- Le gusta tirar objetos. Lanza un balón.
- Hace torres con 2 cubos.
- Coge un lápiz y hace trazos.
- Coge bien la cuchara, pero se la mete en la boca al revés. Insiste en comer solo.



En esta etapa es cuando más evidentes son los problemas del desarrollo, en los niños que sus actividades motoras son más fuertes, es donde muchos niños comienzan a manifestar problemas puntuales del desarrollo

Slide 24

- Bebe solo en vaso.
- Pasa páginas (varias a la vez).

RELACIÓN SOCIAL

- Le fascina ver otros niños y puede jugar con ellos.
- Da besos.
- Comienza el negativismo. Tiene rabietas.

LENGUAJE

- Pide de comer o beber con sonidos o palabras.
- Dice "hola".



Se pueden identificar además problemas de socialización y lenguaje importantes que podrían indicarnos que algo no está bien

Slide 25

24 meses

- Sube y baja escaleras solo.
- Salta sobre los dos pies.
- Baila.
- Trepa.
- **MANOS**
- Come solo sin ensuciar (casi). Hace garabatos con el lápiz.
- Se pone piezas de ropa.
- Se lava las manos y se las seca solo.



Esto depende de que se le haya permitido intentarlo antes, aunque ensuciará. Muchas veces nosotros los padres no permitimos cumplir con estas etapas del desarrollo porque evitamos la autonomía por el hecho de no querer limpiar después

Slide 26

RELACIÓN SOCIAL

- Muestra simpatías hacia otros niños e intenta consolarlos.
- Responde cuando se le corrige. Interrumpe lo que está haciendo.
- Limita juegos.

LENGUAJE

- Dice varias palabras (unas 20 o más). Hace frases complejas que incluyen sujeto y verbo.

A esta edad puede haber grandes diferencias: algunos niños tienen un vocabulario mucho más amplio, de más de 200 palabras. En general las niñas hablan más pronto, pero no es una regla fija. De todas formas, aunque el niño no las diga, conoce y entiende muchas palabras más.

Slide 27

ESFÍNTERES

La mayoría de los niños a esta edad sólo avisa cuando ya ha defecado u orinado. Suelen aprender antes las niñas que los niños.

Se suelen controlar antes las heces que la orina.

Algunos ya avisan antes de hacerlo
El control de la orina durante la noche se logra después

Slide 28

Exploración Neurológica

- Exploración del estado de Alerta
- Exploración de Reflejos Primitivos
- Exploración del Tono Muscular

Pregunte a los participantes, cuales son las exploraciones más importantes en la evaluación neurológica de estos niños?

Slide 29

Evaluación del Alerta de 0 a 16 meses

| Asiento infantil | | NOMBRE: | Observador: |
|--|---|------------------|-----------------|
| 4 | Respuestas | PERSONAL: | Observador: [] |
| 3 | Reacción al habla | | Observador: [] |
| 2 | Reacción al dolor | | |
| 1 | Sin respuestas | | |
| Respuesta motora | | | |
| 4 | Respuestas (o alguna de ellas) verbales | | |
| 3 | Reacción al dolor | | |
| 2 | Reacción a respuesta al dolor | | |
| 1 | Reacción normal en respuesta al dolor (postura de desorientación) | | |
| 0 | Reacción normal en respuesta al dolor (postura de desorientación) | | |
| 1 | No respuesta | | |
| Respuesta verbal | | | |
| Escala de alerta verbal (0 a 16 meses) | | | |
| Llamas | | Interacción | |
| 4 | Consciente | 4 | Interacción |
| 3 | Consciente de forma intermitente | 3 | Interacción |
| 2 | Inconsciente | 2 | Interacción |
| 1 | Sin respuesta | 1 | Sin respuesta |

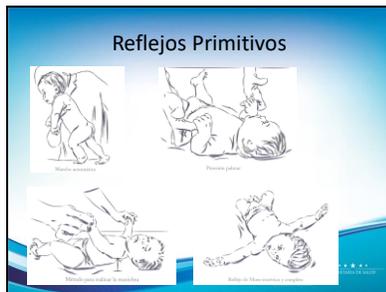
Es diferente la escala utilizada para la evaluación de los menores de 16 meses, el parámetro para considerarlo normal es mayor o igual a 13 en ambas escalas

Slide 30

Evaluación del Alerta de 16 a 60 meses

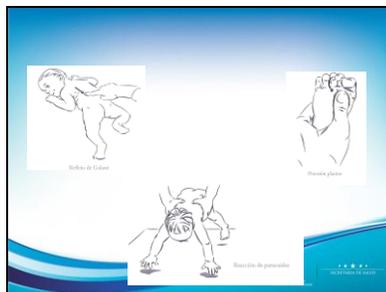
| | |
|---------------------------|---------------------------|
| Apercepción visual | |
| 4 | Discriminación |
| 3 | Reconocimiento de objetos |
| 2 | Reconocimiento de dibujos |
| 1 | Discriminación de colores |
| Respuesta verbal | |
| 5 | Oraciones |
| 4 | Palabras |
| 3 | Sonidos vocales |
| 2 | Ullentes |
| 1 | Símbolos vocales |
| Respuesta motora | |
| 5 | Discriminación de formas |
| 4 | Localización de objetos |
| 3 | Flexión sobre el dedo |
| 2 | Extensión sobre el dedo |
| 1 | Ullentes |

Slide 31



Al evaluar los reflejos primitivos debemos conocer los tiempos en que normalmente estos desaparecen: El Reflejo de Marcha Automática desaparece aproximadamente a los 6 meses, El reflejo de Prensión palmar alrededor de los 3 a 4 meses, El reflejo de Moro desaparece alrededor del sexto mes

Slide 32



El Reflejo Galant desaparece alrededor del 4to mes, la prensión palmar puede desaparecer hasta los 10 meses de ida al igual que el reflejo de paracaídas

Slide 33

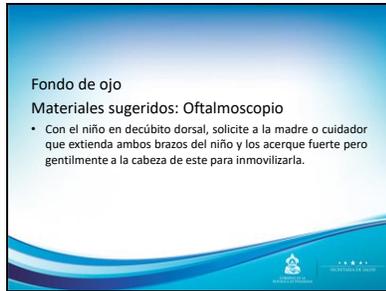
Que puede encontrar?

- Retraso del desarrollo psicomotor
- Hipertonía global
- Hemiplejía espástica
- Muy irritable y tembloroso
- Problemas de alimentación importantes
- El crecimiento de la cabeza disminuye
- Convulsiones

Hipertonía

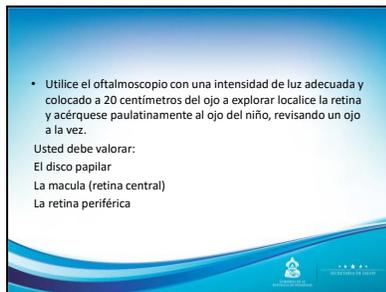
Generalmente por las áreas de afección a nivel del Sistema Nervioso Central, estas son las manifestaciones más frecuentes en los recién nacido con Zika

Slide 34



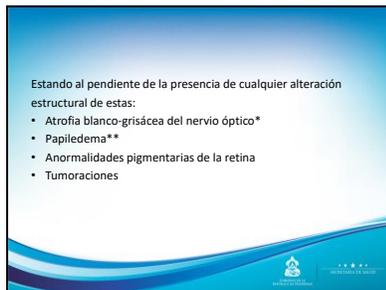
Colóquese por detrás de la cabeza del niño y con una mano tome el oftalmoscopio y con la otra si es necesario abra los párpados del ojo que pretende revisar.

Slide 35



(considere que en recién nacidos es necesario ajustar a 4-6 dioptrías)

Slide 36



* En recién nacidos y lactantes la retina tiene un color pálido en relación al rosado del adulto.

** Es normal no observar la excavación fisiológica de la retina

Slide 37



Slide 38



15. Presentación Seguimiento Necesario (Presentación 12 y 18, Se presentará en ambos talleres, Hospitalario y Ambulatorio)

Slide 1



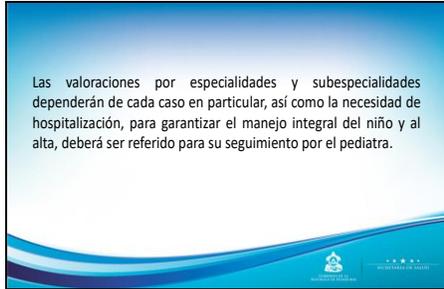
Explicar a los participantes que son los cuidados que se brindan a todos los recién nacidos inmediatamente al nacer para favorecer la transición de la vida fetal a la vida neonatal, ayudando así a detectar, prevenir y manejar inmediatamente las complicaciones y si no se cuenta con las condiciones para su atención referir de manera oportuna.

Slide 2



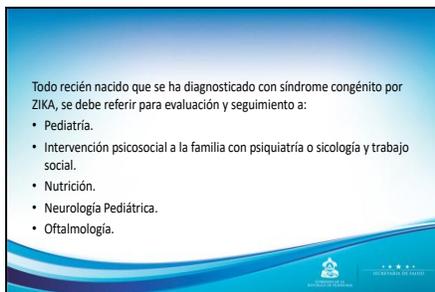
Invite a los participantes a dar su opinión de quienes serían las personas necesarias para el seguimiento de los Niños con síndrome congénito y sus complicaciones.

Slide 3



En estos casos se esté considerando necesario que los niños de madres con Sospecha o Diagnóstico de Zika nazcan en establecimientos de Salud, donde se cuente con los Especialistas o Sub especialistas que puedan apoyar en el manejo integral y oportuno, por lo que durante sus atenciones prenatales si se identifican factores de riesgo o alteraciones en ultrasonografías, debe ser referido para manejo por Ginecólogo y Pediatra al menos.

Slide 4



Explicar brevemente el que hacer de cada uno de los médicos que dará seguimiento en estos casos:
Pediatra: Identificación de signos de peligro, evaluaciones de Crecimiento y desarrollo, evaluación neurológica inicial.

Como es conocido, las alteraciones neurológicas pueden ser muy importantes y aparecer en cualquier momento del desarrollo, presentar convulsiones, espasticidad, irritabilidad, hipotonía, por lo tanto, es importante tener una evaluación neurológica al momento de detectar estas complicaciones y darle seguimiento al manejo indicado y a su evolución.

Oftalmología, Además de las alteraciones cerebrales también se conoce la afección en la formación del globo ocular, nervio óptico y retina por lo que se requiere un seguimiento e intervención por Oftalmología si es necesario

Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social: Dependerá de la situación familiar ante el caso, ya que algunas familias pueden tener más dificultades que otras para asimilar los retos de tener un niño con capacidades especiales o con malformaciones congénitas.

Nutrición: Estos pacientes pueden presentar muchas complicaciones nutricionales por las dificultades para alimentarse, siempre se debe alentar a las madres a amamantar a sus bebés independientemente del resultado de las pruebas.

Slide 5

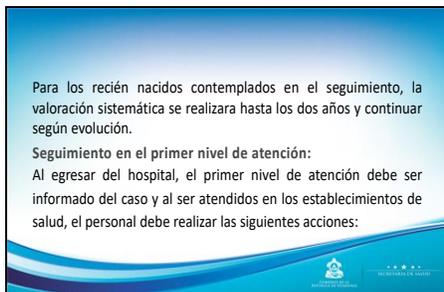


EL Asesoramiento Genético es muy importante en estos casos, para una mejor comprensión de los padres del porqué de los casos y para facilitar la aceptación de la situación y una adecuada planeación de futuros embarazos.

Siempre que se tiene dudas o complicaciones infecciosas, será necesario la evaluación por infectología

Desde la Sospecha del Diagnóstico de Sd. Congénito, los niños deben ser sometidos a programas de Medicina Física y Rehabilitación, estimulación temprana y las terapias necesarias que permitan al niño, dentro de sus limitaciones, obtener una adecuada estimulación de sus funciones para disminuir las repercusiones o secuelas de la infección congénita, Además, estos pacientes pueden presentar alteraciones audiológicas, a las cuales se les debe dar seguimiento mediante pruebas especiales

Slide 6



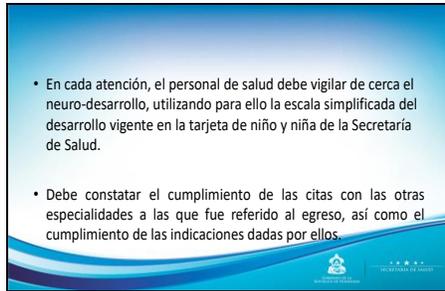
Cada nivel debe saber cuáles son las competencias de cada nivel y las coordinaciones necesarias para asegurar un adecuado abordaje del paciente con sospecha o diagnóstico de Síndrome congénito

Slide 7



En estos periodos es donde se vigilarán los Hitos del desarrollo de los niños, para esto debe conocer que es lo normal para identificar donde hay alteraciones.

Slide 8

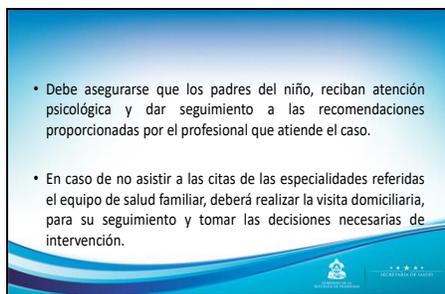


• En cada atención, el personal de salud debe vigilar de cerca el neuro-desarrollo, utilizando para ello la escala simplificada del desarrollo vigente en la tarjeta de niño y niña de la Secretaría de Salud.

• Debe constatar el cumplimiento de las citas con las otras especialidades a las que fue referido al egreso, así como el cumplimiento de las indicaciones dadas por ellos.

Siempre se debe asegurar que la familia entienda la importancia de la asistencia a las citas que se le ha dado, porque muchas complicaciones pueden manifestarse tardíamente o pueden aparecer durante sus cuidados en casa, por lo tanto, el personal de salud del nivel ambulatorio estará encargado de estar atento a la asistencia y al cumplimiento de las indicaciones brindadas.

Slide 9

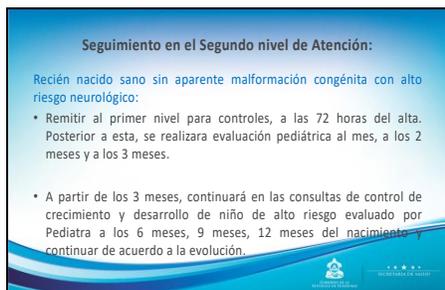


• Debe asegurarse que los padres del niño, reciban atención psicológica y dar seguimiento a las recomendaciones proporcionadas por el profesional que atiende el caso.

• En caso de no asistir a las citas de las especialidades referidas el equipo de salud familiar, deberá realizar la visita domiciliaria, para su seguimiento y tomar las decisiones necesarias de intervención.

Parte del Trabajo a realizar por los equipos de Salud Familiar, será el acompañamiento a la familia con el apoyo Psicosocial y la incentivación a la asistencia a los establecimientos de salud que correspondan para el seguimiento de los pacientes.

Slide 10



Seguimiento en el Segundo nivel de Atención:

Recién nacido sano sin aparente malformación congénita con alto riesgo neurológico:

- Remitir al primer nivel para controles, a las 72 horas del alta. Posterior a esta, se realizara evaluación pediátrica al mes, a los 2 meses y a los 3 meses.
- A partir de los 3 meses, continuará en las consultas de control de crecimiento y desarrollo de niño de alto riesgo evaluado por Pediatra a los 6 meses, 9 meses, 12 meses del nacimiento y continuar de acuerdo a la evolución.

Se debe considerar que no todos los niños con Sd. Congénito tendrán Microcefalia, pero que durante su crecimiento y desarrollo se pueden identificar alteraciones relacionadas a la infección, por lo tanto, es importante continuar su seguimiento

Slide 11

Durante este periodo al niño se le practicarán los siguientes exámenes como mínimo:

- A partir del tercer día realizar valoración por oftalmología y dependiendo de resultados obtenidos podrán ampliarse las evaluaciones hasta los tres (3) meses.
- Valoración de potenciales evocados auditivos y visuales lo más pronto posible sin exceder los tres (3) meses de vida, preferiblemente.



Igualmente, con las manifestaciones oculares o audiológicas, idealmente estas evaluaciones deben realizarse en el primer mes de vida y darle seguimiento hasta los 3 a 6 meses de acuerdo al caso

Slide 12

- Valoración por neurólogo pediatría solo si se presenta alguna alteración que justifique la remisión a esta sub especialidad por parte de pediatría.
- Realización de TAC, a criterio del pediatría o neurólogo, es decir, si se encontró algún tipo de justificación clínica o diagnóstica. Si hay alteración en el TAC cerebral se valorará la realización de una resonancia magnética.



Si es necesario evaluar el daño estructural, si los resultados de la evaluación clínica lo sugieren, la prueba inicial, que mejor visualización del daño provocado por el virus de Zika en estos momentos es la TAC

Slide 13

Brindar apoyo psicosocial a la familia, educación a la madre, cuidador responsable o la familia para el manejo de los niños de alto riesgo.

Recién nacido con Síndrome congénito por ZIKA

- Será referido al servicio de fisiatría, centro de rehabilitación, o a los programas de Rehabilitación con base comunitaria (RBC)



Cuando ya se ha diagnosticado el Síndrome Congénito, una de las primeras indicaciones es comenzar lo más pronto posible el programa de Rehabilitación

Slide 14

- Será atendido por pediatra como mínimo, al mes, a los 2 meses y a los 3 meses.
- A partir de los 3 meses, continuará en las consultas de control de crecimiento y desarrollo de niño de alto riesgo evaluado por Pediatra a los 6 meses, 9 meses, 12 meses del nacimiento y continuar de acuerdo a la evolución.



Su seguimiento de alto riesgo debe ser llevado por Pediatra, en busca de alteraciones que ameriten escalar en las evaluaciones especializadas

Slide 15

Durante este periodo al niño se le practicarán los siguientes exámenes como mínimo:

- A partir del tercer día realizar valoración por oftalmología y dependiendo de resultados obtenidos podrán ampliarse las evaluaciones hasta los 3 meses.
- Valoración de Potenciales evocados auditivos y visuales lo más pronto posible sin exceder los 3 meses de vida, preferiblemente.



Slide 16

- Valoración por neurología pediátrica a los 3 meses, a los 12 meses y a los 24 meses que incluya referencia y respuesta hacia el nivel correspondiente de acuerdo al sistema nacional de referencia y respuesta (SINARR).
- Realización de Resonancia Magnética a los 24 meses.



Es importante que los resultados de la evaluación neurológica y las decisiones en cuanto al manejo, sean conocidas por todos los niveles que tendrán contacto con el paciente, por lo que se debe fortalecer el proceso de Referencia y respuesta para tener una mejor coordinación y un manejo integral

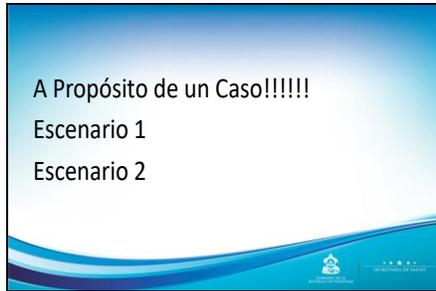
Slide 17

- Brindar apoyo psicosocial a la familia, educación a la madre, cuidador o la familia para el manejo de los niños de alto riesgo.
- Si el recién nacido es prematuro o bajo peso al nacer, deberá inscribirse además al programa canguro para su seguimiento.



Generalmente otras complicaciones pueden agregarse, como lo es los partos prematuros y lo que implica tener un niño de bajo peso, por lo tanto, se deben integrar las acciones y el cumplimiento de las normas vigentes para las complicaciones que puedan presentarse, incluyendo la aplicación del programa canguro de ser necesario

Slide 18



Se discutirán 2 casos, pueden ser casos reales de los establecimientos de Salud o crear casos ficticios que puedan ejemplificar el desarrollo anormal de un niño durante algún momento del desarrollo

16. Estimulación Temprana (Presentación 14, para ambos talleres)

Slide 1



Slide 2



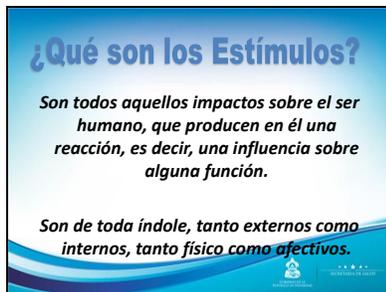
Importante porque ayuda al bebe a tener un desarrollo óptimo en sus capacidades

Slide 3



Es necesario mencionar que además la estimulación temprana nos sirve para estimular al bebe o al niño o niña para que tenga las mejores oportunidades desarrollo físico, intelectual y social.

Slide 4



Aquí en los estímulos es enseñarle al bebe o al niño o niña a ser capaz de provocar una reacción ante un estímulo que fue dado.

Slide 5



Se deberá explicar que en este estímulo es más sensorial escuchar música ,leer cuentos ,todo esto ayudara al desarrollo del cerebro

Slide 6



Slide 7



Se deberá realizar terapias para estimular su desarrollo motor fino y grueso, así mismo y desarrollos destrezas en ellos a través de imágenes sensorial que desarrolle su cerebro.

Slide 8



Slide 9

A slide with a blue background and a white wavy border at the bottom. The title is "¿Por qué estimular tan pronto?". It features a central image of a man holding a baby. To the left of the image are two green question marks. Text on the left: "Favorece el incremento de las conexiones entre las neuronas. Cuantas más conexiones entre las neuronas tenga un bebé al nacer, mayor será su futuro potencial de desarrollo." Text on the right: "En la segunda mitad de la gestación (de 4 a 5 meses) su cerebro está en pleno desarrollo. El máximo desarrollo neuronal coincide con la etapa que va desde el nacimiento hasta los tres años de edad." Logos are at the bottom right.

¿Por qué estimular tan pronto?

Favorece el incremento de las conexiones entre las neuronas. Cuantas más conexiones entre las neuronas tenga un bebé al nacer, mayor será su futuro potencial de desarrollo.

En la segunda mitad de la gestación (de 4 a 5 meses) su cerebro está en pleno desarrollo. El máximo desarrollo neuronal coincide con la etapa que va desde el nacimiento hasta los tres años de edad.

Favorece el desarrollo del cerebro del bebe y los estímulos

Slide 10

A slide with a blue background and a white wavy border at the bottom. The title is "¿Qué es un Programa de Estimulación Temprana?". It features a central image of a young child. Text on the left: "Es un conjunto de actividades que pretenden favorecer la autonomía del niño(a) y lograr un nivel socioeducativo aceptable." Logos are at the bottom right.

¿Qué es un Programa de Estimulación Temprana?

Es un conjunto de actividades que pretenden favorecer la autonomía del niño(a) y lograr un nivel socioeducativo aceptable.

Slide 11

A slide with a blue background and a white wavy border at the bottom. The title is "Los Programas de Estimulación Temprana". Text: "Inicialmente, se crearon como una necesidad para tratar a niños con trastornos en el desarrollo y/o con condiciones de alto riesgo, es decir, se crearon con fines preventivos y de tratamiento. Actualmente, los programas de estimulación se han extendido a la población de bebés en general, para mejorar su nivel de desarrollo, de manera continua y regulada." Logos are at the bottom right.

Los Programas de Estimulación Temprana

Inicialmente, se crearon como una necesidad para tratar a niños con trastornos en el desarrollo y/o con condiciones de alto riesgo, es decir, se crearon con fines preventivos y de tratamiento.

Actualmente, los programas de estimulación se han extendido a la población de bebés en general, para mejorar su nivel de desarrollo, de manera continua y regulada.

Además ayuda a fortalecer el cuerpo y a desarrollar habilidades inicia su etapa al mundo exterior y comienza su aprendizaje.

Slide 12

Van dirigidos al niño/niña desde la etapa prenatal hasta los 4 ó 6 años.

Buscan promover el aprendizaje en los bebés después de nacidos, optimizando su desarrollo mental, sensorial, social y afectivo.

Permiten mantener un equilibrio entre el uso de sus fortalezas y la superación progresiva de sus debilidades.



Un programa de estimulación temprana ayuda a fortalecer y a desarrollar las emociones y la inteligencia.

Slide 13

Áreas que se trabajan

Motricidad gruesa y fina, sus objetivos están orientados para que el niño obtenga un control sobre sus músculos grandes y pequeños, que le permitirán tener la coordinación necesaria para moverse libremente.



Esta área es una de la más importante ya que se trabajara las extremidades superiores y inferiores que le ayudan a caminar y tener mayor coordinación en día a día.

Slide 14

Lenguaje, se encamina a lograr la comprensión de su lenguaje, para expresarse a través de él.

Cognitiva, le permitirá su integración intelectual (Atención, percepción, memoria, etc.)



Estas áreas permiten que él bebe desarrolle su cerebro, así mismo también en el lenguaje los juegos con sonidos ayudaran al bebé en sus primeros balbuceos.

Slide 15

Personal, se ocupa de hacer al niño independiente en tareas como alimentarse y vestirse.

Social, le proporciona los elementos necesarios para adaptarse al medio ambiente donde se desenvuelve.



Además se le enseña a que pueda lavarse los dientes al ir al baño a compartir con los demás y a realizar tareas en grupos que le apoye a integrarse en el medio en que él vive.

Slide 16

Principales Actividades para la Estimulación

1. La actividad debe representar un juego, para involucrar la atención y participación del niño.
2. Debe contener suficientes "Ingredientes" de novedad, variedad y cambio, a efecto de mantener la atención del niño por el período de tiempo establecido para cada actividad.



Nuestro cerebro requiere información que le ayude a desarrollarse. Su crecimiento depende de la cantidad, tipo y calidad de estímulos que recibe; las capacidades no se adquieren sólo con el paso del tiempo.

Slide 17

3. Debe alternarse lo conocido, con lo novedoso.
4. Deben reforzarse las nuevas adquisiciones que el niño realice.
5. Deben ser actividades en las que el niño pueda participar y no hechas para él.



Es necesario que reciba estos estímulos a diario, desde el momento de su nacimiento.

Slide 18



6. Toda actividad debe promover intencionalidad en la conducta del niño.

7. Utilizar todas las vías sensoriales y reforzar la menos fuerte.

8. Es conveniente evitar la sobre-estimulación del niño, aunque generalmente, este se protege del bombardeo de estímulos creando una verdadera barrera (desinterés.)



La estimulación temprana, abundante, periódica y de buena calidad nos garantiza un ritmo adecuado en el proceso de adquisición de distintas funciones cerebrales.

Slide 19

9. Los materiales deben responder al siguiente criterio:

El bebé debe ser capaz de controlarlo y encontrarlo apto para la actividad.

El ambiente debe facilitar el aprendizaje.

El Maestro, Padre o Madre estarán atentos a los datos o señales que da el niño(a), y a partir de ellos llevarlo a un nuevo nivel de exploración por medio de experiencias de mayor complejidad.



Slide 20

Papel de los Padres y/o Madres Integrales

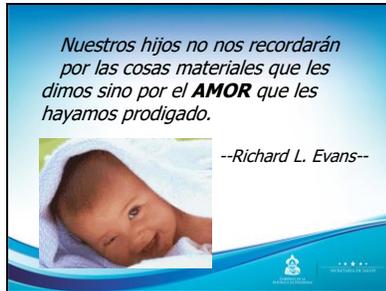
Disfrutarán al jugar con el niño(a), adquirirán más seguridad y confianza en sus propias posibilidades, conociendo sus propias limitaciones y planteándose unos objetivos sensatos a lograr con el niño(a).

Dependiendo de lo que se quiera potenciar se debe tomar en cuenta el tipo de estimulación, la frecuencia de las sesiones, el lugar donde se realiza y el tipo de material que se va a utilizar.



Los padres juegan un papel importante en la estimulación temprana ya que son un pilar en el desarrollo cognitivo del bebe es por eso que deben estar en la estimulación y trabajara en casa las sesiones que son enseñadas.

Slide 21



17. Presentación Apoyo Psicosocial y derechos del Niño (Presentación 13 Para ambos talleres)

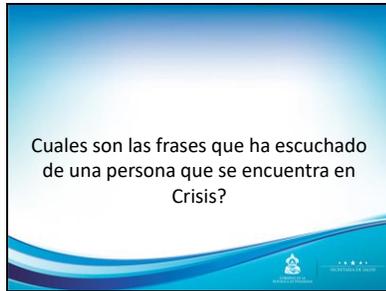
Slide 1



Slide 2



Slide 3



Aquí se preguntará que si algún momento de su vida les ha tocado realizar una intervención en crisis y que frases han escuchado a la persona hablar

Slide 4



Se les explicara que estas son algunas frases que se escuchan en personas que están sufriendo una crisis, pero puede haber más de estas frases y eso dependerá del problema que este presentando la persona

Slide 5



Preguntar a los participantes como definen la intervención en crisis según sus propias palabras

Slide 6

| Qué hacer y qué no hacer en la Primera Ayuda Psicológica | | |
|--|---|--|
| | Hacer | No hacer |
| Contacto | Escuchar cuidadosamente Reflejar sentimientos y hechos Comunicar aceptación | Contar su "propia historia" Ignorar hechos o sentimientos Juzgar o tomar partido |
| Dimensiones del problema | Formular preguntas abiertas Hedirse a la persona que sea concreta Evaluar la "mortalidad" | Atenerse a preguntas de sí/no Permitir abstracciones continuas Ignorar signos de "postura" |
| Posibles soluciones | Estimular la imaginación solista Abordar directamente la solución Presentar alternativas | Dejar que el sujeto se desahogue Hacer preguntas irrelevantes Ignorar signos de "postura" |

Aquí es muy importante que además de saber los pasos para realizar una intervención en crisis es necesario que toda persona que realice la primera ayuda psicológica tenga un contacto visual y sobre todo su postura corporal

Slide 7

| Qué y qué no hacer en la Primera Ayuda Psicológica | | |
|--|---|--|
| | Hacer | No hacer |
| Acción concreta | Tomar una medida a un tiempo Establecer objetivos específicos a corto plazo Confiar cuando sea necesario Ser decisivo, si y sólo si debe serlo | Intentar resolver todo ahora Hacer decisiones obligatorias a largo plazo Ser tímido Retenerse de tomar responsabilidad cuando sea necesario |
| Seguimiento | Realizar un contrato para el recontacto Evaluar etapas de acción | Dejar detalles al aire, o suponer que el paciente coordinará con la acción Dejar que el sujeto se desahogue Ignorar signos de "postura" |

También es importante mencionar que la primera ayuda psicológica es un modo práctico para apoyar

Slide 8

!!! ENSAYO !!!



Vamos a ejercitar los 5 componentes de la primera ayuda psicológica....

Aquí haremos un ejercicio práctico con los participantes

Slide 9

Preguntas sobre el caso

- Cuál es la crisis?
- Qué tipo de crisis esta presente en este caso?
- Cuales son los síntomas asociados a la crisis posibles de identificar el esta familia?
- Qué tipo de intervención se debe realizar y por qué?

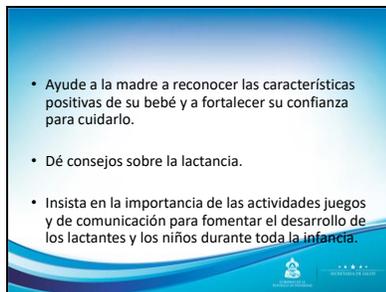
Se deberá realizar las siguientes preguntas para reforzar en los pasos de la primera ayuda psicológica, en el caso práctico que se trabajó con los participantes

Slide 10



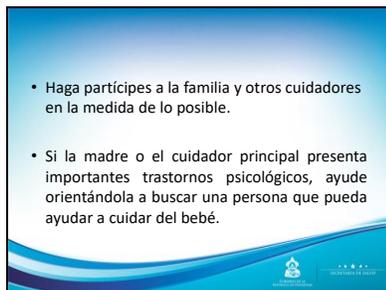
Cuando el niño tiene problema de Sospecha o Diagnostico de Síndrome Congénito puede presentar retraso mental, alteraciones físicas como dificultad para caminar, problemas de habla y la hiperactividad o convulsiones, por ejemplo. Además, el niño tiene una cabeza más pequeña de lo normal, pudiendo necesitar ayuda para comer, bañarse o caminar.

Slide 11

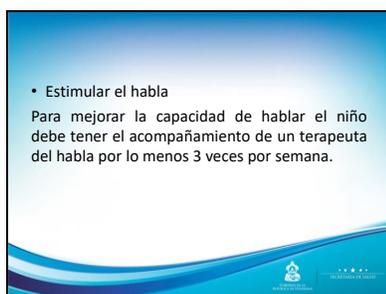


Instruya a los participantes a Adoptar una actitud positiva y amable hacia el niño con síndrome congénito para que sirva de modelo
Además, los padres deben cantar con el niño pequeñas canciones y hablar con ella mirando a los ojos durante todo el día, a pesar de que no responda al estímulo.

Slide 12



Slide 13



También se debe usar gestos para facilitar la comprensión de lo que está diciendo y captar mejor la atención del niño.

Slide 14

- Realizar terapia ocupacional
En casa, los padres deben estimular al niño tanto como sea posible
- Medicamentos
Los padres y familiares deben estar pendiente del medicamento que fue recetado y dárselo a la hora que fue indicada por el especialista.



Puede estimular al niño haciendo bromas frente al espejo, estando del lado del niño y participar siempre que sea posible, en reuniones de familia y amigos para tratar de mantener el cerebro del niño siempre activo.

Slide 15

- Alimentación
Aquí los padres de familia o cuidadores deberán estar pendiente de la alimentación del niño



Si el niño o niña sufre Sospecha o Diagnostico de Síndrome Congénito debe tener una buena nutrición y alimentos saludables es necesario que la alimentación sea rica en calcio, fosforo y vitaminas.

Slide 16

DERECHOS DEL NIÑO Y LA NIÑA



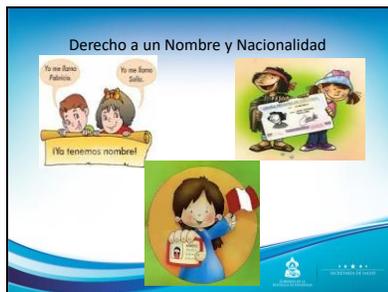
Ellos deben disfrutar de todos los derechos sin importar sus sexo, nacionalidad, raza, religión e idioma.

Slide 17



Independientemente de su condición física, social, cultural, tienen derecho a ser tratados con igualdad

Slide 18



El tener una limitación física e intelectual no es una limitante para coartar el derecho a tener un nombre y nacionalidad

Slide 19



La Salud es un derecho humano que debe ser respetado independientemente de la condición física, social e intelectual

Slide 20



No debe abandonarse a los niños por no ser como se esperaba, los padres deben apoyarse mutuamente, bajo responsabilidad de estos están sus cuidados.

Slide 21



Existen Programas de Educación especial para niños con capacidades limitadas, los padres tienen el deber de integrar los niños a este sistema de educación

Slide 22



Los niños tienen derecho a divertirse y ser felices

Slide 23



Los niños con capacidades especiales tienen derecho a desarrollar sus potenciales y ser creativos

Slide 24



Tienen derecho a ser tomados en cuenta y participar en acciones sociales

Slide 25



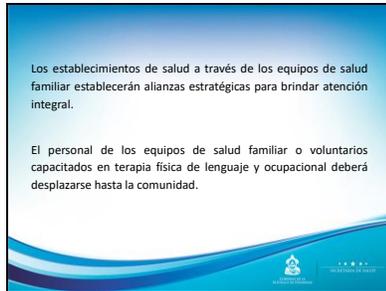
18. Presentación de Rehabilitación (Presentación 19)

Slide 1



Esta Presentación, es introductoria a todo lo que implica el proceso de rehabilitación del niño con sospecha de Síndrome Congénito, que nos indica quienes son los niños que deben ser sometidos a programas de Rehabilitación después de estar expuestos a factores que afecten su desarrollo normal o malformaciones congénitas.

Slide 2



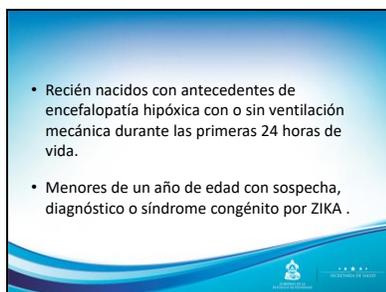
Este tipo de atenciones integrales tendrá variaciones: servicios de equipo móvil, servicios de RBC y grupos de apoyo, clínicas de día y otros.

Este desplazamiento será para ofrecer sus servicios de atención directa y capacitación a las familias y a la comunidad, en lugar de requerir a las personas con discapacidad que acudan al establecimiento.

Slide 3

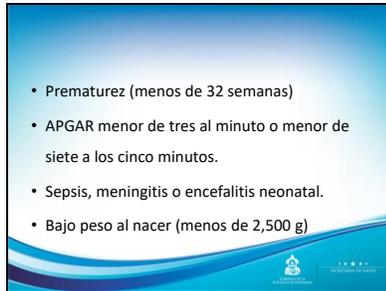


Slide 4



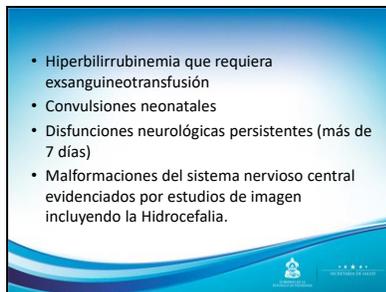
Sabemos ya que las alteraciones neurológicas no serán manifiestas en algunos casos inmediatamente de la exposición al virus e incluso a la hipoxia, pero a medida se evalúa su crecimiento y desarrollo podemos encontrar algunas alteraciones significativas que pueden ser intervenidas para disminuir el daño secundario.

Slide 5



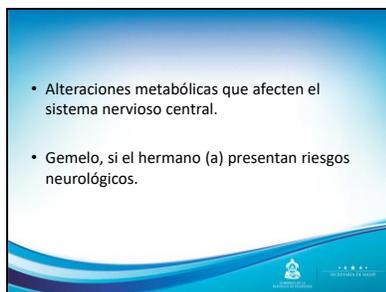
Estas son algunas de las frecuentes situaciones presentadas en nuestros niños que ameritan un programa de estimulación y terapia.

Slide 6



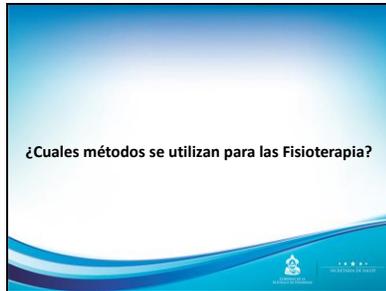
Conocemos muy bien el daño ocasionado por la Hipoxia y disfunciones neurológicas y las repercusiones en el diario vivir de los pacientes y las familias.

Slide 7



Estos niños serán incorporados a los proyectos y servicios ya existentes que abordan en forma integral e interdisciplinaria, educación especial e inclusión educativa, manejo de órtesis así como el acompañamiento y asesoramiento psicosocial a los padres y tutores

Slide 8



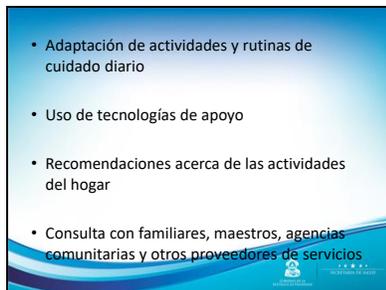
Preguntar a los participantes si conocen algunos métodos empleados para la fisioterapia en estos casos.

Slide 9



Comentar cada uno de los Items con ejemplos

Slide 10



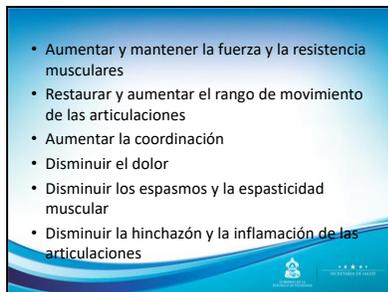
El principal objetivo de los servicios de fisioterapia es mejorar el funcionamiento y la movilidad para promover la participación en actividades del hogar, la escuela y la comunidad.

Slide 11



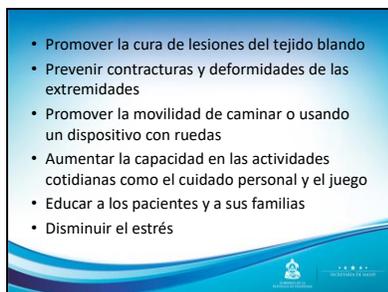
Preguntar a los participantes y ayudar en el debate

Slide 12



Poner ejemplos de cada uno de los ítems, reforzando lo que se contestó

Slide 13



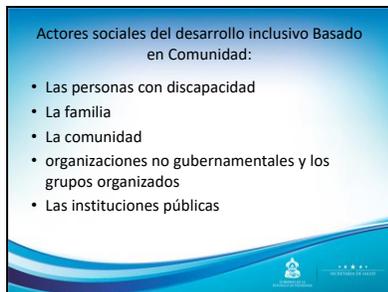
Comprender cómo se desarrolla el desempeño motor de un niño/a y cómo está relacionado con el desarrollo cognitivo, es la base de la fisioterapia pediátrica.

Slide 14



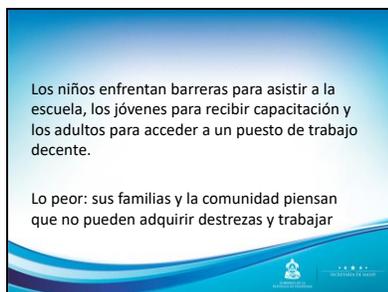
Preguntar qué es y cuáles son los actores involucrados en la Estrategia de Rehabilitación comunitaria

Slide 15



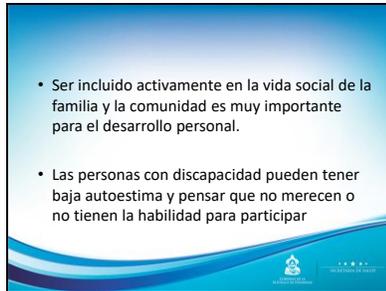
Preguntar cuáles de estos actores están presentes en sus comunidades

Slide 16



Las personas con discapacidad son afectadas por los mismos factores que causan pobreza a otras personas, pero con desventajas adicionales

Slide 17



La oportunidad de participar influye mucho en la identidad, la autoestima y la calidad de vida. Por mucho tiempo los programas de RBC se enfocaron en el tema de salud y rehabilitación ignorando las necesidades sociales de las personas con discapacidad. Las familias sienten vergüenza por lo tanto no motivan o permiten la participación. Los miembros de la comunidad desarrollan creencias y prejuicios sobre las personas con discapacidad. La existencia de barreras físicas

Slide 18



El tema central de todo programa moderno de RBC debe ser facilitar el fortalecimiento de las personas con discapacidad, sus familias y comunidades porque eso lleva a lograr metas, resultados deseados y sostenibilidad.

Slide 19

- EDUCACIÓN: Es de carácter obligatorio que declara específicamente el derecho a la educación inclusiva.
- ODM: Alcanzar la educación primaria universal



UNESCO: 90% de niños con discapacidad no asiste a la escuela
La educación inclusiva es más que escolaridad

Slide 20

Salud

- El derecho a la salud no es sólo tener acceso a los servicios de salud, también significa tener acceso a los otros determinantes de la salud, como agua potable, saneamiento y vivienda adecuada.
- Las personas con discapacidad requieren servicios de salud para sus necesidades generales y específicas
- Salud inclusiva — salud accesible a las personas con discapacidad y sus familias en su propia comunidad con plena participación y a un costo accesible (AUS)



Es por eso que los Equipos de Salud familiar El personal voluntarios capacitados, en terapia física de lenguaje y ocupacional deberá desplazarse hasta la comunidad para ofrecer sus servicios de atención directa y capacitación a las familias y a la comunidad, en lugar de requerir a las personas con discapacidad que acudan al establecimiento.

Slide 21



GRACIAS



