	<b>ACTA</b>	FOR-MAN-GD-03
		Versión 0
		Fecha: SEP 2021
		Página 1 de 26

**NOMBRE DE LA REUNIÓN: CAPACITACION RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN MATERNO PERINATAL**

**LUGAR: ESE POPAYÁN PUNTO DE ATENCIÓN POPAYÁN**

ACTA No	HORA INICIAL: 5pm	HORA FINAL: 6pm	DIA	MES	AÑO
			7	02	2023

**ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)**

1. Control prenatal
2. Alteraciones durante la gestación
3. Evaluación del crecimiento y bienestar fetal
4. Infecciones de transmisión materno infantil

**CITADOS:**

Personal de salud asistencia ESE Popayán,

**OBJETIVO:**

Aportar conocimientos actualizados al personal asistencial acerca de la RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN MATERNO PERINATAL para un adecuado direccionamiento y manejo, teniendo como un único objetivo el bienestar del usuario y el bebé

Dirigida a: personal Médico, Enfermeros, Auxiliares de enfermería

**DESARROLLO DEL ORDEN DEL DIA:**

Siendo las 5 pm se da inicio a la capacitación al personal de ESE Popayán y Sindicato Sintraunpros acerca de la RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN MATERNO PERINATAL

A continuación, se procede realizar respectiva capacitación

**RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD – MATERNO PERINATAL**



**Frecuencia y duración de los controles prenatales:**



**Identificación de los riesgos maternos:**

### Identificar factores de riesgo

- Anamnesis
  - Síntomas
  - Paraclínicos
  - Antecedentes
    - personales y familiares
    - Ginecobstétricos (gestaciones anteriores)
    - Escalas de riesgo
- Examen físico
- Paraclínicos
- Seguimiento

### Evaluar factores de riesgo biológico

En cada control

Categoría	Riesgo	Puntuación	En cada control	Puntuación
Ant. reproductivos	Edad < 14 años	2	Placenta previa	1
	14 - 16 años	1	Abrupto de placenta	1
	> 35 años	2	Peso del recién nacido < 2500 o > 4000g	1
	Tabaquismo	1	Mortalidad fetal tardía o neonatal temprana	2
	Alcoholismo	1	Parto prematuro (<34)	1
	Crugía ginecológica previa	1	Trabajo de parto anormal o difícil	2
	Diabetes pregestacional	3	Hemorragia < 20 sem	1
	Hipertensión arterial crónica	3	> 20 sem	2
	Enfermedad renal crónica - Enf. autoinmunes	3	Anemia Hb < 10 mg/dL	1
	Enfermedad cardíaca	3	Embarazo prolongado	1
Gestación actual	Vivi. Sida	3	Trastorno hipertensivo-greodampole	2
	Epilepsia	3	Diabetes gestacional	2
	Paridad 0 partos	1	Embarazo múltiple	3
	5 o más partos	2	Anomalia congénita	3
	Cesárea previa (>1)	1	Restricción de crecimiento intrauterino	3
	Preeclampsia o hipertensión - Diabetes gestacional	1	Presentación distócica (podálica-transversa-oblicua)	1
	Abortos recurrentes	1	Polihidramnios	1
	Historia de infertilidad	1	Inmunización Rh	3
	Malformación fetal	1	Infección urinaria recurrente	2
	Hemorragia postparto/remoción manual de placenta	1	Bajo peso - Obesidad	2

**Total:** 0-13, 14-27, 28-40

**Evaluar riesgo psicosocial**

En cada control prenatal

Anxiedad					
Tensión emocional	Llanto fácil Tensión muscular Sobresalto Tembler No poder quedarse quieta	Ausente	Intenso		2 o más ítems Intenso = 1
Humor depresivo	Insomnio No disfruta pasatiempo Depresión Variaciones del humor	Ausente	Intenso		
Síntomas neurovegetativos	Transpiración manos Boca seca Accesos de rubor o palidez Cefalea de tensión	Ausente	Intenso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Apoyo familiar					
Satisfecha con la forma como usted comparte con su familia o compañero	El tiempo	Casi siempre	A veces	Nunca	Dos o más ítem Nunca = 1
	El espacio	Casi siempre	A veces	Nunca	
	El dinero	Casi siempre	A veces	Nunca	

**Evaluar riesgo de depresión postparto:**

En primer control, semana 28 y puerperio

Pregunte:	SI	NO
• DURANTE EL MES PASADO, ¿se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza con frecuencia?		
• DURANTE EL MES PASADO, ¿ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas?		
Si responde "sí", a cualquiera de las preguntas iniciales, pregunte: • ¿Siente que NECESITA AYUDA?		

**Tamizar para presencia de violencia doméstica:**

En la inscripción y cada trimestre.

Pregunte:	SI	NO
• ¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, fue golpeada, bofetada, pateada, o lastimada físicamente de otra manera?		
• ¿DESDE QUE ESTÁ EMBARAZADA, ha sido golpeada, bofetada, pateada, o lastimada físicamente de alguna manera?		
• ¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, fue forzada a tener relaciones sexuales?		

## Detectar riesgo de complicaciones hipertensivas

En el primer control prenatal (idealmente antes de la semana 12)

### Factores de alto riesgo

Antecedente de Trastorno hipertensivo en gestación 7-10v	
Hipertensión crónica	5.4v
Diabetes pregestacional	3.7v
Enfermedad renal crónica	1.3v
Enfermedad autoinmune (LES o Sx antifosfolipidos)	2.8v

Con **uno solo**  
de estos

ó

Con **2 o más**  
de estos

Indique:

**Acido Acetil Salicílico**  
**100 a 150 mg** cada noche  
más **Carbonato de calcio**  
**1200 mg/día**

**Desde las 12 semanas**

Para reducir el riesgo de  
formas graves de  
preeclampsia

### Factores de riesgo moderado

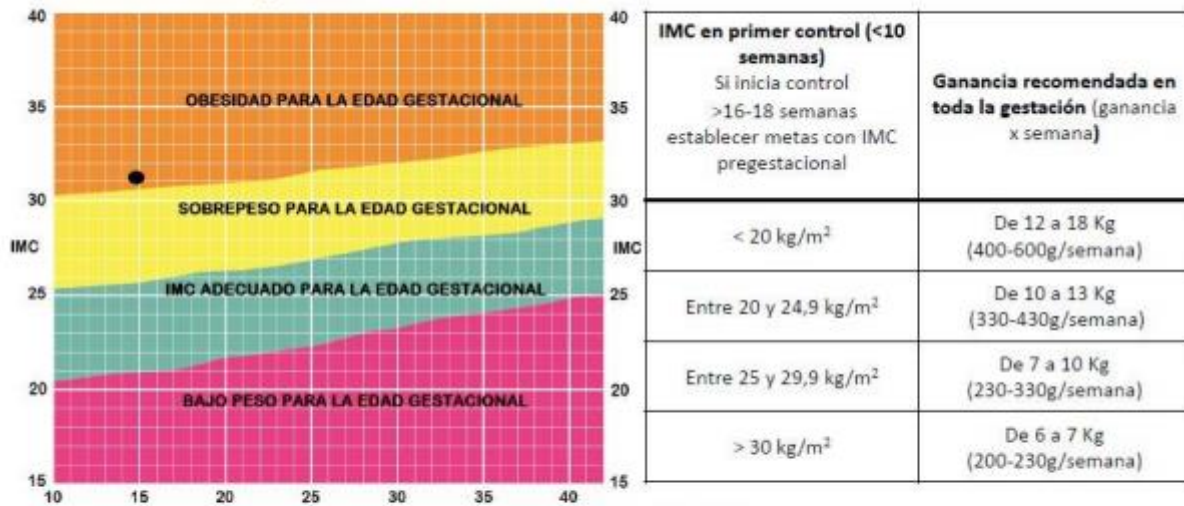
Primera gestación	3v
Edad $\geq 40$ años *	4% xc/año > 32
Periodo intergenésico $\geq 10$ años	
Índice de Masa corporal $\geq 35$ en primera consulta **30-2-4v	
Gestación múltiple (gemelar)	
Antecedente familiar de preeclampsia	3-4v

ACOG, \* > 35 años, \*\* IMC > 30, † Reproducción asistida, ‡ Características sociodemográficas (afro, bajo estado socioeconómico)

### Evaluación del peso materno:

#### Calcular Índice de Masa Corporal (IMC) y asesorar sobre ganancia de peso

En cada control prenatal



#### Intervención de rutina:

Actividad física + Asesoría nutricional + Supervisión ganancia de peso

No recomendar pérdida de peso durante la gestación

A semana 28 con inadecuada ganancia de peso, revalorar por equipo multidisciplinario

**Laboratorios y ecografías de acuerdo a la edad gestacional:**

	0 a 13 semanas	14 a 27 sem	28 a 40 sem	
	1. Cuadro Hemático		1. Cuadro Hemático (semana 28)	
	2. Hemoclasificación	Si es Rh negativo: Coombs c/4 sem - Inmunoglobulina anti D a 28 sem		
	3. Glucosa	1. PTOG (carga 75gr)		
	4. Urocultivo y antibiograma	Si recibió manejo para infección urinaria. Urocultivo posterior al tratamiento		
	5. Prueba rápida VIH	2. Prueba rápida VIH	2. Prueba rápida VIH	
	6. Prueba rápida Sífilis	3. Prueba rápida Sífilis	3. Prueba rápida Sífilis	
	7. Antígeno superficie Hepatitis B			
	8. Rubeola IgG			
	9. Toxoplasma IgG -IgM	Si Toxoplasma IgG e IgM son negativos, repetir mensualmente Toxoplasma IgM		
	10. Trypanosoma Ag totales crudos	Si Ag totales crudos positivo, hacer ELISA antígenos recombinantes		
	11. Gota gruesa (Malaria)	En zonas endémicas, hacer gota gruesa mensual		
	12. Tamizaje Ca cerviz		4. Cultivo Streptococo de grupo B	
	<p><b>10.6 sem – 13.6 sem</b> Tamizaje aneuploidias</p>	<p><b>18.0 sem – 23.6 sem</b> Para detección de anomalias</p>	<p><b>*32 sem – 36 sem</b> Seguimiento crecimiento fetal</p>	



## ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 8 de 26

### Consultas por odontología, psicología, ginecología y nutricionista:

0 a 13 semanas	14 a 27 sem	28 a 40 sem
<b>Consulta odontología 1ª</b>	Consulta odontología 2ª	
<b>Salud bucal 1ª</b> Mínimo 30 min c/u	Salud bucal 2ª Mínimo 30 min c/u	
<b>Valoración nutricional</b> Mínimo 30 min	Si presenta alteraciones, establecer controles dependiendo de la evolución	
<b>Valoración psicología</b> Mínimo 30 min	Si presenta alteraciones, establecer controles dependiendo de la evolución	
<b>Valoración Ginecobstetricia</b> * Mínimo 30 min	* Semana 28-32 y semana 36-38 -- de acuerdo al sistema de referencia	



## Se realiza descripción y manejo de la Anemia:

### Anemia:

Hb < 11.0 - HTO < 33%, en I y III trimestre  
Hb < 10.5 - HTO < 32%, en II trimestre

En Silvia < 12.6 < 12.1	En el Tambo < 11.5 < 11.0	En Guapi < 11.0 < 10.5
-------------------------------	---------------------------------	------------------------------

Altitud 0 metros sobre el nivel del mar	Factor de corrección	
	Hemoglobina (g/dl)	Hematocrito (%)
< 915	Guapi 5	0,0
915-1.219		+0,2
1.220-1.524		+0,3
1.525-1.829	Tambo 1750	+0,5
1.830-2.134	La Sierra 1913	+0,7
2.135-2.439		+1,0
2.440-2.744		+1,3
2.745-3.049	Silvia 2800	+1,6
> 3.049		+2,0

- Anemia leve: Hb < 11 > 9.1 mg/dl
- Anemia moderada: Hb < 9.0 > 7.1 gr/dl
- Anemia severa: Hb < 7.0 gr/dl

### Efectos de la anemia

- > morbimortalidad perinatal
- Parto prematuro (7.6%- 13.8%)
- Bajo peso al nacer – RCIU
- Defectos de tubo neural (Fólico B12)
- Infección puerperal y herida quirúrgica
- Hemorragia postparto

La baja reserva de hierro en recién nacido:

- Desarrollo psicomotor retardado
- Alteraciones neuroconductuales
- Disminución respuesta inmunitaria

### Anemia ferropénica

- Menstruaciones abundantes
- Periodo intergenésico corto
- Dieta baja en hierro (higado, carnes, cereales enriquecidos, frijoles, lentejas)
- Dieta sin potenciadores de absorción (jugos naranja, toronja, fresas, brócoli)
- Gestación en adolescentes
- Desórdenes de alimentación
- Embarazo anterior sin adecuado suplemento
- Hemorragias postparto
- Parasitismo intestinal
- Baja absorción del hierro y otros.

95 %  
de anemias en  
gestación

### Prevenir

- Dieta con ingesta de hierro biodisponible
- Tratar sangrados anormales
- Corrección anemia pregestacional
- Suplemento en gestación (Hb < 14)
  - 300 mg/día desde inicio de control
  - Sulfato ferroso 300 mg = 60 mg de Fe elemental.

### Tratar

- 600 mg/día hasta por lo menos 2 meses después de corregida
- No acompañarlas con leche, té, café o huevo (reducen absorción)
- Tratar la causa:
  - Parasitismo intestinal
  - Gastritis, aclorhidria
  - Sangrado crónico



Se explica en bajo peso en la gestación:

## Bajo peso materno o ganancia inadecuada



- Aumenta riesgo de **parto pretérmino**
- Aumenta riesgo de **restricción de crecimiento** intrauterino
- Afecta el desarrollo fetal
- Afecta la cantidad y la calidad de la **leche materna** producida- (crecimiento subóptimo del niño)
- Mayor **morbimortalidad infantil**



### Prevenir:

Informar sobre la necesidad de alimentación saludable: Idealmente desde pregestacional

- ✓ Alimentos variados, nutritivos
- ✓ Higiénicamente preparados
- ✓ Aporte de nutrientes necesarios para: La salud gestacional El adecuado crecimiento y desarrollo fetal Tener reservas para la lactancia
- ✓ Consulta pregestacional
- ✓ Valoración por nutrición
- ✓ Manejo de hiperémesis y otras condiciones
- ✓ Evaluar condición socioeconómica
- ✓ Espaciar gestaciones

Se explica la hiperémesis gravídica y su manejo:

## Hiperemesis gravídica

Vómito (con o sin la comidas)  
Intolerancia a la ingesta (parcial o total)

- Deshidratación:  $\downarrow$ TA  $\uparrow$ FC, signo del pliegue, mucosas secas
- Alteración electrolitos
- Glicemia  $<$  90mg/dL
- Cetonuria en tira  $>2+$
- Pérdida de peso  $>$  5%



Dx diferencial	Posibles causas	Guía de sospecha
Gastrointestinal	Gastroenteritis, colecistitis, pancreatitis, apendicitis, úlcera péptica, hepatitis, obstrucción intestinal, gastroparesia, acalasia	Dolor abdominal (EVA $>7$ ) - Distensión abdominal Elevación TGO-TGP- Ictericia Vómito relacionado con ingesta
Genitourinario	Pielonefritis, cólico renal, uremia, torsión anexial, mioma degenerado	Puño percusión positiva Sedimento alterado Ecografía sugestiva
Endocrinológico	Cetoacidosis diabética hipertiroidismo Enfermedad de Graves Porfiria Enfermedad de Addison Hiperparatiroidismo	Glucemia capilar, poliuria/polidipsia Bocio palpable Perfil tiroideo alterado, anticuerpos antitiroideos Insomnio, nerviosismo, hipertensión, intolerancia al calor, exoftalmos
Neurológico	Migraña, pseudotumor cerebral, lesiones vestibulares (Laberintitis, Síndrome Meniere), tumor en SNC, hipofisitis linfocítica	Cefalea intensa y otros criterios de gravedad Vómitos en proyectil
Miscelaneos	Toxicidad (opioides), condiciones psicológicas	Antecedentes
Trastorno de conducta alimentaria	Anorexia nerviosa, bulimia	IMC extremo Ganancia inadecuada del peso Rechazo a hablar sobre el peso

PUQE Pregnancy Unique Quantification Emesis and nausea			
	Cuánto tiempo siente náuseas en el día	Cuántas veces vomita en el día	Cuántas veces tiene arcadas sin vómito
1	Nunca	Ninguna	Ninguna
2	< 1 h	1-2	1-2
3	2 a 3 h	3-4	3-4
4	4 a 6 h	5-6	5-6
5	>6 h	>7	>7
Leve ≤6 puntos; Moderado 7-12 puntos; Grave ≥13 puntos			

Tipo de manejo x criterios	Ambulatorio	Intrahospitalario
Tolerancia líquidos orales	Si	No
Deshidratación	No	Si
Pérdida de peso	<5%	>5%
Perfil renal - electrolitos	Normal	Anormal
PUQE	3-12	>13
Respuesta a manejo inicial		Sin respuesta

**Medidas generales – higienicosanitarias**  
 Continúe **ácido fólico**, suspenda los otros suplementos  
**Jengibre 250 mg V Oral – c/ 6 hr (250-1000/ día)**  
**Acupresión P6 (con muñequera)**

**Vitamina B6 (piridoxina) 50gr V Oral - 1 tab cada 12 h**, ajustar horario y dosis a síntomas. ó  
**Vitamina B6 (piridoxina) 10 mg/doxilamina 10 mg V Oral - 2 tab** al acostarse inicialmente ó  
 1 tab mañana, 1 tab tarde y 2 tab al acostarse ó

Si hay ardor epigástrico y reflujo:

**Hidroxido/aluminio/magnesio**  
 1 cucharada 1 h después de cada comida ó  
**Famotidina 10 mg VO** 1 tab c/12 h ó  
**Ranitidina 50 mg IV amp IV**  
 c/8h (NO USAR VO)

**Dimenhidrinato 50 mg VO –**  
 1 tab c/4-6 h, máximo 400 mg/día  
 (o 200 mg si está con doxilamina) ó  
**Difenhidramina 50 mg VO-**  
 1 tab c/4- 6 horas ó  
**Hidoxicina 25 mg VO**  
 1 tab c/8 horas

**Metoclopramida 5 a 10 mg VO o IM-**  
 1 tab c/ 6 a 8 h ó

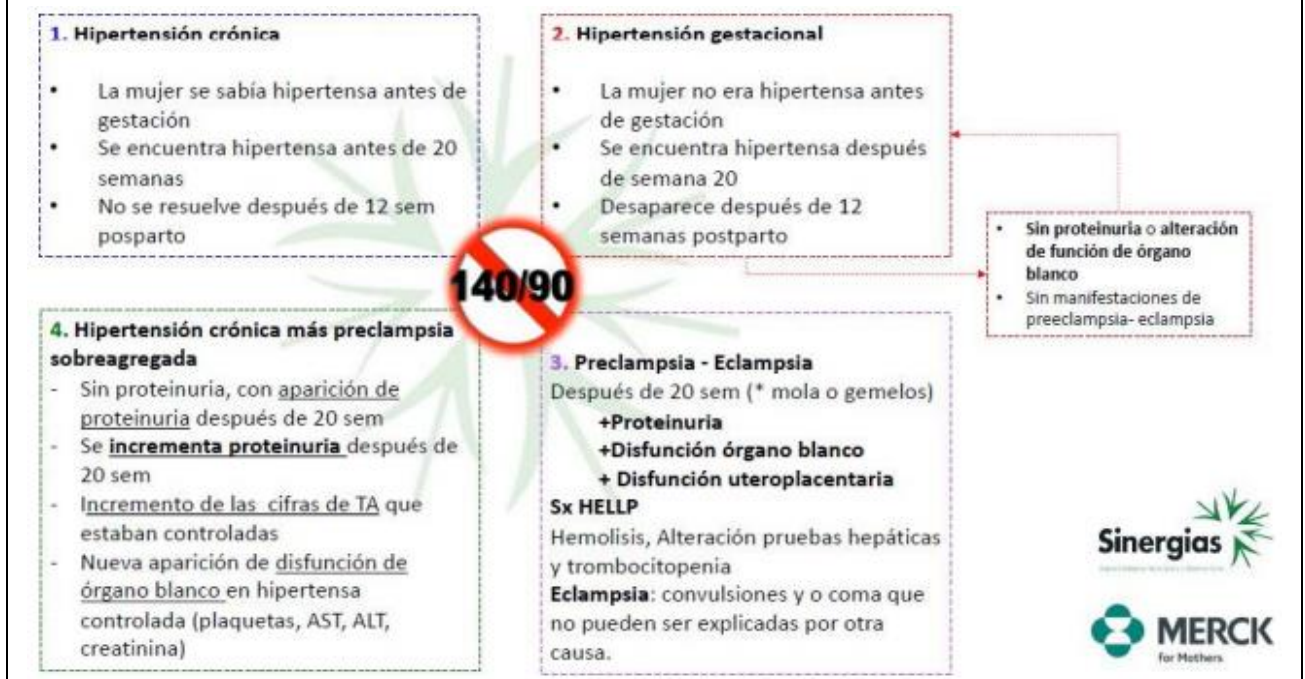
**Metilprednisolona 16 mg tab VO**  
 1 tab c/8 h o IV x 3 días →prednisolona 40 mg/día x 1 día → 20 mg/día x 3 días →10 mg/día x 3 días  
 (no usar en menores de 10 sem  
 Si no hay respuesta primeros 3 días, suspender

**Infección urinaria:**

- ✓ Parto Pretérmino
- ✓ Ruptura Prematura de Membranas
- ✓ Bajo Peso al Nacer
- ✓ Corioamnionitis
- ✓ Choque Séptico: 1 al 8% (E. Coli)
- ✓ Síndrome Distrés Respiratorio Agudo
- ✓ Insuficiencia Renal Crónica ( IL 6, IL 8)
- ✓ Aumenta riesgo preeclampsia – Muerte



### Trastornos hipertensivos:



### Ganancia no controlada de peso:

## Ganancia no controlada de peso



Talla 1 50 Peso antes de gestación 67 kg IMC: 29  
 Semana 18: 71 Kg IMC 31.5 ----- Semana 24: 75 kg IMC 33  
 Semana 28: 77 kg: IMC 34.2 ----- Semana 32: 80 kg:IMC 35.5  
 Semana 36: 82 kg: IMC 36.4

### Aumenta riesgo

- En la mamá: **diabetes gestacional, preeclampsia, distocia intraparto, indicación de nacimiento por cesárea**
- En el feto: **macrosomía fetal, y problemas de adaptación neonatal**
- Retrasa el inicio de lactógenosis II, se demora la “bajada” de la **leche materna**
- Mayor **morbimortalidad materna e infantil**



### Diabetes gestacional:

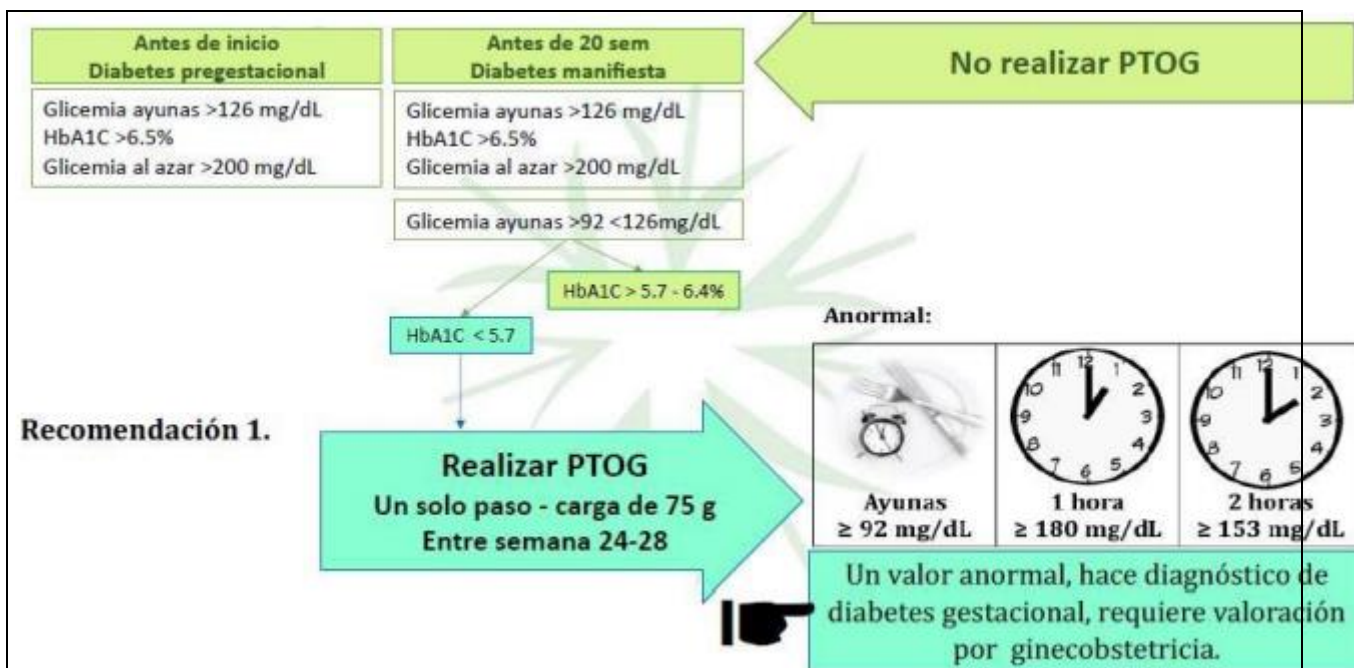
Aumenta el riesgo:

#### Para la mamá:

- ✓ Preeclampsia.
- ✓ Polihidramnios.
- ✓ Nacimiento por cesárea
- ✓ Distocia de hombros

#### Para el feto:

- ✓ Macrosomía o grande para la edad
- ✓ Morbilidad neonatal
- ✓ Riesgo metabólico, distrés respiratorio y cardiomiopada
- ✓ Organomegalia fetal hepato o cardiomegalia
- ✓ Óbito (mal control glicémico) > 36 sem



**Tratamiento nutricional de la diabetes gestacional:**

**Recomendación 1:**

A todas las pacientes diagnosticadas con diabetes gestacional Reduce:  
Hipertensión gestacional - Macrosomía y recién nacido grande PEG.

**Recomendación 2:**

Indicación y seguimiento por un profesional en nutrición


**Recomendación 3:**

Primer seguimiento a la primera semana por nutricionista.  
Periodicidad de controles posteriores, según condiciones particulares, sin sobrepasar un lapso de cuatro semanas entre ellos.

**Recomendación 4 y 5:**

Glucometría diaria en ayunas, una hora posprandial de tres comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) todos los días.

**Recomendación 6:**

	<b>ACTA</b>	FOR-MAN-GD-03
		Versión 0
		Fecha: SEP 2021
		Página 16 de 26

Si valores posprandiales  $\geq 140$  mg/dL → Automonitoreo intensivo: 7 glucometrías

**Recomendación 7:**

Tras alcanzar metas de glicemia, control cada dos a cuatro semanas.

**Recomendación 8:**

Si después de 2 semanas en manejo nutricional más del 10 % de las glucometrías no logran metas .Si en cualquier toma los primeros tres día valores:

- en ayunas > 140 mg/dL
- postprandial > 200 mg/dL

**Recomendación 9:**

Si después de 2 semanas de tratamiento nutricional o en controles subsiguientes el perímetro abdominal fetal está por encima de P% 75.

**Recomendación 10:**

Seguimiento clínico y paraclínico más frecuente en gestantes con IMC > 30kg/m, (para tomar la decisión sobre terapia farmacológica)

**Recomendación 11:**

Metformina (max 2500-3000mg) o insulina (26-46 % la van a necesitar)

**Recomendación 12:**

Si después de 2 semanas con metformina no cumple con las metas de glicemia, cambiar a insulina

**Recomendación 13:**

Insulina regular y NPH

**Recomendación 14:**

Análogos de acción rápida (Lispro y Aspart) y de acción lenta (Glargina y Detemir). A criterio del especialista

**Recomendación 15:**

Ajustar insulina según glucometrías y a criterio del especialista

**Recomendación 16:**

Ecografía obstétrica al momento del diagnóstico

**Recomendación 17:**

Seguimientos ecográficos periódicos



**Recomendación 18:**

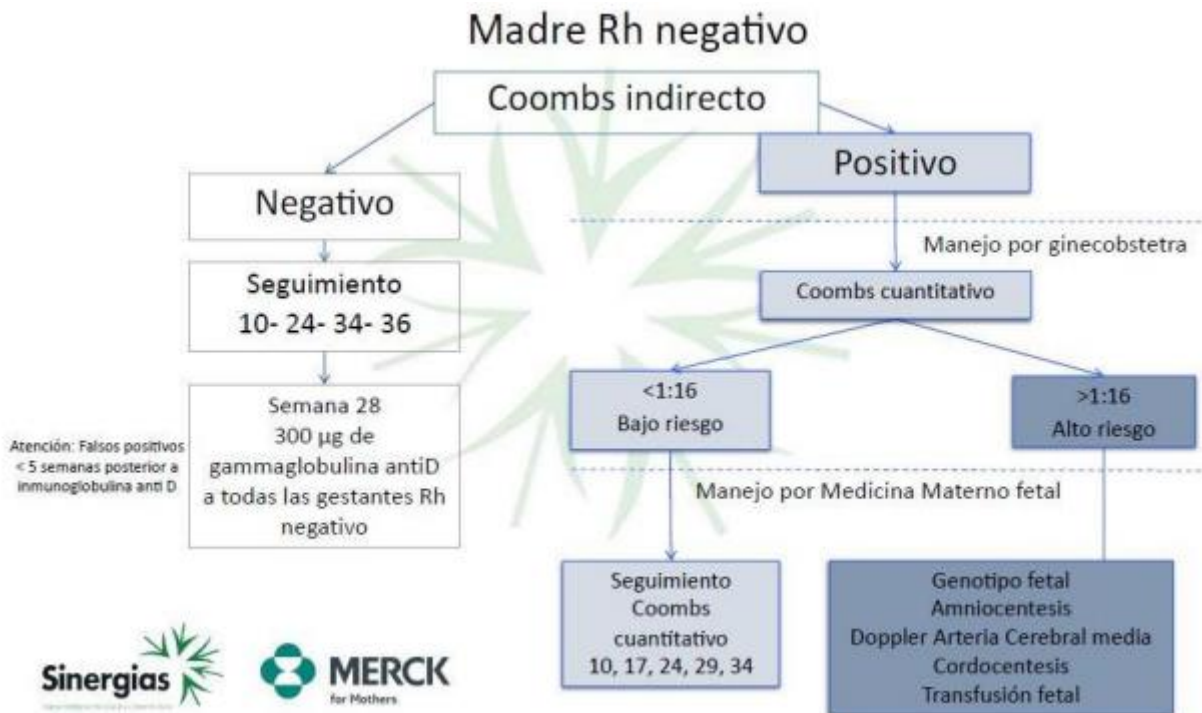
Pruebas de bienestar fetal (vigilancia de movimientos fetales, monitoria sin estrés y perfil biofísico) a criterio del especialista.

**Recomendación 19:**

Doppler feto- placentario a criterio del especialista.

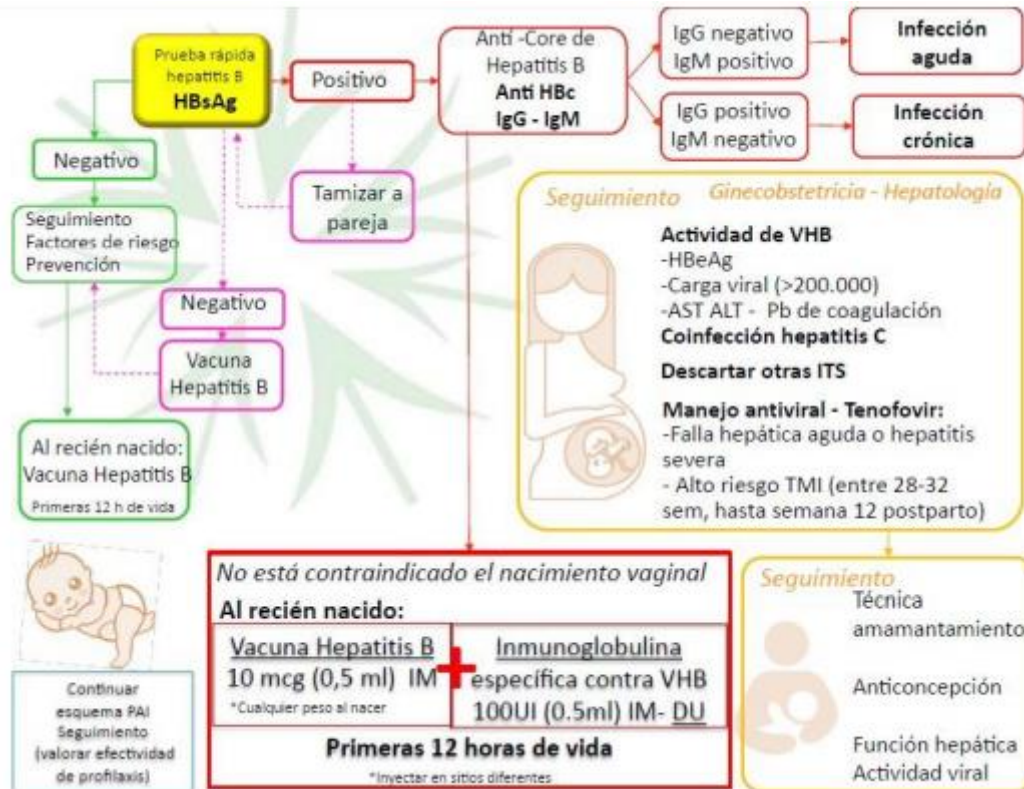
**Riesgo isoimmunización:**

Producción de anticuerpos maternos como respuesta a la exposición de antígenos de glóbulos rojos diferentes a los propios.



**Infecciones de transmisión materno infantil:**

✓ Hepatitis B:



**VIH:**

**La infección por VIH en gestantes aumenta:**

- ✓ Aborto espontaneo
- ✓ Bajo peso Mortalidad in útero
- ✓ Prematurez Diabetes gestacional
- ✓ Preclampsia (TAR)
- ✓ Neonato infectado
- ✓ Muerte prematura 10-15% antes de TAR

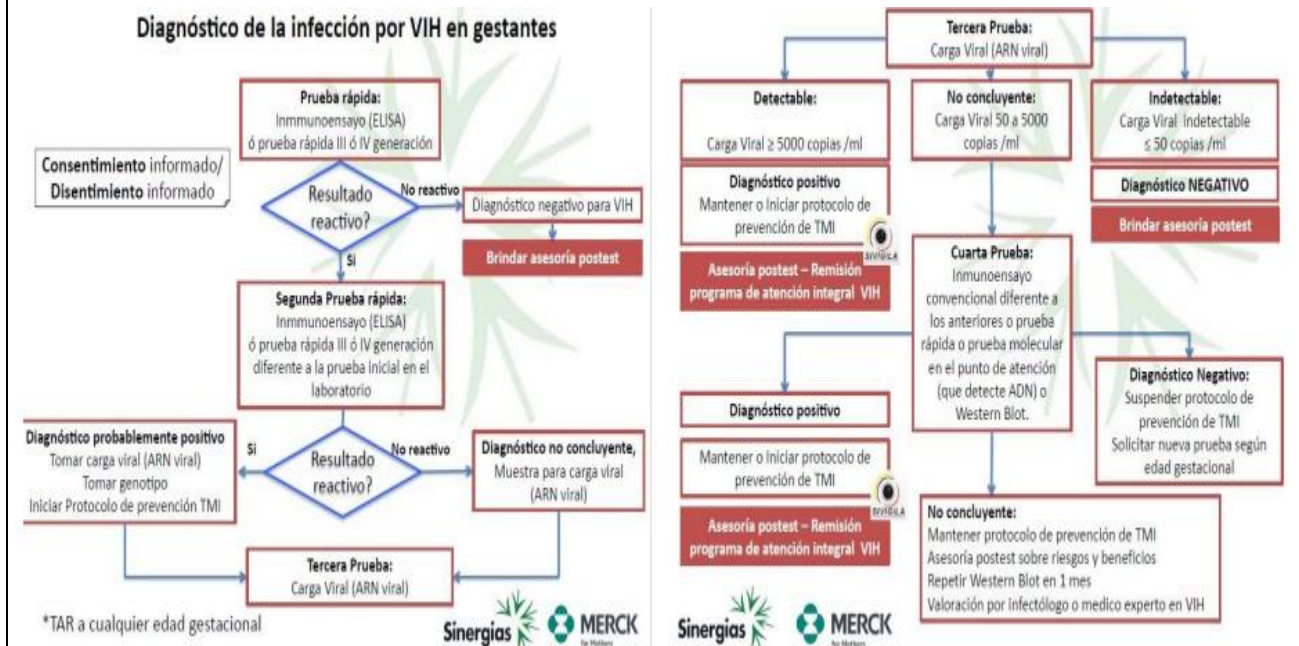
### Medidas de prevención:

- ✓ Evitar infección en mujeres adolescentes, en edad fértil y madres lactantes c
- ✓ Conocer estado pregestacional de VIH
- ✓ TAR durante la gestación
- ✓ Vía de nacimiento, según Carga viral- Profilaxis intraparto
- ✓ Profilaxis neonatal pos exposición (siempre)
- ✓ Reemplazo de lactancia materna
- ✓ Consejería en alimentación: aceptable, factible, asequible, sostenible y segura
- ✓ Preparación segura de alimentos
- ✓ Seguimiento y apoyo (anticoncepción/nutrición)
- ✓ Seguimiento crecimiento y desarrollo

### Momentos de la transmisión del VIH madre- hijo:



### Diagnóstico de la infección por VIH en el embarazo:



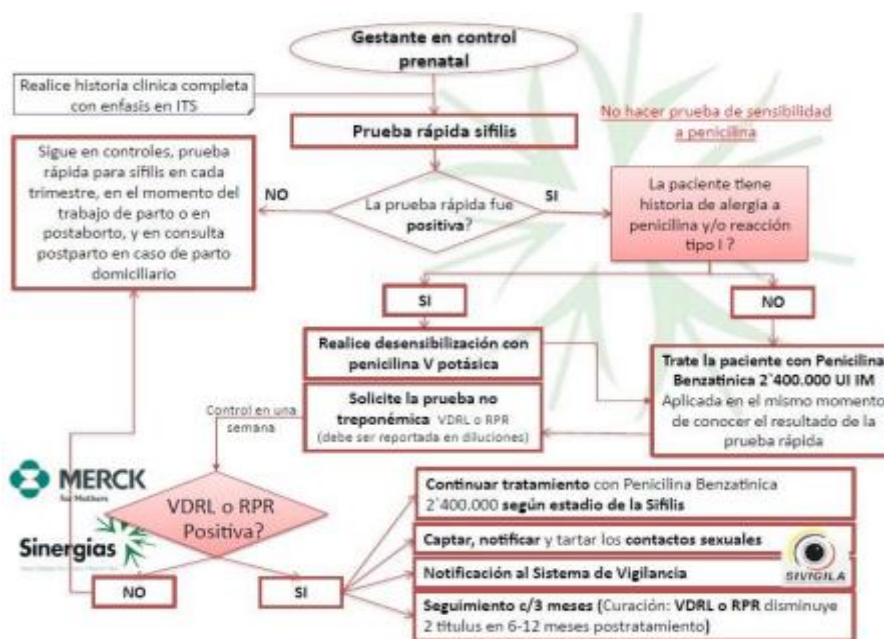
### Sífilis gestacional y congénita:



**La sífilis aumenta el riesgo de:**

- ✓ Aborto
- ✓ Muerte perinatal
- ✓ Malformaciones múltiples
- ✓ Retardo mental
- ✓ Tibia en sable
- ✓ Dientes de Hutchinson
- ✓ Erupciones cutáneas
- ✓ Ceguera
- ✓ Hipoacusia
- ✓ Aborto
- ✓ Muerte fetal in útero
- ✓ Parto pretérmino

**Tratamiento:**

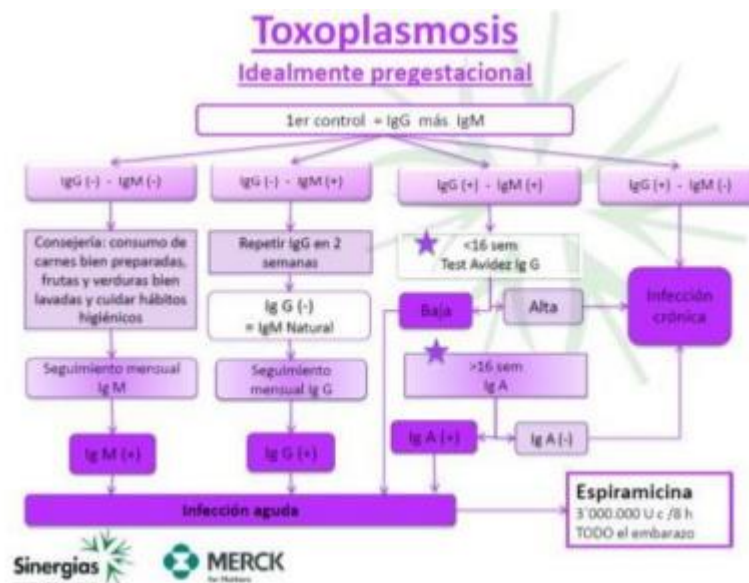


### Toxoplasmosis:

Aumenta el riesgo de:

- ✓ Hidrocefalia
- ✓ Calcificaciones intracraneales
- ✓ Coriorretinitis
- ✓ Convulsiones
- ✓ Exantema
- ✓ Ictericia, hepatoesplenomegalia
- ✓ Anemia, trombocitopenia,
- ✓ Cardiomegalia
- ✓ Microoftalmía

### Tamización:



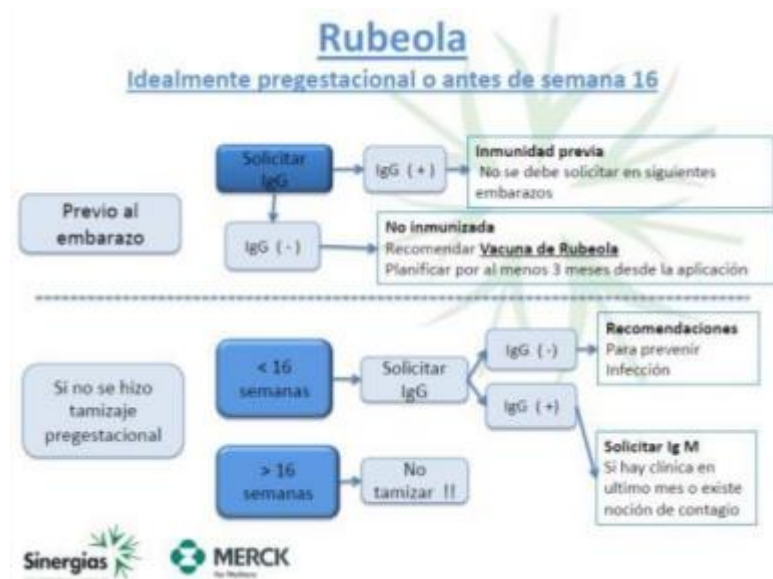
### Rubeola:

Aumenta el riesgo de:

- ✓ Defectos cardiovasculares (< 8s)
- ✓ Oculares retinopatía
- ✓ SNC - microcefalia
- ✓ Sordera uni o bilateral

- ✓ Retraso psicomotor
- ✓ Aborto 20%

### Diagnóstico:



### Varicela:

Aumenta el riesgo de:

- ✓ Cicatrices cutáneas en dermatomas
- ✓ Reducción de extremidades
- ✓ Microoftalmia, corioretinitis, catarata
- ✓ Anomalía esfínteres intestinales y urinarias.
- ✓ RCIU
- ✓ SNC (atrofia cortical, retraso mental, convulsiones).

## IMPORTANCIA DE TSH



**Importancia de Realizar el TSH Tamizaje Neonatal**

**1** Es una muestra de sangre que se obtiene del talón derecho del recién nacido.

**2** Se debe realizar a partir de las 48 h. posterior al nacimiento o en el primer control de Crecimiento y Desarrollo del recién nacido, debiendo ser dentro de la primera semana de vida.

**3** Sirve para detectar enfermedades como: Hipotiroidismo Congénito, Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Fenilcetonuria y Fibrosis Quística.

**4** Es de vital importancia que la información entregada sea correcta para obtener un registro adecuado el cual permita la ubicación, control y seguimiento del recién nacido.





## Diagnóstico oportuno

Lo ideal es realizar la prueba entre los **2 y 5 días** después del nacimiento, una vez que el bebé comió por primera vez y su organismo empezó a metabolizar nutrientes. Si la prueba no se realiza en este periodo, debe aplicarse lo más pronto posible.

En caso de **resultado positivo**, el personal de salud contacta a la familia del bebé para confirmar el diagnóstico y comenzar el tratamiento.



Se indica a los encargados del programa la importancia de solicitar el resultado en la consulta posparto y educar para recibir y reportar el resultado en consultas posteriores

Se estima que cada año nacen 20 mil bebés con alguna cardiopatía o malformación cardíaca, más del 50 por ciento necesitarán alguna intervención o cirugía, y al no ser atendidos a tiempo serán susceptibles de padecer complicaciones, morir o sufrir de alguna discapacidad permanente

ANEXOS:

