

UNIDAD 5: PREVENIR EL EXCESO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL



Las dos terceras partes de las muertes maternas prevenibles y el 45 % de las muertes de recién nacidos se producen en países afectados por conflictos o desastres naturales recientes, o por ambos⁹¹. Las condiciones de vida estresantes y el acceso limitado a proveedores de atención de la salud calificados agravan la vulnerabilidad de las mujeres afectadas por crisis y aumentan el riesgo de morbilidad y mortalidad debido a complicaciones relacionadas con el embarazo.

Existen varios recursos útiles que proporcionan abordajes paso a paso para integrar la atención obstétrica y neonatal de emergencia en la programación humanitaria, como el Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios; *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*, y la serie de capacitaciones de extensión para actualización clínica de Training Partnership Initiative, un recurso del Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva (SR) en Situaciones de Crisis⁹². Uno de los recursos útiles para brindar y mejorar estrategias y programas nacionales de atención neonatal es la publicación *Newborn Health in Humanitarian Settings: Field Guide and Operational Guidelines on Improving Newborn Health in Refugee Operations*⁹³.

Al finalizar la unidad, los destinatarios podrán:

- ▶ explicar por qué es prioritario prevenir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal;
- ▶ explicar qué servicios de parto higiénico y seguro, de atención neonatal esencial y de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica e integral deben ofrecerse y ser accesibles en épocas de crisis;
- ▶ definir los requisitos de un sistema de derivaciones efectivo;
- ▶ enumerar formas de asegurar que se ofrezca atención posterior al aborto y qué hacer si una mujer se presenta para recibir atención; y
- ▶ explicar de qué manera ofrecer insumos y productos básicos para partos higiénicos y atención neonatal inmediata cuando no sea posible acceder a un establecimiento de salud.

91 Sarah Zeid, Flavia Bustreo, Maha Taysir Barakat, Peter Maurer y Kate Gilmore, “For Every Woman, Every Child, Everywhere: A Universal Agenda for the Health of Women, Children, and Adolescents”, *The Lancet*, 16 de mayo de 2015, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60766-8).

92 *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios. Assisted Vaginal Delivery via Vacuum Extraction — Refresher Training; Uterine Evacuation in Crisis Settings Using MVA — Refresher Training; y BEmONC in Humanitarian Settings: Select Signal Functions*, IAWG, consultado el 8 de abril de 2019, [http://iawg.net/tpi-home/resources.Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors](http://iawg.net/tpi-home/resources.Managing%20Complications%20in%20Pregnancy%20and%20Childbirth:%20A%20Guide%20for%20Midwives%20and%20Doctors). (OMS, UNFPA y Unicef, 2017), <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255760/1/9789241565493-eng.pdf?ua=1>

93 *Newborn Health in Humanitarian Settings: Field Guide* (Save the Children, OMS y Unicef, 1 de enero de 2018). <http://iawg.net/resource/newborn-health-humanitarian-settings>; *Operational Guidelines on Improving Newborn Health in Refugee Operations* (ACNUR, 2015), <http://www.unhcr.org/protection/health/54bd0dc49/operational-guidelines-improving-newborn-health-refugee-operations.html>.

Objetivos y actividades del PSIM para SSR:

PREVENIR EL EXCESO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL.

Para prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal desde el inicio de una emergencia, el coordinador de SSR, los administradores de programas y los proveedores de servicios deben trabajar con el sector/grupo temático de salud para lo siguiente:

- ▶ garantizar que haya servicios de parto higiénico y seguro, atención esencial del recién nacido y atención obstétrica y neonatal vital de emergencia, y que se pueda acceder a ellos;
- ▶ establecer un sistema de derivación que esté disponible las 24 horas, todos los días de la semana, para facilitar el transporte y la comunicación desde la comunidad hacia el centro de salud y el hospital;
- ▶ garantizar la disponibilidad de atención posterior al aborto en centros de salud y hospitales; y
- ▶ garantizar la disponibilidad de insumos y productos básicos para partos higiénicos y atención neonatal inmediata cuando no sea posible acceder a un establecimiento de salud o no exista la certeza de que se va a poder acceder.

¿Por qué es prioritario evitar la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal?

En cualquier población afectada por una crisis, la tasa de embarazo en un momento determinado será de aproximadamente el 4 % de la población total. De estas mujeres embarazadas, cerca del 15 % tendrán alguna complicación obstétrica como, por ejemplo, trabajo de parto prolongado o distocia, preeclampsia/eclampsia, infección u otro sangrado grave. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que entre el 9 % y el 15 % de los recién nacidos necesitará recibir atención de emergencia vital⁹⁴. La mayoría de las muertes maternas y de neonatos ocurren cerca del momento del trabajo de parto, del parto o en el período inmediato de posparto. El primer día de vida es el de mayor riesgo para los recién nacidos. En situaciones humanitarias, el colapso de los sistemas de salud puede causar un dramático aumento en la cantidad de muertes maternas y de recién nacidos debido a complicaciones que podrían evitarse en condiciones estables (p. ej., distocia). Este objetivo aborda las causas principales de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal y las intervenciones vitales que deben ofrecerse en cualquier contexto de crisis humanitaria.

¿Por qué se producen muertes debido a complicaciones del embarazo?

Las causas comunes de mortalidad materna son hemorragia (preparto y posparto), sepsia postparto, preeclampsia o eclampsia, complicaciones por abortos, embarazo ectópico y trabajo de parto prolongado o distocia. Las demoras en el acceso a atención vital, que pueden deberse a muchos

94 *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios.*

factores, pueden cobrarse la vida de las mujeres. Las demoras que contribuyen a la probabilidad de muerte materna pueden clasificarse mediante un sencillo modelo que se denomina Modelo de las Tres Demoras:

- ▶ **Demora 1:** Demora en la decisión de buscar atención;
- ▶ **Demora 2:** Demora en acceder a la atención (imposibilidad de acceder a transporte, carreteras en mal estado, inseguridad, retenes, toque de queda, etc.); y
- ▶ **Demora 3:** Demora en recibir atención de calidad (falta de personal calificado, falta de equipos/insumos, costo elevado del tratamiento, exigencia de pago anticipado antes de recibir atención, etc.).

El equipo de emergencia debe asegurarse de que se ofrezca atención obstétrica y neonatal de emergencia básica e integral y concentrarse de inmediato en que las mujeres no tengan demoras en el acceso a servicios de calidad durante el trabajo de parto y el parto y durante el período inmediatamente posterior al parto.

¿Cuáles son algunas maneras en que se puede lidiar con complicaciones durante el parto?

La OMS calcula que, en una determinada población, es posible que entre el 5 % y el 15 % de todos los partos necesiten una cesárea. Si el porcentaje es alto, puede significar que hay uso de cesáreas no indicadas. Si es bajo, es posible que la provisión de servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia no sea adecuada para la población. Las mujeres con emergencias obstétricas y quienes necesiten una transfusión de sangre y cirugía necesitarán que se las derive a un hospital donde se les pueda brindar atención obstétrica y neonatal de emergencia integral.

En contextos donde la mutilación genital femenina tipo III sea común, los coordinadores de SSR y administradores de programas de salud deberán asegurarse de que los proveedores de servicios de SSR estén capacitados en desinfibulación según sea necesario para un parto o de que haya un sistema establecido para derivar a las pacientes a proveedores capacitados. Los proveedores deben asegurarse de que las mujeres y niñas tengan información sobre todos los aspectos del procedimiento y de obtener su consentimiento.

Cálculos de cesáreas que se necesitan sobre la base de una población de 150 000 con una tasa bruta de natalidad del 4 %

Cantidad estimada de nacimientos con vida en un período de 3 meses	$150\,000 \times 0,04 \text{ (CBR)} \times 0,25$	1500 nacimientos
Cantidad de partos que necesitarán una cesárea en un período de 3 meses	$1500 \times 0,05$	75 partos

Cómo asegurar la atención materna y del recién nacido en entornos urbanos y móviles

Se debe trabajar dentro del sector/grupo temático de salud para identificar establecimientos de salud y apoyarlos a fin de que cuenten con insumos médicos y recursos humanos para atender partos normales, proporcionar atención obstétrica y neonatal de emergencia básica e integral, atención esencial del recién nacido y manejar un sistema de derivaciones de emergencia disponible las 24 horas del día todos los días de la semana. Cuando se cobre un “arancel de atención” que represente un obstáculo para el servicio de atención de la salud, se debe promover ante los gobiernos, cuando sea posible, y ante organismos de las Naciones Unidas, como la OMS, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Acnur), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), el libre acceso a servicios de atención de la salud materna y del recién nacido, incluidos servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia.

Las mujeres y las comunidades también necesitan información sobre los signos de peligro de embarazo y dónde pueden buscar atención inmediata. En el caso de poblaciones móviles y en entornos urbanos, es poco probable que las poblaciones afectadas por crisis puedan buscar atención durante el parto o si se producen complicaciones del parto. Asegurarse de que haya información explícita para informar a las mujeres embarazadas y a las comunidades afectadas por crisis cuándo y dónde las mujeres pueden acceder a atención. También debe identificarse de qué manera las comunidades reciben en este momento información, si es que lo hacen, como por ejemplo, a través de la radio, de los teléfonos celulares o por otros medios de comunicación. Para informar a las comunidades, debe considerarse utilizar estos métodos y las planillas adaptables sobre información, educación y comunicación disponibles en iawg.net/resource/universal-adaptable-information-education-communication-iec-templates-misp.

Actividad del PSIM para SSR:

Garantizar que haya servicios de parto higiénico y seguro, atención esencial del recién nacido y atención obstétrica y neonatal de emergencia, y que se pueda acceder a ellos

¿Dónde deberían ofrecerse servicios de parto higiénico y seguro, atención esencial del recién nacido y atención obstétrica y neonatal de emergencia?

Las experiencias del pasado han demostrado que, al inicio de una emergencia, puede haber un aumento de los nacimientos que se producirán fuera de establecimientos de salud sin la ayuda de personal de salud capacitado. Como es difícil predecir si va a haber complicaciones del parto, la OMS recomienda que **todos los nacimientos** cuenten con personal de salud idóneo y que se lleven a cabo en instituciones de salud que tengan los recursos y el personal para manejar complicaciones

¿Qué se necesita en los distintos niveles de salud para prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal?

Los proveedores de atención de la salud deben promover que en todos los establecimientos de salud haya asistentes idóneos para todos los partos, a fin de prevenir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal cuando sea posible. También deben cerciorarse de que haya suficientes asistentes de parto idóneos, equipos e insumos (en especial medicamentos vitales) y que se informe a las mujeres dónde se encuentran los establecimientos de salud.

A nivel comunitario, debe informarse a la comunidad sobre la disponibilidad de servicios de parto seguro y de atención obstétrica y neonatal de emergencia, y sobre la importancia de buscar atención en establecimientos de salud. A las mujeres que estén visiblemente embarazadas y a los asistentes de parto se les deben proporcionar botiquines de parto higiénico para promover partos higiénicos en el hogar cuando resulte imposible acceder a un establecimiento de salud. Cuando se distribuyan los botiquines de parto higiénico, recuerde a las mujeres que sigue siendo importante que, si es posible, den a luz en un establecimiento de salud.

En los **establecimientos de atención primaria de la salud** debe haber asistentes de parto idóneos (incluidas parteras) e insumos para partos vaginales, atención esencial del recién nacido y prestación de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica.

Los **hospitales que reciban derivaciones** deben proporcionar todos los servicios mencionados en el párrafo anterior, y contar con personal médico calificado e insumos para prestar atención obstétrica y neonatal de emergencia integral.

Adolescentes

Identifique a adolescentes embarazadas en la comunidad y póngalas en contacto con centros de salud para alentarlas a que den a luz en establecimientos. Incentive a las nuevas madres adolescentes a participar en redes de apoyo de pares mientras están embarazadas y luego del parto.



Funciones fundamentales de la atención obstétrica y neonatal de emergencia básica e integral*

Asegurar que en todos los centros de salud se brinde atención obstétrica y neonatal de emergencia básica. Esto significa que el personal sea idóneo y cuente con los recursos para hacer lo siguiente:

1. Administrar antibióticos parenterales para tratar la septicemia.
2. Administrar medicamentos anticonvulsivos parenterales (es decir, sulfato de magnesio) para controlar la preeclampsia y eclampsia graves.
3. Realizar partos vaginales asistidos (p. ej., con extracción con ventosa).
4. Retirar manualmente la placenta.
5. Retirar después del parto o de que se haya producido un aborto incompleto aquellos productos de la concepción que hayan quedado retenidos.
6. Realizar reanimación neonatal básica (p. ej., con bolsa y mascarilla).
7. Administrar medicamentos uterotónicos (p. ej., oxitocina parenteral o comprimidos de misoprostol) para el tratamiento de hemorragias posparto y administrar ácido tranexámico intravenoso además de la atención estándar a las mujeres que reciban un diagnóstico clínico de hemorragia posparto.

Procurar que en los hospitales se brinde atención obstétrica y neonatal de emergencia integral. Esto significa que todo el personal esté capacitado y tenga los recursos para ayudar en todas las intervenciones 1 a 7 anteriores y para lo siguiente:

8. Realizar cirugías (por ejemplo, cesárea).
9. Realizar transfusiones de sangre segura observando las precauciones universales para la prevención de infecciones.

* Las funciones fundamentales son intervenciones médicas clave que se utilizan para tratar las complicaciones obstétricas directas que provocan la gran mayoría de las muertes maternas en todo el mundo.

Atención obstétrica y neonatal de emergencia básica

La atención obstétrica y neonatal de emergencia básica debe proporcionarse a nivel del centro de salud para abordar las principales complicaciones del parto, incluidas las complicaciones en los recién nacidos. Si bien lo ideal es que en todos los partos en establecimientos de salud los asistentes al parto sean personas idóneas, ya que eso puede reducir la morbilidad y mortalidad asociadas con el embarazo y el parto, eso no siempre es posible al inicio de una respuesta humanitaria. Sin embargo, por lo menos, hay que garantizar que en cada centro de salud se puedan proporcionar las 24 horas del día, todos los días de la semana, intervenciones de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica y derivar a un hospital si se necesitara atención obstétrica y neonatal de emergencia integral.

Atención obstétrica y neonatal de emergencia integral

La atención obstétrica y neonatal de emergencia integral debe proporcionarse en los hospitales

que reciban derivaciones para abordar complicaciones obstétricas. Cuando sea posible, se debe apoyar a los hospitales de países receptores brindándoles personal idóneo, infraestructura y productos básicos médicos, incluidos medicamentos y equipos quirúrgicos, según sea necesario para proporcionar atención obstétrica y neonatal de emergencia integral. Si esto no es posible debido a la ubicación del hospital o a que no se puede cumplir con la mayor demanda, el coordinador de SSR debería trabajar con el sector/grupo temático de salud y con algún organismo como el Comité Internacional de la Cruz Roja, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja o Médicos sin Fronteras u otras organizaciones no gubernamentales (ONG) para brindar atención obstétrica y neonatal de emergencia integral. Los servicios pueden ofrecerse, por ejemplo, estableciendo un hospital de campaña provisorio o un hospital que reciba derivaciones cerca de la población afectada por la crisis

Signos de peligro clave en el embarazo

- ▶ Sangrado vaginal
- ▶ Convulsiones
- ▶ Fiebre
- ▶ Dolor abdominal intenso
- ▶ Dolor de cabeza intenso
- ▶ Respiración rápida o dificultades para respirar

¿Cuáles son algunos de los medicamentos e insumos vitales que se necesitan para abordar complicaciones maternas y del recién nacido?

Proporcione a las parteras y a otros asistentes de parto idóneos de los centros de salud materiales y medicamentos para llevar adelante los partos, brindar atención del recién nacido, tratar complicaciones y estabilizar a las mujeres antes de trasladarlas al hospital si fuera necesario.

Entre los medicamentos e insumos vitales que deben ofrecerse se incluyen los siguientes:

- ▶ antibióticos para prevenir y controlar infecciones maternas;
- ▶ medicamentos uterotónicos (oxitocina, misoprostol y ácido tranexámico) para la prevención y control de hemorragias posparto.
- ▶ medicamentos anticonvulsivos (sulfato de magnesio) para la prevención y tratamiento de la preeclampsia y eclampsia graves.
- ▶ insumos para reanimación neonatal, incluidas bolsa y mascarilla;
- ▶ antibióticos (gentamicina y ampicilina) para tratamiento de infecciones neonatales; y
- ▶ esteroides prenatales (desametasona) para partos prematuros y antibióticos (penicilina y eritromicina) para ruptura prematura de membranas antes de que comience el trabajo de parto, solo en hospitales especializados que reciban derivaciones. Los hospitales especializados que reciban derivaciones deben contar con proveedores médicos idóneos que puedan manejar complicaciones obstétricas, brindar atención intensiva neonatal, calcular con precisión la edad gestacional y administrar esteroides (dexametasona para madurar los pulmones del feto).

La atención esencial del recién nacido

La atención esencial del recién nacido es la atención básica que requiere cada bebé. Aproximadamente dos tercios de las muertes infantiles se producen en los primeros 28 días de vida. La mayoría de esas muertes pueden prevenirse si los trabajadores de la salud, las madres u otros miembros de la comunidad toman algunas medidas fundamentales. Un gran desafío es que entre el 5 % y el 10 % aproximadamente de los recién nacidos no respiran espontáneamente cuando nacen y necesitan asistencia para hacerlo. Las principales razones para que un recién nacido no respire son que el parto se haya adelantado y que durante el parto haya habido incidentes que provocaron asfixia grave.

Signos de peligro del recién nacido

Los siguientes signos de peligro indican a los familiares y trabajadores de salud comunitarios que un recién nacido debe derivarse a un establecimiento de salud: :

- ▶ Alimentación deficiente
- ▶ Ataques o convulsiones
- ▶ Actividad reducida o falta de movimiento
- ▶ Respiración rápida (más de 60 respiraciones por minuto)
- ▶ Hundimiento del pecho grave
- ▶ Temperatura superior a 37,5 °C o por debajo de 35,5 °C
- ▶ Muy poco peso al nacer

El personal médico con capacitación formal puede identificar signos de peligro adicionales.

¿Cuáles son los servicios esenciales para todos los recién nacidos?

- ▶ La atención del recién nacido es parte del proceso continuo de atención de la madre y el bebé. En contextos de crisis humanitaria, se brinda atención esencial del recién nacido en la comunidad, centros de salud y hospitales, y esa atención incluye lo siguiente:
- ▶ Atención térmica: Secar, mantener al bebé abrigado, que el bebé mantenga contacto piel con piel con la madre y retrasar el baño del recién nacido.
- ▶ Prevención de infecciones/higiene: Prácticas de parto higiénico, lavado de manos y limpieza del cordón, de la piel y de los ojos.
- ▶ Ayuda con la alimentación: Contacto directo con la madre, ayuda para una lactancia inmediata y exclusiva, y no descartar el calostro (o la primera leche).
- ▶ Monitoreo: Evaluación frecuente para detectar signos de peligro de infecciones graves y otras condiciones que necesiten atención adicional fuera del hogar o del puesto de salud.
- ▶ Controles de atención posnatal: Atención en el hogar o tan cerca de este como sea posible en la primera semana de vida. Las primeras 24 horas son las más importantes y es prioritario realizar una visita posnatal. Debe hacerse todo lo posible por atender a los recién nacidos en el hogar tan pronto como sea posible después del parto.

Limpieza del cordón con clorhexidina en el hogar

Se recomienda aplicar diariamente gluconato de clorhexidina al 7,1 % al muñón del cordón umbilical durante la primera semana de vida en el caso de bebés que nazcan en el hogar en entornos con un alto nivel de mortalidad neonatal. Es una intervención de bajo costo, aceptable y posible que ha demostrado que reduce la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos relacionadas con infecciones y septicemias. Cuando se haya capacitado a las mujeres para aplicar clorhexidina al cordón antes de la emergencia, puede adquirirse esa sustancia como producto básico complementario de los Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva (ISR) (a principios de 2020).

En el caso de bebés que nazcan en establecimientos de salud o en el hogar pero en entornos con bajo nivel de mortalidad neonatal, se recomienda mantener el cordón limpio y seco.

Nota importante: La OMS ha alertado que el uso del gluconato de clorhexidina al 7,1 en solución acuosa o en gel (10 ml) ha provocado graves lesiones oculares al entrar en contacto involuntariamente con los ojos, entre ellas, ceguera⁹⁵.



95 *Information Exchange System, Alert No. 133 Chlorhexidine 7,1% digluconate (CHX) aqueous solution or gel (10ml) Reports of serious eye injury due to errors in administration* (Organización Mundial de la Salud, febrero de 2019), https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/alert133_chlorhexidine.

¿Qué atención del recién nacido debe proporcionarse en los establecimientos de salud y en los hospitales?

Atención del recién nacido en los establecimientos de salud

Abordar las complicaciones durante el parto y garantizar que el parto sea monitoreado mediante un partograma y que se tomen las medidas correspondientes en caso de que haya complicaciones.

Estar preparado para la reanimación de recién nacidos en cada parto, lo cual incluye secarlos, despejarles las vías aéreas según sea necesario, brindarles estimulación y ventilarlos con bolsa y máscara.

Proporcionar atención neonatal esencial a cada recién nacido.

En el caso de recién nacidos prematuros y con bajo peso o pequeños, donde el bebé y la madre estén clínicamente estables, iniciar contacto de tipo piel con piel entre ellos, favorecer la lactancia inmediata y derivar a un hospital tan pronto como sea posible.

Controlar los signos de posibles infecciones bacterianas graves en recién nacidos; eso incluye diagnosticar, clasificar, proporcionar la primera dosis de antibióticos y derivar a un hospital tan pronto como sea posible.

Atención del recién nacido en hospitales

Garantizar que en el pabellón de partos haya lugar para reanimación de recién nacidos, así como capacidad e insumos para aplicar ventilación con bolsa y mascarilla.

Abordar las complicaciones durante el parto y garantizar que el parto sea monitoreado mediante un partograma y que se tomen las medidas correspondientes en caso de que haya complicaciones.

Proporcionar reanimación de recién nacidos, lo cual incluye secarlos, despejarles las vías aéreas según sea necesario, brindarles estimulación y ventilarlos con bolsa y mascarilla. Continuar controlando a los recién nacidos que tengan dificultades respiratorias.

Proporcionar atención neonatal esencial a cada recién nacido.

Establecer una unidad donde se aplique el método de cuidado Madre Canguro para bebés y madres clínicamente estables; favorecer la lactancia inmediata, y seguir las directrices de la OMS aplicables a bebés prematuros, lo cual incluye controlar los signos graves de infecciones bacterianas en recién nacidos.

El método de cuidado Madre Canguro para bebés prematuros y de bajo peso al nacer

El método de cuidado Madre Canguro es una de las maneras más prometedoras de salvar a bebés prematuros y de bajo peso al nacer en todos los contextos. Esta forma de atención, que se brinda inicialmente en establecimientos de salud, implica enseñarles a los trabajadores de la salud y a cuidadores a mantener a los recién nacidos abrigados las 24 horas del día, al tener al bebé en contacto piel con piel permanente con el pecho de la madre o de quien lo cuide. El método Madre Canguro puede mejorar significativamente la eficacia de otros tratamientos reconocidos para bebés prematuros, como atención térmica, ayuda para la lactancia, prevención y control de infecciones, y reanimación neonatal.



La realidad de la implementación del PSIM para SSR en Nepal

Luego del terremoto ocurrido en Nepal en abril de 2015, el UNFPA calculó que 1,4 millones de mujeres en edad reproductiva habían resultado afectadas, entre ellas 93 000 mujeres embarazadas, de las cuales entre 1000 y 1500 era probable que tuvieran complicaciones⁹⁶. El gobierno y actores nacionales e internacionales pusieron en marcha de inmediato el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la Salud Sexual y Reproductiva (SSR).

En septiembre de 2015, un equipo del IAWG sobre Salud Reproductiva en Contextos de Crisis realizó una evaluación del PSIM para SSR. Con respecto al objetivo de la prevención de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, la evaluación reveló que los establecimientos visitados prestaban servicios para partos normales y que se ofrecía atención obstétrica y neonatal de emergencia básica. Para aumentar los partos en establecimientos de salud en el distrito de Sindhupalchowk, se creó un hospital temporal que brindara atención obstétrica y neonatal de emergencia integral, con un sistema de derivaciones de emergencia, y se realizaron campañas por radio y televisión para informar a las mujeres sobre los servicios.

Sin embargo, tras el cierre de este hospital temporal, no siempre podía conseguirse atención obstétrica y neonatal de emergencia integral en Sindhupalchowk. En diversos análisis de grupos focales, los participantes informaron que, cuando surgían complicaciones, se evitaba acudir a los puestos de salud cercanos o al hospital del distrito y se iba directamente al hospital del distrito más cercano o a Katmandú para recibir atención de calidad. Algunas de las barreras constantes que existían para poder acceder a la atención de partos en los establecimientos eran los costos directos e indirectos relacionados con poder llegar a los establecimientos, en especial, en distritos alejados.

Se distribuyeron a las mujeres embarazadas en Sindhupalchowk botiquines de parto higiénico y tanto en los distritos de Katmandú como de Sindhupalchowk, se proporcionaron servicios de atención de recién nacidos, con servicios afianzados de cuidado integral en hospitales de más alto nivel en Katmandú. Sindhupalchowk informó que entre los obstáculos que tenían para brindar atención integral del recién nacido se encontraban la falta de equipos o su malfuncionamiento.

96 Myers y otros, "Facilitators and Barriers in Implementing the Minimum Initial Services Package".

Actividad del PSIM para SSR:

Establecer un sistema de derivación que esté disponible las 24 horas del día todos los días de la semana

¿Cuándo debe estar disponible un sistema de derivaciones para emergencias obstétricas?

Puesto que la mayoría de las muertes maternas y perinatales se deben a la imposibilidad de conseguir ayuda calificada en forma oportuna para atender las complicaciones del parto, es fundamental tener un sistema coordinado para identificar complicaciones obstétricas y asegurar su tratamiento inmediato y/o derivación a un centro de salud que brinde atención obstétrica y neonatal de emergencia básica o a un hospital con capacidad para atención obstétrica y neonatal de emergencia integral, según sea necesario. Los coordinadores de SSR deben trabajar en coordinación con el sector/grupo temático de salud y las autoridades del país receptor, así como con las comunidades, para asegurar que, en un contexto de crisis humanitaria, se establezca un sistema de derivación (incluidos medios de comunicación y transporte) durante los primeros días de la crisis.

El sistema de derivación debe posibilitar el manejo de complicaciones obstétricas y neonatales las 24 horas del día todos los días de la semana. Debe garantizar que mujeres, niñas y recién nacidos que necesiten atención de emergencia sean derivados de la comunidad a un centro de salud donde se les pueda proporcionar atención obstétrica y neonatal de emergencia básica. Las pacientes con complicaciones obstétricas y emergencias neonatales que no puedan manejarse en el centro de salud deben estabilizarse y trasladarse al hospital disponible más cercano donde se proporcione atención obstétrica y neonatal de emergencia integral.

¿Cuáles son los requisitos para un sistema de derivaciones efectivo y eficiente?

- ▶ Para lograr un sistema de derivaciones efectivo y eficiente se recomienda lo siguiente:
- ▶ Elaborar políticas, procedimientos y prácticas que deban observarse en los centros de salud y hospitales para garantizar una derivación eficiente⁹⁷.
- ▶ Evaluar los establecimientos que reciben derivaciones para determinar si cuentan con suficientes insumos, personal e infraestructura para brindar atención obstétrica y neonatal de emergencia integral.
- ▶ Determinar la distancia que existe entre la comunidad afectada y los centros de salud operativos y el hospital, así como opciones de transporte en caso de derivación (incluidos conductores, combustible suficiente y teléfonos celulares/radio/teléfonos satelitales) que estén disponibles las 24 horas del día todos los días de la semana.
- ▶ Exhibir en todos los centros de salud los protocolos e indicar en ellos cuándo, dónde y cómo se derivarán pacientes con emergencias obstétricas y neonatales al siguiente nivel de atención.
- ▶ En el contexto de un campamento, negociar con el personal de seguridad de ese lugar el

⁹⁷ Preferentemente, los hospitales y centros de salud deberían contar con políticas y procedimientos sobre derivaciones antes de una crisis humanitaria a fin de garantizar que el sistema de salud esté listo para responder.

acceso vital al hospital que recibe derivaciones a fin de que se puedan transportar pacientes de emergencia durante la noche.

- ▶ Informar a las comunidades sobre los signos de peligro del embarazo y cuándo buscar atención de emergencia en caso de complicaciones del embarazo y durante el parto.
 - Los mensajes deben comunicarse en varios formatos e idiomas (p. ej., en lenguaje Braille, en lenguaje de señas, de manera gráfica) para garantizar que sean accesibles y en grupos de debate a través de actividades de extensión comunitarias (grupos de mujeres, personas lesbianas, gais, bisexuales, queer, personas que se cuestionan su identidad de género, intersexuales y asexuales [LGBTQIA] y personas con discapacidad) y otros canales adecuados de acuerdo con el contexto (p. ej., parteras, trabajadores de la salud comunitarios, líderes comunitarios, mensajes de radio o folletos informativos en los baños de mujeres).
- ▶ Cuando sea imposible establecer servicios de derivaciones que estén disponibles las 24 horas del día todos los días de la semana, debe asegurarse de que en los centros de salud haya en todo momento personal calificado para brindar atención obstétrica y neonatal de emergencia básica. Por ejemplo, establecer un sistema de comunicación, como el uso de radios o teléfonos celulares, para obtener orientación y ayuda médica de personal idóneo. El coordinador de SSR también debe trabajar con el sector/grupo temático de salud para resolver el problema y garantizar que las poblaciones puedan acceder a atención obstétrica y neonatal de emergencia básica e integral.



Práctica reconocida: Establecimiento de un sistema de derivación en Cox's Bazar (Bangladés)

En Cox's Bazar (Bangladés), el acceso y el transporte a establecimientos de salud y hospitales que reciben derivaciones era problemático debido a las dificultades del terreno⁹⁸. Además de movilizar ambulancias, se utilizaban más de 20 tom toms (una motocicleta con asientos) para transportar a mujeres embarazadas y a otras personas que necesitaran llegar a los establecimientos de salud. Se informaba el número de teléfono del coordinador de los tom tom, y el servicio estaba disponible día y noche. Además, en cada establecimiento había un tom tom estacionado para derivaciones de emergencia.

Act Actividad del PSIM para SSR:

Garantizar la disponibilidad de atención posterior al aborto en centros de salud y hospitales

La atención posterior al aborto es la estrategia global orientada a reducir las muertes y el sufrimiento asociados con complicaciones que son resultado de abortos inseguros y espontáneos, y constituye una intervención vital. Las muertes y lesiones a causa de abortos inseguros continúan representando

⁹⁸ Visita de campo, Comisión de Mujeres para los Refugiados, febrero de 2018.

un grave problema de salud pública que afecta a mujeres, niñas, familias y a comunidades enteras. En todo el mundo, el aborto inseguro, que se define como aquel realizado por personas que no tienen las habilidades necesarias o en entornos que no cumplen con los estándares médicos mínimos, o ambos, representa aproximadamente el 8 % de las muertes maternas, el 97 % de las cuales ocurren en países en desarrollo⁹⁹. Las mujeres y niñas en contextos de crisis humanitarias pueden estar expuestas a mayores riesgos de embarazo no deseado y aborto inseguro.

En muchos países se permite la realización de abortos por una o más de las siguientes causales, que incluyen si el embarazo:

- ▶ pone en riesgo la vida de la mujer;
- ▶ representa una amenaza para la salud física o mental de la mujer;
- ▶ es consecuencia de una violación o de incesto; o
- ▶ el feto presenta una malformación grave.

Todos los países permiten el acceso legal a la atención de emergencia posterior al aborto, independientemente de cuál sea el estatus legal del acceso a servicios de aborto. Las mujeres y niñas también están en riesgo de sufrir abortos espontáneos, y algunas necesitarán atención oportuna y apropiada.

¿Qué debe hacerse si una mujer se presenta para recibir atención posterior al aborto?

- ▶ Por lo general, las mujeres que acuden para recibir atención posterior al aborto son pacientes ambulatorias que presentan síntomas como sangrado vaginal, dolor abdominal, fiebre o escalofríos¹⁰⁰. Las mujeres que han sufrido complicaciones más graves pueden acudir con choque, hemorragia, septicemia y lesiones intraabdominales. Las complicaciones graves son más probables en contextos en los que hay acceso limitado al aborto seguro y legal.
- ▶ Si una mujer se presenta para recibir atención posterior al aborto, un proveedor de salud idóneo debe hacer lo siguiente:
 - ▶ Realizar una evaluación inicial rápida. Si una mujer presenta signos y síntomas de choque o tiene sangrado vaginal abundante, necesita estabilización inmediata.
 - ▶ Una vez que la evaluación inicial y la estabilización están en marcha, realizar una evaluación clínica más completa para determinar la causa y comenzar el tratamiento. Esto incluye una anamnesis y una exploración física indicada junto con el tratamiento definitivo urgente de las causas subyacentes. El choque en clientas que se presenten para recibir atención después del aborto, por lo general, puede ser hemorrágico o septicémico:
 - El choque hemorrágico es el resultado de pérdida abundante de sangre, que puede ser causada por un aborto incompleto, atonía uterina o lesión vaginal, cervicouterina, uterina o intraabdominal.
 - El choque septicémico es el resultado final de una infección, que puede provenir de un aborto incompleto, endometriosis o lesión intraabdominal.
 - ▶ Realizar una evacuación uterina inmediata, si el tratamiento lo requiere. En el primer trimestre esto suele realizarse mediante aspiración de vacío o el uso de misoprostol. Si la

99 "Induced Abortion Worldwide", Guttmacher Institute, marzo de 2018, <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>; y *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios*, pág. 48.

100 Puede encontrar más información acerca de la atención posterior al aborto en la unidad 8 sobre servicios de aborto seguro en la máxima medida que lo admita la ley.

mujer requiere tratamiento que excede la capacidad del establecimiento donde es atendida, establezca su condición antes de trasladarla a un servicio de nivel superior.

- ▶ Proporcionar a la paciente profilaxis para el tétanos o derivarla para que se la proporcionen en otro lado. Las mujeres que se han sometido a abortos inseguros con instrumentos no esterilizados están en riesgo de tétanos, en especial, en aquellas comunidades donde se han informado casos de tétanos después de abortos.
- ▶ Proporcionar a todas las mujeres que se presenten para recibir atención después del aborto información, asesoramiento y servicios una vez que se hayan atendido sus necesidades médicas inmediatas.



Práctica reconocida: Atención posterior al aborto en Cox's Bazar (Bangladés)

En Cox's Bazar (Bangladés), una alianza con Ipas permitió el establecimiento inmediato de servicios de atención posterior al aborto¹⁰¹. La asignación de trabajadores de salud capacitados y la disponibilidad de productos básicos adecuados facilitó la prestación de los servicios. Los establecimientos que recibían derivaciones se equiparon con los recursos humanos y productos básicos para estar en condiciones de brindar atención posterior al aborto de manera sistemática.

Actividad del PSIM para SSR:

Garantizar la disponibilidad de insumos y productos básicos para partos higiénicos y atención del recién nacido básica

¿Qué materiales básicos pueden ayudar a las mujeres embarazadas a tener un parto higiénico durante una emergencia?

En todos los contextos de crisis humanitaria, hay mujeres y niñas que se encuentran en las etapas avanzadas del embarazo y que, por lo tanto, darán a luz durante la emergencia. Por lo general, al inicio de una respuesta humanitaria, los nacimientos se producen fuera de un centro de salud y sin la ayuda de asistentes de parto idóneos. En muchos lugares son comunes los partos en el hogar. Es importante poner a disposición de todas las mujeres embarazadas botiquines de parto higiénico a fin de mejorar las prácticas asociadas con el nacimiento y la atención esencial del recién nacido cuando sea imposible acceder a establecimientos de salud. Asegúrese de incluir información —en el idioma local— sobre cómo utilizar el botiquín para resaltar la importancia de dar a luz en un establecimiento de salud con la asistencia de un proveedor idóneo y sobre cómo acceder a establecimientos de salud cercanos. La distribución puede hacerse en centros de registro o mediante trabajadores de la salud comunitarios cuando haya una red establecida. En contextos donde no sea posible acceder a establecimientos y donde los asistentes de parto tradicionales estén colaborando con los partos en el hogar, se les puede hacer entrega de paquetes para partos higiénicos.

101 Visita de campo, Comisión de Mujeres para los Refugiados, febrero de 2018.

¿Cuál es la mejor manera de obtener paquetes para partos higiénicos?

Los embalajes e insumos de los botiquines para partos higiénicos (Botiquín ISR 2A) para distribución en la comunidad pueden ordenarse al UNFPA a través del proceso de adquisición de Botiquines ISR¹⁰². Dado que estos materiales suelen obtenerse con facilidad en el ámbito local y no vencen, es posible armar estos botiquines en el establecimiento y tenerlos en existencias en entornos donde no se los necesite de inmediato. De ser posible, analice contratar a una ONG local para que fabrique los botiquines, lo cual podría dar lugar a un proyecto de generación de ingresos para las mujeres locales. Si se toma la decisión de adquirir los productos localmente como medida de preparación, es fundamental garantizar la calidad de cada producto que se adquiera; la oficina del UNFPA en el país o la Subdivisión de Servicios de Adquisición de dicho fondo pueden colaborar con esa iniciativa.



Práctica reconocida: Garantizar la disponibilidad de insumos para partos higiénicos

Si la situación lo permite, armar paquetes para partos higiénicos localmente puede ser una buena oportunidad de identificar y organizar a grupos de mujeres y asistentes de parto tradicionales. Esto brinda la oportunidad de informar a todas las mujeres embarazadas y alentarlas a dar a luz en establecimientos de salud y de conversar con ellas sobre el reconocimiento temprano de complicaciones obstétricas y las derivaciones de quienes las tengan. Los grupos de mujeres pueden elaborar los paquetes y entregarlos luego sin cargo a mujeres visiblemente embarazadas. Esto es especialmente útil porque, como los grupos de mujeres son parte de la población afectada por la crisis, lo más probable es que ya sepan quiénes están cerca del momento del parto y necesitan los elementos. A las personas responsables de distribuir los botiquines también se les debe informar sobre los establecimientos más cercanos, las señales de peligro del embarazo y la importancia de dar a luz con un asistente idóneo, de modo que puedan transmitir esta información a las mujeres a quienes visiten.

¿Hay actividades relacionadas con la atención materna que no sean prioritarias en una crisis?

Establecer servicios para brindar atención prenatal y capacitar a parteras son actividades apropiadas que deben llevarse a cabo tan pronto como sea posible. Sin embargo, estas intervenciones no son prioritarias en la emergencia inmediata y no deben desviar la atención de la necesidad más urgente de tener acceso a un parto de calidad en un establecimiento de salud, a servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica e integral, y a atención del recién nacido.

Capacitar a las parteras existentes sobre partos higiénicos y seguros puede esperar hasta que la situación se estabilice. Sin embargo, una actividad que debe llevarse a cabo desde el inicio de una crisis es identificar a parteras y asegurarse de que estén informadas sobre el sistema de derivaciones. Es importante señalar que la definición de “personal idóneo” se ha actualizado de modo de reflejar nuevos datos y la importancia de ser competente para brindar atención durante el parto. La OMS no

¹⁰² Para ordenar botiquines, ingresar en <https://www.unfpaprourement.org/humanitarian-supplies>.

recomienda capacitar nuevos asistentes de partos tradicionales, sino informar a todas las mujeres y a la comunidad sobre señales de peligro del embarazo y facilitar las derivaciones a establecimientos de salud durante la etapa de estabilidad de las emergencias humanitarias, apoyando que se brinde capacitación profesional a las parteras.



Práctica reconocida: Prevenir el exceso de mortalidad y morbilidad materna y neonatal en Cox's Bazar (Bangladés)

- ▶ El UNFPA y los socios pudieron asignar obstetras y anestesistas (una combinación de personal nacional e internacional) para establecimientos que recibían derivaciones, a fin de que brindaran atención obstétrica y neonatal de emergencia integral¹⁰³.
- ▶ Las parteras, primeras socorristas en todos los niveles del sistema de salud, se capacitaron en estabilización inicial y se les proporcionaron productos básicos e insumos.
- ▶ Se garantizó una cantidad adecuada de parteras para que brindaran servicios las 24 horas del día los 7 días de la semana; también se contó con personas de orientación que ayudaban a las nuevas parteras y las alentaba a brindar atención basada en las evidencias.
- ▶ Muy al principio de la emergencia se distribuyeron botiquines de parto higiénico a través de clínicas de SSR móviles, clínicas estáticas y trabajadores de salud comunitarios. En todo momento se mantuvo un inventario de contingencia para garantizar que hubiera suficientes insumos para satisfacer las necesidades asociadas con nuevas llegadas de personas rohinyás con el transcurso de las semanas.

Unidad 5: Puntos clave

- ▶ Para prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, la OMS recomienda que en todos los nacimientos participe personal de salud idóneo y que se realicen en instituciones médicas que cuenten con los recursos y el personal necesarios para manejar complicaciones.
- ▶ Los centros de salud deben contar con asistentes de parto idóneos e insumos para partos vaginales, atención neonatal esencial e intervenciones de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica, así como la posibilidad de derivar pacientes al hospital para que reciban atención obstétrica y neonatal de emergencia integral las 24 horas del día los 7 días de la semana.
- ▶ Los servicios esenciales para todos los recién nacidos incluyen atención térmica, prevención de infecciones/higiene, apoyo para la alimentación, monitoreo y controles de atención posnatal.
- ▶ Se debe proporcionar a las parteras y a otros asistentes de parto idóneos materiales y medicamentos para llevar adelante los partos, brindar atención del recién nacido, tratar complicaciones y estabilizar a las mujeres antes de trasladarlas al hospital si fuera necesario.

103 Visita de campo, Comisión de Mujeres para los Refugiados, febrero de 2018.

- ▶ Debe establecerse un sistema de derivación que esté disponible las 24 horas del día los 7 días de la semana para facilitar el transporte y la comunicación desde la comunidad hacia el centro de salud y el hospital para controlar las complicaciones neonatales y obstétricas.
- ▶ Se debe informar a los miembros de la comunidad sobre las señales de peligro del embarazo y del parto y dónde buscar atención de emergencia en caso de complicaciones del embarazo o durante el parto.
- ▶ Es importante que haya disponibilidad de atención posterior al aborto en los centros de salud y hospitales, ya que las mujeres y niñas en contextos de crisis humanitaria pueden estar expuestas a mayores riesgos de abortos espontáneos, embarazos no deseados y abortos inseguros.
- ▶ Deben ponerse a disposición de todas las mujeres visiblemente embarazadas paquetes de parto higiénico a fin de mejorar las prácticas asociadas con el nacimiento y la atención esencial del recién nacido cuando sea imposible acceder a establecimientos de salud.

Desafíos y soluciones

Desafíos	Soluciones
<p>¿Qué sucede si es imposible garantizar servicios de derivaciones que estén disponibles las 24 horas del día los 7 días de la semana debido a la inseguridad del área?</p>	<p>Si no tienen acceso a atención obstétrica y neonatal de emergencia básica e integral adecuada, es probable que mueran innecesariamente mujeres, niñas y recién nacidos. Por lo tanto, es importante intentar negociar el acceso a un establecimiento adecuado que reciba derivaciones dentro de un sistema de derivaciones de emergencia. Cuando sea imposible establecer servicios de derivación que operen durante las 24 horas, los 7 días de la semana, es fundamental que en los centros de salud haya personal idóneo en todo momento para estabilizar a pacientes con atención obstétrica y neonatal de emergencia básica. En este contexto, resulta útil establecer un sistema de comunicación, como el uso de radios o teléfonos celulares, para contactarse con personal que esté más preparado y pueda proporcionar orientación y ayuda médica.</p>
<p>¿Qué sucede si la población afectada por la crisis no tenía el hábito de acceder a servicios para partos asistidos?</p>	<p>Como muchas mujeres en países en desarrollo suelen dar a luz en sus hogares, una actividad fundamental que debe llevarse a cabo es asegurarse de que la comunidad (en especial, parteras y asistentes de parto tradicionales) sepa cuáles son las señales de peligro y a dónde derivar de inmediato a las mujeres si fuera necesario. También es importante derivar a los recién nacidos a un establecimientos de salud si muestran alguna señal de peligro.</p>

	<p>Deben proporcionarse incentivos para que los partos se realicen en establecimientos de salud, como vales de transporte y botiquines para recién nacidos.</p> <p>Se deben planificar e implementar capacitaciones y otras oportunidades de adquisición de capacidades para todo el personal de salud capacitado una vez que la emergencia se estabilice y que el PSIM para SSR se haya implementado completamente para garantizar una atención respetuosa y de calidad.</p>
<p>¿Qué más puede usarse para el transporte, además de las ambulancias?</p>	<p>No todos los establecimientos de salud tienen ambulancias. Según el contexto, otras soluciones podrían ser, por ejemplo, carros tirados por burros, camillas, vehículos rentados o bicicletas.</p>
<p>¿Qué se puede hacer si un hospital que recibe derivaciones carece de insumos vitales necesarios para brindar atención obstétrica y neonatal de emergencia básica y atención obstétrica y neonatal de emergencia integral?</p>	<p>Analizar la cuestión durante la reunión de coordinación de SSR y del sector/grupo temático de salud.</p> <p>Trabajar con el UNFPA para determinar si ya hay en el país Botiquines ISR disponibles.</p> <p>Trabajar con organismos de las Naciones Unidas, como la OMS, Acnur y el UNFPA, el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el grupo de logística para determinar si pueden ayudar con la adquisición y gestión de insumos.</p> <p>Analizar la cuestión con el Ministerio de Salud o pedir que se envíen los insumos disponibles a los hospitales que reciben derivaciones.</p>

LISTA DE VERIFICACIÓN DE MONITOREO DEL PSIM PARA SSR: PREVENIR EL EXCESO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL

La lista de verificación del PSIM para SSR que figura más adelante puede usarse para monitorear la prestación de servicios de SSR en emergencias humanitarias.

5. Prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal			
5.1	Disponibilidad de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica e integral cada 500 000 personas	Sí	No
	Centro de salud con atención obstétrica y neonatal de emergencia básica: cinco cada 500 000 personas		
	Hospital con atención obstétrica y neonatal de emergencia integral: uno cada 500 000 personas		
5.2	Centro de salud (para garantizar atención obstétrica y neonatal de emergencia básica durante las 24 horas, los 7 días de la semana)	Sí	No
	Un trabajador de la salud calificado de guardia cada 50 consultas ambulatorias por día		
	Suficientes insumos disponibles, incluidos insumos neonatales, para respaldar la atención obstétrica y neonatal de emergencia básica		
5.3	Hospital (para garantizar atención obstétrica y neonatal de emergencia integral durante las 24 horas, los 7 días de la semana)	Sí	No
	Un trabajador de la salud calificado de guardia cada 50 consultas ambulatorias por día		
	Un equipo formado por un médico, profesional de enfermería, partera y anestesista de guardia		
	Suficientes medicamentos e insumos para respaldar la atención obstétrica y neonatal de emergencia integral durante las 24 horas, los 7 días de la semana		
	Atención posterior al aborto		
	Cobertura de atención posterior al aborto: (cantidad de establecimientos de salud donde se ofrece esa atención/cantidad de establecimientos de salud) x 100		%
	Cantidad de mujeres y niñas que reciben atención después del aborto		
5.3	Sistema de derivación para emergencias obstétricas y neonatales que funciona las durante las 24 horas, los 7 días de la semana (medios de comunicación [radios, teléfonos celulares])	Sí	No
	Transporte desde la comunidad al centro de salud, disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana		
	Transporte desde el centro de salud hasta el hospital, disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana		
5.4	Cadena de frío en funcionamiento (para oxitocina y análisis de sangre)		

5. Prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal		
5.5	Proporción de todos los nacimientos en establecimientos de salud: (cantidad de mujeres que dan a luz en establecimientos de salud durante un determinado período/cantidad de nacimientos que se prevé durante el mismo período) x 100	%
5.6	Se consiguió cubrir la necesidad de atención obstétrica y neonatal de emergencia: (cantidad de mujeres con complicaciones obstétricas directas importantes tratadas en establecimientos de atención obstétrica y neonatal de emergencia durante un determinado período/cantidad de mujeres con complicaciones obstétricas directas graves que se prevé para la misma área, en el mismo período) X 100	%
5.7	Cantidad de partos por cesárea/cantidad de nacimientos con vida en establecimientos de salud x 100	%
5.8	Insumos y productos básicos para un parto higiénico y la atención del recién nacido	
5.9	Cobertura de los botiquines para partos higiénicos: (cantidad de botiquines para partos higiénicos distribuidos en los entornos donde es imposible acceder a establecimientos de salud/estimación sobre cantidad de mujeres embarazadas) x 100	%
5.10	Cantidad de botiquines para recién nacidos distribuidos, incluidas clínicas y hospitales	
5.11	Comunidad informada sobre el peligro de los signos de complicaciones durante el embarazo y durante el parto, y dónde buscar atención	

MATERIALES E INSUMOS

¿Qué suministros se necesitan o qué Botiquines ISR podrían ordenarse para realizar partos higiénicos y seguros y brindar atención esencial del recién nacido y servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia?

Botiquines ISR (2019)

Los Botiquines ISR se clasifican en tres niveles, para cada uno de los tres niveles de prestación de servicios de salud. Los botiquines están diseñados para su uso durante un período de tres meses con un determinado tamaño de población¹⁰⁴.

Nota: Los Botiquines ISR no son específicos para un contexto ni tampoco exhaustivos. Las organizaciones no deben depender solamente de esos botiquines y deben planificar para integrar la compra de insumos de SSR en sus sistemas de compras de salud de rutina tan pronto como sea posible. Esto no solo asegurará la sostenibilidad de los insumos sino también que los servicios de SSR puedan ampliarse y pasar del PSIM a una atención integral.

Nivel de atención de salud	Número de botiquín	Nombre del botiquín
Comunidad/puesto de salud	Botiquines 2A y 2B	Parto higiénico (A: Madre, B: Asistente de parto)
Establecimiento de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica, en adelante en este cuadro "AONEB")	Botiquines 6A y 6B	Insumos para asistencia clínica del parto y obstetricia (A: Reutilizable, B: Consumible)
Establecimiento de atención primaria de la salud (AONEB)	Botiquín 8	Manejo de complicaciones por abortos espontáneos o de otro tipo
Establecimiento de atención primaria de la salud (AONEB)	Botiquín 9	Reparación de desgarros vaginales y del cuello uterino
Establecimiento de atención primaria de la salud (AONEB)	Botiquín 10	Parto asistido con extracción con ventosa
Hospital que recibe derivaciones (atención obstétrica y neonatal de emergencia integral, en adelante en este cuadro "AONEI")	Botiquines 11A y 11B	Botiquín para cirugías obstétricas y complicaciones obstétricas graves (A: Reutilizable, B: Consumible)
Hospital que recibe derivaciones (AONEI)	Botiquín 12	Transfusión de sangre

* Cuando haya botiquines A y B, significa que estos botiquines pueden utilizarse juntos, pero también pueden ordenarse por separado.

104 Los Botiquines ISR de 2019 podrán adquirirse desde principios de 2020. Consultar al UNFPA (<https://www.unfpa.org>) o al IAWG (<http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011>) para verificar si los botiquines revisados están disponibles. Para más información sobre los botiquines disponibles antes de 2020, consultar *Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations* (quinta edición, 2011) en <http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011>.

Productos básicos complementarios

Los productos básicos complementarios pueden pedirse según el entorno y las capacidades de los proveedores de atención de la salud. El UNFPA ofrecerá productos básicos complementarios en 2020.

Nivel de prestación de servicios	Artículo	Para complementar
Comunidad/puesto de salud	Clorhexidina	Botiquín 2A
Comunidad/puesto de salud	Misoprostol*	Botiquín 2B, 6A, 8
Comunidad/puesto de salud	Botiquín interinstitucional con insumos para el cuidado de recién nacidos (Comunitario)**	Botiquines 2A y 2B
Establecimiento de atención primaria de la salud (AONEB)	Prendas no neumáticas antishock	Botiquín 6A
Establecimiento de atención primaria de la salud (AONEB)	Oxitocina	Botiquín 6B
Establecimiento de atención primaria de la salud (AONEB)	Botiquín interinstitucional de salud para emergencias (Módulo básico para la malaria)	Botiquín 6B
Establecimiento de atención primaria de la salud (AONEB)	Botiquín interinstitucional con insumos para el cuidado de recién nacidos (Establecimientos de atención de la salud primaria)**	Botiquines 6A y 6B
Establecimiento de atención primaria de la salud (AONEB)	Mifepristona*	Botiquín 8
Establecimiento de atención primaria de la salud (AONEB)	Sistema de parto asistido con ventosa manual	Botiquín 10
Hospital que recibe derivaciones (AONEI)	Botiquín interinstitucional con insumos para el cuidado de recién nacidos (Hospital)**	Botiquines 11A y 11B

* El misoprostol también puede adquirirse para complementar los botiquines 6A y 8 para establecimientos de atención primaria de la salud.

** Al momento de impresión del IAFM 2018, aún no había botiquines con insumos para el cuidado de recién nacidos.



Cuestionario sobre la unidad 5: Prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal

1. ¿Cuál de los siguientes **no** es un servicio esencial para todos los recién nacidos?
 - a. Secar, mantener al bebé abrigado, que el bebé mantenga contacto piel con piel con la madre y retrasar el baño del recién nacido
 - b. Prevención de infecciones/higiene
 - c. Ayuda con la alimentación: descartar el calostro (o la primera leche) y luego apoyar la lactancia o la fórmula si estuviera disponible
 - d. Monitorear para detectar señales de peligro de infecciones serias
 - e. Controles de atención posnatal
2. ¿Dónde debe asegurarse la accesibilidad de servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica y/o de atención obstétrica y neonatal de emergencia integral?
 - a. En hospitales que reciben derivaciones
 - b. En centros de salud
 - c. En el ámbito comunitario
 - d. En a y b
3. Los recién nacidos deben derivarse a un establecimiento de salud si tienen actividad reducida o falta de movimiento.

Verdadero o Falso

4. Si una mujer se presenta para recibir atención posterior al aborto, lo **primero** que un proveedor de salud idóneo debe hacer es derivarla a un hospital.

Verdadero o Falso

5. ¿Con quiénes debería trabajar el coordinador de SSR para establecer un sistema de derivaciones efectivo al inicio de una crisis humanitaria? Seleccionar todas las que correspondan:
 - a. Sector/grupo temático de salud
 - b. Comunidades
 - c. Autoridades del país receptor