



Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Dirección General de Programas de Salud
Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia
Departamento de Salud Integral de la Niñez

Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

Manual Clínico Para Profesionales de la Salud



Módulo de Capacitación



DIRECCIÓN GENERAL
DE PROGRAMAS DE SALUD



Organización
Panamericana
de la Salud

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Impreso con el apoyo financiero del Gobierno de Canadá
por medio de su Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI)



Canadian
International
Development
Agency

Agence
canadienne de
développement
international



**Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social**

AUTORIDADES

DR. OSCAR MARTINEZ DOLDAN
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

DR. ANTONIO BARRIOS
VICE MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

DR. RUBEN DARIO ORTIZ
DIRECTOR GENERAL
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS DE SALUD

2008

El presente Manual Clínico es una revisión y adaptación del Manual Genérico de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia OPS Serie HCT/AIEPI 23.E.

Participaron: el Equipo Técnico del Departamento de Salud Integral de la Niñez, Comité Técnico Nacional de Revisión y Actualización del AIEPI, y el Equipo Técnico de OPS

► **EQUIPO TECNICO DE LA DIRECCION DE SALUD INTEGRAL DE LA NIÑEZ
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL:**

Dra. Mercedes Portillo, Jefa.
Dra. Blanca Esther Villalba Flores
Dra. Gladys Stella Ramírez Rodas
Dra. Maria Antonia Florentin

► **COMITÉ TECNICO NACIONAL DE REVISION Y ACTUALIZACION DEL AIEPI EN
DIFERENTES ETAPAS**

Prof. Dra. Ana Campuzano de Rolón. Cátedra de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas-Universidad Nacional de Asunción.

Dra. Delia Bécker. Hospital General de Barrio Obrero. MSP BS.

Dr. César Ismael Zorrilla. Hospital Nacional de Itaguá. MSP BS.

Lic. Blanca Mancuello. Dirección General de Enfermería. MSP BS.

Dra. Susana Petit. Hospital Nacional de Itaguá. MSP BS.

Dr. Néstor Zawadzki. Sociedad Paraguaya de Pediatría.

Prof. Dra. Mabel Zacur. Hospital Nacional de Itaguá. MSP BS.

Dra. Norma Colina. Facultad de Ciencias Médicas-Universidad Nacional de Itapúa. Hospital Regional de la VII Región Sanitaria- MSP BS.

Dra. Amalia Duarte. Sociedad Paraguaya de Pediatría.

Dra. Miriam Almada. XI Región Sanitaria- MSP BS.

Dra. Ida Esquivel. Cátedra de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas-Universidad Nacional de Asunción.

Dra. Marta Zunini. Facultad de Ciencias Médicas-Ciudad del Este.

Dra. Alicia Alcaraz. Hospital INERAN.

Prof. Dra. Lidia Garcete de Agüero. Cátedra de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas-Universidad Nacional de Asunción.

Dra. Aurea Ortellado. PS San Blás, XVIII Región Sanitaria. MSP BS.

Dra. Marta Cristina Sanabria. Cátedra de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas-Universidad Nacional de Asunción.

Lic. Fátima Kanasawa. Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN). MSP BS.

Lic. Leticia Bobadilla. Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN). MSP BS.

Lic. Marta Llamosas. Dirección de Salud Mental, Instituto Nacional-MSP BS. INPRO-MEC.

Prof. Dra. Stella Benítez Leite. Cátedra de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas-Universidad Nacional de Asunción.

Prof. Dr. José Luis Delgadillo. Hospital Pediátrico “Niños Mártires de Acosta Ñu”. MSP BS.

Dr. Carmen Figueredo. Sociedad Paraguaya de Pediatría.
Lic. Sandra Recalde. Programa de Lactancia Materna. MSP BS.
Dra. Elke Strubing. Servicio de Neonatología, Hospital Nacional de Itaguá. MSP BS.
Dra. Raquel Escobar. Servicio de Neonatología, Hospital Nacional de Itaguá. MSP BS.
Dr. José Buena. Servicio de Neonatología, Hospital Nacional de Itaguá. MSP BS.
Dr. Jorge Cuevas. Hospital Regional de Canindeyú. MSP BS.
Prof. Dr. Herminio Dávalos. Instituto de Previsión Social.
Dr. Néstor Romero – I Región Sanitaria. MSP y BS.
Dra. Carmen Torreani – II Región Sanitaria. MSP y BS.
Dr. Cristian Yegros – III Región Sanitaria. MSP y BS.
Dra. Margarita Vera – V Región Sanitaria. MSP y BS.
Dra. Graciela Grommeck – VI Región Sanitaria. MSP y BS.
Dra. Carmen Zorrilla – VIII Región Sanitaria. MSP y BS.
Dr. Jesús Roa – IX Región Sanitaria. MSP y BS.
Dra. Gaby Latorre – XIV Región Sanitaria. MSP y BS.
Dr. Diego Ojeda – XVII Región Sanitaria. MSP y BS.
Dr. Wilmar Dyck – XVII Región Sanitaria. MSPyBS.
Dra. Lucia Terol – XVII Región Sanitaria. MSPyBS.
Dra. Antonia Benítez Rivas - Hospital Nacional de Itaguá Guazú. MSPyBS.
Dra. Luz Romero – Dirección General de Planificación. MSPyBS.
Dra. Zully Nelly Troche – Cruz Roja Paraguaya.

► **EQUIPO TECNICO OPS**

Dr. Bernardo Sánchez
Dra. Susana Sánchez



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
CAPITULO 1: MODULO DEL NIÑO Y LA NIÑA MENOR DE 2 MESES DE EDAD	11
1. EVALUAR Y CLASIFICAR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO	11
2. EVALUAR Y CLASIFICAR LA CONDICION DEL/LA RECIEN NACIDO/A	21
3. REANIMACION NEONATAL	30
4. DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL	44
5. CLASIFICACION POR PESO Y EDAD GESTACIONAL	47
6. EVALUAR Y CLASIFICAR ENFERMEDAD GRAVE O INFECCION LOCAL	49
7. EVALUAR Y CLASIFICAR DIARREA	61
8. EVALUAR Y CLASIFICAR PROBLEMAS DE ALIMENTACION Y/O NUTRICION	64
9. EVALUAR Y CLASIFICAR ANEMIA	70
10. EVALUAR Y CLASIFICAR PROBLEMAS DE DESARROLLO EN EL NIÑO O NIÑA MENOR DE 2 MESES	72
11. PROGRAMA DE PREVENCION DEL RETARDO MENTAL PRODUCIDO POR EL HIPOTIROIDISMO CONGENITO Y/O LA FENILCETONURIA	78
CAPITULO 2: MODULO DEL NIÑO O NIÑA DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD	87
1. PREGUNTAR A LA MADRE QUE PROBLEMAS TIENE EL NIÑO O NIÑA	87
2. VERIFICAR SI HAY SIGNOS GENERALES DE PELIGRO	89
3. EVALUAR Y CLASIFICAR LA TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR	91
4. EVALUAR Y CLASIFICAR LA DIARREA	101
5. EVALUAR Y CLASIFICAR LA FIEBRE	106
6. EVALUAR Y CLASIFICAR PROBLEMAS DEL OÍDO	115
7. EVALUAR Y CLASIFICAR PROBLEMAS DE GARGANTA	118
8. EVALUAR Y CLASIFICAR MALNUTRICION	120
9. EVALUAR Y CLASIFICAR ANEMIA	133
10. EVALUAR Y CLASIFICAR EL DESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA DE 2 MESES A 4 AÑOS	135
11. VERIFICAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA	139
12. EVALUAR OTROS PROBLEMAS	142

CAPITULO 3: DETERMINAR Y PROPORCIONAR TRATAMIENTO	143
1. DETERMINAR PRIORIDADES PARA EL TRATAMIENTO	143
2. DETERMINAR EL TRATAMIENTO DE URGENCIA PREVIO A LA REFERENCIA	145
3. DETERMINAR TRATAMIENTO PARA LOS/AS ENFERMOS/AS QUE NO NECESITAN REFERENCIA URGENTE AL HOSPITAL	147
4. REFERENCIA URGENTE	149
5. TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES LOCALES	1161
6. DAR MÁS LÍQUIDOS PARA LA DIARREA Y CONTINUAR CON LA ALIMENTACIÓN	162
7. TRATAMIENTO DE LA MALNUTRICION	168
8. TRATAMIENTO DE LA ANEMIA	174
CAPITULO 4: ACONSEJAR A LA MADRE Y ACOMPAÑANTE	175
1. USAR BUENAS TÉCNICAS DE COMUNICACION	175
2. ENSEÑARLE A LA MADRE A ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL EN CASA	178
3. ENSEÑAR A LA MADRE A TRATAR LAS INFECCIONES LOCALES EN LA CASA	181
4. ACONSEJAR A LA MADRE ACERCA DE LAS POSIBLES DIFICULTADES DE LA LACTANCIA MATERNA	185
5. ACONSEJAR A LA MADRE ACERCA DE LA ALIMENTACIÓN Y LOS LIQUIDOS	187
6. ACONSEJAR A LA MADRE SOBRE CUANDO DEBE VOLVER	197
CAPITULO 5: PROPORCIONAR ATENCION DE REEVALUACION Y SEGUIMIENTO	199
1. ATENCION DE SEGUIMIENTO	199
2. VISITA DE SEGUIMIENTO PARA NIÑOS, NIÑAS MENORES DE 2 MESES DE EDAD	201
3. ATENCIÓN DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO O NIÑA ENFERMO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD	204

INTRODUCCIÓN

ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)

La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue presentada, oficialmente, en 1996 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a los países de las Américas. Se promovió su aplicación teniendo en cuenta el impacto que podía producir sobre la mortalidad y morbilidad en niños y niñas menores de 5 años, así como la contribución para mejorar la salud de la niñez. Enfoca la atención de menores de 5 años en su estado de salud integral además de la enfermedad que, ocasionalmente, puede afectarles.

De este modo, se reducirían las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que, no siendo motivo de consulta principal, pueden pasar inadvertidas para el/la trabajador/a de salud, con el consiguiente riesgo de agravarse y de presentar complicaciones. Esta estrategia brinda los conocimientos y habilidades para evaluar en forma secuencial e integrada la condición de salud del niño y la niña y, de esta manera, detecta las enfermedades y/o problemas, y establece el tratamiento que debe administrarse para cada una de ellas. AIEPI incorpora un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención y contribuye, entre otros beneficios, a aumentar la cobertura de vacunación, a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los/las menores de 5 años en el hogar y la comunidad, con lo cual se propicia un crecimiento y desarrollo saludables.

La implementación de AIEPI contempla la participación tanto de los servicios de salud, la familia y de la comunidad, y se lleva a cabo por medio de tres componentes. El primero está dirigido a mejorar el desempeño del/la trabajador/a de salud para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades en la niñez y su tratamiento oportuno. El segundo, se dirige a mejorar los servicios de salud para que brinden atención de calidad apropiada. El tercer componente está dirigido a mejorar las prácticas familiares y comunitarias de cuidado y atención de la niñez.

Sobre esta base, la estrategia AIEPI es considerada en la actualidad como la estrategia más eficiente para reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población menor de 5 años.

Así también, las universidades y sociedades científicas tienen un papel trascendente como formadores del/la trabajador/a de salud, y como referencia científica de estudiantes y profesionales, para fomentar la adhesión a la estrategia AIEPI. Pueden, a su vez, contribuir a reducir la carga que representa la capacitación continua del/la trabajador/a de los servicios de salud en la aplicación de la estrategia.

Incorporando AIEPI en la enseñanza de postgrado, las universidades pueden mejorar el acceso de la población al/la trabajador/a de salud capacitado/a y calificado/a. La inclusión de la estrategia AIEPI en el pre grado, a su vez, sostendrá en el tiempo la cobertura del/la trabajador/a de salud capacitado/a, reduciendo progresivamente el esfuerzo complementario de capacitación que se realiza como parte del proceso de implementación.

En cada capítulo del manual aprenderá a utilizar un método sencillo pero eficiente, apoyado en la medicina basada en la evidencia para la atención integral al/la menor de cinco años de edad. El capítulo 1 se refiere a “Evaluar y Clasificar los problemas en la mujer embarazada y el/la menor de dos meses de edad y como proporcionar atención inmediata al/la recién nacido/a”. En el capítulo 2 se encontrará lo relacionado a “Evaluar y Clasificar al niño o niña de dos meses a cuatro años, así como lo referente a su crecimiento y desarrollo”. El capítulo 3 está dirigido a “Proporcionar tratamiento y referencia al niño o niña menor de cinco años”. El capítulo 4 es el destinado a “Aconsejar a padres y acompañantes del niño o niña sobre sus cuidados”. Finalmente, el capítulo 5 corresponde a “Proporcionar atención de reevaluación y seguimiento para todos los/las menores de cinco años de edad”.

Para la correcta aplicación del presente módulo es necesario acompañar cada proceso con el “Cuadro de Procedimientos”¹ perteneciente al conjunto de instrumentos de la estrategia AIEPI.

En resumen, este manual le enseñará a utilizar el proceso de AIEPI entrevistando a la madre o a la persona a cargo del niño o niña, reconocer con exactitud los signos clínicos, elegir los tratamientos apropiados y proporcionar consejería y atención preventiva. El proceso de atención integrada de casos de AIEPI incluye los siguientes elementos:

- **Evaluar** a un niño o niña detectando en primer lugar signos generales de peligro (o posible enfermedad neonatal grave en un lactante menor de 2 meses), mediante la formulación de preguntas acerca de las condiciones comunes, el examen del niño o niña, y la verificación de la nutrición y el estado de vacunación. La evaluación incluye examinar al niño o niña para comprobar la existencia de otros problemas de salud.
- **Clasificar** las enfermedades por medio de un sistema codificado por colores. Dado que muchos niños/as tienen más de una condición, cada enfermedad se clasifica dependiendo de si requiere:
 - tratamiento y referencia urgente (rojo) o
 - tratamiento médico específico y consejería (amarillo) o
 - consejería simple sobre tratamiento en la casa (verde).
- Después de clasificar todas las condiciones, **identificar** tratamientos específicos, si un niño o niña requiere referencia urgente, administre el tratamiento esencial antes de **referirle**. Si necesita tratamiento en la casa, elabore un plan integrado de tratamiento y administre la primera dosis de los medicamentos en el consultorio. Si debe vacunarse, administre las vacunas.
- Proporcionar instrucciones prácticas para el **tratamiento**, tales como enseñar a la madre o la persona a cargo del niño o niña cómo administrar medicamentos orales, alimentar y administrar líquidos durante la enfermedad y tratar infecciones locales en la casa. Solicite a la persona a cargo que regrese para el seguimiento en una fecha específica y enséñele cómo reconocer signos que indican que el niño o niña debe regresar de inmediato al establecimiento de salud.
- Evaluar la **alimentación**, incluida la evaluación de prácticas de lactancia materna, y ofrecer **consejería** para resolver todo problema de alimentación identificado. Luego aconsejar a la madre sobre su propia salud.
- Cuando se lleve nuevamente a un niño o niña al consultorio según se solicitó, **proporcionar atención de seguimiento** y determinar si existen problemas nuevos.

1 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Cuadro de Procedimientos. Paraguay, 2006.



CAPITULO I

MODULO DEL NIÑO Y LA NIÑA MENOR DE 2 MESES DE EDAD

El manejo del niño o niña de 0 a 2 meses de edad es un tanto diferente al manejo de los niños y niñas mayores e incluye los siguientes apartados:

- ▶ **EVALUAR Y CLASIFICAR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO**
- ▶ **EVALUAR Y CLASIFICAR LA CONDICION DEL RECIEN NACIDO**
- ▶ **REANIMACION NEONATAL**
- ▶ **DETERMINAR EDAD GESTACIONAL**
- ▶ **DETERMINAR PESO DE NACIMIENTO Y EDAD GESTACIONAL**
- ▶ **EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO O NIÑA ENFERMO DE 0 A 2 MESES DE EDAD:**
 - DETERMINAR SI HAY ENFERMEDAD GRAVE O INFECCION LOCAL
 - DETERMINAR SI TIENE DIARREA
 - EVALUAR Y CLASIFICAR PROBLEMAS DE ALIMENTACION Y/O NUTRICION
 - EVALUAR Y CLASIFICAR ANEMIA
 - EVALUAR Y CLASIFICAR PROBLEMAS DE DESARROLLO
- ▶ **PROGRAMA DE PREVENCION DEL RETARDO MENTAL**

1. EVALUAR Y CLASIFICAR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

Si recorre hacia abajo el extremo izquierdo del cuadro ATENCION DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO HASTA EL PARTO (Cuadro de Procedimientos), encontrará un recuadro titulado EVALUAR Y DETERMINAR SIGNOS DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO. Formule las preguntas y determine los signos clínicos descritos en el recuadro.

1.1.EVALUAR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

En TODOS los casos en que una madre consulta sobre algún problema en cualquier momento del embarazo, se debe evaluar y determinar la atención de la madre según el nivel de complejidad.



En toda embarazada, para verificar si hay signos y síntomas de peligro, PREGUNTE:

- ¿Qué edad tiene?

Las madres adolescentes (< 15 años) y las madres ańosas (> 35 ańos), tienen mayores peligros durante el embarazo, y se ha demostrado en estos grupos de edad, mayor mortalidad y morbilidad perinatal.

▪ **¿Cuándo fue su última menstruación?**

La medición del tiempo transcurrido desde la fecha de la última menstruación (FUM) es el método de elección para calcular la edad gestacional en las mujeres con ciclos menstruales regulares y que no hayan estado últimamente usando anticonceptivos. Las semanas de gestación se pueden estimar sumando los días desde el primer día de la FUM hasta la fecha de consulta y luego se dividen entre 7.

▪ **¿Cuándo fue su último parto?**

Períodos intergenésicos muy cortos (embarazos con intervalos menores de 2 ańos entre uno y otro) se relacionan con mayor morbilidad y mortalidad materna y fetal.

▪ **¿Los partos han sido normales o por cesárea?**

Las madres que han tenido una o varias cesáreas anteriores tienen riesgo de ruptura uterina al iniciarse las contracciones normales del parto, con riesgo de mortalidad materna y fetal.

▪ **¿Cuántos embarazos ha tenido?**

Las madres con su primer embarazo (primigesta) sin atención pre natal y las grandes múltiparas (con más de 5 embarazos) son consideradas de peligro y con mayor morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

▪ **¿Ha tenido hijos/as anteriores prematuros/as o con peso de nacimiento menor a 2.500 g o mayor a 4.500 g?**

Tanto la prematuridad (menos de 37 semanas de edad gestacional) como el bajo peso al nacer (menos de 2.500 g), se asocian con altas tasas de mortalidad perinatal. Las madres que han tenido hijos/as prematuros/as o de bajo peso anteriormente, son susceptibles de tenerlos nuevamente si no se han modificado los factores contribuyentes como serían la anemia o la desnutrición.

Por otro lado, también debe ser tenido en cuenta que los niños y niñas que nacen con un peso por encima de 4.500 g implican un cierto riesgo tanto para las madres como para sus recién nacidos/as.

▪ **¿Ha tenido dolores de parto?**

Las contracciones del período de dilatación y de expulsión se acompañan habitualmente de dolor. El dolor comienza después de iniciada la contracción y se extingue antes que el útero se haya relajado completamente. No existe dolor en los intervalos entre las contracciones uterinas.

▪ **¿Percibe movimientos fetales?**

La percepción materna de los movimientos fetales se produce entre las 16 y 20 semanas de amenorrea. Al principio el feto se desplaza en su totalidad y la mujer siente una especie de roce en el abdomen, o bien el desplazamiento es más brusco y produce como un pequeño choque. El límite inferior de la normalidad se estima con mayor frecuencia entre 3 y 4 movimientos por hora contados en tres momentos diferentes.

La presencia de movimientos fetales indica integridad del producto y capacidad para producir funciones complejas. La disminución de los movimientos fetales o el cese de los mismos suele preceder a la muerte intrauterina.

▪ **¿Ha recibido atención prenatal?**

La atención prenatal es un conjunto de acciones asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud a la embarazada y su familia, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido. Todo esto con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

La atención prenatal se considera eficiente si cumple con los siguientes requisitos: a) precoz o temprano; b) periódico o continuo; c) completo e integral y d) extenso o de amplia cobertura. Las embarazadas sin atención prenatal tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

▪ **¿Ha tenido fiebre?**

La fiebre durante el embarazo puede ser producida por virosis, infecciones bacterianas, principalmente del tracto genito-urinario o por infecciones de transmisión sexual (ITS).

Ciertas características anatómicas de la mujer y las modificaciones fisiológicas que produce el embarazo sobre el aparato urinario, son los factores principales que predisponen a la infección urinaria. Los gérmenes infectantes son generalmente bacterias gram negativas, en el 80 a 90% de los casos está involucrada la *Escherichia coli*. También se pueden encontrar gérmenes grampositivos como el *Staphylococcus aureus* y con menos frecuencia *Proteus*, *Aerobacter* y *Chlamydia trachomatis*

La susceptibilidad de la mujer embarazada a las enfermedades producidas por virus es la misma que frente a las demás infecciones. Los virus pueden atravesar la barrera coriónica e infectar el producto de la concepción. Como consecuencia de la virosis materna puede ocurrir: el aborto, el parto prematuro o de término con feto muerto; el parto prematuro o de término con feto vivo que presenta el cuadro de la virosis materna.

▪ **¿Padece de alguna enfermedad?**

Las enfermedades maternas, tales como cardiopatías, Isoinmunización Rh, diabetes, hipertensión arterial, etc., pueden complicar el curso del embarazo si no se atienden adecuadamente y algunas son causa de abortos tempranos o problemas neonatales.

▪ **¿Le han dado algún tratamiento?**

Muchas drogas tomadas al inicio del embarazo pueden resultar teratogénicas, es decir, que pueden causar anomalías congénitas en el feto y otras pueden interferir con el desarrollo normal del embarazo, por ejemplo [®]Citotest (Misoprostol).

▪ **¿Ha tenido hemorragia vaginal?**

La hemorragia vaginal puede ser precoz cuando se produce en la primera mitad del embarazo y ser secundaria a aborto, embarazo ectópico o mola hidatidiforme. Puede ser tardía cuando se produce durante la segunda mitad del embarazo y ser secundaria a placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada o a rotura del útero.

▪ **¿Ha perdido líquido por la vagina? ¿De qué color? ¿Tiene olor?**

Cuando el desarrollo del parto es normal, se produce salida de líquido cuando las membranas ovulares se rompen generalmente al final del período de dilatación. Por el contrario, cuando se produce pérdida de líquido sin que haya trabajo de parto dicha pérdida sugiere la rotura *prematura* de membranas ovulares y ésta se da cuando hay amnionitis (generalmente a causa de infección urinaria), y puede sobrevenir una infección ascendente de la cavidad ovular y el recién nacido desarrollar septicemia temprana cuando el parto no ocurre pronto.

▪ **¿Ha tenido flujo?**

El flujo vaginal es sumamente frecuente durante el embarazo. Suele ser inespecífico, pero habitualmente obedece a procesos vaginales infecciosos, entre los cuales los más comunes son: la tricomoniasis, la moniliasis o candidiasis vaginal o por *Gardnerella Vaginalis*.

▪ **¿Ha tenido dolor de cabeza severo?**

El dolor de cabeza durante el embarazo puede deberse a una hipertensión arterial y ésta ser secundaria a una Toxemia Grávida. Son consideradas hipertensión arterial cifras tensionales iguales o mayores a 130/90 mmHg, o un aumento de 30 mmHg de la presión sistólica y 15 mm Hg de la diastólica en relación a las cifras tensionales previas, en 2 determinaciones separadas en un lapso de 6 horas, afecta a gestantes mayores de 20 semanas o puerperio menor de 14 días. Referirse a la Norma Nacional de Atención Prenatal.

▪ **¿Ha tenido visión borrosa y/o convulsiones? ¿Ha estado somnolienta o ha perdido la conciencia?**

La visión borrosa, las convulsiones y la pérdida de conciencia durante el embarazo son generalmente debidas a que una enfermedad preexistente se agrava (por ejemplo, Hipertensión Crónica), o puede deberse a una nueva que aparece generalmente a partir de las 20 semanas de gestación, en cuyo caso se denomina *Toxemia Grávida o Pre eclampsia*, la cual se caracteriza por hipertensión, edema y proteinuria. Si se asocia con convulsiones y/o coma, se denomina *Eclampsia*.

▪ **¿Ha tenido hijos/as con alguna malformación?**

Algunas malformaciones congénitas, como las relacionadas al tubo neural, pueden repetirse en embarazos subsecuentes.

▪ **¿Fuma, bebe o consume drogas?**

La ingesta diaria de alcohol (2 bebidas preparadas, 2 latas de cerveza o 2 copas de vino), puede producir el *Síndrome Alcohólico Fetal*. Este síndrome se compone de alteraciones de la función cerebral, retardo en el crecimiento, alteraciones faciales externas. Por lo que la ingesta de alcohol debe ser proscrita durante la gestación.

Está demostrado que el hábito de fumar durante el embarazo aumenta el riesgo reproductivo. El alto consumo de cigarrillos (más de 10 al día) en el embarazo ha sido asociado con mayor proporción de abortos espontáneos, muertes fetales, bajo peso al nacer, partos prematuros, muertes neonatales, complicaciones del embarazo, parto y puerperio; y disminución de la calidad y cantidad de la leche materna.

El consumo durante el embarazo de cocaína, heroína, metadona, anfetaminas, marihuana, etc., se asocia con retardo del crecimiento intrauterino y muerte perinatal. La cafeína en exceso (café, té o cola) se pueden asociar con bajo peso al nacer.

▪ **¿Tiene las vacunas antitetánica y antidiftérica, y contra la Rubéola?**

En todos los casos además de preguntar vea si la mujer embarazada cuenta con carnet de vacunación y verifique el cumplimiento de las vacunas.



En todas las embarazadas DETERMINE:

- Fecha última de menstruación
- Edad gestacional
- Fecha probable de parto
- Peso
- Presión arterial
- Temperatura
- Altura uterina
- Frecuencia cardiaca fetal
- Presentación
- Presencia de contracciones
- Embarazo múltiple
- Si tiene cesárea anterior
- Si tiene palidez palmar intensa
- Si hay hinchazón en cara, manos y/o piernas
- Si tiene o ha tenido hemorragia vaginal
- Signos de enfermedad sistémica y/o infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Si es menor de 15 años o mayor de 35 años de edad
- Si el embarazo es menor de 37 semanas o mayor de 41 semanas
- Si es primigesta, multigesta o gran múltipara
- Periodo intergenésico

▪ **Fecha probable de parto**

La fecha probable de parto (FPP) y la amenorrea se pueden calcular fácilmente con el gestograma del CLAP², para lo cual se debe ubicar la flecha roja en el primer día de la última menstruación, la semana 40 cumplida marcará la FPP y la fecha correspondiente al día que se desee, indicará la amenorrea.

Si no cuenta con el gestograma del CLAP o un calendario obstétrico, la fecha probable de parto se determina mediante alguna de las siguientes reglas:

- Al primer día de la última menstruación se le agregan 10 días y se restan 3 meses (Regla de Wahl).
- Se le agregan 10 días y restan 3 meses al último día de la menstruación (Regla de Pinard).
- Al primer día de la última menstruación se le agregan 7 días y se retrocede 3 meses (Regla de Naegele).

▪ **Peso y estado nutricional**

La mujer experimenta un aumento de peso durante la gestación normal. Al término de ésta (38 a 40 semanas) el aumento normal es de unos 9 a 11 Kg., con una amplitud que se extiende desde 6 Kg. a 15.6 kg. La malnutrición por déficit (bajo peso) o por exceso (obesidad) constituyen situaciones de riesgo tanto para la mujer como para su hijo o hija, por lo tanto siempre que se cuente con los mínimos instrumentos, el estado nutricional debe ser evaluado.

Evaluación nutricional de la embarazada

Para realizar la evaluación nutricional de la embarazada, se utiliza la masa del índice corporal. Ver Cuadro de Procedimientos de AIEPI .

Para hacer el diagnóstico nutricional, se establece primero la talla, peso y edad gestacional de la embarazada. Luego, usando el nomograma del Cuadro de Procedimientos, se calcula el porcentaje observado de peso correspondiente a la talla. Para esto basta con unir con una línea recta los valores de talla y peso y anotar el valor del punto en que la prolongación de la recta corta la línea "porcentaje de peso/talla". Luego ubique en el gráfico (línea vertical) el porcentaje obtenido a partir de normograma porcentaje de Peso/Talla) con respecto al tiempo de gestación al momento de la evaluación. Ej.: para una mujer que mide 1,54 m y pesa 55 Kg., su porcentaje estándar corresponde a 104% en el control y si tuviera 25 semanas de gestación se vería que la misma se halla en la zona de bajo peso del gráfico, por lo tanto este es su diagnóstico.

2 Centro Latinoamericano de Perinatología.

- **Presión arterial**

La presión arterial sistólica y la diastólica descienden en la primera mitad de la gestación en 5 a 10 mm Hg. Hacia el término del embarazo alcanza los valores pre gestacional. Todo ascenso de la presión sistólica por encima de 130 mm Hg y/o de la diastólica por arriba de 90 mm Hg. debe ser investigado y corregido. Cuando los valores de la presión sistólica y diastólica están por debajo de 95 y 55 mm Hg. respectivamente, también pueden presentarse complicaciones fetales.

- **Temperatura**

Desde el comienzo del embarazo se registra un ligero ascenso térmico de 0,3 a 0,6 °C sobre la temperatura basal pre ovulatoria. Esta elevación térmica se prolonga durante los tres primeros meses de la gestación; se inicia luego un descenso oscilante durante 40 días, y en la segunda mitad de la gravidez la temperatura permanece dentro de los valores pre ovulatorios. Temperaturas por arriba de 37.5 °C hacen sospechar una infección en la madre que debe ser investigada.

- **Altura uterina**

A partir de las 12-13 semanas ya es posible comprobar el aumento del tamaño del útero por encima del pubis si se deprime suavemente el abdomen por arriba de la sínfisis. A las 18 semanas el útero alcanza la mitad del trayecto entre el pubis y el ombligo; a las 22 semanas llega al ombligo; a las 30 semanas asciende hasta la mitad de la línea xifoumbilical, y a las 37 semanas el fondo uterino alcanza el apéndice xifoideas del esternón.

Cuando la medida del fondo uterino es más grande de lo esperado, puede tratarse de embarazo gemelar, polihidramnios, mola hidatiforme, malformación fetal o feto gigante. Cuando el fondo uterino es más bajo de lo esperado puede deberse a retardo del crecimiento fetal o muerte intrauterina.

- **Frecuencia cardiaca fetal**

Los latidos fetales constituyen a la vez un signo de certeza y también de vitalidad del feto. Deben estudiarse su frecuencia, intensidad, ritmo y localización. En condiciones normales la frecuencia oscila entre 120 y 160 latidos por minuto.

Si la Frecuencia Cardiaca Fetal (FCF) es menor de 120 latidos por minuto se considera como bradicardia y es consecuencia de la depresión cardiaca producida por la hipoxia. Si la FCF es mayor de 160 latidos por minuto se considera como taquicardia y es considerado como uno de los primeros signos de sufrimiento fetal.

- **Presentación**

La presentación es la parte del feto que toma contacto con el estrecho superior, ocupándolo en gran parte y que puede evolucionar por si misma dando lugar a un mecanismo de parto. La única presentación normal es la presentación cefálica, cuando la cabeza del feto aparece primero en la pelvis. Cualquier otra presentación (pies, rodillas, nalgas, brazo, hombro, espalda) es una presentación anómala o mal presentación. Toda presentación

anómala conlleva mucho riesgo para la vida de la madre y del bebé durante el trabajo de parto.

- **Presencia de contracciones**

Durante las 30 primeras semanas de gestación el tono uterino oscila entre 3 y 8 mm Hg. Existen dos tipos de contracciones: las de tipo **a**, son contracciones de poca intensidad (2 a 4 mm Hg.), confinadas a pequeñas áreas del útero. Su frecuencia es aproximadamente de una contracción por minuto, estas pequeñas contracciones no son percibidas por la mujer grávida ni por la palpación abdominal. Las de tipo **b**, son las contracciones de Braxton Hicks que tienen una intensidad mayor (10-15 mm Hg.) y se propagan a un área más grande del útero. Son percibidas por la palpación abdominal y la mujer grávida puede sentir las como un endurecimiento indoloro del útero. Tienen una frecuencia muy baja, la que va aumentando a medida que el embarazo progresa, llegando a una contracción por hora alrededor de la 30ª semana de gestación. Se acepta que el parto comienza cuando las contracciones uterinas tienen una intensidad promedio de 28 mm Hg. y una frecuencia media de 3 contracciones cada 10 minutos.

- **Embarazo múltiple**

Se llama embarazo múltiple al desarrollo simultáneo de varios fetos. Todo embarazo múltiple debe ser considerado como patológico ya que la mortalidad perinatal es 4 veces mayor que en los embarazos únicos. La incidencia de retraso en el desarrollo físico y mental y de parálisis cerebral también está aumentada.

- **Cesárea anterior**

Actualmente se acepta que cuando la mujer ha tenido una cesárea anterior, puede ofrecércele la posibilidad de un parto vaginal sin problemas, sin embargo, cuando existen indicaciones absolutas, como son la desproporción fetopélvica, la placenta previa oclusiva o una inminencia de ruptura uterina, la única forma de terminación del parto es a través de operación cesárea.

- **Palidez extrema**

Se define como anemia cuando la concentración de hemoglobina en la gestante es menor de 11 g/dl. Se considera de alto riesgo cuando las concentraciones de hemoglobina son inferiores a 9 g/dl y el hematocrito se halla por debajo de 30% con mayor incidencia de hipoxia fetal, retardo del crecimiento y partos prematuros. Las concentraciones de hemoglobina inferiores a 6 g/dl aumentan al doble las cifras de mortalidad perinatal. Hay aumento de la incidencia de toxemia e infecciones urinarias, y el riesgo de infección puerperal es tres veces mayor.

- **Hinchazón en cara, manos y/o piernas**

La primera manifestación sugestiva de toxemia del embarazo es un exagerado aumento de peso, mayor de 2 kg por mes. Durante el último trimestre, debido a esta retención anormal de agua, aparecen edemas o hinchazón de los miembros inferiores y/o

párpados. En las primigestas, la velocidad excesiva de aumento de peso constituye un rasgo característico de pre eclampsia gravídica.

▪ **Tiene o ha tenido hemorragia vaginal**

Es importante conocer la época del embarazo en que se produce. Son precoces (de la primera mitad) en el aborto, el embarazo ectópico y la mola. Son tardías (de la segunda mitad) en la placenta previa, el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada y la rotura del útero. Toda hemorragia vaginal, en cualquier época del embarazo debe ser considerada como una emergencia.

▪ **Signos de enfermedad sistémica o de infección de transmisión sexual**

Cualquier enfermedad sistémica que afecte a la gestante puede tener repercusiones en el feto. La hipertensión arterial se asocia significativamente con retardo del crecimiento intrauterino y recién nacidos con bajo peso para la edad gestacional. La evolución de la embarazada diabética se hace inestable; los requerimientos de insulina aumentan y es probable que lleven a una cetoacidosis pudiendo ocasionar la muerte del feto y/o de la madre. La infección urinaria sin tratamiento se asocia con mayor incidencia de partos prematuros y toxemia gravídica.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son las que tienen como punto de partida la relación homo o heterosexual, producidas por múltiples agentes, ocasionando lesiones locales: en el aparato genital (uretritis, vulvovaginitis, etc.), en la región inguinal (granuloma, chancro, condilomas) o en la cavidad pelviana (enfermedad pelviana inflamatoria) o en todo el organismo como sífilis, hepatitis B y VIH/SIDA.



En todos los embarazos VERIFIQUE:

- Si tiene vacunas: antitetánica y antidiftérica (Td), y contra la Rubéola (SPR)
- Hemoglobina (Hb) y Hematocrito (Hto)
- Grupo sanguíneo, prueba de Coombs
- Glucosa en sangre
- Examen de orina
- VDRL, HIV/SIDA, Hepatitis B, Toxoplasmosis

1.2. CLASIFICAR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO HASTA EL PARTO

CLASIFICAR significa tomar una decisión sobre la gravedad de la enfermedad. Para cada uno de los síntomas principales evaluados en la madre, seleccionará una categoría o “clasificación”, la cual corresponde a la gravedad o mayor riesgo durante el embarazo. Las clasificaciones no son diagnósticos precisos de enfermedades sino categorías que se emplean en el lugar donde debe ser atendida la embarazada.

ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

En el Cuadro de Procedimientos, en el gráfico EVALUAR Y CLASIFICAR, cada cuadro enumera signos clínicos de enfermedades y sus clasificaciones. Los cuadros se dividen en tres columnas denominadas: EVALUAR SIGNOS, CLASIFICAR Y TRATAMIENTO. En su mayor parte, los cuadros de clasificación también comprenden tres hileras: rojas, amarillas y verdes. El color de las hileras indica la gravedad de la enfermedad.

Al emplear el Cuadro de Procedimientos de “ATENCIÓN DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO HASTA EL PARTO”, comience en la parte superior de la columna de EVALUAR en el extremo izquierdo. Lea hacia abajo la columna y determine si la madre presenta o no el signo. Cuando llegue a un signo que la madre presente, deténgase y clasifíquela según esa hilera. De esta forma, usted siempre asignará a la madre el nivel de atención donde debe ser atendida, pues hay varios niveles según la categoría o clasificación asignada a cada caso.

Hay tres maneras posibles de clasificar el nivel de atención del embarazo, a saber:

- EMBARAZO CON PELIGRO INMINENTE (ROJO),
- EMBARAZO DE RIESGO ELEVADO (AMARILLO),
- EMBARAZO DE MENOR RIESGO (VERDE)

EMBARAZO CON PELIGRO INMINENTE (ROJO)

En su Cuadro de Procedimientos, observe los signos en la hilera roja o superior. Tiene la madre uno de los siguientes signos: ¿Tiene trabajo de parto en curso antes de las 37 semanas?, ¿Tiene embarazo mayor de 41 semanas?, etc. Si la madre presenta un signo enumerado en la hilera *roja*, elija la clasificación grave: **EMBARAZO CON PELIGRO INMINENTE**.

Una madre con esta clasificación está en peligro. Necesita referencia urgente a un hospital regional o especializado para atención médica y tratamiento. Antes de que la madre deje el servicio de salud y sea referida, trate de estabilizarla previniendo la hipotensión o administrando la primera dosis de un medicamento para tratar la hipertensión o inhibir las contracciones uterinas. Si dispone un medio de comunicación (teléfono, radio etc.), comuníquese previamente con el servicio de referencia para informar el caso y garantizar la atención inmediata.

EMBARAZO DE RIESGO ELEVADO (AMARILLO)

Si la madre no tiene signos de la hilera roja, observe la hilera amarilla (segunda hilera). Tiene la madre uno de los siguientes signos: ¿menor de 15 años o mayor de 35 años? o ¿primigesta o gran múltipara?, etc. Si la madre presenta un signo enumerado en la hilera amarilla, no tiene clasificación grave, está recibiendo tratamiento adecuado y recibe atención prenatal periódicamente se clasifica como **EMBARAZO DE RIESGO ELEVADO**.

Una madre con esta clasificación necesita seguimiento en un hospital regional o distrital, de manera regular y periódica hasta concluir las 39 semanas de gestación, continuar administrándole el tratamiento instituido y planificar la referencia, comunicándose con el servicio de salud donde la referirá, y con la familia antes del parto. Es importante además,

brindar asesoría para VIH/SIDA y dar consejería en nutrición, cuidados del embarazo y lactancia materna.

EMBARAZO DE MENOR RIESGO (VERDE)

Si la madre no presenta ninguno de los signos de la hilera roja o amarilla, observe la hilera verde (o tercera) y clasifique como **EMBARAZO DE MENOR RIESGO**. Las madres así clasificadas pueden recibir atención prenatal en el 2do. y 3er. nivel (Centro y Puesto de Salud), no necesitan ningún tratamiento, pero debe planificarse con la familia la referencia antes del parto y ofrecerle consejería en planificación familiar, lactancia materna y controles de seguimiento post natales.

COMO LLENAR EL FORMULARIO DE REGISTRO:

En la evaluación del embarazo del formulario de registro:

- Complete todos los datos generales en la parte superior del formulario
- En el primer recuadro de **EVALUE**, anote las semanas de gestación calculadas por última menstruación o altura uterina.
- Si la madre tiene algún signo, haga un círculo alrededor de la palabra **SI**.
- Posteriormente, haga un círculo alrededor de los signos encontrados.
- En el recuadro **CLASIFIQUE** trace un círculo y anote en la historia clínica la clasificación correspondiente a los signos.
- Si la madre **NO** tiene ningún signo, haga un círculo alrededor de la palabra **NO** y continúe con el siguiente recuadro.

CUADERNO DE EJERCICIOS: Ejercicio 1, página 1.

Caso: María Cristina

2. EVALUAR Y CLASIFICAR LA CONDICION DEL/LA RECIEN NACIDO/A

En **TODOS** los casos inmediatamente al nacimiento, pregunte a la madre los antecedentes del embarazo, trabajo de parto y parto, luego clasifique la condición del niño o niña al nacer.

La condición al nacer se evalúa observando al niño o niña y determinando si existen signos clínicos de peligro.

2.1. EVALUAR LA CONDICION AL NACER:

2.1.1 EVALÚE SI LA CONDICIÓN AL NACER DEL NIÑO O NIÑA, ES GRAVE



En todos los/as recién nacidos/as, **OBSERVE:**

- **La respiración o el llanto**

La respiración debe estar presente al nacimiento de forma regular y el llanto debe ser fuerte. Los períodos de apnea o el llanto débil son signos de peligro.

- **El color**

Inmediatamente al nacimiento, el/la recién nacido/a debe presentar una coloración rosada de todo el cuerpo aunque puede tener una leve cianosis peribucal, en manos y pies (acrocianosis). La **cianosis generalizada** es un signo de peligro.



Luego, en todos los casos DETERMINE:

- **La frecuencia cardiaca**

La frecuencia cardiaca de un/a recién nacido/a sano/a y vigoroso/a debe ser mayor de 100 latidos por minuto. Una frecuencia cardiaca menor de 100 o ausente significa que existe algún factor de riesgo y posiblemente necesitará reanimación urgente.

Si no dispone de estetoscopio puede medir la frecuencia cardiaca contando las pulsaciones del cordón umbilical. Al contar la frecuencia en **6 segundos y multiplicándolo por 10** tendrá un estimado rápido de las pulsaciones por minuto.

- **Presencia de líquido amniótico meconial**

En condiciones normales el líquido amniótico es claro. Si está teñido de meconio puede estar asociado con asfixia intrauterina y si el/la recién nacido/a lo aspira puede producirle dificultad respiratoria severa.

La presencia de alguna condición grave amerita reanimación urgente y/o traslado de inmediato, como se verá más adelante.

2.1.2. SI NO EXISTE NINGUNA CONDICIÓN GRAVE, EVALÚE RIESGO AL NACER:



En todos los casos para evaluar riesgos, PREGUNTE:

- **¿Tuvo la madre ruptura prematura de membranas?**

La vía ascendente es el principal factor de contaminación del feto antes y durante el trabajo de parto, por lo que la ruptura prematura de membranas (RPM) se relaciona directamente con la infección neonatal. Se le da importancia al factor “tiempo” transcurrido entre la ruptura de la bolsa amniótica y el nacimiento del feto, estableciendo una relación directamente proporcional entre la mayor duración de la RPM y la infección neonatal.

Si la madre tuvo ruptura prematura de membranas, pregunte además,

- **¿Hace cuánto tiempo?**

Existe una fuerte relación entre el tiempo transcurrido de la ruptura de las membranas y la infección neonatal. Rupturas de más de **18** horas representan mayor riesgo.

- **¿Ha tenido la madre fiebre?**

La fiebre materna se relaciona en un alto porcentaje con sepsis neonatal y morbi-mortalidad elevada, principalmente en recién nacidos/as prematuros/as y/o **bajo peso** al nacer.

- **¿Tuvo líquido amniótico con meconio?**

En algunos casos en los que el parto no fue observado o asistido, la madre puede referir si el líquido amniótico tenía una coloración verdosa y cuál fue la condición del niño o niña al nacer.

- **Sobre otras patologías durante el embarazo**

Existen otras patologías que no han sido investigadas, debido a que no encuadran en la categoría GRAVE, pero pueden tener repercusión negativa en la condición del niño o niña, como las que aparecen citadas en el Cuadro de Procedimientos, pregunte por las que considere tengan relación con el caso.



Para evaluar RIESGOS en los/as recién nacidos/as en todos los casos, OBSERVE:

- **La respiración**

No mida inmediatamente al nacimiento la frecuencia respiratoria ya que en este momento no es importante, sólo observe el tipo de respiración. Observe si respira espontáneamente o si presenta signos de dificultad para respirar. Si el niño o niña no respira espontáneamente debe iniciarse reanimación urgente y si su respiración es irregular o dificultosa clasificarle como **condición grave**, **REFERIRLE** urgentemente a un hospital.

- **El color**

Los niños y las niñas recién nacidos/as sanos/as deben tener el cuerpo uniformemente rosado. La cianosis peribucal y/o la cianosis distal (acrocianosis) pueden ser debidas a un proceso de adaptación y tendrían que ser transitorias. La cianosis central o cianosis en todo el cuerpo, es una **condición grave** que amerita reanimación urgente o traslado inmediato.

- **El llanto**

El llanto de los/as recién nacidos/as debe ser fuerte. Si está ausente o es débil debe considerarse como signo de **condición grave** y evaluarse junto con la respiración.

▪ **El tono muscular o vitalidad**

Los/las recién nacidos/as de término (> 37 semanas de gestación), presentan un buen tono muscular, manteniendo las piernas y brazos en flexión. La pérdida de tono muscular o flaccidez, se asocia siempre con una **condición grave** al nacer.

▪ **Si tiene anomalías congénitas mayores**

Algunas anomalías congénitas pueden producir alteraciones en el color y la respiración del niño o la niña y ser incompatibles con la vida, por lo que necesitan atención de urgencia como es el caso de la hernia diafragmática o cardiopatía congénita compleja. Estos niños y niñas pueden necesitar traslado a un centro más especializado.

▪ **Si tiene signos de infección intrauterina**

Los signos de infección intrauterina relacionados principalmente a patologías del grupo TORCHS (Toxoplasmosis, Chagas, Rubéola, Citomegalovirus, Herpes y otras como Sífilis y VIH/SIDA) se manifiestan con microcefalia, petequias, equimosis, lesiones de piel, cataratas, etc. Si el niño o la niña tiene alguna de estas características debe referirse a un hospital para su diagnóstico y tratamiento.

▪ **Si hubo trauma o daño al nacimiento**

Fetos muy grandes para su edad gestacional o macrosómicos o en posiciones anómalas pueden sufrir traumas al nacimiento, como fracturas, parálisis y hemorragia intracraneal, cefalohematomas, hematomas y equimosis. Fórceps mal colocados pueden provocar heridas, laceraciones o fracturas en los puntos de presión. Todas estas situaciones ameritan evaluar la referencia urgente a un centro especializado.



Por último, **DETERMINE:**

▪ **El peso y la edad gestacional**

Tanto el peso como la edad gestacional de/la recién nacido/a tienen una relación inversa con su morbi-mortalidad neonatal, es decir que, a menor peso y/o menor edad gestacional, mayor morbi-mortalidad.

Los recién nacidos de post término (> 42 semanas) también representan un grupo de riesgo.

▪ **La temperatura rectal**

La temperatura que **el/la** recién nacido/a debe mantener es aquella en la cual su metabolismo se vea reducido al mínimo y así su producción de calor también es mínima (medida como consumo de oxígeno ya que éste y la temperatura rectal varían en función de la temperatura ambiental), pero su temperatura central se mantiene dentro de límites normales. La temperatura rectal normal de un/a recién nacido/a de cualquier edad gestacional varía entre 36,5 °C y 37,5 °C.

Al nacimiento debe medirse la temperatura rectal ya que ésta nos orienta a descartar alguna anomalía congénita, como sería la imperforación anal baja, posteriormente **puede** medirse la temperatura axilar.

2.2 CLASIFICAR LA CONDICION AL NACER

2.2.1 CLASIFIQUE NECESIDAD DE REANIMACION URGENTE

En los PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN INMEDIATA DEL/LA RECIEN NACIDA (Cuadro de Procedimientos), EVALUAR y CLASIFICAR incluye más de un cuadro de clasificación en color rojo. Por ejemplo, si **un/a** recién **nacido/a** no respira espontáneamente, tiene una frecuencia cardíaca menor de 100 latidos por minuto y cianosis central, significa que requiere **REANIMACIÓN URGENTE**; o está con signos clínicos severos como dificultad respiratoria y/o cianosis y presenta líquido amniótico con meconio, habrá que agregar la clasificación de **REANIMACIÓN EN PRESENCIA DE MECONIO**.

Algunos de los casos que requieren **REANIMACION URGENTE** son:

- Los/las recién nacidos/as que no respiran espontáneamente y/o tienen una frecuencia cardíaca menor de 100 por minuto y/o cianosis generalizada. En este caso no hay que esperar ni seguir evaluando ningún otro signo, hay que proceder a las maniobras de reanimación como se indica en “Procedimientos de Reanimación” (Cuadro de Procedimientos).
- Los/las recién nacidos/as con uno o más signos graves al nacer señalados en la columna superior de color rojo de EVALUAR SIGNOS, se clasifican como **CONDICIÓN GRAVE AL NACER**.
- Si el/la recién nacido/a tiene algún signo señalado en la columna superior de color *rojo* y además tuvo líquido amniótico con meconio se clasifica como **REANIMACIÓN EN PRESENCIA DE MECONIO**.

Todos, todas, al nacer tienen algún riesgo, incluso aquellos/as que pesan más de 2.500 gramos y los que son mayores de 37 semanas de gestación.

REANIMACION URGENTE (ROJO)

Clasifique la condición del niño o niña recién nacido/a como **REANIMACIÓN URGENTE** si presenta uno de los signos siguientes: no respira espontáneamente, frecuencia cardíaca por debajo de 100 latidos por minuto o cianosis generalizada.

Si un/a recién nacido/a es clasificado/a como REANIMACIÓN URGENTE, no pierda tiempo en evaluarle completamente, inicie el procedimiento de reanimación como se indica en el Cuadro de Procedimientos.

REANIMACIÓN EN PRESENCIA DE MECONIO (ROJO)

Si el/la recién nacido/a tiene una o más condiciones señaladas en la fila roja y además tiene líquido amniótico con meconio se clasifica como **REANIMACIÓN EN PRESENCIA DE MECONIO**.

Los/las recién nacidos/as clasificados/as como POSIBLE ASPIRACION DE MECONIO y que no están vigorosos/as se deben intubar, efectuar succión y posteriormente reanimarles. Nunca inicie la reanimación antes de haber aspirado al/la recién nacido/a pues se puede desplazar el meconio más profundamente y que sea imposible eliminarlo.

Observaciones

- *La aspiración del líquido meconial debe hacerse inmediatamente producido el nacimiento.*
- *En los/as niños/as que no son vigorosos/as lo ideal es que se realice intubación y aspiración del líquido meconial con un dispositivo especial para ello.*
- *En los neonatos vigorosos se realizarán los procedimientos de atención inmediata de rutina.*

2.2.2. CLASIFIQUE RIESGO AL NACER

ALTO RIESGO AL NACER (ROJO)

Clasifique la condición del niño o niña recién nacido/a como **ALTO RIESGO AL NACER**, si tiene peso menor de 2.000 gramos o más de 4.000 gramos y uno o más de los siguientes signos: edad gestacional menor de 35 semanas, anomalías congénitas mayores, fiebre materna, rotura prematura de membranas de **12** horas o más (RPM), palidez, infección intrauterina o trauma (lesiones severas debidas al parto), dificultad respiratoria o temperatura rectal menor a 36,5 °C o mayor a 37,5 °C.

Estos/as recién nacidos/as clasificados/as como ALTO RIESGO AL NACER son aquellos/as que aunque no hayan nacido deprimidos o con una condición grave, tienen algunos factores de riesgo que necesitan atención y referencia URGENTE a un servicio de mayor complejidad.

MEDIANO RIESGO AL NACER (AMARILLO)

Clasifique la condición “del niño o niña” recién nacido/a como **MEDIANO RIESGO** si tiene un peso al nacer entre 2.000 y 2.500 gramos, edad gestacional entre 35 y 37 semanas o más de 42 semanas, tuvo ruptura prematura de membranas o recibió algún procedimiento de reanimación pero se recuperó rápidamente.

Estos/as recién nacidos/as pueden complicarse con alguna patología grave si no se les da seguimiento adecuado, por lo que deben referirse, aunque no urgentemente, pero sí lo antes posible para una evaluación médica.

BAJO RIESGO AL NACER (VERDE)

Clasifique la condición del niño o niña recién nacido/a como **BAJO RIESGO AL NACER** si este se encuentra: rosado, con llanto fuerte, respiración regular, activo/a, con una frecuencia cardíaca mayor de 100 latidos por minuto, peso mayor de 2.500 gramos, menor de 4500 gramos y edad gestacional mayor de **37** semanas y que no haya sido clasificado en la filas *roja* o *amarilla*.

Estos/as recién nacidos/as necesitan los cuidados rutinarios, contacto inmediato con su madre e inicio inmediato de lactancia materna.

2.3 PROCEDIMIENTOS DE ATENCION INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO

La adaptación neonatal inmediata en el momento del parto, es un conjunto de modificaciones cardíacas, hemodinámicas, respiratorias, de termoregulación, etc., de cuyo éxito depende fundamentalmente el adecuado paso de la vida intrauterina a la vida en el ambiente exterior. Para ello se requiere de los **cuidados inmediatos** que **todo** recién nacido/a debe recibir.

En **TODOS** los casos antes del nacimiento, pregunte a la madre los antecedentes de embarazo, tenga preparado el **Equipo básico de Atención al recién nacido/a** y luego debe **EVALUAR** y **DETERMINAR** si hay signos generales de peligro.

2.3.1 EQUIPO BASICO DE ATENCION PARA EL/LA RECIEN NACIDO/A

Es necesario tener a mano antes del nacimiento los siguientes elementos de atención al o la recién nacido/a:

- Fuente radiante de calor
- Mesa de reanimación
- Compresas tibias
- Perilla de goma
- Bolsa autoinflable (ambú)
- Fuente de oxígeno con manómetro
- Medicamentos: Vitamina K, colirio
- Pulsera de cinta adhesiva con el nombre y apellido de la madre
- Reloj de pared con segundero
- Elemento para ligadura del cordón umbilical
- Sonda nasogátrica
- Estetoscopio

2.3.2 ATENCIÓN INMEDIATA AL NIÑO O NIÑA RECIEN NACIDO/A

La **atención** o **cuidados inmediatos**, son aquellos procedimientos que deben realizarse a **TODO** recién nacido/a en el momento de nacer. Estos cuidados incluyen:

PRIMERO:



1. **Limpiar las vías aéreas cuando la cabeza este emergiendo.** En el/la recién/a nacido/a normal, la limpieza manual de secreciones es suficiente y se elimina el riesgo de depresión dependiente de reflejo vago-vagal. La succión activa de las vías aéreas está indicada únicamente en casos de aspiración de meconio, sangre o pus.

2. **Secar al/la recién nacido/a.** El secado de cabeza y cara se debe realizar inmediatamente después de la expulsión de la cabeza, mientras el tórax aún permanece en el canal del parto. Una vez culminado el período expulsivo y mientras se respeta la circulación umbilical, se procede al secado general suave. Con un paño o toalla limpia, suave y tibia.



3. **Contacto inmediato piel a piel con su madre.** El contacto temprano evita la hipotermia y favorece la relación madre-hijo, la involución uterina y el inicio temprano de la lactancia materna.

4. **Valorar el Apgar en el primer minuto.** Un Apgar de 7 o más en el primer minuto nos asegura una adaptación neonatal adecuada con el establecimiento y mantenimiento de la respiración y la estabilización de la temperatura.

Signos	CLASIFICACIÓN DEL APGAR		
	0	1	2
Frecuencia cardiaca	Ausente	< 100	> 100
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Llanto débil	Llanto fuerte
Tono muscular	Flaccidez	Hipotonía	Tono normal
Irritabilidad refleja	Falta respuesta	Muecas	Llanto
Color de la piel	Palidez o cianosis	Acrocianosis	Rosado



5. **Realizar el pinzamiento y corte del cordón umbilical.** El pinzamiento habitual es el que se realiza cuando la palpitación de las arterias umbilicales se interrumpe y existe perfusión satisfactoria de la piel. Debe realizarse cuando deja de latir el cordón umbilical aproximadamente entre 2 a 3 minutos.

LUEGO, bajo una fuente de calor:



6. **Identificar al recién nacido.** El procedimiento de identificación del recién nacido tiene importancia singular en todas las instituciones que atienden partos y nacimientos. Esta es una norma legal nacional.

7. **Valorar el Apgar a los 5 minutos.** Un Apgar menor de 7 requiere profundizar más en la inducción a la adaptación neonatal inmediata. Si la institución no tiene capacidad resolutoria, remitir a un nivel de mayor complejidad.

Signos	CLASIFICACIÓN DEL APGAR		
	0	1	2
Frecuencia cardiaca	Ausente	< 100	> 100
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Llanto débil	Llanto fuerte
Tono muscular	Flaccidez	Hipotonía	Tono normal
Irritabilidad refleja	Falta respuesta	Muecas	Llanto
Color de la piel	Palidez o cianosis	Acrocianosis	Rosado



8. **Determinar la edad gestacional.** La edad gestacional es importante para saber cuál será el pronóstico del recién nacido y poder instituir el tratamiento y la referencia oportuna a un nivel de mayor complejidad. Recuerde que a menor edad gestacional, mayor es el riesgo de morbilidad y mortalidad.



9. **Pesarle, medir talla y circunferencia cefálica.** La medición del peso, la talla y perímetro cefálico deben realizarse de rutina en todos los/las recién nacidos/as. Estos datos deben registrarse en la historia clínica.



10. **Administrar Vitamina K1.** La administración profiláctica de vitamina K1 debe realizarse de rutina en todos los/las recién nacidos/as. Se ha demostrado que previene el sangrado temprano por deficiencia (enfermedad hemorrágica del/la recién nacido/a) y también evita el sangrado posterior. Se debe administrar 1 mg. intramuscular de Vitamina K1 en todos los/as recién nacidos/as de término y 0.5 mg en los/as prematuros/as.



11. **Realizar profilaxis ocular.** La profilaxis ocular evita las infecciones oculares en el/la recién nacido/a que pudieron ser transmitidas en su paso por el canal del parto. Se aplica colirio o ungüento oftálmico de antibióticos.

El ambiente térmico adecuado para el/la recién nacido/a es de 24 a 26 °C sin corriente de aire en la sala de partos y de 36 °C en la mesa donde se le atenderá.

Si es posible, realizar tamizaje para detectar problemas o enfermedades metabólicas más frecuentes (Ver Programa de Prevención del Retardo Mental por Hipotiroidismo más adelante), grupo sanguíneo y serología para sífilis y SIDA.

2.4 CÓMO LLENAR EL FORMULARIO DE REGISTRO

1. Complete todos los datos generales en la parte superior de un Formulario de Registro en blanco.
2. Si la madre tiene algún signo de riesgo, ponga una marca (b) en la palabra Si. Posteriormente, trace un círculo en torno a los signos encontrados.
3. Si la madre NO tiene ningún signo de riesgo, ponga una marca (b) la palabra NO y continúe en el siguiente recuadro evaluando enfermedad neonatal muy grave o posible infección bacteriana.
4. Evalúe el riesgo al nacer marcando un círculo en torno a los signos encontrados.
5. En el recuadro "clasifique" anote la clasificación correspondiente según los signos encontrados.

CUADERNO DE EJERCICIOS: página 2, **Ejercicio 2.**

CASO: María Cristina

CUADERNO DE EJERCICIOS: página 3 y 4 , **Ejercicio 3.**

CASO: Marcia

3. REANIMACION NEONATAL

Al evaluar la condición del niño o niña recién nacido/a, existen condiciones graves que le clasifican con necesidad de **REANIMACION URGENTE o POSIBLE ASPIRACIÓN DE LÍQUIDO MECONIAL**. Para estas clasificaciones no se aplican las normas generales para la atención inmediata del/la recién nacido/a por lo que en este apartado se presentan las consideraciones pertinentes y los procedimientos que deben ser realizados para una adecuada reanimación neonatal.

3.1. LA IMPORTANCIA DE LA REANIMACIÓN NEONATAL

Aproximadamente 10% de **los/las** recién nacidos / as requieren alguna asistencia para iniciar su respiración al nacimiento y de éstos 1% necesita una reanimación más completa para poder sobrevivir.

El 90% de todos **los/las** recién nacidos / as tiene una transición de la vida intrauterina a la extrauterina sin ninguna dificultad y requiere muy poca o ninguna asistencia para iniciar una respiración espontánea y regular.

El “ABC” de la reanimación es la misma para recién nacidos/as que para los adultos. Asegurarse que la vía aérea esté abierta y limpia. Estar seguro que inicie la respiración ya sea espontáneamente o con asistencia. Comprobar que existe una circulación adecuada para la oxigenación de la sangre. Los/as recién nacidos/as están mojados/as después de nacer y la pérdida calórica es elevada, por lo que es importante secarles y mantener la temperatura corporal durante el procedimiento de reanimación.

ABC de la reanimación

- **Aire** (posición y succión)
- **Breathing** - Respiración (estimulación)
- **Circulación** (frecuencia cardíaca y color)

Ocurren 5 millones de muertes neonatales cada año en todo el mundo, de las cuales aproximadamente el 19% tiene como causa a la ASFIXIA PERINATAL. Esto indica que más de un millón de recién nacidos/as por año han necesitado alguna maniobra de reanimación. En América Latina, aproximadamente 12% de los/las recién nacidos/as presentan algún grado de asfixia al nacer, siendo la principal causa de mortalidad perinatal y neonatal y la que deja mayor número de secuelas neurológicas irreversibles

3.2 FACTORES DE RIESGO PERINATAL

Existen factores que son de riesgo antes del parto y durante el parto que deben ser valorados en todos los casos. En la siguiente tabla se enumera aquellos factores de riesgo más frecuentes.

Factores antes del parto	
Diabetes materna Hipertensión inducida por el embarazo Hipertensión crónica Anemia o isoimmunización Muerte fetal o neonatal anterior Hemorragia en el segundo o tercer trimestre Infección materna Enfermedad materna cardíaca, renal, pulmonar, tiroidea o neurológica Polihidramnios Oligohidramnios Ausencia de maduración pulmonar con corticoides en casos de amenaza de parto prematuro	Gestación posttérmino Gestación múltiple Discrepancia en fecha-tamaño Terapia con drogas, ej: Carbonato de litio, Magnesio, drogas bloqueadoras adrenérgicas Abuso materno de sustancias Malformaciones fetales Actividad fetal disminuida No atención prenatal Edad <15 ó >35 años Ruptura prematura de membranas
Factores durante el parto	
Operación cesárea de emergencia Parto asistido con forceps Presentación podálica u otras presentaciones anormales Parto prematuro Parto precipitado Corioamnionitis Ruptura prolongada de membranas (> 12 horas antes del parto) Tiempo de parto prolongado (>24 horas) Segundo período del parto prolongado (>2 horas)	Actividad cardíaca fetal alterada Bradicardia fetal Uso de anestesia general Tetania uterina Administración de narcóticos a la madre dentro de las 4 horas antes del parto Líquido amniótico teñido de meconio Prolapso del cordón Abruption placentae Placenta previa

▪ **¿Por qué los/as recién nacidos/as prematuros/as son de mayor riesgo?**

La mayoría de los riesgos descritos son el resultado de un nacimiento antes de tiempo. Los niños y niñas que nacen prematuramente tienen características anatómicas y fisiológicas que los hace diferentes de los/las recién nacidos/as de término. Algunas de estas características son:

- ▶ Los pulmones son deficientes en surfactante y por lo tanto, más difíciles de ventilar.
- ▶ La piel delgada y permeable, una superficie corporal más extensa y muy poco tejido graso subcutáneo, le hacen más susceptibles de perder calor.
- ▶ Son más propensos de nacer con una infección.

- ▶ El cerebro tiene mucha fragilidad capilar y puede sangrar muy fácilmente durante los períodos de estrés.

Estas y otras características únicas presentes en los/las prematuros/as, son un reto durante el proceso de reanimación, por lo que deben tenerse consideraciones especiales a este grupo de recién nacidos/as.

▪ ¿Por qué la valoración de Apgar no se utiliza durante la reanimación?

La valoración de Apgar es un método objetivo de cuantificar la condición del recién nacido y es útil para obtener información acerca del estado general y de la reacción a la reanimación. Sin embargo, la reanimación debe iniciarse antes que se otorgue la valoración.

La valoración de Apgar por lo común se asigna al minuto de vida y nuevamente a los cinco minutos de vida. Cuando la valoración de Apgar es menor de 7, se debe asignar una valoración adicional cada 5 minutos hasta por 20 minutos.

3.2. 1 CÓMO EVALUAR LA NECESIDAD DE REANIMACIÓN

Apenas nace el bebé, **PREGUNTE:**



¿Tuvo Líquido con meconio?

En condiciones normales el líquido amniótico es claro. Si está teñido de meconio puede estar asociado con asfixia intrauterina y es necesario aspirar y succionar la traquea del recién nacido, antes de iniciar la reanimación para evitar que el recién nacido pueda tener una aspiración masiva de líquido amniótico, la cual es una condición grave y con alta mortalidad.



¿Es prematuro?

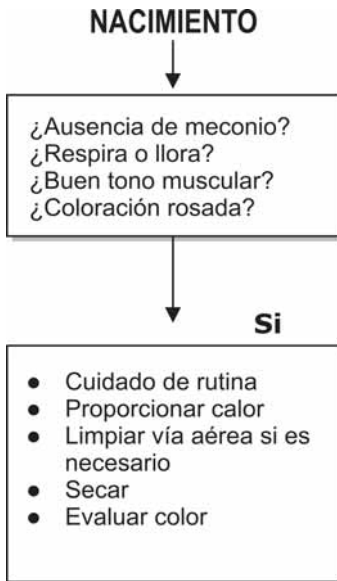
Los recién nacidos antes de término son de alto riesgo por una variedad de complicaciones posteriores al nacimiento; algunos de estos riesgos pueden haber contribuido a que el nacimiento haya sido prematuro. Los bebés prematuros son anatómica y fisiológicamente inmaduros.

- Su piel delgada, el gran área de superficie relativa a la masa muscular y la falta de grasa, hace que pierdan calor fácilmente.
- Sus tejidos inmaduros pueden ser dañados por el oxígeno excesivo.
- Sus músculos débiles pueden dificultarles la respiración.
- Sus esfuerzos por respirar pueden debilitarse debido a la inmadurez de su sistema nervioso.
- Sus pulmones pueden ser inmaduros y deficientes en surfactante, por lo que la ventilación puede resultar dificultosa y los pulmones pueden ser dañados fácilmente por la ventilación a presión positiva.
- Su sistema inmunológico es inmaduro, lo que provoca la probabilidad de que nazcan con una infección o que desarrollen una infección después de nacer.
- Sus vasos capilares frágiles pueden romperse durante el desarrollo del cerebro.

- Su volumen de sangre pequeño los hace más susceptibles a los efectos de la hipovolemia por la pérdida de sangre.

Estos y otros aspectos de la prematuridad deben alertarlo para buscar ayuda adicional cuando se anticipa el nacimiento de un bebé prematuro.

Luego, **OBSERVE**:



 **¿Está respirando y llorando?**

El recién nacido debe respirar espontáneamente y llorar en forma vigorosa. Si no respira (apnea), o tiene respiración “boqueante” (movimientos inspiratorios superficiales e inefectivos) los tejidos no recibirán el oxígeno del aire y esto puede ocasionar secuelas neurológicas severas e irreversibles.

 **¿Tiene buen tono muscular?**

Los recién nacidos a término (> 37 semanas de gestación), presentan un buen tono muscular, manteniendo las piernas y brazos en flexión. La pérdida de tono muscular o flacidez se observa en los recién nacidos prematuros y se asocia siempre con una condición grave al nacer.

 **¿Está rosado?**

Inmediatamente al nacimiento, el recién nacido debe estar rosado de todo su cuerpo o tener una leve coloración azulada alrededor de los labios, en manos y pies (acrocianosis). Si su coloración es azulada en todo el cuerpo o existe palidez extrema es un signo indirecto de falta de oxigenación de los tejidos y amerita atención urgente y administración de oxígeno.

 **La presencia de líquido meconial**

El meconio está formado por una acumulación de desechos (células epiteliales cutáneas y gastrointestinales, lanugo, vernix, líquido amniótico), tragados durante la vida fetal. Su cantidad varía entre 60 a 200 g., su color negro-verdusco oscuro lo obtiene de las sales biliares y es libre de bacterias.

El pH del meconio está entre 5.5 y 7 por lo que tiene una acción irritante en el parénquima pulmonar, provocando una neumonitis química y comprometiendo la función pulmonar. Pero, la obstrucción mecánica de la vía aérea por partículas de meconio o por células escamosas epiteliales, juega el papel más importante en la fisiología del síndrome de aspiración. Una gran cantidad de meconio es capaz de producir una obstrucción completa de la tráquea y muerte rápida por asfixia.

Luego, **DETERMINE:**

La frecuencia cardíaca

La frecuencia cardíaca de un recién nacido sano y vigoroso debe ser mayor de 100 latidos por minuto. Una frecuencia cardíaca menor de 100 o ausente significa que existe algún factor de riesgo y posiblemente necesitará reanimación urgente.



No necesita un estetoscopio para medir la frecuencia cardíaca, puede contar las pulsaciones del cordón umbilical. Al contar la frecuencia en 6 segundos y multiplicándolo por 10 tendrá un estimado rápido de las pulsaciones por minuto.

El tiempo transcurrido en segundos

El tiempo transcurrido durante un procedimiento de reanimación neonatal es de vital importancia para asegurar, no solo la supervivencia, sino la integridad neurológica del niño(a) y una vida de calidad. Cuanto más tiempo se utilice para lograr una reanimación el deterioro neurológico es mayor. El tiempo requerido entre un procedimiento y el siguiente no debe ser mayor de 30 segundos.

3.3 PROCEDIMIENTOS DE REANIMACIÓN NEONATAL

3.3.1 PREPARACIÓN PARA LA REANIMACIÓN NEONATAL

En todo nacimiento, usted debe estar preparado para reanimar al recién nacido/a, porque las necesidades de reanimación vienen de sorpresa. Por esta razón, cada nacimiento debe ser atendido por un profesional con habilidades en reanimación neonatal y con responsabilidad en el manejo del recién nacido/a. Podrá necesitarse algún trabajador o trabajadora de salud adicional si se anticipa una reanimación más compleja.

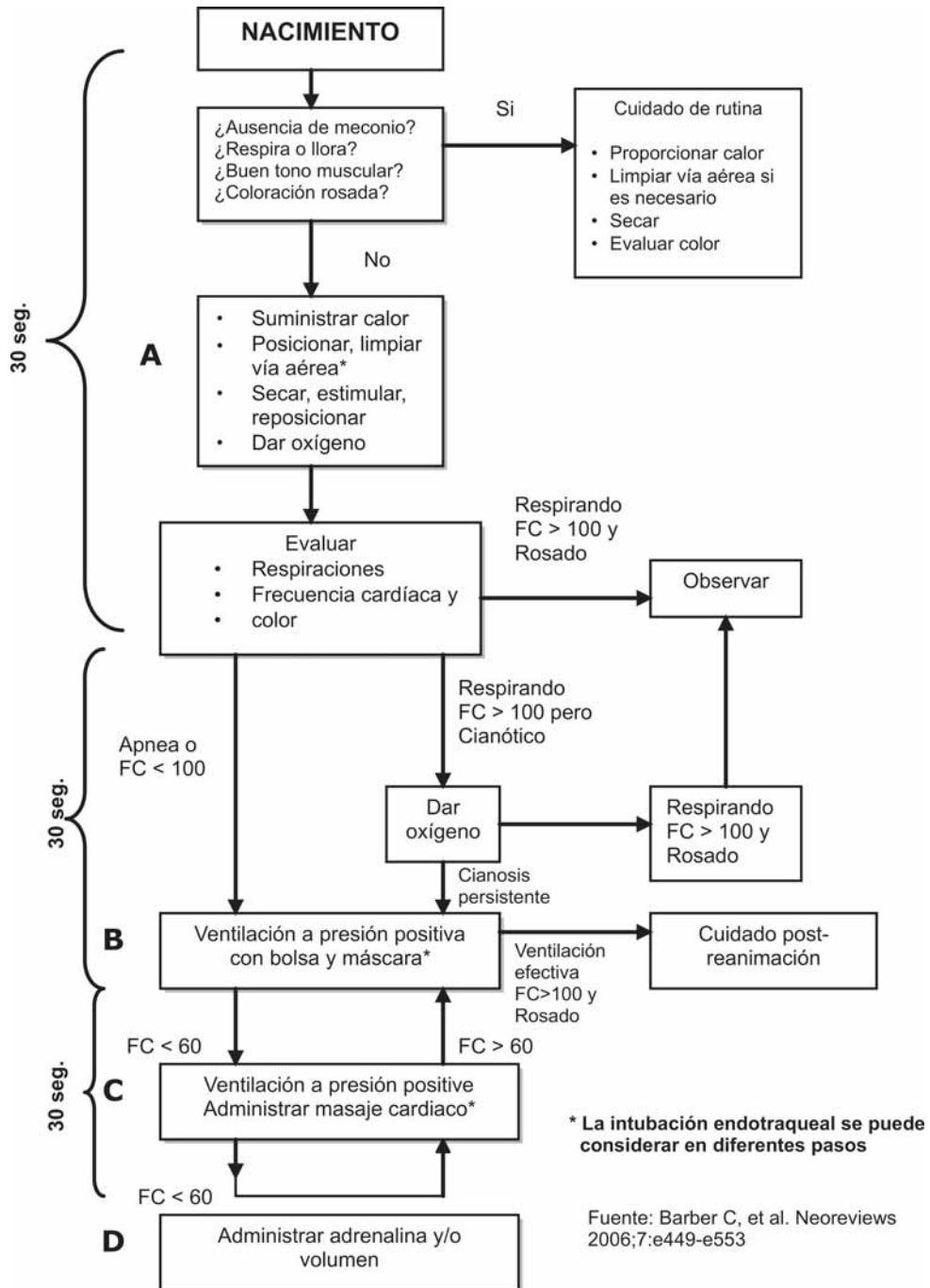
Con consideraciones cuidadosas y utilizando los factores de riesgo, más de la mitad de todos/as los/las recién nacidos/as que van a necesitar reanimación pueden ser identificados antes del parto. Si usted anticipa las posibles necesidades de reanimación neonatal, usted puede:

- ▶ Reclutar a un/a trabajador/a de salud adiestrado/a adicional con tiempo
- ▶ Preparar el equipo necesario según la siguiente tabla:

	Elementos
Vías aéreas	Equipo de aspiración: perita de goma, tubos endotraqueales, aspirador (vacío), laringoscopio, sondas de aspiración, equipo de aspiración de meconio.
Ventilación	Bolsa autoinflable (ambú), oxígeno, manómetro y flujómetro, mascarillas, saturómetro (si se dispone).
Circulación	Catéter umbilical o de punción venosa. Drogas: suero fisiológico, Adrenalina, Bicarbonato de Sodio, jeringas, agua destilada, Naloxona.

3.3.2 REALIZAR LA REANIMACIÓN NEONATAL

En TODOS los niños y niñas recién nacidos/as clasificados como “**REANIMACION URGENTE**” deberán iniciarse los PROCEDIMIENTOS DE REANIMACIÓN NEONATAL. El siguiente esquema lo guiará para realizar evaluaciones durante el procedimiento de reanimación neonatal.



Una vez constituido el equipo de trabajo y preparados los elementos necesarios, se deben realizar los pasos que siguen a continuación.

3.3.2.1. LIMPIAR LAS VIAS AEREAS SI NO EXISTE MECONIO



PRIMERO LA BOCA

Las secreciones deben ser removidas de la vía aérea, limpiando la nariz y la boca con un paño, a través de succión con una perilla o succionando con un catéter. Si tiene una secreción muy abundante saliendo de la boca, rótele la cabeza hacia un lado. Estas maniobras van a evitar que las secreciones se acumulen en el tórax y hacen que puedan ser removidas más fácilmente.



DESPUÉS LA NARIZ

La boca se succiona antes que la nariz, para evitar que aspire sus secreciones al efectuar un jadeo o respiración cuando se le aspira la nariz. Usted debe recordar: **“boca antes que nariz”**. Si el material de la boca y nariz no es removido antes de que respire, puede ser aspirado dentro de la tráquea y pulmones, con consecuencias respiratorias serias.

Cuando usted Succione, especialmente cuando utiliza un catéter, tenga cuidado de no succionar vigorosamente y muy profundo. La estimulación de la faringe posterior puede producir una respuesta vagal, provocando bradicardia severa o apnea. La succión delicada con una perilla es igualmente adecuada para remover las secreciones.

3.3. 2.2 ¿QUÉ DEBO HACER SI EL LÍQUIDO AMNIÓTICO TIENE MECONIO Y EL RECIÉN NACIDO NO ESTÁ VIGOROSO?

Si la respiración del recién nacido es inadecuada, el tono muscular está disminuido y la frecuencia cardiaca es menor de 100 por minuto, está indicada la aspiración directa de la tráquea inmediatamente después del nacimiento y antes de que se establezcan las respiraciones. Los siguientes pasos pueden disminuir las posibilidades de que el niño o niña desarrolle el síndrome de aspiración de meconio:

- Administre oxígeno a flujo libre durante el procedimiento de la aspiración.
- Introducir el laringoscopio y utilizar una sonda de aspiración de 12F ó 14F para aspirar la boca y la faringe posterior y así poder visualizar la glotis.
- Introducir el tubo endotraqueal en la tráquea.
- Conectar la fuente de aspiración al tubo endotraqueal.
- Aspirar a medida que se retira el tubo endotraqueal lentamente.
- Repetir la maniobra las veces que sea necesario hasta que no se obtenga meconio, o sólo se obtenga una cantidad escasa, a menos que la frecuencia cardiaca del niño o niña indique que se debe proceder a la reanimación sin más demora.

Si se produce bradicardia durante la succión (frecuencia cardiaca < 100 latidos por minuto), pare de succionar y evalúe nuevamente la frecuencia cardiaca y el color.

3.3.2.3. ESTIMULAR LA RESPIRACION Y PREVENIR LA PERDIDA DE CALOR DESPUÉS QUE LA VIA AEREA ESTA LIMPIA:



SECAR

Después de colocarle en una posición adecuada y succionar las secreciones, debe proporcionársele alguna estimulación para que inicie la respiración. El secado también puede proveer estimulación. El secado del cuerpo y la cabeza puede prevenir pérdida calórica por evaporación. Si dos personas están presentes, la segunda puede secar al niño o niña mientras que la primera limpia las vías aéreas.

Como parte de la preparación para la reanimación, usted debería tener varias toallas o sábanas absorbentes pre-calentadas. El recién nacido/a inicialmente puede ser colocado/a en una de estas toallas y utilizarla para remover la mayoría del líquido del cuerpo y cabeza. Esta primera toalla o sábana debe ser descartada y utilizar otras secas y pre calentadas para continuar secando y estimulando.

OTRAS FORMAS DE ESTIMULACIÓN PUEDEN AYUDAR AL RECIEN NACIDO/A A RESPIRAR

Tanto el secado como la succión estimulan al recién nacido/a. Para algunos/as recién nacidos/as, estos pasos no son suficientes para inducir la respiración. Si el bebé no tiene una respiración adecuada, la estimulación táctil adicional puede ser otra forma de estimular la respiración.

Es importante que usted entienda los métodos correctos para la estimulación. Aunque usted no utilice estos pasos en este punto de reanimación, los puede utilizar posteriormente cuando tenga que iniciar la respiración utilizando una bolsa y máscara de oxígeno, para estimular al/la recién nacido/a a continuar respirando.

Los métodos seguros y apropiados para proporcionar estimulación táctil incluyen:

- Palmadas o golpecitos suaves en la planta de los pies
- Frotar suavemente la espalda, tronco o extremidades del/la recién nacido/a.



Si el/la recién nacido/a permanece en apnea a pesar de las maniobras de estimulación debe iniciar inmediatamente ventilación con presión positiva.

-FORMAS DE ESTIMULACIÓN QUE PUEDEN SER PELIGROSAS

Algunas maniobras han sido utilizadas para proveer estimulación táctil al/la recién nacido/a con apnea, pero son actualmente consideradas dañinas y no deben ser realizadas:

Maniobra	Consecuencias
Palmadas en la espalda Exprimir la parrilla costal Forzar las extremidades dentro del abdomen Dilatación del esfínter anal Utilizar compresas calientes o frías, o bañarle Sacudirle	Contusiones Fracturas, neumotórax, dificultad respiratoria, muerte Ruptura de hígado o bazo Rasgaduras de esfínter anal Hipertermia, hipotermia, quemaduras Daño al cerebro

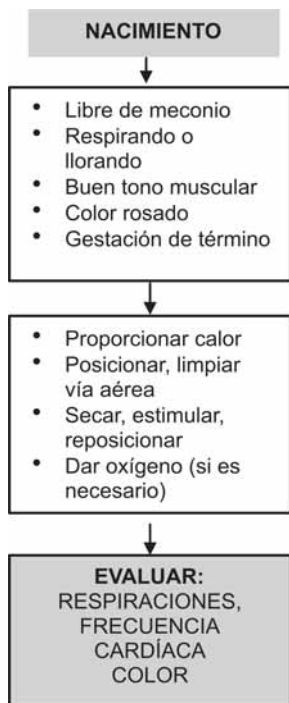
Los/las recién nacidos/as prematuros/as tienen una estructura muy frágil en su cerebro llamada *matriz germinal*. Esta estructura consiste en un grupo de capilares que son muy susceptibles de romperse si el/la bebé es movilizado/a muy vigorosamente o si su cabeza es colocada en una mala posición. La ruptura de la matriz germinal resulta en una hemorragia intracraneal asociada a problemas neurológicos futuros.



Recuerde siempre colocar al niño o niña nuevamente en una posición adecuada.

3.3.2.4 QUE HACER SI EL/LA RECIEN NACIDO/A ESTA RESPIRANDO PERO TIENE CIANOSIS CENTRAL

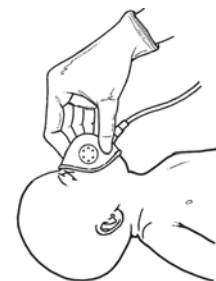
Los/as recién nacidos/as en su mayoría empiezan a respirar regularmente después de aspirarles la vía aérea, secarles y estimularles. Sin embargo, algunos/as de estos/as recién nacidos/as, presentan cianosis central, por lo que es necesario proporcionarles oxígeno libre al 100%. La privación de oxígeno a los órganos vitales es una de las razones principales de consecuencias clínicas asociadas con compromiso perinatal.



Cuando un/a recién nacido/a está cianótico/a durante la reanimación, es importante proporcionarles oxígeno al 100% tan cerca como sea posible, sin que se mezcle con el aire de la habitación. El oxígeno de pared o de cilindros proporcionan oxígeno al 100% a través de un tubo, pero cuando sale del tubo o de una mascarilla, se mezcla con el aire de la habitación que contiene sólo 21% de oxígeno. La concentración de oxígeno que llega a la nariz del niño o niña está determinada por la cantidad de oxígeno proveído (generalmente a 5 litros por minuto) y la cantidad de aire de la habitación circulante entre el tubo y la nariz del niño o niña.



SONDA NASAL

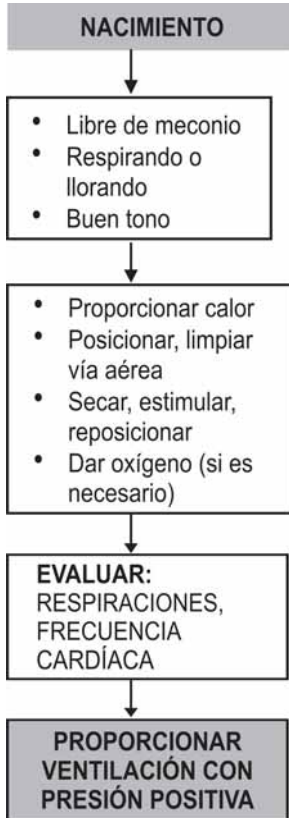


MASCARILLA

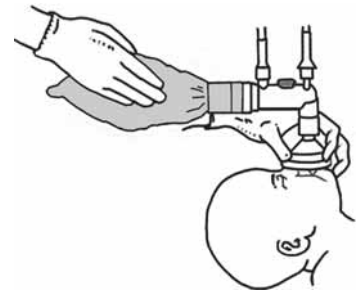
Por lo tanto, es importante proporcionar el oxígeno a través de una mascarilla o tubo lo más cerca de la nariz del niño o niña recién nacido/a con la mano "en copa", para que reciba la mayor concentración de oxígeno (Ver figuras).

3.3.2.5 CUANDO SUSPENDER LA ADMINISTRACION DE OXIGENO

Cuando el niño o niña empieza a ponerse rosado/a, el suplemento de oxígeno debe ser retirado *gradualmente*, hasta que logre permanecer de esta manera, respirando el aire de la habitación.



Aquellos/as recién nacidos/as que se vuelven a poner cianóticos/as cuando se disminuye la concentración de oxígeno, deben continuar recibiendo suficiente oxígeno para mantenerse rosados/as y puedan efectuarse determinaciones de gases sanguíneos y oximetría, que servirán para ajustar la concentración adecuada que debe recibir.



BOLSA INFLABLE Y MASCARILLA

Si persiste la cianosis a pesar de estar dando concentraciones de oxígeno al 100%, está indicado proporcionar ventilación con presión positiva.

Se debe considerar también el diagnóstico de una enfermedad cardíaca congénita o una hernia diafragmática como causa de cianosis generalizada y/o dificultad respiratoria.

3.3.2.6 UNA VEZ REALIZADOS LOS PASOS ANTERIORES, EVALUE SIGNOS VITALES

Su siguiente paso será evaluar al/la recién nacido/a para determinar si están indicadas algunas acciones de reanimación. Los signos vitales que debe evaluar son los siguientes:

Respiraciones. Una buena elevación del tórax, la frecuencia y profundidad de las respiraciones deben aumentar inmediatamente después de la estimulación táctil. Recuerde, las respiraciones con jadeo son poco efectivas y requieren la misma intervención que la apnea.

Frecuencia cardíaca. La frecuencia cardíaca debe ser igual o mayor de 100 por minuto. El método más rápido y fácil para determinar la frecuencia cardíaca es sentir el pulso en la base del cordón umbilical.

Sin embargo, algunas veces los vasos del cordón umbilical se han contraído y el pulso no puede ser palpable, entonces debe escuchar la frecuencia cardíaca sobre el lado



izquierdo del tórax utilizando un estetoscopio. Contando el número de pulsaciones en 6 segundos y multiplicándolo por 10, tendrá un estimado rápido de las pulsaciones por minuto.

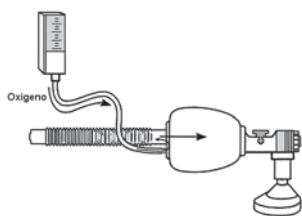
Color. El/la recién nacido/a debe tener los labios y el tronco rosado. Con una frecuencia cardíaca y ventilación adecuada, si existe cianosis central, indica hipoxemia.

3.3.2.7. VENTILACION ASISTIDA

*La acción más importante y efectiva para reanimar a un/a recién nacido/a comprometido/a es la **VENTILACIÓN ASISTIDA**.*

No importa cuál de los signos vitales (respiraciones, frecuencia cardíaca o color), esté anormal, la mayoría de los/las recién nacidos/as comprometidos/as pueden responder de manera positiva al proporcionarles ventilación.

Después de que usted se ha tomado algunos segundos para minimizar las pérdidas calóricas, limpiar las vías aéreas y estimular para que respire espontáneamente, la acción siguiente más apropiada deberá ser proporcionar ventilación asistida de las vías aéreas, con una bolsa y mascarilla.



Recuerde, el proceso completo en este punto no debe tomar más de 30 segundos (o algunas veces más prolongado si es necesario efectuar succión traqueal por la presencia de meconio)

Administrar oxígeno libre o continuar proporcionando estimulación táctil al que no respira o que tiene una frecuencia cardíaca menor de 100 por minuto, tiene muy poco o ningún valor y sólo retrasa el tratamiento adecuado.

PREPARACION ANTES DE PROPORCIONAR VENTILACION ASISTIDA CON UNA BOLSA DE REANIMACION



**POSICIÓN
ADECUADA**

- a) **Seleccionar el tamaño adecuado de la mascarilla.** Recuerde, la mascarilla debe cubrir la boca, nariz y punta de la barbilla, pero no los ojos.
- b) **Asegurarse de que la vía aérea está limpia.** Usted debería succionar la boca y nariz una vez más para estar seguro de que no existe obstrucción para la respiración asistida.
- c) **Colocar la cabeza del niño o niña en una buena posición.** La nuca del niño o niña debe estar ligeramente extendida (no sobre extendida) para mantener una vía aérea abierta. Una manera de lograrlo es colocando un pequeño rodillo debajo de los hombros.
- d) **Colocarse en buena posición.** Usted también necesita colocarse al lado de la cabeza para utilizar la bolsa de reanimación adecuadamente. Esta posición le permite sostener la mascarilla en la cara del bebé confortablemente.

Si usted es diestro/a probablemente la posición más confortable es controlar la bolsa con la mano derecha y la mascarilla con la mano izquierda. Es también importante que la bolsa esté en una posición que no le obstaculice la vista del tórax y no pueda observar la elevación y retracción del mismo durante cada ventilación.

Tanto el tórax como el abdomen no deben estar obstruidos por si fuera necesario el acceso vascular a través del cordón umbilical.



COLOCARSE EN BUENA POSICIÓN

COMO COLOCAR LA BOLSA Y MASCARILLA EN LA CARA DEL /LA RECIEN NACIDO/A

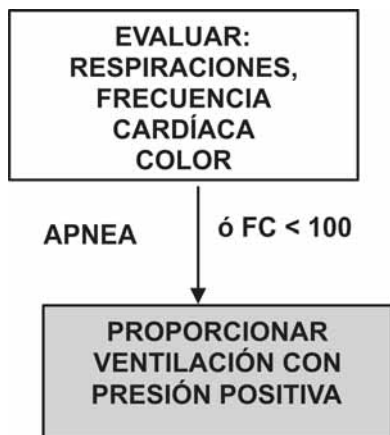
Recuerde que la mascarilla debe ser colocada en la cara de tal manera que cubra la nariz, la boca y la punta de la barbilla, el resto debe quedar fuera. La mejor manera es colocando la mascarilla primero en la barbilla y luego desplazarla hacia la boca y la nariz.

La mascarilla generalmente se sostiene en la cara con los dedos pulgar, índice o medio, haciendo un círculo en la orilla de la mascarilla, lo cual la mantiene más fija y no permite el escape de aire con cada insuflación.



*Si no se obtiene una expansión torácica adecuada después de estar utilizando la ventilación con bolsa y mascarilla, revea la posición de la cabeza, de la mascarilla, presencia de secreciones en vías aéreas, eficacia de la bolsa de reanimación. Si a pesar de estas maniobras correctivas no se logra la expansión torácica, realizar **INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL**.*

QUE HACER SI LA VENTILACION CON BOLSA Y MASCARILLA DEBE CONTINUAR POR MÁS DE ALGUNOS MINUTOS



Si un niño o niña requiere de ventilaciones con bolsa y mascarilla prolongadas en cuanto al tiempo, deben tener un tubo o sonda orogástrica colocada y abierta.

Durante la ventilación con bolsa y mascarilla el gas es forzado dentro de la orofaringe y es libre de entrar tanto en la traquea como al esófago. La posición adecuada del niño o la niña permite transmitir la mayoría del aire dentro de la traquea y los pulmones, sin embargo, alguna cantidad de gas puede entrar al esófago y ser empujado dentro del estómago.

El aire dentro del estómago interfiere con la ventilación de la siguiente manera:

- ▶ El estómago distendido con gas ejerce presión sobre el diafragma, evitando la expansión total de los pulmones.
- ▶ El gas dentro del estómago puede causar regurgitación del contenido gástrico, el cual puede ser aspirado durante la ventilación con bolsa y mascarilla.

El problema relacionado con la distensión abdominal y aspiración del contenido gástrico, puede reducirse si se coloca un tubo orogástrico, succionando el contenido gástrico. El tubo debe quedar abierto para que pueda ser eliminado el gas durante la reanimación.

3.3.2.8 INDICACIONES PARA INICIAR COMPRESIÓN TORÁCICA O MASAJE CARDÍACO

La compresión torácica debe ser iniciada si la frecuencia cardíaca se mantiene por debajo de 60 por minuto, después de 30 segundos de ventilación efectiva con presión positiva y oxígeno al 100%.

Los/las recién nacidos/as que tienen una frecuencia cardíaca por debajo de 60 por minuto, después de estimulación y 30 segundos de ventilación con presión positiva, probablemente tienen niveles muy bajos de oxígeno en la sangre. Como resultado de esto, el miocardio se deprime y no es capaz de enviar con suficiente fuerza la sangre hacia los pulmones para su oxigenación. Por lo tanto, se necesita de masaje cardíaco externo, mientras usted continúa la ventilación de los pulmones con oxígeno al 100%.

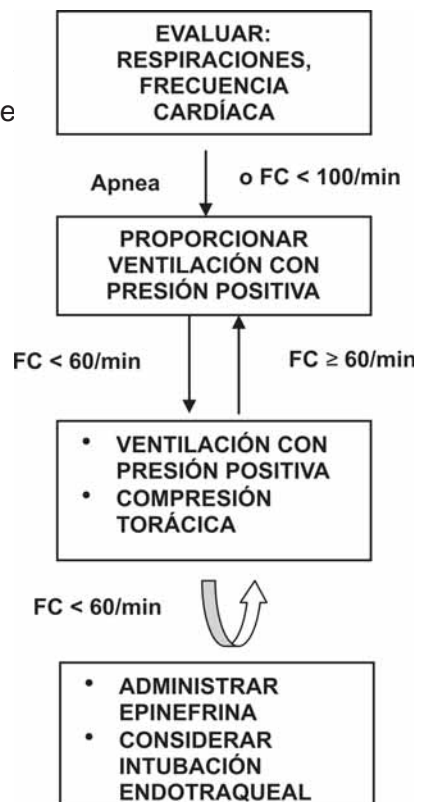
¿QUÉ ES EL MASAJE CARDÍACO?

Es conocido como *masaje cardíaco o torácico externo*, consiste en compresiones rítmicas sobre el esternón y que

- ▶ Comprime el corazón contra la espina dorsal
- ▶ Incrementa la presión intratorácica
- ▶ Circula sangre hacia los órganos vitales del cuerpo



El corazón está colocado en el tórax entre el tercio inferior del esternón y la espina dorsal. Al comprimir el esternón se comprime el corazón e incrementa la presión en el tórax, provocando que la sangre sea bombeada dentro de las arterias. Cuando se disminuye la presión del esternón, la sangre entra al corazón a través de las venas.



Recuerde: la compresión torácica tiene muy poco valor si los pulmones no están siendo bien ventilados con oxígeno, por lo tanto, se necesitan dos personas: una para comprimir el tórax y la otra para continuar dando ventilación.

TECNICA PARA EL MASAJE CARDIACO

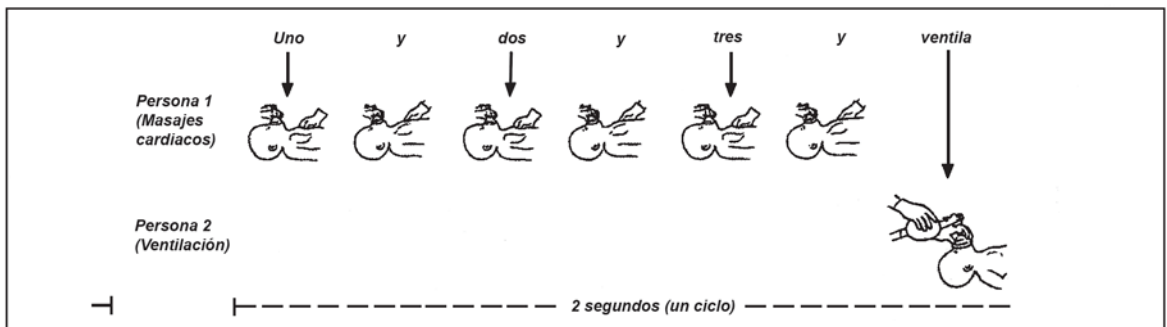
Existen dos técnicas distintas para proporcionar el masaje cardiaco. Estas técnicas son:

- **Técnica de los pulgares**, cuando se utilizan los dos pulgares para comprimir el esternón mientras que las manos rodean el tórax y los dedos brindan soporte a la columna vertebral.
- **Técnica de los dos dedos**, cuando la punta del dedo medio y del índice o del anular de una mano se usan para comprimir el esternón mientras que la otra mano se utiliza para darle apoyo en la espalda del recién nacido, a menos que éste se encuentre en una superficie muy firme.



PRESIÓN DURANTE LAS COMPRESIONES: Con sus dedos y manos colocadas correctamente, usted debe utilizar suficiente presión para deprimir el esternón a una profundidad aproximada de un tercio del diámetro antero-posterior del tórax, luego disminuya la presión para que el corazón tenga tiempo para llenarse nuevamente de sangre.

FRECUENCIA DEL MASAJE Y COORDINACIÓN CON LA VENTILACIÓN: Durante la reanimación cardiopulmonar, la compresión torácica debe ir siempre acompañada de ventilación con presión positiva, pero no de manera simultánea, porque esto hace que una disminuya la efectividad de la otra. Por lo tanto, las dos actividades deben estar coordinadas, dando una ventilación después de cada tres compresiones, para un total de 30 respiraciones y 90 compresiones por minuto.



3. 3 .2. 9. ¿CUÁLES SON LAS INDICACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE EPINEFRINA?

Epinefrina es un medicamento estimulante cardíaco, que mejora la efectividad del latido cardiaco, así como incrementa la vasoconstricción periférica, que juega un papel importante en el flujo sanguíneo a través de las arterias coronarias y el cerebro.

La epinefrina está indicada si no han sido efectivos los pasos anteriores de la reanimación neonatal, es decir si la FC es menor de 60 por minuto después de que han sido administrados simultáneamente ventilación positiva más masaje cardiaco y el bebé ha sido intubado o canalizada la vena umbilical.

- Concentración recomendada: 1:10,000
- Ruta recomendada: intravenosa (utilizar la vía endotraqueal si no se ha colocado un catéter venoso)
- Dosis recomendada: 0.1 a 0.3 mL/kg de la solución 1:10,000 (si utiliza la vía endotraqueal utilice 0.3 a 1.0 ml/kg)
- Preparación: solución 1:10,000 en jeringa de 1 mL. Si la presentación es de 1:1,000, debe diluir 0.1 mL en 0.9 mL de solución salina para alcanzar la concentración de 1:10,000.
- Velocidad de administración: rápidamente

Se debe contar la frecuencia cardíaca 30 segundos después. Una dosis adicional puede ser administrada 3 minutos después, de ser necesario.

3.3.2.9.1 CUÁNDO REALIZAR INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

Si a pesar de estar proporcionando ventilación con presión positiva y compresión torácica por 30 segundos, el bebé continúa con una frecuencia cardíaca menor de 60 por minuto y con cianosis central, se debe pasar rápidamente a la intubación endotraqueal.

CUADERNO DE EJERCICIOS: página 4, **Ejercicio 4.**
Casos: Julio, Ana Victoria y Andrea Belén.

4. DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL

A **TODO/A** recién nacido/a, inmediatamente al nacimiento luego de la atención inmediata, debe determinársele la **EDAD GESTACIONAL**

Existen diferentes métodos para determinar la edad gestacional en los niños y niñas recién nacidos/as, utilizando signos físicos y neurológicos. El que se presenta en el Cuadro de Procedimientos, es un método práctico y no requiere de mucha experiencia para realizarlo. Este método se basa en la clasificación completa publicada por Ballard¹, pero ha sido simplificada por Capurro², utilizando únicamente 5 características físicas que identifican con buena precisión la edad gestacional.

4.1. MÉTODO DE CAPURRO PARA DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL

Este método valora la edad gestacional del recién nacido mediante exploración de parámetros somáticos y neurológicos. Es aplicable para recién nacidos/as de 29 semanas o más. Utiliza cinco características físicas del recién nacido. Cada una de las características tiene varias opciones y cada opción un puntaje que ha sido determinado a través de diferentes estudios; será al final, la suma de esos puntajes los que determinen la edad gestacional.

Las 5 características físicas que son tenidas en cuenta son las siguientes:



Forma de la oreja. Se trata de observar (no tocar) la incurvación que hace hacia fuera el pabellón de la oreja. Debe observarse situándose frente al niño o niña y observando en particular si el borde superior del pabellón forma un “techo” hacia los lados. Luego se evalúa el grado de incurvación para lo cual se observa cada pabellón volteando la cara del niño o niña hacia uno y otro lado. Si por la posición, al nacimiento el/la recién nacido/a mantiene aplanada una oreja no valore ésta. Si no estuvo ninguna aplanada, valore ambas. Asigne los valores de 0, 8, 16 o 24 dependiendo de la incurvación.



Tamaño de la glándula mamaria. Antes de palpar la zona correspondiente al nódulo mamario tome entre sus dedos suavemente el tejido celular subcutáneo adyacente para valorar si lo que se mide es o no tejido mamario. Utilice una cinta métrica y con la otra mano palpe el tejido que se encuentra por debajo y alrededor del pezón tratando de especificar si se palpa o no tejido y si el diámetro es <5, de 5 a 10 o >10 mm.



Formación del pezón. Evalúe ambos pezones y con una cinta métrica mida si el diámetro es apenas visible, <7,5 mm, >7,5 mm pero con el borde no levantado o > 7,5 mm pero con **areola** punteada y bordes levantados.



Textura de la piel. Palpe y examine la piel de los antebrazos, manos, piernas y pies. Observe si en el dorso de las manos y pies hay líneas de descamación o grietas. Dependiendo de la profundidad de las grietas o la presencia de descamación, valore en 0, 5, 10, 15 o 20.



Pliegues plantares. Observe la planta de ambos pies y luego hiperextienda ambas de manera que se mantenga tensa la piel de la planta. La diferencia entre los pliegues y los surcos plantares estriba en que los primeros tienden a desaparecer al extender la piel, mientras que los segundos se continúan marcando con claridad. Dependiendo de la cantidad de surcos se valora en 0, 5, 10, 15 ó 20.

En la siguiente tabla usted encontrará mayor detalle sobre los puntajes para cada ítem a ser tenido en cuenta para la evaluación de la edad gestacional.

ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

FORMA DE LA OREJA	Chata-Deforme Pabellón no incurvado  0•	Pabellón parcial-mente incurvado en el borde superior  8•	Pabellón incurvado en todo el borde superior  16•	Pabellón totalmen-te incurvado  24•	
	No palpable  0•	Palpable: Menor de 5 mm  5•	Palpable: Entre 5 y 10 mm  10•	Palpable: Mayor de 10 mm  15•	
	Apenas visible Sin areola  0•	Diámetro menor de 7,5 mm. Areola lisa y chata  5•	Diámetro mayor de 7,5 mm Areola punteada Borde no levantado  10•	Diámetro mayor de 7,5 mm Areola punteada Borde Levantado  15•	
	TEXTURA DE PIEL	Muy fina Gelatinosa  0•	Fina Lisa  5•	Más gruesa Descamación Superficial Discreta  10•	Gruesa Grietas Superficiales Descamación en manos y pies  15•
PLIEGUES PLANTARES Surcos Líneas bien definidas Líneas mal definidas		Sin pliegues  0•	Marcas mal definidas en la 1/2 anterior  5•	Marcas bien definidas en la 1/2 anterior Surcos en la 1/2 anterior  10•	Surcos en la 1/2 anterior  15•

Cálculo: Para calcular la edad gestacional, primero se suman los puntajes totales de las 5 características. Al resultado se le suma 204 (que es una constante), el resultado de esta suma se divide entre 7 (que es el número de días), y de esta división se obtiene el número de semanas de gestación del recién nacido/a. El método tiene un error de \pm una semana

Ejemplo, un recién nacido tiene las siguientes características:

Características	El recién nacido tiene:	Su puntaje será:
FORMA DE LA OREJA	Pabellón parcialmente incurvado en borde superior	8
TAMAÑO GLANDULA MAMARIA	Palpable entre 5 y 10 mm	10
FORMACIÓN DEL PEZON	Diámetro mayor de 7,5 mm. Areola punteada. Borde no levantado	10
TEXTURA DE LA PIEL	Más gruesa, descamación superficial discreta	10
PLIEGUES PLANTARES	Marcas mal definidas en la mitad anterior	5
TOTAL DE PUNTOS		43

Se utiliza la formula:

$$\frac{\text{TOTAL DE PUNTOS} + 204}{7 \text{ DIAS}} = \text{SEMANAS DE GESTACION}$$

$$\frac{43 + 204}{7} = \frac{247}{7} = 35 \text{ SEMANAS}$$

El método más exacto para determinar la edad gestacional es la "Fecha de Última Menstruación" (FUM), sin embargo, muchas veces no se cuenta con esa información



CUADERNO DE EJERCICIOS: Ejercicio 5 (Fotografías página 5).

5. CLASIFICACION POR PESO Y EDAD GESTACIONAL

TODOS/A los/as recién nacidos/as deben ser clasificados inmediatamente al nacimiento según su **PESO Y EDAD GESTACIONAL**.

Luego DETERMINE si hay posibilidad de **ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA**

En el Cuadro de Procedimientos, encontrará un gráfico que indica el CRECIMIENTO INTRAUTERINO normal de los/as recién nacidos/as, basado en el crecimiento de una población cuyas características de crecimiento son las óptimas y sirven de base para evaluar el crecimiento de cualquier recién nacido/a o para comparar con otras poblaciones. Además, le indicará como el niño o niña se encuentra clasificado/a en el momento de nacer.

5.1. DETERMINAR EL PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL

En el peso para la edad gestacional se compara el peso del/la recién nacido/a con el peso de otros/as recién nacidos/as de la misma edad.

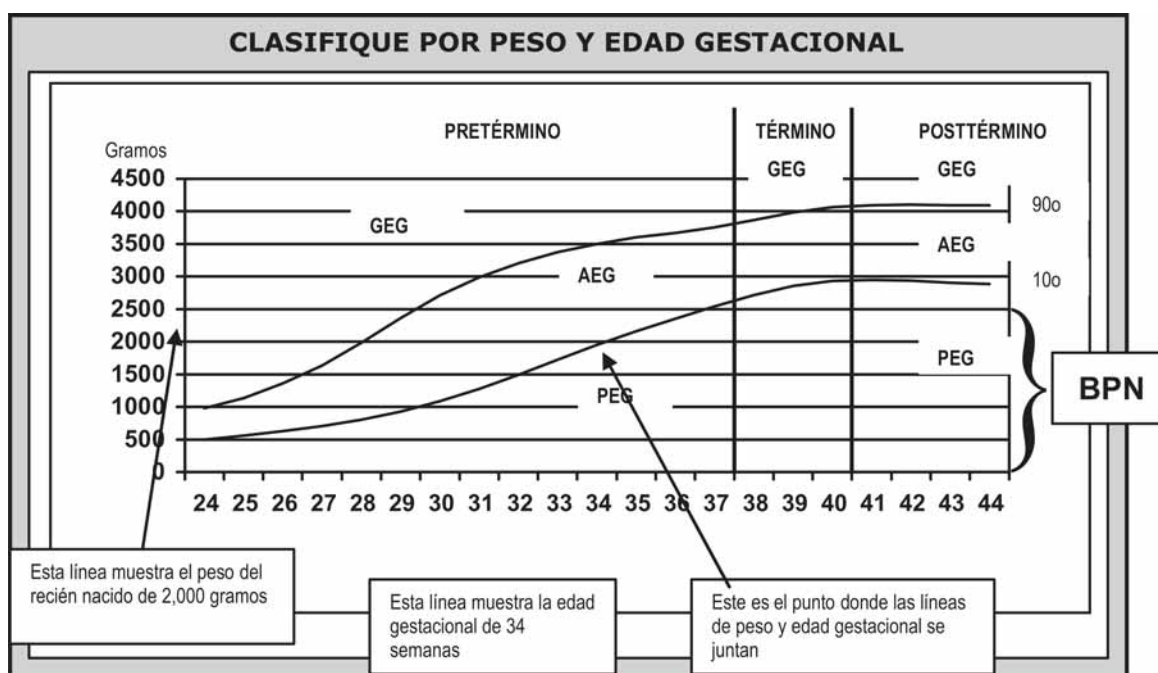
La clasificación del/la recién nacido/a por peso y edad gestacional es muy importante ya que puede ser uno de los indicadores del grado de riesgo al momento del nacimiento. La morbilidad y la mortalidad neonatal son inversamente proporcionales al peso y edad gestacional, lo que quiere decir, que a menor peso o menor edad gestacional, mayor será la morbilidad y la mortalidad.

Los/las recién nacidos/as que se encuentren por encima de la curva superior (> Percentil 90) se consideran como **GRANDES PARA SU EDAD GESTACIONAL**; aquellos/as que se encuentren entre las dos líneas (Percentil 90 y Percentil 10) se consideran como un crecimiento **ADECUADO** para la edad gestacional y los que se encuentran por debajo de la línea inferior (< Percentil 10) se consideran como un crecimiento **PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL**.

PARA DETERMINAR EL PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL:

1. Calcule la edad gestacional en semanas (por FUM o por examen físico o ecografía)
2. Pese al niño o niña recién nacido/a
3. Utilice el gráfico de peso para la edad gestacional para clasificar, para ello:
 - o Mirar el eje del costado izquierdo para ubicar la línea que muestra el peso en gramos.
 - o Mirar el eje inferior del gráfico para ubicar la línea que muestra la edad gestacional en semanas.
 - o Buscar el punto en el gráfico donde la línea para el peso se encuentra con la línea de edad gestacional (Ver ejemplo).

Ejemplo: Como clasificar por peso y edad gestacional. Recién nacido con peso de 2.400 gramos y edad gestacional de 34 semanas.



5.2 CLASIFICAR AL/LA RECIEN NACIDO/A UTILIZANDO EL GRAFICO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO

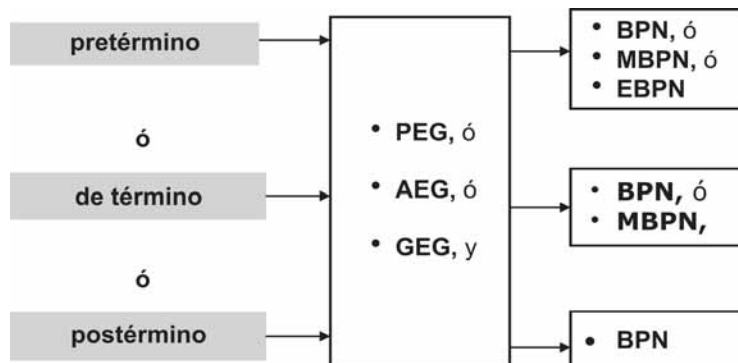
Existen diferentes clasificaciones, utilizando el peso y su edad gestacional:

1. Dependiendo de la edad gestacional, e independiente del peso de nacimiento se clasifica de la manera siguiente:
 - **PRETERMINO**, Cuando se ubica en la curva entre la semana 24 hasta la semana 36 de gestación, o sea menos de 37 semanas.
 - **TERMINO**, cuando se ubica entre la semana 37 y 41 de gestación.
 - **POSTERMINO**, cuando se ubica después de la semana 41 de gestación.
2. Dependiendo de su **peso al nacer**, e independiente de la edad gestacional, se clasifica de la manera siguiente:

- **EXTREMADO BAJO PESO AL NACER (EBPN)**, cuando el peso de nacimiento es menor de 1.000 gramos.
 - **MUY BAJO PESO AL NACER (MBPN)**, cuando el peso de nacimiento se halla entre 1.000 y 1.499 gramos, o sea, es de menos de 1.500 gramos.
 - **BAJO PESO AL NACER (BPN)**, cuando el peso de nacimiento se halla entre 1.500 y 2.499 gramos, o sea, es de menos de 2.500 gramos.
3. Dependiendo de su ubicación en la curva, cuando se relaciona el peso y la edad gestacional se clasifica de la manera siguiente:
- **PEQUEÑO PARA SU EDAD GESTACIONAL (PEG)**, cuando se ubica por debajo de la curva inferior (< Percentil 10).
 - **ADECUADO PARA SU EDAD GESTACIONAL (AEG)**, cuando se ubica entre las dos curvas (Percentil 10 y 90).
 - **GRANDE PARA SU EDAD GESTACIONAL (GEG)**, cuando se ubica por encima de la línea superior (>Percentil 90).

En el ejemplo antes citado, **el/la** recién nacido/a se clasificará como *pretérmino* (por estar ubicado entre la semana 24 y 37 de gestación, tiene *bajo peso de nacimiento* (BPN) pues tiene peso menor de 2500 g y es *adecuado para su edad gestacional* (AEG) por estar ubicado entre los Percentiles 10 y 90.

De esta manera, un/a recién nacido/a puede tener más de una clasificación:



CUADERNO DE EJERCICIOS: Ejercicio 6, página 6.

6. EVALUAR Y CLASIFICAR ENFERMEDAD GRAVE O INFECCION LOCAL

En **TODOS** los casos preguntar a la madre sobre el problema, luego DETERMINAR si hay posibilidad de **ENFERMEDAD GRAVE, POSIBLE INFECCION BACTERIANA GRAVE o INFECCION LOCAL.**

Las infecciones neonatales siempre deben ser consideradas como enfermedad grave y el niño o la niña deben recibir uno o dos antibióticos según lo que se recomienda en el capítulo TRATAR. En muchos casos, especialmente si no se cuenta con los recursos necesarios, se le debe trasladar a un centro especializado siguiendo las normas de estabilización antes y durante el transporte.

Usted necesita reconocer cuando están desarrollando una enfermedad muy grave o una posible infección bacteriana grave observando los signos clínicos los cuales pueden variar desde los muy sutiles como “no se ve bien”, o “no quiere tomar el pecho”, hasta signos neurológicos como convulsiones o dificultad respiratoria grave.

Si sospecha que un niño o niña menor de dos meses de edad puede tener una enfermedad muy grave o una posible infección bacteriana grave, inicie inmediatamente tratamiento antibiótico y trasládele a un centro especializado.

En todos los casos de sospecha de **ENFERMEDAD GRAVE** o **POSIBLE INFECCION BACTERIANA GRAVE**, si su servicio dispone de laboratorio o cuenta con los materiales necesarios, tome 2 muestras para un urocultivo LCR y 2 muestras para hemocultivo antes de iniciar antibióticos.

A continuación se describen algunas situaciones que se hallan agrupadas dentro de la categoría de ENFERMEDAD GRAVE.

- **SEPSIS:** llamado también *Septicemia*, es un síndrome clínico en el niño o niña menor de 2 meses de vida, que se manifiesta por signos de infección sistémica (se ve mal, no puede tomar el pecho, letárgico, dificultad respiratoria, hipotermia, mala coloración de la piel) también puede haber fiebre, y si no se trata rápidamente puede conducir a una infección meningea (meningitis) o a la muerte en muy pocas horas. En estos casos puede obtener la tipificación del agente causante (generalmente: estreptococo del grupo B, Estafilococo aureus, Estafilococo epidermidis, Escherichia coli, Enterococos, Listeria Monocytógenes), por lo que siempre que sea posible se deben tomar **2 muestras** para hemocultivos previo al uso de antibióticos.

La sepsis temprana se presenta en las primeras 72 horas de vida y es la que tiene una mortalidad muy elevada. La infección se produce por vía transplacentaria (virus, listeria, treponema), o por vía ascendente, por infección del amnios o ruptura de membranas agravada por trabajo de parto prolongado, sufrimiento fetal y/o depresión neonatal. En estos casos, la infección es provocada por bacterias que conforman la flora vaginal. Es frecuente que uno de los focos infecciosos se instale en la piel, ombligo, conjuntivas o naso-faringe y a partir de allí, la infección se disemine a órganos internos debido a la escasa capacidad que tiene el neonato para aislar un foco infeccioso. Otro foco infeccioso puede instalarse en pulmones, tubo digestivo o sistema nervioso central.

La sepsis tardía se presenta en el resto del período neonatal y es frecuente que esté involucrado el sistema nervioso central y en la **sepsis nosocomial** suelen encontrarse gérmenes que conforman la flora patógena del servicio de hospitalización (*Klebsiella*, *Proteus*, *Pseudomonas*), por lo que juegan un papel muy importante el lavado de manos y el equipo o los equipos contaminados.

Ante la sospecha de sepsis en un niño o niña, debe administrar la primera dosis de los antibióticos recomendados (previo hemocultivos) y referirle **URGENTEMENTE** a un hospital, para iniciar tratamiento lo más pronto posible.

En el Cuadro de Procedimientos se puede sospechar sepsis cuando se clasifica como **ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCION BACTERIANA GRAVE.**

- **MENINGITIS:** es una infección severa del encéfalo y las meninges, generalmente acompañada de bacteriemia, causante de elevada mortalidad y que suele dejar secuelas neurológicas en un número considerable de neonatos. El riesgo de adquirir meningitis es mayor en los primeros treinta días de edad que en cualquier otro período de la vida.

La infección se produce a partir de un foco infeccioso y su diseminación por el torrente sanguíneo. Una vez que el germen invade el torrente sanguíneo, mediante un proceso inflamatorio ocasiona ruptura de la barrera hematoencefálica y de esta manera penetra al sistema nervioso central ocasionando síntomas tempranos muy inespecíficos, hasta que por la misma inflamación, edema y/o hipertensión endocraneana se producen síntomas graves como irritabilidad, rechazo del alimento y convulsiones. La meningitis puede ser causada por diferentes microorganismos, principalmente bacterias de las cuales *Streptococo B hemolítico*, *E. coli* y *Estafilococos aureus* son las más frecuentes en nuestro medio.

- **INSUFICIENCIA RESPIRATORIA:** en el niño o niña menor de 2 meses es una respuesta clínica de diferentes patologías que pueden presentarse en los primeros días e implica peligro para la vida y la integridad neurológica del niño o niña.

Las causas más frecuentes de insuficiencia respiratoria son asfixia perinatal, síndrome de dificultad respiratoria o enfermedad de membrana hialina, neumonía perinatal, síndrome de aspiración de meconio (SAM), taquipnea transitoria y apnea recurrente. Menos frecuente son: neumotórax y neumomediastino, hernia diafragmática, hemorragia pulmonar, cardiopatías congénitas. Raras: quistes pulmonares, agenesia o hipoplasia pulmonar, atresia de coanas, enfisema lobar congénito.

Por otro lado, a diferencia de los demás niños y niñas, los/as menores de 2 meses, en especial en aquellos/as que son recién nacidos/as, la presencia de una INFECCIÓN LOCAL ya sea en piel, ojos, boca y/o en el ombligo, amerita de una evaluación especial y debe ser atendidos de manera particular en cada caso pues pueden implicar un riesgo importante de salud.

6.1. EVALUAR A UN NIÑO O NIÑA CON ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCION LOCAL

Si recorre hacia abajo el extremo izquierdo del cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO O NIÑA ENFERMO/A DE 0 A 2 MESES DE EDAD dentro de su Cuadro de Procedimientos, encontrará el recuadro del primer síntoma principal. Cada recuadro de síntoma principal contiene dos partes: una sección de preguntas en el extremo izquierdo y un recuadro de observar y determinar en el extremo derecho. La sección de la izquierda enumera preguntas si el niño o niña presente el síntoma. Por ejemplo: ¿puede tomar el pecho o beber? Si la respuesta es negativa, siga hacia abajo haciendo las siguientes preguntas. Al terminar las preguntas, pase al recuadro de la derecha para EVALUAR SIGNOS, CLASIFICAR y dar TRATAMIENTO a los signos presentes.

Todos los niños y niñas que tienen un peso inferior a los 2.000 gramos, deben ser referidos/as a un hospital para tratamiento especializado ya que por su inmadurez son muy susceptibles a padecer signos o síntomas de peligro.



En todos los casos de niños y niñas enfermos, PREGUNTE:

▪ **¿Puede tomar el pecho o beber?**

Uno de los principales signos de inicio de una posible infección bacteriana grave es que no quieren tomar el pecho o beber ningún líquido que se les ofrece.

Si la respuesta es negativa, solicite a la madre que le ofrezca el pecho o le ofrezca agua en una taza o cuchara. Observe cómo mama o bebe.

No puede beber si no es capaz de succionar el pecho o no es capaz de tragar el líquido que le ofrece la madre.

▪ **¿Ha tenido vómitos?**

Los vómitos pueden ser signo de infección intestinal, sepsis o meningitis, o estar relacionados con intolerancia a la leche, enfermedad metabólica, así como un problema obstructivo que requiere cirugía de urgencia (Ej.: obstrucción intestinal, atresia duodenal, etc.).

▪ **¿Tiene dificultad para respirar?**

La dificultad respiratoria comprende toda forma inusual de respirar. Las madres describen esta instancia de diferentes maneras; tal vez digan que la respiración “es rápida”, “ruidosa”, o “entrecortada”.

▪ **¿Ha tenido fiebre o de lo contrario hipotermia?**

Verifique si el niño o niña tiene antecedentes de fiebre o hipotermia, el cuerpo caliente o muy frío o una temperatura axilar mayor o igual a 37,5 °C o menor de 36,5 °C.

El signo de fiebre o hipotermia, cuando está presente en el menor de dos meses de edad, significa que existe un problema grave, generalmente de infección generalizada (septicemia) y se acompaña de otros signos como succión débil y letargia.

Tómele la temperatura axilar y si ésta se encuentra por arriba de 36,5 °C, no tiene signos de hipotermia, si se encuentra por debajo de 37,5 °C, NO tiene fiebre.

Si **NO** tiene fiebre o hipotermia (por antecedentes, porque no tiene el cuerpo caliente o frío al tacto, ni temperatura medida mayor a 37,5°C o menor a 36,5°C), entonces pregunte sobre el próximo signo principal.

Recuerde que la temperatura ambiental elevada o el exceso de abrigo pueden incidir en la temperatura corporal

- **¿Ha tenido convulsiones?**

Pregunte a la madre si ha presentado temblores o movimientos parecidos a un “ataque” o espasmos, durante la enfermedad actual. Asegúrese de que la madre entiende claramente qué es una convulsión.

Los niños y niñas recién nacidos/as muchas veces no presentan las convulsiones típicas de los mayores, pueden ser simplemente temblores muy finos de un brazo o una pierna o simular una succión sin serlo en realidad (“chupeteo”) por lo que muchas veces puede pasar inadvertidos si no se tiene mucho cuidado en buscar u observar este signo.

Si **NO** ha tenido convulsiones o temblores (por antecedentes o por observación), pregunte sobre el próximo signo principal.

Por otro lado, **SI** ha tenido convulsiones o temblores (por antecedentes o por observación), evalúe otros signos relacionados, tales como letargia o inconsciencia.



Luego, en todo niño o niña menor de 2 meses, OBSERVE:

- **Si está letárgico/a, inconsciente o flácido/a o no luce bien**

Los niños y niñas con enfermedad grave y que no se han alimentado pueden estar muy decaídos/as, letárgicos/as o inconscientes. Este es un signo de gravedad que requiere tratamiento de urgencia ya que puede haber desarrollado una sepsis o estar iniciando una meningitis. Uno de los primeros signos que la madre refiere es que “no luce bien” o “se ve mal”, sin tener una explicación del por qué.

- **Si vomita todo lo que toma**

Los vómitos en el niño o niña menor de 2 meses pueden ser secundarios a un exceso en la alimentación, pero si el niño o niña vomita todo lo que toma se considera que tiene un signo de gravedad ya que puede ser secundario a una sepsis, meningitis o una obstrucción intestinal que requiere tratamiento especializado.

- **Si hay tiraje subcostal**

Si no levantó la ropa del niño o niña para contar las respiraciones, solicite a la madre que lo haga.

Observe si hay tiraje subcostal cuando el niño o niña **INSPIRA**. Observe la parte inferior de la parrilla costal con el bebé en decúbito dorsal. Tiene *tiraje subcostal* si la parte inferior de la pared torácica se *hunde* durante la inspiración y debe realizar un esfuerzo mucho mayor que lo normal para respirar. En la respiración normal, toda la pared torácica (parte superior e inferior) y el abdomen se expanden cuando el niño o niña inspira.

En caso de tiraje subcostal, éste debe ser claramente visible y estar presente en todo momento. Si solo se observa durante el llanto o a la alimentación, entonces el niño o niña no tiene tiraje subcostal.

- **Si tiene apneas**

La apnea es una condición que se presenta con mayor frecuencia en los niños y niñas de término menores de 15 días de vida y en prematuros/as. Se denomina *apnea* cuando el niño o niña deja de respirar por un período de tiempo mayor de 20 segundos con disminución de la frecuencia cardiaca a menos de 100 latidos por minuto y/o cianosis. La apnea puede ser de origen central debido a una pausa en los esfuerzos respiratorios, o bien, obstructiva debido a un bloqueo temporal de las vías aéreas superiores o por una combinación de ambas situaciones. La prematurez es la causa más común de apneas por inmadurez del sistema nervioso central.

- **Si hay aleteo nasal:**

Consiste en un movimiento de apertura y cierre de las fosas nasales con cada respiración. Se produce cuando tiene una dificultad respiratoria grave y es consecuencia de un esfuerzo por compensar la falta de oxigenación.



OESCUCHE si hay quejido, estridor o sibilancias: El **quejido** es un sonido grueso que se produce durante la ESPIRACION. El quejido es secundario a un esfuerzo que realiza para compensar algún problema respiratorio ya sea por una enfermedad grave o una infección en cualquier parte del aparato respiratorio.

Fíjese cuando el paciente espira estando tranquilo y sin llorar, ponga el oído cerca de su nariz y boca y escuche si hay quejido ya que puede ser difícil de oír.

Si el sonido que escucha es áspero y se produce durante la INSPIRACIÓN se trata de **estridor** y si es suave y agudo y aparece con la ESPIRACION se trata de **sibilancias**, producidas por el paso del aire por las vías aéreas estrechadas.

- **Si la piel está cianótica, pálida o amarilla**

Para poder evaluar el color de la piel pida a la madre que le quite toda la ropa al niño o niña.

Cianosis. Si la cianosis se presenta únicamente en la boca o las extremidades (acrocianosis) se considera en la mayoría de casos normal. Deje un tiempo en observación al niño o niña y si al cabo de unos minutos está rosado trátelo como si no hubiera tenido problemas. Si la cianosis es generalizada (cianosis central) se considera como una enfermedad neonatal grave y el niño o niña necesitará tratamiento urgente.

La cianosis generalmente indica insuficiencia respiratoria, debida a causas pulmonares o ser secundaria a hemorragia intracraneal o lesión anóxica cerebral. Si la etiología es pulmonar, la respiración tiende a ser rápida, pudiéndose acompañar de retracción torácica; si la causa es hemorragia o anoxia del sistema nervioso central, las respiraciones tienden a ser irregulares, lentas y débiles. Una cianosis que persiste varios días y que no se acompaña de signos manifiestos de dificultad respiratoria, es sugestiva de cardiopatía congénita y es difícil de diferenciar de la provocada por una enfermedad respiratoria en los primeros días de vida.

Palidez. Si la piel está pálida, evalúe la palma de la mano para detectar anemia la palidez severa se considera como enfermedad neonatal grave. Siempre que sea posible,

realice exámenes de laboratorio para evaluar hemoglobina y hematocrito en sangre, se considera que un niño o niña recién nacido/a tiene anemia, si sus niveles de hemoglobina están por debajo de 13 mg/dl.

Ictericia. La ictericia es clínicamente visible cuando existen niveles superiores a 4-5 mg/dlL de bilirrubina. Si el tinte icterico se localiza sólo en cara y tórax del niño o niña puede y aparece luego de 48hs., tratarse de una ictericia fisiológica y necesitará ser evaluado dos días después para observar si el tinte icterico no se ha extendido más por debajo del ombligo hacia las extremidades.

Factores de riesgo para que aparezca ictericia dentro de las 48hs.

- RN entre las 35 y 36 semanas
- Antecedentes de hermanos con ictericia
- RN que maman insuficiente o mojan poco el pañal

Si el tinte icterico se extiende desde la cara, tórax hasta por debajo del ombligo, se considera como una enfermedad neonatal muy grave y el niño o niña necesitará tratamiento urgente.

La *ictericia fisiológica*, se produce principalmente debido a inmadurez hepática del/la recién nacido/a, que retarda la formación de cantidades suficientes de enzima llamada glucoronil transferasa que convierte la bilirrubina de reacción indirecta y difícil de eliminar, a la forma directa, por glucoronización, y fácil de ser eliminada. Aparece entre las 48 a 72 hs. de vida.

La *ictericia por enfermedad hemolítica debida a incompatibilidad del factor Rh*, se produce por transmisión de sangre incompatible desde la circulación fetal a la materna. Los anticuerpos producidos por la madre pasan a través de la placenta y llegan al feto, en el que se inicia el proceso hemolítico, que puede ser tan grave que ocasione la muerte intrauterina. En este caso la madre es del grupo Rh negativo y el recién nacido Rh positivo. Aparece dentro de las 24 hs. de vida.

La *ictericia en la enfermedad hemolítica por incompatibilidad ABO*, se produce sin sensibilización previa, porque las madres del grupo sanguíneo "0" poseen ya aglutininas "A" y "B", las cuales pueden atravesar la barrera placentaria y ponerse en contacto con los eritrocitos A o B del/la recién nacido/a. Al igual que la incompatibilidad por factor Rh, esta ictericia aparece dentro de las 24 hs. de vida.

La *ictericia por la leche materna*, se produce por que esta leche tiene una actividad de lipasa alta, que una vez ingerida, se liberan grandes cantidades de ácidos grasos, los que interfieren con la captación y/o conjugación de la bilirrubina. Este tipo de ictericia habitualmente aparece entre la segunda y tercera semana de vida.

Ictericia prolongada es la persistencia de la ictericia por más de 1 mes y amerita un estudio exhaustivo para descartar enfermedades (por ejemplo, hipotiroidismo congénito).

Recuerde que la ictericia fisiológica aparece en el/la recién nacido/a después de las 48 hs. de vida y puede durar hasta 2 semanas principalmente en prematuros/as.

▪ **Si tiene petequias, pústulas o vesículas en la piel**

Las *petequias* pueden ser secundarias a infección intrauterina, sepsis o un problema de coagulación, todos estos casos implican la presencia de una enfermedad grave.

Las *pústulas o vesículas* en la piel son generalmente secundarias a contaminación y el germen más comúnmente involucrado es el *Estafilococo Aureus*. Cuando las pústulas de la piel o vesículas son muchas y extensas por todo el cuerpo, se considera como posible infección bacteriana grave y requiere tratamiento inmediato.

Si las pústulas son pocas y localizadas se puede tratar en la casa con un antibiótico recomendado y la aplicación de un tratamiento local.

▪ **Si tiene secreción purulenta de ombligo u ojos:**

La **onfalitis** es una infección bacteriana aguda que rodea el anillo umbilical y se caracteriza por presentar signos de enrojecimiento alrededor del muñón y tejido periumbilical, con o sin secreción purulenta y se produce generalmente como consecuencia de malas técnicas de asepsia o uso de instrumentos contaminados para cortar el cordón umbilical. La onfalitis puede ser el punto de origen de diseminación hematógena o por contacto al hígado o peritoneo y finalmente septicemia.

Examine el ombligo con mucho cuidado ya que la onfalitis puede iniciarse con enrojecimiento de la piel alrededor del mismo. Si el ombligo está eritematoso o tiene secreción purulenta es que la infección tiene varios días y el riesgo de una septicemia es muy elevado. Los microorganismos que con mayor frecuencia causan onfalitis son: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* y *gérmenes gram negativos* como *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* y *Klebsiella*.

La **conjuntivitis**, es la infección de uno o ambos ojos, generalmente con secreción purulenta. Cuando se presenta en los primeros tres días de vida, esta relacionada con infecciones venéreas transmitidas de la madre al niño o niña recién nacido/a durante su paso a través del canal del parto y cuyos gérmenes más frecuentes son la *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*

▪ **Si presenta distensión abdominal:**

En los niños y niñas menores de 7 días de vida la distensión abdominal puede ser secundaria a una Enterocolitis Necrotizante, enfermedad muy grave que requiere atención de urgencia y traslado a un hospital. En los mayores puede ser secundaria a obstrucción intestinal, intolerancia a la leche o el inicio de una sepsis.

La distensión abdominal puede observarse al acostar al niño o niña acostado/a boca arriba, con los brazos a los costados del cuerpo y las piernas extendidas.



Por último, en todos los niños y niñas menores de 2 meses DETERMINE:

- **El peso**

Los/las recién nacidos/s con peso al nacer menor de 2.000 gramos se consideran de alto riesgo y deben ser referidos para ser evaluados/as en un hospital.

- **La frecuencia respiratoria**



- **Cuente las respiraciones por minuto**

El o la trabajadora de salud debe contar cuántas veces respira por minuto para decidir si el niño o niña tiene respiración rápida. El niño o niña debe estar tranquilo/a para observar y escuchar la respiración. Si está asustado/a, lloroso/a o enojado/a, no se podrá obtener un recuento preciso de las respiraciones.

Explique a la madre que va a contar las respiraciones. Solicite que le mantenga tranquilo/a o si está durmiendo no le despierte. Para contar el número de respiraciones por minuto utilice un reloj con segundero o un reloj digital. Verifique si hay movimiento respiratorio en cualquier sección del pecho o del abdomen.

Generalmente puede ver los movimientos respiratorios aún cuando está vestido/a. Si no se encuentra este movimiento fácilmente, solicite a la madre que le levante la ropa. Si comienza a llorar, pida a la madre que le calme antes de empezar a contar las respiraciones. Si no está seguro/a sobre el número de respiraciones que ha contado o pasa de 60 por minuto, repita el recuento.

Los niños y niñas menores de 2 meses de edad tienen la frecuencia respiratoria considerada como *normal* más elevada que los mayores de esta edad por lo que se considera que tienen *respiración rápida* si su frecuencia respiratoria es de **60 o más por minuto**.

Una frecuencia respiratoria en el menor de 2 meses, por arriba de 60 por minuto o por debajo de 30 son signos de mal pronóstico. Esto debe considerarse como enfermedad neonatal grave.

- **La temperatura axilar**

La mayoría de los/las recién nacidos/as con enfermedad neonatal grave o infección bacteriana grave se presentan con hipotermia (temperatura menor a 36.5 °C).

- **Si tiene placas blanquecinas en la boca,**

Examine cuidadosamente la boca del niño o niña para determinar si existe la presencia de placas escamosas, blancas que cubren parte o la totalidad de la mucosa de la lengua, labios, encías y boca y que al retirarlas queda una base inflamada y brillante. Son debidas generalmente a una infección por *Cándida Albicans* y se conoce como candidiasis o moniliasis oral.

Cuando existe moniliasis se clasifica siempre como una infección bacteriana local y sólo requiere tratamiento en casa. Trate a la madre si tiene infección local.

▪ **Si tiene mal llenado capilar**

Para evaluar el llenado capilar, localice las manos o los pies y ejerza con su dedo presión firme por dos segundos, luego suelte la presión y observe el tiempo que la piel tarda en recuperar el color rosado. Si la piel presionada tarda más de dos segundos en recuperar su color significa que hay un *mal llenado capilar*. El mal llenado capilar significa que el niño o niña tiene una insuficiencia circulatoria secundaria a un choque hipovolémico como resultado de hemorragias agudas o por choque séptico secundario a infección grave.

▪ **Si tiene abombamiento de la fontanela anterior**

Pida a la madre que le coloque en posición semisentada y palpe si la fontanela anterior esta tensa y abombada.

▪ **Si tiene insuficiencia respiratoria:**

El diagnóstico clínico se establece con la presencia de uno o más de los siguientes signos:

- Frecuencia respiratoria mayor de 60 por minuto en condiciones basales (sin fiebre, sin llanto, ni estimulación).
- Puntuación de Silverman-Andersen mayor o igual a 1 (Ver Tabla más adelante).
- Esfuerzo respiratorio débil o boqueadas.
- Apnea recurrente mayor de 20 segundos ó menor de 20 segundos acompañada de frecuencia cardiaca menor de 100 latidos por minuto y/o cianosis central.
- Cianosis central (labios, mucosa oral, lengua, tórax o generalizada).
- Gasometría: $PaO_2 < 60$ mmHg, $PaCO_2 > 45$ mmHg, $ph < 7,3$ en el/la recién nacido/a de término y $< 7,0$ en el de pretérmino.

Puntaje Silverman-Andersen para evaluar Dificultad Respiratoria

Puntuación	Tórax superior (movimiento tóraco-abdominal)	Tórax inferior (tiraje intercostal)	Retracción xifoidea	Aleteo nasal	Quejido respiratorio
0	Rítmico y regular (sincronizado)	NO	NO	NO	NO
1	Tórax inmóvil, abdomen en movimiento	Discreto o moderado, apenas visible	Leve (apenas visible)	Mínimo (ocasional)	Inconstante
2	No sincronizado: tórax "sube" y abdomen "baja"	Acentuada	Muy marcada	Marcado (continuo)	Permanente (audible sin estetoscopio)

Puntaje

1 - 3: Dificultad respiratoria LEVE

4 – 6: Dificultad respiratoria MODERADA

7 y más: Dificultad respiratoria SEVERA (Falla respiratoria)

▪ **Otros problemas**

Es necesario completar siempre el examen físico y determinar si tiene otros problemas o signos que no aparecen en esta clasificación. Ej: anomalías congénitas, problemas quirúrgicos, etc. Muchos de estos problemas pueden ser considerados graves y este tendrá que ser referido urgentemente a un hospital.

6.2. CLASIFICAR ENFERMEDAD GRAVE O INFECCION LOCAL

La clasificación de la enfermedad neonatal debe ser realizada de acuerdo a los signos generales que presente el niño o niña menor de 2 meses, tal como se detalla a continuación.

ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCION BACTERIANA GRAVE (ROJO)

En el Cuadro de Procedimiento para EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO O NIÑA ENFERMO/A MENOR DE 2 MESES, un niño o niña con algún signo de la columna roja de la izquierda, se clasifica como ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCION BACTERIANA GRAVE. En este grupo de edad, es muy difícil distinguir entre una enfermedad muy grave o una infección grave como la sepsis o la meningitis, ya que los signos clínicos son generalmente los mismos. Si el niño o niña tiene una infección local pero es muy extensa, también debe clasificarse como ENFERMEDAD GRAVE por la posibilidad de convertirse en una septicemia.

Un niño o niña con esta clasificación está muy enfermo/a. Necesita referencia de urgencia a un hospital especializado para la administración de tratamientos como oxígeno o antibióticos inyectables. Antes de que deje el servicio de salud, administre la primera dosis de un antibiótico apropiado, previa toma de hemocultivos siempre que sea posible. El traslado debe hacerse de acuerdo a las normas de estabilización y transporte del Cuadro de Procedimientos, así como también las Normas de Referencia y Contrarreferencia del MSP BS.

INFECCION LOCAL (AMARILLO)

Si el niño o niña no presenta ningún signo general de peligro de la columna roja, pero presentan secreción purulenta en ojos u ombligo, pústulas o vesículas en la piel pero pocas y localizadas o placas blanquecinas en la boca, se clasifican como INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL.

NO TIENE INFECCION BACTERIANA (VERDE)

Cuando el niño o niña no ha sido clasificado en la columna roja o en la amarilla, y no presenta ningún signo de peligro, corresponde a la columna verde. NO TIENE INFECCIÓN BACTERIANA.

CASO ESPECIALES: SOSPECHA DE TETANOS NEONATAL (ROJO)

En su Cuadro de Procedimiento también encontrará la posibilidad de clasificar al niño o la niña menor de 2 meses, principalmente en su etapa neonatal (menos de 28 días de vida) como SOSPECHA DE TETANOS NEONATAL. Se trata de una enfermedad muy grave producido por el Clostridium Tetanis y es prevenible mediante la inmunización de las mujeres embarazadas con el Toxoide Tetánico (Td)³ y Diftérico.

Ante un/a niño o niña recién nacido/a de 3 a 28 días de vida, que lloró y se alimentó normalmente en las primeras 48 hs. de vida, y que a partir del tercer día presentó rechazo a la alimentación por dificultad para succionar el pecho, rigidez y espasmos musculares usted debe clasificar el caso como SOSPECHA DE TETANOS NEONATAL. Frecuentemente estos/as niños/as mueren entre los 3 y 28 días siguientes al nacimiento por causas desconocidas.

Procedimiento ante SOSPECHA DE TETANOS NEONATAL:

1. El diagnóstico del tétanos neonatal es enteramente clínico – epidemiológico por lo tanto no se requiere tomar muestra para confirmación bacteriológica.
2. Envíe al niño o niña URGENTEMENTE a un hospital de referencia, luego notifique el caso al nivel superior. Llene completamente cada uno de los datos de la ficha de vigilancia para casos de tétanos neonatal.
3. En las primeras 48 horas tome las siguientes medidas de control en la comunidad para evitar la ocurrencia de otros casos:
 - Realizar monitoreo de coberturas de vacunación con Td
 - Hacer búsqueda activa de susceptibles y vacunar casa por casa a las MEF embarazadas y no embarazadas.
 - Investigar sobre defunciones de niños o niñas menores de 30 días.
 - Involucrar a las parteras empíricas en actividades de promoción de la vacuna y vigilancia epidemiológica.
 - Elaborar informe de la investigación e intervención y enviarlo al nivel superior del servicio donde fue clasificado el caso de sospecha.

SÍFILIS CONGENITA O LUES CONNATAL (ROJO)

La Sífilis o Lues es aún una patología frecuente en nuestro medio, cuya aparición por transmisión vertical ocurre en cualquier trimestre de embarazo y el riesgo es mayor si la infección materna es reciente y no se instauró tratamiento. Estos casos ameritan referencia URGENTE e internación para tratamiento.

Un niño o niña con sospecha de SÍFILIS CONGÉNITA es aquel que presenta:

- Rinitis serosanguinolenta (coriza sifilítica)
- Erupción mucocutánea más acentuada en zonas periorificiales, palmas y plantas (pénfigo ampollar palmo-plantar con descamación y formación de colgajos)

3 Vacuna Td del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

- epidérmicos, las lesiones maculo-papulosas (sífilides) pueden ulcerarse en las zonas periorificiales
- Hepato y esplenomegalia
 - Hepatitis neonatal
 - Síndrome nefrítico o nefrótico
 - Neumonitis
 - Meningoencefalitis
 - Anemia
 - Hidropesía no hemolítica y osteocondritis/periostitis

CUADERNO DE EJERCICIOS: Ejercicio 7, página 7 y 8.
Caso: Gabriela Video y Fotografías.

7. EVALUAR Y CLASIFICAR DIARREA

En TODOS los casos de niños y niñas menores de 2 meses enfermos/as pregunte a la madre acerca del problema, verifique si hay signos generales de peligro y luego pregunte: ¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA?

La diarrea es el aumento de contenido líquido en las deposiciones, que se manifiesta por aumento en la frecuencia o en el volumen de éstas. Se conoce también como deposiciones sueltas o acuosas.

Las madres generalmente saben cuándo sus hijos o hijas tienen diarrea. Tal vez digan que las heces son sueltas o acuosas y utilicen un término local para referirse a la diarrea. Los niños y niñas que se alimentan exclusivamente con leche materna suelen tener heces blandas pero no se considera diarrea. La madre de un lactante puede reconocer la diarrea porque la consistencia o la frecuencia de las heces son diferentes a la normal.

En el niño o niña menor de 2 meses, la enfermedad diarreica es poco frecuente ya que durante este periodo se encuentran generalmente protegidos por la alimentación con leche materna. Algunos factores de riesgo para la ocurrencia de diarrea son: alimentación artificial, ambiente y manipulación de alimentos con higiene deficiente, agua, leche y utensilios contaminados.

Si un episodio de diarrea dura *menos de 14 días*, se trata de diarrea *aguda*. La diarrea acuosa aguda provoca deshidratación y puede conducir a la muerte de un niño o niña. Si la diarrea persiste durante *14 días o más*, se denomina diarrea *crónica*. Este tipo de diarrea suele ocasionar problemas nutricionales que contribuyen a la mortalidad de los niños/as con diarrea.

La diarrea con sangre en las heces, con o sin moco, se denomina *diarrea con sangre*. La causa más común de la diarrea con sangre es la enfermedad hemorrágica del recién nacido, secundaria a la deficiencia de Vitamina K; también puede tratarse de una enterocolitis necrotizante u otros problemas de coagulación, como en la coagulación intravascular diseminada. En niños/as mayores de 15 días la presencia de sangre en las heces puede ser secundaria a fisuras anales o por la alimentación con leche de vaca.

La diarrea con sangre también llamada *disentería*, no es común a esta edad, pero si se sospecha debe pensarse en *Shigella* y dar un tratamiento adecuado.

7.1. EVALUAR DIARREA EN EL/LA MENOR DE 2 MESES



En TODOS los casos de diarrea, PREGUNTE:

- **¿Tiene el niño o niña diarrea?**

Refiérase a la diarrea con palabras que la madre entienda. Si la madre responde que el niño NO tiene diarrea, pregúntele sobre el próximo síntoma principal, ALIMENTACION Y NUTRICION. No necesita seguir evaluando al niño o niña respecto de otros signos relacionados con la diarrea.

Si la madre responde que el niño o niña SÍ tiene diarrea, o si ya había explicado que la diarrea era el motivo por el que había acudido al servicio de salud, tome nota de la respuesta. Luego evalúele para ver si hay signos de deshidratación, diarrea crónica o disentería.

- **¿Cuánto tiempo hace?**

La diarrea con una duración de *14 días o más* es diarrea crónica. Déle tiempo a la madre para que responda a la pregunta dado que tal vez necesite tiempo para recordar el número exacto de días.

- **¿Hay sangre en las heces?**

Pregunte a la madre si ha visto sangre en las heces en algún momento durante este episodio de diarrea.

A CONTINUACIÓN, VERIFIQUE SI HAY SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN.

Cuando un niño o niña comienza a estar deshidratado, se muestra inquieto e irritable al principio. Si la deshidratación persiste, se torna letárgico o inconsciente. A medida que el cuerpo pierde líquidos, los ojos pueden parecer hundidos. Si se pellizca al niño o niña en el abdomen, la piel vuelve a su posición inicial lenta o muy lentamente.



En todo niño o niña menor de 2 meses con diarrea, OBSERVE:

- **El estado general del niño o niña**

Cuando verificó la presencia de signos generales de peligro, observó si el niño o niña se encontraba letárgico/a o inconsciente. Si está letárgico/a o inconsciente, entonces presenta un signo general de peligro. Recuerde utilizar este signo general de peligro para clasificar la diarrea.

Un niño o niña presenta el signo “inquieto e irritable” si se manifiesta de esta manera todo el tiempo o cada vez que le tocan o mueven. Si el niño o la niña está tranquilo/a mientras se amamanta pero se torna nuevamente inquieto e irritable al dejar de tomar el pecho, presenta el signo “inquieto e irritable”. Muchos niños o niñas están molestos/as solo porque se encuentran en el consultorio, cuando es posible consolarles y calmarles entonces no tienen el signo “inquieto e irritable”.

▪ **Si los ojos están hundidos**

Los ojos de un niño o niña deshidratado/a tal vez parezcan hundidos. Decida si usted cree que los ojos están hundidos. Luego pregunte a la madre si piensa que los ojos del niño o niña se ven diferentes. Su opinión le ayuda a confirmar que los ojos están hundidos.



En todo niño o niña menor de 2 meses con diarrea DETERMINE:

▪ **El “Signo del pliegue”: pellizque el abdomen**

Solicite a la madre que coloque al niño o niña en la camilla acostado boca arriba con los brazos a los costados del cuerpo (no sobre la cabeza) y las piernas extendidas, o pida a la madre que le coloque sobre la falda, acostado boca arriba.

Localice la región del abdomen del niño o niña entre el ombligo y el costado. Para hacer el pliegue cutáneo, utilice los dedos pulgar e índice; no emplee la punta de los dedos porque causará dolor. Coloque la mano de modo que cuando pellizque la piel, se forme un pliegue longitudinal en relación con el cuerpo del niño o niña y no transversal.



Levante suave y firmemente todas las capas de la piel y el tejido por debajo de ellas. Pellizque la piel durante un segundo, luego suéltela y fíjese si la piel vuelve a su lugar:

- MUY LENTAMENTE (en más de 2 segundos)
- LENTAMENTE (la piel permanece levantada aunque sea brevemente)
- INMEDIATAMENTE

7.2. CLASIFICAR LA DIARREA

Algunos de los síntomas y signos principales en el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR la DIARREA y DESHIDRATACION de su Cuadro de Procedimientos incluyen más de una clasificación. Por ejemplo, si un niño o niña presenta el síntoma principal de DIARREA, puede clasificarse como: SIN DESHIDRATACION, CON DESHIDRATACION GRAVE, DIARREA CRONICA Y DIARREA CON SANGRE.

DIARREA CON DESHIDRATACION GRAVE (ROJO)

Clasifique la deshidratación como DESHIDRATACION GRAVE, si el niño o niña presenta uno o más de los siguientes signos: estado letárgico o inconsciente, tiene los ojos hundidos, intranquilo/a o irritable, bebe mal o no puede beber, bebe ávidamente con sed o el pliegue cutáneo vuelve a su lugar lenta o muy lentamente.

Si tiene deshidratación grave necesita recibir líquidos rápidamente, por lo tanto si el servicio de salud puede administrar tratamiento con líquidos por vía intravenosa inicie el Plan C: TRATAR RÁPIDAMENTE LA DESHIDRATACIÓN GRAVE, tal como se indica en el Cuadro de Procedimientos. Si no es posible, refiera URGENTEMENTE a un servicio de salud de mayor complejidad.

DIARREA SIN DESHIDRATACION (AMARILLO)

Un niño o niña que no presenta signos de la hilera roja se clasifica como SIN DESHIDRATACION.

Este niño o niña necesita líquidos y alimentos adicionales a fin de prevenir la deshidratación. Las tres reglas de tratamiento en el hogar incluyen:

1. Administrar líquidos adicionales
2. Continuar la alimentación
3. Regresar inmediatamente si el niño o niña muestra signos de peligro.

En su Cuadro de Procedimientos, el recuadro de tratamiento denominado “Plan A: Tratar la diarrea en la casa”, describe qué líquidos se enseñará a usar a la madre y en qué cantidad.

DIARREA CRONICA (ROJO)

Después de clasificar la deshidratación, clasifique como DIARREA CRONICA si la duración de la diarrea ha sido de 14 días o más. En el niño o niña menor de dos meses siempre se la considera una enfermedad grave y de referencia URGENTE a un hospital pues necesitan atención especial para ayudar a prevenir la pérdida de líquidos. Tal vez sea necesario también un cambio en el régimen alimentario y análisis de laboratorio a fin de identificar la causa de la diarrea.

Siempre que sea posible, trate la deshidratación según sea el caso antes de la referencia al hospital, a menos que tenga otra clasificación grave. La administración de tratamiento para la deshidratación en niños y niñas menores de 2 meses con otra enfermedad grave puede ser difícil, por lo cual estos deben recibir tratamiento en un hospital.

DIARREA CON SANGRE (ROJO)

Si hay sangre en las heces del niño o niña clasifique como DIARREA CON SANGRE. La Diarrea con sangre se considera como una enfermedad grave en el niño o niña menores de 2 meses, debe recibir tratamiento para la deshidratación si así lo requiere y ser referido /a URGENTEMENTE a un hospital.

En la evaluación y clasificación de diarrea, trace un círculo en torno a los signos encontrados y escriba la clasificación en el formulario de registro.

8. EVALUAR Y CLASIFICAR PROBLEMAS DE ALIMENTACION Y/O NUTRICION

En todos los niños y niñas menores de 2 meses, preguntar a la madre acerca del problema, verificar si hay enfermedad grave, diarrea y luego VERIFICAR la ALIMENTACION Y NUTRICION

Una madre puede traer a su niño o niña al servicio de salud porque padece de una enfermedad aguda. Ej: diarrea. Su estado quizá no indique específicamente que se trata de desnutrición o anemia. El/la menor de 2 meses puede haber perdido peso, pero el/la trabajador/a de salud o la familia tal vez no noten el problema. En esta condición el niño o niña está más expuesto/a a numerosos tipos de enfermedades y a la muerte.

La identificación y el tratamiento de los casos con bajo peso o problemas en la alimentación, así como anemia contribuyen a prevenir muchas enfermedades graves y la muerte. Algunos casos de bajo peso o anemia pueden tratarse en la casa mientras que los graves deben referirse a un hospital para recibir alimentación especial, transfusiones de sangre, o un tratamiento específico para alguna enfermedad asociada.

La pérdida de peso en los primeros meses de vida se debe a diversas causas, principalmente a problemas en la alimentación. Si ha tenido enfermedades con frecuencia también puede disminuir su peso. El apetito disminuye y los alimentos consumidos no se utilizan eficientemente. Si el niño o niña no recibió lactancia materna desde el nacimiento y no recibe las cantidades de leche adecuadas para su edad o se le está alimentando con líquidos y otras bebidas, puede tener bajo peso.

En el niño o niña menor de 2 meses cuyo régimen alimentario carece de las cantidades recomendadas de vitaminas y minerales esenciales (como las que contiene la leche materna), puede padecer desnutrición posteriormente. Tal vez no ingiera cantidades recomendadas suficientes de vitaminas específicas (como vitamina A) o minerales (como hierro).

- Una alimentación que no contiene vitamina A puede traer como resultado la carencia de vitamina A, con esta carencia está expuesto al riesgo de muerte por sarampión y diarrea así como al riesgo de ceguera.
- Una alimentación con bajo contenido de hierro puede ocasionar la carencia de hierro y la anemia. La anemia significa que se tiene un número reducido de glóbulos rojos o una disminución de la hemoglobina en cada glóbulo rojo. El/la menor de 2 meses también puede contraer anemia como resultado de:
 - Hemorragias por deficiencia de vitamina K al nacer
 - Sangrado del cordón umbilical
 - Infecciones
 - Alimentación con leche de vaca

8.1. EVALUAR PROBLEMAS DE ALIMENTACION Y/O NUTRICION

8.1.1. PROBLEMAS DE ALIMENTACION



En todos los niños y niñas PREGUNTE:

- **Toma pecho materno?**

La leche materna es el mejor alimento para el niño o niña, pues contiene componentes que protegen al niño o niña de varias maneras. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. El no

cumplimiento de esto, salvo circunstancias especiales, constituye un factor de riesgo especialmente para los/as menores de 2 meses.

Pregunte a la madre si el niño o niña toma pecho materno, si la respuesta es **SI**, pregúntele si además le administra otro tipo de líquidos (infusiones o té, agua, otra leche, alimentos sólidos, etc.). Averigüe cuántas veces en el día mama su hijo o hija, la frecuencia esperada es de 8 veces al día o más, en esta edad se alimentan cada 3 horas aproximadamente.

Si la respuesta es **NO** pase a la siguiente pregunta.

▪ **Recibe algún otro tipo de leche?**

Ante este caso pregunte a la madre si la leche que le está dando es en polvo la cual puede ser o no una formula para lactante o puede ser leche fluida.

Averigüe como prepara la leche (dilución, manipulación, higiene, agua potable, etc.) y si le agrega algo a la leche o fórmula (más agua de la indicada, azúcar o cereal por ejemplo), y también sobre la cantidad o volumen que consume el niño o niña por día.



En todos los niños y niñas que son amamantados, OBSERVE:

▪ **Si durante la lactancia existe un BUEN AGARRE**

Para verificar el BUEN AGARRE observe al niño o niña mientras se esta amamantando y determine si:

- Tiene la boca bien abierta.
- El mentón toca la mama.
- Tiene el labio inferior bien evertido.
- Se ve más areola por arriba que por abajo.



Un bebé bien agarrado a la mama de su madre

▪ **La posición ADECUADA durante el amamantamiento**

Para verificar si la posición de amamantamiento es adecuada, OBSERVE si el niño o niña:

- Tiene la cabeza y el cuerpo alineados en un mismo eje.
- En dirección al pecho de la madre, su nariz se halla de frente al pezón.
- Si el cuerpo se encuentre frente al cuerpo de la madre (panza con panza).
- Si la madre sostiene todo el cuerpo del niño o niña, y no solamente el cuello y/o los hombros.



El cuerpo del bebé está junto a la madre,
cara al pecho materno

POSICION CORRECTA O ADECUADA



El cuerpo del bebé está alejado de la
madre, con el cuello torcido

POSICION NO CORRECTA

8.1.2. PROBLEMAS DE NUTRICION

La pérdida de peso del niño o niña durante su primera semana de vida no debe ser mayor del 10% de su peso al nacimiento. Si ha tenido una pérdida mayor del 10% se considera como un problema severo de nutrición y debe ser **REFERIDO URGENTEMENTE** a un hospital para una evaluación por especialista.

En los niños y niñas que no han tenido una pérdida de peso mayor del 10% del peso al nacimiento durante la primera semana de vida, su peso para la edad se compara en las curvas de crecimiento con el peso de otros niños de la misma edad.



En todo niño o niña menor de 2 meses DETERMINE:

▪ **El peso para la edad**

Esto se refiere a la relación que tiene el peso de un niño o niña con la edad al momento de la evaluación, para determinar el peso para la edad tenga en cuenta los siguientes puntos:

1. Determine cuál es la edad en meses.
2. Pésele si aun no se pesó en esta visita. Para ello use una balanza precisa como se indica en el módulo de **EVALUAR MALNUTRICIÓN** en el niño o niña de 2 meses a 4 años y verifique que esté sin ropa, o en su defecto con una vestimenta liviana.
3. Ubique en su Cuadro de Procedimiento el gráfico "Peso para Edad para niños y niñas menores de 2 años" (según el sexo si se dispone)
4. Con el gráfico o curva de crecimiento ubique el peso del niño o niña para la edad, para ello:
 - Mire el eje del costado izquierdo para ubicar la línea que muestra el peso.
 - Mire el eje inferior del gráfico para ubicar la línea que muestra la edad en meses.
 - Busque el punto en el gráfico donde la línea para el peso se encuentra con la línea para la edad del niño o niña evaluado/a.

- Si el peso está por debajo de **- 2 DE**, el niño o niña tiene **MUY BAJO PESO PARA LA EDAD**.
- Si el peso está entre **-1 y -2 DE**, el niño o niña tiene **BAJO PESO PARA LA EDAD**.
- Si el peso está por arriba de **-1 DE (> del 50º P)**, el niño o niña tiene **PESO ADECUADO**.

*Si el niño o niña ya tiene registrado uno o más pesos anteriores, determine siempre la **TENDENCIA DEL CRECIMIENTO**:*

- Si la *tendencia del crecimiento* es **horizontal** o **en descenso**, el niño o niña tiene un problema de nutrición y debe ser enviado a una consulta por pediatra y enseñar a la madre sobre medidas de amamantamiento y nutrición.
- Si la *tendencia del crecimiento* es **en ascenso**, el niño o niña no tiene ningún problema de nutrición, por lo tanto debe elogiar a la madre y reforzar consejos sobre alimentación y medidas preventivas.

▪ **Situación especial: uso de la “edad corregida”**

En algunos casos el niño o la niña tiene antecedentes de haber sido prematuro (< 37 semanas de gestación) y de haber tenido bajo peso de nacimiento, por lo que es importante realizar la corrección de la edad cronológica considerando la cantidad de semanas que faltaron para completar las 40 semanas de embarazo antes de realizar la evaluación nutricional habitual, pues de lo contrario se sobreestimarán los problemas nutricionales.

Por ejemplo, un niño que nació con 32 semanas, consulta con edad cronológica de 9 meses. En primer lugar se deduce que nació 8 semanas antes (40 – 32 semanas), esto corresponde a 2 meses los cuales se restan a su edad actual de manera que su edad corregida es de 7 meses. Con esta edad se debe realizar la evaluación nutricional. Sin embargo, estas correcciones no se realizan a lo largo del tiempo sino depende de cada situación ya que también influye el peso con el que nació el niño o la niña como se detalla en el siguiente cuadro.

PESO NACIMIENTO	USAR EDAD CORREGIDA
Bajo peso de nacimiento (BPN) < 2500 g	Hasta 1 año de edad
Muy bajo peso de nacimiento (MBPN) < 1500 g*	Hasta los 2 años de edad
Extremadamente BPN < 1000 g	Hasta los 3 años de edad

8.2. CLASIFICAR PROBLEMAS DE ALIMENTACION Y/O NUTRICION EN EL NIÑO O NIÑA MENOR DE 2 MESES

En su Cuadro de Procedimientos, usted encontrará que hay tres clasificaciones para el bajo peso del niño o niña y problemas de alimentación:

- **MUY BAJO PESO**
- **BAJO PESO O PROBLEMAS EN LA ALIMENTACION**
- **PESO ADECUADO O NINGUN PROBLEMA DE ALIMENTACION**

Es necesario evaluar la alimentación de **TODOS** los niños y niñas y en especial en menores de 2 meses:

- Que no estén recibiendo lactancia materna exclusiva
- Que estén recibiendo otros alimentos
- Que tengan un peso muy bajo para su edad

En todos los niños y niñas prematuros/as con bajo peso de nacimiento evalúe si es necesario utilizar la "Edad corregida" para realizar la evaluación nutricional.

MUY BAJO PESO (ROJO)

Si el niño o niña ha perdido más del 10% de su peso al nacer en la primera semana de vida, tiene un problema severo de nutrición y debe ser referido **URGENTEMENTE** al hospital.

Para el resto de los niños y niñas menores de 2 meses, si el peso para la edad está por debajo de **-2 DE** o sea en la zona roja de la curva de crecimiento, o la tendencia de crecimiento va en descenso, clasifíquelo como **MUY BAJO PESO**.

Con esta clasificación presenta un riesgo mayor de padecer enfermedades graves y de morir por lo tanto debe ser referido **URGENTEMENTE** al hospital.

BAJO PESO O PROBLEMAS EN LA ALIMENTACION (AMARILLO)

Si el niño o niña tiene un peso que esta por debajo de **-1 DE** en el gráfico de crecimiento (zona amarilla de la curva) o tiene una tendencia de crecimiento HORIZONTAL o en DESCENSO, clasifíquelo como **BAJO PESO**.

Si la madre informa o usted verifica que el niño o niña tiene algún problema para la alimentación. Ej. no quiere agarrar el pecho o su agarre es deficiente, no mama bien, vomita lo que toma, se alimenta al pecho menos de 8 veces al día, o está tomando otros alimentos o bebidas, o tiene candidiasis oral, etc., clasifique como **PROBLEMAS EN LA ALIMENTACIÓN**.

Evalúe la alimentación y asesore a la madre sobre la misma de acuerdo con las instrucciones y recomendaciones del recuadro de ALIMENTOS de ACONSEJAR A LA MADRE del Cuadro de Procedimientos.

PESO ADECUADO O NINGUN PROBLEMA DE ALIMENTACION (VERDE)

Si el peso para la edad del niño o niña es normal y la tendencia del crecimiento es en ASCENSO o no hay ningún problema de alimentación, clasifíquelo como NINGUN PROBLEMA DE ALIMENTACION.

8.3. EVALUAR Y CLASIFICAR EL PERÍMETRO CEFÁLICO

El perímetro o circunferencia craneana refleja el crecimiento del cerebro, y es afectado por el estado nutricional hasta los 36 meses; su medición de rutina sirve para la búsqueda de otras patologías.

Para realizar la medición del perímetro cefálico es necesaria una cinta métrica inextensible. Coloque al niño o niña en posición sentada con la cabeza erguida y manténgale firme de manera delicada; luego mida la circunferencia aplicando la cinta alrededor del hueso frontal en su punto más prominente (inmediatamente por encima del arco superciliar o sea por encima de las cejas) rodeando con la cinta la cabeza al mismo nivel a cada lado y aplicándola sobre la prominencia occipital u occipucio.

Una vez realizada la medición, seleccione la curva o gráfico que corresponda según el sexo del niño o niña evaluado y verifique en qué punto se ubica la medición:

- El perímetro cefálico es NORMAL cuando se ubica entre el percentil 5 y el 90.
- El niño o niña tiene MICROCEFALIA cuando su perímetro cefálico se halla por debajo del Percentil 5 de la curva.
- El niño o niña presenta MACROCEFALIA o aumento del perímetro cefálico cuando éste se halla por encima del Percentil 90 de la curva.

9. EVALUAR Y CLASIFICAR ANEMIA

En la primera semana de vida las causas de la anemia pueden ser por: pérdida de sangre, aumento de la destrucción de glóbulos rojos o disminución de su producción.

La anemia neonatal, puede ser asintomática o presentarse en forma aguda con mala perfusión sanguínea, hipotensión, taquipnea, taquicardia etc., es decir con las características de shock hipovolémico. Otras veces las manifestaciones de la anemia pueden ser más insidiosas con disminución de la actividad, letargia, succión débil, búsqueda inadecuada del pezón etc.

La anemia favorece que haya aporte inadecuado de oxígeno a los tejidos (hipoxia) y puede dañar órganos vitales como el miocardio y el cerebro. En los/las recién nacidos/as, después de la prematuridad extrema y la hemorragia intracraneana, la anemia es el factor que más incide en la morbilidad neurológica

9.1. EVALUAR LA ANEMIA

En los niños y niñas menores de 2 meses es difícil detectar la presencia de anemia basados solo en la presencia de signos clínicos, por lo que la clasificación de este problema siempre que sea posible deber ser realizado con estudios laboratoriales en este grupo etáreo.



En todos los niños y niñas para evaluar anemia, PREGUNTE:

- **Si existen causas probables de anemia**

La anemia de los primeros días de vida suele ser a menudo secundaria a un trastorno hemolítico neonatal, pero existen otras causas. Algunas de las causas más comunes de anemia en el niño o niña recién nacido/a son:

1. Pérdida aguda de sangre por la placenta o el cordón umbilical
2. Transfusión feto-materna o feto-fetal

3. Hemorragia intraventricular
4. Cefalohematomas
5. Enfermedad hemolítica
6. Pérdida iatrogénica de sangre (extracciones repetidas)



En todo niño o niña menor de 2 meses con sospecha de anemia, OBSERVE:

- **Si tiene palidez palmar**

Si la piel está pálida, evalúe la palma de la mano para detectar anemia. Como se mencionó antes, la palidez se considera como enfermedad grave en el/la recién nacido/a.



En todo niño o niña menor de 2 meses ante la sospecha de anemia, DETERMINE:

- **Nivel de hemoglobina (Hb) y hematocrito (Hto)**

Para clasificar la anemia según los valores de hemoglobina y hematocrito, utilice el siguiente cuadro:

Si el niño o niña tiene:	Clasificar como:
Hb menor 10 g/dl o Hto menor 30%	Anemia grave
Hb entre 10 y 12 g/dl o Ht entre 30 y 36%	Anemia
Hb mayor 12 g/dl o Ht mayor 36%	No tiene anemia

9.2. CLASIFICAR LA ANEMIA EN EL NIÑO O NIÑA MENOR DE 2 MESES

En el Cuadro de Procedimientos encontrará las tres posibles clasificaciones para la anemia en el niño o niña menor de 2 meses: ANEMIA GRAVE, ANEMIA, NO TIENE ANEMIA

ANEMIA GRAVE (ROJO)

Si presenta palidez palmar intensa, o su hemoglobina está por debajo de 10 g/dl, o su hematocrito por debajo de 30%, quiere decir que tienen anemia severa y se considera como una verdadera emergencia por lo que debe ser referido a un hospital ya que corre peligro su vida.

ANEMIA (AMARILLO)

Si presenta palidez palmar leve y su hemoglobina entre 10 y 12 g/dl, o su hematocrito entre 30 y 36%, quiere decir que tiene anemia y debe recibir tratamiento con hierro para su corrección.

NO TIENE ANEMIA (VERDE)

Si no tiene palidez palmar, y su hemoglobina está por encima de 12 g/dl o su hematocrito por encima de 36% quiere decir que no tiene anemia.

En la evaluación y la clasificación de desnutrición y anemia, trace un círculo en torno a los signos encontrados y escriba la clasificación en el formulario de registro.

CUADERNO DE EJERCICIOS: Ejercicio 8. Página 9

Caso: Gloria

10. EVALUAR Y CLASIFICAR PROBLEMAS DE DESARROLLO EN EL NIÑO O NIÑA MENOR DE 2 MESES

El desarrollo integral en la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital humano y social, los cuales son elementos necesarios para romper el ciclo vicioso e intergeneracional de la pobreza y reducir las brechas de inequidad

El modelo ecológico de desarrollo humano parte del concepto ecológico, por el cual los diferentes ambientes (micro y macro sociales) interactúan.



Dentro de esta visión, los ambientes y entornos están representados por el estado, la comunidad y la familia. Cada uno de ellos posee sus normas y valores. El estado a través de formulación de políticas y marcos institucionales. La comunidad, a través de sus modelos de organización y participación. Finalmente, las familias en su papel trascendente de protección, cuidado y satisfacción de necesidades inmediatas de la niñez.

En resumen, el desarrollo infantil es un proceso que comienza desde la vida intrauterina, y que envuelve varios aspectos que van desde el crecimiento físico, pasando por la maduración neurológica, del comportamiento, cognitiva, social y afectiva del niño/a a fin de que el niño/a sea competente para responder a sus necesidades y a las de su medio.

CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO EN EL NIÑO O NIÑA

- a) **Es un proceso de adquisición de capacidades, habilidades y logros** como por ejemplo:
- La capacidad para moverse y coordinar el movimiento;
 - La capacidad para pensar y razonar
 - La capacidad para relacionarse con los demás
- b) **Es un proceso integral:** las capacidades desarrolladas están relacionadas entre sí; por ejemplo, si el niño o niña se encuentra afectado/a emocionalmente puede afectar el desarrollo físico o de sus movimientos y/o en la capacidad para pensar y aprender.
- c) **Es un proceso continuo:** comienza antes del nacimiento y continúa a lo largo de toda la vida. Puede haber condiciones positivas o negativas para dar continuidad al desarrollo.

CONDICIONES QUE FAVORECEN EL DESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA

Para asegurar un desarrollo adecuado en niños y niñas además de lo antes descrito, es indispensable que puedan contar con la atención de la familia y de otras personas que les rodean. Atender significa responder a sus necesidades básicas las cuales van más allá de la protección, alimentación y el cuidado de la salud pues incluye la necesidad de afecto, estímulo, seguridad y juego que permita la exploración y el descubrimiento del mundo.

Se debe ante todo garantizar el respeto de los derechos del niño y la niña, entre otros:

- Ambiente saludable
- Salud y Nutrición adecuadas
- Cuidado personal e higiene
- El amor de todos los que le rodean: atención, comprensión y estimulación
- Oportunidad de moverse, jugar y explorar su ambiente
- Los controles de crecimiento y desarrollo en los servicios de salud deben ser periódicos (según Cuadro de Procedimientos).

FACTORES DE RIESGO DE PROBLEMAS EN EL DESARROLLO INFANTIL

Al ser el desarrollo del niño o niña, el resultado de una interacción entre las características biológicas y las experiencias ofrecidas por el medio ambiente, factores adversos en estas dos áreas pueden alterar el ritmo normal. A la probabilidad de que esto ocurra se la denomina “**riesgo para el desarrollo**”. La primera condición para que un niño/a se desarrolle bien es el afecto de su madre, padre, familia o de la persona encargada de su cuidado, su falta constituye unos de los riesgos más importantes para el buen desarrollo del niño.

La mayoría de los estudios clasifica los riesgos para la ocurrencia de problemas en el desarrollo del niño/a en *riesgos biológicos* y *riesgos ambientales*.

- a) **Los riesgos biológicos** son eventos pre, peri y pos-natales que resultan en daños biológicos entre los que se citan: la prematuridad, la hipoxia cerebral grave, el kernícterus, las meningitis, las encefalitis, etc. También pueden existir ***riesgos biológicos***

establecidos, refiriéndose a desórdenes médicos, especialmente los de origen genético como por ejemplo: los errores innatos del metabolismo, las malformaciones congénitas, el síndrome de Down y otros síndromes genéticos.

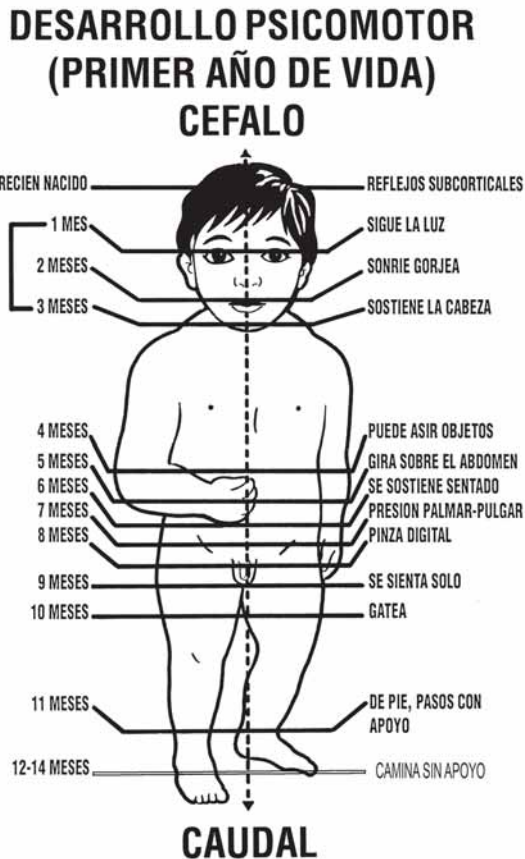
- b) **Entre los riesgos ambientales** estarían las condiciones precarias de salud, la falta de recursos sociales y educacionales, el estrés familiar y las prácticas inadecuadas de cuidado y educación entre otros. Las experiencias adversas de la vida ligadas a la familia, al medio ambiente y a la sociedad son consideradas como riesgos ambientales.

AREAS DEL DESARROLLO El desarrollo es un proceso ordenado y secuencial de cambios; puede analizarse mediante la observación de cuatro áreas⁴:

- MOTOR GRUESO,
- COORDINACIÓN (MOTOR FINO),
- SOCIAL Y EMOCIONAL, LENGUAJE.

- **AREA MOTORA:**

El desarrollo de los movimientos depende del crecimiento de los músculos, los huesos y del sistema nervioso central. El desarrollo es progresivo en el cuerpo. Es en dirección cefalocaudal y progresivo (de la cabeza a los pies) y próximo distal (del tronco a los dedos); de lo global a lo específico.



4 Tabla de Denver, 1968.

- **AREA DE COORDINACION (MOTOR FINO Y SENTIDOS)**

Esta área está relacionada con la conducta adaptativa del ser humano y se refiere a la adquisición de funciones que permiten la solución de problemas, por ejemplo , por medio, del uso funcional de la mano como pinzas en coordinación con otros sentidos, vista, tacto etc. Esta área está poco desarrollada en los /las menores de 2 meses.

- **AREA SOCIAL Y EMOCIONAL**

La conducta social se refiere a su capacidad de relacionarse con las otras personas, como adquiere habilidades sociales y su conocimiento del mundo.

- **AREA DEL LENGUAJE**

La conducta del lenguaje se refiere a la forma como se comunica el niño o la niña. Inicialmente esta comunicación se produce con conductas que son visibles y audibles y luego, se desarrolla a una forma de comunicación a través de la palabra. En esta área se evalúa:

- Audición (percepción de sonidos)
- Comprensión (ejecución de sonidos)
- Expresión (producción de sonidos verbales, palabras y frases).

10.1. EVALUAR PROBLEMAS DEL DESARROLLO EN EL NIÑO O NIÑA MENOR DE 2 MESES

En TODO niño o niña evalúe si presenta algún PROBLEMA DE DESARROLLO

En todo niño o niña debe ser evaluado su desarrollo neurológico. La identificación temprana de problemas del desarrollo como consecuencia de factores de riesgo durante el embarazo, el parto o después del nacimiento, pueden ayudar a orientar a la madre y la familia sobre los cuidados generales que ayudan a disminuir las secuelas y lograr el máximo potencial de desarrollo y una vida de calidad.

Evaluar el desarrollo en niños y niñas antes de los 2 (dos) meses, puede no ser una actividad muy fácil y algunos problemas podrían pasar desapercibidos. Por ejemplo, algunos niños o niñas pueden despertarse frecuentemente y ser incapaces de dormir por un lapso de 8 horas por la noche. Esta desorganización del sueño puede ser secundaria a inmadurez neurológica o a demandas nutricionales, afectivas y/o ambientales pero también esta situación es posible en aquellos/as que han permanecido internados/as por largos períodos de tiempo, sobretodo los/las prematuros/as.

Usted puede utilizar los siguientes instrumentos para evaluar el desarrollo del niño o niña:

- Guía para la atención de la salud integral de la niñez, adolescencia y madre embarazada. MSP Y BS.
- La libreta de salud del niño y la niña. MSP y BS
- La pancarta para la evaluación del desarrollo diseñado por el CLAP.

En su Cuadro de procedimientos y en los instrumentos antes citados, encontrará los parámetros para la evaluación del desarrollo psicomotor desde el nacimiento hasta los cinco años de edad.



En todos los niños y niñas para evaluar problemas en el desarrollo, PREGUNTE:

- **Tiene el niño o niña factores de riesgo para el desarrollo?**

Como se citó anteriormente existen factores de riesgo biológico y ambiental, por lo que deben ser evaluados en todos los casos. En el siguiente cuadro se citan algunos de estos riesgos para niños y niñas especialmente para menores de 2 meses de edad.

Ambientales	Biológicas
<ul style="list-style-type: none"> • El niño o niña que no recibe lactancia materna • Hogar desintegrado • Madre adolescente • Embarazo no deseado • Nivel de educación materna • Depresión post parto • Madre adicta o alcohólica • Muerte materna • Vínculo Madre-hijo inadecuado 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de consanguinidad de los padres • Peso al nacer menor de 2.000 grs. • Nacimiento prematuro • Pequeño/a para su edad gestacional • Hemorragia intracraneana • Malformaciones congénitas • Anomalías genéticas (metabopatías) • Asfixia al nacer • Hipoglicemia y/u otros problemas metabólicos • Convulsiones • Ictericia antes de las 48 horas • Enfermedades crónicas Ej: displasia broncopulmonar • Sordera o ceguera

Algunos niños y niñas pueden estar expuestos/as a un doble riesgo: biológico y ambiental y la gran mayoría de ellos presentarán en el futuro trastornos del crecimiento y déficit del neurodesarrollo que se pondrán en evidencia durante el transcurso de los primeros años de vida o hasta la edad escolar.

En base a lo citado en el cuadro, haga preguntas a la madre o cuidador/a del niño o niña de manera que comprenda lo que se intenta averiguar, manteniendo una actitud de mucho respeto.



En todo niño o niña menor de 2 meses DETERMINE:

- **Perímetro cefálico del niño o niña**

Como se cita en el apartado referente a evaluar la nutrición (Sección 8.3), el perímetro o circunferencia craneana refleja el crecimiento del cerebro. En todo niño o niña realice la medición del perímetro cefálico hasta los 3 años de edad.

▪ **Si existe alguna alteraciones del fenotipo**

Examine al niño o niña con la menor cantidad posible de ropa y observe si existe:

- Desproporción craneofacial.
- Aspecto facial típico (no se parece a los padres o hermanos): frente amplia, ojos separados (hipertelorismo ocular), oreja de implantación baja, micrognatia, pliegues epicánticos, hendiduras mongólicas o antimongólicas.
- Cuello corto, cuello ancho.
- Alteraciones en las extremidades: pliegue simiano, clinodactilia, dedos cortos, campodactilia, sindactilia, polidactilia, etc.
- Desproporción de segmentos corporales

▪ **La presencia de reflejos y habilidades**

A diferentes edades se espera que los niños y niñas presenten determinados reflejos y habilidades. Para los/las menores de 2 meses, existen subdivisiones etáreas que deben ser tenidas en cuenta para evaluar el desarrollo. Utilice el recuadro superior a la izquierda del Cuadro de Procedimientos.

a) Edad menor de 28 días. Evalúe la presencia de:

1. *Reflejo de Moro*: acueste al niño o niña en decúbito dorsal, una vez apoyada la parte inferior del cuerpo hasta la mitad inferior del tórax, suéltele de manera cuidadosa o bien otra manera es aplaudiendo sobre su cabeza. Respuesta esperada: *extensión, abducción y elevación de ambos miembros superiores seguida de retorno a la habitual actitud flexora en aducción*. Debe ser simétrica y completa.
2. *Reflejo cócleo-palpebral*. Para explorar este reflejo acueste al niño o la niña en decúbito dorsal (boca arriba). Aplauda a 30 cm de la oreja DERECHA y verifique la respuesta. Repita de la misma manera en la oreja IZQUIERDA y verifique su respuesta. Respuesta esperada: *pestañeo de los ojos*.
3. *Reflejo de succión*: Diga a la madre que coloque al niño o la niña en el pecho y observe. Si mamá hace poco estimule sus labios con el dedo limpio y observe. El niño o niña deberá succionar el pecho o realizar movimientos de succión con los labios y lengua al ser estimulado con el dedo.
4. *Brazos y piernas flexionadas*: Coloque al niño o niña en decúbito dorsal (boca arriba), debido al predominio del tono flexor en esta edad, los brazos y las piernas del niño/a deberán estar flexionados.
5. *Manos cerradas*: en cualquier posición observe las manos de niño o niña, en este grupo de edad las mismas deberán estar cerradas sin incluir el pulgar.



b) Edad entre 29 días a menos de 2 meses. Verifique la presencia de las habilidades siguientes:

1. *Vocaliza*: durante el examen, en cualquier posición, observe si el niño o niña emite algún sonido, como sonidos guturales (gu-gu), sonidos son cortos de vocales, pero que no sean llantos. En caso que no sea observado, pregunte al acompañante si hace estos sonidos en casa.

2. *Movimientos de piernas alternadamente* (pedaleo): acueste al niño o niña en decúbito dorsal (boca arriba), sobre la camilla o colchoneta, observe los movimientos de sus piernas, los cuales deben ser de flexión y extensión, generalmente en forma de pedaleo o entrecruzamiento, algunas veces con descargas en extensión.
3. *Sonrisa social*: Sonría al niño o niña y háblele. No le haga cosquillas ni toque su cara. El hecho de que sonría haciendo contacto visual con usted es la respuesta esperada.
4. *Abre las manos*: En cualquier momento de la exploración o evaluación verifique que el niño o niña abra las manos espontáneamente.

10.2. CLASIFICAR PROBLEMAS DE DESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA MENOR DE 2 MESES

Para evaluar presencia de problemas de desarrollo en el niño o niña menor de 2 meses, deben valorarse las siguientes clasificaciones:

PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO (ROJO)

Si el niño o niña presenta ausencia o alteración de uno o más reflejos/posturas o habilidades para el grupo de edad anterior a su edad, o su perímetro cefálico está menor que el Percentil 10 o mayor que el percentil 90, o presenta 3 o más alteraciones fenotípicas, entonces se clasifica como SOSPECHA DE RETRASO DEL DESARROLLO (fila roja).

DESARROLLO NORMAL CON FACTORES DE RIESGO (AMARILLO)

Si el niño o niña presenta reflejos y son normales, sus posturas y habilidades están presentes y son de acuerdo a su grupo de edad, su perímetro cefálico está entre el percentil 10 y 90, no presenta 3 o más alteraciones fenotípicas pero existen uno o más factores de riesgo, entonces se clasifica como DESARROLLO NORMAL CON FACTORES DE RIESGO (fila amarilla).

DESARROLLO NORMAL (VERDE).

Si el niño o niña presenta reflejos y son normales, sus posturas y habilidades están presentes y son de acuerdo a su grupo de edad, su perímetro cefálico está entre el percentil 10 y 90, no presenta 3 o más alteraciones fenotípicas y no presenta factores de riesgo, entonces el niño se clasifica como DESARROLLO NORMAL (fila verde).

CUADERNOS DE EJERCICIOS: Ejercicio 9, página 10 - **Caso:** Rosa, Pedro y Ana

CUADERNOS DE EJERCICIOS: Ejercicio 10, página 10 - **Caso:** Fernanda y Juan

11. PROGRAMA DE PREVENCION DEL RETARDO MENTAL PRODUCIDO POR EL HIPOTIROIDISMO CONGENITO Y/O LA FENILCETONURIA

Este es un programa de Salud Pública de detección para la Prevención del Retardo Mental (PPRM) debido al Hipotiroidismo Congénito y/o la Fenilcetonuria, a través de la detección y tratamiento precoz de las mismas; e incluye además la detección y búsqueda selectiva de Fibrosis Quística.

Básicamente se trata de un programa de detección de patologías capaces de causar daños irreparables como el retardo mental y físico, difíciles de reconocer clínicamente durante el periodo neonatal, a través de la toma de muestras de sangre recogida en papel de filtro como se explica más adelante. La realización de estos estudios tiene carácter obligatorio, es gratuito y se halla respaldado jurídicamente^{5,6}.

11.1. ENFERMEDADES INCLUIDAS EN EL PPRM

11.1.1. HIPOTIRODISMO CONGÉNITO (HC)

Es una enfermedad causada por el déficit de hormonas tiroideas (baja producción o acción), ya sea por la ausencia, localización aberrante, malformación o disfunción de la glándula tiroidea. Es una de las causas frecuentes de retardo mental pasible de prevención.

La incidencia basada en una sub muestra nacional es de 1 por cada 1000 a 1500 recién nacidos/as, mientras que a nivel mundial varía entre 1 en 2000 a 1 en 4000 recién nacidos/as.

La mayoría de los/as recién nacidos/as con HC no presentan síntomas al nacimiento. Las manifestaciones clínicas abajo citadas aparecen paulatinamente, por lo que es frecuente el diagnóstico clínico tardío.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS MÁS FRECUENTES

Ictericia prolongada	Fontanela posterior abierta	Estreñimiento
Macroglosia	Hernia Umbilical	Piel seca, palidez
Abdomen voluminoso	Hipoactividad	Llanto ronco

El diagnóstico del HC se establece ante la presencia de niveles elevados de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) en sangre recogida en papel de filtro y la confirmación del diagnóstico a través del estudio en sangre venosa de T_4 (hormona tiroidea) y de TSH.

Una vez que el diagnóstico es confirmado todos los niños y niñas deben ser referidos/as lo antes posible al PPRM para su evaluación por el especialista y posterior seguimiento.

El pronóstico esta en relación directa con el momento de inicio de tratamiento. El retraso mental causado por el HC en un niño o niña no tratado/a antes de los 3 meses de vida es irreversible aún cuando la reposición hormonal sea adecuada.

Cuando el tratamiento se inicia antes de que el niño o niña cumpla 1 mes de vida no hay diferencia en cuanto a desarrollo neurológico con respecto a los niños/as sin esta condición.

El tratamiento consiste en la administración por vía oral de la hormona T_4 desde el periodo neonatal o desde el momento del diagnóstico. Si el acceso al PPRM no es posible

5 Ley 2138/2003. "Que crea el Programa de Prevención de la Fibrosis Quística y del Retardo Mental producido por el Hipotiroidismo Congénito y la Fenilcetonuria".

6 Decreto Presidencial 2126/2004. "Que incorpora el Programa de Prevención de la Fibrosis Quística y del Retardo Mental producido por el Hipotiroidismo Congénito y la Fenilcetonuria a la Dirección General de Programas de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social".

de manera inmediata y si se dispone de la hormona antes citada es fundamental administrar la dosis inicial y luego referir al niño o niña con HC, lo antes posible.

Esta dosis de inicio de hormona T_4 recomendada es de 10 a 15 mg/k/día en ayunas por vía oral cada 24 horas⁷. Esta dosis se ajusta conforme al peso del niño o niña y a controles séricos de TSH y T_4 .

11.1.2. FENILCETONURIA (PKU)

Es un error innato del metabolismo, autosómico recesivo, que afecta al catabolismo del aminoácido denominado Fenilalanina (FA), lo cual produce un aumento de sus niveles en sangre y otros líquidos corporales hasta niveles tóxicos para el organismo. Por su carácter hereditario tiene un riesgo de repetición del 25% con cada embarazo por lo que debe involucrar el asesoramiento genético.

Desde el inicio de implementación del PPRM a la fecha aún no se ha detectado ningún caso por lo que se desconoce la incidencia nacional, pero a nivel mundial la misma varía de 1 en 10000 a 1 en 15000 recién nacidos/as.

Se trata de una patología que también produce retardo mental y de motricidad que se instalan lentamente, con pérdida de habilidades desarrolladas con anterioridad (Ej. Lenguaje, sentarse, caminar, etc.).

Otras manifestaciones frecuentes del PKU son:

- Orina y sudor con olor característico a “moho” o “humedad” o “ratón”
- Piel llamativamente más clara que el resto de la familia
- Erupción cutánea seborreica o eccematosa
- Vómitos frecuentes asociados a los síntomas anteriores
- Convulsiones
- Microcefalia

En el niño o niña mayor además del retardo mental severo y lo antes citado, si no es tratado puede asociarse a agresividad, hiperactividad, atetosis y también puede observarse retraso del crecimiento.

El diagnóstico se establece ante la presencia de niveles elevados de Fenilalanina en sangre recogida en papel de filtro y la confirmación del diagnóstico a través de dosaje de FA (aumentada) y de Tirosina (disminuida) en sangre venosa.

Ante la confirmación del diagnóstico todos los niños y niñas deben ser referidos lo antes posible al PPRM para su evaluación por el especialista y posterior seguimiento.

En cuanto a su pronóstico, el daño mental es irreversible, por lo que su tratamiento debe ser precoz, de ser posible durante el periodo neonatal. Se calcula que un niño o niña no tratado/a pierde alrededor de 50 puntos de cociente intelectual al cumplir el año de vida.

⁷ Obs.: La medicación es proveída por el PPRM

Con relación al tratamiento, su finalidad es la de reducir el nivel de Fenilalanina y de sus metabolitos en los lípidos orgánicos a fin de impedir o reducir al mínimo la lesión cerebral. Esto puede lograrse a través de la restricción en la dieta de alimentos con niveles elevados de dicho aminoácido, adecuándola con alimentos libres o con bajo contenido de FA.

Alimentos con elevado contenido de FA (prohibidos)	Alimentos restringidos	Alimentos libres de FA
Carnes de todos los tipos: vacuna, pescado, pollo y otros. Leche y derivados (yogurt, queso, etc.) Huevos Mariscos	Cereales (arroz, fideo, panificados, etc.) Papa y otros tubérculos Legumbres (porotos, soja, lenteja, etc.)	Azúcares y productos azucarados, confituras, puré de verduras, aceites vegetales, manteca, margarina, vegetales, jugos y frutas naturales, almidón de maíz, condimentos.

Además de estas consideraciones, se debe incorporar a la dieta una fórmula láctea especial que a diferencia de las habituales, no contiene FA o su contenido es mínimo y está suplementada con Tirosina para evitar su deficiencia. Esta fórmula es fundamental para cubrir los requerimientos nutricionales del niño o niña, pues esto no se logra solo con la dieta restrictiva en base a los alimentos antes citados.

11.1.3. FIBROSIS QUISTICA (FQ)

Es una enfermedad autosómica recesiva de evolución crónica y progresiva que afecta las glándulas de secreción externa, con la producción de secreción mucosa exageradamente espesa y la consiguiente obstrucción de los conductos que los transportan. Por su carácter hereditario tiene un riesgo de repetición del 25% con cada embarazo por lo que se recomienda asesoramiento genético.

Los órganos más afectados son: pulmones, aparato digestivo, hígado, páncreas, sistema reproductor además de las glándulas sudoríparas.

Esta patología no produce retardo mental, pero su detección precoz y tratamiento oportuno permiten mejorar de manera notable la calidad y pronóstico de vida de los pacientes por lo cual se halla incluida dentro del PPRM a través de la búsqueda selectiva en niños y niñas con sospecha de FQ.

A nivel mundial su incidencia es de 1 en cada 2500 recién nacidos, y se destaca que una de cada 25 personas sería portadora del gen causante de la FQ. No existen datos nacionales de incidencia de esta patología.

Los/las recién nacidos/as pueden o no presentar síntomas sugerentes de FQ. El diagnóstico es posible a través de la medición de la Tripsina Inmunoreactiva (TIR) en sangre en papel de filtro. La confirmación diagnóstica debe realizarse con la Prueba o Test del Sudor (medición de niveles de Cloruro de Sodio en sudor). Antes de los 3 a 6 meses de edad, el resultado negativo del mismo no excluye el diagnóstico.

Signos y síntomas sugerentes de FQ:

< de 1 mes de edad	1 mes en adelante
Eliminación tardía de meconio (>48 hs). Ileo meconial. Sudor mas salado que lo habitual. Edema y palidez importante. Ictericia persistente Familiar con FQ	Diarrea crónica (heces pegajosas, brillantes y muy fétidas) Cuadro bronquial obstructivo a repetición Estancamiento pondo-estatural Prolapso rectal

El tratamiento del niño o niña con FQ debe ser multidisciplinario y se basa en el cuidado del aparato respiratorio, del aparato digestivo junto con el aspecto nutricional y soporte psicológico del afectado/a y de su familia. Por todo esto, aquellos niños y niñas con sospecha de FQ deben ser referidos a un servicio de salud de mayor complejidad.

11.2. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE MUESTRA

Para la correcta implementación del PPRM es fundamental obtener una muestra adecuada. Como se mencionó antes, la toma de muestra debe ser realizada en todos los/las recién nacidos/as de preferencia en la primera semana de vida a partir del tercer día específicamente y ser remitida en la mayor brevedad al nivel central. Sin embargo, como esto no siempre es posible, el PPRM prevé la recepción de todas las muestras obtenidas durante el primer mes de vida.

El procedimiento para la obtención de la muestra involucra dos componentes fundamentales: el llenado de una “Ficha” y la toma de muestra.

11.2. 1. LLENADO DE LA FICHA DE TOMA DE MUESTRA

El PPRM cuenta con una ficha propia para llenado de muestra como se muestra en la siguiente figura.



Programa de Prevención del Retardo Mental

Nro. de ficha _____ Centro de Salud _____

Nombre del niño _____ Sexo Femenino Masculino

Nombre de la Madre _____ Edad _____ Estado Civil _____

Dirección _____ Teléfono _____

¿Dónde Nació? Hospital Casa Donde _____

Peso _____ Hijo N° _____

Esta entrega ha sido posible gracias a:

Día de la toma de la muestra _____ Antibiótico Si No

Fecha de nacimiento _____ Prematuro Si No

Muestra extraída por _____

El acto de completar adecuadamente la ficha es fundamental siguiendo los siguientes pasos:

- Llenar la ficha (con letra legible) con los datos del o la recién nacida, en especial la DIRECCION, para que en caso de tener un resultado positivo, pueda ser ubicado/a con rapidez para confirmar e iniciar el TRATAMIENTO, si esto fuese necesario.
- Al dorso de la ficha existe una breve encuesta de conocimiento del análisis a llevarse a cabo que debe ser completada con las respuestas de la madre o cuidador/a.
- Al mismo tiempo que va llenando la ficha, se debe explicar y dar a CONOCER a la madre o cuidador/a, sobre el estudio y de la importancia de su realización y difusión.
- Luego, solicitar el CONSENTIMIENTO de la madre, el padre o cuidador, para la toma de muestra. En su defecto, se debe dejar por escrito y firmado por ellos, la no aceptación de la realización del estudio.

11.2.2. OBTENCION DE LA MUESTRA:

PUNCION DEL TALON

- El/la trabajador/a de salud que realizará la toma de muestra debe lavarse las manos con agua y jabón.
- Pedir a la madre o cuidador/a, que alce al niño o niña de forma que el piecito del mismo quede hacia abajo, esto permite un mayor flujo de sangre y un mejor manejo del bebe (Paso 2).
- Elegir cualquiera de los pies para la punción.
- Localizar las áreas en las cuales pueda realizarse la punción, si no es la adecuada, podría dañarse al bebe (Paso 3).
- Calentar el área a punzar, frotándolo suavemente con los dedos, para tener un flujo mayor de sangre (especialmente en invierno o si el piecito está frío).
- Sujetar el taloncito del bebe, formando una especie de pinza.
- Limpiar el área a punzar, pasando un algodón embebido en alcohol (Paso 4).
- Dejar secar espontáneamente el área a punzar, a fin de no contaminar la sangre con alcohol.



1. Completar todos los datos de la hoja de toma de muestra. Esto permitirá ubicar al bebé en caso de estar afectado.



2. Sujetar al bebé mientras se le extrae la muestra de sangre como muestra el dibujo.



3. La zona sombreada muestra el área donde puede hacerse la punción sin peligro.



4. Limpie el área con un algodón empapado en alcohol. Deje secar antes de la punción.

ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

- i) Preparar la lanceta (usar una por cada niño o niña).
- j) Realizar la punción (Paso 5)
- k) Presionar hasta obtener una gota gruesa, tocar la gota con el papel de filtro, no tocar con el papel el piecito. Se precisan 3 gotas, en diferentes espacios (Paso 6)



- l) Asegurarse que la muestra haya traspasado el papel de filtro (mirar al dorso del papel). NUNCA superponer gotas.



- m) Dejar secar la muestra por 4 horas en posición horizontal, a temperatura ambiente (Paso 7). No exponerla al calor, ni secarla con otros medios. Cuidar que no bajen insectos (moscas), sobre ella.

- n) Una vez seco el papel de filtro, guardarlo en un sobre de papel proporcionado por el PPRM y en el envase especialmente destinado para ello (Paso 8).



- o) Mantener el envase cerrado con los sobres en la heladera, cuidando que los papeles de filtro no se mojen.

- p) Las muestras deben ser enviadas al local del PPRM de manera directa o por correo convencional a la Casilla de Correo N° 70.000.

- q) Entregar los sobres para su análisis, a las personas indicadas.

Obs.: Existen muestras que pueden ser rechazadas como las que observan en el punto 9.



11.3. ENTREGA DE RESULTADOS

- a) Los resultados de los análisis serán entregados en el mismo servicio de salud donde fue tomada la muestra, en la fecha establecida para cada caso.
- b) Se debe indicar a las madres o cuidadores que deben consultar con un médico del servicio de salud para la interpretación de los resultados, retiraran los resultados, en el Centro o Puesto de Salud, donde se llevo a cabo la toma de muestra.

11.3.1. PROCEDIMIENTO CON NIÑOS Y NIÑAS CON RESULTADOS POSITIVOS

-En los casos de que el resultado de la muestra obtenida sea positivo, una persona del PPRM contactará inmediatamente con el servicio del salud de donde provino la muestra, para que estos a su vez localicen de forma inmediata a los padres o cuidadores del niño o niña, por todo esto es importante el correcto llenado de la ficha.

-Una vez que se localizó al niño o niña, el/la trabajador/a de salud, de preferencia un profesional médico, debe explicar a los padres o cuidadores sobre el resultado positivo del estudio, el alcance del mismo y la necesidad de realizar una segunda toma de muestra de sangre, esta vez venosa (la primera es capilar), para confirmar el diagnóstico y establecer el tratamiento que corresponda de manera inmediata.

11.3.2. PROCEDIMIENTO CON CASOS CONFIRMADOS

-En los casos positivos confirmados, el PPRM contactará de inmediato con el médico o responsable del servicio de salud correspondiente para volver a localizar al niño o niña afectado/a a fin de iniciar el tratamiento que sea necesario según cada caso.

-En caso de tratarse de HC, el PPRM proveerá la Hormona Levotiroxina para el tratamiento, de manera gratuita.

-Se harán luego controles periódicos clínico y laboratorial, primero a los 15 días y luego según evolución de cada caso, de manera mensual.

11.3.2. REGISTRO DE DATOS EN EL CENTRO O PUESTO DE SALUD

Cada servicio de salud, debe completar el cuaderno de registro del PPRM con los datos del/la recién nacido/a y de sus respectivos resultados, cuando estos sean recibidos.

El diagnóstico y tratamiento precoz del Hipotiroidismo congénito y/o la Fenilcetonuria, evitan secuelas mentales (retardo mental) irreversibles en el niño/niña. Es responsabilidad de todos, el dar a conocer a la población sobre el PROGRAMA, solo así se podrá llegar a TODOS LOS/AS RECIEN NACIDOS/AS.

CAPITULO 2

MODULO DEL NIÑO O NIÑA DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Una madre lleva a su niño o niña enfermo/a al servicio de salud por un problema o síntoma en particular; si usted sólo evalúa ese problema o síntoma, puede ser que pase por alto otros signos de enfermedad. El niño o niña puede tener neumonía, diarrea, paludismo, sarampión, anemia o desnutrición. Estas enfermedades, si no se tratan, pueden causar la muerte o discapacidad.

En el Cuadro de Procedimientos “EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO O NIÑA ENFERMO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD” se describe la evaluación y clasificación de los niños y niñas enfermos/as de modo a no pasar por alto signos de enfermedad. De acuerdo con el cuadro, usted hará preguntas a la madre sobre los problemas del niño o la niña y verificará si presenta signos generales de peligro. Luego hará preguntas sobre los cinco síntomas principales: *tos o dificultad para respirar, diarrea, fiebre, problemas de oído o de garganta*. Si tiene uno o más de los síntomas principales, podría tener una enfermedad grave. En presencia de un síntoma principal, hará más preguntas para clasificar la enfermedad. Verificará si el niño o niña tiene desnutrición, anemia y/o problemas de desarrollo así como también sobre los antecedentes de vacunación, al igual que evaluará cada problema mencionado por la madre.

1. PREGUNTAR A LA MADRE QUE PROBLEMAS TIENE EL NIÑO O NIÑA

La madre (u otro familiar como el padre, la abuela, la hermana o el hermano) lleva generalmente al niño o niña al servicio de salud porque se encuentra enfermo/a. Las madres también acuden con sus hijos e hijas para el control del crecimiento y desarrollo y para su vacunación. En los cuadros *EVALUAR Y CLASIFICAR* del Cuadro de Procedimientos⁸ se describe qué debe hacer usted cuando una madre acude al servicio de salud porque su hijo o hija está enfermo/a o para la vigilancia de su crecimiento y desarrollo.

En la mayoría de los servicios de salud, cuando llegan los pacientes, el/la trabajador/a de salud determina cuál es el motivo de la consulta del niño o la niña y se encarga de obtener el peso, la talla y la temperatura, y anota estos datos en el formulario de registro del paciente o en su historia clínica. Luego la madre y el niño o la niña son evaluados por el médico.

- **Cuando usted vea a la madre y al niño o niña**
- Salude cortésmente a la madre y pídale que tome asiento con el niño o la niña

8 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Atención Integrada a las enfermedades Prevalentes de la Infancia. Cuadro de Procedimiento. Paraguay, 2007.

ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

- Necesitará saber la edad del niño o niña para elegir el paso que corresponda en el Cuadro de Procedimientos. Busque o determine la edad en el formulario de registro o historia clínica.
 - Si tiene menos de 2 meses de edad, evalúe y clasifique de acuerdo con los pasos que figuran en el Cuadro de Procedimientos: EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO O NIÑA MENOR DE 2 MESES DE EDAD.
 - Si es un niño o niña de 2 meses a 4 años de edad, evalúe y clasifique de acuerdo con los pasos que aparecen en el Cuadro de Procedimientos: EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO O NIÑA DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD.
 - Fíjese si la temperatura, la talla y el peso han sido tomados y anotados. En caso contrario, pésele y tómese la temperatura más adelante, cuando evalúe y clasifique los síntomas principales. No le desvista ni le moleste ahora.
- **Pregunte a la madre qué problemas tiene el niño o niña**

Anote lo que la madre le diga sobre el o los problemas del niño o la niña. Una razón importante para hacer esta pregunta es la necesidad de iniciar el diálogo con la madre. Una buena comunicación ayudará a convencer a la madre de que su hijo o hija recibirá la atención adecuada. Más adelante, tendrá que enseñar y aconsejar a la madre sobre la manera de cuidarlo en la casa. Por tal motivo, es importante establecer una buena comunicación desde el primer momento.

▪ **Para emplear buenas técnicas de comunicación**

- Escuche atentamente lo que le dice la madre, así le demostrará que sus preocupaciones se toman en serio.
- Use palabras que la madre entienda. Si no comprende las preguntas, ella no podrá darle la información que necesita para evaluar y clasificar correctamente.
- Dé tiempo a la madre para contestar las preguntas. Quizás necesite tiempo para decidir si el signo sobre el que se le ha preguntado está presente o no.
- Haga preguntas adicionales si la madre no está segura de la respuesta. Cuando le pregunte sobre un síntoma principal o signo relacionado con el síntoma principal, puede que la madre no sepa con certeza si lo tiene o no. Hágale otras preguntas para ayudarla a responder más claramente.

▪ **Determine si ésta es una consulta inicial o de seguimiento por este problema.**

Si ésta es la primera consulta del niño o la niña, por este episodio de enfermedad o problema, entonces es una visita *inicial*. Si el niño o niña ya fue visto/a unos días antes, por la misma enfermedad, ésta es una visita de seguimiento.

El propósito de la visita de seguimiento es distinto del de la visita inicial. Durante una visita de seguimiento, el trabajador de salud determina si el tratamiento que le dio durante la visita inicial le ha ayudado. Si no experimenta mejoría, o empeora después de algunos días, deberá ser referido/a al hospital o se le cambiará el tratamiento.

Anotar en el formulario de registro o en la historia clínica o en el formulario del Sistema Informático del Niño y la Niña (SIN), todos los datos del motivo de consulta, evaluación y tratamiento. Ello es muy importante porque ayudará a la toma de decisiones durante la visita de seguimiento.

Se aprenderá cómo llevar a cabo una visita de seguimiento más adelante en el curso. En los ejemplos y ejercicios de este módulo se describen a los que han acudido para una visita inicial.

2. VERIFICAR SI HAY SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

En TODOS los niños y niñas enfermos/as pregunte y verifique si hay signos generales de peligro.

Un signo general de peligro está presente si el niño o niña:

- NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO
- VOMITA TODO
- HA TENIDO CONVULSIONES
- ESTÁ LETÁRGICO/A O INCONSCIENTE

Un niño o niña que presente uno o más signos generales de peligro tiene un problema grave y en su mayoría, aquellos/as con un signo general de peligro necesitan ser referidos/as **URGENTEMENTE** al hospital. Complete el resto de la evaluación inmediatamente. aplique las medidas de urgencias y derive al hospital **URGENTEMENTE**.

Si su servicio cuenta con los recursos necesarios y disponibles como para internar y garantizar el tratamiento correcto, trátele allí

En el Cuadro de Procedimientos usted encontrará en el primer recuadro de la columna “EVALUAR”, las indicaciones sobre cómo verificar si hay signos generales de peligro.



Cuando verifique en un niño o niña si hay signos generales de peligro, PREGUNTE:

- **¿Puede el niño o niña, beber o tomar el pecho?**

Un niño o niña tiene el signo “*no puede beber o tomar el pecho*” si está demasiado débil para beber y no consigue succionar o tragar. Si ella dice que no es capaz de beber ni de mamar, pídale que le describa qué ocurre cuando ella le ofrece algo para beber. Si usted no está seguro/a de la respuesta de la madre, pídale que le ofrezca un poco de agua o leche del pecho y obsérve.

Hay veces en que cuando el niño o niña toma el pecho puede tener dificultad para succionar si tiene la nariz tapada, de ser así, límpiesela. Si puede tomar el pecho después de haberle limpiado la nariz, no tiene el signo de peligro “*no puede beber o tomar el pecho.*”

- **¿Vomita el niño o niña todo lo que ingiere?**

Si un niño o niña no retiene nada de lo que toma, tiene el signo “*vomita todo*”. Si vomita varias veces pero puede retener algunos líquidos no tiene este signo general de peligro.

Hágale esta pregunta con palabras que la madre entienda. Déle tiempo para responder. Si la madre no está segura, ayúdela a responder claramente. Por ejemplo, pregúntele con qué frecuencia vomita. Pregúntele también si cada vez que traga alimentos o líquidos, los vomita. Si no está seguro/a de la respuesta de la madre, pídale que ofrezca algo de tomar al niño o niña y fíjese si vomita.

▪ **¿Ha tenido el niño o niña convulsiones?**

Pregunte a la madre si su hijo o hija tuvo convulsiones durante la enfermedad actual. Use palabras que la madre entienda. Por ejemplo, es posible que para ella las convulsiones sean sinónimos de “ataques” o “espasmos” o “akuruchi”. Pida que describa el episodio.



En todo niño o niña para evaluar presencia de signos generales de peligro, OBSERVE:

▪ **Si el niño o niña está letárgico/a o inconsciente**

Un niño o niña está “*letárgico/a*” cuando se encuentra adormecido/a y/o no muestra interés en lo que ocurre a su alrededor. Puede tener una mirada vacía, sin expresión y, aparentemente, no darse cuenta de lo que pasa a su alrededor. Se dice que un niño o niña está “*inconsciente*” cuando es difícil o es imposible despertarlo/a.

Pregunte a la madre si el niño o niña parece extraordinariamente somnoliento/a o si no puede despertarle. Fíjese si se despierta cuando la madre le habla, le mueve o cuando usted aplaude.

Nota: Si el niño o la niña está durmiendo y tiene tos o dificultad para respirar, cuente primero el número de respiraciones antes de tratar de despertarlo.

Decida si el niño o la niña presenta uno o más signos generales de peligro para referir urgente al hospital: Si el niño o niña presenta un signo general de peligro, complete el resto de la evaluación inmediatamente y refiérale **URGENTEMENTE** a un hospital. Decida si necesita algún tratamiento antes de la referencia y explique como llegar al hospital en el menor tiempo posible.

Usted aprenderá a registrar la información en un formulario especial, denominado formulario de registro (Cuadro de Procedimiento). La cara anterior de dicho formulario de registro, es similar a lo descrito en el Cuadro de Procedimientos en cuanto a **EVALUAR Y CLASIFICAR** y presenta una lista de las preguntas que se deben hacer a la madre y los signos que usted deberá observar, escuchar y palpar.

Su facilitador/a le mostrará un formulario de registro y le explicará como usarlo.



CUADERNO DE EJERCICIOS: Caso “Adrián”

3. EVALUAR Y CLASIFICAR LA TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR

Las infecciones respiratorias pueden ocurrir en cualquier parte del aparato respiratorio como la nariz, senos paranasales, garganta, laringe, tráquea, bronquios o pulmones.

Un niño o niña con tos o dificultad respiratoria tal vez padezca neumonía u otra infección respiratoria aguda. La neumonía puede ser causada por bacterias o virus. En los países en desarrollo es frecuente la etiología bacteriana, de las cuales las más comunes son el *Streptococcus pneumoniae*, *Stafilococcus Aureus* y *Hemophilus influenzae no tipificable*.

Si un niño o niña esta con neumonía puede morir por hipoxia (disminución de oxígeno en la sangre) o por septicemia (infección generalizada).

Muchos niños y niñas son llevados al servicio de salud con infecciones respiratorias agudas. En su mayoría, cuando presentan sólo tos o sólo dificultad para respirar, pueden tener solamente una infección respiratoria leve. Por ejemplo, si es un resfriado, quizás tenga tos porque las secreciones nasales gotean por detrás de la garganta, o tal vez tenga una infección viral de los bronquios (Bronquitis, Bronquiolitis). Estos últimos, no siempre están gravemente enfermos/as, no necesitan tratamiento con antibióticos y sus familias pueden tratarlos en la casa. También pueden llegar con obstrucción bronquial (sibilancias) con o sin infección agregada.

El/la trabajador/a de salud debe poder reconocer a los niños y niñas muy enfermos/as con tos o dificultad para respirar que necesitan tratamiento con antibióticos y/o referencia urgente; también podrá reconocer todos los casos de Neumonía si verifica estos signos clínicos: respiración rápida y tiraje subcostal.

Cuando en un niño o niña se desarrolla una NEUMONÍA, una de las respuestas del organismo a la hipoxia es la respiración rápida⁹. Si la neumonía se agrava, puede producirse tiraje subcostal, el cual es un signo de NEUMONÍA GRAVE.

3.1. EVALUAR LA TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR

En Cuadro de Procedimientos usted verá el recuadro de la columna EVALUAR donde se presentan los pasos para evaluar a un niño o niña por tos o dificultad para respirar:

En TODO niño o niña con TOS o DIFICULTAD PARA RESPIRAR:

- Se debe descartar NEUMONÍA.
- Evaluar el tiempo que lleva con tos o dificultad para respirar.
- Contar la frecuencia respiratoria en un minuto, para ver si tiene respiración rápida.
- Observar para determinar si tiene tiraje subcostal.
- Observar y escuchar si tiene estridor estando tranquilo/a.
- Observar y escuchar si tiene sibilancias estando tranquilo/a.

⁹ El signo clínico de mayor sensibilidad y especificidad de afección pulmonar es el aumento de la frecuencia respiratoria.



En todos los casos de niños y niñas enfermos/as, PREGUNTE:

- ¿Tiene tos o dificultad para respirar?

La “dificultad para respirar” es cualquier forma anormal de respiración. Las madres la describen de distintas maneras. Tal vez digan que la respiración es “rápida” (juku’a), “ruidosa” (puahē), “entrecortada” (kyta’ī) o “cansada” (Kane’o).

Si la madre contesta que NO, observe y verifique usted que el niño o niña no tiene tos o dificultad para respirar. Pase a la pregunta sobre el próximo síntoma principal: diarrea.

Si la madre contesta que el niño o niña SI tiene tos o dificultad para respirar o usted así lo verifica, hágale la pregunta siguiente.

- ¿Desde hace cuanto tiempo tiene tos o dificultad para respirar?

Si el niño o niña ha tenido tos o dificultad para respirar por más de 15 días tiene *tos crónica* y puede tratarse de un signo de tuberculosis, asma, tos ferina u otros problemas.



En todo niño o niña con tos o dificultad para respirar, DETERMINE:

- **La frecuencia respiratoria**

Antes de verificar los signos siguientes: *tiraje subcostal, estridor en reposo, y sibilancias.*



Cuente las respiraciones por minuto

Usted debe contar en el niño o niña cuántas veces respira por minuto para decidir si tiene respiración rápida. El niño o niña debe estar quieto/a y tranquilo/a mientras usted observa y escucha su respiración pues si está asustado/a, llorando o enojado/a, no podrá obtener un recuento preciso de las respiraciones.

Explique a la madre que usted va a contar las respiraciones de su hijo o hija y pídale que le mantenga tranquilo/a o si está durmiendo, no le despierte.

Para contar el número de respiraciones por minuto:

1. Use un reloj con segundero y cuente las respiraciones durante 1 minuto.
2. Mire si hay movimiento respiratorio en cualquier parte del pecho o el abdomen del niño o niña. Generalmente se pueden ver los movimientos respiratorios aun cuando el niño o niña está vestido/a. Si no puede ver fácilmente este movimiento, pida a la madre que le levante la ropa que viste para ver mejor el tórax. Si llora, pida a la madre que le calme antes de empezar a contar las respiraciones.

Si no está seguro/a del número de respiraciones que ha contado (por ejemplo, si el niño o niña se estaba moviendo activamente y era difícil observar el pecho, o si estaba intranquilo/a o llorando, repita el recuento.

El límite para la respiración rápida depende de la edad. La frecuencia respiratoria normal es más alta en los niños y niñas de 2 a 11 meses que en los de 1 a 4 años de edad.

A la edad de:	El niño o niña tiene respiración rápida si usted cuenta:
2 a 11 meses	50 respiraciones o más por minuto
12 meses a 5 años	40 respiraciones o más por minuto



En todo niño o niña con tos o dificultad para respirar, OBSERVE:

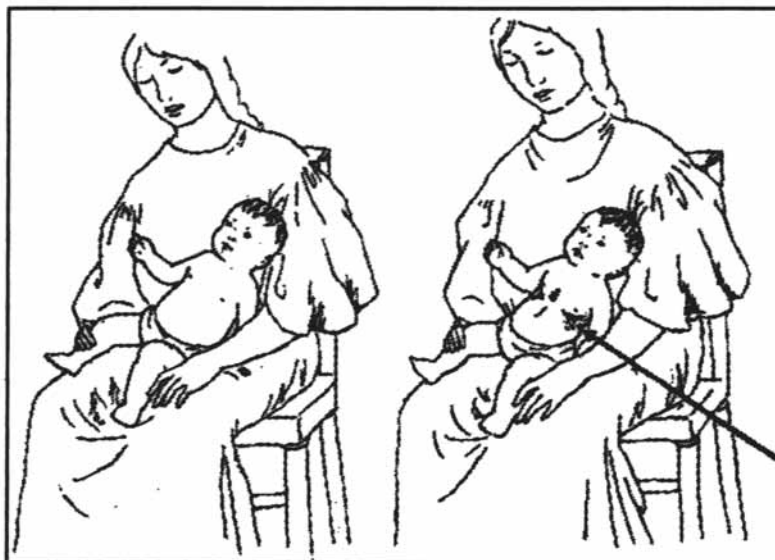
▪ **Si hay tiraje subcostal**

Pida a la madre que descubra el pecho del niño o la niña levantando la ropa que viste y observe la parte interior del tórax para ver cuando INSPIRA. En la respiración normal, toda la pared torácica y el abdomen se expanden cuando se inspira. Cuando hay tiraje subcostal (pyahō), la parte inferior de la pared torácica se retrae cuando INSPIRA.

Si no tiene certeza sobre la presencia de tiraje subcostal, observe otra vez. Si el niño o niña está doblado a la altura de la cintura, es difícil detectar el movimiento de la parte inferior de la pared torácica. Solicite a la madre que le ponga acostado boca arriba en el regazo de la madre o en una cama o camilla. Si aun así no detecta el HUNDIMIENTO de la parte inferior de la pared torácica cuando INSPIRA, entonces no hay tiraje subcostal.

Si solo se hunde el tejido blando entre las costillas cuando inspira (denominado también tiraje intercostal o retracciones intercostales), entonces no tiene tiraje subcostal.

Cuando hay tiraje subcostal, este debe estar claramente visible y estar presente en todo momento. Si sólo se puede ver cuando está llorando o alimentándose, no tiene tiraje subcostal.



En TODO niño o niña con tos o dificultad para respirar, ESCUCHE

▪ Si hay estridor (Kerere)

El estridor es un sonido áspero que el niño o niña produce cuando INSPIRA. Se produce cuando hay inflamación de la tráquea o la laringe¹⁰, lo cual obstaculiza la entrada del aire a los pulmones. Puede ser una amenaza mortal cuando la inflamación causa obstrucción severa de las vías aéreas. Si un niño o niña tiene estridor cuando está en reposo tiene una enfermedad grave.

Para determinar si hay estridor en el niño o la niña, fíjese cuando INSPIRA. Coloque su oído cerca de la boca del niño o niña, ya que puede ser difícil oír el estridor. A veces oír un sonido de gorgoteo si la nariz está tapada o congestionada, entonces despeje la nariz y escuche otra vez. Un niño o niña que no está muy enfermo/a puede tener también estridor cuando llora o ha llorado mucho o está muy molesto/a.

Observe y escuche si hay estridor cuando el niño o la niña está tranquilo/a. Quizá oiga un silbido cuando ESPIRA, éste no es un estridor pues el mismo debe ocurrir durante la INSPIRACIÓN.

▪ Si hay sibilancias (Pyti'a chiã)

Observe y escuche al niño o la niña durante la ESPIRACION, si está con sibilancias o muestra signos de dificultad al ESPIRAR. Trate de escuchar las sibilancias colocando su oído cerca de la boca del niño o niña, pues en la nariz pueden ser audibles ruidos producidos por obstrucción respiratoria alta.

Las sibilancias son causadas por una disminución del calibre de los bronquios pulmonares llevando a una obstrucción bronquial, lo cual provoca el atrapamiento del flujo de aire produciendo una *espiración prolongada*, por lo que al niño o niña, ESPIRAR le toma más tiempo y mayor esfuerzo que lo normal.

Algunas veces la obstrucción bronquial es tan severa, que no se produce ruido alguno e indica enfermedad muy grave. Observe en el niño o niña si la ESPIRACIÓN requiere mucho esfuerzo y si es más larga que lo normal.

Si el niño o niña está con sibilancias, pregúntele a la madre si ha tenido un episodio similar anterior dentro del último año. Un niño o niña con “sibilancia recurrente” es aquel o aquella que ha tenido más de un episodio en un período de 12 meses.

3.2. CLASIFICAR LA TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR

En este apartado, en el proceso de clasificar una enfermedad a partir de la presencia de “tos o dificultad para respirar”, usted encontrará las descripciones de una Infección Respiratoria Aguda (IRA) ya sea en su presentación como *Neumonía Grave*, *Neumonía* o *No Neumonía: Tiene tos o Resfriado*, así como también una descripción sobre el *Niño o Niña con Sibilancias*.

10 Estas condiciones generalmente se denominan “crup”

CLASIFICAR significa tomar una decisión sobre la gravedad de la enfermedad. Para cada uno de los síntomas principales del niño o de la niña, seleccionará una categoría, o “clasificación”, la cual corresponde a la gravedad de la enfermedad. Las clasificaciones no son diagnósticos precisos de enfermedades sino categorías que se emplean en la determinación de la acción o el tratamiento apropiado.

Cada cuadro de clasificación en el Cuadro de Procedimientos enumera signos clínicos de enfermedades y sus clasificaciones. Los cuadros se dividen en tres columnas denominadas: EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR. En su mayor parte, los cuadros de clasificación tienen tres filas: una roja, una amarilla y una verde, si el gráfico es en colores. El color de las filas indica la gravedad de la enfermedad que se está evaluando:

- Una clasificación en una **fila roja** (fila superior), indica que el niño o niña requiere atención y referencia urgente u hospitalización. Esta es una clasificación grave.
- Una clasificación en una **fila de color amarillo** (segunda fila) significa que el niño o niña necesita un antibiótico apropiado, antipalúdicos de administración oral u otro tratamiento. El tratamiento incluye la enseñanza a la madre para que pueda dar medicamentos por vía oral o tratar infecciones localizadas en el hogar. El/la trabajador/a de salud aconseja sobre el cuidado en el hogar, informa sobre los signos generales de peligro y le indica cuándo deberá volver.
- Una clasificación en una **fila verde** (fila inferior) significa que el niño o niña no necesita internación o antibióticos u otro tratamiento. El/la trabajador/a de salud en este caso, le enseña a la madre cómo atenderle en la casa. Por ejemplo, le puede aconsejar sobre la manera de alimentarle o indicarle que le dé líquidos para la diarrea, informar sobre cuáles son los signos de peligro y cuando debe volver.

Para emplear el Cuadro de Procedimientos, comience en la parte superior de la columna EVALUAR en el extremo izquierdo. Lea hacia abajo la columna y determine si el niño o niña presenta o no el signo. Cuando llegue a uno o más signos que presente el niño o niña, deténgase y pase a la columna siguiente “CLASIFICAR” según esa fila. De esta forma, usted siempre asignará la clasificación más importante.

Para clasificar la tos o dificultad respiratoria ubique en el Cuadro de Procedimientos en este caso se evalúa la posibilidad de una Infección Respiratoria Aguda (IRA). En este sentido hay tres maneras posibles de clasificar a un niño o niña con tos o dificultad para respirar.

- NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE o
- NEUMONÍA o
- NO TIENE NEUMONÍA: TIENE TOS O RESFRIADO

Sin embargo recuerde que la tos y la dificultad respiratoria también pueden estar presentes como signos o síntomas de enfermedades no infecciosas como el asma y estar acompañadas de sibilancias por lo que usted encontrará más adelante un apartado específico en este capítulo para el NIÑO O NIÑA CON SIBILANCIAS o CON ESTRIDOR pues su presencia puede complicar la correcta clasificación de la enfermedad.

Para clasificar la tos o la dificultad respiratoria en un niño o una niña:

1. Observe los signos en la fila *roja* (o superior). ¿Tiene el niño o la niña un signo general de peligro? ¿Tiene tiraje subcostal o estridor en estado de reposo? Si presenta un signo general de peligro o cualquier otro signo enumerado en la fila *roja*, elija la clasificación grave, NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE.
2. Si el niño o niña no tiene la clasificación grave, observe la fila *amarilla* (o segunda fila). ¿Tiene el niño o niña respiración rápida? Si tiene respiración rápida, un signo en la fila *amarilla*, y no tiene clasificación grave, elija la clasificación en la fila *amarilla*, NEUMONÍA.
3. Si el niño o niña no presenta ninguno de los signos de las filas *roja* o *amarilla*, observe la fila *verde* (o inferior), y seleccione la clasificación NO TIENE NEUMONÍA: TIENE RESFRIADO U OTRA INFECCIÓN RESPIRATORIA LEVE¹¹.
4. Decida si tiene sibilancias o estridor. Si tiene sibilancias inicie tratamiento según la sección TRATAR LAS SIBILANCIAS en el Cuadro de Procedimiento o en el Capítulo 3 del presente módulo, antes de realizar la clasificación final de la enfermedad.

Siempre que use el Cuadro de Procedimiento comience con la primera fila. Cada recuadro, recibe solo una clasificación. Si el niño o niña evaluado/a presenta signos en más de una fila, **elija siempre la clasificación grave.**

Ejemplo: Si el niño o niña tiene un signo general de peligro (fila roja) y la respiración es rápida (fila amarilla), clasifíquelo como NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE.

A continuación se presenta la descripción de cada categoría de clasificación para la tos o dificultad para respirar.

NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE (ROJO)

Un niño o niña con tos o dificultad respiratoria y con alguno de los siguientes signos: un signo general de peligro, tiraje subcostal o estridor en estado de reposo, se clasifica bajo NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE.

Un niño o niña con tiraje subcostal generalmente tiene neumonía grave. Puede ser también que tenga otra afección aguda de las vías respiratorias inferiores, como obstrucción bronquial o tos ferina (coqueluche).

Un niño o niña con tiraje subcostal presenta un riesgo mayor de muerte por NEUMONIA que aquel niño o niña con respiración rápida sin tiraje subcostal. Si está cansado/a y el esfuerzo que necesita realizar para expandir los pulmones rígidos es demasiado grande, la respiración se torna más lenta. Por lo tanto, un niño o niña con tiraje subcostal puede no tener respiración rápida y el *tiraje subcostal* puede ser el **único** signo de NEUMONÍA GRAVE que presentará.

Algunos niños y niñas tienen sibilancias y también tiraje subcostal. Si tienen tiraje y se trata del primer episodio de sibilancias, pueden tener Neumonía Grave. Sin embargo, algunos niños y niñas que presenten tiraje y sibilancias pero tienen antecedentes de episodios anteriores de sibilancias, muy a menudo NO tienen Neumonía Grave. El tiraje en estos casos puede estar causado por Asma o Bronquiolitis (vea el Cuadro sobre Sibilancias), antes que por Neumonía Grave y por consiguiente, deben ser atendidos de manera diferente.

11 Obs.: evalúe también siempre posibilidad de Infección por Influenza (modulo de Fiebre).

En estos casos, antes de decidir la clasificación usted debe hacer el tratamiento de las sibilancias para luego evaluar nuevamente el cuadro respiratorio para realizar una correcta clasificación.

Un niño o niña clasificado/a como NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE está muy enfermo/a. Necesita referencia urgente a un hospital para la administración de tratamientos especiales como oxígeno, broncodilatador o antibióticos inyectables. Antes de que el niño o niña con esta clasificación deje el servicio de salud, adminístrele la primera dosis de un antibiótico apropiado según lo recomendado más adelante en el capítulo 3 (Determinar y proporcionar tratamiento) de este módulo. El antibiótico contribuye a evitar el empeoramiento de la Neumonía Grave y también ayuda en el tratamiento de otras infecciones bacterianas serias, como septicemia o meningitis.

NEUMONÍA (AMARILLO)

Un niño o niña con tos o dificultad para respirar que tiene la respiración rápida y ningún signo general de peligro, no presenta tiraje subcostal o estridor en reposo, se clasifica como NEUMONÍA.

Un niño o niña con Neumonía requiere tratamiento con un antibiótico apropiado por vía oral. En el capítulo 3 se explica cómo identificar y administrar un antibiótico apropiado y en el capítulo 4 (Aconsejar a la madre y acompañante) usted encontrará recomendaciones sobre cómo enseñar a la madre o la persona a cargo del niño o niña, a administrar tratamientos en el hogar.

NO TIENE NEUMONÍA, TIENE RESFRIADO U OTRA INFECCION RESPIRATORIA LEVE (VERDE)

Un niño o niña con tos o dificultad para respirar pero que no presenta signos generales de peligro, tiraje subcostal, estridor en estado de reposo ni respiración rápida, se clasifica como NO TIENE NEUMONÍA, TIENE RESFRIADO¹².

El niño o niña que NO TIENE NEUMONÍA, TIENE RESFRIADO no necesita antibióticos. Los antibióticos no aliviarán los síntomas y no impedirán que el resfrío se convierta en Neumonía. En cambio, aconseje a la madre sobre cómo suministrar buena atención en el hogar y sobre cuáles son los signos generales de peligro.

En la evaluación y la clasificación de tos o dificultad respiratoria, trace un círculo en torno a los signos encontrados y escriba la clasificación en el formulario de registro de casos.

EL NIÑO O NIÑA CON SIBILANCIAS

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) pueden manifestarse con obstrucción bronquial y por lo tanto con sibilancias asociadas, con tos y dificultad respiratoria. Antes de clasificar al niño o niña que presente sibilancias como un caso de Neumonía o Neumonía Grave se administrará tratamiento broncodilatador según se explica en el Capítulo 3 de este módulo y en el Cuadro de Procedimiento en la sección “Tratar las Sibilancias”, y luego realizar una reevaluación del niño o niña, posterior al tratamiento de las mismas para clasificar la enfermedad.

12 Incluye : Catarro nasal, coriza, rinitis, rinofaringitis.

ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

La presencia de sibilancias es un motivo frecuente de consulta en los servicios de salud y su presencia se considera como sinónimo de obstrucción bronquial, lo cual es frecuente de ver en la Bronquiolitis (de causa viral) o por Asma (de origen atópico o alérgico).

- Para evaluar criterios de internación en niños y niñas **menores de 2 años** utilice el puntaje clínico de Tal y cols.

Puntaje clínico modificado de Tal y cols.

Frecuencia Cardíaca (por minuto)	Frecuencia Respiratoria (por minuto)		Sibilancias*	Cianosis	Uso musculatura	Puntaje
	< 6 m.	> 6 m.				
< 120	<40	> 30	No	No	No	0
120 - 140	41 - 55	31 - 45	Sólo final espiración	Perioral Con llanto	(+) Subcostal	1
140 - 160	56 - 70	46 - 60	Esp Insp. con estetoscopio	Perioral En reposo	(++) Sub e intercostal	2
> 160	> 70	> 60	Esp Insp sin estetoscopio o ausentes	Generalizada En reposo	(+++) Supraesternal Sub e intercostal	3

Puntajes: Obstrucción Leve: 0 a 5 ; Moderada: 6 a 8 Grave: 9 a 12

* Sibilancias pueden no auscultarse en obstrucción muy grave.

- En caso de que el niño o niña tenga una edad **igual o mayor de 2 años**, utilice la escala de Downes, para evaluar la conducta a seguir en caso de obstrucción bronquial.

Escala de Wood-Downes, modificada por Ferrés¹³

	Sibilancias	Tiraje	Frecuencia respiratoria	Frecuencia cardíaca	Ventilación entrada aire	Cianosis
0	No	No	<30	<120	Buena simétrica	Sí
1	Final espiración	Subcostal e intercostal inferior	31-45	>120	Regular simétrica	No
2	En toda la espiración	(+) supraclavicular y aleteo nasal	46-60		Muy disminuida	
3	Inspiración y espiración	(+) intercostal superior y supraesternal	>60		Tórax silente	

* Ferrés J. Comparison of two nebulized treatments in wheezing infants. Eur Respir J. 1988; 1 (suppl): 306. Leve: 1-3; moderada: 4-7; grave: 8 o más

13 Ferrés J. Comparison of two nebulized treatments in wheezing infants. Eur Respir J 1988; 1 (suppl)

En todos los casos de frecuencia respiratoria aumentada y de presencia de sibilancias, para el manejo de la obstrucción leve y moderada siga las instrucciones de su Cuadro de Procedimiento para administrar broncodilatadores. Si a pesar de las maniobras realizadas, no hay mejoría y usted aplica las escalas antes citadas y encuentra que el puntaje de Tal es igual o > a 6 (niños y niñas < 2 años) o de Downes es > 5 (niños y niñas > 2 años) el niño o niña requiere de internación o referencia urgente.

GRIPE O INFLUENZA

La influenza es una enfermedad viral aguda de las vías respiratorias causada por los virus de la familia Orthomyxoviridae de los géneros Influenza virus A, B y C.

Desde el punto de vista clínico, la influenza es una enfermedad habitualmente autolimitada que afecta a la población general y cuya morbilidad y mortalidad es especialmente importante en ciertos grupos de población denominados de “riesgo” (mayores de 65 años y menores de 2 años con patologías de base que puedan descompensarse con la infección gripal).

La vía de transmisión es principalmente aérea por secreciones respiratorias. El periodo de incubación es de 1-3 días y el de transmisibilidad de 3-5 días desde el inicio de los síntomas, con excepción en niños menores donde el periodo de incubación puede ser de hasta 7 días. La recuperación de la mayoría de los pacientes, ocurre dentro de 1-2 semanas sin necesidad de tratamiento médico, a excepción, de los < 2 años y adultos mayores y aquellos con enfermedades crónicas respiratorias, cardiovasculares, diabetes o cáncer, en los que puede originar una neumonía grave, inclusive la muerte.

Desde el punto de vista epidemiológico, el virus de Influenza A es el principal causante de las epidemias invernales de gripe que se repiten cada año (gripe epidémica), mientras que el virus de Influenza B se presenta generalmente en brotes epidémicos más localizados. El virus de Influenza C está relacionado con la aparición de casos esporádicos.

Si usted al evaluar al niño o niña determina que tiene fiebre, coriza (rinorrea), cefalea, tos seca y mialgias clasifique la enfermedad como GRIPE O INFLUENZA y averigüe si ha recibido vacuna antigripal y si hay otros niños y niñas pequeños/as que estuvieron en contacto.

EJEMPLO:

Lea éste estudio de un caso. También estudie cómo el/la trabajador/a de salud clasificó la enfermedad.

Daniel tiene 18 meses de edad, pesa 11,5 kilogramos (Kg) y mide 82,5 centímetros (cm). Tiene una temperatura de 37,5 °C. Su madre le llevó al servicio de salud porque tenía tos y dijo que tenía dificultad para respirar. Esta era su primera consulta por esta enfermedad. Procede del Barrio San Miguel de Nemby.

El/la trabajador/a de salud que le atendió se fijó si Daniel presentaba signos generales de peligro. Daniel podía beber. No estuvo vomitando. No tuvo convulsiones. No estaba letárgico ni inconsciente.

ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

El/la trabajador/a de salud preguntó: “¿Cuánto tiempo hace que tiene tos?”, La madre dijo que había estado tosiendo por 6 ó 7 días. Daniel estaba tranquilo sentado en el regazo de la madre. El/la trabajador/a de salud contó el número de respiraciones durante un minuto. Fueron 41 respiraciones y pensó: “Como Daniel tiene más de 12 meses y el límite para determinar la respiración rápida es 40, entonces tiene *una respiración rápida*.” El trabajador de salud vio que Daniel no presentaba tiraje subcostal y no escuchó estridor, ni sibilancias.

El siguiente es el registro de la información sobre el caso de Daniel y los signos de su enfermedad.

FORMULARIO DE REGISTRO DEL NIÑO O NIÑA DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD
 Nombre: Daniel Fecha: 19/12/02 Procedencia: B° San Miguel de Ñemby
 Edad: 18 meses
 Peso: 11,5 kg Talla: 82,5 cm Temperatura: 37,5°C Primera consulta? (.X.)
 ¿Consulta de seguimiento? (...)
 PREGUNTE: ¿Qué problemas tiene el niño? Dificultad para respirar

EVALUAR (Encierre en un círculo todos los signos presentes)	CLASIFICAR
VERIFICAR SI HAY SIGNOS GENERALES DE PELIGRO EL NIÑO O NIÑA PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO VOMITA TODO LETÁRGICO O INCONSCIENTE CONVULSIONES	¿Hay algún signo general de peligro? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ ¿Cuánto tiempo hace? <u>6 - 7</u> días. Contar las respiraciones por minuto <u>41</u> respiraciones por minuto <div style="text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> <u>Respiración rápida?</u> Observar si hay tiraje subcostal Observar y escuchar si hay estridor en reposo Observar si hay sibilancias. </div> Primer episodio? Recurrente?	NEUMONÍA

Para clasificar la enfermedad de Daniel, el trabajador de salud con el Cuadro de Procedimientos en la sección de “Tos y Dificultad para Respirar” realizó los siguientes pasos:

- Primero vio si Daniel tenía alguno de los signos de la primera fila (roja), y evaluó: “¿Tiene Daniel alguno o más signos generales de peligro? No, no tiene ninguno”. ¿Tiene Daniel alguno de los demás signos de esta fila? No, no tiene”. Daniel no tenía ninguno de los signos de una clasificación de enfermedad grave.
- Luego, miró la segunda fila (o amarilla), y evaluó: “¿Tiene Daniel uno de los signos de la fila amarilla?”; y luego de preguntar, observar y escuchar la respiración, determinó que tenía la “respiración rápida” y marcó este signo.
- A partir de ello, clasificó la enfermedad de Daniel como NEUMONÍA y lo escribió así en el formulario de registro

CUADERNO DE EJERCICIOS: 11, página 12 - **Caso:** Adrián
CUADERNO DE EJERCICIOS: 12, página 13 - **Caso:** Nelson
CUADERNO DE EJERCICIOS: 13, página 13 al 14 - **Caso:** Benjamín

4. EVALUAR Y CLASIFICAR LA DIARREA

La definición de *diarrea* es la de tres o más deposiciones flojas, desligadas o líquidas en un período de 24 Hs. Las madres generalmente saben cuándo sus hijos e hijas tienen diarrea.

La diarrea es más frecuente < de 2 años de edad y más aún en los niños y niñas menores de 6 meses que no son amamantados debido a que la leche materna es un factor de protección.

Las deposiciones frecuentes pero normales en consistencia no constituyen diarrea y, generalmente, la cantidad de deposiciones diarias depende de la dieta y la edad del niño o niña.

Los niños y niñas que son amamantados/as en forma exclusiva suelen tener deposiciones blandas, pero eso no es diarrea. La madre de un niño o niña que toma pecho puede reconocer la diarrea porque la consistencia o la frecuencia de las evacuaciones son diferentes a la normal.

Casi todas las diarreas que causan deshidratación son flojas, desligadas o líquidas. El cólera, y en nuestro medio, el Rotavirus, son algunos ejemplos.

La diarrea con sangre en las heces, con o sin moco, se llama *diarrea con sangre o disentería*. La causa más común es la bacteria *Shigella*. La diarrea con sangre amebiana no es común en los más pequeños. Un niño o niña puede tener diarrea líquida y diarrea con sangre.

Si un episodio de diarrea dura menos de 14 días, se trata de diarrea aguda. La diarrea aguda puede causar deshidratación y contribuir a la desnutrición. Generalmente la muerte de un niño o niña con diarrea aguda se debe a la deshidratación.

Si la diarrea dura 14 días o más, se la denomina diarrea crónica¹⁴. Esta puede causar problemas nutricionales y contribuir a la mortalidad de niños y niñas.

4.1. EVALUAR LA DIARREA

Un niño o niña con diarrea se evalúa para saber:

- Por cuánto tiempo ha tenido diarrea
- Si hay sangre en las heces
- Si hay signos de deshidratación

Observe en su Cuadro de Procedimientos los pasos para evaluar la diarrea.

¹⁴ En las versiones anteriores de este mismo módulo se ha estado utilizando la denominación "PERSISTENTE" para la diarrea con duración mayor a 14 días, a partir del presente módulo y en adelante por definición técnica se utilizará la palabra "CRÓNICA" para caracterizar dicha situación.



En todos los casos de niños y niñas enfermos/as, PREGUNTE:

- **¿Tiene diarrea?**

Refiérase a la diarrea con palabras que la madre entienda.

Si la madre responde que NO tiene diarrea, pregúntele sobre el próximo síntoma principal: fiebre.

Si la madre responde que SÍ tiene diarrea, anote su respuesta. Luego evalúe para ver si hay signos de deshidratación, diarrea con sangre (disentería), o diarrea crónica.

- **¿Cuánto tiempo hace?**

La diarrea que dura *14 días o más* es diarrea crónica. Dele tiempo a la madre para que conteste la pregunta. Tal vez se demore un poco en recordar el número exacto de días.

- **¿Hay sangre en las heces?**

Pregunte a la madre si ha visto sangre en las heces en algún momento durante este episodio de diarrea.

A CONTINUACIÓN, VERIFIQUE SI HAY SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN.



En todo niño o niña con diarrea, OBSERVE:

- **¿Está letárgico/a o inconsciente? ¿Está inquieto/a o irritable?**

Cuando un niño o niña comienza a deshidratarse, está intranquilo/a o irritable. Si la deshidratación continúa, se vuelve letárgico o inconsciente.

Cuando usted evaluó en el niño o niña, si había signos generales de peligro, verificó si estaba *letárgico/a o inconsciente*. Recuerde usar siempre este signo general de peligro cuando clasifique la diarrea.

El niño o niña tiene el signo de *inquieto/a o irritable*, si está en ese estado todo el tiempo o cada vez que le tocan o mueven. Muchos niños o niñas se molestan por el sólo hecho de estar en el servicio de salud. Por lo común es posible consolarles y calmarles, en cuyo caso no presenta el signo "inquieto o irritable".

- **Si los ojos están hundidos.**

Los ojos pueden parecer hundidos. Decida si usted cree que los ojos están hundidos. Luego pregunte a la madre si piensa que los ojos están distintos a lo habitual. La opinión de ella le ayudará a confirmar si los ojos del niño o niña están hundidos o no.

Nota: En los casos de desnutrición grave, con enflaquecimiento visible (emaciación o marasmo), los ojos de estos niños o niñas pueden parecer hundidos, aunque no estén deshidratados/as. A pesar de que el signo de los ojos hundidos es menos claro o confiable en un niño o niña visiblemente enflaquecido/a o emaciado/a, úselo de todas maneras para clasificar la deshidratación.

- **Ofrezca líquidos al niño o niña. ¿No puede beber o bebe mal? ¿Bebe ávidamente, con sed?**

No puede beber significa que el niño o niña no puede llevar el líquido a la boca y tragarlo. Por ejemplo, tal vez no puede beber porque está letárgico/a o inconsciente, o quizá no pueda succionar o tragar.

Bebe mal si es que está débil y no puede beber sin ayuda. Quizá sólo pueda tragar si se le pone el líquido en la boca.

Tiene el signo *bebe ávidamente, con sed* si es obvio que quiere beber. Observe si trata de alcanzar la taza o la cuchara cuando se le ofrece agua. Cuando se le retira el agua, fíjese si se enoja o llora porque quiere beber más. Si toma un sorbo sólo porque se le insiste a hacerlo y no quiere más, no tiene el signo *bebe ávidamente, con sed*.



En todo niño o niña con diarrea DETERMINE:

- **El “Signo del pliegue”: pellizque el abdomen**

Explique a la madre lo que Ud. hará al niño o niña y pídale que le tenga en el regazo, acostado/a boca arriba. Ubique la región del abdomen, que está entre el ombligo y el costado. Para pellizcar la piel, use los dedos pulgar e índice, no lo haga con la punta de los dedos porque le causará dolor. Coloque la mano de modo que cuando tome la piel, el pliegue que se forma quede en sentido longitudinal en relación con el cuerpo y no transversal. Levante con cuidado todas las capas de piel y el tejido que está por debajo de ellas.



Tome la piel por un segundo y luego suéltela. Cuando la suelte, fíjese si la piel vuelve a su lugar:

- MUY LENTAMENTE (en más de 2 segundos)
- LENTAMENTE (la piel permanece levantada aunque sea brevemente)
- INMEDIATAMENTE

Nota: En un niño o niña con marasmo (desnutrición grave), la piel puede volver a su lugar lentamente incluso cuando no está deshidratado. Si tiene sobrepeso o esta con edema, la piel puede volver a su lugar inmediatamente aún si está deshidratado/a. Si bien el pellizco de la piel es menos claro, utilícelo aún así para clasificar la deshidratación.

4.2. CLASIFICAR LA DIARREA

Hay tres cuadros de clasificación para la diarrea:

- Por la DESHIDRATACIÓN.
- Por la DURACIÓN DE LA DIARREA.
- Por la PRESENCIA DE SANGRE EN LAS HECES O DISENTERIA.

En su Cuadro de Procedimientos, usted verá como se realiza la clasificación. Para clasificar la deshidratación, siempre comience con la hilera roja (o la primera).

DIARREA CON DESHIDRATACION GRAVE (ROJO)

Si el niño o niña ha tenido diarrea y presenta dos o más de los siguientes signos: estado letárgico o inconsciente, no puede beber o bebe mal, tiene los ojos hundidos, el pliegue cutáneo vuelve a su lugar *muy lentamente* (hilera roja).

DIARREA CON ALGUN GRADO DE DESHIDRATACION (AMARILLO)

Si el niño o niña no presenta signos de DESHIDRATACIÓN GRAVE, observe la hilera siguiente. Clasifique la deshidratación como ALGUN GRADO DE DESHIDRATACIÓN si presenta dos o más de los siguientes signos: inquieto o irritable; bebe ávidamente con sed; ojos hundidos; pliegue cutáneo retorna a su lugar *lentamente* cuando se pellizca.

DIARREA SIN DESHIDRATACION (VERDE)

Un niño o niña que no presenta dos o más signos de la hilera roja o de la hilera amarilla se clasifica como NO TIENE DESHIDRATACIÓN.

EJEMPLO: Rosita, una niña de 4 meses de edad, pesa 6 Kg., tiene 37°,5 C de temperatura, mide 54 cm. Procede de San Juan Bautista de las Misiones. Fue llevada al servicio de salud porque hacía 5 días que tenía diarrea. No presentaba signos de peligro y no estaba tosiendo. El/la trabajador/a de salud evaluó la diarrea y anotó los signos siguientes:



Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
 Dirección General de Programas de Salud
 Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia
 Departamento de Salud Integral de la Niñez

FORMULARIO DE REGISTRO DE ATENCIÓN DEL NIÑO O NIÑA DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Nombre y Apellido: Rosita Procedencia: San J. B. Misiones
 Sexo: Femenino Edad: 4 meses Peso: 6 kg Talla: 54 cm Temperatura: 37,5°C
 Fecha: 13/12/02 Primera consulta? (X) ¿Consulta de seguimiento? (...)

PREGUNTE: ¿Qué problemas tiene el niño o niña? Diarrea

VERIFICAR: (Encerrar en un círculo todos los signos presentes)

EVALUAR (Encerrar en un círculo todos los signos presentes)		CLASIFICAR
VERIFIQUE SI HAY SIGNOS GENERALES DE PELIGRO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO LETARGICO./A O VOMITA TODO INCONSCIENTE CONVULSIONA	Recuerde utilizar los signos generales de peligro al efectuar la clasificación	¿Hay algún signo general de peligro? Si <u>No</u>
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? Si <u>No</u> • ¿Cuánto tiempo hace? <u>5</u> DÍAS • Contar las respiraciones en un minuto. <u> </u> respiraciones por minuto. ¿Respiración rápida? • Observar si hay tiraje subcostal. • Observar y escuchar si hay estridor en reposo Observar y escuchar si hay sibilancias.		
¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? • ¿Cuánto tiempo hace? <u>5</u> días • ¿Hay sangre en las heces? Si... <u>(NO...)</u> ¿Bebe ávidamente, con sed?	• Determinar el estado general del niño o niña. ¿El niño o niña está <u>Inquieto o irritable?</u> • Letárgico o inconsciente? • Determinar si tiene los ojos hundidos. • Ofrecer líquidos: ¿Bebe mal o <u>no</u> puede beber? • Signo del pliegue cutáneo: La piel vuelve al estado anterior ¿Muy lentamente (más de 2 segundos)? ¿Lentamente? Inmediatamente	ALGUN GRADO DE DESHIDRATACION

La niña no tiene los dos signos de la hilera roja. No tiene DESHIDRATACIÓN GRAVE. Tiene dos signos de la hilera amarilla. El/la trabajador/a de salud clasificó la deshidratación como DIARREA CON ALGUN GRADO DE DESHIDRATACIÓN y lo anotó la clasificación de Rosita en el formulario de registro.

DIARREA CRÓNICA (AMARILLO)

Un niño o niña que ha padecido diarrea durante 14 días o más tiene DIARREA CRÓNICA y debe ser referido/a a un hospital no de manera urgente pero sí lo antes posible, porque necesita un nivel de atención especializada a fin de identificar la causa de la diarrea.

Si también tiene algún grado de deshidratación o deshidratación grave utilice el plan de manejo que corresponde a la deshidratación.

DIARREA CON SANGRE O DISENTERIA (AMARILLO)

Un niño o niña que tiene diarrea con sangre se clasifica como DIARREA CON SANGRE O DISENTERIA.

Nota: un niño o niña con diarrea puede tener una o más clasificaciones para la diarrea. Anote todas las clasificaciones para la diarrea en la columna. Clasificar en el formulario de registro. Por ejemplo, la enfermedad se puede clasificar como NO TIENE DESHIDRATACIÓN Y DIARREA CON SANGRE. A continuación se muestra cómo registró sus clasificaciones el/la trabajadora de salud.

<p>¿TIENE EL NIÑO O NIÑA DIARREA? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/></p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto tiempo hace? <u>5</u> días • Determinar el estado general del niño o niña. ¿El niño o niña está Letárgico o inconsciente? Inquieto o irritable? • Determinar si tiene los ojos hundidos. • Ofrecer líquidos: ¿Bebe mal o no puede beber? ¿Bebe ávidamente, con sed? • ¿Hay sangre en las heces? <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO • Signo del pliegue cutáneo: La piel vuelve al estado anterior ¿Muy lentamente (más de 2 segundos)? ¿Lentamente? ¿Inmediatamente? 	SIN DESHIDRA TACIÓN Y DIARREA CON SANGRE
--	---



CUADERNO DE EJERCICIOS:

Ejercicio 14: Caso José y Elva página 15 al 16

5. EVALUAR Y CLASIFICAR LA FIEBRE

La fiebre es un signo frecuente de varias enfermedades, implica un proceso inflamatorio como mecanismo defensivo del organismo cuyo origen puede ser viral, bacteriano, parasitario, micótico u otras muchas causas (Ej. Neoplasias).

La fiebre en un niño o niña previamente sano/a puede no ser grave sin embargo, es importante realizar una buena evaluación clínica para establecer una adecuada clasificación de la enfermedad causante de la fiebre.

La fiebre en un niño o niña muy pequeño/a (Ver capítulo referente para el menor de 2 meses de edad), o en un niño o niña con una enfermedad de base (cardiopatías, inmunodeprimidos, etc.) puede ser un signo de enfermedad muy grave.

5.1. EVALUAR LA FIEBRE

Un niño o niña tiene el síntoma principal FIEBRE si:

- Tiene una historia de fiebre.
- Tiene una temperatura corporal elevada comprobada o no con termómetro (temperatura axilar de 38° C o más).

Luego evalúe para determinar lo siguiente:

- Por cuánto tiempo ha tenido fiebre.
- Sospecha de Dengue: cefalea o algias
- Abombamiento de la fontanela en el menor de 18 meses
- Rigidez de nuca
- Petequias?
- Sospecha de sarampión o rubéola
- Grado de riesgo de paludismo.

Pregunte sobre la fiebre y cuantifique la temperatura en TODOS los casos de niños o niñas enfermos/as.



En todos los casos de niños y niñas enfermos/as, PREGUNTE:

▪ ¿Tiene fiebre?

Un niño o niña, tiene una historia o antecedentes de fiebre si ha tenido fiebre durante esta enfermedad. Cuando hable de la fiebre use palabras que la madre entienda. Por ejemplo, pregúntele si la piel del niño o niña estaba caliente al tocarle con la mano.

Palpe con el dorso de la mano, el abdomen o axila del niño o de la niña y determine si la piel está caliente. Fíjese si se registró la temperatura. Si el niño o niña tiene una temperatura axilar de 38 °C o más, tiene fiebre. Si no se ha tomado la temperatura y usted tiene un termómetro, determínela usted.

Si el niño o niña no tiene fiebre, encierre en círculo la palabra NO del formulario de registro y pase a evaluar otro problema.

En el caso de que tuviera fiebre (por historia, porque tiene la piel del cuerpo caliente o una temperatura axilar de 38° C o más) evalúe otros signos relacionados con la fiebre. Incluso si el niño o niña no tiene fiebre al momento de la evaluación, la historia de fiebre es suficiente para continuar la evaluación de este signo. Encierre en un círculo en el formulario la forma como determinó la fiebre.

▪ **¿Cuánto tiempo hace? Si hace más de 7 días, ¿Ha tenido fiebre todos los días?**

En la mayoría de los casos, la fiebre desaparece en pocos días. La fiebre presente por más de 7 días puede indicar que tiene una enfermedad importante, como por ejemplo tuberculosis, paludismo, leishmaniosis visceral, fiebre tifoidea, enfermedades virales o parasitarias de evolución prolongada u otras.

▪ **Tiene cefalea y/o algias (dolores)?**

Si además de fiebre elevada, tiene cefalea intensa, dolor retroocular, dolores osteoarticulares, mialgias y usted observa en el niño o niña una erupción cutánea y más aún si existe un brote epidémico, es probable que se trate de un caso de DENGUE.

En los niños y niñas muy pequeños, la cefalea, mialgias y otras algias se manifiestan como intranquilidad e irritabilidad



En todo niño o niña con fiebre, OBSERVE y DETERMINE:

▪ **¿Tiene (si es menor de 18 meses de edad) abombamiento de la fontanela?**

En los niños y niñas menores de 18 meses de edad es necesario palpar la fontanela con el paciente sentado/a para constatar si la fontanela está abombada.

Cuando este signo es positivo (fontanela abombada) en el niño o niña sentado/a, y no desaparece al acostarle tiene sospecha de Meningitis.

▪ **¿Tiene rigidez de nuca?**

Un niño o niña con fiebre y rigidez de nuca es probable que tenga meningitis. La meningitis necesita tratamiento intra hospitalario con antibióticos parenterales y el caso debe ser referido URGENTEMENTE a un hospital.

Mientras usted habla con la madre durante la evaluación, observe si el niño o niña mueve y dobla el cuello fácilmente cuando mira a su alrededor. Si se está moviendo y dobla el cuello, no tiene rigidez de nuca.

Si no está seguro, usted puede iluminar con una linterna los dedos del pié o el ombligo o hacerle cosquillas en los dedos para incitarle a mirar hacia abajo.



Si aún así no ha podido verle doblar el cuello y constatar la ausencia de rigidez de nuca, pídale a la madre que acueste al niño o niña boca arriba y explore los signos meníngeos. Para ello, colóquese al lado derecho del niño o niña y sostenga su tórax con delicadeza al nivel de los hombros con una mano, y con la otra mano, flexione con cuidado la cabeza del niño o niña en dirección frontal y lateral. Si el cuello se dobla fácilmente, no tiene rigidez de nuca. Si el cuello se siente rígido y se resiste a arquearse, tiene rigidez de nuca. Generalmente el niño o niña con rigidez de nuca llorará cuando trate de inclinarle la cabeza hacia adelante.

Si durante la maniobra antes citada, al flexionar la cabeza en dirección frontal, el niño o niña dobla sus piernas se dice que tiene un signo meníngeo denominado *Signo de Brudzinski*.

▪ **¿Tiene petequias?**

Observe en la piel del niño o niña, si hay lesiones de sangrado en piel y mucosas (petequias, equímosis y enanemas). Estas lesiones cuando acompañan a la fiebre puede corresponder a un signo de Dengue con Hemorragia o Hemorrágico; Sepsis con coagulopatía de consumo o a un tipo de Meningitis, por lo que los niños y niñas que lo presentan deben ser internados o referidos urgentemente a un hospital.

▪ **¿Tiene erupción cutánea generalizada maculopapular no vesicular?**

Evalúe para ver si hay signos que sugieren enfermedad febril con erupciones cutáneas generalizadas maculopapulares no vesiculares.

El sarampión debe ser tenido en cuenta en los períodos en que hay otros casos de la enfermedad en la comunidad.

El niño o niña con sospecha de Sarampión, por lo general, tiene antecedentes de fiebre, tos, coriza u ojos enrojecidos. El niño o niña consulta generalmente en esta etapa o cuando aparece el exantema cutáneo maculopapular no vesicular y no produce prurito o picazón. La erupción cutánea es generalizada, empieza detrás de las orejas, en el cuello y se extiende a la cara. Al día siguiente, la erupción se extiende al resto del cuerpo, brazos y piernas. Después de 4 o 5 días, la erupción adquiere un color marrón y se produce descamación de la piel.

No debe confundirse el sarampión con varicela, sarna y otras erupciones infantiles.

La erupción de la varicela es generalizada, con vesículas y es pruriginosa. Las lesiones producidas por sarna pueden aparecer en las manos, pies, tobillos, codos, nalgas y axilas, además ocasiona prurito. La erupción por calor puede ser generalizada con pequeñas vesículas pruriginosas.

La RUBEOLA es otra enfermedad que puede cursar con fiebre y erupción generalizada y debe ser tenida en cuenta para evaluar y clasificar.

Si hay erupción generalizada y manifestaciones hemorrágicas puede tener DENGUE con manifestaciones hemorrágicas o DENGUE HEMORRAGICO. Las características clínicas de la fiebre por dengue pueden tener diferencias de acuerdo a la edad. Los lactantes pueden sufrir una enfermedad febril indiferenciada con erupción cutánea maculopapular, dolor abdominal y vómitos.

▪ **El grado de riesgo de paludismo o malaria**

Trace un círculo alrededor de la respuesta que corresponda a: “Vive o procede de una zona de riesgo de paludismo” en el formulario de registro. Usted hará uso de esta información cuando clasifique la fiebre.

5.2. CLASIFICAR LA FIEBRE

Si el niño o niña tiene fiebre, pero no muestra signos de dengue, sarampión ni rubéola, clasifíquelo sólo por la fiebre. Si tiene fiebre y signos de dengue, sarampión o rubéola, clasifique por fiebre y luego por dengue o sarampión, o rubéola. En su Cuadro de Procedimientos observe el recuadro de Fiebre, verá que contiene las posibles clasificaciones para la fiebre:

- ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE
- SOSPECHA DE DENGUE HEMORRÁGICO
- ENFERMEDAD FEBRIL
- FIEBRE DE DENGUE
- SOSPECHA DE SARAMPIÓN O RUBEOLA
- SOSPECHA DE PALUDISMO
- SOSPECHA DE LEISHMANIOSIS VISCERAL
- SOSPECHA DE FIEBRE AMARILLA (VER MANUAL DE MANEJO DE FIEBRE AMARILLA)

ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE (ROJO)

Cuando un niño o niña presenta fiebre acompañada de signos generales de peligro (rechazo alimentario, vómitos y convulsiones o alteración de la conciencia) o presenta fiebre, abombamiento de fontanela y/o rigidez de nuca o petequias. Este caso se clasifica como ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE por lo cual debe ser remitido e internado/a en un centro de referencia.

Un niño o niña con los síntomas y signos antes citados, puede ser portador/a de una Meningitis ante lo cual proceda de la siguiente manera:

1. Refiera al niño o niña **URGENTEMENTE** a un centro de referencia teniendo en cuenta las Normas de Estabilización antes y durante el transporte del niño o niña del Cuadro de Procedimiento.
2. Administre antibiótico si el tiempo de traslado al centro de referencia es mayor de una hora.

FIEBRE DE DENGUE CON MANIFESTACIONES HEMORRAGICAS SOSPECHA O DENGUE HEMORRAGICO (ROJO) *

Si el niño o niña presenta sintomatología clásica (ver descripción más adelante) de Dengue (fiebre, algias) junto con manifestaciones de hemorragia, signos generales de peligro o signos de alarma propios del dengue: vómitos persistente (3 o más episodios en 1 hora), dolor abdominal, caída brusca de la temperatura, letargia o irritabilidad), especialmente si hay brote epidémico, clasifique como **SOSPECHA DE DENGUE CON MANIFESTACIONES HEMORRAGICAS O DENGUE HEMORRAGICO**. En estos casos, el niño o niña debe ser referido de urgencia al hospital.

Como se menciona al principio, el dengue hemorrágico, además de las manifestaciones clásicas, presenta sangrado que incluye por lo menos a uno de los siguientes signos: equimosis, petequias, epistaxis, gingivorragia, sangrado urogenital y/o gastrointestinal, muchas veces los signos hemorrágicos son precedidos de vómitos o dolor abdominal, al examen físico se pueden encontrar extremidades frías y linfadenopatías, en esta variedad de dengue los/las pacientes pueden morir en pocas horas si no se inicia el manejo adecuado a nivel hospitalario por lo que amerita **REFERENCIA URGENTE**.

ENFERMEDAD FEBRIL (AMARILLO)

Si el niño o la niña no presentan ningún signo de dengue o fiebre amarilla, ni rigidez de nuca y no procede de zona de riesgo de paludismo, observe la fila siguiente. La fiebre puede deberse a un resfriado común, bronquitis, diarrea con sangre, infección del oído o de garganta, infección urinaria otras muchas causas. Cuando no hay causa aparente de fiebre clasifique como **ENFERMEDAD FEBRIL**.

FIEBRE DE DENGUE¹⁵ (AMARILLO)

En el Paraguay el dengue es endémico y la vigilancia epidemiológica se hace investigando cada caso sospechoso. El dengue es una enfermedad febril producida por el virus del dengue, es transmitida a través de la picadura del mosquito *Aedes Aegypti*.

Las características de la enfermedad dependen de la edad de la persona y varían desde la forma asintomática, fiebre indiferenciada, “fiebre dengue” (FD), a fiebre hemorrágica por dengue (FHD). Los niños y niñas mayores, como así también los adultos pueden tener una enfermedad febril leve o bien la clásica enfermedad incapacitante de inicio brusco. En el niño o niña muy pequeño/a, las algias pueden manifestarse por intranquilidad y/o irritabilidad.

¹⁵ Anteriormente llamada “DENGUE CLASICO”.

* Ver Manual de Manejo de Dengue del MSPyBS.

Clasifique como FIEBRE DENGUE:

-**Caso sospechoso:** fiebre más algias

-**Caso probable:** debe cumplir con fiebre de 2 a 7 días de evolución *sin síntomas de vías respiratorias* (moco, tos con expectoración) y dos o más de los siguientes criterios:

Criterios Clínicos*	Criterios de laboratorios	Criterios Epidemiológicos
- Cefalea - Decaimiento - Artralgias - Erupción maculopapular - Dolor retroocular - Mialgias - Dolor abdominal	Si se cuenta con laboratorio clínico, considerar: - Leucopenia con tendencia a la linfocitosis (del 4° al 5° día desde el inicio de los síntomas). - Plaquetas disminuidas o normales - Hematocrito sin modificación. - Pruebas de coagulación normal.	- Presencia en la localidad de algún caso confirmado por laboratorio. - Antecedente de viaje a áreas afectadas por dengue en los últimos 15 días

*Obs.: Puede presentar manifestaciones hemorrágicas

Lo que diferencia al Dengue Clásico del Dengue Hemorrágico es la fuga capilar (pleuritis, ascitis, etc.) que ocurre en este último.

Fiebre amarilla: La fiebre amarilla es una enfermedad hemorrágica vírica transmitida por los mosquitos que es endémica en las zonas tropicales de África y América del Sur. El vector del virus de la fiebre amarilla en el ciclo de transmisión urbana de una persona a otra es *Aedes aegypti*, mientras que en el ciclo selvático de transmisión de un mono a otro y accidentalmente de un mono a una persona intervienen distintas especies de mosquitos.

Definición de caso sospechoso de fiebre amarilla:

1. Toda persona que presente fiebre de inicio agudo (<7 días) seguida de ictericia.
2. Para áreas con circulación viral probada o probable: Fiebre acompañada de IgM MAC Elisa(+) para fiebre amarilla sin antecedentes de vacunación antiamarilica.

Definición de caso confirmado de fiebre amarilla:

Paciente que cumple con los criterios de clínica compatible con fiebre amarilla y al menos uno de los siguientes:

1. Aislamiento del virus en cultivos celulares, del suero del paciente o en material de autopsia.
2. Incremento de IgG, al menos en 4 veces por la técnica inhibición de la hemoaglutinación o IgG ELISA de una segunda muestra de sangre extraída a partir del 14 día de inicio de los síntomas.
3. Estudios inmuno histoquísticos: detección de antígenos virales en material de biopsia o autopsia de fallecidos.
4. detección de genoma Viral por la técnica PCR en sangre o visceras.
5. Prueba de IgM Mac Elisa(+) para fiebre amarilla sin antecedentes de vacunación antiamarilica y nexa epidemiológico con un caso confirmado.
6. Para tratar consulte Manual de manejo de la Fiebre amarilla del MSP y BS.

Ante el diagnóstico de Fiebre Dengue proceda de la siguiente manera:

- Administre al niño o niña una dosis de Paracetamol para la fiebre e indique como realizar medicación vía oral en la casa.
- Tome una muestra de sangre después del 5to. día del inicio de la fiebre.
- Enseñe a la madre signos generales de peligro y los cuidados en el hogar.
- Seguimiento a las 24 horas.

SIGNOS DE ALARMA PARA DENGUE:

- Dolor abdominal intenso y continuo
- Vómitos persistentes
- Cambio abrupto de fiebre a hipotermia
- Cambios en el estado mental: letargia
- Sangrado

Criterios de hospitalización en casos de Dengue:

- Intolerancia a la vía oral
- Presencia de deshidratación
- Sangrado espontáneo o provocado
- Plaquetas < de 100.000 mm³.
- Cardiopatas, diabéticos, desnutridos graves, epilépticos, inmunocomprometidos
- Núcleo familiar con riesgo social.

SOSPECHA DE SARAMPIÓN O RUBÉOLA (AMARILLO)

● SARAMPIÓN

Los signos principales del sarampión son fiebre y erupción cutánea generalizada. Se trata de una infección sumamente contagiosa. Los anticuerpos maternos protegen a los lactantes pequeños contra el sarampión durante aproximadamente 6 meses y luego la protección desaparece gradualmente. En su mayoría, los casos corresponden a niños y niñas de 6 meses a 2 años de edad. El hacinamiento y la mala nutrición contribuyen a aumentar el riesgo de complicaciones del sarampión.

El sarampión es causado por un virus que afecta el sistema inmunitario que persiste incluso semanas después de su aparición, por lo cual los afectados quedan expuestos a otras infecciones.

En aproximadamente 30% de los casos se producen complicaciones relacionadas con el sarampión, las más importantes son: Neumonía, Laringitis, Otitis media, Úlceras en la boca, Conjuntivitis, Diarrea.

En aproximadamente uno de cada mil casos se produce encefalitis que puede ser intra o post sarampionosa. Un paciente con encefalitis puede presentar signos generales de peligro como convulsiones, letargia o pérdida del conocimiento.

El sarampión contribuye a la desnutrición porque causa diarrea, fiebre alta y úlceras en la boca, problemas que dificultan la alimentación. Los niños y niñas desnutridos tienen mayor probabilidad de sufrir complicaciones graves, especialmente en aquellos con deficiencia de vitamina A. La probabilidad de muerte es uno de cada diez cuando hay desnutrición grave.

● **RUBÉOLA**

Es una enfermedad exantemática aguda, de etiología viral, de alta contagiosidad. Su importancia se acrecienta ante el riesgo de producir Síndrome de Rubéola Congénita (SRC), que afecta al feto y recién nacidos de madres infectadas durante el embarazo. Es causa de numerosas complicaciones como abortos, mortinatos y cardiopatías congénitas entre otras patologías.

Cuando presenta fiebre y erupción maculopapular no vesicular acompañado de otros síntomas como tos, coriza o conjuntivitis, clasifique como **SOSPECHA DE SARAMPIÓN O RUBÉOLA**.

PROCEDIMIENTO ANTE CASO SOSPECHOSO DE SARAMPIÓN Y RUBEOLA

Si se trata de un caso sospechoso de Sarampión o Rubéola y no tiene complicaciones, el tratamiento se realiza en el hogar pero antes de enviar al niño o niña a su domicilio proceda de la siguiente manera:

1. Tome 1 muestra de sangre y consérvela hasta el momento del envío en heladera común entre 2° y 8°C. Esta muestra es oportuna hasta 29 días a partir del inicio de los síntomas.
2. Tome una muestra de hisopado nasofaríngeo o de orina para aislamiento viral.
3. Notifique de inmediato la presencia del caso sospechoso al nivel superior. Llene completamente cada uno de los datos de la ficha de vigilancia para casos de Enfermedad Febril Eruptiva
4. Durante las primeras 48 horas de confirmado el caso tome las siguientes medidas de control en la comunidad para evitar la ocurrencia de otros casos:
 - Realizar visita domiciliaria, búsqueda activa de otros casos sospechosos de sarampión o rubéola, llenado de los formularios (visita domiciliaria y de búsqueda activa, según normas del PAI).
 - Realizar monitoreo rápido de coberturas en la zona de procedencia del caso (barrios vecinos y/o compañías).
 - Durante epidemias, iniciar o completar esquema de vacunación con SPR a población de 6 meses en adelante y con SR a niños y niñas de 2 a 4 años, iniciando en la zona afectada y avanzando hasta obtener coberturas mayores o iguales a 95% en el distrito (Ver Normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones del MSP BS).
 - Elaborar informe de investigación e intervención anexando los registros de investigación y enviarlo al nivel superior.

CUADERNO DE EJERCICIOS: Ejercicio 16, página 19 (Video) - **Caso:** Diarrea
Ejercicio 17, página 20 - **Caso:** Paulo
Ejercicio 18 (Video) Rigidez de Nuca - página 21

SOSPECHA DE PALUDISMO O MALARIA (AKANUNDU RO`Y) (AMARILLO)

El Paludismo o Malaria es una enfermedad infecciosa aguda, producida por parásitos del género Plasmodium (Falciparum, Vivax, Malarie, u Ovale), transmitida a través de la picadura del mosquito del género Anopheles o ñati´u akuá, Especie Darlinggui, Albitarsis y Strodei, que se cría en ríos, arroyos, lagos, aguas estancadas, etc. Pican con más frecuencia al amanecer y anochecer.

En el Paraguay existen zonas de mayor o menor riesgo:

- **Alto Riesgo:** departamentos de Caaguazú, Alto Paraná, y Canindeyú.
- **Mediano Riesgo:** Amambay, San Pedro, Caazapá, Itapúa.
- **Bajo Riesgo:** Cordillera, Paraguari, Misiones, Central, Concepción.
- **Sin riesgo:** Ñeembucu y Chaco.

Los síntomas son: escalofríos (chuchos), vómitos, fiebre y sudoración en intervalos de 48 o 72 horas y pueden ir acompañados de decaimiento general, dolores de cabeza, músculos, articulaciones, náuseas, vómitos y esplenomegalia.

En un lapso de 24 horas después de la aparición de la fiebre, un caso de paludismo sin complicaciones puede convertirse en paludismo grave. Esta afección tiene complicaciones como paludismo cerebral, y/o anemia grave y puede ocasionar la muerte si no se recibe tratamiento de urgencia

Si el niño o niña que se está evaluando, no presenta ningún signo general de peligro, ni rigidez de nuca, observe la fila siguiente. Si vive o procede de una zona de riesgo de paludismo, considere la posibilidad de que tenga paludismo. Si no corresponde esta clasificación pase a la siguiente fila y considere otras causas de fiebre.

El diagnóstico se realiza a través del examen microscópico del extendido de una gota de sangre (gota gruesa) determinándose la especie de parásito infectante.

Cuando un niño o niña presenta alguno de los síntomas antes citados clasifique como SOSPECHA DE PALUDISMO.

SOSPECHA DE LEISHMANIOSIS VISCERAL (ROJO)

En Paraguay, la leishmaniosis visceral humana es altamente endémica en Asunción y el departamento Central.

DEFINICIÓN DE CASOS DE LEISHMANIOSIS VISCERAL:

CASO SOSPECHOSO:

- **Proveniente de área de transmisión:** toda persona con fiebre prolongada, de más de 15 días y esplenomegalia (py-Î ruru lado izquierdo) asociada o no a hepatomegalia.
- **Proveniente de área sin transmisión:** toda persona con fiebre prolongada, de más de 15 días y esplenomegalia asociada o no a hepatomegalia, una vez descartados otros diagnósticos diferenciales propios de la región de donde proviene.

CASO CONFIRMADO:

- **Criterio Laboratorial:** es todo caso sospechoso con observación directa del parásito, cultivo positivo, PCR positiva o serología positiva por el método RK39.
- **Criterio Terapéutico:** es todo caso sospechoso proveniente de área endémica de transmisión, con sospecha clínica sin confirmación laboratorial, pero con una respuesta favorable a la medicación.

SIGNOS Y SINTOMAS DE SOSPECHA DE LEISHMANIOSIS VISCERAL:

- Fiebre prolongada, que dura semanas a meses.
- Abdomen abultado debido al agrandamiento del bazo.
- Decaimiento, pérdida de peso, a veces tos seca.
- Anemia presente, glóbulos blancos bajos y plaquetas disminuidos.
- Sangrados y moretones.
- Cuando el niño/niña tiene enfermedades oportunistas como neumonías y diarreas.

PROCEDIMIENTO ANTE SOSPECHA DE LEISHMANIOSIS VISCERAL:

- Examinar si tiene bazo agrandado (esplenomegalia=py-ã ruru lado izquierdo).
- Hacer examen físico completo y evaluar el estado general del paciente.
- Determinar si tiene otras causas de fiebre.
- Remitir a los centros centinelas para diagnostico laboratorial:
 1. Instituto de Medicina Tropica, teléfono N°: 292 654.
 2. Hosp. Niños de Acosta Ñu, teléfono N°: 578 641/578 693.
 3. Centro Materno Infantil de San Lorenzo, Facultad de Ciências Médicas – Universidad Nacional de Asunción, teléfono N°: 683 930/2.
 4. Instituto de Previsión Social-Hospital Central, teléfono N°: 290 136.
 5. Hosp. de Clínicas, teléfono N°: 420 982/4.
 6. Hosp. Nacional Itauguá, teléfono N°: 0294-21450/4.

6. EVALUAR Y CLASIFICAR PROBLEMAS DEL OÍDO

Un niño o niña con un problema de oído puede tener una infección que provoca la inflamación del mismo, produciendo lo que se denomina OTITIS. Esta inflamación puede ocurrir en los diferentes compartimentos del oído el cual se divide en: oído externo, oído medio y oído interno. Cada sección tiene características estructurales y funcionales diferentes.

Cuando ocurre una infección en el oído, puede acumularse pus detrás del tímpano (oído medio), causando dolor y, a menudo, fiebre. Si no se trata la infección, puede complicarse. La fiebre y otros síntomas acompañantes probablemente cesen, pero el niño o la niña puede no oír bien porque el tímpano está perforado o por otras complicaciones e incluso ocasionar sordera.

A veces la infección se extiende desde el oído al hueso mastoideo (apófisis mastoidea), ubicado detrás de la oreja, causando MASTOIDITIS (osteomielitis del hueso mastoides).

La infección del oído también puede extenderse a otras estructuras vecinas causar sinusitis, absceso cerebral y meningitis. Estas dos últimas, son consideradas enfermedades graves, requieren atención urgente y la necesidad de referir al niño o niña que las padezca a un servicio de atención más complejo.

Salvo que haya alguna complicación, las OTITIS muy rara vez causan la muerte, pero ocasionan muchos días de enfermedad y son la causa principal de sordera en los países en desarrollo, la cual ocasiona al niño o niña, problemas de desarrollo y de aprendizaje en la escuela.

En este módulo, se tratarán principalmente las afecciones del *oído medio* (OTITIS MEDIA) y de estructuras contiguas a él, MASTOIDITIS (hueso o apófisis mastoides). En el Cuadro de Procedimientos, lo descrito en las columnas EVALUAR Y CLASIFICAR, le ayudará a usted a reconocer los problemas de oído debidos a infecciones del oído.

6.1. EVALUAR PROBLEMAS DEL OÍDO

En un niño o niña con problemas de oído se deben evaluar:

- El dolor de oído.
- La presencia o no de supuración del oído.
- Si hay supuración, por cuánto tiempo.
- La presencia de tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja (signo de mastoiditis).

En el Cuadro de Procedimiento donde está la columna “EVALUAR”, encontrará los pasos para evaluar el problema de oído.



Para TODOS los niños y niñas, PREGUNTE:

▪ **¿Tiene un problema de oído?**

Si la madre responde que NO, anote su respuesta, y nunca deje de evaluar el oído.

Si la madre responde que SÍ, siga con la próxima pregunta.

▪ **¿Tiene dolor de oído?**

El dolor de oído puede indicar que tiene una infección. Si la madre no está segura de que hay dolor de oído, pregúntele si el niño o niña ha estado irritable.

▪ **¿Le está supurando el oído? En caso afirmativo, ¿desde cuándo?**

La supuración del oído es también un signo de infección y generalmente se refiere a que la infección tiene su origen por detrás del tímpano lo cual corresponde a OTITIS MEDIA.

Cuando pregunte sobre la presencia o no de supuración del oído en el niño o niña, hágalo con palabras que la madre entienda bien.

Si ha tenido supuración de oído, pregunte desde cuándo. Déle tiempo a la madre para que conteste la pregunta. Tal vez necesite recordar cuándo empezó a supurar.

Usted clasificará y tratará el problema de oído según este signo, en base al tiempo que haya estado supurando:

- Un oído que haya supurado por menos de 2 semanas se considera como OTITIS MEDIA AGUDA.
- Un oído que haya supurado por 2 semanas o más se considera como OTITIS MEDIA CRÓNICA derive al especialista.



En todo niño o niña **OBSERVE** y **DETERMINE**:

- **Si hay supuración de oído**

La supuración que sale del oído es signo de infección, incluso si el niño o niña ya no siente dolor. Observe el oído para ver si supura y realice una revisión con el otoscopio, si esta disponible en su servicio.

- **Si hay tumefacción dolorosa detrás de la oreja**

Palpe por detrás de ambas orejas. Compárelas y decida si hay tumefacción dolorosa del hueso mastoideo. En los lactantes, la tumefacción puede estar arriba de la oreja.

Debe haber tumefacción y dolor en el hueso mastoideo para clasificar un caso como MASTOIDITIS, la cual es una infección (osteomielitis) de dicho hueso. Debe tratar de no confundir la inflamación de los ganglios linfáticos con una mastoiditis.

- **Si el tímpano está rojo y/o con pérdida del triángulo luminoso y/o inmóvil**

La técnica de visualización del tímpano se realiza con el otoscopio.

Para determinar infección del oído usando otoscopio es necesaria la capacitación del/la trabajador/a de salud y disponibilidad del equipo en los servicios de salud.

6.2. CLASIFICAR PROBLEMAS DEL OÍDO

Hay cuatro clasificaciones para los problemas de oído:

- MASTOIDITIS
- OTITIS MEDIA AGUDA
- OTITIS MEDIA CRÓNICA
- NO TIENE OTITIS MEDIA

Observe en el Cuadro de Procedimientos y ubique las columnas EVALUAR y CLASIFICAR para clasificar problemas de oído.

MASTOIDITIS (ROJO)

Si un niño o niña cuando usted le palpa, presenta una tumefacción dolorosa detrás de la oreja, clasifíquelo como MASTOIDITIS y refiérale URGENTEMENTE al hospital.

OTITIS MEDIA AGUDA (AMARILLO)

Si usted observa que el oído del niño o niña supura y determina que ha estado así por menos de dos semanas, o si hay dolor de oído o con la otoscopia se observa que el tímpano está rojo e inmóvil y/o con pérdida del triángulo luminoso (otoscopia), clasifique la enfermedad como OTITIS MEDIA AGUDA.

OTITIS MEDIA CRÓNICA (AMARILLO)

Si usted observa que el oído del niño o niña supura, y determina que ha estado así durante dos semanas o más aunque no presente dolor al momento de la evaluación, clasifique el problema como OTITIS MEDIA CRÓNICA.

NO TIENE OTITIS MEDIA (VERDE)

Si no hay dolor de oído ni se ve supuración, la enfermedad se clasifica como NO TIENE OTITIS MEDIA. No se necesita administrar tratamiento adicional.

CUADERNO DE EJERCICIOS: Ejercicio 19, página 22 - **Caso:** Carmen

CUADERNO DE EJERCICIOS: Ejercicio 20, página 24 - **Caso:** Andrés

7. EVALUAR Y CLASIFICAR PROBLEMAS DE GARGANTA

En la mayoría de los niños y niñas cuando presentan una infección de garganta o faringe ésta tiene como agente causal a un virus. Sin embargo, en un 30% de los casos y en aquellos/as mayores de 2 años, la infección de garganta puede ser causada por bacterias y es el llamado *Streptococo B hemolítico del grupo A* (EBHA) el causante más común.

Estas infecciones de garganta de origen bacteriano suelen presentarse, principalmente, en los niños y niñas mayores de 2 años de edad, y es muy poco probable que ocurra en menores de 2 años, en los que frecuentemente tienen origen viral.

La infección de garganta de causa bacteriana es menos frecuente de lo que se piensa y cuando se presenta en los niños y niñas pequeños/as y especialmente, en menores de 2 años de edad, no lleva, por lo general, a la aparición de una de sus complicaciones más temidas que es la Fiebre Reumática. Esta complicación es tardía, producida posteriormente a la infección de garganta por EBHA y es más frecuente en la edad escolar.

Aunque se sabe que las infecciones de garganta son en su mayoría virales, siguen siendo una de las principales causas de abuso de antibióticos. Por ello, es importante realizar un diagnóstico adecuado de los problemas de garganta.

7.1. EVALUAR EL PROBLEMA DE GARGANTA

En todo niño o niña que presente problema de la garganta evalúe lo siguiente:

- Exudados blancos en la garganta
- Garganta eritematosa o roja
- Inflamación de la garganta con placas y/o membranas.
- Ganglios linfáticos del cuello, aumentados de tamaño y dolorosos

Para evaluar problemas de garganta en los niños y las niñas, recurra al Cuadro de Procedimientos, en el cual encontrará las indicaciones referentes a las preguntas y observaciones a realizar para pasar luego a la columna EVALUAR y luego la denominada CLASIFICAR.



En TODOS los niños y niñas, PREGUNTE:

- **¿Tiene el niño o niña un problema de garganta?**

Cuando un niño o niña tiene un problema de garganta, por lo general, la manifestación o el síntoma más frecuentemente referido por la madre o el/la cuidador/a es el *dolor de garganta*.

Pregunte a la madre si el niño o niña tiene problemas de garganta, si ella responde que NO, anote su respuesta y NO evalúe el problema de garganta. Pase a verificar si hay malnutrición.

Si la madre responde que SI, entonces pase a los puntos que siguen.



En todo niño o niña con problema de garganta, OBSERVE y DETERMINE:

- **¿Tiene la garganta exudados blancos o está eritematosa (roja)?**

En todo niño o niña que tiene un problema de garganta procure en él o ella, una buena apertura de la boca y apoyado con suficiente iluminación. Observe si la garganta, especialmente en la parte posterior y a los lados, presenta *exudados blancos* y/o se halla con un enrojecimiento difuso. En este último caso, se dice que la garganta está *eritematosa* (roja), lo cual sugiere inflamación.

- **¿Tiene la garganta placas o membranas?**

En el examen de la garganta del niño o niña, también determine si además de inflamación, presenta *placas* o si existen *membranas* que pueden ser de aspecto delgado y color gris, como una telaraña y que si están adheridas a las paredes de la garganta y que provocan sangrado al tratar de separarlas, sugieren la presencia de una Difteria como se verá más adelante.

- **¿Tiene en el cuello ganglios dolorosos y aumentados de tamaño?**

Palpe en el niño o niña, con problema de garganta, los ganglios que están en la parte delantera del cuello para determinar si están aumentados de tamaño y dolorosos.

En caso de que los ganglios estén dolorosos y aumentados de tamaño y, además hay exudado en la garganta, se clasifica este problema como una FARINGOAMIGDALITIS AGUDA SUPURADA.

Si los ganglios no están tumefactos (aumentados de tamaño) ni dolorosos y la garganta está roja o eritematosa el problema de garganta se clasifica como FARINGITIS VIRAL.

7.2. CLASIFICAR EL PROBLEMA DE GARGANTA

De acuerdo a las evaluaciones que sean realizadas, según se explicó antes, hay 3 clasificaciones para el problema de garganta:

- DIFTERIA
- FARINGOAMIGDALITIS AGUDA SUPURADA
- FARINGITIS VIRAL

En la columna “CLASIFICAR”, del Cuadro de Procedimientos para problemas de garganta en su parte inferior, encontrará estas clasificaciones.

DIFTERIA (ROJO)

Cuando un niño o niña presenta inflamación de la garganta junto con placas y/o membranas como se describió antes, usted debe sospechar, de inmediato, de que se trata de un caso de Difteria. Por la gravedad de esta enfermedad, la misma es de derivación o **REFERENCIA URGENTE** a un hospital. En el apartado referente a “Enfermedades Prevenibles por Vacunas” usted encontrará los pasos a seguir ante un caso sospechoso de Difteria.

FARINGOAMIGDALITIS AGUDA SUPURADA (AMARILLO)

Como se mencionó antes, en el niño o niña, si además del dolor de garganta, usted observa en la misma un exudado blanco y palpa, en la parte anterior del cuello, ganglios linfáticos dolorosos y aumentados de tamaño, clasifique la enfermedad como FARINGOAMIGDALITIS AGUDA SUPURADA. Tenga en cuenta que esta clasificación es muy rara antes de los 2 años de edad.

FARINGITIS VIRAL (VERDE)

Si en la evaluación del niño o niña, usted encuentra que su garganta está eritematosa o roja, hay dolor, pero no palpa ganglios linfáticos dolorosos o aumentados de tamaño en el cuello, clasifique el problema como FARINGITIS VIRAL.

CUADERNO DE EJERCICIOS: Ejercicio 12, Caso Andrés.

8. EVALUAR Y CLASIFICAR MALNUTRICION

En TODOS los niños y niñas observe y determine si hay MALNUTRICION

Cualquier condición que establezca un problema nutricional, es decir por ejemplo, tanto la desnutrición (por déficit) como la obesidad (por exceso), implica para el ser humano un estado de MALNUTRICION.

DESNUTRICION

La desnutrición es un cuadro clínico producido por un insuficiente aporte de proteínas y/o calorías necesario para satisfacer las necesidades fisiológicas del organismo. Con menor frecuencia puede ser producido por pérdidas excesivas de nutrientes consecutivas a trastornos digestivos o cuadros infecciosos reiterados.

En su origen intervienen numerosos factores tales como la falta de educación, pobreza, escasez de alimentos, hábitos dietéticos, falta de agua potable, etc.

- Según la *etiología* se dice que la desnutrición puede ser:

Primaria la cual es debida a una carencia exógena de alimentos,

Secundaria a enfermedades que interfieren con la digestión, absorción o utilización de los nutrientes como por ejemplo los Síndromes de malabsorción (Enfermedad celiaca, Fibrosis quística, parasitosis, etc.) o con alta demanda energética como algunos casos de cardiopatías congénitas, entre otras.

Mixta Cuando coexisten ambas situaciones.

- Según la *evolución* y la *capacidad adaptativa* del niño o niña, la desnutrición puede ser:

Global: se define como la deficiencia del peso con relación a la edad y se produce como resultado de desequilibrios nutricionales pasados y recientes. Se considera que un niño o niña de una edad dada tiene peso insuficiente cuando éste es menor al mínimo que se espera para esa edad según los patrones de desarrollo físico establecidos para una determinada población, en este caso el puntaje z^{16} **peso/edad** es inferior a -2 Desviaciones Estándar (DE) ¹⁷ con respecto a la mediana de peso de la población de referencia o al Percentil 3¹⁸.

Aguda: La desnutrición aguda es el resultado de desequilibrios nutricionales recientes y se refleja en la relación entre el peso del niño o niña y su talla. Se considera que existe desnutrición aguda, si el puntaje z de **peso/talla** es inferior a -2 (MENOS DOS) desviaciones estándar con respecto a la mediana de la población de referencia.

Crónica: La desnutrición crónica es el resultado de desequilibrios nutricionales sostenidos en el tiempo y se refleja en la relación entre la talla del niño o niña y su edad. Se considera que existe desnutrición crónica, esto es insuficiencia de talla, si el puntaje z **talla/edad** es inferior a -2 DE con respecto a la mediana de talla de la población de referencia.

- Según tipo de carencia y tiempo de instalación la desnutrición tiene formas clínicas, y éstas son: *Marasmo* y *Kwashiorkor*

Ambos casos corresponden a formas muy graves de desnutrición por lo tanto están en riesgo de varios problemas potencialmente mortales como hipoglucemia, hipotermia, infección grave y trastornos de electrolitos graves. Debido a esta vulnerabilidad, necesitan una evaluación cuidadosa y un tratamiento y manejo especiales, con alimentación y vigilancia regulares.

16 **Puntaje z** : Es una medida lineal que permite su trato estadístico y matemático, e iguales puntos de corte frente a cualquier indicador antropométrico, ambas cosas no realizables con los percentiles. Se obtiene desarrollando la fórmula: $(\text{valor observado} - \text{valor promedio estándar}) / \text{Desviación estándar del valor promedio}$

17 **Desvío Estándar:** es una medida de dispersión que muestra cómo se distribuye los valores alrededor de un promedio (variabilidad). En una distribución simétrica o curva de Gauss, el 95% de la población se encuentra entre $+2$ y -2 DE. Es un número fijo, calculado, que siempre se mueve a una distancia constante a cada lado del promedio o mediana.

18 **Percentil:** es una medida de dispersión que corresponde a la posición de una medición determinada dentro de una ordenación por tamaño. Por ejemplo: P_{90}^o de talla para una determinada edad, significa que el 10% de los niños de esa edad son más altos y el 90% más bajos que el valor encontrado.

- MARASMO

Denominada también desnutrición calórica-proteica. Corresponde a una emaciación severa y en este caso es posible utilizar el peso para la evaluación utilizando el indicador Peso/Talla. Es decir que, cuando un niño o niña tiene el peso para la talla menor a -3 DE de Peso/talla tiene el diagnóstico de MARASMO.

Los signos clínicos de un niño con emaciación grave visible son: una apariencia muy delgada y pérdida de grasa subcutánea lo cual hace que la piel de los hombros, brazos, nalgas y muslos sean redundantes (cuelgan) y el contorno de las costillas se hace visible. Tiene aspecto de “viejo”.



- KWASHIORKOR

Niño con kwashiorkor



Denominada también desnutrición proteico-calórica. En este caso el peso no sirve más que para realizar el seguimiento de la evolución pues la característica principal es la presencia de edema que comienza en miembros inferiores y si progresa sin recibir tratamiento puede haber incluso edema de ambas manos. El edema se produce por la baja concentración de proteínas en sangre (hipoproteinemia).

También son características, las lesiones en piel principalmente en zonas de pliegues (flexura del codo, zona inguinal, etc.) y periorificiales (boca). Estas lesiones son debidas a la falta de vitaminas y minerales.

Muchos niños y niñas de nuestro país pueden estar desnutridos, pero a veces **los profesionales de la salud o la familia no notan el problema** por eso es importante vigilar el crecimiento de todos los niños y niñas independiente del motivo de consulta, por medio del uso de los gráficos de crecimiento y desarrollo a fin de evaluar la tendencia de la curva de crecimiento y realizar el seguimiento.

La identificación y tratamiento de los niños y niñas con desnutrición puede ayudar a prevenir numerosas enfermedades graves y la muerte. Todos aquellos/as con desnutrición grave o con desnutrición moderada y una patología asociada deben ser **REFERIDOS URGENTEMENTE** a un hospital.

Aquellos/as con desnutrición moderada sin patología asociada o con **riesgo de desnutrir** deben ser evaluados por un profesional médico del servicio de salud.

EXCESO DE PESO

Si bien la desnutrición es un problema de salud que debe ser atendido de manera inmediata, también el EXCESO DE PESO constituye una forma de malnutrición y trae consigo una serie de complicaciones para el ser humano inclusive durante la niñez. Con relación al exceso de peso se pueden dar dos situaciones, una es la del *sobrepeso* la cual es más bien una condición de riesgo pero no de enfermedad o problema grave. La otra situación es la de la *obesidad* que ya es considerada como un problema o enfermedad nutricional propiamente dicho. Es decir que sobrepeso y obesidad se refieren al exceso de peso pero no son la misma cosa.

La obesidad es una enfermedad crónica que está relacionada con problemas orgánicos (Hipotiroidismo, enfermedades congénitas, etc.) en menos del 5% de los casos. Es decir que más del 90% de los casos la obesidad es de causa externa, relacionada principalmente a **hábitos de vida poco saludables** como por ejemplo, el consumo excesivo de comidas con alto contenido de grasas y azúcares simples (comidas rápidas, frituras, dulces, galletitas rellenas, gaseosas, productos envasados como jugos en cajas, papas fritas, entre otros). **El sedentarismo** es entonces la otra causa principal de la aparición de sobrepeso y obesidad en niños y niñas, y adultos.

8.1. EVALUAR MALNUTRICION

Observe el cuadro de la columna EVALUAR que aparece en el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR del Cuadro de Procedimientos. En él se describe cómo evaluar la MALNUTRICION.

8.1.1. EVALUE DESNUTRICION



En TODOS los niños y niñas, PREGUNTE:

- **Sobre la alimentación: características y si existe algún problema.**
 - a) Para niños y niñas **menores de 2 años**. Realice a la madre preguntas sencillas tales como:
 - ¿Toma pecho materno? ¿Recibe algún otro tipo de fórmula láctea o leche?: ¿Qué fórmula u otra leche le esta dando?; ¿Qué volumen consume el niño o niña por día? ¿Cómo prepara la leche? ¿Le agrega algo a la leche o fórmula para endulzarla? ¿Qué otros alimentos consume (complementarios)? ¿Cuántas veces al día está siendo alimentado? Cuánta comida consume en cada tiempo?
 - b) Para niños y niñas de **2 a 5 años** de edad. En estos casos los niños y niñas ya tienen una alimentación diversificada por lo que usted puede preguntar a la madre:
 - ¿Qué come el niño o niña en un día normal? ¿Come verduras y frutas? ¿Con qué frecuencia? ¿Consume leche o derivados, con que frecuencia?. ¿Consume refrescos o gaseosas? ¿Con qué frecuencia?. ¿Cuántas comidas y refrigerios (colaciones, meriendas) hace el niño o niña por día?
 - ¿Come el niño o niña alguno de los siguientes alimentos y con qué frecuencia?:

- *Tortas o dulces, manteca o margarina, miel, chocolate, manteca de maní, mermeladas;
- *Refrigerios con alto contenido energético tales como: galletitas saladas, etc.
- *Alimentos fritos: papas fritas, carnes fritas.
- *Carne grasosa, embutidos.

▪ **Acerca de actividad física en todos los niños y niñas:**

Ya desde pequeños/as los niños/as sanos son activos, por lo que es importante evaluar la actividad física. Usted puede realizar preguntas para averiguar cuantas horas de actividad física tiene el niño o niña. como por ejemplo:

Pregunte también sobre las oportunidades que tiene el niño o niña para actividad física y/o para jugar y con qué frecuencia.

¿Cuanto tiempo pasa el niño o niña en su cuna? ¿Cuántas horas dedica a ver televisión, juega con computadoras o juegos de video?

Recuerde que los niños menores de dos años no deben ver Tv.

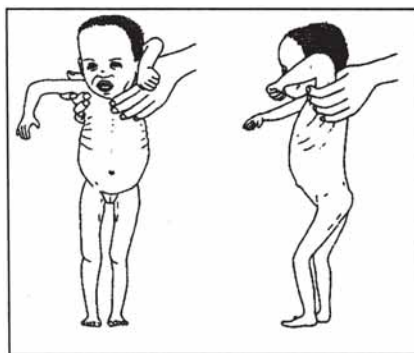


En todos los niños y niñas, OBSERVE y PALPE:

▪ **Si hay emaciación visible grave.**

Un niño o niña con emaciación visible grave tiene MARASMO, una forma de desnutrición grave. Esta muy delgado/a, no tiene grasa y parece como si sólo tuviera piel y huesos. Algunos/as son delgados/as pero no tienen marasmo. Desvista al niño o niña observe:

- Si hay atrofia muscular en los hombros, brazos, nalgas y piernas.
- Si se ve fácilmente el contorno de las costillas.
- Las caderas, pueden parecer pequeñas si las compara con el tórax y el abdomen.
- Al niño o niña de perfil para ver si no tiene grasa en las nalgas. Cuando la atrofia es extrema, hay numerosos pliegues de la piel en las nalgas y muslos. Da la impresión de estar usando "pantalones flojos" (signo del calzón).
- El rostro de un niño o niña con marasmo tiene "cara de viejo"
- El abdomen quizás esté grande y distendido.



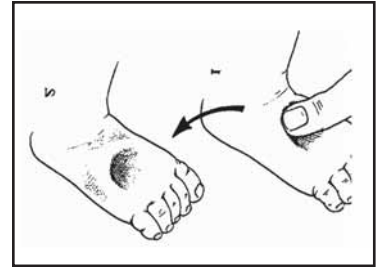
▪ **Si hay edema en ambos pies**

Un niño o niña con edema en ambos pies puede tener KWASHIORKOR otra forma de desnutrición grave; en casos muy graves este edema puede extenderse y ser generalizado.

El edema se produce cuando se acumula líquido en el tejido celular subcutáneo¹⁹. Para determinar presencia de edema:

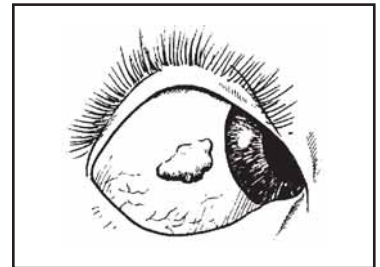
19 Los niños y las niñas con edema en ambos pies pueden tener otras enfermedades, como síndrome nefrótico. No es necesario distinguir estas enfermedades del Kwashiorkor porque también requiere que se refiera al niño o niña al hospital.

- Revise los pies del niño o niña.
- Use su dedo pulgar para presionar suavemente por algunos segundos, el dorso de ambos pies. Hay edema si queda la marca del dedo (fóvea), cuando deja de presionar.
- Busque signo de edema en otros sitios como por ejemplo en la cara anterior de la tibia (Signo de Godet).



▪ **Otros signos de Kwashiorkor que incluyen:**

- Cabello seco, fino, ralo y descolorido que cae fácilmente (Signo de la Bandera)
- Piel seca, escamosa especialmente en brazos y piernas.
- Rostro hinchado o en forma de “luna”.
- Lesiones en la piel, sobre todo en las zonas de pliegue (flexura del codo, nalgas, entre piernas, etc.)
- Mancha de Bitot (xerosis conjuntival): signo de xeroftalmía en un niño con carencia de vitamina A
- Lesiones peribucales
- Úlcera de córneas



Mancha de Bitot (xerosis conjuntival): signo de xeroftalmía en un niño con carencia de vitamina A

CUADERNO DE EJERCICIOS: Ejercicio: 21, página 25

ALBUM DE FOTOGRAFIAS: Fotos N° 47 a 58



En todo niño o niña DETERMINE:

- **Estado nutricional con gráfico PESO/EDAD en todos los niños y niñas menores de dos años**

Los niños y niñas menores de 2 años serán evaluados con el parámetro *Peso/Edad*. Para ello debe utilizar el gráfico específico recomendado por la Organización Mundial de la Salud. Estos gráficos o curvas de crecimiento presentan líneas que corresponden a Desviaciones Estándar (DE)¹⁷, por ejemplo: +1 DE, -1 DE, -2 DE, -3 DE, que permiten ubicar y clasificar el estado nutricional.

En su Cuadro de Procedimientos, encontrará los gráficos de Peso/Edad para NIÑOS y para NIÑAS menores de 2 años, elija el que corresponda según el sexo.

PARA DETERMINAR EL PESO PARA LA EDAD:

1. Calcule la edad en meses para menores de 2 años (0 a 23 meses).
2. Pésele si aún no se le pesó en la consulta, para ello use una balanza calibrada estando el niño o niña con la menor cantidad posible de ropa, luego anote el peso
3. Utilice el gráfico de Peso para la Edad para menores de 2 años según se trate de un niño o de una niña.
5. Mire el eje de la mano izquierda (vertical) para ubicar la línea que muestra el peso en kilos.
6. Mire el eje inferior (horizontal) del gráfico para ubicar la línea que muestra la edad en meses.

7. Busque el punto donde se encuentra la línea del peso del niño o niña que se está evaluando con la línea para la edad correspondiente.
8. Determine donde se ubica el punto:

- Si el punto se ubica por debajo de la línea correspondiente a -3 DE tiene DESNUTRICIÓN GRAVE (Zona roja por debajo de la última línea en el gráfico).
- Si el punto se ubica entre -2 DE y -3 DE tiene DESNUTRICIÓN MODERADA (Zona roja por encima de la última línea).
- Si el punto se ubica entre -1 DE y -2 DE tiene RIESGO DE DESNUTRICIÓN (Zona amarilla).
- Si el punto se ubica por encima de -1 DE y más, NO TIENE DESNUTRICIÓN (Zona verde).

Observaciones:

- Si el niño o niña se halla con deshidratación, evalúe el estado nutricional una vez que este normohidratado/a.
- En el niño o niña con edema no utilice el indicador Peso/Edad.

▪ **Estado nutricional con gráfico PESO/TALLA en niños y niñas de dos años y más**

Los niños y las niñas que tienen dos años o más de edad deben ser evaluados/as con el parámetro Peso/ Talla. Con este parámetro se evalúa el peso que deben tener para una talla o estatura determinada. Usted encontrará gráficos que corresponde a NIÑOS y a NIÑAS, elija la que corresponda.

PARA DETERMINAR EL PESO PARA LA TALLA:

1. Identifique correctamente la edad del niño o niña a evaluar, antes de elegir la tabla que se utilizará. En este caso se evaluarán con la tabla peso para la talla aquellos niños y niñas con edad igual o mayor a dos años.
2. Pésele si aún no se le peso en la consulta, para ello use una balanza calibrada estando el niño o niña con la menor cantidad posible de ropa, luego anote el peso.
3. Mida la talla siguiendo las indicaciones que se dan al respecto más adelante.
4. Utilice el gráfico de Peso para la Talla para niños o niñas de 2 a 5 años.
5. Mire el eje de la mano izquierda (eje vertical) para ubicar la línea que muestra el peso en kilos.
6. Mire el eje inferior (eje horizontal) del gráfico para ubicar la línea que muestra la talla, estatura o longitud expresado en centímetros (cm).
7. Busque el punto donde se encuentran (se cruzan) la línea del peso y la línea de la talla que presenta el niño/a al momento de la evaluación.
8. Determine donde se ubica el punto:
 - Si el punto se ubica por debajo de la línea que corresponde a -3 DE tiene DESNUTRICIÓN GRAVE (ZONA ROJA por debajo de la última línea en el gráfico).
 - Si el punto se ubica entre -2 DE y -3 DE tiene DESNUTRICIÓN MODERADA (ZONA ROJA por encima de la última línea).

- Si el punto se ubica entre -1 DE y -2 DE tiene RIESGO DE DESNUTRICIÓN (ZONA AMARILLA).
- Si el punto se ubica por encima de -1 DE y más, NO TIENE DESNUTRICIÓN (ZONA VERDE).

▪ **La Talla para la Edad de todos los niños y niñas menores de 5 años**

Todos los niños y niñas independientemente de la edad deben ser evaluados con el parámetro Talla/Edad, pues esto nos ayudará a determinar la presencia o no de desnutrición crónica. La desnutrición crónica es el resultado de desequilibrios nutricionales sostenidos en el tiempo y se refleja en la relación entre la talla y edad. Se considera que un niño o niña de una edad, manifiesta una deficiencia de talla cuando su altura es menor a la mínima que se espera para esa edad según los patrones de crecimiento de referencia.

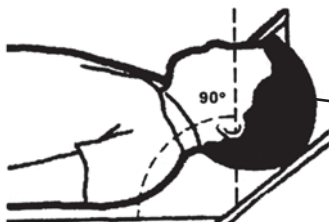
El indicador se construye al comparar la talla del caso evaluado, con la talla correspondiente a niños y niñas de referencia de su misma edad y sexo.

Existen algunas consideraciones específicas en cuanto a la medición que deben ser tenidos en cuenta:

- La **medición de la longitud o talla del niño o niña menor de 2 años de edad**, se realiza estando éstos/as en decúbito dorsal (posición horizontal). El instrumento para medir la longitud se denomina “infantómetro, podómetro o antropómetro” y debe estar en posición horizontal, apoyado sobre una superficie plana, firme y lisa. En su defecto si usted no cuenta con este instrumento puede ser utilizada una cinta métrica inextensible, graduada en centímetros (cm).

Sea cual fuere el instrumento con que se cuente (infantómetro o centímetro) cuide los siguientes puntos:

- a) El niño o niña debe estar acostado en el centro mirando hacia arriba, con la cabeza apoyada en su parte fija o en el extremo de la cinta métrica apoyada en una superficie horizontal lisa y plana, de modo que la dirección de los ojos estén perpendiculares (ángulo recto) a la placa horizontal (Gráfico). Los hombros y las nalgas del niño o niña deben estar bien apoyados en la superficie horizontal.



Línea de visión (ángulo recto con la superficie de la mesa)

Posición de la cabeza para medición de la longitud

- b) Las piernas del niño o niña deben estar extendidas y relajadas, coloque su mano sobre sus rodillas, para que las mismas se mantengan extendidas excepto en los recién nacidos y niños(as) muy pequeños en quienes normalmente no es posible extender totalmente las piernas.
- c) Aproximar la parte móvil del infantómetro o una estructura firme y lisa en caso de usar cinta métrica, contra las plantas de los pies, de modo que toque ambos colocándolos también en posición perpendicular al plano horizontal (Gráfico 7).
- d) Luego anote el número visible en el cual quedó la parte móvil al tomar contacto con los pies según se explica en el punto anterior.



Mano Izquierda

Mano Derecha

- En los **niños y niñas a partir de los 2 años de edad para medir la estatura o talla**, éstos deben ser colocados en posición de pie. Se necesita una superficie plana rígida, puede ser una pared o madera en posición vertical, en ella coloque una cinta métrica inextensible graduada en cm, y utilice una pieza horizontal móvil que se desplace de arriba hacia abajo y que mantenga un ángulo recto con la superficie vertical. El instrumento así conformado se denomina tallímetro pero usted puede efectuar la misma medición utilizando una pared y cinta métrica como se mencionó antes.

Para medir la estatura o talla al niño(a) con 2 años o más de edad realice los siguientes pasos:

- a) Ubique al niño o niña en posición de pie con los talones, nalgas y cabeza, en contacto con el tallímetro o con la pared o superficie que contiene la cinta métrica. Puede ser necesario que un ayudante mantenga los talones en contacto con el piso y las piernas bien extendidas.
- b) Deslice la superficie móvil hacia abajo a lo largo del plano vertical y en contacto con este, hasta que toque la cabeza. Se pide al niño que haga una inspiración profunda y entonces se efectúa la lectura de la cinta métrica.
- c) En todos los casos, la cabeza del niño o niña se debe mantener mirando al frente de manera que los ojos queden en un plano horizontal paralelo al suelo (Plano de Frankfurt). Es importante asegurarse que las rodillas no estén dobladas.
- d) Anote la talla, la cual corresponde al número visible en el que quedó la parte móvil al hacer contacto con la cabeza.



Medición de la talla en niños/as mayores de 2 años.

- En el caso de que no fuera posible medir al niño o niña de 2 años o más en posición de pie, realice la medición en posición horizontal y a la medida obtenida **réstele 0,7 cm** para equiparar el efecto de la gravedad sobre la medición que se hubiera conseguido si se realizaba estando el niño o niña de pie. En caso contrario, si al/la menor de 2 años se la mide de pie, entonces **sume 0,7 cm** a la medida tomada.

PARA DETERMINAR LA TALLA PARA LA EDAD:

1. Identifique correctamente la edad del niño o niña a evaluar, antes de elegir la tabla que se utilizará. En su Cuadro de Procedimientos usted encontrará gráficos de Talla para Edad para niños y niñas de 0 a 2 años y de 2 a 5 años. Elija el gráfico que corresponda según cada caso.
2. Mida al niño o niña teniendo presente lo especificado antes según se trate de un/a menor de 2 años o más.
3. En el gráfico, mire el eje vertical para ubicar la línea que muestra la talla en centímetros (cm).
4. Luego, mire el eje horizontal del gráfico para ubicar la línea que muestra la edad.
5. Busque el punto donde se encuentran (se cruzan) la línea de la talla con la de la edad.
6. Determine donde se ubica el punto:

- Si el punto por debajo de la línea correspondiente a $-2DE$ de la talla promedio esperada para su edad, tiene TALLA BAJA (ZONA ROJA).
- Si el punto está entre $-1DE$ y $-2 DE$ tiene RIESGO DE TALLA BAJA (ZONA AMARILLA).
- Si el punto es mayor a $-1 DE$, no tiene compromiso de talla: TALLA NORMAL (ZONA VERDE).

Observaciones:

1. *En todos los casos independientemente de la clasificación, fíjese en la tendencia de la línea del peso o de la talla, es decir no observe solamente donde cae el peso o la talla actual sino que compare con respecto a evaluaciones anteriores.*
2. *Una con una línea el punto en el gráfico correspondiente al peso o talla actual con el del peso o talla anterior:*
 - *Si la línea es **ascendente** o sea va para arriba el niño o niña esta con un buen crecimiento*
 - *Si la línea esta en **posición horizontal** o **recta** significa que el niño o niña esta frenando el crecimiento y necesita que se evalúen posibles causas de ello.*
 - *Si la línea va hacia **abajo** o sea es **descendente**, significa que hay algún problema de crecimiento ya sea de peso o de talla.*
3. *Si el punto se ubica exactamente sobre una línea que define una situación nutricional, por ejemplo: sobre la línea de -2 DE, evalúe la tendencia de la curva de crecimiento y si la misma es plana o hacia abajo clasifique al niño como Desnutrición Moderada.*

8.1.2. EVALUE EL EXCESO DE PESO

Para evaluar el exceso de peso se utiliza también el gráfico de Peso para la Talla en su Cuadro de Procedimientos, encontrará un gráfico para cada sexo. Aplique la misma técnica antes detallada y tenga en cuenta lo siguiente:

- Si el punto del Peso con respecto a la Talla se ubica entre +1 DE y +2 DE el niño o niña tiene SOBREPESO
- Si el punto del Peso con respecto a la Talla se ubica encima de +2 DE el niño o niña tiene OBESIDAD

8.2 CLASIFICAR LA MALNUTRICION

En cuanto al **PESO**, usted tendrá en cuenta antes que nada la edad del niño o niña para realizar los diferentes diagnósticos de malnutrición:

- Para todos los niños y niñas menores de 5 años las clasificaciones son las siguientes:
 - DESNUTRICIÓN GRAVE.
 - DESNUTRICION MODERADA
 - RIESGO DE DESNUTRICION
 - NO TIENE DESNUTRICION
- Solo en los niños y niñas MAYORES DE 2 AÑOS clasifique:
 - SOBREPESO
 - OBESIDAD

Con relación a la **TALLA**, usted podrá clasificar el estado nutricional en todos los niños y niñas como:

- TALLA BAJA
- RIESGO DE TALLA BAJA
- SIN TALLA BAJA

DESNUTRICION GRAVE (ROJO)

Clasifique al niño o niña como DESNUTRICIÓN GRAVE, si presenta:

- Signos de emaciación visible grave,
- Edema de ambos pies
- Si tiene menos de 2 años y el peso para la edad esta por debajo de -3 DE de la media (por debajo de la última línea de la zona roja)
- Si tiene 2 años o más y el peso para la talla esta por debajo de -3 DE.

Los niños y niñas con DESNUTRICION GRAVE necesitan referencia urgente a un hospital.

DESNUTRICION MODERADA (ROJO)

Clasifique al niño o niña como DESNUTRICIÓN MODERADA cuando:

- Tiene menos de 2 años de edad y el punto de ubicación en el gráfico Peso/Edad está entre -2 DE y -3 DE.
- Tiene 2 años o más y el punto de ubicación en el gráfico Peso/Talla se sitúa entre -2 DE y -3 DE.

Estos niños y niñas si no tienen alguna enfermedad asociada pueden ser tratados en forma ambulatoria y deben ser incluidos en un programa de asistencia nutricional.

RIESGO DE DESNUTRICION (AMARILLO)

Un niño o niña presenta RIESGO DE DESNUTRICIÓN cuando:

- Tiene menos de 2 años de edad y el punto de ubicación en la gráfica Peso/Edad se sitúa entre -1 DE y -2 DE.
- Tiene 2 años o más y el punto se ubica en la gráfica Peso/Talla queda entre -1 DE y -2 DE.

También en este grupo se deben incluir a todos los niños y niñas que tienen una línea de tendencia de crecimiento recta o descendente, situación que amerita la evaluación por profesional médico especializado. Estos deben entrar en un programa de asistencia nutricional (INAN).

Si la tendencia de crecimiento es ascendente realice al niño o niña la atención habitual pero más frecuente en su servicio de salud.

NO TIENE DESNUTRICION (VERDE)

Los niños y niñas menores de 2 años utilizando la gráfica Peso/Edad y los que tienen mayor o igual a 2 años utilizando la gráfica Peso/Talla, que se ubican entre $+1$ DE y -1 DE, se clasifican como NO TIENE DESNUTRICION y deben ser atendidos de acuerdo al esquema de rutina del servicio de salud al que asiste.

CASOS DE REFERENCIA URGENTE AL HOSPITAL

- Todos los niños o niñas que presenten MARASMO Y/O KWASHIORKOR.
- Todos los niños y niñas con DESNUTRICION GRAVE.
- Todos los niños y niñas MENORES DE 1 AÑO de edad independiente del grado de desnutrición que presente (moderada o severa).

- Niños y niñas con DESNUTRICION MODERADA o en RIESGO DE DESNUTRICION que tengan cualquier enfermedad asociada como por ejemplo: NEUMONIA, ENFERMEDAD FEBRIL, DIARREA, etc.

SOBREPESO (AMARILLO)

Clasifique al niño o niña mayor de 2 años como SOBREPESO si el Peso para Talla se encuentra entre +1 y +2 DE.

De consejo a las madres de todos los niños y niñas con respecto a la alimentación adecuada para cada edad y recomiende mejorar su actividad física.

OBESIDAD (ROJO)

Si el niño o niña tiene el Peso para la talla por encima de + 2 DE clasifíquelo como OBESIDAD. Estos niños y niñas tienen necesidad de referencia NO urgente a un hospital, pero sí en la mayor brevedad para ser evaluados y recibir atención especializada (pediatra, endocrinólogo, nutriólogo, psicólogo).

Cada caso precisa de una evaluación más especializada y de análisis laboratoriales en la mayoría de los casos para descartar complicaciones como dislipidemias o problemas ortopédicos por ejemplo.

TALLA BAJA (ROJO)

Si el niño o niña a cualquier edad tiene por debajo de -2 DE en el gráfico de Talla para la Edad, clasifíquelo como TALLA BAJA. Estos niños y niñas deben ser derivados a un centro de referencia para ser evaluados por el especialista.

RIESGO DE TALLA BAJA (AMARILLO)

Clasifique al niño o niña como RIESGO DE TALLA BAJA cuando se sitúa en el gráfico de Talla para Edad entre -1 y -2 DE. Estos niños y niñas se encuentran un poco por debajo de lo esperado en cuanto a su crecimiento lineal y deben ser evaluados en el control ambulatorio de manera sistemática.

Si la tendencia del crecimiento es ascendente aunque permanezca en esta franja, probablemente esa es su evolución natural. Cuando estando en esta franja, su tendencia de crecimiento sufre un estancamiento y la línea se vuelve recta o descendente, debe ser referido a un especialista para evaluación más exhaustiva.

SIN TALLA BAJA (VERDE)

Clasifique al niño o niña como SIN TALLA BAJA si la Talla para la Edad se encuentra por encima de - 1 DE. En estos casos continúe con los controles de rutina.



CUADERNO DE EJERCICIOS: Ejercicio 22, página 26. **Caso:** Rossana

8.3. EVALUAR Y CLASIFICAR EL PERÍMETRO CEFÁLICO

Como se mencionó antes en el Capítulo correspondiente al niño o niña menor a 2 meses, el perímetro o circunferencia craneana refleja el crecimiento del cerebro, y es afectado por el estado nutricional hasta los 36 meses; por lo que su medición debe ser rutinaria pues sirve también para la detección de otras patologías más allá de lo nutricional.

Para realizar la medición del perímetro cefálico es necesaria una cinta métrica inextensible. Coloque al niño o niña en posición sentada con la cabeza erguida y manténgala firme de manera delicada; luego mida la circunferencia aplicando la cinta alrededor del hueso frontal en su punto más prominente (inmediatamente por encima del arco superciliar o sea por encima de las cejas) rodeando con la cinta la cabeza al mismo nivel a cada lado y aplicándola sobre la prominencia occipital u occipucio.

Una vez realizada la medición, seleccione la curva o gráfica que corresponda según el sexo del niño o niña evaluado y verifique en qué punto se ubica la medición:

- El perímetro cefálico es NORMAL cuando se ubica entre el percentil 10 y el 90.
- El perímetro cefálico se halla en zona de RIESGO cuando se encuentra entre el percentil 5 y el 10.
- El niño o niña tiene MICROCEFALIA cuando su perímetro cefálico se halla por debajo del Percentil 5 de la curva.
- El niño o niña presenta MACROCEFALIA o aumento del perímetro cefálico cuando éste se halla por encima del Percentil 90 de la curva.

9. EVALUAR Y CLASIFICAR ANEMIA

La anemia está dada por una reducción de la cantidad de glóbulos rojos o por la disminución del contenido de hemoglobina en cada glóbulo rojo.

Una dieta sin alimentos ricos en hierro puede llevar a deficiencia de hierro y anemia. También se puede desarrollar anemia como resultado de:

- Infecciones, sobre todo si son a repetición.
- Parásitos como uncinarias o tricocéfalos. Estos pueden producir pérdida intestinal.
- El paludismo, que puede destruir rápidamente los glóbulos rojos.

9.1. EVALUAR ANEMIA.

En el Cuadro de Procedimientos, usted encontrará como EVALUAR la ANEMIA.



En todos los niños y niñas, OBSERVE:

- **Si tiene palidez palmar**

La palidez extrema de la piel constituye un signo de anemia. Para verificar si el niño o niña padece palidez palmar, mire la piel de la palma de su mano. Mantenga abierta tomándola suavemente desde el costado. No extienda los dedos hacia atrás dado que esto podría ocasionar palidez al bloquear el suministro de sangre.

Compare el color de la palma del niño o niña con su propia palma y las palmas de otros niños y niñas. Si la piel de la palma del niño o niña está pálida, tiene palidez palmar leve. Si la piel de la palma es muy pálida o está tan pálida que parece blanca, presenta palidez palmar grave.



En todo niño o niña ante la sospecha de anemia, si es posible DETERMINE:

▪ **Nivel de hemoglobina (Hb) y hematocrito (Hto)**

Para clasificar la anemia en según los valores de hemoglobina y hematocrito, utilice el siguiente cuadro:

POBLACIÓN	HEMOGLOBINA (g/dl)	HEMATOCRITO (%)
Niños/as 6 meses a 5 años	11,0	33

WHO/UNICEF/UNU, 1997.

Si la Hb es menor a 7 g/dl la anemia es grave.

9.2. CLASIFICAR ANEMIA

Hay tres clasificaciones para anemia. Ellas son:

- ANEMIA GRAVE
- ANEMIA
- NO TIENE ANEMIA

ANEMIA GRAVE (ROJO)

Si en el niño o niña usted determinó que tenía palidez palmar intensa, clasifique como ANEMIA GRAVE al igual que si pudo realizar la determinación de la hemoglobina y ésta es menor a 7 g/dl. Estos casos necesitan **REFERENCIA URGENTE** a un hospital.

ANEMIA (AMARILLO)

En caso de que el niño o niña presente palidez palmar leve y/o presenta hemoglobina menor a 11 g/dl, clasifíquelo como ANEMIA. Estos casos precisan de tratamiento con suplementos de hierro, además de recibir consejos sobre la alimentación.

NO TIENE ANEMIA (VERDE)

Si el niño o niña no presenta palidez palmar y/o su hemoglobina es igual o mayor a 11 g/dl, clasifique como NO TIENE ANEMIA. Aconseje a la madre sobre la alimentación adecuada a su edad y citar a una consulta para vigilancia de crecimiento y desarrollo, según las normas establecidas.

CUADERNO DE EJERCICIOS: Ejercicio 23, página 27.

CUADERNO DE EJERCICIOS: Ejercicio 24, página 28. Caso: Felipe

10. EVALUAR Y CLASIFICAR EL DESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA DE 2 MESES A 4 AÑOS

Como se observó en el Capítulo correspondiente a Evaluar y Clasificar el Desarrollo del niño o niña menor de 2 meses, el desarrollo infantil es un proceso que comienza desde la vida intrauterina, y que envuelve varios aspectos que van desde el crecimiento físico, pasando por la maduración neurológica, conductual, cognitiva, social y afectiva del niño y la niña. Un adecuado desarrollo tiene como resultado hacer que el niño o la niña sea competente para responder a sus necesidades y a las de su medio, considerando su contexto de vida. (Revisar el capítulo de Desarrollo del/la menor de 2 meses)

10.1. EVALUAR PROBLEMAS DEL DESARROLLO EN EL NIÑO O NIÑA DE 2 MESES A 4 AÑOS

En TODO niño o niña evalúe si presenta algún PROBLEMA DE DESARROLLO



En todos los niños y niñas para evaluar problemas en el desarrollo, AVERIGUE:

- ¿Tiene el niño o niña factores de riesgo para el desarrollo?

En todos los casos usted debe investigar si existen o no factores de riesgos biológicos o ambientales para el adecuado desarrollo del mismo. Estos factores de riesgo se hallan citados en el Capítulo “Evaluar y Clasificar Problemas de Desarrollo en el niño o niña menor de 2 meses”.



En todos los niños y niñas DETERMINE:

- **Perímetro cefálico del menor de 3 años**

El perímetro o circunferencia craneana refleja el crecimiento del cerebro, que es afectado por el estado nutricional hasta los 36 meses; su medición de rutina sirve para la pesquisa de otras patologías. En el capítulo correspondiente a evaluar malnutrición (Sección 8.3) usted encontrará la metodología para realizar la medición del perímetro cefálico.

- **Presencia de dismorfismos o alteraciones fenotípicas**

En el examen físico de todo niño o niña determine si presenta:

- Desproporción craneofacial.
- Aspecto facial fenotípico (no se parece a los padres o hermanos): frente amplia, ojos separados (fenotípico ocular), oreja de implantación baja, micrognatia, pliegues epicánticos, hendiduras mongólicas o antimongólicas.
- Cuello corto, cuello ancho.
- Alteraciones en las extremidades: pliegue simiano, clinodactilia, dedos cortos, campodactilia, sindactilia, polidactilia, etc.
- Desproporción de segmentos corporales.

▪ **Presencia de reflejos y habilidades**

Para determinar la presencia de determinados reflejos y habilidades esperadas en el niño o niña, verifique primero su edad y luego realice la evaluación según grupo etéreo.

Si usted encuentra que el niño no cumple una o más de las condiciones de su grupo de edad, entonces evalúe con el grupo anterior. De este modo usted podrá clasificar el desarrollo del niño/a.

a) Niños y niñas de 2 a 3 meses de edad: En este grupo evalúe si el niño o niña:

1. *Mira el rostro de la madre o del observador:* La respuesta esperada es que el niño o niña mire la cara del examinador/a o de su madre de manera evidente estando ella a 30 cm de distancia aproximadamente.
2. *Sigue un objeto en la línea media:* En este caso el niño o niña debe seguir con los ojos o con los ojos y la cabeza algún objeto de color llamativo ubicado a 30 cm de distancia que es desplazado tanto hacia el lado derecho como izquierdo del niño o niña.



3. *Reacciona al sonido:* Si el niño o niña muestra cualquier cambio de comportamiento, tal como movimiento de los ojos, cambio de expresión o de frecuencia respiratoria al producir sonido (con sonajero por ejemplo) a 20 o 30 cm de cada oreja.
4. *Eleva la cabeza:* en este caso se espera que el niño o niña estando en decúbito ventral (boca abajo), levante la cabeza en la línea media, elevando el mentón momentáneamente de la superficie sin girar para uno de los lados.

b) Niños y niñas de 4 a 5 meses de edad: En este grupo evalúe si el niño o niña:

1. *Responde al examinador:* En este caso el niño o niña mira el rostro del examinador o de la madre, sonrío o emite sonidos intentando “conversar”.
2. *Agarra objetos:* Para evaluar esta habilidad, ofrezca al niño o niña un objeto (juguete, sonajero, etc.), y él/ella lo debe agarrar por algunos segundos.
3. *Emite sonidos:* ante estímulos del examinador o de la madre el niño o niña debe emitir sonidos (gugu, aaaa, eeee, etc.).
4. *Sostiene la cabeza:* Si el niño o niña estando sentado/a con la madre mantiene la cabeza firme, sin movimientos oscilatorios, durante algunos segundos, considere que cumple con esta condición.

c) Niños y niñas de 6 a 8 meses de edad: En este grupo evalúe si el niño o niña:

1. *Intenta alcanzar un juguete:* Es cuando el niño o niña intenta agarrar un objeto extendiendo su brazo o adelantando su cuerpo.
2. *Lleva objetos a la boca:* Deje al alcance del niño o niña un objeto sin puntas y no cortante (cubo o sonajero) que llame su atención y evalúe si lo lleva a la boca.
3. *Localiza el sonido:* En este caso el niño o niña debe responder girando la cabeza hacia el lado que se produce un sonido estando el objeto que lo produce fuera de su campo visual.

4. *Gira sobre su abdomen:* estando el niño o niña en decúbito dorsal (boca arriba), coloque un objeto (juguete) llamando su atención. Observe si el niño consigue girar sólo para agarrar el juguete (pasando de posición decúbito dorsal a decúbito ventral) (de boca arriba a boca abajo). El niño o niña debe cambiar de posición, girando totalmente.

d) Niños y niñas de 9 a 11 meses de edad: En este grupo evalúe si el niño o niña:

1. *Juega a taparse y descubrirse* (juego del “koreko-guá): Colóquese al frente del niño o niña y juegue a desaparecer y aparecer atrás de un paño o atrás de la madre, el(ella) intentará mover el paño de su cara o mirar atrás de la madre.
2. *Transfiere objetos entre una mano y la otra:* Con el niño o niña sentado/a, déle un objeto para agarrar y observe si el niño o niña lo transfiere de una mano a la otra.
3. *Combina sílabas para palabras que le son familiares:* Observe si el niño o niña dice “papa”, “dada”, “mama”, pregunte a la madre si lo hace en casa.
4. *Se sienta sin apoyo:* Coloque al niño o la niña en una colchoneta o camilla. Entréguele un objeto (sonajero o juguete) en las manos y verifique si consigue quedarse sentado/a sin apoyarse en las manos.

d) Niños y niñas de 12 a 14 meses de edad: En este grupo evalúe si el niño o niña:

1. *Imita gestos:* Pregunte y verifique si el niño o niña imita gestos tales como por ejemplo: aplaudir, tirar besos o decir “chau”.
2. *Pinza superior:* En este caso el niño o niña agarra un objeto pequeño haciendo un movimiento de pinza con su mano empleando su pulgar e índice.
3. *Repite palabras*
4. *Camina con apoyo:* Coloque al niño o niña apoyado en un mueble o en una pierna de la madre y verifique si da algunos pasos con este apoyo o sin él.

e) Niños y niñas de 15 a 17 meses de edad: En este grupo evalúe si el niño o niña:

1. *Ejecuta gestos a pedido:* Como por ejemplo: aplaudir, tirar besos o decir chau.
2. *Introduce objetos en un frasco o caja:* el niño o niña coloca por lo menos un cubo u otro objeto dentro del recipiente y lo suelta.
3. *Dice una palabra:* El niño o niña dice por lo menos una palabra que no sea “papá”, “mamá”, o el nombre de algún miembro de la familia o de animales que convivan con él. O si la madre refiere que lo hace en casa.
4. *Camina sin apoyo:* El niño o niña debe caminar con buen equilibrio, sin apoyarse.

f) Niños y niñas de 18 a 23 meses de edad: En este grupo evalúe si el niño o niña:

1. *Identifica dos objetos:* El niño o niña en este caso es capaz de alcanzar o señalar correctamente dos o tres objetos requeridos por el examinador o la madre (Por ejemplo, mostrar una pelota o un lápiz, etc.).
2. *Garabatea espontáneamente:* el niño o niña hace garabatos en el papel, espontáneamente. No considere garabatos a aquellos trazos accidentales, causados por golpear el papel con el lápiz.
3. *Dice tres o más palabras:* El niño o niña debe ser capaz de decir tres o más palabras que no sean “papá”, “mamá”, o el nombre de algún miembro de la familia o de animales que convivan con él, o si la madre informa que lo hace en casa.
4. *Camina para atrás:* En este caso el niño o niña da dos pasos para atrás sin caerse, o si la madre refiere que lo hace en su casa.

g) Niños y niñas de 24 meses (2 años) de edad: En este grupo evalúe si el niño o niña:

1. *Se quita la ropa:* Se evalúa si el niño o niña es capaz de quitarse cualquiera de sus prendas, tales como zapatos, pantalón, camisa, camiseta, vestido, etc., o si la madre refiere que lo hace en casa, entonces cumple con esta condición.
2. *Construye una torre con tres objetos (cubos):* El niño o niña coloca por lo menos tres cubos, uno sobre otro, y estos no se caen cuando retira la mano.
3. *Señala dos figuras.* En este caso, el niño o niña señala correctamente por lo menos dos de 5 figuras que le son mostradas (Ejemplo: casa, flor, pelota, lápiz, juguetes, etc.).
4. *Patea una pelota:* Observe o pregunte a la madre si el niño o niña patea la pelota sin apoyarse en otros objetos.

h) Niños y niñas de 3 años de edad: En este grupo evalúe si el niño o niña:

1. *Se para en un solo pie:* Observe o pregunte a la madre si el niño o niña es capaz de sostenerse sin apoyo en un solo pie.
2. *Copia círculo:* Observe o pregunte a la madre si el niño o niña puede dibujar un círculo.
3. *Inicia juego simbólicos con uno o más pares*
4. *Construye frases:* En este caso los niños y niñas forman oraciones con 3 o más palabras.

i) Niños y niñas de 4 años de edad: En este grupo evalúe si el niño o niña:

1. *Salta en un pie:* Evalúe o pregunte a la madre si el niño o niña es capaz de realizar saltos utilizando un solo pie.
2. *Copia la cruz:* Dibuje una + (cruz) y verifique si el niño o niña es capaz de replicarla.
3. *Se viste sin ayuda:* En esta edad el niño o niña debe ser capaz de utilizar correctamente cierres y/o botones
4. *Cumple ordenes complejas:* En este caso evalúe si el niño o niña es capaz de seguir 3 o más órdenes consecutivas.

10.2. CLASIFICAR PROBLEMAS DE DESARROLLO DEL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS

PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO (ROJO)

Si el niño o la niña presenta ausencia o alteración de uno o más habilidades para su grupo de edad, o su perímetro cefálico está menor que el Percentil 10 o mayor que el percentil 90 (en menores de 3 años), o presenta 3 o más alteraciones fenotípicas, entonces el niño se clasifica como PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO (fila roja).

DESARROLLO NORMAL CON FACTORES DE RIESGO (AMARILLO)

Si el niño o la niña presenta las habilidades esperadas de acuerdo a su grupo de edad, su perímetro cefálico está entre el percentil 10 y 90 (para los menores de 3 años), no presenta 3 o más alteraciones fenotípicas pero existen uno o más factores de riesgo, entonces el niño se clasifica como DESARROLLO NORMAL CON FACTORES DE RIESGO (fila amarilla).

DESARROLLO NORMAL (VERDE)

Si el niño o niña cumple con todas las condiciones del grupo de edad al que pertenece y además no está presente ningún factor de riesgo, entonces clasifica como DESARROLLO NORMAL. (Fila verde del cuadro anterior).

CUADERNO DE EJERCICIOS: Ejercicios: 16, 17, 18 y 19.

11. VERIFICAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA

En TODOS los niños y niñas que acuden a servicios de salud, deberán revisarse los antecedentes de vacunación.



En todos los casos PREGUNTE:

- **-¿Ha recibido el niño o niña todas las vacunas recomendadas para su edad?**

Pregunte a la madre si el niño o niña ha sido vacunado/a.

- **-¿Necesita alguna vacuna ahora?**

En todos los casos, pregunte a la madre si le han explicado cuándo debe vacunar a su hijo o hija y averigüe si en esta consulta le corresponde alguna vacuna.



En todos los niños y niñas VERIFIQUE:

- **Si el esquema de vacunación está completo**

Para verificar que el niño o niña tiene las vacunas que le corresponde pida a la madre que le muestre la Libreta de Salud del niño o la niña y observe si está completo según lo recomendado por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (P.A.I.) del MSP y BS. que consta en el Cuadro de Procedimientos. Las vacunas citadas en el esquema propuesto, son enteramente proveídas por el P.A.I., se hallan disponibles en todos los servicios de salud el MSP y BS; y son gratuitas.

11.1. PROCEDIMIENTO ANTE SOSPECHA DE UNA ENFERMEDAD PREVENIBLE POR VACUNAS

Cuando algunos niños o niñas no son vacunados o la vacunación es incompleta, pueden aparecer algunas de las enfermedades prevenibles por dichas vacunas y producir brotes o epidemias como por ejemplo, la difteria, el sarampión, la rubéola, las paperas, la hepatitis B, o algunos tipos de neumonía o meningitis. Para evitar la muerte por causa de estas enfermedades es necesario identificarlas tempranamente, notificarlas y tomar acciones inmediatas. A continuación se detallan algunas de estas enfermedades y la conducta a seguir en cada caso en base a lo recomendado por el P.A.I.

▪ CASO SOSPECHOSO DE DIFTERIA

Debe sospechar de un caso de Difteria ante un niño o niña o alguna persona mayor, si presenta inflamación de la garganta con placas y/o membranas de color gris. Por la gravedad de esta enfermedad debe **REFERIRLE URGENTEMENTE** al hospital y tener en cuenta la conducta a seguir ante la sospecha de Difteria.

Procedimiento:*

1. Refiera al niño o niña al hospital más próximo para que se le tome una muestra de la placa o membrana de la garganta antes de que le administren antibióticos
Enviar con rapidez al laboratorio para confirmación diagnóstica.
2. Notifique de inmediato la presencia del caso sospechoso al nivel superior que corresponda. Llene completamente cada uno de los datos de la ficha de vigilancia para casos sospechosos de Difteria.
3. Dentro de las primeras 48 horas de identificado el caso tome las siguientes medidas de control en la comunidad para evitar la ocurrencia de otros casos:
 - Realizar visita domiciliaria para la búsqueda activa de otros casos sospechosos de Difteria entre contactos íntimos y portadores a quienes se deberá observar por 7 días para decidir toma para muestra de cultivo.
 - Realizar quimioprofilaxis a las personas que tuvieron contacto con el niño o niña portador/a de Difteria aún si no presentan síntomas o signos de la enfermedad. Esta profilaxis se realiza con penicilina benzatínica o en su defecto con Eritromicina (50 mg/kilo/día) garantizando el tratamiento completo por 10 días.
 - Realizar monitoreo rápido de coberturas de vacunación de acuerdo a las Normas de Vigilancia del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), en la zona de procedencia del caso (barrios vecinos y/o compañías).
 - Iniciar o completar esquema de vacunación con la vacuna DPT (Difteria, Pertusis, Tétanos) a la población de niños y niñas menores de 5 años y aplicar la vacuna Td (Tétanos, Difteria) a aquellos/as con 5 años y más de edad incluso a los adultos, iniciando en la zona en la que se detectó el caso y luego progresar hasta obtener coberturas mayores o iguales a 95% en el distrito (Normas del PAI).
 - Elaborar un informe de investigación e intervención anexando los registros de investigación y enviarlo al nivel superior correspondiente.

▪ SOSPECHA DE TOS FERINA O COQUELUCHE

Debe sospechar que un niño o niña tiene Tos Ferina o Coqueluche, cuando presenta tos que dura al menos 2 semanas acompañada de uno de los siguientes síntomas:

- Paroxismo (ataque) de tos
- Estridor al inspirar
- Vómitos inmediatamente después de la tos, sin otras causas aparentes

Procedimiento:

1. Tome o refiera el caso para muestra de hisopado o aspirado nasofaríngeo (ver técnica correcta en el Manual del PAI).
2. Notificar el caso por la vía más rápida al nivel inmediatamente superior. Llene completamente cada uno de los datos de la ficha de vigilancia para casos de Tos Ferina.
3. En las primeras 48 horas tome las siguientes medidas de control en la comunidad para evitar la ocurrencia de otros casos:
Búsqueda activa de otros casos sospechosos tanto adultos como niños y niñas.

* Vea el Manual del PAI

Realizar quimioprofilaxis a los contactos del caso encontrado con Eritromicina por vía oral durante 14 días en las siguientes dosis:

1. Niños y niñas: 50 mg/kilo/día en 4 dosis;
2. Adultos: administrar 500 Mg. cada 6 horas
 - Realizar monitoreo rápido de coberturas de vacunación en la zona de procedencia del caso (barrios vecinos y/o compañías).
 - Iniciar o completar esquema de vacunación con DPT a menores de 5 años y con Td a los adultos, comenzando por la zona afectada y avanzar hasta encontrar áreas con coberturas mayores o iguales a 95%.
 - Elaborar informe de investigación e intervención y enviarlo al nivel superior.

▪ **SOSPECHA DE TUBERCULOSIS**

Existe sospecha de Tuberculosis, ante un niño o niña que presente tos leve, seca, improductiva a veces coqueluchoidea, fiebre prolongada, anorexia, pérdida de peso, anemia, desnutrición y diarrea crónica. El antecedente de contacto con una persona sospechosa de tuberculosis puede ser la única guía.

Se define al sospechoso o sospechosa de padecer Tuberculosis, como todo paciente mayor de 15 años que presenta tos productiva persistente que dura al menos 2 semanas, con o sin la presencia de los siguientes síntomas: pérdida de peso, fiebre, sudoración, diarrea persistente, expectoración con sangre (Hemoptisis).

Procedimiento:

Existe en el MSP y BS, un “Programa de Control de Tuberculosis” cuya finalidad es la de reducir la transmisión del bacilo que produce esta enfermedad, en la población a través de acciones de diagnóstico y tratamiento oportunos que son las principales medidas de control. A continuación se detalla como debe proceder el/la trabajadora de salud ante caso sospechoso de Tuberculosis:

1. Notificar todos los casos nuevos que se descubran en las unidades de salud, con investigación clínico epidemiológica de los casos y llenado de la ficha epidemiológica con los datos completos, investigar todos los contactos para identificar las posibles fuentes de infección.
2. Para diagnóstico se debe realizar la baciloscopia, para lo cual se debe tomar una muestra del esputo (expectoración) en el momento de la consulta y la segunda muestra, al día siguiente, a primeras horas de la mañana. En el caso de que se trate de niños y niñas pequeños/as que no expectoran, la obtención de las muestras se harán por medio de aspirado gástrico vía sonda naso u orogástrica estando el niño o niña en ayunas, instalando la sonda la noche anterior y recoger la muestra antes que el niño o la niña se despierte y por tres días consecutivos. (Ver Manual de Manejo del Programa de TBC).
3. Las muestras deberán ser remitidas en el mismo día de su obtención, de lo contrario, deben mantenerse refrigeradas. El caso se confirma cuando la baciloscopia es positiva, por cultivo o histopatología y se descarta por laboratorio o cuando no se ciñe a la clínica.
4. Cuando se trata de un niño o niña menor de 5 años realizar:
 - a. PPD,
 - b. Rx. de tórax,
 - c. Aspirado gástrico,
 - d. Quimioprofilaxis con Isoniacida (seguir esquema del Programa de Control de la Tuberculosis).

5. En niños y niñas mayores de 5 años, que puedan expectorar, hacer baciloscopía. El tratamiento debe estar basado en las Normas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis del MSP BS.
6. En la comunidad se debe:
 - a. Realizar búsqueda activa de pacientes con síntomas y signos sugerentes de la enfermedad (principalmente síntomas respiratorios),
 - b. Educar a la población sobre el modo de transmisión, signos y síntomas de la enfermedad, tratamiento y riesgo de la población.
 - c. Aplicar BCG a menores de 5 años no vacunados
7. Elaborar informe de investigación e intervención anexando los registros de investigación y enviarlo al nivel superior.

▪ **CASOS SOPECHOSO DE POLIOMELITIS (PARÁLISIS FLÁCCIDA AGUDA)**

Debe pensar en un caso sospechoso de Poliomieltitis o Parálisis Fláccida Aguda cuando una persona con menos de 15 años de edad, presenta parálisis de inicio agudo, fláccida, sin que haya antecedentes de traumatismo.

Procedimiento:

1. Tome una muestra de materia fecal equivalente al tamaño de dos dedos pulgares de un adulto. Deposite la muestra en un recipiente limpio y seco y tápelo bien y consérvela hasta el momento del envío en heladera común entre 4 y 8°C. Esta muestra es oportuna hasta 14 días después del inicio de los síntomas.
2. Notifique de inmediato la presencia del caso al nivel superior. Llene completamente cada uno de los datos de la ficha de vigilancia para casos de Parálisis Aguda Fláccida o Poliomieltitis y refiera el caso al hospital para su manejo.
3. En las primeras 48 horas tome las siguientes medidas de control en la comunidad para evitar la ocurrencia de otros casos:
 - Búsqueda activa de otros casos de Parálisis Fláccida Aguda
 - Realizar monitoreo rápido de coberturas de vacunación en la zona de procedencia del caso (barrios vecinos y/o compañías)
 - Iniciar o completar esquema de vacunación con OPV a menores de 5 años sin signos de Parálisis Fláccida Aguda, comenzando en la zona afectada y avanzando hasta obtener coberturas mayores o iguales a 95% en el distrito (bloqueo).
 - Elaborar informe de investigación e intervención y enviarlo al nivel superior
 - Realizar visita de seguimiento del niño o niña o adolescente afectado por la enfermedad a los 30 días y luego otra a los 60 días para evaluar secuelas neurológicas y determinar la existencia de parálisis residual.

CUADERNO DE EJERCICIOS: Ejercicios 25 - **Caso:** Iva, Mariana y Fabricio

12. EVALUAR OTROS PROBLEMAS

El último recuadro EVALUAR OTROS PROBLEMAS del Cuadro de Procedimientos le indica que debe evaluar cualquier otro problema de salud que el niño o niña pueda tener.

Como el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR no aborda todos los problemas; usted evaluará ahora otros problemas que la madre le haya comunicado. Por ejemplo, ella puede haber dicho que el niño o niña tenía una infección de la piel, picazón. Quizá usted haya observado otro problema durante la evaluación. Reconozca y trate cualquier otro problema de acuerdo con su preparación, experiencia y criterio clínico. Refiera al hospital si tiene cualquier problema que usted no pueda tratar en su servicio de salud.

CAPITULO 3

DETERMINAR Y PROPORCIONAR TRATAMIENTO

1. DETERMINAR PRIORIDADES PARA EL TRATAMIENTO

En las secciones anteriores usted aprendió a evaluar al niño o niña de 0 a 2 meses y al de 2 meses a 4 años de edad, y a clasificar su enfermedad o enfermedades. El próximo paso es identificar los tratamientos necesarios. En algunos casos, cuando están muy enfermos/as necesitarán referencia de URGENCIA a un hospital para recibir atención adicional. En ese caso, usted necesita comenzar tratamientos de urgencia antes de la referencia.

Durante la lectura de esta sección debe consultar la columna “DETERMINAR EL TRATAMIENTO” del Cuadro de Procedimientos. Si el niño o niña tiene una sola clasificación, es fácil determinar qué hacer. Sin embargo, muchos tienen más de una clasificación. Ej: puede tener NEUMONÍA y también tener la clasificación de OTITIS MEDIA AGUDA. Cuando se tiene más de una clasificación, usted debe mirar más de un recuadro de clasificación en el cuadro EVALUAR y CLASIFICAR a fin de ver los tratamientos enumerados. Las hileras coloreadas le ayudarán a identificar rápidamente el tratamiento, por ejemplo:

- ▶ Una clasificación en una hilera **ROJA** necesita atención urgente y referencia o admisión para la asistencia hospitalaria. Se trata de una clasificación grave.
- ▶ Una clasificación en una hilera **AMARILLA** significa que necesita un medicamento apropiado de administración oral u otro tratamiento. El tratamiento incluye enseñar a la persona como administrar medicamentos orales o tratar infecciones locales en la casa. Usted también debe informar acerca de cómo cuidarle en casa, cuales son los signos generales de peligro y cuándo debe regresar.
- ▶ Una clasificación en una hilera **VERDE** significa que no necesita tratamiento médico específico como antibióticos. Enseñe a la persona a cargo cómo cuidarle en casa. Por ejemplo, puede formular recomendaciones sobre alimentación en caso de enfermedad o la administración de líquidos para la diarrea. Luego enséñele los signos generales de peligro que indican cuando regresar de inmediato al establecimiento de salud.

En algunos casos diferentes clasificaciones de problemas tienen en común el mismo tratamiento con medicamento. Por ejemplo, tanto la NEUMONÍA como la INFECCIÓN AGUDA DE OÍDO requieren un antibiótico que por lo general es el mismo para ambas situaciones.

Para algunas clasificaciones, la columna de tratamiento dice “**Referir URGENTEMENTE al hospital**”. Al decir hospital, se refiere a un establecimiento de salud con camas de hospitalización, suministros y experiencia para tratar los niños o niñas muy enfermos/as. Si un establecimiento de salud tiene camas de hospitalización, la referencia puede significar el ingreso al departamento de hospitalización de ese establecimiento o a una unidad de cuidado intensivo.

- Si un niño o niña debe referirse urgentemente, usted debe decidir que tratamientos administrar antes de la referencia. Algunos tratamientos no son necesarios antes de la referencia. Esta sección le ayudará a identificar tratamientos de urgencia previos a la referencia.
- Si no hay ningún hospital en la zona, puede tomar decisiones diferentes a las que se mencionan en esta sección. Solo debe referir si sabe que en realidad recibirá mejor atención. En algunos casos, prestar la mejor atención en el nivel local es más aconsejable que enviar a un niño o niña en un viaje largo a un hospital que tal vez no tenga cama disponible, los suministros o la capacidad para atenderlo.
- Si la referencia no es posible, o si los padres se rehúsan a llevar al niño o niña, debe ayudar a la familia a brindarle la mejor atención posible. En estos casos, el niño o niña, debe permanecer cerca del servicio a fin de que se le observe varias veces al día. O bien, un/a trabajador/a de salud puede visitar el hogar para ayudar a administrar medicamentos según los horarios y/o con la administración de los líquidos y los alimentos. Recuerde que esta opción debe ser excepcional. En estos casos manejar según criterio de la Guía Básica para el nivel de Atención Hospitalaria.
- Registre de manera clara y adecuada en todos los casos, la referencia o los motivos por lo cual no fue posible referirle y haga firmar a testigos bien identificados.

1.1. COMO DETERMINAR SI EL NIÑO O NIÑA NECESITA REFERENCIA DE URGENCIA

Para los niños y niñas **menores de 2 meses** todas las clasificaciones graves en los Cuadros de Procedimientos son de color rojo e incluyen:

- EMBARAZO CON PELIGRO INMINENTE
- REANIMACION URGENTE
- POSIBLE ASPIRACION DE MECONIO
- ALTO RIESGO AL NACER
- ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE
- TETANOS NEONATAL
- DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE
- DIARREA CON SANGRE
- DIARREA CRONICA
- MUY BAJO PESO
- ANEMIA GRAVE
- SOSPECHA DE RETRASO DEL DESARROLLO

Para los niños y niñas de **2 meses a 4 años** de edad: Todas las clasificaciones graves en el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR son de color rojo e incluyen:

- SIGNOS GENERALES DE PELIGRO
- NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE
- DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE
- ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE
- SOSPECHA DE DENGUE CON MANIFESTACIONES HEMORRAGICAS O DENGUE HEMORRÁGICO
- MASTOIDITIS
- DIFTERIA
- DESNUTRICIÓN GRAVE O DESNUTRICIÓN MODERADA
- ANEMIA GRAVE
- PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO

En la columna de tratamiento para estas clasificaciones graves se incluye una instrucción “Referir URGENTEMENTE al hospital”. Esta instrucción significa referirle inmediatamente después de estabilizarle y administrarle todo tratamiento necesario previo a la referencia. No administre tratamientos que retardarían innecesariamente la referencia, principalmente en los niños y niñas menores de 2 meses.

1.2. EXCEPCIONES:

- 1°. Para la clasificación DIARREA CRONICA, en los niños y niñas mayores de 2 meses de edad, la instrucción es sencillamente “Referir al Hospital”; es decir que se necesita la referencia, pero no es tan urgente. Hay tiempo para determinar tratamientos y administrarlos antes de la referencia.
- 2°. Usted puede tratar a un niño o niña mayor de 2 meses de edad cuya única clasificación grave es DESHIDRATACIÓN GRAVE si el servicio de salud tiene capacidad para administrar tratamiento.
- 3°. La DESNUTRICIÓN MODERADA no es de referencia urgente, pero si el niño o niña tiene otra enfermedad asociada como NEUMONÍA O DIARREA de cualquier tipo, debe ser referido URGENTEMENTE a un hospital.



CUADERNO DE EJERCICIOS: Ejercicio 26.

2. DETERMINAR EL TRATAMIENTO DE URGENCIA PREVIO A LA REFERENCIA

La mayoría de las clasificaciones en la hilera roja (o superior) del Cuadro de Procedimientos incluyen “Referir URGENTEMENTE al hospital” en la columna de tratamiento. Cuando un niño o niña necesita referencia urgente, usted debe determinar y comenzar rápidamente la administración de algunos tratamientos y aplicar medidas específicas antes del traslado. Los tratamientos urgentes se encuentran resaltados en negrita en los cuadros de clasificación. En cuanto a los medicamentos consignados como urgentes, usted solo administrará la primera dosis de los mismos antes de la referencia.

Como verá en su Cuadro de Procedimiento, se recomiendan tratamientos para cada clasificación. Por ejemplo, con la clasificación ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE el o los tratamientos enumerados fueron seleccionados en función de cubrir las enfermedades más probables incluidas en esta clasificación tales como la meningitis, paludismo o septicemia grave.

A continuación se enumeran las medidas y tratamientos urgentes que deben ser instituidos previos a la referencia:

- **MADRES EMBARAZADAS:**
 - Referirlas acostadas del lado izquierdo.
 - Prevenir hipotensión.
 - Tratar hipertensión.

- Si hay amenaza de parto prematuro: inhibir contracciones y administrar corticoides.
- Si hay RPM y fiebre administrar la primera dosis de un antibiótico apropiado.

Si existe posibilidad se debe administrar oxígeno a toda mujer con embarazo con peligro inminente.

- **NIÑOS Y NIÑAS 0 A 2 MESES DE EDAD:**

1. Ante casos de: REANIMACION URGENTE, POSIBLE ASPIRACION DE MECONIO, ALTO RIESGO AL NACER, ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE proceder de la siguiente forma:
 - Nada por vía oral.
 - Iniciar la reanimación si así lo ameritan.
 - Iniciar oxigenoterapia.
 - Evaluar necesidad de Intubación y succión endotraqueal.
 - Controlar que mantenga una temperatura corporal adecuada.
2. Para estas y las demás clasificaciones:
 - Si fuera posible, colocarle en contacto piel a piel con su madre.
 - Dar la primera dosis vía endovenosa o intramuscular de los antibióticos recomendados.
 - Prevenir hipoglucemia.
 - Aconsejar a la madre que continúe dando el pecho si el niño o niña puede beber.
 - La madre le ofrecerá sorbos frecuentes de solución de SRO en el trayecto en caso de que sea necesario y el niño pueda beber y no se cuente con hidratación por vía endovenosa, instalar sonda nasogastrica.
 - En todos los casos, aconsejar a la madre que debe mantenerle abrigado/a.

- **NIÑOS O NIÑAS ENFERMOS DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD:**

- Prevenir hipoglucemia.
- Administrar un antibiótico apropiado.
- Administrar vitamina A en los casos que correspondan.
- Administrar paracetamol para la fiebre alta (38,5 °C o más) o el dolor causado por la mastoiditis.
- Entregar SRO a la madre para que pueda ofrecerle sorbos frecuentes en el trayecto al hospital.
- Aconsejar a la madre que continúe dando el pecho en caso de que sea posible.

Los primeros tratamientos son urgentes porque pueden prevenir consecuencias graves como la progresión de la meningitis bacteriana o la ruptura de la córnea debida a la deficiencia de vitamina A o el daño cerebral por hipoglucemia.

No postergue la referencia al hospital con el fin de administrar tratamientos que no son urgentes, como por ejemplo, la administración de hierro por vía oral o enseñar a la madre cómo tratar una infección local antes de la referencia. Si hacen falta vacunas, no las administre antes de referir al niño o niña al hospital, deje que el/la trabajador/a de salud del hospital al que refirió determine cuándo dársela así evitará demorar el viaje.

Escriba los tratamientos urgentes identificados y sobre todo aquellos que fueron administrados previos a la referencia en el reverso del formulario de registro de casos.

Por ejemplo:

TRATAR

29 de septiembre del 2004
Primera dosis intramuscular de Ampicilina: 1ml y Amikacina 0,7 ml.
Se refiere URGENTEMENTE al Hospital Nacional de Itauguá.

3. DETERMINAR TRATAMIENTO PARA LOS/AS ENFERMOS/AS QUE NO NECESITAN REFERENCIA URGENTE AL HOSPITAL

Los tratamientos necesarios para cada caso se encuentran en la columna TRATAMIENTO del Cuadro de Procedimientos. Solamente anote los tratamientos que le correspondan según el problema o problemas.

Puede que tenga que indicar un antibiótico para cada problema cuando tiene más de uno. Por ejemplo, puede que necesite:

- Antibiótico para neumonía
- Antibiótico para diarrea con sangre o disentería

Si el mismo antibiótico sirve para dos problemas diferentes, usted puede dar uno solo, pero dos problemas pueden necesitar dos antibióticos diferentes.

A –TRATAR Recuerde referir a todo niño o niña con signos generales de peligro
04 de abril del 2007
Antibiótico para Neumonía por 7 días: Amoxicilina 2,5 ml vía oral, cada 8 hs.
1) Volver para una visita de seguimiento en dos días.
2) Cuando regresar de inmediato: No puede beber ni tomar el pecho, no mejora o empeora, tiene fiebre, tiraje subcostal o estridor en reposo.
3) Problemas y recomendaciones de alimentación: Darle el pecho con mayor frecuencia y durante más tiempo cada vez.
4) Indicar cuando volver si hay problemas de desarrollo. Volver a los 5 meses de edad para control de crecimiento y desarrollo.
5) Indicar cuando debe volver para la próxima vacuna. Volver a los 6 meses de edad para la tercera dosis de pentavalente

Para cada clasificación listada en el Formulario de Registro, se anotarán los tratamientos en la parte posterior del mismo.

3.1. PROBLEMAS QUE REQUIEREN EXPLICACIÓN ESPECIAL

La mayor parte de las instrucciones que aparecen en la columna TRATAMIENTO del Cuadro de Procedimientos son claras, pero algunas instrucciones necesitan explicación adicional pues el tratamiento de cada niño y niña debe ser integral, es decir, clasificación por clasificación.

Un niño o niña con palidez palmar deberá comenzar el tratamiento con hierro para la ANEMIA. Pero si también hay alto riesgo de PALUDISMO o malaria (Alto Paraná, Canindeyú, Caazapá) deberá recibir además un antipalúdico de administración oral, aunque no tenga fiebre. Si tiene igual o más de un año de edad y no ha recibido una dosis de Mebendazol en los últimos 6 meses, también deberá recibir una dosis de Mebendazol para posible uncinuriasis o tricuriasis. En este caso, es mejor administrar primero la medicación antipalúdica y al mismo tiempo el Mebendazol, y luego iniciar la terapia con el hierro, pues éste no está recomendado durante cuadros de infección especialmente si son agudos.

3.2. REFERENCIA NO URGENTE PARA EVALUACIÓN

Si un niño o niña NO necesita referencia URGENTE al hospital, verifique si necesita referencia NO URGENTE para evaluación adicional. Por ejemplo, en el caso de una tos que ha durado más de 15 días, o para un estado febril que ha durado 7 días o más, usted escribirá, "Referir para evaluación". Aunque la madre debe llevar al niño o niña para su evaluación a la brevedad, estas referencias no revisten tanta urgencia. Otros tratamientos necesarios pueden administrarse antes de la referencia.

3.3. CUÁNDO SE DEBE REGRESAR DE INMEDIATO

Observe que el formulario de registro de casos incluye: "Indicar a la madre cuándo debe regresar de inmediato". No necesitará mencionar esto nuevamente. Deberá enseñar a la madre los signos ante los cuales debe retornar de inmediato para que el niño o niña reciba más atención.

3.4. ACONSEJAR A LA MADRE SOBRE LA ALIMENTACIÓN

Posteriormente aprenderá a completar las secciones de alimentación del formulario de registro de casos. En los casos en que es necesaria una evaluación de la alimentación, esta puede realizarse en cualquier momento de la visita, pero debe considerar que primero debe atender las necesidades inmediatas del niño o niña.

3.5. VISITA DE SEGUIMIENTO

Incluya las indicaciones de seguimiento, es decir en cuántos días deberá regresar la madre a traer a control a su hijo.. La visita de seguimiento es muy importante para asegurarse de que el tratamiento se está administrando adecuadamente, para controlar la evolución del niño(a) y a su vez sirve para dar otro u otros tipos de tratamiento si el niño(a) lo requiere. Si es necesario más de una visita de seguimiento, porque el niño(a) presentó más de un problema, indíquele a la madre o al acompañante, en forma muy clara, cuándo debe regresar a la próxima cita (siempre indique la más cercana). Posteriormente, cuando la madre regrese podrá indicarle otras visitas de seguimiento, Por ejemplo:

- “Seguimiento en 2 días” se está dando una fecha determinada para el seguimiento.
- “Seguimiento en 2 días si persiste la fiebre” no está dando un tiempo determinado para regresar. El niño(a) solo necesita regresar si persiste la fiebre.

Anote en el reverso del formulario de registro todas las visitas de seguimiento de los problemas identificados, pero a la madre solamente indíquela la visita más próxima. También le deberá enseñar a la madre sobre la aparición de los signos de alarma que determinarán que traiga nuevamente a su hijo o hija para un control inmediato. Esto es sumamente importante y deberá darle suficiente tiempo necesario para que la madre lo comprenda.

Las visitas de seguimiento son especialmente importantes para un lactante menor de 2 meses. Si en la visita de seguimiento descubre que la afección del lactante empeoró, refiera al lactante al hospital. Un lactante menor de 2 meses que recibe antibióticos para infección bacteriana local, debe regresar para seguimiento en 2 días, así también lo debe hacer aquél que presentó un problema de alimentación o candidiasis oral. Un lactante con problemas de nutrición debe regresar en 7 días para la visita de seguimiento y otro por ejemplo, con problemas de desarrollo a los 30 días.

Escriba los tratamientos identificados para cada clasificación en el reverso del formulario de registro de casos. Los tratamientos de urgencia previos a la referencia se enumeran en negrita en la columna “DETERMINAR EL TRATAMIENTO” del Cuadro de Procedimientos.

Tenga presente que cuando se determina una referencia de urgencia podría ser necesario administrar uno o más de los siguientes tratamientos en el consultorio antes de que el niño o niña se desplace hacia el hospital.

CUADERNO DE EJERCICIOS: Ejercicios 27 - **Caso:** Margarita

4. REFERENCIA URGENTE

Los tratamientos de urgencia previos a la referencia se enumeran en **negrita** en la columna “Determinar el tratamiento” de los Cuadros de Procedimientos. Deberá administrar rápidamente los tratamientos necesarios previos a la referencia y luego referir al niño o niña según se describe en este capítulo.

El cuadro TRATAR resume los pasos previos a la referencia urgente que deben administrarse en el servicio de salud, incluyendo las drogas de administración intramuscular, instrucciones para impedir la hipoglucemia, y la frecuencia y la dosificación de los medicamentos que necesite el niño o niña en caso de que no pudiera ser derivado al hospital.

4.1. ADMINISTRE TRATAMIENTOS URGENTES PREVIOS A LA REFERENCIA

Tal vez será necesario administrar uno o más de los siguientes tratamientos en el consultorio antes de que el lactante o el niño comience el viaje hacia el hospital.

- Antibiótico intramuscular si el niño o niña no puede tomar un antibiótico de administración oral.
- Cloroquina para el Paludismo.
- Leche materna o agua azucarada para evitar hipoglicemia, etc.

4.1.1. ANTIBIÓTICOS PARA EL NIÑO O NIÑA MENOR DE 2 MESES DE EDAD

Los niños y niñas menores de 2 meses con ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE pueden estar infectados/as con una variedad más amplia de bacterias que los/las mayores de esa edad. La utilización de dos antibióticos como tratamiento empírico inicial en este grupo etáreo está aceptada internacionalmente como eficaz contra un amplio espectro de bacterias incluso para las infecciones del sistema nervioso central.

Los niños y niñas menores de 2 meses de edad que necesitan ser referidos a un hospital y cuyo traslado llevará más de 5 horas, deberán recibir dos antibióticos por vía parenteral Gentamicina + Penicilina o Gentamicina + Ampicilina.

- **GENTAMICINA:**

Lea la ampolla para determinar su concentración. Fíjese si debe usarse sin diluir o ser diluida con agua estéril. La concentración deberá ser 10 mg/ml cuando esté lista para usarse. Elija la dosis que corresponde de acuerdo al peso del lactante en el cuadro TRATAR.

- **AMPICILINA:**

Lea lo que dice en la ampolla para determinar la dilución. El frasco de 1 g debe diluirse en 5 ml, para que en cada centímetro cúbico haya 200 mg del antibiótico. Elija la dosis que corresponde de acuerdo al peso del niño o niña en el cuadro TRATAR.

Edad del/la niño/a	Peso (gramos)	Primera opción	Segunda opción
< 7 días	< 2000 g	Ampicilina 100 mg/kilo/día en 2 dosis + Gentamicina 5 mg/kilo/día en una o dos dosis	---
	> 2000 g	Ampicilina 150 mg/kilo/día en 2 dosis + Gentamicina 5 mg/kilo/día en una o dos dosis	---
7 días a < 2 meses	Peso normal	Ampicilina 200 mg/kg en 4 dosis + Gentamicina 5 -7,5 mg/kg/ IV, en 2 dosis.	Cefotaxima* 200 mg/kg/ IV, en 3 dosis

*Presentación en frascos de 1 gramo, se debe diluir hasta 5 ml

• **PENICILINA G CRISTALINA:**

Lea la ampolla de la Bencilpenicilina para determinar su concentración. Esta deberá mezclarse con agua estéril. Es mejor mezclar una ampolla de 1.000.000 unidades (UI) en polvo hasta completar 9 ml de agua estéril. Elija la dosis que corresponde de acuerdo al peso del lactante en el cuadro TRATAR.

Dosis de Penicilina Cristalina

Edad del/la niño/a	Dosis	Frecuencia	Vía de administración	Duración
0 a 7 días	100.000 U.I./kilo/día	Cada 12 horas	Endovenosa	10 días
7 días a 3 semanas	150.000 U.I./kilo/día	Cada 8 horas	Endovenosa	10 días
3 semanas y más	200.000 U.I./kilo/día	Cada 6 horas	Endovenosa	10 días
Neurolues	200.000 a 300.000 U.I./kilo/día	Cada 6 horas	Endovenosa	10 a 14 días

Si es posible instale una vía periférica intravenosa, es mejor para administrar los antibióticos con excepción de la Gentamicina cuya administración es preferible por vía intramuscular

CASO ESPECIALES:

TETANOS NEONATAL Y LUES O SÍFILIS CONGENITA

Si en un niño o niña existe la sospecha de TETANOS NEONATAL o existe posibilidad de que se trate de un caso de LUES CONNATAL (SÍFILIS CONGÉNITA), ante estas situaciones, usted debe administrar la primera dosis de Penicilina Cristalina como se explica en el cuadro más arriba según la edad del niño o niña.

En todos los casos, previa a la referencia o internación solo se debe administrarse al niño o niña, una dosis del antibiótico seleccionado y registrarlo en el formulario de referencia a fin de que se completen las dosis faltantes en el servicio al que es referido.

4.1.2. ANTIBIÓTICOS PARA EL NIÑO O NIÑA DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Cuando un niño o niña necesita ser referido a un hospital porque presenta signos generales de peligro y el tiempo para llegar al hospital es mayor a 5 horas, podría necesitar que se le administre la primera dosis de un antibiótico apropiado. Un niño o niña puede necesitar recibir un antibiótico antes de ser referido cuando:

- No puede beber o amamantarse, o
- Vomita todo, o
- Tiene convulsiones, o
- Está letárgico /a o inconsciente

En estos casos, no puede tomar antibióticos por vía oral por lo que recibirá una dosis de Ampicilina, vía intramuscular o vía endovenosa antes de la referencia. Después, deberá referirse **URGENTEMENTE** al hospital.

● **AMPICILINA**

En casos de necesidad de utilizar este antibiótico, las instrucciones son las mismas que para los niños y niñas menores de 2 meses, pero la dosis de este en todos los casos es de 200 a 300 mg/kg/día administrada en cuatro dosis cada 6 horas.

Este antibiótico se encuentra disponible en ampollas de 1 gr la cual se debe diluir hasta 5 ml de manera que en cada 1 ml usted tendrá 200 mg del antibiótico, por lo cual debe utilizar 1 ml por kilo de peso por día dividido en 4 dosis.

EDAD O PESO DEL NIÑO	AMPICILINA
3 meses (~ 5 kg)	250 mg (1,2 ml) cada 6 horas
5 meses (~ 7 kg)	350 mg (1,7 ml) cada 6 horas
1 año (~ 10 kg)	500 mg (2,5 ml) cada 6 horas
3 años (~ 15 kg)	750 mg (3,7 ml) cada 6 horas

En todos los casos:

- *Previo a la referencia o internación solo se debe administrarse al niño o niña, una de las dosis del antibiótico seleccionado y registrarlo en el formulario de referencia.*
- *Tener en cuenta los cuidados durante el transporte (medidas para la referencia)*

● **PENICILINA BENZATINICA**

Cuando se clasifica una FARINGOAMIGADALITIS AGUDA SUPURADA, administrar Penicilina Benzatínica al niño o niña con más de **14 kilos de peso**.

Dosis:

- Menos de 30 kilos: **600.000 U.I.**
- 30 kilos y más: **1.200.000 U.I.**

La administración se realiza en una sola dosis y luego se reevalúa al niño o niña a las 48 hs. para determinar si necesita otra dosis.

Recuerde preguntar SIEMPRE sobre alergias a Penicilina y que este antibiótico debe ser administrado en un servicio de salud.

4.1.3. EVITAR HIPOGLUCEMIA

El tratamiento urgente previo a la referencia contempla la prevención de la hipoglucemia. El azúcar en la sangre disminuye ante la presencia de infecciones graves como meningitis y septicemia. También puede ocurrir en aquellos niños y niñas que no han recibido alimentación durante muchas horas. La hipoglucemia puede producir daño cerebral irreversible.

Para prevenir una posible hipoglucemia, recomiende a la madre que le amamante durante el trayecto, cuando el niño o niña puede beber y esté alimentado al pecho. También se puede utilizar otro tipo de leche o agua potable cuando no se tienen otros elementos para prevenir la hipoglucemia (Ej: soluciones intravenosas). Si no puede tragar y usted sabe cómo colocar una sonda orogástrica, adminístrele 50 ml de leche (leche materna u otro tipo de leche de fórmula) o de agua con azúcar.

4.1.4. EVITAR LA HIPOTERMIA

El tratamiento previo a la referencia también contempla la prevención de hipotermia. La temperatura, sobre todo de los niños y niñas menores de 2 meses de edad, puede descender muy rápidamente si no se le abriga o se le coloca en contacto piel a piel con su madre o bajo una lámpara de calor. La hipotermia puede producir daño cerebral e incluso la muerte.

4.2. REFERENCIA DEL NIÑO O NIÑA AL HOSPITAL

La referencia solamente deberá hacerse si usted considera que el niño o niña recibirá una mejor atención en otro establecimiento. En algunos casos, darle la mejor atención que usted tiene a su disposición puede ser mucho mejor que enviarle a un largo viaje a un hospital que tal vez no posea los medicamentos o la experiencia suficiente para atenderle. Siga los pasos para enviar a un niño o niña al hospital:

1. **Explique a la madre la necesidad de referirle al hospital y obtenga su consentimiento.** Si usted sospecha que ella no quiere llevarle, identifique sus razones. Ayúdela a calmar sus temores y resuelva otras dificultades que pueda tener.

Averigüe cual es la razón por lo que la madre no quiere llevarle al hospital	Calme los temores de la madre y ayúdela a resolver sus problemas
Ella piensa que los hospitales son lugares donde las personas suelen morir y teme que su hijo/a también muera allí	Tranquilícela diciéndole que el hospital tiene médicos, suministros y equipos que pueden ayudar a curar a su niño o la niña
Ella no piensa que el hospital le ayudará	Explíquele qué pasará en el hospital y cómo eso le ayudará
Ella no puede dejar su hogar para atender a su niño o la niña durante su permanencia en el hospital porque no hay nadie que se ocupe de sus otros hijos/as, la necesitan para quehaceres agrícolas o puede perder su trabajo	Hágale preguntas y sugerencias acerca de quién podría ayudarla. Por ejemplo, pregúntele si su marido, hermana o madre la podrían ayudar con sus otros hijos/as o con las comidas mientras ella está afuera.
No tiene dinero para pagar el transporte, los gastos del hospital, medicamentos o su propia comida durante la estadía en el hospital	Analice con la madre cómo puede viajar al hospital. En caso necesario, ayúdela a hacer los arreglos para transporte.

Es probable que usted no siempre pueda ayudar a la madre a resolver sus problemas y a que vaya al hospital, pero es importante tratar en lo posible.

2. **Antes de la referencia, usted debe comunicarse primeramente con el servicio de salud donde se va a referir al niño o niña, para garantizar que sea atendido y tratado oportunamente.**

3. **Escriba una nota o complete una hoja de remisión para que el personal de salud que acompañe a la madre presente en el hospital. Dígame que la entregue al/la trabajador/a de salud del hospital. Escriba:**
 - El nombre y apellido, y la edad del niño o niña
 - La fecha y hora de la referencia
 - La descripción de los problemas encontrados (clasificación de los problemas)
 - La razón por la que es referido/a (síntomas y signos de clasificación grave)
 - El tratamiento que usted le ha administrado
 - Cualquier otra información que el hospital necesite para la atención, como tratamiento inicial de la enfermedad o vacunas que se necesitan.
 - Su nombre y apellido, y el de su servicio, y el número de teléfono si se dispone.
4. **Entregue a la madre todos los suministros e instrucciones necesarios para que pueda atender a su hijo o hija en el trayecto al hospital:**
 - Si el hospital queda lejos, entregue a la madre dosis adicionales del antibiótico y explíquelo cuándo y como darlo durante el viaje (según el esquema de dosificación del cuadro TRATAR).
 - Si usted cree que la madre no irá al hospital, entréguele la dosis completa de antibióticos y enséñele como administrarlos.
 - Explique a la madre como mantener al niño o niña abrigado/a durante el viaje.
 - Aconseje a la madre que continúe amamantándole.
 - Si tiene deshidratación grave y puede beber, entregue a la madre uno o más sobres o solución de Suero de Rehidratación Oral (SRO) para que beba con frecuencia durante el trayecto al hospital.
 - Si el niño o niña es menor de 2 meses, utilice la guía del Cuadro de Procedimientos titulada “Normas de Estabilización antes y durante el Transporte”.

Recuerde que es muy importante solicitar al médico tratante del servicio de salud la remisión de un resumen de condiciones al alta y tratamiento recomendado a seguir.

4.3. MEDICAMENTOS DE ADMINISTRACIÓN ORAL

En el caso de que los niños o niñas enfermos/as no requieran internación, pero sí medicación o tratamiento ambulatorio el mismo debe ser administrado tal como figura en el Cuadro TRATAR del Cuadro de Procedimientos.

La sección TRATAR AL MENOR DE 2 MESES Y ACONSEJAR A LA MADRE del Cuadro de Procedimientos describe cómo administrar los tratamientos necesarios. Use las columnas y tablas que correspondan para seleccionar el medicamento apropiado y para determinar la dosis y el plan.

- Los medicamentos de administración oral serán utilizados en aquellos niños y niñas que:
 - No han sido clasificados en ninguna condición grave, por lo tanto se clasifican en la hilera AMARILLA.
 - Han tenido un tratamiento intramuscular y este debe continuar por vía oral para completar el tratamiento.

El éxito del tratamiento en la casa depende de cuán bien usted se comunica con la madre o la persona a cargo. Ella necesita saber como administrar el tratamiento así como también comprender la importancia del mismo.

4.3.1. ANTIBIÓTICOS ORALES

Las siguientes clasificaciones necesitan un antibiótico de administración oral.

Para niños o niñas menores de 2 meses	Para niños o niñas de 2 meses a 4 años
<ul style="list-style-type: none"> ▪ INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NEUMONÍA ▪ DIARREA CON SANGRE o DISENTERIA ▪ OTITIS MEDIA AGUDA ▪ FARINGOAMIGADALITIS AGUDA

En muchos establecimientos de salud hay varios tipos de antibióticos disponibles. Seleccione el antibiótico más apropiado para la enfermedad. Si es capaz de beber, suminístrele un antibiótico de administración oral. Administre el antibiótico oral “de primera línea” si está disponible. Se ha seleccionado porque es eficaz, fácil de administrar y de bajo costo. Los antibióticos recomendados de primera y segunda línea tal vez deban modificarse sobre la base de los datos de resistencia en el país.

Debe administrar el antibiótico “de segunda línea” únicamente si el antibiótico de primera línea no se encuentra disponible, o si la enfermedad no responde al antibiótico de primera línea.

Algunos niños o niñas padecen más de una enfermedad que debe tratarse con antibióticos. Siempre que fuera posible, seleccione un antibiótico con el que pueda tratar todas las enfermedades. Por ejemplo, se puede tratar con un único antibiótico a un caso clasificado como NEUMONÍA y OTITIS MEDIA AGUDA.

En otros casos, el niño o niña debe recibir tratamiento con dos antibióticos diferentes de acuerdo a la clasificación que presenta. Por ej. El antibiótico que se usa para tratar la NEUMONÍA puede no ser eficaz contra la DIARREA CON SANGRE y el niño o niña tiene ambas clasificaciones, por lo que se deben indicar los antibióticos que correspondan.

4.3.1.1. OTITIS MEDIA AGUDA, FARINGOAMIGADALITIS AGUDA O NEUMONÍA

Cuando usted determine que el niño o niña presenta estas clasificaciones²⁰, administre:

- 1ª línea. **Amoxicilina**: 100 mg/k/día dividido en 3 dosis cada 8 horas²¹, durante 10 días o,
- 2ª línea. **Amoxicilina + Sulbactan**: según lo especificado en su Cuadro de Procedimiento.
- En caso de Alergia a la Amoxicilina administre **Eritromicina** 50 mg/kilo/día cada 6 horas, también por vía oral.

20 Se administra en casos de Faringoamigdalitis solo para aquellos niños y niñas con menos de 14 kilos de peso.

21 En OMA y Faringoamigdalitis puede administrarse cada 12 horas.

4.3.1.2. DIARREA CON SANGRE

Cuando un niño o niña a cualquier edad, tiene la clasificación DIARREA CON SANGRE administre:

- 1ª línea. **Cefixima:** 8 mg/k/d en una sola dosis diaria por 5 días.
- 2ª línea. **Azitromicina:** 10 mg/k/d en una dosis diaria durante 5 días.
(En aquellos lugares donde no se cuenta con los antibióticos anteriores: SMT + TMP si los germen es considerado sensible).

4.3.2. DAR UN ANTIPALÚDICO

La Cloroquina y Primaquina son los medicamentos antipalúdicos utilizados en el tratamiento de “Sospecha de Paludismo” en nuestro país. En su Cuadro de Procedimiento, usted encontrará como “DAR UN ANTIPALUDICO ORAL”. Sin embargo, hay algunos detalles importantes que hay que recordar al administrar un antipalúdico o antimalárico por vía oral:

4.3.2.1. TRATAMIENTO ANTIPALUDICO

- Al administrar el tratamiento con Cloroquina se asume que el niño o niña no ha recibido tratamiento anteriormente con este medicamento. Confírmelo con la madre preguntándole si ya le han dado un ciclo completo de Cloroquina para el presente episodio de fiebre; de ser así y si todavía tiene fiebre, considere esta visita como una visita de seguimiento y siga las instrucciones en el recuadro PROPORCIONAR ATENCIÓN DE REEVALUACION Y SEGUIMIENTO de su Cuadro de Procedimiento para “Sospecha de Paludismo”.
- La Cloroquina se administra durante 3 días, a dosis 10 mg kg/peso/día.
- Explique a la madre que la aparición de comezón o prurito es un posible efecto secundario del medicamento, pero que no es peligroso. La madre deberá seguir administrando el medicamento y que no necesita regresar al servicio de salud por el prurito.
- Además adminístrele primaquina durante 14 días, a dosis de 0,25 mg kg/peso día a partir de los 6 meses de edad.
- Explique a la madre que la Cloroquina y la Primaquina deben ser ingeridos con las comidas y que debe prestar mucha atención al niño o niña durante 30 minutos después de darle una dosis de cloroquina. Si el niño o la niña vomita dentro de los 30 minutos siguientes a la dosis la madre debe repetir la dosis y volver al servicio de salud para que le repongan la dosis.
- Explique que la comezón es uno de los posibles efectos colaterales del medicamento pero que no representa peligro.

Esquema propuesto para tratamiento con antipalúdicos²²

GRUPO DE EDAD	CLOROQUINA (3 días) 10 mg/kg/peso/día			PRIMAQUINA (14 días) 0,25 mg/kg/día	
	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DOSIS DIARIA COMPRIMIDO	
	NUMERO DE COMPRIMIDOS			ADULTO	INFANTIL
MENOR de 6 meses	1/4	1/4	1/4		
6 a 11 meses	1/2	1/2	1/2		1/2
1 a 2 años	1	1/2	1/2		1/2
3 a 6 años	1	1	1		1
7 a 11 años	2	1 y 1/2	1 y 1/2		2
12 a 14 años	3	2	2	1	
15 o más	4	3	3	1	

22 A este esquema de tratamiento se denomina “tratamiento radical”.

4.3.2.2. TRATAMIENTO ANTIPALUDICO EN MUJERES EMBARAZADAS

Las embarazadas con Paludismo deben tomar la dosis completa de cloroquina (150mg/ base) de cada uno de los tres días de tratamiento.

Ejemplo:

- 1er. día 4 comprimidos.
- 2do. día 3 comprimidos.
- 3er. día 3 comprimidos.

Administrar luego dos comprimidos de cloroquina por semana hasta el parto. Luego del parto administrar el tratamiento radical (durante 14 días).

Presentaciones farmacológicas de antipalúdicos:

Primaquina para adulto	15 mg
Primaquina infantil	5 mg
Cloroquina	150 mg

La madre no debe amamantar durante el tratamiento con Primaquina.

4.3.3. TRATAMIENTO DE LEISHMANIOSIS VISCERAL HUMANA (LVH)

Ante la decisión de tratar a un paciente clasificado como LEISHMANIOSIS VISCERAL HUMANA, se debe dar **información a los familiares**:

- Explicar a la madre/padre que se trata de una enfermedad grave y mortal si no se trata.
- Explicar que el paciente puede no soportar el tratamiento con medicamentos específicos (Antimoniales y Anfotericina B), por presentar las defensas muy bajas.
- El tratamiento debe ser realizado por profesional médico bajo estricta supervisión en hospitales de referencia.
- Durante el tratamiento pueden aparecer reacciones adversas propias de la medicación.

ESQUEMA DE TRATAMIENTO:

El tratamiento específico se realiza según kilo de peso del paciente con:

- **Antimoniales:** 20 mg/kg/día durante 28 días IM o EV.
- **Anfotericina B:** 1 mg/kg/día durante 20 días EV lenta si no responde a los antimoniales.

4.3.4. DAR PARACETAMOL

Usted puede dar a un niño o niña Paracetamol para la FIEBRE (temperatura axilar ³ 38°,5 C o más o en casos de DOLOR DE OÍDO O GARGANTA O DENGUE, según sea necesario, cada 6 hs. hasta que pase la fiebre o el dolor.

Recomiende a la madre que vuelva para una consulta de control a los dos días o antes, si la fiebre persiste o empeora. Si no hay una causa que justifique la fiebre y si se trata de una zona endémica, tome una muestra de sangre para gota gruesa y espere el resultado para decidir si requiere tratamiento con antipalúdicos.

Si hay sospecha, se debe también tomar una muestra de sangre para investigar dengue a partir del quinto día de fiebre. En la mayoría de los casos, las infecciones virales duran menos de una semana. Si la fiebre persiste por más de 7 días, refiera al niño o niña a un hospital para que reciba evaluación y tratamiento.

DOSIS: 10 a 15 mg/k/dosis

*No sobrepasar nunca 3 gramos por día de Paracetamol.
No usar medicamentos que contengan **ácido acetyl salicílico** en enfermedades virales. Ej: Aspirina.*

4.3.5. DAR VITAMINA A

La vitamina A se administra en niños y niñas con DIARREA CRONICA, DESNUTRICION o con SOSPECHA DE SARAMPION. La vitamina A ayuda a resistir la infección en la mucosa intestinal. Además puede ayudar al sistema inmunitario a prevenir otras infecciones.

La vitamina A se presenta en cápsulas de 50.000 UI, 100.000 UI o 200:000 UI. Tenga en cuenta la edad para determinar la dosis (ver Cuadro de Procedimientos) y adminístrela en el servicio de salud aún si el paciente será referido a otro servicio. Asegúrese de que el niño o niña ingiera el contenido de la cápsula

Registre la fecha cada vez que le suministre la vitamina ya que las dosis repetidas en poco tiempo, producen sobredosis.

4.3.6. DAR HIERRO

Un niño o niña con palidez palmar puede tener anemia. En este caso necesita hierro como **tratamiento**.

DOSIS: La dosis de hierro elemental recomendada es de **4 a 6** mg/Kg/día.

Entregue a la madre frascos de hierro en cantidad suficiente y dígame que le administre al niño o niña una dosis diaria durante los próximos 30 días. Dígame que regrese en un mes para que se le provea de más frascos de hierro pues el tratamiento debe ser administrado durante 4 meses (en su defecto, por lo menos durante 3).

Explique a la madre que el consumo hierro puede tornar negras las heces del niño o niña. Dígame a la madre que guarde el hierro fuera del alcance de los niños y niñas ya que la sobredosis de hierro puede ser causar daño.

*Se debe indicar hierro como suplemento en dosis de **1 a 3** mg/Kg/día a todos los niños y niñas que toman pecho materno o leche de fórmula no fortificada desde los **4 meses** de edad en aquellos que son de término y a los **2 meses** a los que fueron prematuros. Esta suplementación debe realizarse hasta el año de vida.*

4.3.7. DAR ANTIPARASITARIOS

Si hay problemas de parasitosis en su zona, un niño o niña anémico de 1 año de edad o más, necesita tratamiento con antiparasitarios. La parasitosis contribuye a la anemia dado que pueden causar la pérdida de hierro mediante hemorragia intestinal.

- **MEBENDAZOL**

El Mebendazol tiene acción antiparasitaria principalmente contra los vermes como por ejemplo *Ascaris Lumbricoides* (sevo'i pytã), *Oxiuros Vermicularis* (sevo'i tat) entre otros.

Usted debe indicar Mebendazol a todo niño o niña **mayor de 1 año** y principalmente a aquellos con DIARREA CRÓNICA y/o con ANEMIA.

DOSIS: 100 mg de Mebendazol **dos veces** al día, durante **3 días**.

- **METRONIDAZOL**

El Mebendazol ataca principalmente a los vermes y en nuestro país es frecuente también la infestación con protozoarios como por ejemplo la *Giardia Lamblia*, por ello se recomienda asociarlo con Metronidazol como tratamiento antiparasitario.

DOSIS: 20 mg/kg/d durante 1 semana (7 días).

ALBENDAZOL: para vermes y protozoarios.

Dosis: 400 mg/día, en una dosis por cinco días **en mayores de 2 años**.

Si el niño o niña elimina parásitos con la cura antiparasitaria, administrar otra dosis de ambos antiparasitarios después de 1 mes de dicha cura.

4.4. TRATAR LAS SIBILANCIAS: USO DE BRONCODILATADORES

Utilice un broncodilatador de acción rápida para tratar al niño o niña que presenta SIBILANCIAS. El uso de un agonista Beta₂, como es el Salbutamol, es lo más recomendado para el manejo apropiado del broncoespasmo que provoca SIBILANCIAS. Como se explica más adelante, este broncodilatador puede ser administrada por vía inhalatoria mediante inhaladores con aerocámaras o espaciador; o a través de nebulizaciones, siendo la primera la vía más apropiada y efectiva. Solo si no se puede contar con estos métodos deberá ser evaluado el uso del broncodilatador por vía oral.

4.4.1. VIA INHALATORIA

En un niño o niña con broncoespasmo, use la vía inhalatoria de preferencia, es más eficaz, más rápida y con menos efectos colaterales.

Cada dosis corresponde a 100 ug por inhalación, lo cual significa hacer dos inhalaciones ("disparos" o puff), separadas por un minuto entre ellas, usando espaciador o aerocámara. Puede repetir la dosis cada 20 minutos hasta 3 veces según necesidad.

En su Cuadro de Procedimientos, usted encontrará el capítulo correspondiente a TRATAR LAS SIBILANCIAS en el cual se detalla el esquema de tratamiento con un broncodilatador de acción rápida.

Si se va a referir al niño o niña porque presenta algún signo general de peligro u otra enfermedad grave que amerita referencia URGENTE, administre una sola dosis del broncodilatador de acción rápida inhalado antes de referir. Si tiene tiraje subcostal puede tener neumonía grave, pero si tiene sibilancias debe tratarse primero ésta. Si no existe ninguna otra razón para referirle, haga el tratamiento en el nivel local basándose en el esquema siguiente:

- **Primera Dosis:**

Si tiene sibilancias déle un broncodilatador de acción rápida por inhalación, dos disparos cada 20 minutos, evaluar luego de cada dosis.

Al hacer la evaluación, confirme si respira mejor, la frecuencia respiratoria ha bajado, se siente o se observa mejor. Si luego de la evaluación esta mejor, indique tratamiento para el hogar con Salbutamol inhalado, cada 6 horas durante 7 días.

- **Segunda Dosis:**

Reevalúe y si no ha mejorado espere 20 minutos y repita por segunda vez el esquema del broncodilatador de acción rápida por inhalación o nebulización.

Vuelva a evaluarle, si está mejor luego de la segunda dosis, indique tratamiento para el hogar con Salbutamol inhalado como ya fue explicado.

- **Tercera Dosis:**

Si no ha mejorado, realice una tercera dosis después de 20 minutos. Vuelva a evaluar, si está mejor luego de la tercera dosis, indique tratamiento en el hogar con Salbutamol como ya fue explicado.

4.4.2. NEBULIZACIONES

En caso de que no fuera posible la administración del broncodilatador por vía inhalatoria, y en su defecto existe Salbutamol en solución para nebulizar al 0.5%, realice nebulizaciones con 15 gotas de Salbutamol en 5 cc de suero fisiológico. Nebulice durante 10 minutos y puede repetir cada 20 minutos hasta 3 veces.

Si no ha mejorado evalúe la tos o dificultad para respirar:

- Si presenta tiraje subcostal, estridor en reposo o algún signo general de peligro: Referirle URGENTEMENTE al hospital.
- Si presenta respiración rápida a pesar de la mejoría de las sibilancias, inicie antibiótico apropiado para NEUMONÍA, y un broncodilatador inhalado o nebulizado. Hacer control en 2 días.

El uso de este esquema para tratar las sibilancias y la evaluación de la dificultad respiratoria ayudará:

- A no referir URGENTEMENTE en exceso a un hospital o a utilizar antibióticos innecesarios pues pareciera que el niño o niña tiene NEUMONIA
- A identificar los casos que no mejoraran debido a que existe también una NEUMONÍA conjuntamente con el cuadro de sibilancias, por lo tanto ésta será tratada de manera oportuna.

En todos los casos y de acuerdo a la edad siga las indicaciones de la Sección 8 del Capítulo 2 (EL NIÑO O NIÑA CON SIBILANCIAS) para evaluar criterios de internación por DIFICULTAD RESPIRATORIA.

5. TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES LOCALES

Las infecciones locales son aquellas que se inician en piel y/o mucosas y que no comprometen la vida a menos que se extiendan y se agraven si no son tratados oportuna y adecuadamente. Estas infecciones incluyen infección respiratoria aguda viral alta, conjuntivitis, úlceras en la boca, Otitis Media Aguda (OMA), onfalitis, pústulas de la piel y candidiasis bucal.

5.1. TRATAMIENTO PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 MESES DE EDAD

Hay tres tipos de infecciones locales en un lactante menor que la madre o la persona a cargo puede tratar en la casa: un ombligo enrojecido o supura pus cuando no se acompaña de otros signos de peligro, pústulas de la piel cuando son escasas y localizadas o candidiasis bucal. Estas infecciones locales se tratan con un antibiótico tópico local o Nistatina.

En la sección TRATAR AL NIÑO O LA NIÑA MENOR DE 2 MESES DE EDAD Y ACONSEJAR A LA MADRE O ALACOMPAÑANTE del Cuadro de Procedimientos, así como en el apartado ENSEÑAR A LAS MADRES A TRATAR LAS INFECCIONES LOCALIZADAS EN CASA, se presentan las instrucciones para:

- Tratar pústulas de la piel o infecciones de ombligo
- Tratar candidiasis oral
- Tratar las conjuntivitis.

5.2. TRATAMIENTOS PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

En la sección ENSEÑAR A LA MADRE A TRATAR LAS INFECCIONES LOCALES EN LA CASA del cuadro TRATAR de su Cuadro de Procedimientos, se dan instrucciones para:

- Secar el oído con un paño de algodón suave y limpio.
- Tratar las úlceras en la boca con Nistatina o violeta de genciana.
- Aliviar el dolor de garganta y mitigar la tos con un remedio inocuo.
- Uso de colirios para infecciones de los ojos.

Como en todos los casos, anote en la hoja de referencia o en el formulario de registro, el medicamento administrado.

6. DAR MÁS LÍQUIDOS PARA LA DIARREA Y CONTINUAR CON LA ALIMENTACIÓN

En los Capítulos 1 y 2 sus secciones correspondientes (Sección 7 y Sección 4 respectivamente) usted aprendió a evaluar a un niño o niña con DIARREA, clasificar la DESHIDRATACIÓN y seleccionar uno de los siguientes planes de tratamiento:

- PLAN A: Tratar la diarrea en la casa.
- PLAN B: Tratar la deshidratación con solución de sales de rehidratación oral (SRO).
- PLAN C: tratar rápidamente la deshidratación grave.

Los tres planes se describen en el cuadro TRATAR del Cuadro de Procedimientos. Cada uno de ellos proporciona líquidos para reemplazar el agua y las sales que se pierden con la diarrea. Una forma tanto de rehidratar como de prevenir la deshidratación es darle SRO.

Se deberá administrar líquido por vía intravenosa exclusivamente en los casos de DESHIDRATACIÓN GRAVE O SI VOMITA TODO.

Los antibióticos no son eficaces para tratar la diarrea en general. Rara vez ayudan y en algunos casos empeoran. Por lo tanto NO administre antibióticos sistemáticamente. En los casos de diarrea, indique antibióticos exclusivamente cuando haya DESHIDRATACIÓN GRAVE con COLERA en la zona o DIARREA CON SANGRE.

Nunca administre a un niño o niña con diarrea antidiarreicos, antiespasmódicos o antieméticos. Rara vez ayudan a tratar la diarrea y pueden resultar peligrosos (Ej: codeína, tintura de opio, loperamida, clorpromazina). Estos medicamentos pueden causar íleo paralítico, o tornarle somnoliento/a e incluso algunos pueden ser mortales, especialmente si se administran a lactantes pequeños.

Otros antidiarreicos, aunque no se consideran peligrosos, no son eficaces para tratar la diarrea como los adsorbentes (Ej.: caolín, sulfa carbón). Usar medicamentos antidiarreicos solo puede retrasar el tratamiento con SRO.

6.1. TRATAMIENTO DE UN NIÑO O NIÑA DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD CON DIARREA

6.1.1. PLAN A: TRATAR LA DIARREA EN LA CASA

El Plan A es para el tratamiento de un niño o niña cuando tiene diarrea pero SIN DESHIDRATACION.

Las tres reglas de tratamiento en la casa son:
1. DAR MAS LIQUIDOS
2. CONTINUAR CON LAALIMENTACION
3. INDICAR CUANDO VOLVER

Los casos de diarrea sin deshidratación que llegan al servicio de salud recibirán tratamiento de acuerdo con el Plan A. Los casos con deshidratación o deshidratación grave necesitan rehidratación con el Plan B o C y luego se tratan con el Plan A. A la larga, todos los casos de diarrea recibirán el Plan A

El Plan A consiste en recomendar a la madre o a la persona a cargo, las tres reglas del tratamiento en la casa. Por lo tanto, su capacidad de enseñar y aconsejar son muy importantes para este plan.

- **REGLA 1: DAR MAS LIQUIDOS**

En todos los casos diga a la madre o persona a cargo del niño o niña que:

- Le de todo el líquido que acepte. El propósito de dar más líquidos es reemplazar los líquidos que se pierden con la diarrea y, así, prevenir la deshidratación. La medida fundamental es dar más líquidos de lo acostumbrado, tan pronto como comience la diarrea.
- Le dé el pecho con frecuencia y durante más tiempo cada vez. También explíquelo que le debe dar otros líquidos. La SRO es uno de varios líquidos que se recomiendan para prevenir la deshidratación en la casa.
- A los/las menores de seis meses alimentados exclusivamente con leche materna, primero se les debe ofrecer el pecho antes que los otros líquidos los cuales pueden ser: agua, jugos de frutas natural y colados, entre otros.
- Evite el uso de bebidas gaseosas.

El Plan A describe dos situaciones en las que la madre debe administrar la solución de Rehidratación Oral (SRO) en la casa.

1. **Si ha recibido tratamiento con el Plan B o el Plan C durante esta visita.** En otras palabras, el niño o niña acaba de ser rehidratado/a. A estos/as les ayudará beber la solución de SRO para evitar que se vuelvan a deshidratar.
2. **Si no puede regresar a un servicio de salud y empeora la diarrea.** Por ejemplo, la familia vive muy lejos o la madre tiene un empleo al que no puede faltar.

Usted en todos estos casos debe enseñar a la madre o a la persona a cargo a preparar la mezcla y cómo dar SRO. Entréguele por lo menos dos paquetes de SRO para utilizar en la casa.

Los pasos para preparar la solución de SRO son:

1. Lávese las manos con agua y jabón.
2. Hierva agua en una cantidad mayor a 1 litro durante 10 minutos y deje enfriar.
3. Luego mida 1 litro de esta agua hervida en un recipiente bien limpio.
4. Verifique la fecha de vencimiento del sobre de SRO.
5. Vierta el contenido de un paquete de SRO en el recipiente con el agua medida.
6. Mezcle bien hasta que el polvo se disuelva completamente.
7. Conservar el preparado en la heladera o lugar más fresco de la casa.

Si no se dispone del SRO, enseñe a la madre cómo preparar el SUERO ORAL CASERO:

- 1 litro de agua previamente hervida y enfriada
- 8 cucharaditas de azúcar
- 1 cucharadita de sal
- 1 cucharadita de jugo de limón o de naranja agria (apepú)

EXPLIQUE a la madre que:

- Debe preparar la solución de SRO o suero casero fresco todos los días, en un recipiente limpio, mantener cubierto y si no es consumido dentro de las 24 hs. en la que fue preparado lo restante debe ser desechado.
- Debe darle la misma cantidad de líquidos que el niño o niña bebe a diario y más. Muéstrole cuánto líquido mas debe darle después de cada deposición diarreica:
 - o Hasta los 2 años de edad: **50 a 100 ml** (media taza) después de cada deposición diarreica.
 - o Desde 2 años o más de edad: **100 a 200 ml** (una taza) después de cada deposición diarreica.
- Que la solución de SRO no interrumpirá la diarrea. El beneficio es que reemplaza el líquido y las sales que pierde con la diarrea e impide que se deshidrate y se agrave.
- Como administrar el SRO y qué hacer en casos en que el niño o niña vomita. Indíquelo que:
 - Le dé sorbitos frecuentes del SRO desde una taza o con una cuchara.
 - Si el niño o niña vomita que espere 10 minutos antes de darle más líquidos. Luego que continúe dándole pero más lentamente.
 - Que continúe administrando buena cantidad de líquidos hasta que cese la diarrea.

VERIFIQUE que la madre entendió cómo dar más líquidos según el Plan A.

- Para ello haga preguntas como las siguientes:
 - o ¿Qué tipo de líquidos le dará?
 - o ¿Cuánto líquido le va a dar?
 - o ¿Qué hará si vomita?
 - o ¿Con qué frecuencia le dará la solución de SRO?
 - o ¿Cómo va a darle la SRO? ¿Cuánta agua utilizará para mezclar las SRO?
- Si tiene los insumos necesarios, pídale que le muestre como prepara el SRO. Si dice que no tiene un recipiente de un litro para mezclar las SRO, muéstrole cómo medir un litro usando un recipiente más pequeño. O enséñele a medir un litro en un recipiente más grande y márkuelo con un instrumento apropiado.
- Pregunte a la madre qué problemas cree que va a tener al darle líquidos, por ejemplo, si dice que no tiene tiempo, ayúdela a pensar en enseñarle a otra persona a que administre los líquidos.

● **REGLA 2: CONTINUAR LA ALIMENTACION**

En el Capítulo 4 aprenderá a dar consejos sobre la alimentación. Si la enfermedad del niño o niña se ha clasificado como DIARREA CRONICA, deberá dar a la madre recomendaciones especiales sobre la alimentación.

Use la libreta de salud del niño y la niña y las Guías Alimentarias para recomendar alimentación y cerciórese de que la madre comprendió

En los servicios de salud tienen las libretas y se entregan a las madres o personas encargadas para que las lleven a casa. La libreta ayuda a la madre o persona a cargo a recordar la información importante, así como el tipo de líquidos y de alimentos que le dará a su hijo o hija.

● **REGLA 3: CUANDO VOLVER**

Explique claramente a la madre cuales son los signos en el niño o niña que le indican que debe volver rápidamente al servicio. Algunos de ellos son:

- No es capaz de beber o tomar el pecho
- Vomita todo
- Letárgico o inconsciente
- Convulsiones
- Tiene fiebre
- Empeora

Si tiene diarrea, también dígame que regrese si tiene:

- Sangre en las heces
- Bebe mal
- Dolor abdominal

Diga y muestre a la madre que estos signos se hallan descritos en la Libreta de Salud del Niño y de la Niña.

6.1.2. PLAN B: TRATAR ALGUN GRADO DE DESHIDRATACIÓN CON SRO

El Plan B es para el tratamiento de un niño o niña cuando tiene DIARREA CON ALGUN GRADO DE DESHIDRATACIÓN. Incluye un período inicial de tratamiento en el servicio de salud que dura 4 (cuatro) horas. Durante estas 4 horas, la madre o la persona encargada debe suministrar lentamente al niño o niña con esta clasificación, la cantidad recomendada de solución de SRO o suero casero. Esta administración puede ser con cucharadas o sorbos.

Un niño o niña con una clasificación GRAVE y ALGUN GRADO DE DESHIDRATACIÓN necesita referencia urgente al hospital. NO trate de rehidratarle antes de que se vaya. Proporcione rápidamente a la madre un poco de solución de SRO y muéstrele cómo administrarle al niño o niña por medio de sorbos frecuentes en el trayecto al hospital. La excepción son aquellos que tienen una clasificación única grave de DIARREA CRÓNICA GRAVE. Estos/as deben rehidratarse primero y luego referirse.

Si un niño o niña que tiene ALGUN GRADO DE DESHIDRATACION necesita tratamiento para otros problemas, debe empezar a tratar primero la deshidratación. Luego administre los otros tratamientos.

Después de suministrar las SRO durante 4 horas, evalúe nuevamente y clasifique la deshidratación usando el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR. Si han desaparecido los signos de deshidratación, administre el Plan A. Si aún persiste deshidratación, repita el Plan B. Si tiene ahora DESHIDRATACIÓN GRAVE, se debe administrar el Plan C.

- DETERMINAR LA CANTIDAD DE SRO QUE SE DARÁ DURANTE LAS PRIMERAS CUATRO HORAS

Consulte su Cuadro de Procedimientos y utilice el cuadro en el Plan B: TRATAR LA DESHIDRATACION CON SRO para determinar la cantidad de SRO que se administrará. Ej: un niño o niña de 5 Kg generalmente necesita 200 – 400 ml de solución de SRO durante las primeras 4 horas.

Las cantidades que se muestran en el recuadro se utilizarán de manera orientativa. La edad o el peso, el grado de deshidratación y el número de deposiciones durante la rehidratación afectarán la cantidad necesaria de solución de SRO. Por lo general, el niño o niña querrá beber cuánto necesite por lo que dele lo que desee.

Abajo del recuadro se describe otra manera de calcular la cantidad necesaria de solución de SRO (en ml). Multiplique el peso (en kilogramos) por 75. Por ejemplo, un niño o una niña que pesa 8 kg necesitaría:

$$8 \text{ Kg} \times 75 \text{ ml} = 600 \text{ ml de solución de SRO en 4 horas}$$

Observe que esta cantidad se encuentra dentro de los límites consignados. Al utilizar el recuadro, se ahorra este cálculo.

La administración de la solución de SRO no debería interferir con la alimentación normal de un lactante. La madre debe hacer pausas para dejar que el lactante tome el pecho materno siempre que lo desee. Para los lactantes menores de 6 meses que no toman el pecho, la madre debe dar 100-200 ml de agua potable durante las primeras 4 horas además de la solución de SRO. La leche materna y el agua ayudarán a prevenir la hipernatremia en los lactantes.

- MOSTRAR A LA MADRE CÓMO DAR LA SOLUCIÓN DE SRO

Explique a la madre o acompañante la cantidad de solución de SRO que debe darle en las próximas 4 horas. Muéstrole la cantidad en recipientes que conoce la madre. Por ejemplo, si tiene menos de 2 años de edad, muéstrole a la madre cómo darle cucharadas frecuentes; o si es mayor, muéstrole cómo darle sorbos frecuentes con una taza. Siéntese con ella mientras le da los primeros sorbos con una taza o una cuchara para verificar el procedimiento y para aclarar dudas que ella pudiera tener.

Si vomita, la madre debe esperar aproximadamente 10 minutos antes de darle más solución de SRO. Después debe dársela más despacio.

Recomiende a la madre que haga pausas para dar el pecho a libre demanda. Cuando termina de mamar debe darle nuevamente la solución de SRO. La madre no debe suministrar alimentos durante las primeras 4 horas del tratamiento con SRO o Sonda Orogastrica.

Muestre a la madre donde cambiarle el pañal, o donde puede ir al baño. Muéstrole cómo y dónde lavarse las manos y lavarle las manos al niño o niña.

Evalúe cada 30 minutos, si no está bebiendo bien la solución de SRO, intente otro método de administración. Puede tratar usando un gotero o una jeringa sin aguja.

Durante las primeras 4 horas en que la madre da la solución de SRO en el servicio de salud, usted tiene mucho tiempo para enseñarle como cuidar a su niño o niña. Sin embargo la preocupación principal debe ser su rehidratación. Cuando se ve que está mejorando, la madre puede concentrarse en aprender. Enséñele a mezclar y dar la solución de SRO y sobre el Plan A. Una buena idea es tener información impresa que la madre puede estudiar mientras está sentada con su hijo o hija. La información se puede reforzar también con carteles en la pared.

- DESPUÉS DE 4 HORAS DE ADMINISTRAR EL TRATAMIENTO DEL PLAN B:

Vuelva a evaluar usando el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR. Clasifique la deshidratación. Escoja el plan adecuado para continuar el tratamiento.

Si esta mejor y no tiene deshidratación elija el Plan A. Enseñe a la madre el Plan A si no se lo enseñó en las 4 horas anteriores. Antes de que se retire del servicio de salud,

hágale algunas preguntas de verificación y ayúdele a resolver cualquier problema que pueda tener para darle más líquidos en la casa.

Si el niño o niña presenta edema bpalpebral, es signo de sobrehidratación. No es un signo de peligro ni de hipernatremia. Simplemente es un signo de que se ha rehidratado y no necesita más solución de SRO, por el momento. Se le debe dar de beber agua potable o leche materna y otros alimentos. La madre debe darle la solución de SRO de acuerdo con el Plan A cuando haya desaparecido la hinchazón.

Si todavía tiene ALGUN GRADO DE DESHIDRATACIÓN, escoja nuevamente el Plan B. Comience a alimentarle en el servicio de salud. Ofrezca comida, leche o jugo. Después de alimentarlo, repita el tratamiento de 4 horas del Plan B. Los niños y niñas alimentados con pecho materno deben seguir amamantándose con frecuencia.

Si el estado de salud del niño o niña empeora y ahora tiene DESHIDRATACIÓN GRAVE, necesitará empezar el Plan C.

- **SI LA MADRE DEBE IRSE ANTES DE FINALIZAR EL TRATAMIENTO**

A veces una madre se tiene que ir del servicio de salud mientras su hijo o hija está todavía en el Plan B, o sea, antes de que se rehidrate. En tales situaciones, usted necesitará:

- o Mostrarle a la madre cómo preparar la solución de SRO en el hogar. Haga que practique esto antes de irse.
- o Mostrar a la madre cuánta solución de SRO deberá dar para finalizar el tratamiento de 4 horas en el hogar.
- o Entregar paquetes suficientes de SRO para completar la rehidratación. También déle otros dos paquetes como se recomienda en el Plan A.
- o Explíquela las tres reglas del tratamiento en la casa: 1. Dar más líquidos; 2. Continuar la alimentación, y 3. Cuándo regresar (en referencia a las instrucciones para el Plan A).

6.1.3. PLAN C: TRATAR RÁPIDAMENTE LA DESHIDRATACIÓN GRAVE

Los niños y niñas gravemente deshidratados necesitan recuperar rápidamente el agua y las sales. Generalmente se administran líquidos por vía intravenosa (IV) con este fin. El tratamiento de rehidratación mediante líquidos por vía intravenosa o por medio de un tubo oro o nasogástrico (NG) o por vía intraosea (ver Guía básica para nivel de referencia hospitalaria).

El tratamiento depende de:

- Que sea mayor de 2 meses de edad
- Del tipo de equipo disponible en su servicio de salud o en un centro u hospital cercano
- La capacitación que usted haya recibido
- Si el niño o niña es capaz de beber

Para aprender a tratar a quienes necesitan el Plan C, consulte el diagrama de flujo en el cuadro TRATAR AL NIÑO O NIÑA del Cuadro de Procedimientos en su apartado PLAN C: TRATAR RÁPIDAMENTE LA DESHIDRATACION GRAVE.

6.2. TRATAMIENTO DE UN NIÑO O NIÑA MENOR DE 0 A 2 MESES DE EDAD CON DIARREA

Usted ya ha aprendido el Plan A para tratar la diarrea en la casa y los Planes B y C para rehidratar a un/a lactante mayor o niño o niña pequeño/a con diarrea. Sin embargo, debe tener en cuenta algunos puntos importantes sobre la administración de estos tratamientos a un/a lactante menor de 2 meses de edad.

6.2.1. PLAN A: TRATAR LA DIARREA EN LA CASA

Todos los/las menores de 2 meses que tienen diarrea necesitan más líquidos para prevenir la deshidratación y continuar la alimentación para prevenir la desnutrición. La mejor manera de dar más líquidos y continuar la alimentación es amamantar más a menudo y durante un período de tiempo más prolongado cada vez.

Si se le va a suministrar SRO o suero casero en la casa, muéstrole a la mamá que cantidad de SRO o suero casero que le administrará después de cada deposición diarreica.

Primero debe ofrecerle el pecho, luego administrar la solución de SRO o suero casero. Recuerde a la madre que debe interrumpir la administración de solución de SRO o suero casero después de que haya acabado la diarrea.

6.2.2. PLAN B: TRATAR ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN

Un niño o niña menor de 2 meses que tiene ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN necesita solución de SRO como se describe en el Plan B. Durante las primeras 4 horas de rehidratación, inste a la madre a que realice una pausa para dejar que el bebé se amamante siempre que lo desee, para luego reanudar la administración del SRO. Para aquellos que no se amamantan suministre 100-200 ml más de agua potable durante este período.

7. TRATAMIENTO DE LA MALNUTRICION

7.1. DESNUTRICION

7.1.1. DESNUTRICIÓN GRAVE

Los niños o niñas cuyo estado se clasifica como DESNUTRICIÓN GRAVE corren mayor riesgo de muerte por neumonía, diarrea, sarampión y otras enfermedades graves. Estos/as necesitan ser referidos/as de **URGENCIA** al hospital donde el tratamiento puede vigilarse atentamente.

Recuerde que todos los niños y niñas menores de 2 meses de edad, independientemente de si tienen BAJO PESO o MUY BAJO PESO deben ser referidos/as **URGENTEMENTE** al hospital.

Todos los niños y niñas de 2 años y los mayores con DESNUTRICIÓN GRAVE precisan tener un diagnóstico claro de la causa de su desnutrición. Por ejemplo si se trata de:

-Desnutrición Primaria: por falta de ingesta de alimentos o;

-Desnutrición Secundaria: por alguna enfermedad de base que provoca un aumento de las pérdidas o un aumento de los requerimientos de energía, por ejemplo: Síndrome de

Malabsorción (enfermedad celíaca, fibrosis quística, alergia a la proteína de la leche de vaca, parasitosis intestinal), cardiopatías congénitas entre otras.

Refiera al niño o niña con DESNUTRICION GRAVE a un hospital en condiciones adecuadas teniendo en cuenta las Normas de Estabilización antes y durante el transporte del niño y la niña, previa comunicación con el servicio de salud de referencia más próximo (ya sea por radio o teléfono), con el formulario de referencia y contrarreferencia debidamente completado con los datos del niño o niña.

- **MIENTRAS SE ESPERA Y DURANTE LA REFERENCIA:**

Los niños y niñas con DESNUTRICION GRAVE por su condición tienen más riesgo de muerte, es por ello que, si el servicio no cuenta con la infraestructura y recursos humanos necesarios para su atención y deben ser referidos a otro servicio de mayor complejidad, mientras se espera y durante la referencia tenga en cuenta los siguientes cuidados a fin de prevenir su empeoramiento y eventual muerte.

1. Prevenir la Hipoglucemia

Todos los niños y niñas que están gravemente desnutridos tienen riesgo de padecer hipoglucemia; por lo tanto, inmediatamente en el servicio y durante su traslado debe administrárseles solución glucosada al 10% o solución de sacarosa, o algún alimento (ver más adelante). Elija el que esté disponible más rápidamente. La alimentación frecuente es importante para prevenir la hipoglucemia. Aliméntele de inmediato (si fuera necesario, rehidrátele antes).

Si hay posibilidad de alimentación por vía oral aconseje a la madre que le siga dando el pecho materno, en caso contrario elegir la leche según opciones descritas en el Cuadro de Procedimientos y evalúe la posibilidad de instalar una sonda nasogástrica.

2. Prevenir la Hipotermia

La temperatura corporal baja (hipotermia) se asocia con una mayor mortalidad en los niños y niñas que están gravemente desnutridos y por consiguiente, es necesario controlarla. La ingesta frecuente de alimentos es una parte importante de la prevención. Si la temperatura **axilar** es **< 35 °C** o no se registra, dé por sentado que hay hipotermia. Si cuenta con un termómetro que registra bajas temperaturas, tome la temperatura **rectal** y si ésta es **<35,5 °C** se confirma que presenta hipotermia.

Cerciórese de que el niño o la niña lleva ropa puesta (incluso en la cabeza), cúbrale con una manta abrigada y ubíquelo cerca de un calentador, o colóquelo sobre el tórax o el abdomen desnudo de la madre (contacto de piel con piel) y cubra a ambos con una frazada calentada y ropa de abrigo.

Prevenga las quemaduras evitando el contacto directo con las fuentes de calor y evite usar bolsas de agua caliente salvo para calentar las frazadas o la ropa.

3. Dar tratamiento con antibióticos:

En la desnutrición grave, los signos habituales de infección, por ejemplo, la fiebre, suelen no presentarse, a pesar de lo cual las infecciones múltiples son comunes. Por consiguiente, dé por sentado que todos los niños y niñas desnutridos/as tienen una infección

cuando llegan al servicio de salud y si está disponible, administre la primera dosis de antibióticos antes de la referencia. Con frecuencia, la hipoglucemia y la hipotermia son signos de infección grave.

Desde el punto de vista terapéutico debe considerarse al niño desnutrido grave como un huésped inmunosuprimido severo, por lo que el inicio de antibioticoterapia es aconsejable hasta que el paciente se estabilice o se tengan los retornos de los cultivos. En cuanto a la selección de antibióticos, los pacientes pueden estratificarse en dos grupos:

- **Paciente sin foco aparente de infección:** Cefalosporina de 3ª generación (Cefotaxima por ejemplo que proporciona cobertura adicional a gram negativos) más una penicilina penicilinasa resistente (para cobertura de gram positivos)
- **Pacientes con foco aparente de infección:** en este caso la terapéutica antibiótica dependerá del foco infeccioso presente.

Si el niño o niña tiene una temperatura baja (menos de 36,5 °C) o fiebre (38,5 °C o más axilar), OTITIS MEDIA AGUDA O INFECCIÓN DE PIEL, SIGNOS GENERALES DE PELIGRO, NEUMONÍA, NEUMONÍA GRAVE, O ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE, DIARREA, DESHIDRATACION, administre antibióticos según esquema propuesto para la enfermedad que se sospeche y derive inmediatamente a un hospital.

4. Dar vitamina A antes de referir al niño o niña. Si esta disponible en su servicio de salud administre la dosis correspondiente de Vitamina A y anote en el formulario de referencia si se administró.

7.1.2. DESNUTRICIÓN MODERADA

En un niño o niña cuyo estado se clasifica como **DESNUTRICIÓN MODERADA**, evalúe la alimentación y aconseje a la madre sobre la alimentación de acuerdo con las recomendaciones sobre ALIMENTOS del cuadro ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE del Cuadro de Procedimientos.

En caso de que exista algún Programa Alimentario o de Entrega de Alimentos, ingrédesele a él para entrega de leche o leche con cereales (almidón de maíz, cereal de arroz o de maíz).

Un niño o niña con **DESNUTRICIÓN MODERADA** debe ser derivado lo antes posible a un hospital para su mejor diagnóstico y tratamiento en los siguientes casos:

- Todos los niños y niñas menores de 1 año de edad
- Todos los menores de 5 años con cualquier enfermedad asociada, como: NEUMONÍA, ENFERMEDAD FEBRIL, DIARREA, DIARREA CRÓNICA, etc.

Si el niño o niña **no presenta un foco de infección** y no tiene ningún otro signo de derivación urgente, y **es mayor de un año**, inicie tratamiento ambulatorio para la desnutrición según como se describe a continuación:

7.1.2.1. DAR ALIMENTACIÓN

En todos los casos de niños y niñas con DESNUTRICIÓN MODERADA, recomiende sobre la alimentación.

LECHE:

- Si toma pecho materno, insistir en que tome con mayor frecuencia.
- Si no recibe lactancia materna, aconsejar sobre la leche de acuerdo a las opciones propuestas en el Cuadro de Procedimientos.

PREPARACION DE LECHE ARTIFICIAL PARA LACTANTES ²³

TIPOS DE LECHE	EDAD	LECHE EN POLVO	AZUCAR	ACEITE
1° OPCIÓN LECHE MATERNA	TODOS (Hasta los 2 años)	NO	NO	NO
2° OPCIÓN: LECHE EN POLVO PARA LACTANTES	TODOS (Hasta los 12 meses)	1 cucharadita al ras (5 g) por cada 30 ml de agua	NO	NO
3° OPCIÓN: LECHE EN POLVO COMUN	0 – 6 meses	1 ½ cucharadita (7,5g) al ras por cada 100 ml de agua	1 cucharadita por cada 100 ml de agua	½ cucharadita de té por cada 100 ml de agua
	6 – 12 meses	1 cucharadita al ras por cada 50 ml de agua	1 cucharadita por cada 100 ml de agua	NO
	> 12 meses (incluidos escolares y adolescentes)	1 cucharadita al ras por cada 40 ml de agua	1 cucharadita por cada 100 ml de agua	NO
4° OPCIÓN: LECHE FLUIDA O LÍQUIDA COMUN	0 – 6 Meses	Al ½ o sea 50% de agua y 50 % de leche líquida	1 cucharadita por cada 100 ml	½ cucharadita de té por cada 100 ml de agua
	6 – 12 Meses	75% Leche + 25% agua	1 cucharadita por cada 100 ml	NO
	> 12 meses (incluidos escolares y adolescentes)	100% leche sin diluir	1 cucharadita por cada 100 ml	NO

Para mejorar el aporte de calorías en el niño o niña MAYOR DE 6 MESES DE EDAD, puede agregar a la leche:

- **Cereal** Ej: almidón de maíz o cereal tales como arroz o maíz o harina, 1 medida o 1 cucharadita (5 g) por cada 100 ml de leche y;
- **Aceite vegetal** crudo (de maíz, girasol o de soja) al 1% lo cual corresponde a 1 ml de aceite por cada 100 ml de leche.

Ej: para 200 ml de leche corresponde colocar 2 medidas de cereal + 2 ml de aceite vegetal.

El niño o niña desnutrido/a es muy frágil y necesita alimentarse en forma más frecuente pero con volúmenes menores a los habituales. Gradualmente, aumente el volumen del alimento y disminuya la frecuencia de las comidas. (Ver más abajo cuadro de frecuencia y volumen de alimentación). Ayude a la madre a alimentarle tan a menudo como sea posible. Es importante que continúe recibiendo todas las comidas que se le puedan dar incluso por la noche (por lo menos dos veces).

CUADRO DE FRECUENCIA Y VOLUMEN DE ALIMENTACIÓN CON LECHE POR DÍA²⁴:

DIAS	FRECUENCIA	VOLUMEN/kg/TOMA	VOLUMEN/Kg/DIA
1-2	Cada 2 horas	11 ml	130 ml/Kg/d
3 -5	Cada 3 horas	16 ml	130 a 150 ml/Kg/d
6 7	Cada 4 horas	22 ml	130 a 180 ml/Kg/d

23 Fuente: Adaptado de las Bases teóricas y técnicas para la alimentación del niño/a menor de 2 años. MSP BS. Paraguay-2000.

24 Sugerencias que están sujetas a variación dependiendo del estado clínico y la edad.

7.2.1.2. ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

En caso que el niño o niña tenga más de 6 meses de edad, una vez que ha tolerado la alimentación con leche, debe recibir alimentos complementarios, tales como papillas espesas (de pollo, polenta de maíz o soyo con carne bien molida) a la que se puede agregar una cucharadita de aceite vegetal crudo (Ej: aceite de maíz, girasol o soja).

Se sugiere comenzar con pequeñas porciones, y aumentar gradualmente de acuerdo a lo estipulado en el cuadro de alimentación del módulo “Aconsejar a la Madre”.

Si es mayor de 1 año puede recibir alimentación de la olla familiar. Cuidar que los alimentos sean picaditos, que exista una buena combinación de alimentos (Ej: porotos o lentejas con arroz o fideos), que contengan proteínas de alta calidad (leche, carne vacuna o de pollo, huevos, pescado). Ver módulo “Aconsejar a la Madre” y “Anexos del Módulo Aconsejar a la Madre”..

7.1.2.2. VITAMINAS Y MINERALES:

- **Vitamina A**

Todo/a desnutrido/a debe recibir 1 dosis única de vitamina A de acuerdo al esquema encontrará en el Cuadro de Procedimientos.

- **Preparado multivitamínico:**

Si es posible, administrar un multivitamínico de acuerdo al siguiente esquema:

o Menores de 1 año: **2,5 ml/día.**

o Mayores de 1 año: **5 ml/día.**

- **Administre Zinc:** La dosis de este mineral es:

o Menores de 1 año: 5 mg/día

o Mayores 1 año de edad y más: 10 mg/día

Administrar el zinc en un horario diferente al de la administración del preparado de hierro para disminuir el riesgo de interferencia de absorción tanto del Zinc como del hierro (formación de quelatos).

- **Indique Acido Fólico:**

o Menores de 1 año: 1 mg/día

o Mayores 1 año de edad y más: 2mg/día

- **Si fuera posible administrar Sulfato de Cobre:**

o Menores de 1 año: 0,5 mg/día

o Mayores 1 año de edad y más: 1 mg/día

Se puede solicitar la preparación de una suspensión o jarabe que contenga Zinc, Acido Fólico y Cobre con lo que se evitará al niño o niñas molestias con la administración de tantos medicamentos. Observe el cuadro siguiente.

RECOMENDACIONES DE ADMINISTRACIÓN DE UN COMPUESTO DE ZINC, COBRE Y ÁCIDO FÓLICO			
Edad	PRESENTACION	DOSIS	DURACION
Menores de 1 año	Jarabe Frasco por 150 ml	2,5 ml /día (5 mg de Zinc elemental; 0,5 mg de Sulfato de Cobre y 1 mg de Acido Fólico)	½ Fco. / por mes /por 4 meses
1 año a 4 años	Jarabe Frasco por 150 ml	5 ml/día (10 mg de Zinc elemental, 1 mg de Sulfato de Cobre y 2 mg de Acido Fólico)	1 Fco. / por mes / por 4 meses

- **Hierro:**

Observe las indicaciones dadas en el apartado referente a medicación por vía oral y siga las instrucciones teniendo en cuenta lo siguiente:

- Si el paciente tiene infección de cualquier tipo y/o diarrea se debe postergar la administración del hierro hasta que ceda el cuadro y luego iniciar el tratamiento.
- Administrar en horario diferente al de la administración del preparado de zinc y cobre para disminuir el riesgo de interferencia de absorción tanto del Zinc como del hierro (formación de quelatos).
- El hierro (sulfato ferroso) no debe administrarse con leche o algún derivado lácteo (queso, yogurt), para disminuir el riesgo de interferencia de absorción (formación de quelatos).
- Se recomienda en las 2 primeras semanas comenzar con la mitad de la dosis y luego dar el total a fin de disminuir el riesgo de aparición efectos adversos como náuseas, constipación o diarrea por ejemplo.

7.1.2.3. DAR ANTIPARASITARIO

Para ello siga las indicaciones de la Sección correspondiente a DAR MEDICACION VIA ORAL.

7.1.2.4. HACER VISITA DE SEGUIMIENTO 7 DÍAS DESPUÉS

Si la madre no vuelve con el niño o niña a su control de seguimiento, se debe iniciar búsqueda activa a través del servicio social, promotores de salud u otros aliados comunitarios.

En todos los casos indique a la madre cuando debe volver de inmediato.

7.1.3. RIESGO DE DESNUTRICIÓN

En el caso de que un niño o niña presente la clasificación RIESGO DE DESNUTRICIÓN, evalúe su alimentación y aconseje a la madre o acompañante sobre la alimentación de acuerdo con las recomendaciones sobre ALIMENTOS del cuadro ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE del Cuadro de Procedimientos.

Indique un multivitamínico, hierro, antiparasitarios y siga las mismas indicaciones en cuanto a alimentación que se describe para el niño o niña con DESNUTRICION MODERADA.

La diferencia de tratamiento radica en que a estos niños y niñas con RIESGO DE DESNUTRIR no es necesario administrar: Vitamina A, Zinc, Cobre ni Acido Fólico.

Si la alimentación es un problema, hacer una visita de seguimiento 7 días después.

7.1.4. NO TIENE DESNUTRICIÓN

Siempre, evalúe la alimentación del niño o niña. Aconseje a la madre que le alimente de acuerdo con las recomendaciones que aparecen en el recuadro ALIMENTOS en ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE. Estos/as corren un riesgo mayor de tener problemas de alimentación y desnutrición. Si presenta algún problema hacer una visita de seguimiento 7 días después. Hacer una visita de seguimiento según normas establecidas para crecimiento y desarrollo.

7.2. EXCESO DE PESO: SOBREPESO Y OBESIDAD

En todos los casos de niños y niñas con sobrepeso y obesidad si bien no son de referencia URGENTE estas situaciones especialmente la segunda implican un riesgo de salud, por lo tanto deben ser evaluados lo antes posible. Proceda de la siguiente manera en la consulta ambulatoria:

- Explique a la madre que hay muchas posibles causas de sobrepeso. Usted va a hacerle algunas preguntas para entender mejor la situación de su niño o niña; y con la ayuda de su madre, determinar las causas posibles del problema.
- Evalúe la alimentación tal como se presenta en el Capítulo 2.
- Pregunte acerca de actividad física en todos los niños y niñas.
- Haga recomendaciones sobre alimentación saludable como se verá en el Capítulo 4 ACONSEJAR A LA MADRE.
- Sugiera a la madre que aumente la actividad física del niño o niña de forma gradual y con intensidad leve a moderada.
- Siempre solicite estudios laboratoriales: perfil lipídico y glicemia como mínimo y refiérale lo antes posible a un profesional médico especialista pediatra nutriólogo, etc.

7.3. TALLA BAJA

Los niños y niñas que presenten TALLA BAJA serán derivados al médico del nivel local con el objeto de evaluar la presencia o no de algún factor patológico asociado. Esta clasificación pertenece a la hilera ROJA pero no significa referencia URGENTE pero sí lo antes posible por lo que se especificó antes.

Deben ser derivados a un nivel secundario para ser evaluado por especialistas (nutriólogo, endocrinólogo pediatra) todos aquellos niños y niñas con TALLA BAJA y que además:

- Presentan asociación con: dismorfias, obesidad, retardo mental,
- Crecen menos del 75% de lo esperado para su edad en más de 2 controles sucesivos
- Tienen sospecha de enfermedad crónica (cuadros diarreicos o bronquiales a repetición, mal incremento ponderal, etc.),

8. TRATAMIENTO DE LA ANEMIA

8.1. ANEMIA GRAVE

Si un niño o niña se clasifica como ANEMIA GRAVE corre mayor riesgo de muerte. Estos/as necesitan ser referidos/as de **URGENCIA** al Hospital donde el tratamiento puede vigilarse atentamente. Probablemente necesiten transfusiones de sangre.

8.2. ANEMIA

Si el niño o niña se clasifica como ANEMIA, debe recibir hierro por 4 meses a la dosis recomendada en el cuadro de DAR HIERRO para tratamiento de la anemia. La anemia puede ser causada por el paludismo. Si habita o procede de una zona de riesgo solicite examen de gota gruesa.

En todos los casos complemente el tratamiento con la administración de antiparasitarios.

8.3. NO TIENE ANEMIA

Dar hierro oral de suplementación tal como se indica en el apartado DAR HIERRO.

CUADERNO DE EJERCICIOS: Ejercicio 28

CAPITULO 4

ACONSEJAR A LA MADRE Y ACOMPAÑANTE

1. USAR BUENAS TÉCNICAS DE COMUNICACION

Es importante tener buena comunicación con la madre, el padre o la persona a cargo, desde el comienzo de la visita. La buena comunicación ayuda a asegurar que recibirá buena atención no solo en el servicio de salud, sino al regresar a casa. La madre necesita saber cómo administrar el tratamiento y comprender la importancia del mismo. Los pasos para una buena técnica de comunicación son los siguientes:

PASOS PARA UNA BUENA TÉCNICA DE COMUNICACION

- o **Preguntar y escuchar** para determinar cuáles son los problemas y qué es lo que la madre ya está haciendo.
- o **Elogiar a la madre** por lo que haya hecho bien.
- o **Aconsejar a la madre** sobre cómo cuidar a su hijo/a en la casa.
- o **Cerciorarse** de que la madre ha entendido.

- ▶ **PREGUNTE y ESCUCHE para determinar cuáles son los problemas y qué es lo que la madre ya está haciendo por el niño o niña**
Escuche atentamente para determinar cuáles son los problemas y qué está haciendo la madre por él o ella. Así sabrá lo que hace bien o qué prácticas necesitan modificarse.
- ▶ **ELOGIE a la madre por lo que ha hecho bien**
En el caso por ejemplo de que la madre sigue amamantando al niño o niña a pesar de que está enfermo/a, como esta práctica es muy positiva por lo tanto elógiela y asegúrese de que el elogio sea verdadero y se haga únicamente con respecto a aquellas medidas que ayuden al niño o niña.
- ▶ **ACONSEJE a la madre sobre cómo cuidar a su hijo/a en la casa**
Limite sus consejos a lo que es pertinente para la madre en ese momento. Use un lenguaje que la madre entienda. Si es posible, emplee fotografías u objetos reales para ayudar a explicar. Por ejemplo, muestre la cantidad de líquido que debe beber el niño o niña en una taza u otro recipiente.

Recomiende a la madre que abandone las prácticas peligrosas a las que pueda haber recurrido. Al corregir una práctica perjudicial, sea claro, pero también tenga cuidado de no hacerla sentir culpable ni incompetente a la madre. Explique por qué es perjudicial esa práctica.

Algunas recomendaciones serán sencillas. Por ejemplo, puede ser que solamente tenga que decirle a la madre que regrese a una visita de seguimiento en dos días. En otros casos sería necesario enseñar a la madre cómo hacer una tarea. Debe emplear 3 **pasos didácticos básicos**:

1. **Proporcionar información**
2. **Demostrar con un ejemplo**

3. Permitir que practique

1. Proporcionar información: Explique a la madre cómo realizar la tarea. Por ejemplo, explíquelo cómo:

- Preparar el SRO
- Aliviar el dolor de garganta

2. Demostrar un ejemplo: Demuestre cómo realizar la tarea. Por ejemplo, muéstrela a la madre:

- Un sobre de SRO y cómo mezclar su contenido con el volumen correcto de agua ó
- Un remedio inocuo para suavizar la garganta, que ella pueda preparar en la casa

3. Permitir que practique: Pídale a la madre que practique la tarea mientras usted la observa. Por ejemplo, deje que la madre:

- Mezcle el SRO o
- Describa cómo preparará un remedio inocuo para suavizar la garganta

Puede ser suficiente pedirle a la madre que describa cómo realizará la tarea en la casa.

Permitir que la madre practique es la parte más importante de enseñar una tarea. Si la madre realiza la tarea mientras usted la observa, sabrá cuánto entendió, qué le resulta difícil y puede ayudarla a hacerlo mejor. La madre recordará más fácilmente si practica que si escucha solamente.

Quando le enseñe a la madre:

- Use palabras que ella comprenda
- Use materiales auxiliares con los que ella está familiarizada, tales como recipientes para mezclar el SRO o suero casero.
- Cuando esté practicando, haga comentarios acerca de cómo lo está haciendo. Elogie lo que hace bien o corríjala.
- Permítale seguir practicando, si lo necesita
- Aliente a la madre a hacer preguntas. Conteste todas sus preguntas

► CERCIORESE de que la madre o el/la acompañante ha entendido

Haga preguntas para determinar qué entiende la madre y qué necesita explicarse más. No formule preguntas inductivas (es decir, que sugieren la respuesta correcta) ni que puedan responderse con sí o con no.

Los siguientes son ejemplos de buenas preguntas de verificación: “¿qué alimentos le dará?” “¿con qué frecuencia se los dará?”. Si recibe una respuesta ambigua, haga otra pregunta de verificación. Elogie a la madre por entender correctamente o aclárele sus dudas, según sea necesario.

Después de enseñarle a la madre cómo tratar a su hijo o hija, usted necesita estar seguro de que ella entiende cómo administrar el tratamiento correctamente. Las preguntas de verificación permiten averiguar lo que ha aprendido la madre.

Una aptitud de comunicación importante es saber cómo formular buenas preguntas de verificación. Una pregunta de verificación se debe formular de tal modo que la madre tenga que responder más que “sí” o que “no”. Las buenas preguntas de verificación requieren que la persona que responda describa **por qué, cómo o cuándo** dará el tratamiento.

Por la respuesta de la madre sabrá si le entendió y si aprendió lo que le enseñó acerca del tratamiento. Si ella no puede responder correctamente, déle más información o aclare sus instrucciones. Por ejemplo, usted le enseñó a la madre cómo administrar un antibiótico; luego pregunte:

“¿Sabe cómo darle a su hijo o hija el medicamento?”

La madre probablemente le conteste “sí”, haya comprendido o no. Puede ser que se sienta avergonzada de decir que no entendió. Sin embargo, si le hace buenas preguntas de verificación, tales como:

“¿Cuándo le va a dar el medicamento?”
“¿Cuántos comprimidos le va a dar cada vez?”
“¿Durante cuántos días le va a dar los comprimidos?”

Está pidiendo a la madre que le repita las instrucciones que le ha dado. Las buenas preguntas de verificación ayudan a comprobar que la madre aprendió y que recordará cómo tratar a su hijo o hija.

Las preguntas siguientes verifican la comprensión de la madre. Las “buenas preguntas de verificación” requieren que la madre **describa** cómo tratará a su hijo o hija. Empiezan con una palabra interrogativa, por ejemplo, **por qué, qué, cómo, cuándo, cuántos**. Las “malas preguntas”, que se responden con un “sí” o un “no” no demuestran cuánto sabe la madre.

Después de hacer una pregunta, haga una pausa. Déle a la madre tiempo para pensar y, después, responder. **No** conteste la pregunta por ella. **No** haga otra pregunta de inmediato.

Se necesita paciencia para hacer preguntas de verificación. Tal vez la madre sepa la respuesta pero puede ser que hable lentamente. Quizá ella se sorprenda de que usted realmente espere que le conteste. Puede tener miedo de dar una respuesta incorrecta. Tal vez sea tímida para hablar con una figura de autoridad. Espere su respuesta, alíentele a que se anime a contestar.

BUENAS PREGUNTAS DE VERIFICACIÓN	PREGUNTAS MALAS
¿ Cómo preparará la SRO?	¿Recuerda cómo mezclar la SRO?
¿ Cada cuánto debe amamantar a su niño o niña?	¿Debe amamantar a su niño o niña?
¿ Cuánto líquido más le va a dar cada vez que el niño o niña tenga deposiciones diarreicas?	¿Sabe cómo dar más líquidos?
¿ Por qué es importante que se lave las manos?	¿Se acordará de lavarse las manos?

Si la madre responde incorrectamente o dice que no se acuerda, tenga cuidado de no hacerla sentir incómoda. Enséñele nuevamente a administrar el tratamiento. Suministre más **información, ejemplos** y oportunidad de **practicar** para estar seguro de que entiende.

Luego hágale más preguntas de verificación.

Habrán casos en que la madre entienda pero le diga que no puede hacer lo que se le indica. Puede tener problemas u objeciones. Los problemas más comunes son la falta de tiempo o de recursos para dar el tratamiento. Una madre puede tener objeciones a darle a su hijo o hija un medicamento por vía oral, en lugar de una inyección, o de darle un remedio casero, en lugar de un medicamento.

Ayude a la madre a pensar en posibles soluciones a su problema y responda a sus objeciones. Por ejemplo:

Si le pregunta,

“¿Qué recipiente va a usar para medir un litro de agua para mezclar la SRO o suero casero?”

Es posible que la madre le responda que no tiene en casa recipientes de un litro

Pregúntele qué recipiente tiene en casa. Enséñele cómo medir un litro de agua en el recipiente que ella tiene. Muéstrole cómo poner una marca en el recipiente para medir un litro, con un instrumento apropiado, o cómo medir un litro usando varios envases más pequeños.

PARA VERIFICAR QUE LA MADRE HA ENTENDIDO:

- ▶ Haga preguntas que obliguen a la madre a explicar qué, cómo, cuánto, cuándo o por qué **No** haga preguntas que se pueden contestar simplemente con un “sí” o un “no”.
- ▶ Dele a la madre tiempo para pensar y, luego, responder.
- ▶ Elogie a la madre cuando responda correctamente
- ▶ Si ella necesita ayuda, déle más **información, ejemplos** y oportunidad de **practicar**.

2. ENSEÑARLE A LA MADRE A ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL EN CASA

Los medicamentos de administración oral citados en los cuadros TRATAR se incluyen por distintas razones, en dosis diferentes y de acuerdo con distintos planes de tratamiento. Sin embargo, la manera de administrar cada medicamento es similar. En este capítulo aprenderá los pasos básicos para enseñar a las madres a dar medicamentos por vía oral. Si una madre aprende cómo dar correctamente el medicamento, el niño o niña recibirá el tratamiento apropiado. Siga estas instrucciones a continuación para cada medicamento de administración oral que le entregue a la madre.

- ▶ **DETERMINE** qué medicamentos son apropiados y la dosis para la edad o el peso del niño o la niña

Utilice el Cuadro de Procedimientos titulado TRATAR AL NIÑO O NIÑA menor de dos meses de edad, y TRATAR AL NIÑO O NIÑA de 2 meses a 4 años, para determinar el medicamento apropiado y la dosis que le va a dar.

▶ **EXPLIQUE a la madre las razones para dar el medicamento**

Por qué razón le está dando el medicamento de administración oral a su hijo o hija y qué problema está tratando.

▶ **DEMUESTRE cómo medir la dosis:**

o **Si le está dando comprimidos:**

Muéstrele la cantidad que tiene que administrar en una dosis. Si es necesario enséñele como partir un comprimido. Si debe triturar un comprimido antes de administrarlo, agregue unas cuantas gotas de agua potable y espere un minuto, más o menos. El agua ablandará el comprimido y será más fácil triturarlo.

o **Si le está dando jarabe:**

Enséñele a la madre cómo medir la cantidad correcta de mililitros (ml) correspondientes a una dosis y cómo administrarla. Use una jeringa desechable de 5 ml o vasito dosificador. Muéstrele cómo medir la dosis correcta.

o **Si le está entregando cápsulas:**

Muéstrele la cantidad que corresponde a una dosis. Ejemplo, si un niño o niña necesita menos de una cápsula entera de Vitamina A (o no puede tragar una cápsula entera), enséñele a la madre a abrir la cápsula y a colocar parte del líquido en su boca.

▶ **OSERVE a la madre mientras practica cómo medir ella misma una dosis**

Pídale que mida ella misma una dosis. Si viene en comprimidos y el niño o niña no lo puede tragar, díglele a la madre que lo muele. Obsérvela mientras practica. Díglele lo que ha hecho correctamente. Si midió incorrectamente la dosis, vuelva a enseñarle cómo medirla.

▶ **PIDA a la madre que le dé la primera dosis y explicarle que hacer si vomita**

Si el niño o niña estuvo vomitando, le debe dar el medicamento aunque lo vomite. Díglele que lo observe durante 30 minutos, si vomita en los 30 minutos (se puede ver el comprimido o el jarabe en el vómito), hay que darle otra dosis. Si está deshidratado y vomitando, espere hasta que se rehidrate antes de darle la dosis otra vez.

▶ **EXPLIQUE en detalle cómo darle el medicamento**

Indique a la madre cuánto medicamento le debe dar a su hijo o hija. Díglele cuántas veces al día le debe dar la dosis y cuánto (por ejemplo, por la mañana temprano, a la hora del almuerzo, a la hora de la cena, antes de dormir) y por cuántos días.

Escriba la información en una etiqueta para medicamentos. A continuación se ilustra un ejemplo:

NOMBRE:		FECHA:	
MEDICAMENTO		CANTIDAD:	
			
DOSIS:			

Siga los pasos a continuación:

- Escriba el nombre completo del medicamento y la cantidad total de comprimidos, cápsulas o jarabe necesario para completar el esquema de tratamiento.
- Escriba la dosis correcta que debe tomar (número de comprimidos, cápsulas o medicamentos líquidos medidos en cucharadas, es decir, $\frac{1}{2}$, 1, 1 $\frac{1}{2}$). Escriba cuándo se debe dar la dosis (temprano por la mañana, en el almuerzo, en la cena, antes de dormir)
- Escriba el esquema del tratamiento (dosis, cada cuantas horas y por cuantos días)

$\frac{1}{2}$ comprimido, cada 12 horas, por 5 días

- ▶ **Si se ha de dar más de un medicamento, OBTENGA, CUENTE y EMPAQUETE cada medicamento por separado**

Explíquelo a la madre que le está dando varios medicamentos para su hijo o hija porque tiene varios problemas. Muéstrole los distintos medicamentos. Explíquelo cómo dar cada uno. De ser necesario, escríble un resumen de los medicamentos y los momentos del día en que se deben dar.

- ▶ **EXPLIQUE que todos los comprimidos o jarabes medicinales de administración oral deben usarse hasta terminar el esquema de tratamiento, aunque el niño o la niña mejore.**

Explique a la madre que aunque se vea mejor, debe seguir tratándole. Esto es importante porque las bacterias o los parásitos todavía pueden estar presentes, aunque hayan desaparecido los signos de la enfermedad

Recomiende a la madre que conserve todos los medicamentos fuera del alcance de los niños o niñas. También decirle que los guarde en un lugar seco, oscuro y limpio

- ▶ **CERCIORESE de que la madre ha comprendido las explicaciones antes de que se retire del servicio de salud**

Haga a la madre preguntas de verificación, tales como:

*“¿Cuánto le va a dar cada vez?”
“¿Cuándo se lo va a dar?” “¿Por cuántos días?”
“¿Cómo va a preparar este comprimido?”
“¿Qué medicamento le va a dar tres veces al día “*

Si piensa que es probable que la madre tenga problemas para darle los medicamentos en la casa, ofrézcale más **información**, **ejemplos** y oportunidad de **practicar**. El niño o niña necesita recibir el tratamiento correcto para mejorar.



EJERCICIOS 29 y 30

3. ENSEÑAR A LA MADRE A TRATAR LAS INFECCIONES LOCALES EN LA CASA

Esta sección describirá cómo enseñar a la madre o a la persona a cargo a tratar las infecciones locales en la casa. Las infecciones locales incluyen tos, dolor de garganta, úlceras en la boca, infección de oído, un ombligo enrojecido o que supura pus, pústulas de la piel y candidiasis bucal.

Cuando enseñe a la madre o encargado:

- Explique la clase de tratamiento que está dando y por qué debe darse
- Describa las etapas del tratamiento enumeradas en el recuadro apropiado en los cuadros TRATAR.
- Observe cómo administra la madre el primer tratamiento en el servicio de salud .
- Explique a la madre con qué frecuencia debe dar el tratamiento en la casa
- Si se necesita para el tratamiento en la casa, entregue a la madre el colirio antibacteriano.
- Cerciórese de que la madre haya comprendido las explicaciones antes de que se retire del servicio de salud

Algunos tratamientos para infecciones locales causan malestar. Los niños o niñas suelen resistirse a que les traten los ojos, los oídos y la boca. Por lo tanto, es importante sujetarlos para que estén quietos. No trate de tener quieto/a al niño o niña hasta el momento en que le aplica el tratamiento.

3.1. TRATAR LAS INFECCIONES LOCALES EN EL LACTANTE DE 0 A 2 MESES DE EDAD

Hay cuatro tipos de infecciones locales en un lactante menor que una madre o persona encargada puede tratar en la casa: un ombligo enrojecido o que supura, ojos que supuran, pústulas de la piel y candidiasis bucal.

3.1.1. PARA TRATAR PÚSTULAS DE LA PIEL O INFECCIONES DE OMBLIGO, LA MADRE DEBE:

- Lavarse las manos
- Lavar suavemente con agua y jabón para sacar el pus y las costras
- Secar la zona
- Aplicar antibiótico tópico con un hisopo.
- Lavarse nuevamente las manos

Solicite a la madre que **practique**. Obsérvela mientras le lava la piel o el ombligo y aplica el antibiótico tópico. Haga comentarios positivos sobre los pasos que siguió bien y sobre los que necesita mejorar.

Entréguele un tubo de pomada antibacteriana tópica para que lo lleve a su casa. Dígale que regrese en 2 días para la visita de seguimiento. También dígale que deberá **regresar de inmediato** al servicio si las pústulas o el pus empeoran, y si el niño o niña no puede beber ni comer.

Antes de que la madre se vaya, **hágale preguntas de verificación**. Por ejemplo, pregúntele:

“¿Qué usará para limpiarle la piel?”
“¿Cuándo se lavará las manos?”
“¿Cada cuánto tratará la piel?” “¿Por cuántos días?”

Pregúntele si prevé algún problema para administrar el tratamiento; en tal caso, ayúdela a resolverlo.

3.1.2. PARA TRATAR CANDIDIASIS ORAL, LA MADRE DEBE:

- Lavarse las manos
- Lavar la boca del niño o niña con un paño suave enrollado en un dedo y humedecido con agua y sal o bicarbonato de sodio (1 cucharadita en medio vaso de agua)
- Aplicar en la boca Nistatina cada 6 horas durante 5 días.
- Lavarse nuevamente las manos

Solicite a la madre que **practique**. Obsérvela mientras le lava la boca y aplica la Nistatina. Haga comentarios sobre los pasos que siguió bien y sobre los que necesita mejorar.

Entréguele a la madre un frasco de Nistatina para que lo lleve a su casa. Dígale que regrese en 2 días para la visita de seguimiento. También dígale que deberá regresar al servicio antes si las placas blancas de la boca empeoran o si no puede beber ni comer.

Antes de que la madre se vaya, **hágale preguntas de verificación**. Por ejemplo, pregúntele:

“¿Qué usará para limpiarle la boca?”
“¿Cuándo se lavará las manos?”
“¿Cada cuánto tratará la boca?” “¿Por cuántos días?”

Pregúntele si prevé algún problema para administrar el tratamiento; en tal caso, ayúdela a resolverlo.

3.2. TRATAR LAS INFECCIONES LOCALES EN LOS NIÑOS O NIÑAS DE 2 MESES A 4 AÑOS

3.2.1. SECAR EL OÍDO CON UN PAÑO DE ALGODÓN SUAVE Y LIMPIO

Consulte el cuadro TRATAR AL NIÑO O NIÑA. Para enseñarle a una madre cómo secar el oído con un paño de algodón suave y limpio, primero **dígale** que es importante mantener seco el oído infectado para que sane. Luego **muéstrela** cómo secar el oído.

- ▶ **Mientras seca el oído, diga a la madre que:**
- Utilice un paño absorbente limpio y suave. No use un aplicador con algodón en la punta, un palillo ni papel delgado que se deshaga dentro del oído.
- Cambie el paño húmedo por uno limpio
- Repita estos pasos hasta que el paño no se humedezca. Entonces está seco el oído.
- ▶ **Observe a la madre** mientras practica: haga comentarios sobre cómo lo está haciendo. Cuando termine déle la siguiente información:
- Limpie el oído tres veces por día
- Use este tratamiento por los días que sea necesario hasta que el paño ya no se humedezca al meterlo en el oído y este no supure
- No introduzca nada en el oído (aceite líquidos u otras sustancias). No le permita al niño o niña que haga deportes como la natación pues es importante que no entre agua al oído.
- ▶ **Haga preguntas de verificación, tales como:**



“¿Qué materiales usará para secar el oído en casa?”

“¿Cuántas veces al día va a secar el oído?”

“¿Qué más le introducirá en el oído?”

Si la madre piensa que podrá tener problemas para secar el oído, ayúdela a resolverlos.

3.2.3. TRATAR LAS ULCERAS DE LA BOCA CON VIOLETA DE GENCIANA

El tratamiento de las úlceras en la boca controla la infección y ayuda al niño o niña a comer. Enséñele a la madre a tratar las úlceras en la boca. La violeta de genciana que se usa en la boca debe estar **diluida a la mitad de la concentración** (0,25%), no a la concentración máxima (0,5%). Suministre la siguiente información.

Explique a la madre que su hijo/a comenzará a comer normalmente más pronto si cubre las úlceras en la boca con la Violeta de Genciana. Es importante que coma.

Diga a la madre que:

- Lave la boca del niño o niña, para lo cual debe es importante que envuelva su dedo en un paño suave y limpio, lo sumerja en agua con sal y le limpie la boca.
- Emplee un paño limpio o un hisopo de algodón para pintar con violeta de genciana las úlceras en la boca. La violeta de genciana eliminará los gérmenes que causan las úlceras. Aplique una cantidad pequeña de este producto en el paño o hisopo. No permita que el niño o niña beba o trague la violeta de genciana.
- Trate las úlceras en la boca dos veces al día, por la mañana y por la noche.
- Repita el procedimiento durante 5 días y luego suspender el tratamiento

Solicite a la madre que **practique**. Obsérvela mientras le lava la boca y pinta el resto de las úlceras con violeta de genciana. Haga comentarios sobre los pasos que siguió bien y sobre los que necesita mejorar.

Entréguele a la madre un frasco de violeta de genciana diluida a la mitad de su concentración para que lo lleve a su casa. Dígale que regrese en dos días para la visita de seguimiento. También dígale que deberá regresar al servicio de salud antes si las úlceras en la boca empeoran, o si no puede beber ni comer.

Antes de que la madre se vaya, **hágale preguntas de verificación**. Por ejemplo, pregúntele:

“¿Qué usará para limpiarle la boca?”
“¿Cuándo se lavará las manos?”
“Cada cuánto le tratará la boca?” “¿Por cuántos días?”

Pregúntele si prevé algún problema para administrar el tratamiento; en tal caso, ayúdela a resolverlo.

EJERCICIO 31, 32, 33

3.2.4. ALIVIAR EL DOLOR DE GARGANTA Y MITIGAR LA TOS CON UN REMEDIO INOCUO

Para suavizar la garganta o calmar la tos, use un remedio **inocuo**. Estos remedios pueden ser caseros. Algunos remedios caseros son tan eficaces como los que se compran.

El cuadro TRATAR recomienda remedios inocuos para calmar el dolor de garganta o la tos. Si se alimenta exclusivamente de leche materna, **no** le de otras bebidas ni remedios. La leche materna es el mejor remedio calmante. Cuando explique cómo administrar el remedio inocuo, no necesita observar a la madre cómo le da el remedio. La dosis exacta no es importante en este tratamiento.

Nunca use remedios que contengan ingredientes dañinos, tales como atropina, codeína o derivados de la codeína o el alcohol. Estos elementos pueden sedarle, interferir con su alimentación y con su capacidad de expectorar las secreciones de los pulmones. Tampoco se deben usar gotas nasales medicadas (es decir, gotas para la nariz que contienen cualquier otro ingrediente que no sea sal).

4. ACONSEJAR A LA MADRE ACERCA DE LAS POSIBLES DIFICULTADES DE LA LACTANCIA MATERNA

Si el lactante está amamantándose y se clasificó como PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN O BAJO PESO, usted necesita aconsejar a la madre sobre todo problema de lactancia identificado durante la evaluación:

- Si la madre está amamantando al lactante menos de 8 veces en 24 horas, recomíéndele que aumente la frecuencia de las mamadas. Lo amamantará tan a menudo y por tanto tiempo como el lactante lo desee, día y noche.
- Si el lactante recibe otros alimentos o bebidas, recomiende a la madre que lo amamante más, reduzca la cantidad de otros alimentos o bebidas y, en lo posible, deje de darlos por completo. Recomiéndele que ofrezca las otras bebidas en una taza y no en el biberón.
- Si la madre no amamanta en absoluto, será importante que usted le brinde orientación sobre amamantamiento y la posibilidad de retomar la lactancia

4. ENSEÑAR LA POSICIÓN Y EL AGARRE CORRECTOS PARA EL AMAMANTAMIENTO

En el **Capítulo 2** usted aprendió también a evaluar la lactancia materna si un lactante **no** necesita referencia URGENTE a un hospital y:

- Tiene dificultad para alimentarse
- Se amamanta menos de 8 veces cada 24 horas
- Ingiere otros alimentos o bebidas
- Tiene bajo peso para la edad

Si observa algún problema en el agarre o la succión mientras el bebé toma el pecho, usted necesita enseñar a la madre acerca de la posición y el agarre correctos.

4.1.1. CAUSAS DEL MAL AGARRE Y LA SUCCIÓN INEFICAZ

Hay varias razones por las cuales un lactante puede estar mal agarrado al pecho de la madre o no mamar eficazmente. Tal vez se lo haya alimentado con biberón, especialmente los primeros días después del parto. La madre quizá no tenga experiencia. Puede haber tenido alguna dificultad y nadie que la ayudara o aconsejará. Ej: tal vez el bebé era pequeño y débil, los pezones de la madre estaban aplanados o se retrasó el inicio del amamantamiento.

4.1.2. MEJORA DE LA POSICIÓN Y EL AGARRE

El lactante puede estar en una mala posición cuando se lo pone al pecho. La posición es importante puesto que si es deficiente, a menudo el agarre también lo es, especialmente en los lactantes menores de dos meses de edad. Si el lactante está colocado en una buena posición, el agarre probablemente también sea bueno.

En todos los casos observe la posición de amamantamiento y la técnica de agarre según lo especificado en el Capítulo 2 “EVALUAR PROBLEMAS DE ALIMENTACION Y BAJO PESO”.

Si en su evaluación de la lactancia materna usted encontró alguna dificultad con el agarre y el amamantamiento, ayude a la madre a mejorar la posición y el agarre del lactante. Asegúrese que la madre esté cómoda y relajada, sentada, por ejemplo, en un asiento bajo con la espalda recta. Luego siga los siguientes pasos:

Enseñar la posición y el agarre correctos para el amamantamiento

- Posición correcta de la madre: cómoda y relajada si se sienta con la espalda recta
- Mostrar a la madre cómo sostener bien al niño o niña
 - con la cabeza y el cuerpo erguidos
 - en dirección a su pecho, con la nariz de frente al pezón
 - con el cuerpo del niño o niña cerca del cuerpo de la madre
 - sosteniendo todo el cuerpo y no solamente el cuello y los hombros
- Mostrar a la madre cómo facilitar el agarre. La madre debe:
 - tocar los labios del niño o niña con el pezón
 - el mentón toca la mama
 - esperar hasta que el niño o niña abra bien la boca
 - moverle rápidamente hacia el pecho
 - cerciorarse de que el labio inferior quede bien debajo del pezón
 - la areola mamaria se vea más por arriba que por abajo
- Verificar los signos del buen agarre y la succión. Si no son buenos, intentarlo nuevamente.

Siempre observe a la madre mientras amamanta antes de ayudarla, a fin de entender claramente la situación. No se apresure a indicarle que haga algo diferente. Si usted ve que la madre necesita ayuda, diga primero algo alentador, como:

“A ella/el le gusta realmente su leche ¿no?”

Luego explíquelo que es lo que podría ayudarla y pregúntele si le gustaría que usted le mostrara. Por ejemplo, diga algo como:

“Cuando amamanta sería más cómodo para usted si su bebé tomara una mamada más grande del pecho. ¿Quiere que le muestre?”

Si ella está de acuerdo, puede empezar a ayudarla.

Cuando le muestre a la madre cómo colocar y agarrar al lactante, tenga cuidado de no hacerlo por ella. Explíquelo y muéstrela qué es lo que quiere que haga. Luego deje que la madre ponga al bebé en posición adecuada y lo acople a sí misma.

Luego observe otra vez si hay signos de buen agarre y amamantamiento eficaz. Si el agarre o la posición de amamantamiento no es bueno, pida a la madre que retire al lactante del pecho y que pruebe de nuevo.

Cuando el lactante está mamando bien, explique a la madre que es importante amamantarlo por bastante tiempo en cada mamada. No deberá dejar de amamantar al lactante antes de que este lo quiera.

5. ACONSEJAR A LA MADRE ACERCA DE LA ALIMENTACIÓN Y LOS LIQUIDOS

5.1. RECOMENDACIONES PARA LA ALIMENTACIÓN

Las recomendaciones para la alimentación se enumeran en columnas correspondientes a diferentes grupos de edad. Primero hará preguntas para saber cómo alimenta a su hijo o hija. Luego dará solamente los consejos necesarios para su edad y situación. Durante una enfermedad, es posible que no quieran comer mucho. No obstante deben recibir las clases de alimentos recomendados para su edad., con la frecuencia recomendada, aunque no puedan comer mucho en cada comida. Después de la enfermedad, la buena alimentación les ayuda a recuperar el peso perdido y a prevenir la desnutrición. En una niña o niño sano, una buena alimentación ayuda a prevenir futuras enfermedades.

5.1.1. RECOMENDACIONES PARA LOS NIÑOS Y NIÑAS DESDE EL NACIMIENTO HASTA 6 MESES DE EDAD

La mejor forma de alimentar a un niño o niña desde el nacimiento hasta por lo menos 6 meses de edad es el amamantamiento exclusivo. Esto significa que toma solo leche materna, sin otros alimentos, agua ni líquidos (con excepción de medicamentos y vitaminas, si se necesitan). Debe amamantárseles cada vez que lo deseen, de día y de noche, por lo menos 8 veces en 24 horas, o sea a libre demanda.

Las ventajas del amamantamiento se explican a continuación:

- **La leche materna contiene exactamente los nutrientes que el lactante necesita:** proteínas, grasa, lactosa, vitaminas, hierro.
- **Los nutrientes de la leche materna se absorben más fácilmente:** que de cualquier otra leche. La leche materna también contiene ácidos grasos esenciales necesarios para el crecimiento del cerebro, de los ojos y de los vasos sanguíneos del lactante. Estos ácidos grasos no se encuentran en otras clases de leche.
- **La leche materna proporciona toda el agua que necesita el lactante, aun en climas cálidos y secos.**
- **La leche materna protege al lactante contra las infecciones.** Debido a su efecto inmunológico protector, los lactantes alimentados exclusivamente con leche materna suelen tener menos diarrea y menos probabilidades de morir de diarrea u otras infecciones. Entre ellos suele haber menos casos de neumonía, meningitis e infecciones del oído que entre los que no han sido amamantados.
- **El amamantamiento** ayuda a la madre y al hijo o hija a establecer una relación estrecha y cariñosa.
- **El amamantamiento protege la salud de la madre.** Después del nacimiento, ayuda al útero a volver a su tamaño normal, lo que reduce las hemorragias y previene la anemia.
- El amamantamiento también **disminuye** el riesgo de cáncer de ovario y de mamas.

Es mejor no dar al lactante ninguna leche ni ningún alimento que no sea leche materna. Por ejemplo, no le de leche de vaca ni de cabra, preparación para lactantes, cereal ni otras bebidas como té, jugo o agua. Las razones son las siguientes:

- Al dar otro alimento o líquido se reduce la cantidad de leche materna que toma el lactante.
- Otros alimentos o líquidos pueden contener gérmenes que pueden causar infección
- Otros alimentos o líquidos pueden estar demasiado diluidos y causar desnutrición al lactante
- Es posible que otros alimentos o líquidos no contengan suficiente vitamina A
- El hierro de la leche de vaca y de cabra no se absorbe bien
- El lactante tal vez tenga dificultad para digerir la leche de origen animal y ésta le cause diarrea, erupciones de la piel u otros síntomas. La diarrea puede llegar a ser persistente

El amamantamiento exclusivo dará al lactante la mejor posibilidad de crecer y mantenerse sano.

5.1.2. RECOMENDACIONES PARA LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 8 MESES DE EDAD

La madre debe seguir amamantando al niño o niña cada vez que lo desee. Sin embargo, después de los 6 meses de edad, la leche materna no permite atender todas las necesidades de energía. De los 6 a 8 meses de edad, aumente poco o poco la cantidad de alimentos complementarios. Los alimentos apropiados se enumeran en el Cuadro de Procedimientos en ACONSEJAR, así como también puede consultar en las “Guías Alimentarias”. A los 6 a 8 meses de edad, los alimentos complementarios son la principal fuente de energía.

5.1.3. RECOMENDACIONES PARA LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 11 MESES DE EDAD

Si es amamantado, déle alimentos complementarios 5 veces al día. Los alimentos apropiados se enumeran en el cuadro ACONSEJAR.

Es importante alimentarle activamente. Esto significa animarle a comer. No debe competir con sus hermanos mayores por los alimentos de un plato común, se le debe servir su propia porción. Hasta que pueda alimentarse solo o sola, la madre o la persona que le cuida (como hermano mayor, el padre o la abuela) debe sentarse con él o ella durante las comidas y ayudarle a colocar la cuchara en la boca.

Una porción suficiente significa que el niño o niña no come más después de una alimentación realizada (o comido normalmente).

5.1.4. RECOMENDACIONES PARA LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 12 MESES Y MAS

Durante este período el niño o niña debe seguir mamando y recibir alimentos complementarios nutritivos. La variedad y cantidad de alimentos debe aumentar. Los alimentos de la familia deben convertirse en parte importante de la alimentación. Estos alimentos deben cortarse para que pueda comerlos con facilidad.

En esta etapa el niño o niña puede y debe comer de la olla familiar, haciendo que se alimente unas 5 a 6 veces al día. En su Cuadro de Procedimientos en el apartado “CONSEJOS PARA ALIMENTACION DEL NIÑO SANO” encontrará las indicaciones sobre alimentación sana en las diferentes edades.

A la madre que no amamanta hágale recomendaciones sobre la manera de elegir y preparar correctamente la leche de fórmula apropiada. Recomiéndele además que alimente al lactante menor de 2 meses de edad con una taza y no con el biberón.

En el Cuadro de Procedimientos y en el Capítulo 3 encontrará las OPCIONES DE LECHE PARA NIÑOS Y NIÑAS que no pueden ser amamantados.

5.1.5. RECOMENDACIONES PARA NIÑOS Y NIÑAS CON MALNUTRICION

5.1.5.1. DESNUTRICION

En el Capítulo 3, en la sección 7 TRATAR LA DESNUTRICION, usted encontrará las recomendaciones que debe hacer para un niño o niña con déficit de peso. Básicamente debe decir a la madre del niño o niña que esta con DESNUTRICION O EN RIESGO DE DESNUTRICION que le alimente normalmente según lo que le corresponde a la edad y administrar los suplementos de minerales (hierro, zinc) y vitaminas (Vitamina A, ácido fólico, multivitaminas) según cada caso.

Otra forma de mejorar la calidad de las comidas es agregando un cereal a la leche a razón de 5 gr por cada 100 ml de leche a ser administrada. Todos estos detalles también los encontrará en la Sección 7, Capítulo 3.

Si en su localidad o en la del niño o niña con problemas de desnutrición existe algún programa de asistencia nutricional refiera al niño o niña lo antes posible para que sea incluido en dicho programa.

5.1.5.2. EXCESO DE PESO

▶ ALIMENTACION

Para niños y niñas menores de 2 años

Si el niño o niña esta tomando pecho materno, motive a la madre a alimentarle solamente con leche materna hasta la edad de 6 meses.

Motive a la madre para continuar la lactancia materna hasta los 2 años de edad o más.

Aconseje a la madre que los sustitutos de la leche materna deben ser preparados con la cantidad correcta de agua y no agregar azúcar, cereal u otros ingredientes para espesar.

Para aquellos niños y niñas mayores de 6 meses y hasta 2 años, aconseje a la madre que:

- De alimentos complementarios nutritivos (Ver párrafos anteriores)
- Evite alimentos grasosos, dulces y cereales refinados.
- Siga las recomendaciones de las Guías de Alimentación para el niño o niña menor de 2 años.
- No obligue al niño o niña a comer

Para niños y niñas de 2 a 5 años

- Ofrezca a la familia una variedad de alimentos nutritivos en base a las Guías de Alimentación del Paraguay.
- Pídale a la madre o cuidadora del niño o niña que:
 - -Modifique la preparación de los alimentos si es necesario, a fin de usar menos grasa y menos azúcar.
 - -Prefiera fuentes no refinadas de hidratos de carbono como la papa u otros cereales.
 - -Limite el consumo de bebidas dulces (gaseosas, refrescos, etc.) a nomás de una o dos veces en la semana.
 - -Use esporádicamente pastas altas en grasa y azúcar
 - -Evite refrigerios de alto contenido energético, más bien que provea de refrigerios o colaciones de frutas frescas y vegetales
 - -Disminuya los alimentos fritos
 - -Desgrase las carnes.

El niño o niña debe comer 3 comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) y 2 colaciones (media mañana y merienda).

Pida a la madre que:

- Le sirva porciones pequeñas (de acuerdo a requerimientos, según Guías Alimentarias).
- No ofrezca más comida al niño o niña
- Cree un ambiente positivo durante las comidas, permitiendo conversaciones placenteras evitando discusiones.
- Siempre motive al niño o niña a sentarse a la mesa y evite que coma frente al televisor.
- Evite usar la comida como una recompensa o para calmar una decepción o aburrimiento.

▶ ACTIVIDAD FISICA

Aconseje a la madre que:

- Permitan que los niño y niñas gateen y se muevan de un lado a otro en un entorno seguro
- Limite el tiempo de televisión o juegos de video
- Provea oportunidades y motive para juegos y movimientos activos como marchar, saltar, tirar, patear y dar brincos.
- Busque actividades físicas que el niño o niña disfrute. Involucre al niño en las tareas de la casa (lavar, barrer, etc.)
- Motive el involucramiento familiar en actividades físicas regulares, por ejemplo, caminatas, andar en bicicleta, juegos de pelota.

5.2. RECOMENDACIONES ESPECIALES PARA LOS NIÑOS Y NIÑAS CON DIARREA CRONICA

La atención minuciosa a la alimentación es esencial para todos los niños y niñas con diarrea crónica. Además de su función en el tratamiento, la alimentación puede tener un valor preventivo importante. El régimen alimentario normal de aquellos con diarrea persistente es a menudo inadecuado; por ello es fundamental que durante el tratamiento se les enseñe a las madres cómo mejorar la nutrición de sus hijos o hijas.

En los casos de diarrea crónica pueden tener dificultad para digerir la leche de origen animal a excepción de la leche materna. Recomiende a la madre que reduzca momentáneamente la cantidad de leche de origen animal a 50 ml/kg/día dentro del régimen alimentario, y que continúe amamantándole y que si es mayor de 6 meses de edad le proporcione los alimentos complementarios apropiados, en comidas ligeras, frecuentes, al menos 6 veces al día.

El niño o niña con diarrea crónica debe examinarse de nuevo en cinco días para el seguimiento. Además administrarle antiparasitarios según lo recomendado en el Capítulo 3.

5.3. EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO O NIÑA

Usted deberá evaluar la alimentación en TODOS los niños y niñas y especialmente en aquellos:

- ▶ Menores de 2 años de edad
- ▶ Clasificados como ANEMIA o PESO MUY BAJO PARA LA EDAD,
- ▶ EXCESO DE PESO

Formulará preguntas a la madre para determinar la manera en que alimenta a su niño o niña. Escuchará atentamente las respuestas de la madre para que pueda ofrecerle su asesoramiento pertinente. Elogiará a la madre con respecto a prácticas apropiadas y le informará sobre las prácticas que deben modificarse. Usará idioma sencillo que la madre pueda comprender. Finalmente realizará preguntas de verificación para asegurarse que la madre sabe cómo cuidar a su hijo o hija en la casa.

Para evaluar la alimentación, haga preguntas a la madre. Estas preguntas están en el Cuadro de Procedimientos y en la sección inferior del formulario de registro del niño o niña enfermo. Estas preguntas le ayudarán a saber cómo se alimenta habitualmente y qué ha comido durante la enfermedad.

Observe que ciertas preguntas se hacen solamente si el niño o niña tiene un peso muy bajo para la edad. En este caso, es importante que se tome más tiempo para preguntar sobre el tamaño de la porción y la alimentación activa.

Escuche atentamente para determinar qué prácticas de alimentación se usan correctamente y cuáles necesitan cambiarse. Usted puede examinar las recomendaciones acerca de la alimentación para la edad en Recomendaciones para la Alimentación del Niño o Niña (sano/a o enfermo/a) del cuadro de ACONSEJAR mientras escucha a la madre. Si la respuesta de ella es poco clara, haga otra pregunta. Por ejemplo, si la madre de un niño o niña con muy bajo peso dice que las porciones son “suficientemente grandes”, usted podría preguntar: “¿quiere más cuando termina de comer?”.

Es importante acabar la evaluación de la alimentación y determinar todos los problemas al respecto antes de dar consejos. Según qué responda la madre a las preguntas sobre alimentación, determine las diferencias entre la alimentación que recibe y las recomendaciones en el cuadro ACONSEJAR. Estas diferencias constituyen problemas. A continuación se citan algunos ejemplos de problemas de alimentación:

Ejemplos de problemas de alimentación:

ALIMENTACIÓN QUE EL NIÑO O NIÑA REALMENTE RECIBE	ALIMENTACIÓN RECOMENDADA
Un niño o niña de 3 meses de edad recibe agua azucarada y leche materna	Un niño o niña de 3 meses de edad debe recibir solo leche materna, sin ningún otro alimento ni líquido.
Un niño o niña de 2 años de edad se alimenta solo 3 veces al día	Un niño o niña de 2 años de edad debe recibir 3 comidas principales al día y 2 comidas extras.
Un niño o niña de 8 meses de edad aún es alimentado exclusivamente con leche materna	Un niño o niña de 8 meses de edad amamantado debe recibir también otros alimentos complementarios, ver Cuadro de Procedimientos

Además de indicar diferencias en cuanto a las recomendaciones acerca de la alimentación, las respuestas de las madres pueden señalar algunos otros problemas. En la sección ACONSEJAR A LA MADRE SOBRE PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN del cuadro ACONSEJAR se enumeran problemas comunes. A continuación se citan ejemplos de estos problemas:

▶ **Dificultad para el amamantamiento:**

La madre puede indicar que el amamantamiento es incómodo para ella o que su hijo o hija parece tener dificultad para mamar. De ser así, será necesario evaluar el amamantamiento, y de esta manera verá qué se puede mejorar de la posición y el agarre del lactante.

▶ **Uso del biberón:**

No se deben usar biberones. Porque a menudo están sucios y facilitan la aparición de gérmenes. Suelen contener residuos líquidos que pronto se alteran o se ponen agrios. El lactante puede tomar el líquido descompuesto y enfermarse. Además, el chupar de un biberón puede acabar con su deseo de mamar.

▶ **Falta de alimentación activa:**

Los niños y niñas pequeños necesitan a menudo estímulo y ayuda para comer. Esto sucede particularmente con aquellos que tienen muy bajo peso. Si se deja que un niño o niña pequeño se alimente solo/a o si tienen que competir con sus hermanos por la comida, tal vez no coma lo suficiente. Al preguntar, “¿quién le alimenta y cómo?” usted podrá averiguar si es necesario animarle a comer activamente.

▶ **Falta de apetito durante la enfermedad:**

Puede comer mucho menos o alimentos diferentes durante la enfermedad ya que suelen perder el apetito cuando están enfermos(as). Sin embargo se les debe animar a comer las clases de alimentos recomendados para la edad, con la frecuencia recomendada, aunque no coman mucho. Conviene darles alimentos nutritivos, en lo posible, sus favoritos, para animarles a comer.

Cuando evalúe la alimentación, tome nota de las respuestas de la madre y escriba todo el problema de alimentación encontrado en la sección EVALUAR LA ALIMENTACIÓN del formulario de registro de casos.

5.4. RECOMENDACIONES A LA MADRE ACERCA DE LOS PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN

Como usted ha identificado problemas de alimentación, podrá limitar sus consejos a lo que es más pertinente para la madre. Cuando se aconseja a una madre acerca de los problemas de alimentación, es importante usar buenas aptitudes de comunicaciones. Recuerde:

- **Preguntar y escuchar** para determinar cuales son los problemas y qué es lo que la madre ya está haciendo
- **Elogiar a la madre** por lo que haya hecho bien
- **Aconsejar a la madre** sobre cómo cuidar a su hijo/a en la casa. Limite sus consejos a lo que es relevante para la madre en este momento.
- **Cerciórese** de que la madre ha entendido

Si se siguen las recomendaciones acerca de la alimentación y no hay problemas., elogie a la madre por sus buenas prácticas de alimentación. Anímela a seguir alimentando de la misma forma a su niño o niña cuando está sano/a y cuando está enfermo/a.

Si está próximo/a a pasar a otro grupo de edad con diferentes recomendaciones para la alimentación, explíquelas a la madre. Por ejemplo, si tiene casi 6 meses, explíquele qué alimentos complementarios son buenos y cuándo comenzar a dárselos.

Si la madre no sigue las recomendaciones acerca de la alimentación para la edad, explíquelas a la madre. Además, si ha descubierto cualquiera de los problemas enumerados en el cuadro ACONSEJAR en la sección Aconsejar a la madre sobre los problemas de alimentación, dé a la madre los consejos recomendados:

▶ **Si la madre dice que tiene dificultad para dar el pecho:**

Evaluar la lactancia. Si es necesario, mostrar a la madre la posición y el agarre correctos para la lactancia.

▶ **Si tiene menos de 6 meses y está tomando otro tipo de leche o de alimento:**

La meta en este caso, es volver poco a poco al amamantamiento en forma exclusiva. Sugiera a la madre que amamante con más frecuencia y por más tiempo, de día y de noche. A medida que mame más, la madre debe reducir poco a poco la cantidad de otras clases de leche u otros alimentos. Como este es un cambio importante en la alimentación, pídale a la madre que vuelva al servicio en 7 días.

En algunos casos, quizá sea importante que mame más o en forma exclusiva (por ejemplo, si la madre nunca amamantó, si debe alejarse de su hijo/a por períodos prolongados o si no lo amamanta por razones personales). En estos casos, ella debe asegurarse de preparar correctamente la leche de vaca u otros sucedáneos de la leche materna y usarlos al cabo de una hora para evitar que se descompongan. Es importante usar la cantidad correcta de agua hervida limpia para la dilución.

▶ **Si la madre le está alimentando con biberón:**

Una taza es mejor que un biberón dado que es más fácil de mantenerla limpia y no es un obstáculo para el amamantamiento. Para alimentar a un lactante con taza:

- Sosténgale sentado/a, erguido o casi erguido en su regazo
- Acerque una tacita a los labios del lactante. Inclínela para que el líquido apenas le toque los labios
- El lactante se despierta y abre la boca y los ojos
- Un lactante con bajo peso al nacer toma la leche en la boca con la lengua
- Un lactante nacido a término o de más edad, chupa la leche y derrama una parte
- No vierta la leche en la boca del lactante. Acérquele la taza a los labios y deje que la tome
- Una vez que ha tomado lo suficiente, el lactante cierra la boca y no toma más

▶ **Si la madre no le incentiva para que coma:**

Aconsejar a la madre que le anime para que coma y le sirva una porción adecuada en un plato o recipiente apropiado.

▶ **Si no está alimentándose bien durante la enfermedad:**

Aunque suelen perder el apetito durante la enfermedad, se les debe animar a comer la clase de alimentos para su edad, con la frecuencia recomendada. Déle alimentos nutritivos que sean sus favoritos para animarle a comer. Ofrezcale pequeñas comidas con frecuencia. Después de una enfermedad, la buena alimentación permite recuperar las pérdidas de peso y prevenir la desnutrición.

Tome nota de los consejos que se suministran en el reverso del formulario de registro de casos.

EJERCICIO 34, 35, 36 (ACONSEJAR)

5.5. ACONSEJAR A LA MADRE QUE AUMENTE LA CANTIDAD DE LÍQUIDOS DURANTE LA ENFERMEDAD

Durante un episodio de enfermedad, el lactante o niño o niña pequeño pierde líquidos por la fiebre, respiración acelerada o diarrea. Este se sentirá mejor y se mantendrá más fuerte si bebe más líquidos para prevenir la deshidratación. La lactancia materna frecuente nutrirá al lactante y le ayudará a prevenir la deshidratación.

5.6. USE LA LIBRETA DE SALUD DEL NIÑO Y LA NIÑA

Se puede mostrar a cada mamá una **LIBRETA DE SALUD DEL NIÑO Y LA NIÑA** para ayudarla a recordar la cantidad de alimentos y líquidos apropiados, y cuándo debe regresar al servicio de salud. La **libreta de salud del niño y la niña** tiene palabras y dibujos que ilustran los puntos principales de las recomendaciones.

La Libreta de Salud del Niño y la Niña puede ser útil por muchas razones:

- Para visitas múltiples se usa como registro de los tratamientos y las vacunaciones
- Servirá para recordarle a usted los puntos importantes que se deben tratar al dar recomendaciones a las madres acerca de alimentos, líquidos y la fecha de regreso
- Servirá para recordar a la madre qué debe hacer al llegar a la casa
- La madre puede mostrarla a otros familiares o los vecinos para que más gente se entere de los mensajes que contiene
- La madre agradecerá que se le haya dado algo durante la visita

5.7. VACUNAR TODOS LOS NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN INDICACIONES

En este módulo usted ha recibido capacitación para vacunar. Puede recibir descripciones más detalladas sobre cómo y a quién vacunar consultando las normas del Programa Ampliado de Inmunización del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Si inmuniza a los niños y niñas con la vacuna correcta, adecuadamente conservada y en el momento indicado, previene el sarampión, la poliomielitis, la difteria, la tos ferina, el tétanos, las formas graves de tuberculosis, la hepatitis B, la rubéola, la papera y fiebre amarilla.

Para lograr este objetivo es necesario obtener coberturas mayores a 95% en cada municipio, con todos los biológicos. Si dentro del municipio existen sectores o grupos de población en donde la cobertura es menor a 95% (Investigado por el monitoreo de cobertura) será necesario realizar acciones específicas prioritarias que garanticen el aumento hasta el nivel esperado en el menor tiempo posible.

► PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

Repase los puntos siguientes acerca de la preparación y aplicación de vacunas.

- Si un niño o niña **no** esta gravemente enfermo/a, revise su esquema de vacunación en “la libreta de salud del niño y la niña” y si le hace falta alguna vacuna suminístrela antes de que se retire del servicio de salud.
- Si necesita abrir un frasco de vacuna de dosis múltiple aunque sea un solo niño o niña, hágalo, no pierda la oportunidad de vacunar
- Si tiene diarrea pero necesita la OPV, adminístrela y considérela como una dosis adicional (NO la anote en el registro). Dígale a la madre que regrese en 4 semanas para que su niño o niña reciba la dosis de esquema
- Use aguja y jeringas estériles para cada inyección. De esta manera previene la transmisión de infecciones locales o generalizadas y de otras enfermedades como el VIH y del virus de la hepatitis B.
- Anote correctamente las vacunas administradas en el registro diario de vacunación teniendo en cuenta la fecha de nacimiento, el número de la dosis que aplicó, en el espacio que corresponde y actualice en “la libreta de salud del niño y la niña”.
- Descarte las jeringas y agujas usadas en la caja descartable o en su defecto en un bidón de plástico adaptado para ello y asegure su correcta eliminación final.
- Al finalizar la jornada de trabajo descarte los frascos abiertos de BCG y antisarampión. Puede conservar los frascos abiertos de las vacunas OPV y DPT para las siguientes sesiones de trabajo hasta 4 semanas cuando:
 - o La fecha de vencimiento no ha pasado y

- o Las vacunas están etiquetadas claramente y están almacenadas en condiciones apropiadas de refrigeración para mantener la cadena de frío.

▶ **QUE DECIR A LA MADRE O PERSONA ENCARGADA**

Infórmele sobre las vacunas que recibirá hoy su niño o niña. También explique sobre cuales son las posibles reacciones que pueden presentarse después de la vacunación, el por qué de ellas y cómo debe manejarlas.

A continuación hay una breve descripción de las posibles reacciones a cada vacuna y lo que usted debe informar a la madre sobre las mismas.

- **BCG:** en el lugar donde se aplicó la vacuna aparece una pequeña zona roja, sensible e hinchada que a partir de dos semanas se convierte en una úlcera que sana por sí sola y deja una pequeña cicatriz.
- Diga a la madre que aparecerá una úlcera pequeña que no la manipule y la deje descubierta. Si es necesario, se puede cubrir con un apósito seco, únicamente.
- **OPV:** No tiene efectos secundarios
- **DPT y Pentavalente:** puede presentarse fiebre, irritabilidad y dolor en el sitio de aplicación, normalmente no son graves y no necesitan tratamiento especial. La fiebre significa que la vacuna está actuando.
- Indique a la madre que si el niño o niña tiene fiebre o tiene dolor, debe darle paracetamol. No debe envolverle ni arroparle más de lo usual.
- **Antisarampionosa y SPR:** fiebre y una leve erupción sarampionosa son efectos secundarios posibles de esta vacuna. Una semana después de recibir la vacuna, le puede dar fiebre por 1 a 3 días. La fiebre significa que la vacuna está actuando. Diga a la madre que le de paracetamol si la fiebre es alta.
- **Antiamarilica:** fiebre, mialgias, autralgias, astenia, vómitos, dolor abdominal. Comunique a la madre cuándo regresar para las siguientes vacunas.

▶ **OBSERVAR LAS CONTRAINDICACIONES PARA LAS VACUNAS**

(Una contraindicación es el motivo para no vacunar)

Hasta hace algún tiempo el/la trabajador/a de salud pensaba que estaba contraindicado vacunar al niño o niña cuando padecía de una enfermedad. No vacunaban a los enfermos y les decían a las madres que los volvieran a traer cuando estuvieran bien. La madre probablemente había venido desde lejos y no le resultaba fácil traerle otra vez para recibir las vacunas. Estos quedaban así expuestos a contraer las enfermedades prevenibles por las vacunas.

Actualmente las vacunas están contraindicadas sólo en tres situaciones:

1. **Si tiene una clasificación grave**
2. **Si ha tenido convulsiones o choque en los 3 días siguientes a la dosis más reciente o llanto por más de 3 horas, después de haber recibido pentavalente o DPT**
3. **BCG en lactantes y niños o niñas con VIH sintomático o con otra patología de inmunodeficiencia.**

En todas las demás situaciones, la siguiente es una buena regla: Se debe vacunar a un niño o niña enfermo que está suficientemente bien como para irse a su casa

Si se va a enviar al hospital, no le vacune previamente. El/la trabajador/a de salud deberá tomar una decisión sobre la vacunación al hospitalizarle. Con esto se evitará que la enfermedad que presenta sea relacionada con la vacuna y además evitaría retrasar su referencia.

En los casos de diarrea si les toca recibir la vacuna Sabin (vacuna antipoliomielítica oral) deberán recibir una dosis durante esta consulta, pero esta dosis no se cuenta. Deberá volver el día correspondiente a la dosis siguiente de sabin para recibir una dosis extra.

Aconseje a la madre que se cerciore si los demás niños/as de la familia están vacunados.

De ser necesario administre a la madre toxoide tetánico y diftérico (Td).

VER EJERCICIO 47

6. ACONSEJAR A LA MADRE SOBRE CUANDO DEBE VOLVER

A toda madre o persona a cargo que lleve a un lactante menor o un niño o niña a la casa se le debe indicar cuándo regresar al establecimiento de salud para una visita de seguimiento y enseñarle a reconocer los signos de peligro que significa que debe regresar inmediatamente para que reciba atención.

La madre o la persona a cargo DEBE regresar:

1. Para una **VISITA DE SEGUIMIENTO** en un determinado número de días (por ejemplo, cuando se necesita determinar la mejoría alcanzada con un antibiótico),
2. **INMEDIATAMENTE** si aparecen signos de que la enfermedad empeora, o no mejora

6.1. ACONSEJAR CUANDO VOLVER DE INMEDIATO

En el caso de todos los lactantes y niños o niñas que están regresando a la casa, usted informará a la madre cuándo debe regresar inmediatamente. Esto significa **enseñar** a la madre o a la persona a cargo ciertos signos que significan que debe regresar para recibir atención adicional. Estos signos se enumeran en el cuadro TRATAR AL NIÑO O NIÑA MENOR DE 2 MESES Y ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE para los menores de 2 meses y en el cuadro CUANDO VOLVER para los mayores de 2 meses del Cuadro de Procedimientos. Recuerde que se trata de una sección sumamente importante.

Para los niños y niñas enfermos de **0 a 2 meses** de edad, enséñele a la madre los signos que debe vigilar.

Cuando debe volver de inmediato:

Recomendar a la madre que vuelva de inmediato si el niño o niña:
– No puede beber o tomar el pecho
– Vomita todo
– Letárgico o inconsciente
– Convulsiones
– Empeora
– Llanto débil
– Cianosis
– Dificultad para respirar
– Sangre en las heces
– Fiebre o hipotermia
– Piel amarilla o pálida

Además aconseje a la madre que se asegure que el lactante sea vestido de acuerdo al clima, en todo momento, lo acueste siempre de espaldas y le de lactancia materna exclusiva.

Para los niños y niñas de **2 meses a 4 años** de edad, consulte el cuadro CUANDO VOLVER del Cuadro de Procedimientos y enseñe a la madre lo que se deberá observar.

Cuándo debe volver con urgencia:

Cualquier niño o niña enfermo que:	No puede beber ni tomar el pecho Vomita todo Convulsiones Letárgico o inconsciente Fiebre Empeora
Si el niño o niña tiene tos o resfriado	Respiración rápida o dificultad para respirar
Si el niño o niña tiene diarrea	Sangre en las heces o dificultad para beber
Si el niño o niña tiene enfermedad febril	Fijación de la mirada Petequias en la piel Abombamiento de la fontanela anterior Impresiona mal estado general
Si el niño o niña tiene neumonía	Tiraje subcostal Estridor en reposo
Próxima consulta de niño o niña sano: indicar a la madre cuando debe volver para la próxima vacuna según el calendario de vacunación establecido.	

Los signos mencionados anteriormente son signos particularmente importantes a los que debe prestar atención. Emplee la Libreta de Salud del Niño y la Niña, explique a la madre los signos que pueden presentar en palabras y dibujos. Marque con un círculo los signos que la madre puede entender. Hágale preguntas para cerciorarse de que la madre entienda.

Excepciones: Si ya tiene fiebre, usted no necesita decirle a la madre que regrese de inmediato cuando tenga fiebre. Si ya tiene sangre en las heces, no necesita decirle que regrese de inmediato cuando tenga sangre en las heces, solo si presenta signos generales de peligro.

6.2. RECOMENDACIONES SOBRE CUANDO REGRESAR PARA LA PRÓXIMA VISITA PARA ATENCIÓN DEL NIÑO O NIÑA SANO O SANA

Recuerde a la madre o persona a cargo cuándo es la próxima visita en que su hijo o hija necesita inmunización **a menos que** tenga mucho que recordar y vaya a volver pronto de todos modos. Por ejemplo, si una madre debe recordar un horario para dar un antibiótico, instrucciones para cuidado en la casa por otro problema y una visita de seguimiento en 2 días, no le diga nada de la visita que se necesitará en un plazo de un mes. Sin embargo, registre la fecha de la próxima inmunización en la Libreta de Salud del Niño y la Niña para la madre.

6.3. ACONSEJAR A LA MADRE ACERCA DE SU PROPIA SALUD

Durante una visita para atención del niño o niña enfermo, escuche cualquier problema de salud que pueda tener la madre. Tal vez ella necesite tratamiento u hospitalización para resolver sus propios problemas de salud.

VER EJERCICIO 37 y 38.

CAPITULO 5

PROPORCIONAR ATENCION DE REEVALUACION Y SEGUIMIENTO

1. ATENCION DE SEGUIMIENTO

Algunos niños y niñas tienen que regresar para que los vea el/la trabajador/a de salud. Se les dirá a las madres cuándo deben realizar esta visita de seguimiento (después de 2 días o de 15 días, por ejemplo).

En la visita de seguimiento, se puede ver si el niño o la niña, está mejorando con el medicamento u otro tratamiento que se haya indicado. Tal vez no mejoren con el antibiótico o antipalúdico que se les indicó y pueden necesitar un segundo medicamento. Si tienen diarrea también necesitan que se les vuelva a ver para corroborar que la diarrea ha cesado. Si tienen fiebre o infección local que no experimentan mejoría también deben volver a ser evaluados.

Las visitas de seguimiento son especialmente importantes para los niños o niñas con problemas de alimentación a fin de asegurarse de que se están alimentando de manera adecuada y aumentando de peso.

Como la observación continuada es importante, usted deberá hacer los arreglos necesarios para que las visitas de seguimiento sean convenientes para las madres. En lo posible no tendrán que esperar en fila para recibir atención. Además, estas visitas resultarán más convenientes y aceptables para las madres si no se les cobra por ellas. Algunos servicios de salud emplean un sistema mediante el cual es fácil encontrar las historias de aquellos que han sido citados para una visita de seguimiento.

En una visita de seguimiento los pasos son diferentes de los de la visita inicial por un problema. Los tratamientos administrados en la visita de seguimiento pueden ser diferentes de los administrados en la visita inicial.

Después de escribir los tratamientos identificados para cada clasificación en el reverso del formulario de Registro de Casos incluya las indicaciones de seguimiento, es decir en cuántos días deberá regresar la madre a traerle para control. La visita de seguimiento es muy importante para asegurarse de que el tratamiento se está administrando adecuadamente, para controlar la evolución y a su vez sirve para dar otro u otros tipos de tratamiento si lo requiere. Si es necesario más de una visita de seguimiento, porque presentó más de un problema, indíquele a la madre o al acompañante, en forma muy clara, cuándo debe regresar a la próxima cita (siempre indique la más cercana). Posteriormente, cuando la madre regrese podrá indicarle otras visitas de seguimiento, por ejemplo:

- **“Seguimiento en dos días”** se está dando una fecha determinada para el seguimiento

- **“Seguimiento en dos días** si persiste la fiebre” no está dando un tiempo determinado para regresar: Sólo debe regresar si persiste la fiebre.

Puede abreviar seguimiento de la siguiente forma: “Seg”.

Anote en el reverso del formulario de registro todas las visitas de seguimiento de los problemas identificados, pero a la madre solamente indíquela la visita más próxima. También le deberá enseñar a la madre sobre la aparición de los signos de alarma que determinarán que le traiga nuevamente para un control inmediato. Esto es sumamente importante y deberá darle suficiente tiempo para que la madre lo comprenda.

Las visitas de seguimiento son especialmente importantes para el niño o niña menor de 2 meses. Si descubre que la afección empeoró, refiérase al hospital. Si recibe antibiótico para infección bacteriana local, debe regresar para seguimiento en 2 días, así también lo debe hacer aquel que presentó un problema de alimentación o candidiasis bucal. Un lactante con bajo peso para la edad debe regresar en 7 días para la visita de seguimiento.

En la columna “Determinar el tratamiento” de los Cuadros de Procedimientos, algunas clasificaciones contienen instrucciones para decirle a la madre que regrese para volver a ver al niño o niña. En el recuadro “métodos de seguimiento y reevaluación” del cuadro *ACONSEJAR* se resumen los esquemas de las visitas de seguimiento. Se dan instrucciones concretas para cada visita de seguimiento. Los recuadros tienen encabezamientos que corresponden a las clasificaciones de la tabla *EVALUAR* y *CLASIFICAR*. En cada recuadro se explica cómo reevaluar y tratar al niño o niña. En la tabla *TRATAR AL NIÑO O LA NIÑA* se presentan las instrucciones para administrar tratamientos.

¿COMO ATENDER AL NIÑO O NIÑA EN LA VISITA DE SEGUIMIENTO?

Como siempre, pregunte a la madre sobre el problema del niño o niña. Usted tiene que saber si se trata de una visita de seguimiento o una visita inicial por esta enfermedad.

Por ejemplo, posiblemente la madre le comunique a usted o a otro trabajador/a de salud que se le dijo que regresara para seguir observándole por un problema determinado. Si el servicio de salud entrega fichas para las visitas de seguimiento en las que se les dice cuándo deben regresar, pida a la madre que se la muestre. Si el servicio de salud mantiene una ficha para cada paciente, usted podrá ver que acudió al servicio de salud unos pocos días antes por la misma enfermedad.

Una vez enterado de que ha llegado al servicio de salud para el seguimiento de la enfermedad, pregunte a la madre si se le ha presentado algún problema nuevo. Por ejemplo, si se trata de una visita de seguimiento por neumonía, pero ahora tiene diarrea, tiene un problema nuevo por lo que requiere una evaluación completa. Observe si hay signos generales de peligro y evalúe los síntomas principales y el estado de nutrición. Clasifique y trate la diarrea (el nuevo problema), como lo haría en una visita inicial. Reevalúe y trate la neumonía de acuerdo con el recuadro de atención de seguimiento.

Si no tiene un problema nuevo, anote como ha evolucionado en la sección de Atención de reevaluación y seguimiento en el reverso del Formulario de Registro.

Algunos niños o niñas regresarán repetidamente con problemas crónicos que no responden al tratamiento que usted puede administrarle. Por ejemplo, algunos/as con SIDA quizá respondan mal al tratamiento para la neumonía y pueden tener infecciones oportunistas. Estos casos deberán derivarse al hospital si no mejoran. Los casos de infecciones por el VIH que no han desarrollado SIDA no pueden distinguirse clínicamente de los que no tienen infección por el VIH.

Importante: si una madre regresa para el seguimiento y su niño o niña tiene varios problemas y está empeorando, **REFIERALE URGENTEMENTE** a un hospital. También dévele al hospital si no hay un medicamento de segunda línea disponible, o si usted está preocupado/a por el niño o niña o no sabe qué hacer con el/ella. Si no ha mejorado con el tratamiento, tal vez tenga una enfermedad distinta de la sugerida por el cuadro. Quizá necesite otro tratamiento.

Recuerde: Si el niño o niña tiene un problema nuevo, usted deberá evaluar como en una visita inicial, para el efecto utilice un formulario nuevo de Registro.

2. VISITA DE SEGUIMIENTO PARA NIÑOS, NIÑAS MENORES DE 2 MESES DE EDAD

Se recomiendan las visitas de seguimiento para los/las menores a dos meses de edad con clasificación de INFECCIÓN LOCALIZADA, DIARREA, CANDIDIASIS ORAL, BAJO PESO PARA LA EDAD, PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN Y ANEMIA. Las instrucciones para llevar a cabo las visitas de seguimiento figuran en los cuadros METODOS DE SEGUIMIENTO Y REEVALUACIÓN DEL MENOR DE 2 MESES DE EDAD.

En la visita de seguimiento se evalúa de manera diferente que en la visita inicial. Una vez enterado de que el niño o niña lactante ha venido al servicio de salud para el seguimiento, pregúntele si ha tenido problemas nuevos. Aquel niño o niña que tenga un problema nuevo debe recibir una evaluación completa como si se tratara de la visita inicial. Caso contrario utilice el reverso del Formulario de Registro.

Si el lactante no tiene un problema nuevo, ubique la sección del cuadro titulado MÉTODOS DE SEGUIMIENTO Y REEVALUACIÓN DEL MENOR DE 2 MESES. Utilice el recuadro que coincide con la clasificación previa del lactante.

2.1. VISITA DE SEGUIMIENTO PARA INFECCIÓN LOCALIZADA

Cuando un niño o niña menor de 2 meses de edad con una clasificación de INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL regresa para la visita de seguimiento **después de 2 días**, siga estas instrucciones en el recuadro "Infección bacteriana local" de la sección de seguimiento del Cuadro de Procedimientos.

Para evaluarle, observe el ombligo, los ojos o las pústulas de la piel. Luego elija el tratamiento apropiado.

- ▶ **Si la supuración o el enrojecimiento siguen igual o peor**, refiera al/la lactante al hospital. Derívele también si hay más pústulas que antes.
- ▶ **Si la supuración y el enrojecimiento han mejorado**, diga a la madre que siga administrando el antibiótico que se le dio en la visita inicial por 5 días. “Mejorado” quiere decir que supura menos y que se ha secado. También hay menos enrojecimiento.
- ▶ Destaque que es importante continuar dando el antibiótico, incluso cuando el lactante está mejorando. También deberá continuar tratando la infección local en la casa por 5 días.

2.2. VISITA DE SEGUIMIENTO PARA DIARREA

Si un niño o niña menor de 2 meses de edad clasificado/a como DIARREA regresa para la visita de seguimiento después de 24 horas, siga estas instrucciones en el recuadro “Diarrea” en la sección de seguimiento del cuadro.

Reevalúe la diarrea como se describe en el recuadro de evaluación “¿Tiene diarrea?”. Además, haga a la madre las preguntas adicionales de la lista para determinar si el lactante está mejorando o no.

- ▶ Si aparece un signo de deshidratación o si la diarrea no pasa, refiérase al hospital. Si ha desarrollado fiebre, administre antibióticos por vía intramuscular antes de referirle al hospital, como para ENFERMEDAD NEONATAL GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE.
- ▶ Si los signos están mejorando, diga a la madre que continúe administrándole el antibiótico. Cerciórese de que la madre comprenda la importancia de completar los 5 días de tratamiento.

2.3. VISITA DE SEGUIMIENTO PARA MONILIASIS ORAL

Cuando un/a lactante menor de 2 meses de edad que ha tenido candidiasis oral regresa **2 días después** para que se le continúe observando, siga las instrucciones en el recuadro “Candidiasis oral” en la sección de seguimiento del cuadro

Examine la boca del niño o niña y reevalúe como se encuentra la moniliasis oral y la alimentación del lactante.

- ▶ **Si empeoró** o el/la niño o niña tiene problemas con el agarre o la succión, refiérase al hospital. Es muy importante que se le trate de manera que pueda volver a alimentarse bien a la brevedad posible. Examine siempre también el pezón de la madre.
- ▶ **Si está igual o mejor y el lactante se está alimentando bien**, continúe el tratamiento con Nistatina hasta terminar los 5 días de tratamiento.

2.4. VISITA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO O NIÑA DE BAJO PESO PARA LA EDAD

Cuando un niño o niña menor de 2 meses de edad que tiene una clasificación de **BAJO PESO PARA LA EDAD** regresa para la visita de seguimiento después de 7 días, siga las instrucciones en el recuadro “Bajo peso para la edad” en la sección de SEGUIMIENTO del Cuadro de Procedimientos.

Determine si aún tiene bajo peso para la edad. Además, reevalúe la alimentación mediante las preguntas del recuadro de evaluación, “Enseguida determine si hay un problema de alimentación o bajo peso”. Evalúe el amamantamiento si el lactante toma el pecho.

- Si ya no tiene bajo peso para la edad, elogie a la madre por alimentarle bien. Aliéntela a continuar alimentándole como lo ha estado haciendo o añadiendo cualquier mejora que usted le ha sugerido.
- Si aún tiene bajo peso para la edad, pero se está alimentando bien y sube gradualmente de peso, elogie a la madre. Pídale que haga pesar otra vez al lactante al cabo de un mes o cuando regrese para la inmunización. Usted querrá verificar si el/la lactante continúa alimentándose bien y aumentando de peso. Muchos niños y niñas de una semana a dos meses de edad que tenían bajo peso al nacer todavía pesarán poco para su edad, pero se estarán alimentando bien y aumentando de peso.
- Si aún tiene bajo peso para la edad y todavía tiene un problema de alimentación, aconseje a la madre acerca del problema. Pídale que regrese con su hijo o hija a los dos días. Continúe viéndole cada 4 semanas, hasta que este seguro de que se está alimentando bien y aumentando de peso regularmente o que ya no tiene bajo peso para su edad.

2.5. VISITA DE SEGUIMIENTO PARA PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN

Cuando un niño o niña menor de 2 meses de edad que ha tenido un problema de alimentación regresa para la visita de seguimiento después de 2 días, siga las instrucciones en el recuadro “Problemas de alimentación” en la sección de seguimiento del cuadro. Reevalúe la alimentación mediante las preguntas del recuadro de evaluación del lactante menor de 2 meses de edad. “Enseguida determine si hay un problema de alimentación o bajo peso”. Evalúe el amamantamiento si el lactante toma el pecho.

Consulte el cuadro del/la menor de 2 meses de edad o la nota de la visita de seguimiento para obtener una descripción del problema de alimentación que se había encontrado en la visita inicial y las recomendaciones previas. Pregunte a la madre qué problemas tuvo para cumplir las recomendaciones.

- Aconseje a la madre sobre los problemas de alimentación nuevos o anteriores. Consulte las recomendaciones del recuadro “Aconsejar a la madre sobre los problemas de alimentación” en el cuadro TRATAR AL/LA MENOR DE 2 MESES Y ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE y el recuadro “Enseñe la posición y el agarre correctos para el amamantamiento”.

Por ejemplo, que deje de dar agua o jugo con el biberón al/la lactante y que le amamante con más frecuencia y por un período más prolongado. Usted evaluará cuántas veces está mamando en 24 horas y si ha dejado de tomar el biberón. Luego hágale las recomendaciones y estimúlela si es necesario.

- Si tiene bajo peso para la edad, pida a la madre que regrese 7 días después de la visita inicial. En esta visita de seguimiento se evaluará otra vez el peso del/la lactante. Esto se debe a que crecerán más rápido y su riesgo de enfermarse aumenta si no suben de peso.

2.6. VISITA DE SEGUIMIENTO PARA ANEMIA

Cuando tiene una clasificación de ANEMIA regresa para la visita de seguimiento después de 14 días, siga las instrucciones en el recuadro “Anemia” en la sección de seguimiento del Cuadro de Procedimientos.

Determine si aún tiene anemia reevaluando los niveles de hemoglobina y hematocrito en sangre. Además, reevalúe la alimentación mediante las preguntas del recuadro de evaluación. “Enseguida determine si hay un problema de alimentación o bajo peso”. Evalúe el amamantamiento si el/la lactante toma el pecho.

- Si **ya no tiene anemia**, elogie a la madre por alimentarle bien y darle el tratamiento con hierro. Aliéntela a continuar alimentando y tratando al/la lactante como lo ha estado haciendo o añadiendo cualquier mejora que usted le haya sugerido.
- Si **aún tiene anemia**, pero no se está alimentando bien, elogie a la madre. Pídale que le/la pese otra vez al cabo de un mes o cuando regrese para la inmunización. Usted querrá verificar si continúa alimentándose bien y aumentando de peso.
- Si **sigue teniendo anemia y problemas de alimentación**, refiérase al hospital para investigar otras causas de anemia y recibir tratamiento urgente.

CUADERNO DE EJERCICIOS: Ejercicios 39, 40, 41

3. ATENCIÓN DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO O NIÑA ENFERMO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

3.1. VISITA DE SEGUIMIENTO POR NEUMONÍA.

Cuando un niño o niña que está recibiendo un antibiótico para la NEUMONÍA regresa al servicio de salud **después de 2 días** para la visita de seguimiento, siga estas instrucciones:

El recuadro de Neumonía del Cuadro de Procedimientos página 23 describe primero como evaluarle. Dice que se verifique si presenta signos generales de peligro y que se le reevalúe para ver si tiene tos o dificultad para respirar. Después de estas instrucciones, indica que se vea la tabla EVALUAR Y CLASIFICAR. Esto significa que habrá que evaluar los signos generales de peligro y el síntoma principal de tos exactamente como se describe en la tabla. Luego se presenta la lista de problemas adicionales que habrá que observar:

PREGUNTE:

- ¿La frecuencia respiratoria es menor?
- ¿Tiene menos fiebre?
- ¿Está comiendo mejor?

Cuando le haya evaluado, utilice la información sobre los signos encontrados para elegir el tratamiento correcto.

- ▶ Si presenta **tiraje subcostal o un signo general de peligro** (no puede beber ni mamar, vomita todo, tiene convulsiones, está letárgico o inconsciente), está empeorando, necesita ser enviado/a de **URGENCIA** a un hospital. Como la enfermedad ha empeorado a pesar del antibiótico de primera línea para neumonía, **enviarle urgentemente al hospital** para su tratamiento con un antibiótico de segunda línea por vía parenteral.
- ▶ Si la **frecuencia respiratoria, la fiebre y la alimentación no han cambiado**, administre el antibiótico de segunda línea para neumonía. (los signos quizá no sean exactamente los mismos que 2 días antes, pero no está peor ni mejora; aún tiene respiración rápida, fiebre y come mal). Pero antes de administrarle el antibiótico de segunda línea por ejemplo Amoxicilina + Acido clavulánico o Amoxicilina + Sulbactan, pregunte a la madre si le dio el antibiótico durante los 2 días anteriores en la forma indicada.
 - a) Puede haber habido un problema por lo cual no recibió el antibiótico, o recibió una dosis demasiado baja o infrecuente. De ser así, puede tratarse otra vez con el mismo antibiótico. Adminístrele una dosis en el servicio de salud, y luego cerciórese de que la madre sabe cómo darle el medicamento en la casa. Ayúdela a resolver cualquier problema, como por ejemplo, cómo ayudarle a tomar el medicamento cuando éste no lo quiera.
 - b) Si recibió el antibiótico como usted lo indicó, cámbiele por el antibiótico de segunda línea para neumonía, si lo tienen en el servicio de salud. Adminístrele durante 7 días. Por ejemplo:
 - Si estaba tomando Amoxicilina, cámbiela por Amoxicilina + Sulbactan o Amoxicilina +Acido clavulánico.
 - Administre la primera dosis del antibiótico en el servicio de salud. Enseñe a la madre cómo y cuándo dárselo. Pídale que le lleve otra vez al servicio de salud 2 días después
 - c) Si recibió el antibiótico, y usted no tiene a su disposición otro antibiótico apropiado refiérale al hospital.

Todo niño o niña con neumonía que tuvo sarampión en los últimos 3 meses debe ser referido al hospital

- ▶ Si tiene una **frecuencia respiratoria menor, menos fiebre** (o sea que la fiebre ha bajado o desaparecido por completo) y esta **comiendo mejor**, está **mejorando**. Puede ser que tosa, pero la mayoría de los/las que están mejorando ya no tendrán la respiración rápida. Explíquelo a la madre que igual deberá darle el antibiótico por 10 días, hasta terminarlo.

3.2. VISITA DE SEGUIMIENTO POR DIARREA CRONICA

Consulte el recuadro TRATAR DIARREA PERSISTENTE. Debe hacer una visita de seguimiento al servicio de salud **después de 5 días**, siga las instrucciones a continuación.

Preguntar si ha cesado la diarrea y cuántas deposiciones por día tiene.

- Si no ha cesado la diarrea, aún tiene tres deposiciones sueltas o más por día, debe evaluarle completamente como se describe en EVALUAR Y CLASIFICAR. Identifique y trate cualquier problema que requiera atención inmediata, como la deshidratación. Luego refiéralo al hospital.
- Si la diarrea ha cesado, tiene menos de tres deposiciones sueltas por día, indique a la madre que siga las recomendaciones para la alimentación recomendada para esa edad. Si no se alimenta normalmente, usted tendrá que enseñar a la madre las recomendaciones sobre alimentación que figuran en el cuadro ACONSEJAR.

3.3. VISITA DE SEGUIMIENTO POR DIARREA CON SANGRE O DISENTERIA

Consulte el recuadro “Diarrea con sangre” .Debe regresar **después de 2 días** para la visita de seguimiento, siga las instrucciones a continuación.

Reevalúe la diarrea como se describe en el recuadro “¿tiene el niño o niña diarrea?” de la tabla EVALUAR Y CLASIFICAR. Haga las preguntas adicionales a la madre para averiguar si está mejorando. Luego utilice la información sobre los signos para decidir si está igual, peor o mejor. Elija el tratamiento apropiado:

- Si en la visita de seguimiento observa que hay **deshidratación**, utilice el cuadro de clasificaciones para clasificar la deshidratación. Elija el plan apropiado de líquidos y trate la misma.
- Si el número de deposiciones, la cantidad de sangre en las heces, la fiebre, el dolor abdominal o la ingestión de comida no se ha modificado o empeoraron, deje de dar el primer antibiótico y administre el antibiótico de segunda línea recomendado para Shigella. (Este antibiótico se encontrará en la tabla TRATAR). La resistencia de Shigella al antibiótico puede ser la causa de que no haya mejoría.
- Administre la primera dosis de un antibiótico en el servicio de salud.
- Enseñe a la madre cómo y cuándo dar el antibiótico y ayúdela a planear cómo darlo por 5 días
- Recomiéndele a la madre que regrese al servicio después de 2 días

Si el niño o niña:

- Tiene menos de 2 meses o
- Estaba con deshidratación en la primera visita o
- Tuvo sarampión en los últimos tres meses

CORRE GRAN RIESGO. Refiéralo URGENTE al hospital

Si tiene menos deposiciones, menos sangre en las heces, menos fiebre, menos dolor abdominal y está comiendo mejor, está mejorando con el antibiótico.

Generalmente estos signos mejorarán si el antibiótico actúa eficazmente. Si solo han disminuido algunos signos, decida, a su criterio, si está mejorando. Diga a la madre que continúe con el antibiótico por 5 días más. Examine con ella la importancia de terminar el antibiótico.

3.4. VISITA DE SEGUIMIENTO POR PALUDISMO

Todo niño o niña clasificado/a con PALUDISMO (al margen de riesgo de malaria) deberá regresar para una visita de seguimiento si la fiebre persiste por 2 días. Si la fiebre persiste 2 días después de la visita inicial o si la fiebre retorna en el curso de 14 días, se supone que tiene un parásito de paludismo resistente al antipalúdico de primera línea, que es la causa de que la fiebre continúe.

Efectúe una reevaluación completa como figura en la tabla EVALUAR Y CLASIFICAR. Al reevaluarle, trate de averiguar la causa de la fiebre, posiblemente neumonía, meningitis, infección de oído o de garganta, o diarrea con sangre. También considere si ha tenido otro problema que pudiera causar la fiebre, como tuberculosis, infección de las vías urinarias, osteomielitis o absceso. No utilice el cuadro de clasificación de la tabla EVALUAR Y CLASIFICAR para clasificar la fiebre. Elija, en cambio, el tratamiento apropiado que figura en el recuadro de atención de seguimiento. Si usted sospecha que la causa de la fiebre puede que no sea paludismo, evalúe el problema más a fondo de ser necesario y consulte las normas para el tratamiento del problema.

- Si presenta **algún signo general de peligro o tiene rigidez de nuca**, trátelo como se describe en la tabla EVALUAR Y CLASIFICAR para ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE. El tratamiento incluye la administración de quinina, la primera dosis de un antibiótico y una dosis de paracetamol. Trátele también para prevenir hipoglucemia y refiérale con **URGENCIA** al hospital. Si ya ha estado tomando un antibiótico, el empeoramiento de la enfermedad al punto de haberse transformado en enfermedad febril muy grave significa que puede tener una infección bacteriana que no responde a este antibiótico. Adminístrele una primera dosis del antibiótico de segunda línea o Ampicilina y Gentamicina por vía intramuscular.
- Si tiene **fiebre por alguna causa que no sea paludismo**, déle tratamiento para esa causa. Por ejemplo, adminístrele tratamiento para la infección de oído o dévele al hospital por otros problemas como por ejemplo, infección de las vías urinarias o absceso.

Si el paludismo es la única causa evidente de fiebre:

- Trátele con un antipalúdico por vía oral. Si no lo tiene, refiérale al hospital. Pida a la madre que regrese a los 2 días si la fiebre persiste.
- Si ha tenido fiebre todos los días por 7 días o más, dévele al hospital para que le evalúen. Puede tener por ejemplo, fiebre tifoidea u otra infección grave que requiere pruebas de diagnóstico adicionales y tratamiento especial.
- Si presenta **algún signo de peligro o tiene rigidez de nuca**, trátele como si tuviera ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE.
- Si ha estado tomando Amoxicilina porque también tenía tos y la respiración rápida (neumonía) además de fiebre, adminístrele el antipalúdico. Si el paludismo no mejora, refiérale al hospital.

3.5. VISITA DE SEGUIMIENTO POR INFECCIÓN DE OÍDO

Consulte el recuadro “INFECCIÓN DE OIDO” en la sección de seguimiento del cuadro TRATAR AL NIÑO O NIÑA. Cuando tiene la clasificación de OTITIS MEDIA regresa al servicio de salud para una visita de seguimiento **después de 5 días**, siga las instrucciones a continuación. Estas instrucciones se refieren a infección aguda de oído o crónica.

Reevalúe el problema de oído y tome la temperatura (o tóquele para comprobar si tiene fiebre). Luego elija el tratamiento de acuerdo con los signos presentes.

- Si al palpar siente una **tumefacción dolorosa detrás de la oreja** en comparación con el otro lado, puede tener mastoiditis. Si hay **fiebre alta** (temperatura axilar de 38°C o más), puede tener una infección grave. Si hay tumefacción dolorosa detrás de la oreja o fiebre alta ha empeorado y deberá referirse al hospital.
- **Otitis media aguda:** si el **dolor de oído o la supuración persiste** después de tomar un antibiótico por 5 días, trátele con el mismo antibiótico por 5 días más. Pida a la madre que regrese después de 5 días para que usted pueda verificar si está mejorando.
- Si el oído aún está supurando o ha comenzado a supurar después de la visita inicial, muestre a la madre cómo secar el oído. Discuta con ella la importancia de mantener el oído seco para que se cure
- **Otitis media crónica:** fíjese si la madre seca el oído con el paño de algodón suave y limpio de manera correcta. Para esto, pídale que le describa o le muestre cómo secar el oído. Pregúntele con qué frecuencia puede secar el oído. Pregúntele qué problema ha tenido al tratar de secar el oído y hable con ella sobre cómo resolverlos.

Aliéntela a continuar secando el oído. Explíquele que secar es la única terapia eficaz para un oído que supura. Si no se seca, la audición podría disminuir.

Si no hay dolor de oído ni secreción, elogie a la madre por su cuidadoso tratamiento.

3.6. VISITA DE SEGUIMIENTO POR PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN

Consulte el recuadro “PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN” en la sección de seguimiento del cuadro TRATAR AL NIÑO O NIÑA. Cuando ha tenido un problema de alimentación y regresa para la visita de seguimiento **después de 7 días**, siga las instrucciones a continuación.

Reevalúe la alimentación mediante las preguntas que figuran en el recuadro superior de la tabla ACONSEJAR A LA MADRE. Consulte la ficha o la nota de la visita de seguimiento para obtener la descripción de cualquier problema de alimentación presente en la visita inicial y las recomendaciones previas. Pregunte a la madre cómo ha estado llevando a cabo las recomendaciones. Por ejemplo, si en la última visita se le recomendó una alimentación más activa, pida a la madre que le describa cómo se alimenta y quién le alimenta en cada comida.

- Asesórela acerca de cualquier problema de alimentación nuevo o continuo. Si ha tenido problemas al alimentarle, analice con ella distintas maneras de resolverlos. Por ejemplo, si tiene dificultad en adoptar una forma de alimentación más activa porque esto le exigiría pasar más tiempo con el niño o niña, vea algunas maneras de reorganizar las horas de las comidas.
- Si tiene un peso muy bajo para su edad, pida a la madre que regrese 7 días después de la visita inicial. En esta visita se medirá el aumento de peso para determinar si los cambios introducidos en la alimentación le están ayudando.

Ejemplo:

En la visita inicial, la madre de un lactante de 2 meses de edad dijo que le estaba dando 2 ó 3 biberones de leche y el pecho varias veces al día. El/la trabajador/a de salud le recomendó que le diera mamadas más frecuentes y prolongadas y que redujera gradualmente la otra leche o alimentos.

En la visita de seguimiento, el/la trabajador/a de salud hace preguntas a la madre para averiguar con qué frecuencia le da los demás alimentos y cada cuánto y por cuánto tiempo lo está amamantando. La madre responde que ahora le da solo un biberón de leche por día y que le amamanta 6 o más veces en 24 horas. El/la trabajador/a de salud le dice que está procediendo bien y le pide que deje por completo la otra leche y que le amamante 8 veces o más en 24 horas. Como se trata de un cambio significativo en la alimentación, el trabajador de salud también le pide a la madre que regrese otra vez. En esta visita se verificará si el lactante se está alimentando con suficiente frecuencia y estimulará a la madre.

3.7. VISITA DE SEGUIMIENTO POR DESNUTRICIÓN

Si la clasificación de un niño o niña es DESNUTRICION MODERADA o tuvo DESNUTRICION SEVERA y ha sido dado de alta, deberá ser traído para su reevaluación y seguimiento a los 7 días de la primera consulta en el primer caso y después del alta en el segundo caso.

En el caso de que un niño o niña tuviera la clasificación RIESGO DE DESNUTRICIÓN deberá regresar para la visita de seguimiento después de 15 días así mismo deberá regresar antes si hubiera un problema de alimentación.

Algunos servicios programan sesiones especiales para dar consejos sobre nutrición y piden a sus pacientes con desnutrición que regresen para la visita de seguimiento durante esas sesiones. Una sesión especial permite que el/la trabajadora de salud dedique el tiempo necesario para discutir la cuestión de la alimentación con varias madres y tal vez mostrar algunos buenos alimentos para los niños y las niñas.

Para evaluar al niño o niña debe pesarle, y determinar si aún tiene DESNUTRICION o se halla con RIESGO DE DESNUTRICIÓN. También reevalúe la alimentación haciéndole a la madre preguntas que figuran en la tabla ACONSEJAR.

- Si tiene peso entre **+1DE y -1DE**, elogie a la madre. Los cambios introducidos en la alimentación están ayudando. Aliéntela a continuar alimentándole de acuerdo con las recomendaciones para su edad y que realice los controles de salud como cualquier otro niño o niña sin problemas de nutrición.

- Si tiene un peso entre **-1DE y -2DE**, aconseje a la madre acerca de cualquier problema de alimentación encontrado. Con estas recomendaciones nutricionales se enseñará a la madre a alimentarle con los alimentos apropiados para su edad y a ofrecérselos con suficiente frecuencia. También se le enseñará la manera de alimentarle activamente. Realice controles de seguimiento cada 30 días.
- Si aún tiene el peso por debajo de **- 2 DE** pero tiene una tendencia ascendente de peso aliente a la madre para que le siga alimentando correctamente y administrando sus suplementos de vitaminas y minerales. Realice controles de seguimiento cada 15 días hasta que su peso esté entre -1 y -2 DE.
- Pida a la madre que regrese al servicio de salud al cabo de un mes. Es importante verle todos los meses para recomendar y alentar a la madre hasta que se esté alimentando bien y aumente regularmente de peso o ya no tenga por debajo de **- 1DE**. Si continúa perdiendo peso y no hay posibilidad de que se introduzcan cambios en la alimentación, refiérale al hospital o aun programa de alimentación.

3.8. VISITA DE SEGUIMIENTO POR ANEMIA

Consulte el recuadro “PALIDEZ” en la sección de seguimiento del cuadro TRATAR AL NIÑO O NIÑA. Cuando tiene palidez palmar regresa para la visita de seguimiento después de 30 días, siga las instrucciones a continuación.

- Dé hierro adicional y recomiéndele que regrese después de 30 días para que se le suministre más hierro para un período de 2 meses.
- Si después de 2 meses aún tiene palidez palmar, refiérale al hospital para que le evalúen mas exhaustivamente.

3.9. VISITA DE SEGUIMIENTO PARA PROBLEMAS DE DESARROLLO

Cuando un lactante de dos meses a cinco años de edad que tiene una clasificación de TIENE PROBLEMAS DE DESARROLLO regresa para la visita de seguimiento después de 30 días, siga las instrucciones en el recuadro “problemas de desarrollo” en la sección de seguimiento.

- ▶ Si el niño o niña no tiene problemas de desarrollo y cumple con las condiciones para su edad, elogie a la madre y aliéntela a continuar estimulando el desarrollo de su hijo.
- ▶ Si se ha clasificado como **tiene problemas de desarrollo**, porque no cumple algunas de las condiciones para su edad:

Debe orientar a la madre para que tanto ella como otros miembros de la familia mantengan un estímulo constante del niño o niña (Ver Guía para la Atención Integral de la Niñez, Adolescencia y Madre Embarazada).