

**AIEPI**

Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia  
Porque mi vida hay que protegerla hoy

**2016**

**Libro Clínico**

**ATENCIÓN INTEGRADA  
A LAS ENFERMEDADES  
PREVALENTES  
DE LA INFANCIA**

 PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

 MINSALUD

 de cero siempre

 SCP  
Sociedad Colombiana de Pediatría

 aiepi

 AIEPI  
Porque mi vida hay que protegerla hoy

 **TODOS POR UN  
NUEVO PAÍS**  
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

 Organización  
Panamericana  
de la Salud

 Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS  
Américas



**Libro Clínico**

**ATENCIÓN INTEGRADA  
A LAS ENFERMEDADES  
PREVALENTES  
DE LA INFANCIA**

 PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

 MINSALUD

 de cero siempre

 SCP  
Sociedad Colombiana  
de Pediatría

 aiepi

 AIEPI  
Juntos hacemos lo que otros no pueden hacer

 **TODOS POR UN  
NUEVO PAÍS**  
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

 Organización  
Panamericana  
de la Salud  
 Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



**Alejandro Gaviria Uribe**

Ministro de Salud y Protección Social

**Fernando Ruíz Gómez**

Vice Ministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

**Carmen Eugenia Dávila Guerrero**

Vice Ministra de Protección Social

**Gerardo Lubín Burgos Berna**

Secretario General

**Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga**

Dirección de Promoción y Prevención

**Gina Watson**

Representante de la OPS/OMS para Colombia

**Hernán Rodríguez**

Consultor Internacional de Salud Familiar y Comunitaria

---

 PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

 MINSALUD

 de cero siempre

 SCP  
Sociedad Colombiana de Pediatría

 aiepi

 AIEPI  
Porque en esta vez que protegió la vez

 **TODOS POR UN  
NUEVO PAÍS**  
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

 Organización  
Panamericana  
de la Salud  
 Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

**Referentes técnicos Convenio 485/10 suscrito entre el Ministerio de Salud y  
Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS**

**Diego Alejandro García**

Coordinador PAI y AIEPI, Ministerio de Salud y  
Protección Social

**Lucy Arciniegas Millán**

Coordinadora Técnica Convenio 485/10, OPS

**Catalina Borda**

Nutrición, Ministerio de Salud y Protección Social

**Jovana Alexandra Ocampo Cañas**

Consultor Nacional Línea AIEPI, OPS

**Sandra Tovar**

Odontóloga, Ministerio de Salud y Protección Social

**Martha Beltrán González**

Médica pediatra

**Ricardo Luque**

Ministerio de Salud y Protección Social

---

**Agradecimientos**

---

A todas las instituciones, organizaciones, asociaciones, universidades, fundaciones, a los funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social y a todos los profesionales quienes con sus aportes y conocimientos hicieron posible la realización de esta nueva edición del Curso Clínico de la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

---

**ADRIANA ACOSTA**

Odontopediatra  
Bogotá D.C.

**OLGA BAQUERO**

Médica Pediatra  
Bogotá D.C.

**CARLOS ALBERTO BERNAL**

Médico Pediatra  
Antioquia

**JAIRO ANDRÉS ALTAHONA A.**

Médico General  
Bogotá D.C.

**LUIS BARÓN CHAIN**

Pediatra  
Barranquilla

**SARA BERNAL R.**

Médica Pediatra  
Bogotá D.C.

**RUBY PATRICIA ARIAS TACHE**

Médica General Salubrista  
Bogotá D.C.

**MIGUEL BARRIOS**

Médico Pediatra  
Bogotá D.C.

**CLAUDIA BETANCOURT**

Pediatra  
Bogotá D.C.

**ELVIS ARIAS GUEVARA**

Médico General  
Chocó

**VERÓNICA BARROS O.**

Médica Pediatra  
Barranquilla

**PATRICIA BOCANEGRA**

Odontopediatra  
Bogotá D.C.

**LEONEL J. AVELA PÉREZ**

Médico Pediatra  
Huila

**REYNALDO A. BAYONA**

Médico Pediatra  
Bucaramanga

**CARLOS BOLAÑOS**

Neuropediatra  
Bogotá D.C.

**GUSTAVO ARISTIZÁBAL**

Pediatra Neumólogo  
Bogotá D.C.

**SANDRA BELTRÁN**

Infectóloga Pediatra  
Bogotá D.C.

**CATALINA BORDA**

Nutricionista  
Unicef  
Bogotá D.C.

**SHOKERRY AWADANA**

Pediatra endocrinólogo  
Bogotá D.C.

**MIREYA BENAVIDES VÁSQUEZ**

Médica  
Atlántico

**MELBA FRANKY DE BORRERO**  
Médica Pediatra Salubrista  
Valle

**DARÍO BOTERO**  
Pediatra  
Bogotá D.C.

**LUZ ESTELLA CAICEDO**  
Neuropediatra  
Bogotá D.C.

**JAIME CALA**  
Pediatra  
Bucaramanga

**SHIRLEY CALDERÓN BEJARANO**  
Enfermera  
Antioquia

**MARCELA CALLE**  
Pediatra - Neumóloga  
Bogotá D.C.

**GERMÁN CAMACHO MORENO**  
Médico Pediatra

**CRISTINA CÁRDENAS**  
Médica  
Nariño

**JAIME CARRIZOSA**  
Neuropediatra  
Bogotá D.C.

**OLGA LUCIA CASASBUENAS**  
Neuropediatra  
Bogotá D.C.

**CONSTANZA CASTILLA**  
Pediatra  
Bogotá D.C.

**MARTHA CAYCEDO**  
Odontopediatra  
Bogotá D.C.

**ASTRID CELYS**  
Neonatóloga  
Hospital Simón Bolívar  
Bogotá D.C.

**WILLIAM CORNEJO**  
Neuropediatra  
Bogotá D.C.

**LUZ NORELA CORREA**  
Neuropediatra  
Bogotá D.C.

**EDWARD GIOVANNI CUBILLOS M.**  
Médico Pediatra

**ILIANA FRANCINETH  
CURIEL ARISMENDY**  
Médica  
Atlántico

**VÍCTOR MANUEL CHÁVEZ P.**  
Médico Pediatra  
Amazonas

**RODOLFO DE LA HOZ**  
Infectólogo pediatra  
Bogotá D.C.

**FABIÁN DÍAZ**  
Médico  
Bogotá D.C.

**DEMPSY DÍAZ CASTAÑEDA**  
Médico General  
Norte de Santander

**LILIANA DUQUE**  
Odontopediatra  
Bogotá D.C.

**EUGENIA ESPINOSA**  
Neuropediatra  
Bogotá D.C.

**EDUARDO ESTRADA**  
Médico Pediatra  
Bogotá D.C.

**JAIME FERNÁNDEZ**  
Pediatra intensivista  
Bogotá D.C.

**ROLANDO FIGUEROA**  
Médico Ginecólogo  
Guatemala

**IVÁN DARÍO FLÓREZ G.**  
Pediatra  
Universidad de Antioquia  
Medellín

**FREDY ALBERTO FORERO**  
Neuropediatra  
Bogotá D.C.

**CLARA GALVIS**  
Neonatóloga  
Sociedad Colombiana  
de Neonatología  
Hospital Militar  
Bogotá D.C.

**DIEGO A. GARCÍA**  
Médico Pediatra  
VISIÓN MUNDIAL  
Bogotá D.C.

**CONSTANZA GÓMEZ**  
Nutricionista  
Unicef  
Bogotá D.C.

**ANDRÉS GÓNGORA**  
Antropólogo  
Bogotá D.C.

**PATRICIA GRANADA ACOSTA**  
Médica Pediatra

**FRANCISCO HERNÁNDEZ**  
Odontopediatra  
Asociación Latinoamericana  
de Odontopediatría  
Bogotá D.C.

**HÉCTOR RAFAEL HERNÁNDEZ C.**  
Neonatólogo  
Duitama - Boyacá

**ÁNGELA HOYOS**  
Neonatóloga  
Clínica del Country  
Bogotá D.C.

**AUDRY PATRICIA HURTADO D.**  
Médica Pediatra  
Putumayo

**ALVARO IZQUIERDO**  
Pediatra Neumólogo  
Bogotá D.C.

**JUAN CAMILO JARAMILLO B.**

Pediatra Intensivista  
Bogotá D.C.

**GERMÁN JIMÉNEZ PAYARES**

Médico Pediatra

**GABRIEL LAGO**

Médico Pediatra  
Bogotá D.C.

**LORENEY LAGOS**

Médica Pediatra  
Tolima

**ESPERANZA LARA**

Nutricionista Unicef  
Bogotá D.C.

**SAMUEL J. LARIOS DÍAZ**

Médico Pediatra  
Santander

**MARÍA PATRICIA LONDOÑO**

Odontóloga  
Secretaría Distrital de Salud  
Bogotá D.C.

**GABRIEL LONGI**

Neonatólogo  
Clínica Marly  
Bogotá D.C.

**REINALDO LÓPEZ ESCUDERO**

Médico General

**ADRIANA LUQUE TRUJILLO**

Médica Pediatra  
Bogotá D.C.

**CARMENZA MACÍAS**

Odontopediatra  
Bogotá D.C.

**DANITZA MADERO**

Pediatra Neumóloga  
Bogotá D.C.

**JORGE EDUARDO MANRIQUE G.**

Médico Pediatra  
Huila

**ALEJANDRO MARÍN AGUDELO**

Pediatra Intensivista  
Antioquia

**LESLI MARTÍNEZ**

Neonatóloga  
Sociedad Neonatología  
Bogotá D.C.

**RICARDO MARTÍNEZ**

Pediatra  
Bogotá D.C.

**CRISTINA MARIÑO**

Pediatra Infectóloga  
Sociedad Colombiana de Pediatría  
Bogotá D.C.

**CARLOS MEDINA MALO**

Neuropediatra  
Bogotá D.C.

**MARÍA BEATRIZ MESA R.**

Médica Pediatra  
Antioquia

**MARÍA LUCÍA MESA**

Médica Pediatra  
SOCIEDAD COLOMBIANA  
DE PEDIATRÍA  
Bogotá D.C.

**JESÚS MIRANDA ÁLVAREZ**

Médico

**LUZ ELENA MONSALVE RÍOS**

Médica Pediatra  
Bogotá D.C.

**PABLO MONTOYA**

Médico salubrista  
Bogotá D.C.

**CATALINA MORALES**

Pediatra  
Bogotá D.C.

**JAIME MORALES**

Pediatra neumólogo  
Cartagena

**LEIDY LISBETH MORENO MEZA**

Enfermera  
Santander

**FELICIANO MORENO R.**

Médico  
Chocó

**HÉCTOR MORILLO ROSERO**

Médico Pediatra

**ROBERTO MONTOYA**

Médico Epidemiólogo  
Bogotá D.C.

**GUSTAVO MOSQUERA SÁNCHEZ**

Médico  
Vaupés

**RAFAÉL NASSER ALKAYSSI**

Médico Pediatra

**JHON JAIRO OCAMPO R.**

Médico Epidemiólogo  
Bogotá D.C.

**JOVANA ALEXANDRA**

**OCAMPO CAÑAS**  
Médica Salubrista  
OPS

**MAURICIO OCAMPO**

Pediatra  
Manizales

**LUIS CARLOS OCHOA**

Médico Pediatra  
Antioquia

**LUZ ÁNGELA OCHOA**

Profesional Min. SALUD  
Y Protección Social  
Bogotá D.C.

**PATRICIA OSORIO APONTE**

Médica Pediatra  
Bogotá D.C.

**JAIME ALBERTO OSPINA**

Pediatra  
Bogotá D.C.

**OSCAR OVALLE**

Neonatólogo  
Clínica Saludcoop  
Bogotá D.C.

**ADRIANA CONSTANZA PADILLA**

Odontóloga  
Secretaría Distrital de Salud  
Bogotá D.C.

**MAURICIO PALAU**

Inyectóloga Pediatra  
Bogotá D.C.



**LEONOR PEÑARANDA**

Médica Pediatra  
Bogotá D.C.

**JUAN DE JESÚS QUENZA VILLA**

Médico Pediatra  
Caquetá

**SADY RAISH ABURAD**

Médico  
Vichada

**SPENCER MARTÍN  
RIVADENEIRA D.**

Médico Pediatra  
Guajira

**NICOLÁS RAMOS**

Neonatólogo  
Universidad del Bosque  
Bogotá D.C.

**NATALIA RESTREPO**

Neonatóloga  
Colsanitas – Clínica Colombia  
Bogotá D.C.

**HUMBERTO RIVERA**

Pediatra  
Colsanitas  
Bogotá D.C.

**MARÍA DEL PILAR ROBAYO**

Neonatóloga  
Cínica Marly  
Bogotá D.C.

**Myriam Rodríguez**

Pediatra  
Bucaramanga

**FABIO RODRÍGUEZ MORALES**

Médico Pediatra  
Bogotá D.C.

**HERNÁN RODRÍGUEZ**

Médico Epidemiólogo  
Consultor Nacional  
OPS

**CLARA ROJAS MONTENEGRO**

Nutricionista Infantil  
Bogotá D.C.

**CARMEN ROSSY RAMÍREZ**

Médica Pediatra  
Florencia - Caquetá

**OMAIRA ROLDÁN S.**

Enfermera Salubrista  
Bogotá D.C.

**ANA ISABEL ROSSELLI**

Médica Pediatra  
Bogotá D.C.

**CAROLINA RUIZ**

Odontopediatra  
Bogotá D.C.

**PATRICIA HELENA SALCEDO**

Médica General  
Bogotá D.C.

**LUIS SÁNCHEZ DEL VILLAR**

Médico Pediatra  
Atlántico

**JOSE MARÍA SOLANO**

Neonatólogo  
Sociedad Colombiana  
de Neonatología  
Bogotá D.C.

**VICTORIA EUGENIA SOLANO V.**

Médica Pediatra  
Cauca

**LUZ ADRIANA SOTO**

Enfermera  
Bogotá D.C.

**SANDRA TOVAR**

Odontóloga  
Ministerio de Salud y la  
Protección social  
Bogotá D.C.

**OLGA LUCIA TORRADO**

Pediatra  
Bogotá D.C.

**CARLOS TORRES**

Infectólogo-Pediatra  
Bogotá D.C.

**GLORIA TRONCOSO**

Neonatóloga  
Sociedad Neonatología  
Bogotá D.C.

**MARTHA VELANDIA**

Médica Epidemióloga  
Bogotá D.C.

**CÉSAR VERBEL MONTES**

Médico Pediatra

**HERNANDO VILLAMIZAR**

Pediatra neonatólogo  
ALAPE  
Bogotá D.C.

**ANA YEPES BARRETO**

Médica Pediatra

**CARMEN GRACIELA ZAMORA**

Pediatra  
Secretaría Distrital de Salud  
Bogotá D.C.

**YAIRA YOHANNA**

**PARDO MORA**  
Enfermera PhD  
Consultora  
Organización Panamericana de  
la Salud / OMS - Colombia

---

**Catalogación en la fuente – Centro de Conocimiento Colombia  
Ministerio de Salud y Protección Social  
Organización Panamericana de la Salud**

Libro Clínico  
Bogotá D.C., Colombia: OPS, 2015  
(Serie 3) 795 páginas  
***Segunda Edición Corregida***

ISBN: 978-958-8472-13-3

© Organización Panamericana de la Salud, 2015  
Calle 66 No.11-50, piso 6 Bogotá, D.C., Colombia  
Tel.: +57-1 3144141  
Fax: +57-1 2547070  
[www.paho.org/col](http://www.paho.org/col)

**Fotografías e ilustraciones:** las imágenes e ilustraciones utilizadas son propiedad de las siguientes entidades, a quienes les agradecemos su apoyo.  
Fotos portada: ©Camilo Barrera, Universidad de Caldas, 2012.  
Ilustraciones: ©Unicef, 2012.

Queda prohibida la venta y reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización de la OPS, el Ministerio de Salud y Protección Social.

En estos materiales no se utiliza el concepto de género de niño/niña para facilitar la lectura, pero siempre que se lea la palabra genérica NIÑO debe entenderse que se refiere a ambos sexos.

Del mismo modo, cuando se utiliza la palabra MADRE, se está refiriendo a los padres o cuidadores del niño.

---

## CONTENIDO

ÍNDICE TABLAS.....	26
ÍNDICE GRÁFICAS.....	29
INTRODUCCIÓN.....	33
Tabla 1. Principios de la estrategia AIEPI.....	35
¿A QUÉ RESPONDE LA ESTRATEGIA AIEPI?.....	36
1. EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRADA DE CASOS.....	38
2. SELECCIONAR LOS CUADROS APROPIADOS PARA EL MANEJO DE CASOS.....	42
3. LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN SALUD.....	43
3.1. ELEMENTOS QUE INFLUYEN EN LA COMUNICACIÓN.....	43
3.2. ACTITUDES Y HABILIDADES QUE CONSTRUYEN U OBSTACULIZAN LA COMUNICACIÓN.....	43
EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO DE DOS MESES A CINCO AÑOS.....	49
Objetivos del aprendizaje.....	49
1. VERIFICAR SI HAY SIGNOS GENERALES DE PELIGRO.....	52
CASO PATRICIA.....	55
EJERCICIO.....	57
2. EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO CON TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR.....	58
ETIOLOGÍA SEGÚN LA EDAD [3].....	60
2.1 ¿CÓMO EVALUAR A UN NIÑO CON TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?.....	63
¿TIENE EL NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?.....	63
2.2 CLASIFICAR UN NIÑO CON TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR.....	68
CRUP GRAVE.....	69
BRONQUIOLITIS GRAVE.....	69
SIBILANCIA GRAVE O SIBILANCIA RECURRENTE GRAVE.....	69
CRUP.....	69
BRONQUIOLITIS.....	69
SIBILANCIA O SIBILANCIA RECURRENTE.....	69
BRONQUIOLITIS.....	74
SIBILANCIA O SIBILANCIA RECURRENTE.....	74
EJERCICIO CASO ANDREA.....	76
CASO CAMILA.....	78
EJERCICIO CON VÍDEO.....	80
3. EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO CON DIARREA.....	81
3.1 ¿CÓMO EVALUAR A UN NIÑO CON DIARREA?.....	88
EJERCICIO.....	93
3.2 ¿CÓMO CLASIFICAR AL NIÑO CON DIARREA?.....	95
3.2.1 CLASIFICAR EL ESTADO DE HIDRATACIÓN EN TODO NIÑO QUE CONSULTA POR DIARREA.....	95
DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE.....	96

DIARREA CON ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN .....	96
DIARREA CON ALTO RIESGO DE DESHIDRATACIÓN .....	97
DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN .....	97
3.2.2 CLASIFICAR AL NIÑO CON DIARREA PERSISTENTE.....	97
3.2.3 CLASIFICAR AL NIÑO CON DIARREA CON SANGRE EN LAS HECES .....	99
EJERCICIO CASO CAMILO .....	100
CASO HÉCTOR.....	102
EJERCICIO .....	104
4. EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO CON FIEBRE .....	105
SEPSIS.....	106
MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE SEPSIS:.....	106
MENINGITIS.....	106
ETIOLOGÍA.....	107
DENGUE.....	107
ETAPAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD:.....	108
CHIKUNGUNYA.....	111
ZIKA.....	112
MALARIA .....	112
INFECCIÓN URINARIA.....	115
BACTERIEMIA.....	116
4.1 ¿CÓMO EVALUAR A UN NIÑO CON FIEBRE? .....	117
EJERCICIO .....	124
4.2 ¿CÓMO CLASIFICAR LA FIEBRE?.....	129
4.2.1 CLASIFICAR EL RIESGO DE LA ENFERMEDAD FEBRIL .....	129
ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO .....	130
ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO INTERMEDIO.....	130
ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO BAJO.....	131
4.2.2 CLASIFICAR LA POSIBILIDAD DE MALARIA.....	131
MALARIA COMPLICADA .....	132
MALARIA .....	133
4.2.3 CLASIFICAR EL RIESGO DE DENGUE.....	133
PROBABLE DENGUE .....	133
DENGUE GRAVE .....	135
DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA.....	135
DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA .....	135
EJERCICIO CASO CAROLINA .....	136
CASO INÉS.....	139
5. EVALUAR AL NIÑO CON PROBLEMAS DEL OÍDO .....	142
MASTOIDITIS.....	142
OTITIS MEDIA AGUDA.....	142
OTITIS MEDIA CRÓNICA.....	143



OTITIS MEDIA RECURRENTE .....	143
5.1 ¿CÓMO EVALUAR A UN NIÑO CON PROBLEMA DE OÍDO? .....	144
5.2. CLASIFICAR AL NIÑO CON PROBLEMAS DE OÍDO .....	146
MASTOIDITIS .....	148
OTITIS MEDIA CRÓNICA.....	148
OTITIS MEDIA RECURRENTE .....	148
OTITIS MEDIA AGUDA.....	148
NO TIENE OTITIS .....	149
EJERCICIO .....	150
CASO DIANA.....	150
6. EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO CON PROBLEMAS DE GARGANTA.....	153
6.1 ¿CÓMO EVALUAR AL NIÑO CON PROBLEMAS DE GARGANTA?.....	155
6.2 CLASIFICAR AL NIÑO CON PROBLEMAS DE GARGANTA.....	156
AMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA .....	157
AMIGDALITIS VIRAL.....	157
NO TIENE AMIGDALITIS .....	158
EJERCICIO CASO ROBERTO.....	159
7. VERIFICAR LA SALUD BUCAL .....	162
PLACA BACTERIANA (biofilm o biopelícula).....	163
CARIES DENTAL.....	163
CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA .....	163
PULPITIS.....	164
ABSCESO ALVEOLAR.....	164
CELULITIS FACIAL .....	164
GINGIVITIS.....	164
ESTOMATITIS .....	165
TRAUMA DENTOALVEOLAR.....	166
7.1 ¿CÓMO EVALUAR LA SALUD BUCAL DEL NIÑO? .....	167
7.2 CLASIFICAR LA SALUD BUCAL DEL NIÑO .....	174
CELULITIS FACIAL .....	176
ENFERMEDAD BUCAL GRAVE .....	176
TRAUMA BUCODENTAL .....	177
ESTOMATITIS.....	177
ENFERMEDAD DENTAL Y GINGIVAL.....	177
ALTO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL .....	177
BAJO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL .....	178
EJERCICIO .....	179
8. VERIFICAR EL CRECIMIENTO DEL NIÑO .....	181
8.1 DEFINICIÓN DE LA DESNUTRICIÓN .....	182
MARASMO.....	183
KWASHIORKOR O DESNUTRICIÓN EDEMATOSA .....	184



DESNUTRICIÓN GRAVE MIXTA (KWASHIORKOR MARASMÁTICO) .....	185
OBESIDAD.....	185
PERIODOS CRÍTICOS DE AUMENTO DE RIESGO DE OBESIDAD:.....	186
PATRONES DE CRECIMIENTO INFANTIL [6] .....	187
8.2. ¿CÓMO EVALUAR EL CRECIMIENTO DEL NIÑO?.....	191
8.3. ¿CÓMO REGISTRAR LOS DATOS DE LA ..... EVALUACIÓN EN LOS GRÁFICOS? .....	199
EJERCICIO CASO ANA .....	201
EJERCICIO CASO ROBERTO.....	207
EJERCICIO CASO ENRIQUE.....	211
EJERCICIO CASO ROSITA .....	215
8.4. ¿CÓMO INTERPRETAR LOS PUNTOS MARCADOS PARA INDICADORES DE CRECIMIENTO?.....	219
8.5. ¿CÓMO INTERPRETAR TENDENCIAS EN LAS CURVAS DE CRECIMIENTO?.....	220
8.6. CLASIFICAR EL CRECIMIENTO DEL NIÑO.....	224
CLASIFIQUE EL EXCESO DE PESO.....	224
OBESO.....	225
SOBREPESO .....	225
CONTINÚE CLASIFICANDO EL CRECIMIENTO DEL NIÑO.....	225
DESNUTRICIÓN SEVERA.....	227
DESNUTRICIÓN .....	227
RIESGO DESNUTRICIÓN .....	227
ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL .....	227
EJERCICIO .....	229
9. VERIFICAR SI EL NIÑO TIENE ANEMIA .....	234
9.1 ¿CÓMO EVALUAR A UN NIÑO PARA DETECTAR ANEMIA?.....	235
EJERCICIO .....	237
CLASIFICAR LA ANEMIA.....	239
ANEMIA SEVERA .....	240
ANEMIA.....	240
NO TIENE ANEMIA .....	240
EJERCICIO CASO MARIANA .....	241
10. VERIFICAR LA POSIBILIDAD DE MALTRATO EN EL NIÑO.....	245
10.1 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL.....	246
10.1.1 MALTRATO FÍSICO .....	247
10.1.2. ABUSO SEXUAL.....	248
10.1.3 MALTRATO EMOCIONAL.....	249
10.1.4 MALTRATO POR NEGLIGENCIA O ABANDONO.....	250
10.2 FACTORES DE RIESGO PARA EL MALTRATO INFANTIL.....	250
10.3 EVALUAR AL NIÑO EN BÚSQUEDA DE SIGNOS DE MALTRATO.....	251
10.4 CLASIFICAR AL NIÑO BUSCANDO MALTRATO .....	257



MALTRATO EMOCIONAL.....	259
NEGLIGENCIA O.....	259
ABANDONO.....	259
MALTRATO FÍSICO MUY GRAVE.....	259
EJERCICIO CASO RAÚL.....	262
11. EVALUAR EL DESARROLLO DEL NIÑO.....	266
11.1 ¿CÓMO EVALUAR EL DESARROLLO DEL NIÑO?.....	266
DOS A MENOS DE CUATRO MESES.....	269
DE SEIS A NUEVE MESES.....	271
NUEVE A DOCE MESES.....	272
DOCE A QUINCE MESES.....	273
QUINCE A DIECIOCHO MESES.....	274
DIECIOCHO A VEINTICUATRO MESES.....	275
2 AÑOS A 2 AÑOS 6 MESES.....	277
2 AÑOS Y 6 MESES A 3 AÑOS.....	278
3 AÑOS A 3 AÑOS 6 MESES.....	279
3 AÑOS Y 6 MESES A 4 AÑOS.....	280
4 AÑOS A 4 AÑOS 6 MESES.....	281
4 AÑOS Y 6 MESES A 5 AÑOS.....	282
5 AÑOS A 5 AÑOS Y 6 MESES.....	283
5 AÑOS Y 6 MESES A < 6 AÑOS.....	284
6 AÑOS.....	285
11.2 CLASIFICAR EL DESARROLLO DEL NIÑO.....	288
SOSPECHA DE RETRASO DEL DESARROLLO.....	289
DESARROLLO NORMAL CON FACTORES DE RIESGO.....	289
ALERTA PARA EL DESARROLLO.....	289
FIGURAS A UTILIZAR EN LOS EJERCICIOS:.....	292
EJERCICIO.....	293
CASO IVO.....	293
12. VERIFICAR LOS ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN DEL NIÑO.....	298
ESQUEMA DE VACUNACIÓN PARA NIÑOS ENTRE 12 A 23 MESES SIN ANTECEDENTE VACUNAL O CON ESQUEMA INCOMPLETO.....	300
ESQUEMA PARA NIÑOS DE DOS A CINCO AÑOS SIN ANTECEDENTE VACUNAL O CON ESQUEMA INCOMPLETO.....	301
ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE LAS VACUNAS:.....	302
VACUNA BCG.....	302
VACUNA CONTRA LA POLIOMIELITIS.....	302
VACUNA CONTRA HEPATITIS B.....	304
VACUNA CONTRA HAEMOPHILUS.....	305
INFLUENZA TIPO B.....	305
VACUNA CONTRA TOS FERINA, DIFTERIA Y TETANOS (DPT) Y VACUNA PENTAVALENTE.....	305

VACUNA CONTRA INFLUENZA ESTACIONAL .....	306
VACUNA CONTRA SARAMPIÓN, RUBEOLA Y PAROTIDITIS .....	307
VACUNA CONTRA FIEBRE AMARILLA.....	308
VACUNA CONTRA ROTAVIRUS .....	308
VACUNA CONTRA NEUMOCOCO .....	309
VACUNA CONTRA VARICELA.....	309
VACUNA CONTRA HEPATITIS A .....	310
EJERCICIO .....	311
13. EVALUAR Y CLASIFICAR OTROS PROBLEMAS.....	312
EJERCICIO CASO PIEDAD .....	314
EVALUAR Y CLASIFICAR AL LACTANTE .....	322
MENOR DE DOS MESES DE EDAD .....	322
OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE.....	323
1. EVALUAR Y DETERMINAR EL RIESGO PRECONCEPCIONAL .....	323
1.1 ¿CÓMO EVALUAR Y DETERMINAR EL RIESGO PRECONCEPCIONAL?.....	324
1.2 CLASIFIQUE EL RIESGO PRECONCEPCIONAL.....	328
NO SE RECOMIENDA O SE RECOMIENDA POSPONER EL EMBARAZO.....	330
2. EVALUAR Y DETERMINAR RIESGO DURANTE LA GESTACIÓN Y EL PARTO QUE AFECTA EL BIENESTAR FETAL.....	330
2.1 ¿CÓMO EVALUAR Y DETERMINAR EL RIESGO DURANTE LA GESTACIÓN QUE AFECTA EL BIENESTAR FETAL?.....	331
2.2 ¿CÓMO CLASIFICAR EL RIESGO DE LA GESTANTE QUE AFECTA EL BIENESTAR FETAL? .....	341
2.3 EVALUAR Y DETERMINAR EL RIESGO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, QUE AFECTA EL BIENESTAR FETAL .....	344
¿CÓMO CLASIFICAR EL RIESGO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, QUE AFECTA EL BIENESTAR FETAL?.....	347
PARTO CON RIESGO INMINENTE .....	348
PARTO DE ALTO RIESGO.....	349
PARTO DE BAJO RIESGO .....	349
EJERCICIO CASO LAURA.....	350
ATENCIÓN INTEGRADA A LA MUJER RIESGO PRECONCEPCIONAL .....	351
MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL .....	351
3. LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PARTO .....	353
ADAPTACIÓN NEONATAL: PRÁCTICAS ESENCIALES.....	356
DESPUÉS DEL PARTO SE SECA AL RECIÉN NACIDO DE INMEDIATO.....	356
ADMINISTRAR OXITOCINA A LA MADRE.....	356
3.1 PREPÁRESE PARA UN NACIMIENTO:.....	361
IDENTIFIQUE UN ASISTENTE Y REVISE EL PLAN DE EMERGENCIA .....	361
3.2.1. PREPARE EL ÁREA PARA EL PARTO .....	362
3.2.3. LÁVESE LAS MANOS .....	363





3.1.4. PREPARE UN ÁREA PARA VENTILACIÓN (REANIMACIÓN) Y VERIFIQUE EL EQUIPO ....	364
Lista de verificación:.....	368
3.2. EN EL NACIMIENTO: SECAR COMPLETAMENTE .....	368
3.2.1 SI HAY MECONIO EN EL LÍQUIDO AMNIÓTICO Y EL BEBÉ NO ESTÁ VIGOROSO: .....	369
3. 2. 2. EVALUACIÓN DESPUÉS DE SECADO: ¿ESTÁ LLORANDO EL BEBÉ? .....	369
3.3. SI EL BEBÉ ESTÁ LLORANDO: MANTÉNGALO CALIENTE, VERIFIQUE SU RESPIRACIÓN, CORTE EL CORDÓN.....	372
3.3.1. MANTÉNGALO CALIENTE.....	372
3. 3. 2. VERIFIQUE LA RESPIRACIÓN.....	373
3. 3. 3. CORTE EL CORDÓN UMBILICAL.....	374
3. 3. 4. INCENTIVE LA LACTANCIA DESPUÉS DE LA ATENCIÓN DE RUTINA.....	375
SIGA EL PLAN DE ACCIÓN:.....	377
3.4. SI EL BEBÉ NO ESTÁ LLORANDO: DESPEJE LAS VÍAS AÉREAS Y ESTIMULE LA RESPIRACIÓN.....	380
3.5. DESPUÉS DE DESPEJAR LAS VÍAS AÉREAS Y ESTIMULAR LA RESPIRACIÓN: ¿ESTÁ RESPIRANDO BIEN EL BEBÉ? .....	385
SIGA EL PLAN DE ACCIÓN .....	387
EJERCICIO PRÁCTICO.....	387
EL MINUTO DE ORO: DESPEJAR LAS VÍAS AÉREAS Y ESTIMULAR LA RESPIRACIÓN.....	387
3.6. SI EL BEBÉ NO ESTÁ RESPIRANDO BIEN, CORTE EL CORDÓN Y VENTILE CON BOLSA Y MÁSCARA .....	390
INICIE LA VENTILACIÓN .....	390
3.6.1 ¿CÓMO VENTILAR CON BOLSA Y MÁSCARA? .....	393
SIGA EL PLAN DE ACCIÓN .....	395
3. 6. 2. DURANTE LA VENTILACIÓN: ¿ESTÁ RESPIRANDO BIEN EL BEBÉ? .....	396
EJERCICIO PRÁCTICO EL MINUTO DE ORO: VENTILACIÓN.....	397
3.7. SI EL BEBÉ NO ESTÁ RESPIRANDO: PIDA AYUDA, MEJORE LA VENTILACIÓN .....	400
SIGA EL PLAN DE ACCIÓN .....	401
3.7.1. SI EL BEBÉ NO ESTÁ RESPIRANDO BIEN DESPUÉS DE UNA MEJOR VENTILACIÓN: ¿ESTÁ LA FRECUENCIA CARDÍACA NORMAL O LENTA?.....	402
3. 7.2. SI LA FRECUENCIA CARDIACA ES NORMAL, VENTILE HASTA QUE EL BEBÉ ESTÉ RESPIRANDO BIEN, LUEGO VIGILE CON LA MADRE.....	405
3. 7. 3. SI LA FRECUENCIA CARDÍACA ES LENTA O NORMAL Y EL BEBÉ NO RESPIRA: CONTINÚE LA VENTILACIÓN E INICIE REANIMACIÓN AVANZADA .....	409
3.8. SI ES NECESARIA LA TRASFERENCIA, TRANSPORTE A LA MADRE Y AL BEBÉ JUNTOS, Y APOYE A LA FAMILIA .....	414
EJERCICIO PRÁCTICO.....	416
VENTILACIÓN CONTINUA CON FRECUENCIA CARDÍACA NORMAL.....	416
ALGORITMO DE REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA .....	420
4. DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL EL PESO PARA LA EDAD.....	422
CLASIFIQUE POR PESO Y EDAD GESTACIONAL.....	425



5. RIESGO AL NACER .....	428
5.1. ¿CÓMO EVALUAR EL RIESGO AL NACER? .....	428
5.2. ¿CÓMO CLASIFICAR EL RIESGO AL NACER? .....	432
ALTO RIESGO AL NACER .....	433
MEDIANO RIESGO AL NACER .....	433
BAJO RIESGO AL NACER .....	433
EJERCICIO CASO LORENA .....	434
6. EVALUAR Y CLASIFICAR ENFERMEDAD MUY GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN LOCAL EN EL MENOR DE DOS MESES .....	437
SEPSIS .....	438
MENINGITIS .....	438
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA .....	438
6.1. ¿CÓMO EVALUAR AL NIÑO CON ENFERMEDAD MUY GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN LOCAL? .....	440
6.2. CLASIFICAR A UN NIÑO CON ENFERMEDAD MUY GRAVE O INFECCIÓN LOCAL .....	450
ENFERMEDAD MUY GRAVE .....	451
INFECCIÓN LOCAL .....	451
EJERCICIO CON VIDEOS .....	453
EJERCICIO CASO MIGUEL .....	454
7. EVALUAR Y CLASIFICAR AL MENOR DE 2 MESES CON DIARREA .....	457
7.1. ¿CUÁLES SON LOS TIPOS DE DIARREA EN EL MENOR DE DOS MESES? .....	457
7.2. ¿CÓMO EVALUAR A UN MENOR DE 2 MESES CON DIARREA? .....	458
7.3. ¿CÓMO CLASIFICAR LA DIARREA? .....	460
7.3.1. CLASIFICAR LA DESHIDRATACIÓN .....	460
7.3.2. CLASIFICAR LA DIARREA PROLONGADA .....	461
7.3.3. CLASIFICAR LA DIARREA CON SANGRE .....	462
EJERCICIO CASO NICOLÁS .....	463
8. VERIFICAR EL CRECIMIENTO Y LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DEL MENOR DE 2 MESES .....	466
8.1. ¿CÓMO EVALUAR EL CRECIMIENTO Y VERIFICAR SI HAY PRÁCTICAS APROPIADAS DE ALIMENTACIÓN? .....	468
EVALUAR EL AMAMANTAMIENTO: .....	470
8.2. ¿CÓMO CLASIFICAR EL CRECIMIENTO Y LAS PRÁCTICAS APROPIADAS DE ALIMENTACIÓN? .....	476
EJERCICIO .....	479
EJERCICIO CASO DAVID .....	480
EJERCICIO .....	483
9. EVALUAR EL DESARROLLO DEL NIÑO .....	484
9.1. ¿CÓMO EVALUAR EL DESARROLLO DEL NIÑO? 1 A 2 MESES .....	484



9.2. CLASIFICAR EL DESARROLLO DEL NIÑO.....	488
PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO.....	488
DESARROLLO NORMAL CON FACTORES DE RIESGO / ALERTA PARA EL DESARROLLO .....	489
DESARROLLO NORMAL.....	489
EJERCICIO CASO FERNANDA.....	490
10. EVALUAR OTROS PROBLEMAS .....	493
OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE:.....	496
1. DETERMINAR SI ES NECESARIO HOSPITALIZAR O REFERIR URGENTEMENTE.....	497
EJERCICIO .....	500
2. DETERMINAR LOS TRATAMIENTOS PARA LOS NIÑOS QUE NO NECESITAN SER HOSPITALIZADOS O REFERIDOS CON URGENCIA.....	502
2.1 ENSEÑAR A LA MADRE CUÁNDO VOLVER AL SERVICIO DE SALUD.....	502
2.1.1 CONSULTA DE CONTROL DEL NIÑO MAYOR DE DOS MESES.....	503
2.1.2 CONSULTA DE CONTROL PARA LACTANTES MENORES DE DOS MESES.....	504
2.1.3 ¿CUÁNDO VOLVER DE INMEDIATO AL SERVICIO DE SALUD? .....	504
2.1.4 PRÓXIMA CONSULTA PARA LA ATENCIÓN DEL NIÑO SANO.....	507
EJERCICIO .....	508
3. HOSPITALIZACIÓN O REFERENCIA URGENTE.....	509
NORMAS DE REFERENCIA: ESTABILIZACIÓN Y TRANSPORTE “REFIERA” .....	509
3.1 R: RESPIRACIÓN = OXÍGENO.....	509
3.2 E: ESTABILIDAD HEMODINÁMICA.....	511
3.3 F: FRÍO = EVITAR HIPOTERMIA.....	512
3.4 I: INFORMACIÓN A PADRES Y CUIDADORES.....	512
3.5 E: ENERGÍA = GLUCOSA.....	514
3.6 R: REGISTRO Y MONITOREO.....	515
3.7 A: ADMINISTRACIÓN DE LÍQUIDOS Y MEDICAMENTOS .....	515
4. REFERIR AL NIÑO.....	518
EJERCICIO CASO LINA.....	519
TRATAR AL NIÑO DE CERO A CINCO AÑOS .....	522
OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE:.....	522
1. USAR BUENAS TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN .....	523
PASOS PARA UNA BUENA TÉCNICA DE COMUNICACIÓN .....	523
EJERCICIO .....	527
1.1. ENSEÑAR A LA MADRE A ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL EN LA CASA.....	528
EJERCICIO .....	531
2. TRATAR AL MENOR DE 2 MESES DE EDAD .....	532
2.1. ADMINISTRAR UN ANTIBIÓTICO ADECUADO ANTES DE REFERIR .....	532
2.2. TRATAR LAS INFECCIONES LOCALES EN CASA .....	533
2.2.1. TRATAMIENTO PARA EL OMBLIGO QUE SUPURA SIN EXTENDERSE A LA PIEL O LAS PÚSTULAS ESCASAS Y LOCALIZADAS EN LA PIEL .....	533



2. 2. 2. TRATAMIENTO PARA LA CANDIDIASIS ORAL .....	534
2.2.3. TRATAMIENTO PARA LA CONJUNTIVITIS .....	535
2. 3. ADMINISTRAR HIERRO Y MULTIVITAMINAS INCLUYENDO .....	536
VITAMINA E PARA LOS PREMATUROS Y BAJO PESO .....	536
2. 4. RECOMENDACIONES PARA TODOS LOS MENORES DE DOS MESES .....	536
2. 4. 2. CUIDADOS DE LA PIEL DEL NEONATO .....	537
2. 4. 5. HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO.....	540
EJERCICIO .....	543
3. TRATAR AL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS DE EDAD.....	544
3.1. TRATAR AL NIÑO CON TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR.....	544
3.1.1. SELECCIONAR EL ANTIBIÓTICO APROPIADO PARA EL NIÑO CON NEUMONÍA.....	544
3.1.2. TRATAR AL NIÑO CON SIBILANCIAS.....	547
3. 1. 3. SIBILANCIAS RECURRENTES (¿ASMA?).....	554
3. 1. 4. TRATAR AL NIÑO CON BRONQUIOLITIS .....	558
3. 1. 5. TRATAR AL NIÑO CON CRUP .....	560
3. 1. 6. RECOMENDACIONES PARA CUIDAR AL NIÑO CON TOS O RESFRIADO EN CASA Y MEDIDAS PREVENTIVAS.....	564
EJERCICIO .....	567
3.2. TRATAR AL NIÑO CON DIARREA.....	568
3. 2. 1. PLAN A: TRATAR LA DIARREA EN CASA.....	568
PRIMERA REGLA: DAR MÁS LÍQUIDO DE LO HABITUAL PARA PREVENIR LA DESHIDRATACIÓN.....	569
SEGUNDA REGLA: SEGUIR DANDO ALIMENTOS AL NIÑO PARA PREVENIR LA DESNUTRICIÓN .....	571
TERCERA REGLA: ADMINISTRAR ZINC AL NIÑO TODOS LOS DÍAS DURANTE 14 DÍAS.....	573
CUARTA REGLA: .....	574
SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR DE INMEDIATO.....	574
QUINTA REGLA: ENSEÑAR MEDIDAS PREVENTIVAS ESPECÍFICAS.....	574
PLAN A "SUPERVISADO" .....	576
EJERCICIO .....	577
3. 2. 2. PLAN B: TRATAR LA DESHIDRATACIÓN CON SRO.....	578
3. 2. 3. PLAN C: TRATAR LA DESHIDRATACIÓN GRAVE .....	581
EJERCICIO .....	587
3. 2. 4. TRATAR AL NIÑO CON DIARREA PERSISTENTE.....	589
3. 2. 5. SELECCIONAR UN ANTIBIÓTICO APROPIADO PARA EL NIÑO CON DISENTERÍA.....	593
EJERCICIO .....	597
3. 3. TRATAR AL NIÑO CON FIEBRE .....	598
3.3.1. SELECCIONAR UN ANTIBIÓTICO APROPIADO PARA EL NIÑO CON ENFERMEDAD FEBRIL DE ALTO RIESGO .....	600
3.3.2. TRATAR AL NIÑO CON MALARIA .....	601



3.3.2.2. ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA PARA LA MALARIA NO COMPLICADA POR P. FALCIPARUM .....	605
3. 3. 2. 3. ESQUEMA DE TRATAMIENTO PARA LA MALARIA NO COMPLICADA POR P. VIVAX: .....	606
3. 3. 3. TRATAR AL NIÑO CON DENGUE.....	609
3. 3. 4. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LOS NIÑOS CON ENFERMEDADES FEBRILES.....	611
EJERCICIO .....	613
3. 4. TRATAR AL NIÑO CON PROBLEMAS DE OÍDOS .....	616
3. 4. 1. SELECCIONAR UN ANTIBIÓTICO PARA EL TRATAMIENTO DE LA OTITIS .....	616
3. 4. 3. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL PROBLEMA DE OÍDOS .....	621
3. 4. 4. DESCARTAR INFECCIÓN POR VIH.....	621
EJERCICIO .....	622
3.5. TRATAR AL NIÑO CON AMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA.....	623
EJERCICIO .....	624
3. 6. TRATAR AL NIÑO CON PROBLEMAS EN LA SALUD BUCAL .....	625
3. 6. 2. MANEJO DEL NIÑO CON ENFERMEDAD BUCAL GRAVE .....	625
3. 6. 3. MANEJO DEL NIÑO CON TRAUMA BUCO-DENTAL EN CASO DE AVULSIÓN DE UN DIENTE PERMANENTE: .....	627
3. 6. 4. TRATAR ESTOMATITIS.....	628
3. 6. 5. MANEJO DEL NIÑO CON ENFERMEDAD DENTAL Y GINGIVAL .....	629
3. 6. 6. MANEJO DE NIÑOS CON ALTO Y BAJO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL .....	629
3. 7. RECOMENDACIONES SEGÚN LAS CLASIFICACIONES DEL ESTADO NUTRICIONAL Y ANEMIA.....	629
3. 7. 2. DAR ZINC.....	631
ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE.....	654
OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE:.....	654
HABILIDADES PARA FORTALECER LA CONFIANZA Y DAR APOYO.....	657
EJERCICIO .....	659
1. RECOMENDACIONES SOBRE LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO.....	660
1.1 RECOMENDACIONES ANTES DE LA GESTACIÓN .....	661
1.2 RECOMENDACIONES DURANTE LA GESTACIÓN .....	662
1.3 RECOMENDACIONES PARA LOS NIÑOS .....	664
1.3.1 AYUDAR A LAS MADRES A INICIAR LA LACTANCIA MATERNA DURANTE LA PRIMERA MEDIA HORA DESPUÉS DEL NACIMIENTO.....	667
1.3.2 MOSTRAR A LAS MADRES CÓMO AMAMANTAR Y CÓMO MANTENER LA LACTANCIA, INCLUSO SI DEBEN SER SEPARADAS DE SUS HIJOS.....	668
1.3.3 RECOMENDACIONES PARA EL AMAMANTAMIENTO LOS PRIMEROS DÍAS DE VIDA.....	676
1.3.4 ¿CÓMO ALIMENTAR AL LACTANTE EMPLEANDO UN VASO O TAZA?.....	677



1.3.5 RECOMENDACIONES PARA EL AMAMANTAMIENTO DE PREMATUROS Y NIÑOS DE BAJO PESO AL NACER.....	680
1.3.6 MANEJO DE LAS AFECCIONES DEL PECHO Y DE OTROS PROBLEMAS DE LA LACTANCIA MATERNA .....	685
1.3.7 RAZONES MÉDICAS ACEPTABLES PARA EL USO DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA .....	700
EJERCICIO .....	703
1.4 LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA .....	705
PRINCIPIO 1: .....	706
PRINCIPIO 2: .....	706
PRINCIPIO 3. ....	706
PRINCIPIO 4. ....	707
PRINCIPIO 5. ....	708
PRINCIPIO 6. ....	710
PRINCIPIO 7. ....	711
PRINCIPIO 8. ....	712
PRINCIPIO 9. ....	716
SEIS MESES DE EDAD.....	719
SIETE Y OCHO MESES .....	720
9 A 11 MESES.....	721
MAYOR A UN AÑO .....	722
DE LOS 2 A LOS 6 AÑOS .....	723
RECOMENDACIONES PARA LOS PADRES.....	724
RECOMENDACIONES DE ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS DE 6 a .....	725
23 MESES DE EDAD QUE NO RECIBEN LACTANCIA MATERNA.....	725
RECOMENDACIONES PARA LOS NIÑOS CON SOBREPESO U OBESIDAD.....	726
EJERCICIO .....	730
2. EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO .....	732
EJERCICIO .....	737
3. ACONSEJAR ACERCA DE LOS HÁBITOS DE CUIDADO BUCAL.....	738
3.1. ACONSEJAR A LA MADRE SOBRE SUS HÁBITOS DE CUIDADO BUCAL .....	738
3. 2. ACONSEJAR SOBRE LOS HÁBITOS DE CUIDADO BUCAL DEL MENOR DE 6 MESES (NIÑO SIN DIENTES PRESENTES).....	739
3.3. ACONSEJAR SOBRE LOS HÁBITOS DE CUIDADO BUCAL DEL NIÑO DE 6 MESES Y MÁS.....	741
3.4. CONSEJOS PARA UN ADECUADA HIGIENE BUCAL .....	745
4. LINEAMIENTOS BÁSICOS PARA EL ABORDAJE E INTERVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL DESDE EL SECTOR DE LA SALUD.....	747
4.1. CONSEJOS PARA PREVENIR EL MALTRATO INFANTIL Y RECOMENDACIONES PARA EL BUEN TRATO .....	748
5. ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA LA PROMOCIÓN DEL DESARROLLO	



INFANTIL SALUDABLE.....	752
NIÑOS HASTA 2 MESES DE EDAD.....	752
NIÑOS DE 2 A 4 MESES DE EDAD.....	753
NIÑOS DE 4 A 6 MESES DE EDAD.....	753
NIÑOS DE 6 A 9 MESES DE EDAD.....	754
NIÑOS DE 9 A 12 MESES DE EDAD.....	754
NIÑOS DE 12 A 15 MESES DE EDAD.....	755
NIÑOS DE 15 A 18 MESES DE EDAD.....	755
NIÑOS DE 18 A 24 MESES DE EDAD.....	756
NIÑOS DE 2 AÑOS A 2 AÑOS Y 6 MESES.....	757
NIÑOS DE 2 AÑOS Y 6 MESES A 3 AÑOS.....	757
NIÑOS DE 3 AÑOS Y 6 MESES A 4 AÑOS.....	757
NIÑOS DE 4 AÑOS A 4 AÑOS Y 6 MESES.....	758
NIÑOS DE 4 AÑOS Y 6 MESES A 5 AÑOS.....	758
NIÑOS DE 5 AÑOS A 5 AÑOS Y 6 MESES.....	758
6. TARJETA PARA LA MADRE.....	760
7. ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE.....	762
ACERCA DE SU PROPIA SALUD.....	762
SALUD DE LA MADRE.....	762
NUTRICIÓN DE LA MADRE.....	762
MEDICAMENTOS.....	763
PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	764
OTROS CUIDADOS IMPORTANTES DE LA SALUD DE LA MADRE.....	765
ATENCIÓN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL.....	768
OBJETIVOS DE APRENDIZAJE.....	768
¿CÓMO ATENDER A UN NIÑO EN UNA CONSULTA DE SEGUIMIENTO?.....	768
1. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE BRONQUIOLITIS.....	770
2. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE NEUMONÍA.....	771
3. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE DIARREA PERSISTENTE.....	772
4. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE DISENTERÍA.....	773
5. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO INTERMEDIO.....	774
6. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE MALARIA.....	775
7. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA.....	776
8. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL	



DE OTITIS MEDIA AGUDA U OTITIS MEDIA RECURRENTE .....	777
9. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE OTITIS MEDIA CRÓNICA.....	778
10. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE DESNUTRICIÓN.....	779
11. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA LA NIÑA O EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE OBESO.....	780
12. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN .....	781
13. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE SOBREPESO.....	782
14. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE ANEMIA.....	783
15. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE ALERTA PARA EL DESARROLLO.....	784
EVALÚE EL DESARROLLO SEGÚN SU EDAD.....	784
16. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE MALTRATO FÍSICO O MALTRATO EMOCIONAL Y/O NEGLIGENCIA O ABANDONO .....	785
17. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL.....	786
18. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE INFECCIÓN LOCAL.....	787
19. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE DIARREA.....	788
20. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN, PESO BAJO O RIESGO.....	789
FINAL .....	790
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	793





## INDICE TABLAS

<b>Gráfica 1.</b> Clasificación por colores.....	39
<b>Gráfica 2.</b> Resumen del proceso de manejo integrado de casos:.....	41
<b>Gráfica 3.</b> Cuadro de Procedimientos.....	42
<b>Tabla 2.</b> Enfermedad grave.....	54
<b>Tabla 3.</b> Etiología de la neumonía según la edad.....	60
<b>Gráfica 5.</b> Evaluación del niño con tos o dificultad respiratoria.....	63
<b>Tabla 4.</b> Patrones de frecuencia respiratoria.....	64
<b>Tabla 5.</b> Saturación de oxígeno.....	66
<b>Gráfica 6.</b> Ejemplo de clasificación por colores.....	68
<b>Tabla 6.</b> Clasificación del niño con sibilancias o estridor.....	70
<b>Tabla 7.</b> Clasificación del niño con tos o dificultad para respirar.....	72
<b>Tabla 8.</b> Mezcla de sales para solución SRO 75.....	81
<b>Tabla 9.</b> Agentes causantes de diarrea aguda en lactantes y niños.....	85
<b>Gráfica 7.</b> Evaluación del niño con diarrea.....	88
<b>Tabla 10.</b> Clasificación del estado hidratación en niños con diarrea.....	95
<b>Tabla 11.</b> Clasificación del niño con diarrea persistente.....	98
<b>Tabla 12.</b> Clasificación del niño con diarrea con sangre.....	99
<b>Tabla 13.</b> Etiología de la meningitis.....	107
<b>Gráfica 8.</b> Desarrollo de la enfermedad (Dengue).....	109
<b>Tabla 14.</b> Síntomas de la infección Urinaria [5].....	115
<b>Gráfica 9.</b> Evaluación del niño con fiebre.....	117
<b>Tabla 15.</b> Características de las erupciones cutáneas.....	121
<b>Tabla 16.</b> Clasificación del niño con fiebre.....	129
<b>Tabla 17.</b> Clasificación del niño con fiebre y riesgo de malaria.....	132
<b>Tabla 18.</b> Clasificación del niño con dengue.....	134
<b>Gráfica 10.</b> Evaluación del niño con problemas de oído.....	144
<b>Tabla 19.</b> Clasificación del niño con problemas de oído.....	147
<b>Gráfica 11.</b> Evaluación del niño con problemas de garganta.....	155
<b>Tabla 20.</b> Clasificación del niño con problemas de garganta.....	157
<b>Gráfica 12.</b> Evaluación de la salud bucal del niño.....	167
<b>Tabla 21.</b> Clasificación de la salud bucal del niño.....	175
<b>Gráfica 13.</b> Verificación del crecimiento del niño.....	181
<b>Gráfica 14.</b> Evaluación del retraso en crecimiento en Niños y Niñas Menores de 5 Años en Colombia según Patrones de Referencia NCHS-1977 y OMS-2006 [8]..	189
<b>Gráfica 15.</b> Evaluación de la Desnutrición Global en Niños y Niñas Menores de 5 Años en Colombia según Patrones de Referencia NCHS-1977 y OMS-2006 [8]..	189
<b>Tabla 22.</b> Índice de Masa Corporal (IMC).....	197
<b>Tabla 23.</b> Criterio de Aproximación de la Edad.....	200
<b>Tabla 24.</b> Clasificación de Indicadores de Crecimiento.....	220
<b>Tabla 25.</b> Clasificación del niño con exceso de peso.....	224



<b>Tabla 26.</b> Clasificación del niño por estado nutricional.....	226
<b>Gráfica 16.</b> Evaluación para detectar anemia en niños .....	234
<b>Tabla 27.</b> Clasificación para el niño con anemia.....	239
<b>Gráfica 17.</b> Evaluación de posible maltrato en el niño .....	245
<b>Tabla 28.</b> Clasificación del niño en condiciones de maltrato.....	257
<b>Tabla 29.</b> Resumen de los ítems a examinar: .....	287
<b>Tabla 30.</b> Clasificación para el desarrollo del niño.....	288
<b>Tabla 31.</b> Programa Ampliado de Inmunización–Esquema Nacional 2015.....	299
<b>Tabla 32.</b> Observaciones vacuna BCG .....	302
<b>Tabla 33.</b> Observaciones vacuna poliomelitis .....	302
<b>Tabla 34.</b> Observaciones vacuna Hepatitis B.....	304
<b>Tabla 35.</b> Observaciones Vacuna Haemophilus Influenzae Tipo B .....	305
<b>Tabla 36.</b> Observaciones vacuna Tosferina, Difteria y Tetanos (DTP) y Pentavalente .....	305
<b>Tabla 37.</b> Observaciones vacuna Influenza Estacional.....	306
<b>Tabla 38.</b> Observaciones vacuna Sarampión, Rubeola y Parotiditis.....	307
<b>Tabla 39.</b> Observaciones vacuna Fiebre Amarilla .....	308
<b>Tabla 40.</b> Observaciones vacuna Rotavirus .....	308
<b>Gráfica 18.</b> Evaluación del riesgo preconcepcional.....	324
<b>Tabla 41.</b> Clasificación del riesgo preconcepcional .....	329
<b>Gráfica 19.</b> Evaluación del riesgo que afecta el bienestar fetal durante la gestación.....	331
<b>Tabla 42.</b> IMC preconcepcional .....	336
<b>Tabla 43.</b> Clasificación del riesgo de la gestante que afecta el bienestar fetal ..	342
<b>Gráfica 20.</b> Evaluación del riesgo de la gestante que afecta el bienestar fetal..	344
<b>Tabla 44.</b> Clasificación para la gestante durante el trabajo de parto.....	348
<b>Gráfica 21.</b> Estimados globales del número de neonatos que requieren reanimación al nacer con una adecuada historia y búsqueda de los factores de riesgo, la mayoría de los recién nacidos que requieren reanimación pueden ser identificados antes de nacer. Si el parto es pretérmino (<37 semanas de gestación) se requerirán preparativos especiales.....	354
<b>Tabla 45.</b> Factores antes y durante el parto asociados con la necesidad de reanimación neonatal.....	355
<b>Tabla 46.</b> Adaptación neonatal: practicas esenciales.....	356
<b>Gráfica 22.</b> Lavado de manos y limpieza de manos [15].....	363
<b>Tabla 47.</b> Saturaciones preductales.....	407
<b>Tabla 48.</b> Test de Ballard.....	423
<b>Gráfica 23.</b> Diagrama de clasificación por peso y edad gestacional.....	425
<b>Gráfica 24.</b> Evaluación del riesgo al nacer .....	428
<b>Tabla 49.</b> Clasificación del riesgo al nacer:.....	432



<b>Gráfica 25.</b> Evaluación de enfermedad muy grave o posible infección local en menores de dos meses.....	437
<b>Tabla 51.</b> Clasificación del niño con enfermedad muy grave o infección local	450
<b>Gráfica 27.</b> Evaluación al menor de dos meses con diarrea.....	457
<b>Tabla 52.</b> Clasificación de la deshidratación.....	460
<b>Tabla 53.</b> Clasificación de la diarrea con sangre.....	462
<b>Gráfica 28.</b> Evaluación del crecimiento y las prácticas de alimentación de menores de dos meses.....	466
<b>Tabla 54.</b> Observación de la lactancia materna.....	475
<b>Tabla 55.</b> Clasificación para el crecimiento y las prácticas apropiadas de alimentación uno de los siguientes:.....	477
<b>Gráfica 29.</b> Evaluación del desarrollo del niño.....	484
<b>Tabla 56.</b> Clasificación del desarrollo del niño.....	488
<b>Gráfica 30.</b> Determinación de tratamiento.....	496
<b>Tabla 57.</b> Resumen fechas de consultas de control para diferentes problemas.....	503
<b>Tabla 59.</b> Resumen de los signos de alarma:.....	505
<b>Tabla 60.</b> Administración de oxígeno.....	511
<b>Tabla 61.</b> Líquidos endovenosos en el recién nacido.....	516
<b>Tabla 62.</b> Líquidos endovenosos en el niño.....	517
<b>Tabla 63.</b> Buenas preguntas de verificación.....	526
<b>Tabla 64.</b> Suministro de antibióticos al lactante.....	533
<b>Tabla 65.</b> Tratamiento de infecciones locales en el lactante.....	534
<b>Tabla 66.</b> Tratamiento para la candidiasis oral del lactante.....	534
<b>Tabla 67.</b> Tratamiento para la conjuntivitis en lactantes.....	535
<b>Tabla 68.</b> Definición de hallazgos radiológicos y hallazgos que son neumonía [18].....	545
<b>Tabla 69.</b> Suministro de antibiótico para niño con neumonía grave.....	546
<b>Gráfica 32.</b> Empleo de inhaladores con cámara espaciadora con máscara, para niños de cero a tres años.....	549
<b>Gráfica 33.</b> Empleo de la cámara espaciadora con boquilla, para niños de cuatro a siete años.....	551
<b>Tabla 70.</b> Clasificación de la gravedad de la crisis de sibilancia recurrente (asma) en los niños:.....	555
<b>Tabla 71.</b> Dosis de corticosteroides:.....	558
<b>Tabla 72.</b> Sistema de puntuación de severidad del crup.....	561
<b>Gráfica 34.</b> Resumen del tratamiento del niño con crup:.....	563
<b>Tabla 74.</b> Suplementación con Zinc.....	574
<b>Tabla 75.</b> Plan B: tratar la deshidratación con sro.....	578
<b>Tabla 76.</b> Plan C: tratamiento intravenoso en niños con deshidratación grave.....	582



<b>Tabla 77.</b> Suministrto de multivitamínicos y minerales complementarios.....	592
<b>Tabla 78.</b> Tratar la disentería*:	594
<b>Tabla 79.</b> Antimicrobianos ineficaces para el tratamiento de la shigelosis.....	595
<b>Tabla 80.</b> Antimicrobianos usados para tratar causas específicas de la diarrea	595
<b>Tabla 81.</b> Tratar la fiebre o el dolor.....	599
<b>Tabla 82.</b> Tratar al niño con enfermedad febril de alto riesgo.....	601
<b>Tabla 83.</b> Primera línea de tratamiento para el niño con malaria complicada*	603
<b>Tabla 84.</b> Segunda línea de tratamiento para el niño con malaria complicada	604
<b>Tabla 85.</b> Artesunato rectal para tratamiento antes de referencia de niños con malaria complicada	605
<b>Tabla 86.</b> Primera línea para tratamiento de la malaria no complicada por p. Falciparum	606
<b>Tabla 87.</b> Tratamiento de la malaria no complicada por p. Vivax	607
<b>Gráfica 35.</b> Algoritmo de manejo del niño con dengue	610
<b>Tabla 88.</b> Suministro de antibiótico a niños con otitis media aguda.....	617
<b>Tabla 89.</b> Suministro de antibiótico a niños con otitis media recurrente.....	618
<b>Tabla 90.</b> Recomendaciones a tener en cuenta sobre otitis media crónica.....	619
<b>Tabla 1.</b> Tratamiento para faringoamigdalitis estreptocócica.....	623
<b>Tabla 92.</b> Enfermedad bucal grave: antibiótico para el absceso dentoalveolar.....	626
<b>Tabla 93.</b> Suministro de Vitamina A.....	631
<b>Gráfica 36.</b> Evaluación de niveles séricos de Vitamina A y Zinc [8].....	632
<b>Tabla 94.</b> Suministro de Zinc	633
<b>Gráfica 37.</b> Casos de anemia en menores [8]	633
<b>Tabla 95.</b> Suministro de hierro.....	635
<b>Tabla 96.</b> Suministro de Albendazol	636
<b>Tabla 97.</b> Escala temporal para tratar el niño con desnutrición grave	638
<b>Tabla 98.</b> Habilidades de comunicación y apoyo.....	655
<b>Tabla 99.</b> Riesgos de no amamantar e inconvenientes de la fórmula.....	664
<b>Tabla 100.</b> Cómo ayudar a la madre para que exista una buena <b>posición y</b> agarre al pecho	671
<b>Tabla 101.</b> Cómo realizar la extracción manual de leche.....	673
<b>Tabla 102.</b> Cómo alimentar al lactante empleando un vaso o taza	679
<b>Tabla 103.</b> ¿Cómo extraer la leche del pecho directamente en la boca del lactante?	682
<b>Tabla 104.</b> Ingesta de líquidos recomendada para lactantes con BPN	683
<b>Tabla 105.</b> Causas por las que un lactante no obtiene leche suficiente del pecho.....	693
<b>Tabla 106.</b> Alimentación perceptiva.....	707

<b>Tabla 107.</b> Guía práctica sobre la calidad, frecuencia y cantidad de alimentos para niños de 6 a 23 meses de edad, que reciben lactancia materna a demanda.....	709
<b>Tabla 108.</b> Un buen alimento complementario es:.....	713
<b>Tabla 109.</b> Alimentos apropiados para la alimentación complementaria.....	718
<b>Tabla 110.</b> Evaluar las prácticas de alimentación para los niños menores de 6 meses de edad .....	732
<b>Tabla 111.</b> Evaluar las prácticas de alimentación de los niños de 6 a 23 meses.....	733
<b>Tabla 112.</b> Herramienta guía para la ingesta de alimentos, niños de 6 a 23 meses.....	734
<b>Tabla 115.</b> Medidas de buen trato.....	751
<b>Tabla 116.</b> Lactancia materna y medicamentos para la madre.....	763





**INTRODUCCIÓN**





## INTRODUCCIÓN

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia de atención integral que contribuye a conservar la salud y reducir la morbilidad y mortalidad de los niños menores de 5 años, por medio de un conjunto de acciones curativas, de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, que se brindan en los servicios de salud, en el hogar y en la comunidad. Fue establecida en 1996 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Cada año en el mundo mueren millones de niños, a pesar de la existencia de tratamientos y medidas prácticas que podrían salvarlos. El 99% de las muertes evitables ocurren en países en desarrollo de África, Asia y América Latina. Colombia viene presentando en forma global una reducción en las tasas de mortalidad en menores de 5 años, pero en el país persisten diferencias importantes de una región a otra. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2010, la tasa de mortalidad infantil se ha reducido casi a la mitad en los últimos 30 años; desde 31 por mil, en el quinquenio 1985 – 1990, a 16 por mil, en el quinquenio 2005 – 2010 [1]. La publicación del Ministerio de Salud de Indicadores Básicos 2012, reporta una Tasa de mortalidad infantil bruta de 12,76 y una tasa de mortalidad infantil estimada/ajustada de 18,4. Entre las cinco primeras causas de mortalidad en menores de 5 años se incluyen los trastornos específicos del período perinatal, sepsis bacteriana del recién nacido, infecciones respiratorias agudas, deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, enfermedades del sistema nervioso central excluyendo meningitis, ahogamiento accidental, malformaciones congénitas, entre otras [2].

En los últimos 60 años se han desarrollado e implementado poderosas herramientas que han permitido lograr avances en la reducción de la mortalidad y morbilidad en la infancia, entre las cuales se encuentran la utilización masiva de vacunas que permitieron eliminar la viruela y reducir significativamente enfermedades como poliomielitis, sarampión y tétanos neonatal; el descubrimiento y utilización de las sales de rehidratación oral, y el desarrollo y utilización de métodos simples para abordar y manejar las enfermedades infecciosas.

En el marco de los compromisos establecidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en su objetivo número 4, relacionado con la salud infantil, se propuso disminuir en dos tercios la mortalidad en menores de cinco años. Por lo tanto, el desafío era abordar en forma simultánea e integrada la prevención y el tratamiento de las enfermedades infecciosas y de las afecciones originadas en el período perinatal que, en conjunto, son la causa de más de la mitad de la mortalidad en este grupo de edad. Este es un enorme desafío para la región de las Américas, porque aunque no es la región más pobre del mundo, si es la región que muestra la mayor desigualdad socioeconómica y de equidad en la atención en salud. AIEPI es una herramienta para reducir drásticamente la morbilidad y mortalidad infantil, reduciendo la inequidad existente en la atención en salud infantil en las poblaciones más vulnerables.

La estrategia AIEPI propone la integración de tres componentes para proveer la atención y cuidado del niño con calidad, considerando sus derechos y teniendo en cuenta sus características físicas, culturales, étnicas y socioeconómicas.

→ **Componente de Organización Local:**

Se enfoca en la gestión local para la atención integral de los menores de 5 años, así como la interacción entre las instituciones que componen la red de apoyo y la articulación con otros programas, estrategias y proyectos.

→ **Comunitario:**

Organiza la atención y cuidados que el niño recibe en el hogar y la promoción de las prácticas clave por los actores sociales.

→ **Clínico:**

Mejora el desempeño y las habilidades del personal de salud para la atención de los menores de 5 años y sus familias.

Para cumplir con los objetivos, la estrategia AIEPI se debe basar en los siguientes principios:



**Tabla 1.** Principios de la estrategia AIEPI

PRINCIPIOS	DEFINICIÓN
Equidad	Tiene una connotación de justicia e igualdad social con responsabilidad y valoración de la individualidad, para llegar a un equilibrio entre las dos cosas. La equidad es lo justo en plenitud, acceso igualitario a los medios de producción y distribución de los servicios de salud.
Integralidad	Es un valor moral, que tienen las personas cuando son congruentes y respetuosas de sus actos y creencias.
Eficiencia	Uso racional de los recursos con que se cuenta para alcanzar un objetivo predeterminado. A mayor eficiencia menor cantidad de recursos que se emplearán, logrando mejor optimización y rendimiento.
Coordinación intersectorial e interinstitucional	Mecanismos de coordinación entre sectores e instituciones para la definición conjunta de políticas de salud y para la solución concertada e integral de las mismas.
Participación social	Toda acción orientada directa o indirectamente a influir sobre la toma de decisiones en asuntos sociales.
Trabajo en equipo	Grupo de personas trabajando de manera coordinada en la ejecución de un proyecto.
Longitudinal	El seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por el mismo personal.
Decisión y compromiso político	Acción orientada a comprometer directa o indirectamente la participación activa en los niveles de decisión de las políticas en salud.
Ética	La ética estudia la moral y determina qué es lo bueno y, desde este punto de vista, cómo se debe actuar. Es decir, es la teoría o ciencia del comportamiento moral. Se incluye la confidencialidad, moral, veracidad, etcétera.

## ¿A QUÉ RESPONDE LA ESTRATEGIA AIEPI?

La estrategia AIEPI le responde al país con una disminución de la mortalidad a corto plazo, si los padres aprenden a reconocer los signos de peligro y consultan a tiempo y si el personal de salud capacitado detecta en forma rápida a los niños que requieren atención hospitalaria y derivan en forma inmediata al nivel de atención que corresponde. A largo plazo, disminuye mortalidad a través de la educación del personal de salud, de madres y cuidadores sobre cómo prevenir las enfermedades prevalentes de la infancia. AIEPI promueve y refuerza factores protectores como lactancia, nutrición, inmunización y afecto.

La estrategia AIEPI trabaja con los servicios de salud, mejorando la calidad de atención, reduciendo costos innecesarios y ofreciendo las herramientas para abordar los principales problemas de salud de los niños, respondiendo así a la demanda. Además capacita al personal de salud para mejorar sus conocimientos y habilidades, permitiéndoles mejorar la calidad de atención que se ofrece a los niños, así como una comunicación eficaz con el cuidador y la comunidad.

Desde el punto de vista ético, la estrategia AIEPI crea conciencia en el personal de salud sobre la necesidad de renovar compromisos y esfuerzos para que no siga existiendo inequidad en la atención de los niños, y nos hace reflexionar sobre la responsabilidad del sector salud en las muertes que eran evitables o prevenibles en los niños. La estrategia AIEPI le responde a la infancia, porque ofrece la posibilidad de una atención integrada para una vida más sana. Es un derecho de los niños.

Puesto que AIEPI es una estrategia de atención integral a la infancia, ¿qué papel juegan los pediatras dentro de la estrategia? AIEPI le ofrece al pediatra la oportunidad de impactar en la mortalidad del país, convirtiéndolo en educador de prácticas adecuadas de atención de los niños. AIEPI ofrece a los pediatras la posibilidad de organizar, dirigir y liderar la consulta que queremos que se realice a los niños, así como de establecer pautas de manejo que le permitan a la niñez una vida más sana y un desarrollo adecuado.

En este momento, implementar la estrategia AIEPI es una necesidad en Colombia. Se debe lograr que cuando un niño acceda a la consulta, esta sea de calidad y se realice de forma integrada, de manera que no solo se trate el motivo de la consulta, sino que se realice una valoración completa de las condiciones de salud y de crecimiento y desarrollo, integradas con las recomendaciones sobre prevención y promoción de la salud. A nivel comunitario, AIEPI pretende llegar a la población a través de los actores sociales como agentes comunitarios de salud, madres comunitarias y maestros, entre otros.

En conclusión, la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI, está basada en el derecho que todo niño tiene a ser atendido con calidad y calidez. La estrategia adopta un enfoque de identificación del riesgo y de integración total, respondiendo



a las causas principales de morbilidad y mortalidad de niños en nuestro país. Nos ofrece la posibilidad de ser partícipes en la disminución de las muertes evitables y de cambiar el enfoque de una consulta rutinariamente asistencial, a un enfoque preventivo y de promoción de salud.

AIEPI les responde a los niños de Colombia para que puedan llegar a ser adultos sanos, en una sociedad que cada día tiene que mirar más hacia su infancia. La aplicación masiva de este abordaje integral, en el que se promueven conductas de alta relevancia clínica y epidemiológica para cada una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la infancia, es ante todo un aporte a la calidad en la atención y debe definitivamente contribuir a cumplir las metas acordadas en el marco de los ODM, pero, sobre todo, a reducir la brecha en el cumplimiento del ejercicio de los derechos de la población infantil de Colombia.



# 1. EL PROCESO DE ATENCIÓN

## INTEGRADA DE CASOS

La atención integrada es un “modelo de atención” basado en la detección oportuna de casos con el uso de signos clínicos, clasificación adecuada y tratamiento oportuno. Se utilizan signos clínicos basados en resultados de investigación que logran un equilibrio cuidadoso entre sensibilidad y especificidad. Los tratamientos se llevan a cabo por clasificaciones orientadas a acciones, en lugar de diagnósticos nosológicos específicos. Cubre las enfermedades prevalentes de cada región y parte de la medicina basada en la evidencia.

El “Modelo de Atención Integrada” está diseñado para ser utilizado por profesionales de la salud que atienden niños desde el nacimiento hasta los cinco años de edad. Se trata de un proceso de manejo de casos para ser utilizado en un consultorio, centro de salud, departamento ambulatorio de un hospital, consulta externa o de urgencias, en todos los niveles de atención.

Describe cómo atender a un niño que asiste a la unidad de salud cuando está enfermo; para vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo; para inmunización; por enfermedad o para una visita de seguimiento programada. Las pautas ofrecen instrucciones para evaluar, clasificar, tratar al niño con una enfermedad prevalente, desnutrición y anemia, e identificar otros problemas. Además incorpora actividades básicas para la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Este libro le enseñará a utilizar los seis pasos de la estrategia AIEPI para:

- **Evaluar:** Consiste en investigar y detectar, en primer lugar, signos de peligro, además de otros signos y síntomas de los principales problemas de salud del niño. Ello se logra a través de entrevistas, observación, examen físico completo, verificación del estado nutricional y de vacunación, y mediante la evaluación del desarrollo y la identificación de signos de sospecha de maltrato. Incluye además la búsqueda de otros problemas de salud.
- **Clasificar:** A través de un sistema codificado por colores, se establece la condición niño, entonces se clasifica dependiendo si requiere:

**Gráfica 1.** Clasificación por colores

- **Tratamiento hospitalizado o referencia urgente (color rojo)**
- **Tratamiento ambulatorio y consejería (color amarillo)**
- **Consejería sobre tratamiento y cuidados en el hogar (color verde)**

- **Determinar el tratamiento:** Después de clasificar la condición del niño, si requiere referencia urgente, administrar el tratamiento esencial antes de referirlo. Si necesita tratamiento pero puede irse a la casa, elaborar un plan integrado de tratamiento y administrar la primera dosis de los medicamentos en la unidad de salud y vacunas según esquema.
- **Tratar:** Significa prescribir, administrar los tratamientos o procedimientos (hidratación oral, manejo de sibilancias) que recomienda la estrategia para los problemas identificados, en el servicio de salud y en la casa. Enseñar al cuidador cómo realizar los tratamientos en el hogar.
- **Aconsejar cómo administrar el tratamiento:** Se debe explicar al madre o acompañante cómo deben ser suministrados medicamentos orales en casa, alimentos y líquidos durante la enfermedad, y cómo tratar infecciones locales en casa. Citar para el seguimiento con fecha específica y enseñar cómo reconocer signos de alarma para su regreso inmediato al servicio de salud.
- **Evaluar la alimentación:** Esta incluye la evaluación de la lactancia materna.
- **Garantizar consejería en las prácticas claves:** Prácticas como la alimentación, cuidados en el hogar por los padres y la familia, estimulación del desarrollo, promoción de buen trato y prevención del maltrato infantil, entre otras.

→ **Atención de seguimiento:** Según cuadros de procedimiento para determinar cómo evoluciona el niño, si está igual, mejor o peor, y evaluar si existen problemas nuevos.

AIEPI cubre la mayoría de motivos de consulta, pero existen problemas crónicos o enfermedades menos comunes que pueden requerir atención especial no descrita en este libro.

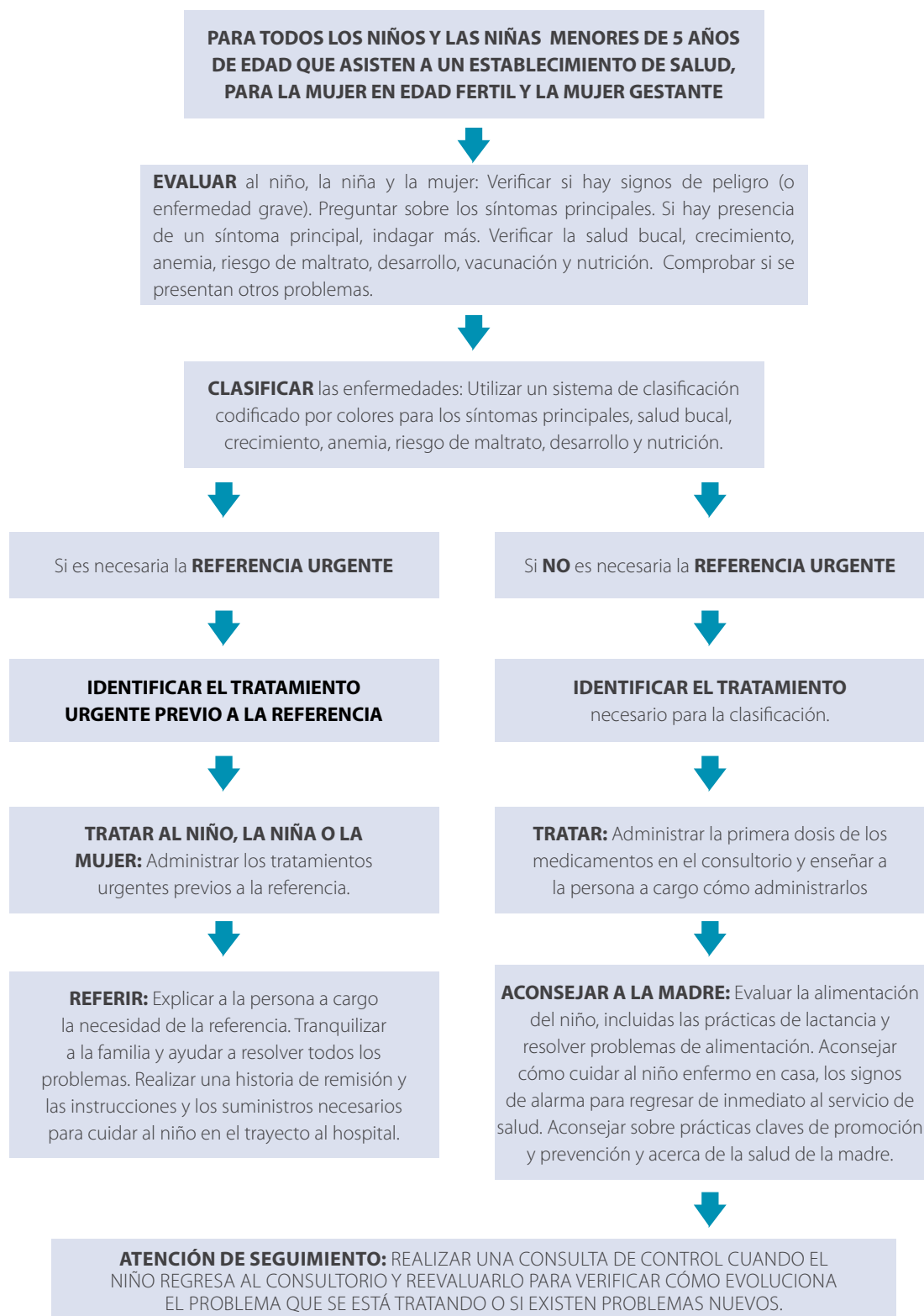
El manejo de casos es más efectivo si las familias acuden oportunamente con sus niños para la atención por personal de salud capacitado. Si la familia no acude al servicio de salud cuando observa que el niño está enfermo o bien el personal de salud no tiene las competencias para su atención, el niño tiene más probabilidades de morir.

El manejo integrado de casos se presenta en los cuadros de procedimientos:

- Atención para el grupo menores de dos meses de edad (desde la preconcepción).
- Atención para el grupo de dos meses a cinco años de edad.





**Gráfica 2.** Resumen del proceso de manejo integrado de casos:

## 2. SELECCIONAR LOS CUADROS APROPIADOS PARA EL MANEJO DE CASOS

**Gráfica 3.** Cuadro de Procedimientos



El proceso de manejo de casos de AIEPI se presenta en el Cuadro de Procedimientos que muestran la secuencia de pasos y proporcionan información para realizarlos. Los Cuadros de Procedimientos contienen cuadros para:

- Clasificar y recomendar a la mujer sobre el riesgo preconcepcional.
- Clasificar y tratar a al cuidador durante la gestación y el parto.
- Clasificar y tratar al recién nacido en el momento del parto.
- Clasificar y tratar al lactante menor de dos meses de edad.
- Clasificar y tratar a los niños de dos meses a cinco años de edad.

## 3. LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN SALUD

AIEPI reconoce que el trabajo que se ha venido desarrollando en los servicios de salud tiene un impacto limitado si no se considera que el cuidador y la familia tienen un papel vital en la recuperación, el mantenimiento y protección de la salud del niño en el hogar, para reducir la morbilidad y mortalidad de la niñez.

Hay evidencias crecientes de que los padres y la familia muchas veces no reconocen los signos de peligro, no saben cómo pedir ayuda y no entienden o no practican las indicaciones del tratamiento recomendado por el servicio de salud.

El éxito de la estrategia depende de la relación que el personal de salud establezca con el cuidador para lograr que ambas partes interpreten el problema del niño, comprendan sus causas y apliquen las medidas adecuadas. Sin embargo, a pesar de la importancia que tiene la adecuada interrelación entre el personal de salud y el cuidador o familiares de los niños, esto no se tiene muchas veces en cuenta. La información que se ofrece no es adecuada y la forma en que ésta se explica y comparte con las madres es inapropiada.

### 3.1. ELEMENTOS QUE INFLUYEN EN LA COMUNICACIÓN

Tanto las madres como el personal de salud tienen valores, creencias, opiniones y actitudes basadas en las experiencias y conocimientos que adquieren a lo largo de sus vidas.

Si desconocemos lo que piensan y hacen las madres respecto a la salud de los niños en el tratamiento de diarreas, lactancia materna, alimentación y tratamiento de infecciones respiratorias, podemos encontrarnos con una barrera infranqueable para conseguir la recuperación y salud de la infancia.

Para lograr producir acciones efectivas de atención y cuidado de los niños, es conveniente que los profesionales hagamos una reflexión crítica sobre cuáles son los elementos que influyen en la comunicación durante la consulta.

### 3.2. ACTITUDES Y HABILIDADES QUE CONSTRUYEN U OBSTACULIZAN LA COMUNICACIÓN

La adecuada comunicación entre los familiares del niño y el personal de los servicios de salud es la base para llevar a cabo las acciones y los objetivos de la estrategia AIEPI. Existen muchos elementos

externos e internos que influyen en la comunicación; la presencia física de otra persona no necesariamente significa que logremos una adecuada comunicación. En los servicios de salud:

- La comunicación no es “algo natural” o “algo dado”
- La comunicación es “algo que se construye” entre dos o más personas
- La comunicación requiere un esfuerzo individual para ser lograda
- La comunicación es una acción intencional. O sea una acción que está dirigida y orientada por un interés concreto.

De acuerdo con estas características, el médico, además de tener los conocimientos técnicos necesarios para mejorar y mantener la salud del niño, debe tener una actitud comunicativa.

Lo primero que se debe hacer al realizar una consulta es generar un ambiente de confianza, para que el cuidador esté tranquilo y cómodo y así escuche, entienda, participe y actúe.

Para lograr una mejor comunicación durante la consulta, debemos tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Préstele toda la atención al cuidador y dedíquele todo el tiempo que sea necesario para esa interacción
- Tenga siempre en cuenta que las personas según su cultura tienen maneras diferentes de mostrar interés.
- Esté siempre listo a resumir lo que ha dicho al cuidador, esto le servirá para comprobar si usted ha entendido correctamente y además demuestra que estamos interesados en lo que ella dice o hace; podemos usar expresiones como: ¿Quiere usted decir que...?
- Si no entiende algo, pregunte. Es mejor decir: “No he entendido tal cosa”, en lugar de hacer caso omiso.
- Anime a al cuidador; por ejemplo, puede preguntar: ¿Qué sucedió luego?; ¿Qué ha hecho para manejar el problema?
- La interacción con el cuidador ayuda a generar mayor comunicación y es la clave para identificar conductas realizadas correctamente o conductas incorrectas que deben corregirse.
- Recuerde siempre felicitar y aprobar al cuidador, esto mejorará la comunicación, hará más fácil lograr cambios en actitudes y prácticas y beneficiará la salud de los niños.







**LA IMPORTANCIA  
DE LA  
COMUNICACIÓN  
EN SALUD**







## EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO DE DOS MESES A CINCO AÑOS

En los cuadros de procedimientos EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO DE DOS MESES A CINCO AÑOS DE EDAD, se describe la evaluación y clasificación de las posibles enfermedades, así como la verificación de las principales medidas de protección que en cada niño se deben promover. Para esto se deben hacer preguntas al cuidador sobre los problemas del niño y verificar si presenta signos generales de peligro. Luego se harán preguntas sobre los síntomas principales: tos o dificultad para respirar, diarrea, fiebre, problemas de oído o de garganta. En presencia de un síntoma principal, haga más preguntas para clasificar la enfermedad. Verifique si tiene problemas de salud bucal, malnutrición y/o anemia. También se debe preguntar si ha recibido vitamina A, hierro y antiparasitario, la situación de vacunación, y luego evaluar el desarrollo y las prácticas de buen trato. Así mismo, otros problemas mencionados por el cuidador.

### Objetivos del aprendizaje

Este módulo describirá y permitirá practicar técnicas para:

- Preguntar al cuidador acerca del motivo de consulta o problemas del niño.
- Verificar si hay signos generales de peligro.
- Preguntar al cuidador acerca de los síntomas principales:
  - Tos o dificultad para respirar
  - Diarrea
  - Fiebre
  - Problema de oído
  - Problemas de gargantaEn presencia de un síntoma principal:
  - Evaluar más a fondo al niño para ver si hay signos relacionados con el síntoma principal.
  - Clasificar la enfermedad de acuerdo con los signos presentes o ausentes.
- Verificar si hay problemas de salud bucal.
- Evaluar el estado nutricional.
- Verificar si presenta anemia.
- Verificar si existe sospecha de maltrato infantil.

- Evaluar el desarrollo.
- Verificar los antecedentes de vacunación y decidir si necesita alguna vacuna ese mismo día.
- Evaluar cualquier otro problema que presente el niño.

## **Salude cortésmente al cuidador, preséntese, elógielo por haber llevado al niño al servicio de salud y pídale que tome asiento. Preguntar: ¿qué problema tiene el niño?**

Los pasos para realizar el proceso de atención integral a la niñez se describen de manera ordenada. Los datos obtenidos deben ser anotados en la historia clínica del niño.

Debe preguntar la edad del niño para elegir el Cuadro de Procedimientos correspondiente.

- Si es un niño menor de dos meses de edad, evalúelo y clasifíquelo de acuerdo con los pasos que figuran en el cuadro de procedimientos NIÑO MENOR DE DOS MESES DE EDAD.
- Si es un niño de dos meses a cinco años de edad, evalúelo y clasifíquelo de acuerdo con los pasos que aparecen en el cuadro de procedimientos EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO DE DOS MESES A CINCO AÑOS DE EDAD.

Fíjese si ya se pesó, midió y se tomó temperatura, si es así registre estos datos. En caso contrario no lo desvista o perturbe ahora porque puede modificar los síntomas principales, especialmente los respiratorios; más adelante en la evaluación tendrá la oportunidad de hacerlo.

### **🗣️ Pregunte al cuidador: ¿Qué problema tiene el niño?**

Escriba el motivo de consulta o problemas del niño que refiere al cuidador.

Una razón importante para hacer esta pregunta es la necesidad de iniciar el diálogo con el cuidador. Una buena comunicación ayudará a convencerla de que su hijo recibirá una atención con calidad. Más adelante tendrá que enseñar y aconsejar a al cuidador, cuidador o familia, sobre la manera de cuidarlo en la casa (18 Prácticas Clave del AIEPI Comunitario), de modo que es importante establecer una buena comunicación con al cuidador desde el primer momento. Para emplear buenas técnicas de comunicación:

- **Escuche atentamente lo que le dice el cuidador**, así le demostrará que sus inquietudes se toman en serio.
- **Use palabras que el cuidador entienda**. Si el cuidador no comprende las preguntas, no podrá darle la información que necesita para evaluar y clasificar correctamente al niño.



- **Dé tiempo el cuidador para contestar las preguntas.** Quizá necesite tiempo para decidir si el signo sobre el que se ha preguntado está presente o no. No induzca la respuesta ni responda por el cuidador.
- **Haga preguntas adicionales si el cuidador no está seguro de la respuesta.** Cuando le pregunte sobre un síntoma principal o signo asociado, puede que el cuidador no sepa con certeza si lo tiene o no, entonces formule otras preguntas a fin de ayudarla a responder más claramente.
- **Determine si es una consulta inicial o de seguimiento por este problema.**  
Si esta es la primera consulta del niño por este problema, se trata de una consulta inicial. Si hace algunos días consultó por el mismo motivo o problema de salud, es una consulta de seguimiento.

En la consulta inicial usted debe profundizar e indagar muy bien todos los problemas que pudieran estar relacionados con el motivo de consulta, o aquellos otros que de alguna forma pueden empeorar el estado de salud del niño, como la malnutrición, la ausencia de vacunas o un desarrollo inadecuado.

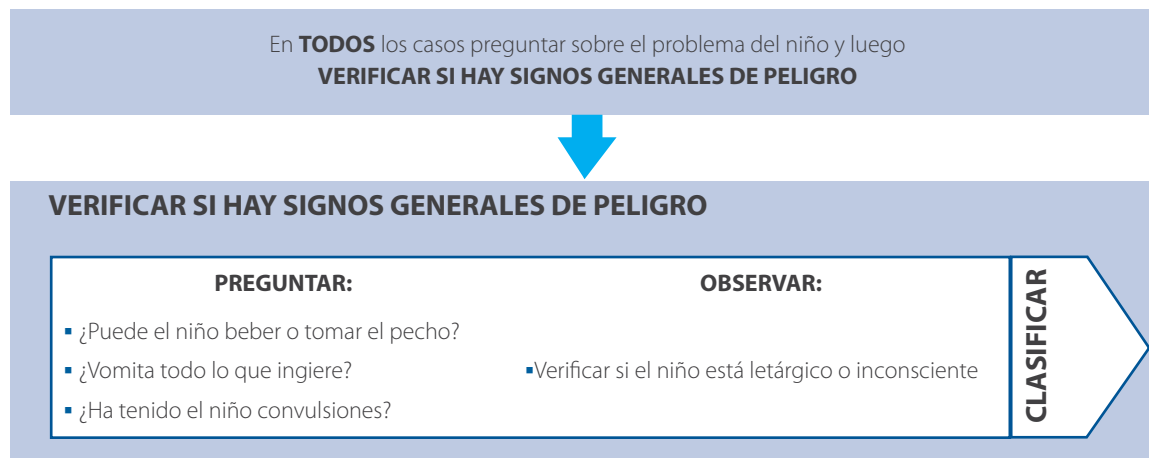
El propósito de la consulta de seguimiento es diferente al de la consulta inicial. Durante la consulta de seguimiento, el personal de salud determina si el niño mejoró, empeoró o está igual; y si el tratamiento que indicó en la consulta inicial ha ayudado al niño. Si no experimentó mejoría o empeoró después del tiempo establecido, según la norma para cada problema, el niño deberá ser referido al hospital o se deberá cambiar el tratamiento.

- **Pregunte a al cuidador si existe algún antecedente de importancia.**  
Es importante conocer los antecedentes relevantes, estos pueden cambiar las decisiones tomadas al tratar al niño. Por ejemplo, no se toma la misma conducta si un niño convulsiona por primera vez, que si tiene una epilepsia ya tratada con crisis frecuentes.

## 1. VERIFICAR SI HAY SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

Los signos generales de peligro son signos que sin conocer o importar la patología causante, implican que el problema es grave y el niño deberá ser evaluado en un nivel de mayor complejidad y, en su gran mayoría, requerirá hospitalización.

**Gráfica 4.** Verificación de signos generales de peligro.



Un niño que presente un signo general de peligro tiene una ENFERMEDAD MUY GRAVE y debe ser hospitalizado o referido URGENTEMENTE. En la mayoría de los casos los signos generales de peligro son producidos por patologías infecciosas que usted clasificará más adelante; en unos pocos casos esos signos pueden ser causados por otras patologías como intoxicaciones, traumatismos o enfermedades metabólicas. Hospitalice urgentemente ya que puede necesitar tratamiento para salvarle la vida como antibióticos intravenosos, oxígeno u otros tratamientos y cuidados, si no es posible tratarlo en su servicio de salud, remítalo. Complete el resto de la evaluación inmediatamente. Más adelante se describe cómo administrar tratamientos de urgencia y referir adecuadamente al niño.

Para determinar si hay signos generales de peligro, **PREGUNTE:**

### 👂 ¿Puede el niño beber o tomar el pecho?

Si un niño está demasiado débil para tomar el pecho o beber y no consigue succionar o tragar nada cuando se le ofrece, tiene un signo de peligro. Cuando le pregunte el cuidador si puede beber, cerciórese que comprenda la pregunta. Si ella dice que dejó de beber o mamar, pida que describa qué ocurre cuando ella le ofrece algo para beber. Por ejemplo, ¿puede el niño llevar líquido a la boca y tragarlo? Si usted no está seguro de la respuesta del cuidador,



pida que le ofrezca el pecho o un sorbo de agua y obsérvelo para ver si puede beber.

El lactante puede tener dificultad para succionar si tiene la nariz congestionada. De ser así límpiela. Si es capaz de tomar el pecho después de haberle limpiado la nariz, no presenta el signo de peligro: “no puede beber o tomar el pecho”.

### 👤 **¿Vomita el niño todo lo que ingiere?**

El niño que no retiene nada de lo que ingiere presenta el signo “vomita **todo**”. En este caso, no podrá retener alimentos, líquidos o medicamentos de administración oral. Un niño que vomita varias veces pero que puede retener algunos líquidos no presenta este signo general de peligro.

Formule esta pregunta con palabras que el cuidador entienda. Si el cuidador no está segura de que el niño vomita todo, ayúdela a responder claramente. Por ejemplo, pregunte ¿con qué frecuencia vomita el niño?, o si cada vez que ofrece alimentos o líquidos o el seno los vomita. Si no está seguro de la respuesta del cuidador, pídale que ofrezca algo de tomar al niño y fíjese si lo vomita.

### 👤 **¿Ha tenido convulsiones?**

La convulsión en el niño se observa como movimientos anormales del cuerpo y/o extremidades, tal vez pierda el conocimiento o no pueda responder a las instrucciones que se pronuncien. Pregúntele al cuidador si presentó convulsiones, “ataques” o “espasmos” en las últimas **72 horas**.

La presencia de convulsiones, febriles o afebriles, no siempre indica una enfermedad severa; pero tomar la decisión entre una enfermedad potencialmente peligrosa y condiciones peligrosas deberá realizarse en un nivel superior, incluyendo valoración especializada y ayudas diagnósticas. El potencial daño severo es muy alto, por lo que cualquier niño con una convulsión reciente deberá ser hospitalizado o referido para una mejor evaluación y tratamiento.

El capítulo sobre EPILEPSIA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA muestra cómo evaluar, clasificar e iniciar tratamiento del paciente con convulsiones recurrentes (epilepsia), mientras se remite y se consigue la valoración por especialista. Clasifique las convulsiones del menor.

### 👁️ **OBSERVAR: Verifique si el niño está letárgico o inconsciente**

Un niño anormalmente somnoliento, no está despierto y alerta cuando debería estarlo. Se observa adormecido y no muestra interés por lo que ocurre a su alrededor. Puede tener la mirada vacía o fija, sin expresión y aparentemente no se da cuenta de lo que pasa a su

alrededor. Es muy difícil despertar a un niño inconsciente. Fíjese si se despierta cuando el cuidador le habla o lo sacude o cuando usted aplaude.

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

Si presenta un signo general de peligro, complete el resto de la evaluación inmediatamente y refiéralo de manera urgente al hospital. Determine si necesita algún tratamiento antes de la referencia.

Un niño con cualquiera de los signos generales de peligro se CLASIFICA como: **ENFERMEDAD MUY GRAVE.**

**Tabla 2.** Enfermedad grave

<p><b>Uno de los siguientes signos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No puede beber o tomar el pecho</li> <li>• Vomita todo</li> <li>• Convulsiones</li> <li>• Letárgico o inconsciente</li> </ul>	<p><b>ENFERMEDAD MUY GRAVE</b></p>	<p><b>Hospitalizar o referir URGENTEMENTE según las normas de Estabilización y transporte “REFIERA”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Completar de inmediato la evaluación y el examen físico.</li> <li>• Administrar oxígeno.</li> <li>• Evaluar y clasificar la convulsión según el capítulo EPILEPSIA e inicie el plan de manejo adecuado.</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En la historia clínica, trace un círculo en torno a los signos generales de peligro que encuentre y en la columna CLASIFICAR encierre en un círculo la clasificación de **ENFERMEDAD MUY GRAVE**, si existe un signo presente. La existencia de uno solo de los signos es suficiente para clasificar como **ENFERMEDAD MUY GRAVE.**

## EJERCICIO

### CASO PATRICIA



Patricia tiene 3 años de edad, es hija de Sara Bernal, viven en Bogotá. Patricia pesa 12 Kg, mide 90 cm, T: 36,5 °C, FC 112 x', FR 32 x'. El profesional de salud preguntó: ¿Qué problema tiene Patricia? El cuidador respondió: "Ha estado con fiebre durante todo el día de hoy; está muy decaída y no ha querido comer; cuando le ofrezco algo, vomita todo; esta vomitando aún los sorbos de agua.

Patricia tiene antecedentes de convulsiones febriles desde los 11 meses, la última hace 3 meses.

El médico verificó si Patricia presentaba signos generales de peligro. Preguntó si recibió algún alimento o líquido hoy y el cuidador contestó que los recibe pero de inmediato vomita todo. No ha tenido convulsiones durante esta enfermedad. El médico observó si estaba somnolienta; realmente no, estaba con los ojos abiertos, muy decaída y poco activa, pero despierta; solo quería estar recostada en los brazos del cuidador y se quejaba al moverla y cambiarla de posición.

Utilice la información para llenar la historia clínica.

### AIEPI - ATENCIÓN DEL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS

FECHA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ N° HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ CONSULTA EXTERNA: \_\_\_\_\_ URGENCIAS: \_\_\_\_\_  
MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ CONSULTA INICIAL: \_\_\_\_\_ CONTROL: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: AÑOS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_ SEXO (F) (M)  
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN (barrio o vereda): \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO / CELULAR: \_\_\_\_\_

#### MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS IMPORTANTES:

¿Cómo fue el embarazo? y ¿Cuánto duró? \_\_\_\_\_ ¿Cómo fue el parto? \_\_\_\_\_  
PESO al nacer \_\_\_\_\_ g. TALLA al nacer \_\_\_\_\_ cm. ¿Presentó algún problema neonatal? \_\_\_\_\_  
Enfermedades previas y hospitalizaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C. FC: \_\_\_\_\_ /min. FR: \_\_\_\_\_ /min. TALLA: \_\_\_\_\_ cm. PESO: \_\_\_\_\_ Kg. PC: \_\_\_\_\_ cm. IMC: \_\_\_\_\_

#### VERIFICAR SI EXISTEN SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL

No puede beber o tomar del pecho \_\_\_\_\_ Letárgico o inconsciente: \_\_\_\_\_ ENFERMEDAD MUY GRAVE  
Vomita todo \_\_\_\_\_ Convulsiones: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_







## EJERCICIO

En relación con cada niño del video, conteste a la pregunta:

¿El niño está letárgico o inconsciente?

	SI	NO
Niño 1		
Niño 2		
Niño 3		
Niño 4		

## 2. EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO CON TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR

Las enfermedades respiratorias agudas en el niño constituyen un problema de gran relevancia epidemiológica; son una causa muy importante de enfermedad y consulta a los servicios de salud y son una de las primeras causas de muerte de menores de cinco años, y continuarán entre las principales causantes de mortalidad a menos que hagamos grandes esfuerzos para controlarlas.

### **Rinofaringitis o resfriado común**

El término rinofaringitis o resfriado común, define un estado gripal de curso habitualmente benigno, de etiología viral, que se caracteriza por compromiso catarral de las vías respiratorias superiores, autolimitado (dos a cinco días), rinorrea, obstrucción nasal, estornudos, dolor de garganta y fiebre, acompañado o no de tos.

Es la enfermedad infecciosa más frecuente en la edad pediátrica, especialmente común en los tres primeros años de vida y en la población que acude a jardines infantiles (de tres a 10 episodios por año). A pesar de ser un proceso benigno, de curso autolimitado, con baja incidencia de complicaciones y sin tratamiento etiológico disponible, genera un consumo elevado de recursos en salud, tanto en consultas como en métodos diagnósticos y tratamientos farmacológicos, generalmente de escasa utilidad y en ocasiones con importantes efectos adversos.

Se han descrito más de 200 tipos diferentes de virus que pueden causar el resfriado. Los más comunes pertenecen a los grupos myxovirus, paramyxovirus, adenovirus, picornavirus, y coronavirus. El Rhinovirus es el causante de cerca del 35% de los resfriados. Se han identificado más de 110 tipos diferentes de este virus que ocasionan una enfermedad benigna y es excepcional que produzca una enfermedad severa. Pero, por otro lado, los adenovirus, coxsackievirus, echovirus, orthomyxovirus (incluyendo virus de la influenza A y B), paramyxovirus (incluyendo varios virus parainfluenza), virus sincitial respiratorio, y enterovirus, que causan una enfermedad leve en adultos, tienen la potencialidad de ocasionar una infección severa del tracto respiratorio inferior en lactantes.

### **Neumonía**

La neumonía es un proceso inflamatorio del parénquima pulmonar, generalmente de origen infeccioso, que a veces puede comprometer la pleura. Es causada principalmente por infecciones virales o bacterianas.

La neumonía adquirida en la comunidad es común y es una infección potencialmente fatal. La mayoría de los niños con neumonía presentan un cuadro clínico caracterizado por tos, fiebre, taquipnea, tiraje y compromiso variable del estado general. La fiebre no es un criterio eficiente



para diagnosticar neumonía; muchas otras enfermedades pediátricas se acompañan de fiebre. Por otro lado, algunos pacientes con neumonía no presentan fiebre, especialmente los severamente enfermos y los desnutridos.

El método tradicional para el diagnóstico clínico de la neumonía se basa en el reconocimiento de signos clínicos apreciables mediante la auscultación, especialmente crépitos localizados, en un niño con tos; puede haber ruidos respiratorios disminuidos, matidez o submatidez en los procesos lobares, además de los signos de consolidación clásicos como frémito vocal aumentado y soplo tubárico. Sin embargo, estudios de las últimas décadas que comparan los signos de la auscultación con los resultados de radiografías, llevan a concluir que la taquipnea constituye el mejor signo diagnóstico de neumonía, ya que muchas veces las alteraciones auscultatorias no están presentes, especialmente en los lactantes.

Son múltiples los agentes etiológicos y difíciles de aislar. Factores como edad, momento epidémico, vacunas previas y severidad del cuadro clínico, pueden orientar en relación con la etiología.

### **Etiología de la neumonía adquirida en comunidad:**

En menos del 10% de los niños hospitalizados por neumonía, es posible aislar el germen en sangre, el porcentaje aumenta si se cultiva empiema. Los virus son la causa más frecuente de neumonía adquirida en comunidad, en los niños menores de 2 años; en los menores de 6 meses, causan el 40%, y entre los 6 meses y 2 años, el 30% de todos los casos. La etiología bacteriana aumenta con la edad: 25% en menores de 6 meses y 40% en menores de 5 años. La infección mixta o coinfección de virus y bacterias es aproximadamente del 23% en los menores de 2 años; el daño ciliar que producen los virus predispone a la invasión y diseminación bacterianas. Se resumen los agentes causales en el cuadro siguiente:

**Tabla 3.** Etiología de la neumonía según la edad**ETIOLOGÍA SEGÚN LA EDAD [3]**

Recién Nacido	3 semanas a 3 meses	4 meses a 4 años	Mayores 5 años
Bacterias: <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>Streptococcus Beta</i></li> <li>● Hemolítico del grupo B</li> <li>● <i>Escherichia coli</i></li> <li>● <i>Listeria monocytogenes</i></li> <li>● <i>S. aureus</i></li> </ul>	Bacterias: <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>S. pneumoniae</i></li> <li>● <i>C. trachomatis</i></li> <li>● <i>Bordetella pertussis</i></li> <li>● <i>S. aureus</i></li> <li>● <i>L. monocytogenes</i></li> </ul>	Bacterias: <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>S. pneumoniae</i></li> <li>● <i>H. influenzae no tipables</i></li> <li>● <i>H. influenzae tipo b</i></li> <li>● <i>M. pneumoniae</i></li> </ul>	Bacterias: <ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>M. pneumoniae</i></li> <li>● <i>S. pneumoniae</i></li> <li>● <i>C. pneumoniae</i></li> </ul>
Virus: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sincitial Respiratorio</li> <li>● Citomegalovirus</li> </ul>	Virus: <ul style="list-style-type: none"> <li>● VSR</li> <li>● Parainfluenza</li> </ul>	Virus: (son los principales agentes causales) <ul style="list-style-type: none"> <li>● VSR</li> <li>● Parainfluenza</li> <li>● Influenza A y B</li> <li>● Adenovirus</li> <li>● Rhinovirus</li> <li>● Metapneumovirus (&lt;2 a.)</li> </ul>	Virus: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Influenza A y B</li> </ul>

La transmisión depende del agente causal; las producidas por virus son altamente contagiosas por contacto y por transmisión aérea. Las bacterias que causan la neumonía atípica también son muy contagiosas. La neumonía bacteriana clásica ocurre por microaspiración de la vía aérea, su contagio depende más de factores del huésped que de la cuantía del inóculo. La neumonía tiene implicaciones muy importantes en nuestras estadísticas, porque es la primera causa de muerte en niños menores de cinco años por fuera del periodo neonatal.

### ● Laringotraqueitis o crup

El crup es la causa más frecuente de obstrucción aguda de la vía aérea superior en la infancia. Se caracteriza por la presencia de tos perruna o metálica en grado variable, disfonía, estridor y dificultad respiratoria. La incidencia estimada es de 3-6% en niños menores de seis años. El trastorno de base es un edema subglótico que provoca disfonía y compromiso de la vía aérea superior.

La laringotraqueitis es causada por virus como el parainfluenzae tipo I (75%), 2 y 3, VSR, virus influenza A y B y adenovirus. Poco frecuente es la etiología bacteriana, sin embargo el *Mycoplasma pneumoniae* es responsable del 3% de los casos. La sintomatología es más severa en el crup causado por el virus influenza. El crup espasmódico se presenta con la misma sintomatología, se desconoce su etiología. Se relaciona con hiperreactividad bronquial e infección viral; tiene carácter recidivante e incidencia familiar.



El crup se presenta principalmente en niños de tres meses a tres años, con un pico en el segundo año y en época de lluvias y frío, y predomina en varones 2:1. La infección se trasmite por contacto persona a persona o por secreciones infectadas. La infección comienza en nasofaringe y se disemina a epitelio de laringe y tráquea, donde puede detenerse o continuar su descenso por el árbol respiratorio. Ocasiona inflamación difusa, eritema y edema de las paredes de la tráquea y afecta la motilidad de las cuerdas vocales. El estrechamiento de la laringe origina la dificultad respiratoria y el estridor. La inflamación y paresia de las cuerdas vocales provoca la disfonía. El edema de la mucosa y submucosa de la región subglótica de la vía aérea, asociado a aumento en cantidad y viscosidad de las secreciones, provoca la disminución de la luz traqueal, lo que lleva a insuficiencia respiratoria e hipoxemia.

- **Bronquiolitis**

La bronquiolitis es un problema de primera magnitud en todo el mundo, tanto por su elevada incidencia estacional, como por el importante consumo de recursos que genera. Constituye la primera causa de ingreso hospitalario por problemas respiratorios en los niños menores de un año de edad y con una incidencia en aumento en todos los países del mundo. Cada año, alrededor del 10% de los lactantes tienen bronquiolitis. El pico se produce entre los 2 y 6 meses de edad. Entre el 2 y 5% de los casos en niños menores de 12 meses requiere hospitalización y entre el 50 y el 70% de los niños con bronquiolitis, tendrán episodios de sibilancias recurrentes en los meses o años posteriores. La morbimortalidad aumenta en niños con antecedente de prematuridad, muy pequeños o con factores de riesgo.

La bronquiolitis es una enfermedad viral estacional, caracterizada por fiebre, secreción nasal y tos sibilante. A la auscultación se encuentran estertores crepitantes inspiratorios finos y/o sibilancias espiratorias. El Virus Sincitial Respiratorio (VSR) es responsable de cerca del 80% de los casos. Otros agentes causantes incluyen metapneumovirus humano, rinovirus, adenovirus (comúnmente seguido de secuelas serias como bronquiolitis obliterante), virus de influenza, parainfluenza y enterovirus. El diagnóstico del VSR es importante para prevenir infección cruzada en el hospital y para información epidemiológica, pero el conocimiento del virus causal no modifica el manejo.

La evidencia ha demostrado que el diagnóstico de bronquiolitis se basa en los datos obtenidos de la historia clínica y el examen físico, es un diagnóstico eminentemente clínico. El término bronquiolitis hace referencia al primer episodio broncoobstructivo, en niños menores de dos años, de una enfermedad caracterizada por signos de infección de las vías respiratorias superiores (resfriado) 2 a 3 días previos, seguidos por la aparición de sibilancias, respiración sibilante o crepitantes finos inspiratorios de tono sibilante. Se caracteriza por inflamación aguda, edema y necrosis de las células epiteliales de las vías aéreas inferiores, aumento de la producción de moco y broncoespasmo. Las sibilancias pueden estar presentes, pero no son prerequisite para el diagnóstico. Puede existir fiebre asociada, no todos los lactantes la presentan, sin embargo, es raro encontrar temperaturas por encima de 39°C y quizá en estos lactantes es importante pensar en otra causa. Los casos severos

se presentan con cianosis. Los lactantes pequeños, particularmente los que tienen antecedente de prematuridad, presentan un episodio de apnea como primera manifestación de la bronquiolitis. Rara vez se observa un lactante tóxico (somnoliento, letárgico, irritable, pálido, moteado y taquicárdico), si presenta uno de estos signos debe buscarse otro diagnóstico.

- **Asma**

El asma es la enfermedad crónica más común en la infancia y la adolescencia. Existen diferentes definiciones de asma. AIEPI adopta la definición de GINA (*Global Strategy for Asthma Management and Prevention*) [4], que define el asma como “inflamación crónica de las vías aéreas en la que desempeñan un papel destacado determinadas células y mediadores celulares. La inflamación crónica causa un aumento asociado en la hiperreactividad de la vía aérea que conduce a episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, particularmente durante la noche o la madrugada. Estos episodios se asocian generalmente con un mayor o menor grado de obstrucción al flujo aéreo a menudo reversible de forma espontánea o con tratamiento”.

El asma puede ser diagnosticada a partir de síntomas y signos característicos como falta de aire, sibilancias, tos y presión torácica; generalmente episódicos, con empeoramiento nocturno o de madrugada y que pueden ser producidos por desencadenantes como las infecciones virales, el ejercicio, animales, tabaco y ambiente húmedo, entre otros.

El diagnóstico del asma en niños es más difícil que en adultos, porque las sibilancias episódicas y la tos son síntomas muy comunes, especialmente en niños menores tres años, y bajo el diagnóstico de asma se engloban enfermedades con clínica similar pero con etiopatogenia y tratamientos diferentes. La historia familiar de atopia es el factor de riesgo más importante en niños. La presencia de dermatitis atópica en el niño mayor de tres años aumenta el riesgo de desarrollar asma a los siete a diez años de edad. Existe también una asociación entre rinitis y asma, siendo muy importantes cuando están concomitantes, porque usualmente se orientan todos los esfuerzos a tratar el asma sin tratar la rinitis, lo que impide un buen control del asma.

## 2.1 ¿CÓMO EVALUAR A UN NIÑO CON TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?

**Gráfica 5.** Evaluación del niño con tos o dificultad respiratoria



**En todos los niños pregunte:**

### 👂 ¿Tiene el niño tos o dificultad para respirar?

La dificultad para respirar es cualquier patrón anormal de respiración. Las madres la describen de distintas maneras, tal vez digan que la respiración es “rápida”, “ruidosa”, “entrecortada” o “cansada”.

Si el cuidador contesta que NO, observe para ver si usted cree que el niño tiene tos o dificultad para respirar. Si no tiene tos ni dificultad para respirar, pase a la siguiente

pregunta sobre el próximo síntoma principal: diarrea. No siga evaluando al niño para ver si hay signos relacionados con la tos o dificultad para respirar.

Si el niño tiene tos o dificultad para respirar, hágale la pregunta siguiente:

### ¿Cuánto tiempo hace?

El niño que ha tenido tos o dificultad para respirar por más de 21 días tiene tos crónica. Puede tratarse de un signo de tuberculosis, asma, tos ferina u otro problema, debe investigar cuidadosamente y asegurar el abordaje adecuado.

### CONTAR las respiraciones en un minuto

La frecuencia respiratoria es el número de veces que respira el niño en un minuto. El niño debe estar tranquilo para observar y escuchar la respiración. Si el niño está asustado, lloroso o enojado, no se podrá obtener un recuento preciso de las respiraciones. La frecuencia respiratoria normal es más alta en niños menores de dos meses y de dos a 11 meses de edad que en niños de 12 meses a cinco años de edad. El cuadro siguiente muestra los límites de frecuencia respiratoria que definen cuando es rápida:

**Tabla 4.** Patrones de frecuencia respiratoria

SI EL NIÑO TIENE:	EL NIÑO TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA SI USTED CUENTA:
Menos de 2 meses	<b>60</b> respiraciones o más por minuto
2 a 11 meses	<b>50</b> respiraciones o más por minuto
12 meses a 5 años:	<b>40</b> respiraciones o más por minuto.

La frecuencia respiratoria está influenciada por la temperatura y otras condiciones, pero lo más importante para obtener un recuento confiable es tomarla con el niño tranquilo.

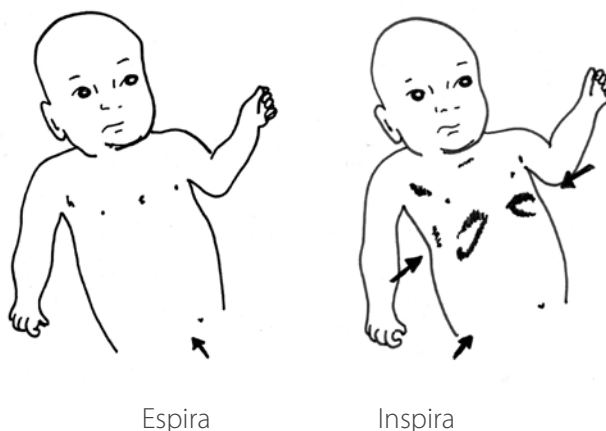
### OBSERVAR si hay tiraje subcostal

Existen múltiples definiciones de "retracciones" o tiraje, incluyendo retracción supraesternal, retracciones intercostales, retracción xifoidea y retracción subcostal. La retracción



supraesternal y xifoidea se presenta en los niños severamente enfermos con obstrucción de la vía aérea superior (laringotraqueítis) o compromiso respiratorio severo. Por el contrario, la retracción intercostal es muy sutil y ocurre en muchos niños, aún en aquellos con obstrucción nasal e infecciones leves del aparato respiratorio superior. La retracción o el tiraje subcostal indican uso de músculos abdominales y el diafragma en un niño con dificultad respiratoria, es por esto que es el más confiable para identificar la necesidad de manejo hospitalario.

El tiraje subcostal se identifica en los niños que requieren hospitalización con un rango de sensibilidad y especificidad alrededor de 70%. El tiraje subcostal debe ser bien definido y estar presente todo el tiempo, se observa que cuando el niño INSPIRA; la parte inferior de la pared torácica se contrae, porque realiza un esfuerzo mayor para respirar.



### 👁️ **OBSERVAR Y DETERMINAR SI presenta saturación de oxígeno baja**

La oximetría de pulso se ha convertido en el quinto signo vital en pediatría. Su importancia radica en que da en forma rápida y confiable el estado de oxigenación del paciente. Tiene algunas limitantes y es que requiere de un ritmo de perfusión para un buen funcionamiento, no registra adecuadamente cuando las extremidades del paciente están frías, no es confiable ante la presencia de carboxi o metahemoglobina y no aporta datos si el niño presenta choque o hipoperfusión.

Se recomienda medir la saturación de oxígeno en todo menor con tos o dificultad para respirar, una oximetría baja implica que el niño debe hospitalizarse o remitirse para hospitalizar y requiere inicio de oxígeno suplementario.

**Tabla 5.** Saturación de oxígeno

SI EL NIÑO VIVE A UNA ALTURA DE:	SE CONSIDERA OXIMETRÍA BAJA SI SE ENCUENTRA:
0 - 1500 msnm	Menor o igual a 94%
1501 – 2000 msnm	Menor o igual a 92%
2001 – 2500 msnm	Menor o igual a 90%
2501 – 3000 msnm	Menor o igual a 88%
3001 – 3500 msnm	Menor o igual a 85%
3501 – 4000 msnm	Menor o igual a 83%

### **ESCUCHAR Y AUSCULTAR si hay estridor**

El estridor es un ruido áspero que produce el niño al INSPIRAR. El estridor se produce por la obstrucción de la vía aérea superior por inflamación de la laringe, la tráquea o la epiglotis o por la presencia de un cuerpo extraño. La inflamación interfiere con el ingreso de aire a los pulmones y puede ser potencialmente mortal cuando la inflamación es tan severa que obstruye la vía aérea superior del niño. Un niño que presenta estridor cuando está en reposo tiene una obstrucción grave.

Los niños con estridor en reposo pueden tener o no respiración rápida o tiraje subcostal. La causa más común de estridor es la laringotraqueitis o crup viral, y en lactantes menores estridor laríngeo congénito. La epiglotitis es rara. Siempre que haya historia de estridor súbito o de atragantamiento o atoro, sospeche primero de un cuerpo extraño.

A fin de observar, escuchar y auscultar si hay estridor, fíjese cuando el niño INSPIRA. Luego escuche si hay estridor. Si la obstrucción de la vía aérea superior no es muy grave, sólo presentará estridor cuando llora o tose. Si la obstrucción de la vía aérea superior es severa, el estridor se escucha en reposo y a distancia, sin necesidad de auscultar al niño.

### **ESCUCHAR Y AUSCULTAR si hay sibilancias**

La sibilancia es un suave ruido que se escucha cuando el niño está ESPIRANDO. Escuche o ausculte el tórax en busca de sibilancias y observe si la espiración es dificultosa. La sibilancia es causada por un estrechamiento y obstrucción al paso del aire en los pulmones. Exhalar toma más tiempo del normal y requiere esfuerzo.



En los lactantes y niños por debajo de los dos años, el primer episodio de sibilancias puede ocurrir durante el periodo de lluvias y la bronquiolitis es usualmente la causa. En niños mayores y niños con episodios recurrentes de sibilancias, el asma es la causa más importante. Otras causas de sibilancias son menos comunes pero quizá aún causen morbilidad significativa; por ejemplo, otras infecciones respiratorias como la neumonía viral o por *Mycoplasma* pueden asociarse a sibilancias.

### En el niño con sibilancias, PREGUNTAR:

#### 👤 ¿Es el primer episodio? ¿Es recurrente?

Las posibles causas y el plan de manejo son diferentes dependiendo de lo recurrente del cuadro clínico. Un niño con episodios recurrentes de sibilancias podría tener asma, y requiere no solo un adecuado manejo de la crisis, sino tratamiento a largo plazo y controles ambulatorios adecuados. Este enfoque de manejo será muy diferente al tratamiento de un primer episodio sibilante en un lactante con bronquiolitis.

#### 👤 ¿Tiene cuadro gripal previo?

La presencia de un cuadro gripal precediendo el episodio sibilante en un lactante menor de 2 años, ayuda a sospechar bronquiolitis como posibilidad diagnóstica. Investigue si ha presentado cuadro gripal en los tres días previos al inicio de las sibilancias.

#### 👤 ¿Ha presentado apneas?

Apnea se denomina a cualquier pausa respiratoria mayor de 20 segundos o una pausa más corta asociada a cianosis, palidez, hipotonía o bradicardia. La apnea es una forma frecuente de presentación de la bronquiolitis en lactantes pequeños y obliga a hospitalizar, pero también la tos quintosa de la tosferina puede desencadenar apneas.

#### 👤 ¿Fue prematuro el niño?

La prematuridad es un factor de riesgo para padecer un proceso respiratorio más severo. Por esta razón, si el niño es menor de seis meses de edad, tiene antecedente de prematuridad y actualmente tiene bronquiolitis, tiene un riesgo mayor de complicaciones y muerte; por esto la necesidad de manejo hospitalario.

### OBSERVAR Y DETERMINAR:

#### 👤 ¿Está somnoliento, confuso o agitado?

La hipoxemia altera el estado de conciencia y son signos de gravedad en el niño con sibilancia la presencia de agitación, confusión o hipoxemia.

### 👂 ¿Tiene incapacidad para beber o hablar?

El niño con dificultad respiratoria o hipoxemia grave presenta como signo de severidad incapacidad para beber o hablar; la dificultad respiratoria no le permite realizar estas funciones.

## 2.2 CLASIFICAR UN NIÑO CON TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR

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

Cada cuadro de clasificación en los Cuadros de Procedimientos enumera signos clínicos de enfermedades y sus clasificaciones. Los cuadros se dividen en 3 columnas denominadas: signos, clasificar como y tratamiento. En su mayoría los cuadros comprenden tres o más hileras de color rojo, amarillo o verde, que indican la gravedad de la enfermedad.

**Gráfica 6.** Ejemplo de clasificación por colores

Inicie aquí →

SIGNOS	CLASIFICAR COMO	TRATAMIENTO
xxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxx	Xxxxxxx	
xxxxxxx Xxxxxxxx Xxxxxxxx	Xxxxxx	
Xxxxxxxx xxxxxxx Xxxxxxxx	Xxxxxx	

Para comenzar a utilizar los cuadros, debe iniciar por la columna de Signos (o la primera), en su parte superior y leer de arriba hacia abajo la columna para determinar si el niño presenta o no el signo. Cuando llegue a un signo que presente el niño, deténgase y clasifique según esa hilera. (En el ejemplo de arriba, se encuentra un signo de la segunda fila o amarilla). De esta forma usted

siempre asignará la clasificación más grave. Recuerde siempre iniciar por la hilera roja, o la primera, si no presenta ningún signo de la hilera o hileras rojas, pase a la hilera amarilla y observe si presenta alguno de estos signos, sino presenta ninguno, siga hacia abajo hasta llegar a la hilera verde. En cada cuadro de clasificación solo puede elegirse una categoría de riesgo, porque un niño no puede tener simultáneamente para un mismo problema un alto y bajo riesgo. Siempre se elegirá la clasificación más grave. Al finalizar toda la evaluación del niño, tendrá diferentes clasificaciones para cada problema de salud detectado, eso es integralidad.

Para clasificar al niño con **TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR**, primero evalúe si presenta sibilancias o estridor, si presenta algún ruido anormal clasifique la severidad de la **OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA**. Si no presenta ni estridor ni sibilancias, no utilice este cuadro de clasificación y siga con el siguiente cuadro de clasificar la **TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR**, para evaluar la posibilidad de una neumonía y la gravedad de ésta. En la clasificación del niño con tos o dificultad para respirar, solo puede existir UNA clasificación posible, que orienta al plan de manejo ideal del niño.

**Si el niño tiene estridor o sibilancias CLASIFIQUE LA OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA:**

Hay seis posibles maneras para clasificar al niño con sibilancias o estridor

- **CRUP GRAVE**
- **BRONQUIOLITIS GRAVE**
- **SIBILANCIA GRAVE O SIBILANCIA RECURRENTE GRAVE**
- **CRUP**
- **BRONQUIOLITIS**
- **SIBILANCIA O SIBILANCIA RECURRENTE**

**Tabla 6.** Clasificación del niño con sibilancias o estridor

<p><b>Estridor agudo y uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Somnoliento, confuso o agitado.</li> <li>• Tiraje subcostal y/o supraclavicular.</li> <li>• Saturación de oxígeno al aire ambiente baja.</li> <li>• Edad menor de 3 meses.</li> </ul>	<p><b>CRUP GRAVE</b></p>	<p><b>Hospitalizar o Referir URGENTEMENTE siguiendo las normas de estabilización y transporte "REFIERA"</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar oxígeno.</li> <li>• Administrar Dexametasona.</li> <li>• Nebulización con adrenalina.</li> </ul>
<p><b>Menor de 2 años de edad con un primer episodio sibilante, precedido de cuadro gripal hace 2 o 3 días y uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiraje subcostal.</li> <li>• Respiración rápida.</li> <li>• Apneas.</li> <li>• Saturación de oxígeno al aire ambiente baja.</li> <li>• Edad menor de 3 meses.</li> <li>• Edad menor de 6 meses y antecedente de prematuridad.</li> <li>• Síndrome de Down o enfermedades congénitas con compromiso cardiovascular o pulmonar.</li> </ul>	<p><b>BRONQUIOLITIS GRAVE</b></p>	<p><b>Hospitalizar o referir URGENTEMENTE según las normas de estabilización y transporte "REFIERA"</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar oxígeno.</li> <li>• Si tolera la vía oral, aumentar ingesta de líquidos y leche materna.</li> </ul>
<p><b>Sibilancias en el mayor de 2 años o sibilancias recurrentes a cualquier edad o sin criterios para clasificarse como BRONQUIOLITIS GRAVE Y uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapaz de hablar o de beber.</li> <li>• Somnoliento, confuso o agitado.</li> <li>• Tiraje subcostal o respiración rápida que no mejora con tratamiento en sala ERA.</li> <li>• Saturación de oxígeno al ingreso <math>\leq 84\%</math>.</li> <li>• Saturación de oxígeno al aire ambiente baja que no mejora con tratamiento en sala ERA.</li> <li>• Apneas.</li> </ul>	<p><b>SIBILANCIA GRAVE O SIBILANCIA RECURRENTE GRAVE</b></p>	<p><b>Hospitalizar o referir URGENTEMENTE siguiendo las normas de estabilización y transporte "REFIERA"</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar oxígeno.</li> <li>• Administrar un B<sub>2</sub> agonista cada 20 minutos por 3 veces.</li> <li>• Si es sibilancia recurrente, administrar la primera dosis de corticoesteroide.</li> </ul>
<p><b>Estridor agudo y:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin alteración de conciencia.</li> <li>• No tiene tiraje subcostal ni supraclavicular.</li> <li>• Saturación de oxígeno al aire ambiente normal.</li> <li>• Mayor de 3 meses de edad.</li> </ul>	<p><b>CRUP</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar una dosis de Dexametasona.</li> <li>• Clasificar la severidad del CRUP y continuar manejo y observación en el servicio según la clasificación.</li> </ul>



<p><b>Menor de 2 años de edad con un primer episodio sibilante precedido de cuadro gripal hace 2 o 3 días y:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● No tiene tiraje subcostal.</li> <li>● No tiene respiración rápida.</li> <li>● Sin apneas.</li> <li>● Saturación de O<sub>2</sub> al aire ambiente normal.</li> <li>● Mayor de 3 meses de edad.</li> <li>● Sin antecedente de prematuridad.</li> <li>● Prematuro mayor de 6 meses de edad.</li> <li>● Ausencia de síndrome de Down y otras enfermedades congénitas cardiovasculares y/o pulmonares.</li> </ul>	<p><b>BRONQUIOLITIS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aseo nasal con suero fisiológico cada 3 a 4 horas.</li> <li>● Aumentar ingesta de líquidos y leche materna.</li> <li>● Enseñar al cuidador a cuidar el niño en casa.</li> <li>● Enseñar al cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>● Consulta de seguimiento 2 días después.</li> </ul>
<p><b>Sibilancias en el mayor de 2 años o sibilancias recurrentes a cualquier edad o sibilancias y sin criterios para clasificarse en las anteriores y:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Puede hablar y beber.</li> <li>● Sin alteración de conciencia.</li> <li>● Saturación de oxígeno al ingreso &gt;84%.</li> </ul>	<p><b>SIBILANCIA O SIBILANCIA RECURRENTE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Iniciar tratamiento en sala ERA con esquema de B<sub>2</sub> agonista.</li> <li>● Si es sibilancia recurrente administrar la primera dosis de un corticoesteroide.</li> <li>● Volver a clasificar según esquema de tratamiento del niño con <b>SIBILANCIAS o CRISIS DE ASMA.</b></li> </ul>

En el niño con **TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR** que **NO** presenta estridor o sibilancias y no cumple con los criterios para clasificarse en el cuadro anterior, clasifique la **TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR** según el cuadro siguiente. Si ya tiene una clasificación en el cuadro de OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA, no requiere seguir clasificando la tos, solo debe tener UNA clasificación para este problema.

Hay tres posibles maneras para clasificar a un niño con tos o dificultad para respirar:

- **NEUMONÍA GRAVE**
- **NEUMONÍA**
- **TOS O RESFRIADO**

**Tabla 7.** Clasificación del niño con tos o dificultad para respirar

<p><b>Uno de los siguientes signos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualquier signo general de peligro.</li> <li>• Tiraje subcostal.</li> <li>• Apneas.</li> <li>• Saturación de O<sub>2</sub> al aire ambiente baja.</li> </ul>	<p><b>NEUMONÍA GRAVE</b></p>	<p><b>Hospitalizar o Referir URGENTEMENTE siguiendo las normas de estabilización y transporte ‘REFIERA’</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar oxígeno.</li> <li>• Realice una radiografía AP de tórax (si hay disponibilidad de reporte en las siguientes 6 horas).</li> <li>• Administrar la primera dosis de un antibiótico apropiado, si la radiografía evidencia neumonía o derrame.</li> <li>• Administrar la primera dosis de un antibiótico apropiado, si no hay disponibilidad de radiografía.</li> <li>• Tratar la fiebre.</li> <li>• Si hay neumonía severa que requiere UCI, descarte VIH.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiración rápida.</li> </ul>	<p><b>NEUMONÍA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realice una radiografía AP de tórax (si hay disponibilidad de reporte en las siguientes 6 horas).</li> <li>• Administrar la primera dosis de un antibiótico apropiado, si la radiografía evidencia neumonía o derrame.</li> <li>• Administrar la primera dosis de un antibiótico apropiado si no hay disponibilidad de radiografía.</li> <li>• Tratar la fiebre.</li> <li>• Aliviar los síntomas (obstrucción nasal y tos) con aseo nasal y bebidas endulzadas.</li> <li>• Enseñar al cuidador a cuidar el niño en casa.</li> <li>• Enseñar al cuidador los signos de alarma para volver de inmediato.</li> <li>• Hacer consulta de seguimiento 2 días después.</li> <li>• Enseñar medidas preventivas específicas.</li> <li>• Si hay neumonía a repetición (más de 2 al año), siga recomendación de protocolo de VIH.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tos y ninguno de los signos anteriores.</li> </ul>	<p><b>TOS O RESFRIADO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar la fiebre.</li> <li>• Aliviar los síntomas (obstrucción nasal y tos) con aseo nasal y bebidas endulzadas.</li> <li>• Enseñar a al cuidador a cuidar el niño en casa.</li> <li>• Enseñar a al cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>• Si no mejora, consulta de seguimiento 5 días después.</li> <li>• Si hace más de 21 días que el niño tiene tos, evalúelo según el cuadro de clasificación de Tuberculosis.</li> </ul>



A continuación se describen cada una de las clasificaciones anteriores:

### **CRUP GRAVE o LARINGOTRAQUEITIS GRAVE**

Un niño con estridor agudo que ingresa con alguno de los siguientes signos de gravedad de la columna roja se clasifica como **CRUP GRAVE**. Hospitalice o refiera urgentemente para observar y monitorear un mínimo de 24 horas, debe iniciarse oxígeno de inmediato, aplicar una dosis de Dexametasona y realizar una micronebulización con adrenalina, para asegurar la estabilidad hasta su ingreso en el servicio de referencia.

### **BRONQUIOLITIS GRAVE**

El niño clasificado como **BRONQUIOLITIS GRAVE** tiene un riesgo alto de complicaciones y requiere manejo hospitalario, son pacientes cuyo cuadro clínico puede empeorar en el transcurso de horas y requerir manejo en UCI, por lo tanto inicie oxígeno y hospitalice o refiera **URGENTEMENTE** a un nivel de mayor complejidad. Muchos son los tratamientos utilizados en el manejo de la bronquiolitis; actualmente todos los protocolos de medicina basados en evidencia demuestran que el tratamiento es muy diferente al del niño con asma y no se debe manejar como una crisis broncoobstructiva.

### **SIBILANCIA GRAVE O SIBILANCIA RECURRENTE GRAVE**

Un niño con sibilancias que no cumple criterios para clasificarse como bronquiolitis grave y consulta con signos de dificultad respiratoria severa o no respondió al tratamiento en sala **ERA**, se clasifica como **SIBILANCIA GRAVE O SIBILANCIA RECURRENTE GRAVE**. Hospitalice o refiera de inmediato con oxígeno y administración de B2 agonista cada 20 minutos. Además, si tiene historia previa de sibilancias, iniciar corticoesteroide.

### **CRUP O LARINGOTRAQUEITIS**

El niño que presenta estridor agudo sin los signos de alarma de la columna roja, se clasifica como **CRUP**. Recuerde descartar siempre el cuerpo extraño como diagnóstico diferencial. Esta clasificación no incluye a los pacientes con estridor crónico, los cuales deben ser estudiados de forma diferente para descartar una patología a nivel de la vía aérea alta como malacia, quistes, estrecheces, etcétera. Trate al niño clasificado como **CRUP** con una dosis de Dexametasona y clasifique la severidad de la obstrucción para definir si se trata en casa, requiere observación en el servicio o u necesita hospitalización.

## BRONQUIOLITIS

Un lactante menor de 2 años, con un primer episodio sibilante precedido de un cuadro gripal hace 2 a 3 días y que al ingreso no tiene ningún signo de riesgo de bronquiolitis grave se clasifica como **BRONQUIOLITIS**. El niño con **BRONQUIOLITIS** requiere un tratamiento diferente al niño con sibilancias de otra causa. Mantenga limpia la nariz de secreciones, aumente ingesta de líquidos y lactancia materna, y enseñe a al cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato. Si no empeora, requiere una consulta de seguimiento dos días después. Explique a al cuidador el curso de la enfermedad, la no necesidad de medicamentos y cómo cuidar al niño en el hogar.

## SIBILANCIA O SIBILANCIA RECURRENTE

Un niño con sibilancias, que no tiene signos de gravedad y no cumple los criterios para clasificarse en las anteriores, se clasifica como **SIBILANCIA O SIBILANCIA RECURRENTE**. Las sibilancias pueden tener múltiples etiologías, pasando por componente alérgico como el asma; reactivo, infeccioso como el Mycoplasma; etcétera. Trate al niño con sibilancias en sala ERA, con esquema broncodilatador adecuado y esteroide, si el proceso es recurrente. Clasifique de nuevo para definir la conducta a seguir. Recuerde que la presencia de sibilancias, disminuye en forma importante la posibilidad de etiología bacteriana, salvo que se trate de un cuadro de tipo broncoobstructivo asociado o desencadenado por una neumonía.

## NEUMONÍA GRAVE

Un niño con tos o dificultad para respirar y con cualquier signo general de peligro: o tiraje subcostal, o saturación baja de oxígeno o presencia de apneas, se clasifica como **NEUMONÍA GRAVE**. Si se dispone de radiografía de tórax, se debe realizar una imagen AP para confirmar la presencia de una neumonía y así iniciar racionalmente un antibiótico. Si no es posible obtener en las siguientes 6 horas la imagen o lectura de la radiografía, debe considerar la posibilidad de proceso bacteriano por la clínica e iniciar un antibiótico adecuado. Hospitalice o refiera urgentemente después de administrar la primera dosis de un antibiótico, inicie oxígeno y manténgalo durante el traslado. Recuerde que la hipoxemia es responsable de la mayoría de las muertes de los niños con neumonía. Si el niño además tiene fiebre trátela como se explica más adelante.

## NEUMONÍA

Un niño con tos o dificultad para respirar, que no cumple criterios para clasificarse en las anteriores, se clasifica como **NEUMONÍA**. Se recomienda realizar una radiografía simple del tórax en proyección anteroposterior, en la evaluación inicial de menores de 5 años de edad con neumonía, para definir el uso de un antibiótico empírico. Si no es posible la realización



de la radiografía, inicie un antibiótico adecuado. Enseñe a al cuidador cómo cuidar al niño en casa, cómo suministrar el antibiótico y los signos de alarma para regresar de inmediato. Indíquele cuándo volver a consulta de seguimiento y trate la fiebre, si la tiene. Enseñe medidas preventivas. Si ha tenido más de 2 episodios de neumonía en un año, estudie como se explica en el protocolo de VIH.

## TOS O RESFRIADO

El niño con tos y sin ningún otro signo para clasificar en las anteriores, se cataloga clasifica como **TOS O RESFRIADO**. El niño no necesita antibióticos para su tratamiento; el antibiótico no aliviará los síntomas ni servirá para prevenir que el cuadro clínico empeore y aparezca una neumonía. Pero al cuidador lleva a su hijo al servicio de salud porque está preocupada por la enfermedad del niño. Recomiéndele cuidados en el hogar; enséñele a aliviar los síntomas como la tos con bebidas endulzadas, líquidos frecuentes y el aseo de la nariz para aliviar la congestión nasal. Enseñe los signos de alarma para regresar de inmediato al servicio de salud y medidas preventivas específicas.

Un niño resfriado usualmente mejora en una a dos semanas. Pero un niño con tos persistente por más de 21 días puede tener tuberculosis, asma, tos ferina, rinitis, sinusitis u otro problema. Evalúe al niño con más de 21 días de tos según el cuadro de evaluación y clasificación **"TUBERCULOSIS"** que se encuentra en el capítulo correspondiente.

Trate además la fiebre y el malestar del niño con **TOS O RESFRIADO**, explique a al cuidador que aumente la ingesta de líquidos, que continúe alimentándolo y que vuelva a consulta de seguimiento si no hay mejoría en cinco días.



## EJERCICIO

En este ejercicio usted practicará cómo registrar los signos relacionados con la tos o la dificultad para respirar y cómo clasificar la enfermedad. Lea los casos siguientes, escriba los signos en la historia clínica y clasifique la enfermedad.

### CASO ANDREA

Andrea es una niña de 5 meses de edad, viven en Medellín y es traída por al cuidador a consulta por un cuadro de 3 días de evolución de rinorrea y fiebre baja, con tos que ha empeorado en el día de hoy. Refiere al cuidador que estando en la casa presentó un episodio de tos muy largo y al final dejó de respirar y la vio completamente morada, por lo que la trae de inmediato. En el camino comenzó a respirar normal nuevamente y ahora se ve bien, pero Catalina, al cuidador, se encuentra muy angustiada. Andrea nació por parto normal a término y no se ha enfermado antes. El hermano de 15 años está actualmente con gripa y mucha tos.

En el examen físico, Andrea pesó 6 kg, FC: 122 x', FR 40 x', Saturación al ingreso 94% y T: 36.5 °C. Andrea está despierta, está recibiendo seno y ha vomitado 3 veces hoy, con los episodios de tos, refiere al cuidador. No ha convulsionado, esta alerta y rosada. Al observar el tórax el médico contó 40 respiraciones por minuto, no se observa tiraje ni retracciones y Andrea está tranquila. A la auscultación los ruidos respiratorios son normales en ambos campos pulmonares. Durante el examen no presenta episodios de tos.

Utilice la información y clasifique a Andrea.

**AIEPI - ATENCIÓN DEL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS**

FECHA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ N° HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ CONSULTA EXTERNA: \_\_\_\_\_ URGENCIAS: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ CONSULTA INICIAL: \_\_\_\_\_ CONTROL: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: AÑOS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_ SEXO (F) (M)  
 NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN (barrio o vereda): \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO / CELULAR: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS IMPORTANTES:**

¿Cómo fue el embarazo? y ¿Cuánto duró? \_\_\_\_\_ ¿Cómo fue el parto? \_\_\_\_\_

PESO al nacer \_\_\_\_\_ g. TALLA al nacer \_\_\_\_\_ cm. ¿Presentó algún problema neonatal? \_\_\_\_\_

Enfermedades previas y hospitalizaciones: \_\_\_\_\_

TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C. FC: \_\_\_\_\_ /min. FR: \_\_\_\_\_ /min. TALLA: \_\_\_\_\_ cm. PESO: \_\_\_\_\_ Kg. PC: \_\_\_\_\_ cm. IMC: \_\_\_\_\_

**VERIFICAR SI EXISTEN SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL**

No puede beber o tomar del pecho \_\_\_\_\_ Letárgico o inconsciente: \_\_\_\_\_ **ENFERMEDAD MUY GRAVE**

Vomita todo \_\_\_\_\_ Convulsiones: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**¿TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**CRUP GRAVE**

Desde hace \_\_\_\_\_ días.

Primer episodio de sibilancias: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Sibilancias recurrentes: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Cuadro gripal últimos 3 días SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Antecedente prematuridad: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Respiración por minuto \_\_\_\_\_ Respiración rápida

Tiraje subcostal  $\text{SaO}_2 < 92\%$  (90% altura > 2.500 msnm)

Tiraje supraclavicular \_\_\_\_\_

Estridor \_\_\_\_\_ Sibilancias \_\_\_\_\_

Apnea \_\_\_\_\_ Incapacidad para hablar o beber \_\_\_\_\_

Somnoliento \_\_\_\_\_ Confuso \_\_\_\_\_ Agitado \_\_\_\_\_

BRONQUIOLITIS GRAVE

SIBILANCIA RECURRENTE (GRAVE)

CRUP

BRONQUIOLITIS

SIBILANCIA (RECURRENTE)

NEUMONÍA GRAVE

NEUMONÍA

TOS O RESFRIADO



## CASO CAMILA

Camila tiene 20 meses y es traída por su madre al hospital, en Bogotá, porque está con mucha tos y al cuidador no la observa bien. A las preguntas del médico sobre la enfermedad de Camila, al cuidador comenta que comenzó con tos el día de ayer, inicialmente leve como una gripa, pero ahora en la noche ha empeorado y cuando tose, le suena el pecho y la siente como "apretada".



Camila es una niña sana, asiste a la guardería desde los 6 meses y ha presentado varias gripas pero ninguna ha requerido hospitalización, siempre se maneja con suero en la nariz y remedios caseros. Fue prematura de 34 semanas y estuvo hospitalizada por 3 semanas, salió sin oxígeno y desde entonces no ha presentado ningún problema.

salió sin oxígeno y desde entonces no ha presentado ningún problema.

El médico examina a Camila, se observa incomoda, con episodios frecuentes de tos de perro durante la consulta y cuando llora está disfónica. El médico le pide a al cuidador que levante la camisa para observar el tórax y cuenta 36 respiraciones por minuto, tiene tiraje supraesternal, una saturación de 94% y FC 133 x'. Se escucha estridor a distancia solo con el llanto, y a la auscultación presenta sibilancias de fin de espiración y con el llanto y el esfuerzo se ausculta estridor inspiratorio.

Utilice la información suministrada y diligencie la historia clínica de Camila.

**AIEPI - ATENCIÓN DEL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS**

FECHA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ N° HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ CONSULTA EXTERNA: \_\_\_\_\_ URGENCIAS: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ CONSULTA INICIAL: \_\_\_\_\_ CONTROL: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: AÑOS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_ SEXO (F) (M)  
 NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN (barrio o vereda): \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO / CELULAR: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS IMPORTANTES:**

¿Cómo fue el embarazo? y ¿Cuánto duró? \_\_\_\_\_ ¿Cómo fue el parto? \_\_\_\_\_

PESO al nacer \_\_\_\_\_ g. TALLA al nacer \_\_\_\_\_ cm. ¿Presentó algún problema neonatal? \_\_\_\_\_

Enfermedades previas y hospitalizaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C. FC: \_\_\_\_\_ /min. FR: \_\_\_\_\_ /min. TALLA: \_\_\_\_\_ cm. PESO: \_\_\_\_\_ Kg. PC: \_\_\_\_\_ cm. IMC: \_\_\_\_\_

**VERIFICAR SI EXISTEN SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL**

No puede beber o tomar del pecho \_\_\_\_\_ Letárgico o inconsciente: \_\_\_\_\_ ENFERMEDAD MUY GRAVE

Vomita todo \_\_\_\_\_ Convulsiones: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**¿TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**CRUP GRAVE**

Desde hace \_\_\_\_\_ días.

Primer episodio de sibilancias: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Sibilancias recurrentes: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Cuadro gripal últimos 3 días SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Antecedente prematuridad: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Respiración por minuto \_\_\_\_\_ Respiración rápida

Tiraje subcostal SaO<sub>2</sub> <92% (90% altura > 2.500 msnm)

Tiraje supraclavicular \_\_\_\_\_

Estridor \_\_\_\_\_ Sibilancias \_\_\_\_\_

Apnea \_\_\_\_\_ Incapacidad para hablar o beber \_\_\_\_\_

Somnoliento \_\_\_\_\_ Confuso \_\_\_\_\_ Agitado \_\_\_\_\_

BRONQUIOLITIS GRAVE

SIBILANCIA RECURRENTE (GRAVE)

CRUP

BRONQUIOLITIS

SIBILANCIA (RECURRENTE)

NEUMONÍA GRAVE

NEUMONÍA

TOS O RESFRIADO





## EJERCICIO CON VÍDEO

Su facilitador realizará unos ejercicios con vídeo, utilice su cuadro de procedimientos para clasificar a los niños.



### 3. EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO CON DIARREA

Se estima que más de un millón y medio de niños menores de cinco años mueren por diarrea cada año. Ocho de cada diez de estas muertes ocurren en los primeros dos años de vida. Los niños menores de tres años en los países en desarrollo presentan en promedio tres episodios de diarrea cada año.

La mayoría de las muertes que ocurren por diarrea son producidas por deshidratación. La deshidratación producida por diarrea de cualquier etiología, se puede tratar en forma segura y efectiva en más de 90% de los casos mediante la rehidratación oral, utilizando una solución de sales y glucosa. La glucosa y una mezcla de varias sales conocidas como sales de rehidratación oral (SRO), se disuelven en agua para formar la solución de suero oral. Esta solución se absorbe en el intestino delgado aún en casos de diarrea abundante, reemplazando así el agua y los electrolitos que se pierden por las heces. Para prevenir la deshidratación en el hogar se puede utilizar la solución de SRO y otros líquidos adecuados.

La diarrea con sangre (disentería) y la diarrea persistente con desnutrición son también causas importantes de muerte. Los episodios repetidos de diarrea contribuyen a la desnutrición, son causa importante de talla baja en los primeros años de vida y producen mayor mortalidad en los niños desnutridos. Si se continúa la alimentación durante la enfermedad, pueden disminuirse los efectos adversos de la diarrea en el estado nutricional de los niños.

Después de 20 años de investigación, se ha desarrollado una solución de SRO mejorada. Esta solución, llamada de baja osmolaridad, reduce en 33% la necesidad de líquidos intravenosos suplementarios después de la rehidratación inicial, comparada con la solución de SRO-90 utilizada durante los últimos 30 años. La nueva solución de SRO-75 también reduce la incidencia de vómito en 30% y del volumen fecal en 20%. Esta nueva solución de SRO-75 de baja osmolaridad, es ahora la nueva fórmula recomendada oficialmente por la OMS y UNICEF. La mezcla de sales para disolver en un litro de agua es:

**Tabla 8.** Mezcla de sales para solución SRO 75

	<b>Gramos</b>
Cloruro de sodio	2.6
Glucosa anhidra	13.5
Cloruro de potasio	1.5
Citrato de sodio dihidratado	2.9

	<b>Gramos/litro</b>
Sodio	75
Cloro	65
Glucosa anhidra	75
Potasio	20
Osmolaridad total	10

El otro avance importante en el tratamiento de la enfermedad diarréica ha sido demostrar que la administración de un suplemento de Zinc durante los episodios de diarrea aguda disminuye su duración y gravedad, y además previene nuevos episodios de diarrea durante los dos a tres meses siguientes.

La deficiencia de Zinc es frecuente entre los niños de los países en vías de desarrollo. Se ha demostrado que el Zinc juega un papel crítico en las metaloenzimas, polirribosomas, membrana celular y función celular, de tal manera que resulta clave para el crecimiento celular y la función del sistema inmune.

Las bases del tratamiento integral de los niños con diarrea incluyen:

- La evaluación correcta del paciente.
- La terapia de rehidratación oral.
- La hidratación intravenosa en los casos de deshidratación grave.
- Continuar la alimentación durante la enfermedad.
- El empleo de antibióticos solo cuando están indicados (disentería, cólera e infecciones extraintestinales bacterianas).
- La administración de suplementos de zinc a todos los niños con diarrea.
- Recomendaciones sobre el tratamiento correcto en el hogar.
- Recomendaciones sobre las prácticas de alimentación y de higiene para la prevención de la diarrea.

### **Definición de diarrea:**

Se define epidemiológicamente a la diarrea como la eliminación de tres o más deposiciones inusualmente líquidas o blandas en un periodo de 24 horas. Lo más importante es la consistencia de las heces, más que el número de deposiciones. Las evacuaciones frecuentes de heces formadas no constituyen diarrea. Los bebés alimentados exclusivamente con leche materna tienen con más frecuencia deposiciones líquidas o muy blandas, esto tampoco es diarrea. Las madres generalmente saben cuándo sus hijos tienen diarrea. Es más práctico definir diarrea como el cambio de consistencia de las deposiciones, comparado con lo que al cuidador considera normal, más líquidas, por ejemplo.

### **Tipos clínicos de enfermedades diarréicas:**

- Diarrea aguda acuosa que dura de varias horas a varios días. El principal peligro es la deshidratación. También ocurre pérdida de peso, si no se continúa la alimentación en forma adecuada.



- Diarrea aguda con sangre también llamada disentería: el principal peligro es el daño de la mucosa intestinal, la sepsis y la desnutrición.
- Diarrea persistente que dura catorce días o más. El principal peligro es la desnutrición, sepsis y las infecciones extraintestinales severas, también puede ocurrir la deshidratación.
- Diarrea en niños con desnutrición severa (marasmo o kwashiorkor): los principales peligros son las infecciones sistémicas severas, deshidratación, falla cardíaca y la deficiencia de vitaminas y minerales. Este tipo de diarrea es la que genera más mortalidad.

El tratamiento de cada tipo de diarrea debe estar orientado a prevenir o tratar los principales peligros que cada uno presenta.

### **Deshidratación:**

Durante la diarrea hay una pérdida aumentada de agua y electrolitos: sodio, cloro, potasio y bicarbonato en las deposiciones líquidas. El agua y los electrolitos se pierden también a través del vómito, que con frecuencia acompaña a la diarrea. La deshidratación ocurre cuando estas pérdidas no son reemplazadas adecuadamente y se desarrolla el déficit de agua y electrolitos.

En los estadios iniciales de la deshidratación, no hay signos o síntomas. Estos van apareciendo cuando la deshidratación progresa e incluyen sed, inquietud o irritabilidad, disminución de la turgencia de la piel (signo del pliegue) y ojos hundidos.

Si se presenta deshidratación severa, sus efectos se vuelven más pronunciados y el paciente puede desarrollar evidencia de choque hipovolémico, incluyendo: alteración de la conciencia, oliguria, extremidades frías, pulso rápido y débil (el pulso radial puede ser indetectable), presión baja o indetectable y cianosis periférica. Si la rehidratación no se inicia rápidamente, ocurre la muerte.

### **Asociación entre diarrea y desnutrición**

Durante la diarrea disminuye la ingesta de alimentos, disminuye la absorción de nutrientes y aumentan los requerimientos nutricionales, lo que en forma combinada produce pérdida de peso y estancamiento en el crecimiento: el estado nutricional del niño se deteriora y cualquier grado de desnutrición preexistente puede empeorar, además la diarrea es más frecuente en niños desnutridos. A su vez, la desnutrición contribuye a que la diarrea pueda ser más severa y prolongada. Este círculo vicioso de DIARREA-DESNUTRICIÓN-DIARREA puede ser roto si:

Se da una dieta nutritiva, apropiada para la edad, cuando el niño está bien.

Se continúa dando alimentos ricos en nutrientes durante y después de la diarrea. Cuando se siguen estos pasos, se puede prevenir la desnutrición y se reduce en forma importante el riesgo de muerte por un futuro episodio de diarrea.

### **Etiología de las enfermedades diarreicas**

El estudio de la etiología de las enfermedades diarreicas es importante para conocer la situación epidemiológica en un país o en una región, en algunos casos, de difícil manejo. Sin embargo estos estudios son complejos y costosos, y no están al alcance de la mayor parte de los laboratorios clínicos. Aun contando con las técnicas de laboratorio más complejas no es posible conocer la causa de la diarrea en 20 a 40% de los casos.

En la práctica clínica, la mayoría de las veces no es necesario conocer la etiología para establecer un tratamiento adecuado, ya que las bases del tratamiento pueden aplicarse en todos los niños con diarrea, independientemente de la etiología.

Se ha demostrado que mientras más bajos son los niveles de saneamiento e higiene personal de una población, mayor es la importancia relativa de las bacterias en la etiología de la diarrea, en comparación con los virus. Aún más, los agentes bacterianos tienden a mostrar un notable aumento durante los meses cálidos del año en las zonas donde los cambios estacionales son marcados. En contraste, los rotavirus y otros virus generalmente manifiestan su incidencia mayor en la estación más fría del año.

El siguiente cuadro muestra los principales agentes causantes de diarrea aguda en lactantes y niños:

**Tabla 9.** Agentes causantes de diarrea aguda en lactantes y niños

AGENTE VIRUS	INCIDENCIA	COMENTARIOS
Rotavirus	Es responsable de 15 a 25% de los episodios de diarrea en los niños de 6 a 24 meses que consultan, y cerca del 50% de los niños hospitalizados por diarrea, pero únicamente del 5 a 10% de los casos en este grupo de edad en la comunidad. Distribución mundial. Se transmite por vía fecal-oral y posiblemente por gotas a través del aire. Mayor incidencia en las temporadas frías y secas.	Causa diarrea líquida, vómito y fiebre baja. Puede variar entre asintomático a diarrea con deshidratación que puede llevar a la muerte. Hay 5 serotipos de rotavirus epidemiológicamente importantes.
BACTERIAS		
<i>E. coli</i>	La <i>E. coli</i> causa más de la cuarta parte de todas las diarreas en los países en desarrollo. La transmisión usualmente ocurre por alimentos y agua contaminados.	Se reconocen 5 grupos de <i>E. coli</i> : entero-toxigénica, de adherencia localizada, de adherencia difusa, entero-invasiva y entero-hemorrágica.
<i>E. coli</i> (ETCE) enterotoxigénico	Es la mayor causa de diarrea aguda acuosa en los niños y adultos en los países en desarrollo, especialmente durante las estaciones calientes y húmedas.	Es la causa más común de la diarrea de los viajeros. La diarrea es autolimitada.
<i>E. coli</i> (ECAL) con adherencia localizada	Puede llegar a producir hasta el 30% de las diarreas agudas del lactante en algunas áreas urbanas. Muchas son adquiridas en el hospital.	Usualmente autolimitada, pero puede ser grave o causar diarrea persistente, especialmente en los menores de 6 meses alimentados con fórmula láctea
<i>E. coli</i> -ECAD con adherencia difusa	Está ampliamente diseminada y parece causar un pequeño número de diarreas en los lactantes.	

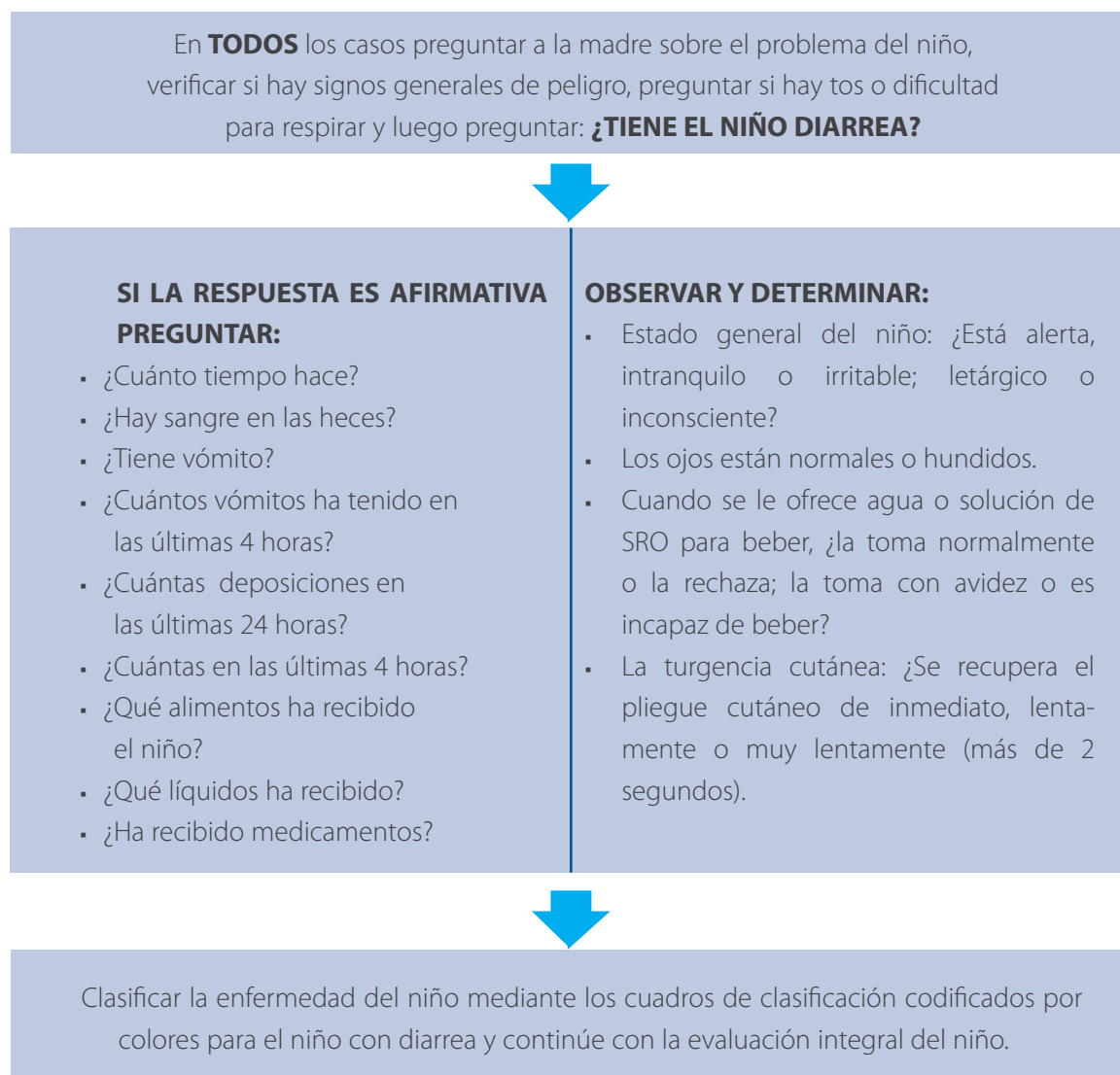
<p><i>E coli</i> (ECEI) Enteroinvasiva</p>	<p>Es poco frecuente en los países en desarrollo. Causa brotes en niños y adultos por contaminación de alimentos y sus síntomas son similares a la shigelosis.</p>	<p>Los antibióticos contra la <i>Shigella</i> son probablemente efectivos, pero la eficacia no se ha comprobado en estudios controlados.</p>
<p><i>E coli</i> (ECEH) Enterohemorrágica</p>	<p>Se encuentra en Europa y América, donde los brotes son causados por comer carne mal cocida.</p>	<p>Se caracteriza por un comienzo agudo de cólicos, fiebre baja o ausente y diarrea líquida que rápidamente se vuelve sanguinolenta. El serotipo más común asociado con el síndrome urémico hemolítico es O157-H7.</p>
<p><i>Shigella</i></p>	<p>Es causa de 10 a 15% de las diarreas agudas en los niños menores de 5 años y es la causa más común de diarrea con sangre en muchos países. El contagio se produce por contacto persona-persona o transmitida por agua o alimentos contaminados. La mayor incidencia es en las estaciones calientes.</p>	<p>Se subdivide en 4 serogrupos, el flexneri más común en países en desarrollo; sonnei más común en países desarrollados; dysenteriae tipo 1, causa epidemias de enfermedad grave con alta mortalidad; y boydii la menos común.</p> <p>La infección puede causar fiebre y diarrea acuosa o disentería, cólicos y tenesmo, con deposiciones escasas y frecuentes, con gran cantidad de leucocitos. La resistencia a los antibióticos es frecuente. La shigelosis es muy grave en niños desnutridos y en los no amamantados.</p>
<p><i>Campylobacter jejuni</i></p>	<p>Causa 5 a 15% de las diarreas en lactantes en el mundo, pero también se encuentra en sanos por lo que se desconoce la verdadera incidencia. La mayoría de los niños adquieren inmunidad durante el primer año de vida: se encuentra comúnmente en las heces de niños mayores sanos. Se disemina a través de la ingesta de pollos y otros animales.</p>	<p>La diarrea puede ser acuosa pero en un tercio de los casos después de uno a dos días aparecen heces disintéricas. El vómito no es común y la fiebre usualmente es baja.</p>
<p><i>Vibrio cholerae</i> 01 y 0139</p>	<p>El cólera es endémico en África, Asia y América Latina, donde ocurren epidemias anualmente, en las estaciones calientes y húmedas. Afecta con más frecuencia niños de 2 a 9 años y muchos son graves. La transmisión ocurre principalmente por agua y alimentos contaminados.</p>	<p>El 01 tiene 2 biotipos (Tor y clásico) y 2 serotipos (Ogawa e Inawa) que no tienen importancia para el tratamiento: han aparecido en muchos países cepas de 01 resistentes a tetraciclinas.</p>

<i>Salmonella</i> (no tifoidea)	Causa de 1 a 5% de los casos de gastroenteritis en los países más desarrollados. La infección usualmente resulta de la ingestión de productos de origen animal contaminados.	Hay más de 2000 serotipos, de los cuales 6 a 10 son los causantes de la mayoría de las gastroenteritis por salmonella. Causa diarrea aguda acuosa, con náuseas, dolor abdominal y fiebre, pero también diarrea con sangre. Los antibióticos pueden prolongar el estado de portador. Actualmente hay cepas resistentes en todo el mundo a Ampicilina, Cloranfenicol y Trimetoprim sulfametoxazol. Se encuentra con frecuencia asociada a casos de diarrea persistente.
<b>PROTOZOARIOS</b>		
<i>Giardia duodenalis</i>	Tiene distribución mundial, la prevalencia de la infección entre los niños pequeños alcanza 100% en algunas áreas. Los niños entre 1 a 5 años son los más infectados.	Puede producir diarrea aguda o persistente, algunas veces malabsorción con esteatorrea, dolor abdominal y sensación de saciedad. Sin embargo, la gran mayoría de las infecciones son asintomáticas.
<i>Entamoeba histolítica</i>	Distribución mundial y prevalencia muy variable. La incidencia aumenta con la edad y es mayor en los hombres adultos.	Al menos 90% de las infecciones son asintomáticas, causadas por cepas de <i>E. histolítica</i> no patógenas que no deberían ser tratadas. Es causa poco frecuente de disentería en niños. El diagnóstico de enfermedad invasiva requiere la identificación de trofozoitos hematófagos en las heces o en las úlceras del colon. Puede producir desde diarrea persistente moderada hasta disentería fulminante o absceso hepático.
<i>Cryptosporidium</i>	En los países en desarrollo puede ser causante del 5 a 15% de las diarreas de los niños; se trasmite por vía fecal-oral.	Se caracteriza por diarrea aguda acuosa. En desnutridos o inmunocomprometidos ocurre diarrea persistente, especialmente en aquellos con SIDA. En personas inmunocompetentes la diarrea es autolimitada.

### 3.1 ¿CÓMO EVALUAR A UN NIÑO CON DIARREA?

Cuando se evalúa a un niño con diarrea se tiene en cuenta la clasificación de la diarrea con respecto al tiempo de evolución y la presencia o no de sangre; pero desde el punto de vista clínico, la principal evaluación del niño está encaminada a determinar su estado de hidratación. La determinación del estado de hidratación debe ser la principal pauta de manejo en todo niño con enfermedad diarreica. AIEPI ha desarrollado un esquema de evaluación basado solo en cuatro signos de deshidratación, de fácil aplicación clínica, a partir de los cuales se clasifica al niño.

**Gráfica 7.** Evaluación del niño con diarrea.





**En TODOS los niños pregunte sobre la diarrea:****PREGUNTAR:****🗣️ ¿Tiene el niño diarrea?**

Refiérase a la diarrea con palabras que al cuidador entienda. Si al cuidador responde que NO, pregúntele sobre el próximo síntoma principal: Fiebre. No necesita seguir evaluando otros signos relacionados con la diarrea.

Si el cuidador responde que **SÍ**, o si ya había explicado que la diarrea era el motivo de consulta, escriba su respuesta. Luego evalúe al niño para ver si hay signos de deshidratación, diarrea persistente o disentería.

**PREGUNTAR:****🗣️ ¿Desde hace cuánto tiempo?**

La diarrea que dura 14 días o más es diarrea persistente. Dé tiempo a al cuidador para que conteste la pregunta.

**🗣️ ¿Hay sangre en las heces?**

Pregunte a al cuidador si ha visto sangre en las heces en las últimas 48 horas. Sangre en heces es sangre visible y no sangre oculta en un reporte de laboratorio.

**🗣️ ¿Tiene vómito? ¿Cuántas veces ha vomitado en las últimas 4 horas?**

Es usual que los niños tengan diarrea acompañada de vómito, a veces el vómito es muy frecuente y hace difícil el proceso de hidratación. Si el niño ha vomitado más de cuatro veces en cuatro horas, se considera vómito persistente.

**🗣️ ¿Cuántas deposiciones ha presentado en las últimas 24 horas? ¿Cuántas en las últimas 4 horas?**

También es importante conocer la magnitud de la diarrea. Si un niño ha tenido más de diez deposiciones en veinticuatro horas o más de cuatro en cuatro horas, se considera que tiene diarrea de alto gasto.

**👂 ¿Está recibiendo la alimentación? ¿Se ha hecho un cambio de la alimentación durante la enfermedad?**

Es importante conocer si el niño está recibiendo la alimentación en forma adecuada o si tiene muy poco apetito, pero recibe alimentos o líquidos. Algunos niños están tan enfermos que no reciben ningún alimento o líquido, pueden tener dolor o distensión abdominal, lo que también dificulta la alimentación.

**👂 ¿Le ha dado suero oral o algún otro líquido?**

Debe interrogarse sobre los líquidos que el niño está recibiendo. Muchas veces al cuidador está haciendo ya un manejo correcto de la enfermedad y es importante reconocerlo. Otras veces puede estar administrando líquidos que no son adecuados, los cuales se deben desaconsejar.

**👂 ¿Le ha dado algún medicamento?**

Es importante conocer si el niño viene recibiendo algún medicamento. Algunos deben desaconsejarse, la gran mayoría no son formulados por un profesional. Luego verifique si hay signos de deshidratación.

**OBSERVAR Y EXPLORAR para investigar los signos siguientes:**

**👁 El estado general del niño. ¿Está anormalmente somnoliento? ¿Está inquieto o irritable?**

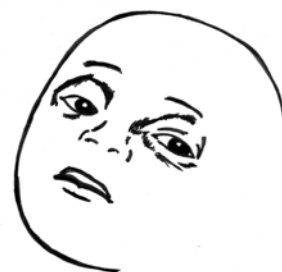
Cuando verificó los signos generales de peligro, observó si el niño estaba anormalmente somnoliento. Si el niño está letárgico o inconsciente, presenta un signo general de peligro. Utilícelo para clasificar el estado de hidratación.

Un niño presenta el signo de "inquieto o irritable" si está en este estado todo el tiempo o cada vez que lo tocan o mueven. Si está tranquilo cuando está tomando el pecho pero vuelve a estar inquieto o irritable cuando deja de mamar, presenta el signo intranquilo o irritable. Muchos niños se molestan por el sólo hecho de estar en el servicio de salud. Por lo común es posible consolar y calmar, en cuyo caso el signo no está presente.



### 👁️ **Si los ojos están hundidos**

Los ojos hundidos son un signo de deshidratación. A veces no es fácil percibir si los ojos están hundidos o no. Lo que es imperceptible para el médico quizá sea claramente perceptible para el cuidador. Se pregunta al cuidador si nota algo distinto en los ojos. En un niño gravemente desnutrido, los ojos siempre pueden parecer hundidos, incluso si el niño no está deshidratado. A pesar de ser este signo menos confiable en el niño con marasmo, utilícelo para la clasificación.



### 🕒 **Cuando se ofrece agua o SRO, ¿el niño toma normalmente, lo rechaza, lo toma ávidamente o no puede beber?**

Se solicita al cuidador que ofrezca al niño líquido en una taza o cuchara. Se observa cómo bebe. El niño no puede beber si no es capaz de llevar líquido a la boca y tragarlo. Un niño bebe mal si está demasiado débil y necesita ayuda para hacerlo. Sólo puede tragar cuando se le pone líquido en la boca. El niño posee el signo "bebe ávidamente con sed", si es evidente que desea beber. Se observa si el niño intenta alcanzar la taza y la cuchara cuando se le ofrece líquido. Cuando se le retira el agua, se observa que se enoja porque quiere beber más. Si el niño toma un sorbo solo porque se le incita a hacerlo y no quiere más, no presenta el signo "bebe ávidamente, con sed".

### 👁️ **El signo del pliegue: ¿La piel plegada vuelve de inmediato, lentamente o muy lentamente?**

Se solicita al cuidador que coloque al niño en la camilla acostado boca arriba con los brazos a los costados del cuerpo (no sobre la cabeza) y las piernas extendidas. Se localiza la región del abdomen entre el ombligo y el costado. Para hacer el pliegue cutáneo, se utilizan los pulpejos de los dedos pulgar e índice: no se emplea la punta de los dedos porque causará dolor. Se coloca la mano de modo que, cuando se pliegue la piel, se forme un pliegue longitudinal en relación con el cuerpo del niño y no transversal. Se levantan firmemente todas las capas de la piel y el tejido por debajo de ellas. Se pliega la piel durante un segundo, luego se suelta y se evalúa si la piel retorna:

- **Normal:** eso quiere decir inmediatamente, no se observa pliegue.
- **Lentamente:** el pliegue es visible por menos de dos segundos.
- **Muy lentamente:** el pliegue es visible por dos segundos o más. En un niño con marasmo la piel puede volver a su lugar lentamente incluso cuando no está deshidratado. En un niño con sobrepeso o edema, la piel puede volver a su lugar inmediatamente aún si está deshidratado. Si bien el pliegue cutáneo es menos claro en estos niños, utilícelo para clasificar la deshidratación.



Hay algunos errores comunes que se deben evitar:

- Plegar la piel muy cerca de la línea media o muy lateral
- Plegar la piel en sentido horizontal
- No plegar una cantidad suficiente de piel
- Liberar la piel con los dedos cerrados

#### **👁️ Observe si el llenado capilar es lento**

El llenado capilar lento (>dos segundos) es un signo temprano de choque hipovolémico, pero un signo tardío de deshidratación. Utilice este signo cuando un niño desnutrido tenga el signo de pliegue que desaparece muy lentamente y usted tenga dudas sobre la presencia de deshidratación grave.



## EJERCICIO

1. Observe las fotografías 1 y 2. Lea la explicación correspondiente a cada una.

**Fotografía 1:** los ojos de este niño están hundidos.

**Fotografía 2:** cuando se pliega la piel, ésta vuelve a su lugar muy lentamente.

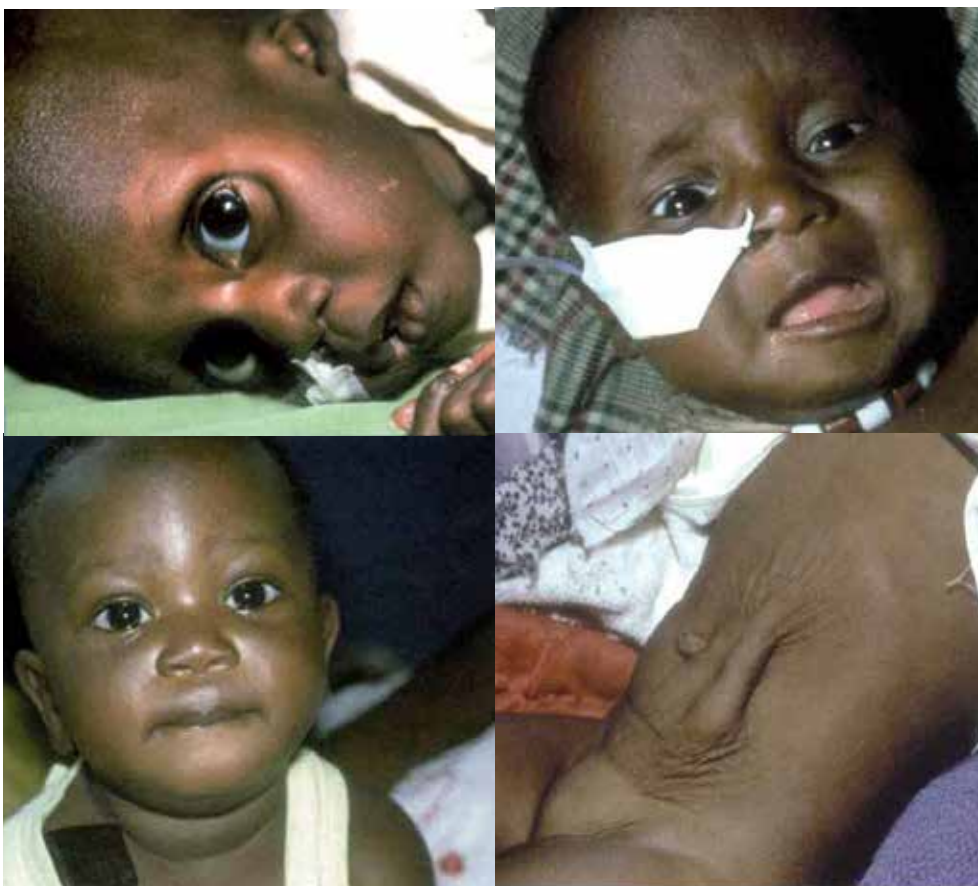
**Fotografía 1:**



**Fotografía 2:**



**Fotografías:** Observe los ojos de estos niños. ¿Están hundidos?



**Observe el pliegue.** ¿Vuelve la piel a su lugar lentamente o muy lentamente?

## 3.2 ¿CÓMO CLASIFICAR AL NIÑO CON DIARREA?

La diarrea se puede clasificar según:

- El estado de hidratación.
- El tiempo de duración de la diarrea.
- La presencia de sangre en las heces.

### 3.2.1 CLASIFICAR EL ESTADO DE HIDRATACIÓN EN TODO NIÑO QUE CONSULTA POR DIARREA

Hay cuatro clasificaciones posibles para el estado de hidratación del niño con diarrea:

- **DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE**
- **DIARREA CON ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN**
- **DIARREA CON ALTO RIESGO DE DESHIDRATACIÓN**
- **DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN**

**Tabla 10.** Clasificación del estado hidratación en niños con diarrea

<p><b>Dos de los siguientes signos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letárgico o inconsciente.</li> <li>• Ojos hundidos.</li> <li>• No puede beber o bebe con dificultad.</li> <li>• El pliegue cutáneo se recupera muy lentamente (<math>\geq 2</math> segundos).</li> </ul>	<p><b>DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Si tiene otra clasificación grave: Hospitalizar o referir URGENTEMENTE según las normas de estabilización y transporte "REFIERA"</b></li> <li>• Si el niño no tiene otra clasificación grave: Hidratar como se describe en el PLAN C.</li> </ul>
<p><b>Dos de los siguientes signos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intranquilo o irritable.</li> <li>• Ojos hundidos.</li> <li>• Bebe ávidamente con sed.</li> <li>• El pliegue cutáneo se recupera lentamente (&lt;2 segundos).</li> </ul>	<p><b>DIARREA CON ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Si tiene otra clasificación grave Hospitalizar o referir URGENTEMENTE según las normas de estabilización y transporte "REFIERA"</b></li> <li>• Hidratar como se describe en el PLAN B con SRO.</li> <li>• Suplementación terapéutica con zinc.</li> <li>• Continuar la lactancia materna.</li> <li>• Enseñar a al cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>• Consulta de control 2 días después si la diarrea continúa.</li> </ul>

<p><b>Uno de los siguientes signos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarrea de alto gasto.</li> <li>• Vómito persistente.</li> <li>• Rechazo a la vía oral.</li> </ul>	<p><b>DIARREA CON ALTO RIESGO DE DESHIDRATACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Si tiene otra clasificación grave Hospitalizar o referir URGENTEMENTE según las normas de referencia.</b></li> <li>• Dar SRO y alimentos en la institución, PLAN A SUPERVISADO.</li> <li>• Suplementación terapéutica con zinc.</li> <li>• Reevaluar mientras administra PLAN A, si persiste alto gasto o vomito o no recibe los líquidos hospitalizar o remitir para tratamiento.</li> <li>• Continuar la lactancia materna.</li> <li>• Enseñar a al cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>• Consulta de control 2 días después si la diarrea continúa.</li> </ul>
<p>No hay suficientes signos para clasificarse en ninguna de las anteriores.</p>	<p><b>DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN</b></p>	<p>Dar líquidos y alimentos para tratar la diarrea en casa PLAN A.                  Suplementación terapéutica con zinc.                  Enseñar a al cuidador los signos de alarma para volver de inmediato.                  Consulta de control 2 días después si la diarrea continua.                  Enseñar medidas preventivas específicas.</p>

### DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE

Clasifique la deshidratación como DESHIDRATACIÓN GRAVE si el niño tiene dos de los signos de la hilera roja. El tratamiento que se prefiere para los niños con DESHIDRATACIÓN GRAVE es la rehidratación rápida por vía intravenosa, siguiendo el PLAN C. Cuando sea posible se ingresará al niño en un hospital. Este niño tiene un déficit hídrico mayor del 10% del peso corporal, es decir, más de 100 ml/kg en menores de dos años. Más adelante aprenderá todo sobre el PLAN C. Pero si el niño tiene otra clasificación grave diferente a la de DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE, hospitalícelo o refiéralo urgentemente y no demore su referencia por hidratar completamente, siga todas las recomendaciones de referencia y transporte "REFIERA".

### DIARREA CON ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN

Si el niño no se clasifica en la hilera roja y presenta dos de los signos de la hilera amarilla, se clasifica como DIARREA CON ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN. El niño tiene un déficit de líquido entre el 5 y el 10% del peso corporal, es decir de 50 a 100 ml/kg, con un promedio de 75 ml/kg y deben recibir un tratamiento de rehidratación oral con suero de baja osmolaridad en un establecimiento de salud, siguiendo el PLAN B, según se describe más adelante. En estos casos también se debe administrar suplemento de zinc como se describirá.





## DIARREA CON ALTO RIESGO DE DESHIDRATACIÓN

Si el niño no tiene signos suficientes para clasificarlo con algún grado de deshidratación, pero tiene vómito persistente, diarrea de alto gasto, o según refiere al cuidador el niño no quiere recibir ningún líquido ni alimento, se clasifica como DIARREA CON ALTO RIESGO DE DESHIDRATACIÓN. En este caso es preferible observarlo unas horas en la institución e iniciar el Plan A SUPERVISADO. Se observará la tolerancia a la vía oral, el vómito y el gasto fecal. Si el niño se recupera, recibe líquidos y alimentos y el gasto fecal no es alto, se puede enviar a la casa con instrucciones. Si continúa con vómito persistente o diarrea de alto gasto, es preferible hospitalizarlo o remitirlo.

## DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN

Los niños que no tuvieron criterios para clasificarse como DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE, O DIARREA CON ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN O DIARREA CON ALTO RIESGO DE DESHIDRATACIÓN, se clasifican como **DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN**.

El niño tiene un déficit de líquidos menor al 5%, es decir menos de 50 ml/kg en menores de dos años y necesita seguir el PLAN A para ser tratado en el hogar. El PLAN A incluye cinco reglas:

- **Primera regla:** dar más líquido de lo habitual para prevenir la deshidratación, incluyendo suero de rehidratación de baja osmolaridad.
- **Segunda regla:** Seguir dando alimentos al niño para prevenir la desnutrición.
- **Tercera regla:** Administrar suplemento de zinc al niño, todos los días durante 10 a 14 días.
- **Cuarta regla:** Enseñar a al cuidador los signos de alarma para consultar de inmediato.
- **Quinta regla:** Enseñar medidas preventivas.

### 3.2.2 CLASIFICAR AL NIÑO CON DIARREA PERSISTENTE

Es la diarrea con o sin sangre, de comienzo agudo, que se prolonga por 14 días o más, se acompaña generalmente de pérdida de peso y a menudo de infecciones extraintestinales graves. Muchos niños que tienen diarrea persistente están desnutridos antes de que comience la diarrea. La diarrea persistente casi nunca ocurre en los lactantes amamantados exclusivamente. Se deben examinar cuidadosamente los antecedentes para confirmar que se trata de diarrea y no de heces blandas o pastosas repetidas varias veces al día, lo que es normal en los lactantes amamantados.

Clasifique al niño con DIARREA PERSISTENTE así:

- **DIARREA PERSISTENTE GRAVE**
- **DIARREA PERSISTENTE**

**Tabla 11.** Clasificación del niño con diarrea persistente

<p><b>Uno de los siguientes signos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Se encuentra deshidratado.</li> <li>● Edad menor de 6 meses.</li> </ul>	<p><b>DIARREA PERSISTENTE GRAVE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Hospitalizar o referir siguiendo las normas de estabilización y transporte “REFIERA”</b></li> <li>● Tratar la deshidratación antes de enviar al hospital a menos que tenga otra clasificación grave.</li> <li>● Administrar dosis adicional de vitamina A.</li> <li>● Descartar VIH según protocolo.</li> </ul>
<p><b>Todos los siguientes signos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● No tiene deshidratación.</li> <li>● Edad mayor de 6 meses.</li> </ul>	<p><b>DIARREA PERSISTENTE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enseñar a al cuidador cómo alimentar al niño con DIARREA PERSISTENTE.</li> <li>● Suplementación terapéutica con Zinc.</li> <li>● Administrar una dosis adicional de vitamina A.</li> <li>● Administrar suplemento de vitaminas y minerales.</li> <li>● Enseñar a al cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>● Consulta de seguimiento 2 días después.</li> <li>● Enseñar medidas preventivas.</li> <li>● Descartar VIH, según protocolo.</li> </ul>

### DIARREA PERSISTENTE GRAVE

Un niño que presenta un cuadro de diarrea que se prolonga por 14 días o más y tiene cualquiera de las clasificaciones de deshidratación o una edad menor a seis meses, se clasifica como DIARREA PERSISTENTE GRAVE. El objetivo del tratamiento del niño es recuperar el estado nutricional y la función intestinal normal; esto consiste en dar líquidos apropiados para manejar la deshidratación, alimentación nutritiva que no empeore la diarrea, suplementos vitamínicos y minerales, incluyendo el zinc por 14 días. El manejo hospitalario se debe realizar hasta que la enfermedad se estabilice, disminuya la diarrea, se corrijan los signos de deshidratación y se logre ingesta de alimentos y líquidos orales, para mantener la adecuada hidratación y frenar el desplome nutricional.

### DIARREA PERSISTENTE

El niño con DIARREA PERSISTENTE tiene un cuadro de diarrea que se prolonga por 14 días o más, se encuentra hidratado y tiene una edad de seis meses o mayor. Estos niños pueden manejarse en casa haciendo un seguimiento cuidadoso para comprobar que están mejorando. El tratamiento se basa en prevenir la deshidratación, dar alimentación nutritiva, administrar suplementos vitamínicos y minerales complementarios, incluyendo Zinc y vitamina A adicional, vigilando la respuesta al tratamiento.



### 3.2.3 CLASIFICAR AL NIÑO CON DIARREA CON SANGRE EN LAS HECES

Hay una sola clasificación para el niño con diarrea con sangre en las heces: **DISENTERÍA**

**Tabla 12.** Clasificación del niño con diarrea con sangre

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangre en las heces.</li> </ul>	<p><b>DISENTERÍA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar un antibiótico apropiado.</li> <li>• Suplementación terapéutica con Zinc.</li> <li>• Tratar la deshidratación según el plan indicado.</li> <li>• Hacer consulta de seguimiento 2 días después.</li> <li>• Enseñar a al cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>• Enseñar medidas preventivas específicas.</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------------	--------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### DISENTERÍA

Clasifique al niño con diarrea y sangre **visible** en las heces como **DISENTERÍA**. Considere positivo este signo si ha presentado sangre visible en las últimas 48 horas. No se considera disentería la sangre oculta en heces u ocasionales hematíes en una muestra de laboratorio. Todos los niños con **DISENTERÍA** requieren líquidos (SRO de baja osmolaridad) para tratar y prevenir la deshidratación y se deben alimentar de forma adecuada para evitar la desnutrición. Además deben recibir tratamiento antibiótico adecuado para la Shigella sp. La disentería producida por Shigella sp usualmente se acompaña de fiebre alta, las deposiciones inicialmente son acuosas pero se vuelven mucosas, sanguinolentas y pueden tener aspecto purulento.

Otras bacterias como la Salmonella no typhi, o Campylobacter jejuni pueden producir diarreas acuosas con pintas de sangre y otras como el E. coli entero-hemorrágico pueden producir diarreas con mucha sangre, casi como una enterorragia.

La amebiasis como causa de diarrea con sangre es muy poco frecuente en los niños, produce menos de 3% de los episodios.

Considerando que la disentería ocasionada por Shigella sp puede producir complicaciones y que su curso mejora con el uso de antimicrobianos, la OMS recomienda tratar a todos los niños con diarrea con sangre, con un antibiótico que sea adecuado para Shigella sp.

La evaluación del niño con disentería debe incluir una adecuada historia clínica y examen físico con palpación abdominal para descartar la posibilidad de una invaginación intestinal.

Además del tratamiento antibiótico debe recibir suplementación con zinc y al cuidador debe comprender los signos de alarma para regresar de inmediato al servicio de salud. Se debe hacer control a los dos días para evaluar la evolución.

## EJERCICIO

### CASO CAMILO



Camilo tiene 18 meses de edad y lo trae la abuela a consulta porque hace un mes tiene diarrea. El médico le pregunta qué ha pasado con Camilo desde el inicio de la enfermedad. La abuela cuenta que inició con diarrea, los primeros 3 días líquidas y luego tenían moco y sangre, el médico le formuló metronidazol, ampicilina y antidiarreico, pero persistió con la diarrea. La sangre duró unos 3 días, estaba en esa fase inicial con fiebre y desde hace 3 semanas persiste con deposiciones líquidas, más o menos entre 7 y 10 por día, pero estaba comiendo bien; en la casa recibía jugo de guayaba y gelatina todos los días,

se suspendió la leche, se estaba manejando con caldos. Pero hoy consulta porque en los últimos dos días ya no quiere comer, hoy está muy enfermo, se ve pálido y decaído.

El médico observa a Camilo, tiene FC 140 x', FR 28 x', T° 36,2°C, Peso 9 kg. No ha convulsionado, no está vomitando, recibe líquidos, aunque en menor cantidad y está despierto. Le pregunta a la abuela si ha tenido tos, la abuela refiere que no. Inicia la evaluación de la diarrea, y le pregunta: ¿me dice que hace 1 mes tiene diarrea? -Sí, doctor- responde la abuela, todos los días desde hace 4 semanas. -¿Me dijo que tenía sangre en las heces? -sí, doctor, la primera semana, en esta ya mejoró. Al observar, el médico encuentra a Camilo alerta pero muy decaído, con aspecto de enfermo; los ojos están hundidos; el pliegue cutáneo esta lento, menos de 2 segundos; no quiere recibir líquidos, solo sorbos ocasionales, pero no ha vomitado. El abdomen se observa distendido, con ruidos intestinales disminuidos, pero es blando y sin dolor. No se palpan masas. Tiene pulsos adecuados y buen llenado capilar.

No hay antecedentes de importancia, según refiere la abuela, come poco, pero nunca lo han hospitalizado.

Escriba los signos de Camilo en la historia clínica y clasifíquelo.



**AIEPI - ATENCIÓN DEL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS**

FECHA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ N° HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ CONSULTA EXTERNA: \_\_\_\_\_ URGENCIAS: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ CONSULTA INICIAL: \_\_\_\_\_ CONTROL: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: AÑOS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_ SEXO (F) (M)  
 NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN (barrio o vereda): \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO / CELULAR: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS IMPORTANTES:**

¿Cómo fue el embarazo? y ¿Cuánto duró? \_\_\_\_\_ ¿Cómo fue el parto? \_\_\_\_\_  
 PESO al nacer \_\_\_\_\_ g. TALLA al nacer \_\_\_\_\_ cm. ¿Presentó algún problema neonatal? \_\_\_\_\_  
 Enfermedades previas y hospitalizaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C. FC: \_\_\_\_\_ /min. FR: \_\_\_\_\_ /min. TALLA: \_\_\_\_\_ cm. PESO: \_\_\_\_\_ Kg. PC: \_\_\_\_\_ cm. IMC: \_\_\_\_\_

**VERIFICAR SI EXISTEN SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL**

No puede beber o tomar del pecho \_\_\_\_\_ Letárgico o inconsciente: \_\_\_\_\_ ENFERMEDAD MUY GRAVE  
 Vomita todo \_\_\_\_\_ Convulsiones: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**¿TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_****CRUP GRAVE**

Desde hace \_\_\_\_\_ días.  
 Primer episodio de sibilancias: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Sibilancias recurrentes: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Cuadro gripal últimos 3 días SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Antecedente prematuridad: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Respiración por minuto \_\_\_\_\_ Respiración rápida \_\_\_\_\_  
 Tiraje subcostal SaO<sub>2</sub> <92% (90% altura > 2.500 msnm)  
 Tiraje supraclavicular \_\_\_\_\_  
 Estridor \_\_\_\_\_ Sibilancias \_\_\_\_\_  
 Apnea \_\_\_\_\_ Incapacidad para hablar o beber \_\_\_\_\_  
 Somnoliento \_\_\_\_\_ Confuso \_\_\_\_\_ Agitado \_\_\_\_\_

BRONQUIOLITIS GRAVE  
 SIBILANCIA RECURRENTE (GRAVE)  
 CRUP  
 BRONQUIOLITIS  
 SIBILANCIA (RECURRENTE)  
 NEUMONÍA GRAVE  
 NEUMONÍA  
 TOS O RESFRIADO

**¿TIENE DIARREA?****SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_**

Desde hace \_\_\_\_\_ días.  
 ¿Hay sangre en las heces? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene vómito? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 # Vómitos en las últimas 24 h \_\_\_\_\_  
 # Diarreas en las últimas 24 h \_\_\_\_\_  
 # Diarreas en las últimas 4 h \_\_\_\_\_  
 OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Letárgico o comatoso \_\_\_\_\_  
 Intranquilo o irritable \_\_\_\_\_  
 Ojos hundidos \_\_\_\_\_  
 Bebe mal o no puede beber \_\_\_\_\_  
 Bebe ávidamente con sed \_\_\_\_\_  
 Pliegue cutáneo: Inmediato \_\_\_\_\_ Lento \_\_\_\_\_ Muy lento \_\_\_\_\_

DESHIDRATACIÓN GRAVE  
 ALGÚN GRADO DESHIDRATACIÓN  
 ALTO RIESGO DESHIDRATACIÓN  
 SIN DESHIDRATACIÓN  
 DIARREA PERSISTENTE GRAVE  
 DIARREA PERSISTENTE  
 DISENTERÍA



## CASO HÉCTOR



Claudia trajo a su hijo Héctor de siete meses de edad porque está con diarrea y fiebre hace tres días, inicialmente sólo cuatro a cinco deposiciones líquidas por día. Está comiendo muy bien y ha recibido remedios caseros que le recomendó su madre. Esta es la consulta inicial por este problema, Claudia y su familia viven en Tumaco. Hoy consulta porque anoche Luis vomitó dos veces y desde que se levantó, hace 5 horas, lleva diez episodios de vómito y ocho deposiciones líquidas con moco y sin sangre. Además lo observa completamente pálido y decaído. En la historia se anotaron los siguientes datos: Peso 7,5 kg, Talla 68 cm, T: 37.5 °C.

El médico pregunta a al cuidador si Héctor ha sufrido de alguna enfermedad antes, al cuidador dice que sí, que tiene cuadros de tos todos los meses, que han sido manejados con inhaladores, pero nunca han requerido hospitalización. Cuando el médico observa a Héctor, lo encuentra así:



Evalúe y clasifique a Héctor en la historia clínica.

**AIEPI - ATENCIÓN DEL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS**

FECHA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ N° HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ CONSULTA EXTERNA: \_\_\_\_\_ URGENCIAS: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ CONSULTA INICIAL: \_\_\_\_\_ CONTROL: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: AÑOS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_ SEXO (F) (M)  
 NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN (barrio o vereda): \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO / CELULAR: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS IMPORTANTES:**

¿Cómo fue el embarazo? y ¿Cuánto duró? \_\_\_\_\_ ¿Cómo fue el parto? \_\_\_\_\_  
 PESO al nacer \_\_\_\_\_ g. TALLA al nacer \_\_\_\_\_ cm. ¿Presentó algún problema neonatal? \_\_\_\_\_  
 Enfermedades previas y hospitalizaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C. FC: \_\_\_\_\_/min. FR: \_\_\_\_\_/min. TALLA: \_\_\_\_\_ cm. PESO: \_\_\_\_\_ Kg. PC: \_\_\_\_\_ cm. IMC: \_\_\_\_\_

**VERIFICAR SI EXISTEN SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL**

No puede beber o tomar del pecho \_\_\_\_\_ Letárgico o inconsciente: \_\_\_\_\_ ENFERMEDAD MUY GRAVE  
 Vomita todo \_\_\_\_\_ Convulsiones: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**¿TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_****CRUP GRAVE**

Desde hace _____ días.	Respiración por minuto _____ Respiración rápida
Primer episodio de sibilancias: SI _____ NO _____	Tiraje subcostal SaO <sub>2</sub> <92% (90% altura > 2.500 msnm)
Sibilancias recurrentes: SI _____ NO _____	Tiraje supraclavicular _____
Cuadro gripal últimos 3 días SI _____ NO _____	Estridor _____ Sibilancias _____
Antecedente prematuridad: SI _____ NO _____	Apnea _____ Incapacidad para hablar o beber _____
OBSERVACIONES: _____	Somnoliento _____ Confuso _____ Agitado _____
_____	

BRONQUIOLITIS GRAVE  
 SIBILANCIA RECURRENTE (GRAVE)  
 CRUP  
 BRONQUIOLITIS  
 SIBILANCIA (RECURRENTE)  
 NEUMONÍA GRAVE  
 NEUMONÍA  
 TOS O RESFRIADO

**¿TIENE DIARREA?****SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_**

Desde hace _____ días.	Letárgico o comatoso _____
¿Hay sangre en las heces? SI _____ NO _____	Intranquilo o irritable _____
¿Tiene vómito? SI _____ NO _____	Ojos hundidos _____
# Vómitos en las últimas 24 h _____	Bebe mal o no puede beber _____
# Diarreas en las últimas 24 h _____	Bebe ávidamente con sed _____
# Diarreas en las últimas 4 h _____	Pliegue cutáneo: Inmediato _____ Lento _____ Muy lento _____
OBSERVACIONES: _____	
_____	

DESHIDRATACIÓN GRAVE  
 ALGÚN GRADO DESHIDRATACIÓN  
 ALTO RIESGO DESHIDRATACIÓN  
 SIN DESHIDRATACIÓN  
 DIARREA PERSISTENTE GRAVE  
 DIARREA PERSISTENTE  
 DISENTERÍA





## EJERCICIO

Ahora podrá observar algunos niños con diarrea y definirá si tienen signos de deshidratación.



## 4. EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO CON FIEBRE

La fiebre es uno de los síntomas y signos más frecuentes de consulta en niños que asisten a los servicios de urgencias, y es el motivo principal de consulta hasta en un 20 a 30% de las atenciones ambulatorias. Durante los dos primeros años de edad, el 60% de los niños consultan alguna vez por este síntoma. Las enfermedades febriles son un gran desafío para los profesionales de la salud porque a menudo es difícil identificar la causa. En su gran mayoría, la fiebre es causada por una infección viral leve y el niño se recupera rápidamente sin ninguna intervención. Se estima que el 90% de los cuadros febriles en niños menores de cinco años son ocasionados por enfermedades leves, autolimitadas de origen viral. Sin embargo, el problema radica en que la fiebre puede ser la forma de presentación inicial de una enfermedad grave como meningitis, sepsis, bacteriemia, infecciones del tracto urinario, neumonías, enfermedades tropicales, etcétera.

Algunos niños con fiebre tendrán síntomas y signos que indican el foco de infección, como el tímpano inflamado en la otitis. En estos casos el niño puede ser tratado adecuadamente. El problema son los niños que no presentan una causa obvia de la fiebre, después de un examen físico adecuado. Por otro lado, la fiebre tiene implicaciones muy importantes para los padres, la fiebre en un hijo produce miedo. En términos científicos, la fiebre es una respuesta natural para la infección y no es perjudicial en sí. La infección subyacente es la que tiene el potencial de causar el daño. Hay algunas bases teóricas que sugieren que la fiebre es una respuesta benéfica contra la infección, ya que el ascenso moderado de la temperatura facilita los mecanismos de defensa del organismo. El niño con fiebre debe ser llevado al servicio de salud para detectar la causa de la fiebre, no para quitarla, como esperan los padres.

Cuando se busca definir la fiebre, se debe tener en cuenta que la temperatura corporal varía según el sitio de la medición y el tipo de termómetro usado, por lo cual no es fácil tener una definición estandarizada. La recomendación actual considera que en la mayoría de los casos, los padres saben cuando su hijo tiene fiebre y aceptan como definición ideal de fiebre "cualquier elevación de la temperatura sobre las variaciones corporales normales". Pero como desde el punto de vista práctico se debe tener un valor puntual, el aceptado por todos los trabajos científicos para fiebre es "cualquier temperatura corporal sobre 38°C", y en los niños menores de cinco años de edad, debe ser medido por uno de los siguientes métodos:

- Termómetro electrónico en axila.
- Termómetro q uímico en axila (de mercurio).
- Termómetro infrarrojo timpánico.

A continuación se describen algunas de las enfermedades que frecuentemente causan fiebre y deben ser tenidas en cuenta cuando se examina un niño febril. Otras enfermedades que también



causan fiebre, como los problemas infecciosos respiratorios, gastrointestinales, de oído y de garganta, no se tratan en este capítulo porque son descritos en forma individual en otros capítulos.

## SEPSIS

Se considera séptico al niño con infección clínica y alguna evidencia de respuesta inflamatoria sistémica a la infección (taquicardia, taquipnea, hipertermia o hipotermia, leucocitosis o leucopenia, neutrofilia y aumento de los reactantes de fase aguda en sangre). Si hay manifestación de hipoperfusión de órganos (alteración de conciencia, oliguria, hipoxemia, aumento de ácido láctico, hipotensión o mal llenado capilar) se trata de una sepsis grave. Si avanza el cuadro clínico con mal llenado capilar e hipotensión que no responde al manejo con líquidos y requiere medicamentos vasoactivos, se considera un choque séptico.

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE SEPSIS:

- Apariencia tóxica (semblante de estar gravemente enfermo).
- Cambios en el estado mental: irritable, letárgico, ansioso, agitado, insensible o comatoso.
- Choque: piel fría, pegajosa, palidez, cianosis, alteración de conciencia.
- Signos cutáneos asociados con anomalías en la coagulación: petequias, equimosis, sangrado por sitios de venopunción.
- Disminución o ausencia de gasto urinario.
- En la exploración física: mal llenado capilar, pulsos débiles, hipotensión y signos de otras enfermedades graves como meningitis, epiglotitis, neumonía, celulitis u otras.

## MENINGITIS

Es una infección grave en el sistema nervioso central que produce inflamación de las meninges y alteración del líquido cefalorraquídeo, edema cerebral y necrosis local de fibras nerviosas y vasos cerebrales, que afecta principalmente a los niños menores de dos años de edad. Los signos clásicos son: fiebre, rigidez de nuca, vomita todo, convulsiones, no puede beber nada o deja de comer, está anormalmente somnoliento o irritable. En la exploración física busque:

- Rigidez de nuca.
- Erupción cutánea con petequias o púrpura.



- Letargia.
- Irritabilidad.
- Abombamiento de la fontanela.
- Signos de presión intracraneal aumentada: pupilas de tamaño desigual, postura rígida, parálisis focal de cualquiera de los miembros o del tronco.
- Respiración irregular.

Los niños con meningitis bacteriana pueden morir rápidamente o sufrir secuelas graves como retardo mental, ceguera, sordera o parálisis cerebral, si no se trata rápidamente.

**Tabla 13.** Etiología de la meningitis

### ETIOLOGÍA

NIÑOS DE 1 A 3 MESES	NIÑOS MAYORES DE 3 MESES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>S Agalactie</i></li> <li>• <i>E. Coli</i></li> <li>• <i>Listeria Monocytogenes</i></li> <li>• <i>Haemophilus Influenzae Tipo B</i></li> <li>• <i>Neisseria Meningitides</i></li> <li>• <i>Streptococo Pneumoniae</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Streptococo Pneumoniae</i></li> <li>• <i>Neisseria Meningitides</i></li> <li>• <i>Haemophilus influenza tipo B</i></li> </ul>

El principal examen de laboratorio es el estudio del LCR mediante punción lumbar, el cual es turbio con pleocitosis. Al inicio los leucocitos pueden estar sólo ligeramente elevados con predominio de linfocitos; los polimorfonucleares aumentan después de 48 horas de iniciada la clínica. La glucosa generalmente está disminuida en relación con la sérica (tomada previa a la punción), mientras que la concentración de proteína generalmente está elevada. Si hay posibilidad de hacer de inmediato el examen del líquido cefalorraquídeo, realícelo y si es turbio inicie manejo antibiótico de inmediato, si hay sospecha clínica de meningitis y no es posible realizar estudio de LCR inicie manejo con los antibióticos recomendados y refiera.

### DENGUE

El dengue es una enfermedad viral, de carácter endemoepidémico, transmitida por mosquitos del género *Aedes*, principalmente por el *Aedes aegypti*, constituyendo la arbovirosis más importante a nivel mundial, en términos de morbilidad, mortalidad e impacto económico. En Colombia el

dengue es un problema prioritario en salud pública, con aumento en la frecuencia de brotes hemorrágicos y de formas graves de la enfermedad, con circulación simultánea de los cuatro serotipos e infestación por *Aedes aegypti* de más del 90% del territorio nacional situado por debajo de los 2.200 msnm, y con una urbanización creciente que pone en riesgo a aproximadamente 25 millones de personas. Los departamentos con mayor transmisión de dengue (60% de los casos reportados) son: Atlántico, Santander, Norte de Santander, Valle del Cauca, Antioquia, Tolima, Huila, Casanare y Cundinamarca.

El agente etiológico es el virus dengue, que es del género *Flavivirus* y posee cuatro serotipos (DENV1, DENV2, DENV3, DENV4), los cuales están circulando simultáneamente y no desencadenan inmunidad cruzada, lo que significa que una persona puede infectarse y enfermar hasta cuatro veces. Cada uno de los cuatro virus puede producir cualquier cuadro clínico, desde las formas leves, hasta los cuadros graves que pueden evolucionar hasta la muerte. Su periodo de incubación gira alrededor de los siete días.

## Etapas clínicas de la enfermedad:

El curso de la enfermedad tiene tres etapas clínicas:

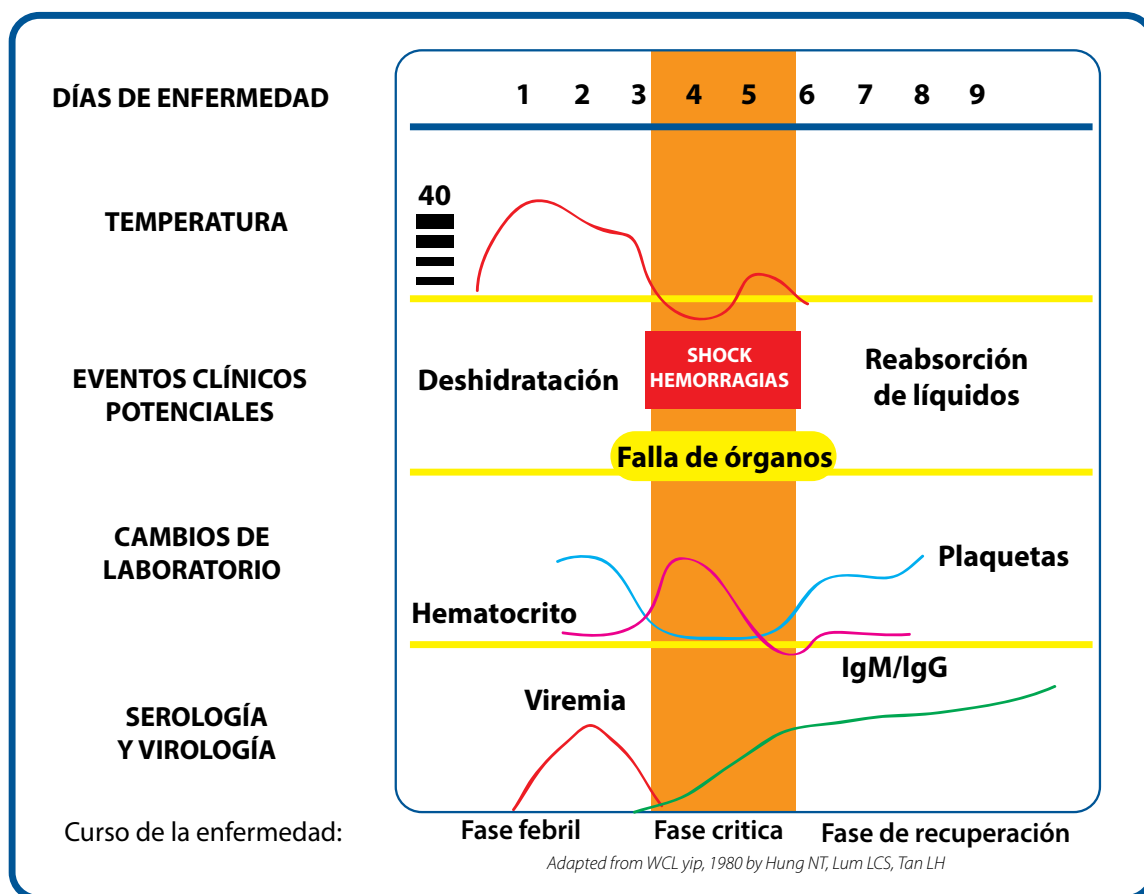
- **Etapas febril:** Duración variable, se asocia a la presencia de virus en la sangre (viremia). La primera manifestación clínica es la fiebre, que se asocia a cefalea, dolor retroocular, artralgias y mialgias. En los niños la fiebre puede ser la única manifestación clínica, puede asociarse a síntomas digestivos inespecíficos, irritabilidad y falta de apetito. La fiebre puede durar de dos a siete días y asociarse a trastornos del gusto.
- **Etapas crítica:** Se presenta usualmente en el momento de la caída de la fiebre o en las primeras 24 horas de la desaparición de ésta y dura aproximadamente 72 horas. Usualmente inicia entre el tercer y el sexto día de síntomas. Los signos de alarma que anuncian la inminencia de choque son el dolor abdominal intenso y continuo, vómito frecuente, diarrea, somnolencia o irritabilidad y la caída brusca de la temperatura, seguida de hipotermia y hepatomegalia. Coincide con la extravasación de plasma, y su manifestación más grave es el choque, que se evidencia con frialdad de la piel, pulso filiforme, taquicardia e hipotensión. Aunque puede haber grandes hemorragias, en niños la complicación más frecuente es el choque secundario a una intensa extravasación de plasma, en estos casos el hematocrito se eleva, al mismo tiempo que la radiografía de tórax o la ecografía abdominal muestran desde líquido libre en cavidad hasta extensa ascitis o derrame pleural uni o bilateral. La máxima elevación del hematocrito coincide con el choque. El recuento de plaquetas muestra un descenso progresivo hasta llegar a las cifras más bajas durante el día del choque, para después ascender rápidamente y normalizarse en pocos días.



- **Etapas de recuperación:** Se evidencia mejoría, durante este periodo el paciente debe eliminar fisiológicamente el exceso de líquidos que se habían extravasado. El niño sano tolera bien este aumento de diuresis, pero no aquellos con alguna cardiopatía o nefropatía. Es el periodo de vigilar una posible coinfección bacteriana, casi siempre pulmonar, así como el exantema tardío (10 días o más). Los pacientes usualmente mantienen un periodo de astenia y bradipsiquia.
- **Complicaciones:** El choque es la principal causa de muerte, se asocia con complicaciones como hemorragia masiva, coagulación intravascular diseminada, edema pulmonar no cardiogénico, falla múltiple de órganos, que pueden llevar a la muerte. Prevenir el choque o tratarlo precoz y efectivamente significa prevenir las demás complicaciones del dengue y evitar la muerte.

**El primer día afebril inicia la fase crítica del dengue, cuando pueden empezar a presentarse las complicaciones.**

**Gráfica 8.** Desarrollo de la enfermedad (Dengue)



Adapted from WCL yip, 1980 by Hung NT, Lum LCS Tan LH

**Diagnóstico presuntivo de Dengue:** paciente que vive o visitó en los últimos 15 días un área endémica de dengue con enfermedad febril aguda de hasta siete días, sin causa aparente, acompañado de dos o más de los siguientes síntomas: malestar general, anorexia, náuseas, dolor (articular, muscular, cefalea), rash, leucopenia o prueba de torniquete positiva.

### Signos de Alarma:

- Dolor abdominal intenso y continuo.
- Vómito persistente, diarrea.
- Pérdida de líquido al espacio extravascular (ascitis, edemas, derrame pleural).
- Sangrado de mucosas.
- Somnolencia y/o irritabilidad.
- Hepatomegalia dolorosa.
- Incremento del hematocrito concomitante con rápida disminución del conteo de plaquetas.
- Disminución de diuresis.
- Caída brusca de la temperatura o hipotermia.
- Hipotensión postural o lipotimias.

**Prueba de torniquete:** Permite evaluar la fragilidad capilar y orienta al diagnóstico, pero no define su severidad. No es tan útil en niños. NO diagnostica dengue grave y si es negativa no descarta la probabilidad de dengue. Técnica:

1. Dibujar un cuadro de 2,5 cm. X 2,5 cm. en el antebrazo del paciente y verificar la presión arterial.
2. Calcular presión arterial media.
3. Insuflar nuevamente el manguito hasta el valor medio y mantener por tres minutos en niños (cinco minutos en adultos) o hasta que aparezcan petequias y equimosis.
4. Contar el número de petequias en el cuadrado. La prueba será positiva cuando se cuentan 10 petequias o más en los niños (20 en los adultos).



**Laboratorios:** ELISA de captura para dengue está incluido en el POS y es obligación de las aseguradoras garantizar el diagnóstico de todos los pacientes con formas graves de dengue y de un porcentaje de los casos del dengue sin signos de gravedad. Debe tomarse a partir del sexto día de inicio de los síntomas.

La inmunoglobulina M es el primer marcador de respuesta inmunitaria, suele tener títulos bajos en la primera semana de la enfermedad, pero hacia el quinto día, un 80% de los casos ya presentan elevación de la IgM y hacia los días 6 a 10, un 93 – 99% de los casos tienen IgM específica detectable. La IgM puede persistir hasta por tres meses después del cuadro agudo. La IgG específica aparece con títulos bajos hacia el final de la primera semana y se incrementa lentamente. En cambio, durante las infecciones secundarias (una nueva infección con otro serotipo del virus), los anticuerpos específicos de tipo IgG se incrementan rápidamente (desde la primera semana) y pueden dar reacciones serológicas cruzadas con otros miembros virales de la familia Flaviviridae.

## CHIKUNGUNYA

Enfermedad infecciosa emergente causada por el virus Chikv que se transmite a través de la picadura del mosquito Aedes, aunque también se puede transmitir por aplicación de derivados sanguíneos y/o transmisión madre-hijo. Afecta todas las edades, pero los síntomas son más frecuentes y severos en lactantes pequeños y ancianos, y menos importantes en niños mayores, incluso puede existir una tasa de infección asintomática en niños, entre 35 – 40%.

El cuadro clínico **agudo típico**, va de 0 a 10 días, e inicia abruptamente con fiebre alta (mayor de 39°C) que dura entre 3 y 10 días, dolor de cabeza, dolor de espalda, rash cutáneo (erupción maculopapular muy pruriginosa principalmente localizada en tronco y extremidades), mialgia y poliartalgia (múltiples dolores articulares, bilaterales, simétricos, de intensidad variable, que afecta usualmente falanges, tobillos y muñecas). Además adenomegalias supraclaviculares bilaterales, múltiples, menores de 0,5 cm.

El **cuadro subagudo** generalmente empieza a los 10 días y se extiende 3 meses, se presenta exacerbación de los síntomas articulares (artralgias inflamatorias persistentes) y tendinosos (tenosinovitis con hipertrofia tendinosa). Se caracteriza por la presencia de trastornos vasculares (síndrome de Raynaud, intolerancia al frío), reumatológicos, cambios oculares como uveítis anterior (ojo rojo doloroso y fotofobia), retinitis, lagrimeo, dolor ocular y neuritis óptica con pérdida súbita de la visión, y por trastornos psicológicos con fatiga y depresión.

La **etapa crónica** puede presentarse desde meses (15 meses) hasta años (2,5 años), la principal manifestación es la artritis que puede llegar a la convalecencia, con pérdida significativa en la calidad de vida.



Se considera un **caso sospechoso** cualquier paciente con fiebre mayor de 38,5°C y artralgia severa o artritis de comienzo agudo, que no se explica por otras condiciones médicas y en quien se ha descartado dengue, y que dos semanas previas al inicio de los síntomas reside o ha visitado áreas endémicas o epidémicas en las que se ha confirmado Fiebre Chikungunya . Se confirma el caso con IgM técnica ELISA tomada después del sexto día, aislamiento viral, detección ARN viral por RT-PCR o aumentos en 4 veces el título de anticuerpos.

## ZIKA

Enfermedad aguda, benigna y autolimitada, transmitida por la picadura de mosquitos del género Aedes, causada por el virus Zika. Después de un periodo de incubación de 3 a 12 días, se presenta fiebre, conjuntivitis no purulenta, cefalea, mialgias, artralgias, rash, edema de miembros inferiores y menos frecuentemente dolor retro ocular, anorexia, emesis, diarrea y dolor abdominal.

## MALARIA

La malaria es un grave problema de salud pública, en Colombia es una enfermedad endémica en gran parte del país, cuyos casos se localizan en zonas por debajo de los 1.600 msnm. Se estima que más de 25 millones de personas habitan en estas zonas, favorables para la generación y trasmisión de la enfermedad.

Es una enfermedad causada por protozoarios del genero Plasmodium. Las especies de Plasmodium clásicamente reconocidas como causantes de malaria humana son P. falciparum, P. vivax, P. malariae y P. ovale. En Colombia el riesgo de transmisión es mayor en el ámbito rural y/o selvático, disminuyendo mucho por encima de los 1.500 msnm. El P. falciparum predomina en los departamentos del litoral pacífico (Nariño, Cauca, Valle y Chocó) y en la Amazonía. El P. vivax en el Urabá Antioqueño, Bajo Cauca, Córdoba, Cesar, Norte de Santander, Magdalena medio, Boyacá, Santander, Antioquia, Orinoquía y Amazonía.

Los Plasmodium son transmitidos al hombre por mosquitos hembra del género Anopheles infectados, los cuales, al picar, inoculan los esporozoitos, forma infectante del parásito. La trasmisión también puede ocurrir ocasionalmente por inoculación directa de glóbulos rojos infectados por vía transfusional, así como por causa congénita y en forma casual por pinchazos con jeringas contaminadas.

Cuando el mosquito pica a una persona infectada, adquiere los parásitos, estos se multiplican sexualmente (esporogonia) en el tubo digestivo y se desarrollan en las glándulas salivares. Cuando el mosquito inocula los parásitos en un nuevo huésped, colonizan el hígado y tienen varios ciclos de multiplicación asexual, de donde salen para invadir los glóbulos rojos. En los eritrocitos, los





parásitos se reproducen en forma asexuada (esquizogonia), responsable de los síntomas. Algunos parásitos en los glóbulos rojos se transforman en gametocitos. Cuando el mosquito *Anopheles* ingiere la sangre infectada, extrae los gametocitos que se diferencian en el intestino y reinician el ciclo biológico.

### **Manifestaciones clínicas:**

El periodo de incubación depende de la especie de plasmodium: *P. falciparum* 10-12 días, *P. vivax* y *P. ovale* 14 días y *P. malarie* 28 días. Las características clínicas dependen de la especie del parásito, del número de parásitos y del estado inmunitario del huésped.

Clásicamente se caracteriza por escalofríos que preceden los picos febriles, seguidos de sudoración intensa; síntomas que se repiten cada 48 a 72 horas, según la especie de Plasmodium. Los episodios de escalofríos se caracterizan por frío intenso y progresivo, seguido de un temblor incontrolable; con una duración de hasta media hora. Posteriormente asciende la temperatura hasta desaparecer el escalofrío y aparece el periodo febril, que puede durar seis a ocho horas. El periodo febril se acompaña de cefalea intensa, mialgias, artralgias, náuseas, vómito y malestar general. Al ceder la fiebre se inicia una etapa de sudoración profusa, la temperatura se normaliza y desaparecen los síntomas. Durante el periodo asintomático la persona se siente bien y puede tener vida normal hasta que comienza el próximo episodio de escalofríos.

Hay algunos síntomas que son característicos de cada tipo de Plasmodium.

- **P. falciparum:** Produce el cuadro más grave y con mayor mortalidad, la malaria complicada:
  - Alteración de la conciencia o coma.
  - Convulsiones a repetición >2 por día.
  - Dificultad respiratoria.
  - Hemorragias espontáneas.
  - Hiperparasitemia: más de 50.000 parásitos por campo.
  - Anemia severa: Hb <7 gr/dl, Hto <21%.
  - Hipoglicemia: <60mg/dl.

- Acidosis: pH <7,35 y bicarbonato < 15mEq/L.
- Falla renal: oliguria y elevación de la creatinina.
- Ictericia e indicadores de falla hepática.
- Choque y falla multiorgánica (hipotensión, hipoperfusión).
- Hemoglobinuria.
- **P. vivax y P. ovale:** Cuadro febril, asociado con hiperesplenismo, trombocitopenia, ictericia y recaídas periódicas. No se ha descrito la presencia del P. ovale en Colombia.
- **P. malarie:** Parasitemia asintomática crónica.
- **P. knowlesi:** Similar a falciparum, puede producir insuficiencia hepatorenal grave. Tampoco se ha descrito en Colombia.

**Diagnóstico:** Por la prevalencia de la enfermedad se puede decir que “todo niño con fiebre procedente de un área tropical (endémica para malaria) tiene malaria hasta que se demuestre lo contrario”.

El diagnóstico se basa en criterios clínicos y se confirma con la detección del parásito en sangre. La confirmación del diagnóstico de malaria se hace por la identificación de la especie de Plasmodium presente en la sangre, mediante examen microscópico de gota gruesa y extendido de sangre, con recuento parasitario. Los plasmodium pueden ser detectados en la gota gruesa con bajas densidades parasitarias, del orden de 5 a 10 parásitos/ul de sangre. El recuento parasitario es necesario para la evaluación clínica del paciente, de acuerdo con la intensidad de la parasitemia.

La búsqueda del parásito circulante se puede realizar en cualquier momento de la enfermedad, aunque en las infecciones por P. falciparum pueden pasar algunas horas sin que se vean las formas jóvenes en la circulación periférica. Las pruebas rápidas para diagnóstico de la malaria también llamadas dipsticks (tiras reactivas) detectan antígenos específicos producidos por los parásitos causantes de la malaria. Algunas pruebas detectan uno o más especies de Plasmodium, algunos productos pueden alcanzar una sensibilidad similar a la del examen microscópico (100 parásitos/UL). La sensibilidad recomendada es de 95% para P. falciparum.



## INFECCIÓN URINARIA

La infección del aparato urinario es una de las más frecuentes en la infancia, predomina en niñas en una relación 2:1, excepto en los tres primeros meses de vida, cuando es más frecuente en niños. El problema grande de la infección urinaria en este grupo de edad son los síntomas y signos inespecíficos, usualmente son lactante con fiebre alta sin foco.

**Tabla 14.** Síntomas de la infección Urinaria [5]

GRUPO DE EDAD		SIGNOS Y SÍNTOMAS		
		Más común	↔	Menos común
Lactantes menores de 3 meses		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre</li> <li>• Vómito</li> <li>• Letargia</li> <li>• Irritabilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pobre alimentación</li> <li>• Falla en crecimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal</li> <li>• Ictericia</li> <li>• Hematuria</li> <li>• Orina fétida</li> </ul>
Lactantes y niños mayores de 3 meses de edad	<b>Preverbal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal</li> <li>• Decaimiento marcado</li> <li>• Vómito</li> <li>• Pobre alimentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Letargia</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Hematuria</li> <li>• Falla para crecer</li> <li>• Orina fétida</li> </ul>
	<b>Verbal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polaquiuria</li> <li>• Disuria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evacuación disfuncional</li> <li>• Cambios en la continencia</li> <li>• Dolor abdominal</li> <li>• Marcado decaimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre</li> <li>• Malestar</li> <li>• Vomito</li> <li>• Hematuria</li> <li>• Orina turbia</li> <li>• Orina fétida</li> </ul>

La sensibilidad del uroanálisis para el diagnóstico de infección de vías urinarias es de 50 - 60%. El urocultivo es obligatorio dado que la infección urinaria es la infección bacteriana que más a menudo se presenta como fiebre sin foco (5-6%), tanto en niños (en ellos la máxima incidencia es por debajo de los seis meses) como en niñas (la incidencia a partir de los seis meses es más alta).

Debido al alto riesgo de contaminación de las bolsas recolectoras de orina, es imprescindible obtener urocultivo mediante cateterismo vesical, punción suprapúbica en el niño menor de dos años o por micción espontánea. El diagnóstico se confirma con un cultivo positivo con cualquier número de colonias, si la toma es por punción suprapúbica; más de 10.000/Unidades formadoras de colonias en muestra por cateterismo vesical, y más de 100.000 si la toma es de chorro medio (micción espontánea).

Los niños con infección del aparato urinario, especialmente aquellos con pielonefritis, se deben hospitalizar para manejo antibiótico, hasta el control de la fiebre y tolerancia adecuada a la vía oral.

## BACTERIEMIA

Cuadro febril en el cual existen microorganismos circulantes en la sangre del niño, sin foco infeccioso identificable en forma aparente y sin evidencia clínica de sepsis. Este puede ser la manifestación inicial de patologías bacterianas graves e invasivas que ameritan diagnóstico temprano y tratamiento oportuno con antibióticos, tales como meningitis, neumonías, osteomielitis, artritis séptica o infección urinaria. Aunque la mayoría de los procesos febriles sin causa aparente son virales, la bacteriemia oculta puede llegar a tener una prevalencia del 4%, incrementándose a un 10% si el niño presenta empeoramiento de su estado general.

Desde el punto de vista del agente bacteriano, los gérmenes encapsulados son los más importantes, debido a la inmadurez del sistema inmunológico del niño en su respuesta de inmunidad inespecífica (complemento, opsonización, fagocitosis, lisis bacteriana) y humoral específica (formación de anticuerpos). Esta condición es particularmente importante en el menor de dos años, con mayor frecuencia en los niños de tres meses o menos. El germen que con más frecuencia se identifica es el *Streptococcus Pneumoniae*, en el 60 – 80 % de los casos de Bacteriemia sin causa aparente. Con la aplicación de la vacuna contra Hib, este germen empieza a ser menos frecuente. Otras bacterias importantes son *Neisseria meningitidis*, *Salmonella sp*, otros Gram negativos y el Estafilococo dorado.

Entre los factores que se deben tener en cuenta para determinar la sospecha de Bacteriemia oculta en un niño febril sin causa aparente están: edad menor de dos años, temperatura mayor o igual a 39°C, empeoramiento del estado general del niño, recuento de leucocitos mayor o igual a 15.000, recuento absoluto de neutrófilos mayor o igual a 10.000, granulaciones tóxicas o vacuolización de leucocitos en frotis de sangre periférica. La PCR es un reactante de fase aguda, cuando es mayor de 4 mg/dl (40 gr/l), asociado a proceso febril sin foco, es un parámetro adicional para considerar riesgo de infección sistémica bacteriana.

El tratamiento oportuno de la bacteriemia oculta puede reducir el riesgo de meningitis neumocócica desde un 6% en pacientes no tratados o tardíamente detectados, a un 0,4% en pacientes con tratamiento temprano.



## 4.1 ¿CÓMO EVALUAR A UN NIÑO CON FIEBRE?

**Gráfica 9.** Evaluación del niño con fiebre

En **TODOS** los casos preguntar a la madre acerca del problema del niño, verificar si hay signos generales de peligro, preguntar si hay tos o dificultad para respirar, diarrea y luego **PREGUNTAR: ¿TIENE EL NIÑO FIEBRE?**



### SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA PREGUNTAR:

- ¿Cuánto tiempo hace?
- Si hace más de 5 días: ¿Ha tenido fiebre todos los días?
- ¿Procede o visitó en los últimos 15 días un área de transmisión de malaria o un área de riesgo de dengue (cualquier región con altura inferior a 2.200msnm.)?
- ¿Presenta cefalea, dolor retroocular, mialgias, postración, dolor abdominal continuo e intenso, vómitos persistentes?

### OBSERVAR Y DETERMINAR:

- Aspecto: ¿tóxico? ¿Apariencia de enfermo grave?
- Evaluar actitud y respuesta frente al estímulo social.
- Determinar si tiene rigidez de nuca.
- Evaluar las características de la piel.
- Prueba de torniquete y medir TA.
- Presencia de manifestaciones de sangrado.
- Evaluar el estado de hidratación.
- Presencia de erupción cutánea generalizada.
- Evaluar si hay otros signos de infección grave (celulitis, artritis, etc.).
- Realizar hemograma, PCR, examen de orina o gota gruesa.



Clasifique la enfermedad del niño mediante los cuadros de clasificación codificados por colores para el niño con diarrea y continúe con la evaluación integral del niño.

## PREGUNTAR:

### 👤 ¿El niño tiene fiebre?

Verifique si el niño tiene fiebre porque lo refieren sus padres o porque al tomar la temperatura axilar se encuentra igual o mayor a 38°C. Si el niño no tiene fiebre, no siga evaluando la fiebre y siga al próximo síntoma principal: problema de oído. Si el niño tiene fiebre continúe la evaluación como sigue:

### 👤 ¿Qué edad tiene el niño?

Los niños menores de tres meses con temperatura igual o mayor a 38°C y los niños de tres a seis meses de edad con temperatura igual o superior a 39°C tienen riesgo de tener un cuadro bacteriano severo. Además, los niños menores de dos años con fiebre mayor de 39°C requieren paraclínicos para poder definir adecuadamente una conducta.

### 👤 ¿Hace cuánto tiempo?

En la mayoría de los casos, la fiebre debida a enfermedades virales desaparece en pocos días, pero la fiebre que persiste por más de cinco días puede indicar que el niño tiene una enfermedad grave y requiere investigar la causa.

### 👤 Si hace más de cinco días: ¿Ha tenido fiebre todos los días?

El enfoque del niño con fiebre por más de cinco días es diferente en el niño que ha presentado fiebre a diario, que en aquel donde la fiebre se presentó en forma inicial, cedió por dos días y reapareció. Si no hay signos de gravedad, el niño con picos febriles ocasionales puede observarse, mientras que aquel con fiebre permanente requiere estudios.

### 👤 ¿Procede o visitó en los últimos 15 días un área de riesgo de malaria?

Pregunte si el niño vive o visitó en los últimos 15 días un área de transmisión de malaria (todas las regiones del país ubicadas a menos de 1.500 msnm.). Si tiene fiebre precedida de escalofríos y vive o visitó en los últimos días una de estas regiones, se le debe descartar la posibilidad de malaria.

### 👤 ¿Procede o visitó en los últimos 15 días un área con una altura inferior a los 2.200 msnm.?

Si el niño visitó o vive en un área del país con una altura inferior a los 2.200 msnm. y presenta fiebre de inicio súbito de 39 a 40°C, sin foco evidente al examen físico, debe descartarse la posibilidad de dengue.



### 👁️ **OBSERVAR el aspecto: ¿Es tóxico o tiene apariencia de enfermo grave, para el profesional?**

La capacidad para diferenciar una enfermedad grave de una infección trivial, depende en gran parte del entrenamiento y la experiencia del médico. Evaluar la apariencia del niño y determinar su aspecto tóxico, ofrece la posibilidad de detectar una enfermedad grave y/o bacteriemia, cercana al 92%. Se describe un niño tóxico cuando están presentes uno o varios de los siguientes: llanto débil o con quejido, el color de la piel puede estar pálido, cianótico, moteado o ceniciento; signos de deshidratación dados por piel pastosa con mucosas secas, ojos hundidos y signo de pliegue presente; rostro apagado, sin expresión, o alteración de conciencia.

### 👁️ **OBSERVAR Y EVALUAR la actitud y respuesta frente al estímulo social.**

**Respuesta social normal:** Niño con actitud normal y que responde adecuadamente al estímulo social, es decir que sonríe, se mantiene activo, despierto, alerta, con llanto fuerte y adecuado.

**Respuesta inadecuada al estímulo social:** Un niño más comprometido por la enfermedad, no sonríe, tienen disminución en su actividad, está somnoliento o decaído y se despierta cuando se estimula.

**Sin respuesta al estímulo social:** Un niño severamente enfermo, con mala apariencia general, no despierta fácilmente o al despertar presenta llanto débil y quejido.

### 👁️ **OBSERVAR Y EVALUAR las características de la piel.**

El color y la apariencia de la piel también son signos útiles para orientar la severidad del cuadro febril. Se puede encontrar un niño con un color normal de piel o encontrar otros muy enfermos a los cuales se les observa la piel de color pálido, moteado, ceniciento o azul.

### 👁️ **OBSERVAR si tiene alguna manifestación de sangrado o prueba de torniquete positiva.**

Un niño con antecedentes de fiebre alta y manifestaciones de sangrado puede tener un dengue hemorrágico (recordando que el niño con dengue sangra en la fase crítica que es afebril) o un proceso séptico con compromiso de coagulación (coagulación intravascular diseminada). Observe la aparición de petequias, equimosis o algún signo de sangrado evidente como epistaxis, gingivorragia, sangrado urogenital o sangrado del tubo digestivo como hematemesis o melenas.

👁️ **OBSERVAR presencia de erupción cutánea generalizada**



La mayoría de los niños febriles con erupción cutánea generalizada tienen una enfermedad viral eruptiva, la gran mayoría benigna, y su forma de presentación con signos asociados puede ayudar al diagnóstico clínico diferencial.

Es importante como signo de gravedad la erupción cutánea que no palidece a la presión, estos niños tienen posiblemente una infección por meningococo u otra patología severa que requiere manejo inmediato. El dengue frecuentemente produce en los niños un rash que tiene características maculopapulares.

Las erupciones cutáneas que se acompañan de fiebre son , algunas parecidas y benignas, y no es importante hacer un diagnóstico exacto; pero otras, como el sarampión, desencadenan acciones de salud pública, por lo que es importante sospecharlo. La siguiente tabla resume algunas de las características de las erupciones cutáneas generalizadas:



**Tabla 15.** Características de las erupciones cutáneas.

ENFERMEDAD	PERIODO DE INCUBACIÓN Y CONTAGIO	CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD
<b>SARAMPIÓN</b> (Virus del Sarampión)	Incubación: 9 a 11 días. Contagia pródromo a 5 días después del exantema.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pródromo: Coriza, tos y conjuntivitis de 3 días, seguida de:</li> <li>• Rash morbiliforme generalizado: maculopapular, rojo, confluyente, compromete cara, región retroauricular, tronco, extremidades.</li> <li>• Manchas de Koplik: Papulas rojas pequeñas con blanqueamiento central, mucosa yugal.</li> <li>• Hipopigmentación residual.</li> </ul>
<b>RUBEOLA</b> (Virus de la rubeola)	Incubación: 14 a 21 días. Contagia 7 días antes a 7 días después del exantema.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pródromos: Febrícula, cefalea, malestar, mialgias y tos. Signo de Forchheimer: petequias o maculas eritematosas en paladar blando durante pródromo y 1º día de exantema.</li> <li>• Exantema maculopapular universal, rosado, distribución cefalo-caudal, duración efímera de 1 a 5 días.</li> <li>• Acompañado de linfadenopatías retroauriculares y suboccipitales generalizadas, duroelásticas</li> </ul>
<b>ERITEMA INFECCIOSO O QUINTA ENFERMEDAD</b> (Parvovirus)	Incubación: 4 a 14 días. Contagia antes de la aparición del exantema.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pródromo inespecífico con malestar, fiebre, cefalea y faringitis</li> <li>• Exantema maculopapular trifásico: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Facial (cara abofeteada) 1 a 4 días.</li> <li>- Generalizado o de extremidades, nalgas y tronco (reticulado) puede durar 9 días.</li> <li>- Exantema eritematoso y evanescente, confluyente, dando patrón de encaje.</li> <li>- Exantema que se recrudece con la luz solar, ejercicio, baños calientes y estrés de 1 a 2 semanas, pero puede persistir meses.</li> </ul> </li> <li>• Inyección conjuntival y lesiones orales eritematosas inespecíficas.</li> </ul>
<b>EXANTEMA SÚBITO, SEXTA ENFERMEDAD O ROSEOLA</b> (Herpes virus)	Incubación: 7 a 15 días. Contagia durante la fiebre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pródromo: Fiebre alta de 3 a 5 días con buen estado general.</li> <li>• La temperatura desciende bruscamente y aparece el brote.</li> <li>• Rash maculoso rosa pálido en tronco, cuello, región retroauricular, cara y extremidades distales.</li> <li>• Enantema con pápulas rojas en paladar blando y úvula.</li> </ul>

<b>ENFERMEDAD PIE-MANO-BOCA (Coxsackie Severo: enterovirus)</b>	4 a 6 días	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pródromo: fiebre baja, malestar y dolor en boca.</li> <li>• 1° Lesiones orales, máculas rojas y vesículas en mucosa bucal, lengua, paladar blando, úvula y pilares anteriores.</li> <li>• 2° Lesiones cutáneas vesículo pústulas blanco grisáceas, elípticas, en palmas y plantas, raras en dorso. Puede afectar glúteos y genitales. Se resuelven de 3 a 7 días.</li> </ul>
<b>VARICELA (Virus varicela zoster)</b>	Incubación: 10 a 21 días. Contagia 3 días antes a 5 después del exantema.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pródromo: Fiebre y malestar por 2 a 3 días, puede haber cefalea, fotofobia, mialgias.</li> <li>• Comienza como manchas y luego pápulas que se vuelven vesículas tensas, que contienen líquido seroso, pruriginosas.</li> <li>• En 3 a 5 días aparecen nuevas vesículas claras que se tornan pústulas, para umbilicarse 8 a 12 horas después y a los 2 a 3 días se hacen costrosas y a los 15 días se desprenden.</li> <li>• Característico lesiones en todos los estadios.</li> <li>• Enantema con vesículas principalmente en paladar.</li> </ul>
<b>ESCARLATINA (Streptococo pyogenes SBHGA)</b>	Incubación: 2 a 7 días. Contagio: Variable.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre alta de inicio brusco con odinofagia, cefalea, escalofrío, dolor abdominal, enantema en faringe, amígdalas, lengua y paladar, mucosa bucal eritematosa (rojo brillante) con punteado petequiral en paladar duro, amígdalas hipertróficas con exudado, lengua con membrana grisácea que al caer entre 4° y 5° día deja una lengua roja, aframbuesada con hipertrofia de papilas.</li> <li>• Entre las 12 y 48 horas de iniciado el cuadro, termina la fiebre y aparece exantema en cara y cuello, respeta triángulo nasogeniano, se generaliza sin afectar palmas ni plantas.</li> <li>• Tiene una base eritematosa, subictérica, con aspecto de lija.</li> <li>• Dura 4 a 5 días, descama al cabo de una semana por 10 a 15 días.</li> </ul>
<b>DENGUE (4 serotipo virus dengue)</b>	Incubación: 2 a 8 días. Transmitido por vector.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El exantema al inicio del periodo febril entre el 2° y 4° día con eritema en cara, cuello y torax, que desaparece a la presión.</li> <li>• En la fase de defervescencia alrededor del 7° día exantema eritematoso petequiral, confluyente con zonas de piel respetadas, conocido como exantema en "fresa y avena". Se acompaña de toda la sintomatología del dengue: fiebre bifásica, mialgias, artralgias, cefalea, dolor retroocular, náuseas, vómito.</li> </ul>
<b>MENINGO- COCCEMIA (Neisseria Meningitidis)</b>	Contagio: Hasta después del inicio del antibiótico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre alta de inicio súbito con lesiones purpúricas rápidamente progresivas, usualmente menos de 12 horas (síndrome Waterhouse-Friderichsen), con signos clínicos de choque con hipotensión refractaria.</li> <li>• En ocasiones el exantema asociado a la enfermedad meningocócica puede ser maculopapular, similar a exantema viral, no prurítico, transitorio con duración de 2 días, con el cuadro de meningitis.</li> </ul>



Es importante que tener en cuenta que en un paciente tóxico con eritema o rash que no desaparece a la presión, debe considerarse infección por meningococo e iniciar lo más pronto posible el tratamiento antibiótico, hacer notificación y dar profilaxis a los contactos.

### 👁️ **OBSERVAR si hay rigidez de nuca**

Mientras usted habla con el cuidador, observe si el niño dobla el cuello fácilmente cuando mira a su alrededor, si lo hace no tiene rigidez de nuca. Si no observa algún movimiento o si no está seguro, trate de que el niño se mire el ombligo o los dedos de los pies, mientras está sentado. Por ejemplo, usted puede iluminar con una linterna los dedos del pie o el ombligo o hacerle cosquillas en los dedos para incitarlo a mirar abajo. Observe si puede doblar el cuello cuando mira hacia abajo. Si aún no ha podido verlo, acueste al niño boca arriba, sostenga con delicadeza la espalda y los hombros con una mano y con la otra mano sosténgale la cabeza. Luego inclínese con cuidado hacia adelante en dirección del pecho. Si el cuello se dobla fácilmente no tiene rigidez de nuca. Generalmente el niño con rigidez de nuca llorará cuando se intenta inclinar la cabeza hacia adelante.



### 👁️ **OBSERVAR Y EVALUAR si existen otros signos clínicos de enfermedad**

Un niño febril con cualquier otra manifestación de enfermedad grave debe ser referido. Por ejemplo, los síntomas neurológicos focales hacen sospechar una encefalitis por herpes u otro virus, las alteraciones en la marcha o el dolor articular hace pensar en artritis séptica, una celulitis como la periorbitaria o la que compromete cuello e involucra surcos nasolabiales de origen en cavidad bucal, etcétera. Examine por completo al niño y si hay otros signos, clasifique la enfermedad y decida el plan de manejo a seguir.



## EJERCICIO

A continuación encontrará una serie de fotografías, describa la enfermedad que considera tiene el paciente con el compromiso cutáneo que se observa.

1. \_\_\_\_\_



2. \_\_\_\_\_



3. \_\_\_\_\_



4. \_\_\_\_\_



5. \_\_\_\_\_



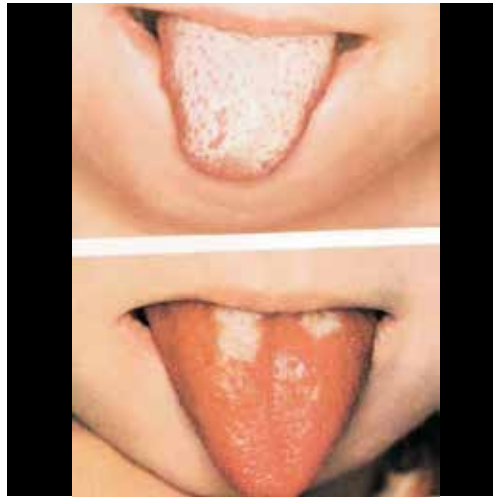
6. \_\_\_\_\_



7. \_\_\_\_\_



8. \_\_\_\_\_



9. \_\_\_\_\_



10. \_\_\_\_\_



11. \_\_\_\_\_



12. \_\_\_\_\_



13. \_\_\_\_\_ 14. \_\_\_\_\_



15. \_\_\_\_\_ 16. \_\_\_\_\_



17. \_\_\_\_\_ 18. \_\_\_\_\_



19. \_\_\_\_\_ 20. \_\_\_\_\_





## 4.2 ¿CÓMO CLASIFICAR LA FIEBRE?

Todo niño con fiebre debe tener una clasificación del riesgo o la gravedad de la enfermedad febril, independientemente de cual sea esta. Una vez clasificado el riesgo, podrá clasificar la posibilidad de malaria o dengue, si corresponde por lugar de procedencia.

### 4.2.1 CLASIFICAR EL RIESGO DE LA ENFERMEDAD FEBRIL

Hay 3 posibles clasificaciones de riesgo de la enfermedad febril:

- **ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO**
- **ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO INTERMEDIO**
- **ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO BAJO**

**Tabla 16.** Clasificación del niño con fiebre

<p><b>Uno de los siguientes signos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Edad &lt; 3 meses y fiebre <math>\geq 38^{\circ}</math> C.</li> <li>● Edad 3 a 6 meses y fiebre <math>\geq 39^{\circ}</math> C sin foco claro.</li> <li>● Cualquier signo general de peligro.</li> <li>● Rigidez de nuca.</li> <li>● Aspecto tóxico o apariencia de enfermo grave, para el profesional.</li> <li>● Ninguna respuesta al estímulo social.</li> <li>● Piel pálida, moteada, ceniza o azul.</li> <li>● Manifestaciones de sangrado.</li> <li>● Rash o eritema que no cede a la presión.</li> <li>● Manifestaciones focales de otras infecciones graves (celulitis extensa, artritis, etc.).</li> </ul>	<p><b>ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO</b></p>	<p><b>Hospitalizar o referir URGENTEMENTE siguiendo las normas de estabilización y transporte “REFIERA”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Administrar la primera dosis de un antibiótico adecuado.</li> <li>● Tratar la fiebre.</li> <li>● Tratar las convulsiones.</li> <li>● Prevenir la hipoglicemia.</li> <li>● Garantizar adecuada hidratación.</li> <li>● Administrar oxígeno.</li> </ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre por 5 días o más.</li> <li>• Edad entre 6 meses y 2 años con fiebre <math>\geq 39^{\circ}</math> C sin foco.</li> <li>• Respuesta inadecuada al estímulo social: no sonrisa, disminución de actividad, se despierta cuando se estimula.</li> </ul>	<p><b>ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO INTERMEDIO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar Hemograma y Parcial de Orina, si no es posible referir.</li> <li>• Hemograma: <math>&gt;15.000</math> leucocitos o <math>&gt;10.000</math> neutrófilos, tratar como <b>ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO.</b></li> <li>• Hemograma: <math>&lt;4000</math> leucocitos o <math>&lt;100.000</math> plaquetas, hospitalizar o referir</li> <li>• Parcial de orina compatible con infección urinaria (pielonefritis), <b>hospitalizar o referir.</b></li> <li>• Fiebre más de 7 días, <b>hospitalizar o referir.</b></li> <li>• Tratar la fiebre.</li> <li>• Asegurar hidratación por vía oral.</li> <li>• Hacer consulta de seguimiento en 2 días.</li> <li>• Enseñar a al cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre y no tiene signos para clasificarse en ninguna de las anteriores</li> </ul>	<p><b>ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO BAJO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar la fiebre.</li> <li>• Asegurar adecuada hidratación por vía oral.</li> <li>• Hacer consulta de seguimiento en 2 días si persiste la fiebre.</li> <li>• Enseñar a al cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>• Enseñar medidas preventivas específicas.</li> </ul>

### ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO

Un niño con fiebre y un signo de peligro se clasifica como **ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO**. El niño tiene posibilidad de complicarse y morir; necesita tratamiento en un servicio de pediatría y debe ser hospitalizado o referido de inmediato, cumpliendo con todas las normas de una referencia adecuada. Debe recibir primera dosis de un antibiótico recomendado; anticonvulsivante, si es necesario, y manejo de la fiebre; prevenir la hipoglicemia y tratar la deshidratación o el estado de choque en que se encuentra.

### ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO INTERMEDIO

Un niño con cuadro de fiebre que no cumple criterios para clasificarse en la hilera roja y que tiene algún signo de riesgo de la hilera amarilla se clasifica como **ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO INTERMEDIO**. El niño con esta clasificación debe ser estudiado, realizarsele cuadro hemático y parcial de orina, si no es posible, referirlo. Si el cuadro hemático es compatible con infección bacteriana, más de 15.000 leucocitos o más de 10.000 neutrófilos absolutos, debe clasificarse y tratarse como una **ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO**. Si reporta menos de 4.000 leucocitos y plaquetas menores de 100.000, hospitalizar; puede ser dengue o cualquier otra enfermedad viral importante, o sospechar una causa no infecciosa de la fiebre, como leucemia.



Si el examen de orina es compatible con infección (pielonefritis) debe referirse para manejo. En las guías internacionales de fiebre, se recomienda también la realización de PCR en estos niños con enfermedad febril de riesgo intermedio, si es posible realícela; si la PCR es mayor de 4mg/dl, debe también iniciarse antibiótico y hospitalizarse.

Si los exámenes de laboratorio no evidencian las cifras anteriores y el niño tiene buen aspecto, es posible el manejo ambulatorio, asegurando una adecuada hidratación por vía oral y el manejo de la fiebre en casa. Si el niño tiene entre cinco y siete días de fiebre, se observa en casa con signos de alarma y control, en 2 días debe acudir al servicio. Si completa los siete días de fiebre, debe ser referido para estudios. El niño **no** necesita antibióticos hasta no conocer la causa de la fiebre.

Los niños que se dejan en observación en la casa y que inicialmente tuvieron una clasificación de **ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO INTERMEDIO**, deben tener la posibilidad de acceder de nuevo al servicio de salud, si la enfermedad empeora o aparece cualquier signo de alarma; si esto no es posible, porque el servicio no está disponible al día siguiente o por problemas de ubicación geográfica de la vivienda familiar, modifique la conducta y hospitalícelo o remítalo.

### ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO BAJO

Cuando el niño no tiene criterios para clasificarse en ninguna de las anteriores, se clasifica como una **ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO BAJO**, y debe ser manejado en casa, con tratamiento para la fiebre, asegurando la adecuada hidratación oral. Debe enseñarse a al cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato, y dar consulta de control en dos días, si persiste la fiebre.

#### 4.2.2 CLASIFICAR LA POSIBILIDAD DE MALARIA

Las siguientes son las posibles clasificaciones para el niño con fiebre que vive o visitó en los últimos 15 días un área del país con riesgo de malaria:

- **MALARIA COMPLICADA**
- **MALARIA**



**Tabla 17.** Clasificación del niño con fiebre y riesgo de malaria

<p><b>Vive, procede o visitó en los últimos 15 días un área de riesgo para malaria y tiene cualquier signo de ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO</b></p>	<p><b>MALARIA COMPLICADA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Hospitalizar o referir URGENTEMENTE siguiendo las normas de estabilización y transporte “REFIERA”</b></li> <li>● Tomar gota gruesa, si es positiva administrar primera dosis de Artesunato sódico IV (contraindicado en menores de 6 meses). Si no está disponible, utilizar 2° línea: Diclorhidrato de quinina IV.</li> <li>● Si es negativa, tratar como ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO, con antibiótico.</li> <li>● Prevenir la hipoglicemia.</li> <li>● Tratar la fiebre.</li> <li>● Tratar las convulsiones.</li> <li>● Garantizar adecuada hidratación.</li> <li>● Administrar oxígeno.</li> </ul>
<p><b>Vive, procede o visitó en los últimos 15 días un área de riesgo para malaria y uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Fiebre y procede de un área rural.</li> <li>● Fiebre sin foco y procede de un área urbana.</li> </ul>	<p><b>MALARIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tomar gota gruesa, si es positiva iniciar tratamiento para MALARIA, según el plasmodium.</li> <li>● Si sale negativa, tratar como <b>ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO INTERMEDIO O BAJO</b> y realizar gota gruesa cada 12 horas por 48 horas.</li> <li>● Tratar la fiebre.</li> <li>● Asegurar adecuada hidratación por vía oral.</li> <li>● Hacer consulta de seguimiento en 2 días.</li> <li>● Enseñar a al cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>● Enseñar medidas preventivas específicas.</li> </ul>

## MALARIA COMPLICADA

Un niño con fiebre y cualquiera de los signos de **ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO**, pero que vive, procede o visitó en los últimos 15 días una zona de riesgo de malaria, se clasifica como **MALARIA COMPLICADA**. Realice gota gruesa, si es positiva debe iniciarse de inmediato tratamiento para **MALARIA COMPLICADA**, si es negativa tratar como **ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO**, recuerde seguir las normas de referencia.



## MALARIA

Un niño con una enfermedad febril que vive, procede o visitó en los últimos 15 días un área de riesgo de malaria y no tiene signos para ser clasificado como una MALARIA COMPLICADA, debe ser evaluado y clasificado teniendo en cuenta: Tiene fiebre y vive en zona rural de riesgo de malaria o tiene fiebre sin foco y procede de un área urbana de riesgo de malaria, se clasifica como **MALARIA**. Realice gota gruesa, si es positiva inicie tratamiento para el plasmodium encontrado; si es negativa, trátelo según la clasificación: **ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO INTERMEDIO O BAJO**, controlando nuevamente al paciente si continua con fiebre, para ello debe realizarse gota gruesa cada 12 horas por 48 horas. Enseñe a al cuidador signos de alarma para regresar de inmediato, trate la fiebre y asegure la hidratación por vía oral.

### 4.2.3 CLASIFICAR EL RIESGO DE DENGUE

Debe clasificar la severidad del dengue en todo paciente que cumpla los criterios para considerarse como **PROBABLE DENGUE**:

#### PROBABLE DENGUE

**Si el niño vive o visitó en los 15 días antes del inicio de los síntomas un área endémica de dengue y presenta fiebre de 39°C – 40°C de inicio súbito, sin foco, y dos de los siguientes síntomas: Malestar general, anorexia,nauseas, dolor (articular, muscular, cefalea), rash, leucopenia o prueba de torniquete positiva.**

Las siguientes son las posibles clasificaciones de severidad del dengue:

- **DENGUE GRAVE**
- **DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA**
- **PROBABLE DENGUE**



**Tabla 18.** Clasificación del niño con dengue

<p><b>Uno de los siguientes signos de gravedad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Importante fuga de plasma con shock.</li> <li>● Acumulación de líquidos con distress respiratorio.</li> <li>● Sangrado severo.</li> <li>● Daño importante de órganos.</li> </ul>	<p><b>DENGUE GRAVE</b></p>	<p><b>Hospitalizar o referir URGENTEMENTE a Unidad de Cuidado Intensivo, según las normas de estabilización y transporte 'REFIERA'</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Iniciar cristaloides IV 5-10 ml/kg/h.</li> <li>● Si mejora, disminuir líquidos según estado.</li> <li>● Si continua inestable, 2° bolo de cristaloides de 10-20 ml/kg/h, si mejora disminuir a 7-10 ml/kg/h x 1-2 h.</li> <li>● Si hematocrito disminuye, indica sangrado y necesidad de transfusión urgente.</li> <li>● Si no mejora, iniciar inotrópico por posible disfunción miocárdica.</li> <li>● Iniciar oxígeno.</li> <li>● Tratar la fiebre y el dolor con acetaminofén.</li> <li>● Notificación inmediata.</li> </ul>
<p><b>Uno de los siguientes signos de alarma:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dolor abdominal intenso y continuo.</li> <li>● Vómitos persistentes, diarrea.</li> <li>● Pérdida de líquidos al espacio extravascular (ascitis, edemas, derrame pleural).</li> <li>● Sangrado de mucosas.</li> <li>● Somnolencia y/o irritabilidad.</li> <li>● Hepatomegalia dolorosa &gt;2 cm.</li> <li>● Incremento de hematocrito y rápida disminución de plaquetas.</li> <li>● Disminución de diuresis.</li> <li>● Caída brusca de la temperatura o hipotermia.</li> <li>● Hipotensión postural o lipotimia.</li> <li>● Menor de 5 años o enfermedad crónica o riesgo social.</li> </ul>	<p><b>DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA</b></p>	<p><b>Hospitalizar o referir para observación y tratamiento, según las normas de estabilización y transporte 'REFIERA'</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hidratación IV con Lactato Ringer 5-7 ml/kg/h x 1-2 horas, luego reducir a 3-5 ml/kg/h x 2-4 horas y luego reducir a 2-3 ml/kg/h o menos, según respuesta.</li> <li>● Si deterioro aumentar líquidos a 5-10 ml/kg/h x 1-2 h.</li> <li>● Si no mejora tratar como Dengue Grave.</li> <li>● Mantener gasto urinario adecuado.</li> <li>● Tratar la fiebre y el dolor con Acetaminofén.</li> <li>● Reposo en cama.</li> <li>● Notificación inmediata.</li> <li>● Si el signo de alarma es edad, enfermedad crónica o riesgo social; hidrate por vía oral. Si no tolera cristaloides, a dosis de mantenimiento.</li> <li>● Usar toldillo.</li> </ul>
<p><b>Todos los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Paciente sin signos de alarma.</li> <li>● Tolera adecuados volúmenes de líquidos por vía oral.</li> <li>● Diuresis adecuada en las últimas 6 horas.</li> </ul>	<p><b>DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dar abundantes líquidos por vía oral y SRO.</li> <li>● Reposo relativo en cama.</li> <li>● Tratar la fiebre y el dolor con acetaminofén.</li> <li>● Control en el servicio cada 24 horas hasta 48 horas después de la de la caída de la fiebre.</li> <li>● Enseñar signos de alarma para consultar de inmediato.</li> <li>● Hemograma inicial y de control al caer la fiebre.</li> <li>● Enseñar medidas preventivas específicas.</li> <li>● Usar toldillo.</li> <li>● Notificar según indicación de vigilancia en Salud Pública.</li> </ul>



## DENGUE GRAVE

En todos los niños que cumplen criterios para considerarse PROBABLE DENGUE debe clasificarse la severidad del dengue. Se considera **DENGUE GRAVE** si tiene alguno de los signos de peligro de la hilera roja. El paciente con **DENGUE GRAVE** es un paciente crítico con alto riesgo de mortalidad, requiere manejo en una Unidad de Cuidado Intensivo, hidratación adecuada, monitoreo estricto clínico y paraclínico. Hospitalice o refiera de inmediato, según las normas de estabilización y transporte.

## DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA

Un niño con PROBABLE DENGUE, sin signos para clasificarse como DENGUE GRAVE, y que presenta alguno de los signos de alarma de la segunda hilera roja, se clasifica como **DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA**. El niño requiere hospitalización para tratamiento y observación. Inicie hidratación IV, según el plan de hidratación del niño con dengue, proveer abundantes líquidos orales, tratar la fiebre y el dolor con Acetaminofén. Se debe tener en cuenta el reposo en cama, monitoreo de signos vitales, gasto urinario y control de laboratorios, según esquema de seguimiento del paciente con Dengue. Igualmente, debe notificarse, de acuerdo a las indicaciones de vigilancia en Salud Pública.

Si el único signo de alarma es la edad, el riesgo social o antecedente de enfermedad crónica, se debe hospitalizar para observación, pero puede manejarse con hidratación oral.

## DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA

El niño con probable dengue, sin signos de alarma, con tolerancia de adecuados volúmenes de líquido por vía oral y diuresis adecuada en las últimas 6 horas, puede manejarse en casa. Trate con abundantes líquidos, siguiendo el Plan B de hidratación, reposo en cama y manejo de la fiebre y el dolor con Acetaminofén. Notificación según recomendación de salud pública, control diario hasta que pase dos días afebril, recordando que el momento en que cede la fiebre, es el de mayor peligro de complicaciones. Debe enseñarse estrictamente a al cuidador o cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato. Con hemograma inicial y de control al caer la fiebre.





## EJERCICIO

### CASO CAROLINA

Carolina tiene siete meses de edad, vive en Bogotá y es la segunda hija de Emilia y Joaquín. Carolina comenzó con fiebre de 39,5°C y 40°C, de difícil manejo hace 14 horas. Al cuidador refiere que se acuesta y se observa decaída durante el tiempo de la fiebre, pero cuando la fiebre baja, la niña se observa mejor y recibe líquidos. No tiene tos y no tiene diarrea, no le ha observado nada diferente.

No tiene ningún antecedente de importancia y no ha salido de Bogotá. Al cuidador ha intercalado acetaminofén con ibuprofeno para poder controlar la fiebre, abundantes líquidos y espera al tercer día que se brote, como le recomendó un vecino.

El médico examina a Carolina. Pesó 7.9 kg, FC: 168 x min, FR: 32 x min, y T°: 39,4°C. El médico le pregunta: -¿Ha vomitado la niña?-, al cuidador dice que no. -¿Recibía líquidos?-, al cuidador dice que sí. -¿Ha tenido tos?-, al cuidador dice que no. -¿Ha presentado diarrea?-, al cuidador dice que no. -¿Ha salido de Bogotá?-, al cuidador dice que no, nunca. No hay brotes en la piel, la perfusión es inmediata, no rigidez de nuca, no se encuentra otra alteración.

Utilice los datos para diligenciar la historia clínica y clasificar a Carolina.



**AIEPI - ATENCIÓN DEL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS**

FECHA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ N° HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ CONSULTA EXTERNA: \_\_\_\_\_ URGENCIAS: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ CONSULTA INICIAL: \_\_\_\_\_ CONTROL: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: AÑOS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_ SEXO (F) (M)  
 NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN (barrio o vereda): \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO / CELULAR: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS IMPORTANTES:**

¿Cómo fue el embarazo? y ¿Cuánto duró? \_\_\_\_\_ ¿Cómo fue el parto? \_\_\_\_\_  
 PESO al nacer \_\_\_\_\_ g. TALLA al nacer \_\_\_\_\_ cm. ¿Presentó algún problema neonatal? \_\_\_\_\_  
 Enfermedades previas y hospitalizaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C. FC: \_\_\_\_\_ /min. FR: \_\_\_\_\_ /min. TALLA: \_\_\_\_\_ cm. PESO: \_\_\_\_\_ Kg. PC: \_\_\_\_\_ cm. IMC: \_\_\_\_\_

**VERIFICAR SI EXISTEN SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL**

No puede beber o tomar del pecho \_\_\_\_\_ Letárgico o inconsciente: \_\_\_\_\_ ENFERMEDAD MUY GRAVE  
 Vomita todo \_\_\_\_\_ Convulsiones: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**¿TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**CRUP GRAVE**

Desde hace \_\_\_\_\_ días.  
 Primer episodio de sibilancias: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Sibilancias recurrentes: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Cuadro gripal últimos 3 días SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Antecedente prematuridad: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Respiración por minuto \_\_\_\_\_ Respiración grave \_\_\_\_\_  
 Tiraje subcostal SaO<sub>2</sub> <92% (90% altura > 2.500 msnm)  
 Tiraje subclavicular \_\_\_\_\_  
 Estridor \_\_\_\_\_ Sibilancias \_\_\_\_\_  
 Apnea \_\_\_\_\_ Incapacidad para hablar o beber \_\_\_\_\_  
 Somnoliento \_\_\_\_\_ Confuso \_\_\_\_\_ Agitado \_\_\_\_\_

BRONQUIOLITIS GRAVE  
 SIBILANCIA RECURRENTE (GRAVE)  
 CRUP  
 BRONQUIOLITIS  
 SIBILANCIA (RECURRENTE)  
 NEUMONÍA GRAVE  
 NEUMONÍA  
 TOS O RESFRIADO

**¿TIENE DIARREA?**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Desde hace \_\_\_\_\_ días.  
 ¿Hay sangre en las heces? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene vómito? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 # Vómitos en las últimas 24 h \_\_\_\_\_  
 # Diarreas en las últimas 24 h \_\_\_\_\_  
 # Diarreas en las últimas 4 h \_\_\_\_\_  
 OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Letárgico o comatoso \_\_\_\_\_  
 Intranquilo o irritable \_\_\_\_\_  
 Ojos hundidos \_\_\_\_\_  
 Bebe mal o no puede beber \_\_\_\_\_  
 Bebe ávidamente con sed \_\_\_\_\_  
 Pliegue cutáneo: Inmediato \_\_\_\_\_ Lento \_\_\_\_\_ Muy lento \_\_\_\_\_

DESHIDRATACIÓN GRAVE  
 ALGÚN GRADO DESHIDRATACIÓN  
 ALTO RIESGO DESHIDRATACIÓN  
 SIN DESHIDRATACIÓN  
 DIARREA PERSISTENTE GRAVE  
 DIARREA PERSISTENTE  
 DISENTERÍA



¿TIENE FIEBRE?		SI _____ NO _____
Desde hace _____ días.		Rigidez de nuca _____ Apariencia de enfermo grave _____
Si > 5 días: Todos los días	SI _____ NO _____	Manifestaciones de sangrado _____ Aspecto tóxico _____
Fiebre > 38°C	SI _____ NO _____	Respuesta social: Normal __ Inadecuada __ Sin Respuesta __
Fiebre > 39° C	SI _____ NO _____	Piel: Pálida _____ Moteada _____ Cenicienta _____ Azul _____
<b>Vive o visita en los últimos días</b>		Erupción cutánea general _____ Dolor abdominal _____
Zona Dengue	SI _____	Cefalea _____ Malgias _____ Artralgias _____ Postración _____
Zona Malaria: Urbana _____ Rural _____		P. torniquete(+)_Lipotimia__Hepatomegalia__Edemas__
Disminución afuresis:	SI _____ NO _____	Pulso rápido y fino __ Llenado capilar >2 seg __ Ascitis__
Laboratorios: CH Leucocitos >15.000 o < 4.000		Neutrófilos > 10.000    Plaquetas < 100.000    HTO alto
Parcial de orina compatible con infección		Gota gruesa positiva _____
OBSERVACIONES: _____		
_____		
		ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO
		ENF. FEBRIL RIESGO INTERMEDIO
		ENF FEBRIL DE RIESGO BAJO
		MALARIA COMPLICADA
		MALARIA
		DENGUE GRAVE
		DENGUE CON SIGNOS ALARMA
		DENGUE SIN SIGNOS ALARMA



## CASO INÉS

Inés es una niña de tres años de edad que vive en Bucaramanga y consulta porque comenzó hace tres días con fiebre muy alta y hoy se brotó. Es la primera vez que consulta. No tiene ningún antecedente de importancia, es una niña sana y hace 10 días estuvieron de vacaciones en el Chocó, acampando en zona selvática. Inés pesa 14 kg, mide 93 cm y al ingreso tiene T°: 39°C, FC: 145 x min, FR: 40 x min, no ha convulsionado. Hoy ha recibido agua y jugo, pero desayunó mal; no quiere comer porque se siente muy mal.

No ha tenido tos, ni diarrea. Presenta fiebre y ninguna otra alteración al examen físico, el brote es un exantema generalizado que compromete todo el tronco y cara, desaparece a la presión dejando marca de los dedos. No hay dificultad para respirar. Se encuentra con la boca seca, muy decaída. Se observa enferma, no quiere moverse, está somnolienta y se despierta al estimularla. Sin dolor abdominal, ni vómito. La piel es rosada y al cuidador dice que con la fiebre le duele todo, que se queja de la cabeza y las piernas.

Diligencie la historia clínica y clasifique a Inés.

### AIEPI - ATENCIÓN DEL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS

FECHA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ N° HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ CONSULTA EXTERNA: \_\_\_\_\_ URGENCIAS: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ CONSULTA INICIAL: \_\_\_\_\_ CONTROL: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: AÑOS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_ SEXO (F) (M)  
 NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN (barrio o vereda): \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO / CELULAR: \_\_\_\_\_

#### MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS IMPORTANTES:

¿Cómo fue el embarazo? y ¿Cuánto duró? \_\_\_\_\_ ¿Cómo fue el parto? \_\_\_\_\_  
 PESO al nacer \_\_\_\_\_ g. TALLA al nacer \_\_\_\_\_ cm. ¿Presentó algún problema neonatal? \_\_\_\_\_  
 Enfermedades previas y hospitalizaciones: \_\_\_\_\_  
 TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C. FC: \_\_\_\_\_ /min. FR: \_\_\_\_\_ /min. TALLA: \_\_\_\_\_ cm. PESO: \_\_\_\_\_ Kg. PC: \_\_\_\_\_ cm. IMC: \_\_\_\_\_

#### VERIFICAR SI EXISTEN SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL

No puede beber o tomar del pecho \_\_\_\_\_ Letárgico o inconsciente: \_\_\_\_\_ ENFERMEDAD MUY GRAVE  
 Vomita todo \_\_\_\_\_ Convulsiones: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### ¿TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

#### CRUP GRAVE

Desde hace \_\_\_\_\_ días.  
 Primer episodio de sibilancias: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Sibilancias recurrentes: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Cuadro gripal últimos 3 días SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Antecedente prematuridad: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Respiración por minuto \_\_\_\_\_ Respiración grave \_\_\_\_\_  
 Tiraje subcostal SaO<sub>2</sub> <92% (90% altura > 2.500 msnm) \_\_\_\_\_  
 Tiraje subclavicular \_\_\_\_\_  
 Estridor \_\_\_\_\_ Sibilancias \_\_\_\_\_  
 Apnea \_\_\_\_\_ Incapacidad para hablar o beber \_\_\_\_\_  
 Somnoliento \_\_\_\_\_ Confuso \_\_\_\_\_ Agitado \_\_\_\_\_

BRONQUIOLITIS GRAVE  
 SIBILANCIA RECURRENTE (GRAVE)  
 CRUP  
 BRONQUIOLITIS  
 SIBILANCIA (RECURRENTE)  
 NEUMONÍA GRAVE  
 NEUMONÍA  
 TOS O RESFRIADO

#### ¿TIENE DIARREA?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Desde hace \_\_\_\_\_ días.  
 ¿Hay sangre en las heces? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene vómito? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 # Vómitos en las últimas 24 h \_\_\_\_\_  
 # Diarreas en las últimas 24 h \_\_\_\_\_  
 # Diarreas en las últimas 4 h \_\_\_\_\_  
 OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Letárgico o comatoso \_\_\_\_\_  
 Intranquilo o irritable \_\_\_\_\_  
 Ojos hundidos \_\_\_\_\_  
 Bebe mal o no puede beber \_\_\_\_\_  
 Bebe ávidamente con sed \_\_\_\_\_  
 Pliegue cutáneo: Inmediato \_\_\_\_\_ Lento \_\_\_\_\_ Muy lento \_\_\_\_\_

DESHIDRATACIÓN GRAVE  
 ALGÚN GRADO DESHIDRATACIÓN  
 ALTO RIESGO DESHIDRATACIÓN  
 SIN DESHIDRATACIÓN  
 DIARREA PERSISTENTE GRAVE  
 DIARREA PERSISTENTE  
 DISENTERÍA



¿TIENE FIEBRE?		SI _____	NO _____
Desde hace _____ días.		Rigidez de nuca _____ Apariencia de enfermo grave _____	<b>ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO</b> <b>ENF. FEBRIL RIESGO INTERMEDIO</b> <b>ENF FEBRIL DE RIESGO BAJO</b>  <b>MALARIA COMPLICADA</b> <b>MALARIA</b>  <b>DENGUE GRAVE</b> <b>DENGUE CON SIGNOS ALARMA</b> <b>DENGUE SIN SIGNOS ALARMA</b>
Si > 5 días: Todos los días SI _____ NO _____		Manifestaciones de sangrado _____ Aspecto tóxico _____	
Fiebre > 38°C SI _____ NO _____		Respuesta social: Normal ___ Inadecuada ___ Sin Respuesta ___	
Fiebre > 39° C SI _____ NO _____		Piel: Pálida _____ Moteada _____ Cenicienta _____ Azul _____	
<b>Vive o visita en los últimos días</b>		Erupción cutánea general _____ Dolor abdominal _____	
Zona Dengue SI _____		Cefalea _____ Malgias _____ Artralgias _____ Postración _____	
Zona Malaria: Urbana _____ Rural _____		P. torniquete(+)_Lipotimia__Hepatomegalia__Edemas__	
Disminución afuresis: SI _____ NO _____		Pulso rápido y fino ___ Llenado capilar >2 seg ___ Ascitis__	
Laboratorios: CH Leucocitos >15.000 o < 4.000		Neutrófilos > 10.000 Plaquetas < 100.000 HTO alto	
Parcial de orina compatible con infección Gota gruesa positiva _____			
OBSERVACIONES: _____			

## 5. EVALUAR AL NIÑO CON PROBLEMAS DEL OÍDO

Los problemas de oído son muy frecuentes en el grupo de edad abordado en este libro. El problema más frecuente de oído es la infección del oído y el inconveniente más grande es que su signo cardinal, la otalgia, no es evaluable en el lactante que no habla, y la irritabilidad o la incomodidad son signos muy vagos e inespecíficos.

Partiendo de este hecho, se puede definir la otitis media como la presencia de exudado (seroso, mucoso, purulento o mixto) en la cavidad del oído medio. La duración de este exudado, junto a la presencia o no de síntomas agudos, permite la clasificación de cada una de las formas clínicas de otitis. Una complicación importante de la otitis es la extensión hasta la apófisis mastoidea, lo que produce la mastoiditis.

### MASTOIDITIS

La mastoiditis aguda se define como la infección de las celdillas mastoideas, causada por la extensión de la inflamación que sucede en una otitis media aguda (OMA). Es la complicación intratemporal secundaria a una OMA más frecuente y afecta principalmente a niños pequeños (6 a 24 meses). Se trata de una enfermedad grave que debe sospecharse ante la presencia de celulitis en la zona retroauricular (área mastoidea); generalmente se acompaña de fiebre, cefalea, dolor y signos de OMA. Posterior a la inflamación inicial de la mucosa de la apófisis mastoideas, el cuadro puede progresar hacia la destrucción de las celdillas mastoideas, con el riesgo de desarrollar abscesos que se extiendan hacia áreas adyacentes, incluyendo el SNC. Usualmente causada por *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*.

### OTITIS MEDIA AGUDA

La otitis media aguda (OMA), es una enfermedad de inicio agudo con signos y síntomas de inflamación y efusión en el oído medio. Signos de efusión que incluyen abombamiento de la membrana timpánica; movilidad limitada o ausente de la misma; nivel hidroaéreo en la cavidad del oído medio, visible a través de la membrana timpánica; otorrea, y signos de inflamación como eritema de la membrana. La otalgia puede manifestarse como una incomodidad evidente en el oído, que interfiere con la actividad normal y el sueño.

La incidencia es mayor en niños menores de dos años, con el pico entre los 6 y 12 meses. En cuanto a la fisiopatología: el factor más importante es la disfunción de la trompa de Eustaquio, la cual en los niños pequeños es más corta y horizontal. Las infecciones virales del tracto respiratorio superior a menudo preceden o coinciden, y pueden llevar a otitis media aguda por varios mecanismos: Induciendo inflamación en la nasofaringe y trompa de Eustaquio; incrementando la



colonización bacteriana nasofaríngea; alterando el sistema inmune del huésped, e incrementando la susceptibilidad a infección bacteriana secundaria. La interacción de virus y bacterias puede conducir a una mayor inflamación y retardo en la eliminación de bacterias del fluido del oído medio.

Usualmente es causada por *Streptococcus pneumoniae* hasta 40%, *Haemophilus influenzae* hasta 25 – 30%, *Moraxella catarrhalis* hasta 10 – 20% y otros organismos como *Streptococcus del grupo A*, *Staphylococcus aureus* y organismos Gram negativos como *Pseudomona*. Los virus respiratorios a menudo actúan como un factor favorecedor, pero como causa única se encuentran en menos del 10% de los casos y es motivo de discusión el papel etiológico de los virus, considerándose a la otitis media aguda como un proceso fundamentalmente bacteriano.

## OTITIS MEDIA CRÓNICA

Es la persistencia del proceso inflamatorio asociado con perforación de la membrana timpánica y exudación por más de seis semanas. Sin embargo en la clasificación de AIEPI, desde el punto de vista práctico, se considera crónica toda supuración persistente por más de dos semanas, porque se incluyen los procesos subagudos dentro del término de otitis crónica. Es difícil ver la perforación en un oído que está permanentemente drenando, especialmente si el canal externo se encuentra inflamado.

## OTITIS MEDIA RECURRENTE

Se define como tres o más episodios de otitis media aguda en los últimos seis meses, o cuatro o más episodios en el último año. En estos casos la prevención de nuevos episodios es el objetivo inmediato y esto depende de la modificación de los factores de riesgo. Cuando esto es posible, se logra evidenciar los resultados. Entre los posibles factores de riesgo se encuentran: bajo nivel socioeconómico, meses fríos, asistencia a guardería, sexo masculino, historia familiar de OMA, ausencia de lactancia, alimentación con biberón, tabaquismo domiciliario e inicio precoz del primer episodio.

## 5.1 ¿CÓMO EVALUAR A UN NIÑO CON PROBLEMA DE OÍDO?

**Gráfica 10.** Evaluación del niño con problemas de oído

En **TODOS** los casos preguntar a la madre acerca del problema del niño, verificar si hay signos generales de peligro, preguntar si hay tos o dificultad para respirar, diarrea, fiebre y luego **PREGUNTAR: ¿TIENE EL NIÑO UN PROBLEMA DE OÍDO?**

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA  
O TIENE FIEBRE,**

**PREGUNTAR:**

- ¿Tiene dolor de oído?
- ¿Le está supurando el oído?, en caso afirmativo: ¿Hace cuánto tiempo?
- ¿Ha tenido más episodios de Otitis Media? Si la respuesta es afirmativa: ¿Cuántos en los últimos 6 meses y en el último año?

**OBSERVAR Y DETERMINAR:**

- Observar si hay supuración de oído.
- Observar si el tímpano está rojo y abombado.
- Palpar para determinar si hay inflamación dolorosa detrás de la oreja.

Clasifique según el cuadro codificado por colores para el niño con problema de oído y luego continúe con la evaluación integral del niño.



## PREGUNTAR:

### 👂 ¿Tiene el niño un problema de oído?

Si el cuidador responde que NO, escriba su respuesta y siga con el próximo síntoma principal: problema de garganta. Solo evalúe el problema de oído si el cuidador responde afirmativamente o si el niño consulta por fiebre o irritabilidad. Recuerde que el dolor es difícil de evaluar en el lactante, por lo que todo niño con irritabilidad o fiebre debe evaluarse en busca de problema de oído.

### 👂 ¿Tiene dolor de oído?

El dolor de oído puede indicar que el niño tiene una infección, la evidencia muestra que es el síntoma principal en el diagnóstico de una otitis media aguda. El dolor de oído siempre es intenso y suele alterar la actividad normal y el sueño. Los lactantes pequeños que no hablan se tornan irritables, lloran todo el tiempo, disminuyen la ingesta, lo que sugiere que algo les molesta, en ocasiones muestran la incomodidad que sienten en la oreja.

### 👂 ¿Le está supurando el oído? En caso afirmativo: ¿Hace cuánto tiempo?

La supuración del oído es también un signo de infección. Si ha tenido supuración de oído, pregunte desde cuándo. Usted clasificará y tratará el problema del oído según el tiempo que haya estado supurando:

- Un oído que ha supurado por 14 días o más se trata como una otitis media crónica.
- Un oído que ha supurado por menos de 14 días se trata como una otitis media aguda.

### 👂 ¿Ha tenido más episodios de otitis media? Si la respuesta es afirmativa: ¿Cuántos en los últimos seis meses? ¿y en el último año?

La otitis media aguda recurrente requiere mayor investigación y un tratamiento diferente al de la otitis media aguda. El niño deberá ser valorado por un especialista. Se considera otitis media aguda recurrente cuando ha presentado tres episodios en los últimos seis meses, y/o cuatro o más episodios en el último año.

### 👁️ OBSERVAR si hay supuración de oído.

La supuración que sale del oído es un signo de infección, incluso si el niño ya no siente dolor. Observe en el conducto si el oído supura.

👁️ **OBSERVAR si el tímpano está rojo y abombado.**

En la otoscopia directa, el único signo de otitis media aguda es una membrana timpánica abombada (se observa prominente) y roja (como en llamas). Cuando la membrana no se observa así, debería realizarse una neumatoscopia en la cual se puede verificar la disminución de la movilidad de la membrana.

👋 **PALPAR para determinar si hay inflamación dolorosa detrás de la oreja.**

Palpe detrás de ambas orejas y decida si hay tumefacción dolorosa de la apófisis mastoidea. En los lactantes, la tumefacción puede estar arriba de la oreja. Para clasificar como mastoiditis debe haber tumefacción y dolor. No se debe confundir la inflamación del hueso con los ganglios linfáticos inflamados.



## 5.2. CLASIFICAR AL NIÑO CON PROBLEMAS DE OÍDO

Hay cinco clasificaciones para los problemas del oído:

- **MASTOIDITIS**
- **OTITIS MEDIA CRÓNICA**
- **OTITIS MEDIA RECURRENTE**
- **OTITIS MEDIA AGUDA**
- **NO TIENE OTITIS MEDIA**

**Tabla 19.** Clasificación del niño con problemas de oído

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja.</li> </ul>	<b>MASTOIDITIS</b>	<p><b>Hospitalizar o referir URGENTEMENTE siguiendo las normas de estabilización y transporte “REFIERA”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar la primera dosis de antibiótico.</li> <li>• Tratar la fiebre y el dolor.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supuración del oído por 14 días o más.</li> </ul>	<b>OTITIS MEDIA CRÓNICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar un antibiótico tópico.</li> <li>• Secar el oído que supura con mecha.</li> <li>• Tratar la fiebre y el dolor.</li> <li>• Referir a consulta de infectología y ORL.</li> <li>• Enseñar a al cuidador los signos de alarma para volver de inmediato.</li> <li>• Enseñar medidas preventivas.</li> <li>• Hacer control 14 días después.</li> <li>• Sospeche inmunodeficiencia o VIH.</li> </ul>
<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 o más episodios de OTITIS MEDIA AGUDA en los últimos 6 meses.</li> <li>• 4 episodios de OTITIS MEDIA AGUDA en el último año.</li> </ul>	<b>OTITIS MEDIA RECURRENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar un antibiótico apropiado.</li> <li>• Secar el oído que supura con mecha.</li> <li>• Tratar la fiebre y el dolor.</li> <li>• Enseñar a al cuidador signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>• Hacer consulta de seguimiento 2 días después.</li> <li>• Enseñar medidas preventivas.</li> <li>• Referir a consulta de infectología y ORL.</li> </ul>
<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tímpano rojo y abombado por otoscopia.</li> <li>• Dolor de oído.</li> <li>• Supuración del oído menor de 14 días.</li> </ul>	<b>OTITIS MEDIA AGUDA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar un antibiótico apropiado.</li> <li>• Secar el oído que supura con mecha.</li> <li>• Tratar la fiebre y el dolor.</li> <li>• Enseñar a al cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>• Hacer consulta de seguimiento 2 días después.</li> <li>• Enseñar medidas preventivas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No tiene criterios para clasificarse en ninguna de las anteriores.</li> </ul>	<b>NO TIENE OTITIS MEDIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ningún tratamiento.</li> <li>• Enseñar a al cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato.</li> </ul>

## MASTOIDITIS

Si el niño tiene tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja, clasifíquelo como **MASTOIDITIS**. Refiera al niño urgentemente al hospital, necesita tratamiento con antibiótico parenteral, también puede necesitar cirugía. Antes de remitir administre la primera dosis de un antibiótico indicado y administre acetaminofén para manejo de la fiebre y el dolor.

## OTITIS MEDIA CRÓNICA

Si el niño tiene supuración del oído por 14 días o más clasifíquelo como **OTITIS MEDIA CRÓNICA**; inicie tratamiento con antibiótico tópico, enseñe a secar el oído con mecha y referiera a consulta por especialista (infectólogo y ORL). No debe administrar series reiteradas de antibióticos por vía oral para un oído que supura crónicamente. Enseñe a al cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato al servicio de salud y trate de modificar los factores de riesgo. Cite a control en 14 días.

## OTITIS MEDIA RECURRENTE

Si ha presentado tres o más episodios de **OTITIS MEDIA AGUDA** en los últimos 6 meses, o cuatro en el último año, debe referirlo por consulta externa para manejo por especialista (infectólogo y ORL) con diagnóstico de **OTITIS RECURRENTE**. Trate ambulatoriamente con antibióticos orales; el tiempo de duración del tratamiento y la elección del antibiótico dependerá de la edad del niño, su entorno y el uso previo de antibióticos, se tratará esta temática en un capítulo posterior. Administre acetaminofén para manejar la fiebre y el dolor, si hay supuración debe mantenerse seco el oído con mecha y al cuidador debe salir del servicio de salud conociendo los signos de alarma para regresar de inmediato. Debe volver a consulta de seguimiento en dos días. Si hay factores de riesgo, estas recomendaciones deben modificarse.

## OTITIS MEDIA AGUDA

Cuando el niño presenta dolor en el oído o le ha estado supurando por un tiempo menor a 14 días, o si a la otoscopia se encuentra el tímpano rojo y abombado clasifíquelo como **OTITIS MEDIA AGUDA**. Trate ambulatoriamente con antibióticos orales; el tiempo de duración del tratamiento y la elección del antibiótico dependerá de la edad del niño, su entorno y el uso previo de antibióticos. Administre acetaminofén para manejar la fiebre y el dolor, si hay supuración debe mantenerse seco el oído con mecha y al cuidador debe salir del servicio de salud conociendo los signos de alarma para regresar de inmediato. Debe volver a consulta de seguimiento en dos días. Si hay factores de riesgo, las recomendaciones deben modificarse.



## NO TIENE OTITIS

El niño clasificado como **NO TIENE OTITIS**, es un niño en el cual se evaluó el oído porque tenía fiebre y se encontró normal o porque el cuidador consideró que tenía algún problema en el oído y al examinarlo no se encontraron criterios para estar en las anteriores clasificaciones. No requiere, por lo tanto, ningún tratamiento, deberá enseñarse al cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato al servicio de salud.





## EJERCICIO

### CASO DIANA

Diana tiene tres años de edad y es hija de Claudia, vive en Riohacha. El cuidador la trae a consulta por primera vez, porque ha estado caliente los últimos dos días y anoche lloró toda la noche por dolor del oído derecho. No ha querido comer bien los sólidos y ha vomitado 2 veces. El cuidador dijo que la niña tenía episodios de otitis desde los 9 meses de edad, con una frecuencia de uno cada tres meses; en los

últimos seis meses ha tenido con este cuatro episodios y lleva un mes con el oído que supura, cede y supura de nuevo. Asiste al jardín desde hace un año.

Diana pesa 13 kg. mide 90 cm. T 39°C, FC 155 x', FR 32 x'.

El médico observa a Diana y ve que está alerta, irritable, con llanto fácil, no ha convulsionado y ha vomitado 2 veces hoy. Ha estado con catarro, pero no ha tenido tos, ni dificultad para respirar. No tiene diarrea y presenta fiebre desde hace dos días, no ha salido de Riohacha, no tiene rigidez de nuca, el aspecto no es tóxico, pero se observa enferma, no quiere jugar sino estar quieta, recostada encima del cuidador todo el tiempo. La coloración de la piel es normal. No hay ninguna evidencia de sangrado en la piel ni exantema.

Al examinar los oídos, el tímpano izquierdo es normal, pero el derecho es difícil examinarlo bien por el dolor, hay secreción purulenta que obstruye el conducto. Hay adenopatías submaxilares dolorosas, al parpar detrás de la oreja izquierda se encuentra una zona inflamada, roja y muy dolorosa.

Utilice la información y clasifique la enfermedad de Diana en la historia clínica.

**AIEPI - ATENCIÓN DEL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS**

FECHA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ N° HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ CONSULTA EXTERNA: \_\_\_\_\_ URGENCIAS: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ CONSULTA INICIAL: \_\_\_\_\_ CONTROL: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: AÑOS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_ SEXO (F) (M)  
 NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN (barrio o vereda): \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO / CELULAR: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS IMPORTANTES:**

¿Cómo fue el embarazo? y ¿Cuánto duró? \_\_\_\_\_ ¿Cómo fue el parto? \_\_\_\_\_  
 PESO al nacer \_\_\_\_\_ g. TALLA al nacer \_\_\_\_\_ cm. ¿Presentó algún problema neonatal? \_\_\_\_\_  
 Enfermedades previas y hospitalizaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C. FC: \_\_\_\_\_ /min. FR: \_\_\_\_\_ /min. TALLA: \_\_\_\_\_ cm. PESO: \_\_\_\_\_ Kg. PC: \_\_\_\_\_ cm. IMC: \_\_\_\_\_

**VERIFICAR SI EXISTEN SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL**

No puede beber o tomar del pecho \_\_\_\_\_ Letárgico o inconsciente: \_\_\_\_\_ ENFERMEDAD MUY GRAVE  
 Vomita todo \_\_\_\_\_ Convulsiones: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**¿TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**CRUP GRAVE**

Desde hace \_\_\_\_\_ días.  
 Primer episodio de sibilancias: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Sibilancias recurrentes: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Cuadro gripal últimos 3 días SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Antecedente prematuridad: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Respiración por minuto \_\_\_\_\_ Respiración grave \_\_\_\_\_  
 Tiraje subcostal  $\text{SaO}_2 < 92\%$  (90% altura > 2.500 msnm)  
 Tiraje supraclavicular \_\_\_\_\_  
 Estridor \_\_\_\_\_ Sibilancias \_\_\_\_\_  
 Apnea \_\_\_\_\_ Incapacidad para hablar o beber \_\_\_\_\_  
 Somnoliento \_\_\_\_\_ Confuso \_\_\_\_\_ Agitado \_\_\_\_\_

BRONQUIOLITIS GRAVE  
 SIBILANCIA RECURRENTE (GRAVE)  
 CRUP  
 BRONQUIOLITIS  
 SIBILANCIA (RECURRENTE)  
 NEUMONÍA GRAVE  
 NEUMONÍA  
 TOS O RESFRIADO

**¿TIENE DIARREA?**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Desde hace \_\_\_\_\_ días.  
 ¿Hay sangre en las heces? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene vómito? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 # Vómitos en las últimas 24 h \_\_\_\_\_  
 # Diarreas en las últimas 24 h \_\_\_\_\_  
 # Diarreas en las últimas 4 h \_\_\_\_\_  
 OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Letárgico o comatoso \_\_\_\_\_  
 Intranquilo o irritable \_\_\_\_\_  
 Ojos hundidos \_\_\_\_\_  
 Bebe mal o no puede beber \_\_\_\_\_  
 Bebe ávidamente con sed \_\_\_\_\_  
 Pliegue cutáneo: Inmediato \_\_\_\_\_ Lento \_\_\_\_\_ Muy lento \_\_\_\_\_

DESHIDRATACIÓN GRAVE  
 ALGÚN GRADO DESHIDRATACIÓN  
 ALTO RIESGO DESHIDRATACIÓN  
 SIN DESHIDRATACIÓN  
 DIARREA PERSISTENTE GRAVE  
 DIARREA PERSISTENTE  
 DISENTERÍA



¿TIENE FIEBRE?		SI _____ NO _____
Desde hace _____ días.	Rigidez de nuca _____ Apariencia de enfermo grave _____	<b>ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO</b> <b>ENF. FEBRIL RIESGO INTERMEDIO</b> <b>ENF FEBRIL DE RIESGO BAJO</b>  <b>MALARIA COMPLICADA</b> <b>MALARIA</b>  <b>DENGUE GRAVE</b> <b>DENGUE CON SIGNOS ALARMA</b> <b>DENGUE SIN SIGNOS ALARMA</b>
Si > 5 días: Todos los días SI _____ NO _____	Manifestaciones de sangrado _____ Aspecto tóxico _____	
Fiebre > 38°C SI _____ NO _____	Respuesta social: Normal __ Inadecuada __ Sin Respuesta __	
Fiebre > 39° C SI _____ NO _____	Piel: Pálida _____ Moteada _____ Cenicienta _____ Azul _____	
Vive o visita en los últimos días	Erupción cutánea general _____ Dolor abdominal _____	
Zona Dengue SI _____	Cefalea _____ Malgias _____ Artralgias _____ Postración _____	
Zona Malaria: Urbana _____ Rural _____	P. torniquete (+) _____ Lipotimia _____ Hepatomegalia _____ Edemas _____	
Disminución afuresis: SI _____ NO _____	Pulso rápido y fino _____ Llenado capilar >2 seg _____ Ascitis _____	
Laboratorios: CH Leucocitos >15.000 o < 4.000	Neutrófilos > 10.000 Plaquetas < 100.000 HTO alto	
Parcial de orina compatible con infección Gota gruesa positiva _____		
OBSERVACIONES: _____		
_____		
_____		
¿ TIENE PROBLEMA DE OIDO?		SI _____ NO _____
¿Tiene dolor de oídos? SI _____ NO _____	Tumefacción dolorosa detrás de la oreja _____	<b>MASTOIDITIS</b> <b>OTITIS MEDIA CRÓNICA</b> <b>OTITIS MEDIA RECURRENTE</b> <b>OTITIS MEDIA AGUDA</b> <b>NO TIENE OTITIS</b>
¿Tiene supuración? SI _____ NO _____ hace _____ días	Tímpano rojo y abombado _____	
Nº EPISODIOS PRECIOS: _____ en _____ meses	Supuración de oído _____	
OBSERVACIONES: _____		
_____		
_____		



## 6. EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO CON PROBLEMAS DE GARGANTA

Uno de los síntomas más frecuentes de la gripa es el dolor de garganta. La mayor parte de las infecciones de garganta son de origen viral y se mejoran en pocos días con una buena atención casera. La amigdalitis es un proceso agudo, febril, con inflamación de las mucosas del área faringoamigdal, que puede presentarse con eritema, edema, exudado, úlceras o vesículas. Muchos virus y bacterias son capaces de producir amigdalitis, y en la mayoría de los casos en niños pequeños la causa es un virus con una evolución benigna y autolimitada. De las bacterias que causan amigdalitis, el *Streptococcus* beta hemolítico del grupo A es la más importante en niños y la única en la que el tratamiento antibiótico está claramente indicado.

El examen clínico de la garganta no permite diferenciar entre amigdalitis causada por *Streptococcus* beta hemolítico del grupo A (EbhGA) de la causada por otros organismos; sin embargo, la presencia de síntomas típicos de infección vírica aguda como rinorrea, disfonía, tos, conjuntivitis, diarrea o aftas, debe hacer pensar al médico que **no** se trata de amigdalitis estreptocócica. El problema del diagnóstico clínico es que no hay unos signos y síntomas característicos de ninguno de los gérmenes, pero debe hacerse un diagnóstico clínico lo más certero posible para evitar la inadecuada utilización de antibióticos.

Las petequias en paladar blando no son específicas de infección por EbhGA, se observan también en rubeola, herpes simple, virus Ebstein-Barr y se pueden encontrar por fragilidad capilar o vómitos repetidos. Es más típica la presencia de pequeñas pápulas eritematosas con centro pálido en anillo (lesiones donuts) tanto en paladar blando como en paladar duro, que sólo se han descrito en EbhGA. Un paciente mayor de cinco años con fiebre mayor de 38°C, inflamación y exudado amigdal, con adenopatía cervical anterior, tiene una probabilidad de un 66% que sea causada por EbhGA. Es muy rara en menores de tres años y se debe ser cuidadoso para no formular antibiótico innecesariamente. En los niños mayores de tres años se puede decir que las manifestaciones clínicas características del EbhGA son:

### 1. Síntomas:

- Inicio brusco con fiebre.
- Dolor de garganta de intensidad variable asociado o no a dificultad para tragar.
- Síntomas generales como cefalea, mialgias, náuseas, vómito y dolor abdominal.

## 2. Signos:

- Eritema difuso, inflamación de faringe y úvula e hipertrofia del tejido linfoide en faringe posterior.
- Amígdalas eritematosas, inflamadas, con exudado confluyente blanquecino-amarillento (50-90%).
- Petequias y/o lesiones anulares (donuts) en paladar blando, úvula o faringe posterior.
- Adenomegalia cervical anterior, dolorosa al tacto (30 – 60%).
- Aliento fétido.

## 3. Otros hechos que sugieren infección por EbhGA:

- Presencia de erupción escarlatiforme.
- *Ausencia* de tos, rinorrea, ronquera, conjuntivitis, aftas o ulceraciones en mucosa oral y diarrea.

## 6.1 ¿CÓMO EVALUAR AL NIÑO CON PROBLEMAS DE GARGANTA?

**Gráfica 11.** Evaluación del niño con problemas de garganta

En **TODOS** los casos preguntar a la madre acerca del problema del niño, verificar si hay signos generales de peligro, preguntar si hay tos o dificultad para respirar, diarrea, fiebre, problema de oído y luego **PREGUNTAR: ¿TIENE EL NIÑO UN PROBLEMA DE GARGANTA?**



**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA  
O TIENE FIEBRE,**

**PREGUNTAR:**

- ¿Tiene dolor de garganta?
- ¿Tiene fiebre?
- ¿Qué edad tiene?

**OBSERVAR Y DETERMINAR:**

- Observar si las amígdalas están eritematosas con exudado confluyente blanquecino-amarillento.
- Palpar el cuello, determinar si hay adenomegalia cervical anterior dolorosa.



Clasifique el problema de garganta según el cuadro codificado por colores y luego continúe con la evaluación integral del niño.

### PREGUNTAR:

#### 👤 ¿Tiene el niño un problema de garganta?

Si el cuidador dice que NO, anote su respuesta y no evalúe el problema de garganta, pase al siguiente síntoma principal, problemas en la boca. Si el cuidador responde que SÍ o si el motivo de consulta fue fiebre, continúe con la próxima pregunta:

#### 👤 ¿Tiene el niño dolor de garganta?

El dolor de garganta generalmente se debe a infección viral, los niños pueden modificar la alimentación por el dolor y elegir tomar líquidos que producen menos molestia. Algunas veces tienen la boca entreabierta por el dolor.

### 👂 ¿Tiene fiebre?

Usted ya preguntó anteriormente si presenta fiebre, utilice esta información en la evaluación del niño con problema de garganta. La amigdalitis bacteriana suele presentarse comúnmente como una enfermedad febril de inicio súbito, la mayoría de las veces la fiebre es alta, por encima de los 38.5°C.

### 👂 ¿Qué edad tiene el niño?

La edad del niño es importante en el diagnóstico de la amigdalitis, ya que el *Streptococcus beta hemolítico del grupo A* es excepcional por debajo de los tres años de edad. Esta es una enfermedad usualmente de escolares. La gran mayoría de los lactantes tendrán una infección viral.

### 👁️ **OBSERVAR LAS AMÍGDALAS ¿Están eritematosas con exudado confluyente blanquecino-amarillento?**

Este signo se encuentra hasta en el 90% de los casos de amigdalitis por EbhGA. Sin embargo, si no es bilateral, están ambos, debería considerarse la posibilidad de etiología diferente.

### 👋 **PALPAR EL CUELLO, determinar si hay adenomegalia cervical anterior dolorosa.**

Los ganglios anteriores del cuello se aumentan de tamaño y son dolorosos como parte del cuadro clínico de la amigdalitis por EbhGA.

## 6.2 CLASIFICAR AL NIÑO CON PROBLEMAS DE GARGANTA

Hay tres posibles clasificaciones para el problema de garganta:

- **AMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA**
- **AMIGDALITIS VIRAL**
- **NO TIENE AMIGDALITIS**



**Tabla 20.** Clasificación del niño con problemas de garganta

<p><b>Todos los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad de 3 años o mayor con fiebre.</li> <li>• Amígdalas eritematosas con exudado confluyente blanquecino-amarillento.</li> <li>• Ganglios crecidos y dolorosos en cuello.</li> </ul>	<p><b>AMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar dosis de P. Benzatínica.</li> <li>• Tratar la fiebre y el dolor.</li> <li>• Dar abundantes líquidos fríos.</li> <li>• Enseñar el cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato.</li> </ul>
<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Criterios anteriores en el menor de 3 años o sin fiebre.</li> <li>• Amígdalas eritematosas con o sin exudado blanquecino amarillento, sin ganglios crecidos y dolorosos en cuello.</li> </ul>	<p><b>AMIGDALITIS VIRAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar la fiebre y el dolor.</li> <li>• Dar abundantes líquidos fríos.</li> <li>• Enseñar el cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No tiene criterios para clasificarse en ninguna de las anteriores.</li> </ul>	<p><b>NO TIENE AMIGDALITIS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar abundantes líquidos.</li> <li>• Enseñar el cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato.</li> </ul>

### AMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA

Un niño mayor de tres años de edad con un cuadro febril, en quien se encuentran las amígdalas eritematosas con exudado confluyente blanquecino-amarillento y además con adenomegalia cervical anterior dolorosa, debe clasificarse como **AMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA**. Trate con penicilina Benzatínica una sola dosis, trate la fiebre y el dolor y enseñe el cuidador qué líquidos administrar y cuáles son los signos de alarma para volver de inmediato al servicio de salud.

### AMIGDALITIS VIRAL

El niño que no tiene cumple con los criterios clínicos o no tiene la edad para clasificarse como amigdalitis estreptocócica, se clasifica como **AMIGDALITIS VIRAL**. El niño con esta clasificación no requiere manejo antibiótico, trate la fiebre y el dolor, enseñe el cuidador qué líquidos administrar y cuándo volver al servicio de salud si su hijo presenta algún signo de alarma.

## NO TIENE AMIGDALITIS

El niño que no cumple los criterios para ser clasificado en ninguna de las anteriores, se clasifica como **NO TIENE AMIGDALITIS**. Posiblemente tenga otro problema de la cavidad oral que usted evaluará más adelante.



## EJERCICIO



### CASO ROBERTO

Roberto tiene 4 años de edad y vive en Bogotá, el cuidador lo trae porque ayer comenzó en la tarde fiebre alta hasta 40°C y en la noche refirió dolor de garganta, con tos ocasional. Esta es la consulta inicial.

No ha sufrido de ninguna enfermedad previa. Pesa 13 kg, mide 100 cm, FC 144 x', FR 28 x' y T 38.8°C.

No ha convulsionado, no vomita, está alerta y recibe líquidos, aunque no quiere ningún alimento sólido. Como tiene tos, el médico preguntó ¿Cuánto hace?, el cuidador contestó que tiene una tos seca desde ayer, y anoche la tos era ronca, no tiene tiraje y no tiene estridor, ni sibilancias. No tiene diarrea, tiene fiebre de un día y estuvo fuera de Bogotá hace 10 días en una finca en Villeta, su aspecto no es de enfermo, tampoco tiene aspecto tóxico ni hay alteración en la piel. Responde adecuadamente al medio, no tiene manifestaciones de sangrado, ni rigidez de nuca, está jugando en el celular durante toda la consulta.

El médico pregunta si le han molestado los oídos, el cuidador refiere que no, pero como tiene fiebre se examinan los oídos y se encuentran con membranas timpánicas normales y no hay inflamación dolorosa al tacto detrás de la oreja.

Al examinar la garganta se observa la faringe y las amígdalas eritematosas con exudados blanquecino-amarillentos confluentes en su superficie, no hay adenopatía dolorosa, solo pequeños ganglios submaxilares.

Utilice la historia clínica para clasificar la enfermedad de Roberto.

### AIEPI - ATENCIÓN DEL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS

FECHA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ N° HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ CONSULTA EXTERNA: \_\_\_\_\_ URGENCIAS: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ CONSULTA INICIAL: \_\_\_\_\_ CONTROL: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: AÑOS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_ SEXO (F) (M)  
 NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN (barrio o vereda): \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO / CELULAR: \_\_\_\_\_

#### MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS IMPORTANTES:

¿Cómo fue el embarazo? y ¿Cuánto duró? \_\_\_\_\_ ¿Cómo fue el parto? \_\_\_\_\_  
 PESO al nacer \_\_\_\_\_ g. TALLA al nacer \_\_\_\_\_ cm. ¿Presentó algún problema neonatal? \_\_\_\_\_  
 Enfermedades previas y hospitalizaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C. FC: \_\_\_\_\_ /min. FR: \_\_\_\_\_ /min. TALLA: \_\_\_\_\_ cm. PESO: \_\_\_\_\_ Kg. PC: \_\_\_\_\_ cm. IMC: \_\_\_\_\_

#### VERIFICAR SI EXISTEN SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL

No puede beber o tomar del pecho \_\_\_\_\_ Letárgico o inconsciente: \_\_\_\_\_ ENFERMEDAD MUY GRAVE  
 Vomita todo \_\_\_\_\_ Convulsiones: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### ¿TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

#### CRUP GRAVE

Desde hace _____ días.	Respiración por minuto _____ Respiración grave _____
Primer episodio de sibilancias: SI _____ NO _____	Tiraje subcostal SaO <sub>2</sub> <92% (90% altura > 2.500 msnm)
Sibilancias recurrentes: SI _____ NO _____	Tiraje supraclavicular _____
Cuadro gripal últimos 3 días SI _____ NO _____	Estridor _____ Sibilancias _____
Antecedente prematuridad: SI _____ NO _____	Apnea _____ Incapacidad para hablar o beber _____
OBSERVACIONES: _____	Somnoliento _____ Confuso _____ Agitado _____
_____	

**BRONQUIOLITIS GRAVE**  
**SIBILANCIA RECURRENTE (GRAVE)**  
**CRUP**  
**BRONQUIOLITIS**  
**SIBILANCIA (RECURRENTE)**  
**NEUMONÍA GRAVE**  
**NEUMONÍA**  
**TOS O RESFRIADO**

#### ¿TIENE DIARREA?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Desde hace _____ días.	Letárgico o comatoso _____
¿Hay sangre en las heces? SI _____ NO _____	Intranquilo o irritable _____
¿Tiene vómito? SI _____ NO _____	Ojos hundidos _____
# Vómitos en las últimas 24 h _____	Bebe mal o no puede beber _____
# Diarreas en las últimas 24 h _____	Bebe ávidamente con sed _____
# Diarreas en las últimas 4 h _____	Pliegue cutáneo: Inmediato _____ Lento _____ Muy lento _____
OBSERVACIONES: _____	
_____	

**DESHIDRATACIÓN GRAVE**  
**ALGÚN GRADO DESHIDRATACIÓN**  
**ALTO RIESGO DESHIDRATACIÓN**  
**SIN DESHIDRATACIÓN**  
**DIARREA PERSISTENTE GRAVE**  
**DIARREA PERSISTENTE**  
**DISENTERÍA**





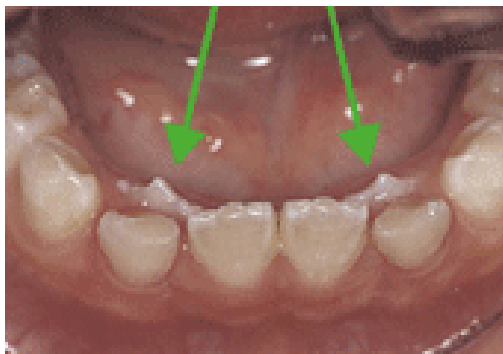
¿TIENE FIEBRE?		SI _____ NO _____
Desde hace _____ días.	Rigidez de nuca _____ Apariencia de enfermo grave _____	<b>ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO</b> <b>ENF. FEBRIL RIESGO INTERMEDIO</b> <b>ENF FEBRIL DE RIESGO BAJO</b>  <b>MALARIA COMPLICADA</b> <b>MALARIA</b>  <b>DENGUE GRAVE</b> <b>DENGUE CON SIGNOS ALARMA</b> <b>DENGUE SIN SIGNOS ALARMA</b>
Si > 5 días: Todos los días SI _____ NO _____	Manifestaciones de sangrado _____ Apecto tóxico _____	
Fiebre > 38°C SI _____ NO _____	Respuesta social: Normal __ Inadecuada __ Sin Respuesta __	
Fiebre > 39° C SI _____ NO _____	Piel: Palida _____ Moteada _____ Cenicienta _____ Azul _____	
Vive o visita en los últimos días	Erupción cutanea general _____ Dolor abdominal _____	
Zona Dengue SI _____	Cefalea _____ Malgias _____ Artralgias _____ Postración _____	
Zona Malaria: Urbana _____ Rural _____	P. torniquete(+) _____ Lipotimia _____ Hepatomegalia _____ Edemas _____	
Disminución afuresis: SI _____ NO _____	Pulso rápido y fino _____ Llenado capilar >2 seg _____ Ascitis _____	
Laboratorios: CH Leucocitos >15.000 o < 4.000 Neutrófilos > 10.000 Plaquetas < 100.000 HTO alto	Parcial de orina compatible con infección Gota gruesa positiva _____	
OBSERVACIONES: _____		
¿ TIENE PROBLEMA DE OIDO?		SI _____ NO _____
¿Tiene dolor de oídos? SI _____ NO _____	Tumefacción dolorosa detrás de la oreja _____	<b>MASTOIDITIS</b> <b>OTITIS MEDIA CRÓNICA</b> <b>OTITIS MEDIA AGUDA</b> <b>NO TIENE OTITIS</b>
¿Tiene supuración? SI _____ NO _____ hace _____ días	Tímpano rojo y abombado _____	
N° EPISODIOS PRECIOS: _____ en _____ meses	Supuración de oído _____	
OBSERVACIONES: _____		
¿TIENE UN PROBLEMA DE GARGANTA?		SI _____ NO _____
¿Tiene dolor de garganta? SI _____ NO _____	Ganglios del cuello crecidos y dolorosos _____ Amígdalas eritematosas _____ Exudado blanquecino-amarillento en amígdalas _____	<b>AMIGDALITIS</b> <b>ESTREPTOCÓCIDA</b> <b>AMIGDALITIS VIRAL</b> <b>NO TIENE AMIGDALITIS</b>
OBSERVACIONES: _____		

## 7. VERIFICAR LA SALUD BUCAL

El cuidado de la salud bucal, como parte integral del cuidado de la infancia, le permite al niño crecer en las mejores condiciones posibles. La salud bucal es importante durante toda la vida, ya que abarca aspectos funcionales, emocionales, psicosociales y estéticos. Durante el crecimiento, la boca es fundamental para el reconocimiento de las texturas y sabores, pero también para el adecuado desarrollo de la fonación, la alimentación, el gusto, el habla, la respiración, la afectividad y la identidad personal.

Los niños son más susceptibles a la presencia de condiciones que afectan la salud bucal, por lo que es de gran importancia el desarrollo de hábitos de cuidado que permitan mantener una adecuada salud bucal como parte de la salud integral.

A lo largo de la vida se presentan dos tipos de dentición: decidua y permanente. Los dientes temporales (deciduos o de leche) inician su formación hacia la sexta semana de vida intrauterina e inician su erupción hacia los 7 meses de vida, y termina el proceso alrededor de los dos años. En total son 20 dientes temporales (8 incisivos, 4 caninos y 8 molares), que deben mantenerse sanos para que cumplan con la función de estimular el adecuado crecimiento y desarrollo craneofacial, en armonía con el desarrollo general del niño. Esto favorece una adecuada respiración, fonación, masticación y alimentación, además de ser un elemento vital en las relaciones sociales, porque hacen parte fundamental de la sonrisa, la comunicación y la expresión de afectos, en las etapas de desarrollo de los niños.



Los dientes permanentes, son de 28 a 32 (8 incisivos, 4 caninos, 8 premolares, y 8 a 12 molares). Inician su formación desde la vida intrauterina; al nacer continúa el proceso de mineralización en las cúspides de los primeros molares permanentes. Su erupción se inicia entre los 5 a 6 años de vida y se completa incluso más allá de los 18 años. Durante la erupción pueden presentarse manifestaciones clínicas como: inflamación pericoronar, dolor, tumefacción, adenopatías y compromiso general.



La dentición permanente se inicia con el recambio de los dientes incisivos inferiores (que emergen frecuentemente detrás de los dientes temporales sin exfoliar) y con la erupción del primer molar permanente.

Los primeros molares permanentes (cuatro en total: dos superiores y dos inferiores), emergen detrás del último molar temporal, sin reemplazar ningún diente y por tanto no deben confundirse con molares temporales. Son fundamentales para mantener el estímulo del crecimiento de los tejidos de soporte, permitir un buen desarrollo de la oclusión y de la función masticatoria.

Es necesario cuidar estos molares desde el momento que emergen en boca, debido a que sus características al momento de la erupción (anatómicas, histológicas y de posición en el arco, lo que dificulta un buen cepillado), los colocan como uno de los dientes más afectados por la caries dental y por sus secuelas.

### **PLACA BACTERIANA (biofilm o biopelícula)**

Las superficies de los dientes están cubiertas, de forma natural, por una película orgánica que se origina en la saliva, que está constituida por componentes salivares y numerosos géneros bacterianos con crecimiento continuo. Cuando no es removida con una adecuada higiene, se adhieren progresivamente a ella microorganismos que al multiplicarse permiten que se produzcan cambios que favorecen la aparición de la caries y/o la inflamación de las encías.

### **CARIES DENTAL**

La caries dental es un proceso dinámico que ocurre como resultado de un desequilibrio entre los minerales de la superficie dental y los productos metabólicos de la placa. Las lesiones se desarrollan en los sitios donde la biopelícula, al permanecer por periodos prolongados de tiempo (más de 24 horas) no es removida como son las superficies oclusales e interproximales y alrededor del margen gingival del diente.

Es importante la identificación de manchas blancas o cafés en las superficies de los dientes, que son en la mayoría de los casos el primer signo de desmineralización del esmalte, y por tanto de la caries dental. Su importancia radica en que es el momento más oportuno para intervenir con medidas preventivas y evitar la progresión a la caries cavitacional.

### **CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA**

Se presenta, en los niños menores de 6 años, y se define como cualquier signo de experiencia de caries (caries de mancha blanca, caries cavitacional, obturaciones por caries, pérdidas dentales por caries).

Los dientes más afectados, son los anteriores superiores y primeros molares temporales debido al contacto prolongado de las superficies dentales con los alimentos (leche y alimentos complementarios), que favorecen la maduración de la placa bacteriana por la inadecuada práctica de hábitos higiénicos.

### **PULPITIS**

La afección de la pulpa se inicia con la hiperemia pulpar (primer estadio de la respuesta inflamatoria), que es reversible cuando el dolor desaparece al retirar el estímulo que lo causa (dolor al masticar, dolor al frío, dolor al comer dulce).

La hiperemia, progresa a pulpitis, cuando la inflamación es de tipo irreversible; se caracteriza por un dolor intenso, pulsátil y espontáneo que generalmente se presenta con mayor intensidad en la noche y no cede al retirar los estímulos. Generalmente se presenta como complicación de caries o de traumas dentales.

### **ABSCESO ALVEOLAR**

La pulpitis no tratada evoluciona a necrosis o muerte pulpar, con presencia de infección en el ápice radicular de los dientes o en la furca de los molares (dentición temporal). También se presenta con dolor al morder, cierto grado de movilidad y cambio de color del diente o molar comprometido y edema, con presencia o no de fístula.

### **CELULITIS FACIAL**

El avance de la infección a través del tejido celular subcutáneo y de los espacios aponeuróticos conduce a la presencia de Celulitis Facial de origen dental, caracterizada por inflamación dolorosa, piel del área comprometida lisa, tensa, enrojecida e hipertérmica, incluso con presencia de asimetrías faciales, y según la localización del proceso dificultad en la apertura de la boca y halitosis. La no atención oportuna y adecuada, puede originar osteomielitis, meningitis y en los casos más graves conducir a una septicemia e incluso comprometer la vida.

### **GINGIVITIS**

Las enfermedades gingivales, son las enfermedades que afectan la unidad dentogingival. Se caracterizan por la presencia de inflamación de la encía (Gingivitis), como respuesta al acumulo de placa bacteriana en el ambiente supra y subgingival, debido a deficiencias en las prácticas de higiene, lo que genera irritación local, o generalizada, con presencia de encía enrojecida, edematosa y que sangra por estímulos (incluso del cepillado de los dientes) o de forma espontánea.



## ESTOMATITIS

La Estomatitis se refiere a la inflamación de la mucosa oral (labios, lengua, techo y piso de boca). Puede ocurrir por medicamentos (quimioterapia), reacciones alérgicas, alteraciones nutricionales (anemia, avitaminosis) o por origen infeccioso (micótico como la candidiasis, viral como la herpética y bacteriana como la estreptocócica).

**Estomatitis herpética:** Esta se presenta en menores de 5 años. Es probablemente la primera exposición de un niño al virus del herpes, y se inicia con fiebre (1 ó 2 días antes de las vesículas), malestar general, irritabilidad, adenopatías submaxilares, dolor en la boca, inflamación de las encías, disminución en la ingesta de alimentos, dificultad para deglutir y la aparición de vesículas en mucosa de cavidad oral (lengua, mejillas, paladar, encías y labios), y pueden extenderse extraoralmente al área peribucal. Las vesículas se rompen hacia el segundo o tercer día, dejando ulceraciones bastante dolorosas. La duración total va de 10 a 12 días.

**Estomatitis por Cándida:** La candidiasis o Muguet es causada por la *Cándida Albicans*, que es un hongo que se adquiere por el paso del canal vaginal en el momento del nacimiento o por la contaminación de los chupos y biberones. La candidiasis bucal se observa comúnmente en bebés, en momentos en que la resistencia a la infección es baja, en bebés pretérmino o en bebés bajo terapia con antibióticos o esteroides. Generalmente es dolorosa, pero rara vez es grave; presenta lesiones como placas blanquecinas que parecen algodón sobre la mucosa de cavidad oral y sobre la lengua interfiriendo con el proceso de alimentación. Se resuelve espontáneamente en dos semanas, pero requiere de manejo de soporte, estricta higiene y puede ser necesario administrar antimicóticos (nistatina).

**Estomatitis Aftosa:** Se presenta con múltiples úlceras eritematosas de borde blanquecino, en cualquier sitio de la mucosa oral o bordes de lengua. Son lesiones bastante dolorosas, y su duración va de 7 a 10 días. No hay vesículas previas a su aparición y su etiología es desconocida, pero se ha relacionado con traumas menores, quemaduras y otros. Estudios recientes, relacionan esta patología con la invasión a células epiteliales por el virus del Eipsten –Barr.

**Estomatitis Estreptococcica:** Se presenta generalmente después de una enfermedad de vías aéreas reciente o asociado con cuadros de faringoamigdalitis. El agente etiológico es el estreptococo viridans tipo I. Se caracteriza por inflamación generalizada de encías, mucosa enrojecida, presencia de lesiones puntiformes blanquecinas en carrillos y en mucosa de revestimiento, que se han descrito como “regado de sal”. Va acompañada de fiebre, dolor, cefalea y malestar general. Requiere antibioticoterapia.

## TRAUMA DENTOALVEOLAR

Desde el nacimiento el niño es expuesto a episodios traumáticos, la prevalencia que es reportada entre 11 - 34%, en dentición temporal. Cuando el niño empieza a caminar (12 a 30 meses) el riesgo a sufrir un trauma dentoalveolar aumenta incluso al doble, generalmente debido a caídas. El trauma dentoalveolar puede ser de etiología intencional o no intencional, y depende del personal de salud identificar signos de maltrato.

Los síntomas y signos van desde pérdida de la conciencia con o sin compromiso neurológico y compromiso de la vía aérea, hasta lesiones o daños en las estructuras circundantes con presencia o no de dolor, dificultad de apertura de la boca, limitación de los movimientos articulares, movilidad, desplazamiento o pérdida dental, erosión, laceración y/o contusión de labios, encía, mucosa oral o lengua. La presencia de edema o sangrado dependen de la intensidad y extensión del trauma.



## 7.1 ¿CÓMO EVALUAR LA SALUD BUCAL DEL NIÑO?

**Gráfica 12.** Evaluación de la salud bucal del niño

En **TODOS** los casos preguntar a la madre acerca del problema del niño, verificar si hay signos generales de peligro, preguntar si hay tos o dificultad para respirar, diarrea, fiebre, problema de oído, de garganta y luego **EVALÚE LA SALUD BUCAL DE TODOS LOS NIÑOS**



### PREGUNTAR:

- ¿Tiene dolor o molestia al comer, masticar o abrir la boca?
- ¿Tiene dolor específicamente en algún diente?
- ¿Ha tenido algún trauma en la cara o la boca?
- ¿Tienen los padres, hermanos o el cuidador caries o enfermedad periodontal?
- ¿Cuándo le limpia la boca a su hijo?
- ¿Cómo realiza y supervisa a su hijo durante la limpieza de los dientes?
- ¿Con qué le limpia la boca al niño?
- ¿Cuándo fue la última consulta con el odontólogo?
- ¿Usa biberón o chupo?
- ¿Durante la noche el niño duerme sin que le hayan limpiado los dientes?

### OBSERVAR Y PALPAR:

- Presencia inflamación dolorosa con algún grado de edema facial.
- La mucosa oral:
  - Presencia de exudado purulento.
  - Presencia de vesículas, úlceras o placas en labios, encías, lengua o paladar.
  - Enrojecimiento e inflamación localizada de la encía.
- Con antecedente de trauma observar:
  - Cambio de color evidente del diente.
  - Fractura evidente del tejido dental.
  - Movilidad (no asociada a recambio dental), desplazamiento, extrusión o intrusión del diente.
  - Avulsión completa (pérdida del diente).
  - Lesión de la encía o mucosas bucales.
- Presencia de manchas blancas o cafés en los dientes.
- Caries cavitacionales.
- Presencia de placa bacteriana.



Clasifique la salud bucal de todos los niños siguiendo el cuadro codificado por colores y luego continúe con la evaluación integral del niño.

## PREGUNTAR:

### 🗣️ ¿Tiene dolor o molestia al comer, masticar o abrir la boca?

Pregunte si han identificado manifestaciones de dolor o molestia, para realizar funciones habituales como succionar, masticar o incluso abrir la boca. Pregunte si el dolor es localizado o difuso (acorde con la edad y el desarrollo del menor, este puede dar indicios que permitan identificar la magnitud del dolor), si compromete encías, lengua, paladar u otro tejido de la boca y desde cuándo presenta el dolor.

### 🗣️ ¿Tiene dolor específicamente en algún diente?

En caso de identificar dolor de algún diente o molar, pregunte si este es intenso, de inicio súbito o permanente, si lo desencadena un estímulo como el calor, el frío, el ácido o el dulce. El dolor dental suele ser un signo de alerta que indica presencia de caries profunda o incluso de procesos inflamatorios agudos de la pulpa dental (pulpitis)

### 🗣️ ¿Ha tenido el niño algún golpe (trauma) en la cara o la boca?

Los golpes o traumas durante el crecimiento y durante el desarrollo motriz de los niños son relativamente comunes y pueden afectar, según su intensidad, diversas estructuras de la boca y la cara, y es también un sitio frecuente de evidencia de maltrato infantil.



Cambio de color posterior a trauma



Absceso posterior a trauma

### 🗣️ ¿Tienen los padres, hermanos o los cuidadores caries o enfermedad periodontal?

Es importante indagar sobre la presencia de caries en la familia, pues la historia familiar positiva, es un factor predictor de caries en el niño, que se incrementa cuando hay otros



factores presentes como una dieta inadecuada junto a una baja frecuencia, calidad, y ayuda en la limpieza bucal.

### 🗣️ ¿Cuándo le limpia la boca al niño?

Al preguntar cuándo realiza la limpieza de la boca del niño, se conoce cuántas veces le hacen limpieza de la boca. Las respuestas permiten reconocer la importancia real que los padres dan a esta actividad para el cuidado de la salud del niño.

### 🗣️ ¿Cómo realiza y supervisa al niño durante la limpieza de los dientes?

El niño menor de siete años apenas está desarrollando su motricidad, por lo que aún no está en capacidad de realizar por su propia cuenta una adecuada higiene de su boca. Es responsabilidad de los padres o cuidadores realizar y supervisar la limpieza, por lo que conocer cómo se realiza y supervisa, permite identificar aspectos que deben fortalecerse para mejorar el cuidado de la boca del niño.

### 🗣️ ¿Con qué le limpia la boca a su hijo?

Es importante reconocer cuáles son los productos que los padres están usando para la limpieza de la boca de los niños, con el objeto de poder aconsejar o no sobre su uso. Indagar sobre el tamaño, tipo de cepillo y clase de crema dental.

### 🗣️ ¿Cuándo fue la última consulta con el odontólogo?

Debe iniciarse la visita al odontólogo, desde antes de la erupción del primer diente temporal (antes de los seis meses de vida), y cada seis meses como mínimo. Idealmente las citas odontológicas deben coordinarse con las citas de crecimiento y desarrollo.

### 🗣️ ¿Usa biberón o chupo?

El uso de biberón o chupos modifica los patrones de reflejos naturales como la succión, la deglución y la masticación, así como las estructuras de los maxilares y de la cara. Adicionalmente sus contenidos, ya sea leche u otros líquidos, por contener generalmente elementos azucarados, favorecen la presencia de la caries de la primera infancia.

### 🗣️ ¿Durante la noche el niño duerme sin que le hayan limpiado la boca?

La no limpieza de la boca antes de dormir y después de haber ingerido cualquier tipo de alimento aumenta el riesgo de caries dental y de enfermedades de las encías, especialmente desde el momento del inicio de la erupción de los dientes temporales.

## OBSERVAR Y PALPAR

### 👁 **Presencia de inflamación dolorosa con algún grado de compromiso o edema facial.**

Las infecciones originadas en la cavidad bucal pueden extenderse al tejido celular subcutáneo y comprometer los tejidos faciales, como en el caso del espacio infraorbitario, generando incluso presencia de asimetría facial. Cuando la infección se extiende a través de los espacios aponeuróticos, se presenta la celulitis que es la forma más severa y grave, y puede causar sepsis y la muerte.

### 👁 **Enrojecimiento e inflamación dolorosa localizada o deformación del contorno de la encía**

Se presenta por complicaciones de enfermedades como la caries no atendida. Afecta los tejidos de soporte del diente, con presencia de dolor continuo, intenso e incluso espontáneo y se presenta acompañado generalmente de fiebre, linfadenitis localizadas en el cuello, dolor al masticar o ante la percusión, malestar general y dificultad para comer. Inicialmente se puede observar un edema gingival localizado en la zona del diente o molar comprometido, que puede generar hasta movilidad dental en diferentes grados.

### 👁 **Presencia de exudado purulento**

Es la concentración de un material de consistencia líquida y espesa, de color de amarillo a verdoso, resultado de la destrucción de células durante la inflamación, debido a la progresión de infecciones dentales no tratadas. En ocasiones, la colección purulenta se transparenta a través de la mucosa, siendo incluso detectable a simple vista, por su fluctuación a la palpación o por evidencia de una fístula activa (canal).



### 👁️ **Presencia de vesículas, úlceras o placas en labios, encías, lengua o paladar**

Durante la primera infancia, en tanto se fortalece el sistema inmune, suelen presentarse infecciones como las aftas que, a pesar de ser benignas, son muy molestas, debido a los síntomas que producen y a su duración. Estas infecciones pueden ser lesiones únicas o múltiples y generalmente se ubican en la encía, pero también pueden afectar la lengua, el paladar, las mejillas y el piso de la boca, y llegan incluso a afectar las condiciones generales del niño, ya que pueden producir deshidratación, fiebre, dificultades para comer, dolor y sensación de ardor.



### 👁️ **Enrojecimiento e inflamación localizada de la encía.**

La gingivitis clínicamente se manifiesta por la presencia de edema y eritema, usualmente en el borde de la encía, localizada en la zona que entra en contacto con el acúmulo de placa bacteriana y puede presentar o no sangrado fácil. Es reversible al aplicar adecuadas medidas de limpieza bucal y remoción de la placa bacteriana.

### **Antecedente de trauma**



Es importante revisar la presencia de posibles lesiones en cara y posteriormente inspeccionar las partes blandas (labios, mejillas, mucosa alveolar, paladar y lengua), al igual que examinar todos los dientes, el soporte periodontal y las estructuras óseas, para identificar asimetrías, deformidades, heridas abiertas y fracturas dentales o radiculares, así como cambios de posición de los dientes con relación a su soporte óseo (intrusión, extrusión, luxaciones). La observación y palpación permiten evaluar el grado de compromiso y la urgencia o emergencia del tratamiento, que va encaminado a atender las lesiones de los tejidos y a salvar y afectar lo menos posible los dientes permanentes, para permitir la recuperación de las funciones de la boca y evitar complicaciones.

Los traumas en los tejidos dentales pueden manifestarse como:



- Cambios de color en la corona del diente (de rosado a gris) por ruptura del paquete vasculonervioso en la entrada del foramen apical.
- Pérdidas de tejido duro del diente, que pueden comprometer parte o toda la corona (con pérdida de esmalte o de esmalte y dentina), la raíz o raíces y puede ir acompañado o no de otros signos como movilidad o desplazamiento del diente.
- Movilidad del diente no asociada a recambio, sino porque se genera una luxación del diente dentro del alveolo, y que se manifiesta como extrusión (cuando el diente se desplaza hacia afuera del alveolo, como en la gráfica), intrusión (cuando el diente se desplaza hacia adentro del alveolo) o desplazamiento lateral.
- También puede presentarse pérdida completa del diente (avulsión). Si se presenta en dientes temporales, nunca deben ser reimplantados en el alveolo, debido a que puede lesionarse el diente permanente que se está formando en la matriz ósea. Si se presenta avulsión de un diente permanente, se considera una urgencia odontológica.

### 👁️ **Presencia de manchas blancas o cafés en los dientes.**

La importancia en la detección precoz de la mancha blanca, está en poder detener y prevenir el avance progresivo de la caries dental. Se aprecia como una mancha de color blanco tiza y opaca, ubicada en la zona donde generalmente se deposita la placa bacteriana; es decir, siguiendo el margen de encía sobre las superficies dentales o en la entrada de las fosas y fisuras de las superficies oclusales de los molares.



### 👁️ **Presencia de caries cavitacionales.**

Es frecuente la presencia de caries en los niños, incluso desde el mismo momento en que los dientes de leche están erupcionando, debido a las deficiencias en la remoción de la placa bacteriana. La progresión de la caries de mancha blanca, generan la pérdida progresiva de tejido dental en todas las superficies dentales, hasta llegar a comprometer la pulpa.

### 👁️ **Placa bacteriana**

Después de 24 horas sin higiene oral, la placa bacteriana, se observa como una película de color blanco o amarillo, que se desprende sin dificultad de la superficie dentaria. Las zonas naturales de retención se encuentran adyacentes a la encía, entre los dientes, en fosas y fisuras oclusales, o incluso sobre las obturaciones presentes.



## 7.2 CLASIFICAR LA SALUD BUCAL DEL NIÑO

Existen 7 posibles clasificaciones para la evaluación de la salud bucal del niño:

- **CELULITIS FACIAL**
- **ENFERMEDAD BUCAL GRAVE**
- **TRAUMA BUCODENTAL**
- **ESTOMATITIS**
- **ENFERMEDAD DENTAL Y GINGIVAL**
- **ALTO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL**
- **BAJO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL**



**Tabla 21.** Clasificación de la salud bucal del niño

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Inflamación dolorosa con algún grado de edema facial.</li> </ul>	<b>CELULITIS FACIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Hospitalizar o remitir URGENTEMENTE según normas de estabilización y transporte “REFIERA”.</b></li> <li>● Inicie primera dosis de antibióticos.</li> <li>● Valoración para manejo por odontólogo.</li> </ul>
<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Inflamación dolorosa del labio que no involucra surcos.</li> <li>● Enrojecimiento e inflamación dolorosa localizada, con deformación del contorno de la encía o paladar (absceso).</li> <li>● Presencia de exudado purulento.</li> <li>● Caries cavitacionales.</li> <li>● Dolor dental.</li> </ul>	<b>ENFERMEDAD BUCAL GRAVE</b>	<p><b>Remitir URGENTEMENTE para tratamiento por odontología en las siguientes 24 horas.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Iniciar antibiótico oral si hay absceso, según recomendación.</li> <li>● Tratar el dolor.</li> </ul>
<p><b>Antecedente de trauma y uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cambio de color evidente del diente.</li> <li>● Fractura evidente del tejido dental.</li> <li>● Movilidad, desplazamiento, extrusión o intrusión del diente.</li> <li>● Avulsión completa (pérdida del diente).</li> <li>● Lesión de la encía o mucosas bucales.</li> </ul>	<b>TRAUMA BUCODENTAL</b>	<p><b>Remitir URGENTEMENTE para tratamiento por odontología en el menor tiempo, dentro de las siguientes 24 horas.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Descartar compromiso mayor.</li> <li>● Realizar manejo inicial de la lesión.</li> <li>● Tratar el dolor con Acetaminofén.</li> <li>● Dieta líquida.</li> <li>● Manejo inmediato de avulsión de diente permanente.</li> </ul>
<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Presencia de vesículas, úlceras o placas en labios, encías, lengua o paladar.</li> <li>● Enrojecimiento e inflamación generalizada de la encía.</li> </ul>	<b>ESTOMATITIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tratar la fiebre y el dolor con Acetaminofén</li> <li>● Manejo de las lesiones con Antibiótico, Nistatina y/o analgésico según corresponda.</li> <li>● Dar abundantes líquidos fríos.</li> <li>● Explicar signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>● Control en 2 días si no mejora la estomatitis.</li> <li>● Enseñanza, refuerzo y motivación para prácticas de higiene bucal y adecuada alimentación.</li> </ul>

<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enrojecimiento e inflamación localizada de la encía (gingivitis).</li> <li>• Presencia de manchas blancas o cafés.</li> </ul>	<p><b>ENFERMEDAD DENTAL Y GINGIVAL</b></p>	<p><b>Remitir a consulta odontológica en un periodo no mayor 8 días.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñanza, refuerzo y motivación para prácticas de higiene bucal y adecuada alimentación.</li> </ul>
<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de placa bacteriana.</li> <li>• Inadecuados hábitos de cuidado bucal: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Padres no cepillan dientes del niño.</li> <li>- No ha consultado a odontología en los últimos 6 meses.</li> </ul> </li> <li>• Uso de biberón durante la noche.</li> <li>• Historia personal o familiar de caries o enfermedad periodontal.</li> </ul>	<p><b>ALTO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL</b></p>	<p><b>Remitir a consulta odontológica en los siguientes 15 días.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñanza, refuerzo y motivación para prácticas de higiene bucal y adecuada alimentación.</li> <li>• Control al mes para evaluar la corrección de hábitos.</li> <li>• Asegurar consulta de crecimiento y desarrollo.</li> </ul>
<p><b>Todos los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No cumple criterios para clasificarse en las anteriores.</li> <li>• Familia realiza limpieza de la boca del niño y tiene hábitos de cuidado dental.</li> <li>• Consulta odontológica en los últimos 6 meses.</li> </ul>	<p><b>BAJO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Felicitar al niño y a los padres como <b>FAMILIA PROTECTORA DE LA SALUD BUCAL.</b></li> <li>• Reforzamiento de hábitos adecuados de higiene bucal y adecuada alimentación.</li> <li>• Asegurar consulta de crecimiento y desarrollo.</li> <li>• Control por odontólogo cada 6 meses.</li> </ul>

## CELULITIS FACIAL

Se clasifica a todo niño que presente cualquier inflamación dolorosa con algún grado de compromiso o edema facial, con el propósito de remitirlo de forma urgente a hospitalización, para ser controlado el proceso de infección y reducir el riesgo de complicaciones que puedan afectar incluso la vida. La recomendación es el manejo con antibioticoterapia.

## ENFERMEDAD BUCAL GRAVE

El niño clasificado como ENFERMEDAD BUCAL GRAVE tiene infección del labio que no involucra surco o presenta deformación del contorno de la encía o paladar, o presencia de absceso dentoalveolar o caries cavitacionales con dolor agudo. Requiere remisión y atención inmediata por odontopediatra u odontólogo general, para evitar complicaciones que impliquen hospitalización. En el caso de infección o absceso, se requiere tratamiento con antibiótico, analgésico y el control oportuno de la misma, con la remoción de la causa de la infección.





## TRAUMA BUCODENTAL

El TRAUMA BUCODENTAL es uno de los eventos más dramáticos que pueden suceder y es de alta incidencia en los niños. Un diagnóstico y tratamiento correcto y oportuno puede resolver definitivamente un caso o agravarlo; por eso, en todo caso de trauma bucodental, dé manejo inicial de la lesión (manejo del dolor, control de la hemorragia, limpieza de las heridas de tejidos blandos con solución salina o agua limpia, recomendación de dieta líquida), y en el menor tiempo posible, dentro de las 24 horas siguientes, refiéralo para manejo por el odontopediatra u odontólogo.

## ESTOMATITIS

Las ESTOMATITIS, independiente del agente causante, requiere brindarle soporte al paciente para el manejo de sus condiciones generales (control de la fiebre y el dolor, evitar la deshidratación, facilitar la alimentación) y realizar una buena higiene bucal con los debidos cuidados, para no incrementar el dolor. En la estomatitis estreptocócica, es necesaria la antibioticoterapia, y en el caso de la Candidiasis, el uso de Nistatina.

## ENFERMEDAD DENTAL Y GINGIVAL

Presencia de enrojecimiento e inflamación localizada de la encía que hace referencia a la gingivitis o la presencia de manchas blancas o cafés, que conducen a presumir la presencia de caries de mancha blanca. Los casos de ENFERMEDAD DENTAL Y GINGIVAL deben ser remitidos a consulta odontológica para su atención en un tiempo no mayor a 8 días, para el respectivo manejo por odontología, y debe también brindárseles las recomendaciones de las medidas preventivas específicas.

## ALTO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL

Cuando se presenta, además de placa bacteriana, inadecuados hábitos de cuidado bucal, como el no cepillado dental, la no asistencia a consulta odontológica, el uso de biberón durante toda la noche y la historia de caries personal y familiar; no solo se evidencian signos de riesgo para la presencia de caries, sino de gingivitis y de complicaciones que se pueden derivar de estas y que en la infancia se desarrollan de forma rápida, de no ser controladas oportuna y adecuadamente. Requiere de valoración por odontólogo general u odontopediatra en los siguientes 15 días, para el control de los riesgos, enseñanza y motivación para la realización de higiene y de cuidados bucales.



## BAJO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL

Los niños con buenas condiciones de salud bucal y con adecuados hábitos de higiene bucal acreditan a su familia como Familia Protectora de la Salud Bucal, porque están siendo responsables del cuidado, la protección y la orientación de la salud del niño. Por lo tanto, mantenga motivada a la familia, felicitando a los padres, cuidadores y al niño para que se sienta parte del proceso, y realice reforzamientos para que continúen monitoreando el estado general del niño, la aplicación de adecuados hábitos y para que acudan al control odontológico cada seis meses.





## EJERCICIO

A continuación encuentra la cavidad bucal de algunos niños que asistieron a consulta; describa sus hallazgos y clasifique el estado de su salud bucal.



## 8. VERIFICAR EL CRECIMIENTO DEL NIÑO

**Gráfica 13.** Verificación del crecimiento del niño

En **TODOS** los casos preguntar a la madre acerca del problema del niño, verificar si hay signos generales de peligro; preguntar sobre tos o dificultad respiratoria, diarrea, fiebre, problemas de oído, garganta, salud bucal y luego **VERIFICAR EL CRECIMIENTO PARA CLASIFICAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE TODOS LOS NIÑOS**



### PREGUNTAR:

- ¿Cuál fue la edad gestacional?
- ¿Fue embarazo múltiple?
- ¿Cuánto pesó y midió al nacer?

### NOTA:

Más adelante, en el capítulo de ACONSEJAR, usted preguntará sobre la forma como se está alimentando al niño en este momento, el tiempo de lactancia materna y las características de la alimentación complementaria.

### OBSERVAR Y DETERMINAR:

- La apariencia del niño.
- Determinar si hay emaciación.
- Verificar en ambos pies si hay edema.

#### En el niño menor de 2 años:

- Peso para la edad.
- Talla para la edad.
- Peso para la talla.
- Índice de masa corporal.
- Tendencia del peso.

#### En el niño de 2 a 5 años:

- Peso para talla.
- Talla para edad.
- Índice masa corporal.
- Tendencia del peso



Clasificar el crecimiento del niño siguiendo el cuadro de clasificación codificado por colores y luego continuar con la evaluación integral del niño.

La promoción de una alimentación saludable y de una buena actividad física en los niños no solamente contribuye a mejorar su salud mental, social y física, sino además a optimizar su bienestar y su potencial habilidad de aprendizaje, al tiempo que proporciona las bases para mejorar la salud a través del curso de la vida. Al promocionar una buena alimentación, se contribuye a prevenir estados de desnutrición y de deficiencias nutricionales de macro y micronutrientes, así como a reducir el riesgo de enfermedades crónicas degenerativas relacionadas con la dieta, tales como enfermedad cardiovascular, diabetes tipo 2, cáncer, obesidad y osteoporosis, de esta manera se aumenta la expectativa de vida, en términos tanto de tiempo de supervivencia, como de calidad de vida.

Cada vez son más frecuentes los problemas de malnutrición, entendiendo como malnutrición los problemas tanto por déficit como por exceso: la desnutrición y la obesidad. Este capítulo describe la forma de evaluar el crecimiento en los niños, permite detectar signos de desnutrición severa para referir a un hospital; de desnutrición aguda y crónica para establecer actividades de tratamiento y seguimiento; detectar el sobrepeso en fases tempranas y tratar la obesidad. También permite interpretar las medidas de peso, talla e índice de masa corporal, para detectar oportunamente una alteración en el crecimiento y aconsejar adecuadamente el cuidador, según la evaluación del estado nutricional. Mantener un peso corporal adecuado desde edades tempranas indudablemente va a prevenir en gran medida la aparición de muchas enfermedades.

## 8.1 DEFINICIÓN DE LA DESNUTRICIÓN

La desnutrición es una enfermedad compleja que afecta las funciones orgánicas y psicosociales de las personas que la padecen. Desde el punto de vista orgánico, se caracteriza por un deterioro de la composición corporal, producto de un balance energético y/o protéico negativo, ya sea por una alimentación inapropiada o por una utilización defectuosa de los nutrientes por parte del organismo. Esta patología se asocia a cambios fisiológicos, bioquímicos e inmunitarios que disminuyen la capacidad de respuesta del individuo a diferentes enfermedades, y afectan de manera irreversible su inteligencia y su capacidad cognitiva. No se desnutren únicamente los músculos, los huesos y la piel, también se afecta de manera importante el cerebro del niño, especialmente en el niño menor de dos años. Desnutrición no es solo bajo peso y baja talla.

**¿Cómo es la apariencia del niño?** Cuando se evalúa el crecimiento de un niño tenga en cuenta la observación sobre la apariencia antes de las mediciones. Usted podrá observar a un niño: excesivamente flaco, delgado pero saludable, normal, con más grasa y tejido muscular o con grasa excesiva. La observación de la apariencia del niño es útil, sin embargo son las mediciones graficadas en curvas de peso para la longitud/talla y el IMC para la edad, analizadas a través del tiempo y no como mediciones aisladas, las que indicarán objetivamente, cómo se encuentra el crecimiento del niño.

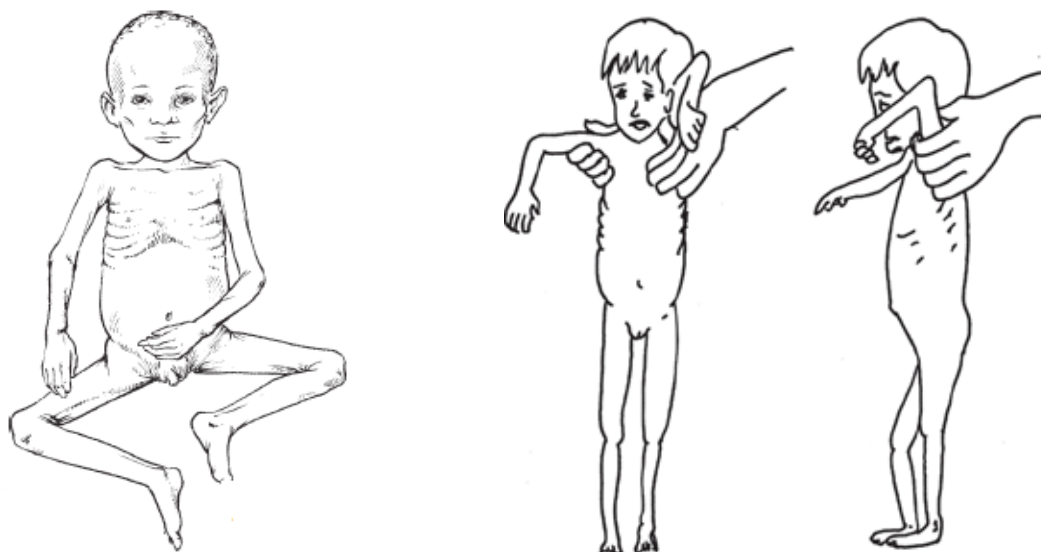


A continuación se hace una descripción de las formas graves de malnutrición:

- **MARASMO**
- **KWASHIORKOR O DESNUTRICIÓN EDEMATOSA**
- **DESNUTRICIÓN GRAVE MIXTA**
- **OBESIDAD**

## MARASMO

La palabra Marasmo viene de una palabra griega que significa "consumirse". El marasmo nutricional puede aparecer en cualquier edad, desde la primera infancia hasta edad avanzada; tiene su principal causa en una insuficiente ingesta de energía (calorías). Los casos infantiles más graves aparecen en los niños menores de dos años, los cuales presentan emaciación muscular generalizada y ausencia de grasa subcutánea dando la apariencia de ser solo piel y huesos. Los pacientes con marasmo tienen un peso para la talla menor de menos 3 DE (60% menos del peso esperado para su talla), y los niños muestran un marcado retraso en su crecimiento longitudinal y en su desarrollo. Su pelo es quebradizo y se desprende fácilmente. Son apáticos, pero usualmente están conscientes y con una mirada de ansiedad.



Algunos pacientes presentan anorexia, mientras que otros presentan un hambre voraz, pero raramente toleran grandes cantidades de alimento y vomitan fácilmente. El estreñimiento es frecuente, pero también pueden tener diarrea. Son complicaciones frecuentes las gastroenteritis agudas, deshidratación, infecciones respiratorias y lesiones oculares por hipovitaminosis A.

## KWASHIORKOR O DESNUTRICIÓN EDEMATOSA

La palabra Kwashiorkor viene de un dialecto africano Ga (original de Costa de Ghana), que significa “la enfermedad de los niños destronados o destetados, cuando nace el siguiente bebé”. Esta forma grave de desnutrición, se explica por una alimentación basada principalmente en carbohidratos y pobre en proteínas de alto valor biológico y micronutrientes. Se observa principalmente en los primeros dos años de vida, en lactantes destetados, alimentados con muy poca leche y con base en coladas de harinas vegetales, y en niños en edad preescolar con una alimentación similar.



El edema, característica fundamental del Kwashiorkor, es la manifestación clínica de la expansión del líquido extracelular no vascular, es decir, del líquido intersticial. Históricamente, se le ha atribuido a la hipoalbuminemia, pero actualmente se sabe que esta no era la única causa y que el edema puede ser multifactorial. En la fisiopatología del edema del Kwashiorkor se conjugan los tres elementos de la ley Starling, el aumento de la presión hidrostática intravascular (retención de sal y agua aumentada, con pérdida de potasio, por hiperreninemia), disminución de la presión oncótica intravascular (hipoalbuminemia) y aumento en la permeabilidad capilar (daño oxidativo por desbalance de radicales libres/antioxidantes).

El edema es característicamente depresible e indoloro, usualmente en pies y piernas, pero que en casos graves se extiende a perineo, abdomen, extremidades superiores y cara. Con frecuencia los pacientes tienen lesiones en las áreas edematizadas sujetas a presión continua (nalgas y espalda) o irritación constante (perineo y muslos).

La piel puede estar eritematosa y brillante en la región edematizada, con zonas que presentan resequedad, hiperqueratosis e hiperpigmentación. La epidermis se desprende en grandes escamas que dejan al descubierto tejidos con una superficie que se infecta fácilmente. La grasa subcutánea se observa en gran parte del cuerpo, puede haber cierta emaciación muscular. El pelo es seco, quebradizo, sin brillo normal, y se desprende fácilmente. El pelo rizado se puede volver liso y su color usualmente se torna café mate, rojizo o blanquecino amarillento. Cuando hay periodos de mala ingestión protéica que alternan con periodos de ingestión relativamente buena, el pelo se puede manchar con franjas decoloradas alternando con franjas de pelo normal, lo que constituye el llamado “signo de bandera”.



La pérdida de peso, corregida por el peso del edema, usualmente no es tan grave como en el marasmo. La talla puede ser normal o con cierto retraso en el crecimiento, dependiendo de la enfermedad actual o de la historia nutricional del paciente. Por esto, puede ser común que el niño tenga un índice de peso para la talla normal o incluso, aumentado dependiendo del grado de los edemas.

Los pacientes pueden estar pálidos, con las extremidades frías y cianóticas. Usualmente son apáticos, irritables, lloran fácilmente y muestran una expresión de sufrimiento o de tristeza. Es frecuente que tengan gran anorexia, que muchas veces obliga a alimentarlos a través de una sonda nasogástrica; vómitos postprandiales y diarrea más o menos profusa. Estas condiciones mejoran o desaparecen sin tratamiento específico, a medida que la recuperación nutricional progresa. Generalmente tienen hepatomegalia con bordes blandos y redondeados debido a la infiltración severa de grasa en el hígado. El abdomen frecuentemente es protuberante debido a distensión gástrica y de las asas intestinales. El peristaltismo intestinal es regular.

En el Kwashiorkor se pueden ver las mismas complicaciones que en el marasmo, pero la diarrea, infecciones respiratorias e infecciones cutáneas ocurren con mayor frecuencia y suelen ser más graves.

## **DESNUTRICIÓN GRAVE MIXTA (KWASHIORKOR MARASMÁTICO)**

Esta forma de desnutrición proteico-energética edematosa tiene una combinación de características clínicas de Kwashiorkor y de marasmo. Las principales son el edema del Kwashiorkor, con o sin lesiones de la piel, y la emaciación muscular y reducción de grasa subcutánea, características del marasmo. Cuando el edema desaparece al inicio del tratamiento, el paciente toma un aspecto marasmático.

## **OBESIDAD**

El amplio reconocimiento de la epidemia creciente y de alcance mundial del sobrepeso y la obesidad, y de sus enormes implicaciones en su consecuente comorbilidad, exige el aumento constante de todas las estrategias posibles y esfuerzos para su prevención e identificación temprana en el niño.

La obesidad en los niños y adolescentes representa un factor importante de riesgo de obesidad en la vida adulta, con graves consecuencias bien conocidas en morbilidad asociada. En la infancia y la juventud los riesgos somáticos son:

- Enfermedad cardiovascular



- Hipertensión
- Hiperlipidemia
- Resistencia a la insulina
- Diabetes mellitus tipo 2
- Pseudo-tumor cerebral
- Apnea del sueño
- Esteatosis hepática
- Deslizamiento epifisiario
- Colelitiasis
- Osteoartritis
- Irregularidades menstruales
- Riesgo de depresión y baja de la autoestima
- Disminución global en la calidad de vida

Por las consideraciones previas y ante los múltiples fracasos de la terapia en la obesidad ya instaurada, la prevención en población vulnerable y la detección temprana del aumento excesivo de peso, son claves, y los programas de salud deben estar encaminados hacia este fin. Conductas de vida saludable que incluyen cambios de hábitos alimentarios, hacia una alimentación saludable y aumento del nivel de actividad física en los periodos críticos de desarrollo de la obesidad, son puntos esenciales del éxito en su prevención.

### **Periodos críticos de aumento de riesgo de obesidad:**

Epidemiológicamente se han sugerido tres períodos críticos relacionados con el aumento del riesgo de obesidad en la infancia, y de obesidad y morbilidad asociada en la edad adulta:

- **Período fetal e infancia temprana**



El peso del recién nacido y la alimentación en esta etapa tienen influencia en el exceso de peso durante la infancia y la adolescencia. La situación metabólica más adversa, relacionada con la incidencia posterior de obesidad, la presentan niños con retardo de crecimiento intrauterino que tienen un rápido y excesivo aumento de peso durante la infancia temprana. Otro factor que favorece la mayor ganancia ponderal es el aumento en la ingesta proteica en los lactantes alimentados con fórmula y en aquellos en los que hay una introducción precoz de la alimentación complementaria. La introducción temprana de alimentos complementarios, antes de los seis meses de vida, favorece mayor ganancia ponderal en los lactantes y además se correlaciona con una menor duración de la lactancia materna.

- **Rebote adiposo**

Normalmente, las cifras del Índice de Masa Corporal (IMC) disminuyen a partir del primer año de vida, hasta los cinco o seis años de edad, cuando aumentan de nuevo. A este aumento del IMC se le denomina rebote adiposo. Numerosos estudios han relacionado el adelanto de éste con el desarrollo de obesidad.

- **Adolescencia**

Esta es otra de las etapas de riesgo; la probabilidad de que un niño obeso se convierta en adulto obeso aumenta del 20 % a los cuatro años, a un 80 % en la adolescencia. Un aspecto fundamental en la adolescencia que tiene incidencia en el desarrollo de obesidad es la adquisición de hábitos inadecuados, que tienden a persistir a lo largo de la vida con su consecuente comorbilidad.

- **Diagnóstico temprano:** La evaluación rutinaria de los hábitos de alimentación y de actividad física, y la detección temprana de una excesiva ganancia de peso en relación con su crecimiento lineal, son esenciales a través de la infancia. A cualquier edad debe detectarse el aumento en la velocidad de ganancia de peso en relación con el crecimiento lineal, y subyacentemente se debe averiguar sobre los factores predisponentes.

## PATRONES DE CRECIMIENTO INFANTIL [6]

Una gráfica de crecimiento es uno de los instrumentos más importantes de la consulta de los niños. Es igual de importante que utilizar el fonendoscopio y el otoscopio. El crecimiento debe evaluarse en cada consulta. El niño está en crecimiento constante, por lo tanto si está creciendo quiere decir que su estado de salud es bueno. La talla es un gran indicador del estado de salud, más que el peso, sin embargo, la mayoría de intervenciones nutricionales se dirigen a la ganancia de peso, en lugar de encaminarse a mejorar el estado nutricional del niño de forma integral.

Puesto que son tan importantes los datos de peso y talla, se deben obtener datos confiables, una talla mal tomada puede tener hasta cinco centímetros de error. Además, los datos de peso y talla no significan nada si no se comparan con los valores de normalidad para la edad y para el propio niño (si se tienen datos previos).

La Organización Mundial de la Salud en 2006 y 2007 publicó los nuevos patrones de crecimiento para los niños de cero a 18 años [7]. Estos patrones se basan en el estudio multicéntrico sobre el patrón para la obtención de nuevos estándares de crecimiento a partir de una muestra internacional de niños provenientes de seis países: Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán y los Estados Unidos de América. El objetivo de este estudio fue proveer datos que describieran cómo deben crecer todos los niños y niñas, cuando se siguen condiciones para un óptimo crecimiento, tales como alimentación ideal (lactancia materna exclusiva por seis meses, alimentación complementaria adecuada, lactancia materna hasta los dos años), medio ambiente ideal (agua potable, saneamiento, vivienda y madre no fumadora) y cuidado de salud ideal (inmunizaciones, esquema de vacunación completo, cuidado pediátrico rutinario y control prenatal).

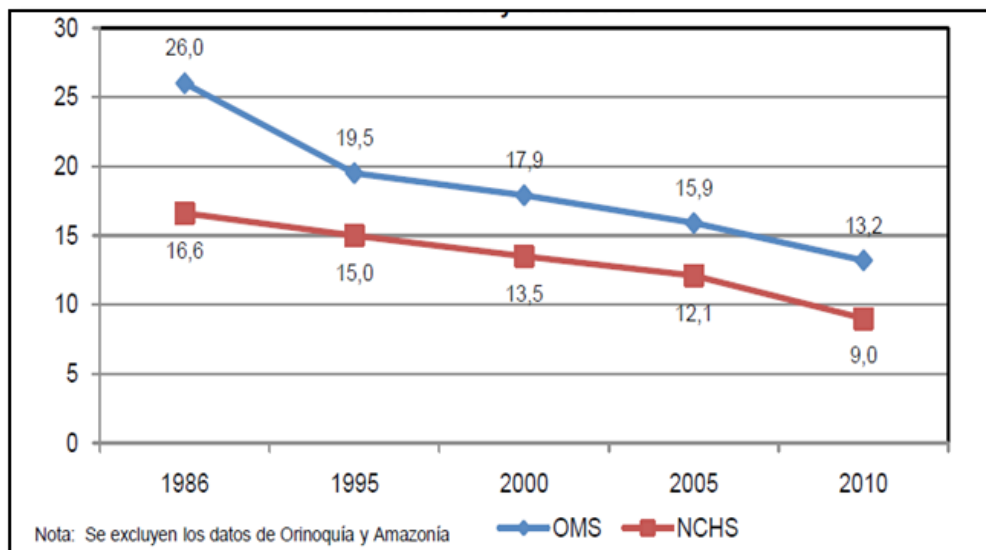
El nuevo patrón confirma que si todos los niños del mundo reciben una atención adecuada desde el comienzo de sus vidas, tienen igual potencial de crecimiento infantil hasta los cinco años. ***Las diferencias en el crecimiento infantil hasta los cinco años dependen más de la nutrición, el medio ambiente y la atención en salud que de factores genéticos o étnicos.***

Para Colombia estos patrones son adoptados en la Resolución del Ministerio de la Protección Social, número 2121 de 2010, publicados por, la organización mundial de la salud [7].

Según estos patrones, la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2010 (ENSIN, 2010) [8], mostró a nivel nacional que el 13% de los niños menores de 5 años presentan retraso en crecimiento, siendo severos el 3%.

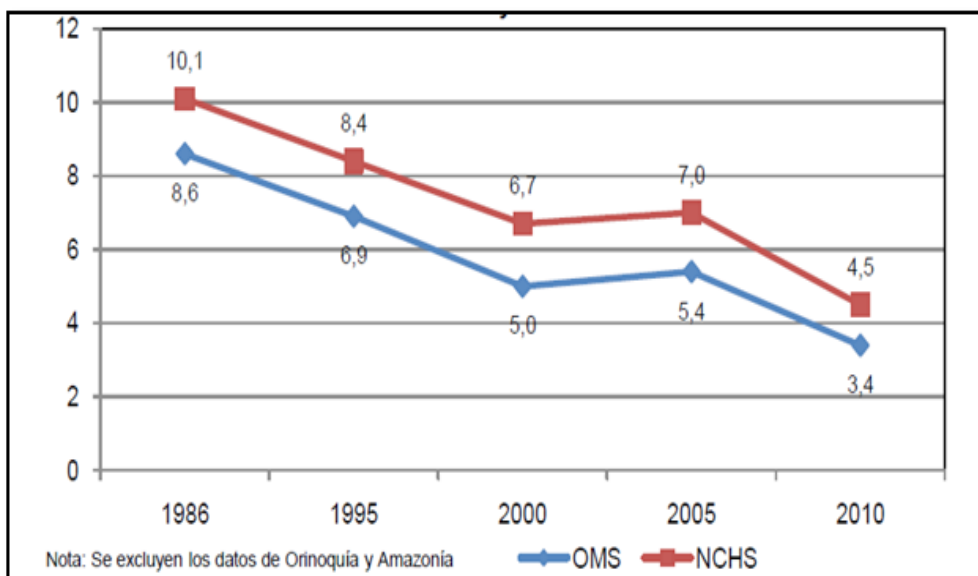


**Gráfica 14.** Evaluación del retraso en crecimiento en Niños y Niñas Menores de 5 Años en Colombia según Patrones de Referencia NCHS-1977 y OMS-2006 [8]



El 3% de los niños menores de 5 años presentan bajo peso para la edad, de los cuales menos del 1% corresponde a desnutrición global severa.

**Gráfica 15.** Evaluación de la Desnutrición Global en Niños y Niñas Menores de 5 Años en Colombia según Patrones de Referencia NCHS-1977 y OMS-2006 [8]



El exceso de peso medido por el indicador peso para la talla (>2 DE), se presenta a nivel nacional en el 5% de los niños menores de 5 años. Al contrario de la desnutrición, los niños con prevalencias

mayores de exceso de peso son los hijos de las madres con mayor nivel educativo y con índice de riqueza más alto.

Las mediciones de peso, edad y talla, se combinan para formar tres indicadores usados tradicionalmente para clasificar la desnutrición infantil en niños menores de 5 años. Para los 3 indicadores se considera déficit cuando el Z-score es menor a -2 desviaciones estándar.

- **Peso para edad:** La desnutrición global o peso bajo para la edad se determina al comparar el peso del niño con el peso esperado para su edad y sexo. Se considera un indicador general de desnutrición sensible a privaciones alimentarias y a la presencia de enfermedades recientes.
- **Talla para la edad:** La desnutrición crónica o retraso del crecimiento lineal se determina al comparar la talla del niño con la esperada para su edad y sexo. Este índice muestra déficits acumulativos de privaciones nutricionales a través del tiempo, tanto generacional como durante el desarrollo temprano del niño.
- **Peso para la talla:** La desnutrición actual, delgadez o emaciación, corresponden a un bajo peso del niño en función del peso esperado para su talla y sexo, sin tener en cuenta su edad. Este indicador muestra los efectos que sobre el estado nutricional tienen las privaciones alimentarias, los problemas agudos de salud o el saneamiento ambiental precario.





## 8.2. ¿CÓMO EVALUAR EL CRECIMIENTO DEL NIÑO?

### 👁️ **OBSERVAR si hay emaciación.**

Para poder observar si existe emaciación, desvista al niño. Observe si hay atrofia muscular en hombros, brazos, nalgas y piernas. Observe si se ve fácilmente el contorno de las costillas. Observe las caderas; tal vez se vean pequeñas si se las compara con el tórax y el abdomen. Obsérvelo de perfil a fin de determinar si no tiene grasa en las nalgas. Cuando la atrofia es extrema, la piel presenta numerosos pliegues en las nalgas y los muslos de modo tal que el niño da la impresión de estar usando pantalones demasiado anchos y caídos. El rostro de un niño con emaciación puede aún parecer normal y el abdomen quizá esté grande o distendido.

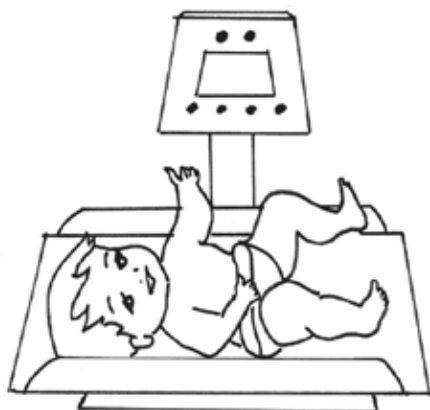
### 👁️ **OBSERVAR Y PALPAR en ambos pies para determinar si hay edema.**

El edema se produce cuando se acumula gran cantidad de líquido en los tejidos, los cuales se observan hinchados o tumefactos. Observe y palpe para determinar si el niño tiene edema. Utilice su dedo pulgar para presionar suavemente por unos pocos segundos en el lado superior de cada pie. El niño tiene edema si le queda una marca en el pie cuando usted levanta su pulgar.

### 📊 **Pesar al niño**

Es importante pesar con exactitud; para ello es necesario respetar las condiciones siguientes:

- Los niños menores de 24 meses deben ser pesados (acostados o sentados) en báscula con platillo o en pesa electrónica, y los niños mayores de dos años se pesan de pie.
- Usar el peso indirecto (pesarlo con el cuidador) solo en casos extremos, ya que no es confiable.



- Colocar la balanza en superficie plana y fija y verificar que la pesa siempre comience de cero "0".
- Verificar que el niño no apoye sus manos en la pared o piso.
- Lea el peso sólo cuando el niño esté quieto y cuando la aguja se estabilice en el punto de equilibrio.
- Pesar al niño sin ropa, sin pañal, sin zapatos y sin objetos en la mano; nada debe tocar la balanza.
- El cuidador debe estar al lado del niño y debe hablarle para tranquilizarlo, pero no debe tocarlo.
- Repetir la toma del peso en dos ocasiones.
- Establecer el peso primero en kilogramos y luego en gramos.
- Al bajar al niño de la pesa, verificar que la pesa quede en cero "0".

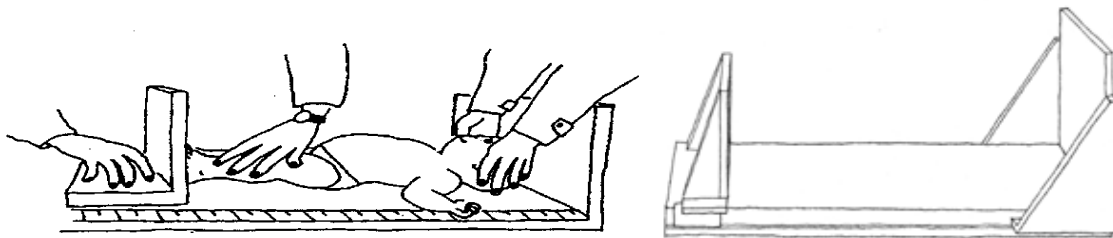
### **✂ Medir la longitud del niño menor de 24 meses.**

En los niños menores de 24 meses se mide la longitud corporal decúbito supino. El instrumento que se utiliza para medir a estos niños se llama infantómetro y debe reunir las siguientes condiciones:

- Superficie horizontal plana, rígida donde el niño se recuesta.



- Regla o metro inextensible (preferiblemente metálico), graduado en centímetros y milímetros, fijo a lo largo de la superficie horizontal.
- Una pieza vertical fija en un extremo, donde se coloca la cabeza del niño y que coincide con el cero "0" del metro.
- Una pieza vertical móvil que pueda desplazarse hasta los pies del niño, manteniendo el



ángulo recto con la superficie horizontal y sin juego lateral.

Es importante realizar la medición con exactitud, con el apoyo de un ayudante, para lo cual se siguen los siguientes pasos:

1. Se coloca al niño en posición decúbito supino (acostado boca arriba), de forma que apoye la cabeza, hombros, espalda, glúteos y talones sobre la superficie.
2. El ayudante (el cuidador o un auxiliar) sostiene la cabeza del niño para que mire hacia arriba, ubicado en el cero "0" del metro.
3. La persona que está midiendo al niño, con una de las manos (usualmente la izquierda en los diestros) estira las piernas, y mantiene los pies en ángulo recto, mientras con la otra mano desliza la superficie vertical móvil hasta que esté en contacto con los talones del niño.
4. Lea la longitud rápidamente sin mover al niño. Realice el procedimiento dos veces y si estas dos medidas varían en más de 0,5cm., tome una tercera medida y reporte el valor que más se repita o, en su defecto, el promedio de las tres medidas.

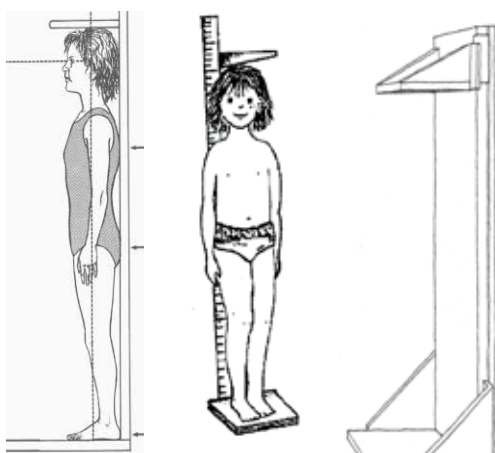
### Tallar al niño de 24 meses o mayor

A partir de los 24 meses, la talla o estatura se mide en posición de pie. El instrumento que se utiliza para medir a estos niños se llama Tallímetro, el cual suele ser de madera con una plataforma para pararse sobre ella, una escuadra móvil pero fija al equipo y con metro metálico. Debe reunir las siguientes condiciones:

- Una superficie vertical rígida en estricto ángulo recto con el plano horizontal.

- Un piso (en ángulo recto con la superficie vertical) en el que el niño pueda pararse y estar en contacto con la superficie vertical.
- Una pieza horizontal móvil que se desplace en sentido vertical manteniendo el ángulo recto con la superficie vertical.
- Regla o metro graduado en centímetros, inextensible (preferiblemente metálico), fijo en la superficie vertical.
- No se recomienda el Tallímetro que viene inserto en algunas balanzas, pues arroja mediciones imprecisas.

Es importante realizar la medición de la Talla con exactitud, para lo cual se siguen estos pasos:



1. Se ubica al niño parado con talones juntos y las rodillas sin doblar, sin zapatos y la cabeza sin gorro o adornos. Asegúrese de que los talones, pantorrillas, glúteos, espalda y cabeza toquen la superficie vertical o pared. Puede ser necesario que un ayudante sostenga los talones en contacto con el piso. El niño debe mantener la cabeza levantada y mirando hacia el frente (borde inferior de la órbita en el mismo plano horizontal que el meato auditivo externo).
- 2 Se desliza la pieza móvil hasta tocar la cabeza del niño, se le pide que haga una inspiración profunda, que relaje los hombros y se estire haciéndose lo más alto posible y, sin presionar, lea la cifra y registre el valor. Realice el procedimiento dos veces y si estas dos medidas varían en más de 0,5 cm., tome una tercera medida y reporte el valor que más se repita o, en su defecto, el promedio de las tres medidas.

En general, la talla de pie es alrededor de 0.7 cm. menos que la longitud que se obtienen en posición acostado boca arriba. Si un niño menor de 2 años de edad no permite ser acostado boca arriba para medir la longitud, mida la talla en posición de pie y sume 0,7 cm. para convertirla en longitud y viceversa.

## U Determine el Índice de Masa Corporal (IMC)

El IMC permite la detección temprana de problemas nutricionales relacionados con exceso, mientras que el índice peso/talla es más útil para problemas relacionados con defecto. Si uno de los problemas nutricionales de mayor prevalencia en el mundo es el aumento progresivo de la obesidad infantil, el uso del IMC es una herramienta útil para la detección temprana del aumento de peso y, por lo tanto, de una intervención temprana.

El IMC es un número que relaciona el peso de la persona con su talla/longitud. Se calcula de la siguiente forma:

$$\text{Peso en kg. / talla o longitud en metros cuadrados: kg/m}^2$$

**Ejemplo:** si el niño pesa 12 kg. y mide 90 cm. (0,9 mt).

Entonces divida:  $12/0,9$  y el resultado nuevamente dividido  $0,9 = 14,8 \text{ kg./m}^2$

Índice de masa corporal igual  $14,8 \text{ kg./m}^2$ , que se debe ubicar en la gráfica correspondiente al IMC/ EDAD y por sexo.

A continuación encuentra una tabla que le facilita la obtención del IMC sin hacer operaciones matemáticas. Se puede usar la misma tabla para todos los niños hasta los cinco años de edad. Esta tabla y curva fueron construidas usando longitud para niños menores de dos años y talla para los niños de dos años o mayores.

### Para usar una tabla de IMC:

- Encuentre la longitud o la talla del niño (en centímetros) en la columna izquierda de la tabla. Si no se muestra la medición exacta, seleccione la más cercana. Si la medición del niño está justo en medio de los valores que se muestran, seleccione la próxima medición mayor.
- Mire a lo largo de la fila para encontrar el peso del niño. Si no se muestra el peso exacto, seleccione el peso más cercano. Si el peso del niño está justo en medio de los valores que se muestran, considérela "en la línea".
- Desplace su dedo desde el peso hacia arriba para encontrar el IMC del niño en la primera fila de la tabla (o puede desplazarlo hacia abajo, ya que el IMC también se muestra en la última fila). Si el peso está "en la línea", el IMC estará en medio de los valores que se muestran, por ejemplo 15,5 si está en medio de 15 y 16.

**EJEMPLO:**

L o T (cm)	Índice de Masa Corporal (IMC)																		
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	...
84	5.6	6.4	7.1	7.8	8.5	9.2	9.9	10.6	11.3	12.0	12.7	13.4	14.1	14.8	15.5	16.2	16.9	17.6	1
85	5.8	6.5	7.2	7.9	8.7	9.4	10.1	10.8	11.6	12.3	13.0	13.7	14.5	15.2	15.9	16.6	17.3	18.1	1
86	6.0	6.7	7.4	8.1	8.9	9.6	10.4	11.1	11.8	12.6	13.3	14.1	14.8	15.5	16.3	17.0	17.8	18.5	1
87	6.1	6.8	7.6	8.3	9.1	9.8	10.6	11.4	12.1	12.9	13.6	14.4	15.1	15.9	16.7	17.4	18.2	19.0	1
88	6.2	7.0	7.7	8.5	9.3	10.1	10.8	11.6	12.4	13.2	13.9	14.7	15.5	16.3	17.0	17.8	18.6	19.4	2
89	6.3	7.1	7.9	8.7	9.5	10.3	11.1	11.9	12.7	13.5	14.3	15.0	15.8	16.6	17.4	18.2	19.0	19.8	2
90	6.5	7.3	8.1	8.9	9.7	10.5	11.3	12.2	13.0	13.8	14.6	15.4	16.2	17.0	17.8	18.6	19.4	20.3	2
91	6.6	7.5	8.3	9.1	9.9	10.8	11.6	12.4	13.2	14.1	14.9	15.7	16.6	17.4	18.2	19.0	19.9	20.7	2
92	6.8	7.8	8.5	9.3	10.2	11.0	11.8	12.7	13.5	14.4	15.2	16.1	16.9	17.8	18.6	19.5	20.3	21.2	2

Este ejemplo muestra la forma de usar la tabla de IMC para una niña llamada Alma, quien tiene dos años y cuatro meses.

- La talla de Alma es 88,2 cm. La talla más cercana en la última columna de la izquierda de la tabla es 88 cm. (circulada).
- El peso de Alma es 11,5 kg. El peso más cercano en la fila para su talla es de 11,6 kg.
- Trazando el dedo hacia arriba del peso de Alma, encuentra que su IMC (arriba en la última fila de la tabla) es 15.

Tabla 22. Índice de Masa Corporal (IMC).

L o T (cm)	Índice de Masa Corporal (IMC)																										L o T (cm)
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26								
42	1.4	1.6	1.8	1.9	2.1	2.3	2.5	2.8	2.8	3.0	3.2	3.4	3.5	3.7	3.9	4.1	4.2	4.4	4.6	4.2							
43	1.5	1.7	1.8	2.0	2.2	2.4	2.6	2.8	3.0	3.1	3.3	3.5	3.7	3.9	4.1	4.3	4.4	4.6	4.8	4.3							
44	1.5	1.7	1.9	2.1	2.3	2.5	2.7	2.9	3.1	3.3	3.5	3.7	3.9	4.1	4.3	4.5	4.6	4.8	5.0	4.4							
45	1.6	1.8	2.0	2.2	2.4	2.6	2.8	3.0	3.2	3.4	3.6	3.8	4.1	4.3	4.5	4.7	4.9	5.1	5.3	4.5							
46	1.7	1.9	2.1	2.3	2.5	2.8	3.0	3.2	3.4	3.6	3.8	4.0	4.2	4.4	4.7	4.9	5.1	5.3	5.5	4.6							
47	1.8	2.0	2.2	2.4	2.7	2.9	3.1	3.3	3.5	3.8	4.0	4.2	4.4	4.6	4.9	5.1	5.3	5.5	5.7	4.7							
48	1.8	2.1	2.3	2.5	2.9	3.0	3.2	3.5	3.7	3.9	4.1	4.4	4.6	4.9	5.1	5.3	5.5	5.8	6.0	4.8							
49	1.9	2.2	2.4	2.6	2.9	3.1	3.4	3.6	3.8	4.1	4.3	4.6	4.8	5.0	5.3	5.5	5.8	6.0	6.2	4.9							
50	2.0	2.3	2.5	2.8	3.0	3.3	3.5	3.8	4.0	4.3	4.5	4.8	5.0	5.3	5.5	5.8	6.0	6.3	6.5	5.0							
51	2.1	2.3	2.6	2.9	3.1	3.4	3.6	3.9	4.2	4.4	4.7	4.9	5.2	5.5	5.7	6.0	6.2	6.5	6.8	5.1							
52	2.2	2.4	2.7	3.0	3.2	3.5	3.8	4.1	4.3	4.6	4.9	5.1	5.4	5.7	5.9	6.2	6.5	6.8	7.0	5.2							
53	2.2	2.5	2.8	3.1	3.4	3.7	3.9	4.2	4.5	4.8	5.1	5.3	5.6	5.9	6.2	6.5	6.7	7.0	7.3	5.3							
54	2.3	2.6	2.9	3.2	3.5	3.8	4.1	4.4	4.7	5.0	5.2	5.5	5.8	6.1	6.4	6.7	7.0	7.3	7.6	5.4							
55	2.4	2.7	3.0	3.3	3.6	3.9	4.2	4.5	4.8	5.1	5.4	5.7	6.1	6.4	6.7	7.0	7.3	7.6	7.9	5.5							
56	2.5	2.8	3.1	3.4	3.8	4.1	4.4	4.7	5.0	5.3	5.6	6.0	6.3	6.6	6.9	7.2	7.5	7.8	8.2	5.6							
57	2.6	2.9	3.2	3.6	3.9	4.2	4.5	4.9	5.2	5.5	5.8	6.2	6.5	6.8	7.1	7.5	7.8	8.1	8.4	5.7							
58	2.7	3.0	3.4	3.7	4.0	4.4	4.7	5.0	5.4	5.7	6.1	6.4	6.7	7.1	7.4	7.7	8.1	8.4	8.7	5.8							
59	2.8	3.1	3.5	3.8	4.2	4.5	4.9	5.2	5.6	5.9	6.3	6.6	7.0	7.3	7.7	8.0	8.4	8.7	9.1	5.9							
60	2.9	3.2	3.6	4.0	4.3	4.7	5.0	5.4	5.8	6.1	6.5	6.8	7.2	7.6	7.9	8.3	8.6	9.0	9.4	6.0							
61	3.0	3.3	3.7	4.1	4.5	4.8	5.2	5.6	6.0	6.3	6.7	7.1	7.4	7.8	8.2	8.6	8.9	9.3	9.7	6.1							
62	3.1	3.5	3.8	4.2	4.6	5.0	5.4	5.8	6.2	6.5	6.9	7.3	7.7	8.1	8.5	8.8	9.2	9.6	10.0	6.2							
63	3.2	3.6	4.0	4.4	4.8	5.2	5.6	6.0	6.4	6.7	7.1	7.5	7.9	8.3	8.7	9.1	9.5	9.9	10.3	6.3							
64	3.3	3.7	4.1	4.5	4.9	5.3	5.7	6.1	6.6	7.0	7.4	7.8	8.2	8.6	9.0	9.4	9.8	10.2	10.6	6.4							
65	3.4	3.8	4.2	4.6	5.1	5.5	5.9	6.3	6.8	7.2	7.6	8.0	8.5	8.9	9.3	9.7	10.1	10.6	11.0	6.5							
66	3.5	3.9	4.4	4.8	5.2	5.7	6.1	6.5	7.0	7.4	7.8	8.3	8.7	9.1	9.6	10.0	10.5	10.9	11.3	6.6							
67	3.6	4.0	4.5	4.9	5.4	5.8	6.3	6.7	7.2	7.6	8.1	8.5	9.0	9.4	9.9	10.3	10.8	11.2	11.7	6.7							
68	3.7	4.2	4.6	5.1	5.5	6.0	6.5	6.9	7.4	7.9	8.3	8.8	9.2	9.7	10.2	10.6	11.1	11.6	12.0	6.8							
69	3.8	4.3	4.8	5.2	5.7	6.2	6.7	7.1	7.6	8.1	8.6	9.0	9.5	10.0	10.5	11.0	11.4	11.9	12.4	6.9							
70	3.9	4.4	4.9	5.4	5.9	6.4	6.9	7.4	7.8	8.3	8.8	9.3	9.8	10.3	10.8	11.3	11.8	12.3	12.7	7.0							
71	4.0	4.5	5.0	5.5	6.0	6.6	7.1	7.6	8.1	8.6	9.1	9.6	10.1	10.6	11.1	11.6	12.1	12.6	13.1	7.1							
72	4.1	4.7	5.2	5.7	6.2	6.7	7.3	7.8	8.3	8.8	9.3	9.8	10.4	10.9	11.4	11.9	12.4	13.0	13.5	7.2							
73	4.3	4.8	5.3	5.9	6.4	6.9	7.5	8.0	8.5	9.1	9.6	10.1	10.7	11.2	11.7	12.3	12.8	13.3	13.9	7.3							
74	4.4	4.9	5.5	6.0	6.6	7.1	7.7	8.2	8.8	9.3	9.9	10.4	11.0	11.5	12.0	12.6	13.1	13.7	14.2	7.4							
75	4.5	5.1	5.6	6.2	6.8	7.3	7.9	8.4	9.0	9.6	10.1	10.7	11.3	11.8	12.4	12.9	13.5	14.1	14.6	7.5							
76	4.6	5.2	5.8	6.4	6.9	7.5	8.1	8.7	9.2	9.8	10.4	11.0	11.6	12.1	12.7	13.3	13.9	14.4	15.0	7.6							
77	4.7	5.3	5.9	6.5	7.1	7.7	8.3	8.9	9.5	10.1	10.7	11.3	11.9	12.5	13.0	13.6	14.2	14.8	15.4	7.7							
78	4.9	5.5	6.1	6.7	7.3	7.9	8.5	9.1	9.7	10.3	11.0	11.6	12.2	12.8	13.4	14.0	14.6	15.2	15.8	7.8							
79	5.0	5.6	6.2	6.9	7.5	8.1	8.7	9.4	10.0	10.6	11.2	11.9	12.5	13.1	13.7	14.4	15.0	15.6	16.2	7.9							
80	5.1	5.8	6.4	7.0	7.7	8.3	9.0	9.6	10.2	10.9	11.5	12.2	12.8	13.4	14.1	14.7	15.4	16.0	16.6	8.0							
81	5.2	5.9	6.6	7.2	7.9	8.5	9.2	9.8	10.5	11.2	11.9	12.5	13.1	13.8	14.4	15.1	15.7	16.4	17.1	8.1							
82	5.4	6.1	6.7	7.4	8.1	8.7	9.4	10.1	10.8	11.4	12.1	12.8	13.4	14.1	14.8	15.5	16.1	16.8	17.5	8.2							
83	5.5	6.2	6.9	7.6	8.3	9.0	9.6	10.3	11.0	11.7	12.4	13.1	13.8	14.5	15.2	15.8	16.5	17.2	17.9	8.3							
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26									

L o T (cm)	Índice de Masa Corporal (IMC)																		L o T (cm)	
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		26
84	5.8	6.4	7.1	7.8	8.5	9.2	9.9	10.6	11.3	12.0	12.7	13.4	14.1	14.8	15.5	16.2	16.9	17.6	18.3	84
85	5.8	6.5	7.2	7.9	8.7	9.4	10.1	10.8	11.6	12.3	13.0	13.7	14.5	15.2	15.9	16.6	17.3	18.1	18.8	85
86	5.9	6.7	7.4	8.1	8.9	9.6	10.4	11.1	11.8	12.6	13.3	14.1	14.8	15.5	16.3	17.0	17.8	18.5	19.2	86
87	6.1	6.8	7.6	8.3	9.1	9.8	10.6	11.4	12.1	12.9	13.6	14.4	15.1	15.9	16.7	17.4	18.2	18.9	19.7	87
88	6.2	7.0	7.7	8.5	9.3	10.1	10.8	11.6	12.4	13.2	13.9	14.7	15.5	16.3	17.0	17.8	18.6	19.4	20.1	88
89	6.3	7.1	7.9	8.7	9.5	10.3	11.1	11.9	12.7	13.5	14.3	15.0	15.8	16.6	17.4	18.2	19.0	19.8	20.6	89
90	6.5	7.3	8.1	8.9	9.7	10.5	11.3	12.2	13.0	13.8	14.6	15.4	16.2	17.0	17.8	18.6	19.4	20.3	21.1	90
91	6.6	7.5	8.3	9.1	9.9	10.8	11.6	12.4	13.2	14.1	14.9	15.7	16.6	17.4	18.2	19.0	19.9	20.7	21.5	91
92	6.8	7.6	8.5	9.3	10.2	11.0	11.8	12.7	13.5	14.4	15.2	16.1	16.9	17.8	18.6	19.5	20.3	21.2	22.0	92
93	6.9	7.8	8.6	9.5	10.4	11.2	12.1	13.0	13.8	14.7	15.6	16.4	17.3	18.2	19.0	19.9	20.8	21.6	22.5	93
94	7.1	8.0	8.8	9.7	10.6	11.5	12.4	13.3	14.1	15.0	15.9	16.8	17.7	18.6	19.4	20.3	21.2	22.1	23.0	94
95	7.2	8.1	9.0	9.9	10.8	11.7	12.6	13.5	14.4	15.3	16.2	17.1	18.1	19.0	19.9	20.8	21.7	22.6	23.5	95
96	7.4	8.3	9.2	10.1	11.1	12.0	12.9	13.8	14.7	15.7	16.6	17.5	18.4	19.4	20.3	21.2	22.1	23.0	24.0	96
97	7.5	8.5	9.4	10.3	11.3	12.2	13.2	14.1	15.1	16.0	16.9	17.9	18.8	19.8	20.7	21.6	22.6	23.5	24.5	97
98	7.7	8.6	9.6	10.6	11.5	12.5	13.4	14.4	15.4	16.3	17.3	18.2	19.2	20.2	21.1	22.1	23.0	24.0	25.0	98
99	7.8	8.8	9.8	10.8	11.8	12.7	13.7	14.7	15.7	16.7	17.6	18.6	19.6	20.6	21.6	22.5	23.5	24.5	25.5	99
100	8.0	9.0	10.0	11.0	12.0	13.0	14.0	15.0	16.0	17.0	18.0	19.0	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0	26.0	100
101	8.2	9.2	10.2	11.2	12.2	13.3	14.3	15.3	16.3	17.3	18.4	19.4	20.4	21.4	22.4	23.5	24.5	25.5	26.5	101
102	8.3	9.4	10.4	11.4	12.5	13.5	14.6	15.6	16.6	17.7	18.7	19.8	20.8	21.8	22.9	23.9	25.0	26.0	27.1	102
103	8.5	9.5	10.6	11.7	12.7	13.8	14.9	15.9	17.0	18.0	19.1	20.2	21.2	22.3	23.3	24.4	25.5	26.5	27.6	103
104	8.7	9.7	10.8	11.9	13.0	14.1	15.1	16.2	17.3	18.4	19.5	20.6	21.6	22.7	23.8	24.9	26.0	27.0	28.1	104
105	8.8	9.9	11.0	12.1	13.2	14.3	15.4	16.5	17.6	18.7	19.8	20.9	22.1	23.2	24.3	25.4	26.5	27.6	28.7	105
106	9.0	10.1	11.2	12.4	13.5	14.6	15.7	16.9	18.0	19.1	20.2	21.3	22.5	23.6	24.7	25.8	27.0	28.1	29.2	106
107	9.2	10.3	11.4	12.6	13.7	14.9	16.0	17.2	18.3	19.5	20.6	21.8	22.9	24.0	25.2	26.3	27.5	28.6	29.8	107
108	9.3	10.5	11.7	12.8	14.0	15.2	16.3	17.5	18.7	19.8	21.0	22.2	23.3	24.5	25.7	26.8	28.0	29.2	30.3	108
109	9.5	10.7	11.9	13.1	14.3	15.4	16.6	17.8	19.0	20.2	21.4	22.6	23.8	25.0	26.1	27.3	28.5	29.7	30.9	109
110	9.7	10.9	12.1	13.3	14.5	15.7	16.9	18.2	19.4	20.6	21.8	23.0	24.2	25.4	26.6	27.8	29.0	30.3	31.5	110
111	9.9	11.1	12.3	13.6	14.8	16.0	17.2	18.5	19.7	20.9	22.2	23.4	24.6	25.9	27.1	28.3	29.6	30.8	32.0	111
112	10.0	11.3	12.5	13.8	15.1	16.3	17.6	18.9	20.1	21.3	22.6	23.8	25.1	26.3	27.6	28.9	30.1	31.4	32.6	112
113	10.2	11.5	12.8	14.0	15.3	16.6	17.9	19.2	20.4	21.7	23.0	24.3	25.5	26.8	28.1	29.4	30.6	31.9	33.2	113
114	10.4	11.7	13.0	14.3	15.6	16.9	18.2	19.5	20.8	22.1	23.4	24.7	26.0	27.3	28.6	29.9	31.2	32.5	33.8	114
115	10.6	11.9	13.2	14.5	15.9	17.2	18.5	19.8	21.2	22.5	23.8	25.1	26.5	27.8	29.1	30.4	31.7	33.1	34.4	115
116	10.8	12.1	13.5	14.8	16.1	17.5	18.8	20.2	21.5	22.9	24.2	25.6	26.9	28.3	29.6	30.9	32.3	33.6	35.0	116
117	11.0	12.3	13.7	15.1	16.4	17.8	19.2	20.5	21.9	23.3	24.6	26.0	27.4	28.7	30.1	31.5	32.9	34.2	35.6	117
118	11.1	12.5	13.9	15.3	16.7	18.1	19.5	20.9	22.3	23.7	25.1	26.5	27.8	29.2	30.6	32.0	33.4	34.8	36.2	118
119	11.3	12.7	14.2	15.6	17.0	18.4	19.8	21.2	22.7	24.1	25.5	26.9	28.3	29.7	31.2	32.6	34.0	35.4	36.8	119
120	11.5	13.0	14.4	15.8	17.3	18.7	20.2	21.6	23.0	24.5	25.9	27.4	28.8	30.2	31.7	33.1	34.6	36.0	37.4	120
121	11.7	13.2	14.6	16.1	17.6	19.0	20.5	22.0	23.4	24.9	26.4	27.8	29.3	30.7	32.2	33.7	35.1	36.6	38.1	121
122	11.9	13.4	14.9	16.4	17.9	19.3	20.8	22.3	23.8	25.3	26.8	28.3	29.8	31.3	32.7	34.2	35.7	37.2	38.7	122
123	12.1	13.6	15.1	16.6	18.2	19.7	21.2	22.7	24.2	25.7	27.2	28.7	30.3	31.8	33.3	34.8	36.3	37.8	39.3	123
124	12.3	13.8	15.4	16.9	18.5	20.0	21.5	23.1	24.6	26.1	27.7	29.2	30.8	32.3	33.8	35.4	36.9	38.4	40.0	124
125	12.5	14.1	15.6	17.2	18.8	20.3	21.9	23.4	25.0	26.6	28.1	29.7	31.3	32.8	34.4	35.9	37.5	39.1	40.6	125
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	

### 8.3. ¿CÓMO REGISTRAR LOS DATOS DE LA EVALUACIÓN EN LOS GRÁFICOS?

Usted encontrará en el Cuadro de Procedimientos todas las curvas del crecimiento utilizadas para el país. Lo primero que debe hacer es seleccionar la curva adecuada para el sexo y la edad del paciente.

#### Utilice la curva de longitud o talla para edad:

El índice de longitud-talla para la edad refleja el crecimiento alcanzado en longitud o en talla para la edad de un niño en una consulta determinada. Mide el proceso de crecimiento lineal del individuo en relación con la edad y su tendencia a través del tiempo. El crecimiento lineal continuo es el mejor indicador de una dieta adecuada y de un buen estado nutricional a largo plazo. La Baja Talla puede ser el resultado de consecuencias acumuladas de retardo en el crecimiento y está asociada a pobres condiciones socioeconómicas de la familia, altos índices de NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) y a factores nutricionales. A través de este indicador se compara la talla del niño con la talla de otros niños de la misma edad y del mismo sexo.

Para este indicador se utilizan dos gráficos diferentes, uno para el niño menor de dos años y otro para el niño de dos años o mayor. En cada una de estas curvas, el eje-x presenta la edad y el eje-y la longitud o talla en centímetros. La edad se marca en meses hasta los 12 meses y posteriormente en años y meses cumplidos.

Para marcar un registro de talla en la curva de longitud/talla para la edad:

- Marque meses o años y meses sobre la línea vertical o en la mitad entre las dos líneas verticales, aproximando los días de la siguiente forma: hasta 10 días se anota el mes cumplido; entre 11 y 20 días se aproxima a 15 días, es decir, la mitad entre uno y otro mes; y si tiene entre 21 y 29 días, se aproxima al mes siguiente. Por ejemplo; un bebé de dos meses y nueve días se coloca el punto en la línea de dos meses; uno de dos meses y 11 días se coloca el punto en una línea imaginaria en la mitad entre los dos y tres meses; un bebé de dos meses y 21 días, se localiza el punto en la línea de tres meses.
- Marque la longitud o talla sobre las líneas horizontales de la manera más exacta que le sea posible. Por ejemplo, si la medición es 60,5 cm., ubique el punto en la mitad del espacio entre las líneas horizontales.
- Cuando hay puntos marcados de dos o más visitas, una los puntos adyacentes con una línea recta para una mejor apreciación de la tendencia.



**Tabla 23.** Criterio de Aproximación de la Edad

EDAD AL CONTROL	SE APROXIMA A:	EJEMPLO
Meses cumplidos + 1-10 días	Meses cumplidos	5 meses y 4 días = 5 meses
Meses cumplidos + 11-20 días	Meses cumplidos + ½ mes	5 meses y 13 días = 5½ meses
Meses cumplidos + 21-29 días	Meses cumplidos +1 mes	5 meses y 26 días = 6 meses





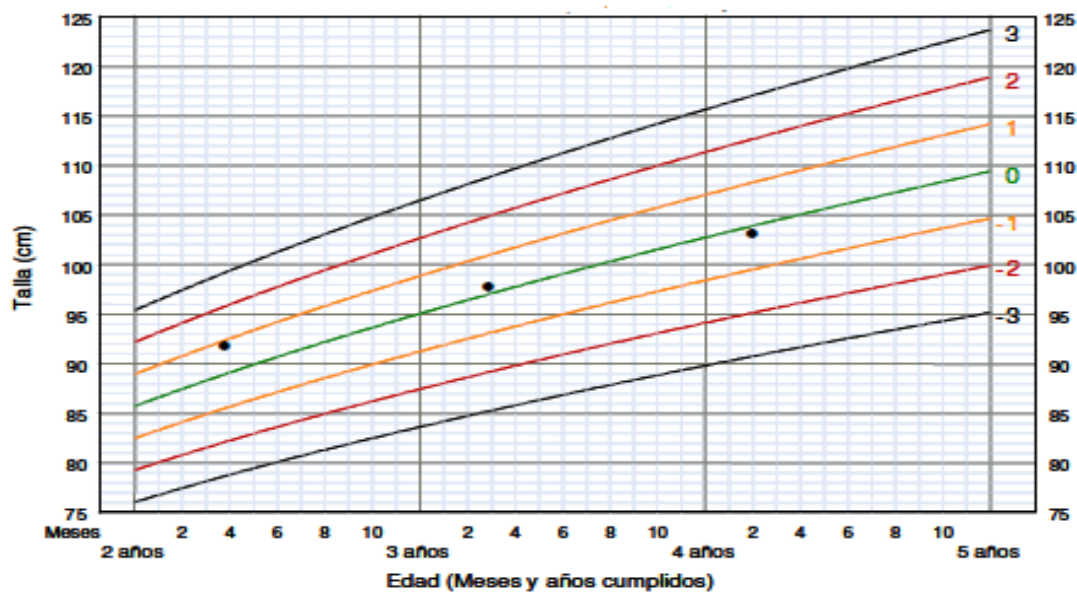


## EJERCICIO

### CASO ANA

La siguiente gráfica presenta la talla para la edad de Ana en tres visitas. Las líneas horizontales representan incrementos del centímetro. En la primera visita, Ana tenía dos años y cuatro meses de edad y una talla de 92 cm.

#### Talla para la edad NIÑAS

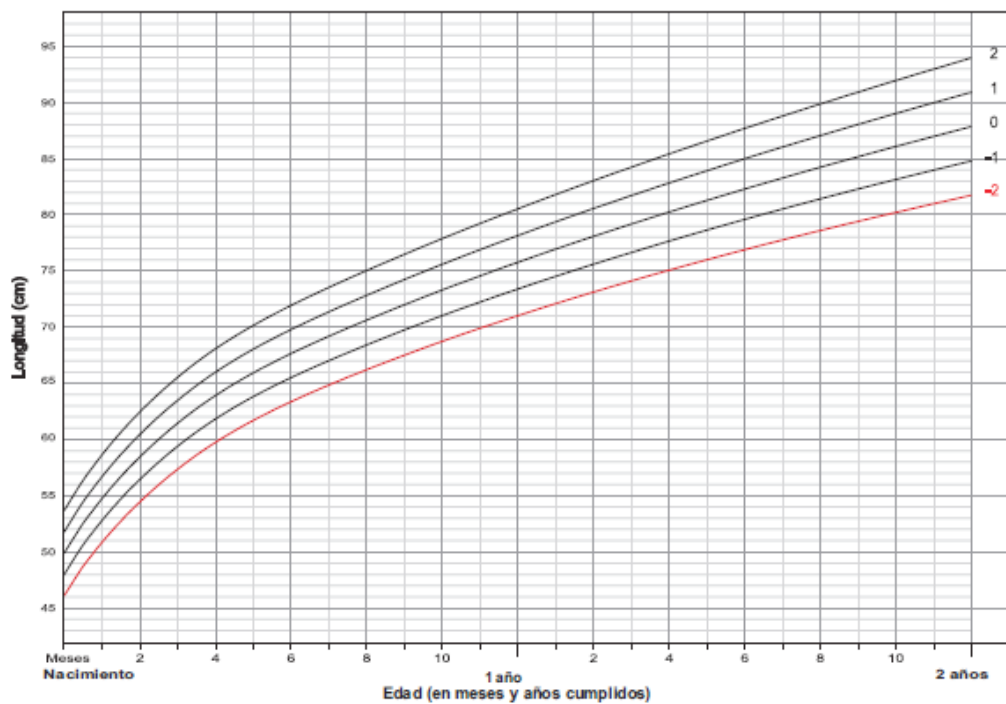


1. Una los puntos marcados en la curva de crecimiento para el caso de Ana.
2. En la segunda visita, cuál fue la talla de Ana y qué edad tenía.
3. En la tercera visita, cuál fue la talla de Ana y qué edad tenía.

Observe los gráficos para longitud-talla para la edad de Colombia [7]

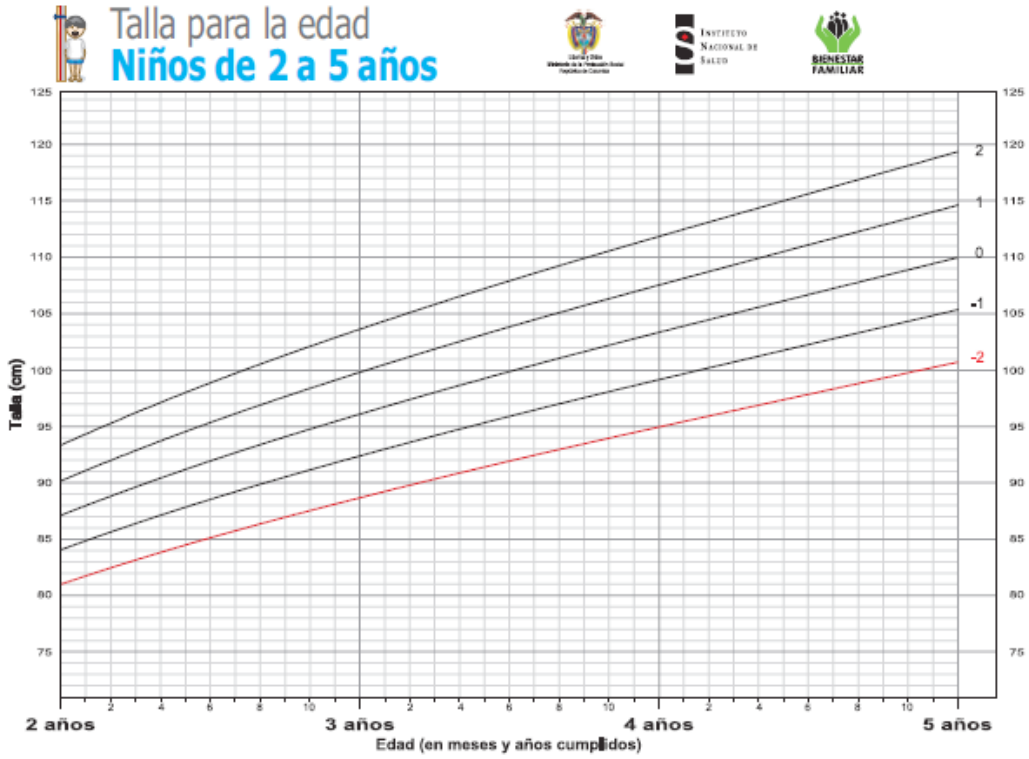


## Talla para la edad Niños de 0 a 2 años

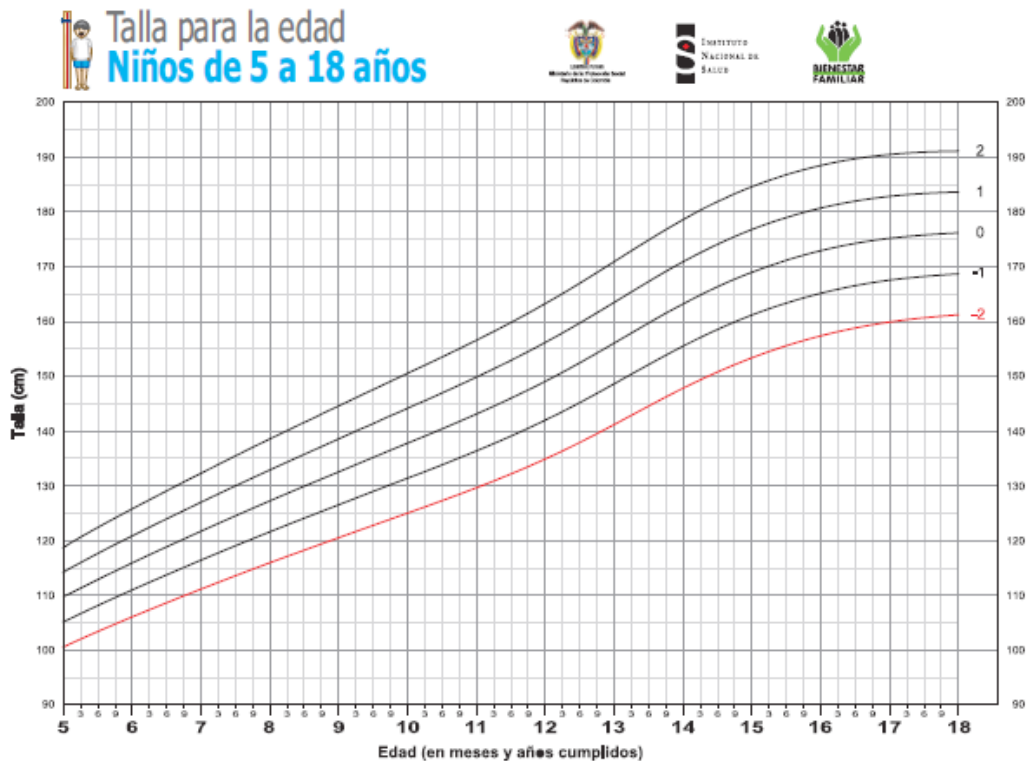


Referencia OMS para la evaluación antropométrica de niños de 0 a 2 años - 2006 - 2007

Niños de 0 a 2 años



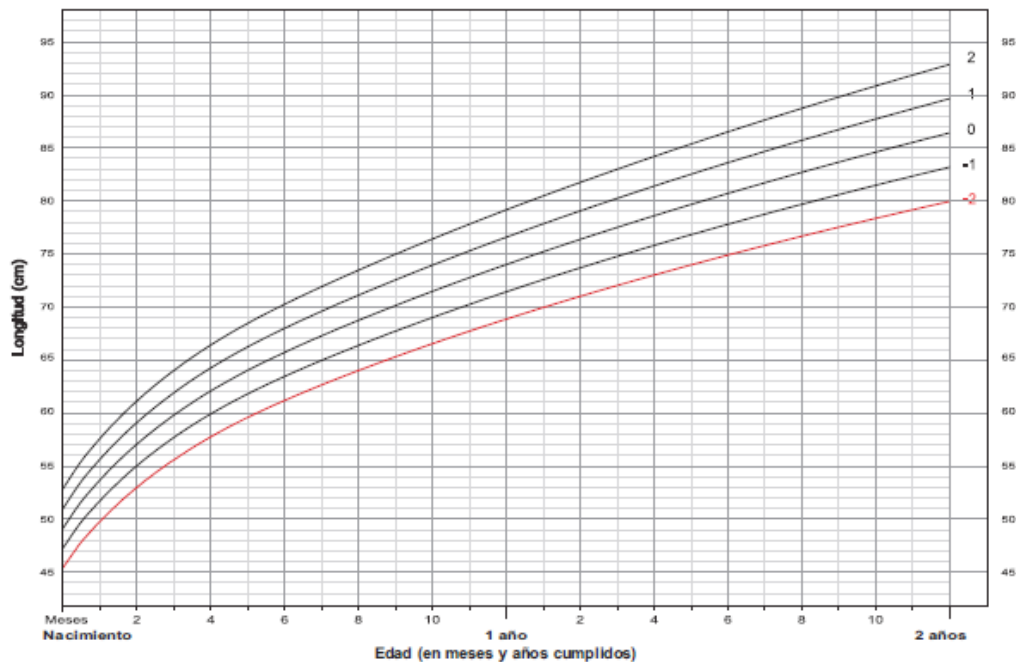
Niños de 2 a 5 años



Niños de 5 a 18 años



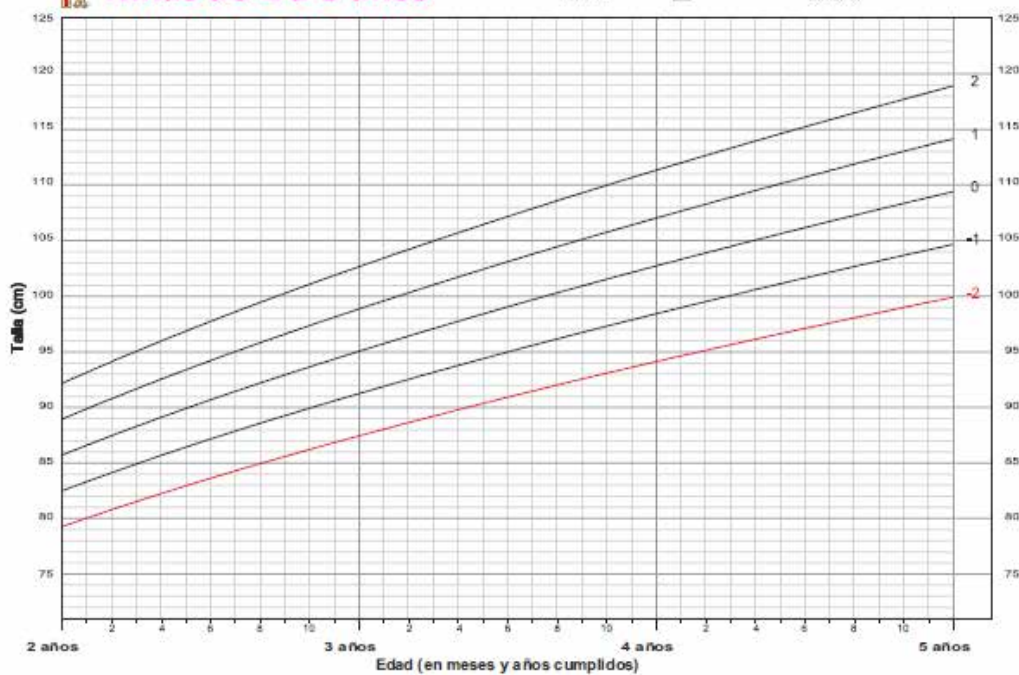
### Talla para la edad Niñas de 0 a 2 años



Niñas de 0 a 2 años

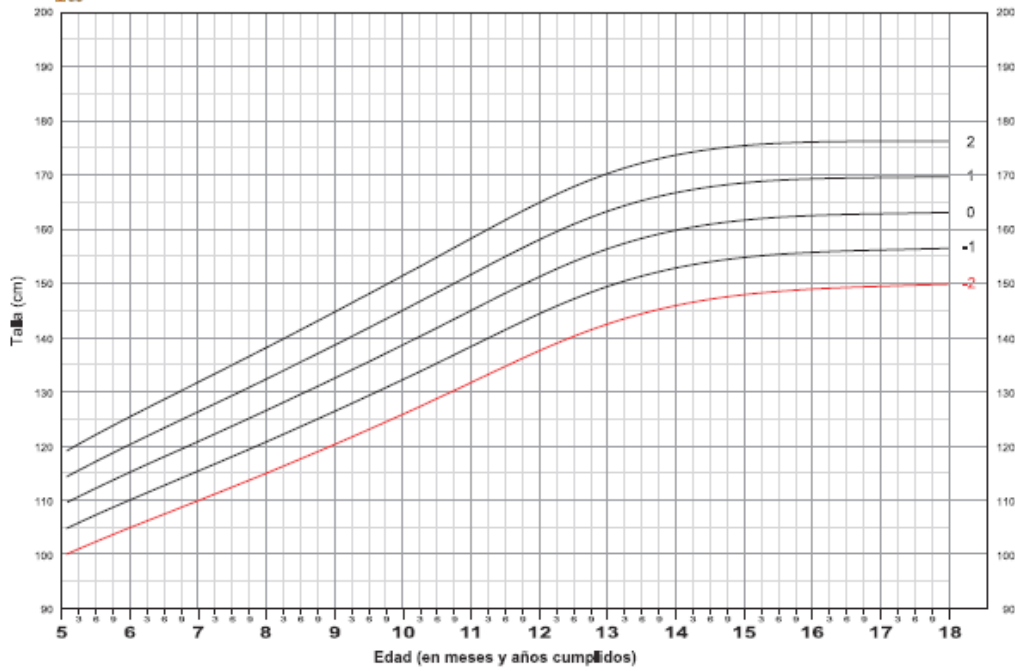


### Talla para la edad Niñas de 2 a 5 años



Niñas de 2 a 5 años

# Talla para la edad Niñas de 5 a 18 años



Referencia OMS para la evaluación antropométrica. [www.who.int](http://www.who.int), 2006-2007

Niñas de 5 a 18 años



## Utilice la curva de peso para la edad:

El peso para la edad refleja el peso corporal en relación con la edad del niño, en una consulta determinada. Este indicador se utiliza para evaluar si un niño presenta bajo peso o peso bajo severo, pero no debe utilizarse para clasificar el sobrepeso u obesidad. Un niño podría con este indicador parecer desnutrido y realmente sólo tener una talla baja o puede presentar edema en ambos pies; la retención de líquido aumentará el peso enmascarando lo que en realidad podría ser muy bajo peso.

Igualmente, es un indicador de Desnutrición Global y refleja la situación nutricional global, sin especificar la magnitud del problema. No obstante, es bastante sensible y útil para clasificar el estado nutricional de los niños hasta los dos años.

- Para marcar un registro de peso en la curva “peso para la edad”:
- Marque meses o años y meses sobre la línea vertical o en la mitad entre las dos líneas, como se explicó anteriormente.
- Marque el peso en una línea horizontal o en el espacio entre las líneas para mostrar la medición del peso, por ejemplo, 7,8 kg.
- Cuando hay registros marcados de dos o más visitas, una los puntos adyacentes con una línea recta para una mejor apreciación de la tendencia.



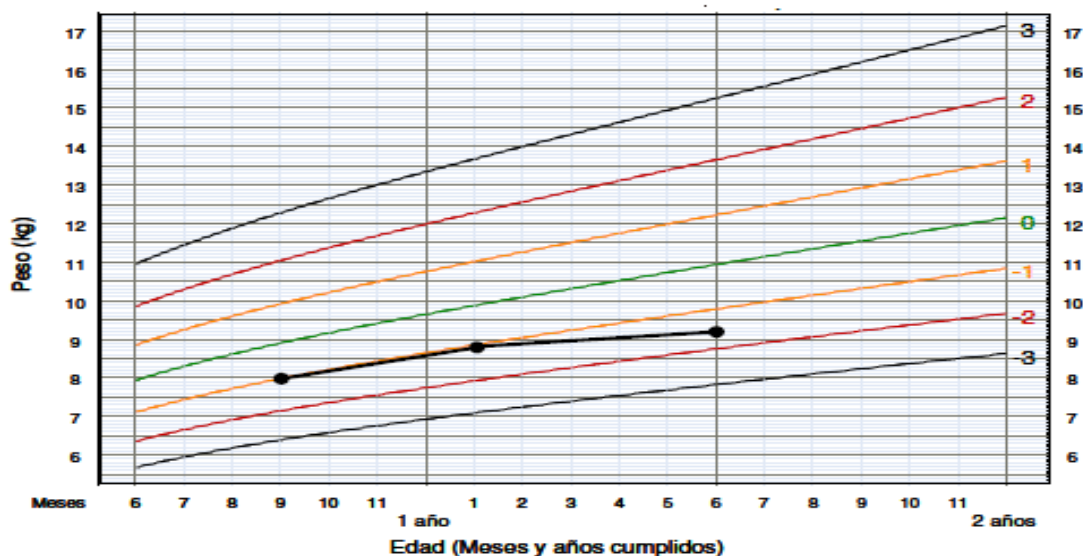


## EJERCICIO

### CASO ROBERTO

La siguiente gráfica muestra el peso para la edad de tres visitas de Roberto.

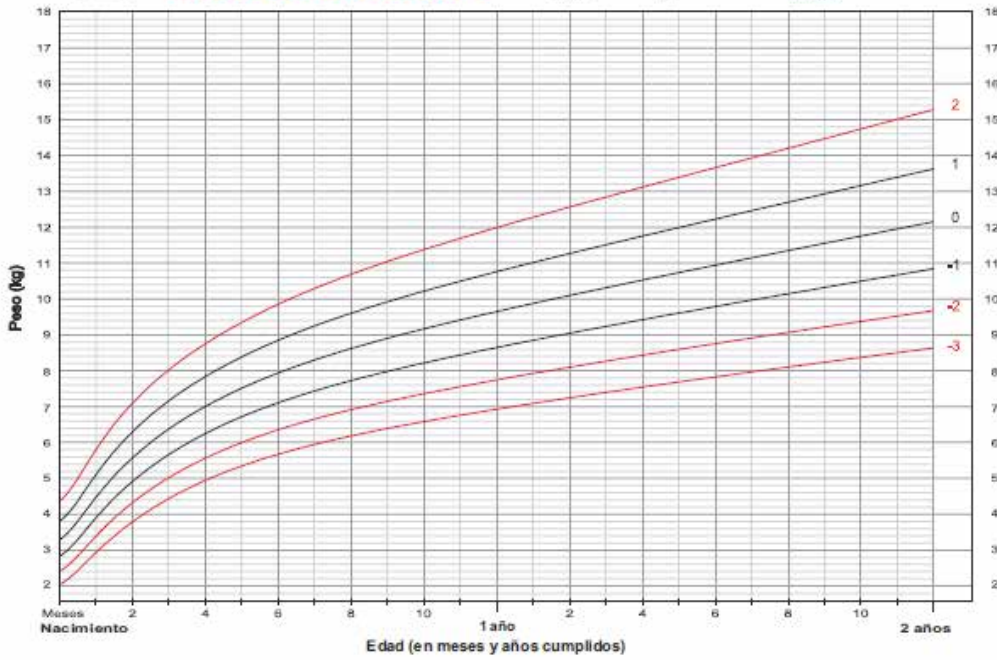
#### Peso para la edad NIÑOS



1. ¿Cuánto pesó Roberto a la edad de nueve meses?
2. ¿Qué edad tenía Roberto en la visita que pesó un poco menos de 9kg.?
3. ¿Qué edad tenía Roberto y cuánto pesó en la última visita que se muestra?
4. Registre la última visita de Roberto, tiene 23 meses y pesó 11,2 kg.

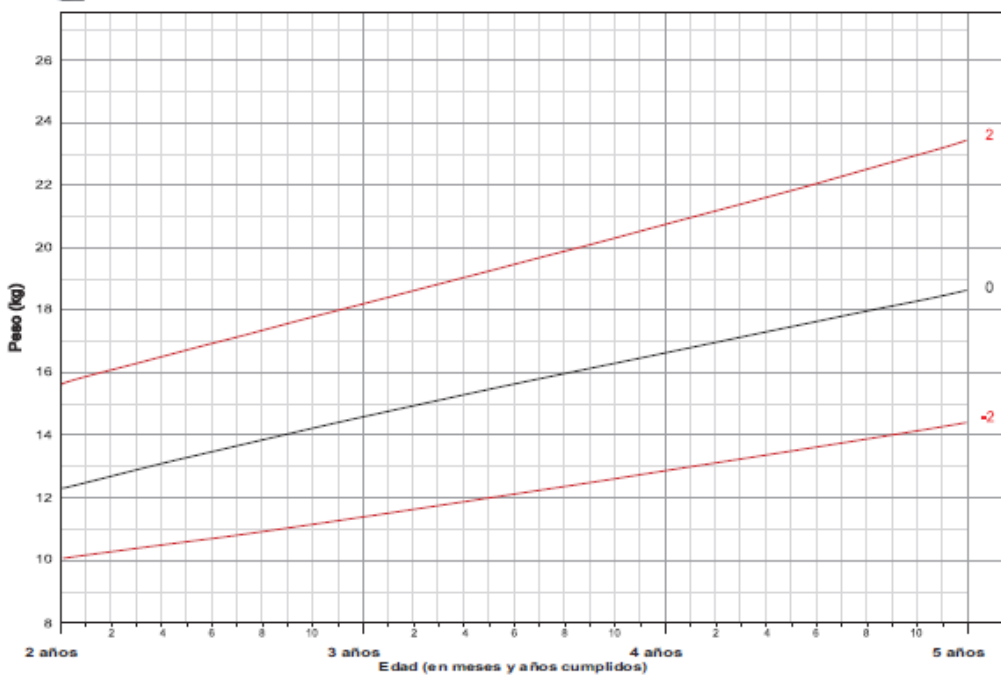
Observe los gráficos de peso para la edad de Colombia [7]

### Peso para la edad Niños de 0 a 2 años



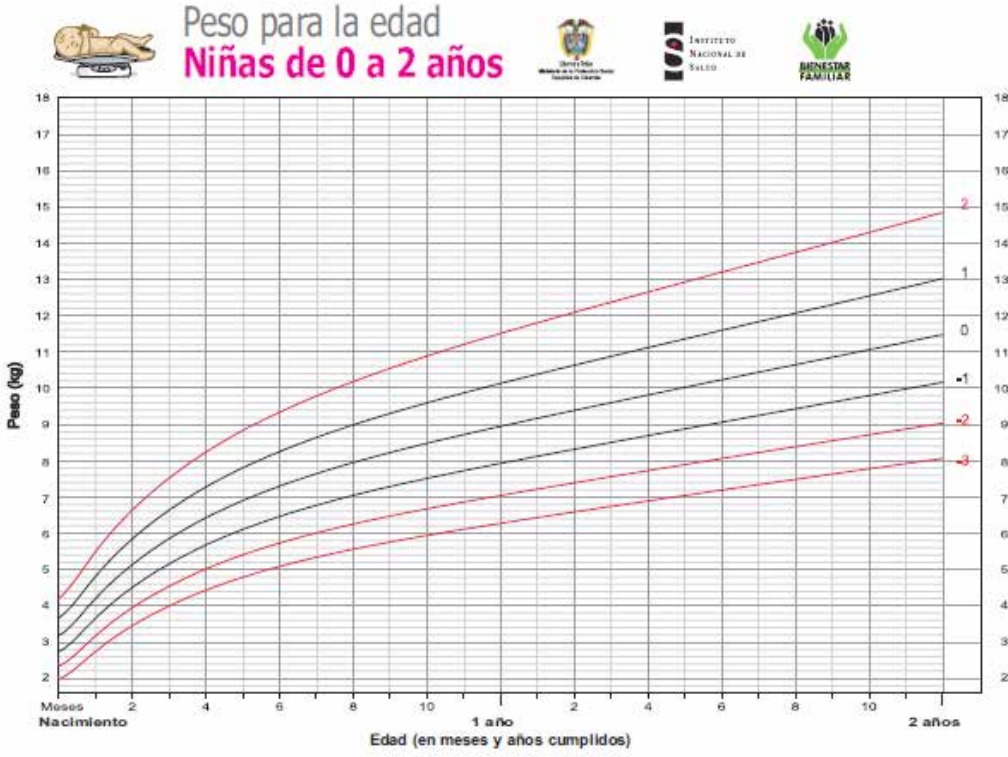
Niños de 0 a 2 años

### Peso para la edad Niños de 2 a 5 años

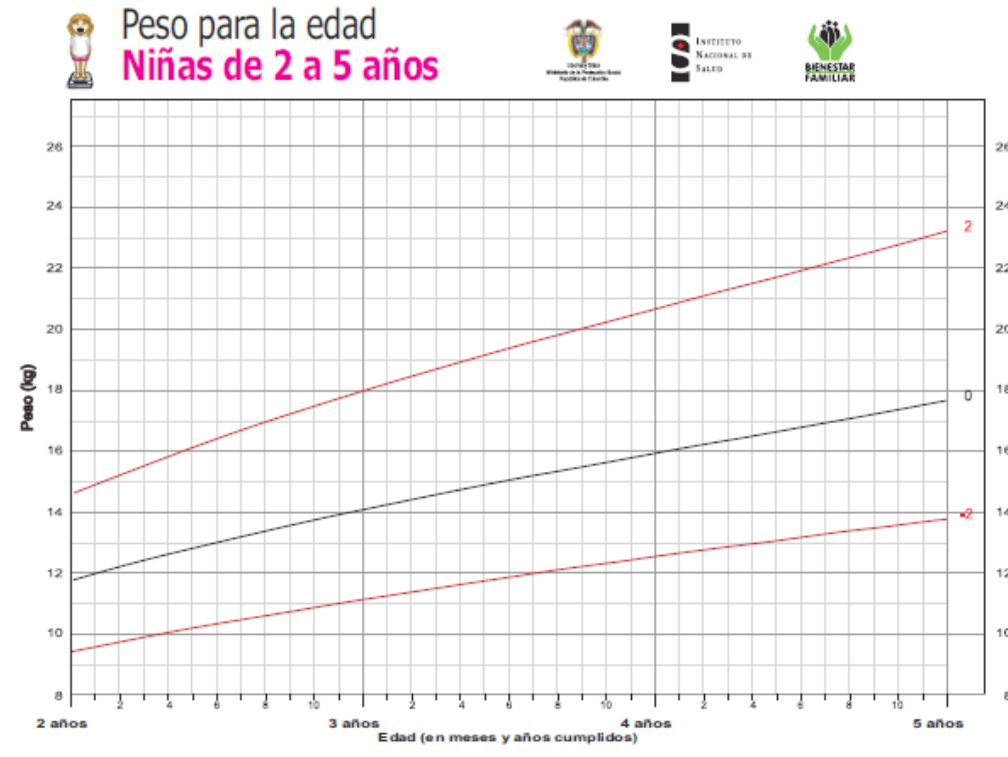


Niños de 2 a 5 años





Niñas de 0 a 2 años



Niñas de 2 a 5 años

### Utilice la curva de peso para la longitud o talla:

El peso para la longitud o talla refleja el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en longitud o talla. Este indicador es especialmente útil en situaciones en las que la edad de los niños es desconocida. La curva peso para la longitud o talla ayuda a identificar a los niños con bajo peso para la talla que pueden estar emaciados. Estas curvas sirven también para identificar a los niños con peso para la longitud o talla elevado, que pueden estar en riesgo de presentar sobrepeso u obesidad. Igualmente es un Indicador de Desnutrición Aguda o enflaquecimiento.

Esta curva también permite evidenciar el estado nutricional actual y no requiere del conocimiento preciso de la edad. Su uso como único parámetro de evaluación puede no diagnosticar como desnutridos a algunos niños que efectivamente lo sean, por ejemplo los que presentan edema característico de la desnutrición tipo Kwashiorkor.

Para marcar registros en la curva de peso para la longitud/talla:

- Marque longitud o talla en la línea vertical (por ejemplo, 75 cm.). Será necesario aproximar la medición hasta el centímetro completo más cercano (esto es, redondee hacia abajo 0,1 a 0,4 y hacia arriba 0,5 a 0,9 y siga la línea hacia arriba del **eje-x** hasta encontrar la intersección con la medición del peso)
- Marque el peso tan exacto como sea posible en el espacio entre las líneas de la curva.
- Cuando hay registros marcados de dos o más visitas, una los puntos con una línea recta para una mejor apreciación de la tendencia.

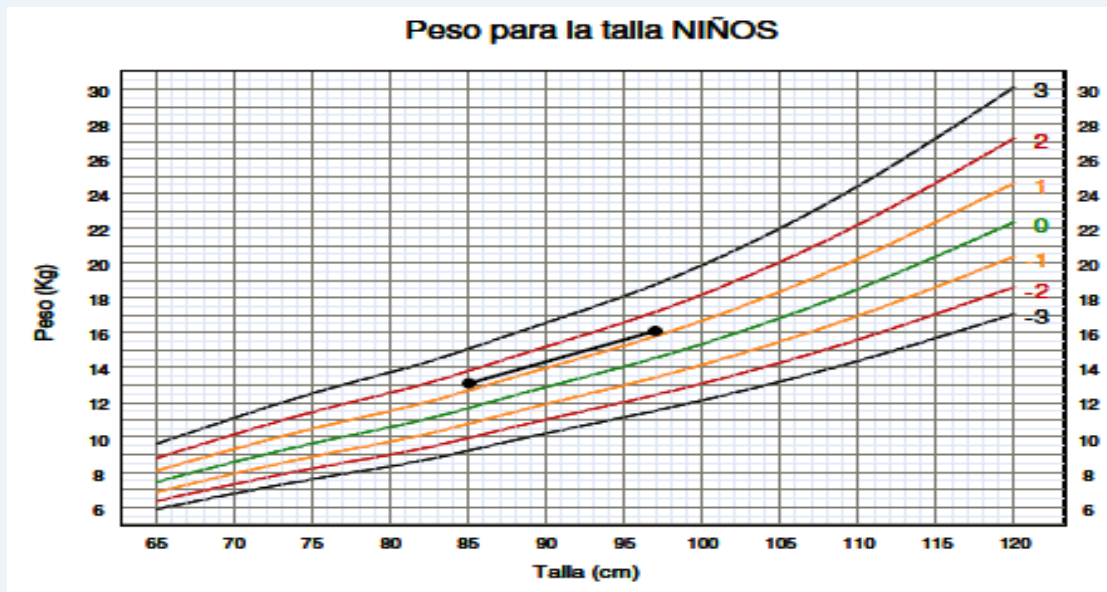




## EJERCICIO

### CASO ENRIQUE

La curva presenta el peso y talla de Enrique en dos visitas:

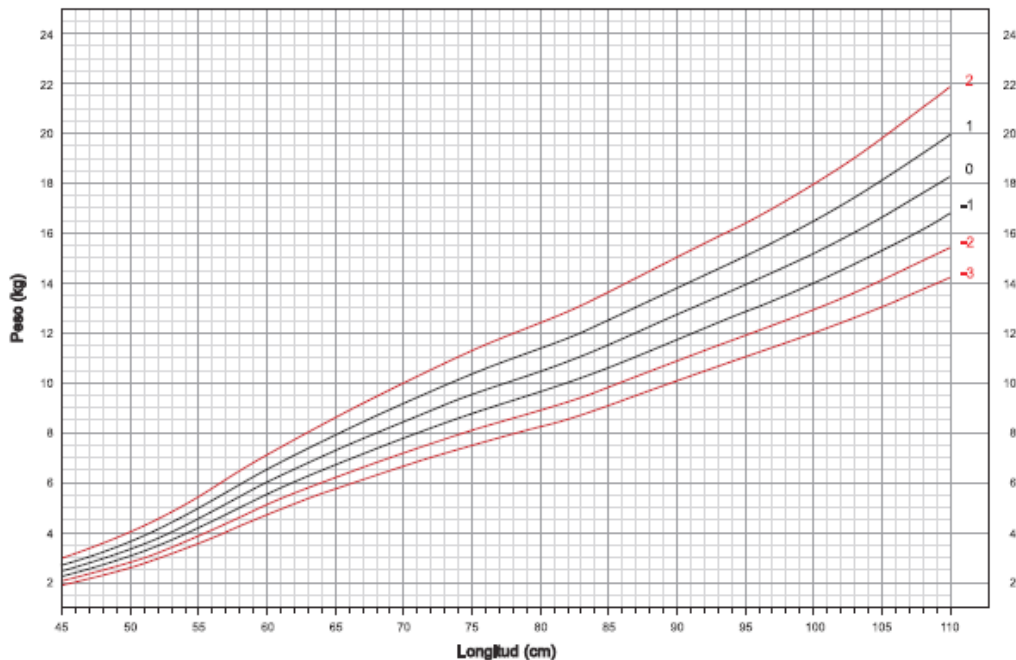


1. ¿Qué tan alto es Enrique en la segunda visita? ¿Cuánto pesa?
2. En la siguiente visita Enrique mide 112 cm. y pesa 19 kg., marque en la gráfica.

Observe los gráficos de peso para la longitud o talla de Colombia [7]



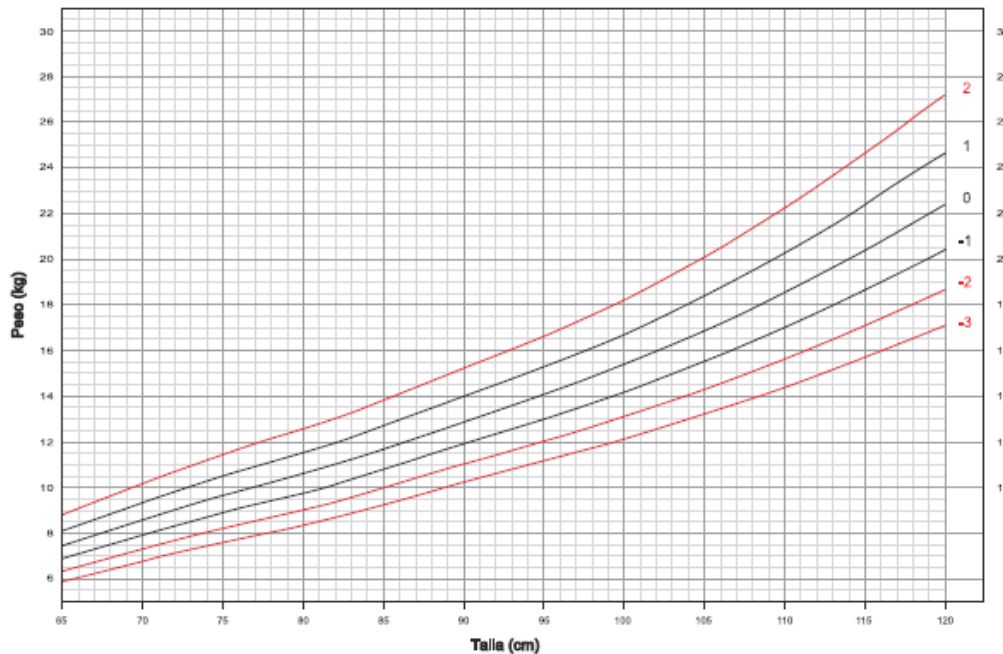
## Peso para la talla Niños de 0 a 2 años



Niños de 0 a 2 años



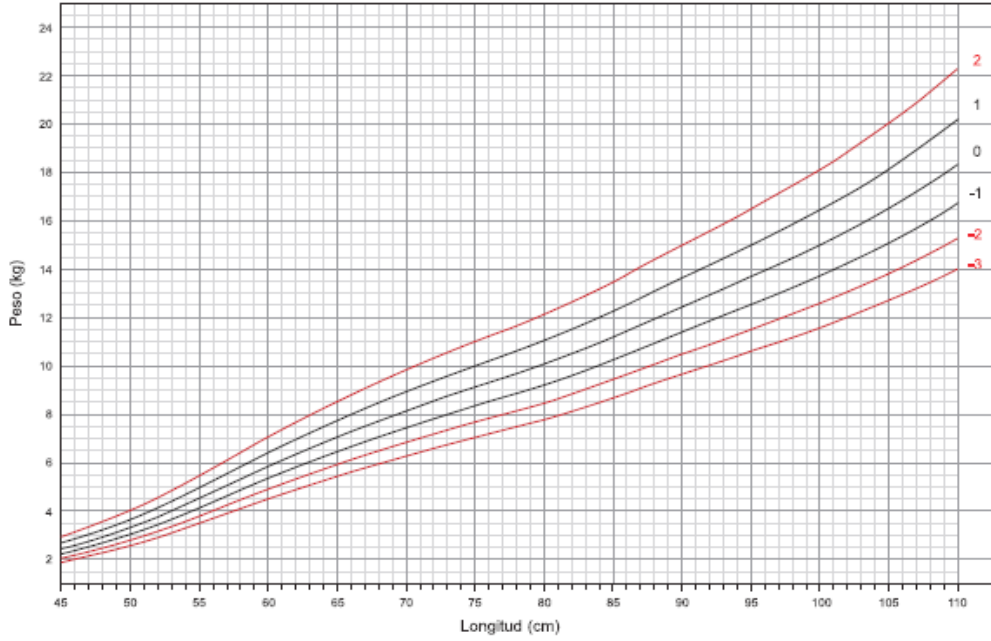
## Peso para la talla Niños de 2 a 5 años



Niños de 2 a 5 años



### Peso para la talla Niñas de 0 a 2 años

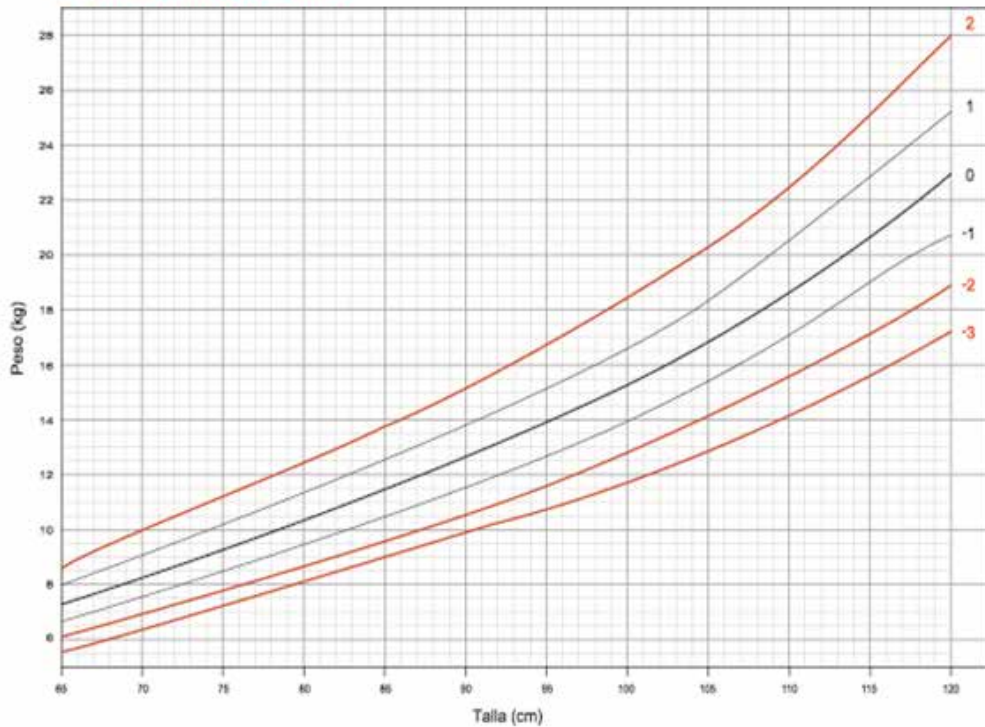


Referencia OMS para la evaluación antropométrica de niños, niñas y adolescentes, 2006-2007

Niñas de 0 a 2 años



### Peso para la talla Niñas de 2 a 5 años



Referencia OMS para la evaluación antropométrica de niños, niñas y adolescentes, 2006-2007

Niñas de 2 a 5 años

### Utilice la curva de IMC para edad:

El Índice de Masa Corporal para la edad es un indicador especialmente útil cuando se examina al niño por sobrepeso u obesidad. La curva de IMC para la edad y la curva de peso para la longitud o talla tienden a mostrar resultados similares.

Para marcar registros en la curva de IMC para la edad:

- Marque la edad en meses o años y meses sobre una línea vertical o en la mitad entre las dos líneas verticales, aproximando, como se explicó anteriormente.
- Marque el IMC sobre una línea horizontal (por ejemplo, 14, 14.2) o en el espacio entre las líneas (por ejemplo, 14,5)
- Cuando hay registros marcados de dos o más visitas, una los puntos adyacentes con una línea recta para una mejor apreciación de la tendencia

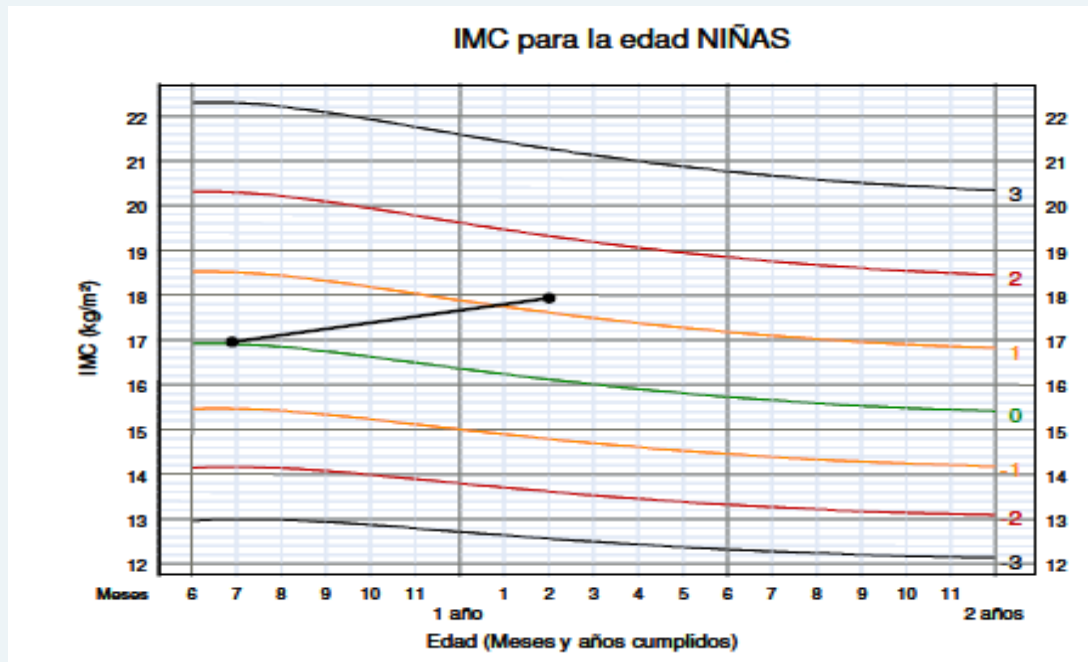




## EJERCICIO

### CASO ROSITA

La siguiente curva muestra el IMC para la edad de dos visitas de Rosita. En la primera visita tenía siete meses cumplidos y tenía un IMC de 17.

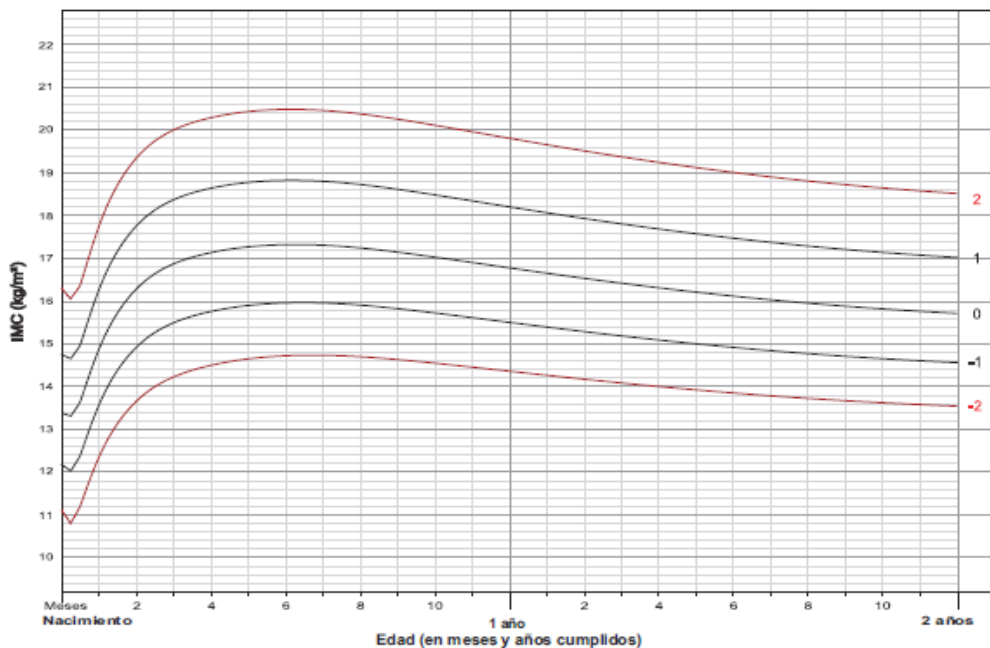


1. ¿Qué edad tenía Rosita en la segunda visita?
2. ¿Cuál fue su IMC en la segunda visita?
3. Registre la tercera visita: A la edad de un año y 10 meses, tiene un IMC de 17,5. Una los puntos.

Observe los gráficos para IMC para edad de Colombia [7]



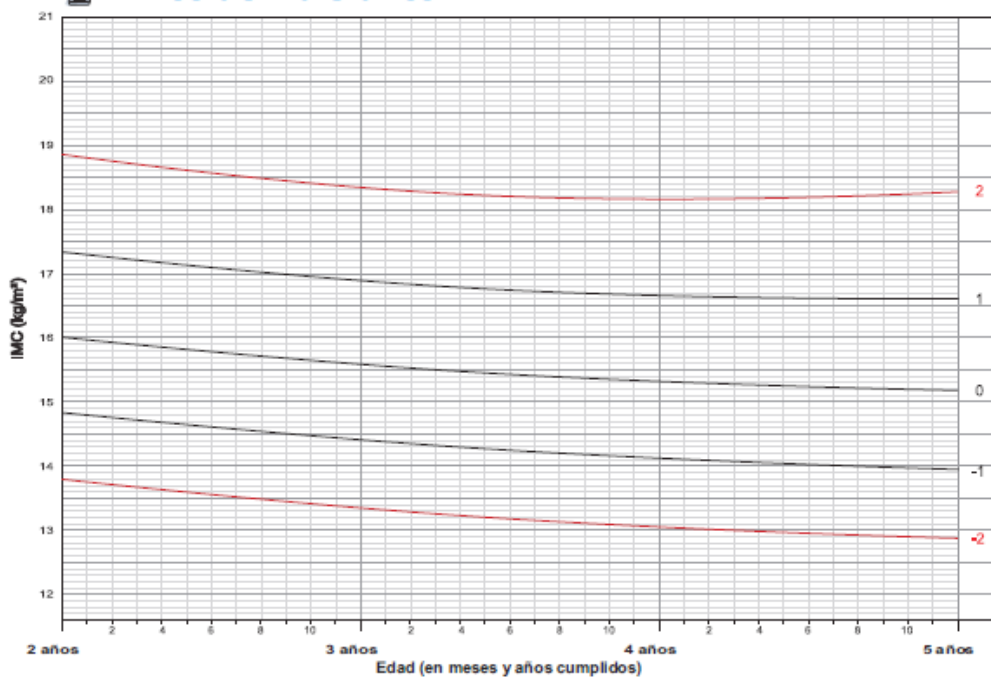
## Índice de masa corporal Niños de 0 a 2 años



Niños de 0 a 2 años



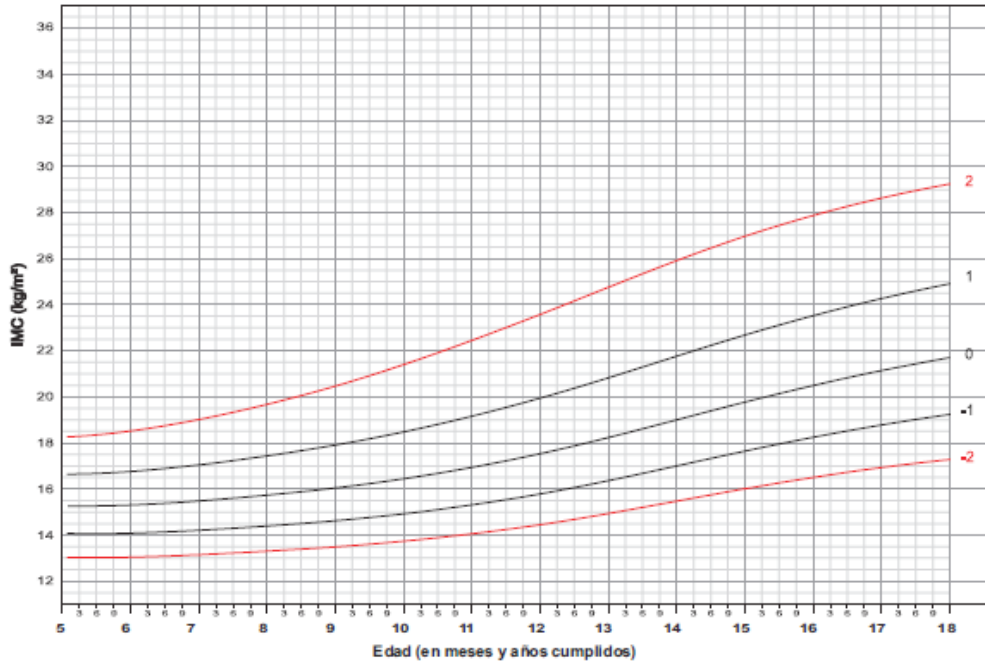
## Índice de masa corporal Niños de 2 a 5 años



Niños de 2 a 5 años

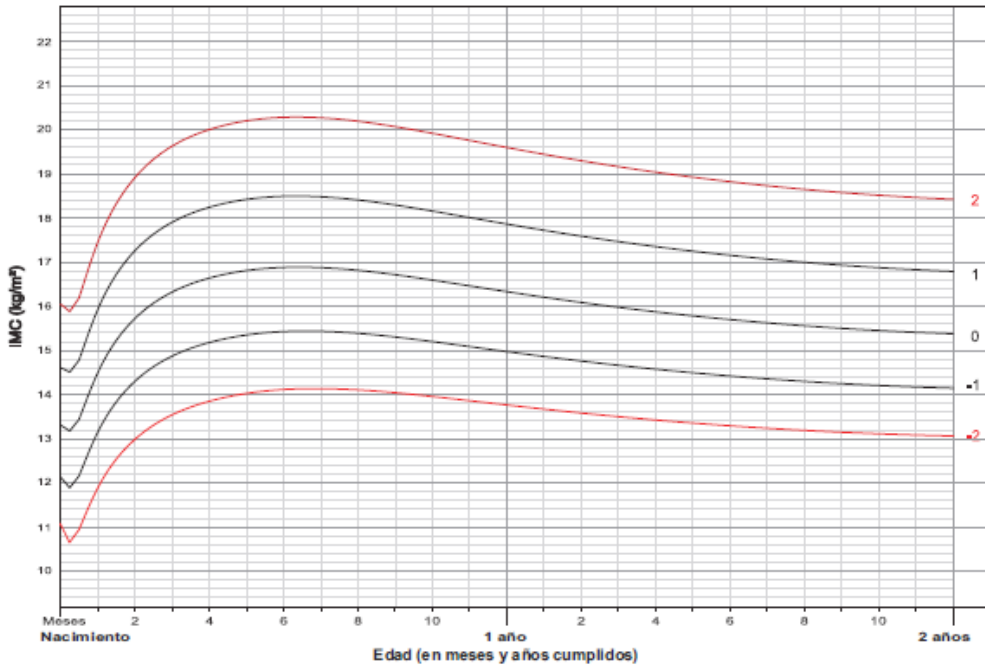


### Índice de masa corporal Niños de 5 a 18 años

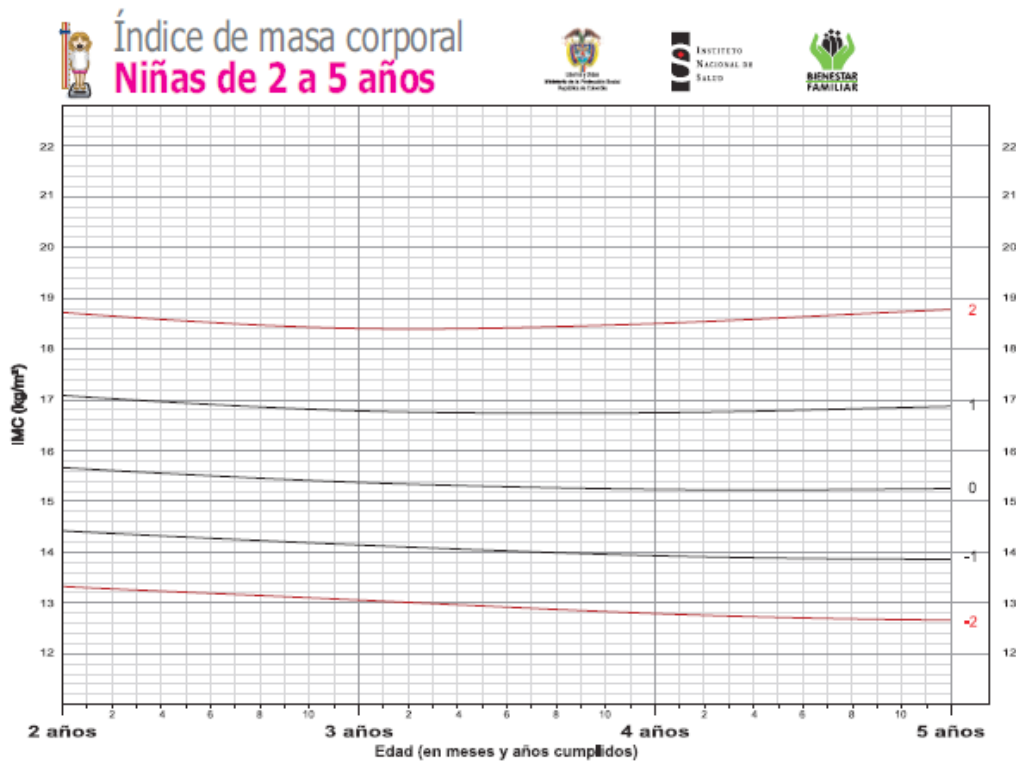


Niños de 5 a 18 años

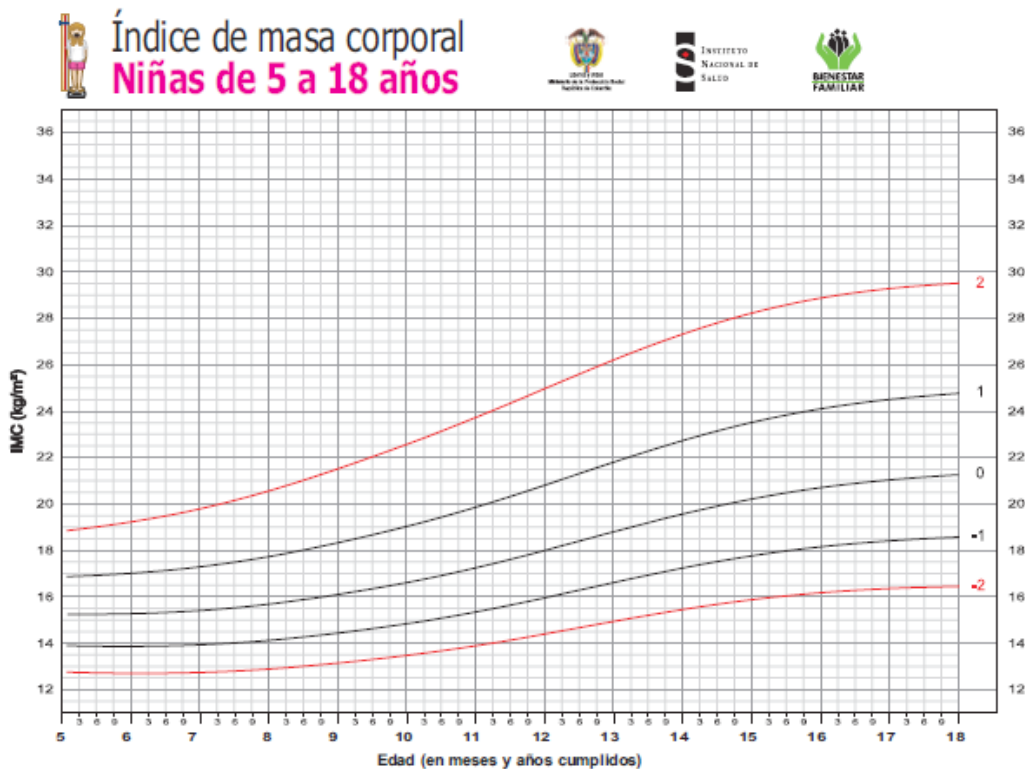
### Índice de masa corporal Niñas de 0 a 2 años



Niñas de 0 a 2 años



Niñas de 2 a 5 años



Niñas de 5 a 18 años

## 8.4. ¿CÓMO INTERPRETAR LOS PUNTOS MARCADOS PARA INDICADORES DE CRECIMIENTO?

Las líneas que se encuentran en las curvas le ayudarán a interpretar el estado de crecimiento del niño. La línea marcada como cero en cada curva representa la mediana, es decir lo que generalmente se considera como el promedio. Las otras líneas trazadas son líneas de puntuación  $z$ , las cuales indican la distancia de la mediana. La ventaja de utilizar puntuación  $z$  es que permite medir la distancia hacia arriba o hacia abajo en relación con la mediana; diferente a los percentiles utilizados previamente, que miden el porcentaje de los niños en ese canal de crecimiento. Por esta razón se decidió utilizar desviaciones estándar en la adopción de las nuevas curvas en Colombia.

Las líneas de la puntuación  $z$  de las curvas de crecimiento están enumeradas positivamente (1, 2) o negativamente (-1, -2, -3). En general un punto marcado que está lejos de la mediana puede representar un problema, sin embargo deben considerarse otros factores, como la tendencia de crecimiento y las condiciones de salud del niño.

La observación de todas las curvas de crecimiento conjuntamente permitirá determinar la naturaleza de los problemas de crecimiento. Será siempre importante considerar las tendencias observadas a lo largo del tiempo. Cuando interprete las curvas de crecimiento, recuerde tener en cuenta sus observaciones sobre la apariencia del niño.

A continuación se enumeran en cuadros las clasificaciones adoptadas por el Ministerio de la Protección Social para cada una de las curvas utilizadas.



**Tabla 24.** Clasificación de Indicadores de Crecimiento

PUNTO DE CORTE (DESVIACIONES ESTANDAR)	CLASIFICACIÓN O DENOMINACIÓN	PESO PARA TALLA	PESO PARA EDAD	TALLA PARA EDAD
Mayor de +2 DS	<b>OBESIDAD</b>			
Mayor de +1 hasta +2 DS	<b>SOBREPESO</b>			
Entre -1 y +1 DS	<b>NORMAL</b>	Peso adecuado para la talla	Peso adecuado para la edad	Talla adecuada para la edad
Por debajo de -1 hasta -2 DS	<b>A RIESGO</b>	A riesgo de desnutrición (con bajo peso para la talla)	A riesgo de desnutrición (con bajo peso para la edad)	A riesgo de desnutrición (con baja talla para la edad)
Entre -2 y -3 DS	<b>DESNUTRICIÓN</b>	Peso bajo para la talla o desnutrición aguda	Peso bajo para la edad o desnutrición global	Retraso del crecimiento o desnutrición crónica
Por encima de -3 DS	<b>DESNUTRICIÓN SEVERA</b>	Desnutrición aguda severa	Desnutrición global severa	Desnutrición crónica severa

## 8.5. ¿CÓMO INTERPRETAR TENDENCIAS EN LAS CURVAS DE CRECIMIENTO?

Para identificar tendencias en el crecimiento de un niño, mire los puntos marcados en diferentes consultas. Las tendencias pueden indicar que está creciendo adecuadamente, que tiene un problema de crecimiento o que está en riesgo de un problema y debe ser reevaluado pronto. Normalmente los niños en periodo de crecimiento siguen una tendencia, en general, paralela a la mediana y a las líneas de puntuación z. La mayoría crecerán en un canal que puede estar abajo o arriba de la mediana. Cuando interprete las curvas de crecimiento debe estar pendiente de las siguientes situaciones, que pueden indicar un problema o sugerir un riesgo:

- La línea de crecimiento del niño atraviesa una línea de puntuación z.
- Hay un incremento o descenso marcado en la línea de crecimiento del niño.

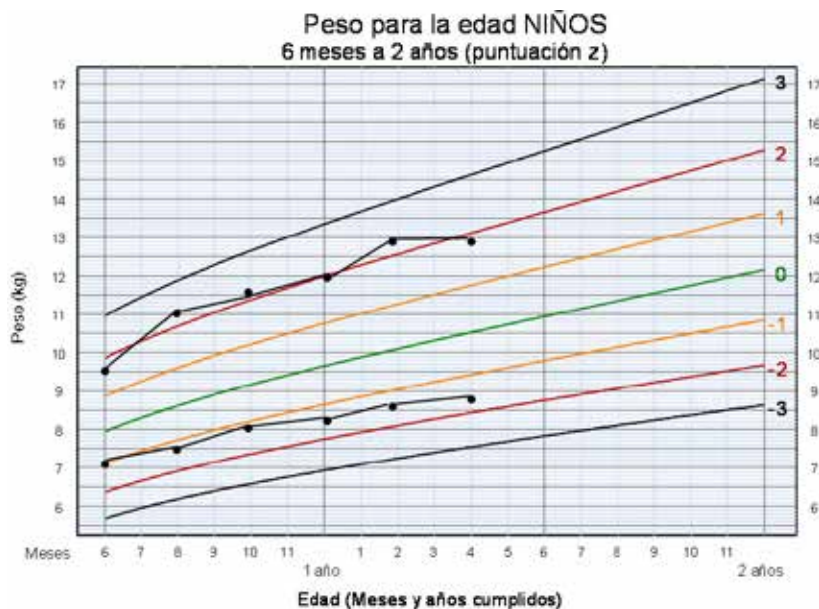


- La línea de crecimiento se mantiene plana (estancada); por ejemplo no hay ganancia de peso, longitud o talla.

Deben interpretarse estos cambios según la posición en que comenzó el cambio y hacia dónde se dirige. Por ejemplo, si un niño ha estado enfermo y perdió peso, el presentar una rápida ganancia de peso puede ser bueno e indicar recuperación del crecimiento. Lo mismo puede suceder con un niño con sobrepeso, una curva con leve tendencia a bajar y dirigida hacia la mediana puede indicar una recuperación de crecimiento deseable. Por esta razón cuando se interpretan tendencias es muy importante considerar la situación completa del niño.

- **La línea de crecimiento del niño atraviesa una línea de puntuación z:**

Las líneas de crecimiento que atraviesan líneas de puntuación z indican posible riesgo, a pesar de que muchas veces las líneas pueden encontrarse todavía entre puntuaciones normales. La interpretación del riesgo se basa en la posición en la que comenzó el cambio de tendencia, la dirección de la tendencia y la historia de salud del niño. Si la línea permanece cerca de la mediana, cruzando hacia arriba y hacia abajo de ella, el niño está bien. Si el cambio es hacia la mediana, probablemente este es un buen cambio. Si el cambio va en dirección contraria a la mediana, probablemente es el signo de un problema o riesgo de un problema. Si estos riesgos se detectan a tiempo, puede ser posible intervenir tempranamente y prevenir el problema. Interprete lo que sucede en estos dos casos:

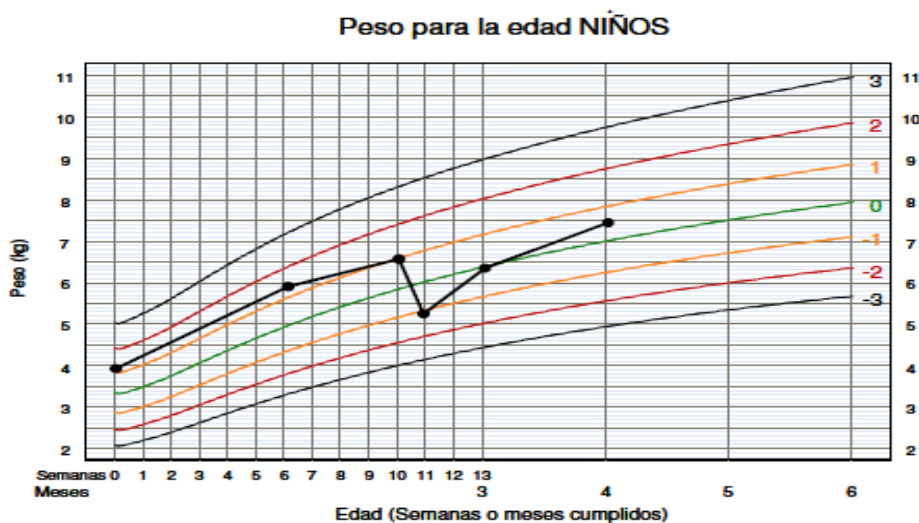


- **Incrementos o descensos drásticos en la línea de crecimiento:**

Cualquier cambio drástico en la línea de crecimiento de un niño requiere especial atención. Si un niño ha estado enfermo, con un aporte muy deficiente de nutrientes, se espera un incremento importante durante el tiempo en que mejora su la alimentación, de manera que experimente una recuperación del crecimiento. En otros casos, un incremento pronunciado no es bueno, ya que puede ser señal de un cambio en prácticas de alimentación que resultará en sobrepeso.

Si un niño gana rápidamente peso, observe la talla. Si ganó solo peso, esto es un problema; si el niño creció proporcionalmente en peso y talla, se debe probablemente a recuperación del crecimiento.

Un descenso pronunciado en la línea del crecimiento de un niño con estado nutricional normal o desnutrido indica un problema de crecimiento que debe ser investigado y resuelto. Aunque el niño tenga sobrepeso, no debe tener un descenso pronunciado en la línea de crecimiento, dado que no se pretende una pérdida muy rápida de peso.

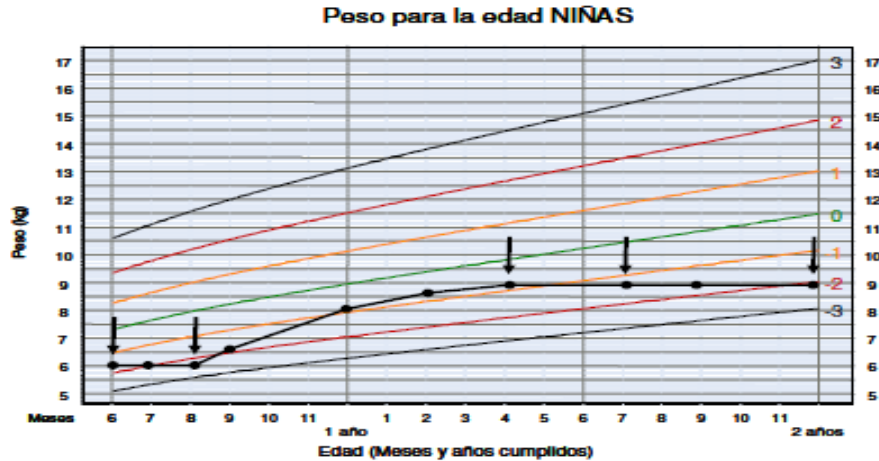


- **Línea de crecimiento plana (estancamiento):**

Una línea de crecimiento plana usualmente indica un problema. Si el peso del niño permanece igual por un tiempo, mientras que la talla aumenta, es muy probable que tenga algún problema. Si la talla permanece igual a lo largo del tiempo, no está creciendo. Se presenta una excepción, cuando un niño en sobrepeso u obeso es capaz de mantener su peso a lo largo del tiempo, ya que esto permite que tenga un peso para la talla o IMC para la edad, más saludable.

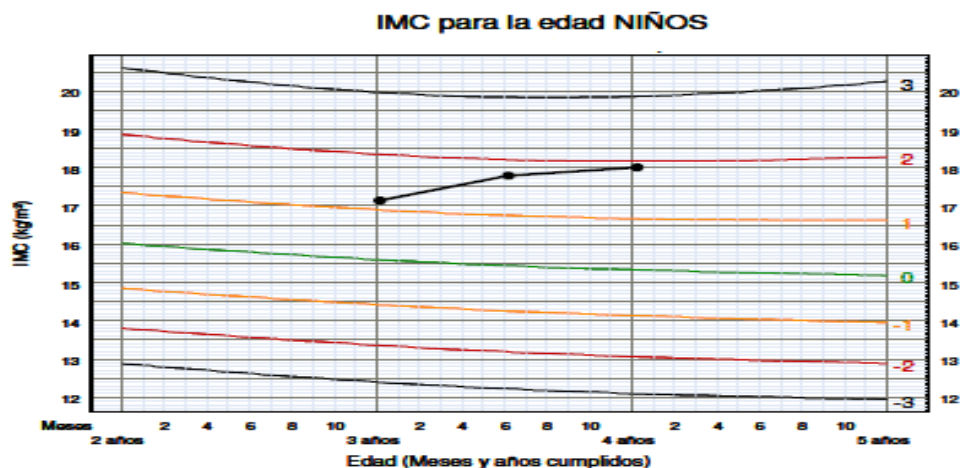


Si el niño con sobrepeso está perdiendo peso a lo largo del tiempo y esta pérdida es razonable, el niño debe continuar creciendo en talla. Sin embargo, si no experimenta crecimiento en talla a lo largo del tiempo, hay un problema.



- **Tendencia del IMC para la edad**

Normalmente, el IMC no aumenta con la edad, como se observa con el peso y la talla. La curva del IMC de un lactante aumenta pronunciadamente, ya que tienen una ganancia muy rápida de peso en comparación con su longitud, durante los primeros seis meses de vida. El IMC baja posteriormente en la infancia y se mantiene relativamente estable entre los dos y cinco años. Cuando interprete el riesgo de sobrepeso, es útil considerar el peso de los padres del niño. Un niño con uno de sus padres obeso, tiene 40% probabilidad de tener sobrepeso; si ambos padres son obesos, la probabilidad aumenta al 70%.



## 8.6. CLASIFICAR EL CRECIMIENTO DEL NIÑO

Antes de clasificar el estado nutricional del niño es importante tener en cuenta que un solo indicador antropométrico NO permite generar un diagnóstico definitivo del estado nutricional. "El mejor control del niño, es él mismo, a lo largo del tiempo..." [9].

Para clasificar el crecimiento del niño:

- 1° Si tiene un IMC  $\geq 1$  DE o peso/talla  $> 1$  DE clasifique el exceso de peso.
- 2° Si el IMC es menor de 1 DE continúe la clasificación del crecimiento del niño.

### CLASIFIQUE EL EXCESO DE PESO

Si el Índice de Masa Corporal se encuentra mayor o igual a 1 DE o el peso para la talla es mayor de 1 DE, clasifique el exceso de peso; si no, continúe clasificando el estado nutricional del niño.

Hay 2 posibles clasificaciones para el exceso de peso:

- **OBESO**
- **SOBREPESO**

**Tabla 25.** Clasificación del niño con exceso de peso

<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IMC <math>&gt; 2</math> DE.</li> <li>• Peso/Talla: <math>&gt; 2</math> DE.</li> </ul>	<p><b>OBESO</b></p>	<p><b>Si hay una clasificación amarilla para tos, diarrea o fiebre hospitalizar o referir para manejo.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurar consulta por pediatría y nutrición.</li> <li>• Dar Albendazol si es <math>&gt; 1</math> año y no ha recibido en 6 meses.</li> <li>• Educación alimentaria / alimentación saludable.</li> <li>• Reforzar actividad física.</li> <li>• Evitar hábitos sedentarios.</li> <li>• Enseñar el cuidador los signos de alarma para volver de inmediato.</li> <li>• Consulta de control cada 14 días por 3 meses.</li> </ul>
<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IMC <math>&gt; 1</math> DE y <math>\leq 2</math> DE.</li> <li>• Peso/Talla <math>&gt; 1</math> a <math>\leq 2</math> DE.</li> </ul>	<p><b>SOBREPESO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar Albendazol si es <math>&gt; 1</math> año y no ha recibido en 6 meses.</li> <li>• Educación alimentaria / alimentación saludable.</li> <li>• Reforzar actividad física.</li> <li>• Evitar hábitos sedentarios.</li> <li>• Enseñar el cuidador los signos de alarma para volver de inmediato.</li> <li>• Consulta de control cada 30 días por 3 meses.</li> </ul>





## OBESO

Un niño con un Índice de Masa Corporal mayor o igual a 2 DE, o con un peso para la talla mayor de 2 DE, se clasifica como **OBESO**. El niño puede manejarse ambulatorio si se asegura el control por pediatría y nutrición, sin embargo, si en la evaluación presenta una clasificación amarilla para tos, diarrea o fiebre deberá referirse para hospitalización, ya que existe un riesgo elevado de complicación, por el problema nutricional de base. Es importante iniciar educación para lograr una alimentación saludable, reforzar la actividad física, evitar hábitos sedentarios, enseñar el cuidador signos de alarma y controlar cada 14 días para evaluar evolución del peso y los problemas que se presentan con los cambios en la alimentación.

## SOBREPESO

Si al evaluar el crecimiento encuentra que el niño tiene un Índice de Masa Corporal entre  $> 1DE$  y  $< 2DE$  o un peso para la talla mayor de 1 y menor de 2 DE se clasifica como **SOBREPESO**. El niño tiene un alto riesgo de obesidad, por lo que se deben iniciar intervenciones adecuadas educando al cuidador y familia sobre la necesidad de lograr una alimentación saludable, reforzando la actividad física, evitando hábitos sedentarios y con control cada 30 días por 3 meses o hasta asegurar una adecuada tendencia de la curva de índice de masa corporal.

## CONTINÚE CLASIFICANDO EL CRECIMIENTO DEL NIÑO

Cuando usted clasifica el estado nutricional, se clasifica simultáneamente la talla baja, sin diferenciar la etiología, carencial vs patológica.

Existen 4 posibles clasificaciones:

- **DESNUTRICIÓN SEVERA**
- **DESNUTRICIÓN**
- **RIESGO DESNUTRICIÓN**
- **ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL**



**Tabla 26.** Clasificación del niño por estado nutricional

<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Emaciación.</li> <li>● Edema en ambos pies.</li> <li>● Peso/Talla: <math>&lt; -3</math> DE.</li> <li>● Peso/Edad: <math>&lt; -3</math> DE*.</li> </ul>	<p><b>DESNUTRICIÓN SEVERA</b></p>	<p><b>Hospitalizar o referir URGENTEMENTE según las normas de estabilización y transporte "REFIERA".</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Administrar vitamina A.</li> <li>● Dar primera dosis de un antibiótico apropiado.</li> <li>● Descartar infección por VIH.</li> </ul>
<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Peso/Talla: entre <math>-2</math> y <math>\leq -3</math> DE.</li> <li>● Peso/Edad: entre <math>-2</math> y <math>\leq -3</math> DE*.</li> <li>● Talla/Edad: <math>&lt; -2</math> DE.</li> </ul>	<p><b>DESNUTRICIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Si hay una clasificación amarilla para tos, diarrea o fiebre hospitalizar o referir.</b></li> <li>● <b>Asegurar consulta de pediatría y nutrición.</b></li> <li>● Dar vitamina A si no ha recibido en los últimos 6 m.</li> <li>● Administrar Zinc por 3 meses y micronutrientes.</li> <li>● Dar Albendazol si es <math>&gt; 1</math> año y no ha recibido en 6 m.</li> <li>● Referir a un programa de recuperación nutricional.</li> <li>● Enseñar el cuidador los signos de alarma para volver de inmediato.</li> <li>● Hacer consulta de control cada 14 días.</li> <li>● Descartar infección por VIH.</li> </ul>
<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Peso/Talla: <math>\geq -2</math> a <math>&lt; -1</math> DE.</li> <li>● Peso/Edad: <math>\geq -2</math> a <math>&lt; -1</math> DE*.</li> <li>● Talla/Edad: <math>\geq -2</math> a <math>&lt; -1</math> DE.</li> <li>● Tendencia del peso descendente u horizontal.</li> </ul>	<p><b>RIESGO DESNUTRICIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dar vitamina A si no ha recibido en los últimos 6 m.</li> <li>● Dar Albendazol si es <math>&gt; 1</math> año y no ha recibido en 6 m.</li> <li>● Administrar Zinc por 3 meses.</li> <li>● Evaluar la alimentación y aconsejar el cuidador sobre la alimentación.</li> <li>● Enseñar el cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>● Consulta de seguimiento cada 30 días.</li> </ul>
<p><b>Todos los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Peso/Talla <math>\geq -1</math> a <math>\leq 1</math> DE.</li> <li>● Peso/Edad <math>\geq -1</math> a <math>\leq 1</math> DE*.</li> <li>● Talla/Edad <math>\geq -1</math> DE.</li> <li>● IMC <math>&lt; 1</math> DE.</li> <li>● Tendencia adecuada de peso y talla.</li> </ul>	<p><b>ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dar vitamina A si no ha recibido en los últimos 6 m.</li> <li>● Dar Albendazol si es <math>&gt; 1</math> año y no ha recibido en 6 m.</li> <li>● Si el niño es <math>&lt; 2</math> años evaluar la alimentación y aconsejar el cuidador.</li> <li>● Reforzar actividad física y evitar hábitos sedentarios.</li> <li>● Asegurar consulta de crecimiento y desarrollo.</li> <li>● Enseñar el cuidador cuando volver de inmediato.</li> <li>● Felicite el cuidador por los cuidados con su hijo.</li> </ul>

\* El indicador Peso/Edad se utiliza sólo en el niño menor de 2 años de edad.

## DESNUTRICIÓN SEVERA

Un niño que se encuentra con los signos de severidad de desnutrición de la hilera roja se clasifica como **DESNUTRICIÓN SEVERA**. Tiene un riesgo alto de morir por la desnutrición y las complicaciones de la misma, por lo tanto, se debe hospitalizar o referir de inmediato. Antes de referirlo debe administrar una dosis de vitamina A e iniciar la primera dosis de un antibiótico apropiado, es la infección la causa de final de muerte del niño con desnutrición severa.

## DESNUTRICIÓN

Un niño que al evaluar su crecimiento en las gráficas se encuentra menor de  $-2DE$  y mayor de  $-3DE$ , se clasifica como **DESNUTRICIÓN**. El niño puede manejarse ambulatorio. Sin embargo, si en la evaluación presenta una clasificación amarilla para tos, diarrea o fiebre, deberá referirse para manejo hospitalizado, ya que existe un riesgo elevado de complicación de la enfermedad, debido al problema nutricional de base del niño. Si se puede manejar ambulatoriamente, deberá administrar una dosis de vitamina A, si no la ha recibido en los últimos seis meses; zinc y micronutrientes por tres meses y una dosis de Albendazol, si es mayor de un año y no ha recibido en los últimos 6 meses. Deberá además referirse a un programa de recuperación nutricional y a consulta externa de pediatría, y hacer control cada 14 días hasta que asegure que se encuentra en seguimiento y tratamiento estricto por un programa establecido.

## RIESGO DESNUTRICIÓN

Un niño que durante la evaluación nutricional se encuentra mayor o igual a  $-2DE$  y menor de  $-1DE$  o tiene una tendencia de peso descendente u horizontal, tiene riesgo nutricional y se clasifican como **RIESGO DESNUTRICIÓN**. Trate ambulatoriamente y administre vitamina A, si no ha recibido una dosis en los últimos seis meses, Albendazol si es mayor de un año y no ha recibido una dosis en los últimos 6 meses, y zinc por los siguientes tres meses. Además evalúe la alimentación y aconseje el cuidador sobre la alimentación, enseñe signos de alarma y medidas preventivas y realice controles cada 30 días, hasta asegurar una adecuada evolución de las curvas y que la alimentación que recibe el niño es la recomendada para su edad.

## ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL

El niño que al evaluar su crecimiento cumple todos los siguientes requisitos:

- Peso adecuado para la talla.
- Si es menor de dos años y tiene un peso adecuado para la edad.
- Tiene una talla adecuada para la edad.



- Índice de masa corporal  $< 1$ DE.
- Tendencia de peso adecuada.

Se clasifica como **ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL**.

Debe felicitar el cuidador, porque este niño se está alimentando en forma adecuada. Administre vitamina A, si no ha recibido una dosis en los últimos seis meses, y Albendazol, si es mayor de un año y no ha recibido una dosis en los últimos seis meses. Si es menor de dos años evalúe la alimentación y aconseje el cuidador sobre la alimentación del niño y los cambios necesarios según la edad. Recomiende siempre reforzar actividad física y evitar hábitos sedentarios, asegure que asista a sus controles de crecimiento y desarrollo y enseñe los signos de alarma para consultar de inmediato al servicio de salud.



## EJERCICIO

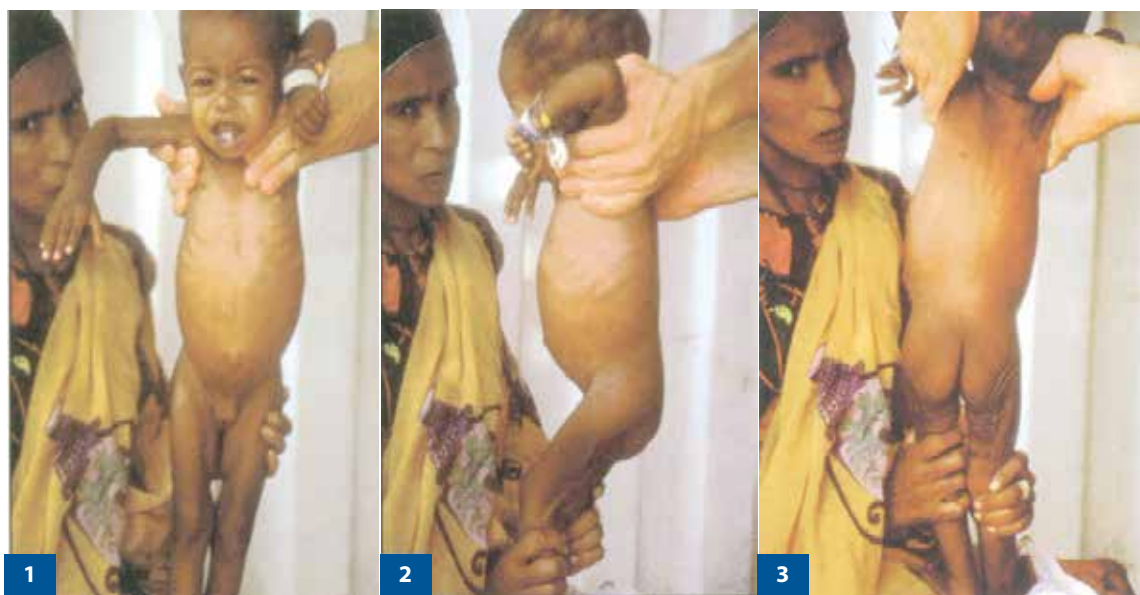


En este ejercicio usted observará algunas fotografías y practicará cómo reconocer los signos de emaciación y de edema en niños con malnutrición.

**Fotografía 1:** Este es un ejemplo de emaciación visible. El niño tiene caderas pequeñas y piernas delgadas en relación con el abdomen. Note que aún hay grasa en las mejillas de la cara del niño.

**Fotografía 2:** Este es el mismo niño de la **fotografía 1** que muestra pérdida de grasa de las nalgas.

**Fotografía 3:** Este es el mismo niño de la **fotografía 1** que muestra pliegues de la piel (“pantalones anchos”) a raíz de la pérdida de grasa de las nalgas. No todos los niños con emaciación grave visible presentan este signo, ya que se trata de un signo extremo.



**Fotografía 4:** Este niño tiene edema

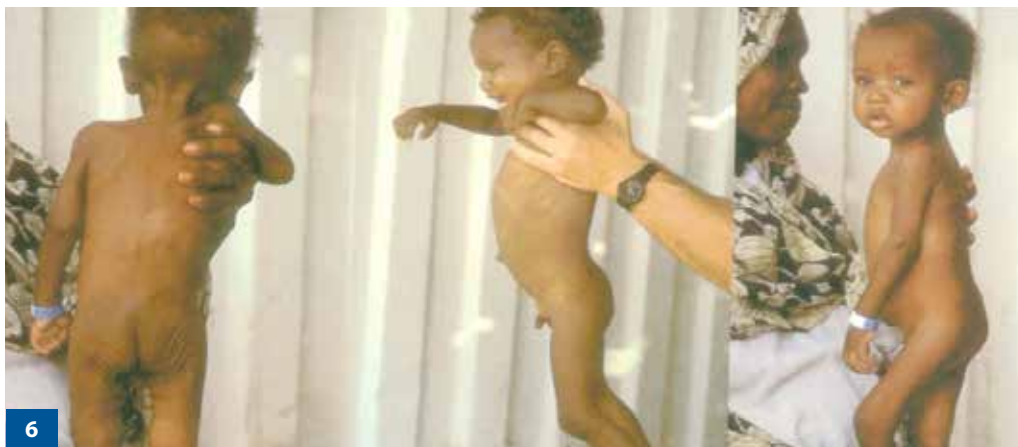


Ahora mire las fotografías numeradas del 5 al 8. Indique si el niño tiene emaciación visible. También mire la fotografía 59 e indique si tiene edema o no.

Fotografía 5:



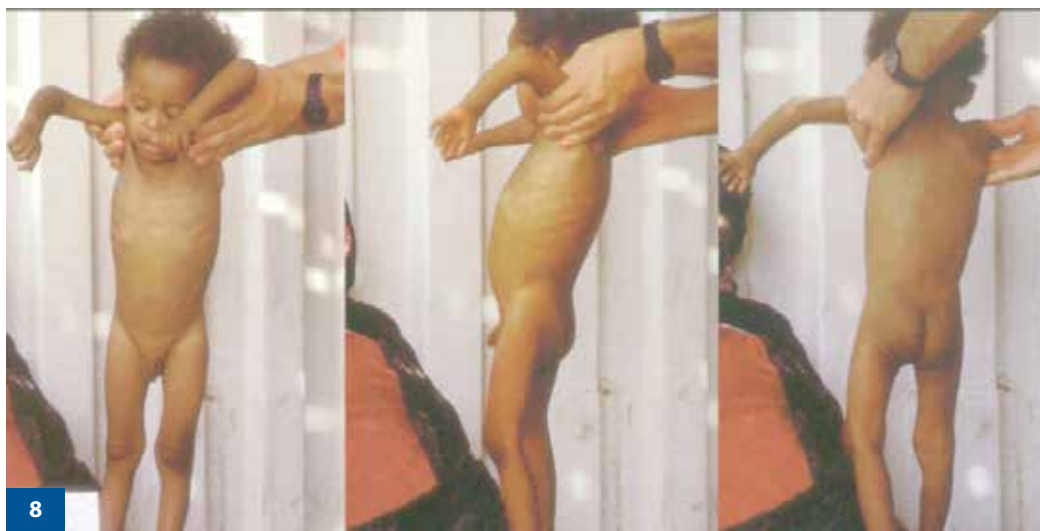
Fotografía 6:



Fotografía 7:



Fotografía 8:



8

Fotografía 9:



9

Fotografía 10:



10



Observe las siguientes fotografías de niños y describa cómo se clasificarían de acuerdo a su aspecto. Luego clasifíquelos escribiendo la denominación a la que corresponde, según la desviación estandar en que se encuentran.



Mauri 28 meses: 4,4kg., 68 cm.



Inés 24 meses: 4,75 kg., 67,4cm



Cami 13 meses: Peso 9kg., Talla 70cm.



Ana 18 meses: Peso 9,5kg. Talla 74cm.



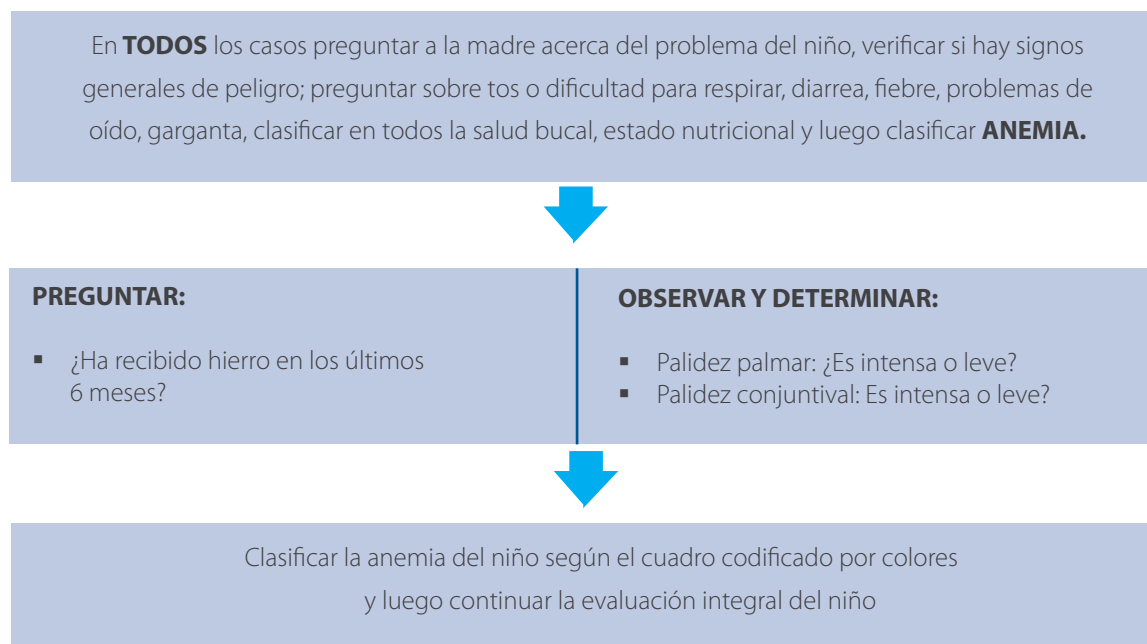
Gabriel 4a. y 3m.: 97,5 cm. y 12,5 Kg.



Felipe 5 ½ meses: 70 cm. y 10 kg.

## 9. VERIFICAR SI EL NIÑO TIENE ANEMIA

**Gráfica 16.** Evaluación para detectar anemia en niños



La anemia, al igual que la fiebre, es un síntoma de enfermedad que requiere una investigación. La anemia se define como un descenso en la concentración de la hemoglobina, el hematocrito o el número de células rojas por milímetro cúbico. El límite inferior normal es diferente según la edad, sexo y altura sobre el nivel del mar.

En general, los niveles de hemoglobina son más altos en los recién nacidos, disminuyen en las primeras seis a ocho semanas de vida y suben lentamente hasta la adolescencia, cuando ya alcanzan los niveles del adulto. Las mujeres tienen un nivel de hemoglobina más bajo que los hombres, y a mayor altura sobre el nivel del mar, los niveles de hemoglobina y hematocrito son más altos.

Básicamente existen tres causas de anemia, cuando el compromiso es solo de la línea roja: baja producción (falta de sustratos, problemas en la madurez y proliferación en enfermedades crónicas), destrucción acelerada (anemias hemolíticas) o por pérdida (agudas o crónicas). Cada una de estas causas incluye una serie de etiologías que requiere un tratamiento específico y adecuado. Algunos grupos étnicos tienen mayor tendencia a desarrollar ciertas formas de anemia, como son las hemoglobinopatías, talasemia y G-6-PD. Por otro lado, la anemia por deficiencia de hierro es más prevalente en poblaciones con situación socioeconómica desfavorable y donde la atención sanitaria es inadecuada. Una dieta sin alimentos con alto contenido en hierro puede llevar a la carencia de este y anemia. En los niños causas frecuentes de anemia son:



- Infecciones
- Parásitos como uncinarias o tricocéfalos, los cuales pueden causar pérdida de sangre.
- La malaria, que destruye rápidamente los glóbulos rojos.
- Enfermedades oncológicas, principalmente la leucemia.

En los niños, sobre todo en los lactantes, la causa más común de la anemia es la deficiencia de hierro, porque ellos tienen un aumento en las necesidades de este, debido a que están en fase de desarrollo y formación, y la lactancia materna exclusiva después de los seis meses no es suficiente para satisfacer los requerimientos de hierro.

En Colombia, la prevalencia de anemia por déficit de hierro llega a cifras de 53,2% en menores de dos años, y es mayor en zona rural que urbana. La Organización Mundial de la Salud utiliza como criterio para diagnosticar anemia en niños de seis meses a seis años niveles de hemoglobina inferior a 11 g/dl.

## 9.1 ¿CÓMO EVALUAR A UN NIÑO PARA DETECTAR ANEMIA?

### 🗣️ PREGUNTAR ¿Ha recibido hierro en los últimos seis meses?

El país tiene una política de suplementación con hierro debido a la prevalencia de anemia en la población. Todo niño mayor de seis meses de edad debe recibir un mes de hierro por lo menos una vez cada seis meses; por esta razón debe investigar en todos los niños si han recibido en los últimos seis meses hierro, lo.

### 👁️ OBSERVAR si hay palidez palmar o palidez conjuntival.

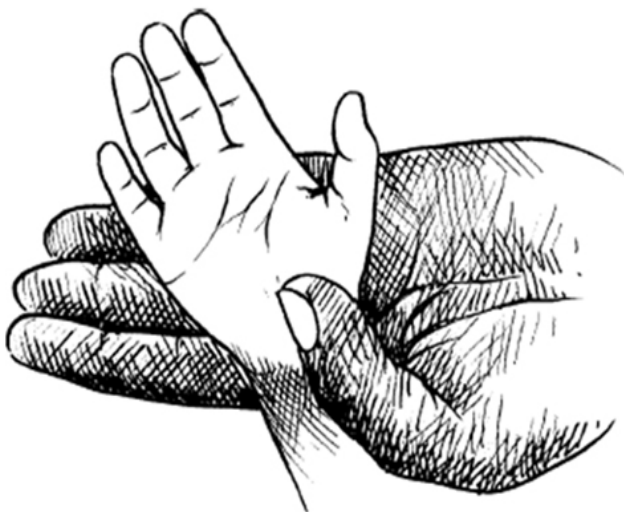
La palidez extrema de la piel constituye un signo de anemia. Para verificar si el niño padece palidez palmar, mire el color de la palma de la mano. Manténgala abierta tomándola suavemente desde el costado. No extienda los dedos hacia atrás porque podría ocasionar palidez al bloquear el suministro de sangre.

Compare el color de la palma del niño con su propia palma y las palmas de otros niños. Si la piel de la palma está pálida, tiene algún tipo de palidez palmar. Si la piel de la palma es tan pálida que se observa blanca, padece palidez palmar intensa.

La decisión de usar la palidez palmar en la evaluación de la anemia se basa en la dificultad para medir niveles de hematocrito y hemoglobina en el primer nivel de atención. Los signos



clínicos para detección de anemia severa que requiere referencia urgente al hospital deben ser tan sensibles y específicos como sea posible, si se tiene en cuenta la alta mortalidad que produce la anemia severa. La sensibilidad y la especificidad de la palidez palmar para el diagnóstico de anemia moderada no son tan altas, sin embargo, la consejería nutricional y la administración de hierro preventivo permitirá que los niños con anemia leve no detectados por el signo de palidez palmar mejoren.



Es también posible utilizar la palidez conjuntival para detectar anemia; sin embargo, en lugares donde la conjuntivitis es común, el signo de palidez es reemplazado por hiperemia conjuntival. Además, el examen de las palmas no es traumático para el niño, mientras que el examen de la conjuntiva casi siempre resulta en llanto.



## EJERCICIO

En este ejercicio usted mirará unas fotografías y practicará la forma de reconocer a los niños con palidez palmar.

**Fotografía 1:** la piel de este niño es normal. No hay palidez palmar.



**Fotografía 2:** las manos que se ven en esta fotografía pertenecen a dos niños distintos. El niño que aparece a la izquierda (**2a**) tiene palidez palmar leve; el niño que aparece a la derecha (**2b**) no tiene palidez palmar.



2a

2b

**Fotografía 3:** las manos que se ven en esta fotografía pertenecen a dos niños distintos. El niño que aparece a la izquierda (3a) no tiene palidez palmar; el niño que aparece a la derecha (3b) tiene palidez palmar intensa.

3a



3b

Ahora observe las siguientes fotografías y describa si el niño tiene palidez palmar intensa, leve o no tiene palidez.





## CLASIFICAR LA ANEMIA

Hay tres posibles clasificaciones para el niño con anemia:

- **ANEMIA SEVERA**
- **ANEMIA**
- **NO TIENE ANEMIA**

**Tabla 27.** Clasificación para el niño con anemia

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Palidez palmar o conjuntival intensa.</li> </ul>	<b>ANEMIA SEVERA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Hospitalizar o referir URGENTEMENTE según las normas de referencia y transporte “REFIERA”.</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Palidez palmar o conjuntival leve.</li> </ul>	<b>ANEMIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dar hierro para tratamiento por 3 meses.</li> <li>● Aconsejar al cuidador sobre alimentación adecuada.</li> <li>● Enseñar al cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>● Enseñar medidas preventivas específicas.</li> <li>● Control cada 14 días en el servicio.</li> <li>● Realizar hemograma, si persiste anemia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● No tiene palidez palmar ni conjuntival.</li> </ul>	<b>NO TIENE ANEMIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dar hierro preventivo durante un mes, cada 6 meses, a partir de los 6 meses de edad.</li> <li>● Enseñar el cuidador cuándo volver de inmediato.</li> <li>● Asegurar consulta de crecimiento y desarrollo.</li> <li>● Felicitar al cuidador.</li> </ul>

## ANEMIA SEVERA

El niño que al ser evaluado presenta palidez palmar o conjuntival intensa, es decir palmas y conjuntivas blancas, se clasifica como **ANEMIA SEVERA**. El niño debe ser referido de inmediato a un hospital, si su nivel de hemoglobina es inferior a 7 gr/dl y debe ser estudiado y tratado en forma adecuada.

## ANEMIA

El niño que presenta palmas y/o conjuntivas pálidas, pero no blancas, se clasifica como **ANEMIA**. El niño puede ser tratado en forma ambulatoria, requiere hierro durante tres meses y asegurar una adecuada alimentación. Además de controles cada 14 días hasta terminar el tratamiento con hierro, para evaluar su evolución clínica. Enseñar medidas preventivas al cuidador y signo de alarma para regresar de inmediato al servicio.

## NO TIENE ANEMIA

El niño que tiene un saludable color rosado en palmas y conjuntivas se clasifica como **NO TIENE ANEMIA** y se debe felicitar al cuidador, asegurar una buena alimentación rica en hierro y la ingesta de hierro profiláctico durante un mes cada seis meses, a partir de los 6 meses de edad, y continuar consultas de crecimiento y desarrollo.







## EJERCICIO

### CASO MARIANA

Mariana tiene 16 meses de edad, vive en Tunja y su madre Andrea la lleva a consulta porque hace 3 días inicia con rinorrea y tos escasa, la cual empeoró anoche y comienzo a escucharle un ruido anormal cuando respira. El médico inicia la valoración de Mariana y le pregunta al cuidador por los antecedentes de Mariana; el cuidador dice que no come bien y ha sido muy difícil alimentar porque no recibe sólidos, además presenta cuadros de diarreas, ha estado hospitalizada 3 veces por diarreas y una vez por una fiebre. No ha sufrido antes del pecho, solo ocasionales gripas.

Al examinar a Mariana, Peso 7,2 kg., Talla: 72cm., FC 112 x' y FR 39 x', Sat 90%. Al buscar signos de peligro, no está vomitando, está alerta, no ha convulsionado y recibe el tetero. El médico observa la respiración de Mariana y no evidencia tiraje, no ausculta estridor, pero hay sibilancias espiratorias generalizadas en ambos campos. Mariana no tiene diarrea, ha presentado fiebre en los últimos 2 días; refiere el cuidador, que esta cede con Acetaminofen, no ha salido de Tunja. Mariana se observa de buen color, está sonriente y juega con el cuidador, no hay rigidez de nuca. No hay dolor de oído y al realizar otoscopia se observa las membranas normales. No hay ganglios en cuello, se observa eritema faríngeo leve, sin placas en amígdalas.

Mariana tiene erupción de incisivos y primeros molares, no le limpian la boca, nunca ha ido al odontólogo y se observan los dientes con membranas amarillas sobre la superficie. La niña toma tetero todo el día porque el cuidador refiere que no recibe sólidos. Al mirar a la niña, se observa muy flaca, no tiene grasa glútea, es puro piel y huesos. La palma de las manos y las conjuntivas son pálidas, pero no blancas.

Clasifique a Mariana.

### AIEPI - ATENCIÓN DEL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS

FECHA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ N° HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ CONSULTA EXTERNA: \_\_\_\_\_ URGENCIAS: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ CONSULTA INICIAL: \_\_\_\_\_ CONTROL: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: AÑOS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_ SEXO (F) (M)  
 NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN (barrio o vereda): \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO / CELULAR: \_\_\_\_\_

#### MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS IMPORTANTES:

¿Cómo fue el embarazo? y ¿Cuánto duró? \_\_\_\_\_ ¿Cómo fue el parto? \_\_\_\_\_  
 PESO al nacer \_\_\_\_\_ g. TALLA al nacer \_\_\_\_\_ cm. ¿Presentó algún problema neonatal? \_\_\_\_\_  
 Enfermedades previas y hospitalizaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C. FC: \_\_\_\_\_ /min. FR: \_\_\_\_\_ /min. TALLA: \_\_\_\_\_ cm. PESO: \_\_\_\_\_ Kg. PC: \_\_\_\_\_ cm. IMC: \_\_\_\_\_

#### VERIFICAR SI EXISTEN SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL

No puede beber o tomar del pecho \_\_\_\_\_ Letárgico o inconsciente: \_\_\_\_\_ ENFERMEDAD MUY GRAVE  
 Vomita todo \_\_\_\_\_ Convulsiones: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### ¿TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

#### CRUP GRAVE

Desde hace _____ días.	Respiración por minuto _____ Respiración rápida
Primer episodio de sibilancias: SI _____ NO _____	Tiraje subcostal SaO <sub>2</sub> <92% (90% altura > 2.500 msnm)
Sibilancias recurrentes: SI _____ NO _____	Tiraje supraclavicular _____
Cuadro gripal últimos 3 días SI _____ NO _____	Estridor _____ Sibilancias _____
Antecedente prematuridad: SI _____ NO _____	Apnea _____ Incapacidad para hablar o beber _____
OBSERVACIONES: _____	Somnoliento _____ Confuso _____ Agitado _____
_____	

BRONQUIOLITIS GRAVE  
 SIBILANCIA RECURRENTE (GRAVE)  
 CRUP  
 BRONQUIOLITIS  
 SIBILANCIA (RECURRENTE)  
 NEUMONÍA GRAVE  
 NEUMONÍA  
 TOS O RESFRIADO

#### ¿TIENE DIARREA?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Desde hace _____ días.	Letárgico o comatoso _____
¿Hay sangre en las heces? SI _____ NO _____	Intranquilo o irritable _____
¿Tiene vómito? SI _____ NO _____	Ojos hundidos _____
# Vómitos en las últimas 24 h _____	Bebe mal o no puede beber _____
# Diarreas en las últimas 24 h _____	Bebe ávidamente con sed _____
# Diarreas en las últimas 4 h _____	Pliegue cutáneo: Inmediato ___ Lento ___ Muy lento ___
OBSERVACIONES: _____	
_____	

DESHIDRATACIÓN GRAVE  
 ALGÚN GRADO DESHIDRATACIÓN  
 ALTO RIESGO DESHIDRATACIÓN  
 SIN DESHIDRATACIÓN  
 DIARREA PERSISTENTE GRAVE  
 DIARREA PERSISTENTE  
 DISENTERÍA



**¿TIENE FIEBRE?**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Desde hace \_\_\_\_\_ días.

Si > 5 días: Todos los días SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Fiebre > 38°C SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Fiebre > 39° C SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Vive o visita en los últimos días**

Zona Dengue SI \_\_\_\_\_

Zona Malaria: Urbana \_\_\_\_\_ Rural \_\_\_\_\_

Disminución afuresis: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Laboratorios: CH Leucocitos >15.000 o < 4.000 Neutrófilos > 10.000 Plaquetas < 100.000 HTO alto

Parcial de orina compatible con infección Gota gruesa positiva \_\_\_\_\_

Rigidez de nuca \_\_\_\_\_ Apariencia de enfermo grave \_\_\_\_\_

Manifestaciones de sangrado \_\_\_\_\_ Aspecto tóxico \_\_\_\_\_

Respuesta social: Normal \_\_ Inadecuada \_\_ Sin Respuesta \_\_

Piel: Pálida \_\_\_\_\_ Moteada \_\_\_\_\_ Cenicienta \_\_\_\_\_ Azul \_\_\_\_\_

Erupción cutánea general \_\_\_\_\_ Dolor abdominal \_\_\_\_\_

Cefalea \_\_\_\_\_ Malgias \_\_\_\_\_ Artralgias \_\_\_\_\_ Postración \_\_\_\_\_

P. torniquete(+) \_\_\_\_\_ Lipotimia \_\_\_\_\_ Hepatomegalia \_\_\_\_\_ Edemas \_\_\_\_\_

Pulso rápido y fino \_\_\_\_\_ Llenado capilar >2 seg \_\_\_\_\_ Ascitis \_\_\_\_\_

**ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO**

**ENF. FEBRIL RIESGO INTERMEDIO**

**ENF FEBRIL DE RIESGO BAJO**

**MALARIA COMPLICADA**

**MALARIA**

**DENGUE GRAVE**

**DENGUE CON SIGNOS ALARMA**

**DENGUE SIN SIGNOS ALARMA**

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿ TIENE PROBLEMA DE OIDO?**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Tiene dolor de oídos? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Tiene supuración? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ hace \_\_\_\_\_ días

Nº EPISODIOS PRECIOS: \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ meses

Tumefacción dolorosa detrás de la oreja \_\_\_\_\_

Tímpano rojo y abombado \_\_\_\_\_

Supuración de oído \_\_\_\_\_

**MASTOIDITIS**

**OTITIS MEDIA CRÓNICA**

**OTITIS MEDIA RECURRENTE**

**OTITIS MEDIA AGUDA**

**NO TIENE OTITIS**

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿TIENE UN PROBLEMA DE GARGANTA?**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Tiene dolor de garganta? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Ganglios del cuello crecidos y dolorosos \_\_\_\_\_

Amígdalas eritematosas \_\_\_\_\_

Exudado blanquecino-amarillento en amígdalas \_\_\_\_\_

**AMIGDALITIS**

**ESTREPTOCÓCIDA**

**AMIGDALITIS VIRAL**

**NO TIENE AMIGDALITIS**

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ENSEGUIDA, VERIFICAR LA SALUD BUCAL

¿Tiene dolor al comer - masticar? SI ___ NO ___	Inflamación dolorosa del labio ___ No involucra surco ___	CELULITIS FACIAL
¿Tiene dolor en los dientes? SI ___ NO ___	Enrojecimiento inflamación encía ___ Localizado ___	ENFERMEDAD BUCAL GRAVE
¿Trauma en cara o boca? SI ___ NO ___	Generalizado ___	TRAUMA BUCODENTAL
¿Tienen padres/hermanos caries? SI ___ NO ___	Deformación contorno de encía ___ Exudado pus ___	ESTOMATITIS
¿Cuándo le limpia boca? Mañana SI ___ NO ___	Vesículas úlceras ___ Placas : encía lengua paladar ___	ENFERMEDAD DENTAL Y GINGIVAL
Medio día SI ___ NO ___ Noche SI ___ NO ___	Fractura ___ Movilidad ___ Desplazamiento ___	
¿Cómo supervisa la limpieza? le limpia los dientes SI ___ NO ___ Niño solo SI ___ NO ___	Extrusión ___ Intrusión ___ Avulsión ___	ALTO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL
¿Qué utiliza? Cepillo SI ___ NO ___	Herida mucosa bucal ___ encía ___ lengua ___	BAJO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL
Crema SI ___ NO ___ Seda SI ___ NO ___	Manchas blancas ___ cafés ___	
¿Utiliza chupo o biberón ? SI ___ NO ___	Caries cavitacionales ___ placa bacteriana	
OBSERVACIONES: _____		
¿Cuándo fue la última consulta odontológica _____		

### VERIFICAR EL CRECIMIENTO

Emaciación visible SI ___ NO ___	Peso/Edad: DE ___ <-3 Desnutrición global severa (solo en menores de dos años)	
Edema en ambos pies SI ___ NO ___	<-2 a ≥-3 Desnutrición global <-1 a ≥-2 Riesgo desnutrición ≤-1 a ≥-1 Peso adecuado para edad	OBESO
IMC/Edad: ___ DE ___ >2 obesidad >1 a ≤ 2 sobrepeso	Talla/Edad: DE ___ <-2 Desnutrición crónica o retraso crecimiento ≥-2 a ≥-1 Riesgo DNT con bajo P/T ≥-1 Talla adecuada /edad	SOBREPESO
Tendencia peso: Ascendente Horizontal Descendente	Peso/Talla DE ___ <-3 Desnutrición aguda severa ≥-3a <-2 DNT Aguda - Peso bajo/ Talla ≥-2a <-1 Riesgo DNT con bajo P/T ≥-1a ≤ 1 Peso adecuado para talla <-1 a ≤2 Sobrepeso < 2 Obesidad	DESNUTRICIÓN SEVERA
		DESNUTRICIÓN
		RIESGO DESNUTRICIÓN
		ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL

### VERIFICAR SI TIENE ANEMIA

Ha recibido hierro en los últimos 6 meses: ___ Palidez palmar ___ Intensa ___ Leve ___	
¿Cuándo? ___ ¿Cuánto tiempo? ___ Palidez conjuntival ___ Intensa ___	
OBSERVACIONES: _____	
_____	
_____	
	ANEMIA SEVERA
	ANEMIA
	O TIENE ANEMIA



## 10. VERIFICAR LA POSIBILIDAD DE MALTRATO EN EL NIÑO

**Gráfica 17.** Evaluación de posible maltrato en el niño

En **TODOS** los casos preguntar acerca del problema del niño, verificar si hay signos generales de peligro; preguntar si hay tos o dificultad respiratoria, diarrea, fiebre, problema de oído, garganta, verificar su salud bucal, valorar el crecimiento, la posibilidad de anemia y luego **EXPLORAR LA POSIBILIDAD DE MALTRATO.**



- Si existen criterios de maltrato físico grave.
- Si existen criterios de abuso sexual.
- Si existe maltrato físico.
- Si hay sospecha de abuso sexual.
- Si hay maltrato emocional.
- Si hay maltrato por negligencia y/o abandono.

**“La violencia contra los niños y adolescentes es una violación de sus derechos humanos, una realidad preocupante de nuestras sociedades. Jamás se puede justificar, sea por razones disciplinarias o por tradiciones culturales. No hay niveles ‘razonables’ de violencia que sean aceptables. La violencia legalizada contra los niños en un ámbito determinado corre el riesgo de generar tolerancia respecto de la violencia contra los niños y adolescentes en general”. [10].**

**El maltrato infantil es una violación de los derechos de los niños que requiere su restitución inmediata y la garantía del buen trato al cual tienen derecho.**

La violencia es un problema de salud pública en el mundo y tiene múltiples expresiones. Al interior de las familias colombianas también se reconocen, gestan, validan y mantienen prácticas de relaciones violentas. Existen profundas creencias y prácticas culturales que invisibilizan y “normalizan” el castigo psicológico y físico como pautas de socialización. Estas formas de castigo están tan arraigadas culturalmente y son tan frecuentes, que muchas veces es difícil reconocerlas e identificarlas como problema.

La violencia es una forma de relación entre las personas que se sustenta en relaciones de poder, se busca el control y sometimiento de la otra persona. Las víctimas predominantes de la violencia son aquellas personas o comunidades más vulnerables por su edad, género, pertenencia étnica o limitaciones físicas o mentales; es decir, son los niños, mujeres, adultos mayores, personas con discapacidad, población indígena y población víctima de conflicto, quienes con más frecuencia sufren los diferentes tipos de violencia interpersonal. Algunos niños tienen mayor riesgo de ser violentados: los prematuros, lactantes y preescolares, los niños considerados “difíciles” o con “problemas de comportamiento”, hiperactivos, con discapacidad, huérfanos, pertenecientes a minorías indígenas, étnicas u otros grupos excluidos, los niños habitantes de la calle o en situación de desplazamiento o quienes viven institucionalizados.

**El maltrato infantil es un problema de derechos y de salud pública, y para su abordaje integral requiere de la participación de la familia, en primera instancia, apoyada por los sectores de la salud, protección, justicia y educación.**

## 10.1 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

La Convención sobre los Derechos del Niño, en su Artículo 19 conmina a los Estados miembros a adoptar medidas para proteger contra “toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, o de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo” [11].

La OMS define que “el abuso o maltrato de niños abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

La literatura ha descrito múltiples expresiones del maltrato infantil, entre las que se destacan cuatro grupos principales: el maltrato físico, el maltrato emocional, la negligencia o abandono y el abuso sexual. Cada una de estas expresiones violentas es diferente de las otras, aunque puedan tener



características y determinantes comunes. Todas ellas se constituyen en violaciones a los derechos fundamentales de los niños.

La edad de inicio del maltrato, así como el nivel de desarrollo del niño son esenciales para determinar el impacto y las consecuencias del maltrato infantil. A menor edad y desarrollo, mayores serán las consecuencias. La intensidad, gravedad y frecuencia del maltrato también tiene implicaciones sobre el pronóstico.

### 10.1.1 MALTRATO FÍSICO

Se define como: “toda agresión corporal que puede o no tener como resultado una lesión física, producto de un castigo único o repetido con magnitudes y características variables”. De los diferentes tipos de maltrato infantil, el físico es el que más correlación tiene con los homicidios y con secuelas físicas importantes. La forma que conduce a la muerte con mayor frecuencia, es el trauma craneano no accidental. En los Estados Unidos, aproximadamente un tercio de los niños a quienes se les hizo el diagnóstico de trauma craneano abusivo, habían sido vistos en promedio tres veces con anterioridad, y alrededor de los siete días previos, por signos y síntomas de maltrato, sin haberse realizado el diagnóstico.

Ante la sospecha de maltrato físico, se debe evaluar el riesgo de muerte y determinar la necesidad de una medida de protección que garantice la seguridad del niño. Algunas acciones con intencionalidad disciplinaria como palmadas o nalgadas deben desaconsejarse y son consideradas como una forma de maltrato físico.

El maltrato físico típicamente se hace evidente en la interrelación cuidador-niño, cuando el adulto responde ante una acción del niño que él entiende como “mal comportamiento”. Ese “mal comportamiento”, es causa desencadenante de maltrato físico y generalmente está asociado con:

- Llanto inconsolable.
- El entrenamiento de esfínteres y en hábitos primarios en los caminadores.
- La percepción de “desobediencia” del niño a las expectativas u órdenes de los cuidadores.
- Rechazo hacia los comportamientos reactivos de los niños, como expresiones y acciones agresivas.

Las emociones de los cuidadores relacionadas con el maltrato físico usualmente son rabia y desaprobación, asociadas algunas veces con el rechazo del niño por parte de los cuidadores, y se acompañan de sensación de miedo, impotencia, frustración, ansiedad y depresión por parte del niño.

Los traumas asociados con el maltrato físico se clasifican en dos categorías:

- Traumas físicos no accidentales, que producen lesiones importantes dentro de los que se incluyen hematomas intracraneanos, quemaduras, fracturas, envenenamientos, inmersiones y otros daños que pueden llegar a causar la muerte. El Síndrome del Bebé Zarandeado es una forma de trauma craneano no accidental, sin la presencia de trauma craneano externo, asociado a hemorragias retinianas generalmente bilaterales, en un 85% de los casos.
- Traumas físicos provocados por palmadas, pellizcos o prácticas similares que, en principio, no constituyen un riesgo inmediato para la vida del niño, pero que pueden implicarlo en un futuro.

### 10.1.2. ABUSO SEXUAL

Es cualquier práctica sexual con un niño, niña o adolescente, por parte de un familiar, cuidador o adulto que tenga una posición de autoridad o poder sobre ella o él. Puede abarcar desde la exhibición de genitales hasta la violación. Se pueden encontrar 3 categorías:

- Abuso sexual por un conocido o figura de autoridad para el niño.
- Ataque o asalto por un desconocido.
- Explotación sexual relacionada con redes de delincuencia.

**El abuso sexual implica la utilización de un niño como un objeto sexual por parte de otra persona para su placer, lesionando con ello su dignidad y desarrollo. La objetivización sexual del niño se da en razón del poder que el abusador tiene sobre el menor de edad.**

Los acercamientos o exploraciones sexuales y/o coitales entre niños y niñas de su misma edad y desarrollo, de forma espontánea y sin presiones o manipulaciones, no constituyen actos abusivos. Éstos pueden sospecharse cuando la diferencia de edad entre ellos y ellas es de 3 años o mayor.

Las expresiones concretas del abuso sexual incluyen entre otras: el incesto, la violación, la vejación sexual (tocamiento/manoseo a un niño con o sin ropa, alentar, forzar o permitir a un niño que toque de manera inapropiada a una persona adulta) y el abuso sexual sin contacto físico como la seducción verbal, solicitud indecente, exposición de órganos sexuales a un niño para obtener gratificación sexual, realización del acto sexual en presencia de un menor, masturbación en presencia de un niño, pornografía.





No existe un prototipo del abusador sexual, cualquier persona, de cualquier clase, etnia o estrato social puede serlo. Sin embargo, en más el 90% de los casos se trata de varones y en el 70% de los casos superan los 35 años de edad. Algunas veces buscan trabajos o actividades que les permitan estar cerca de los niños. En el 75% de los casos no tienen antecedentes penales y normalmente tienen una familia a su cargo con hijos pequeños.

### 10.1.3 MALTRATO EMOCIONAL

El maltrato emocional hacia los niños se sustenta con frecuencia en una carencia emocional y de valía del victimario que trata de suplir mediante la génesis de dependencia, subordinación y admiración de su víctima. El maltrato emocional lesiona el desarrollo de la autoestima, el autoconcepto, la autonomía, la salud mental y la seguridad de los niños. Se asocia con la aparición de problemas de relaciones interpersonales, bajo rendimiento académico, trastornos psicossomáticos, consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, ansiedad, depresión, trastornos del comportamiento alimentario, agresividad, delincuencia, falla en el crecimiento, pobre salud física y alta mortalidad en la adolescencia y la adultez, entre otros.

El maltrato emocional comprende:

- El menosprecio a la persona: minimizar, avergonzar, ridiculizar, escoger al niño para castigarlo, criticarlo o humillarlo en público
- Aterrorizar al niño: hacer que se sienta inseguro, exigencia de expectativas poco realistas bajo la amenaza de pérdidas o daños si las tareas no son cumplidas, amenaza directa de golpe al niño, violentar los objetos queridos por el niño.
- La explotación laboral o corrupción del niño: modelar, permitir o promocionar comportamientos antisociales o inapropiados, impedir la autonomía del niño según su nivel de desarrollo, restringir o interferir con el desarrollo cognoscitivo del niño.
- Negar la respuesta emocional: ignorar al niño, ausencia de expresiones afectivas, cuidado y/o amor para el niño.
- Rechazar: evitar o enviar lejos al niño.
- Aislamiento: encerrar, poner limitaciones inadmisibles para el movimiento o la vida social de los niños.
- Patrones de crianza inadecuados o inconsistentes: normas y pautas de crianza contradictorias o ambivalentes.

- Que los niños sean testigos de violencia doméstica; la participación de los niños como testigos de la VIF es otra de las formas frecuentes de maltrato emocional en la niñez y se ha asociado con la transmisión intergeneracional de la violencia.

#### **10.1.4 MALTRATO POR NEGLIGENCIA O ABANDONO**

Se refiere a la falta de protección y cuidado mínimo por parte de quienes tienen el deber de hacerlo. Existe negligencia cuando los responsables del cuidado y educación de los niños no atienden ni satisfacen sus necesidades básicas, sean físicas, sociales, emocionales o intelectuales. Implica también que la familia o los cuidadores posean recursos para brindar las necesidades básicas a los niños. En otras palabras, negligencia es diferente a pobreza.

El abandono y el trato negligente se producen cuando no se proporciona lo necesario para el desarrollo del niño en todas las esferas: salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, protección y condiciones de vida seguras, en el contexto de los recursos razonablemente disponibles de la familia o los cuidadores. El abandono es el grado extremo de negligencia por parte de los adultos.

La Academia Americana de Pediatría opina que el cuidado es negligente cuando el adulto expone al niño a una situación que conlleva un riesgo significativo de producir lesión física o emocional. Lo anterior puede incluir, por ejemplo, dejar a un niño pequeño solo en la casa, dejarlo sin vigilancia en el baño o en el carro, permitirle acceso libre a una piscina, etcétera.

Otras formas de expresión del maltrato por negligencia o abandono son más sutiles y difíciles de detectar. Pueden incluir, entre otras: delegar el cuidado y supervisión de los niños a otros menores de edad o a personas ancianas sin las capacidades físicas para cuidarlos, o dar responsabilidades a los niños que escapan a sus niveles de desarrollo.

### **10.2 FACTORES DE RIESGO PARA EL MALTRATO INFANTIL**

#### **Factores de riesgo para el maltrato infantil inherentes al niño.**

Niños no deseados, prematuros, bajos de peso, sexo no deseado, con enfermedades crónicas, hiperactivos o con discapacidades. Igualmente, niños pertenecientes a determinadas comunidades étnicas o raciales, en situación de calle, institucionalizados, etcétera.

#### **Factores de riesgo para el maltrato infantil inherentes a la familia.**

Padres jóvenes, familia monoparental, embarazo no deseado, exposición precoz a la violencia



o haber sufrido maltrato infantil, abuso de sustancias psicoactivas y alcohol, atención prenatal inapropiada, enfermedad física o mental, malas relaciones interpersonales, pobre control de impulsos, tamaño y densidad de la familia, aislamiento social, situación de estrés, tasas altas de divorcios y cambios frecuentes de compañeros, pobreza, desempleo, expectativas no realistas sobre el desarrollo o capacidades del hijo, bajo nivel educativo, intervenciones previas por parte del servicio de protección de los niños.

### **Factores de riesgo para el maltrato infantil inherentes a la comunidad y sociedad.**

Leyes de protección al niño inexistentes o incumplidas, ausencia de redes sociales de apoyo a las familias, disminución del valor de los hijos (discapacidad, sexo), desigualdades sociales, violencia organizada, desplazamiento, alta aceptabilidad social de la violencia, normas culturales, tolerancia cultural al castigo corporal, etcétera.

## **10.3 EVALUAR AL NIÑO EN BUSQUEDA DE SIGNOS DE MALTRATO**

### **OBSERVAR, PREGUNTAR Y DETERMINAR**

#### **👁️ Observar y determinar si hay lesiones sugestivas de maltrato físico grave:**

Las lesiones sugestivas de maltrato físico grave, son generalmente lesiones graves, contundentes; únicas, múltiples o repetitivas y en distintos estadios evolutivos. Estas pueden estar localizadas en zonas de poca probabilidad de traumas (espalda, glúteos, genitales), pueden evidenciar la forma o la huella del objeto con el cual el niño fue agredido, y pueden denotar intencionalidad. El relato no es congruente con el patrón de éstas lesiones ni con las capacidades del desarrollo psicomotor del niño, por lo que se pone en duda la causa accidental.

Uno de los retos más grandes que tiene el maltrato físico es su diferenciación con los traumas accidentales de la niñez. Entre las lesiones para sospechar maltrato físico grave se encuentran:

- **Lesiones en cráneo sugestivas de maltrato:** Hematomas de cuero cabelludo; fractura de cráneo múltiples, complejas con diastásis u occipitales; hematomas subdurales y subaracnoideos (especialmente en la línea media) o múltiples en diferentes estadios o presencia de hemorragias retinianas extensas.
- **Quemaduras sugestivas de maltrato:** Quemaduras sobre áreas del cuerpo cubiertas por ropa; quemaduras con un patrón simétrico y límites bien demarcados; ausencia de un patrón irregular compatible con agua derramada; quemadura cuya lesión no es compatible con el

nivel de desarrollo del niño o con la descripción del accidente o tiene una consulta tardía; quemaduras que denotan claramente el objeto de la agresión, especialmente en áreas del cuerpo donde es improbable el contacto accidental (espalda, dorso de la mano, nalgas).

- **Presencia de equimosis, hematomas, laceraciones de la piel, mordiscos o cicatrices.** Dar especial significado si esas lesiones se encuentran en zonas posteriores, dorso de las manos, espalda, glúteos, tejidos blandos de la cara, orejas, pecho, abdomen y “áreas protegidas”, como el cuello, área genital o parte interna de los muslos, es decir, lejos de las superficies de prominencia ósea. O si existe un patrón específico de las lesiones o impresiones cutáneas (ej. marca de correa, mano).
- **Fracturas sugestivas de maltrato:** Fractura de costillas, especialmente las de localización posterior, lateral o aquellas múltiples. Fractura de huesos largos, metafisiarias, fracturas espirales u oblicuas. Fractura de esternón o escápula. Aunque muchas fracturas son accidentales, siempre debe pensarse en maltrato en el menor de cinco años.
- **Cualquier lesión cutánea grave, lesiones esqueléticas o traumas viscerales,** asociados o no a trauma craneoencefálico. Presencia de cualquier lesión física grave, sugestiva de maltrato.

#### 🔍 **Preguntar cómo se produjeron las lesiones y determinar si hay posibilidad de maltrato**

Tome por separado la historia en el paciente y en los padres o cuidadores, ya que existen algunas características que hacen sospechar el maltrato:

- Si el niño relata el maltrato físico u otro tipo de agresión o maltrato.
- Si el cuidador o testigo plantea la posibilidad de maltrato físico.
- Si el relato es vago o incongruencia para explicar un trauma significante.
- Si hay una explicación inconsistente con el patrón de la lesión, la edad y el desarrollo del niño.
- Si diferentes testigos de los hechos notifican diferentes versiones del “accidente”.
- Si el mismo informante cambia la versión del mecanismo del trauma en días diferentes.
- Si hay demasiada descripción de detalles y dramatización en la explicación de los hechos que hace que el relato resulte sospechoso.



- Si la consulta es tardía.
- Si hay criterios para determinar la existencia de maltrato emocional o negligencia, lo cual incrementa el riesgo de maltrato físico.
- Si existe algún factor de riesgo, especialmente en el niño (discapacidad, hiperactividad, etcétera).

### 👂 Preguntar y determinar si hay fallas en la crianza que sugieran maltrato

Pregunte por pautas de crianza. Se sugieren preguntas que ayudan a detectar maltrato:

- ¿Con qué frecuencia se ve obligada a pegarle a su hijo para corregirlo?
- ¿Qué tan desobediente es su hijo, que usted se ve obligado a corregirlo fuerte?
- Cuando lo corrige fuerte ¿cómo lo corrige?

### 👁 Observar el comportamiento de los padres o cuidadores y determinar si hay actitudes compatibles con maltrato

¿Hay comportamientos y actitudes de los cuidadores o familiares que denotan desespero, impaciencia, intolerancia o agresividad hacia los niños en la consulta? Un caso típico, pero extremo, es el cuidador que en consulta le pega al niño por un comportamiento que este considera como inadecuado.

### 👁 Observar y determinar si existen lesiones sugestivas de abuso sexual.

A nivel genito-anal se pueden encontrar sangrados, secreciones genitales purulentas vaginales o uretrales, o distintas lesiones graves en ésta área, en distintos estadios evolutivos. Entre las lesiones sugestivas de abuso sexual se encuentran:

- Sangrado vaginal o anal traumático por violencia sexual.
- Signos de trauma genital con sospecha de manipulación o penetración, que puede incluir: laceración aguda del himen, equimosis del himen, laceraciones perianales que se extienden desde el esfínter anal, ausencia de himen, himen cicatrizado, cicatriz de la fosa navicular o laceración, marcada e inmediata dilatación del ano (más de 2 cm.) al poner al niño en posición rodilla pecho (ese hallazgo es compatible con violencia sexual, si no existe una historia significativa de constipación, la ampolla rectal está vacía de heces o no existe déficit neurológico que lo explique).

- Hallazgo de semen en cualquier parte del cuerpo con o sin historia de violencia sexual.
- Signos de infecciones de transmisión sexual: flujo genital purulento (existe un flujo no relacionado con maltrato en las niñas pequeñas) o uretral.

### 👁 **Observar algunas lesiones genitales que pudieran ser causadas por abuso:**

Si alguna cosa en la historia o las lesiones hace dudar sobre la presencia de abuso, debe ser valorado el niño por un equipo interdisciplinario en las siguientes 24 horas.

- Examen de la región genital y perianal anormal.
- Cuerpos extraños en vagina u ano.
- Lesiones vesiculosas o verrugosas en el área genital.
- Lesiones irritativas recurrentes en el área genito-anal.

### 🗣 **Preguntar y determinar si existe posibilidad de abuso**

Tome por separado la historia en el paciente y en los padres o cuidadores, algunas características ayudan a sospechar abuso:

- Si el niño relata la violencia sexual (abuso sexual).
- Si el cuidador o testigo plantea la posibilidad de abuso sexual.
- Si el niño demuestra evidentes actitudes de actividad sexual inapropiadas para su edad: Juegos con contenidos sexuales en niños menores de cinco años, intenta tener coito, pone la boca en los genitales, hace sonidos sexuales, pide a otros hacer actos sexuales, coloca objetos en vagina/recto, pretende que los juguetes tengan sexo.
- Infecciones de transmisión sexual: VIH (hay que descartar que la madre viva con el VIH y exista una transmisión vertical), Neisseria Gonorrea, Treponema Pallidum (Sífilis).
- Explore y registre las descripciones del niño acerca del sitio donde ocurrió el asalto o abuso sexual.
- Si el niño está sometido a situaciones de estímulo sexual inapropiadas a su edad y nivel de desarrollo.



- Dolor o molestias en el área genital, descartando, por supuesto, situaciones de tipo infeccioso, irritativo o patológico que las expliquen.
- Temor a las personas adultas, rechazo al padre u otros familiares, o a las personas cuidadoras con los cuales existe un vínculo cercano. (Este punto debe tener en cuenta el contexto. Es relevante cuando se trate de un cambio de conducta inesperada; por ejemplo, cuando tenían una relación armónica con alguien y de pronto lo rechaza o no quiere volver a visitar a esa persona, sin explicación lógica aparente).
- Niña o niño en situación de calle.
- Conductas sexuales problemáticas o sexualizadas en niños de dos a cinco años, que incluyan lo siguiente: masturbación con juguetes u objetos, tocamientos a otros niños en partes sexuales, tocamiento a partes sexuales de adultos, tocamientos a partes sexuales de animales, habla acerca de actos sexuales, habla coquetamente, desviste a otros niños.

#### 🔄 **Determinar:**

- Infección por *Chlamydia trachomatis* (especialmente en mayores de tres años) y *trichomona vaginalis* (en mayores de un año).
- Diagnóstico de condilomatosis genital-anal.

#### 🔍 **Preguntar y determinar la posibilidad de maltrato emocional o negligencia.**

- Si existe relato por el niño o testigos de maltrato emocional o negligencia.
- Si existe alteración del comportamiento del cuidador: actitud castigadora, agresión verbal, comportamiento defensivo, padecimientos emocionales o psiquiátricos, uso de sustancias psicoactivas.
- Si hay expresión de problemas emocionales en el niño: temeroso, agresivo, retraído, evita el contacto visual, hiperactivo, presenta rigidez, conformismo, ansiedad, depresión, conductas adultas o muy infantiles para su edad. Trastornos del sueño, trastornos alimentarios, problemas psicosomáticos, conductas regresivas, estancamiento del desarrollo psicomotor.
- Patrones de crianza patriarcales, autoritarios o negligentes: Cuidadores represivos, castigos inadecuados, maltrato verbal, inconsistencia en las normas y límites, pobreza en las relaciones vinculares y emocionales con el niño, poca actividad lúdica y deficientes acciones de cuidados y protección hacia el niño.



- Exposición del niño a la violencia intrafamiliar: Conflictos y agresiones frecuentes entre los integrantes de la familia, familia caótica, cuidadores con adicción a drogas psicoactivas.

👁 **Observar características de maltrato emocional o negligencia.**

Si el niño está descuidado en su higiene o presentación personal: calidad del vestuario y adecuación del mismo para las condiciones climáticas; estado de suciedad, desaseo y mal olor; uñas y cabellos descuidados, pediculosis, mala higiene oral, caries, entre otras.

🔄 **Determinar si el niño está descuidado en su salud:**

- Consultas tardías para causas importantes.
- Vacunación incompleta o inexistente, sin justificación.
- Ausencia o incumplimiento a los controles de Crecimiento y Desarrollo.
- Tratamiento o rehabilitación ausente o incompleta para enfermedades crónicas o que lo ameriten: Estrabismo, hipoacusia, asma no controlada, retrasos del crecimiento y desarrollo psicomotor, otras discapacidades, otras enfermedades crónicas.
- Desnutrición moderada o severa primarias.
- Obesidad primaria significativa.

🔄 **Determinar si existen acciones de protección y educación deficientes o ausentes:**

- Demanda por inasistencia alimentaria.
- Pobre calidad de alimentación, de acuerdo a la disponibilidad de recursos.
- Inasistencia o ausencias frecuentes sin justificación al jardín o colegio.
- Poca vigilancia y cuidados del niño: Queda al cuidado de otros menores, pobre información y/o educación del los cuidadores sobre salud y cuidados de los niños.
- Accidentes recurrentes, intoxicación exógena.
- Niña o niño en situación de calle.





## 10.4 CLASIFICAR AL NIÑO BUSCANDO MALTRATO

Existen seis posibles clasificaciones que orientan la toma de decisiones para los casos de maltrato infantil. Se recuerda que estas son clasificaciones de riesgo y operativas, NO son diagnósticas.

- **MALTRATO FÍSICO MUY GRAVE**
- **ABUSO SEXUAL**
- **MALTRATO FÍSICO**
- **SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL**
- **MALTRATO EMOCIONAL, NEGLIGENCIA O ABANDONO**
- **NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO**

**Tabla 28.** Clasificación del niño en condiciones de maltrato

<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesiones físicas graves sugestivas.</li> <li>• Lesiones en cráneo, sugestivas de maltrato.</li> <li>• Quemaduras sugestivas de maltrato.</li> <li>• Fracturas sugestivas de maltrato.</li> <li>• Lesiones cutáneas graves como equimosis, hematomas, laceraciones, cicatrices o mordiscos, sugestivas de maltrato.</li> <li>• Incoherencia del relato con las lesiones, la edad y el nivel de desarrollo del niño.</li> <li>• Relato del niño con trauma o testigos de maltrato o historia que lo hace sospechar.</li> </ul>	<p><b>MALTRATO FÍSICO MUY GRAVE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hospitalización o remisión URGENTE según normas de estabilización y transporte “REFIERA”.</b></li> <li>• Reanimación y estabilización del paciente según la lesión.</li> <li>• Diagramas corporales y fotos de las lesiones.</li> <li>• Garantía de seguridad por el sistema de protección.</li> <li>• Aviso a la Justicia.</li> </ul>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangrado vaginal o anal por violencia</li> <li>• Signos de trauma genital con sospecha de manipulación o penetración.</li> <li>• Hallazgo de semen en cualquier parte del cuerpo</li> <li>• Diagnóstico de sífilis, gonorrea, HIV (descartando transmisión vertical)</li> <li>• Evidentes expresiones de actividad sexual inapropiadas para la edad.</li> <li>• Relato del niño o testigos de violencia sexual.</li> </ul>	<p><b>ABUSO SEXUAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hospitalización o remisión URGENTE según normas de estabilización y transporte “REFIERA”</b></li> <li>• Tratar las lesiones traumáticas</li> <li>• Profilaxis de infección</li> <li>• Toma de evidencias forenses (menos de 72 h)</li> <li>• Aviso inmediato a Justicia</li> <li>• Garantía de seguridad por el Sistema de Protección</li> <li>• Apoyo Psicológico, legal y manejo por grupo interdisciplinario. CAIVAS.</li> </ul>
<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hallazgos de traumas menores en el examen físico (huellas de pellizcos, equimosis).</li> <li>• Relato de maltrato físico sin lesiones al examen físico.</li> <li>• Fallas en la crianza o comportamiento de padres o cuidadores con actitudes compatibles con maltrato físico.</li> </ul>	<p><b>MALTRATO FÍSICO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corregir las prácticas de crianza inadecuadas.</li> <li>• Promover el Buen Trato y el respeto por los derechos de la niñez – Escuela de padres.</li> <li>• Informar al Sistema de Protección para acompañamiento y apoyo – Visita domiciliaria.</li> <li>• Enseñar cuándo volver de inmediato.</li> <li>• Hacer control en 14 días.</li> </ul>
<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de clamidia (&gt;3 a) o tricomoniasis (&gt;1 a) o condilomatosis genital-anal.</li> <li>• Cuerpos extraños en vagina o ano.</li> <li>• Dolor o molestias en el área genital no explicados por causas comunes.</li> <li>• Temor a los adultos, rechazo al padre u otros familiares o a las personas cuidadoras.</li> <li>• Expresión de comportamientos sexualizados.</li> <li>• Niño en situación de calle.</li> </ul>	<p><b>SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta por pediatra y psicología/trabajo social en las siguientes 24 horas, si se confirma abuso, tratar según la clasificación ABUSO SEXUAL.</li> <li>• Si no se puede confirmar el abuso, seguimiento mediante visitas domiciliarias.</li> <li>• Aseguramiento del niño en situación de calle.</li> <li>• Informar al Sistema de Protección.</li> <li>• Enseñar cuándo volver de inmediato.</li> <li>• Hacer control en 14 días.</li> </ul>

<p><b>Dos o más de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Relato de maltrato emocional o negligencia.</li> <li>● Comportamiento inadecuado del cuidador.</li> <li>● Patrones de crianza autoritaria o negligente.</li> <li>● Exposición del niño a violencia intrafamiliar.</li> <li>● Acciones de protección, alimentación y educación deficientes o ausentes.</li> <li>● Niño descuidado en su higiene/ presentación.</li> <li>● Niño descuidado en su salud.</li> <li>● Niño en situación de calle.</li> </ul>	<p><b>MALTRATO EMOCIONAL NEGLIGENCIA O ABANDONO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Promover derechos del niño/pautas de crianza.</li> <li>● Escuela de Padres.</li> <li>● Abordaje de la violencia intrafamiliar.</li> <li>● Remisión del niño y de los cuidadores a psicología y a grupo interdisciplinario.</li> <li>● Visitas domiciliarias.</li> <li>● Aseguramiento del niño en situación de calle.</li> <li>● Informar al sistema de Protección.</li> <li>● Enseñar cuándo volver de inmediato.</li> <li>● Hacer control en 14 días.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● No cumple criterios para clasificarse en alguna de las categorías anteriores.</li> </ul>	<p><b>NO HAY SOSPECHA MALTRATO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Felicitar al cuidador y dar pautas de Crianza Humanizada.</li> <li>● Asegurar la consulta de Crecimiento y Desarrollo.</li> </ul>

## MALTRATO FÍSICO MUY GRAVE

Todo niño con cualquier lesión física grave sugestiva de maltrato, inconsistencias o incongruencias en la explicación de las lesiones, las cuales no se ajustan al nivel del desarrollo cognitivo ni psicomotor del niño, o con historia por el niño o testigos de maltrato, se clasifica como **MALTRATO FÍSICO MUY GRAVE**. En todos los casos se inicia la atención con el tratamiento de las lesiones, reanimación y estabilización del paciente. Debe hospitalizarse o remitirse urgentemente a un hospital, según las normas de estabilización y transporte "REFIERA". Deben hacerse diagramas corporales y toma de fotografías con cámara digital de las lesiones encontradas. Según el caso, es necesario el estudio de imágenes diagnósticas (RX, TAC, RMN de cráneo) para determinar fracturas y lesiones intracraneanas. Puede requerirse la evaluación oftalmológica para la búsqueda de hemorragias retinianas.

Es obligatorio informar de forma inmediata al Sistema de Protección y a la Justicia. La urgencia de esta referencia se sustenta en razón de que los niños maltratados que no son atendidos oportunamente y son devueltos a sus hogares, sin las mínimas garantías, en un 50% son vueltos a maltratar y de un 5 a 7% tienen riesgo de morir en manos de sus agresores.

## ABUSO SEXUAL

Todo niño con evidencia de lesiones sugestivas de violencia sexual, presencia de fluidos seminales, diagnóstico de Sífilis, Gonorrea o VIH (descartando transmisión vertical), con evidentes expresiones de actividad sexual y con relato por parte del niño o testigos de violencia sexual, debe clasificarse como **ABUSO SEXUAL**. Todo ABUSO SEXUAL es una urgencia médica. Debe iniciarse la atención con el tratamiento de las lesiones existentes y debe hospitalizarse o referirse según las normas de estabilización y transporte "REFIERA". La evaluación de los posibles casos de abuso sexual en niños en los servicios de salud implica la obligatoriedad del examen del área genitourinaria y la toma de muestras forenses, si el trauma o abuso tiene menos de 72 horas de evolución.

Aunque el examen físico es importante e insustituible dentro de los procesos de evaluación forense en los casos agudos, la mayoría de las evidencias útiles dentro de los procesos probatorios penales provienen del relato del niño y de las prendas de vestir o las sábanas. Estas siempre deben ser recogidas, sean del paciente o del escenario del abuso. El caso debe ser reportado de forma inmediata a la justicia y canalizado al Sistema de Protección Integral. Debe informarse o referirse en forma inmediata a los Centros de Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar y del Abuso sexual, CAIVAS.

## MALTRATO FÍSICO

El hallazgo en el examen físico de traumas menores, el relato por parte del niño o testigos de maltrato físico sin presencia de lesiones, fallas en la crianza compatibles con maltrato o la presencia de actitudes en padres o cuidadores compatibles con maltrato físico, debe clasificarse como **MALTRATO FÍSICO**.

Las intervenciones de este tipo de maltrato pueden darse desde los sectores de la salud o de la protección. Los procesos de escuelas de padres de tipo participativo pueden ayudar a mejorar o superar las dinámicas de relacionamiento violento. Quizá la intervención más efectiva, descrita hasta el momento, sea la visita domiciliar por profesionales de trabajo social, salud mental o agentes comunitarios entrenados. Se debe informar al sistema de protección para acompañamiento y apoyo del niño y de la familia y se debe trabajar en la promoción del buen trato y en el respeto de los derechos de la niñez. Se explican signos para volver de inmediato y se cita a control en 14 días.

## SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL

Todo niño con diagnóstico de infección por clamidia, tricomonas o condilomatosis genito-anal, presencia de cuerpo extraño en vagina o ano, molestia en área genital no explicada por causas comunes, desarrollo de temor a adultos o cuidadores que antes no tenía, manifestaciones de comportamientos sexualizados, insinuación de abuso sexual o niño en situación de calle, establecen la clasificación de **SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL**.



El equipo interdisciplinario responsable del tema en las instituciones deberá evaluar la sospecha dentro de las primeras 24 horas. Si se confirma, deberá manejarse según la clasificación ABUSO SEXUAL. No siempre es fácil confirmar la **SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL**. En esos casos, es obligatorio el seguimiento entre la salud y el sistema de protección, de manera que se garantice la seguridad del niño hasta que la sospecha pueda ser descartada. Ese control se hace mediante visitas domiciliarias y con citas regulares con el grupo interdisciplinario. Se debe trabajar en la promoción del buen trato y en el respeto de los derechos de la niñez.

### **MALTRATO EMOCIONAL, NEGLIGENCIA O ABANDONO**

Se establece la clasificación **MALTRATO EMOCIONAL, NEGLIGENCIA O ABANDONO** con dos o más de los criterios que aparecen en el Cuadro de Procedimientos, relacionados con: Relato de maltrato emocional o negligencia, problemas de comportamiento de los cuidadores, manifestaciones de problemas emocionales en el niño, patrones de crianza autoritaria o negligente, exposición del niño a violencia intrafamiliar; acciones deficientes o ausentes de protección, asistencia alimentaria o de educación hacia el niño; niño descuidado en su higiene, presentación personal o salud; niño en situación de calle. Las Escuelas de Padres pueden ser estrategias útiles para posicionar el discurso y promover la práctica de la crianza humanizada.

La activación de las redes de recursos subjetivos y comunitarios de las familias consiste en la búsqueda y consolidación de vínculos personales o institucionales que ayuden al grupo familiar a mejorar sus condiciones de vida.

### **NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO**

Si durante la evaluación no se encuentran criterios para clasificar en alguna de las categorías de maltrato, se clasifica como **NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO**. En este caso se debe felicitar al cuidador y reforzar las pautas de Crianza Humanizada, motivándolos a que continúen la promoción del Buen Trato, la conservación de la salud y el desarrollo emocional y social del niño. Se enseña cuándo volver de inmediato, medidas preventivas y se asegura la consulta de Crecimiento y Desarrollo.



## EJERCICIO

### CASO RAÚL

Raúl tiene 8 meses de edad y es llevado a la clínica por tener un cuadro de tos de 4 días de evolución, está con fiebre alta y no quiere comer. Viven en Leticia.

El médico pregunta si tiene algún antecedente de importancia y la abuela, quien lo lleva (la madre está estudiando), contesta que no. Nació bien y no se ha hospitalizado. Al examen: Peso 7,2 kg., Talla 74 cm., FC 132 x'FR 52x'T 38,3°C y Sat O<sub>2</sub> 94%.

El médico observa; Raúl ingresa tomando tetero y no ha convulsionado. El médico examina su respiración y observa que Raúl tiene una retracción subcostal, no intercostal ni supraesternal, no hay ruidos anormales, solo moviliza secreciones cuando tose.

No tiene diarrea; tiene fiebre alta; aunque está decaído, no se observa mal; el aspecto es bueno, piel rosada y bien perfundida. Oídos normales a la otoscopia, faringe normal, sin adenopatías. Aún no se evidencia erupción de molares.

Como está en el hospital, es posible tomar radiografía de tórax, se realiza esta y se observa evidencia de fractura antigua en húmero izquierdo. Al preguntar a la abuela quién cuida al niño, refiere que ella; la madre vive con ella, porque tiene 15 años y aún estudia; además las otras hijas también lo cuidan, ellas tienen entre 9 y 13 años. La abuela dice que el niño nunca se ha caído y no tiene consultas por traumas previas.

Utilice el formulario de registro para clasificar a Raúl.

**AIEPI - ATENCIÓN DEL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS**

FECHA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ N° HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ CONSULTA EXTERNA: \_\_\_\_\_ URGENCIAS: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ CONSULTA INICIAL: \_\_\_\_\_ CONTROL: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: AÑOS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_ SEXO (F) (M) \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN (barrio o vereda): \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO / CELULAR: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS IMPORTANTES:**

¿Cómo fue el embarazo? y ¿Cuánto duró? \_\_\_\_\_ ¿Cómo fue el parto? \_\_\_\_\_  
 PESO al nacer \_\_\_\_\_ g. TALLA al nacer \_\_\_\_\_ cm. ¿Presentó algún problema neonatal? \_\_\_\_\_  
 Enfermedades previas y hospitalizaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C. FC: \_\_\_\_\_ /min. FR: \_\_\_\_\_ /min. TALLA: \_\_\_\_\_ cm. PESO: \_\_\_\_\_ Kg. PC: \_\_\_\_\_ cm. IMC: \_\_\_\_\_

**VERIFICAR SI EXISTEN SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL**

No puede beber o tomar del pecho \_\_\_\_\_ Letárgico o inconsciente: \_\_\_\_\_ ENFERMEDAD MUY GRAVE  
 Vomita todo \_\_\_\_\_ Convulsiones: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**¿TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**CRUP GRAVE**

Desde hace \_\_\_\_\_ días.

Primer episodio de sibilancias: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Sibilancias recurrentes: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Cuadro gripal últimos 3 días SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Antecedente prematuridad: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Respiración por minuto \_\_\_\_\_ Respiración rápida

Tiraje subcostal SaO<sub>2</sub> <92% (90% altura > 2.500 msnm)

Tiraje supraclavicular \_\_\_\_\_

Estridor \_\_\_\_\_ Sibilancias \_\_\_\_\_

Apnea \_\_\_\_\_ Incapacidad para hablar o beber \_\_\_\_\_

Somnoliento \_\_\_\_\_ Confuso \_\_\_\_\_ Agitado \_\_\_\_\_

BRONQUIOLITIS GRAVE

SIBILANCIA RECURRENTE (GRAVE)

CRUP

BRONQUIOLITIS

SIBILANCIA (RECURRENTE)

NEUMONÍA GRAVE

NEUMONÍA

TOS O RESFRIADO

**¿TIENE DIARREA?**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Desde hace \_\_\_\_\_ días.

¿Hay sangre en las heces? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Tiene vómito? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

# Vómitos en las últimas 24 h \_\_\_\_\_

# Diarreas en las últimas 24 h \_\_\_\_\_

# Diarreas en las últimas 4 h \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Letárgico o comatoso \_\_\_\_\_

Intranquilo o irritable \_\_\_\_\_

Ojos hundidos \_\_\_\_\_

Bebe mal o no puede beber \_\_\_\_\_

Bebe ávidamente con sed \_\_\_\_\_

Pliegue cutáneo: Inmediato \_\_\_\_\_ Lento \_\_\_\_\_ Muy lento \_\_\_\_\_

DESHIDRATACIÓN GRAVE

ALGÚN GRADO DESHIDRATACIÓN

ALTO RIESGO DESHIDRATACIÓN

SIN DESHIDRATACIÓN

DIARREA PERSISTENTE GRAVE

DIARREA PERSISTENTE

DISENTERÍA

¿TIENE FIEBRE?		SI _____ NO _____
Desde hace _____ días.		<b>ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO</b> <b>ENF. FEBRIL RIESGO INTERMEDIO</b> <b>ENF FEBRIL DE RIESGO BAJO</b>  <b>MALARIA COMPLICADA</b> <b>MALARIA</b>  <b>DENGUE GRAVE</b> <b>DENGUE CON SIGNOS ALARMA</b> <b>DENGUE SIN SIGNOS ALARMA</b>
Si > 5 días: Todos los días SI ___ NO ___	Rigidez de nuca _____ Apariencia de enfermo grave _____	
Fiebre > 38°C SI ___ NO ___	Manifestaciones de sangrado _____ Aspecto tóxico _____	
Fiebre > 39° C SI ___ NO ___	Respuesta social: Normal ___ Inadecuada ___ Sin Respuesta ___	
<b>Vive o visita en los últimos días</b>	Piel: Pálida _____ Moteada _____ Cenicienta _____ Azul _____	
Zona Dengue SI ___	Erupción cutánea general _____ Dolor abdominal _____	
Zona Malaria: Urbana _____ Rural _____	Cefalea _____ Malgias _____ Artralgias _____ Postración _____	
Disminución afuresis: SI ___ NO ___	P. torniquete(+) ___ Lipotimia ___ Hepatomegalia ___ Edemas _____	
Laboratorios: CH Leucocitos >15.000 o < 4.000	Pulso rápido y fino ___ Llenado capilar >2 seg ___ Ascitis _____	
Neutrófilos > 10.000 Plaquetas < 100.000 HTO alto	Parcial de orina compatible con infección Gota gruesa positiva _____	
OBSERVACIONES: _____		

¿ TIENE PROBLEMA DE OIDO?		SI _____ NO _____
¿Tiene dolor de oídos? SI ___ NO ___	Tumefacción dolorosa detrás de la oreja _____	<b>MASTOIDITIS</b> <b>OTITIS MEDIA CRÓNICA</b> <b>OTITIS MEDIA RECURRENTE</b> <b>OTITIS MEDIA AGUDA</b> <b>NO TIENE OTITIS</b>
¿Tiene supuración? SI ___ NO ___ hace ___ días	Tímpano rojo y abombado _____	
Nº EPISODIOS PRECIOS: _____ en _____ meses	Supuración de oído _____	
OBSERVACIONES: _____		

¿TIENE UN PROBLEMA DE GARGANTA?		SI _____ NO _____
¿Tiene dolor de garganta? SI ___ NO ___	Ganglios del cuello crecidos y dolorosos _____	<b>AMIGDALITIS</b> <b>ESTREPTOCÓCIDA</b> <b>AMIGDALITIS VIRAL</b> <b>NO TIENE AMIGDALITIS</b>
	Amigdalas eritematosas _____	
	Exudado blanquecino-amarillento en amígdalas _____	
OBSERVACIONES: : _____		

ENSEGUIDA, VERIFICAR LA SALUD BUCAL		
¿Tiene dolor al comer - masticar? SI ___ NO ___	Inflamación dolorosa del labio _____ No involucra surco _____	<b>CELULITIS FACIAL</b> <b>ENFERMEDAD BUCAL GRAVE</b> <b>TRAUMA BUCODENTAL</b> <b>ESTOMATITIS</b> <b>ENFERMEDAD DENTAL Y GINGIVAL</b>  <b>ALTO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL</b> <b>BAJO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL</b>
¿Tiene dolor en los dientes? SI ___ NO ___	Enrojecimiento inflamación encía _____ Localizado _____	
¿Trauma en cara o boca? SI ___ NO ___	Generalizado _____	
¿Tienen padres/hermanos caries? SI ___ NO ___	Deformación contorno de encía _____ Exudado pus _____	
¿Cuándo le limpia boca? Mañana SI ___ NO ___	Vesículas úlceras _____ Placas : encía lengua paladar _____	
Medio día SI ___ NO ___ Noche SI ___ NO ___	Fractura _____ Movilidad _____ Desplazamiento _____	
¿Cómo supervisa la limpieza? le limpia los dientes SI ___ NO ___ Niño solo SI ___ NO ___	Extrusión _____ Intrusión _____ Avulsión _____	
¿Qué utiliza? Cepillo SI ___ NO ___	Herida mucosa bucal _____ encía _____ lengua _____	
Crema SI ___ NO ___ Seda SI ___ NO ___	Manchas blancas _____ cafés _____	
¿Utiliza chupo o biberón ? SI ___ NO ___	Caries cavitacionales _____ placa bacteriana _____	
OBSERVACIONES: _____		
¿Cuándo fue la última consulta odontológica _____		





### VERIFICAR EL CRECIMIENTO

Emaciación visible SI ___ NO ___	Peso/Edad: DE ___ <-3 Desnutrición global severa (solo en menores de dos años) <-2 a ≥-3 Desnutrición global <-1 a ≥-2 Riesgo desnutrición ≤-1 a ≥-1 Peso adecuado para edad	<b>OBESO</b>  <b>SOBREPESO</b>  <b>DESNUTRICIÓN SEVERA</b>  <b>DESNUTRICIÓN</b>  <b>RIESGO DESNUTRICIÓN</b>  <b>ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL</b>
Edema en ambos pies SI ___ NO ___	Talla/Edad: DE ___ <-2 Desnutrición crónica o retraso crecimiento ≥-2 a ≥-1 Riesgo DNT con bajo P/T ≥-1 Talla adecuada /edad	
IMC/Edad: ___ DE ___ >2 obesidad >1 a ≤ 2 sobrepeso	Peso/Talla DE ___ <-3 Desnutrición aguda severa ≥-3a <-2 DNT Aguda - Peso bajo/ Talla ≥-2a <-1 Riesgo DNT con bajo P/T ≥-1a ≤ 1 Peso adecuado para talla <-1 a ≤2 Sobrepeso < 2 Obesidad	
Tendencia peso: Ascendente Horizontal Descendente		

### VERIFICAR SI TIENE ANEMIA

Ha recibido hierro en los últimos 6 meses: ___ Palidez palmar ___ Intensa ___ Leve ___	<b>ANEMIA SEVERA</b>  <b>ANEMIA</b>  <b>O TIENE ANEMIA</b>
¿Cuándo? ___ ¿Cuánto tiempo? ___ Palidez conjuntival ___ Intensa ___	
OBSERVACIONES: _____ _____ _____	

### EN SEGUIDA VERIFICAR SI TIENE MALTRATO

¿Cómo se produjeron las lesiones? ¿El niño relata maltrato? SI ___ NO ___ ¿Cuál? Físico ___ Sexual ___ Negligencia ___ ¿Quién? ¿Testigo relata maltrato? SI ___ NO ___ ¿Hay incongruencia para explicar un trauma significante? SI ___ NO ___ ¿Existe incongruencia entre lesión-edad-desarrollo del niño? SI ___ NO ___ ¿Hay diferentes versiones? SI ___ NO ___ ¿Es tardía la consulta? SI ___ NO ___ ¿Con qué frecuencia se ve obligado a pegarle a su hijo? _____ ¿Qué tan desobediente es su hijo que se ve obligado a pegarle? _____ Comportamiento anormal de los padres: desespero - impaciencia - intolerancia Agresividad en la consulta ¿Esta descuidado el niño en su salud? SI ___ NO ___ Por _____ ¿Esta descuidado el niño en higiene-protección - alimentación - Niño de calle _____ Factor de riesgo: discapacitado ___ hiperactivo ___ ¿Actitud a normal del niño? SI ___ NO ___ Temeroso - retraído - rechazo adulto - deprimido - evita contacto visual - trastorno sueño - trastorno alimentario - problemas sicosomáticos - conductas regresivas - desarrollo estancados - violencia intrafamiliar - familia caótica - Cuidadores adictos	Lesiones en cráneo: fracturas - Hematomas _____ Quemaduras: Áreas cubiertas por ropa _____ Patrón simétrico, límite bien demarcado _____ Denota el objeto con que fue quemado en espalda, dorso, nalgas _____ Equimosis - hematomas - laceraciones - mordiscos - cicatrices lejos de la prominencia osea con patrón del objeto agresor _____ Diferente evolución en niños que deambulan - sugestivas de maltrato _____ Fracturas: Costillas - huesos largos _____ Espirales, oblicuas, metafisarias ___ Esternón - escápula - menor de 5 años _____ Trauma visceral - trauma grave _____ Lesión física sugestiva _____ Sangrado vaginal o anal traumático _____ Trauma genital: laceración aguda o equimosis himen _____ Laceración perianal desde esfínter Ausencia himen - himen cicatrizado Cicatriz navicular - ano dilatado _____ Hallazgo semen - flujo genital Cuerpo extraño en vagina o ano Vesículas o verrugas genitales Juego con contenido sexual - boca en genitales VIH - Gonorrea - Sífilis - Trichoma vaginalis > la Chlamydia trachomatis >3a. - Condiomatosis.	<b>MALTRATO FÍSICO MUY GRAVE</b>  <b>ABUSO SEXUAL</b>  <b>MALTRATO FÍSICO</b>  <b>SOSPECHA ABUSO SEXUAL</b>  <b>MALTRATO EMOCIONAL</b>  <b>NEGLIGENCIA O ABANDONO</b>  <b>NO HAY SOSPECHA MALTRATO</b>
OBSERVACIONES _____ _____ _____		



## 11. EVALUAR EL DESARROLLO DEL NIÑO

El instrumento propuesto para la vigilancia del desarrollo en el contexto de AIEPI, utiliza en la evaluación del niño información sobre factores de riesgo, la opinión del cuidador sobre el desarrollo de su hijo, la verificación del perímetro cefálico y presencia de tres o más alteraciones fenotípicas; así como la observación de algunas posturas, comportamientos y reflejos presentes en determinados grupos etarios. Estas posturas y reflejos fueron seleccionados de la observación de algunos autores (Lefèvre e Diament, 1990), mientras que los comportamientos fueron tomados de cuatro escalas de desarrollo de utilización internacional, ya validadas por otros autores (Bayley, 1993; Frankenburg e Dodds, 1967; Gesell e Amatruda, 1945; Pinto, Vilanova e Vieira, 1997).

Para la del desarrollo en este grupo de edad, de 2 meses a 6 años, se utilizaron 60 marcos o comportamientos de desarrollo -de fácil observación-, divididos en 15 grupos de edad y presentes en el 90% de los niños de cada uno de esos grupos. Los marcos escogidos para cada edad fueron cuatro: área motora gruesa, área motora fina, lenguaje e interacción personal-social. Como el número de comportamientos a ser observados es pequeño, apenas cuatro para cada grupo de edad, la ausencia en el cumplimiento de uno solo de esos marcos es considerada significativa para tomar alguna decisión.

En la primera consulta de evaluación del desarrollo de un niño menor de seis años es importante preguntar siempre al cuidador o acompañante (cuidador primario) sobre hechos asociados al desarrollo, y observar cómo el niño realiza los comportamientos esperados para su grupo de edad. Aproveche para observar el cuidador en su interacción con el niño (vínculo madre-hijo), por ser este un importante factor de protección para el desarrollo. Observe la forma como el cuidador sostiene al niño y si existe contacto visual y verbal afectuoso entre ambos. Vea también los movimientos espontáneos del niño, si presenta interés por objetos próximos a él o por el ambiente en que se encuentra.

### 11.1 ¿CÓMO EVALUAR EL DESARROLLO DEL NIÑO?

#### PREGUNTAR:

##### ¿Realizó alguna consulta prenatal?

El control prenatal representa una oportunidad para detectar las condiciones familiares o embarazos anteriores complicados, así como el acceso a un parto en condiciones seguras, evitando la asfixia al nacer. Se ha reportado menos complicaciones durante el embarazo y parto en aquellas madres que asisten al menos a cinco controles prenatales, menor mortalidad materna y menor número de recién nacidos con Peso Bajo al Nacer.



### **👤 ¿Hubo algún problema durante la gestación, parto o nacimiento del niño?**

Problemas durante la gestación como hipertensión, diabetes, eclampsia, infecciones intrauterinas (Ej: rubéola, toxoplasmosis, VIH/sida) o en el momento del nacimiento como asfixia intrauterina, hemorragia, fiebre materna, etc. pueden repercutir en el futuro desarrollo del niño. Indague si el parto fue en la casa o en el hospital, si demoró muchas horas en el trabajo de parto, si fue normal, si fue por cesárea o si se utilizaron fórceps.

### **👤 ¿El niño estuvo hospitalizado después de nacer?**

Pregunte si el niño lloró al nacer, si presentó algún problema que requirió el uso de oxígeno, medicamentos, fototerapia, transfusión de sangre o cualquier otra intervención; si necesitó permanecer hospitalizado en neonatología. En caso afirmativo, pregunte por cuántos días y por qué tipo de problemas.

### **👤 ¿Nació prematuro?**

La prematurez se relaciona con mayor morbilidad y mortalidad neonatal, así como secuelas neurológicas y de desarrollo psicomotor en el futuro.

### **👤 ¿Cuánto pesó al nacer?**

En cuanto menor es el peso al nacer, mayores serán las complicaciones neonatales. Los niños con peso al nacer menor de 2,500 gramos, tienen mayor morbilidad y mortalidad neonatal.

### **👤 ¿El niño se puso amarillo en los primeros días después de nacer?**

La ictericia puede ser una condición benigna y fisiológica, que aparece en el 80% de los recién nacidos. Cuando aparece en las primeras 48 horas de nacido es una condición grave que amerita evaluación e intervención de urgencia. La elevación de la bilirrubina en sangre puede causar alteraciones en el cerebro, incapacidad y retraso mental, condición conocida como Kernicterus.

### **👤 ¿Ha tenido su hijo alguna enfermedad grave?**

Algunas enfermedades comunes de la infancia pueden alterar el desarrollo del niño, tales como hipoglicemia, convulsiones, meningitis, encefalitis, traumatismos de cráneo, infecciones respiratorias y de oído a repetición, etcétera.

### 🗣️ ¿Es pariente del padre de su hijo?

Los padres consanguíneos tienen mayor probabilidad de tener niños con alteraciones genéticas, cuya herencia sea autosómica recesiva, o sea que se puede transmitir de padres a hijos.

### 🗣️ ¿Existe algún caso de deficiencia mental en la familia?

Algunas condiciones que afectan el pleno desarrollo de un niño pueden estar relacionadas con las mismas condiciones en un familiar cercano.

### 🗣️ ¿Qué piensa usted del desarrollo de su hijo?

En general, el cuidador es la persona que convive más con el niño, por lo tanto, es la persona que más lo observa. La mayoría de las veces, comparándolo con otros niños, el cuidador es la primera que percibe que su hijo no se desarrolla bien. Valorice la opinión del cuidador, y si ella dice que su niño no se está desarrollando bien, observe con mayor atención para detectar si existen problemas de desarrollo.

### 🗣️ ¿Existe algún otro factor de riesgo como violencia doméstica, depresión materna, alcoholismo, etc.?

Tenga mucho cuidado al realizar este tipo de preguntas, muchas veces es necesario hacerlas de manera indirecta y sin tratar de inculpar a los padres.

### 🔄 DETERMINE: Perímetro cefálico.

Utilice una cinta métrica inextensible. Coloque la misma sobre el punto más prominente de la parte posterior del cráneo (occipucio) y sobre los arcos supraciliares. Verifique el puntaje Z, según las gráficas de circunferencia cefálicas de OMS. Esta medición es principalmente un reflejo del crecimiento del cerebro. Su crecimiento se va enlenteciendo a partir del año de vida y prácticamente se estaciona a los 5 años. Al aumento del perímetro cefálico (por arriba de +2DS) se le denomina macrocefalia y a la disminución del perímetro cefálico (por debajo de -2DS), microcefalia.



## 🔄 **DETERMINE: Presencia de alteraciones fenotípicas.**

Busque alteraciones como hendidura palpebral oblicua, ojos separados (hipertelorismo), implantación baja de las orejas, labio leporino, hendidura o fisura palatina, cuello corto o largo, pliegue palmar único, quinto dedo de la mano corto y curvo.

## 👁️ **OBSERVE Y EXAMINE el desarrollo:**

- Verifique la edad del niño y encuadre como sigue:
- Busque el grupo en el que se encuentra la edad del niño y evalúe si cumple con los ítems adecuados para su edad.
- Si fue prematuro, utilice la edad corregida hasta los 12 meses de edad cronológica.
- Si 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.



## **DOS A MENOS DE CUATRO MESES**

### 👁️ **Mira el rostro del examinador o el cuidador**

*Posición de niño:* acostado en decúbito dorsal (boca arriba) en una camilla o colchoneta.

Colóquese de frente al niño de manera que él pueda ver su rostro. Converse con él: "Oh, qué lindo bebé" o algo semejante. Observe la reacción del niño (sonrisa, vocalización o llanto). En caso que el niño no responda pida el cuidador o acompañante que se posicione frente a él y le hable. Observe la respuesta del niño.

*Respuesta adecuada:* el niño mira el rostro del examinador o del cuidador, sonrío o emite sonidos intentando "conversar".

### 👁️ **Sigue los objetos en la línea media**

*Posición de niño:* decúbito dorsal (boca arriba).

Colóquese detrás del niño, coloque un pom-pom rojo encima del rostro a 20 ó 30 centímetros. Balancee suavemente el pom-pom para atraer su atención. Cuando el niño esté mirando el pom-pom muévelo lentamente para el lado derecho. En caso que el niño pierda de vista el pom-pom, reinicie el movimiento. (3 oportunidades).

Registre si el niño lo realizó. Nuevamente comience la prueba, ahora del lado izquierdo. Recuerde que en caso de que el niño pierda de vista el pom-pom, debe repetir el movimiento. (3 tentativas).

*Respuesta adecuada:* el niño acompaña el pom-pom hacia los dos lados, solamente con los ojos o con los ojos y la cabeza.

### 👁️ **Reacciona a los sonidos**

*Posición de niño:* acostado, boca arriba, en una camilla o colchoneta.

Colóquese detrás del niño y sostenga un sonajero al lado y cerca de la oreja derecha (20 a 30 cms.) de tal modo que no pueda verlo. Sacúdalo suavemente y pare (primera tentativa). Nuevamente comience la prueba, ahora en la oreja izquierda. Recuerde que si el niño no responde, puede repetir el estímulo hasta tres veces.

*Respuesta adecuada:* el niño muestra cualquier cambio de comportamiento, tal como movimiento de los ojos, cambio de expresión o de frecuencia respiratoria.

### 👁️ **Eleva la cabeza**

*Posición del niño:* decúbito ventral (boca abajo) en una camilla o colchoneta.

*Respuesta adecuada:* el niño levanta la cabeza en la línea media, elevando el mentón de la superficie sin girar para uno de los lados.



## CUATRO A MENOS DE SEIS MESES

### 👁️ **Responde al examinador**

*Posición del niño:* sentado en el regazo del cuidador, de frente al examinador. Colóquese de frente al niño de manera que él pueda ver su rostro. Converse con él: "Oh, qué lindo bebé" o algo semejante. Observe la reacción del niño (sonrisa, vocalización o llanto). En caso de que el niño no responda, pida al cuidador o acompañante que se posicione frente a él y le hable. Observe la respuesta del niño.



*Respuesta adecuada:* el niño mira el rostro del examinador o del cuidador, sonrío o emite sonidos intentando “conversar”.

### 👁️ **Agarra objetos**

*Posición del niño:* con el niño acostado o en el regazo del cuidador.

Toque el dorso o la punta de sus dedos con un objeto que puede ser un juguete.

*Respuesta adecuada:* el niño agarra el objeto por algunos segundos.



### 👁️ **Emite sonidos**

*Posición del niño:* en decúbito dorsal (boca arriba) sobre la camilla o una colchoneta.

Colóquese frente del niño de manera que él pueda ver su rostro. Converse con él: “¡Oh, qué bebé tan lindo!” o cosas semejantes. Observe si el niño ríe emitiendo sonido.

*Respuesta adecuada:* el niño emite sonidos (gugu, aaaa, eeee, etc.) o el cuidador dice que lo hace en casa.



### 👁️ **Sostiene la cabeza**

*Posición del niño:* coloque al niño sentado manteniendo sus manos como apoyo en los costados de ella, o pídale el cuidador que lo haga.

Coloque al lado del niño un 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).

*Respuesta adecuada:* el niño mantiene la cabeza firme -sin movimientos oscilatorios- durante algunos segundos, considere que cumple con esta condición.



## DE SEIS A NUEVE MESES

### 👁️ **Intenta alcanzar un juguete**

*Posición del niño:* sentado en el regazo del cuidador, de frente al examinador.

Agarre un cubo rojo y colóquelo al alcance del niño (sobre la mesa o en la palma de la mano de su madre). Llame la atención del niño hacia el cubo tocando al lado del mismo. No debe darle el cubo en la mano.

*Respuesta adecuada:* el niño intenta agarrar el cubo extendiendo su brazo o adelantando su cuerpo. Él no precisa agarrar el cubo.

### 👁️ **Lleva objetos a la boca**

*Posición del niño:* sentado en el regazo del cuidador, de frente al examinador.

Agarre un cubo rojo y colóquelo al alcance del niño (sobre la mesa o sobre la palma de la mano de su madre). Llame la atención del niño hacia el cubo, tocando al lado del mismo. En caso que el niño no lo agarre, usted debe colocarlo en su mano.



*Respuesta adecuada:* el niño lleva el cubo a la boca.

### 👁️ **Localiza un sonido**

*Posición del niño:* sentado en el regazo del cuidador, de frente al examinador.

Ofrezca un juguete al niño para que se distraiga, colóquese detrás del niño, fuera de la línea de su visión y balancee un sonajero suavemente cerca de su oreja derecha. Observe la respuesta del niño y registre. Repita el estímulo en la oreja izquierda.

*Respuesta adecuada:* el niño responde girando la cabeza hacia el sonido. Debe responder en ambos lados.

### 👁️ **Muda de posición activamente (gira)**

*Posición del niño:* decúbito dorsal (boca arriba).

Coloque al lado del niño un 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).

*Respuesta adecuada:* si el niño consigue cambiar de posición, girando totalmente.



## **NUEVE A DOCE MESES**

### 👁️ **Juega a taparse y descubrirse**

*Posición del niño:* sentado en una colchoneta o en el regazo del cuidador.

Colóquese al frente del niño y juegue a desaparecer y aparecer atrás de un paño o atrás del cuidador.

*Respuesta adecuada:* el niño intenta mover el paño de su cara o mirar atrás del cuidador.



### 👁️ **Transfiere objetos entre una mano y otra**

*Posición del niño:* con el niño sentado.

Dele un cubo para agarrar. Observe si el niño lo transfiere de una mano a la otra. En caso contrario, ofrezca otro cubo extendiendo su mano en dirección de la línea media del niño y observe.

*Respuesta adecuada:* el niño transfiere el primer cubo para la otra mano.

### 👁️ **Duplica sílabas**

*Posición del niño:* sentado en una colchoneta o en la falda del cuidador.

Observe si el niño dice "papa", "dada", "mama", durante la consulta. Si no lo hiciera, intente hablar con él o diga el cuidador que hable con él. En caso de que no lo haga, pregunte el cuidador si lo hace en casa. Las palabras no precisan necesariamente tener algún significado.

*Respuesta adecuada:* el niño duplica sílabas o el cuidador le menciona que lo hace.

### 👁️ **Se sienta sin apoyo**

*Posición del niño:* pare al niño apoyado en un mueble o en una pierna del cuidador.

Entréguele un sonajero o una taza en las manos y verifique si se sienta y consigue quedarse sentado sin apoyarse en las manos.

*Respuesta adecuada:* niño consigue mantenerse sentado manteniendo un objeto con las manos, sin cualquier otro apoyo.

## DOCE A QUINCE MESES

### 👁️ **Imita gestos**

*Posición del niño:* sentado o en una colchoneta o en el regazo del cuidador.

Pregunte el cuidador qué tipo de gestos ella hace a su niño. Ejemplo: aplaudir, tirar besos o decir adiós (bye bye, chao).

Frente al niño haga algunos de esos movimientos y verifique si el niño lo imita. En el caso que el niño no quiera hacerlo, pídale el cuidador que lo estimule. Si incluso así el niño no lo hace, pregunte el cuidador si lo hace en la casa.

*Respuesta adecuada:* el niño imita el gesto. Si el cuidador dice que lo hace en casa, registre pero no compute.



### 👁️ **Pinza superior**

*Posición del niño:* sentado en una colchoneta o en el regazo del cuidador.

Coloque encima de una superficie lisa o en la palma del examinador un objeto pequeño, del tamaño de una semilla, y estimule al niño a agarrarlo. Observe y verifique cómo el niño agarra el objeto.

*Respuesta adecuada:* el niño agarra la semilla haciendo un movimiento de pinza, empleando su pulgar e índice.

### 👁️ **Produce jerga**

*Posición del niño:* sentado o en una colchoneta, en el regazo del cuidador o acostado en la camilla.

Observe si el niño produce una conversación ininteligible consigo mismo, utilizando pausas e inflexiones (esto es jerga, en la cual el patrón de voz varía y pocas o ninguna palabra es distinguible). Si no fuera posible observar esto, pregunte el cuidador si el niño emite este tipo de sonidos en la casa y registre.

*Respuesta adecuada:* el niño emite estos sonidos, o si el cuidador informa que lo hace en la casa.

### 👁️ **Camina sin apoyo**

*Posición del niño:* pare al niño apoyado en un mueble o en una pierna del cuidador.

Estando el niño de pie, pídale el cuidador que le ofrezca un apoyo (como una mano, una silla, etc.) y lo estimule a caminar.

*Respuesta adecuada:* el niño da algunos pasos con este apoyo.

## QUINCE A DIECIOCHO MESES

### 👁️ **Ejecuta gestos a pedido**

*Posición del niño:* sentado en una colchoneta o en el regazo del cuidador.

Pregunte al cuidador qué tipo de gestos ella hace a su niño. Ejemplo: aplaudir, tirar besos o decir adiós (bye bye, chao). Solicite verbalmente que el niño los ejecute y verifique si lo hace. En el caso de que el niño no quiera hacerlo, pídale al cuidador que lo estimule verbalmente a hacerlos. Si incluso así el niño no lo hace, pregunte al cuidador si lo hace en la casa.

**Nota:** usted o el cuidador no deben mostrar el gesto al niño, solo hay que pedirle verbalmente que lo haga.

*Respuesta adecuada:* el niño hace el gesto. Si el cuidador dice que lo hace en casa registre, pero no compute.



### 👁️ **Coloca cubos en un recipiente**

*Posición del niño:* sentado en una colchoneta o en el regazo del cuidador.

Coloque tres cubos y una taza frente al niño sobre la mesa o colchoneta. Certifique que el niño esté atento a lo que está haciendo. Agarre los cubos y colóquelos dentro de la taza, demostrándole cómo hacerlo y explicándoselo. Retire los cubos y pida que haga lo mismo, indicando con el dedo índice el interior de la taza. La demostración puede repetirse tres veces.

*Respuesta adecuada:* si el niño coloca por lo menos un cubo dentro del recipiente y lo suelta.



### 👁️ **Dice una palabra**

*Posición del niño:* sentado en una colchoneta o en el regazo del cuidador.

Observe si durante la consulta el niño produce palabras en forma espontánea. Registre. En caso de que el niño no lo haga, pregúntele al cuidador cuántas palabras dice el niño y cuáles son. *Respuesta adecuada:* el niño dice tres palabras que no sean "papá" "mamá", o dice el nombre de algún miembro de la familia o de animales que convivan con él, o si el cuidador informa que lo hace en casa.



### 👁️ **Camina sin apoyo**

*Posición del niño:* niño de pie.

Pídale al cuidador que lo estimule a caminar. Observe caminar al niño. Quédese cerca para ofrecer apoyo en caso de que el niño lo necesite.

*Respuesta adecuada:* si camina bien, con buen equilibrio, sin apoyarse.

## DIECIOCHO A VEINTICUATRO MESES

### 👁️ **Identifica dos objetos**

*Posición del niño:* sentado en el regazo del cuidador o en una colchoneta.

Coloque tres objetos sobre la colchoneta o mesa: un lápiz, una pelota y una taza; uno al lado

del otro y cerca del niño. Solicite al niño: “dame la pelota”. Registre la respuesta del niño: si el niño apunta o agarra otro objeto, tome el objeto –sin que parezca reprobación- y póngalo nuevamente en el lugar inicial.

Solicite nuevamente al niño “dame el lápiz”. Registre la respuesta del niño. Acepte el objeto sin mostrar aire de reprobación y recoloque en el lugar inicial.

Solicite nuevamente al niño “dame la taza”. Registre la respuesta del niño. Acepte el objeto sin mostrar aire de reprobación y recoloque en el lugar inicial.

*Respuesta adecuada:* el niño alcanza o señala correctamente dos o tres objetos. Si el cuidador dice que lo hace en casa, registre pero no compute.



### 👁️ **Garabatea espontáneamente**

*Posición del niño:* sentado en la falda del cuidador o en una colchoneta.

Coloque una hoja de papel (sin rayas) y un lápiz sobre la mesa, en frente del niño. Puede colocar el lápiz en la mano del niño, y estimularlo a garabatear, pero no puede demostrarle cómo hacerlo.

*Respuesta adecuada:* el niño hace garabatos en el papel de manera espontánea. No considere garabatos aquellos accidentales, causados por golpear el papel con el lápiz.

### 👁️ **Dice tres palabras**

*Posición del niño:* sentado en una colchoneta o en el regazo del cuidador.

Observe si durante la consulta el niño produce palabras en forma espontánea. Registre. En caso de que el niño no lo haga, pregúntele al cuidador cuántas palabras produce en casa.

*Respuesta adecuada:* el niño dice tres palabras que no sean “papá” “mamá”, o el nombre de algún miembro de la familia o de animales que convivan con él, o el cuidador informa que lo hace en casa.

### 👁️ **Camina para atrás**

*Posición del niño:* de pie.

Observe si durante la consulta el niño camina para atrás o, en caso de que esto no ocurra, pídale al niño que abra la puerta de la sala de examen y verifique si el niño camina para atrás.

*Respuesta adecuada:* el niño da dos pasos para atrás sin caerse, o el cuidador refiere que lo hace en su casa.

## 2 AÑOS A 2 AÑOS 6 MESES

### 👁 **Se quita la ropa**

*Posición del niño:* cualquier posición.

Durante el examen del niño, solicite que se quite cualquier pieza de ropa excepto las medias o zapatos que son fáciles de quitar. El objetivo de esta condición es verificar la independencia del niño. Si el niño no quisiera quitarse una de las prendas con las que está vestido, pregúntele al cuidador si lo hace en la casa.

*Respuesta adecuada:* el niño fue capaz de quitarse cualquiera de sus prendas, tales como pantalón, camisa, camiseta, vestido, etc., o si el cuidador indica que lo hace en casa.

### 👁 **Construye una torre de tres cubos**

*Posición del niño:* sentado en el regazo del cuidador o en el piso.

Coloque tres cubos sobre la mesa o el piso en frente de él. Agarre otros tres cubos para usted y haga una torre con ellos. Dígale al niño "haz una torre como la mía". Reforzando "construye una torre como la mía". Son permitidas tres tentativas.

*Respuesta adecuada:* el niño coloca por lo menos tres cubos, uno sobre otro, y estos no se caen cuando él retira la mano.

### 👁 **Señala dos figuras**

*Posición del niño:* sentado en el regazo del cuidador o en una colchoneta.

Muestre al niño una hoja de papel con cinco figuras de elementos con los que el convive, tales como una muñeca, un perro, un gato o una flor. Pida al niño: "Muéstrame a la niña" o "¿Dónde está la niña?". Repita el mismo procedimiento para todas las figuras. Registre la respuesta del niño.

*Respuesta adecuada:* el niño señala correctamente por lo menos dos de las 5 figuras.

### 👁 **Patea una pelota**

*Posición del niño:* de pie. Ponga una pelota a más o menos 15 centímetros del niño o empuje la pelota hacia el niño. Verifique si el niño patea la pelota. Puede demostrarle cómo hacerlo.

*Respuesta adecuada:* el niño patea la pelota sin apoyarse en otros objetos, entonces cumple con esta condición.



## 2 AÑOS Y 6 MESES A 3 AÑOS

### **Se viste con supervisión**

*Posición del niño:* cualquier posición.

Durante el examen del niño, solicite al niño que se ponga cualquier prenda de vestir, exceptuando un sombrero o sandalias que son fáciles de colocar. El objetivo es verificar si el niño es capaz de vestir una prenda de ropa tal como calzoncillos, medias, zapatos, abrigo, etc. demostrando independencia. Los zapatos no necesariamente deben estar atados o en los pies correctos. Un gorro colocado casualmente sobre la cabeza no debe ser considerado. Si no lo hace, pregunte el cuidador si lo hace en casa.

*Respuesta adecuada:* el niño viste una prenda o su madre relata que lo hace en casa.

### **Construye torre de 6 cubos**

*Posición del niño:* sentado frente al evaluador, con los codos y manos sobre la mesa.

Coloque los cubos frente al niño y aliéntelo a apilarlos. Haga una demostración previa. Son permitidas hasta tres tentativas.

*Respuesta adecuada:* el niño apila seis cubos y estos no se caen al retirar su mano.

### **Forma frases con dos palabras**

*Posición del niño:* cualquier posición.

Preste atención al lenguaje del niño durante la consulta, si no es posible, pregunte a los padres cómo hace para comunicarse. Si la descripción de los padres no fuera suficiente pregúntele si une dos palabras formando una frase con significado que indique una acción.

*Respuesta adecuada:* el niño une frases de dos palabras compuestas por un sustantivo y un verbo. Ejemplo: nene come

### **Salta con ambos pies**

*Posición del niño:* de pie.

Pida al niño que salte con ambos pies. Hágale una demostración.

*Respuesta adecuada:* salta con ambos pies, elevándolos al mismo tiempo pero no necesariamente en el mismo lugar. No puede correr antes de saltar o agarrarse de algún objeto.

### 3 AÑOS A 3 AÑOS 6 MESES

Dice el nombre de un amigo

#### 👁️ **Posición del niño: en cualquier posición.**

*Posición del niño:* en cualquier posición.

Pregunte al niño el nombre de algunos de sus amigos o compañeros que no vivan con él.

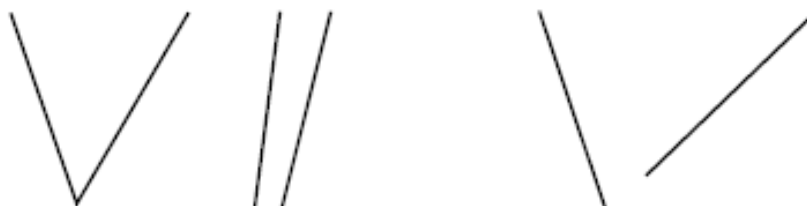
*Respuesta adecuada:* si el niño dice el nombre de un amigo. Los nombres de hermanos o primos son aceptados mientras no vivan con él. No se aceptan nombres de mascotas ni amigos imaginarios.

#### 👁️ **Imita una línea vertical**

*Posición del niño:* sentado frente a la mesa en una posición cómoda para escribir.

Coloque un lápiz y una hoja en blanco frente al niño y realice unas líneas verticales. Indíquele que dibuje unas líneas como la que usted hizo. No guíe la mano del niño. Pueden ser hechas tres demostraciones.

*Respuesta adecuada:* hace una línea o más sobre el papel de por lo menos 5 cm. de largo. Las líneas NO deberán tener una inclinación mayor de 30 grados. Las líneas pueden ser onduladas..



Correctas

Incorrectas

#### 👁️ **Reconoce dos acciones**

*Posición del niño:* cualquiera.

Muestre la hoja de figuras. Pídale que señale quién hace cada acción. "¿Quién dice miao?, ¿Quién ladra o hace guau?, ¿Quién corre o galopa?, ¿Quién habla?"

*Respuesta adecuada:* señala al menos 2 ó 3 figuras correctamente.

### 👁️ **Tira la pelota**

*Posición del niño:* de pie

Dele la pelota al niño o niña y colóquese a 90 cm. Solicite que arroje la pelota a sus brazos. Demuestre cómo debe ser hecho. Permita tres tentativas.

*Respuesta adecuada:* el niño tira la pelota por encima de los brazos, al alcance del examinador (entre la rodilla y la cabeza), directamente sin que se forme un arco. No puede ser lanzada de lado o por abajo.

## **3 AÑOS Y 6 MESES A 4 AÑOS**

### 👁️ **Se pone una camiseta**

*Posición de niño:* en cualquier posición.

Pregunte a los cuidadores si el niño es capaz de colocarse su camiseta o saco sin ayuda.

*Respuesta adecuada:* es capaz de ponerse la camiseta o saco por la cabeza y colocar los brazos en las mangas. La camiseta o saco puede estar invertida o al revés.

### 👁️ **Mueve el pulgar con la mano cerrada**

*Posición de niño:* cualquier posición.

Demuestre al niño con una o ambas manos la señal de OK. Con el pulgar hacia arriba. Inste al niño para que lo haga de la misma forma. No lo ayude poniendo la mano en la misma posición.

*Respuesta adecuada:* si el niño mueve el pulgar hacia arriba con una o ambas manos sin mover cualquiera de los otros dedos.

### 👁️ **Comprende dos adjetivos**

*Posición de niño:* en cualquier posición.

Realice las siguientes preguntas, una por vez: "¿Qué haces cuando estás con frío?" "¿Qué haces cuando estás cansado?" "¿Qué haces cuando estás con hambre?"

*Respuesta adecuada:* el niño responde correctamente 2 ó 3 palabras.

Ejemplo de respuestas correctas: Frío: "coloco una camiseta" "me voy adentro" "me tapo" (no son consideradas las respuestas referentes a estar resfriado "tengo tos" o "tomo remedio").

Cansado: "duermo" "voy a la cama" "me acuesto" Con hambre: "Como" "almuerzo" "tomo algo para comer"





### 👁️ Se para en cada pie por 1 segundo

*Posición de niño:* de pies

Muestre al niño cómo pararse en un solo pie, sin apoyarse en ningún objeto. Demuestre hasta tres tentativas. Pida luego que repita el mismo procedimiento con uno y otro pie (tres tentativas).

*Respuesta adecuada:* el niño permanece sobre un pie por lo menos un segundo en ambos pies.

## 4 AÑOS A 4 AÑOS 6 MESES

### 👁️ Aparea colores

*Posición del niño:* frente a una mesa y a los cubos.

Ofrezca al niño todos los cubos y solicite que junte los que se parecen, sin inducir un criterio de clasificación "rojo con rojo". Ej.: "¿Puedes colocar los cubos que se parecen uno al lado del otro?".

*Realización adecuada:* el niño aparea los cubos por colores, uno o más pares.

### 👁️ Copia círculos

*Posición del niño:* sentado en una mesa. En un nivel confortable para escribir.

Dé una hoja de papel en blanco y un lápiz al niño. Muestre el dibujo de un círculo. No nombre la figura ni dibuje la misma para demostrarle. Solicite al niño que copie o dibuje la figura.

*Respuesta adecuada:* cualquier forma de aproximación con un círculo, que esté cerrada o casi cerrada. Considerar fallo si hay espirales.



Adecuada



No adecuada

### 👁️ Habla inteligible

*Posición del niño:* en cualquier posición.

Durante la situación de examen, observe o escuche la inteligibilidad del habla del niño (articulación y verbalización de ideas en secuencias).

*Respuesta adecuada:* tiene habla inteligible.

### 👁️ Salta en un solo pie

*Posición del niño:* de pie.

En un área donde haya suficiente espacio, pida al niño que salte en un solo pie. Demuestre cómo debe hacerlo..

*Respuesta adecuada:* el niño salta en un solo pie una o más veces en una fila, en el mismo lugar o en saltos, sin apoyarse en nada.

## 4 AÑOS Y 6 MESES A 5 AÑOS

### 👁️ Se viste sin ayuda

*Posición del niño:* en cualquier posición.

Pregunte al adulto que acompaña al niño si este se viste y desviste solo. Debe ser capaz de vestirse completa y correctamente, sin ayuda. Él debe ser capaz de, habitualmente, retirar sus propias ropas (al menos aquellas que usa día a día para jugar).

*Respuesta adecuada:* el niño es capaz de vestirse y desvestirse solo.

### 👁️ Copia una cruz

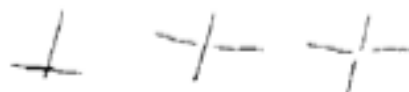
*Posición del niño:* sentado en la mesa, a un nivel que pueda escribir.

Entregue al niño un lápiz y una hoja de papel en blanco. Muéstrole una ficha con el dibujo de la cruz, sin nombrarla ni mover el dedo o lápiz para demostrar el dibujo. Diga al niño: "haz un dibujo como este". Pueden ser realizadas 3 tentativas.

*Respuesta adecuada:* el niño dibuja dos líneas que se cruzan próximo a su punto medio. Las líneas pueden ser onduladas pero el cruzamiento de las líneas debe ser hecho usando dos trazos continuos:



Adecuada



No adecuada

### 👁️ Comprende 4 preposiciones:

*Posición del niño:* de pie.

Dele un cubo y diga: "coloca el cubo encima de la mesa", "coloca el cubo debajo de la mesa", "coloca el cubo al frente mío", "coloca un cubo atrás mío".

*Respuesta adecuada:* el niño realiza 4 órdenes de 4.

👁 **Se para en cada pie por 3 seg.**

*Posición de niño:* de pie

Muestre al niño cómo pararse en un solo pie sin apoyarse en ningún objeto. Demuestre hasta tres tentativas. Pida luego que repita el mismo procedimiento con uno y otro pie.

*Respuesta adecuada:* el niño permanece sobre un pie por lo menos un segundo.

## 5 AÑOS A 5 AÑOS Y 6 MESES

👁 **Se cepilla los dientes sin ayuda**

*Posición del niño:* cualquier posición.

Pregunte a los cuidadores si el niño es capaz de cepillarse los dientes sin ayuda o supervisión (durante algún tiempo); inclusive en la colocación de la pasta dental, el cepillado de los dientes posteriores.

*Respuesta adecuada:* los cuidadores relatan que el niño es capaz de cepillar los dientes, sin ayuda o supervisión (por lo menos durante un tiempo). Los cuidadores pueden algunas veces ayudar al niño, reforzando el entrenamiento para garantizar un buen cepillado.



👁 **Señala la línea más larga**

*Posición del niño:* sentado en una mesa en un nivel confortable para escribir.

Muestre al niño una ficha con un dibujo de dos líneas paralelas (certifique que el dibujo presentado tiene las líneas en posición vertical). Pregunte al niño: “¿cuál es la línea más larga?” (No diga “mayor”). Después que el niño responde, gire la ficha de arriba hacia abajo y repita la pregunta. Gire la ficha nuevamente y repita el procedimiento por tercera vez. Si el niño no responde correctamente a las 3 preguntas, repita el procedimiento una vez más, no olvidando girar la ficha.

*Respuesta adecuada:* el niño señala la línea más larga en 3 tentativas o 5 de seis tentativas.

👁 **Define 5 palabras**

*Posición del niño:* cualquier posición.

Observe si el niño está atento a usted, entonces diga al niño: “Yo voy a decir algunas palabras y quiero que me digas qué es esa palabra”. Diga una palabra por vez. Se puede repetir hasta tres veces cada palabra, si es necesario, diciendo “dime alguna cosa sobre...”, “o que sabes sobre...”. No pida al niño que diga lo que él o ella hacen con el objeto o para qué sirve el objeto.

Pregunte una palabra por vez "¿Qué es una pelota?", "¿qué es un río?", "¿qué es una mesa?", "¿qué es una casa?", "¿qué es una banana?", "¿qué es una cortina?", "¿qué es una pared?", "¿qué es un techo?"

*Respuesta adecuada:* el niño define correctamente 5 a 7 palabras, de acuerdo con el criterio para la edad. La definición es acertada cuando incluye; 1. Uso, 2. Forma, 3. Material con el que está hecho y 4. Categoría general.

Ejemplo: Bola: jugar, círculo, goma o plástico, juguete.

Río: pescar, agua, tiene peces.

Mesa: se come, se ponen libros, se escribe, es de madera, de plástico.

Casa: se vive en ella, está hecha de ladrillos, de madera, etc.

Banano: se come, tiene cáscara, es fruta.

Cortina: cubre la ventana, no se ve por dentro.

Techo: encima del cuarto, para proteger de la lluvia.

### **👁 Se para en un pie por 5 segundos**

*Posición de niño:* de pie.

Muestre al niño cómo pararse en un solo pie sin apoyarse en ningún objeto. Demuestre hasta tres tentativas. Pida luego que repita el mismo procedimiento con uno y otro pie.

*Respuesta adecuada:* el niño permanece sobre un pie por lo menos cinco segundos.

## **5 AÑOS Y 6 MESES A < 6 AÑOS**

### **👁 Juega a "hacer de cuenta de qué" con otros niños**

*Posición del niño:* cualquier posición.

Pregunte a los cuidadores si el niño participa de juegos de hacer de cuenta (ejemplo: escuela, a la casita); tanto en el contexto familiar como en la escuela.

*Respuesta adecuada:* los cuidadores relatan que el niño participa de este tipo de juegos con otros niños.

### **👁 Dibujo de una persona con 6 partes**

*Posición del niño:* el niño debe ser colocado sentado a la mesa, en un nivel confortable para escribir.

Entregue al mismo una hoja de papel en blanco, Pídale que dibuje una persona (niño, niña, mamá, papá, etc.). Certifique que terminó el dibujo antes de calificar los ítems de la prueba. Las partes del cuerpo presentes en pares deben ser consideradas como una parte (orejas, ojos, brazos, manos, piernas y pies). Considere como un punto correcto solamente si ambas partes del par fueron dibujadas.

*Respuesta adecuada:* el niño dibujó una persona con 6 o más partes del cuerpo.



### 👁️ **Hace analogías**



*Posición del niño:* cualquier posición.

Pregunte al niño, lenta y claramente, una pregunta cada vez:

“El caballo es grande, el ratón es...”, “El fuego es caliente, el hielo es...” “Si el sol brilla durante el día, la luna brilla durante...”

*Respuesta adecuada:* el niño completa correctamente 2 frases usando antónimos, por ejemplo: Grande – pequeño. Caliente – helado, frío - congelado (mojado o agua son considerados errores). Día – noche, oscuro, negro.

### 👁️ **Marcha punta talón**

*Posición del niño:* de pie.

Demuestre al niño cómo andar en línea recta, tocando la punta del pie con el talón del otro pie. Marche aproximadamente 8 pasos de esta forma, entonces pida al niño que lo imite. Si es necesario, demuestre varias veces (puede facilitarse la comprensión comparando este andar cómo “andar por la cuerda floja”). Hasta tres intentos son permitidos.

*Respuesta adecuada:* el niño consigue dar 4 o más pasos en línea recta, con el talón, a no más de 2,5 cm. de la punta del pie, sin apoyo.

## 6 AÑOS

### 👁️ **Acepta y sigue las reglas de los juegos de mesa**

*Posición del niño:* cualquier posición.

Pregunte a los cuidadores si el niño es capaz de aceptar y seguir las reglas de los juegos de mesa.

*Respuesta adecuada:* los cuidadores relatan que el niño consigue aceptar y seguir las reglas de los juegos de mesa.

### 👁️ **Copia un cuadrado**

*Posición del niño:* el niño debe ser colocado sentado frente a la mesa, en un nivel confort able para escribir.

Entregue al niño una hoja de papel en blanco y un lápiz. Muestre la ficha que tiene el dibujo del "o". No debe mencionar la figura ni mover su dedo o lápiz para demostrar cómo se dibuja. Pida al niño: "haz un dibujo como este". Pueden ser realizadas tres tentativas. Si el niño fue incapaz de copiar un cuadrado de la ficha, muéstrole cómo se hace, dibujando dos lados opuestos (paralelos) y después los otros dos opuestos (en vez de dibujar un cuadrado con movimiento continuo). Tres demostraciones o tentativas pueden ser realizadas.

*Respuesta adecuada:* el niño dibuja una figura con 4 líneas rectas y cuatro cuadrados. Los cuadrados pueden ser formados por el cruzamiento de las líneas, pero los ángulos deben ser aproximadamente correctos (no curvos ni con puntas acentuadas. El ancho debe ser menor a 2 veces el largo.



Adecuado

No adecuado

### 👁️ **Define 7 palabras**

*Posición del niño:* cualquier posición.

Observe si el niño está atento a usted, entonces diga al niño: "Yo voy a decir algunas palabras y quiero que me digas qué es esa palabra". Diga una palabra por vez. Se puede repetir hasta tres veces cada palabra, si es necesario, diciendo "dime alguna cosa sobre...", "o que sabes sobre...". No pida al niño que diga lo que él o ella hacen con el objeto o para qué sirve el objeto.

Pregunte una palabra por vez

"¿Qué es una pelota?" "¿qué es un río?" "¿qué es una mesa?" "¿qué es una casa?" "¿qué es un banano?" "¿qué es una cortina?" "¿qué es una pared?" "¿qué es un techo?"

*Respuesta adecuada:* el niño define correctamente 7 palabras, de acuerdo con el criterio para la edad. La definición es acertada cuando incluye; 1. Uso, 2. Forma, 3. Material con el que está hecho y 4. Categoría general.

### 👁️ **Se para en cada pie por 7 segundos**

*Posición de niño:* de pie

Muestre al niño cómo pararse en un solo pie sin apoyarse en ningún objeto. Demuestre

hasta tres tentativas. Pida luego que repita el mismo procedimiento con uno y otro pie (tres tentativas).

*Respuesta adecuada:* el niño permanece sobre un pie por lo menos siete segundos.

**Tabla 29.** Resumen de los ítems a examinar:

OBSERVAR	
<b>2 a 4 meses</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mira el rostro</li> <li>Sigue a un objeto</li> <li>Reacciona a un sonido</li> <li>Eleva la cabeza</li> </ul>	<b>12 a 15 meses</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coloca cubos en un recipiente</li> <li>Dice una palabra</li> <li>Camina sin apoyo</li> </ul>
<b>4 a 6 meses</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Responde al examinador</li> <li>Agarra objetos</li> <li>Emite sonidos</li> <li>Sostiene la cabeza</li> </ul>	<b>15 a 18 meses</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ejecuta gestos a pedido</li> <li>Coloca cubos en un recipiente</li> <li>Dice una palabra</li> <li>Camina sin apoyo</li> </ul>
<b>6 a 9 meses</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Intenta alcanzar un juguete</li> <li>Lleva objetos a la boca</li> <li>Localiza un sonido</li> <li>Muda de posición activamente (gira)</li> </ul>	<b>18 a 24 meses</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifica dos objetos</li> <li>Garabatea espontáneamente</li> <li>Dice tres palabras</li> <li>Camina para atrás</li> </ul>
<b>9 a 12 meses</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Juega a taparse y descubrirse</li> <li>Transfiere objetos entre una mano a la otra</li> <li>Duplica sílabas</li> <li>Se sienta sin apoyo</li> </ul>	

OBSERVAR		
<b>2 años a 2 años y seis meses</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se quita la ropa</li> <li>Construye una torre de tres cubos</li> <li>Señala Figuras</li> <li>Patea una pelota</li> </ul>	<b>3 años y 6 meses a 4 años</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se pone una camiseta</li> <li>Mueve el pulgar con mano cerrada</li> <li>Comprende dos adjetivos</li> <li>Se para en cada pie por 1 segundo</li> </ul>	<b>5 años a 5 años y 6 meses</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se cepilla los dientes sin ayuda</li> <li>Señala la línea más larga</li> <li>Define cinco palabras</li> <li>Se para en un pie por 5 segundos</li> </ul>
<b>2 años y 6 meses a tres años</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se viste con supervisión</li> <li>Construye torre de 6 cubos</li> <li>Forma frases de dos palabras</li> <li>Salta con ambos pies</li> </ul>	<b>4 años a 4 años y 6 meses</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aparea colores</li> <li>Copia círculo</li> <li>Habla inteligible</li> <li>Salta en un solo pie</li> </ul>	<b>5 años y 6 meses a &lt; 6 años</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Juega a "hacer de cuenta"</li> <li>Dibuja una persona con 6 partes</li> <li>Hace analogías</li> <li>Marcha en punta - talón</li> </ul>
<b>3 años a 3 años y 6 meses</b>	<b>4 años y 6 meses a 5 años</b>	<b>6 años</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dice el nombre de un amigo</li> <li>• Imita una línea vertical</li> <li>• Reconoce dos acciones</li> <li>• Tira la pelota</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se viste sin ayuda</li> <li>• Copia una cruz</li> <li>• Comprende 4 preposiciones</li> <li>• Se para en cada pie por tres segundos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acepta y sigue las reglas del juego</li> <li>• Copia un cuadrado</li> <li>• Define 7 palabras</li> <li>• Se para en cada pie por 7 segundos</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 11.2 CLASIFICAR EL DESARROLLO DEL NIÑO

Existen cuatro posibles clasificaciones para el desarrollo del niño:

- **SOSPECHA DE RETRASO DEL DESARROLLO**
- **DESARROLLO NORMAL CON FACTORES DE RIESGO**
- **ALERTA PARA EL DESARROLLO**
- **DESARROLLO NORMAL**

**Tabla 30.** Clasificación para el desarrollo del niño

<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de una o más condiciones para la franja etaria anterior.</li> <li>• Perímetro cefálico <math>&lt; -2</math> DE o <math>&gt; +2</math> DE para la edad.</li> <li>• Presencia de 3 o más alteraciones fenotípicas.</li> </ul>	<p><b>SOSPECHA DE RETRASO DEL DESARROLLO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referir para evaluación por especialista (pediatría o neuropediatría).</li> <li>• Enseñe signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>• Recomendación de cuidados en casa y medidas preventivas específicas.</li> <li>• Consulta de seguimiento en 7 días.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El niño cumple todas las condiciones para el grupo de edad al que pertenece, pero hay uno o más factores de riesgo.</li> </ul>	<p><b>DESARROLLO NORMAL CON FACTORES DE RIESGO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aconseje cómo estimular al niño para lograr el desarrollo adecuado para la edad.</li> <li>• Enseñe al cuidador signos de alarma para regresar de inmediato.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de una o más condiciones para el grupo de edad al que pertenece el niño.</li> </ul>	<p><b>ALERTA PARA EL DESARROLLO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidas preventivas específicas.</li> <li>• Consulta de seguimiento en 30 días.</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumple todas las condiciones para el grupo de edad al que pertenece el niño y no hay factores de riesgo.</li> </ul>	<b>DESARROLLO NORMAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Felicite al cuidador.</li> <li>• Aconseje al cuidador para que continúe estimulando a su hijo de acuerdo a su edad.</li> <li>• Enseñe al cuidador los signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>• Asegure consulta de crecimiento y desarrollo.</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## SOSPECHA DE RETRASO DEL DESARROLLO

Si el niño presenta ausencia de una o más condiciones para el grupo de edad anterior, presenta al examen físico tres o más alteraciones fenotípicas o perímetro cefálico con alteración de 2 o más desviaciones estándar por arriba o por debajo de la media normal para la edad, clasifique como **SOSPECHA DE RETRASO DEL DESARROLLO**. Refiera al niño para una evaluación neuropsicomotora y para que el cuidador sea aconsejada por un especialista (pediatra o neuropediatra, según corresponda) con mayor experiencia en el desarrollo infantil. Si el niño presenta alteraciones fenotípicas puede ser referido también a un servicio de genética médica para estudio y consejería familiar. Explique al cuidador que el niño está siendo referido para una mejor evaluación y definir la conducta ideal para el menor.

## DESARROLLO NORMAL CON FACTORES DE RIESGO

Si todas las condiciones para el grupo de edad están presentes, pero existen factores de riesgo, clasifique como **DESARROLLO NORMAL CON FACTOR DE RIESGO**. Aconseje al cuidador sobre la estimulación del niño y el adecuado acompañamiento del desarrollo de su hijo de acuerdo a su edad. Realice consulta de seguimiento en 30 días, el niño debe continuar con un desarrollo adecuado para la edad, si no es así, refieralo para valoración especializada. Enseñe al cuidador los signos de alarma para consultar de inmediato, como convulsiones o si deja de realizar una de las pautas ya alcanzadas (pérdida de pautas).

## ALERTA PARA EL DESARROLLO

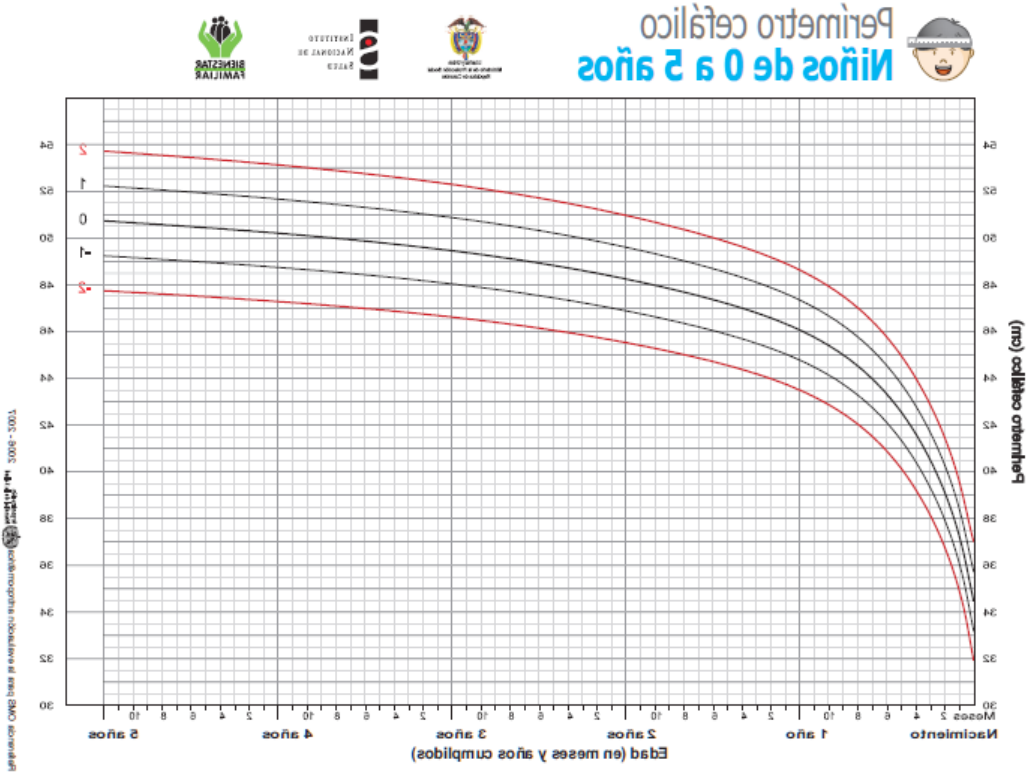
Si el niño no cumple con alguna de las condiciones para su grupo de edad tiene **ALERTA PARA EL DESARROLLO**. Aconseje al cuidador sobre la estimulación del niño, en especial en como estimular la actividad que no realiza. Realice consulta de seguimiento en 30 días, el niño debe tener en este momento un desarrollo adecuado para la edad, si no es así, refieralo para valoración especializada. Enseñe al cuidador los signos de alarma para consultar de inmediato, entre estos tendríamos si presenta convulsiones o si deja de realizar una de las pautas ya alcanzadas (pérdida de pautas).

## DESARROLLO NORMAL

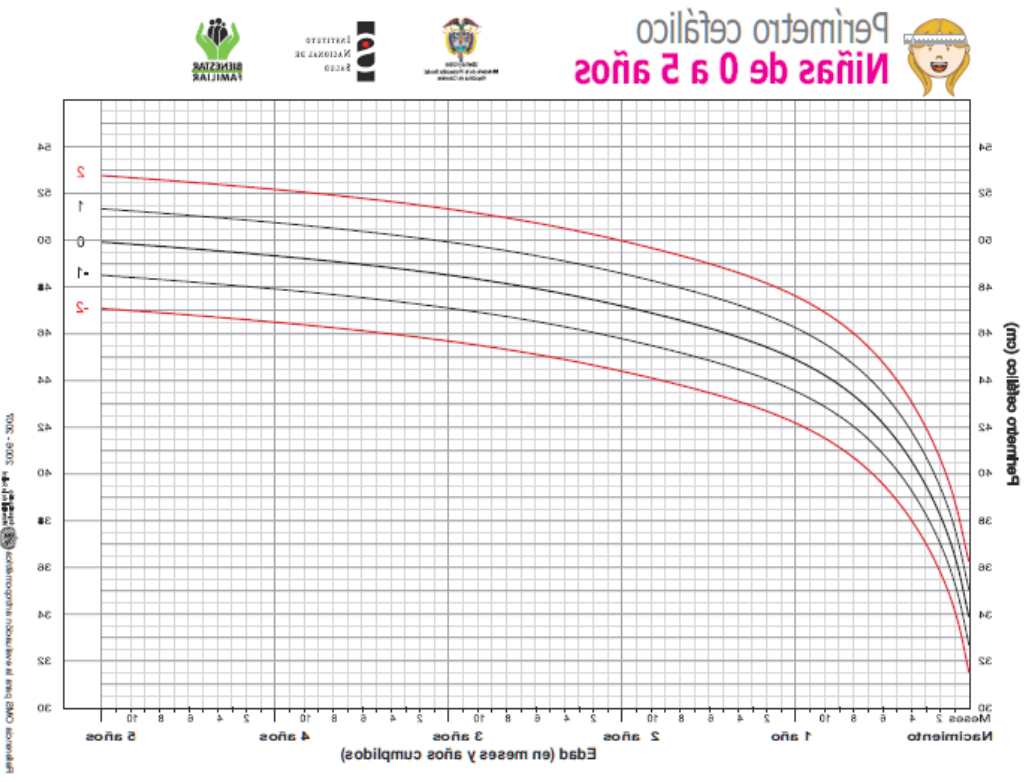
Si el niño cumple todas las condiciones del grupo de edad al que pertenece y además no está presente ningún factor de riesgo, se clasifica como DESARROLLO NORMAL. Felicite y aconseje al cuidador para que continúe estimulando a su hijo. Oriente para volver a control de desarrollo de acuerdo a la rutina del servicio de salud. Sería ideal cada dos meses entre los dos y seis meses y posteriormente cada tres meses hasta los 18 meses y luego cada seis meses hasta los cinco años.



soñe 2 a 0 eb soñiñ



soñe 2 a 0 eb sañiñ



**FIGURAS A UTILIZAR EN LOS EJERCICIOS:**





## EJERCICIO

### CASO IVO

Ivo tiene 9 meses, vive en Cali y fue llevado al Servicio de Salud porque tenía mucha tos. En su consulta, el profesional, luego de evaluarlo, encontró que no estaba vomitando y estaba alerta, tolerando la vía oral. Peso: 8 kg., Talla 78 cm., FC 112 x' y FR 50 x' y saturación 93%. Al evaluar la tos, el médico se entera que tiene tos hace 10 días, que se ha manejado con inhaladores.

No tiene tiraje, y al auscultar hay estridor inspiratorio y sibilancias de final de espiración. No tiene diarrea, no tiene fiebre, no refiere dolor de oído ni de garganta. Tiene erupción de los primeros incisivos inferiores; al cuidador se los limpia con gasa húmeda todos los días dos veces al día. Aún no ha ido al odontólogo porque le dijeron que hasta después del año en el servicio de salud. Los padres lo cuidan mucho y se observan felices.

Luego preguntó al cuidador cómo encontraba ella el desarrollo de su hijo. La madre indicó que Ivo era un poco flojo y que no era capaz de sentarse solo. Sí toma objetos y los transfiere de una mano a otra, dice "papá" y "dada" y juega a taparse y esconderse, pero cuando es puesto boca arriba, no consigue dar vuelta y quedar boca abajo. Investigando en cuanto al embarazo, parto y nacimiento, el cuidador contó que él no fue prematuro y que pesó 3,100 gramos al nacer, pero que demoró en llorar luego del parto y tuvieron que darle oxígeno. No obstante, su perímetro cefálico fue de 36 cm., presentó implantación baja del pabellón auricular, ojos con hendidura oblicua hacia arriba y clinodactilia.

Utilice la historia clínica para clasificar a Ivo.

### AIEPI - ATENCIÓN DEL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS

FECHA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ N° HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ CONSULTA EXTERNA: \_\_\_\_\_ URGENCIAS: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ CONSULTA INICIAL: \_\_\_\_\_ CONTROL: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: AÑOS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_ SEXO (F) (M)  
 NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN (barrio o vereda): \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO / CELULAR: \_\_\_\_\_

#### MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS IMPORTANTES:

¿Cómo fue el embarazo? y ¿Cuánto duró? \_\_\_\_\_ ¿Cómo fue el parto? \_\_\_\_\_  
 PESO al nacer \_\_\_\_\_ g. TALLA al nacer \_\_\_\_\_ cm. ¿Presentó algún problema neonatal? \_\_\_\_\_  
 Enfermedades previas y hospitalizaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C. FC: \_\_\_\_\_ /min. FR: \_\_\_\_\_ /min. TALLA: \_\_\_\_\_ cm. PESO: \_\_\_\_\_ Kg. PC: \_\_\_\_\_ cm. IMC: \_\_\_\_\_

#### VERIFICAR SI EXISTEN SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL

No puede beber o tomar del pecho \_\_\_\_\_ Letárgico o inconsciente: \_\_\_\_\_ ENFERMEDAD MUY GRAVE

Vomita todo \_\_\_\_\_ Convulsiones: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### ¿TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

#### CRUP GRAVE

Desde hace _____ días.	Respiración por minuto _____ Respiración rápida _____	BRONQUIOLITIS GRAVE SIBILANCIA RECURRENTE (GRAVE) CRUP BRONQUIOLITIS SIBILANCIA (RECURRENTE) NEUMONÍA GRAVE NEUMONÍA TOS O RESFRIADO
Primer episodio de sibilancias: SI _____ NO _____	Tiraje subcostal SaO <sub>2</sub> <92% (90% altura > 2.500 msnm)	
Sibilancias recurrentes: SI _____ NO _____	Tiraje supraclavicular _____	
Cuadro gripal últimos 3 días SI _____ NO _____	Estridor _____ Sibilancias _____	
Antecedente prematuridad: SI _____ NO _____	Apnea _____ Incapacidad para hablar o beber _____	
OBSERVACIONES: _____ _____ _____	Somnoliento _____ Confuso _____ Agitado _____	

#### ¿TIENE DIARREA?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Desde hace _____ días.	Letárgico o comatoso _____	DESHIDRATACIÓN GRAVE ALGÚN GRADO DESHIDRATACIÓN ALTO RIESGO DESHIDRATACIÓN SIN DESHIDRATACIÓN DIARREA PERSISTENTE GRAVE DIARREA PERSISTENTE DISENTERÍA
¿Hay sangre en las heces? SI _____ NO _____	Intranquilo o irritable _____	
¿Tiene vómito? SI _____ NO _____	Ojos hundidos _____	
# Vómitos en las últimas 24 h _____	Bebe mal o no puede beber _____	
# Diarreas en las últimas 24 h _____	Bebe ávidamente con sed _____	
# Diarreas en las últimas 4 h _____	Pliegue cutáneo: Inmediato _____ Lento _____ Muy lento _____	
OBSERVACIONES: _____ _____ _____		



¿TIENE FIEBRE?		SI _____ NO _____
Desde hace _____ días.	Rigidez de nuca _____ Apariencia de enfermo grave _____	<b>ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO</b> <b>ENF. FEBRIL RIESGO INTERMEDIO</b> <b>ENF FEBRIL DE RIESGO BAJO</b>  <b>MALARIA COMPLICADA</b> <b>MALARIA</b>  <b>DENGUE GRAVE</b> <b>DENGUE CON SIGNOS ALARMA</b> <b>DENGUE SIN SIGNOS ALARMA</b>
SI > 5 días: Todos los días SI _____ NO _____	Manifestaciones de sangrado _____ Aspecto tóxico _____	
Fiebre > 38°C SI _____ NO _____	Respuesta social: Normal ___ Inadecuada ___ Sin Respuesta ___	
Fiebre > 39° C SI _____ NO _____	Piel: Pálida _____ Moteada _____ Cenicienta _____ Azul _____	
<b>Vive o visita en los últimos días</b>	Erupción cutánea general _____ Dolor abdominal _____	
Zona Dengue SI _____	Cefalea _____ Malgias _____ Artralgias _____ Postración _____	
Zona Malaria: Urbana _____ Rural _____	P. torniquete(+) _____ Lipotimia _____ Hepatomegalia _____ Edemas _____	
Disminución afuresis: SI _____ NO _____	Pulso rápido y fino _____ Llenado capilar >2 seg _____ Ascitis _____	
Laboratorios: CH Leucocitos >15.000 o < 4.000 Neutrófilos > 10.000 Plaquetas < 100.000 HTO alto	Parcial de orina compatible con infección Gota gruesa positiva _____	
OBSERVACIONES: _____		

¿ TIENE PROBLEMA DE OÍDO?		SI _____ NO _____
¿Tiene dolor de oídos? SI _____ NO _____	Tumefacción dolorosa detrás de la oreja _____	<b>MASTOIDITIS</b> <b>OTITIS MEDIA CRÓNICA</b> <b>OTITIS MEDIA RECURRENTE</b> <b>OTITIS MEDIA AGUDA</b> <b>NO TIENE OTITIS</b>
¿Tiene supuración? SI _____ NO _____ hace _____ días	Tímpano rojo y abombado _____	
Nº EPISODIOS PRECIOS: _____ en _____ meses	Supuración de oído _____	
OBSERVACIONES: _____		

¿TIENE UN PROBLEMA DE GARGANTA?		SI _____ NO _____
¿Tiene dolor de garganta? SI _____ NO _____	Ganglios del cuello crecidos y dolorosos _____	<b>AMIGDALITIS</b> <b>ESTREPTOCÓCIDA</b> <b>AMIGDALITIS VIRAL</b> <b>NO TIENE AMIGDALITIS</b>
	Amígdalas eritematosas _____	
	Exudado blanquecino-amarillento en amígdalas _____	
OBSERVACIONES: _____		

ENSEGUIDA, VERIFICAR LA SALUD BUCAL		
¿Tiene dolor al comer - masticar? SI _____ NO _____	Inflamación dolorosa del labio _____ No involucra surco _____	<b>CELULITIS FACIAL</b> <b>ENFERMEDAD BUCAL GRAVE</b> <b>TRAUMA BUCODENTAL</b> <b>ESTOMATITIS</b> <b>ENFERMEDAD DENTAL Y GINGIVAL</b>  <b>ALTO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL</b> <b>BAJO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL</b>
¿Tiene dolor en los dientes? SI _____ NO _____	Enrojecimiento inflamación encía _____ Localizado _____	
¿Trauma en cara o boca? SI _____ NO _____	Generalizado _____	
¿Tienen padres/hermanos caries? SI _____ NO _____	Deformación contorno de encía _____ Exudado pus _____	
¿Cuándo le limpia boca? Mañana SI _____ NO _____	Vesículas úlceras _____ Placas : encía lengua paladar _____	
Medio día SI _____ NO _____ Noche SI _____ NO _____	Fractura _____ Movilidad _____ Desplazamiento _____	
¿Cómo supervisa la limpieza? le limpia los dientes SI _____ NO _____ Niño solo SI _____ NO _____	Extrusión _____ Intrusión _____ Avulsión _____	
¿Qué utiliza? Cepillo SI _____ NO _____	Herida mucosa bucal _____ encía _____ lengua _____	
Crema SI _____ NO _____ Seda SI _____ NO _____	Manchas blancas _____ cafés _____	
¿Utiliza chupo o biberón ? SI _____ NO _____	Caries cavitacionales _____ placa bacteriana _____	
OBSERVACIONES: _____		
¿Cuándo fue la última consulta odontológica _____		



VERIFICAR EL CRECIMIENTO		
Emaciación visible SI ___ NO ___	Peso/Edad: DE ___ <-3 Desnutrición global severa (solo en menores de dos años) <-2 a ≥-3 Desnutrición global <-1 a ≥-2 Riesgo desnutrición ≤-1 a ≥-1 Peso adecuado para edad	<b>OBESO</b>  <b>SOBREPESO</b>  <b>DESNUTRICIÓN SEVERA</b>  <b>DESNUTRICIÓN</b>  <b>RIESGO DESNUTRICIÓN</b>  <b>ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL</b>
Edema en ambos pies SI ___ NO ___	Talla/Edad: DE ___ <-2 Desnutrición crónica o retraso crecimiento ≥-2 a ≥-1 Riesgo DNT con bajo P/T ≥-1 Talla adecuada /edad	
IMC/Edad: ___ DE ___ >2 obesidad >1 a ≤ 2 sobrepeso	Peso/Talla DE ___ <-3 Desnutrición aguda severa ≥-3a <-2 DNT Aguda - Peso bajo/ Talla ≥-2a <-1 Riesgo DNT con bajo P/T ≥-1a ≤ 1 Peso adecuado para talla <-1 a ≤2 Sobrepeso < 2 Obesidad	
Tendencia peso: Ascendente Horizontal Descendente		

VERIFICAR SI TIENE ANEMIA	
Ha recibido hierro en los últimos 6 meses: ___ Palidez palmar ___ Intensa ___ Leve ___	<b>ANEMIA SEVERA</b>  <b>ANEMIA</b>  <b>O TIENE ANEMIA</b>
¿Cuándo? ___ ¿Cuánto tiempo? ___ Palidez conjuntival ___ Intensa ___	
OBSERVACIONES: _____ _____ _____	

EN SEGUIDA VERIFICAR SI TIENE MALTRATO		
¿Cómo se produjeron las lesiones? ¿El niño relata maltrato? SI ___ NO ___ ¿Cuál? Físico ___ Sexual ___ Negligencia ___ ¿Quién? ¿Testigo relata maltrato? SI ___ NO ___ ¿Hay incongruencia para explicar un trauma significativo? SI ___ NO ___ ¿Existe incongruencia entre lesión-edad-desarrollo del niño? SI ___ NO ___ ¿Hay diferentes versiones? SI ___ NO ___ ¿Es tardía la consulta? SI ___ NO ___ ¿Con qué frecuencia se ve obligado a pegarle a su hijo? _____ ¿Qué tan desobediente es su hijo que se ve obligado a pegarle? _____ Comportamiento anormal de los padres: desespero - impaciencia - intolerancia Agresividad en la consulta ¿Esta descuidado el niño en su salud? SI ___ NO ___ Por _____ ¿Esta descuidado el niño en higiene-protección - alimentación - Niño de calle _____ Factor de riesgo: discapacitado ___ hiperactivo ___ ¿Actitud a normal del niño? SI ___ NO ___ Temeroso - retraído - rechazo adulto - deprimido - evita contacto visual - trastorno sueño - trastorno alimentario - problemas sicosomáticos - conductas regresivas - desarrollo estancados - violencia intrafamiliar - familia caótica - Cuidadores adictos	Lesiones en cráneo: fracturas - Hematomas _____ Quemaduras: Áreas cubiertas por ropa _____ Patrón simétrico, límite bien demarcado _____ Denota el objeto con que fue quemado en espalda, dorso, nalgas _____ Equimosis - hematomas - laceraciones - mordiscos - cicatrices lejos de la prominencia osea con patrón del objeto agresor _____ Diferente evolución en niños que deambulan - sugestivas de maltrato _____ Fracturas: Costillas - huesos largos _____ Espirales, oblicuas, metafisarias ___ Esternón - escápula - menor de 5 años _____ Trauma visceral - trauma grave _____ Lesión física sugestiva _____ Sangrado vaginal o anal traumático _____ Trauma genital: laceración aguda o equimosis himen _____ Laceración perianal desde esfínter Ausencia himen - himen cicatrizado Cicatriz navicular - ano dilatado _____ Hallazgo semen - flujo genital Cuerpo extraño en vagina o ano Vesículas o verrugas genitales Juego con contenido sexual - boca en genitales VIH - Gonorrea - Sífilis - Trichoma vaginalis > la Chlamydia trachomatis > 3a. - Condiomatosis.	<b>MALTRATO FÍSICO MUY GRAVE</b>  <b>ABUSO SEXUAL</b>  <b>MALTRATO FÍSICO</b>  <b>SOSPECHA ABUSO SEXUAL</b>  <b>MALTRATO EMOCIONAL</b>  <b>NEGLIGENCIA O ABANDONO</b>  <b>NO HAY SOSPECHA MALTRATO</b>
OBSERVACIONES _____ _____ _____		





ENSEGUIDA, EVALUAR EL DESARROLLO		
Tiene algún antecedente importante para el desarrollo: _____ _____	Realiza 1 2 3 4 condiciones para la edad Ausencia 1 2 3 4 condiciones para la edad Ausencia 1 2 3 4 condiciones del grupo anterior	<b>SOSPECHA DE RETRASO DEL DESARROLLO</b>
Tiene algún factor de riesgo: _____ _____	Parámetro cefálico: _____ cm ____DE <-2 DE Alteraciones fenotípicas: _____	<b>DESARROLLO NORMAL CON FACTOR DE RIESGO</b>
		<b>ALERTA PARA EL DESARROLLO</b>
		<b>DESARROLLO NORMAL</b>
Observaciones: _____ _____ _____		

## 12. VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DEL NIÑO

Uno de los mayores avances en la historia de la medicina, además de la disponibilidad de agua potable, ha sido la prevención de las enfermedades infecciosas por medio de la inmunización activa con las vacunas, debido a su demostrada eficacia y por su positiva relación costo beneficio. En el último siglo se ha presentado una “explosión” de conocimientos para el desarrollo de nuevas vacunas que han permitido el control y una notable disminución de los casos y costos sociales en enfermedades que antes eran el azote de poblaciones enteras; como poliomielitis, sarampión, fiebre amarilla, difteria y tétanos. Sin embargo, todavía está presente la amenaza de epidemias, tal como lo ocurrido con el cólera y el resurgimiento de la fiebre amarilla. Pero también hay que mencionar los logros alcanzados como la erradicación de la viruela, la certificación del continente Americano como un territorio libre de poliovirus salvaje, y que se tengan entre nuestras metas la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita.

Hoy en día existe un gran número de vacunas nuevas, así como vacunas en forma combinada, que constituyen un reto para el país en cuanto a asegurar una introducción sostenible de estas vacunas en los programas de inmunización. Esta situación genera, a su vez, la necesidad de renovar y expandir la cadena de frío existente. Los procesos de descentralización y de reforma del sector de la salud exigen la reformulación de las estrategias de vacunación y el fortalecimiento de la vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles, a fin de mantener y aumentar las coberturas de vacunación.

En este milenio, las vacunas constituyen todavía la estrategia más costo-efectiva para prevenir enfermedades y evitar tratamientos de costo elevado. Es indispensable que en cada contacto que tengan los niños con los servicios de salud se indague sobre su estado de vacunas, con el fin de garantizar que se completen sus esquemas de vacunación.

En TODOS los niños deberán revisarse los antecedentes de vacunación a partir del carné de vacunación, de igual manera se debe indagar con el cuidador si Ha recibido todas las vacunas recomendadas para su edad Y si necesita alguna vacuna en ese momento.

Cuando se revise el estado de vacunación, utilice el ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN DEL MINISTERIO DE LA SALUD. Mire el cuadro Evaluar y Clasificar y ubique el esquema de vacunación recomendado.



**Tabla 31.** Programa Ampliado de Inmunización–Esquema Nacional 2015

BIOLÓGICO	NIÑOS Y NIÑAS								
	0 – 11 MESES Y 29 DÍAS				12 – 23 MESES Y 29 DÍAS		5 AÑOS	2 A 17 AÑOS CRITERIO DE RIESGO	9 A 17 AÑOS MUJERES
	0-29 DIAS	2 MESES	4 MESES	6 MESES	12 MESES	18 MESES			
BCG (tuberculosis)	■								
Hepatitis B	■								
Pentavalente (Difteria, tetanos, tosferina, hepatitis B, Haemophilus tipo B)		■	■	■		■			
Antipolio IM		■							
Antipolio Oral			■	■		■	■		
Antirotavirus		■	■						
Neumococo conjugado		■	■		■				
Triple viral (sarampion, rubeola, parotiditis)					■		■		
Varicela					■				
Anti amarilla (fiebre amarilla)						■			
Hepatitis A					■				
DPT (Difteria, tetanos, tosferina)							■		
VPH (Virus Papiloma Humano)									■
Influenza estacional				■	■	■		■	

Algunas consideraciones a tener en cuenta con las vacunas:

Administre la vacuna recomendada cuando el niño tenga la edad apropiada para esa dosis y así obtendrá una adecuada estimulación del sistema inmune y protección para cada una de las enfermedades inmunoprevenibles. Todos los niños deberán recibir todas las vacunas indicadas.

Si el niño no ha recibido las vacunas a la edad recomendada, administre las que le hacen falta. Administre las dosis restantes en intervalos de cuatro semanas por lo menos. Nunca se deben reiniciar esquemas y se debe tratar de recuperar la historia vacunal del niño.

## ESQUEMA DE VACUNACIÓN PARA NIÑOS ENTRE 12 A 23 MESES SIN ANTECEDENTE VACUNAL O CON ESQUEMA INCOMPLETO

- **Sin antecedente de vacunación:**

- Tres dosis de VOP con intervalo de cuatro semanas.
- Una dosis de pentavalente (DPT-1, HB-1, Hib-1).
- Dos dosis de DPT monovalente con intervalo de cuatro semanas después de la pentavalente inicial.
- Dos dosis de HB (hepatitis B) monovalente con intervalo de cuatro semanas después de la pentavalente inicial.
- Una dosis de triple viral.
- Una dosis de varicela.
- Una dosis de hepatitis A.
- Una dosis de fiebre amarilla.
- Dos dosis de neumococo con un intervalo de dos meses (Según lineamiento del Ministerio de la protección Social).

- **Con esquema incompleto:**

- Completar el esquema según las dosis recibidas.
- Los niños de 12 a 23 meses sólo requieren una dosis de Hib (Haemophilus influenzae tipo B); si ya la tiene, se completa con DPT y HB monovalente, con un intervalo de cuatro semanas.
- Deben recibir su primer refuerzo de VOP y DPT un año después de la aplicación de las terceras dosis y su segundo refuerzo a los cinco años.
- Completar las dos dosis de neumococo. (Según lineamiento del Ministerio de la protección Social).



## ESQUEMA PARA NIÑOS DE DOS A CINCO AÑOS SIN ANTECEDENTE VACUNAL O CON ESQUEMA INCOMPLETO

### • Sin antecedente de vacunación:

- Tres dosis de VOP con intervalo de cuatro semanas y luego los dos refuerzos respectivos con intervalo mínimo de un año entre refuerzos.
- Tres dosis de DPT monovalente con intervalo de cuatro semanas luego los dos refuerzos respectivos.
- Tres dosis de HB (hepatitis B) monovalente con intervalo de cuatro semanas.
- Una dosis de SRP (Sarampión, rubeola y paperas) y el refuerzo a los cinco años de edad.
- Una dosis de fiebre amarilla.
- Una dosis de neumococo (Según lineamiento del Ministerio de la protección Social).
- Una dosis de varicela.
- Una dosis de hepatitis A.

### • Con esquema incompleto:

- Completar el esquema según las dosis recibidas.
- A partir de los dos años no se requiere dosis de Hib (*Haemophilus Influenzae tipo B*).
- Estos niños recibirán su primer refuerzo VOP y DPT al año de la aplicación de la tercera dosis de VOP y DPT y el segundo refuerzo antes de los 6 años y el refuerzo de SRP a los cinco años de edad.
- Una dosis de neumococo (Según el lineamiento del Ministerio de la Protección Social. La edad máxima para la aplicación es de 35 meses y 29 días)



## ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE LAS VACUNAS: VACUNA BCG

**Tabla 32.** Observaciones vacuna BCG

EDAD DE ADMINISTRACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dosis única al recién nacido, preferiblemente. Se puede aplicar hasta el año de edad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dosis: De acuerdo con lo indicado por la casa comercial puede ser 0.05 o 0.1 ml.</li> <li>Intradérmica, en el cuadrante supero-externo de la zona escapular izquierda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Una vez reconstituída, se debe aplicar en las siguientes 6 horas.</li> <li>Refrigerar entre +2°C y +8°C luego de ser preparada y mantener protegida de rayos solares.</li> </ul>

Es considerada una de las vacunas más seguras, un efecto leve que generalmente se presenta es una pequeña ulceración local, según la cepa, la edad, la dosis y la técnica de aplicación.

En hijos de madres infectadas por VIH o con SIDA debe retrasarse la aplicación de la dosis hasta que se descarte infección en el niño. De igual forma, debe retrasarse en neonatos de bajo peso hasta que alcancen los 2.000 gr.

Tampoco debe aplicarse en aquellos individuos cuyas respuestas inmunológicas se encuentran suprimidas por esteroides, agentes alquilantes, antimetabolitos o radiación. No se recomienda su uso en pacientes con tuberculina positiva ni en mujeres embarazadas.

## VACUNA CONTRA LA POLIOMIELITIS

**Tabla 33.** Observaciones vacuna poliomieltis

EDAD DE ADMINISTRACIÓN	EDAD DE REFUERZO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>1° dosis a partir del segundo mes de vida IM.</li> <li>2° dosis a los 2 meses de la primera.</li> <li>3° dosis a los 2 meses de la segunda dosis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1° refuerzo a los 12 meses de la tercera dosis.</li> <li>2° refuerzo a los 5 años de edad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 dosis IM.</li> <li>Vía oral.</li> <li>2 a 3 gotas, según recomendación del fabricante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervalo mínimo de 8 semanas entre las 3 primeras dosis.</li> <li>Repetir la dosis si el niño presenta vómito en los 10 minutos siguientes a la administración.</li> </ul>



Se introduce universalmente la primera dosis de polio inactivado para la primera dosis del esquema. Para niños con diagnósticos de patologías o tratamientos que induzca inmunocompromiso y para niños convivientes con inmunocomprometidos, durante el tiempo que persista esta condición deberá recibir vacuna inactivada contra poliomielitis.

Existen dos posibles escenarios en los que se podría presentar un caso de parálisis flácida aguda relacionada con la vacuna oral: 1) Caso de poliomielitis postvacunal: son casos aislados. Se presenta una por cada 2.400.000 de vacunas aplicadas; 2) Caso de poliomielitis por virus neurovirulento derivado de VOP: estos casos se presentan por bajas coberturas de manera sistemática o en niños inmunocomprometidos.

La vacuna inactivada de polio virus (VIP) está indicada en:

- Niños menores de un año con compromiso inmunológico grave, sin relación con el VIH o convivientes con:
  - Patologías congénitas como hipogammaglobulinemia o agammaglobulinemia.
  - Neoplasias como enfermedad de Hodgkin, leucemia o cáncer.
  - Tratamiento con agentes alquilantes, antimetabolitos, radiación o grandes dosis de corticoesteroides.
- Niños menores de un año con infección por VIH o convivientes de personas positivas para VIH.
- Niños menores de un año con condiciones que causan déficit inmune, como esplenectomía, asplenia o falla renal.
- Niños positivos para VIH, sintomáticos o asintomáticos.



## VACUNA CONTRA HEPATITIS B

**Tabla 34.** Observaciones vacuna Hepatitis B

EDAD DE ADMINISTRACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	INTERVALO	RECOMENDACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis del recién nacido: en las primeras 12 horas de vida y en caso extremos hasta los 28 días.</li> <li>• 1° dosis a partir del segundo mes de edad.</li> <li>• 2° dosis a los 4 meses de edad.</li> <li>• 3° dosis a los 6 meses de edad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intramuscular.</li> <li>• En neonatos y lactantes en el tercio medio cara anterolateral del muslo.</li> <li>• Niños caminadores: músculo deltoides.</li> <li>• Dosis: 0,5 ml.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 semanas.</li> <li>• Mínimo de 4 semanas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refrigerar entre 2 y 8°C.</li> <li>• No debe congelarse.</li> </ul>

La vacuna debe aplicarse tan pronto como sea posible después del nacimiento, preferiblemente en las primeras 12 horas de vida. En el recién nacido prematuro con peso inferior a los 2.000 gr., se debe esperar hasta alcanzar este peso para colocar la primera dosis, si la madre es negativa para HBSAG.

Si la madre es positiva para HBSAG debe aplicarse la primera dosis de vacuna antes de las primeras 12 horas de vida, independiente del peso al nacer y esta no se cuenta como parte del esquema. Se debe administrar la dosis adicional de recién nacido al primer mes de vida, siempre y cuando el niño ya tenga un peso superior a 2.000 gr., de lo contrario se deberá esperar hasta el segundo mes de vida para iniciar con el esquema indicado. De forma concomitante con la aplicación de la vacuna se indica la aplicación de inmunoglobulina G antihepatitis B (HBIgG), 0,5 ml. intramuscular, antes de las 12 horas de vida del neonato, independientemente de su peso.

En caso del recién nacido producto de parto en los que se desconozca el estado infeccioso de la madre, se debe realizar la vacunación antes de las 12 horas de vida y se procede a la toma de títulos de HBsAg en la madre. En caso de ser positivos, se debe aplicar la HBIgG antes de los siete días de vida.



## VACUNA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B

**Tabla 35.** Observaciones Vacuna Haemophilus Influenzae Tipo B

EDAD DE ADMINISTRACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	INTERVALO	RECOMENDACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>1° dosis a los 2 meses de edad.</li> <li>2° dosis a los 2 meses de la primera.</li> <li>3° dosis a los 2 meses de la segunda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intramuscular, zona anterolateral del muslo.</li> <li>Dosis: 0.5 ml.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>8 semanas.</li> <li>Mínimo 4 semanas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Refrigerar entre 2 y 8°C.</li> <li>No debe congelarse.</li> </ul>

No se recomienda su aplicación antes de seis semanas de vida. Solo se requieren tres dosis y en el niño mayor de un año, solo una dosis. Estudios recientes de efectividad de la vacuna han demostrado que la protección del niño es adecuada con tres dosis en el primer año de vida y no se requiere refuerzo. Si el niño no se vacunó en el primer año, una sola dosis a partir de los 12 meses es suficiente.

## VACUNA CONTRA TOS FERINA, DIFTERIA Y TETANOS (DPT) Y VACUNA PENTAVALENTE

**Tabla 36.** Observaciones vacuna Tosferina, Difteria y Tetanos (DPT) y Pentavalente

EDAD DE ADMINISTRACIÓN PENTAVALENTE	EDAD DE REFUERZO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	INTERVALO	RECOMENDACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>1° dosis a los 2 meses de edad.</li> <li>2° dosis a los 2 meses de la primera.</li> <li>3° dosis a los 2 meses de la segunda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1° refuerzo al año de la tercera dosis PENTAVALENTE.</li> <li>2° refuerzo a los 5 años de edad; mínimo</li> <li>12 meses después del 1° refuerzo DPT.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intramuscular, cara anterolateral del tercio medio del muslo. 0.5 a 1 ml.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mínimo 4 semanas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Refrigerar entre 2 y 8°C. No debe congelarse.</li> </ul>

El componente celular de Bordetella pertussis puede producir efectos adversos, los cuales ocurren en los primeros siete días después de la vacunación y comprenden:

- Fiebre persistente 38.5°C o más.
- Convulsiones en las 48 horas siguientes a la dosis de vacuna, pueden ser febriles simples o complejas.
- Llanto inusual sin causa aparente.
- Estado de choque o colapso.
- Trombocitopenia.

Es estos casos se recomienda continuar el esquema con TD pediátrico o la vacunación con DPTa (no está incluida en el PAI). En niños mayores de siete años se debe utilizar Td, es decir, toxoide tetánico y diftérico de tipo adulto.

Es muy raro que se presente reacción anafiláctica o encefalopatía posterior a la vacunación (0 a 10,5 casos por millón de aplicaciones); estas condiciones contraindican la vacunación con DPT. Ninguna de las dos vacunas debe aplicarse si existe contraindicaciones absolutas para la vacunación.

## VACUNA CONTRA INFLUENZA ESTACIONAL

**Tabla 37.** Observaciones vacuna Influenza Estacional

EDAD DE ADMINISTRACIÓN	EDAD DE REFUERZO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	INTERVALO	RECOMENDACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• De 6 meses a 23 meses</li> </ul>	Refuerzo anual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De 6 a 12 meses, 0,25 ml (2 dosis), intramuscular.</li> <li>• De 12 a 24 meses, 0,5 ml (1 dosis), siempre y cuando la primera vez se hayan colocado las 2 dosis.</li> <li>• 0,5 ml (1 dosis).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mínimo 4 semanas</li> <li>• Anual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revacunación anual (para todas las edades).</li> <li>• En condiciones de vulnerabilidad (institucionalizados estratos 0, 1 y 2).</li> </ul>

Está contraindicada en menores que han presentado una reacción anafiláctica grave a embriones de pollo o proteína del huevo, y en los niños menores de seis meses de edad.



Colombia tiene dos picos de influenza, uno inicial en los meses de marzo a junio y un segundo pico de agosto hasta la primera semana de diciembre, por esta razón Colombia debe vacunar en los meses de abril a junio. En los niños menores de nueve años se debe iniciar la primovacuna con dos dosis administradas con un intervalo de cuatro semanas, posteriormente se continúa con una dosis anual. Actualmente se incluye dentro del PAI para aplicar a niños entre seis y 23 meses, y mayores de 60 años; además de enfermos crónicos.

## VACUNA CONTRA SARAMPIÓN, RUBEOLA Y PAROTIDITIS

**Tabla 38.** Observaciones vacuna Sarampión, Rubeola y Parotiditis

EDAD DE ADMINISTRACIÓN	EDAD DE REFUERZO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>A partir de los 12 meses de edad.</li> </ul>	A los 5 años de edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Subcutánea en región deltoidea.</li> <li>Dosis 0,5 ml.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Refrigerar entre +2 y +8°C no congelar.</li> <li>Proteger de la luz.</li> </ul>

Se considera que un 5% de los vacunados no desarrolla anticuerpos contra sarampión, de allí que se prefiera la aplicación de una segunda dosis a los cinco años. No se debe aplicar en casos de reacciones de hipersensibilidad al huevo, a la Neomicina y en casos de inmunosupresión o inmunodeficiencia activa. Se puede aplicar en pacientes VIH positivos asintomáticos y con recuento de CD4 mayor del 25%.

Pueden presentarse efectos leves como fiebre, exantema, artralgias, parotiditis y adenopatías. Entre los efectos graves, se puede presentar la encefalitis aguda, un caso por cada 300.000 a 1.000.000 de dosis aplicadas, sin poderse demostrar que estas alteraciones neurológicas sean imputables a la vacuna.

## VACUNA CONTRA FIEBRE AMARILLA

**Tabla 39.** Observaciones vacuna Fiebre Amarilla

EDAD DE ADMINISTRACIÓN	EDAD DE REFUERZO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	RECOMENDACIONES
18 meses de edad	Una sola dosis en la vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>Subcutánea, región deltoidea.</li> <li>Dosis 0,5 ml.</li> </ul>	Refrigerar entre 2 y 8°C.

Nunca se debe aplicar antes de los nueve meses de edad, por el riesgo elevado de desarrollar encefalitis. No aplicar en mayores de 60 años.

Está contraindicada en pacientes con las siguientes condiciones:

- Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas, por ejemplo, antecedentes de timentomía, leucemias, linfomas, procesos neoplásicos o terapia de larga evolución con corticoides, antineoplásicos o radioterapia, así como personas infectadas por VIH.
- Anafilaxia a la proteína del huevo.
- Reacción anafiláctica previa a la vacuna.
- Menores de nueve meses.
- Personas timentomizadas.
- Haber recibido vacuna contra el cólera o fiebre tifoidea en las tres semanas previas.

## VACUNA CONTRA ROTAVIRUS

**Tabla 40.** Observaciones vacuna Rotavirus

EDAD DE ADMINISTRACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	INTERVALO	RECOMENDACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>1° a los 2 meses de edad y en caso extremo hasta los 3 meses y 21 días.</li> <li>2° dosis a los 4 meses y en caso extremo hasta 7 meses y 29 días.</li> </ul>	Vía oral	Mínimo de 4 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Repetir la dosis si el niño presenta vomito en los 10 minutos después de la administración</li> <li>Se deben garantizar las 2 dosis</li> </ul>



Se deben aplicar dos dosis, en casos extremos de dificultad de acceso geográfico o por otra razón se puede aplicar la primera dosis hasta los 3 meses y 21 días y la segunda hasta los 7 meses y 29 días. No debe aplicarse a niños con cualquier antecedente de enfermedad gastrointestinal crónica, ni con malformación congénita del tubo digestivo sin corregir. Debe posponerse la vacunación en niños con enfermedad febril aguda grave, al igual que en niños que padezcan diarrea o vómito.

## VACUNA CONTRA NEUMOCOCO

El esquema del PAI incluye tres dosis: la primera a partir de los dos meses de edad, la segunda a los cuatro meses de edad y una tercera dosis entre los 12 y 15 meses (Este esquema es igual de efectivo que vacunar tres dosis iniciales con un refuerzo después del año).

Entre los 12 y los 23 meses se deben aplicar dos dosis con un intervalo de dos meses y los niños entre los 24 y los 59 meses de edad, una sola dosis. La vacuna no se recomienda después de los 59 meses de edad.

## VACUNA CONTRA VARICELA

- EDAD: 12 meses
- DOSIS Única, Aplicar todo el contenido del vial
- VÍA Subcutánea
- SITIO Región deltoides.

Las vacunas frente a la varicela son muy inmunogénicas e inducen inmunidad humoral y celular en más del 94,4 % de las personas sanas que las reciben. Frente a exposiciones de la enfermedad, la eficacia con una dosis es del 90,2%. La administración de Varicela a personas durante el periodo de incubación de la infección no garantiza la protección frente a las manifestaciones clínicas de la varicela.

Contraindicaciones:

- Antecedente de reacciones alérgicas a los componentes (gelatina y neomicina).
- Desordenes sanguíneos o cualquier tipo de cáncer.
- Administración de medicación supresora, incluyendo corticoides a dosis alta. NO contraindicada en corticoides tópicos dosis baja.

No aplicar en personas que hayan sufrido la enfermedad, ya que la enfermedad confiere inmunidad. Aplazar durante 5 meses después de transfusiones de sangre o plasma o inmunoglobulina de varicela zoster. Se debe evitar el uso de salicilatos durante 6 semanas después de la vacunación, debido al síndrome de Reye.

Efectos secundarios leves son el dolor, hinchazón, picazón, enrojecimiento, náusea, vómito y ocasionalmente fiebre, hormigueo o herpes. Los graves son reacciones alérgicas con manchas rojas o moradas planas, palidez, dificultad para caminar, infecciones de piel.

## VACUNA CONTRA HEPATITIS A

Se aplica dentro del esquema la primera dosis a los 12 meses.

Los efectos secundarios más comunes son generalmente leves y duran 1 ó 2 días. Estos incluyen los siguientes:

- Dolor en el brazo en que se puso la inyección.
- Dolor de cabeza.
- Cansancio.
- Fiebre.
- Falta de apetito (no querer comer).

La siguiente siempre será una buena regla:

**No está contraindicado vacunar a un niño enfermo que está suficientemente bien como para irse a su casa.**

**En resumen, para alcanzar los objetivos del PAI, es necesario efectuar una adecuada movilización social, coordinación intra e intersectorial social, además de contar con un adecuado talento humano y de recursos materiales. Grandes han sido los avances para lograr coberturas útiles. Debemos recordar siempre que la vacunación es la forma más efectiva de evitar una enfermedad.**

Por otra parte, si se va a referir un niño al hospital, no lo vacune previamente. El personal del hospital deberá tomar una decisión sobre la inmunización del niño al hospitalizarlo.





## EJERCICIO

Escriba a continuación las principales contraindicaciones observadas en su servicio para vacunar a los niños:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## 13. EVALUAR Y CLASIFICAR OTROS PROBLEMAS

El cuadro EVALUAR y CLASIFICAR le recuerda que debe evaluar otros problemas que el niño presenta, es decir, completar el examen físico. Debido a que el cuadro no cubre todos los problemas de un niño enfermo, usted evaluará ahora otros problemas que el cuidador le haya comunicado.

Pregunte si el niño tiene otro problema.

Complete el examen físico y diagnóstique según su criterio:

- Ausculte corazón
- Palpe abdomen
- Revise sistema músculo esquelético

**DEBE ASEGURAR SIEMPRE QUE EL NIÑO CON CUALQUIER SIGNO GENERAL DE PELIGRO SEA HOSPITALIZADO O REFERIDO, después de recibir la primera dosis de un antibiótico apropiado y cualquier otro tratamiento de urgencia, siguiendo las normas de estabilización y transporte: "REFIERA".**

**EXCEPCIÓN: Los signos generales de peligro podrían resolverse con la rehidratación indicada en el PLAN C o con el manejo de las sibilancias, en cuyo caso no será necesario referir al niño con DESHIDRATACIÓN GRAVE ni con DIFICULTAD RESPIRATORIA causada por la sibilancia.**

Más adelante encontrará algunos problemas que no deben ser evaluados sistemáticamente en todos los niños, pero que ante alguno de los síntomas de entrada se debe evaluar siguiendo el mismo esquema.

Usted encontrará:

- La evaluación y clasificación del niño con crisis convulsiva o epilepsia.
- La evaluación y clasificación del niño con síntomas que deben evaluarse para descartar la posibilidad de cáncer.





- La evaluación del niño con tos por más de 3 semanas, para descartar tuberculosis.
- La evaluación de los niños con problemas que obligan a descartar VIH.
- La evaluación y clasificación de los niños con síntomas que hacen sospechar diabetes.



## EJERCICIO

### CASO PIEDAD



Piedad es una niña de 4 años y 10 meses, hija de Rosalba y Arturo, ambos trabajadores, viven en Bogotá. La madre la trae a la consulta al Hospital de segundo nivel cercano, porque se quemó una mano mientras le preparaba el tetero a su hermano, de 9 meses, ella lo cuida en la mañana mientras la madre trabaja medio tiempo.

Quando el médico le pregunta a la madre como sucedió, ella responde que ella no estaba en la casa, trabaja a 2 cuadras, pero

Piedad le dijo que casi se cae y metió la mano en la olla del agua que estaba hirviendo para el tetero de Felipe.

El médico evaluó de inmediato a Piedad, Peso: 26 kg., Talla: 115 cm., FC: 100 x min, FR: 28 x min y T°: 36.7 °C. El médico observa que Piedad tiene quemadura en guante en la mano izquierda, administra acetaminofén, coloca compresas húmedas y le dice a la madre: - ahora que Piedad no tiene dolor, la voy a examinar completa.

¿Tiene algún otro problema?, la madre refiere que Piedad está con tos hace 12 días, ella ha utilizado inhalador, pero en las noches tose mucho. Al examinarla, no hay tiraje, pero a la auscultación hay sibilancias espiratorias diseminadas. ¿Es la primera vez que le silba el pecho?. No, cada vez sufre menos del pulmón, pero desde los 6 meses le suena con frecuencia el pecho.

¿Ha tenido diarrea o fiebre? No, dice la madre, pero Piedad dice que le ha dolido la garganta en esta semana. Al examen está eritematosa la faringe, no hay exudado ni adenopatias. Hay caries profundas múltiples y se observa muy mala higiene bucal. La madre dice que Piedad se lava los dientes sola, ella cree que lo hace bien. Es una niña muy independiente. No ha ido al odontólogo en el último año, porque le tiene miedo.

Hay palidez leve en las palmas de las manos.

El médico pregunta a la madre si Piedad es formal, la madre dice que usualmente sí, pero "hay días que amanece muy necia y se ha vuelto contestona". -¿Qué hacen cuando se porta mal?, le pregunta el médico. "pues educarla" dice la madre, "a ratos un grito es suficiente, sino en ocasiones una palmada es necesaria, para no crear animales, ¿cierto?" El médico no responde, solo afirma con la cabeza.

El médico le pregunta a Piedad que si quiere contestarle algunas preguntas mientras llega el cirujano plástico y Piedad dice que sí, esta muy amorosa con el médico. ¿Puedes pararte en un pie? Claro-, y lo hace por 10 segundos aproximadamente. -¿Qué es una pelota?-, -la del futbol-, contesta Piedad. -Y ¿un río?-, -donde está el agua, -y ¿un banano?-, -De comer, amarillo-, muy bien le dice el médico, -y ¿una cortina?-, será una cantina, contesta y se ríe Piedad. El médico le muestra dos líneas y le pregunta a Piedad ¿Cuál es la más larga?, pero Piedad señala las dos. Piedad tiene un PC de 50 cm.

El médico le pregunta a la madre cómo está Piedad de Vacunas, ella dice que completas hasta los 12 meses, luego como se le perdió el carnet y la regañaron en el centro de salud, no volvió nunca, cuando Piedad se enferma le pagan particular a un médico que vive cerca.

En esas llega el cirujano plástico y deciden hospitalizar para limpieza y manejo bajo anestesia por tratarse de la mano.

Utilice la historia clínica que encuentra a continuación para clasificar la información de Piedad:



### AIEPI - ATENCIÓN DEL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS

FECHA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ N° HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ CONSULTA EXTERNA: \_\_\_\_\_ URGENCIAS: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ CONSULTA INICIAL: \_\_\_\_\_ CONTROL: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: AÑOS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_ SEXO (F) (M)  
 NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN (barrio o vereda): \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO / CELULAR: \_\_\_\_\_

#### MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS IMPORTANTES:

¿Cómo fue el embarazo? y ¿Cuánto duró? \_\_\_\_\_ ¿Cómo fue el parto? \_\_\_\_\_  
 PESO al nacer \_\_\_\_\_ g. TALLA al nacer \_\_\_\_\_ cm. ¿Presentó algún problema neonatal? \_\_\_\_\_  
 Enfermedades previas y hospitalizaciones: \_\_\_\_\_  
 TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C. FC: \_\_\_\_\_ /min. FR: \_\_\_\_\_ /min. TALLA: \_\_\_\_\_ cm. PESO: \_\_\_\_\_ Kg. PC: \_\_\_\_\_ cm. IMC: \_\_\_\_\_

#### VERIFICAR SI EXISTEN SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL

No puede beber o tomar del pecho \_\_\_\_\_ Letárgico o inconsciente: \_\_\_\_\_ ENFERMEDAD MUY GRAVE  
 Vomita todo \_\_\_\_\_ Convulsiones: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### ¿TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

#### CRUP GRAVE

Desde hace _____ días.	Respiración por minuto _____ Respiración rápida
Primer episodio de sibilancias: SI _____ NO _____	Tiraje subcostal SaO <sub>2</sub> <92% (90% altura > 2.500 msnm)
Sibilancias recurrentes: SI _____ NO _____	Tiraje supraclavicular _____
Cuadro gripal últimos 3 días SI _____ NO _____	Estridor _____ Sibilancias _____
Antecedente prematuridad: SI _____ NO _____	Apnea _____ Incapacidad para hablar o beber _____
OBSERVACIONES: _____	Somnoliento _____ Confuso _____ Agitado _____

BRONQUIOLITIS GRAVE  
 SIBILANCIA RECURRENTE (GRAVE)  
 CRUP  
 BRONQUIOLITIS  
 SIBILANCIA (RECURRENTE)  
 NEUMONÍA GRAVE  
 NEUMONÍA  
 TOS O RESFRIADO

#### ¿TIENE DIARREA?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Desde hace _____ días.	Letárgico o comatoso _____
¿Hay sangre en las heces? SI _____ NO _____	Intranquilo o irritable _____
¿Tiene vómito? SI _____ NO _____	Ojos hundidos _____
# Vómitos en las últimas 24 h _____	Bebe mal o no puede beber _____
# Diarreas en las últimas 24 h _____	Bebe ávidamente con sed _____
# Diarreas en las últimas 4 h _____	Pliegue cutáneo: Inmediato _____ Lento _____ Muy lento _____
OBSERVACIONES: _____	

DESHIDRATACIÓN GRAVE  
 ALGÚN GRADO DESHIDRATACIÓN  
 ALTO RIESGO DESHIDRATACIÓN  
 SIN DESHIDRATACIÓN  
 DIARREA PERSISTENTE GRAVE  
 DIARREA PERSISTENTE  
 DISENTERÍA



¿TIENE FIEBRE?		SI _____ NO _____
Desde hace _____ días.	Rigidez de nuca _____ Apariencia de enfermo grave _____	<b>ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO</b> <b>ENF. FEBRIL RIESGO INTERMEDIO</b> <b>ENF FEBRIL DE RIESGO BAJO</b>  <b>MALARIA COMPLICADA</b> <b>MALARIA</b>  <b>DENGUE GRAVE</b> <b>DENGUE CON SIGNOS ALARMA</b> <b>DENGUE SIN SIGNOS ALARMA</b>
Si > 5 días: Todos los días SI _____ NO _____	Manifestaciones de sangrado _____ Aspecto tóxico _____	
Fiebre > 38°C SI _____ NO _____	Respuesta social: Normal __ Inadecuada __ Sin Respuesta __	
Fiebre > 39° C SI _____ NO _____	Piel: Pálida _____ Moteada _____ Cenicienta _____ Azul _____	
<b>Vive o visita en los últimos días</b>	Erupción cutánea general _____ Dolor abdominal _____	
Zona Dengue SI _____	Cefalea _____ Malgias _____ Artralgias _____ Postración _____	
Zona Malaria: Urbana _____ Rural _____	P. torniquete(+) _____ Lipotimia _____ Hepatomegalia _____ Edemas _____	
Disminución afuresis: SI _____ NO _____	Pulso rápido y fino _____ Llenado capilar >2 seg _____ Ascitis _____	
Laboratorios: CH Leucocitos >15.000 o < 4.000 Neutrófilos > 10.000 Plaquetas < 100.000 HTO alto		
Parcial de orina compatible con infección Gota gruesa positiva _____		
OBSERVACIONES: _____		
¿ TIENE PROBLEMA DE OIDO?		SI _____ NO _____
¿Tiene dolor de oídos? SI _____ NO _____	Tumefacción dolorosa detrás de la oreja _____	<b>MASTOIDITIS</b> <b>OTITIS MEDIA CRÓNICA</b> <b>OTITIS MEDIA RECURRENTE</b> <b>OTITIS MEDIA AGUDA</b> <b>NO TIENE OTITIS</b>
¿Tiene supuración? SI _____ NO _____ hace _____ días	Tímpano rojo y abombado _____	
Nº EPISODIOS PRECIOS: _____ en _____ meses	Supuración de oído _____	
OBSERVACIONES: _____		
¿TIENE UN PROBLEMA DE GARGANTA?		SI _____ NO _____
¿Tiene dolor de garganta? SI _____ NO _____	Ganglios del cuello crecidos y dolorosos _____	<b>AMIGDALITIS</b> <b>ESTREPTOCÓCIDA</b> <b>AMIGDALITIS VIRAL</b> <b>NO TIENE AMIGDALITIS</b>
	Amígdalas eritematosas _____	
	Exudado blanquecino-amarillento en amígdalas _____	
OBSERVACIONES: : _____		
ENSEGUIDA, VERIFICAR LA SALUD BUCAL		
¿Tiene dolor al comer - masticar? SI _____ NO _____	Inflamación dolorosa del labio _____ No involucra surco _____	<b>CELULITIS FACIAL</b> <b>ENFERMEDAD BUCAL GRAVE</b> <b>TRAUMA BUCODENTAL</b> <b>ESTOMATITIS</b> <b>ENFERMEDAD DENTAL Y GINGIVAL</b>  <b>ALTO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL</b> <b>BAJO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL</b>
¿Tiene dolor en los dientes? SI _____ NO _____	Enrojecimiento inflamación encía _____ Localizado _____	
¿Trauma en cara o boca? SI _____ NO _____	Generalizado _____	
¿Tienen padres/hermanos caries? SI _____ NO _____	Deformación contorno de encía _____ Exudado pus _____	
¿Cuándo le limpia boca? Mañana SI _____ NO _____	Vesículas úlceras _____ Placas : encía lengua paladar _____	
Medio día SI _____ NO _____ Noche SI _____ NO _____	Fractura _____ Movilidad _____ Desplazamiento _____	
¿Cómo supervisa la limpieza? le limpia los dientes SI _____ NO _____ Niño solo SI _____ NO _____	Extrusión _____ Intrusión _____ Avulsión _____	
¿Qué utiliza? Cepillo SI _____ NO _____	Herida mucosa bucal _____ encía _____ lengua _____	
Crema SI _____ NO _____ Seda SI _____ NO _____	Manchas blancas _____ cafés _____	
¿Utiliza chupo o biberón ? SI _____ NO _____	Caries cavitacionales _____ placa bacteriana _____	
OBSERVACIONES: _____		
¿Cuándo fue la última consulta odontológica _____		



VERIFICAR EL CRECIMIENTO		
Emaciación visible SI ___ NO ___	Peso/Edad: DE ___ <-3 Desnutrición global severa (solo en menores de dos años) <-2 a ≥ -3 Desnutrición global <-1 a ≥ -2 Riesgo desnutrición ≤-1 a ≥ -1 Peso adecuado para edad	<b>OBESO</b>  <b>SOBREPESO</b>  <b>DESNUTRICIÓN SEVERA</b>  <b>DESNUTRICIÓN</b>  <b>RIESGO DESNUTRICIÓN</b>  <b>ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL</b>
Edema en ambos pies SI ___ NO ___	Talla/Edad: DE ___ <-2 Desnutrición crónica o retraso crecimiento ≥-2 a ≥-1 Riesgo DNT con bajo P/T ≥-1 Talla adecuada /edad	
IMC/Edad: ___ DE ___ >2 obesidad >1 a ≤ 2 sobrepeso	Peso/Talla DE ___ <-3 Desnutrición aguda severa ≥-3a <-2 DNT Aguda - Peso bajo/ Talla ≥-2a <-1 Riesgo DNT con bajo P/T ≥-1a ≤ 1 Peso adecuado para talla <-1 a ≤2 Sobrepeso < 2 Obesidad	
Tendencia peso: Ascendente Horizontal Descendente		

VERIFICAR SI TIENE ANEMIA	
Ha recibido hierro en los últimos 6 meses: ___ Palidez palmar ___ Intensa ___ Leve ___	<b>ANEMIA SEVERA</b>  <b>ANEMIA</b>  <b>O TIENE ANEMIA</b>
¿Cuándo? ___ ¿Cuánto tiempo? ___ Palidez conjuntival ___ Intensa ___	
OBSERVACIONES: _____ _____ _____	

EN SEGUIDA VERIFICAR SI TIENE MALTRATO		
¿Cómo se produjeron las lesiones? ¿El niño relata maltrato? SI ___ NO ___ ¿Cuál? Físico ___ Sexual ___ Negligencia ___ ¿Quién? ¿Testigo relata maltrato? SI ___ NO ___ ¿Hay incongruencia para explicar un trauma significativo? SI ___ NO ___ ¿Existe incongruencia entre lesión-edad-desarrollo del niño? SI ___ NO ___ ¿Hay diferentes versiones? SI ___ NO ___ ¿Es tardía la consulta? SI ___ NO ___ ¿Con qué frecuencia se ve obligado a pegarle a su hijo? _____ ¿Qué tan desobediente es su hijo que se ve obligado a pegarle? _____ Comportamiento anormal de los padres: desespero - impaciencia - intolerancia Agresividad en la consulta ¿Esta descuidado el niño en su salud? SI ___ NO ___ Por _____ ¿Esta descuidado el niño en higiene-protección - alimentación - Niño de calle _____ Factor de riesgo: discapacitado ___ hiperactivo ___ ¿Actitud a normal del niño? SI ___ NO ___ Temeroso - retraído - rechazo adulto - deprimido - evita contacto visual - trastorno sueño - trastorno alimentario - problemas sicosomáticos - conductas regresivas - desarrollo estancados - violencia intrafamiliar - familia caótica - Cuidadores adictos	Lesiones en cráneo: fracturas - Hematomas _____ Quemaduras: Áreas cubiertas por ropa _____ Patrón simétrico, límite bien demarcado _____ Denota el objeto con que fue quemado en espalda, dorso, nalgas _____ Equimosis - hematomas - laceraciones - mordiscos - cicatrices lejos de la prominencia osea con patrón del objeto agresor _____ Diferente evolución en niños que deambulan - sugestivas de maltrato _____ Fracturas: Costillas - huesos largos _____ Espirales, oblicuas, metafisiarias ___ Esternón - escápula - menor de 5 años _____ Trauma visceral - trauma grave _____ Lesión física sugestiva _____ Sangrado vaginal o anal traumático _____ Trauma genital: laceración aguda o equimosis himen _____ Laceración perianal desde esfínter Ausencia himen - himen cicatrizado Cicatriz navicular - ano dilatado _____ Hallazgo semen - flujo genital Cuerpo extraño en vagina o ano Vesículas o verrugas genitales Juego con contenido sexual - boca en genitales VIH - Gonorrea - Sífilis - Trichoma vaginalis > la Chlamydia trachomatis >3a. - Condiomatosis.	<b>MALTRATO FÍSICO MUY GRAVE</b>  <b>ABUSO SEXUAL</b>  <b>MALTRATO FÍSICO</b>  <b>SOSPECHA ABUSO SEXUAL</b>  <b>MALTRATO EMOCIONAL</b>  <b>NEGLIGENCIA O ABANDONO</b>  <b>NO HAY SOSPECHA MALTRATO</b>
OBSERVACIONES _____ _____ _____		



ENSEGUIDA, EVALUAR EL DESARROLLO		
Tiene algún antecedente importante para el desarrollo: _____ _____	Realiza 1 2 3 4 condiciones para la edad Ausencia 1 2 3 4 condiciones para la edad Ausencia 1 2 3 4 condiciones del grupo anterior	<b>SOSPECHA DE RETRASO DEL DESARROLLO</b>  <b>DESARROLLO NORMAL CON FACTOR DE RIESGO</b>  <b>ALERTA PARA EL DESARROLLO</b>  <b>DESARROLLO NORMAL</b>
Tiene algún factor de riesgo: _____ _____	Parámetro cefálico: _____ cm ____DE <-2 DE >+2 DE Alteraciones fenotípicas: _____	
Observaciones: _____ _____ _____		
VERIFICARLOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN (Marque con una X las dosis ya aplicadas)		
BCG 1 <input type="checkbox"/> HEPATITIS B: <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> ANTIPOLIO 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> ROTAVIRUS 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> SRP: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> HEPATITIS A 1 <input type="checkbox"/> DPT 1 <input type="checkbox"/>	PENTAVALENTE 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> NEUMOCOCO 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> INFLUENZA <input type="checkbox"/> ÚLTIMA DOSIS _____ FIEBRE AMARILLA 1 <input type="checkbox"/> VARICELA 1 <input type="checkbox"/> HAEMOPHILUS B <input type="checkbox"/>	<b>VACUNAS PENDIENTES:</b> _____ _____ _____ <b>PRÓXIMAS VACUNAS:</b> _____ _____ _____ <b>A LOS</b> _____ (Meses -años)
<b>COMPLETAR EXAMEN FÍSICO:</b>		<b>OTRO PROBLEMA DETECTADO DIAGNÓSTICO:</b>





**EVALUAR Y  
CLASIFICAR AL  
LACTANTE MENOR DE  
DOS MESES DE EDAD**



## EVALUAR Y CLASIFICAR AL LACTANTE MENOR DE DOS MESES DE EDAD

En los países de la Región de las Américas, la mayoría de los indicadores de salud infantil y de la niñez han presentado cambios sustanciales y favorables. Sin embargo, la salud neonatal ha sido la menos trabajada, lo cual ha tenido como efecto un gran énfasis en la reducción de la mortalidad post-neonatal y muy poco en la reducción de la mortalidad neonatal. Como consecuencia, actualmente más del 70% de la mortalidad infantil es producto de la mortalidad neonatal.

La mortalidad infantil y neonatal varía en los distintos países, según el nivel económico, sanitario y de calidad de atención médica. A diferencia de la mortalidad post-neonatal, la mortalidad neonatal es menos dependiente de los factores ambientales y sanitarios. Está más condicionada por la buena organización y calidad de la atención prenatal, perinatal y neonatal, así como por el tratamiento médico que, en pocos casos, requiere de alta tecnología.

Los principales factores que han contribuido a la disminución de la mortalidad neonatal en algunos países, han sido, además de la mejoría socioeconómica y educación de los padres, el buen control del embarazo y la atención calificada del parto; la regionalización de la atención perinatal; el inicio oportuno del cuidado intensivo neonatal, y la buena atención del recién nacido en el momento del nacimiento, que incluye, en caso necesario, una adecuada e inmediata reanimación.

No se puede crear un capítulo de atención del recién nacido, si no se habla del riesgo que tiene el niño desde el embarazo, y actualmente es más lógico hablar de algunas intervenciones que son útiles desde la preconcepción. La mujer debe conocer los riesgos que tienen su bebé y ella, desde la concepción, y cuándo es el momento ideal de embarazarse; el embarazo debe ser planificado y los médicos tenemos que aprovechar los contactos con la mujer y la pareja para dar orientación preconcepcional.

En este capítulo se describe la secuencia para evaluar a un niño menor de dos meses de edad, tomando en cuenta los antecedentes maternos. La anamnesis y la exploración física deben ir dirigidas a detectar los síntomas y signos relacionados con el motivo de consulta por el que el cuidador lo lleva al servicio de salud, bien sea en la consulta de crecimiento y desarrollo o por un problema de salud.

El cuadro de procedimientos EVALUAR Y CLASIFICAR AL LACTANTE MENOR DE DOS MESES DE EDAD, inicia con la evaluación y determinación del riesgo preconcepcional, posteriormente el riesgo durante la gestación. También describe la evaluación y clasificación de las posibles enfermedades, así como la verificación de las principales medidas preventivas o tratamiento que debe recibir.



## OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE

- Detectar el riesgo preconcepcional y educar a la mujer y a la pareja para que planifiquen el momento ideal para embarazarse.
- Detectar oportunamente el riesgo durante la gestación, para clasificar y determinar el tratamiento urgente.
- Reconocer la condición grave y los signos de riesgo en el recién nacido para su clasificación y tratamiento oportuno.
- Conocer los cuidados que se deben asegurar al recién nacido, según su clasificación posterior al nacimiento.
- Determinar la edad gestacional al nacer.
- Evaluar, clasificar y tratar la enfermedad muy grave en los niños menores de dos meses y los posibles problemas como infección bacteriana, diarrea y deshidratación, anemia, nutrición y alimentación.
- Clasificar y tratar los problemas de desarrollo, maltrato infantil y estado de vacunación del menor de dos meses.

## 1. EVALUAR Y DETERMINAR EL RIESGO PRECONCEPCIONAL

El cuidado preconcepcional se define como un conjunto de intervenciones que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible. Los factores que corresponden a variables demográficas y médicas, directa o indirectamente, están relacionados con factores causales de las malformaciones o con el mal resultado perinatal.

El asesoramiento preconcepcional optimiza el resultado perinatal mediante la identificación de aquellas patologías, medicaciones, hábitos o conductas que pudieran ser riesgosas para la futura madre o el feto. La importancia del asesoramiento preconcepcional se debe a que:

- La mayoría de los factores de riesgo están presentes antes de la concepción.
- Existe en el país una alta tasa de embarazos en adolescentes y de embarazos no deseados.



- Existen intervenciones que tienen mayor impacto cuando son realizadas antes del embarazo.
- Existen intervenciones que no pueden ser aplicadas durante el embarazo.

## 1.1 ¿CÓMO EVALUAR Y DETERMINAR EL RIESGO PRECONCEPCIONAL?

**Gráfica 18.** Evaluación del riesgo preconcepcional



## 🔊 PREGUNTE:

### 🔊 ¿Qué edad tiene?

El embarazo entre los adolescentes representa un reto importante de salud pública, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. Numerosas estrategias de prevención como educación sanitaria, desarrollo de otras habilidades y mejoramiento del acceso a anticonceptivos, han sido empleados por países a través del mundo, con la finalidad de abordar este problema.

Se debe trabajar a través de educación para evitar el embarazo en mujeres menores de 20 años, la mujer que se embaraza debe ser madura e independiente, para poder afrontar el compromiso y la responsabilidad de tener un hijo.

### 🔊 ¿Tiene pareja estable?, ¿Tiene relaciones sexuales?, ¿Utiliza algún método de planificación familiar?

Un reto importante de todas las campañas de educación es el enfoque preventivo de embarazos, mediante la enseñanza de la importancia de una pareja estable y, en conjunto, decidir el momento adecuado para tener un hijo. Se debe enseñar a planificar la familia; los embarazos no deberían ser una sorpresa y menos un “accidente”. La juventud debe manejar adecuadamente el tema de las relaciones sexuales y la planificación familiar.

### 🔊 ¿Toma alcohol, fuma, consume drogas?

El consumo del alcohol a muy temprana edad es un factor predisponente de comportamientos sexuales de riesgo y es predictivo de maternidad temprana y asociado a tabaquismo habitual y alcoholismo.

### 🔊 ¿Ha tenido contacto con insecticidas y químicos?

La mujer que trabaja en contacto con químicos y tóxicos debería tener estudios del efecto de estos sobre los diferentes órganos que pueden afectar, antes de embarazarse, para tomar decisión de cuándo es el momento oportuno para un embarazo y si estos químicos o tóxicos no son riesgosos para el feto.

### 🔊 Si ha tenido embarazos previos, investigue:

**Antecedente de muertes perinatales, peso bajo al nacer, nacidos prematuros, abortos previos, malformaciones congénitas mayores y malformaciones del tubo neural.**

Conocer los antecedentes de embarazos anteriores, permite intentar prevenir nuevas malformaciones, como las del tubo neural, a través de la administración de ácido fólico



en dosis más altas. Existen otras malformaciones mayores y algunas patologías genéticas que pueden llevar a recomendar evitar nuevos embarazos, por riesgo alto de repetición en un nuevo bebé. El antecedente de prematuridad o bajo peso al nacer previos o mortinatos, aumenta el riesgo del futuro embarazo y requiere una mejor planificación y cuidados del mismo.

### 👤 ¿Ha tenido alguna enfermedad crónica?

La obesidad es un factor de riesgo de varias enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión arterial, cáncer, hipotiroidismo, lupus, entre otras, que no solo tienen un impacto negativo en la salud de la mujer en edad reproductiva, sino en muerte fetal cuando estén embarazadas. Además deben detectarse alteraciones mentales, trastornos emocionales, mal rendimiento y deserción escolar, tratamientos prolongados y enfermedades cardiovasculares.

### 👤 ¿Ha sufrido alguna clase de violencia?

La violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja está generalizada en el mundo y se presenta en todos los grupos sociales, independientemente de su nivel económico, cultural o cualquier otra consideración. Estudios realizados en Colombia muestran que una tercera parte de las mujeres casadas o en unión libre manifestaron haber sido agredidas físicamente por parte del esposo o compañero, el 6% de las mujeres de 13 a 49 años reportan haber sido violadas en algún momento de su vida y el 47% de ellas fueron violadas antes de los 15 años. De todas las mujeres encuestadas, el 12% reportaron haber sido violadas por su esposo o compañero [12].

### 👤 ¿Tiene la madre algún déficit cognitivo?

Se deben garantizar los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres, con mayor énfasis en la población con diversidad cognitiva. Es importante tener en cuenta que algunas mujeres dentro de este grupo tienen un mayor riesgo de embarazarse.

## LUEGO DETERMINE:

### 🔄 **Peso, Talla e IMC:**

En los últimos años se han empleado distintos parámetros antropométricos que reflejan el estado nutricional. Se considera el índice de masa corporal como un buen indicador para el diagnóstico, control y seguimiento del estado nutricional de la embarazada. Este indicador relaciona el peso corporal con la talla (tamaño),  $IMC = \text{Peso (kg.)} / \text{Talla (M.)}$ .

#### **Interpretación:**



- Desnutrida o delgadez: IMC <18,5.
- Normal: IMC de 18,5 a 24,9.
- Sobrepeso: IMC 25,0 a 29,9.
- Obesa: IMC  $\geq$ 30,0.

El índice de masa corporal <18,5 se asocia con desnutrición, y esta antes del embarazo es un predictor de peso bajo al nacer y Retardo en el Crecimiento Intrauterino, RCIU, cuando la mujer se embaraza.

### ↻ Hemoglobina o palidez palmar

La anemia por deficiencia de hierro en la mujer adolescente se asocia a un riesgo mayor de anemia durante el embarazo. Debe tratarse la anemia antes de que la mujer se embarace. Si tiene una Hemoglobina <7 g/dl., administrar 120 mg. de Hierro elemental/día, por vía oral. Si la Hemoglobina se encuentra entre 7 y 12 g/dl., administre 60 mg. de Hierro elemental/día. Recuerde investigar la causa de la anemia y corregirla.

### ↻ Presencia de infecciones de transmisión sexual y flujo vaginal.

La mayoría de las ITS afectan tanto a hombres como a mujeres, pero en muchos casos los problemas de salud que provocan pueden ser más graves en las mujeres. Si una mujer embarazada padece de ITS, esto puede causarle graves problemas de salud a ella y a su bebé, por tanto debe diagnosticarse *clamidiasis (Chlamydia tracomatis)*, gonorrea (*Neisseria gonorrhoeae*), virus del herpes, VIH/sida, virus de papiloma humano (VPH), sífilis.

En las mujeres, la clamidia y la gonorrea pueden provocar enfermedad inflamatoria pélvica, la cual puede conducir a infertilidad o problemas con el embarazo. En los varones, la gonorrea puede producir epididimitis, lo que puede causar infertilidad. El VIH lesiona las células del sistema inmunológico del organismo conduciendo a infecciones graves y la muerte, y se transmite durante el embarazo, el trabajo de parto y la lactancia materna. La prevención por vacunación del VPH puede disminuir el cáncer en el cuello uterino, vulva, vagina y ano. En los hombres, el VPH pueden provocar cáncer del ano y del pene.

El flujo vaginal debe ser estudiado y tratado antes de iniciar el embarazo, para evitar enfermedades que pueden favorecer abortos, entre otros.

### ↻ Evalúe la cavidad bucal.

La enfermedad periodontal se asocia con condiciones adversas de salud como la fiebre reumática, endocarditis bacteriana o enfermedades sistémicas y puede afectar la alimentación y la escogencia de los alimentos. El dolor oral y facial de la dentadura, los



trastornos articulares temporomandibulares y las infecciones orales afectan la interacción social y los comportamientos diarios. Se recomienda control odontológico dos veces al año, debe reforzarse la importancia del lavado de dientes con pasta que contenga flúor en concentración de 1.000 ppm. o mayor. La caries se asocia con corioamnionitis.

### ↻ **Esquema de vacunación**

La prevención de enfermedades transmisibles a través de la inmunización, es una de las intervenciones que ha tenido más impacto para disminuir morbilidad y mortalidad. Las mujeres en edad reproductiva deben llegar a su próximo embarazo con el esquema completo de vacunación, para disminuir el riesgo de infecciones intrauterinas, la mayoría de las veces, fatales.

## **1.2 CLASIFIQUE EL RIESGO PRECONCEPCIONAL**

Hay tres maneras posibles de clasificar el riesgo antes del embarazo:

- **NO SE RECOMIENDA O SE RECOMIENDA POSPONER EL EMBARAZO**
- **EN CONDICIONES DE EMBARAZARSE, CON FACTORES DE RIESGO**
- **EN CONDICIONES DE EMBARAZARSE**





**Tabla 41.** Clasificación del riesgo preconcepcional

<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor 20 años.</li> <li>• IMC &lt; 18,5 ó &gt; 29,9.</li> <li>• Hb &lt; 7 g/dl o palidez palmar intensa.</li> <li>• Infecciones de transmisión sexual (ITS) sin tratamiento.</li> <li>• Enfermedad previa, sin control.</li> <li>• Consume alcohol, tabaco o drogas.</li> <li>• Antecedente de violencia o maltrato.</li> <li>• Antecedente de malformaciones mayores, incluyendo las del tubo neural.</li> </ul>	<p><b>NO SE RECOMIENDA O SE RECOMIENDA POSPONER EL EMBARAZO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aconsejar sobre planificación familiar, explicar importancia de posponer el embarazo.</li> <li>• Tratar si es posible o trasladar si es necesario.</li> <li>• Controlar enfermedad previa.</li> <li>• Aconsejar sobre adecuada nutrición.</li> <li>• Buscar causa y tratar anemia con hierro.</li> <li>• Antecedente malformación tubo neural: ácido fólico 4 - 5 mg. VO/día x 3 meses, antes de embarazo.</li> <li>• Antecedente de otras malformaciones mayores, asegurar consejería genética.</li> <li>• Desparasitar con Albendazol.</li> <li>• Manejo y consejería: drogadicción, alcoholismo y tabaquismo.</li> <li>• Si violencia: activar la red contra el maltrato.</li> <li>• VDRL reactivo, prueba no treponémica positiva administrar P Benzatínica 2.400.000 u.</li> <li>• VIH reactivo/positivo referencia programa VIH.</li> <li>• Higiene personal e higiene oral.</li> </ul>
<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 35 años o más.</li> <li>• IMC &gt;25,0.</li> <li>• Hb entre 7 y 12 g/dl., palidez palmar moderada.</li> <li>• Enfermedad previa controlada.</li> <li>• Problemas de salud bucal.</li> <li>• Expuesta a químicos e insecticidas.</li> <li>• Muertes perinatales, peso bajo al nacer, nacidos prematuros, abortos previos.</li> <li>• Anomalías congénitas menores.</li> <li>• Parejas sexuales múltiples.</li> <li>• No planificación familiar.</li> <li>• ITS con tratamiento.</li> </ul>	<p><b>EN CONDICIONES DE EMBARAZARSE CON FACTORES DE RIESGO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aconsejar sobre nutrición y dieta adecuada.</li> <li>• Administrar hierro.</li> <li>• Ácido fólico 1,0 mg. VO/día x 3 meses, antes de embarazo.</li> <li>• Desparasitar con Albendazol.</li> <li>• Planificación familiar.</li> <li>• Higiene personal.</li> <li>• Profilaxis y tratamiento bucal.</li> <li>• Aconsejar sobre prevención de cáncer de seno y cuello uterino (vacuna VPH).</li> </ul>
<p><b>Todos los siguientes criterios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad entre 20 y 35 años.</li> <li>• IMC entre 18,5 y 24,9.</li> <li>• Hb &gt; 12 g/dl. y no tiene palidez.</li> <li>• Serología para sífilis no reactiva.</li> <li>• VIH no reactivo.</li> <li>• Ningún criterio para clasificarse en las anteriores.</li> </ul>	<p><b>EN CONDICIONES DE EMBARAZARSE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar ácido fólico 1,0 mg./día VO x 3 meses, antes de embarazo.</li> <li>• Planificación familiar.</li> <li>• Higiene personal / higiene bucal.</li> <li>• Aconsejar sobre prevención de cáncer de seno y cuello uterino (vacuna VPH).</li> <li>• Aconsejar sobre estilos de vida sanos, nutrición, ejercicio y prevención exposición a tóxicos, drogas e infecciones.</li> </ul>



### NO SE RECOMIENDA O SE RECOMIENDA POSPONER EL EMBARAZO

Si presenta uno de los signos enumerados en la hilera roja, elija la clasificación grave: **NO SE RECOMIENDA O SE RECOMIENDA POSPONER EL EMBARAZO**. Una mujer con esta clasificación estará en peligro, tanto ella como el feto si se embaraza. La mujer debe recibir consejería sobre planificación familiar, explicar los riesgos y la importancia de posponer el embarazo o no embarazarse, deben tratarse los problemas encontrados, si está al alcance de su servicio, o referir para tratamiento en un servicio especializado. Dé consejería nutricional, trate la anemia, desparasite, y si hay antecedente de malformación del tubo neural, inicie ácido fólico 3 meses antes del embarazo, dosis alta (4 – 5 mg./día), trate las ITS y aconseje sobre higiene y salud bucal.

### EN CONDICIONES DE EMBARAZARSE CON FACTORES DE RIESGO

Si presenta un signo enumerado en la hilera amarilla y no tiene clasificación grave, elija esa hilera: **EN CONDICIONES DE EMBARAZARSE CON FACTORES DE RIESGO**. Una mujer clasificada en esta categoría, necesita consejería nutricional, dieta adecuada, suplementación con hierro y ácido fólico, desparasitación, consejería en planificación familiar y el momento indicado para embarazarse, higiene personal, profilaxis y tratamiento bucal, y consejería en prevención de cáncer de seno y cuello uterino.

### EN CONDICIONES DE EMBARAZARSE

Si la mujer no presenta ninguno de los signos de las hileras roja o amarilla, pase a la hilera verde (o inferior), y seleccione la clasificación **EN CONDICIONES DE EMBARAZARSE**. Las mujeres con esta clasificación pueden planificar el momento ideal de embarazarse, debe iniciarse ácido fólico previo al embarazo, consejería en higiene, salud bucal, estilos de vida sanos, nutrición, ejercicio y prevención de exposición a tóxicos, drogas e infecciones.

## 2. EVALUAR Y DETERMINAR RIESGO DURANTE LA GESTACIÓN Y EL PARTO QUE AFECTA EL BIENESTAR FETAL

Los riesgos para la mujer y el recién nacido pueden estar presentes desde antes de la gestación, aparecer en el transcurso de la gestación o durante el trabajo de parto. Por ello es importante reconocer y clasificar estos riesgos para tomar decisiones oportunas, efectivas y eficaces que garanticen mejor calidad de la atención de la madre y el recién nacido.



## 2.1 ¿CÓMO EVALUAR Y DETERMINAR EL RIESGO DURANTE LA GESTACIÓN QUE AFECTA EL BIENESTAR FETAL?

**Gráfica 19.** Evaluación del riesgo que afecta el bienestar fetal durante la gestación

En **TODOS** los casos en que una madre consulta sobre algún problema durante la gestación hasta antes del parto, verificar si hay **SIGNOS DE RIESGO DURANTE LA GESTACIÓN.**

### PREGUNTE:

- ¿Qué edad tiene?
- ¿Cuándo fue la última menstruación?
- ¿Ha tenido algún control prenatal?
- ¿Cuántas veces?
- ¿Cuándo fue su último parto?
- ¿Los partos han sido naturales o cesárea?
- ¿Cuántos embarazos ha tenido?
- ¿Ha tenido hijos prematuros o bajo peso?
- ¿Ha tenido hijos malformados?
- ¿Se ha muerto algún hijo antes de nacer o durante la primera semana de vida?
- ¿Percibe movimientos fetales?
- ¿Ha tenido fiebre?
- ¿Le ha salido líquido por la vagina?
- ¿Ha tenido flujo vaginal?
- ¿Padece alguna enfermedad? ¿Cuál?
- ¿Le han dado algún medicamento? ¿Cuál?
- ¿Fuma, bebe o consume drogas?
- ¿Ha sufrido alguna clase de Violencia?

### DETERMINE:

- Fecha probable de parto.
- Edad gestacional.
- Peso, talla e IMC.
- Altura uterina.
- Embarazo múltiple.
- Presentación anormal.
- Presión arterial.
- Si tiene palidez palmar intensa.
- Si hay edema en manos, cara y/o piernas.
- Presencia de convulsiones, visión borrosa, pérdida de conciencia o cefalea intensa.
- Signos de enfermedad sistémica y/o de transmisión sexual.
- Inmunización con toxoide tetánico.
- Cavidad bucal (sangrado, inflamación, caries, halitosis).

### REALICE LABORATORIOS:

- Hb, Hto, toxoplasma, hepatitis B.
- Serología para sífilis al primer contacto y antes del parto.
- Grupo sanguíneo, Rh y Coombs.
- Glicemia.
- Parcial de orina y urocultivo.
- VIH con consentimiento escrito.
- Ecografía obstétrica según norma.

Utilice el cuadro codificado por colores para clasificar el **RIESGO PRECONCEPCIONAL**

### **¿Qué edad tiene?**

Las adolescentes (menores de 20 años) y las embarazadas de 35 años o más, tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, también se ha demostrado en estos grupos de edad mayor morbilidad y mortalidad perinatal.

### **¿Cuándo fue la 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 dividirlos por siete.

### **¿Ha tenido algún control prenatal? ¿Cuántas veces?**

El control prenatal representa una oportunidad para incrementar el acceso a un parto en condiciones seguras, en un ambiente de atención obstétrica y neonatal institucional calificada. Se reportan menos complicaciones durante embarazo y parto, cuando hay un adecuado control prenatal, reduciéndose la frecuencia de preeclampsia, infección del tracto urinario, anemia post-parto y mortalidad materna, así como peso bajo al nacer. Se considera una condición óptima cuando el control prenatal cumple con los siguientes requisitos: precoz, continuo, periódico, completo, con calidad, de amplia cobertura y con equidad. Deben garantizarse las actividades contempladas para cada atención realizada por el médico o el profesional de enfermería en el control prenatal a la gestante, sin factores de riesgo, lo que permite el seguimiento al normal desarrollo de la gestación.

La duración de estas consultas deberá ser mínimo de 20 minutos y asegurar que la gestante reciba la periodicidad de las consultas de seguimiento y control que deben ser mensuales hasta la semana 36 y luego cada 15 días. Los controles prenatales durante el último mes de gestación, semanas 36, 38 y 40, deben ser realizados por un médico. Así mismo, el profesional de enfermería deberá remitir a valoración médica inmediata a la gestante en la cual identifique factores de riesgo biopsicosocial, enfermedades asociadas y propias de la gestación, durante la anamnesis, el examen físico o la revisión de los paraclínicos, para su adecuado y oportuno manejo. Se deben garantizar al menos cuatro atenciones por el médico, si es de bajo riesgo, en las siguientes semanas: la primera, antes de las 12 semanas; la segunda, semana 26 de gestación; la tercera, a las 32 semanas, y la cuarta, entre la semana 36 y 38, cumpliendo lo establecido en el protocolo de atención prenatal.



### 👤 **¿Cuándo fue su último parto?**

Periodos intergenésicos menores a dos años se relacionan con una mayor morbilidad y mortalidad materna y fetal.

### 👤 **¿Los partos han sido naturales (vaginales) o con cesárea?**

Es importante investigar el antecedente e indicación de cesárea anterior.

### 👤 **¿Cuántos embarazos ha tenido?**

La madre con su primera gestación y la gran multípara (4 o más gestaciones) son consideradas de alto riesgo y con mayor probabilidad de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

### 👤 **¿Ha tenido hijos prematuros (<37 semanas) o de bajo peso al nacer?**

Tanto la prematuridad como el peso bajo al nacer se asocian a altas tasas de morbilidad y mortalidad perinatal. Las madres que han tenido hijos prematuros o de bajo peso son susceptibles, si no se han modificado los factores que contribuyeron a ello.

### 👤 **¿Ha tenido hijos con malformación congénita?**

El antecedente de malformación congénita genera un mayor riesgo o probabilidad de tener otro hijo con malformación. Los defectos del cierre del tubo neural (espina bífida, meningocele o mielomeningocele) pueden prevenirse con la suplementación a la mujer, al menos dos meses antes del embarazo y durante los 3 primeros meses de embarazo, con ácido fólico (1 mg. diarios por vía oral o 4–5 mg./diarios, si hay antecedente de malformación).

### 👤 **¿Se ha muerto algún hijo antes de nacer o durante la primera semana de vida o abortos?**

Las muertes fetales durante el transcurso de la gestación o de las primeras horas de vida pueden estar relacionadas con factores de riesgo o patología materna y/o neonatal. Es importante conocer los antecedentes para tomar medidas preventivas y correctivas asociadas con estas patologías. El aborto previo es un factor de riesgo en la gestación actual para pérdida fetal o parto prematuro.



### **¿Percibe movimientos fetales?**

La percepción de los movimientos fetales se produce entre las 16 y 20 semanas de gestación (SG). La presencia de movimientos fetales indica vitalidad del niño. (A las 30 SG, 18 o más movimientos fetales por hora; a las 31 SG, 14 movimientos por hora; a las 32 SG, 8 movimientos por hora; a las 33 SG, seis movimientos por hora y a las 34 SG o más, cuatro o más movimientos por hora). La disminución de los movimientos fetales o el cese de los mismos suele preceder a la muerte intrauterina.

### **¿Ha tenido fiebre?**

La fiebre durante la gestación puede ser producida por virosis, infecciones bacterianas, principalmente del tracto genitourinario, paludismo o por enfermedades de transmisión sexual. La susceptibilidad de la mujer gestante 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 feto. Como consecuencia de la virosis materna puede ocurrir aborto, parto prematuro o de término con feto muerto, o el recién nacido puede nacer con una infección viral. Por otro lado, ciertas características anatómicas de la mujer y las modificaciones fisiológicas que produce la gestación sobre el aparato urinario son los factores principales que predisponen a la infección urinaria.

### **¿Le ha salido líquido por la vagina?**

La salida de líquido vaginal, cuando el desarrollo del parto es normal, se produce cuando las membranas se rompen, generalmente al final del periodo de dilatación. La ruptura prematura de membranas ovulares, tiene lugar antes del comienzo del parto y si este no se inicia pronto, puede sobrevenir una infección ascendente de la cavidad ovular y el recién nacido tiene alto riesgo de una sepsis temprana.

### **¿Ha tenido flujo vaginal?**

El flujo vaginal es sumamente frecuente durante la gestación. Suele ser inespecífico, pero habitualmente obedece a procesos infecciosos no invasivos, entre los cuales los más comunes son la Gardnerella, Chlamydia, tricomoniasis y moniliasis o candidiasis vaginal.

### **¿Padece de alguna enfermedad? ¿Cuál?**

Las patologías como cardiopatías, isoinmunización RH, diabetes, etcétera, pueden complicar el curso de la gestación si no se atienden adecuadamente, y algunas son causa de abortos tempranos o se asocian a morbilidad materna, perinatal o neonatal.



### **👤 ¿Le han dado algún medicamento? ¿Cuál?**

Muchos medicamentos tomados al inicio del embarazo pueden resultar teratogénicos, es decir que pueden producir anomalías congénitas en el feto. Otros padecimientos y otras drogas pueden interferir con el desarrollo normal del embarazo.

### **👤 ¿Fuma, bebe o consume drogas?**

La ingesta diaria de alcohol (dos bebidas preparadas, dos latas de cerveza o dos copas de vino), puede ser teratogénico y producir el síndrome de alcohol fetal, el cual se caracteriza por alteraciones de la función cerebral, retardo en el crecimiento, alteraciones faciales externas. Es desconocida la dosis mínima necesaria que provoca el daño fetal, por lo que la ingesta de alcohol debe ser proscrita durante la gestación.

El tabaquismo materno, así como la exposición al humo del tabaco se asocia fuertemente con bajo peso al nacer, retardo del crecimiento intrauterino y síndrome de muerte súbita. También ha quedado demostrado que el tabaquismo materno origina un aumento de abortos espontáneos, nacimientos prematuros, bajo peso al nacer y mayor número de complicaciones durante el embarazo y el parto. No hay un consenso sobre la cantidad mínima de tabaco, la recomendación es evitar su consumo.

La heroína y otros opiáceos, incluyendo la Metadona, pueden provocar un síndrome de abstinencia grave en el bebé, algunos pueden durar de cuatro a seis meses. Pueden presentarse convulsiones en los hijos de madres consumidoras de Metadona. El uso de anfetaminas se asocia con peso bajo al nacer y nacimiento prematuro, y está asociado con hemorragia intracraneal. El uso de cocaína está relacionado con un mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante. El consumo de marihuana está vinculado con retardo del crecimiento intrauterino. A largo plazo los niños expuestos a drogas prenatales tienen un riesgo incrementado de déficit cognoscitivo y menor cociente intelectual. La cafeína en exceso (café, té o cola) se pueden asociar con peso bajo al nacer, su consumo debe también desaconsejarse.

### **👤 ¿Ha sufrido alguna clase de violencia?**

La violencia disminuye la motivación y moral, causa lesiones físicas y psicológicas, depresión y estrés postraumático. Durante la gestación, los agredidos son dos.



**Luego DETERMINE:****Fecha probable de parto**

La fecha probable de parto (FPP) y la amenorrea se pueden calcular fácilmente con el gestograma del CLAP, 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 la siguiente regla:

Al primer día de la última menstruación se le agregan siete días y se retrocede tres meses (Regla de Naegele).

**Peso, Talla e IMC**

La mujer experimenta un aumento de peso durante la gestación normal. Al término de esta (38 a 40 semanas) el aumento normal es de unos 11 kg., con una amplitud que se extiende desde 8 kg a 15,6 kg. Recientemente se considera el índice de masa corporal como un buen estimador para el diagnóstico, control y seguimiento del estado nutricional de la embarazada. Este indicador relaciona el peso corporal con la talla (tamaño).

Existe una fuerte evidencia que apoya la asociación entre ganancia de peso durante el embarazo y los siguientes resultados: nacimiento pretérmino, bajo peso al nacer, macrosomía, recién nacidos grandes para su edad gestacional o recién nacidos pequeños para su edad gestacional. También hay evidencia de mayores resultados adversos durante el trabajo de parto y el parto.

**Tabla 42.** IMC preconcepcional

IMC PRECONCEPCIONAL	IMC (KG/M <sup>2</sup> ) (WHO)	GANANCIA TOTAL DE PESO (LB)
Desnutrida	< 18.5	28-40
Peso normal	18.5-24.9	25-35
Sobrepeso	25.0-29.9	15-25
Obesidad	≥ 30	11-20





## **i altura uterina**

A partir de las semanas 12-13 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 la semana 18, el útero alcanza la mitad del trayecto entre el pubis y el ombligo; a la semana 22, llega al ombligo; a la semana 30, asciende hasta la mitad de la línea xifoumbilical, y a la semana 37, el fondo uterino alcanza el apéndice xifoides 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.

## **👉 Embarazo múltiple**

Se llama embarazo múltiple al desarrollo simultáneo de varios fetos. Toda gestación múltiple debe ser considerada como de alto riesgo, ya que la mortalidad perinatal es cuatro veces mayor que en las gestaciones únicas. La incidencia de retraso en el desarrollo físico y mental, y de parálisis cerebral, también está aumentada.

## **👉 Presentación anormal**

La presentación es la parte del feto que toma contacto con el estrecho superior, ocupándolo en gran parte y que puede evolucionar por sí 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. Toda presentación anómala conlleva mucho riesgo para la vida de la madre y del bebé durante el trabajo de parto.

## **👉 Presión arterial**

La presión sistólica y diastólica desciende en la primera mitad de la gestación en 5 a 10 mm. Hg. Hacia el término, alcanza los valores pre-gravídicos. Todo ascenso de la presión sistólica por encima de 140 mm. Hg., y/o de la diastólica por arriba de 90 mm. Hg. debe ser investigado y corregido. Todo ascenso de 20 mm. Hg. o más en los controles, debe también investigarse. Cuando los valores de la presión sistólica y diastólica están por debajo de 95 y 55 mm. Hg., respectivamente, también pueden presentarse complicaciones fetales.

### **Palidez palmar intensa**

Se define como anemia cuando la concentración de hemoglobina en la gestante es menor de 12g/dl. Se considera de alto riesgo cuando las concentraciones de hemoglobina son inferiores a 9g/dl. y el hematocrito se encuentra por debajo de 30%, con mayor incidencia de hipoxia fetal, retardo del crecimiento y partos prematuros. Las concentraciones de hemoglobina inferiores a 7g/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.

### **Edema 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 edema de los miembros inferiores y/o párpados. En las primigrávidas, la velocidad excesiva de aumento de peso constituye un rasgo característico de preeclampsia gravídica.

### **Presencia de convulsiones, visión borrosa, pérdida de conciencia o cefalea intensa**

La visión borrosa, las convulsiones, la cefalea intensa y la pérdida de conciencia durante la gestación son generalmente secundarias a enfermedad hipertensiva o toxemia. Se clasifica como toxemia a un síndrome de aparición exclusiva durante la gestación, generalmente después de la semana 20, caracterizado por hipertensión, edema y proteinuria (Preeclampsia). Si se asocia con convulsiones y/o coma, se denomina eclampsia.

### **Signos de enfermedad sistémica o enfermedad 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 pueden ocurrir episodios de cetoacidosis que pueden llevar a la muerte del feto. 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, y ocasionan lesiones locales: en el aparato genital (uretritis, vulvovaginitis, etcétera), en la región inguinal (granuloma, chancro, condilomas), en la cavidad pelviana (enfermedad pélvica inflamatoria) o en todo el organismo (sífilis, hepatitis B y VIH/SIDA).



### **1 Inmunización con toxoide tetánico**

La estrategia principal del programa de eliminación del tétanos neonatal es la inmunización de las mujeres en edad fértil con toxoide tetánico. Esta estrategia evita que tanto la madre como el neonato contraigan la enfermedad. Si la madre no ha sido completamente inmunizada, debe recibir toxoide tetánico durante el embarazo para completar las 5 dosis.

Se puede lograr una considerable inmunidad con tres dosis de toxoide tetánico administradas con intervalo mínimo de 4 semanas. Con 3 dosis de toxoide tetánico, la inmunidad dura por lo menos 5 años, en tanto que 5 dosis confieren inmunidad de por vida. Solamente se revacuna a una mujer embarazada si la última dosis tiene más de 10 años.

### **👁 Cavidad bucal (sangrado, inflamación, caries, halitosis)**

La salud bucal deficiente durante el embarazo se ha asociado con mayor morbilidad perinatal y neonatal. La enfermedad periodontal se asocia en el embarazo con preeclampsia y en el neonato con prematuridad, PBN y RIU. Deben realizarse dos controles con odontología durante el embarazo y realizar el manejo y la higiene bucal recomendada por el odontólogo.

### **Luego, REALICE LABORATORIOS:**

En el primer contacto que tenga con una mujer embarazada deberá solicitar los siguientes exámenes:

#### **📊 Hemoglobina y Hematocrito**

El feto depende de la sangre de la madre y la anemia puede ocasionar un crecimiento fetal deficiente. La anemia por deficiencia de hierro en la mujer gestante es causa de mortalidad materna y perinatal, también está altamente asociada a prematuridad y PBN.

#### **📊 Toxoplasma IgM y Hepatitis b antígeno**

Si la prueba de detección para hepatitis B es negativa, puede vacunarse a la mujer durante el embarazo. Si la madre presenta títulos positivos el tratamiento oportuno y adecuado, el neonato evita la enfermedad. Los títulos de toxoplasma son indispensables para conocer el riesgo del feto de padecer la enfermedad y poder realizar un seguimiento adecuado durante toda la gestación.

### **Serología para sífilis al primer contacto y antes del parto**

La sífilis se transmite de la madre al niño durante el desarrollo fetal o al nacer. Casi la mitad de los niños infectados con sífilis in útero mueren poco antes o después del nacimiento. La estrategia principal para la eliminación de la sífilis congénita es la detección y tratamiento obligatorios de casos durante el embarazo. La serología (VDRL) debe realizarse antes de la semana 12, y repetirse en el último trimestre o al momento del parto, si no tiene resultado del segundo VDRL.

### **Grupo sanguíneo, RH y Coombs**

La isoimmunización Rh provoca en el feto: ascitis, edemas, hidrops y muerte intrauterina. En el recién nacido: anemia, edemas, ictericia severa, kernicterus, derrame pleural, insuficiencia cardíaca y muerte.

El diagnóstico de la enfermedad intraútero se basa en la determinación del factor Rh, a principios del embarazo. Es preciso realizar la prueba de Coombs indirecta en las mujeres Rh negativas, ya que permite averiguar si estas ya poseen anticuerpos anti-Rh; la titulación periódica de esta prueba a lo largo de todo el embarazo permite observar el nivel de anticuerpos existente.

### **Glicemia**

La hiperglicemia y el aumento inadecuado de peso durante el embarazo se asocia con resultados adversos para el feto y recién nacido, aumentando la posibilidad de hipoglicemia neonatal, macrosomía y anomalías congénitas. La diabetes gestacional puede ocurrir aun cuando no se presenten síntomas o factores de riesgo.

### **Uroanálisis y urocultivo**

La infección de tracto urinario es una complicación común durante la gestación. La bacteriuria sintomática ocurre en 2 a 10% de los embarazos y si no se trata más del 30% de las madres, pueden desarrollar pielonefritis y desencadenar una serie de complicaciones (hipertensión, preeclampsia y posiblemente muerte materna y/o fetal) que afectan tanto a la madre como al feto. La bacteriuria durante el embarazo está fuertemente asociada con prematuridad, PBN, sepsis y choque.

Debe realizarse uroanálisis y urocultivo o detección y tratamiento de bacteriuria asintomática con tiras reactivas al primer contacto en menores de 12 semanas, a las 28 y 32 semanas.



### **VIH con consentimiento escrito**

La infección por VIH es transmitida de la madre al neonato hasta en un 35% de los casos, si no recibe tratamiento. El uso de antiretrovirales reduce significativamente la transmisión de la infección por el VIH de la madre a su hijo, junto a otras intervenciones como cesárea electiva y uso de fórmula en todos los expuestos. Esto ha demostrado reducción de la transmisión por debajo del 2%.

Debe ofrecerse prueba de VIH a toda mujer embarazada en el primer control previa consejería, idealmente en el primer trimestre. En caso de no aceptación debe quedar consignado en la historia clínica.

De igual forma que para sífilis, la madre puede infectarse durante el resto del embarazo, por tanto una segunda prueba en el tercer trimestre sería ideal.

### **Ecografía obstétrica, según norma**

La norma recomienda la realización de la primera ecografía entre las semanas 12 y 18.

## **2.2 ¿CÓMO CLASIFICAR EL RIESGO DE LA GESTANTE QUE AFECTA EL BIENESTAR FETAL?**

Existen 3 posibles clasificaciones del riesgo durante la gestación:

- **GESTACIÓN CON RIESGO INMINENTE**
- **GESTACIÓN DE ALTO RIESGO**
- **GESTACIÓN DE BAJO RIESGO**

**Tabla 43.** Clasificación del riesgo de la gestante que afecta el bienestar fetal

<p><b>Uno de los siguientes signos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo mayor a 41 semanas.</li> <li>• Disminución o ausencia de movimientos fetales.</li> <li>• Enfermedad sistémica severa.</li> <li>• Infección urinaria con fiebre.</li> <li>• Diabetes no controlada.</li> <li>• Hipertensión no controlada y/o presencia de convulsiones, visión borrosa, pérdida de conciencia o cefalea intensa.</li> <li>• Palidez palmar severa y/o Hb &lt; 7 g/dl.</li> <li>• Edema en cara, manos y piernas. RPM antes de las 37 semanas.</li> </ul>	<p><b>GESTACIÓN CON RIESGO INMINENTE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hospitalizar o Referir URGENTEMENTE</b></li> <li>• Tratar hipertensión.</li> <li>• Si RPM administrar primera dosis de Eritromicina VO 250 mg. y Ampicilina.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Uno de los siguientes signos:</b></li> <li>• Menor de 20 años o mayor de 35 años.</li> <li>• Primigesta o gran múltipara.</li> <li>• Periodo entre embarazos menor de 2 a.</li> <li>• Sin control prenatal.</li> <li>• Altura uterina no correlaciona con la edad gestacional.</li> <li>• Antecedente de hijos prematuros, con bajo peso o malformados.</li> <li>• Antecedente de aborto habitual, muerte fetal o neonatal temprana.</li> <li>• Enfermedad sistémica controlada.</li> <li>• Infección urinaria sin fiebre.</li> <li>• Diabetes controlada.</li> <li>• Hipertensión controlada.</li> <li>• Palidez palmar y/o Hb <math>\geq 7</math> y <math>&lt; 12</math> g/dl.</li> <li>• Flujo vaginal refractario.</li> <li>• Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción.</li> <li>• Antecedente de violencia o maltrato.</li> <li>• Ingesta de drogas teratogénicas.</li> <li>• Ganancia inadecuada de peso.</li> <li>• IMC <math>&lt; 20</math> ó <math>&gt; 30</math>.</li> <li>• Presentación anormal.</li> <li>• Gestación múltiple.</li> <li>• Madre Rh negativa.</li> <li>• VDRL o VIH o hepatitis b positivos.</li> <li>• Problemas bucales o periodontales.</li> <li>• Sin inmunización con toxoide tetánico.</li> </ul>	<p><b>GESTACIÓN DE ALTO RIESGO</b></p>	<p><b>Referir para consulta por especialista.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo múltiple: Referir antes de las 30 SG.</li> <li>• Si VDRL o prueba no treponémica • positiva iniciar tratamiento con Penicilina Benzatínica.</li> <li>• Si es VIH (+) consultar protocolo y referir a Especialista.</li> <li>• Recomendar a la madre que continúe tratamiento Instituido.</li> <li>• Administrar hierro, Ácido Fólico y Multivitaminas.</li> <li>• Si antecedente de hipertensión administrar Suplemento de Calcio y Aspirina 100 mg/día.</li> <li>• Administrar Toxoide Tetánico.</li> <li>• En zonas de alta prevalencia administrar Albendazol en 2° o 3° trimestre.</li> <li>• Brindar asesoría para VIH, SIDA, ITS.</li> <li>• Determinar fecha para próxima consulta según norma.</li> <li>• Aconsejar sobre nutrición y cuidados del embarazo y lactancia materna.</li> <li>• Enseñar signos de alarma para consultar de inmediato.</li> <li>• Planificar con la familia la referencia antes del parto.</li> <li>• Aconsejar sobre estímulos y cuidados del bebé.</li> <li>• Aconsejar sobre salud bucal y referir a odontología.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestación sin riesgo inminente ni alto riesgo.</li> </ul>	<b>GESTACIÓN DE BAJO RIESGO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enseñar signos de alarma para consultar de inmediato.</li> <li>Planificar con la familia la referencia antes del parto.</li> <li>Seguimiento hasta concluir la gestación según normas.</li> <li>Administrar hierro, Ácido Fólico y Multivitaminas.</li> <li>Aconsejar sobre nutrición, cuidados del embarazo, lactancia, puerperio y recién nacido.</li> <li>Administrar Toxoide Tetánico.</li> <li>Brindar asesoría para VIH-SIDA.</li> <li>En zonas de alta prevalencia Albendazol en 2° o 3° trimestre de gestación.</li> <li>Aconsejar sobre salud bucal y referir a odontología.</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### GESTACIÓN CON RIESGO INMINENTE

Observe los signos de la hilera roja, si la madre presenta uno de estos signos de peligro se clasifica como **GESTACIÓN CON RIESGO INMINENTE**, remita urgente a un hospital, tanto la madre como el feto están en peligro, trate la hipertensión si está presente y si hay ruptura prematura de membranas inicie primera dosis de antibiótico como Eritromicina y Ampicilina.

### GESTACIÓN DE ALTO RIESGO

Si la madre no tiene un signo de gravedad y no se clasificó en la hilera roja, observe la hilera amarilla, si la madre tiene uno de los signos de riesgo de esta hilera clasifíquela como **GESTACIÓN DE ALTO RIESGO**; la gestante tiene signos de riesgo, por lo tanto debe ser referida para control y manejo de la gestación por un obstetra. Inicie manejo de la enfermedad de base, administre Hierro, Ácido Fólico y Multivitaminas, desparasitar y proporcione asesoría y consejería.

### GESTACIÓN DE BAJO RIESGO

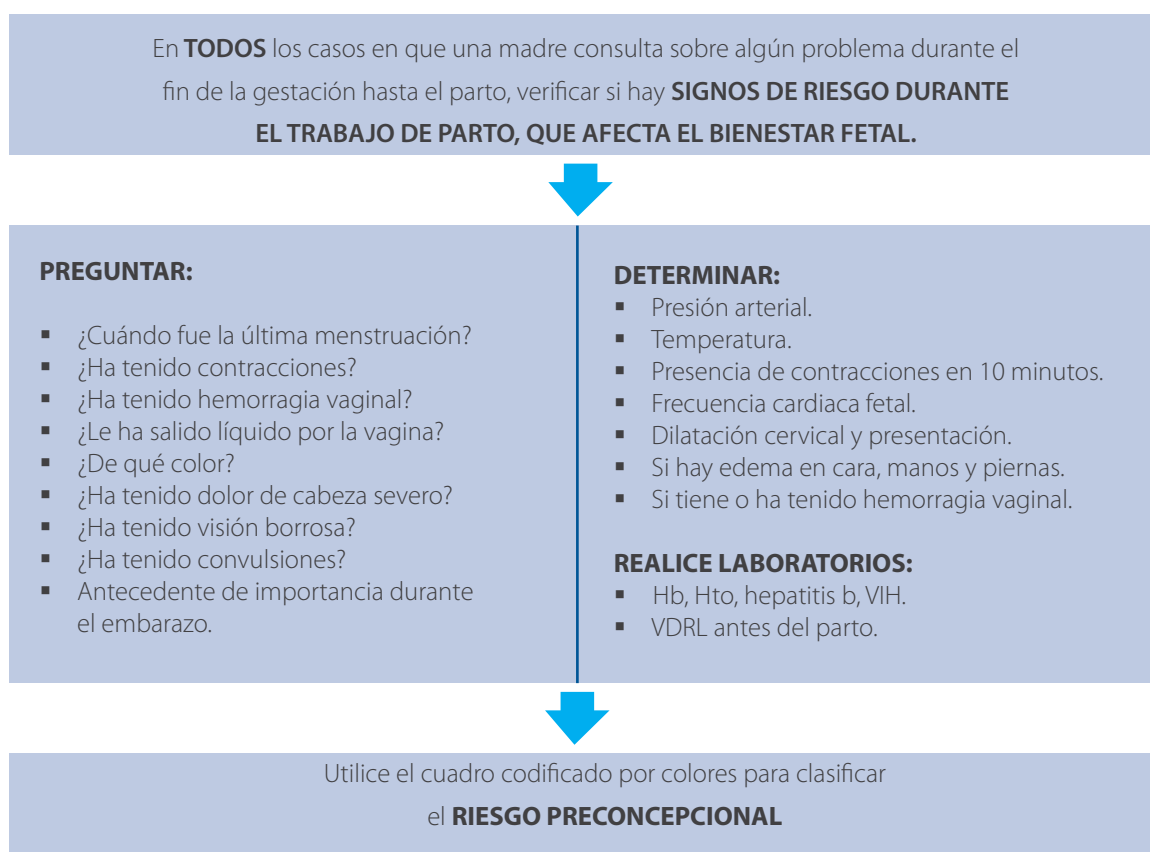
Si la madre no presenta ninguno de los signos de las hileras roja o amarilla, pase a la hilera verde y seleccione la clasificación **EMBARAZO DE BAJO RIESGO**. Continúe todos los cuidados del embarazo. El parto debe planificarse en el hospital con la familia, dar seguimiento, asesorar para VIH/sida, ofrecer consejería en nutrición, planificación familiar y lactancia materna. Se debe también prescribir Hierro, Ácido Fólico, administrar Toxoide Tetánico, si es necesario, y controles de seguimiento.

## 2.3 EVALUAR Y DETERMINAR EL RIESGO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, QUE AFECTA EL BIENESTAR FETAL

Los riesgos para el neonato y la madre se presentan en cualquier momento, pero el periodo durante el trabajo de parto y el parto es crucial para el bienestar de ambos, y tiene algunos riesgos adicionales a los que ya vienen por problemas durante la gestación.

### ¿CÓMO EVALUAR Y DETERMINAR EL RIESGO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, QUE AFECTA EL BIENESTAR FETAL?

**Gráfica 20.** Evaluación del riesgo de la gestante que afecta el bienestar fetal



#### PREGUNTE:

#### 🗣️ ¿Cuándo fue la última menstruación?

De igual forma que durante la gestación.





### 👉 ¿Ha tenido dolores de parto o 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 la gestación progresa, y llega a una contracción por hora, alrededor de la semana 30 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.

### 👉 ¿Ha tenido hemorragia vaginal?

Es importante conocer la época de la gestación 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 ruptura del útero. Toda hemorragia vaginal, en cualquier época del embarazo, debe ser considerada como una emergencia.

### 👉 ¿Le ha salido líquido por la vagina? ¿De qué color?

Ver en la gestante, en el apartado anterior. En el momento del parto es importante conocer el color del líquido, el líquido claro tiene implicaciones muy diferentes al líquido con meconio, lo cual implica sufrimiento fetal o a líquido fétido purulento que implica sepsis.

### 👉 ¿Ha tenido dolor de cabeza severo? ¿Ha tenido visión borrosa? ¿Ha tenido convulsiones?

Realice la misma evaluación descrita anteriormente, en la gestante.

### 👉 ¿Se mueve el bebé menos de lo normal o dejó de moverse?

La disminución de los movimientos fetales o el cese de los mismos suele preceder a la muerte intrauterina.



## DETERMINE:

### **Presión arterial**

Recuerde que cualquier elevación de la presión sistólica por encima de 140 y diastólica por encima de 90, debe investigarse y corregirse; este es un momento crítico tanto para la vida de la madre como del neonato.

### **Temperatura**

Cualquier temperatura por encima de 37,5°C. hace sospechar infección en la madre, con la posibilidad de obtener un producto infectado y debe investigarse siempre, tanto en la madre como en el neonato.

### **Taquicardia materna**

La taquicardia materna antes del parto hace sospechar, como primera opción, de una infección, con la posibilidad de infección del feto. También hay taquicardia secundaria a la anemia severa y sangrado, lo cual es un riesgo también para el producto.

### **Presencia de contracciones en 10 minutos**

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

### **Frecuencia cardíaca 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 Cardíaca Fetal (FCF) es menor de 120 latidos por minuto, se considera como bradicardia, y es consecuencia de la depresión cardíaca 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.



- 📖 **Dilatación cervical y presentación**
- 📖 **Si hay edema en cara, manos y piernas**
- 📖 **Si tiene o ha tenido hemorragia vaginal**

Realice la misma evaluación descrita en la gestante

## REALICE Y/O REVISE LABORATORIOS:

- 📋 **Hb, Hto, hepatitis B, VIH**
- 📋 **Serología para sífilis antes del parto**
- 📋 **Grupo sanguíneo, Rh y Coombs**

Ya se explicó en la sección de la gestante la importancia de todos estos. Pero el parto es el momento de tomar decisiones que pueden evitar el contagio del neonato por el canal del parto; en el caso de VIH y algunas enfermedades de transmisión sexual, se justificaría cesárea; de igual forma, la presencia de hepatitis B obliga a tratar el recién nacido en las primeras horas. La madre RH negativa no sensibilizada debe tratarse con Gamaglobulina anti D, si el neonato es positivo, en las primeras 72 horas postparto. Y una Serología para sífilis positiva obliga a confirmar enfermedad en el neonato y tratar a ambos.

## ¿CÓMO CLASIFICAR EL RIESGO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, QUE AFECTA EL BIENESTAR FETAL?

Existen 3 posibles clasificaciones para la gestante durante el trabajo de parto:

- PARTO CON RIESGO INMINENTE
- PARTO DE ALTO RIESGO
- PARTO DE BAJO RIESGO

**Tabla 44.** Clasificación para la gestante durante el trabajo de parto

<p><b>Uno de los siguientes signos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo de parto menor de 37 semanas.</li> <li>• Hemorragia vaginal.</li> <li>• Ruptura prematura de membranas &gt;12 horas.</li> <li>• Fiebre o taquicardia materna.</li> <li>• Hipertensión no controlada y/o presencia de convulsiones, visión borrosa, pérdida de conciencia o cefalea intensa.</li> <li>• Disminución o ausencia de movimientos fetales.</li> <li>• Cambios en la Frecuencia Cardiaca Fetal &lt;120 o &gt; 160 por minuto.</li> <li>• Presentación anormal.</li> <li>• Edema en cara, manos y piernas.</li> </ul>	<p><b>PARTO CON RIESGO INMINENTE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hospitalizar o Referir URGENTEMENTE a centro de alta complejidad acostada del lado izquierdo.</b></li> <li>• Prevenir hipotensión.</li> <li>• Tratar hipertensión.</li> <li>• Si hay trabajo de parto prematuro, inhibir contracciones con Nifedipina y administrar corticoide (Betametasona). RPM administrar la primera dosis de un antibiótico.</li> <li>• RPM y embarazo &lt;37 SG administrar Eritromicina 250 mg.</li> <li>• Si existe posibilidad administrar oxígeno.</li> </ul>
<p><b>Uno de los siguientes signos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Madre Rh negativa.</li> <li>• VDRL, test de VIH o hepatitis B positivos o desconocidos.</li> <li>• Gestación con algún riesgo.</li> </ul>	<p><b>PARTO DE ALTO RIESGO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Referir para atención del parto.</b></li> <li>• Si VDRL positivo iniciar tratamiento con P Benzatínica.</li> <li>• Si no hay prueba para VIH, realice prueba rápida de inmediato.</li> <li>• Si la prueba para VIH es positiva, siga protocolo de atención de parto y neonato de madre positiva y no inicie lactancia materna.</li> <li>• Aconsejar sobre cuidados del puerperio y lactancia materna.</li> </ul>
<p>Parto sin riesgo inminente o alto riesgo.</p>	<p><b>PARTO DE BAJO RIESGO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicar libre deambulaci3n durante el trabajo de parto e hidrataci3n oral.</li> <li>• Atender parto normal, con alumbramiento activo y pinzamiento tardío del cord3n y apego precoz.</li> <li>• Asesorar sobre cuidados del puerperio y lactancia materna.</li> <li>• Asesorar sobre signos de alarma del puerperio.</li> </ul>

### PARTO CON RIESGO INMINENTE

Si una gestante en trabajo de parto presenta un signo de peligro del trabajo de parto se clasifica como PARTO CON RIESGO INMINENTE. Refiera urgente al centro para atenci3n de mayor complejidad, existente en la zona, con servicio de obstetricia y unidad de cuidado intensivo de neonatología. Mientras remite y durante la referencia, coloque en decúbito izquierdo, prevenga hipotensi3n, trate la hipertensi3n, trate de inhibir contracciones, si es trabajo de parto pretérmino, y realice maduraci3n pulmonar; si hay ruptura prematura de membranas, trate con antibiótico y si es pretérmino, con eritromicina.



## PARTO DE ALTO RIESGO

Una gestante RH negativo o con serología para sífilis, VIH o hepatitis B positivos, o con algún factor de riesgo durante la gestación, se clasifica como PARTO DE ALTO RIESGO. Refiera para atención especializada del parto, tratamiento de la sífilis, igual que manejo especializado si VIH o hepatitis B positivos. Asesore sobre cuidados del puerperio y lactancia materna, y enseñe signos de peligro.

## PARTO DE BAJO RIESGO

Una gestante en trabajo de parto que no cumple criterios para clasificarse como PARTO CON RIESGO INMINENTE o PARTO CON ALTO RIESGO, se clasificará como PARTO DE BAJO RIESGO. Indique libre deambulación durante el trabajo de parto y realice parto normal con alumbramiento activo, pinzamiento tardío del cordón y apego precoz. Enseñe signos de alarma del puerperio y brinde asesoría sobre VIH-SIDA.

## EJERCICIO

### CASO LAURA



Laura tiene 15 años de edad, pesa 50 kg. y mide 1,49 mt. Vive en Quibdó, cursa 10° grado, soltera y sin pareja estable. Llegó al servicio de salud porque estaba embarazada de su primer hijo y nunca había sido controlada. Nadie de la familia sabía que estaba embarazada.

Al examen, Laura tiene una temperatura de 38,5° C, una presión arterial de 125/80 y un embarazo de 12 semanas, calculado por última menstruación. El personal de salud le pregunta:

¿Es su primera consulta?, Laura dice que sí. ¿Padece de alguna enfermedad? Laura dice que está con malestar y fiebre hace una semana, la fiebre es solo nocturna. No ha padecido de enfermedades serias, sin embargo, se siente muy cansada y no tiene ganas de comer. El personal de salud evalúa a Laura y determina que no tiene hinchazón en manos o pies, pero la palma de su mano está muy blanca y al compararla con la del personal de salud se observa palidez extrema. Laura está muy preocupada, sus padres no saben que está embarazada, ella fuma con su novio y también toman cerveza.

A continuación encontrará la historia clínica que se debe diligenciar en la consulta preconcepcional, complete todos los datos generales.

## ATENCIÓN INTEGRADA A LA MUJER RIESGO PRECONCEPCIONAL

### ATENCIÓN INTEGRADA A LA MUJER RIESGO PRECONCEPCIONAL

FECHA: DÍA \_\_\_ MES: \_\_\_ AÑO: \_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ N° HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ CONSULTA EXTERNA: \_\_\_\_\_ URGENCIAS: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ CONSULTA INICIAL: \_\_\_\_\_ CONTROL: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_ SEXO (F) (M)  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO / CELULAR: \_\_\_\_\_

### MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE IMPORTANCIA

MENARQUIA \_\_\_\_\_ AÑOS. CICLOS \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

PESO \_\_\_\_\_ Kg. TALLA \_\_\_\_\_ MT. IMC \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ TA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ T°.

¿Tiene pareja sexual estable? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	EDAD <20 >35	<b>NO SE RECOMIENDA O SE RECOMIENDA POSPONER EL EMBARAZO</b>  <b>EN CONDICIONES DE EMBARAZARSE CON FACTORES DE RIESGO</b>  <b>EN CONDICIONES DE EMBARAZARSE</b>
¿Tiene relaciones sexuales? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	IMC < 20 >26 >30	
¿Utiliza algún método de planificación familiar? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	FLUJO VAGINAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Fuma? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PALIDEZ PALMAR LEVE <input type="checkbox"/> INTENSA <input type="checkbox"/>	
¿Bebidas alcohólicas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	HB >7 g/dl >7 y 12 g/dl	
¿Drogas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	VDR REACTIVO	
¿Tiene contacto con insecticidas y químicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	VIH REACTIVO	
Si ha tenido embarazos previos: • Muertes perinatales SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CAVIDAD ORAL: DOLOR <input type="checkbox"/> SANGRADO <input type="checkbox"/> CARIES <input type="checkbox"/> INFLAMACION <input type="checkbox"/>	
• Peso bajo al nacer SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
• Nacidos prematuros SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
• Abortos previos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
• Malformaciones congénitas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		
¿Tiene alguna enfermedad crónica? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		
¿Ha sufrido alguna clase de violencia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Explique _____		
DOSIS: Toxoide Tetánico		



### ATENCIÓN INTEGRADA DE LA EMBARAZADA Y EL RECIÉN NACIDO

FECHA: DÍA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ Nº HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_ madre: documento de identidad: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ TI: \_\_\_\_\_ CC: \_\_\_\_\_ #: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ CONSULTA EXTERNA \_\_\_\_\_ URGENCIAS \_\_\_\_\_  
 MOTIVO DE CONSULTA / Enfermedad Actual /revisión por sistemas: \_\_\_\_\_ CONSULTA INICIAL: \_\_\_\_\_ CONTROL: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: \_\_\_\_\_ DIRECCION: \_\_\_\_\_  
 GESTACIONES : \_\_\_\_\_ PARTOS: \_\_\_\_\_ CESÁREAS: \_\_\_\_\_ ABORTOS: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_\_  
 ESPONTÁNEO: \_\_\_\_\_ PROVOCADO: \_\_\_\_\_ HIJO NACIDO MUERTO/EN 1º SEMANA: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ años. PESO: \_\_\_\_\_ Kg.  
 HIJOS PREMATUROS \_\_\_\_\_ HIJOS < 2500 gr \_\_\_\_\_ HIJOS >4000 gr \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ Mt IMC: \_\_\_\_\_ TA: \_\_\_\_\_/  
 HIJOS MALFORMADOS \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_/min. FR: \_\_\_\_\_/min. T: \_\_\_\_\_°C  
 HIPERTENSIÓN/PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA en el último embarazo: NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ HEMOCLASIFICACIÓN: \_\_\_\_\_ Coombs \_\_\_\_\_  
 FECHA ÚLTIMO PARTO \_\_\_\_\_ CIRUGÍAS TRACTO REPRODUCTIVO: NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 OTRO ANTECEDENTE : \_\_\_\_\_ FECHA PROBABLE DE PARTO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 EDAD GESTACIONAL: \_\_\_\_\_

### VERIFICAR EL RIESGO DURANTE LA GESTACIÓN QUE AFECTA EL BIENESTAR FETAL:

¿Ha tenido control prenatal? SI _____ NO _____ # _____	Altura uterina: _____ cm	GESTACIÓN CON RIESGO INMINENTE	
¿Percibe movimientos fetales? SI _____ NO _____	No correlación con edad gestacional		
¿Ha tenido fiebre recientemente? SI _____ NO _____	Embarazo múltiple		
¿Le ha salido líquido por la vagina? SI _____ NO _____	Presentación anómala: Podálico Transverso		
¿Ha tenido flujo vaginal? SI _____ NO _____	Palidez palmar: Intensa Leve		
¿Padece alguna enfermedad? SI _____ NO _____	Edema: Cara Manos Pies		
¿Cuál? _____	Convulsiones Visión borrosa		
¿Recibe algún medicamento? SI _____ NO _____	Pérdida conciencia Cefalea intensa		
¿Cuál? _____	Signos enfermedad transmisión sexual		
¿Cigarrillo? SI _____ NO _____	Cavidad bucal: Sangrado Inflamación		GESTACIÓN DE ALTO RIESGO
¿Bebidas alcohólicas? SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____	Caries Halitosis		
¿Consumo drogas? SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____	Hto: _____ Hb: _____ Toxoplasma: _____		
¿Ha sufrido violencia o maltrato? SI _____ NO _____	VDRL 1: _____ VDRL 2: _____		
Explique: _____	VIH 1: _____ VIH 2: _____		
¿Inmunización toxoide tetánico? SI _____ #dosis: _____	HEPATITIS B: _____ Otro: _____		
OBSERVACIONES: _____	Ecografía _____		
_____	_____	GESTACIÓN DE BAJO RIESGO	
_____	_____		





### 3. LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PARTO

El periodo del parto y postparto inmediato son críticos tanto para la madre como para el recién nacido. En estas primeras 24 horas ocurren entre el 25 y el 45% de las muertes neonatales, y el 45% de las muertes maternas. Por esta razón todas las prácticas se enfocan en tratar los problemas más serios de la madre (hemorragia e infección) y del neonato (asfixia, peso bajo, prematuridad e infecciones severa).

Todas las prácticas actuales promueven una mayor y más equitativa atención del binomio madre-bebé durante el parto y el puerperio; sin embargo, muchas ignoran esta oportunidad para implementar prácticas que modificarán positivamente el estado nutricional, la salud y el desarrollo del neonato a largo plazo. El pinzamiento tardío del cordón umbilical, el contacto piel a piel inmediato y el inicio temprano de la lactancia materna exclusiva, son tres prácticas simples, baratas y basadas en la evidencia que, además de ofrecer un beneficio inmediato al neonato, pueden tener un importante impacto a largo plazo sobre la salud, nutrición y desarrollo del niño.

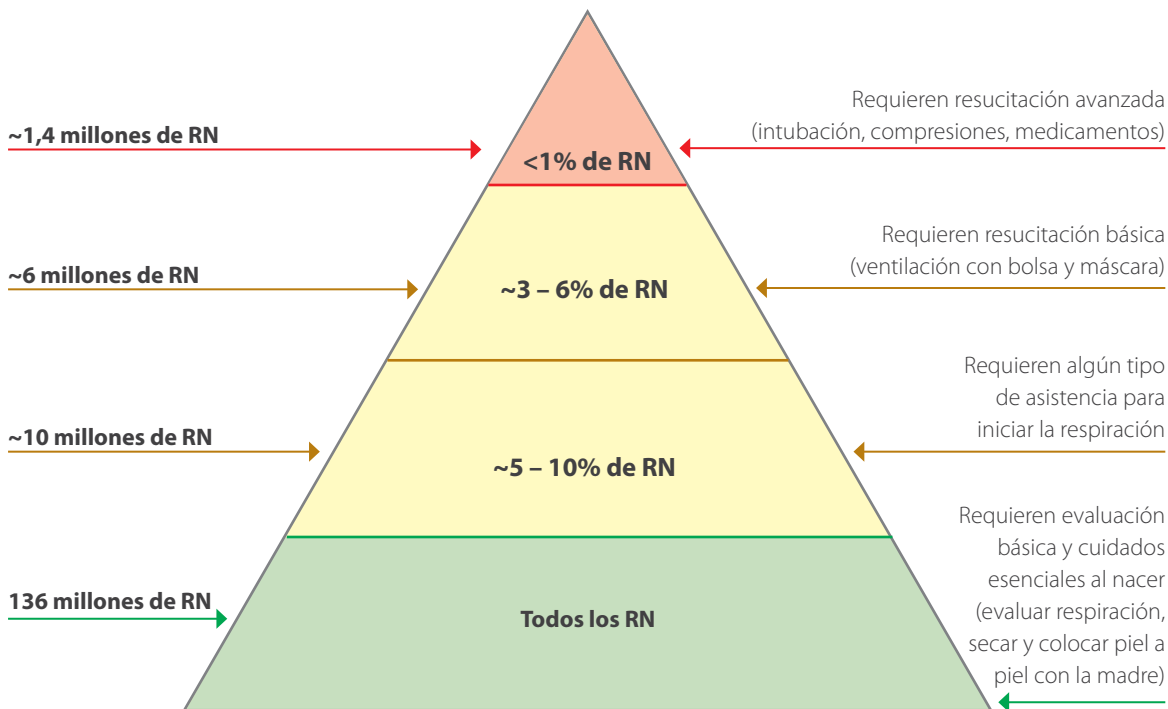
Colombia ha mejorado en la atención del parto institucional y por personal especializado, con ello se ha logrado un descenso del 20 al 6% en el periodo 1990 – 2005, en la proporción de embarazos sin atención prenatal institucional. Actualmente se cuenta con una cobertura de atención prenatal del 96,4%; el 93% por médico y el 7% por enfermera; lo que ha permitido un cubrimiento de la atención de parto institucional del 92%. Sin embargo, en promedio se notifica una muerte diaria de mujer en embarazo, parto y primer día postparto, y 21 muertes perinatales diarias.

En la primera semana de vida ocurren el 75% de las muertes neonatales, demostrando que la calidad en la atención es deficiente. El 50% de las muertes neonatales ocurren en las primeras 24 horas de vida, son muertes intraparto. La asfixia es la tercera causa de muerte más común, seguida por infecciones y complicaciones de prematuridad.



**Gráfica 21.** Estimados globales del número de neonatos que requieren reanimación al nacer.

**Con una** adecuada historia y búsqueda de los factores de riesgo, la mayoría de los recién nacidos que requieren reanimación pueden ser identificados antes de nacer. Si el parto es pretérmino (<37 semanas de gestación) se requerirán preparativos especiales.



Los prematuros tienen un riesgo mayor, porque tienen características anatómicas y fisiológicas que los hacen diferentes de los recién nacidos de término. Algunas de estas características son:

- Sus pulmones son deficientes en surfactante y, por lo tanto, más difíciles de ventilar. Además, son más vulnerables a las lesiones de ventilación con presión positiva.
- Su piel delgada y permeable, una superficie corporal más extensa y muy poco tejido graso subcutáneo, los hacen más susceptibles de perder calor.
- Tienen mayor riesgo de infección.
- Su cerebro tiene mucha fragilidad capilar y pueden sangrar muy fácilmente durante los periodos de estrés.
- Tienen mayor riesgo de choque hipovolémico, en relación con volúmenes de sangre pequeños

Además del parto pretérmino, existen varios factores antes y durante el parto que se asocian con la necesidad de reanimación neonatal, los cuales deben conocerse antes del nacimiento del bebé:

**Tabla 45.** Factores antes y durante el parto asociados con la necesidad de reanimación neonatal

FACTORES ANTES DEL PARTO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes materna.</li> <li>• Hipertensión inducida por el embarazo.</li> <li>• Hipertensión crónica.</li> <li>• Anemia o isoimmunización.</li> <li>• Antecedente de muerte fetal o neonatal.</li> <li>• Hemorragia en el segundo o tercer trimestre.</li> <li>• Infección materna.</li> <li>• Enfermedad materna cardíaca, renal, pulmonar, tiroidea o neurológica.</li> <li>• Polihidramnios.</li> <li>• Oligohidramnios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestación postérmino.</li> <li>• Gestación múltiple.</li> <li>• Discrepancia en fecha – tamaño.</li> <li>• Terapia con medicamentos como: Carbonato de litio, Magnesio, bloqueadoras adrenérgicas.</li> <li>• Abuso materno de sustancias.</li> <li>• Malformaciones fetales.</li> <li>• Actividad fetal disminuida.</li> <li>• No control prenatal.</li> <li>• Edad &lt;16 ó &gt;35 años.</li> <li>• Ruptura prematura de membranas.</li> </ul>
FACTORES DURANTE EL PARTO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Operación cesárea de emergencia.</li> <li>• Parto asistido con fórceps.</li> <li>• Presentación podálica u otras presentaciones anormales.</li> <li>• Parto prematuro.</li> <li>• Parto precipitado.</li> <li>• Corioamnionitis</li> <li>• Ruptura prolongada de membranas (&gt;12 horas antes del parto).</li> <li>• Parto prolongado (&gt;24 horas).</li> <li>• Segundo periodo del parto prolongado (&gt;2 horas).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bradicardia fetal.</li> <li>• Actividad cardíaca fetal alterada.</li> <li>• Uso de anestesia general.</li> <li>• Tetania uterina.</li> <li>• Administración de narcóticos a la madre dentro de las 4 horas antes del parto.</li> <li>• Líquido amniótico teñido de meconio.</li> <li>• Prolapso del cordón.</li> <li>• Abruption placentae.</li> <li>• Placenta previa.</li> </ul>

Son muchos los factores que pueden anticipar la necesidad de una reanimación neonatal, sin embargo, en todo nacimiento se debe estar preparado para reanimar al bebé, porque la necesidad viene de sorpresa. Por esta razón, cada parto debe ser atendido por personal con habilidades en reanimación neonatal y con responsabilidad en el manejo del recién nacido.



Ayudando a los Bebés a Respirar (ABR) o *Helping Babies Breathe* (HBB) por sus siglas en inglés, es un programa global de educación en resucitación neonatal básica de la Academia Americana de Pediatría que complementa el programa avanzado. Se desarrolló sobre la premisa de que la evaluación al momento del nacimiento y la atención sencilla al recién nacido es algo que merece todo bebé. Los pasos iniciales enseñados en ABR o HBB pueden salvar vidas ofreciéndoles un mejor comienzo a muchos bebés que luchan por respirar cuando nacen. El enfoque es satisfacer las necesidades de cada bebé nacido. [13] [14].

A continuación se describirá toda la secuencia de pasos que requieren todos los bebés al nacer: los sanos y los que requieren reanimación básica, la cual se rige por la guía de ABR, y para aquellos que no responden, se continúa con las recomendaciones presentadas en las Guías 2.010 de *American Heart Association* para la Resucitación Cardiopulmonar y Atención Cardiovascular de Emergencia.

## ADAPTACIÓN NEONATAL: PRÁCTICAS ESENCIALES

Las prácticas avaladas por la evidencia sobre el binomio madre-neonato facilitan los procesos adaptativos. Aquí se describirán en el orden que se deben realizar en el caso de parto vaginal y el neonato no requerir reanimación. Cuando el neonato requiere reanimación avanzada, estos pasos se alteran, pero deben realizarse en algún momento, cuando el estado del recién nacido lo permita.

**Tabla 46.** Adaptación neonatal: practicas esenciales

DESPUÉS DEL PARTO SE SECA AL RECIÉN NACIDO DE INMEDIATO	
1	 <p>El secado de la cabeza y la 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 periodo expulsivo se procede al secado general y se coloca al bebé en posición prona sobre el abdomen de la madre, cubriéndolo con una frazada o toalla tibia y seca para evitar la pérdida de calor.</p>
ADMINISTRAR OXITOCINA A LA MADRE	
2	 <p>La hemorragia postparto es la mayor causa de mortalidad materna en el mundo; contribuye con el 25% de las muertes maternas. El manejo activo de la tercera etapa del parto para prevenir la hemorragia materna incluye 3 pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de un medicamento uterotónico: Oxitocina 10 UI vía intramuscular a la madre. Esto evita la atonía uterina.</li> <li>• Retraso del pinzamiento del cordón, porque existe evidencia sobre la facilidad de expulsión de una placenta menos distendida.</li> <li>• El masaje uterino y la vigilancia cada 15 minutos por las 2 primeras horas.</li> </ul>

## VALORAR EL APGAR EN EL PRIMER MINUTO

3

SIGNO	PUNTAJE DE APGAR		
	0	1	2
Respiración	Ausente	Débil (lenta, irregular)	Fuerte (Buena, llora)
Frecuencia cardíaca	Ausente	< 100 (lenta)	> 100
Tono muscular	Flácido	Leve flexión	Movimiento activo
Irritabilidad refleja	Sin respuesta	Quejido	Tos, estornudo, llanto
Color	Cianótico o pálido	Cianosis en Extremidades	Rosado

La valoración de APGAR es un método objetivo para 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, cuando es necesario, la reanimación debe iniciarse antes de que se otorgue la valoración.

La valoración de APGAR se asigna al minuto de vida, y luego a los 5 minutos. Cuando el APGAR es menor de 7, se debe asignar una valoración adicional cada 5 minutos, hasta por 20 minutos.

## PINZAR EL CORDÓN CUANDO DEJE DE LATIR

4



Después del primer minuto del parto, cesa la circulación del cordón y este se observa aplanado y sin pulso. Ese es el momento ideal para ligar y cortar el cordón, siguiendo técnicas estrictas de higiene.

## REALIZAR HEMOCLASIFICACIÓN Y TAMIZAJE PARA TSH

5



Realizar hemoclasificación y tamizaje para hipotiroidismo (TSH) de la sangre del cordón. En todo hijo de madre sin tamizaje para VIH se debe realizar una prueba rápida, la cual no requiere consentimiento.

## COLOCAR AL RECIÉN NACIDO EN CONTACTO PIEL A PIEL SOBRE EL PECHO DE SU MADRE

6



Colocar al recién nacido directamente sobre el pecho de la madre, en posición prona, con la piel del lactante en contacto con la piel de la madre. Cubra al lactante y la madre con una sábana o toalla seca y caliente para evitar la pérdida de calor. Colocar un gorro al lactante para cubrir su cabeza. Esta práctica, no solo mantiene la adecuada temperatura del bebé, sino que promueve la lactancia inmediata, aprovechando el primer periodo de alerta y el comportamiento innato del bebé para pegarse al pecho de la madre.

## TRACCIÓN DEL CORDÓN UMBILICAL PARA LA EXPULSIÓN DE LA PLACENTA

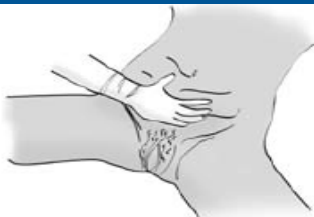
7



Para la expulsión de la placenta, debe realizar tracción controlada del cordón umbilical y se aplica contrapresión sobre el útero.

### MASAJE AL ÚTERO DESPUÉS DE LA EXPULSIÓN DE LA PLACENTA

8



Después de la expulsión de la placenta, realice masaje al útero a través del abdomen, palpando sobre el pubis de la madre.

### IDENTIFICAR AL RECIÉN NACIDO

9



El procedimiento de identificación es una norma legal para todas las instituciones que atienden partos y nacimientos. El neonato se marca con los apellidos y nombre de la madre, documento de identificación de la madre, sexo, fecha y hora de nacimiento.

### VALORAR EL APGAR A LOS 5 MINUTOS

10

SIGNO	PUNTAJE DE APGAR		
	0	1	2
Respiración	Ausente	Débil (lenta, irregular)	Fuerte (Buena, llora)
Frecuencia cardíaca	Ausente	< 100 (lenta)	> 100
Tono muscular	Flácido	Leve flexión	Movimiento activo
Irritabilidad refleja	Sin respuesta	Quejido	Tos, estornudo, llanto
Color	Cianótico o pálido	Cianosis en Extremidades	Rosado

Un APGAR menor de 7, requiere profundizar más en la inducción a la adaptación neonatal inmediata. Si la institución no tiene capacidad resolutive, remitir a un nivel de mayor complejidad de ser necesario.

### PALPAR ÚTERO Y VIGILAR SANGRADO CADA 15 MINUTOS

11



Durante todo el periodo de recuperación, palpar el útero a través del abdomen cada 15 minutos, durante las 2 primeras horas. Debe cerciorarse de palpar un útero firme y vigilar cantidad de sangrado vaginal.

### INICIO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA

12



Al menos durante la primera hora, si el neonato se encuentra sano y estable, se debe permitir contacto ininterrumpido piel a piel y el comienzo de la lactancia materna (siempre y cuando no haya estado expuesto al VIH)

## DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL

13

**VALORACION FISIICO-NEUROLOGICA**

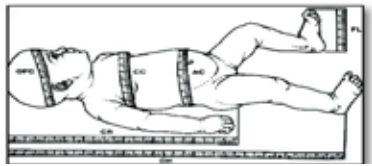
	0	1	2	3	4	5
<b>PRONTOCISTIS FÍSICA</b>						
PRONTOCISTIS NEUROLOGICA						
PRONTOCISTIS ANATOMICA						
PRONTOCISTIS FISIOLOGICA						
PRONTOCISTIS LABORATORIA						
PRONTOCISTIS HISTORICA						
PRONTOCISTIS ANTROPOMETRICA						
PRONTOCISTIS GENETICA						
PRONTOCISTIS SOCIAL						
PRONTOCISTIS LEGAL						
PRONTOCISTIS ECONOMICA						
PRONTOCISTIS EDUCACIONAL						
PRONTOCISTIS CULTURAL						
PRONTOCISTIS RELIGIOSA						
PRONTOCISTIS POLITICA						
PRONTOCISTIS SOCIAL						
PRONTOCISTIS LEGAL						
PRONTOCISTIS ECONOMICA						
PRONTOCISTIS EDUCACIONAL						
PRONTOCISTIS CULTURAL						
PRONTOCISTIS RELIGIOSA						
PRONTOCISTIS POLITICA						
PRONTOCISTIS SOCIAL						
PRONTOCISTIS LEGAL						
PRONTOCISTIS ECONOMICA						
PRONTOCISTIS EDUCACIONAL						
PRONTOCISTIS CULTURAL						
PRONTOCISTIS RELIGIOSA						
PRONTOCISTIS POLITICA						

FUENTE: GILBERTO

La edad gestacional es importante para determinar 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.

## TOMAR MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

14



La toma de medidas de peso, talla y perímetro cefálico deben realizarse de rutina en todos los recién nacidos. Estos datos se registran en la historia clínica. El servicio debe contar con una balanza adecuada, tallímetro neonatal y cinta métrica para medición de perímetro cefálico. Estos datos servirán también para definir riesgos del bebé.

## REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO Y CLASIFICAR EL RIESGO DEL NEONATO

15



Si no existe ninguna condición grave que amerite reanimación urgente o traslado de inmediato, evalúe el riesgo al nacer de todos los neonatos. Los antecedentes maternos, las características del parto y el examen físico al nacer, dan la posibilidad de clasificar el riesgo del neonato y la necesidad de hospitalización y traslado a una unidad de recién nacidos o la posibilidad de continuar en alojamiento conjunto con la madre.

## ADMINISTRAR VITAMINA K1

16



La administración profiláctica de vitamina K1 debe realizarse de rutina en todos los neonatos. Esta práctica previene el sangrado temprano por deficiencia (enfermedad hemorrágica del recién nacido) y también evita el sangrado posterior. Administrar 1 mg. intramuscular de vitamina K1 en todo recién nacido.

### REALIZAR PROFILAXIS OCULAR

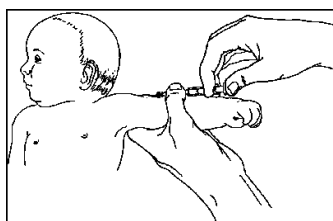
17



La profilaxis ocular evita infecciones oculares en el recién nacido que pudieron ser transmitidas en su paso por el canal del parto. Se aplica colirio o ungüento oftálmico de yodopovidona al 2,5%. Se aplica en ambos ojos, dentro de la primera hora del nacimiento, abriendo los párpados con los dedos y aplicando las gotas o el ungüento en el ángulo interno del párpado inferior.

### INICIAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN CON LA APLICACIÓN DE BCG Y HEPATITIS B

18



La aplicación temprana de la dosis de hepatitis B tiene función de tratamiento, además de prevención.



### 3.1 PREPÁRESE PARA UN NACIMIENTO:



#### IDENTIFIQUE UN ASISTENTE Y REVISE EL PLAN DE EMERGENCIA

En cada parto debe haber al menos una persona cuya responsabilidad sea el recién nacido. Esta persona debe ser capaz de iniciar la reanimación, incluyendo la administración de ventilación con presión positiva y compresiones en el pecho. Debe además este profesional u otro que esté rápidamente disponible, tener los conocimientos necesarios para realizar una reanimación completa, incluyendo la intubación endotraqueal y la administración de medicamentos.

Prepárese y prepare un asistente capacitado para ayudar, si el bebé no respira y requiere reanimación:

- Un segundo ayudante capacitado puede asistir en la atención al bebé.
- Puede pinzar y cortar el cordón, evaluar la frecuencia cardíaca o buscar asesoramiento de un establecimiento de mayor nivel
- Si se requiere reanimación avanzada, será ideal trabajar con un compañero.

Todas las personas que laboran en la sala de partos, o rotan por la misma, independiente de su profesión; obstetra, pediatra, médico, enfermera, auxiliar, deben estar capacitados en

prácticas adecuadas y actualizadas de reanimación neonatal. Antes del parto, es importante preparar al acompañante de la madre, quien además de apoyarla durante el trabajo de parto y parto, puede pedir ayuda, si es necesario, y en caso de una remisión, podrá colaborar con la realización de los trámites necesarios para facilitar el traslado.

El plan de emergencia deberá incluir comunicación y transporte a la atención de mayor nivel.

### 3.2.1. PREPARE EL ÁREA PARA EL PARTO

El área donde nazca el bebé debe estar:

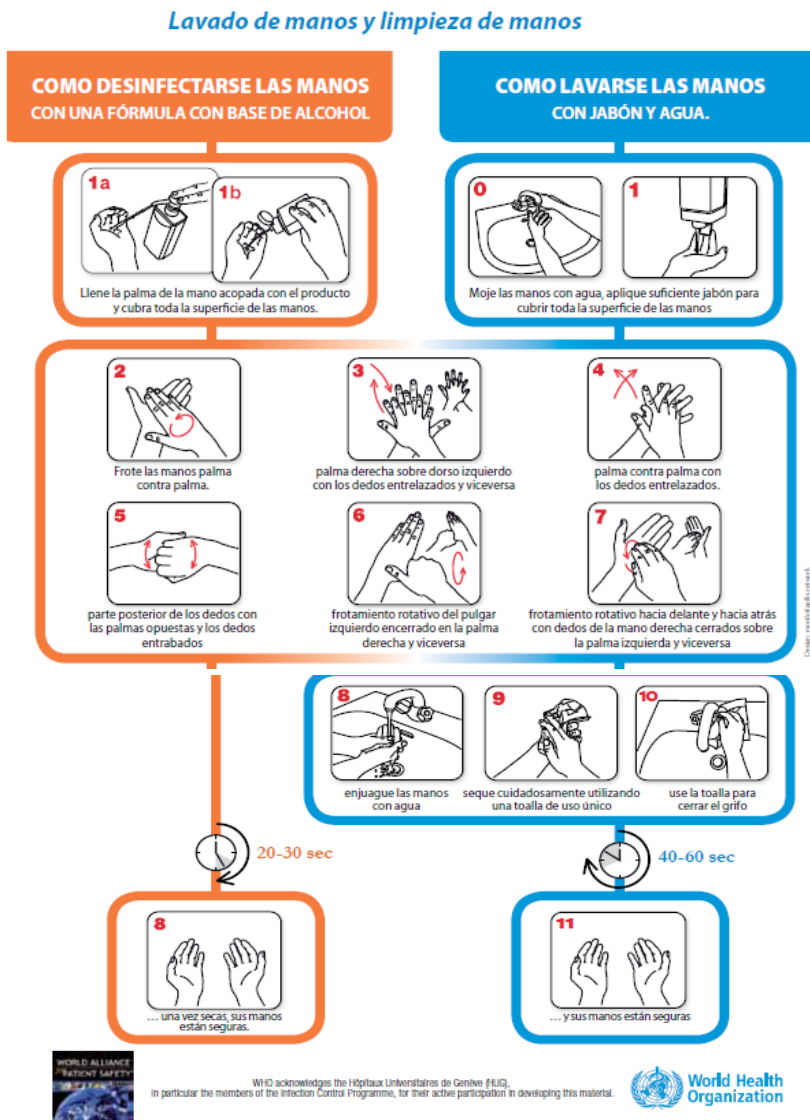
- **Limpia:** Ayude a la madre a lavarse las manos y el pecho para prepararse para el cuidado piel a piel.
- **Temperatura ambiente:** Cierre ventanas y puertas para impedir viento. Proporcione calefacción si se necesita.
- **Bien iluminada:** Use una lámpara portátil, si es necesario, para evaluar al bebé.



### 3.2.3. LÁVESE LAS MANOS

El buen lavado de las manos ayuda a prevenir infecciones. Lave sus manos cuidadosamente con jabón y agua limpia, o use un antiséptico con base de alcohol, antes y después de atender a la madre o al bebé. Los guantes lo protegen de infecciones transmitidas por la sangre y fluidos corporales.

**Gráfica 22.** Lavado de manos y limpieza de manos [15].



### 3.1.4. PREPARE UN ÁREA PARA VENTILACIÓN (REANIMACIÓN) Y VERIFIQUE EL EQUIPO

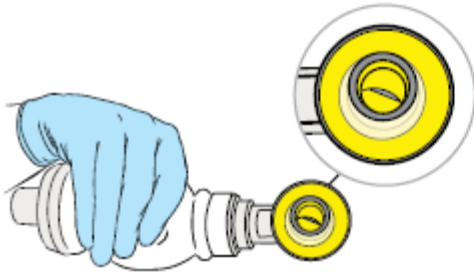
Prepare un espacio seco, plano y seguro para que el bebé reciba ventilación (reanimación), si es necesario. Además de un paquete de parto seguro, tenga equipo para ayudar al bebé a respirar. El equipo debe ser desinfectado después de su uso y mantenido limpio. Verifique que todo el equipo y suministros estén listos para su uso en el área de reanimación.

Preparar el equipo necesario:

- Ambiente de atención inmediata en sala de partos T° 24 – 26 °C.
- Fuente de calor.
- Mesa de reanimación.
- Dos toallas o campos secos y tibios.
- Bolsa de presión positiva.
- Mascarillas para reanimación neonatal.
- Laringoscopio, hojas y tubos endotraqueales neonatales.
- Aspirador mecánico.
- Fuente de oxígeno.
- Guantes.
- Reloj con segundero.
- Jeringas.
- Epinefrina ampolla.



Pruebe que el dispositivo de ventilación esté funcionando adecuadamente:



**1.** Apriete la bolsa de ventilación y observe la apertura de la válvula en la salida para el paciente, mientras aprieta. Esto muestra que el dispositivo está listo para proveer aire al paciente



**2.** Selle la máscara herméticamente sobre la palma de la mano y apriete lo suficientemente fuerte para abrir la válvula de liberación de la presión. Esto muestra que el aire que no puede pasar a través de una vía respiratoria bloqueada escapará a través de la válvula de liberación de la presión.

**3.** Verifique el borde de la máscara para ver cualquier daño que pudiese impedir un sellado hermético al rostro.



Marque la casilla al lado de la mejor respuesta:

1. ¿Cuándo debería estar presente una persona capacitada en un nacimiento?
  - Si ocurren problemas
  - En cada nacimiento
  
2. ¿Cuándo debería usted lavarse las manos?
  - Cuando se vean sucias
  - Antes y después de atender a una madre o a un bebé

### SIGA EL PLAN DE ACCIÓN:

El Plan de Acción sirve como guía para las preguntas que usted hace, las decisiones que toma, y las acciones que realiza para ayudar a respirar a un bebé. Encuentre el paso de la acción: **Prepararse para un nacimiento.**

¿Qué equipos y suministros se necesitan para ayudar a los bebés a respirar?

## Ejercicio: Preparación para un nacimiento



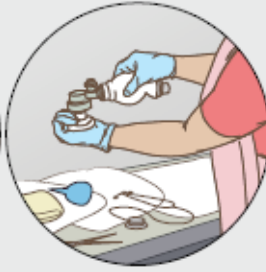
Identifique un ayudante y revise el plan de emergencia



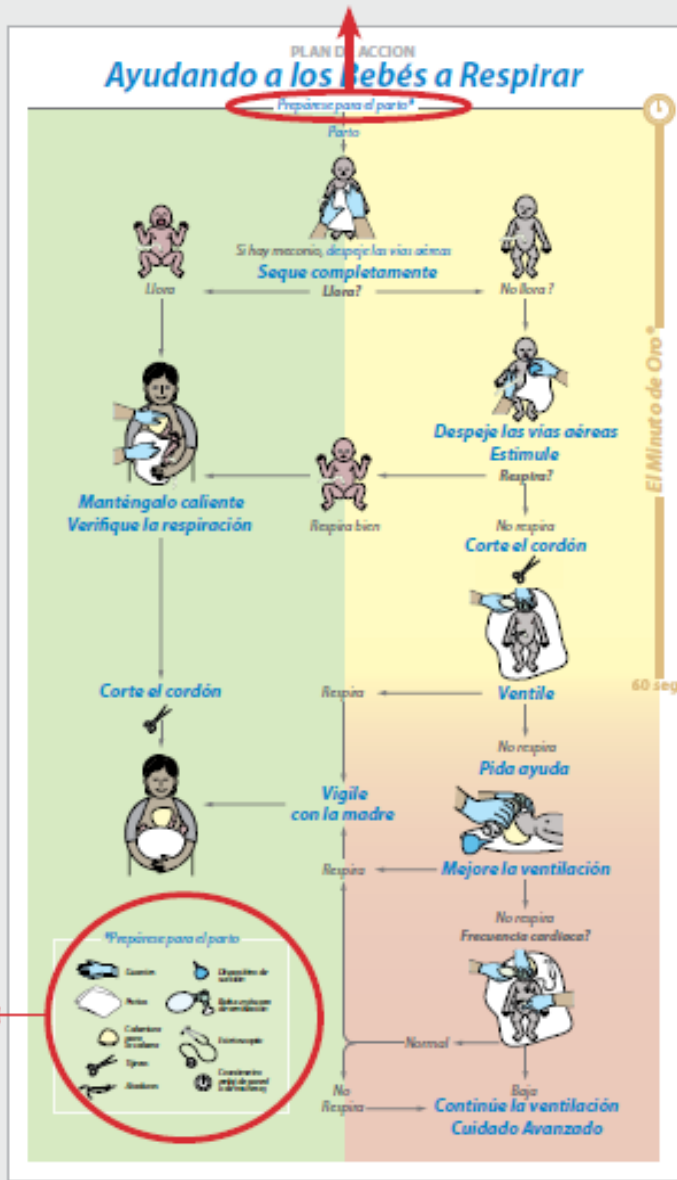
Prepare el área para el parto



Lávese las manos



Prepare un área para la ventilación y verifique el equipo



### \*Prepárese para el parto

- Guantes
- Dispositivo de succión
- Paños
- Bolsa-máscara de ventilación
- Cobertura para la cabeza
- Estetoscopio
- Tijeras
- Cronómetro (reloj de pared o de muñeca)
- Ataduras

### Lista de verificación:

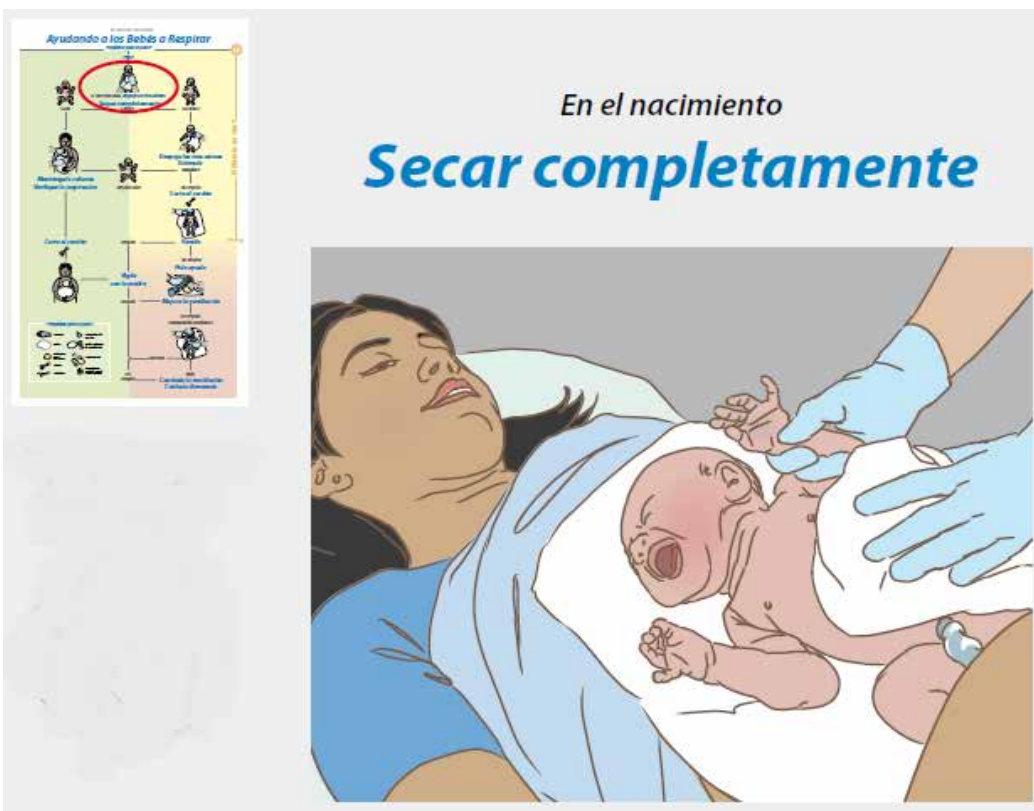
- Identificar un ayudante y revisar el plan de emergencia
- Preparar el área para el parto
- Lavarse las manos
- Preparar un área para ventilación
- Reunir todos los suministros y equipos
- Verificar la bolsa y máscara para ventilación

### Discusión:

Discuta cómo pondrá en práctica las destrezas que ha aprendido. Identifique posibles problemas y soluciones en su lugar de trabajo.

1. ¿Cuál es el plan de emergencia en su lugar de trabajo?
2. ¿Qué podría hacer un ayudante durante un parto? ¿Cómo prepara usted al ayudante?
3. ¿Cómo prepara usted el área para el parto y el área para ventilación en su lugar de trabajo?
4. ¿Existe una fuente de agua limpia? Si no, ¿cómo puede usted preparar agua limpia?
5. ¿Cómo tendrá usted el equipo limpio y funcionando y los suministros listos para usar en cada nacimiento?

## 3.2. EN EL NACIMIENTO: SECAR COMPLETAMENTE





Seque al bebé completamente en el nacimiento. El secado ayuda a mantener al bebé caliente y estimula la respiración. Un bebé recién nacido húmedo con líquido amniótico puede enfriarse aún en una habitación caliente. Seque el cuerpo, brazos, piernas y cabeza frotando suavemente con un paño. Limpie la cara de sangre y heces maternas. Remueva el paño húmedo. Anote la hora del nacimiento.

### 3.2.1 SI HAY MECONIO EN EL LÍQUIDO AMNIÓTICO Y EL BEBÉ NO ESTÁ VIGOROSO:

Si el líquido amniótico está teñido de meconio y el bebé no está vigoroso en el instante de nacer, no lo estimule, corte cordón de inmediato y traslade a mesa de reanimación para aspirar el meconio directamente de la tráquea. Actualmente hay pruebas suficientes para recomendar un cambio en la práctica de realizar aspiración endotraqueal solo en niños, **no vigorosos**, con líquido amniótico teñido de meconio. Sin embargo, si se intentó sin éxito la intubación, debe ser considerada la ventilación con bolsa y máscara, sobre todo si hay bradicardia.

### 3.2.2. EVALUACIÓN DESPUÉS DE SECADO: ¿ESTÁ LLORANDO EL BEBÉ?



Aproximadamente 1 de cada 10 bebés necesita ayuda para respirar. La evaluación rápida al nacimiento es el mejor modo de saber si un bebé necesita ayuda para respirar.

Haga esta pregunta inmediatamente después de secar:

**¿Está llorando el bebé?**

**Decida qué atención necesita el bebé:**

El bebé que está llorando necesita atención de rutina. La mayoría de los bebés lloran al nacer. El llanto significa que el bebé está respirando bien. El llanto se hace posible cuando grandes cantidades de aire entran y salen de los pulmones. El bebé que llora generalmente mueve sus brazos y piernas y tiene un buen tono muscular. Luego de llorar por algunos segundos, un bebé puede parar de llorar y empezar a respirar suave y regularmente. Un bebé también puede continuar llorando por algún tiempo.

Un bebé que no llora, necesita ayuda para respirar. Los bebés que no lloran pueden no estar respirando al nacer. Un bebé que no está respirando, está flácido y no se mueve. La piel puede estar pálida o azulada. Un bebé que está respirando superficialmente, jadeando o que no respira del todo, necesita ayuda para respirar. Una atención rápida aumentará la posibilidad de una buena respuesta. Si no se da ayuda a un bebé que no está respirando, ese bebé puede morir o experimentar un serio daño cerebral.





Marque la casilla al lado de la mejor respuesta:

1. Un bebé no es secado pero es colocado sobre un paño al lado de su madre, ¿qué ocurre?
  - El bebé puede enfriarse.
  - El bebé permanecerá caliente.
  
2. ¿Qué puede ocurrir si un bebé inhala meconio?
  - El bebé puede tener problemas de respiración.
  - El meconio raramente causa problemas de respiración.
  
3. Un bebé llora después de nacer y luego respira suave y regularmente. ¿Qué se debe hacer?
  - Darle atención de rutina.
  - Proporcionarle ayuda para respirar.
  
4. Un bebé no está llorando al nacer. Él no está respirando ni moviéndose y está flácido. ¿Qué debe hacer usted?
  - Darle atención de rutina.
  - Proporcionarle ayuda para respirar.

### SIGA EL PLAN DE ACCIÓN:

- ¿Cuál es el primer paso de acción en un bebé con líquido amniótico claro?
- ¿Para un bebé con líquido amniótico teñido de meconio?
- Identifique al bebé que está llorando y al bebé que no está llorando.

### 3.3. SI EL BEBÉ ESTÁ LLORANDO: MANTÉNGALO CALIENTE, VERIFIQUE SU RESPIRACIÓN, CORTE EL CORDÓN



El bebé que está llorando puede recibir atención de rutina.

#### 3.3.1. MANTÉNGALO CALIENTE

Coloque al bebé, siempre que esté activo y reactivo, directamente en contacto piel a piel sobre el abdomen de la madre. Colóquelo en posición prona, con la piel del recién nacido en contacto con la piel de la madre. Mientras la piel de la madre contribuye a regular la temperatura del recién nacido, cubrir la espalda del bebé con un paño seco y cubrir la cabeza con una gorrita o una tela, para evitar la pérdida de calor. En la medida de lo posible, mantenga al bebé en esta posición por lo menos durante la primera hora de vida, postergando todos los procedimientos de rutina y supervisándoles (tanto a la madre como al bebé) frecuentemente para detectar cualquier complicación.

El contacto precoz piel a piel entre la madre y el recién nacido tiene entre muchos beneficios.

**Para el recién nacido:**

- Mejora la efectividad de la primera mamada y reduce el tiempo para lograr una succión efectiva.
- Regula y ayuda a mantener la temperatura.
- Mejora la estabilidad cardiorrespiratoria.
- A largo plazo existe una asociación entre el estado de la lactancia al mes y a los 4 meses postparto y una mayor duración de la lactancia materna.

**Para la madre:**

- Mejora los comportamientos de afecto y vínculo de la madre.
- Disminuye el dolor de la madre debido a la ingurgitación mamaria.

**3. 3. 2. VERIFIQUE LA RESPIRACIÓN**

Continúe evaluando la respiración del bebé. Escuche los sonidos de la respiración y observe el movimiento del pecho. Verifique que el bebé esté respirando suave y fácilmente o llorando. Asegúrese que el aire puede pasar libremente a través de la nariz del bebé.

### 3.3.3. CORTE EL CORDÓN UMBILICAL

El bebé recibe sangre necesaria desde la placenta, durante los primeros minutos luego del nacimiento. Espere por lo menos 1 minuto y hasta 3 minutos para pinzar y cortar el cordón umbilical, si el bebé está recibiendo atención de rutina. El momento óptimo para ligar el cordón de todos los recién nacidos, independiente de su edad gestacional, es cuando la circulación del cordón umbilical ha cesado, está aplanado y sin pulso.

Durante un período de tiempo después del nacimiento aún existe circulación entre el recién nacido y la placenta a través de la vena y arterias umbilicales; por lo tanto, el momento del pinzamiento del cordón umbilical tendrá profundos efectos sobre el volumen de sangre del recién nacido después del parto.

Los beneficios inmediatos y a largo plazo del retraso del pinzamiento del cordón umbilical para los recién nacidos pretermino y de bajo peso al nacer son:

- Disminuye el riesgo de hemorragia intraventricular y sepsis de inicio tardío.
- Disminuye la necesidad de transfusión sanguínea por anemia o hipotensión
- Disminuye la necesidad de surfactante y de ventilación mecánica.
- Incrementa el hematocrito, hemoglobina, tensión arterial, oxigenación cerebral y flujo de glóbulos rojos.
- A largo plazo, incrementa la hemoglobina a las 10 semanas de edad.

Los beneficios para los recién nacidos a término son:

- Brinda un volumen adecuado de sangre y reservas de hierro al nacimiento.
- Mejora el estado hematológico (hemoglobina y hematocrito) de los 2 a 4 meses de edad.
- Mejora el estado de hierro a los 6 meses de edad.





- **Coloque dos pinzas o ataduras alrededor del cordón.**  
Coloque la primera pinza o atadura alrededor del cordón cerca de 2 dedos desde el abdomen del bebé. Coloque otra pinza o atadura cerca de 5 dedos desde el abdomen.
- **Corte entre las pinzas o ataduras con tijeras o navaja limpias.**  
Busque cualquier sangrado o exudación de sangre. Si observa un sangrado, coloque una segunda pinza o atadura entre la primera y la piel del bebé.
- **Deje el extremo cortado del cordón abierto para secar al aire.**  
Todo lo que toque el cordón umbilical debe estar limpio para evitar infecciones. Use guantes limpios cuando pince o ate y cuando corte el cordón umbilical.

### 3. 3. 4. INCENTIVE LA LACTANCIA DESPUÉS DE LA ATENCIÓN DE RUTINA

Incentive a la madre a lactar en la primera hora después del parto **excepto en el caso de exposición al VIH**. Asegúrese de que la madre y el bebé no estén solos durante las primeras horas después del nacimiento. Mantenga a la madre y al bebé juntos. El contacto piel a piel ayuda al recién nacido a respirar bien y a permanecer caliente. Los bebés pequeños pueden beneficiarse de un cuidado piel a piel especial y ampliado (Método de Madre Canguro).

El contacto piel a piel promueve la lactancia inmediata, pues aprovecha el primer periodo de alerta y el comportamiento innato del bebé para pegarse al pecho de la madre, durante la primera hora de vida, lo cual, generalmente, no requiere ninguna ayuda en particular.

El contacto piel a piel durante la primera hora después del nacimiento, promueve un "comportamiento prealimentario" organizado, en el cual el recién nacido inicia una succión espontánea, movimientos de búsqueda, localiza el pezón, lo agarra y empieza a mamar. Los recién

nacidos que tienen contacto precoz piel a piel con sus madres, comenzando en el primer minuto después del nacimiento y continuando durante un promedio de una hora y media, tienen una 'mamada exitosa' en el primer contacto y presentan un menor tiempo para comenzar con una lactancia efectiva en comparación con recién nacidos que han sido envueltos en cobertores y colocados cerca de la madre.

Establecer la lactancia inmediatamente después del parto, (durante la primera hora), es crucial para la supervivencia inmediata; para lograrlo, es necesario postergar por lo menos durante la primera hora de vida todo procedimiento rutinario de atención al recién nacido estable y sano, que separe a la madre de su bebé, con el fin de permitir el contacto piel a piel ininterrumpido entre la madre y su recién nacido.

**La lactancia materna inmediata tiene los siguientes beneficios:**

- Disminuye la morbilidad y mortalidad neonatal.
- Está asociada a la duración prolongada de la lactancia en la infancia.
- Está asociada a lactancia exclusiva a los 6 meses de edad.
- Estimula la liberación de oxitocina, la que provoca la contracción uterina.
- Tiene un posible efecto protector en los trastornos del estado de ánimo maternos.
- Disminuye el riesgo de cáncer de seno y ovario; disminuye los riesgos cardiovasculares hasta meses después de la suspensión de la lactancia.







Marque la casilla al lado de la mejor respuesta:

1. ¿Qué puede hacer usted para incentivar la lactancia?
  - Mantener a la madre y al bebé juntos
  - Dar té caliente a la madre y al bebé.
2. ¿Cuánto tiempo debería usted esperar para pinzar o atar y cortar el cordón umbilical de un bebé que está llorando?

- Pinza o ata y corta el cordón inmediatamente.
- Espera 1 a 3 minutos para pinzar o atar y cortar el cordón.

3. Nota sangrado del cordón umbilical a pesar de que tiene una atadura en su lugar. ¿Qué debería usted hacer?

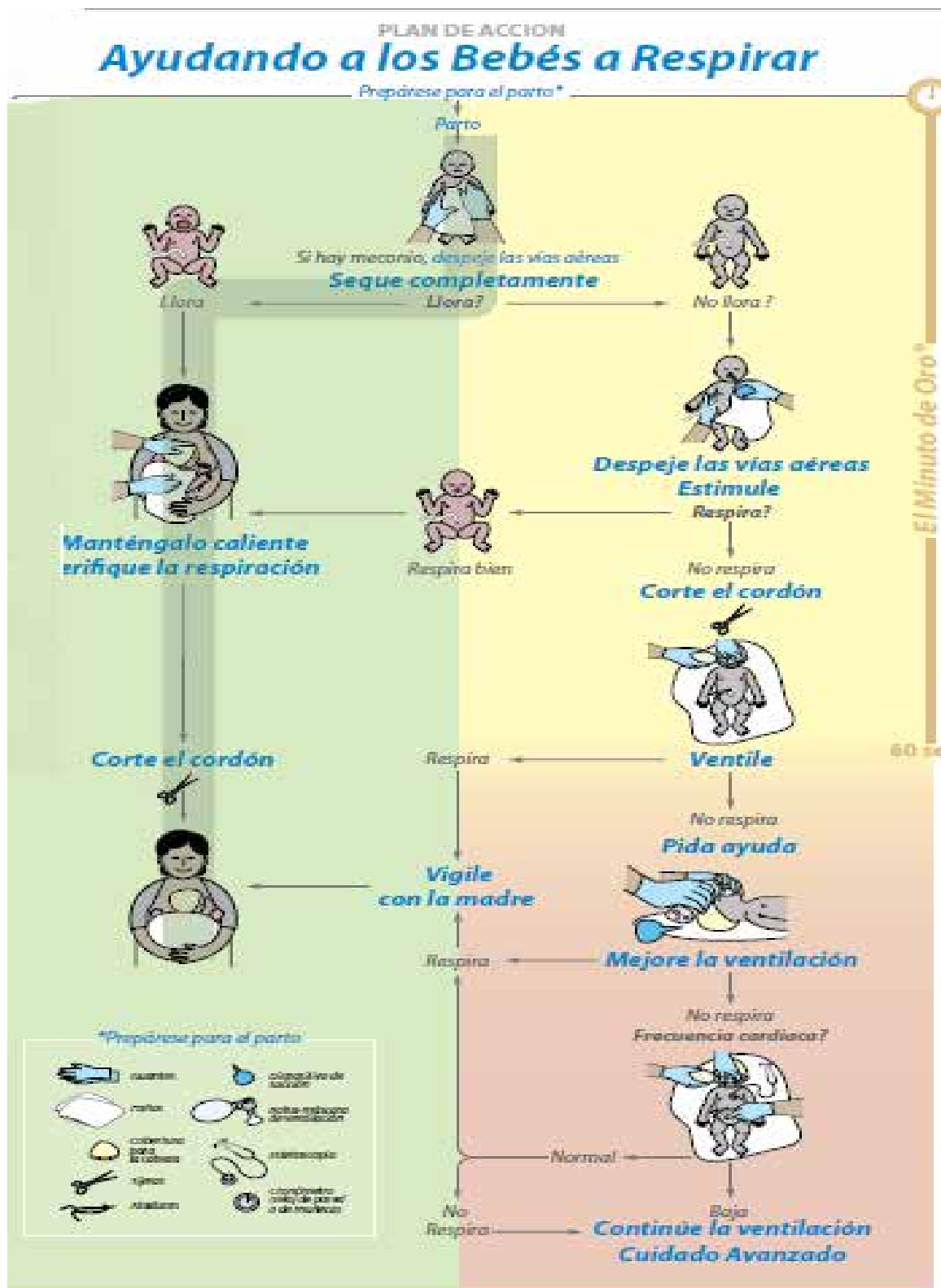
- Colocar otra atadura entre la primera y la piel del bebé.
- Esperar y ver si el sangrado para por sí solo.

4. ¿Qué acciones ayudan a prevenir infecciones del cordón umbilical?

- Buen lavado de manos, usar guantes limpios, cortar con tijeras estériles.
- Cubrir el cordón para mantenerlo húmedo.

### SIGA EL PLAN DE ACCIÓN:





**Lista de Verificación:**

- Si hay meconio qué hacer.
- Seca completamente.
- Reconoce el llanto.
- Mantiene caliente.
- Verifica la respiración.
- Pinza o ata y corta el cordón umbilical.
- Coloca sobre el pecho de la madre para incentivar la lactancia.

**Discusión**

Discutir cómo utilizara usted los pasos de acción y evaluación. Identifiquen posibles problemas y soluciones en su lugar de trabajo.

1. ¿Cómo reconoce usted un bebé sano?
2. ¿Dónde colocará usted un bebé sano inmediatamente después del nacimiento?
3. En su experiencia, ¿practican las madres el cuidado piel a piel rutinariamente?
4. ¿Cómo puede usted proteger a la madre y al bebé de las infecciones durante y después del parto?
5. ¿Cuál es el cuidado del cordón que se usa localmente? ¿Es este cuidado útil o dañino, o ninguno?

### 3.4. SI EL BEBÉ NO ESTÁ LLORANDO: DESPEJE LAS VÍAS AÉREAS Y ESTIMULE LA RESPIRACIÓN



El plan de acción de **color verde**, ya revisado, son los cuidados de rutina necesarios para todos los bebés.

El **color amarillo** representa el concepto clave del **MINUTO DE ORO**, que corresponde al primer minuto después del nacimiento, tiempo justo para realizar acciones inmediatas al bebé cuando no está llorando o respirando bien después del secado, que implica evaluarlo si llora o no llora; despejar la vía aérea, si es necesario; estimular la respiración o iniciar la ventilación con bolsa y máscara, si el bebé no está respirando adecuadamente. Todas estas son acciones vitales que salvan vidas y que se deben realizar en el primer minuto después del nacimiento, esto es llamado **EL MINUTO DE ORO**, porque explica la razón fisiológica de hacer énfasis en el inicio de la respiración y la respuesta rápida ante la necesidad de ayudar al bebé, que debe dar el personal de salud.

El **color rojo** indica la necesidad de reanimación más prolongada o avanzada, que incluye: administración de oxígeno, intubación, compresiones cardiacas y medicamentos.

Si el bebé no está llorando o respirando bien después del secado, usted necesitará ayudarlo a respirar en **EL MINUTO DE ORO**.

- **Manténgalo caliente**



- **Posicione la cabeza**

Posicione al bebé con el cuello ligeramente extendido para ayudarlo a mantener abiertas las vías aéreas. Cuando la cabeza del bebé esté en la posición correcta, la nariz estará lo más adelante posible. Si el cuello está flexionado o extendido demasiado, puede que el aire no entre libremente.



- **Despeje las vías aéreas**

La aspiración rutinaria posterior al nacimiento (incluida la realizada con aspirador nasal) debe reservarse únicamente para los neonatos con obstrucción obvia de la respiración espontánea o que requieran una ventilación con presión positiva. La razón de esto, es que no hay evidencia de que los neonatos activos obtengan beneficios con la aspiración de la vía aérea, incluso en presencia de meconio (si está vigoroso), mientras sí existe evidencia de los riesgos asociados con la aspiración.

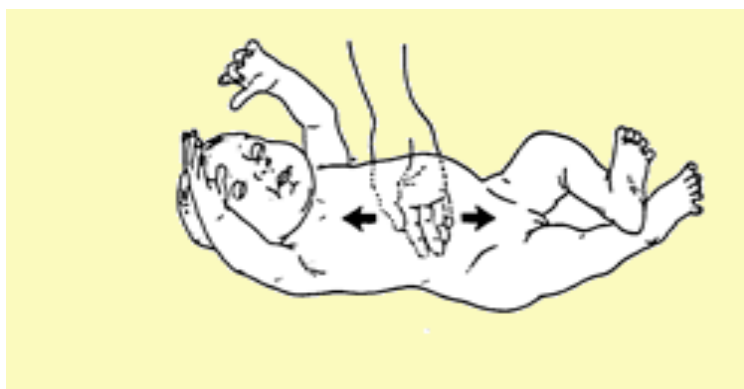


Cuando existe una obstrucción importante de la vía aérea, pueden removerse las secreciones con un paño o a través de succión con una perilla y en este caso la boca se succiona primero para evitar que el recién nacido aspire sus secreciones al efectuar un jadeo o respiración en el momento que le esté aspirando la nariz.

Cuando use pera de goma, apriete el bulbo antes de insertar la punta en la boca o nariz y suelte antes de retirarlo. Pare de succionar cuando ya no hay secreciones, aunque el bebé no respire. El succionar demasiado tiempo, demasiado vigorosamente, o muy profundamente puede causar lesiones, disminuir la frecuencia cardíaca e impedir la respiración. Al usar un dispositivo de succión con sonda y reservorio, inserte la sonda a un lado de la boca del bebé hasta 5 cm. más allá de los labios. Aplique la succión mientras retira el tubo. Inserte la sonda de succión 1 a 2 cm. en cada fosa nasal y aplique succión mientras retira el tubo.

- **Estimule la respiración**

Suavemente frote la espalda una o dos veces. No se demore ni estimule más tiempo. Actúe rápidamente para evaluar la respiración y decidir si se necesita ventilación. Secar, despejar las vías aéreas y estimular la respiración debe tomar menos de 1 minuto. Sus acciones en **EL MINUTO DE ORO** pueden ayudar a muchos bebés a empezar a respirar. Frote gentilmente la espalda, tronco o extremidades.



**¿Qué formas de estimulación pueden ser peligrosas?**

Algunas maniobras que han sido utilizadas para dar estimulación táctil al recién nacido en apnea, pueden lesionarlo y no deben utilizarse.

MANIOBRAS PELIGROSAS	POSIBLES CONSECUENCIAS
Palmadas en la espalda o nalgadas	Equimosis
Comprimir la caja torácica	Fracturas, neumotórax, dificultad respiratoria y muerte
Forzar los muslos contra el abdomen	Ruptura de bazo o hígado
Dilatar el esfínter anal	Desgarre del esfínter anal
Compresas o baños de agua fría o caliente	Hipotermia, hipertermia o quemaduras
Sacudir al recién nacido	Daño cerebral





Marque la casilla al lado de la mejor respuesta:

1. ¿Cuánto tiempo debe tomar: secar al bebé, despejar las vías aéreas y estimular la respiración?
  - Menos de 1 minuto – El Minuto de Oro
  - Dos minutos.
  
2. Succionar por mucho tiempo o succionar profundamente pueden:
  - Hacer que el bebé respire
  - Impedir que el bebé respire.



## 3.5. DESPUÉS DE DESPEJAR LAS VÍAS AÉREAS Y ESTIMULAR

### LA RESPIRACIÓN: ¿ESTÁ RESPIRANDO BIEN EL BEBÉ?

Evalúe al bebé después de despejar las vías aéreas y estimular la respiración, haga la siguiente pregunta: ¿Esta respirando bien el bebé?



**Después de despejar las vías aéreas y estimular la respiración**  
**¿Está respirando bien el bebé?**

**Un bebé que está respirando bien estará:**

- Llorando.
- Respirando suave y regularmente.

**Un bebé que no está respirando bien, estará:**

- Jadeando – tomando una respiración única y profunda seguida de una larga pausa, o varias respiraciones irregulares y profundas seguidas por una pausa.
- No respirando en absoluto.

Algunos bebés tendrán respiración superficial, irregular, lenta o ruidosa, inmediatamente después del nacimiento. Otros pueden tener tiraje (retracciones). Estos bebés requerirán estrecha vigilancia de su respiración, frecuencia cardíaca y color para decidir si necesitan más ayuda para respirar.

**Decida qué atención necesita el bebé después de despejar las vías aéreas y estimularlo:**

Si el bebé está respirando bien, no se necesita más intervenciones. Continúe verificando la respiración. Pince y corte el cordón umbilical. Incentive la lactancia durante la primera hora.

Si el bebé no está respirando bien (jadeando o no respirando del todo), empiece la ventilación con bolsa y máscara. Rápidamente pince y corte el cordón umbilical antes de mover al bebé al área de ventilación. La demora en la ventilación puede resultar en muerte o daño cerebral prevenibles.





Marque la casilla al lado de la mejor respuesta:

1. Si un bebé no está respirando bien después del secado, de despejar las vías aéreas y de frotar la espalda una o dos veces, usted debe proveer:

- Más estimulación.
- Ventilación con bolsa y máscara.

2. ¿Cuál de los bebés está respirando bien?

- Uno que está respirando suave y regularmente.
- Un bebé que toma una respiración profunda seguida de una larga pausa.

### SIGA EL PLAN DE ACCIÓN

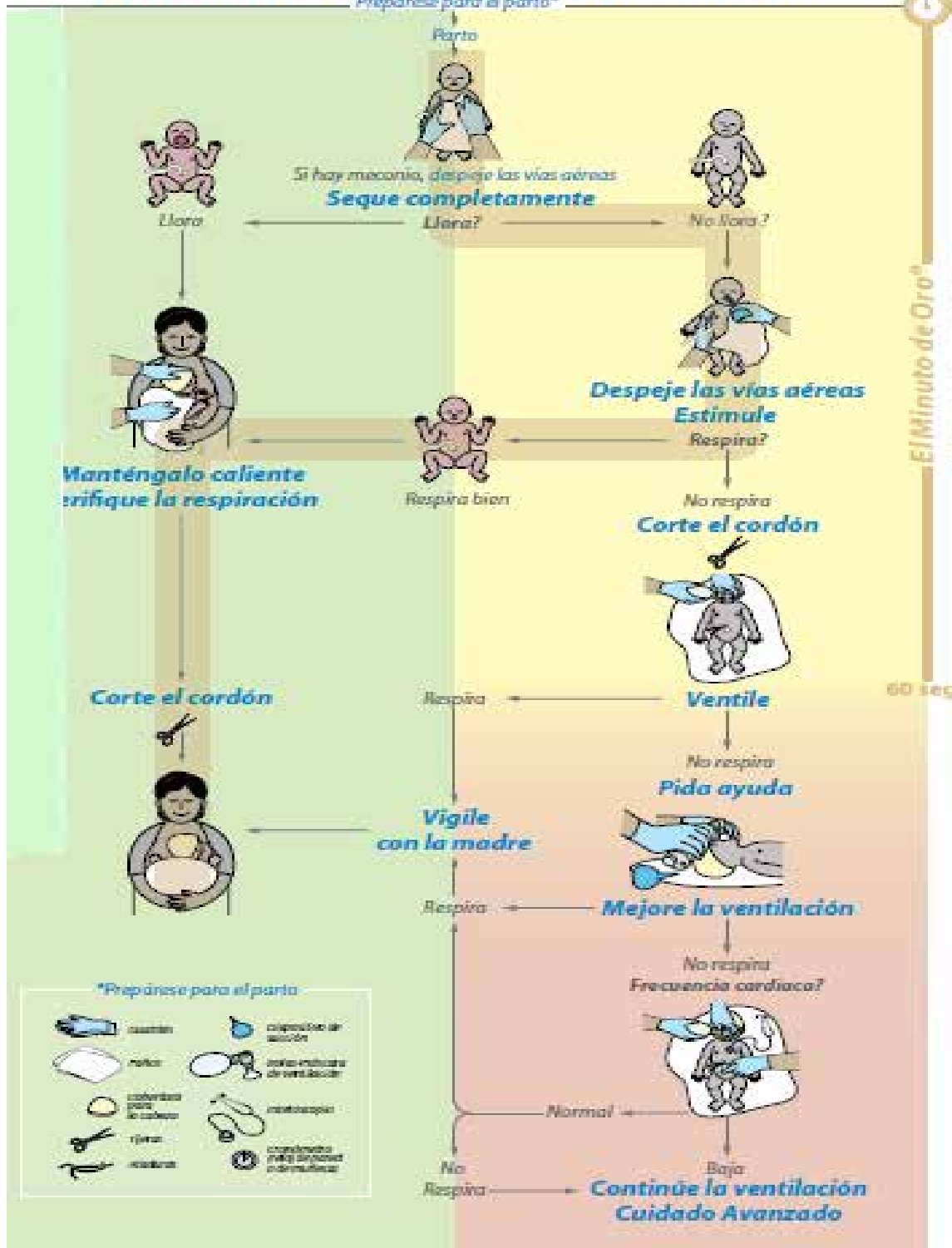
¿Cuál es la pregunta de evaluación después de despejar las vías respiratorias y estimular la respiración?

## EJERCICIO PRÁCTICO EL MINUTO DE ORO: DESPEJAR LAS VÍAS AÉREAS Y ESTIMULAR LA RESPIRACIÓN



# PLAN DE ACCIÓN Ayudando a los Bebés a Respirar

*Prepárese para el parto\**



**Lista de verificación:**

- Secar completamente
- Reconocer si no está llorando
- Mantenerlo caliente
- Posicionar la cabeza
- Despejar las vías aéreas
- Estimular la respiración
- Reconocer si respira bien
- Mantenerlo caliente
- Verificar la respiración
- Pinzar o atar y cortar el cordón umbilical
- Colocarlo piel a piel sobre el pecho de la madre para incentivar la lactancia

**Discusión:**

Discutir con el grupo cómo va usted a usar los pasos de acción y evaluación. Identifique posibles problemas y soluciones en su sitio de trabajo.

1. ¿Cómo reconoce usted un bebé que está respirando bien? ¿Qué no está respirando bien?
2. Secarlo y frotar la espalda son métodos para estimular la respiración. ¿Existen otros métodos que se usan en su región? ¿Son estos útiles o dañinos para los bebés, o ninguno de los dos?



### 3.6. SI EL BEBÉ NO ESTÁ RESPIRANDO BIEN, CORTE EL CORDÓN Y VENTILE CON BOLSA Y MÁSCARA



La ventilación con bolsa y máscara es el modo más importante y efectivo de ayudar a un bebé que no está respirando o está jadeando. La ventilación abre los pulmones con aire.

#### INICIE LA VENTILACIÓN



- **Coloque al bebé sobre un área limpia, caliente y seca, con buena luz, para evaluarlo.**

Usted debe haber preparado esta área antes del nacimiento.

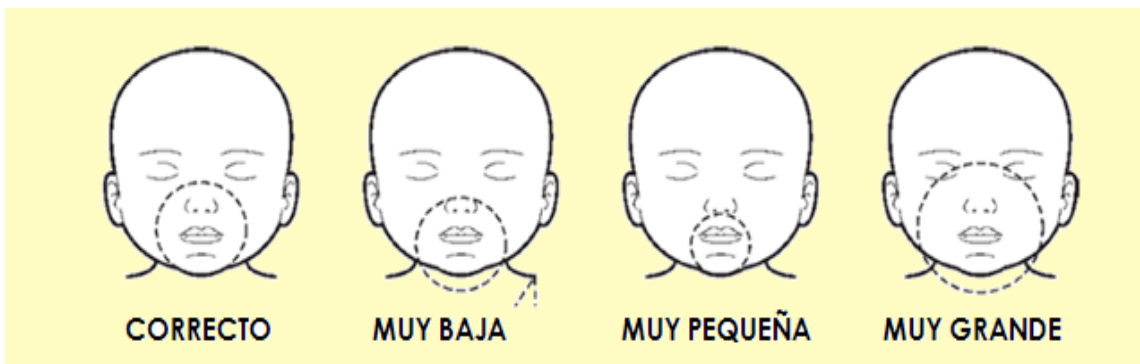
- **Párese donde se encuentra la cabeza del bebé.**

Usted necesitará controlar la posición de la cabeza y observar el movimiento del pecho.

- **Seleccione la máscara correcta.**

La máscara debe cubrir el mentón, la boca y la nariz, pero no los ojos. La máscara debe sellarse estrechamente sobre la cara para que el aire entre a los pulmones del bebé.

Si la máscara es muy grande, no se sellará bien sobre la cara. El aire escapará por debajo de la máscara. Una máscara que es demasiado pequeña, no cubrirá la boca y la nariz, y puede bloquear la nariz. El aire no entrará libremente a los pulmones.





Marque la casilla al lado de la mejor respuesta:

1. ¿Cómo selecciona usted la máscara correcta?

- Selecciona la máscara que cubre el mentón, la boca y la nariz, pero no los ojos.
- Selecciona la máscara que cubre el mentón, la boca, la nariz y los ojos.

2. ¿Qué paño mantendrá al bebé más abrigado durante la ventilación?

- Un paño mojado en agua caliente
- Un paño caliente y seco.



### 3.6.1 ¿CÓMO VENTILAR CON BOLSA Y MÁSCARA?



- **Posicione la cabeza ligeramente extendida**

Ayude a mantener las vías aéreas del bebé abiertas, posicionando la cabeza ligeramente extendida y sosteniendo el mentón. Esta posición de olfateo facilitará la entrada de aire al alinear la faringe posterior, laringe y la lengua. Una manera de lograrlo es colocando un pequeño rollo debajo de los hombros del bebé.



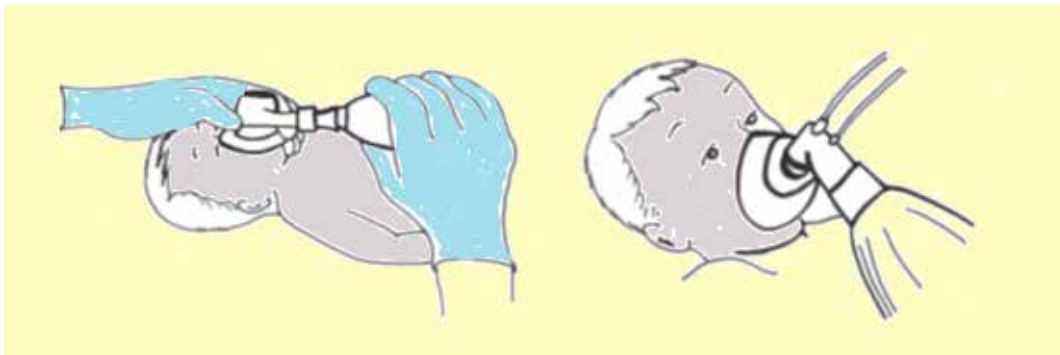
- **Posicione la máscara sobre el rostro.**

Posicione el borde de la máscara, apoyándola en la punta del mentón; luego coloque la máscara sobre la boca y la nariz. Debe cubrir la nariz, la boca y la punta de la barbilla, no debe tapan los ojos.

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.

- **Haga un sellado firme entre la máscara y el rostro, mientras aprieta la bolsa para producir un movimiento suave del pecho.**

Sostenga la máscara sobre la cara con los dedos pulgar e índice encima de la máscara. Use el dedo medio para mantener el mentón hacia arriba hacia la máscara. Use los dedos 4° y 5° a lo largo de la quijada para levantarla hacia delante y ayudar a mantener las vías aéreas abiertas.

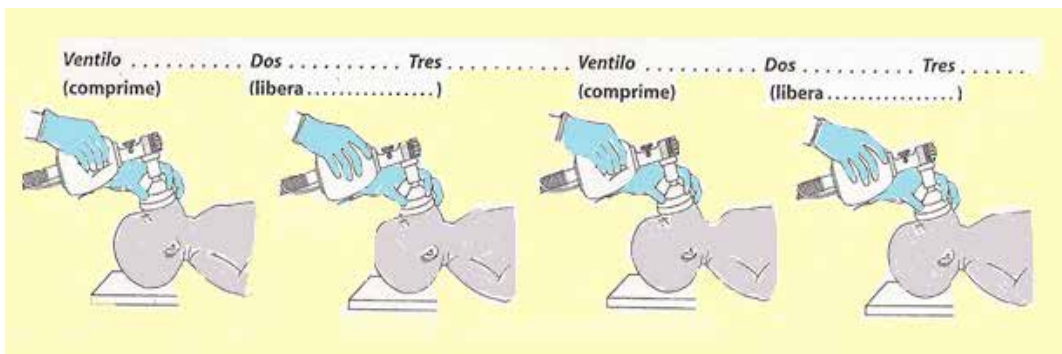


Forme un sellado hermético presionando ligeramente encima de la máscara y sosteniendo suavemente el mentón hacia la máscara. Si el sellado no está hermético, no moverá aire a los pulmones cuando apriete la bolsa. El aire escapará bajo el borde de la máscara. No empuje la máscara sobre la cara. Esto puede cambiar la posición de la cabeza e interferir con la entrada de aire a los pulmones.

Apriete la bolsa para producir un movimiento suave del pecho, como si el bebé estuviera tomando una respiración fácil. Asegúrese que no haya un escape entre la máscara y el rostro del bebé. Apriete la bolsa más fuerte si es necesario para dar más aire con cada respiración.

- **Provea 40 respiraciones por minuto**

Cuente en voz alta, "Uno...dos...tres... uno...dos...tres." Si usted aprieta la bolsa cuando diga "Uno" y luego la suelta cuando diga "Dos... tres" usted estará ventilando a un ritmo que ayuda a la buena entrada y salida de aire a los pulmones.





Marque la casilla al lado de la mejor respuesta:

1. ¿Qué le permite a usted mover aire hacia los pulmones del bebé durante la ventilación?

- Una posición flexionada de la cabeza
- Un buen sellado entre la máscara y el rostro.

2. Para ayudar a abrir las vías aéreas del bebé, usted debe: posicionar la cabeza del bebé:

- Ligeramente extendida
- Sobre extendida

### **SIGA EL PLAN DE ACCIÓN**

¿Cuáles son los pasos de acción dentro de *El Minuto de Oro*?

### 3. 6. 2. DURANTE LA VENTILACIÓN: ¿ESTÁ RESPIRANDO BIEN EL BEBÉ?



#### **Evalúe al bebé durante la ventilación preguntándose: ¿Está respirando bien el bebé?**

Algunos bebés mejoran rápidamente y empiezan a respirar bien después de una breve ventilación. Algunos bebés requieren continuar la ventilación con bolsa y máscara.

#### **Un bebé que está respirando bien estará:**

- Llorando, o
- respirando suave y regularmente.

#### **Un bebé que no está respirando bien estará**

- Jadeando – tomando una sola respiración profunda seguida de una larga pausa o varias respiraciones profundas, irregulares, seguidas por una pausa, o
- No respirando del todo.

#### **Decida qué atención necesita el bebé después de empezar con la ventilación.**

Suspenda la ventilación cuando el bebé esté respirando bien. El bebé puede permanecer con la madre bajo estrecha vigilancia. Cuente la frecuencia respiratoria, escuche si hay quejido y observe si hay hundimientos en el pecho.

Un bebé que no está respirando bien (jadeando o no respirando del todo) necesita continuar la ventilación con bolsa y máscara.



Marque la casilla al lado de la mejor respuesta:

1. Usted está dando ventilación a un bebé con bolsa y máscara. El bebé está jadeando. ¿Qué debe usted hacer?
  - Suspender la ventilación y observar estrechamente con la madre.
  - Continuar con la ventilación.
  
2. Un bebé empieza a respirar bien después de 30 segundos de ventilación con bolsa y máscara. ¿Cómo atendería usted a este bebé?
  - Vigilar lo estrechamente con la madre.
  - Proporcionarle atención de rutina.

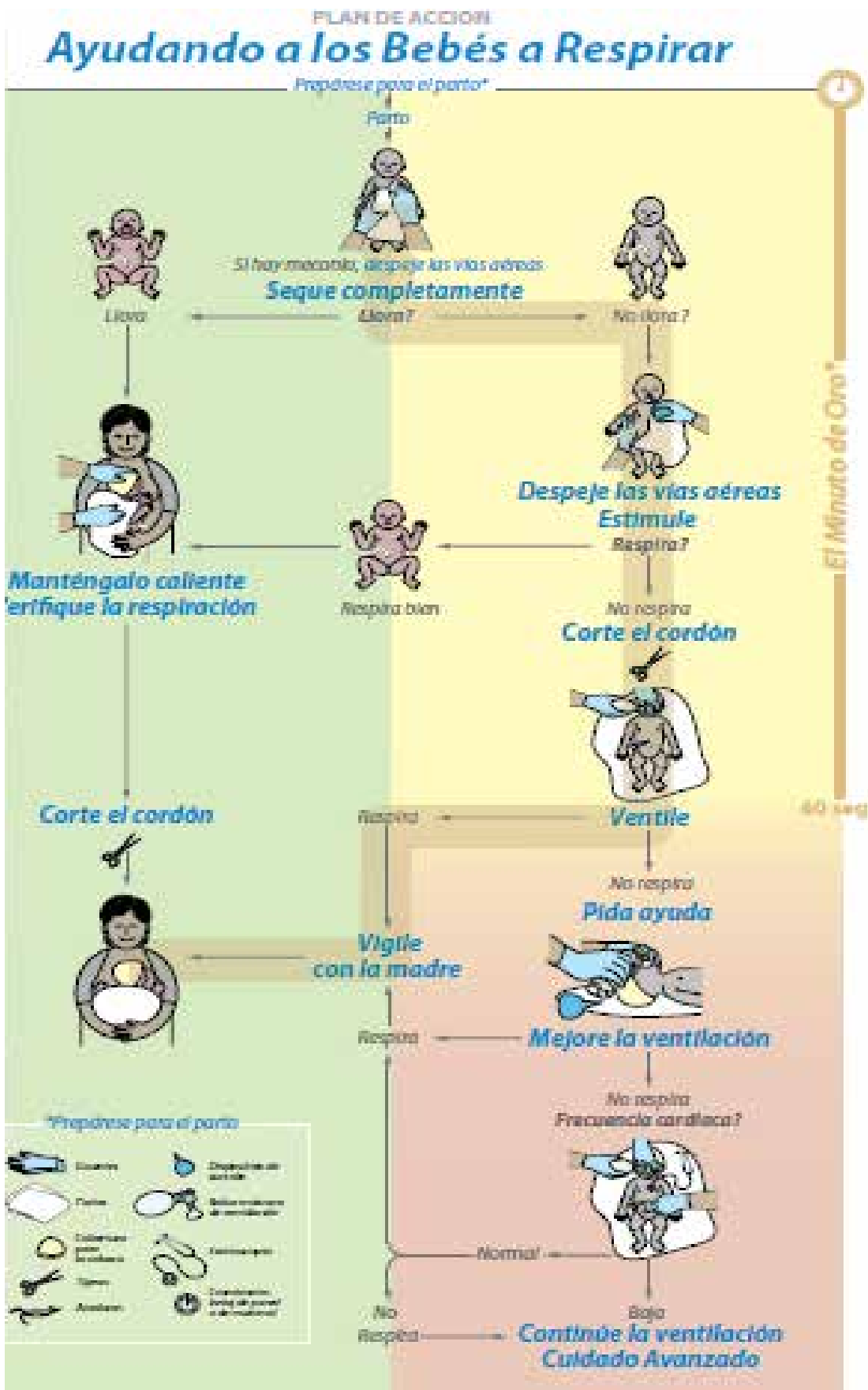
### SIGA EL PLAN DE ACCIÓN

¿Cuál es la pregunta de evaluación después de empezar la ventilación?

## EJERCICIO PRÁCTICO EL MINUTO DE ORO: VENTILACIÓN

**Ejercicio:**  
**El Minuto de Oro® – ventilación**

60 seg



## Lista de Verificación

- Si hay meconio y está vigoroso, no modifique la reanimación
- Seque cuidadosamente
- Reconozca si no llora
- Manténgalo caliente, posicione la cabeza, despeje las vías aéreas
- Estimule la respiración
- Reconozca si no está respirando bien
- Pince y corte el cordón umbilical\*
- Muévelo al área de ventilación\*, párese frente a la cabeza del bebé, seleccione la máscara correcta
- Ventile (por un minuto)
- Reconozca si respira bien
- Vigile con la madre

\*Alternativa: posicione al bebé al lado de la madre con el cordón intacto.

## Discusión

Discuta cómo usted usará los pasos de acción y evaluación. Identifique posibles problemas y soluciones en su lugar de trabajo.

1. ¿Dónde colocará usted a un bebé que necesita ventilación con bolsa y máscara? ¿Cómo mantendrá usted caliente al bebé?
2. ¿Cuándo pinzará y cortará el cordón umbilical de un bebé que necesita ventilación? ¿Cómo evitará usted demoras en comenzar la ventilación?



### 3.7. SI EL BEBÉ NO ESTÁ RESPIRANDO: PIDA AYUDA, MEJORE LA VENTILACIÓN



Si el bebé no está respirando, continúe con la ventilación y pida ayuda. Pida al ayudante convocar otra persona capacitada, si está disponible, y observe a la madre.

Verifique si las respiraciones de la ventilación producen movimiento del pecho, como si el bebé estuviera respirando normalmente. **Realice los siguientes pasos para mejorar la ventilación, si el pecho no se mueve.**

#### **Cabeza:**

- Reajuste la máscara a la cara para lograr un mejor sellado.
- Reposicione la cabeza con el cuello ligeramente extendido.

#### **Boca:**

- Verifique que no existan secreciones en la boca, la parte posterior de la garganta y la nariz, y aspire si es necesario.
- Abra ligeramente la boca del bebé antes de reaplicar la máscara.

#### **Bolsa:**

- Apriete la bolsa con más fuerza para dar una respiración más amplia.
- Una fuga de aire por debajo de la máscara o la posición incorrecta de la cabeza son motivos comunes para un pobre movimiento de pecho. Si todavía no ve un movimiento suave



del pecho, trate de encontrar el problema y repita los pasos necesarios para mejorar la ventilación. Vuelva a verificar el funcionamiento de la bolsa de ventilación. Remplácela si hay otra bolsa disponible.



Marque la casilla al lado de la mejor respuesta:

1. Un bebé no respira después de una ventilación breve. ¿Qué debe hacer usted primero?
  - Apretar la bolsa más fuerte para dar una respiración más amplia.
  - Pedir ayuda.
  
2. El pecho de un bebé no se mueve con la ventilación. ¿Qué debe usted hacer?
  - Estimular al bebé.
  - Re-aplicar la máscara al rostro y reposicionar la cabeza con el cuello ligeramente extendido.

### **SIGA EL PLAN DE ACCIÓN**

Trace los pasos de acción y evaluación durante la ventilación continua (zona roja).

### 3.7.1. SI EL BEBÉ NO ESTA RESPIRANDO BIEN DESPUÉS DE UNA MEJOR VENTILACIÓN: ¿ESTÁ LA FRECUENCIA CARDÍACA NORMAL O LENTA?



Si un bebé no empieza a respirar después de 1 minuto de ventilación con movimientos del pecho, evalúe su frecuencia cardíaca para decidir si la ventilación es adecuada.

- **Haga la pregunta:**

- **¿Está la frecuencia cardíaca normal o lenta?**

La frecuencia cardíaca de un recién nacido sano y vigoroso debe ser mayor de 100 latidos por minuto. Verificar la frecuencia cardíaca es más fácil y más rápido con la ayuda de otra persona capacitada. Un ayudante capacitado puede contar las pulsaciones del cordón umbilical mientras usted está dando el primer minuto de ventilación. Si no tiene un ayudante capacitado o si el pulso del cordón no se puede sentir, usted necesitará confiar en el movimiento del pecho como un indicador de ventilación adecuada. Continúe la ventilación por 1 minuto antes de parar para escuchar los latidos del corazón.

- **Decida si la frecuencia cardíaca es normal o lenta.**

Evalúe la frecuencia cardíaca mediante el pulso del cordón umbilical o auscultando los ruidos cardíacos. Sienta el pulso en el cordón umbilical donde este se une al abdomen del bebé. Si no se puede sentir ningún pulso en el cordón, usted o su ayudante deben auscultar

la frecuencia cardíaca sobre el lado izquierdo del tórax. Haga una pausa de varios segundos en la ventilación para escuchar los latidos del corazón.

Una método rápido de obtener la frecuencia cardíaca es contar el número de pulsaciones en seis (6) segundos y multiplicarlo por 10, así obtendrá un estimado rápido de las pulsaciones por minuto.

- **Una frecuencia cardíaca de 100 latidos por minuto o más es normal.**
- **Una frecuencia cardíaca de menos de 100 latidos por minuto es lenta.**

Minimice el tiempo sin ventilación. Escuche la frecuencia cardíaca el tiempo suficiente para reconocer si es normal o lenta. Si la frecuencia cardíaca suena más rápida que la suya, es probablemente normal. Si la frecuencia cardíaca suena más lenta que su pulso, es lenta.





Marque la casilla al lado de la mejor respuesta:

1. Usted está ventilando a un bebé con bolsa y máscara. ¿Cuándo debería verificar la frecuencia cardíaca?

- Después de cada 10 respiraciones con la bolsa de ventilación
- Después de 1 minuto de ventilación

2. Usted palpa el cordón umbilical para contar la frecuencia cardíaca. Usted no puede sentir ninguna pulsación. ¿Qué debe hacer a continuación?

- Escuchar los latidos del corazón con un estetoscopio.
- No hacer nada más. El bebé está muerto.

### 3. 7.2. SI LA FRECUENCIA CARDIACA ES NORMAL, VENTILE HASTA QUE EL BEBÉ ESTÉ RESPIRANDO BIEN, LUEGO VIGILE CON LA MADRE



Si la frecuencia cardíaca es normal, continúe ventilando hasta que el bebé este respirando bien. Gradualmente reduzca el ritmo de ventilación y observe la respiración del bebé. Si la frecuencia cardíaca se mantiene normal en cuanto el bebé empieza a respirar, pare la ventilación. **Se puede parar la ventilación cuando el bebé está respirando y la frecuencia cardíaca permanece normal (más de 100 latidos por minuto).**

- **Vigile al bebé que está respirando después de la ventilación**

Vigile al bebé con la madre. La atención piel a piel ampliada puede ser de especial valor para el bebé pequeño o enfermo que requirió ventilación. Vigile los signos vitales, incluyendo la respiración, frecuencia cardíaca, temperatura y color. Un bebé que recibió ventilación con bolsa y máscara puede necesitar ayuda con la alimentación. Hable con la madre y su acompañante acerca del bebé y el plan de atención.

- **Continúe la ventilación y busque atención avanzada si el bebé no está respirando o no está respirando bien.**

- Un bebé que tiene una frecuencia cardíaca normal y color rosado pero que no respira, necesita ventilación continua. Un pequeño descenso en la frecuencia de ventilación durante varios minutos puede permitir el retorno de la respiración espontánea. Si el bebé todavía no respira, continúe con la ventilación y considere interconsulta de especialidad y/o referencia.

- El bebé que empieza a respirar, pero tiene dificultad respirando y una frecuencia cardíaca lenta sin ventilación, necesita que se continúe con la ventilación y cuidado especializado.
  - El bebé que está pálido, azul o respirando muy rápido puede ser ayudado con suplemento de oxígeno mediante cánulas nasales o catéter.
  - Una retracción severa del pecho, quejidos o frecuentes pausas en la respiración (más de 15 a 20 segundos) pueden requerir ayuda mecánica para respirar.
  - Un bebé que ha recibido ventilación continua (más de 5 minutos) necesita estrecha vigilancia e interconsulta de especialidad o referencia. Serán necesarios el calor y ayuda con la alimentación.
- **Evalúe la necesidad de oxígeno y la administración de oxígeno**

La evidencia actual muestra que los niveles de oxígeno en sangre de los bebés sin compromiso, por lo general no alcanzan valores "normales" fuera del útero, hasta aproximadamente 10 minutos después del nacimiento. La saturación de oxihemoglobina normalmente puede permanecer en el rango de 70% a 80% durante varios minutos después del nacimiento, lo que resulta en la aparición de cianosis durante ese tiempo. Por lo tanto, la evaluación clínica del color de la piel es un indicador muy pobre de la saturación de oxihemoglobina durante el periodo neonatal inmediato.

La hipoxia y la isquemia causan lesiones en múltiples órganos, pero también la exposición a exceso de oxígeno durante la reanimación o posterior puede tener resultados adversos. Teniendo en cuenta que la oxigenación insuficiente o excesiva puede ser perjudicial para el recién nacido, se debe lograr una óptima oxigenación durante la reanimación neonatal.

Dos meta-análisis de varios ensayos controlados aleatorios que compararon la reanimación neonatal inicial con aire ambiente versus oxígeno al 100%, mostró una mayor supervivencia cuando la reanimación se inició con aire.

El objetivo de la oxigenación que se recomienda es mantener a los bebés que son reanimados en un valor de saturación de oxígeno en el rango de las saturaciones preductales (ver tabla 47). Para esto se puede iniciar la reanimación con aire o una mezcla de oxígeno y titular la saturación. Si no se dispone de oxígeno combinado, se debe iniciar la reanimación con aire. Si el bebé está con bradicardia (FC <60 por minuto), después de 90 segundos de reanimación, con una menor concentración de oxígeno. La concentración de oxígeno se debe aumentar a 100% hasta la recuperación del ritmo cardíaco normal.



**Tabla 47.** Saturaciones preductales

<b>SI HAY DISPONIBILIDAD PO2 PREDUCTAL DESPUÉS DEL NACIMIENTO</b>		
*	<b>1 minuto</b>	<b>60 – 65%</b>
*	<b>2 minutos</b>	<b>65 – 70%</b>
*	<b>3 minutos</b>	<b>70 – 75%</b>
*	<b>4 minutos</b>	<b>75 – 80%</b>
*	<b>5 minutos</b>	<b>80 – 85%</b>
*	<b>10 minutos</b>	<b>85 – 95%</b>

**•¿Qué hacer si la ventilación con bolsa y máscara debe continuar por más de algunos minutos?**

Los recién nacidos que requieren ventilaciones con bolsa y máscara prolongadas, requieren la colocación de una sonda orogástrica abierta.

Durante la ventilación con bolsa y máscara, el gas es forzado dentro de la orofaringe y es libre de entrar tanto en la tráquea como en el esófago. La posición adecuada del neonato permite transmitir la mayoría del aire dentro de la tráquea y los pulmones; sin embargo, alguna cantidad de gas puede entrar al esófago y ser empujado dentro del estómago. El gas 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, el cual puede ser aspirado durante la ventilación con bolsa y mascarilla.

El problema relacionado con la distensión abdominal y aspiración del contenido gástrico se reduce si se coloca una sonda orogástrica, succionando el contenido. La sonda debe quedar abierta para eliminar el gas durante la reanimación.



Marque la casilla al lado de la mejor respuesta:

1. Un bebé ha sido ventilado por más de 3 minutos con bolsa y máscara. La frecuencia cardíaca es 120 latidos por minuto. El bebé no está respirando. ¿Qué debería hacer usted a continuación?
  - Lentamente disminuir el ritmo de ventilación y observar la respiración.
  - Suspender la ventilación y esperar por lo menos 1 minuto para ver si el bebé respira.
  
2. Un bebé ha sido ventilado por 10 minutos con bolsa y máscara. El bebé está ahora respirando y tiene una frecuencia cardíaca de más de 100 latidos por minuto. ¿Qué atención necesita este bebé?
  - Atención de rutina con la madre.
  - Vigilancia estrecha con interconsulta de especialidad o referencia.



### 3. 7. 3. SI LA FRECUENCIA CARDÍACA ES LENTA O NORMAL Y EL BEBÉ NO RESPIRA: CONTINÚE LA VENTILACIÓN E INICIE REANIMACIÓN AVANZADA



- Si la frecuencia cardíaca es lenta, asegúrese de que usted haya realizado todos los pasos para mejorar la ventilación. Podría haber un problema serio.

Tales problemas incluyen neumonía, aspiración de meconio, pulmones inmaduros (prematuridad) o una malformación congénita. El bebé puede necesitar intubación endotraqueal y suplemento de oxígeno o compresiones en el pecho y medicamentos.

Active el plan de emergencia para acceder a cuidados avanzados en un establecimiento especializado. Continúe la ventilación durante el transporte, si el bebé debe ser trasladado para cuidados avanzados.

Los recién nacidos que tienen una frecuencia cardíaca por debajo de 60 latidos por minuto, después de 45 a 60 segundos de ventilación con presión positiva, probablemente tienen niveles muy bajos de oxígeno en 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 una bomba mecánica sobre el corazón, mientras usted continúa la ventilación de los pulmones con oxígeno (según la oximetría de pulso) y el miocardio tiene suficiente oxigenación para recuperar su función espontánea. Este proceso también ayuda a enviar oxígeno hacia el cerebro.

- **Si después de corregir la ventilación con presión positiva persiste la bradicardia, inicie compresión torácica:**

Consiste en compresiones rítmicas del esternón que:

- Comprime el corazón contra la columna vertebral
- Aumenta la presión intratorácica
- Circula sangre hacia los órganos vitales del cuerpo

El corazón está en el tórax, entre el tercio inferior del esternón y la columna vertebral. Al comprimir el esternón, se comprime el corazón e incrementa la presión en el tórax, lo que permite bombear la sangre hacia las arterias. La compresión torácica tiene muy poco valor si los pulmones no están siendo ventilados. Se necesitan dos personas, una para comprimir el tórax y la otra para continuar dando ventilación.

#### **Se han descrito 2 técnicas para comprimir el tórax:**

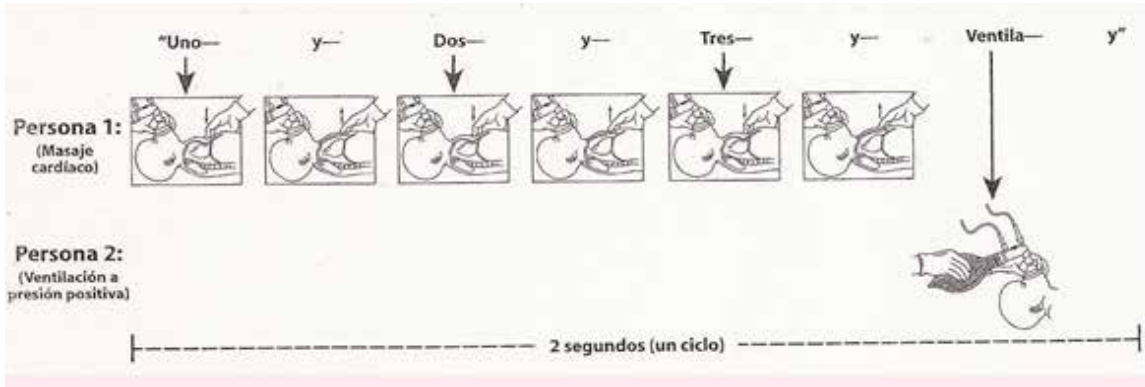
La primera es la técnica de los dos dedos en donde se debe trazar una línea imaginaria intermamaria y un través de dedo por debajo, ubicar el tercer y cuarto dedo en posición vertical en el punto intermedio entre el apéndice xifoides y la línea intermamaria.

La otra técnica descrita requiere dos reanimadores. Utiliza las dos manos las cuales abrazan el dorso del paciente y se colocan los pulgares un través de los dedos por debajo de la línea intermamaria juntos o uno sobre otro.



Con cualquiera de las técnicas debe aplicar suficiente presión para deprimir el esternón a una profundidad aproximada de un tercio del diámetro antero-posterior del tórax, luego liberar la presión para que el corazón se llene nuevamente de sangre.

Durante la reanimación cardiopulmonar, la compresión torácica debe ir siempre acompañada de ventilación con presión positiva, pero no es posible dar compresión y ventilación simultáneamente, 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 90 compresiones y 30 respiraciones por minuto, una relación 3:1.



**Excepción:** Se debe considerar una relación 15:2 (para 2 reanimadores), si reconoce que el recién nacido tiene un paro de etiología cardíaca, ya que pueden beneficiarse de una relación compresión/ventilación más alta.

#### ● ¿Cuándo colocar un tubo endotraqueal?

La intubación endotraqueal puede estar indicada en varios momentos durante la reanimación neonatal:

- La aspiración endotraqueal inicial del niño no vigoroso con líquido amniótico teñido de meconio.
- Cuando la ventilación con bolsa y máscara es ineficaz o prolongada.
- Cuando se realizan compresiones torácicas.
- Cuando existan circunstancias especiales como hernia diafragmática o pretérmino con peso extremadamente bajo al nacer.

El momento de la intubación también depende de la habilidad y experiencia de los proveedores disponibles.

**Recuerde que siempre hay que revisar lo que se está haciendo y corregir los errores. Podría estar hipotérmico y esto influir en la no adecuada respuesta, cambié sábana o compresas durante la reanimación por unas secas y calientes.**

- **Los medicamentos raramente son requeridos durante la reanimación del bebé.**

La bradicardia usualmente es secundaria a una inadecuada insuflación pulmonar o hipoxemia profunda, y el establecimiento de una ventilación adecuada corrige la misma. Sin embargo, si persiste frecuencia cardíaca < 60 por minuto asegurando una ventilación adecuada, con oxígeno al 100% y compresiones torácicas, la administración de adrenalina o la expansión de volumen, o ambos, puede estar indicada.

La epinefrina se recomienda por vía intravenosa a una dosis de 0,01 a 0,03 mg/kg. por dosis, con una concentración de 1:10.000 (0,1 mg/ml). Dosis más altas endovenosas no se recomiendan, porque los estudios evidencian hipertensión exagerada, disminución de la función del miocardio y peor función neurológica. La dosis estándar posiblemente no es útil por vía endotraqueal, dosis más altas se pueden considerar, pero la seguridad y eficacia no ha sido evaluada.

- **¿Cuándo interrumpir los esfuerzos de reanimación?**

Si el bebé no tiene frecuencia cardíaca y no respira después de darle ventilación por 10 minutos, el bebé está muerto. Suspenda la ventilación y la reanimación.

La piel que está púrpura-blanca o pelándose (maceración) sugiere que el bebé murió mucho antes del parto. Si se reconoce esto en el parto, no se necesita empezar la ventilación. Se puede suspender la ventilación en cuanto se reconozca la maceración. No se indica ninguna intervención. Un bebé que nunca tuvo frecuencia cardíaca y nunca respiró después del nacimiento es un mortinato.

A la hora de tomar la decisión de continuar los esfuerzos de reanimación más allá de 10 minutos sin frecuencia cardíaca, deben tenerse en cuenta factores como la etiología supuesta del paro, la gestación del neonato, la presencia o ausencia de complicaciones, el papel potencial de la hipotermia terapéutica y los sentimientos previos expresados por los padres en cuanto al riesgo aceptable de morbilidad. Cuando la gestación, el peso al nacer o las anomalías congénitas conllevan la práctica certeza de una muerte prematura y es probable que entre los pocos sobrevivientes la morbilidad sea inaceptablemente alta, no está indicada la reanimación; sin que esto indique un abandono del recién nacido.





Marque la casilla al lado de la mejor respuesta:

**1.** Usted ha proporcionado ventilación con bolsa y máscara por 5 minutos. El pecho del bebé se mueve, pero la frecuencia cardíaca es de cerca de 70 latidos por minuto. ¿Qué debe hacer?

- Continuar la ventilación, activar el plan de emergencia y buscar asesoramiento de un establecimiento especializado.
- Suspender la ventilación y observar para ver si mejora la frecuencia cardíaca.

**2.** Después de 10 minutos de ventilación con buenos movimientos del pecho, el bebé no está respirando y no hay frecuencia cardíaca (no hay latido en el cordón, no hay latidos del corazón con estetoscopio). ¿Qué debe hacer usted?

- Suspender la ventilación. El bebé está muerto.
- Continuar la ventilación por otros 10 minutos.

### 3.8. SI ES NECESARIA LA TRASFERENCIA, TRANSPORTE A LA MADRE Y AL BEBÉ JUNTOS, Y APOYE A LA FAMILIA



Un bebé puede tener problemas de respiración y otras señales de peligro que requieren atención especializada; cada establecimiento debe tener normas para la referencia (transporte) de bebés enfermos.

- **Transporte a la madre y al bebé juntos**

Continúe vigilando la respiración, la frecuencia cardíaca, el color y la temperatura del bebé, estrechamente. Comunique su evaluación y las acciones que ha tomado a la persona responsable en el establecimiento de recepción. Trate de mantener juntos a la madre y al bebé durante la transferencia, aunque solamente uno esté enfermo. Considere el cuidado piel a piel en el transporte, en lo posible, para facilitar la observación y proteger al bebé del estrés del frío.

- **Apoye a la familia del bebé que está enfermo o ha muerto**

Explique a la familia del bebé enfermo lo que está mal y qué se puede hacer para ayudar. Responda a las preguntas de la familia o busque ayuda para responderlas. Si un bebé muere, responda de una manera culturalmente apropiada. Si es adecuado, explique a la familia por qué usted cree que murió el bebé y discuta con la familia los sucesos anteriores a la muerte. Permita a los miembros de la familia ver y sostener al bebé, si lo desean. Respete los deseos de la familia, su privacidad y sus creencias religiosas. Dé a la madre consejos sobre el cuidado de los senos y planificación familiar.



Marque la casilla al lado de la mejor respuesta:

**1.** Un bebé necesitó ventilación con bolsa y máscara. Está respirando rápido y no puede lactar. ¿Qué debe hacer usted?

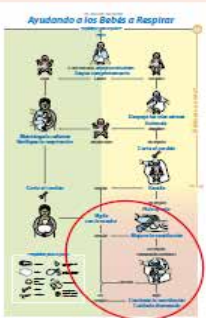
- Dejar a la madre y al bebé solos para descansar.
- Explicar la condición del bebé a la madre y al acompañante del parto.

**2.** Un bebé prematuro será trasladado al hospital correspondiente con dificultad respiratoria. ¿Cómo debe usted asesorar a la madre?


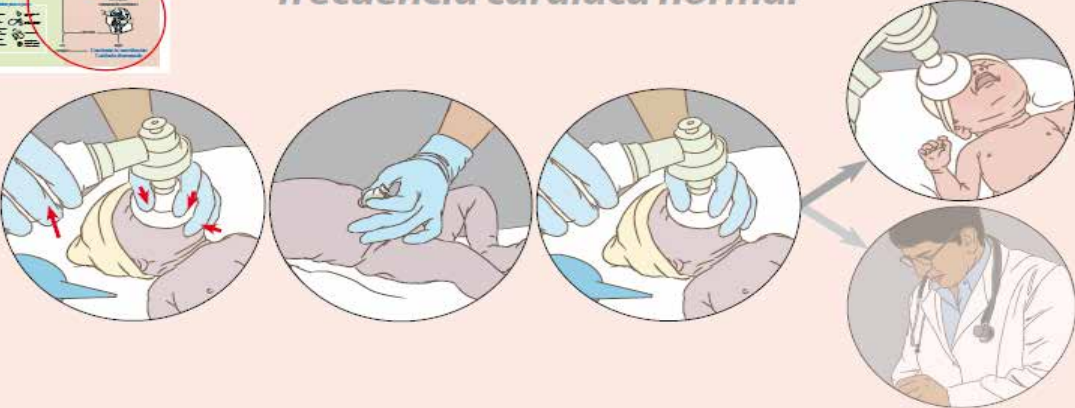
- Aconséjele no viajar por lo menos una semana.
- Aconséjele ir con su bebé, si es posible.

## EJERCICIO PRÁCTICO

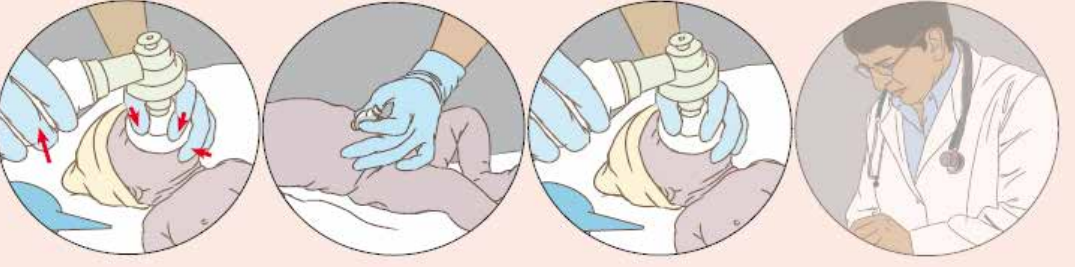
### VENTILACIÓN CONTINUA CON FRECUENCIA CARDÍACA NORMAL



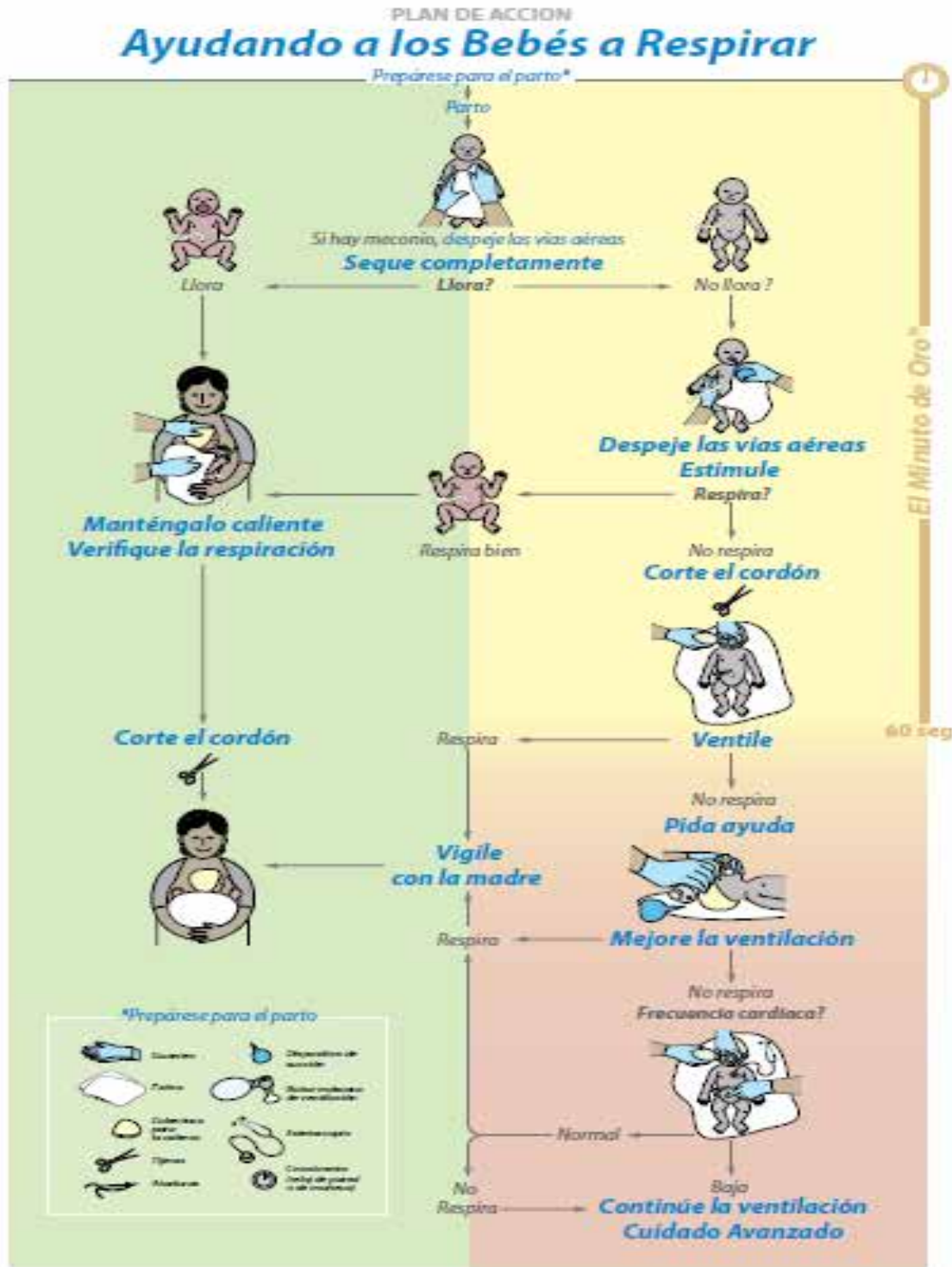
*Ejercicio:  
Ventilación continua con  
frecuencia cardíaca normal*



*Ejercicio:  
Ventilación continua con  
frecuencia cardíaca lenta*







## Lista de Verificación

Reconozca la ausencia de respiración y el escaso movimiento del pecho

- Pida ayuda
- Continúe y mejore la ventilación
- Reconozca si todavía no respira bien
- Reconozca la frecuencia cardíaca normal
- Reconozca si respira bien ahora o si todavía no respira bien
- Si respira bien, vigilar con la madre. Si no respira bien, continúe con la ventilación y busque atención avanzada

## Discusión

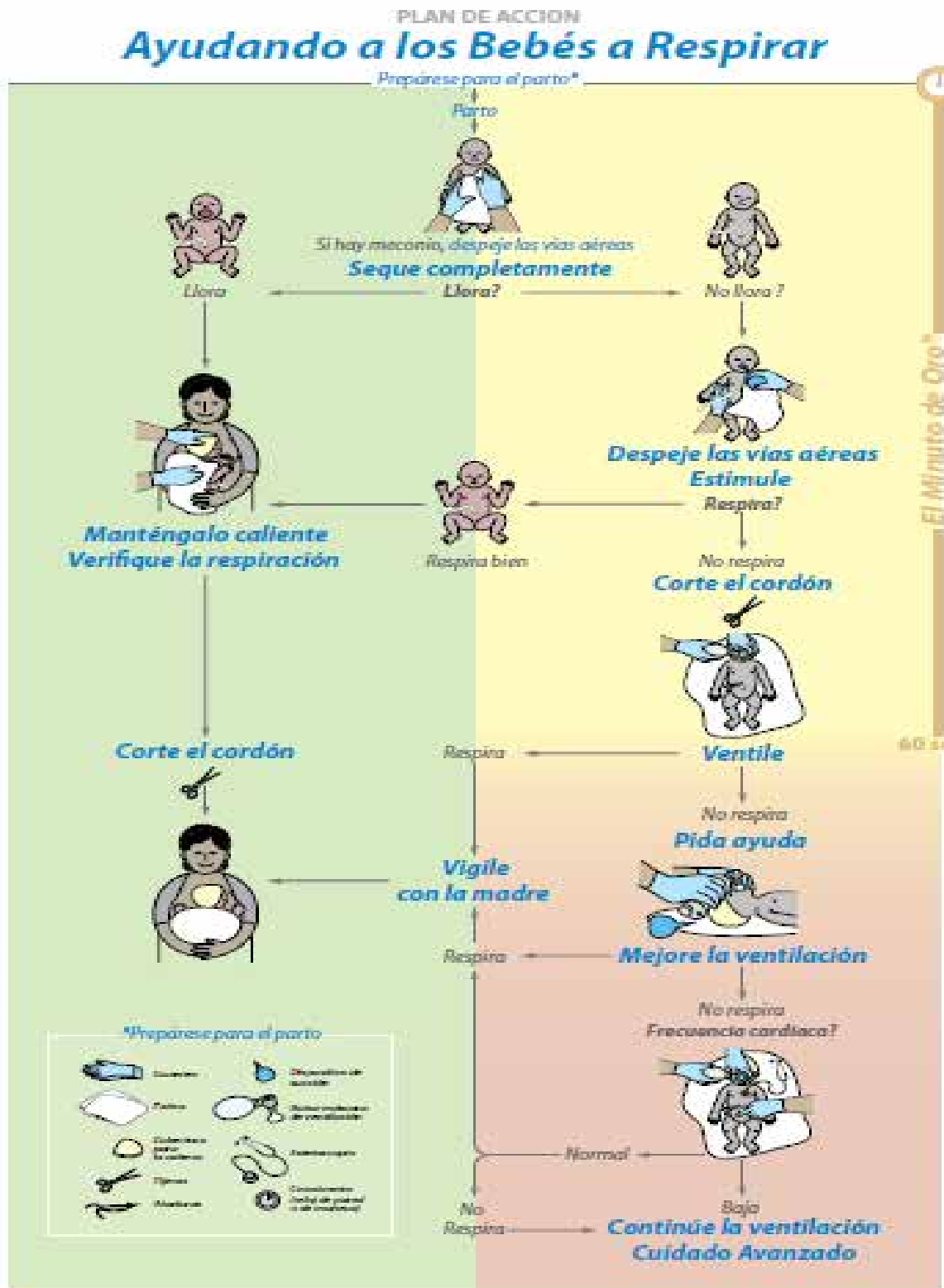
Discuta con un pequeño grupo de otros estudiantes cómo usará usted los pasos de acción y evaluación. Identifique posibles problemas y soluciones en su lugar de trabajo.

1. Si un bebé necesita ventilación continua por más de varios minutos, ¿dónde se atenderá a ese bebé?
2. ¿Cuáles son las condiciones que pueden ser atendidas en su lugar de trabajo y cuales las razones por las que usted transferiría a un bebé?
3. En su comunidad, ¿cómo puede usted apoyar mejor a la familia de un bebé que está enfermo o ha muerto?

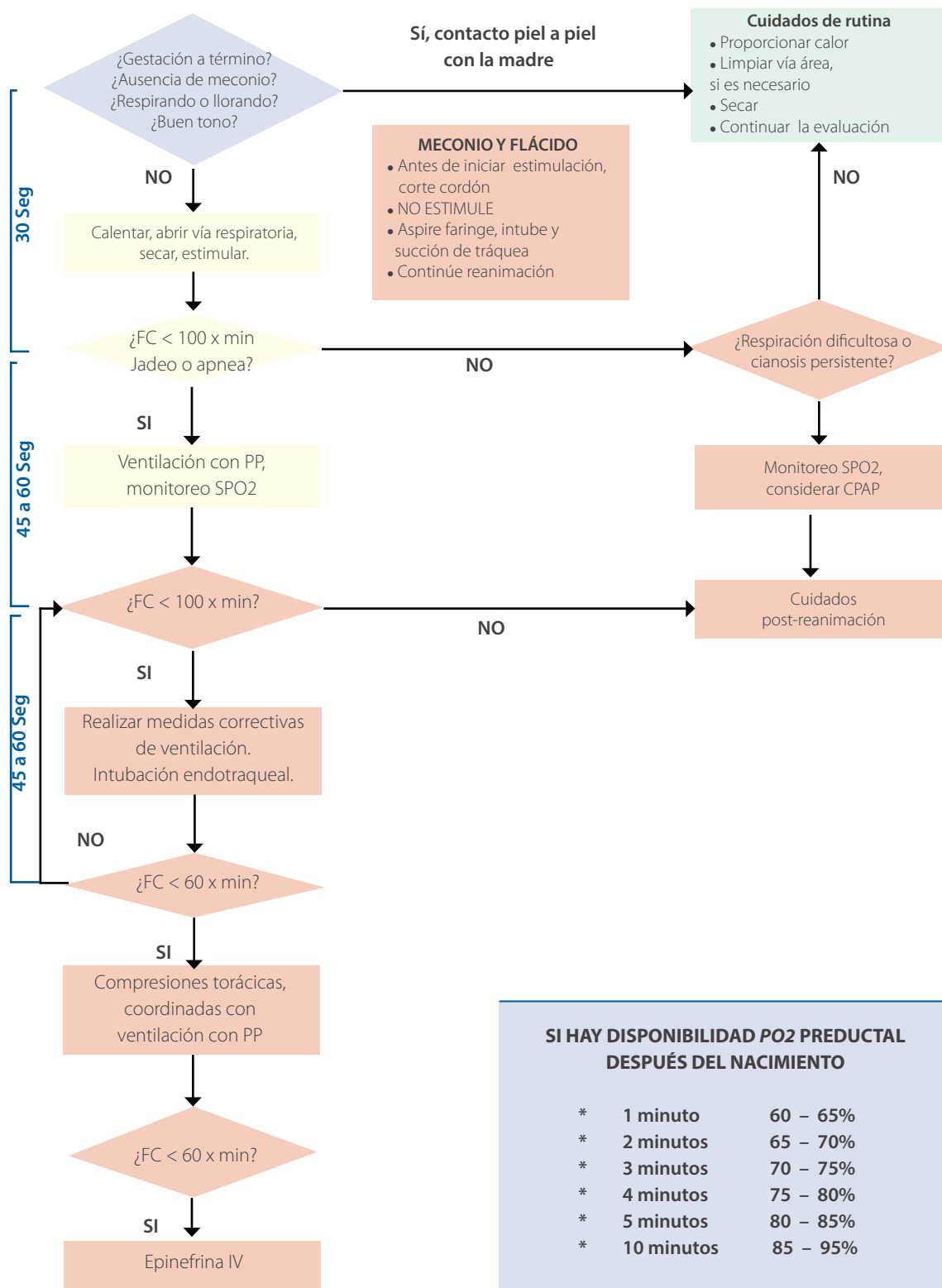


**RESUMEN:**

A continuación se resumen los algoritmos del plan de acción y de la reanimación avanzada:



## ALGORITMO DE REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA



1	2	3	4	5	6
	Si hay meconio, despeje las vías aéreas				
Secar completamente	Secar completamente	Secar completamente	Secar completamente	Secar completamente	Secar completamente
Llorando	No llora	No llora	No llora	No llora	No llora
Mantener caliente, verificar respiración	Mantener caliente, posicionar la cabeza	Mantener caliente, posicionar la cabeza	Mantener caliente, posicionar la cabeza	Mantener caliente, posicionar la cabeza	Mantener caliente, posicionar la cabeza
	Despejar las vías aéreas Estimular respiración	Despejar las vías aéreas Estimular respiración	Despejar las vías aéreas Estimular respiración	Despejar las vías aéreas Estimular respiración	Despejar las vías aéreas Estimular respiración
Respirando bien	Respirando bien	No respira	No respira	No respira	No respira
Cortar cordón Atención de rutina	Cortar cordón Atención de rutina	Cortar cordón Ventilar	Cortar cordón Ventilar	Cortar cordón Ventilar	Cortar cordón Ventilar
		Respira bien	No respira	No respira	No respira
		Vigilar con la madre	Pedir ayuda	Pedir ayuda	Pedir ayuda
			Continuar/ mejorar la ventilación	Continuar/ mejorar la ventilación	Continuar/ mejorar la ventilación
			Respira	No respira	No respira
			Vigilar con la madre	Continuar la ventilación	Continuar la ventilación
				Frecuencia cardiaca Inormal	Frecuencia cardiaca lenta o normal
				Respira	No respira
				Vigilar con la madre	Continúe la ventilación Cuidado avanzado



El minuto de oro

60 sec

### Hay 3 preguntas importantes en el Plan de acción:

- ¿Llora?
- ¿Respira?
- ¿Frecuencia cardiaca?

Las respuestas a estas preguntas identifican diferentes rutas del Plan de Acción y varios casos diferentes, como se muestra arriba. Trace cada uno de los casos descritos arriba en el Plan de Acción.



## 4. DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL Y EL PESO PARA LA EDAD

El conocimiento de la edad gestacional constituye un parámetro imprescindible, por si solo modifica la conducta terapéutica a seguir. El test de Ballard, consiste en la observación de una serie de características físicas y neurológicas a partir de las cuales se asigna una puntuación determinada, que corresponde a una edad gestacional.

Evalúa **signos físicos** de maduración:

- Firmeza del cartílago de la oreja.
- Grosor y transparencia de la piel.
- Palpación y diámetro del nódulo mamario.
- Presencia de pliegues plantares.
- Aspecto de los genitales.
- Cantidad y distribución del lanugo.

**Signos neurológicos:**

- Desarrollo del tono muscular, el cual va madurando en sentido caudal a cefálico, de manera que lo primero que aparece es el aumento del tono de las extremidades inferiores.
- Desarrollo de los reflejos o automatismos primarios. Maduran en sentido céfalo caudal, de manera que los primeros reflejos que aparecen son los de succión y búsqueda, y los últimos que se completan son los de prehensión y extensión cruzada de las extremidades inferiores.

En la siguiente hoja se encuentra el cuadro de clasificación del test de Ballard (Tabla 48), utilícelo para ir buscando cada parámetro en el niño.































Una vez obtenga la edad gestacional del niño, compárela con el peso y defina la relación del peso para la edad gestacional.

La clasificación del recién nacido por peso y edad gestacional es muy importante, ya que indica el grado de riesgo al nacimiento. La morbilidad y la mortalidad neonatal son inversamente proporcionales al peso y edad gestacional, a menor peso o menor edad gestacional, mayor será la morbilidad y la mortalidad.



El gráfico indica el crecimiento intrauterino normal de los recién nacidos. Está basado en una población cuyas características de crecimiento son óptimas y sirve de base para evaluar el de cualquier recién nacido o para comparar con otras poblaciones.

**Tabla 48.** Test de Ballard

MADUREZ NEUROMUSCULAR							
	0	1	2	3	4	5	
Postura							
Ventana cuadrada (muñeca)	 90°	 60°	 45°	 30°	 0°		
Flexión del brazo	 180°		 100° a 180°	 90° a 100°	 <90°		
Ángulo poplíteo	 180°	 160°	 130°	 110°	 90°	 <90°	
Signo de la corbata							
Talón - oreja							

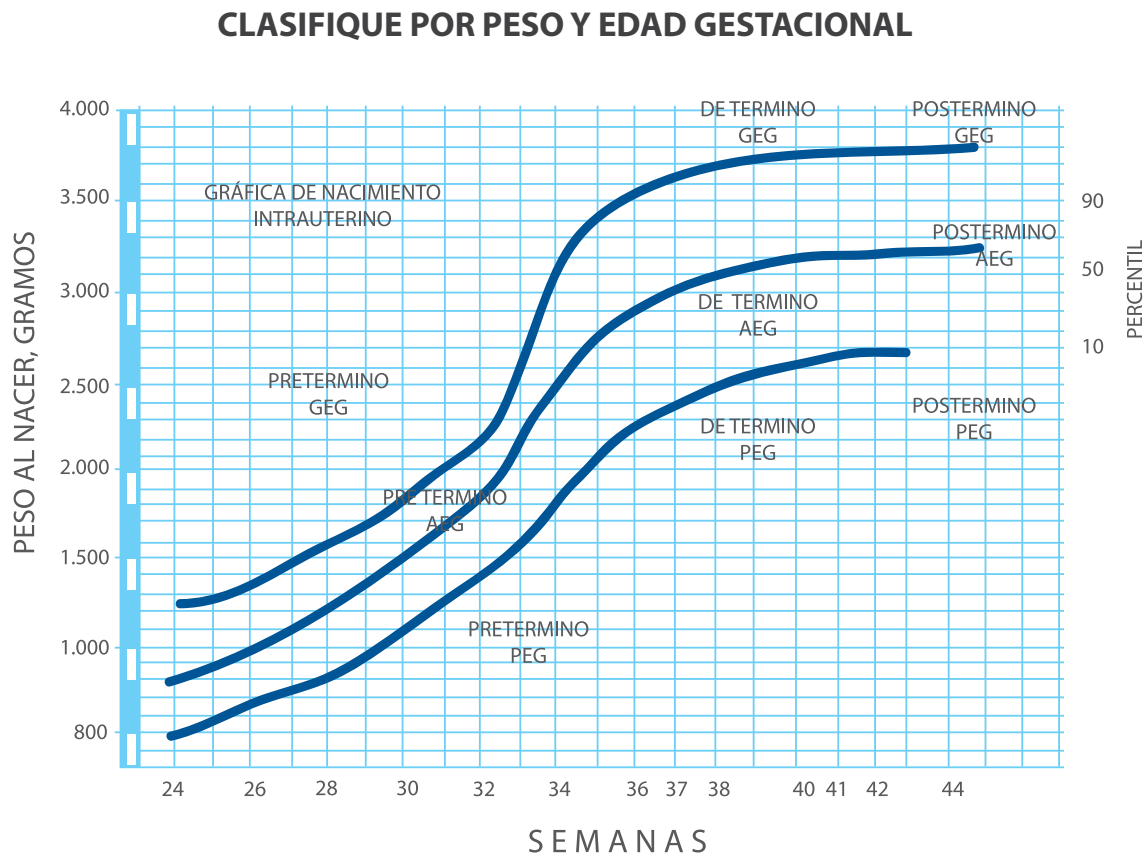
MADUREZ FÍSICA						
<b>Piel</b>	Gelatinosa, roja transparente	Blanda, rosada, venas visibles	Descamación superficial y/o rash, pocas venas	Resquebrajamiento áreas pálidas, venas escasas	Resquebrajamiento profundo apergaminado, sin vasos	Apergaminado, resquebrajamiento, arrugado
<b>Lanugo</b>	Austente	Abundantes	Fino	Áreas lampiñas	Casi completamente lampiño	
<b>Pliegues plantares</b>	Sin pliegue	Tenues, marcas rojas	Solamente pliegues anteriores transversales	Pliegues en dos tercios anteriores	Los pliegues cubren la totalidad de la planta	

<b>Mamila</b>	Apenas perceptible	Aréola chata sin pezón	aréola puntiforme 1 a 2 mm, pezón	Aréola elevada 3 a 4 mm, pezón	Aréola completa, pezón 5 a 10 mm
<b>Oreja</b>	Chata, permanece plegada	Pabellón levemente curvo, blando o escasa elasticidad	Pabellón bien curvo: elasticidad buena pero blando	Formada y firme con elasticidad instantánea	Cartílago grueso y firme
<b>Genitales</b>	Escroto vacío sin rugosidades		Testículos descendidos, escasas rugosidades	Testículos descendidos buenas rugosidades	Testículos péndulos, rugosidades profundas
<b>Genitales</b>	Clítoris y labios menores prominentes		Labios mayores y menores igualmente prominentes	Labios mayores grandes, labios menores pequeños	Clítoris y labios menores completamente cubiertos

<b>Semanas</b>	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44
<b>Puntos</b>	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50





**Gráfica 23.** Diagrama de clasificación por peso y edad gestacional

PEG: Pequeño edad gestacional  
 AEG: Adecuado edad gestacional  
 GEG: Grande edad gestacional

Clasificaciones para los recién nacidos, utilizando el peso y edad gestacional:

1. Dependiendo de la edad gestacional, se clasifica de la siguiente manera:

- **PRETÉRMINO:** cuando el recién nacido se ubica en la curva entre la semana 24 hasta la 36 de gestación, o sea menos de 37 semanas, independiente del peso al nacer.
- **A TÉRMINO:** cuando el recién nacido se ubica entre la semana 37 y 41 de gestación, independiente del peso al nacer.
- **POSTÉRMINO:** cuando el recién nacido se ubica después de la semana 41 de gestación, independiente del peso al nacer.

2. Dependiendo de su ubicación en la curva, se clasifica de la siguiente manera:

- **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 a 90).
- **GRANDE PARA SU EDAD GESTACIONAL (GEG):** cuando se ubica por encima de la línea superior (Percentil 90).

3. Dependiendo de su peso al nacer, se clasifica de la siguiente manera:

- **PESO BAJO AL NACER (PBN):** cuando se ubica en la curva entre el peso 1.500 gr y el peso 2.499 gr., independiente de su edad, o sea menos de 2.500 gr.
- **MUY BAJO PESO AL NACER (MBPN):** cuando se ubica en la curva entre el peso 1.000 y el peso 1.499 gr., independiente de su edad gestacional, o sea menos de 1.500 gr.
- **EXTREMADO BAJO PESO AL NACER (EBPN):** cuando se ubica en la curva con un peso de 999 gr. o menor, independiente de su edad gestacional, o sea menos de 1.000 gr.

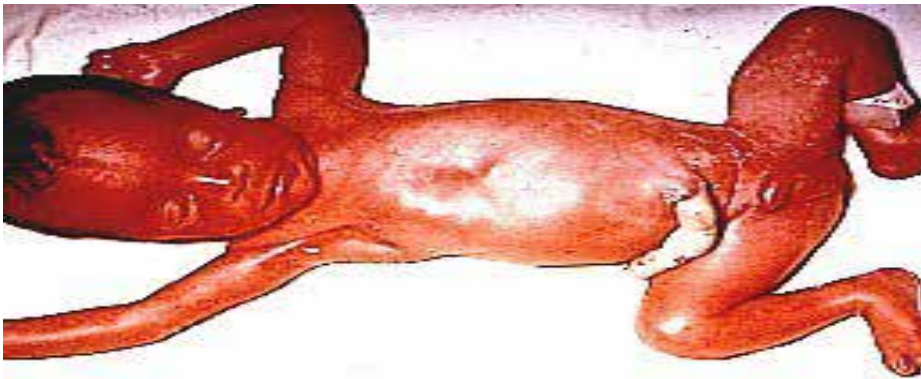




## EJERCICIO

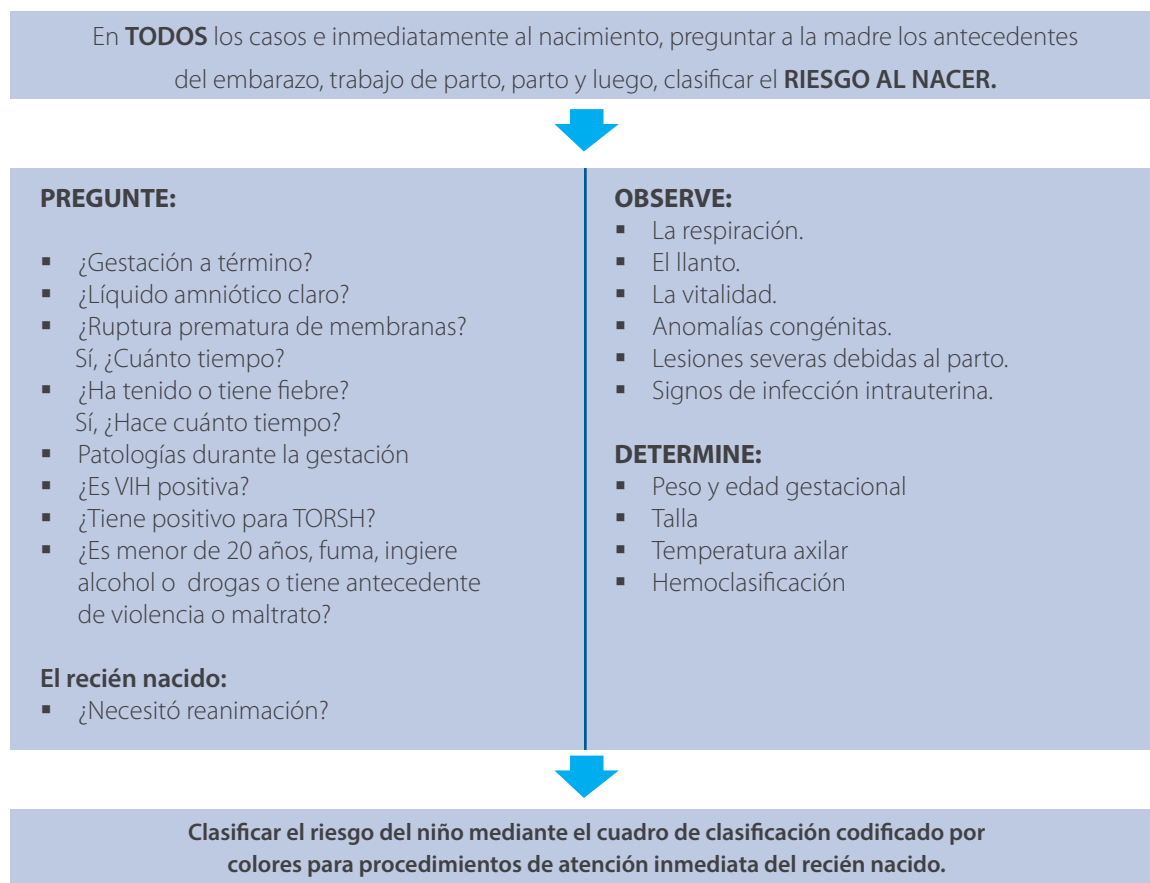
Este ejercicio le describe pesos y edad gestacional de varios recién nacidos; describa cuál es su clasificación de peso para edad gestacional:

1. 38 semanas y peso 2200 gr.
2. 35 semanas y peso 1800 gr.
3. 39 semanas y peso 2500 gr.
4. 31 semanas y peso 2250 gr.
5. 43 semanas y peso 2800 gr.
6. Ahora observe el niño de la foto, clasifique los signos posibles del Ballard



## 5. RIESGO AL NACER

Gráfica 24. Evaluación del riesgo al nacer



### 5.1. ¿CÓMO EVALUAR EL RIESGO AL NACER?

Si NO existe ninguna condición grave que amerite reanimación urgente o traslado de inmediato, evalúe el riesgo al nacer:

#### Primero, PREGUNTAR:

##### 🗣️ ¿La gestación es a término?

Es importante investigar oportunamente para clasificar al recién nacido y anticipar la necesidad de reanimación neonatal.

##### 🗣️ ¿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 tanto, la ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO) se relaciona



directamente con la infección neonatal. La importancia del factor "tiempo" transcurrido entre la ruptura de la bolsa amniótica y el nacimiento del feto, establece una relación directamente proporcional entre mayor la duración de la RPMO, mayor la posibilidad de infección neonatal.

### 👤 **¿Hace cuánto tiempo?**

Existe una fuerte relación entre el tiempo transcurrido de la ruptura de las membranas y el nacimiento con infección neonatal. Rupturas de más de 12 horas representan mayor riesgo.

### 👤 **¿Ha tenido la madre fiebre?**

La fiebre materna se relaciona en un alto porcentaje con corioamnionitis, sepsis neonatal y morbilidad elevada, principalmente en recién nacidos prematuros y/o peso bajo al nacer.

### 👤 **¿Hace cuánto tiempo?**

Existe relación entre el tiempo transcurrido de la fiebre, la causa de la misma y el nacimiento con infección neonatal.

### 👤 **¿Presentó alguna patología durante la gestación?**

Existen muchas patologías que no han sido investigadas debido a que no encuadran en la categoría de graves, pero pueden tener repercusión negativa en la condición del niño. Ejemplo de ellas son todas las que aparecen en el cuadro de evaluación del riesgo del embarazo. Pregunte por las que considere tengan relación con el caso.

### 👤 **¿Es VIH positiva, con prueba indeterminada o presenta criterios clínicos?**

Más del 95% de todas las personas con VIH/SIDA vive en países en desarrollo. La transmisión del virus de mujeres embarazadas infectadas a sus bebés es la principal fuente de infección pediátrica con el VIH. La identificación del VIH en la madre tiene como propósito reducir la transmisión de la madre al hijo, brindándole atención y apoyo a las mujeres infectadas con VIH, sus bebés y sus familias, y que el bebé sobreviva el primer mes de vida y crezca para llegar a ser un niño y una persona adulta libre de VIH.

### 👤 **¿Es menor de 20 años, fuma, ingiere drogas o alcohol o tiene antecedente de violencia o maltrato?**

El recién nacido puede nacer sano físicamente y sin enfermedad activa, pero el entorno se convierte muchas veces en su principal factor de riesgo para no desarrollarse y crecer adecuadamente. Tiene factor de riesgo el hijo de madre adolescente, con ingesta de alcohol,

cigarrillo o drogas e igual de importante o más, si el entorno al que llega es de violencia o maltrato; por lo tanto se deben tener unas consideraciones diferentes en los controles posteriores en estos recién nacidos.

## Luego, **OBSERVAR:**

### 👁 **La respiración**

No mida la frecuencia respiratoria, ya que en este momento no es importante, solo observe el tipo de respiración, si no respira espontáneamente o si presenta signos de dificultad para respirar. Si el niño no respira espontáneamente debe iniciar reanimación urgente y si su respiración es irregular o dificultosa, clasificarlo como condición grave y requiere traslado urgente.

### 👁 **El llanto**

El llanto del recién nacido 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 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 flaccidez se observa en los recién nacidos prematuros y se asocia siempre con una condición grave al nacer. La guía más usada para la evaluación de la vitalidad del recién nacido es el puntaje de Apgar al minuto y a los cinco minutos de vida. La evaluación al minuto de vida será de utilidad para determinar la conducta inmediata a seguir y la evaluación a los cinco minutos tiene un valor pronóstico. Un puntaje de 7 a 10 señala que el recién nacido está en buenas condiciones.

### 👁 **Si tiene anomalías congénitas**

Algunas anomalías congénitas son incompatibles con la vida o pueden producir alteraciones en el color y la respiración del niño, que necesitan atención de urgencia, como puede ser una hernia diafragmática o una cardiopatía congénita.

### 👁 **Por signos de infección intrauterina**

Los signos de infección intrauterina relacionados principalmente con rubéola, citomegalovirus, toxoplasma, sífilis y VIH, entre otras, se manifiestan con microcefalia, petequias, equimosis, lesiones de piel, cataratas, etcétera. Si el niño tiene alguna de estas características y usted no puede garantizar su atención integral o el tratamiento en su servicio de salud, refiera a un servicio de mayor resolución.



### **Si hubo trauma al nacimiento**

Fetos muy grandes para su edad gestacional o macrosómicos, o en posiciones anómalas, pueden sufrir trauma al nacimiento; como parálisis braquial, cefalohematomas, caput succedaneum, hematomas y equimosis, lesiones de cara y cabeza, luxación o fractura de clavícula, de hombros, fémur, tibia, abrasiones, etcétera. Fórceps mal colocados pueden provocar heridas, laceraciones o fracturas en los puntos de presión.

### **Por último, DETERMINE:**

#### **El peso y la edad gestacional**

Tanto el peso como la edad gestacional al nacimiento tienen una relación inversa con la morbilidad y mortalidad neonatal, es decir que a menor peso y/o menor edad gestacional, mayor morbilidad y mortalidad.

#### **Temperatura axilar**

La temperatura por debajo de 35.5 °C o mayor de 38 °C puede asociarse con incremento de gasto calórico, apneas y consumo del surfactante. Es un signo de infección cuando no está asociado a cambios del ambiente térmico. El enfriamiento o hipotermia se observa más en los pretérmino; la hipertermia, en los niños a término. Ambas manifestaciones deben considerarse como signos de alto riesgo.

#### **Hemoclasificación**

La incompatibilidad de grupo cuando la madre es O y el neonato es A o B, y la incompatibilidad Rh cuando la madre es negativa y el neonato es positivo, aumenta el riesgo de ictericia complicada. Cuando se conoce este riesgo debe valorarse la presencia de ictericia precoz, antes de decidir el alta, y la madre debe tener muy claro el signo de alarma de ictericia para consultar de inmediato.

## 5.2 ¿CÓMO CLASIFICAR EL RIESGO AL NACER?

Si el recién nacido NO ha necesitado maniobras de reanimación, clasifíquelo según el riesgo al nacer. Existen tres formas de evaluar el riesgo al nacer:

- **ALTO RIESGO AL NACER**
- **MEDIANO RIESGO AL NACER**
- **BAJO RIESGO AL NACER**

**Tabla 49.** Clasificación del riesgo al nacer:

<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Peso al nacer &lt;2.000 o &gt;4.000 gr.</li> <li>● Edad gestacional &lt; a 35 semanas.</li> <li>● Temperatura axilar &lt;35,5 o &gt;38°C.</li> <li>● Dificultad respiratoria.</li> <li>● Fiebre materna o Corioamnionitis.</li> <li>● RPM mayor de 12 horas.</li> <li>● Palidez o plétora o ictericia.</li> <li>● Infección intrauterina (TORCH/VIH).</li> <li>● Anomalías congénitas mayores.</li> <li>● Lesiones severas debidas al parto.</li> <li>● Reanimación con ventilación con presión positiva o masaje cardíaco.</li> <li>● APGAR &lt;7 a los 5 minutos.</li> </ul>	<p><b>ALTO RIESGO AL NACER</b></p>	<p><b>Hospitalizar o Referir URGENTEMENTE según las normas estabilización y transporte “REFIERA”:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Favorecer el contacto piel a piel cuando las condiciones de la madre y el niño lo permitan, evitar la hipotermia.</li> <li>● Evitar la hipoglicemia, iniciar calostro si es posible.</li> <li>● Si RPM es mayor de 12 horas, iniciar la primera dosis de antibióticos recomendados.</li> <li>● Si es RN prematuro, administrar primera dosis de antibióticos.</li> <li>● Si madre VIH positiva, NO dar lactancia materna, iniciar profilaxis antiretroviral en las primeras 6 h.</li> <li>● Colocar en contacto piel a piel, evitar hipotermia.</li> <li>● Verificar cumplimiento de cuidados rutinarios.</li> </ul>
<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Peso al nacer entre 2000 y 2500 gr. o entre 3800 y 4000 gr.</li> <li>● Edad gestacional entre 35 y 37 semanas (casi a término).</li> <li>● Edad gestacional ≥ 42 semanas.</li> <li>● Reanimación sin presión positiva y sin masaje.</li> <li>● Anomalías congénitas menores.</li> <li>● Incompatibilidad RH o de grupo.</li> <li>● Madre menor de 20 años.</li> <li>● Madre con historia de ingesta de cigarrillo, drogas o alcohol.</li> <li>● Antecedente materno de violencia o maltrato.</li> <li>● Madre sin tamizaje para VIH y sífilis</li> </ul>	<p><b>MEDIANO RIESGO AL NACER</b></p>	<p><b>REFERIR a consulta con pediatra en los siguientes 3 días.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Colocarlo en contacto piel a piel con su madre.</li> <li>● Iniciar Lactancia Materna en la primera ½ hora (Calostro).</li> <li>● Aconsejar a la madre que debe mantener al recién nacido abrigado para evitar la hipotermia.</li> <li>● Verificar cumplimiento de cuidados inmediatos, hemoclasificación y TSH.</li> <li>● Si madre sin tamizaje para VIH, idealmente realizar prueba rápida en el momento del nacimiento, y si es positiva, NO iniciar lactancia materna y seguir recomendación de hijo de madre VIH positiva.</li> <li>● Iniciar esquema de vacunación, según norma.</li> <li>● No dar alta hasta no asegurar que el neonato recibe adecuadamente lactancia materna.</li> <li>● Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>● Incluir en programa de crecimiento y desarrollo.</li> <li>● Si es pretérmino o BPN, dar hierro al cumplir los 28 días e iniciar multivitamínicos y vitamina E desde el nacimiento.</li> <li>● Enseñar medidas preventivas específicas.</li> </ul>





**Todos los siguientes:**

- Vigoroso.
- Llanto fuerte.
- Respiración normal.
- Activo.
- Peso >2.500 gr. o < 4.000 gr.
- Edad gestacional >37 semanas y <42 semanas.
- Ningún criterio para estar clasificado en las anteriores.

**BAJO  
RIESGO AL  
NACER**

Colocar en contacto piel a piel con su madre.

- Iniciar Lactancia Materna en la primera ½ hora posparto.
- aconsejar a la madre que debe mantener al recién nacido abrigado para evitar hipotermia.
- Verificar cumplimiento cuidados de rutina, hemoclasificación y TSH.
- Iniciar esquema de vacunación, según norma.
- Enseñar a la madre sobre los cuidados del recién nacido en casa.
- Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato.
- Indicar a la madre que el recién nacido debe volver a consulta de seguimiento en 3 días.
- Incluir en programa de crecimiento y desarrollo.
- Enseñar medidas preventivas específicas.

A continuación se describen las clasificaciones del riesgo al nacer.

**ALTO RIESGO AL NACER**

Clasifique la condición del recién nacido como **ALTO RIESGO AL NACER**, si tiene alguno de signos de peligro de la hilera roja. El recién nacido clasificado como **ALTO RIESGO AL NACER** es aquel que tienen algunos factores de riesgo que necesitan atención y hospitalización o referencia URGENTE a una unidad de recién nacidos. Refiera en las mejores condiciones, mantenga temperatura adecuada, evite hipoglicemia, inicie manejo de infección si es prematuro o hay ruptura prematura de membranas, evite lactancia materna si la madre es VIH positivo e inicie profilaxis antirretroviral. Siga todos los pasos recomendados en la sección de referencia y transporte REFIERA.

**MEDIANO RIESGO AL NACER**

Clasifique la condición del recién nacido como **MEDIANO RIESGO AL NACER** si no tiene ningún signo de peligro de la hilera roja y presenta alguno de los signos de riesgo de la hilera amarilla. Estos recién nacidos pueden complicarse con alguna patología grave si no se les da seguimiento adecuado, por lo que deben referirse a consulta por pediatra en los siguientes tres días. No deberían darse de alta hasta no asegurar una adecuada lactancia materna. Debe asegurarse las consultas de seguimiento y brindarle a la madre educación temprana sobre estimulación del desarrollo infantil y garantizarle atención integral por personal capacitado, según se requiera.

**BAJO RIESGO AL NACER**

Clasifique la condición del recién nacido como **BAJO RIESGO AL NACER** si este se encuentra bien adaptado, no presenta ningún signo de peligro ni de riesgo para clasificarse en las hileras roja o amarilla. Estos recién nacidos solamente necesitan los cuidados rutinarios, contacto inmediato con su madre, lactancia materna en la primera media hora y asegurar una lactancia efectiva, con



adecuada posición y agarre antes del alta. Recomendaciones sobre cuidados adecuados en el hogar, estimulación, consejos sobre cómo bañar al neonato, prevenir muerte súbita, colocar a la luz solar y signos de alarma y consulta de control en los siguientes 3 días..



## EJERCICIO

### CASO LORENA

Gladys, de 18 años, ingresa a sala de partos con un embarazo controlado, con exámenes normales, de 39 semanas. Refiere Gladys que inició contracciones hace 3 horas. Es su primer embarazo. No convive con el padre de su bebé,

Gladys es estudiante de 11. No fuma ni bebe alcohol.

Posterior a un trabajo de parto de 10 horas, se obtiene por parto vaginal, una bebé, Lorena, que lloró de inmediato, se evidencia activa, sin dificultad respiratoria, no cianosis, pero sí con palidez cutánea. Peso 3650 g., talla 51 cm., FC 132 x'y FR 52 x'Sat. 87% APGAR 7-10/10. Utilice los datos para clasificar el riesgo del parto de Gladys y el riesgo al nacer para Lorena.

### ATENCIÓN INTEGRADA DE LA EMBARAZADA Y EL RECIÉN NACIDO

FECHA: DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____ HORA: _____	Nº HISTORIA CLÍNICA: _____
INSTITUCIÓN _____	madre: documento de identidad: _____
MUNICIPIO: _____	Tl: _____ CC: _____ #: _____
NOMBRE DE LA MADRE: _____	CONSULTA EXTERNA _____ URGENCIAS _____
MOTIVO DE CONSULTA / Enfermedad Actual /revisión por sistemas: _____	CONSULTA INICIAL: _____ CONTROL: _____
_____	TELÉFONO: _____
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:	DIRECCION: _____
GESTACIONES : _____ PARTOS: _____ CESÁREAS: _____ ABORTOS: _____	MUNICIPIO: _____
ESPONTÁNEO: _____ PROVOCADO: _____ HIJO NACIDO MUERTO/EN 1º SEMANA: _____	EDAD: _____ años. PESO: _____ Kg.
HIJOS PREMATUROS _____ HIJOS < 2500 gr _____ HIJOS >4000 gr _____	TALLA: _____ Mt IMC: _____ TA: _____/_____
HIJOS MALFORMADOS _____	FC: _____/min. FR: _____/min. T: _____°C
HIPERTENSIÓN/PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA en el último embarazo: NO _____ SI _____	HEMOCLASIFICACIÓN: _____ Coombs _____
FECHA ÚLTIMO PARTO _____ CIRUGÍAS TRACTO REPRODUCTIVO: NO _____ SI _____	FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: _____/_____/_____
OTRO ANTECEDENTE : _____	FECHA PROBABLE DE PARTO: _____/_____/_____
	EDAD GESTACIONAL: _____

### VERIFICAR EL RIESGO DURANTE LA GESTACIÓN QUE AFECTA EL BIENESTAR FETAL:

¿Ha tenido control prenatal? SI _____ NO _____ # _____	Altura uterina: _____ cm	GESTACIÓN CON RIESGO INMINENTE
¿Percibe movimientos fetales? SI _____ NO _____	No correlación con edad gestacional	
¿Ha tenido fiebre recientemente? SI _____ NO _____	Embarazo múltiple	
¿Le ha salido líquido por la vagina? SI _____ NO _____	Presentación anómala: Podálico Transverso	
¿Ha tenido flujo vaginal? SI _____ NO _____	Palidez palmar: Intensa Leve	
¿Padece alguna enfermedad? SI _____ NO _____	Edema: Cara Manos Pies	GESTACIÓN DE ALTO RIESGO
¿Cuál? _____	Convulsiones Visión borrosa	
¿Recibe algún medicamento? SI _____ NO _____	Pérdida conciencia Cefalea intensa	
¿Cuál? _____	Signos enfermedad transmisión sexual	
¿Cigarrillo? SI _____ NO _____	Cavidad bucal: Sangrado Inflamación	
¿Bebidas alcohólicas? SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____	Caries Halitosis	GESTACIÓN DE BAJO RIESGO
¿Consume drogas? SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____	Hto: _____ Hb: _____ Toxoplasma: _____	
¿Ha sufrido violencia o maltrato? SI _____ NO _____	VDRL 1: _____ VDRL 2: _____	
Explique: _____	VIH 1: _____ VIH 2: _____	
¿Inmunización toxoide tetánico? SI _____ #dosis: _____	HEPATITIS B: _____ Otro: _____	
OBSERVACIONES: _____	Ecografía _____	

### VERIFICAR EL RIESGO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO QUE AFECTA EL BIENESTAR FETAL:

¿Ha tenido contracciones? SI _____ NO _____	Contracciones en 10 minutos # _____	PARTO CON RIESGO INMINENTE
¿Ha tenido hemorragia vaginal? SI _____ NO _____	FC Fetal _____ x minuto	
¿Le ha salido líquido por la vagina? SI _____ NO _____	Dilatación cervical _____	PARTO DE ALTO RIESGO
¿De qué color? _____	Presentación: Cefálico Podálico	
¿Ha tenido dolor de cabeza severo? SI _____ NO _____	Otra _____	PARTO DE BAJO RIESGO
¿Ha tenido visión borrosa? SI _____ NO _____	Edema: Cara Manos Pies	
¿Ha tenido convulsiones? SI _____ NO _____	Hemorragia vaginal	
OBSERVACIONES: _____	Hto: _____ Hb: _____ Hepatitis b _____	
_____	VDRL antes del parto: _____ VIH _____	

### ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN SALA DE PARTOS

FECHA NACIMIENTO: DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____ HORA: _____	PRETÉRMINO ATÉRMINO POSTÉRMINO PEG - AEG - GEG BPN - MBPN - EBPN
NOMBRE: _____ SEXO: FEMENINO _____ MASCULINO _____	
PESO: _____ Kg. TALLA: _____ cm PC: _____ cm FC: _____ T: _____ °C	
EDAD GESTACIONAL: _____ Semanas. APGAR: 1 minuto: _____/10 5 minutos: _____/10	
10 minutos: _____/10 20 MINUTOS: _____/10	
ONSERVACIONES: _____	

### VERIFICAR LA NECESIDAD DE REANIMACIÓN

Prematuro	Meconio	No respiración o No llanto	Hipotónico	REANIMACIÓN  CUIDADOS RUTINARIOS
Apnea	Jadeo	Respiración dificultosa	Cianosis persistente	
Bradycardia	Hipoxemia			
REANIMACIÓN:	Estimulación	Ventilación con presión positiva	Compresiones torácicas	
	Intubación	Medicamentos:		
ONSERVACIONES: _____				

### VERIFICAR RIESGO NEONATAL: PRIMERA VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Ruptura prematura de membranas: SI _____ NO _____	Respiración: Normal Anormal	ALTO RIESGO AL NACER  MEDIANO RIESGO AL NACER  BAJO RIESGO AL NACER
Tiempo: _____ horas Liquido: _____	Llanto: Normal Anormal	
Fiebre materna: SI _____ NO _____ Tiempo _____	Vitalidad Normal Anormal	
Corioamnionitis FC: _____/min.	Taquicardia Bradicardia	
Infección intrauterina: TORCH / SIDA	Palidez Ictericia Plétora Cianosis	
Madre <20 años: _____ Historia de ingesta de: Alcohol _____ Cigarrillo _____ Drogas _____	Anomalías congénitas: Si _____ No _____ ¿Cuál? _____	
Antecedente de violencia o Maltrato: Si _____ No _____	Lesiones debidas al parto: _____	
OTRAS ALTERACIONES: _____		



## 6. EVALUAR Y CLASIFICAR ENFERMEDAD MUY GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN LOCAL EN EL MENOR DE DOS MESES

**Gráfica 25.** Evaluación de enfermedad muy grave o posible infección local en menores de dos meses

En **TODOS** los niños menores de 2 meses, preguntar a la madre sobre el problema del niño y luego, determinar si hay posibilidad de **ENFERMEDAD MUY GRAVE O INFECCIÓN LOCAL**.



### PREGUNTAR:

- ¿Puede tomar el pecho o beber?
- ¿Ha tenido vómito?
- ¿Tiene dificultad para respirar?
- ¿Ha tenido fiebre o hipotermia?
- ¿Ha tenido convulsiones?

**LÁVESE LAS MANOS ANTES Y DESPUÉS DE EXAMINAR AL NEONATO**

### OBSERVAR:

- Se mueve solo al estimularlo o "no luce bien" o "se ve mal".
- Tiraje subcostal grave.
- Apnea.
- Aleteo nasal.
- Quejido, estridor, sibilancias.
- Cianosis, palidez o ictericia.
- Petequias, pústulas o vesículas en la piel.
- Secreción purulenta de ombligo, ojos u oídos.
- Distensión abdominal.
- Fontanela abombada.

### DETERMINAR:

- Peso
- Frecuencia respiratoria y cardíaca
- Temperatura axilar
- Hemoclasificación



Clasificar la enfermedad del lactante mediante el cuadro de clasificación codificado por colores para enfermedad muy grave o infección local y continúe evaluando integralmente al lactante.

Las infecciones en los niños menores de dos meses de edad siempre deben ser consideradas como de alta prioridad, y deben recibir los tratamientos recomendados oportunamente. Si no se cuenta con los recursos necesarios, deben trasladarse a un nivel de mayor resolución, siguiendo las normas de estabilización y transporte "REFIERA". Se debe reconocer a los niños que tienen una enfermedad muy grave o una posible infección bacteriana grave, observando los signos clínicos que puedan variar desde muy sutiles como "se ve mal" o "no quiere tomar el pecho", hasta signos neurológicos como convulsiones o dificultad respiratoria grave.

## SEPSIS

Es un síndrome que se manifiesta por signos clínicos de infección sistémica (se ve mal, no puede tomar el pecho, letárgico, dificultad respiratoria, hipotermia) y porque se recuperan bacterias en el cultivo de sangre (generalmente: Streptococos del grupo B, Stafilococo áureos, Stafilococo epidermidis, Escherichia coli, enterococos). Si no se trata rápidamente, puede conducir a una infección como meningitis o a la muerte en muy pocas horas.

La sepsis temprana se presenta en las primeras 72 horas de vida y tiene una mortalidad muy elevada. La infección se produce por vía transplacentaria (virus, listeria, treponema) o por vía ascendente. La sepsis tardía se presenta en el resto del periodo neonatal y es frecuente que en ella esté involucrado el sistema nervioso central. En la sepsis nosocomial suelen encontrarse gérmenes que conforman la flora patógena del servicio de hospitalización (klebsiella, proteus, pseudomonas), por lo que juega un papel muy importante el lavado tanto de manos, como del equipo contaminado.

## MENINGITIS

Es una infección severa del encéfalo y las meninges. Generalmente se presenta acompañada de bacteriemia, causante de elevada mortalidad, y suele dejar secuelas neurológicas en un número importante de neonatos. El riesgo de adquirir meningitis es mayor en los primeros 30 días de nacido que en cualquier otro periodo de la vida.

## INSUFICIENCIA RESPIRATORIA













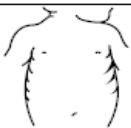

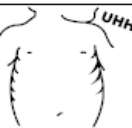
Es una respuesta clínica a diferentes patologías que pueden presentarse en los primeros días posnatales y ponen en peligro la vida y la integridad neurológica del niño. El diagnóstico clínico se establece con la presencia de uno o más de los siguientes signos:

- Frecuencia respiratoria de 60 o más respiraciones por minuto, en condiciones basales (sin fiebre, sin llanto ni estimulación).
- Puntuación de Silverman-Andersen mayor o igual a 1 (ver tabla 50)
- Esfuerzo respiratorio débil o boqueando.
- Apnea: pausa respiratoria mayor de 20 segundos o menor de 20 segundos acompañada de frecuencia cardíaca menor de 100 latidos por minuto.
- Cianosis central (labios, mucosa oral, lengua, tórax o generalizada)



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, taquipnea transitoria y apnea recurrente.

**Tabla 50.** Puntuación de Silverman-Andersen para evaluar la magnitud de la dificultad respiratoria

	TORAX SUPERIOR	TORAX INFERIOR Y ABDOMEN	RETRACCIONES XIFOIDEAS	ALETEO NASAL	QUEJIDO RESPIRATORIO
GRADO 0	 <p>MOVIMIENTOS RÍTMICOS Y REGULARES</p>	 <p>SIN RETRACCIONES</p>	 <p>NINGUNA</p>	 <p>NINGUNO</p>	 <p>NINGUNO</p>
GRADO 1	 <p>TORAX INMOVIL ABDOMEN EN MOVIMIENTO</p>	 <p>APENAS VISIBLE</p>	 <p>APENAS VISIBLE</p>	 <p>MINIMO</p>	 <p>SOLO POR ESTETOSCOPIO</p>
GRADO 2	 <p>SUBE-BAJA</p>	 <p>RETRACCIÓN MARCADA</p>	 <p>RETRACCIÓN MARCADA</p>	 <p>ALETEO MARCADO</p>	 <p>AUDIBLE</p>

- Puntuación:**
- 1 – 3 Dificultad respiratoria leve
  - 4 – 6 Dificultad respiratoria moderada
  - ≥ 7 Dificultad respiratoria severa

## 6.1. ¿CÓMO EVALUAR AL NIÑO CON ENFERMEDAD

### MUY GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN LOCAL?

En **TODOS** los casos **PREGUNTE:**

#### **¿Puede tomar el pecho o beber?**

Uno de los principales signos de inicio de una posible infección bacteriana grave en los niños menores de dos meses de edad, es que no quieren o no pueden tomar el pecho o beber ningún líquido que se les ofrece, porque están muy débiles. Si la respuesta a esta pregunta es negativa, solicite a la madre que ofrezca pecho materno y observe si se alimenta bien (succiona y toma bien leche materna). Un niño no puede beber si no es capaz de agarrar el pecho o no es capaz de tragar la leche materna.

#### **¿Ha tenido vómito?**

Los vómitos pueden ser signo de infección intestinal, sepsis o meningitis, o estar relacionados con intolerancia a la leche, así como un problema obstructivo que requiere cirugía de urgencia (Ej.: obstrucción intestinal, atresia duodenal, etcétera). Es importante verificar si vomita todo lo que ingiere. Pídale a la madre que le dé pecho materno y observe si hay vómito después de tomar el pecho.

#### **¿Tiene dificultad para respirar?**

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

#### **CUENTE las respiraciones en un minuto:**

Debe contar cuántas veces respira el niño en un minuto, para decidir si tiene respiración rápida. El niño debe estar tranquilo para observar y escuchar la respiración. Si está asustado, llorando, molesto o irritable, no se podrá obtener un recuento preciso de las respiraciones. Si no está seguro sobre el número de respiraciones que ha contado, o contó 60 o más respiraciones por minuto, repita el recuento.

Se considera que el menor de 2 meses tiene respiración rápida si su frecuencia respiratoria es de 60 o más por minuto en condiciones basales (sin fiebre, sin llanto, ni estimulación).





### 👂 ¿Ha tenido fiebre o hipotermia?

Verifique si el niño, tiene antecedentes de fiebre o hipotermia; el cuerpo caliente o muy frío, o una temperatura axilar mayor o igual a 38 °C o menor de 35,5 °C.

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

### 👂 ¿Ha tenido convulsiones?

Pregunte a la madre por temblores o movimientos rápidos, ataques o espasmos que haya presentado el niño durante la enfermedad actual. Cerciórese de que la madre entiende claramente qué es una convulsión. Los recién nacidos muchas veces no presentan las convulsiones típicas como los niños mayores, pueden ser simplemente temblores de brazo o pierna, muy finos y pueden pasar desapercibidos.

### 👂 ¿Hay diuresis normal? ¿Cuántos pañales en 24 horas?

La disminución en la diuresis es un buen signo de deshidratación y bajo aporte. Si hay menos de 4 diuresis en 24 horas, el neonato debe ser hospitalizado para estudio y tratamiento.

## Luego, OBSERVE:

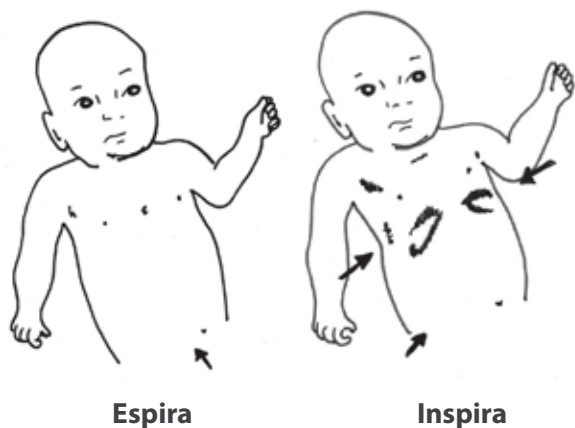
### 👁️ Se mueve solo al estimularlo o “se ve mal”, “no luce bien” o está irritable

El recién nacido sano tiene movimientos espontáneos permanentes de manos y piernas; si el bebé está quieto, letárgico o inconsciente, o solo se mueve al estimularlo, tiene una enfermedad muy grave, sin importar la etiología. Los niños con enfermedad grave y que no han recibido líquido pueden estar muy decaídos, letárgicos o inconscientes y se observan mal. El lactante menor normalmente está plácido y tranquilo, si hay irritabilidad con llanto continuo hay un problema que debe ser investigado. Observe al niño y si tiene aspecto de enfermo y no luce bien, hospitalícelo para estudiar.

### 👁️ Tiene tiraje subcostal grave

Si no le levantó la camisa o la ropa al niño para contar las respiraciones, solicite a la madre que la levante en ese momento. Observe si hay tiraje subcostal grave cuando el niño INHALA o INSPIRA. Observe la parte inferior de la reja costal. Tiene tiraje subcostal si la parte inferior de la reja costal se hunde durante la inhalación. El niño debe realizar un esfuerzo mayor que lo normal para respirar.

El tiraje subcostal grave debe ser claramente visible y estar presente en todo momento. Si solo se observa con llanto o durante la alimentación, el niño no tiene tiraje subcostal grave. En el neonato es normal una leve retracción subcostal.

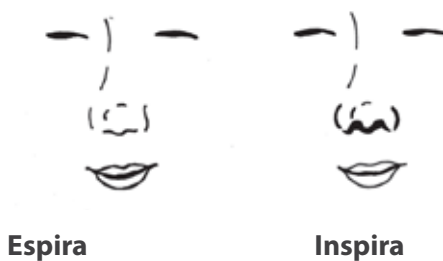


### 👁 Tiene apnea

La apnea es una condición que se presenta principalmente en los niños menores de 15 días de vida y prematuros. Cuando deja de respirar por un período de tiempo mayor de 20 segundos o menor, con disminución de la frecuencia cardíaca a menos de 100 latidos por minuto, y/o cianosis, tiene una apnea. La apnea puede ser de origen central u obstructivo o una combinación de ambas. La prematuridad es la causa más común de apneas por inmadurez del sistema nervioso central. La apnea, por otro lado, es frecuentemente la primera manifestación de un proceso viral, como la bronquiolitis.

### 👁 Tiene aleteo nasal

El aleteo nasal consiste en un movimiento de apertura y cierre de las fosas nasales con cada respiración, para compensar la falta de oxigenación.



### 👂 ESCUCHE si hay quejido, estridor o sibilancias

El quejido es un sonido grueso que se produce cuando el niño ESPIRA. El quejido es secundario a un esfuerzo que realiza el niño para compensar algún problema respiratorio

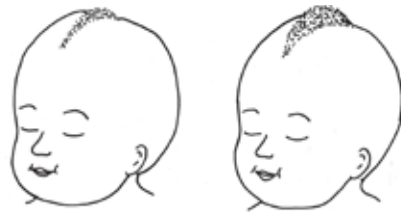
o una enfermedad grave. Un niño tiene quejido si tiene alguna enfermedad grave o una infección en cualquier parte del aparato respiratorio.

Si el sonido que escucha es áspero cuando el niño INSPIRA, se trata de estridor, y si es suave y agudo con la espiración, se trata de sibilancias producidas por el paso del aire por las vías aéreas estrechadas. Desde el punto de vista práctico, cualquier ruido que realice el niño cuando respira es anormal y debe investigarse.

### 👁 **Tiene la fontanela abombada**

Sostenga al lactante menor de dos meses de edad en posición erecta. El lactante no debe estar llorando. Observe y palpe la fontanela; si la fontanela está abombada en lugar de plana, es probable que tenga meningitis, hidrocefalia, higromas, etc. Una fontanela abombada también puede ser signo de hemorragia intracranéica por síndrome de “niño zarandeado”; recuerde observar fondo de ojo en busca de petequias y/o hemorragias retinianas.

**Fontanela normal**



**Fontanela abombada**

### 👁 **Tiene la piel cianótica o pálida**

Pida a la madre que le quite la ropa al niño para poder evaluar el color de la piel. Si la cianosis se presenta únicamente en boca o extremidades (acrocianosis), se considera, en la mayoría de casos, normal. Deje un tiempo en observación al niño 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 enfermedad grave y el niño necesitará tratamiento urgente. La palidez cutánea también se considera como un signo de enfermedad neonatal grave y el niño necesitará tratamiento urgente.

### 👁 **Si presenta ictericia**

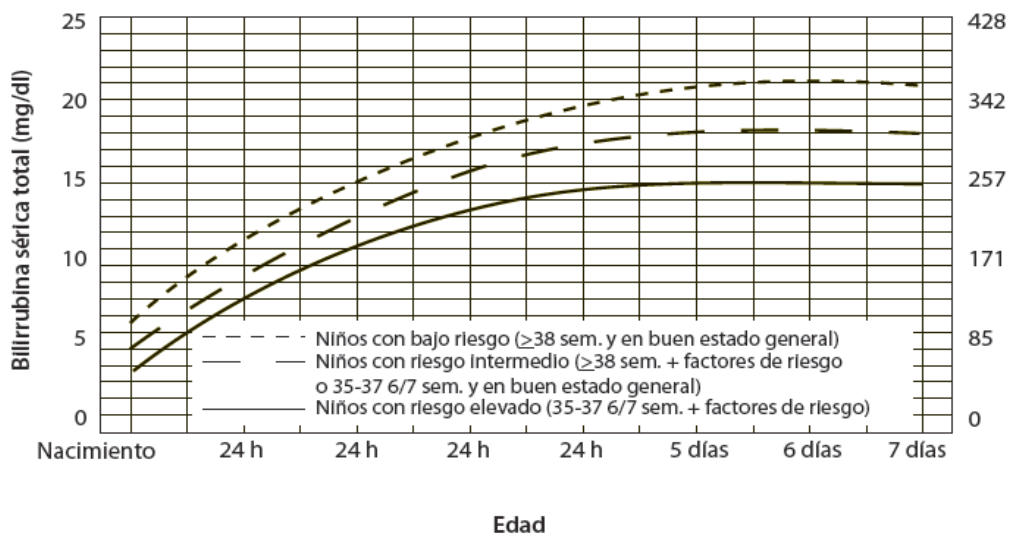
El Kernicterus ha resurgido y entre los factores causales se encuentra la poca importancia que le dan algunos profesionales, el alta precoz antes de las 72 horas (en algunas instituciones antes de las 12 horas) y el porcentaje de niños amamantados sin adecuada instrucción y con producción escasa en la fase inicial, se vincula con el resurgimiento del kernicterus en recién nacidos sanos sin hemólisis. La ictericia se ha transformado en una patología ambulatoria, usualmente en los niños de término, con un pico máximo entre el 3° y 5° día, al igual que en niños de 35 a 38 semanas.

Cuando la lactancia materna se desarrolla en forma inadecuada, contribuye al desarrollo de hiperbilirrubinemia. El aumento en el número de mamadas disminuye la posibilidad de hiperbilirrubinemia significativa en niños alimentados al pecho, al disminuir el aporte de bilirrubina a través de la circulación enterohepática. Se ha demostrado que la incidencia de ictericia en niños alimentados al pecho es mayor que en los niños con alimentación artificial, pero no es una **“ictericia por leche materna”, sino una ictericia por alimentación escasa con leche materna.**

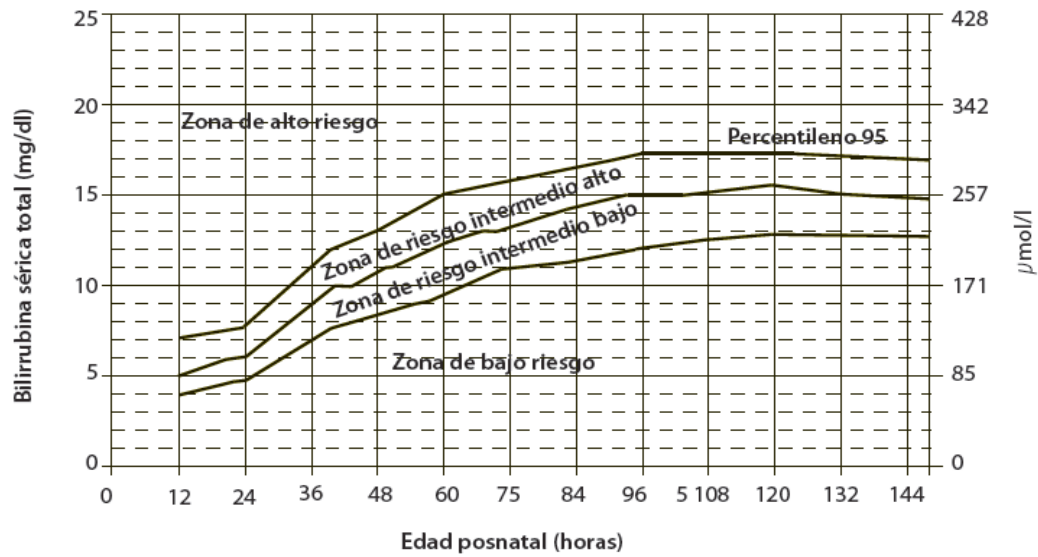
La clínica no es confiable, especialmente en los primeros días de vida, para definir la severidad de la ictericia, por lo que si existe duda sobre la presencia de ictericia y usted puede solicitar bilirrubinas, utilice las siguientes tablas para definir riesgo y necesidad de fototerapia. Esto es aún más importante en aquellos con ingesta inadecuada de leche materna.

**Normograma de Buthani:** Este normograma tiene en cuenta la cuantificación de las concentraciones de bilirrubina según la edad del recién nacido, en horas, y los factores de riesgo.

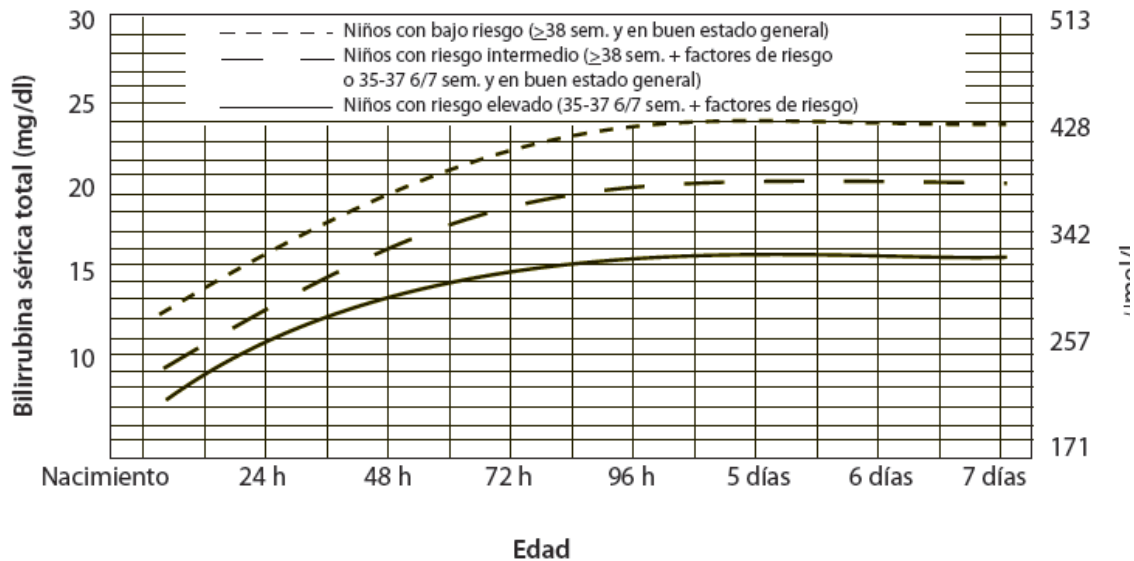
**Gráfica 26.** Normograma de Buthani



Para definir la necesidad de fototerapia se utiliza la siguiente tabla:



Y esta define la necesidad de exanguinotransfusión:



Un factor fundamental, además de la historia y el examen físico en búsqueda de factores de riesgo para la hiperbilirrubinemia, es el momento de aparición. **Toda ictericia de aparición precoz, antes de las 24 horas, debe considerarse patológica** hasta probarse lo contrario. Mientras más precoz, es más urgente de evaluar y considerar intervención. Cuando aparece en las seis primeras

horas, debe pensarse en enfermedad por incompatibilidad de Rh o de subgrupos, en primer lugar. Los ascensos rápidos de la bilirrubina de más de 5 a 8 mg. en 24 horas deben considerar la posibilidad de una causa patológica. Cuando este ascenso es de 0,5 mg/hora, debe descartarse inmediatamente alguna causa de hemólisis.

**Ictericia prolongada e ictericia de aparición tardía:** Es importante descartar una ictericia colestásica, que siempre es patológica y se diagnostica por un ascenso de la bilirrubina directa por encima de 1,5 mg/dl. Alrededor de un 20 a 30% de los niños alimentados al pecho presentan ictericia al décimo día de vida. La aparición de la ictericia después de la primera semana de vida debe llevar a pensar en una causa distinta a la que produce ictericia en los primeros días. Es importante evaluar estado general, descartar presencia de infección, coluria y acolia. Descartadas las causas patológicas, se puede considerar por leche materna y **no se debe suspender la lactancia**, esta ictericia se comporta diferente a aquella de los primeros días por lactancia insuficiente.

Evalúe en el control de los tres días del recién nacido la coloración y la posibilidad de ictericia y ante cualquier duda tome paraclínicos, si es posible en su servicio; si no es posible, remita para su realización. Recuerde que toda madre dada de alta del servicio de obstetricia debe conocer los signos de alarma de la ictericia y debe consultar de inmediato.

#### 👁 **Si tiene pústulas o vesículas en la piel**

Las pústulas o vesículas en la piel son generalmente secundarias a contaminación, y el germen más comúnmente involucrado es el *Stafilococo aureus*. Cuando las pústulas de la piel o vesículas son muchas o extensas por todo el cuerpo, se considera como posible infección bacteriana grave y requiere tratamiento inmediato. Si las pústulas son pocas y localizadas, el niño puede ser tratado en su casa con un antibiótico recomendado y la aplicación de un tratamiento local.



### 👁️ Tiene equimosis, petequias, hemorragia o sangre en heces

Las manifestaciones de sangrado en el lactante menor corresponden a una enfermedad hemorrágica del recién nacido por falta de vitamina K, sepsis o enterocolitis. Busque las manifestaciones de sangrado en todos, ya que estos problemas pueden comprometer la vida. Las petequias pueden ser secundarias a infección intrauterina, sepsis o un problema de coagulación.



### 👁️ Tiene secreción purulenta de ombligo, ojos u oídos

Examine el ombligo con mucho cuidado ya que la onfalitis puede iniciarse con enrojecimiento de la piel alrededor del mismo. Si existe eritema periumbilical con o sin secreción purulenta del ombligo, el riesgo de una sepsis es muy elevado. La onfalitis, se produce generalmente como consecuencia de malas técnicas de asepsia, cuidado del cordón o el uso de instrumentos contaminados para cortar el cordón umbilical. Los gérmenes más comúnmente involucrados son los Estafilococos.

Por otra parte, la conjuntivitis, es la infección de uno o ambos ojos, generalmente se presenta con eritema de la conjuntiva y secreción purulenta debida a una infección por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Staphylococcus aureus*. El período de incubación de la conjuntivitis por *N. gonorrhoeae* es de dos a cinco días y el de *C. trachomatis* de cinco a 14 días. Cuando la conjuntivitis aparece más allá de las 48 horas de vida, debe pensarse siempre en causa infecciosa. Cuando se acompaña de edema y eritema palpebral es grave.



La otitis media aguda en el recién nacido presenta un problema de diagnóstico, pues los signos y síntomas de enfermedad son inespecíficos y la exploración de la membrana timpánica es difícil. El recién nacido puede estar irritable, letárgico, sin querer mamar o con signos respiratorios leves y elevaciones leves de temperatura, así como asintomático. Los agentes etiológicos más frecuentes son E. coli, K. pneumoniae y P. aeruginosa, pero en la mayoría de casos no se aísla ningún organismo.



### 👁 Presenta distensión abdominal

En los niños menores de siete días, 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 niños mayores, puede ser secundaria a obstrucción intestinal, alergia a la proteína de la leche de vaca o el inicio de una sepsis. La distensión abdominal puede observarse si el niño se coloca acostado boca arriba, con los brazos a los costados del cuerpo y las piernas extendidas.



**Por último, DETERMINE:**

### 👶 El peso

Los recién nacidos con peso al nacer menor de 2.000 gr. se consideran de alto riesgo; deben ser manejados en un hospital.



### 🕒 **La frecuencia cardíaca:**

Frecuencias cardíacas mayores de 180 por minuto o menores de 100, son signo de mal pronóstico, pueden implicar sepsis o cualquier otra patología que requiere manejo en unidad de neonatos.

### 🕒 **La frecuencia respiratoria:**

Frecuencias respiratorias de 60 o más por minuto o por debajo de 30 por minuto, es signo de mal pronóstico en el recién nacido, deben considerarse como enfermedad neonatal grave.

### 🔄 **La temperatura axilar:**

La mayoría de recién nacidos con enfermedad grave o infección bacteriana grave presentan hipotermia (temperatura menor 35,5 °C).

### 👁️ **Tiene placas blanquecinas en la boca:**

Las placas blanquecinas en la boca se deben generalmente a infección por *Cándida Albicans*, conocida como candidiasis oral. Examine cuidadosamente la boca del niño para determinar la presencia de placas blanquecinas diseminadas. Cuando existe moniliasis se clasifica siempre como una infección local y requiere tratamiento en casa.

### 🔄 **Llenado capilar**

Ejerza con su dedo presión firme en las manos o los pies del lactante, luego suelte la presión y observe el tiempo que la piel tarda en recuperar el color rosado. Si la piel presionada tarda más de 2 segundos en recuperar su color, significa que hay un mal llenado capilar o llenado capilar lento.

### 🔄 **Otros problemas**

Debe completar el examen físico y determinar si el recién nacido tiene otros problemas o signos que no aparecen en esta clasificación, por ejemplo: anomalías congénitas, problemas quirúrgicos, etcétera. Muchos de estos problemas pueden ser considerados graves y se tendrá que referir urgentemente al hospital.

## 6.2. CLASIFICAR A UN NIÑO CON ENFERMEDAD MUY GRAVE O INFECCIÓN LOCAL

Hay tres posibles clasificaciones para la enfermedad muy grave o posible infección:

- **ENFERMEDAD MUY GRAVE**
- **INFECCIÓN LOCAL**
- **NO TIENE ENFERMEDAD GRAVE O INFECCIÓN LOCAL**

**Tabla 51.** Clasificación del niño con enfermedad muy grave o infección local

### Uno de los siguientes signos:

- Se mueve solo al estímulo, letárgico, “se ve mal” o “luce mal” o está irritable.
- No puede tomar el pecho.
- Vomita todo lo que ingiere.
- Convulsiones.
- Palidez, cianosis central, ictericia precoz o importante por clínica o bilirrubinas.
- FR  $\geq 60$  o  $< 30$  por min.
- FC  $> 180$  o  $< 100$  por min.
- Llenado capilar mayor a 2 segundos.
- Temperatura axilar  $< 35,5$  o  $> 38$  0C.
- Fontanela abombada.
- Apneas.
- Aleteo nasal.
- Quejido, estridor o sibilancia.
- Tiraje subcostal grave.
- Secreción purulenta conjuntival más edema palpebral.
- Supuración de oído.
- Pústulas o vesículas en la piel (muchas o extensas).
- Eritema periumbilical.
- Equimosis, petequias o hemorragias.
- Distensión abdominal.
- VIH positivo(materna o neonatal).
- Menos de 4 diuresis en 24 horas.

### ENFERMEDAD MUY GRAVE

### Hospitalizar o referir URGENTEMENTE, según las normas de estabilización y transporte “REFIERA”.

- Administrar la primera dosis de los antibióticos recomendados.
- Administrar oxígeno si hay cianosis, tiraje, quejido o apnea.
- Prevenir la hipoglicemia.
- Administrar acetaminofén para la fiebre.
- Adminisar vitamina K si hay evidencia de sangrado.
- Evitar la hipotermia, mantener abrigado.
- Recomendar a la madre que siga dándole lactancia, si es posible durante el traslado.
- Revise resultados de tamizaje prenatal y neonatal (serología: VIH, sífilis y TSH), si no los tiene, solicítelos. Si es positivo, refiéralo.



<p><b>Uno de los siguientes signos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Secreción purulenta con eritema conjuntival.</li> <li>● Ombligo con secreción purulenta sin eritema que se extiende a la piel.</li> <li>● Pústulas en la piel, pocas y localizadas.</li> <li>● Placas blanquecinas en la boca.</li> </ul>	<p><b>INFECCIÓN LOCAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Administrar un antibiótico recomendado o nistatina, según corresponda.</li> <li>● Continuar lactancia materna exclusiva.</li> <li>● Enseñar a la madre a tratar las infecciones locales.</li> <li>● Enseñar a la madre las medidas preventivas.</li> <li>● Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>● Incluir en el programa de crecimiento y desarrollo.</li> <li>● Hacer el seguimiento 2 días después.</li> <li>● Revise resultados de tamizaje prenatal y neonatal.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ningún signo para clasificarse como ENFERMEDAD GRAVE O INFECCIÓN LOCAL.</li> </ul>	<p><b>NO TIENE ENFERMEDAD MUY GRAVE O INFECCIÓN LOCAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aconsejar a la madre para que siga dándole lactancia materna exclusiva.</li> <li>● Enseñar los signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>● Enseñar a la madre medidas preventivas.</li> <li>● Verificar inmunizaciones.</li> <li>● Incluir en programa de crecimiento y desarrollo.</li> <li>● Revise resultados de tamizaje prenatal y neonatal.</li> </ul>

Lávese las manos con agua y jabón antes y después de examinar al niño.

### ENFERMEDAD MUY GRAVE.

Un niño con algún signo de peligro de la columna roja de la izquierda se clasifica como ENFERMEDAD MUY GRAVE. En el menor de dos meses, es muy difícil distinguir entre una enfermedad muy grave o una infección grave como septicemia o meningitis, ya que los signos clínicos son generalmente los mismos. Si el niño tiene una infección bacteriana local, pero es muy extensa, también debe clasificarse como ENFERMEDAD MUY GRAVE, por la posibilidad de convertirse en una septicemia.

Un niño con esta clasificación requiere referencia urgente al hospital para la administración de otros tratamientos, oxígeno o antibióticos inyectados. Antes de referir, administre la primera dosis de antibióticos apropiados. El traslado debe hacerse de acuerdo a las normas de estabilización y transporte.

### INFECCIÓN LOCAL

Los niños que no presentan ningún signo general de peligro clasificado en la columna roja, pero que presenta secreción purulenta en ojos u ombligo, pústulas o vesículas en piel, pero pocas y localizadas, o placas blanquecinas en la boca, se clasifica como INFECCIÓN LOCAL.

Inicie tratamiento adecuado según la localización de la infección, controle en dos días para evaluar la evolución de la infección y enseñe signos de alarma para regresar de inmediato y la forma de cuidar al niño en el hogar.

### **NO TIENE ENFERMEDAD MUY GRAVE O INFECCIÓN LOCAL.**

Los niños que no han sido clasificados en la columna roja o en la columna amarilla, por no presentar ningún signo de peligro, se clasifican en la columna verde como NO TIENE ENFERMEDAD MUY GRAVE O INFECCIÓN LOCAL. Se debe dar la Consejería descrita en el cuadro de procedimientos, enfatizando en Lactancia materna exclusiva, practicas claves y signos de peligro para la búsqueda oportuna de servicios de salud.





## EJERCICIO CON VIDEOS

En este ejercicio, usted verá ejemplos de signos generales de peligro y practicará la forma de reconocerlos. Observe los signos y clasifique la enfermedad.



## EJERCICIO

### CASO MIGUEL

Laura trajo a Miguel al servicio de urgencias porque desde anoche le siente la nariz congestionada y tuvo un poquito de tos, además desde ayer come menos, pero está comiendo. Miguel tiene 42 días, nació de 40 semanas, pesó 3300 gr; le dieron el alta a las 12 horas del parto, y ha estado perfecto hasta ayer. Recibe solo leche materna. Tiene una hermanita de 3 años que asiste al jardín.

El médico examina a Miguel, pesa 4450 gr., Talla 56 cm., FC 128 x', FR 52 x', T 36,7 °C y saturación 90%, viven en Bogotá. No ha convulsionado, se observa bien, rosado y tranquilo, de buen aspecto, no vómito, sin tiraje, no apneas ni otro signo de dificultad, no estridor, se auscultan sibilancias espiratorias. La piel se encuentra bien, diuresis normal, deposición normal, otoscopia normal y en mucosa oral se observan algunas placas blanquecinas.

Utilice los datos y clasifique a Miguel.

## ATENCIÓN INTEGRADA AL LACTANTE MENOR DE DOS MESES

FECHA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ N° HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ COSULTA EXTERNA: \_\_\_\_\_ URGENCIAS: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ CONSULTA INICIAL: \_\_\_\_\_ CONTROL: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO (F) (M)  
 NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN (barrio o vereda): \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO / CELULAR: \_\_\_\_\_

### MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

---



---



---



---

### ANTECEDENTES DE EMBARAZO PARTO DE IMPORTANCIA

---



---



---



---

PESO AL NACER: \_\_\_\_\_ g. TALLA AL NACER: \_\_\_\_\_ cm EDAD GESTACIONAL: \_\_\_\_\_ Semanas. HEMOCLASIFICACIÓN: \_\_\_\_\_  
 PESO: actual \_\_\_\_\_ g. TALLA: \_\_\_\_\_ cm PC: \_\_\_\_\_ cm FC: \_\_\_\_\_ /min FR: \_\_\_\_\_ /min T°: \_\_\_\_\_ °C

### EVALUAR Y CLASIFICAR AL LACTANTE MENOR DE 2 MESES DE EDAD

#### VERIFICAR SI TIENE UNA ENFERMEDAD MUY GRAVE O INFECCIÓN LOCAL

¿Puede beber o tomar el pecho?  SI  NO  -Se mueve solo al estímulo - Letárgico - "Se ve o luce mal"  
 SI  NO  - Irritable - Palidez - Cianosis

¿Ha tenido vómito?  SI  NO  - Ictericia precoz o importante por clínica o bilirrubinas

¿Vomita todo? \_\_\_\_\_ -FR  $\geq 60$  o  $< 30$  por min - FC  $> 180$  o  $< 100$  por minuto

¿Tiene dificultad para respirar?  SI  NO  Explique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ - Apneas - Aleteo nasal - Quejido - Estridor  
 \_\_\_\_\_ - Sibilancia - Tiraje subcostal grave - Supuración de oído  
 \_\_\_\_\_ - Secreción purulenta conjuntival - Edema palpebral

¿Ha tenido fiebre?  SI  NO  - Pústulas o vesículas en piel: - Muchas o extensas

¿Ha tenido hipotermia?  SI  NO  - Pocas y localizadas

¿Ha tenido convulsiones?  SI  NO  - Secreción purulenta ombligo - Eritema periumbilical

¿Cuántos pañales ha orinado en las últimas 24 horas? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ - Placas blanquecinas en la boca  
 \_\_\_\_\_ - Equimosis - Petequias - Hemorragia  
 \_\_\_\_\_ - Distensión abdominal - Llenado capilar  $> 3$  seg.  
 \_\_\_\_\_ - Fontanela abombada

**ENFERMEDAD  
GRAVE**

**INFECCIÓN  
LOCAL**

**NO TIENE  
ENFERMEDAD  
GRAVE NI  
INFECCIÓN  
LOCAL**

¿TIENE EL NIÑO DIARREA?		SI _____ NO _____
¿Desde cuándo? _____ días	Estado general:	Letárgico o comatoso
¿Hay sangre en las heces? SI__ NO__		Intranquilo o irritable
		Ojos hundidos
Pliegue cutáneo:		Inmediato Lento
<b>DESHIDRATACIÓN NO DESHIDRATACIÓN D. PROLONGADA DIARREA CON SANGRE</b>		
VERIFICAR EL CRECIMIENTO Y LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN:		
¿Tiene alguna dificultad para alimentarse? SI__ NO__ ¿Cuál? _____	*PESO/EDAD _____ DE	<b>PESO MUY BAJO O PROBLEMA SEVERO DE ALIMENTACIÓN</b>  <b>PESO BAJO O RIESGO O PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN</b>  <b>ADECUADAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN Y PESO ADECUADO</b>
¿Ha dejado de comer? SI__ NO__	*PESO/TALLA _____ DE	
¿Desde cuándo? _____ días	*Si es <7 días: Pérdida peso _____%	
¿Se alimenta con leche materna? SI__ NO__	*Tendencia peso: Ascendente	
¿La ofrece en forma exclusiva? SI__ NO__	Descendente Horizontal	
¿Cuántas veces en 24 horas? _____	*EVALUAR EL AGARRE:	
¿Recibe otra leche, otro alimento o bebida? SI__ NO__	Tiene la boca bien abierta	
¿Cuáles y con qué frecuencia? _____	Toca el seno con el mentón	
_____	Labio inferior volteado hacia afuera	
_____	Se ve más areola por encima del labio	
¿Cómo prepara la otra leche? _____	*EVALUAR POSICIÓN:	
_____	Cabeza y cuerpo del niño derechos	
¿Qué utiliza para alimentarlo? _____	Dirección al pecho/nariz frente pezón	
¿Utiliza chupo? SI__ NO__	Hijo frente madre: barriga con barriga	
	Madre sostiene todo el cuerpo	
	*EVALUAR SUCCIÓN: lenta y profunda con pausas	
VERIFICAR SI EXISTE PROBLEMA EN EL DESARROLLO		
¿Son parientes los padres? SI__ NO__	-PC: _____ cm PC/E: _____ DE	<b>PROBABLE RETRASO EN EL DESARROLLO</b>  <b>D. NORMAL CON FACTORES DE RIESGO</b>  <b>ALERTA PARA EL DESARROLLO</b>  <b>D. NORMAL</b>
¿Hay un familiar con problema mental o Físico? SI__ NO__	-El menor de 1 mes realiza:	
¿Quién cuida al niño? _____	*Reflejo de Moro *Reflejo Cócleo-palpebral	
¿Cómo ve el desarrollo del niño? _____	*Reflejo de succión *Manos cerradas	
Antecedente importante en embarazo,	*Brazos y piernas flexionadas, cabeza lateralizada	
Parto o neonatal: _____	-De 1 a 2 meses de edad:	
_____	*Vocaliza *Movimiento de piernas alternado	
Alteración fenotípica _____	*Sonrisa social *Abre las manos	

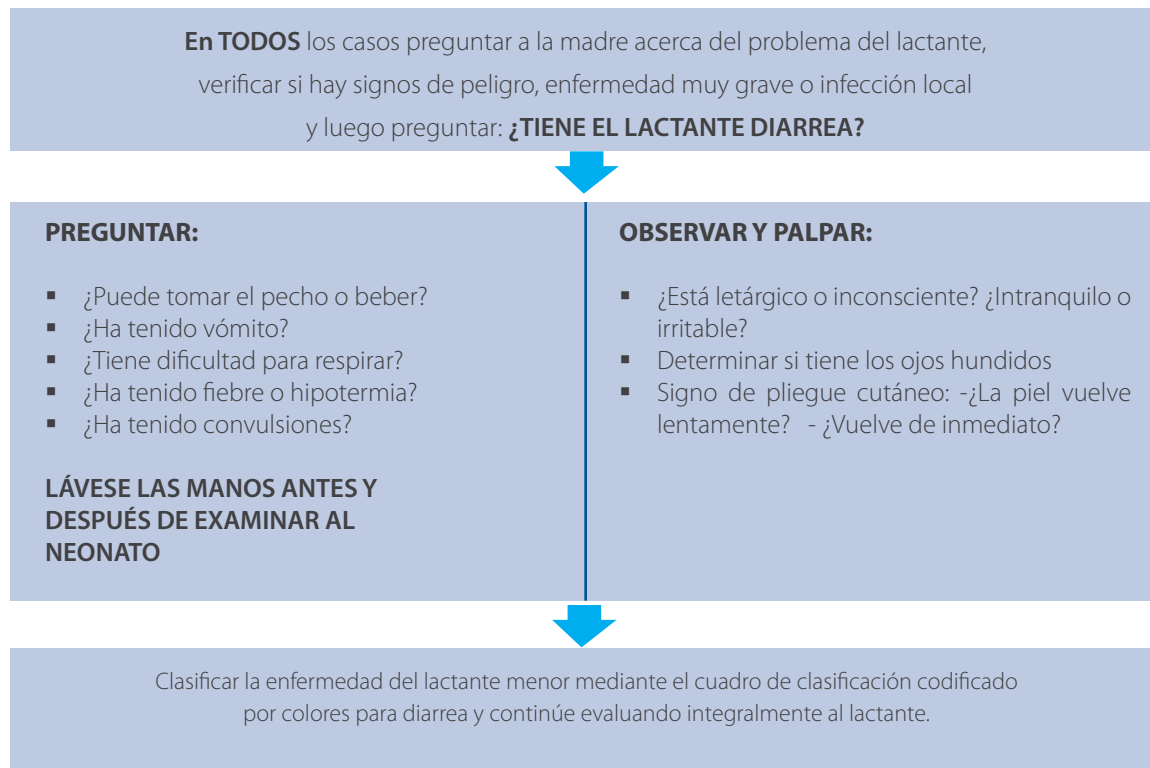




## 7. EVALUAR Y CLASIFICAR AL MENOR

### DE 2 MESES CON DIARREA

**Gráfica 27.** Evaluación al menor de dos meses con diarrea



La diarrea es un aumento en la frecuencia con disminución en la consistencia de las heces. En la diarrea la cantidad de agua en heces es más elevada que lo normal. Depositiones normales frecuentes no constituyen diarrea y generalmente, la cantidad de deposiciones diarias depende de la dieta y la edad del niño.

Las madres generalmente saben cuando sus hijos tienen diarrea. Tal vez digan que las heces son sueltas o acuosas y utilicen un término local para referirlo. Los bebés que se alimentan exclusivamente con leche materna tienen heces blandas o acuosas, pero no se considera diarrea. La madre puede reconocer la diarrea por la consistencia o frecuencia que es diferente a la normal.

#### 7.1. ¿CUÁLES SON LOS TIPOS DE DIARREA EN EL MENOR DE DOS MESES?

En la mayoría de los casos, las diarreas que causan deshidratación son sueltas o acuosas. En el menor de dos meses, si un episodio de diarrea dura menos de siete días, se trata de diarrea aguda. La diarrea acuosa aguda provoca deshidratación y puede conducir a la muerte de un niño.

Si la diarrea persiste durante siete días o más, se denomina diarrea prolongada. Este tipo de diarrea suele ocasionar problemas nutricionales que contribuyen a la mortalidad de los niños 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, la enterocolitis necrotizante u otros problemas de coagulación como la coagulación intravascular diseminada. En niños mayores de 15 días, la sangre en las heces puede ser secundaria a fisuras anales o por alergia a la leche de vaca. La disentería no es común a esta edad, pero si se sospecha, debe pensarse en Shigella y dar un tratamiento adecuado. La disentería amebiana es inusual en niños pequeños.

En los menores de 2 meses que presentan diarrea, solo en un pequeño porcentaje es posible reconocer algún agente infeccioso. La infección se registra en el momento del nacimiento por organismos que están presentes en las heces de la madre o después del nacimiento, por una gran variedad de organismos procedentes de otros niños infectados o de las manos de la madre. Los agentes infecciosos involucrados en los episodios de diarrea en los lactantes menores de 2 meses son generalmente e. coli, salmonella, virus ECHO o rotavirus.

El comienzo de la enfermedad puede ser repentino y acompañado de pérdida del apetito y/o vómitos. Las heces inicialmente pueden ser amarillas y blandas y posteriormente, de aspecto verdoso con abundante líquido y aumento en su número. El aspecto más serio de la enfermedad se debe a la pérdida de agua y líquidos por las deposiciones, dando lugar a deshidratación y alteraciones electrolíticas. El lavado de manos, la lactancia materna exclusiva y el tratamiento rápido y adecuado evitarán la deshidratación y posiblemente la muerte.

## 7.2. ¿CÓMO EVALUAR A UN MENOR DE 2 MESES CON DIARREA?

En todos los niños menores con diarrea, **PREGUNTE:**

### 👤 ¿Tiene el niño diarrea?

Si la madre responde que el niño tiene diarrea o este es el motivo por el cual consultó, evalúelo para ver si hay signos de deshidratación, diarrea prolongada y/o diarrea con sangre.

### 👤 ¿Cuánto tiempo hace?

La diarrea con una duración de siete días o más, es diarrea prolongada. Dé tiempo a la madre para que responda a la pregunta, dado que tal vez necesite 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 está deshidratado, se muestra inquieto o irritable al principio. Si la deshidratación persiste, se torna letárgico o inconsciente. A medida que el cuerpo pierde líquidos, los ojos parecen hundidos. Si se pliega la piel del abdomen, la piel vuelve a su posición inicial de inmediato o lentamente.

## 👁️ **OBSERVE el estado general del niño**

Cuando verificó la presencia de signos generales de peligro, observó si el niño se mueve solo al estimularlo o está letárgico o inconsciente. Utilice este signo general de peligro para clasificar el estado de hidratación.

Un niño presenta el signo inquieto e irritable si se manifiesta de esta manera todo el tiempo o cuando lo tocan o mueven. Si un niño está tranquilo mientras se amamanta, pero se torna nuevamente inquieto o irritable al dejar de tomar el pecho, presenta el signo “inquieto o irritable”.

## 👁️ **OBSERVE si los ojos están hundidos**

Los ojos de un niño deshidratado 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 se ven diferentes. Su opinión le ayuda a confirmar que los ojos están hundidos.

## 👉 **Pliegue la piel del abdomen**

Solicite a la madre que coloque al niño en la camilla acostado boca arriba con los brazos a los costados del cuerpo y las piernas extendidas, o pida a la madre que lo coloque sobre el regazo, acostado boca arriba.

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



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

- Inmediatamente
- Lentamente (la piel permanece levantada aunque sea brevemente)

### 7.3. ¿CÓMO CLASIFICAR LA DIARREA?

La diarrea se clasifica según:

- El estado de hidratación
- La duración de la diarrea
- La presencia de sangre en las heces

#### 7.3.1. CLASIFICAR LA DESHIDRATACIÓN

La deshidratación en un niño menor de dos meses con diarrea puede clasificarse de dos maneras posibles:

- **DESHIDRATACIÓN**
- **NO TIENE DESHIDRATACIÓN**

**Tabla 52.** Clasificación de la deshidratación

<p><b>Dos de los siguientes signos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letárgico o inconsciente.</li> <li>• Intranquilo o irritable.</li> <li>• Ojos hundidos.</li> <li>• Signo de pliegue cutáneo lento.</li> </ul>	<p><b>DESHIDRATACIÓN</b></p>	<p><b>Hospitalizar o referir URGENTEMENTE según las normas de estabilización y transporte "REFIERA".</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar líquidos para la deshidratación, iniciar PLAN B o C, según corresponda.</li> <li>• Aconsejar a la madre que continúe dando el pecho, si es posible.</li> </ul>
<p>No tiene signos suficientes para clasificarse como deshidratación.</p>	<p><b>NO TIENE DESHIDRATACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar lactancia materna exclusiva.</li> <li>• Dar recomendaciones para tratar la diarrea en casa (PLAN A), sin iniciar ningún alimento.</li> <li>• Suplementación terapéutica con zinc por 14 días.</li> <li>• Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>• Enseñar a la madre las medidas preventivas.</li> <li>• Hacer seguimiento 2 días después.</li> </ul>



## DESHIDRATACIÓN

Clasifique al niño con **DESHIDRATACIÓN** si presenta dos o más de los signos de la hilera roja. Toda deshidratación de un lactante menor de 2 meses es grave y requiere manejo y seguimiento en una institución, hospitalícelo o refiéralo. Inicie líquidos adicionales, por lo tanto, inicie el tratamiento con líquidos Plan B o C y siga las normas de referencia REFIERA.

## NO TIENE DESHIDRATACIÓN

Un niño que no presenta signos suficientes para clasificarlo con deshidratación, se cataloga como **NO TIENE DESHIDRATACIÓN**. Mantenga la lactancia exclusiva y administre suero oral Plan A, a fin de prevenir la deshidratación. Las cinco reglas del tratamiento en el hogar incluyen: 1) Administrar suero oral, 2) Dar suplemento terapéutico de zinc, 3) Continuar la alimentación únicamente con lactancia materna, 4) Regresar inmediatamente si el niño presenta signos de alarma y 5) Enseñar medidas preventivas específicas.

### 7.3.2. CLASIFICAR LA DIARREA PROLONGADA

Después de clasificar la deshidratación, clasifique la diarrea por su duración. La diarrea que persiste por siete días o más se clasifica como **DIARREA PROLONGADA**. En el menor de dos meses siempre se considera como un signo grave y el niño debe ser referido al hospital.

Tiene diarrea hace 7 días o más.	<b>DIARREA PROLONGADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalizar o referir <b>URGENTEMENTE</b>, según las normas de estabilización y transporte "REFIERA".</li> <li>• Recomendar a la madre que continúe dándole lactancia materna.</li> </ul>
-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

El lactante clasificado con **DIARREA PROLONGADA** debe referirse a un hospital. Inicie la rehidratación del niño mientras lo refiere. La diarrea prolongada a esta edad es grave, por lo que requiere estudio y diagnóstico adecuado, por esto debe referirse a un hospital.

### 7.3.3. CLASIFICAR LA DIARREA CON SANGRE

Hay solo una clasificación para la diarrea con sangre: **DIARREA CON SANGRE.**

**Tabla 53.** Clasificación de la diarrea con sangre

Tiene sangre en las heces	<b>DIARREA CON SANGRE</b>	<b>Hospitaliza ro referir URGENTEMENTE, según las normas de estabilización y transporte “REFIERA”.</b> Administrar dosis de vitamina K. Administrar primera dosis de los antibióticos recomendados. Recomendar a la madre que continúe dándole lactancia materna.
---------------------------	-----------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------





## EJERCICIO

### CASO NICOLÁS

Nicolás tiene un mes de edad. Pesa 3,2 Kg. Tiene una temperatura de 37.5 ° C. El profesional de salud preguntó: -¿Qué problemas tiene el niño?- La madre respondió: -Nicolás tiene diarrea-. Esta es la visita inicial por esta enfermedad. El médico preguntó: -¿Desde cuándo está Nicolás con diarrea?- La madre respondió: -Hace ya ocho días. Le dijeron que era normal por

la leche que estaba recibiendo, pero ahora lo ve muy malito, la diarrea tiene moco y le parece que tiene desde anoche pintas rojas con el moco, como si fuera sangre-. El médico le preguntó sobre el embarazo y el parto, y la madre contesta que fue normal, pero nació pequeño de 2.5 kg., recibió seno solo una semana, porque nunca le salió buena leche y le dijeron que la leche de tarro lo haría crecer y engordar mejor.

El médico continuó interrogando, -¿Nicolás ha vomitado?-, la madre responde que no; -¿Ha tenido convulsiones?- La madre responde que no.

Cuando el profesional de salud evalúa a Nicolás lo encuentra así:



Tiene una frecuencia cardiaca de 150 por minuto y frecuencia respiratoria de 55 por minuto, no tiene quejido, ni tiraje, ni estridor, no hay secreción por ombligo, ni lesiones en piel, tampoco equimosis o petequias. El abdomen está blando no hay distensión ni dolor, la piel vuelve en 1 segundo a su estado anterior al plegarla. No hay fisuras en ano.

Utilice la historia clínica para clasificar a Nicolás.

## ATENCIÓN INTEGRADA AL LACTANTE MENOR DE DOS MESES

FECHA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ N° HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ CONSULTA EXTERNA: \_\_\_\_\_ URGENCIAS: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ CONSULTA INICIAL: \_\_\_\_\_ CONTROL: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO (F) (M)  
 NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN (barrio o vereda): \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO / CELULAR: \_\_\_\_\_

### MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES DE EMBARAZO PARTO DE IMPORTANCIA

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

PESO AL NACER: \_\_\_\_\_ g. TALLA AL NACER: \_\_\_\_\_ cm EDAD GESTACIONAL: \_\_\_\_\_ Semanas. HEMOCLASIFICACIÓN: \_\_\_\_\_  
 PESO: actual \_\_\_\_\_ g. TALLA: \_\_\_\_\_ cm PC: \_\_\_\_\_ cm FC: \_\_\_\_\_ /min FR: \_\_\_\_\_ /min T°: \_\_\_\_\_ °c

### EVALUAR Y CLASIFICAR AL LACTANTE MENOR DE 2 MESES DE EDAD

#### VERIFICAR SI TIENE UNA ENFERMEDAD MUY GRAVE O INFECCIÓN LOCAL

¿Puede beber o tomar el pecho? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
 -Se mueve solo al estímulo - Letárgico - "Se ve o luce mal"  
 - Irritable - Palidez - Cianosis

¿Ha tenido vómito? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
 - Ictericia precoz o importante por clínica o bilirrubinas

¿Vomita todo? \_\_\_\_\_  
 -FR ≥ 60 o < 30 por min - FC >180 o < 100 por minuto

¿Tiene dificultad para respirar? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_  
 - Apneas - Aleteo nasal - Quejido - Estridor  
 - Sibilancia - Tiraje subcostal grave - Supuración de oído  
 - Secreción purulenta conjuntival - Edema palpebral

¿Ha tenido fiebre? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
 - Pústulas o vesículas en piel: - Muchas o extensas

¿Ha tenido hipotermia? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
 - Pocas y localizadas

¿Ha tenido convulsiones? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
 - Secreción purulenta ombligo - Eritema periumbilical

¿Cuántos pañales ha orinado en las últimas 24 horas? \_\_\_\_\_  
 - Placas blanquecinas en la boca  
 - Equimosis - Petequias - Hemorragia  
 - Distensión abdominal - Llenado capilar >3 seg.  
 - Fontanela abombada

**ENFERMEDAD GRAVE**

**INFECCIÓN LOCAL**

**NO TIENE ENFERMEDAD GRAVE NI INFECCIÓN LOCAL**





¿TIENE EL NIÑO DIARREA?		SI _____ NO _____	
¿Desde cuándo? _____ días	Estado general:	Letárgico o comatoso	
¿Hay sangre en las heces? SI__ NO__		Intranquilo o irritable	
		Ojos hundidos	
Pliegue cutáneo:		Inmediato Lento	
<b>DESHIDRATACIÓN NO DESHIDRATACIÓN D. PROLONGADA DIARREA CON SANGRE</b>			
VERIFICAR EL CRECIMIENTO Y LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN:			
¿Tiene alguna dificultad para alimentarse? SI__ NO__ ¿Cuál? _____	*PESO/EDAD _____ DE	<b>PESO MUY BAJO O PROBLEMA SEVERO DE ALIMENTACIÓN</b>	
¿Ha dejado de comer? SI__ NO__	*PESO/TALLA _____ DE		
¿Desde cuándo? _____ días	*Si es <7 días: Pérdida peso _____%		
¿Se alimenta con leche materna? SI__ NO__	*Tendencia peso: Ascendente		
¿La ofrece en forma exclusiva? SI__ NO__	Descendente Horizontal		
¿Cuántas veces en 24 horas? _____	*EVALUAR EL AGARRE:		
¿Recibe otra leche, otro alimento o bebida? SI__ NO__	Tiene la boca bien abierta		
¿Cuáles y con qué frecuencia? _____	Toca el seno con el mentón		
¿Cómo prepara la otra leche? _____	Labio inferior volteado hacia afuera		
¿Qué utiliza para alimentarlo? _____	Se ve más areola por encima del labio		
¿Utiliza chupo? SI__ NO__	*EVALUAR POSICIÓN:	<b>PESO BAJO O RIESGO O PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN</b>	
	Cabeza y cuerpo del niño derechos		
	Dirección al pecho/nariz frente pezón		
	Hijo frente madre: barriga con barriga		
	Madre sostiene todo el cuerpo		
	*EVALUAR SUCCIÓN: lenta y profunda con pausas		
		<b>ADECUADAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN Y PESO ADECUADO</b>	
VERIFICAR SI EXISTE PROBLEMA EN EL DESARROLLO			
¿Son parientes los padres? SI__ NO__	-PC: _____cm PC/E: _____ DE		<b>PROBABLE RETRASO EN EL DESARROLLO</b>
¿Hay un familiar con problema mental o Físico? SI__ NO__	-El menor de 1 mes realiza:		
¿Quién cuida al niño? _____	*Reflejo de Moro *Reflejo Córleo-palpebral		
¿Cómo ve el desarrollo del niño? _____	*Reflejo de succión *Manos cerradas		
Antecedente importante en embarazo,	*Brazos y piernas flexionadas, cabeza lateralizada		
Parto o neonatal: _____	-De 1 a 2 meses de edad:		
_____	*Vocaliza *Movimiento de piernas alternado		
Alteración fenotípica _____	*Sonrisa social *Abre las manos		
		<b>ALERTA PARA EL DESARROLLO</b>	
			<b>D. NORMAL</b>

## 8. VERIFICAR EL CRECIMIENTO Y LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DEL MENOR DE 2 MESES

**Gráfica 28.** Evaluación del crecimiento y las prácticas de alimentación de menores de dos meses

En **TODOS** los casos de niños preguntar a la madre acerca del problema del niño, observar y determinar si hay enfermedad muy grave, diarrea y luego, **EVALUAR EL CRECIMIENTO Y VERIFICAR LAS PRÁCTICAS APROPIADAS DE ALIMENTACIÓN**



PREGUNTAR:	OBSERVAR Y DETERMINAR:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene alguna dificultad para alimentarse?</li> <li>• ¿Ha dejado de comer?</li> <li>• ¿Desde cuándo?</li> <li>• ¿Se alimenta con leche materna?</li> <li>• ¿Le ofrece leche materna en forma exclusiva?</li> <li>• ¿Cuántas veces en 24 horas?</li> <li>• ¿Recibe otra leche, otro alimento o bebida?</li> <li>• ¿Cuáles y con qué frecuencia?</li> <li>• ¿Cómo prepara la otra leche?</li> <li>• ¿Qué utiliza para alimentarlo?</li> <li>• ¿Utiliza chupo?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso para la edad</li> <li>• Peso para la talla</li> <li>• Agarre y posición en el amamantamiento</li> <li>• Succión eficaz</li> </ul> <p><b>EL NIÑO LOGRA BUEN AGARRE SI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toca el seno con el mentón</li> <li>• Tiene la boca bien abierta</li> <li>• Tiene el labio inferior volteado hacia afuera</li> <li>• La areola es más visible por encima de la boca que por debajo</li> </ul> <p><b>EL NIÑO TIENE BUENA POSICIÓN SI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La cabeza y el cuerpo del niño están derechos</li> <li>• En dirección al pecho de la madre, con la nariz del niño de frente al pezón</li> <li>• Con el cuerpo del niño frente al cuerpo de la madre (barriga con barriga)</li> <li>• La madre sosteniendo todo el cuerpo del niño, y no solamente el cuello y los hombros</li> </ul> <p><b>EL NIÑO SUCCIONA BIEN SI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Succiona en forma lenta y profunda con pausas ocasionales</li> </ul>



Clasificar el estado del menor de 2 meses mediante el cuadro de clasificación codificado por colores para el crecimiento y las prácticas de alimentación y posteriormente continúe evaluando integralmente al lactante.



El lactante menor es muy vulnerable y está expuesto a una serie de riesgos. Desde el punto de vista nutricional, depende de la ingesta diaria, en un periodo de adaptación madre – hijo que no siempre es fácil. Por esta razón, detectar tempranamente cualquier alteración en la ganancia de peso puede ser la clave para evitar problemas serios y aún la muerte del lactante.

Algunos de los problemas de alimentación pueden tratarse en la casa, mientras que los casos graves deben referirse a un hospital para recibir atención especial o un tratamiento específico para alguna enfermedad asociada.

### **CAUSA DE PÉRDIDA DE PESO:**

Un niño normalmente puede perder hasta un 7% de su peso en los primeros tres días, con recuperación a los siete días de vida, debido a eliminación de líquidos y disminución de edemas. Influye mucho en la pérdida de peso la edad gestacional, el peso al nacer, el tipo y el modo de alimentación que recibe el niño y otros factores asociados a la morbilidad en los primeros días de vida. Una pérdida del 10% o mayor después de esa edad, debe considerarse como un problema severo de alimentación, con riesgo de deshidratación hipernatrémica, y el niño debe ser referido para evaluación. Una pérdida del 8 o 9% implica un problema de alimentación que debe ser evaluado y requiere seguimiento.

Un niño que no recibió lactancia materna desde el nacimiento y no recibe las cantidades de leche adecuadas para su edad, o está siendo alimentado con otros líquidos, puede padecer desnutrición severa o problemas de nutrición.

Un menor de dos meses cuya alimentación no se basa en lactancia materna exclusiva, puede padecer desnutrición posteriormente. El niño tal vez no ingiera las cantidades recomendadas de vitaminas específicas (como Vitamina A) o minerales (como hierro).

Una alimentación sin lactancia materna exclusiva o con fórmula puede ocasionar carencia de hierro y anemia en el menor de dos meses. La biodisponibilidad del hierro contenido en la leche materna mantiene los niveles adecuados de hierro en el recién nacido de término durante los primeros seis meses de vida.

Los niños pueden padecer anemia como resultado de:

- Anemia de la madre durante la gestación.
- Prematuridad o pequeño para su edad gestacional.
- Hemorragias por deficiencia de vitamina K al nacer.

- Sangrado del cordón umbilical.
- Infecciones.

## 8.1. ¿CÓMO EVALUAR EL CRECIMIENTO Y VERIFICAR SI HAY PRÁCTICAS APROPIADAS DE ALIMENTACIÓN?

Primero evalúe cómo son las prácticas de alimentación, **PREGUNTAR:**

### 🗣️ ¿Tiene alguna dificultad para alimentarlo?

Cualquier dificultad mencionada por la madre es importante. La madre quizá necesite asesoramiento o ayuda concreta para resolver una dificultad. Si una madre dice que el lactante no puede alimentarse, evalúe el amamantamiento u observe a la madre cuando trata de darle la leche con una taza, para observar qué es lo que ella quiere decir con eso. Un lactante que no puede alimentarse y que no succiona nada puede tener una infección grave u otro problema que pone en peligro su vida, y deberá ser referido de urgencia a un hospital.

### 🗣️ ¿Ha dejado de comer? ¿Desde cuándo?

La disminución en la ingesta o el cambio en el hábito alimentario deben ser evaluados minuciosamente, puede ser el primer signo de enfermedad.

### 🗣️ ¿Se alimenta con leche materna? En caso afirmativo, ¿Le ofrece leche materna en forma exclusiva? ¿cuántas veces en 24 horas?

La recomendación es que el lactante menor de seis meses de edad se amamante exclusivamente tan a menudo y por tanto tiempo como quiera, día y noche. La frecuencia inicial será mínimo ocho veces o más en 24 horas.

### 🗣️ ¿Recibe otra leche, otro alimento o bebida? En caso afirmativo, ¿Cuáles y con qué frecuencia?, ¿Cómo los prepara?

El lactante menor de seis meses de edad deberá ser amamantado de manera exclusiva. Averigüe si está recibiendo algún otro alimento o bebida, como otra leche, jugos, té, papillas livianas, cereales diluidos o incluso agua. Pregunte con qué frecuencia recibe ese alimento o bebida y la cantidad. Usted necesita saber si el lactante se alimenta sobre todo del pecho o si su alimento principal es otro. Si recibe una fórmula es importante conocer cuál y cómo la prepara.



## 👂 ¿Qué utiliza para alimentar al lactante? ¿Utiliza chupo?

Averigüe si la madre usa biberón o una taza. Tenga en cuenta que el biberón y los chupos de entretención desestimulan la lactancia materna y pueden ser una fuente de contaminación por manipulación inadecuada. La recomendación es ofrecer asesoría para lactancia materna o relactancia. De ser necesario enseñar a la madre a preparar una leche de fórmula y administrarla en taza, cuchara o vaso, teniendo en cuenta las medidas higiénicas para su manejo.

### Luego OBSERVE Y DETERMINE:

#### 👂 El peso para la edad

La pérdida de peso del niño durante su primera semana de vida no debe ser mayor del 7% de su peso al nacimiento. En los niños 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.

#### Para determinar el peso para la edad:

1. Establecer la edad del niño en días y meses.
2. Pesarlo al niño si aún no se pesó en esta visita. Para ello use una balanza precisa. Al pesarlo, el niño debe estar en lo posible desnudo.
3. Utilizar la gráfica de Peso/Edad (P/E), para determinar el peso para la edad del niño hasta los dos años de edad:
  - Mire el eje de la izquierda (vertical) de la gráfica para ubicar la línea que muestra el peso del niño (cada línea horizontal equivale a 200 gramos).
  - Mire el eje inferior (horizontal) de la gráfica para ubicar la línea que muestra la edad del niño en meses.
  - Busque el punto donde se encuentran la línea del peso (vertical) con la línea para la edad del niño (horizontal) y márkelo con un lápiz de punta fina.

#### 👂 El Peso para la longitud:

El peso para la longitud refleja el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en longitud. Es un indicador adecuado para detectar el bajo peso y los problemas de alimentación.

Para marcar registros en la curva de peso para la longitud:



- Marque longitud en la línea vertical (por ejemplo 55 cm., 58 cm.). Será necesario aproximar la medición hasta el centímetro completo más cercano (esto es, redondee hacia abajo 0,1 a 0,4 y hacia arriba 0,5 a 0,9 y siga la línea hacia arriba del eje-x hasta encontrar la intersección con la medición del peso).
- Marque el peso tan exacto como sea posible dado el espacio entre las líneas de la curva.
- Cuando hay registros marcados de dos o más visitas, una los puntos con una línea recta para una mejor apreciación de la tendencia.

Utilice las gráficas de 0 a 2 años que se encuentran en el capítulo anterior.

### **EVALUAR EL AMAMANTAMIENTO:**

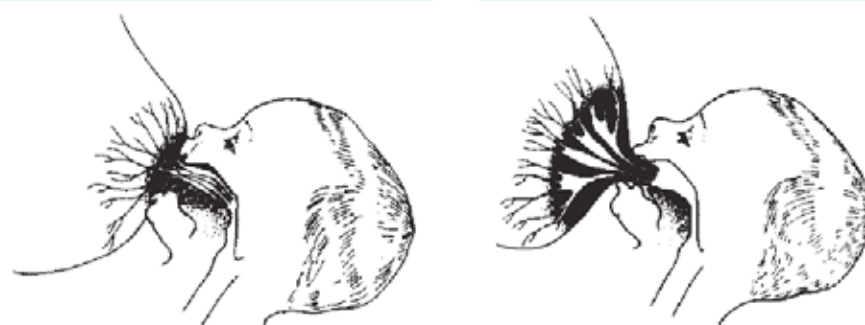
#### **🕒 ¿El lactante ha tomado pecho la hora anterior?**

En caso afirmativo, pida a la madre que espere y le avise a usted cuando el lactante quiera mamar otra vez. Mientras tanto, complete la evaluación del estado de inmunización del lactante. Usted también puede decidir dar inicio al tratamiento que necesita el lactante, como administrarle un antibiótico para la INFECCIÓN LOCAL.

Si el lactante no se había alimentado en la hora anterior, probablemente desee tomar el pecho. Pida a la madre que ponga el lactante al pecho. En lo posible, obsérvelo todo el tiempo que está mamando, o por lo menos durante cuatro minutos. Siéntese silenciosamente y observe mamar al lactante:

#### **🕒 OBSERVAR si existe buen agarre.**

Para estimular y extraer la leche del pecho, y para asegurar una adecuada provisión y un buen flujo de leche, el lactante necesita de un buen agarre, y así conseguir succionar de manera efectiva. Frecuentemente se presentan dificultades cuando el lactante no sostiene el pecho en su boca apropiadamente y, por lo tanto, no puede succionar de manera efectiva.



La figura muestra cómo el lactante agarra el pecho dentro de su boca para succionar de manera efectiva. Los puntos que deben ser advertidos son:

- Mucha areola y tejido subyacente, incluyendo los conductos mayores, se encuentran en la boca del lactante.
- El pecho es traccionado para formar una larga "tetilla", el pezón constituye solo un tercio de la "tetilla"
- La lengua del lactante se encuentra hacia adelante, sobre la encía inferior, por debajo de los conductos lactíferos (en realidad, la lengua del lactante rodea los lados de la "tetilla")
- El lactante está succionando el pecho, no el pezón.

A medida que el lactante succiona, un movimiento ondular recorre la lengua desde adelante hacia atrás, presionando la tetilla contra el paladar duro, lo que provoca que la leche se desplace hacia afuera, para ser deglutida. El reflejo de la oxitocina hace que la leche fluya a través de los conductos. Cuando el lactante tiene un buen agarre, la lengua no fricciona ni traumatiza la piel del pezón o de la areola. La succión es cómoda y frecuentemente placentera para la madre, ella no siente dolor.

La figura de la derecha muestra lo que ocurre en la boca del lactante cuando no existe un buen agarre, los puntos que deben ser advertidos son:

- Solamente el pezón se encuentra en la boca del lactante, no el tejido mamario subyacente ni los conductos.
- La lengua del lactante se encuentra hacia atrás de la boca y no puede alcanzar los conductos para presionarlos.

Cuando existe un mal agarre, la succión puede ser incomoda o dolorosa para la madre y lesionar la piel del pezón y de la areola, provocando úlceras y fisuras (o grietas) en el pezón. El mal agarre es la causa más común e importante de lesiones en el pezón, lo que puede causar una extracción ineficiente y una aparente baja producción de leche.

La figura a continuación muestra los signos de buen y mal agarre. Estos signos se emplean para decidir si la madre y su lactante necesitan ayuda. Los cuatro signos de un buen agarre son:

- Se observa más areola por encima del labio superior del lactante que por debajo del labio inferior.
- La boca del lactante está muy abierta.
- El labio inferior del lactante está evertido (hacia afuera).
- El mentón del lactante está tocando o casi tocando el pecho.



Cuando existe cualquiera de los signos de mal agarre o la succión es dolorosa o incómoda, se requiere mejorar el agarre al pecho. Cuando el lactante está muy cerca del pecho, puede ser difícil observar qué ocurre con el labio inferior.

### 👁 **OBSERVAR la posición de la madre y del lactante para un agarre.**

Para que exista un buen agarre, tanto el lactante como su madre deben estar en una posición apropiada. Existen diversas posiciones para ambos, pero es necesario tomar en cuenta algunos puntos que deben ser seguidos para cualquier posición.

#### **Posición de la madre:**

La madre puede estar sentada, acostada o parada, si así lo desea. Ella debe estar relajada y cómoda, sin ninguna tensión muscular, particularmente en la espalda. Si está sentada, su espalda requiere de un soporte y debería ser capaz de sostener al lactante contra su pecho, sin necesidad de tener que inclinarse hacia adelante.

#### **Posición del lactante:**

El lactante puede lactar en varias posiciones en relación a su madre, transversalmente al pecho y abdomen de la madre, bajo el brazo o a lo largo de su cuerpo.

Independiente de la posición de la madre o la posición del lactante con respecto a ella, existen cuatro puntos clave sobre la posición del cuerpo del lactante que son importantes a ser observados:



- El cuerpo del lactante debe estar derecho, no curvado o doblado. La cabeza del lactante puede estar ligeramente extendida hacia atrás, lo cual favorece que el mentón esté muy cerca del pecho.
- El lactante debe estar frente al pecho. Los pezones, usualmente, apuntan ligeramente hacia abajo, de manera que el lactante no debe ser aplastado contra el pecho o el abdomen de la madre; debe ser colocado, sosteniendo su espalda, de manera que sea capaz de ver el rostro de la madre.
- El cuerpo del lactante debe estar próximo al de la madre, lo cual favorece la cercanía del lactante al pecho y que pueda tomar, en la boca, una buena porción (barriga con barriga).
- El cuerpo entero del lactante debe estar sostenido. El lactante debe apoyarse en la cama o se puede emplear una almohada, o puede estar en el regazo o los brazos de la madre. La madre no debe sostener solamente la cabeza y el cuello del lactante. No debería agarrar las nalgas del lactante, ya que esto puede desplazarlo mucho hacia un lado dificultando que el lactante coloque su mentón y lengua por debajo de la areola.

Estos puntos sobre la posición, son de especial importancia para los lactantes durante los primeros dos meses de vida.

### 👁️ **OBSERVAR si la succión es efectiva**

Si el lactante tiene buen agarre al pecho, podrá succionar de manera efectiva. Los signos de succión efectiva indican que la leche está fluyendo hacia la boca del lactante. El lactante realiza succiones lentas y profundas, seguidas por una deglución visible y audible, aproximadamente una vez por segundo. En ocasiones, el lactante realiza pausas durante algunos segundos, permitiendo que los conductos se llenen de leche nuevamente. Cuando el lactante reinicia la succión, puede hacerlo rápidamente unas cuantas veces, estimulando el flujo de leche y, luego, las succiones lentas y profundas se vuelven a iniciar. Las mejillas del lactante permanecen redondeadas durante la succión.

Buena posición del lactante al pecho materno



a. Sentada



del Excmo.

b. Acostada

Hacia el final de la mamada, generalmente la succión se torna más lenta, con menos succiones profundas y pausas más prolongadas entre ellas. Este es el momento cuando el volumen de leche es menor, pero, como se trata de la leche del final, rica en grasa, es importante que la toma continúe. Una vez que el lactante se encuentra satisfecho, generalmente deja el pecho espontáneamente. Durante uno o dos segundos, puede verse que el pezón se encuentra estirado, pero rápidamente retorna a su forma de reposo.

### **Signos de succión inefectiva:**

Es probable que el lactante con mal agarre al pecho tenga succión inefectiva. El lactante succiona rápidamente todo el tiempo, sin deglutir, y las mejillas están contraídas, demostrando que la succión no logra que la leche fluya adecuadamente hacia la boca. Cuando el lactante deja de lactar, el pezón puede permanecer estirado y se lo ve aplastado por los lados, con una línea de presión que atraviesa la punta, mostrando que ha sido lastimado por una succión incorrecta.

### **Consecuencias de la succión inefectiva:**

Cuando el lactante succiona de manera inefectiva, el paso de la leche de la madre al lactante es ineficiente, provocando que:

- El pecho se ingurgite o que pueda desarrollar obstrucción de los conductos lactíferos o mastitis, debido a que no se extrae suficiente cantidad de leche.
- La ingesta de leche, por parte del lactante, pueda ser insuficiente, causando un escaso aumento de peso.
- El lactante se retire del pecho como señal de frustración y rechace ser alimentado.
- El lactante está hambriento y continúe succionando durante un largo periodo de tiempo o demande lactar con mucha frecuencia.
- Los pechos sean sobreestimulados por la demasiada succión, produciendo una sobreproducción de leche.

### **DECIDA si es necesario evaluar el amamantamiento del lactante:**

- Si el lactante se amamanta de manera exclusiva y sin dificultad y no tiene peso bajo para su edad, no hay necesidad de evaluar el amamantamiento.



- Si el lactante no se amamanta en absoluto, no evalúe el amamantamiento.
- Si el lactante tiene un serio problema por el cual hay que referirlo urgentemente a un hospital, no evalúe el amamantamiento.

En estas situaciones, clasifique la alimentación de acuerdo con la información que usted ya posee. La evaluación del amamantamiento requiere una minuciosa observación.

La siguiente tabla resume la evaluación de la lactancia, utilícela cuando observe a la madre y al lactante, para evaluar al amamantamiento:

**Tabla 54.** Observación de la lactancia materna

SIGNOS DE UNA BUENA LACTANCIA	SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD
<b>GENERALES</b>	
Madre:	
Se ve saludable	Se ve enferma o deprimida
Está relajada y cómoda	Está tensa e incómoda
Signos de vínculo afectivo madre/niño	No existe contacto visual madre/hijo
<b>Lactante:</b>	
Se ve saludable	Se ve somnoliento o enfermo
Está calmado y relajado	Está inquieto o llorando
Busca el pecho si tiene hambre	No busca el pecho
<b>PECHOS</b>	
Están sanos	Enrojecidos, hinchados o con úlceras
No presentan dolor o molestias	Dolor en el pecho o el pezón
Pezón protruye, es protráctil	Pezón plano, no es protráctil
<b>POSICIÓN DEL BEBÉ DURANTE LA LACTANCIA</b>	
La cabeza y el cuerpo están alineados	El cuello y la cabeza están torcidos
Está en contacto con el cuerpo de la madre	El lactante no está en contacto
Todo el cuerpo del lactante es sostenido	Solo se sostiene la cabeza y el cuello
Aproximación al pecho, nariz al pezón	Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón
<b>AGARRE DEL PECHO</b>	
Se ve más areola por encima del labio superior	Más areola por debajo del labio inferior
La boca está bien abierta	La boca no está muy abierta
El labio inferior hacia afuera	Labios apuntan adelante o hacia adentro
El mentón toca el pecho	El mentón no toca el pecho
<b>SUCCIÓN</b>	
Succiones lentas, profundas con pausas	Succiones rápidas, superficiales
Las mejillas están redondeadas mientras succiona	Las mejillas están tensas o chupadas hacia adentro cuando succiona
Se retira del pecho cuando ha acabado	La madre retira al lactante del pecho
La madre nota signos del reflejo de Oxitocina*	No se advierte signos del reflejo de la Oxitocina*

\* Signos de un reflejo de Oxitocina activo:

- Sensación de cosquilleo en el pecho antes o durante la lactancia.
- La leche fluye de los pechos cuando la madre piensa en el lactante o lo escucha llorar.
- La leche fluye del otro pecho cuando el lactante está succionando.
- La leche fluye del pecho a chorros cuando se interrumpe la succión.
- Succiones lentas y profundas y deglución de leche, demuestra que la leche fluye a la boca del lactante.
- Dolor o un leve sangrado uterino.
- Sed durante la mamada.

## **8.2. ¿CÓMO CLASIFICAR EL CRECIMIENTO Y LAS PRÁCTICAS APROPIADAS DE ALIMENTACIÓN?**

Hay 3 clasificaciones para el crecimiento y las prácticas apropiadas de alimentación:

- **PESO MUY BAJO O PROBLEMA SEVERO DE ALIMENTACIÓN**
- **PESO BAJO O EN RIESGO**
- **PROBLEMAS EN LA ALIMENTACIÓN**
- **ADECUADAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN Y PESO ADECUADO**



**Tabla 55.** Clasificación para el crecimiento y las prácticas apropiadas de alimentación

Uno de los siguientes:

<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso/Edad &lt; -3 DE</li> <li>• Peso/Talla &lt; -3 DE</li> <li>• Peso menor a 2.000 gr.</li> <li>• No hay agarre</li> <li>• No succiona nada</li> <li>• Pérdida de peso del 10% o mayor en la primera semana</li> <li>• Tendencia del peso descendente después de los 7 días de edad</li> </ul>	<p><b>PESO MUY BAJO O PROBLEMA SEVERO DE ALIMENTACIÓN</b></p>	<p><b>Hospitalizar o referir URGENTEMENTE siguiendo las normas de estabilización y transporte “REFIERA”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenir la hipoglicemia</li> <li>• Prevenir la hipotermia</li> </ul>
<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso /edad <math>\geq -3</math> y <math>&lt; -1</math> DE</li> <li>• Peso/Talla: <math>\geq -3</math> y <math>&lt; -1</math> DE</li> <li>• Tendencia de peso horizontal</li> <li>• Pérdida de peso del 7 a &lt;10% en la primera semana</li> <li>• Agarre deficiente</li> <li>• No succiona bien</li> <li>• Se alimenta al pecho menos de 8 veces en 24 horas</li> <li>• Recibe otros alimentos o bebidas</li> <li>• Recibe fórmula</li> </ul>	<p><b>PESO BAJO O EN RIESGO O PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN</b></p>	<p><b>Si el niño recibe pecho:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aconsejar a la madre que le dé el pecho las veces y el tiempo que el niño quiera de día y de noche, mínimo 8 veces al día.</li> <li>• Si el niño tiene agarre deficiente o no mama bien, enseñar a la madre la posición y el agarre correctos.</li> <li>• Si recibe otros alimentos o líquidos, aconsejar a la madre que le dé el pecho más veces, reduciendo los otros alimentos o líquidos hasta eliminarlos, y que no use biberón.</li> <li>• Si la madre presenta molestias en las mamas, tratarla.</li> <li>• Si el niño no se alimenta al pecho:</li> <li>• Referir para asesoramiento sobre lactancia materna.</li> <li>• Iniciar un suplemento vitamínico recomendado.</li> <li>• En caso necesario enseñar a preparar una fórmula y a usar una taza.</li> <li>• En todos los niños:</li> <li>• Hacer el seguimiento para problema de alimentación 2 días después.</li> <li>• Hacer el seguimiento de peso 7 días después.</li> <li>• Enseñar a la madre signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>• Remitir a consulta de pediatría.</li> <li>• Incluir en consulta de crecimiento y desarrollo.</li> <li>• Enseñar medidas preventivas específicas.</li> </ul>
<p><b>Todos los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso/edad <math>\geq -1</math> DE</li> <li>• No hay ningún problema de alimentación</li> <li>• Tendencia de crecimiento ascendente</li> </ul>	<p><b>ADECUADAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN Y PESO ADECUADO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar a la madre los cuidados del niño en el hogar.</li> <li>• Elogiar a la madre porque lo alimenta bien e indicar la importancia de lactancia exclusiva por 6 meses.</li> <li>• Enseñar signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>• Control de peso en 30 días, en consulta de crecimiento y desarrollo.</li> </ul>

### **PESO MUY BAJO - PROBLEMA SEVERO DE ALIMENTACIÓN**

Si el niño ha perdido el 10% o más de su peso al nacer en la primera semana de vida, tiene un **PROBLEMA SEVERO DE ALIMENTACIÓN**. Debe ser hospitalizado o referido urgentemente al hospital, estos niños presentan un cuadro que simula sepsis con deshidratación y trastorno acido-base y electrolítico. Además, todo niño con un peso inferior a 2.000 gr. o cuyo peso se encuentra en descenso después de la primera semana de vida, si no succiona nada y no se alimenta, tiene un problema severo de alimentación y debe referirse siguiendo todas las normas de estabilización y transporte: "REFIERA".

### **PESO BAJO O EN RIESGO - PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN**

Si el niño tiene un peso para la edad o la talla entre -1 y -3 desviaciones estándar o una tendencia horizontal; tiene una pérdida de peso en la primera semana del 7 a <10%, o si la madre informa que el niño tiene algún problema para la alimentación (ej.: tiene problemas con el agarre, no mama bien o se alimenta al pecho menos de 8 veces al día, recibe otros alimentos o bebidas o recibe otra leche), clasifique al niño como **PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN - PESO BAJO O EN RIESGO**, según corresponda.

Evalúe la alimentación del niño y asesore a la madre sobre la alimentación de su hijo, de acuerdo con las instrucciones y las recomendaciones de los cuadros de procedimientos.

### **ADECUADAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN Y PESO ADECUADO**

Si el peso para la edad del niño es normal, la tendencia del crecimiento está en ascenso y no hay ningún problema de alimentación, clasifíquelo como **ADECUADAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN Y PESO ADECUADO**.





## EJERCICIO

Utilice el video para evaluar la posición y el agarre correctos para el amamantamiento.

## EJERCICIO

### CASO DAVID



David tiene cuatro días de edad, nació a término (40 semanas) sin ninguna complicación, pesó 2750 gr. y midió 49 cm. y a las 10 horas lo vieron bien, había recibido leche materna en 2 oportunidades y le dieron salida, con el control de hoy. David ha llorado mucho y la mamá cree que no le sale mucha leche, está comiendo cada 1 a 2 horas y se duerme cada vez que agarra el seno, entonces desde el día de ayer, más o menos, se la pasa pegado al seno, refiere la madre. Hoy ya no llora mucho y lo observa muy quieto y ahora, en las últimas 6 horas, no ha querido recibir la leche ni del seno o ni de tetero que le han ensayado. El medico pregunta por la deposición de David y la madre dice que ya no es tan negra, que es verde. Al preguntar por la diuresis, la madre dice que desde esta mañana el pañal esta como seco.



Cuando el médico examina a David lo encuentra con un peso de 2.450 gr. FC 150 por minuto, FR 60 por minuto. No encuentra otros signos clínicos. Daniel se observa así:

Utilice los datos de la historia y la observación de David para diligenciar la historia de AIEPI y clasificarlo.



**ATENCIÓN INTEGRADA AL LACTANTE MENOR DE DOS MESES**

FECHA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ N° HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ COSULTA EXTERNA: \_\_\_\_\_ URGENCIAS: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ CONSULTA INICIAL: \_\_\_\_\_ CONTROL: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO (F) (M)  
 NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN (barrio o vereda): \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO / CELULAR: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:**


---



---



---



---

**ANTECEDENTES DE EMBARAZO PARTO DE IMPORTANCIA**


---



---



---



---

PESO AL NACER: \_\_\_\_\_ g. TALLA AL NACER: \_\_\_\_\_ cm EDAD GESTACIONAL: \_\_\_\_\_ Semanas. HEMOCLASIFICACIÓN: \_\_\_\_\_  
 PESO: actual \_\_\_\_\_ g. TALLA: \_\_\_\_\_ cm PC: \_\_\_\_\_ cm FC: \_\_\_\_\_ /min FR: \_\_\_\_\_ /min T°: \_\_\_\_\_ °c

**EVALUAR Y CLASIFICAR AL LACTANTE MENOR DE 2 MESES DE EDAD****VERIFICAR SI TIENE UNA ENFERMEDAD MUY GRAVE O INFECCIÓN LOCAL**

¿Puede beber o tomar el pecho?  SI  NO  -Se mueve solo al estímulo - Letárgico - "Se ve o luce mal"  
 SI  NO  - Irritable - Palidez - Cianosis

¿Ha tenido vómito?  SI  NO  - Ictericia precoz o importante por clínica o bilirrubinas

¿Vomita todo? \_\_\_\_\_ -FR  $\geq 60$  o  $< 30$  por min - FC  $> 180$  o  $< 100$  por minuto

¿Tiene dificultad para respirar?  SI  NO  Explique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ - Apneas - Aleteo nasal - Quejido - Estridor  
 \_\_\_\_\_ - Sibilancia - Tiraje subcostal grave - Supuración de oído  
 \_\_\_\_\_ - Secreción purulenta conjuntival - Edema palpebral

¿Ha tenido fiebre?  SI  NO  - Pústulas o vesículas en piel: - Muchas o extensas

¿Ha tenido hipotermia?  SI  NO  - Pocas y localizadas

¿Ha tenido convulsiones?  SI  NO  - Secreción purulenta ombligo - Eritema periumbilical

¿Cuántos pañales ha orinado en las últimas 24 horas? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ - Placas blanquecinas en la boca  
 \_\_\_\_\_ - Equimosis - Petequias - Hemorragia  
 \_\_\_\_\_ - Distensión abdominal - Llenado capilar  $> 3$  seg.  
 \_\_\_\_\_ - Fontanela abombada

**ENFERMEDAD GRAVE****INFECCIÓN LOCAL****NO TIENE ENFERMEDAD GRAVE NI INFECCIÓN LOCAL**

¿TIENE EL NIÑO DIARREA?		SI _____ NO _____
¿Desde cuándo? _____ días ¿Hay sangre en las heces? SI__ NO__ Pliegue cutáneo:	Estado general: Letárgico o comatoso Intranquilo o irritable Ojos hundidos Inmediato Lento	<b>DESHIDRATACIÓN                      NO DESHIDRATACIÓN                      D. PROLONGADA                      DIARREA CON                      SANGRE</b>
VERIFICAR EL CRECIMIENTO Y LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN:		
¿Tiene alguna dificultad para alimentarse? SI__ NO__ ¿Cuál? _____ ¿Ha dejado de comer? SI__ NO__ ¿Desde cuándo? _____ días ¿Se alimenta con leche materna? SI__ NO__ ¿La ofrece en forma exclusiva? SI__ NO__ ¿Cuántas veces en 24 horas? _____ ¿Recibe otra leche, otro alimento o bebida? SI__ NO__ ¿Cuáles y con qué frecuencia? _____ _____ ¿Cómo prepara la otra leche? _____ _____ ¿Qué utiliza para alimentarlo? _____ ¿Utiliza chupo? SI__ NO__	*PESO/EDAD _____ DE *PESO/TALLA _____ DE *Si es <7 días: Pérdida peso _____ % *Tendencia peso: Ascendente Descendente Horizontal *EVALUAR EL AGARRE: Tiene la boca bien abierta Toca el seno con el mentón Labio inferior volteado hacia afuera Se ve más areola por encima del labio *EVALUAR POSICIÓN: Cabeza y cuerpo del niño derechos Dirección al pecho/nariz frente pezón Hijo frente madre: barriga con barriga Madre sostiene todo el cuerpo *EVALUAR SUCCIÓN: lenta y profunda con pausas	<b>PESO MUY BAJO O                      PROBLEMA SEVERO                      DE ALIMENTACIÓN</b>  <b>PESO BAJO O                      RIESGO O                      PROBLEMAS DE                      ALIMENTACIÓN</b>  <b>ADECUADAS                      PRÁCTICAS DE                      ALIMENTACIÓN Y                      PESO ADECUADO</b>
VERIFICAR SI EXISTE PROBLEMA EN EL DESARROLLO		
¿Son parientes los padres? SI__ NO__ ¿Hay un familiar con problema mental o Físico? SI__ NO__ ¿Quién cuida al niño? _____ ¿Cómo ve el desarrollo del niño? _____ Antecedente importante en embarazo, Parto o neonatal: _____ _____ Alteración fenotípica _____	-PC: _____ cm PC/E: _____ DE -El menor de 1 mes realiza: *Reflejo de Moro *Reflejo Cócleo-palpebral *Reflejo de succión *Manos cerradas *Brazos y piernas flexionadas, cabeza lateralizada -De 1 a 2 meses de edad: *Vocaliza *Movimiento de piernas alternado *Sonrisa social *Abre las manos	<b>PROBABLE RETRASO                      EN EL DESARROLLO</b>  <b>D. NORMAL CON                      FACTORES DE RIESGO</b>  <b>ALERTA PARA EL                      DESARROLLO</b>  <b>D. NORMAL</b>





## EJERCICIO

### Fotografías

Estudie las fotografías a continuación y evalúe si están presentes los signos de buen agarre y buena posición:



## 9. EVALUAR EL DESARROLLO DEL NIÑO

En todos los niños que NO tengan una **CLASIFICACIÓN GRAVE** que requiera referirlos a un hospital, se debe **EVALUAR EL DESARROLLO INFANTIL**. Se debe evaluar el desarrollo como parte de la atención integral. La evaluación del desarrollo no deberá verse como una acción aislada ni requiere de una consulta específica para su realización. En el capítulo anterior se revisó las preguntas a tener en cuenta para conocer si hay factores de riesgo. En este capítulo se revisará únicamente la evaluación del niño.

### 9.1. ¿CÓMO EVALUAR EL DESARROLLO DEL NIÑO?

**Gráfica 29.** Evaluación del desarrollo del niño

En **TODOS** los casos preguntar a la madre acerca del problema del niño, verificar si hay signos generales de peligro, enfermedad neonatal muy grave, diarrea, problema de alimentación, y luego, **EVALUAR EL DESARROLLO**.



#### **PREGUNTAR:**

- Cómo fue el embarazo?
- ¿Cuánto tiempo duró?
- ¿Cómo fue el parto?
- ¿Cuánto peso el niño al nacer?
- ¿Presentó algún problema después del nacimiento?
- ¿Ha presentado el niño algún problema serio de salud hasta hoy?
- ¿Usted y el padre del niño son parientes?
- ¿Existe alguna persona en la familia con un problema mental o físico?
- ¿Cómo y con quién juega? ¿Dónde está la mayor parte del tiempo?
- ¿Cómo ve el desarrollo de su hijo?

#### **VERIFIQUE LA CONDICIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO**

- Utilice el cuadro del desarrollo, observe la edad del niño y realice las condiciones de su grupo de edad.

#### **DETERMINAR EL PERÍMETRO CEFÁLICO**



Clasificar el estado del menor de 2 meses mediante el cuadro de clasificación codificado por colores para el desarrollo y posteriormente termine la evaluación integral del lactante.



## 👁️ **OBSERVE Y EXAMINE el desarrollo**

Verifique la edad del niño. Si fue prematuro, utilice la edad corregida hasta los 12 meses de edad.

### 👁️ **OBSERVAR la condición de desarrollo del niño.**

Siga las pautas propuestas para la vigilancia del desarrollo en los niños. Observe y verifique si el menor cumple con el conjunto de comportamientos o hitos que servirán para clasificar su desarrollo. En el grupo de 0 a 2 meses de edad vamos a observar los siguientes comportamientos:

## 0 A 1 MES

### ● **Reflejo de Moro**

*Posición del niño:* acostado en decúbito dorsal (boca arriba)

Existen varias maneras de verificar su respuesta; una de ellas consiste en colocar al niño decúbito dorsal sobre el brazo del observador y después dejar caer la cabeza varios centímetros. Otra manera es sostener al bebé de ambas manos, elevarlo unos centímetros y dejarlo caer bruscamente.

*Respuesta esperada:* extensión, abducción y elevación de ambos miembros superiores, seguida de retorno a la habitual actitud flexora en aducción y llanto. Debe ser simétrica y completa.



### ● **Reflejo cócleo-palpebral**

*Posición del niño:* acostado en decúbito dorsal (boca arriba).

Aplauda a 30 cm. de la oreja DERECHA del niño y verifique la respuesta. Repita de la misma manera en la oreja IZQUIERDA y verifique su respuesta. Debe ser obtenido en un máximo de 2 ó 3 intentos, en vista de la posibilidad de la habituación del estímulo.

*Respuesta esperada:* pestañeo de los ojos.



### ● **Reflejo de succión**

*Posición del niño:* pida a la madre que coloque al niño al pecho y observe. Si mamá hace poco, estimule sus labios con el dedo y observe.



*Respuesta esperada:* el niño deberá succionar el pecho o realizar movimientos de succión con los labios y lengua al ser estimulado con el dedo.

- **Brazos y piernas flexionados, cabeza lateralizada**

*Posición del niño:* acostado en decúbito dorsal (boca arriba)

*Respuesta esperada:* debido al predominio del tono flexor en esta edad, los brazos y las piernas del niño deberán estar flexionados y su cabeza lateralizada.

- **Manos cerradas**

*Posición del niño:* en cualquier posición observe sus manos.

*Respuesta esperada:* las manos del bebé deben estar cerradas.



## 1 A 2 MESES

- **Vocaliza o emite sonidos**

*Posición del niño:* durante el examen, en cualquier posición, observe si el niño emite algún sonido, como sonidos guturales o sonidos cortos de las vocales. No debe ser llanto. En caso que no sea observado, pregunte a quien lo acompaña si el niño hace estos sonidos en casa.

*Respuesta esperada:* el niño produce algún sonido o el acompañante dice que lo hace, entonces él ha alcanzado esta condición.



- **Movimiento de piernas alternado**

*Posición del niño:* acostado en decúbito dorsal, sobre la camilla o colchoneta, observe los movimientos de sus piernas.

*Respuesta esperada:* movimientos de flexión y extensión de los miembros inferiores, generalmente en forma de pedaleo o entrecruzamiento, algunas veces con descargas en extensión.

- **Sonrisa social**

Posición del niño: acostado en decúbito dorsal, sobre la camilla o colchoneta, sonría y converse con él encima del rostro a unos 20 o 30 centímetros. No le haga cosquillas ni toque su cara.

Respuesta esperada: el niño sonrío en respuesta. El objetivo es obtener más una respuesta social que física.



- **Abre las manos**

Posición del niño: acostado en decúbito dorsal (boca arriba) sobre la camilla o colchoneta, observe sus manos.

Respuesta adecuada: en algún momento el niño deberá abrir sus manos de manera espontánea.



- **Luego DETERMINE el Perímetro Cefálico:**

Se obtiene colocando una cinta métrica inextensible -precisión 1 mm.- alrededor de la cabeza, de manera que cruce la frente por arriba de los arcos supraciliares (no sobre ellos) y, en la parte posterior, sobre la parte más prominente del occipucio.

Posteriormente, compare la medida tomada con los parámetros de normalidad que se encuentran en las curvas para la edad del paciente y, si es posible, compare con cifras previas del paciente para evaluar la tendencia del crecimiento cefálico. (las curvas se encuentran en el capítulo anterior)

El siguiente cuadro se resume la evaluación del desarrollo en el lactante menor de 2 meses:

### OBSERVAR

0 A 1 MES	> 1 A 2 MESES
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Reflejo Moro</li> <li>● Reflejo cocleo - palpebral</li> <li>● Postura: boca arriba, brazos y piernas flexionadas y cabeza lateralizada</li> <li>● Manos cerradas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vocaliza o emite sonidos</li> <li>● Movimientos de piernas alternados</li> <li>● Sonrisa social</li> <li>● Abre manos</li> </ul>

## 9.2. CLASIFICAR EL DESARROLLO DEL NIÑO

Existen cuatro posibles clasificaciones para el desarrollo del niño:

- **PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO**
- **DESARROLLO NORMAL CON FACTORES DE RIESGO**
- **ALERTA PARA EL DESARROLLO**
- **DESARROLLO NORMAL**

**Tabla 56.** Clasificación del desarrollo del niño

<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Perímetro cefálico <math>&lt; -2</math> DE o <math>&gt; +2</math> DE.</li> <li>● Presencia de 3 o más alteraciones fenotípicas.</li> <li>● Ausencia de uno o más reflejos/posturas/habilidades para el grupo de edad anterior en el lactante de 1 a 2 meses.</li> <li>● En el menor de 1 mes, ausencia de uno o más reflejos/habilidades/posturas de su grupo de edad.</li> </ul>	<p><b>PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Refiera a una evaluación del neurodesarrollo por especialista.</b></li> <li>● Consulta de seguimiento en la siguiente semana para evaluar qué sucedió en la consulta de referencia.</li> <li>● Enseñe los signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>● Recomendación de cuidados en casa y medidas preventivas específicas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Todos los reflejos/posturas/habilidades para su grupo de edad están presentes pero existen uno o más factores de riesgo.</li> </ul>	<p><b>DESARROLLO NORMAL CON FACTORES DE RIESGO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aconseje a la madre sobre estimulación de su hijo.</li> <li>● Realice consulta de seguimiento y control a los 15 días.</li> <li>● Enseñe a la madre signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>● Medidas preventivas dirigidas específicamente a los factores de riesgo modificables.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ausencia de uno o más reflejos/posturas/habilidades presentes para su grupo de edad, en el niño de 1 a 2 meses.</li> </ul>	<p><b>ALERTA PARA EL DESARROLLO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Felicite a la madre.</li> <li>● Aconseje a la madre para que continúe estimulando a su hijo.</li> <li>● Enseñe a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>● Hacer seguimiento en cada consulta.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Todos los reflejos/posturas/habilidades presentes para su grupo de edad y no tiene factores de riesgo, PC normal.</li> </ul>	<p><b>DESARROLLO NORMAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Felicite a la madre.</li> <li>● Aconseje a la madre para que continúe estimulando a su hijo.</li> <li>● Enseñe a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato.</li> <li>● Hacer seguimiento en cada consulta.</li> </ul>

### PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO

Si el niño presenta ausencia de uno o más reflejos, posturas o habilidades para el grupo de edad, si se trata de un lactante menor de dos meses de edad; o presenta al examen físico tres o más alteraciones fenotípicas o perímetro cefálico con alteración de 2 o más desviaciones estándar por





arriba o por debajo de la media normal para la edad, clasifique como **PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO**.

Refiera al niño para una evaluación neuropsicomotora y para que la madre sea aconsejada por un profesional (pediatra, neuropediatra) con mayor experiencia en el desarrollo infantil. Si el niño presenta alteraciones fenotípicas puede ser referido también a un servicio de genética médica para estudio y consejería familiar.

### **DESARROLLO NORMAL CON FACTORES DE RIESGO / ALERTA PARA EL DESARROLLO**

Si todas las condiciones para el grupo de edad están presentes, pero existen factores de riesgo, clasifique como **DESARROLLO NORMAL CON FACTOR DE RIESGO** o si no cumple con una de las condiciones de su edad, **ALERTA PARA EL DESARROLLO**. Debe aconsejar a la madre sobre la estimulación del niño y realice una consulta de seguimiento a los 15 días. Enseñe a la madre los signos de alarma para consultar de inmediato, entre estos tendríamos si presenta convulsiones o si deja de realizar una de las pautas ya alcanzadas (pérdida de pautas). Enseñe medidas preventivas dirigidas específicamente a los factores de riesgo que son modificables.

### **DESARROLLO NORMAL**

Si el niño cumple todas las condiciones del grupo de edad al que pertenece y además no está presente ningún factor de riesgo, se clasifica como **DESARROLLO NORMAL**. Felicite y aconseje a la madre para que continúe estimulando a su hijo. Oriente para volver a control de desarrollo de acuerdo a la rutina del servicio de salud. Sería ideal cada mes hasta los doce meses.



## EJERCICIO

### CASO FERNANDA

Fernanda tiene 28 días. Su madre tiene 15 años y usó drogas durante el embarazo. Nació a término y pesó 2.300 gramos. El parto fue normal vaginal y no lloró luego de nacer. Fue hospitalizada por 10 días. Ahora está solo al cuidado de sus abuelos, quienes la notan muy quieta y con dificultades para alimentarse. La abuela la llevó a un servicio de salud. El profesional que la atendió, luego de preguntar sobre sus condiciones de gestación, parto y nacimiento, observó que no presentaba el Reflejo de Moro, no reaccionaba a los estímulos sonoros, sus brazos y piernas estaban extendidos e hipotónicos. Su perímetro cefálico era de 36 cm. y no tenía alteraciones fenotípicas. Evalúe, clasifique y aconseje a la abuela de Fernanda en cuanto a su desarrollo, completando la ficha de evaluación. ¿Qué conducta usted tomaría de acuerdo con la clasificación dada?

## ATENCIÓN INTEGRADA AL LACTANTE MENOR DE DOS MESES

FECHA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ N° HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ COSULTA EXTERNA: \_\_\_\_\_ URGENCIAS: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ CONSULTA INICIAL: \_\_\_\_\_ CONTROL: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO (F) (M)  
 NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN (barrio o vereda): \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO / CELULAR: \_\_\_\_\_

### MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

---



---



---



---

### ANTECEDENTES DE EMBARAZO PARTO DE IMPORTANCIA

---



---



---



---

PESO AL NACER: \_\_\_\_\_ g. TALLA AL NACER: \_\_\_\_\_ cm EDAD GESTACIONAL: \_\_\_\_\_ Semanas. HEMOCLASIFICACIÓN: \_\_\_\_\_  
 PESO: actual \_\_\_\_\_ g. TALLA: \_\_\_\_\_ cm PC: \_\_\_\_\_ cm FC: \_\_\_\_\_ /min FR: \_\_\_\_\_ /min T°: \_\_\_\_\_ °c

### EVALUAR Y CLASIFICAR AL LACTANTE MENOR DE 2 MESES DE EDAD

#### VERIFICAR SI TIENE UNA ENFERMEDAD MUY GRAVE O INFECCIÓN LOCAL

¿Puede beber o tomar el pecho?  SI  NO  -Se mueve solo al estímulo - Letárgico - "Se ve o luce mal"  
 SI  NO  - Irritable - Palidez - Cianosis

¿Ha tenido vómito?  SI  NO  - Ictericia precoz o importante por clínica o bilirrubinas

¿Vomita todo?  SI  NO  -FR ≥ 60 o < 30 por min - FC > 180 o < 100 por minuto

¿Tiene dificultad para respirar?  SI  NO  Explique: \_\_\_\_\_  
 SI  NO  - Apneas - Aleteo nasal - Quejido - Estridor  
 SI  NO  - Sibilancia - Tiraje subcostal grave - Supuración de oído  
 SI  NO  - Secreción purulenta conjuntival - Edema palpebral

¿Ha tenido fiebre?  SI  NO  - Pústulas o vesículas en piel: - Muchas o extensas

¿Ha tenido hipotermia?  SI  NO  - Pocas y localizadas

¿Ha tenido convulsiones?  SI  NO  - Secreción purulenta ombligo - Eritema periumbilical

¿Cuántos pañales ha orinado en las últimas 24 horas? \_\_\_\_\_  
 SI  NO  - Placas blanquecinas en la boca  
 SI  NO  - Equimosis - Petequias - Hemorragia  
 SI  NO  - Distensión abdominal - Llenado capilar > 3 seg.  
 SI  NO  - Fontanela abombada

**ENFERMEDAD  
GRAVE**

**INFECCIÓN  
LOCAL**

**NO TIENE  
ENFERMEDAD  
GRAVE NI  
INFECCIÓN  
LOCAL**



¿TIENE EL NIÑO DIARREA?		SI _____	NO _____
¿Desde cuándo? _____ días	Estado general:	Letárgico o comatoso	<b>DESHIDRATACIÓN NO DESHIDRATACIÓN D. PROLONGADA DIARREA CON SANGRE</b>
¿Hay sangre en las heces? SI__ NO__		Intranquilo o irritable	
Pliegue cutáneo:		Ojos hundidos Inmediato Lento	
VERIFICAR EL CRECIMIENTO Y LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN:			
¿Tiene alguna dificultad para alimentarse? SI__ NO__ ¿Cuál? _____	*PESO/EDAD _____ DE		<b>PESO MUY BAJO O PROBLEMA SEVERO DE ALIMENTACIÓN</b>  <b>PESO BAJO O RIESGO O PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN</b>  <b>ADECUADAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN Y PESO ADECUADO</b>
¿Ha dejado de comer? SI__ NO__	*PESO/TALLA _____ DE		
¿Desde cuándo? _____ días	*Si es <7 días: Pérdida peso _____%		
¿Se alimenta con leche materna? SI__ NO__	*Tendencia peso: Ascendente	Descendente Horizontal	
¿La ofrece en forma exclusiva? SI__ NO__	*EVALUAR EL AGARRE:		
¿Cuántas veces en 24 horas? _____	Tiene la boca bien abierta		
¿Recibe otra leche, otro alimento o bebida? SI__ NO__	Toca el seno con el mentón		
¿Cuáles y con qué frecuencia? _____	Labio inferior volteado hacia afuera		
_____	Se ve más areola por encima del labio		
¿Cómo prepara la otra leche? _____	*EVALUAR POSICIÓN:		
_____	Cabeza y cuerpo del niño derechos		
¿Qué utiliza para alimentarlo? _____	Dirección al pecho/nariz frente pezón		
¿Utiliza chupo? SI__ NO__	Hijo frente madre: barriga con barriga		
_____	Madre sostiene todo el cuerpo		
*EVALUAR SUCCIÓN: lenta y profunda con pausas			
VERIFICAR SI EXISTE PROBLEMA EN EL DESARROLLO			
¿Son parientes los padres? SI__ NO__	-PC: _____ cm	PC/E: _____ DE	<b>PROBABLE RETRASO EN EL DESARROLLO</b>  <b>D. NORMAL CON FACTORES DE RIESGO</b>  <b>ALERTA PARA EL DESARROLLO</b>  <b>D. NORMAL</b>
¿Hay un familiar con problema mental o Físico? SI__ NO__	-El menor de 1 mes realiza:		
¿Quién cuida al niño? _____	*Reflejo de Moro	*Reflejo Cócleo-palpebral	
¿Cómo ve el desarrollo del niño? _____	*Reflejo de succión	*Manos cerradas	
Antecedente importante en embarazo, Parto o neonatal: _____	*Brazos y piernas flexionadas, cabeza lateralizada		
_____	-De 1 a 2 meses de edad:		
Alteración fenotípica _____	*Vocaliza	*Movimiento de piernas alternado	
	*Sonrisa social	*Abre las manos	



## 10. EVALUAR OTROS PROBLEMAS

No se menciona en este capítulo la evaluación del maltrato e inmunizaciones, porque se tratan simultáneamente con la evaluación del niño mayor de dos meses de edad. Realice el examen físico completo con el niño desnudo.

Recuerde que el esquema de vacunación del menor de 2 meses consta de:  
1 dosis de BCG y 1 dosis de hepatitis B al nacimiento.

Posteriormente pregunte por cualquier otro problema que pueda tener el niño y los padres lo mencionen y, según su conocimiento, decida el manejo a seguir o la necesidad de remisión, como en los casos de problemas óseos congénitos (pie equino varo, etcétera) y otras enfermedades.





**DETERMINAR EL  
TRATAMIENTO**



## DETERMINAR EL TRATAMIENTO

En los capítulos anteriores usted aprendió a evaluar al niño menor de cinco años de edad y clasificar las enfermedades que pueda presentar. El próximo paso consiste en determinar los tratamientos necesarios. En algunos casos necesitará hospitalizar o referir a donde pueda recibir tratamiento adicional. De ser así, usted comenzará a administrar tratamientos de urgencia antes de hospitalizar o referir.

### OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE:

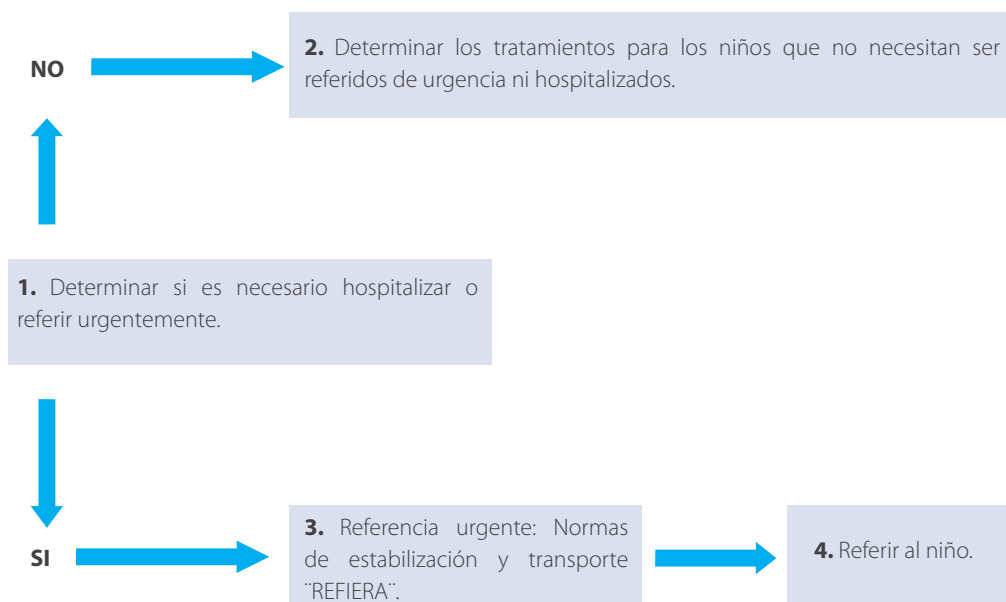
- Este capítulo describirá y permitirá practicar las técnicas siguientes:
- Determinar si es necesario hospitalizar o referir urgentemente.
- Determinar los tratamientos que se necesitan.

Si se trata de niños enfermos que requieren ser referidos con urgencia:

- Determinar los tratamientos urgentes que se deben dar antes de referir al niño al hospital.
- Explicar a la madre la necesidad de referir al hospital.
- Llenar el formato de referencia.

Este capítulo está dedicado a determinar los tratamientos que necesita un niño; el capítulo siguiente TRATAMIENTO, le enseñará cómo administrarlos. El siguiente gráfico muestra los pasos involucrados en la determinación de tratamiento. Cada paso corresponde a una sección del módulo. En su mayoría los niños no necesitarán ser referidos de urgencia al hospital, el paso dos versa sobre ellos. Pero para los que sí necesitan ser referidos de urgencia, usted pasará directamente al paso tres.

**Gráfica 30.** Determinación de tratamiento





En este capítulo se usará la columna Tratamiento del cuadro Evaluar y Clasificar, para ver los tratamientos enumerados. Si un niño tiene una sola clasificación será fácil determinar qué se puede hacer por él. Sin embargo, muchos niños tienen más de una clasificación y usted deberá revisar la lista. En algunos casos los tratamientos serán los mismos, por ejemplo, la neumonía y la otitis media aguda se pueden tratar con el mismo antibiótico, pero en algunos será necesario realizar varios tratamientos diferentes para enfermedades diferentes.

Para algunos niños, el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR dice “Hospitalizar o referir URGENTEMENTE”. Se refiere a todo niño que requiera atención en un nivel de complejidad superior.

Si el niño es trasladado de un Centro de Salud a un hospital, primero debe decidir qué tratamientos urgentes se necesitan, antes de referirlo. Algunos tratamientos, como el uso de mecha para secar oído, no son urgentes y no se deben administrar antes de referir al niño al hospital. Este capítulo le ayudará a decidir cuáles son los tratamientos urgentes.

En algunos casos, cuando es casi imposible la referencia al hospital, es preferible darle el mejor tratamiento disponible en su unidad, mientras es referido. En otras oportunidades es mejor retrasar una referencia hasta lograr estabilizar un niño en el servicio, que enviarlo en malas condiciones a un viaje en el que probablemente morirá en el camino.

## **1. DETERMINAR SI ES NECESARIO HOSPITALIZAR O REFERIR URGENTEMENTE**

Todas las clasificaciones graves se encuentran de color rojo en los cuadros de procedimientos e incluyen:

Para los lactantes menores de dos meses de edad:

- GESTACIÓN CON RIESGO INMINENTE
- PARTO CON RIESGO INMINENTE
- REANIMACIÓN
- ALTO RIESGO AL NACER
- ENFERMEDAD MUY GRAVE
- DIARREA CON DESHIDRATACIÓN
- DIARREA PROLONGADA
- DIARREA CON SANGRE
- PROBLEMA SEVERO DE ALIMENTACIÓN O PESO MUY BAJO PARA LA EDAD
- PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO



Para los niños de dos meses a cinco años de edad:

- ENFERMEDAD MUY GRAVE
- BRONQUIOLITIS GRAVE
- SIBILANCIA GRAVE
- SIBILANCIA RECURRENTE GRAVE
- CRUP GRAVE
- NEUMONÍA GRAVE
- DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE
- DIARREA PERSISTENTE GRAVE
- ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO ALTO
- MALARIA COMPLICADA
- DENGUE GRAVE
- DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA
- MASTOIDITIS
- CELULITIS FACIAL
- ENFERMEDAD BUCAL GRAVE
- TRAUMATISMO BUCODENTAL
- OBESO
- DESNUTRICIÓN GRAVE
- ANEMIA GRAVE
- MALTRATO FÍSICO MUY GRAVE
- ABUSO SEXUAL
- PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO

Observe la indicación **“Hospitalizar o referir URGENTEMENTE”**, significa que debe referirse inmediatamente después de administrarle cualquier tratamiento urgente, excepción:

- Para **DIARREA PERSISTENTE GRAVE**, se indica simplemente “hospitalizar o referir”, esto quiere decir que si se necesita referir, hay tiempo para administrar todos los tratamientos necesarios antes de ello.
- En el niño clasificado como **PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO**, se indica referir para una evaluación especializada por personal más capacitado o para atención por un equipo en una unidad de mayor resolución.
- En la clasificación **MALTRATO FÍSICO GRAVE** y en la de **ABUSO SEXUAL**, según su condición clínica debe ser referido a una unidad de mayor resolución. Además se debe notificar y reportar el caso.
- Hay una posible excepción más; usted podrá tratar a un niño cuya única clasificación grave es **DESHIDRATACIÓN GRAVE**, si su servicio de salud tiene la capacidad para tratarlo.



- El niño clasificado como **ENFERMEDAD BUCAL GRAVE Y TRAUMATISMO BUCODENTAL** deben referirse prioritariamente a consulta de odontología, no a un servicio de hospitalización, pero sí requiere una valoración urgente por este especialista.

En casos excepcionales, los niños presentan un signo general de peligro sin una clasificación grave. Deberán hospitalizarse o referirse al hospital con urgencia. En la parte inferior del cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR hay un recuadro para recordarle:

**CERCIÓRESE DE QUE EL NIÑO QUE PRESENTE CUALQUIER SIGNO DE PELIGRO SEA HOSPITALIZADO O REFERIDO, después de recibir cualquier otro tratamiento de urgencia.**  
**Excepción: Los signos de peligro podrían resolverse con la rehidratación indicada en el plan C, en cuyo caso no será necesario hospitalizar o referir.**

**HOSPITALIZAR O REFERIR POR OTROS PROBLEMAS GRAVES:** En el cuadro Evaluar y Clasificar no figuran todos los problemas que los niños pueden tener, usted deberá preguntarse: ¿Tiene algún otro problema grave que no pueda tratarse en este servicio de salud? Por ejemplo, puede tener un problema grave que no aparece en el cuadro como abdomen agudo. Si usted no puede tratar un problema grave, tendrá que referir al hospital.

Recuerde que la mayoría de los niños no tendrán ninguno de los signos generales de peligro, clasificaciones graves ni otros problemas graves. Si el niño no presenta ninguno de estos, no necesita referirlo urgentemente al hospital. Usted determinará los tratamientos necesarios según se describe en la sección 2.

### EJEMPLO 1

Magnolia es una niña de siete meses. Presenta un signo general de peligro: está somnolienta. Tiene diarrea con DESHIDRATACIÓN GRAVE, pero ninguna otra clasificación grave, de modo que el personal de salud recurrirá al plan C. Como en el servicio se puede administrar terapia intravenosa, tratará a Magnolia con líquidos en el servicio. Si Magnolia se rehidrata adecuadamente y deja de estar somnolienta, no necesitará ser referida.





## EJERCICIO

En este ejercicio usted decidirá si se necesita hospitalizar o referir con urgencia. Indique con una marca (X) la respuesta correcta.

1. Sara tiene 11 meses de edad. No presenta signos generales de peligro. Tiene:

- BRONQUIOLITIS
- OTITIS MEDIA AGUDA
- OBESIDAD

¿Necesita Sara hospitalizarse o referirse de urgencia? Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

2. Nora es una niña de seis meses de edad. No presenta signos generales de peligro, su clasificación es:

- TOS O RESFRIADO
- DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN
- DIARREA PERSISTENTE
- DESNUTRICIÓN

¿Necesita Nora hospitalizarse o referirse de urgencia? Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

3. David tiene siete meses de edad, no presenta signos generales de peligro, tiene:

- MASTOIDITIS
- MALARIA
- SOBREPESO

¿Necesita David hospitalizarse o referirse de urgencia? Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

4. Marcela tiene dos años de edad, tuvo una convulsión esta mañana y no está comiendo bien. Su clasificación es:

- ADECUADO ESTADO NUTRICONAL
- Ninguna otra clasificación del cuadro

¿Necesita Marcela hospitalizarse o referirse de urgencia? Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

**5.** Néstor tiene nueve meses, está anormalmente somnoliento, tiene:

- DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE
- ENFERMEDAD FEBRIL DE BAJO RIESGO
- MALARIA
- RIESGO DESNUTRICIÓN

Ninguna otra clasificación. Su servicio de salud puede administrar terapia intravenosa.

¿Necesita Néstor hospitalizarse o referirse de urgencia? Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

**6.** Emilio es un niño de 15 meses, dejó de beber hoy y tiene:

- DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE
- ADECUADO ESTADO NUTRICONAL
- Ninguna otra clasificación. El servicio de salud no puede realizar hidratación intravenosa ni por sonda.

¿Necesita Emilio referirse hospitalizarse o referirse de urgencia? Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

**7.** Judith tiene dos años, no tiene signos generales de peligro, tiene:

- NEUMONÍA GRAVE
- DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE
- OTITIS MEDIA AGUDA
- SOBREPESO

Ninguna otra clasificación grave, su servicio puede realizar hidratación intravenosa.

¿Necesita Judith hospitalizarse o referirse de urgencia? Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_



## 2. DETERMINAR LOS TRATAMIENTOS PARA LOS NIÑOS QUE NO NECESITAN SER HOSPITALIZADOS O REFERIDOS CON URGENCIA

Para cada clasificación de la historia clínica, usted deberá escribir los tratamientos correspondientes, los cuales se encuentran en la columna TRATAMIENTO del cuadro de procedimientos EVALUAR Y CLASIFICAR, usted deberá anotar todos los tratamientos que aplican al niño.

Asegúrese de incluir la consulta de seguimiento para que la madre regrese. Esta consulta es muy importante para asegurar que el tratamiento está funcionando y para proveer otros tratamientos que se requieran. Algunas enfermedades tendrán seguimiento en un número de días determinado y otras tendrán consulta de seguimiento solo si el síntoma persiste, por ejemplo si la tos no cede o la fiebre continúa, etcétera.

El niño con anemia deberá comenzar tratamiento con hierro para la anemia y Albendazol, si tiene más de un año y no ha sido desparasitado en los últimos seis meses. Sin embargo, si el niño necesita otros tratamientos como antibiótico para la neumonía, trate primero con antibiótico y posteriormente, en la consulta de seguimiento, cuando termine el tratamiento antibiótico, inicie el manejo de la anemia. Se deben priorizar los tratamientos, porque si se administran múltiples medicamentos simultáneos, puede que el niño vomite y no los reciba y se quede sin tratar un problema importante.

Si el niño necesita vitamina A, zinc o algún suplemento para más de un problema, deberá registrarlo una sola vez. Pero si necesita antibiótico para más de un problema, deberá anotarlos todas las veces. Si el mismo antibiótico es apropiado para 2 problemas diferentes, deberá administrarse solo ese antibiótico; pero dos problemas pueden requerir antibióticos diferentes. Usted aprenderá más adelante a elegir los antibióticos. Nunca olvide enseñar los signos de alarma para volver de inmediato al servicio de salud.

### 2.1 ENSEÑAR A LA MADRE CUÁNDO VOLVER AL SERVICIO DE SALUD

TODA madre que lleve a su hijo a la casa debe conocer cuándo es importante volver a ver al personal de salud. Tal vez tenga que volver:

- Para una consulta de control en un determinado número de días (por ejemplo, cuando se necesita determinar la mejoría alcanzada con un antibiótico).



- INMEDIATAMENTE, si aparecen signos de alarma que indican empeoramiento de la enfermedad.
- Para la próxima inmunización del niño (la próxima consulta para atención del niño sano).

Es particularmente importante enseñarle a la madre a reconocer los signos que indican la necesidad de regresar de inmediato.

### 2.1.1 CONSULTA DE CONTROL DEL NIÑO MAYOR DE DOS MESES

Ciertos problemas necesitan atención de seguimiento en determinado número de días, por ejemplo, la neumonía, la disentería y la otitis media aguda exigen consulta de control para asegurar la respuesta al antibiótico. La sibilancia requiere control para asegurar la broncodilatación esperada con el salbutamol. La diarrea persistente necesita consulta de control para asegurar que los cambios de alimentación surtan efecto. Algunos otros problemas, como la fiebre, necesitan consulta de control solo si el problema persiste. Al final del control por una enfermedad, explique a la madre cuándo debe regresar. A veces el niño puede necesitar consulta de control para más de un problema. En esos casos, dígame a la madre el plazo definitivo mínimo o más próximo en que debe regresar. También infórmele cualquier consulta de control que se pueda necesitar antes, si persiste un problema como la fiebre.

**Tabla 57.** Resumen fechas de consultas de control para diferentes problemas

SI EL NIÑO TIENE	VOLVER A CONSULTA DE CONTROL EN:
DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA	24 Horas
BRONQUIOLITIS	2 Días
SIBILANCIA, si persisten los síntomas	
SIBILANCIA RECURRENTE, si persisten los síntomas	
CRUP si persisten los síntomas	
NEUMONÍA	
DIARREA CON ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN, si persiste la diarrea	
DIARREA CON ALTO RIESGO DE DESHIDRATACIÓN, si persiste la diarrea	
DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN, si persiste la diarrea	
DIARREA PERSISTENTE	
DISENTERÍA	
ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO INTERMEDIO	
ENFERMEDAD FEBRIL DE BAJO RIESGO, si persiste la fiebre	
MALARIA	
OTITIS MEDIA AGUDA	
ESTOMATITIS Y/O GINGIVITIS, si persisten los síntomas	
TOS O RESFRIADO, si persiste la tos	5 Días
PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO	7 Días



OTITIS MEDIA CRÓNICA OBESO DESNUTRICIÓN ANEMIA MALTRATO FÍSICO SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL MALTRATO EMOCIONAL, NEGLIGENCIA O ABANDONO DESARROLLO NORMAL CON FACTORES DE RIESGO ALERTA EN EL DESARROLLO	14 Días
SOBREPESO ALTO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL RIESGO DESNUTRICIÓN	30 Días

### 2.1.2 CONSULTA DE CONTROL PARA LACTANTES MENORES DE DOS MESES

Se recomiendan las visitas de seguimiento para los lactantes menores de dos meses de edad con clasificación de INFECCIÓN LOCAL, DIARREA, CANDIDIASIS ORAL, BAJO PESO PARA LA EDAD, PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN Y ANEMIA. Las instrucciones para llevar a cabo las consultas de seguimiento del lactante enfermo menor de dos meses de edad figuran en los cuadros de CONSULTA DE CONTROL DEL MENOR DE DOS MESES.

En la visita de seguimiento, el lactante enfermo menor de dos meses de edad se evalúa de manera diferente que en la visita inicial. Una vez enterado de que el lactante ha venido al servicio de salud para el seguimiento, pregunte si ha tenido problemas nuevos. Un lactante que tenga un problema nuevo debe recibir una evaluación completa como si se tratara de la visita inicial.

**Tabla 58.** Seguimiento del lactante enfermo menor de dos meses

SI EL NIÑO TIENE	VOLVER PARA CONSULTA DE SEGUIMIENTO EN
INFECCIÓN LOCAL DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN PESO BAJO O EN RIESGO	2 días
RECIÉN NACIDO DE MEDIANO RIESGO RECIÉN NACIDO DE BAJO RIESGO	En los siguientes 3 días
PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN PESO BAJO O EN RIESGO, seguimiento del peso	7 días
PRÁCTICAS ADECUADAS DE ALIMENTACIÓN Y PESO ADECUADO	30 días

### 2.1.3 ¿CUÁNDO VOLVER DE INMEDIATO AL SERVICIO DE SALUD?

Observe que la historia clínica incluye “Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato”. Debe enseñarlos a todas las madres; recuerde que todas las enfermedades tienen la





posibilidad de empeorar en casa a pesar del tratamiento; si la madre conoce los signos de alarma y consulta de nuevo a tiempo, el niño recibirá la atención que necesita para su nueva clasificación. Utilice vocabulario que la madre entienda y recuerde que se trata de enseñar un número reducido de signos que la madre pueda recordar fácilmente y no todos los signos que puede tener una enfermedad.

Use la tarjeta para la madre, a fin de enseñar los signos que indican que debe volver inmediatamente. Use términos que la madre pueda entender. La tarjeta para la madre presenta los signos en palabras y dibujos. Marque con un círculo los signos que la madre debe recordar. Asegúrese de que la madre entienda.

Recuérdle a la madre que el hecho de haber examinado a su hijo no significa que la sola consulta lo mejore. Algunos pacientes pueden empeorar y la madre debe conocer los signos que indican que su hijo ha empeorado, ya que si consulta a tiempo puede salvarle la vida.

**Tabla 59.** Resumen de los signos de alarma:

<b>SIGNOS DE ALARMA PARA VOLVER DE INMEDIATO AL SERVICIO DE SALUD</b>	
●	<b>CUALQUIER NIÑO ENFERMO QUE:</b>
●	NO PUEDE BEBER NI TOMAR EL PECHO
●	VOMITA TODO
●	EMPEORA O NO SE VE BIEN
●	APARECE FIEBRE
●	<b>SI EL NIÑO TIENE NEUMONÍA, TOS O RESFRIADO REGRESAR SI PRESENTA:</b>
●	RESPIRACIÓN RÁPIDA
●	DIFICULTAD PARA RESPIRAR
●	NO PUEDE BEBER NI TOMAR EL PECHO
●	VOMITA TODO
●	EMPEORA O NO SE VE BIEN
●	APARECE FIEBRE
●	<b>SI EL NIÑO TIENE DIARREA, REGRESAR SI:</b>
●	SANGRE EN HECES
●	HECES LÍQUIDAS Y ABUNDANTES MÁS DE 10 EN 24 HORAS
●	NO PUEDE BEBER NI TOMAR EL PECHO
●	VOMITA TODO
●	EMPEORA O NO SE VE BIEN
●	APARECE FIEBRE
●	<b>CUALQUIER LACTANTE MENOR DE 2 MESES QUE:</b>
●	NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO
●	EMPEORA O NO SE VE BIEN
●	CIANOSIS O ICTERICIA
●	DIFICULTAD PARA RESPIRAR
●	SANGRE EN LAS HECES
●	FIEBRE O HIPOTERMIA
●	VOMITO PERSISTENTE



Esta es una de las secciones más importantes "CUÁNDO VOLVER". Explique a todas las madres que deben regresar de inmediato si aparece uno de los siguientes signos de alarma, no importa la hora ni el tiempo transcurrido entre la consulta y la aparición del signo de alarma.

- No puede beber ni tomar el pecho
- Vomita todo
- Empeora o no se ve bien
- Aparece fiebre

Excepción: si el niño ya tenía fiebre, usted no debe decirle a la madre que regrese inmediatamente si el niño tiene fiebre.

Explique a las madres de los niños clasificados como NEUMONÍA, TOS O RESFRIADO, BRONQUIOLITIS, SIBILANCIAS o CRUP que deben estar pendientes de los siguientes signos, pues estos pueden indicar que el niño ha empeorado:

- Respiración rápida
- Dificultad para respirar
- No puede beber ni tomar el pecho
- Vomita todo
- Empeora o no se ve bien
- Aparece fiebre

Excepción: si el niño ya tiene respiración rápida, no necesita enseñarle a la madre este signo. Explique detalladamente todos los otros signos. Si las madres no entienden la importancia de estos signos, probablemente no regresen cuando empeore y, por tanto, el niño corre riesgo de morir.

Enseñe a las madres de los niños con DIARREA que regresen de inmediato al servicio de salud si el niño presenta:

- Sangre en heces
- Heces líquidas y abundantes más de 10 en 24 horas



- No puede beber ni tomar del pecho
- Vomita todo
- Empeora o no se ve bien
- Aparece fiebre

Excepción: si el niño ya tiene sangre en heces, no necesita decirle a la madre este signo. Enseñe todos los demás signos de alarma.

Enseñe a las madres de todos los lactantes menores de dos meses de edad que regresen de inmediato al servicio de salud si presenta cualquiera de los siguientes signos de alarma:

- No puede beber o tomar del pecho
- Empeora o no se ve bien
- Cianosis o ictericia
- Dificultad para respirar
- Sangre en las heces
- Fiebre o hipotermia
- Vómito persistente

Excepción: si el lactante ya está icterico explique a la madre que regrese solo si la ictericia empeora.

#### **2.1.4 PRÓXIMA CONSULTA PARA LA ATENCIÓN DEL NIÑO SANO**

Recuerde a la madre la próxima consulta para inmunización, a menos que tenga mucho que recordar y vaya a volver pronto. Por ejemplo, si una madre debe recordar un horario para dar un antibiótico, instrucciones para cuidado en la casa y una consulta de control en dos días, no le diga nada de la consulta que se necesitará para el niño sano en un plazo de un mes. Sin embargo, registre la fecha de la próxima inmunización en la tarjeta para la madre.





## EJERCICIO

En este ejercicio usted describirá los signos de alarma que enseñará a cada madre sobre cuándo deben volver al servicio de salud de inmediato.

### 1. El niño:

No presenta signos generales de peligro. Tiene OTITIS MEDIA AGUDA, ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL, ¿Cuáles son los signos de alarma para regresar de inmediato? ¿Cuándo debe regresar a consulta de control?

---

---

### 2. El niño:

No presenta signos generales de peligro; tiene diarrea SIN DESHIDRATACIÓN, tiene DIARREA PERSISTENTE, ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL. No tiene ninguna otra clasificación. ¿Cuáles son los signos de alarma para regresar de inmediato? ¿Cuándo debe regresar a consulta de control?

---

---

### 3. El niño:

No presenta signos generales de peligro, se clasifica como BRONQUIOLITIS, RIESGO DE DESNUTRICIÓN. No tiene ninguna otra clasificación. ¿Cuáles son los signos de alarma para regresar de inmediato? ¿Cuándo debe regresar a consulta de control?

---

---

### 4. El niño:

No presenta signos generales de peligro. Tiene diarrea SIN DESHIDRATACIÓN, tiene DISENTERÍA, SOBREPESO. No tiene ninguna otra clasificación. ¿Cuáles son los signos de alarma para regresar de inmediato? ¿Cuándo debe regresar a consulta de control?

---

---

### 5. El niño:

No presenta signos generales de peligro. Tiene NEUMONÍA, ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO INTERMEDIO, RIESGO DE DESNUTRICIÓN. No tiene ninguna otra clasificación. ¿Cuáles son los signos de alarma para regresar de inmediato? ¿Cuándo debe regresar a consulta de control?

---

---

---

### 3. HOSPITALIZACIÓN O REFERENCIA URGENTE

Los tratamientos de urgencia previos a la referencia se enumeran 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 lactante o al niño según se describe en este capítulo. De igual forma, en los servicios de urgencias debe iniciarse el tratamiento antes de hospitalizar el niño, muchas veces la hospitalización en la misma institución puede demorarse de 6 a 12 horas, usted deberá iniciar el tratamiento.

#### **NORMAS DE REFERENCIA: ESTABILIZACIÓN Y TRANSPORTE “REFIERA”**

Una vez ha tomado la decisión de referir, la referencia debe asegurar que el niño llegue al hospital en las mejores condiciones posibles. Es mejor retardar una referencia para estabilizar, canalizar o aún, intubar, que enviar a un viaje en el cual tiene la posibilidad de morir. Es mucho más fácil estabilizar al niño en un servicio que en el camino, en una ambulancia, sin recursos técnicos y muchas veces con personal con menos experiencia.

Recuerde que todo lo que usted ha hecho evaluando en forma adecuada y haciendo una adecuada clasificación y diagnóstico se pierde si el niño muere en el camino al hospital. Por esta razón, cuando se toma la decisión de referir se debe cumplir con las **NORMAS DE REFERENCIA: ESTABILIZACIÓN Y TRANSPORTE.**

La palabra **“REFIERA”** se utiliza como nemotecnia para que usted no olvide ninguno de los pasos que se deben cumplir cuando se refiere un niño de cualquier edad.

- R:** Respiración = Oxígeno
- E:** Estabilidad hemodinámica
- F:** Frío = Evitar hipotermia
- I:** Información a padres y cuidadores
- E:** Energía = Glucosa
- R:** Registro y monitorización
- A:** Administración de líquidos y medicamentos

A continuación se desarrollarán cada uno de estos siete pasos que aseguran un adecuado traslado del paciente.

#### **3.1 R: RESPIRACIÓN = OXÍGENO**

Todo niño con clasificaciones graves, con signos de peligro, con problemas respiratorios, cuadros de choque o enfermedades clasificadas como ENFERMEDAD MUY GRAVE, y todos los que requirieron alguna maniobra de reanimación, deben ser referidos con oxígeno suplementario.



No existe un método ideal para suministrar oxígeno, ni existe un método que sea mejor que otro. La forma de administrar el oxígeno depende de la disponibilidad de equipo, la adaptación del niño con el método y la concentración requerida de oxígeno.

### Fuentes:

Se debe disponer de oxígeno continuamente. Las dos fuentes principales son los cilindros y los concentradores de oxígeno. Es importante que se verifique la compatibilidad de todos los equipos.

El tiempo de duración de una bala de oxígeno es:

Cilindros (bala) pequeña =  $0,28 \times \text{lb/flujo por minuto} = \text{tiempo de duración en minutos}$ .

Cilindros (bala) grande =  $3,14 \times \text{lb/flujo} \times \text{minuto} = \text{tiempo de duración en minutos}$ .

- **Administración de oxígeno:**

Los métodos recomendados inicialmente para la administración de oxígeno a esta edad son la cánula nasal y la cámara cefálica. En la mayoría de los casos se prefiere la cánula nasal. La cánula nasal es el mejor método para administrar oxígeno a los lactantes menores y a los niños con crup y tos ferina.

- **Cánula Nasal:** son tubos cortos que se colocan en los orificios nasales. Introduzca apenas en los orificios nasales y fije con un trozo de cinta adhesiva a las mejillas, cerca de la nariz. Debe cuidarse de mantener los orificios nasales libres de secreción porque podría bloquearse el flujo de oxígeno. Administre una velocidad de flujo máximo de 1 L/min., en lactante, usualmente, de 0.25 a 0,5 L/min. Con la cánula nasal no se requiere humidificación.



- **Catéter Nasal:** es un catéter Nº 6 u 8 F que se pasa por la parte posterior de la cavidad nasal. Coloque el catéter a una distancia igual a la que hay desde el costado del orificio nasal hasta el margen interno de la ceja. La punta del catéter NO debe ser visible por debajo de la úvula. Fije una velocidad de flujo de 1-2 L/min. Cuando se usa un catéter nasal no se requiere humidificación.



- **Catéter Nasofaríngeo:** es un catéter Nº 6 u 8 F que se pasa hacía la faringe inmediatamente por debajo del nivel de la úvula. Coloque el catéter a una distancia equivalente a la que hay desde el costado del orificio nasal hasta la parte delantera del oído. La punta del catéter debe verse justo por debajo de la úvula. Si se coloca mucho más abajo puede producir náuseas, vómitos y ocasionalmente distensión gástrica. Fije una velocidad de flujo de 1-2 L/min. No exceda este flujo por riesgo de distensión. Requiere humidificación.



**Tabla 60.** Administración de oxígeno

MÉTODO	Concentración de O <sub>2</sub> (% de O <sub>2</sub> L/min en un niño de 5 Kg.)	Humidificación	Cambios en la concentración con la respiración por boca	Obstrucción de las vías aéreas por moco / incrementar la hipoxemia	Posibilidad que se desconecte, cambiando la concentración de O <sub>2</sub>	Riesgo de distensión gástrica con mala posición o flujo elevado
<b>Cánula Nasal</b>	30 – 50	No requerida	+++	+	++	No
<b>Catéter Nasal</b>	35 – 40	No requerida	++	++	+	+
<b>Catéter Nasofaríngeo</b>	45 – 60	Requerida	+	+++	++	+++
<b>Cámara Cefálica</b>	Variable	No requerida	Ninguno	No	+++	No
<b>Mascarilla</b>	Variable	No requerida	Ninguno	No	+++	No

### 3.2 E: ESTABILIDAD HEMODINÁMICA

Un niño con signos de deshidratación severa por diarrea o con hipovolemia de otra etiología o choque, debe ser estabilizado antes de hospitalizar o referir.

La ausencia de tensiómetro pediátrico no es disculpa para no realizar una buena evaluación del estado de la volemia. Algunos signos clínicos son buenos predictores de hipovolemia, baja perfusión y necesidad de mejorar volemia. Estos son los signos que evalúan hipoperfusión:

- Llenado capilar mayor de 2 segundos
- Palidez o moteado de la piel
- FC: taquicardia mayor de 180 por minuto

El tratamiento en estos casos es, inicialmente, cargas rápidas de líquidos, usualmente Lactato Ringer o Solución Salina Normal al 0.9% a un volumen de 10 a 20 ml/Kg. en 30 minutos o menos si es necesario.

### 3.3 F: FRÍO = EVITAR HIPOTERMIA

El recién nacido no tiene un adecuado control de temperatura y esta puede descender rápidamente si no se abriga y no se mantiene en un ambiente térmico cálido. La hipotermia puede producir daño cerebral e incluso la muerte. Sería ideal haber remitido a la madre gestante antes del parto y no al recién nacido.

La temperatura ideal del lactante menor es de 37°C para referir, esto se consigue con incubadora humana (piel a piel) o incubadora de transporte. Debe referirse al niño en contacto piel a piel con su madre, si es posible, utilizando el sistema canguro. La ropa del recién nacido debe estar tibia, con cobertores si es posible. También puede mantenerse el ambiente térmico utilizando lámparas de calor radiante o incubadoras.

Debe tenerse precaución cuando se decide utilizar métodos caseros no seguros para calentar un recién nacido. Se pueden presentar accidentes y quemaduras por la utilización de métodos inseguros.

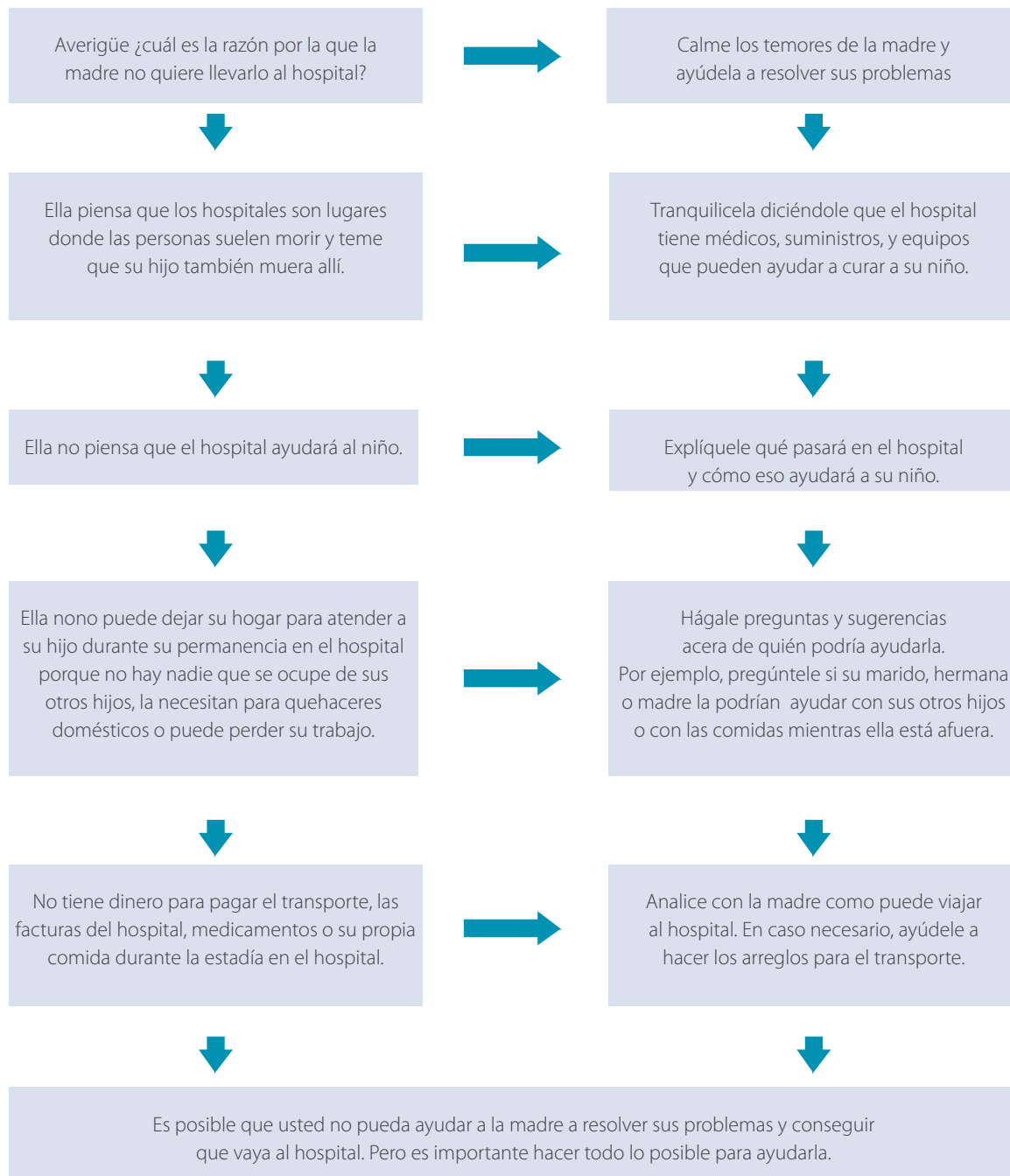


### 3.4 I: INFORMACIÓN A PADRES Y CUIDADORES

Es fundamental informar a los padres. Recuerde que se encuentran preocupados, su hijo tiene un problema grave. Escuche todos los temores que tengan y trate de resolver sus dudas.

- Explique a la madre la necesidad de hospitalizar o referir y obtenga su consentimiento. Si usted sospecha que ella no quiere llevarlo u hospitalizarlo, identifique sus razones. Ayude a calmar sus temores y resuelva otras dificultades que pueda tener.



**Gráfica 31.** Diagrama información a padres y cuidadores

- Tenga en cuenta el riesgo social del niño. Algunos niños que en los gráficos quedan clasificados en amarillo y podría manejarse ambulatoriamente, podrán requerir hospitalización por las condiciones sociales y familiares. Ejemplo: un niño con NEUMONIA que no puede volver a control si empeora, debería ser hospitalizado. El profesional debe decidir si las condiciones son adecuadas para tratar al niño en casa o es mejor hospitalizarlo para asegurar su manejo, por ser un niño con un factor de riesgo social.

### 3.5 E: ENERGÍA = GLUCOSA

El tratamiento urgente previo a la referencia contempla la prevención de la hipoglicemia. Se produce hipoglicemia asociada a infecciones graves como meningitis y septicemia. También en niños que no han recibido alimentación durante muchas horas. La hipoglicemia puede producir daño cerebral irreversible.

En el desnutrido severo, lactante menor y especialmente en el recién nacido, es vital prevenir la hipoglicemia (glicemia menor a 46 mg%). Las secuelas que este trastorno deja sobre el cerebro son severas y muchas veces más importantes que la misma enfermedad de base. La muerte del recién nacido puede ocurrir por esta causa.

Administre a los recién nacidos la glucosa en forma de dextrosa de la siguiente forma:  
Dextrosa al 10% sin electrolitos 80 ml/kg/día, los cuales pueden administrarse por catéter umbilical o por vena periférica, si está disponible. Como los volúmenes en el recién nacido son muy pequeños, es ideal administrarla a través de bomba de infusión o con equipo de microgoteo. Si no hay disponible ninguno de los dos, utilice un Buretrol y baje una cantidad pequeña de líquido al mismo.

Si presenta hipoglicemia, coloque bolo de dextrosa al 10% de 2 ml/kg en el recién nacido. En el niño mayor puede requerirse 2 a 4 ml/kg de DAD 10%.

#### EJEMPLO:

Recién nacido con un peso de 2.5 kg.  
Se referirá con dextrosa al 10% sin electrolitos a 80 ml/kg/día.

$80 \text{ ml} \times 2.5 \text{ kg} = 200 \text{ ml}$  en 24 horas.  
 $200 \text{ ml} / 24 \text{ h} = 8,3 \text{ ml/h}$ .

Los líquidos serán: DAD 10% sin electrolitos pasar 8 ml/hora.

El lactante mayor de dos meses referido con líquidos intravenosos, deberá recibir, si no existe deshidratación o choque, dextrosa al 5% con electrolitos. Los datos referentes a cómo calcular



los líquidos en el mayor de dos meses se tratarán en la sección 3.7 A: Administración de líquidos y medicamentos.

Es importante tener en cuenta que algunos niños serán referidos por problemas que no requieren un acceso venoso, pero en quienes se debe asegurar también el aporte adecuado de energía. Para prevenir en ellos una posible hipoglicemia, recomiende a la madre que amamante al niño durante el trayecto, cuando el lactante pueda beber y esté alimentado al pecho. También se puede utilizar otro tipo de leche o agua potable con azúcar, cuando no se tienen otros elementos para prevenir la hipoglicemia.

Todo lactante que tolere bien la vía oral y no tenga ninguna contraindicación para la misma, deberá continuar con el pecho o la vía oral. Si el niño no recibe la vía oral o no puede tragar, y es imposible un acceso venoso, coloque una sonda nasogástrica, administre 50 ml. de leche (leche materna u otro tipo de fórmula) o agua azucarada. Para preparar el agua azucarada disolver cuatro cucharaditas al ras de azúcar (20 gr.) en una taza con 200 ml. de agua potable.

### **3.6 R: REGISTRO Y MONITOREO**

Todos los niños con clasificaciones graves deben tener monitorización, la cual no implica costosos aparatos que usualmente no están disponibles en muchas de nuestras Instituciones. La mejor monitorización es la humana. Los niños con clasificaciones graves deben tener un control de signos: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, llenado capilar, signos de dificultad respiratoria o signos de deshidratación, presencia y cantidad de diuresis, cada 15 minutos o según corresponda, de acuerdo al estado clínico, hasta que el niño llegue a su hospital de destino.

Esto quiere decir que en el camino al hospital, en la ambulancia, debe ir personal de salud acompañando al niño para que monitorice sus signos. Muchas veces el niño viaja en ambulancia atrás con la madre y el personal de salud acompañante viaja en la parte delantera de la ambulancia.

### **3.7 A: ADMINISTRACIÓN DE LÍQUIDOS Y MEDICAMENTOS**

Para el lactante menor de dos meses (esto incluye el recién nacido), en la sección de E: Energía, ya se explicó la necesidad de administrar una solución que aporte un adecuado flujo metabólico de glucosa para esta edad. En cuanto al requerimiento de líquidos, se recomienda la utilización de dextrosa al 10% sin electrolitos para el recién nacido a 80 ml/kg/día, los cuales pueden administrarse por catéter umbilical o por vena periférica, si es posible. La siguiente tabla describe el manejo de líquidos en el recién nacido:



**Tabla 61.** Líquidos endovenosos en el recién nacido

LÍQUIDOS				
	1 DÍA	2 DÍA	3 DÍA	> 4 DÍAS
SOLUCIÓN	DAD 10%	DAD 10%	DAD 10%	DAD 10%
VOLUMEN	80 ML/KG	100 ML/KG	100 ML/KG	150 ML/KG
SODIO	NO	NO	2-4 mEq/Kg	2-4 mEq/Kg
POTASIO	NO	NO	2-3 mEq/kg	2-3 mEq/kg
HIPOGLICEMIA	Bolo dextrosa la 10% 2 ml/kg.			

El lactante mayor de dos meses referido con líquidos intravenosos deberá recibir, si no existe deshidratación o choque, una solución isotónica y puede ser deseable aporte de glucosa. El volumen se calcula del siguiente modo (método de Holliday y Segar, fundamentado en el requerimiento hídrico y calórico):

**Menor de 10 kg: 100 ml/kg/día.**  
**10 - 20 kg: 1.000 ml + (50 ml/kg por cada kilo mayor de 10 kilos)**  
**Mayor de 20 kg: 1.500 ml + (20 ml/kg por cada kilo mayor de 20 kilos)**

Ejemplo del cálculo de líquidos para un niño de 25 kg:

1.500ml + (20 X 5 kg.) 5 kg. son los kg. por encima de 20 para un niño de 25 kg.  
 1.500 ml + 100 = 1.600 ml. en 24 horas.  
 1.600 ml. / 24 horas = 66.6 ml/hora.

Podría utilizarse una solución de dextrosa al 5%, en Solución Salina más adición de potasio, se pasará de forma intravenosa a 66 ml/hora.

Si se utiliza una mezcla de DSS 5%, se debe adicionar potasio 2-3 mEq/kg/día

Si se utiliza una mezcla de DAD 5%, se debe adicionar entre 3 y 5 mEq/kg/día de sodio y 2 a 3 mEq/kg/día de potasio.

Una forma práctica que se puede utilizar para los niños que no son neonatos, dependiendo de la ingesta de alimentos, la posibilidad de hipoglicemia y los requerimientos, es utilizar una de las siguientes mezclas:



**Tabla 62.** Líquidos endovenosos en el niño

<b>SOLUCIÓN SALINA NORMAL (SS 0,9%)</b>
<b>DEXTROSA EN SOLUCIÓN SALINA CON POTASIO DSS 5% 500 ML. + CLORURO POTASIO 5 ML.</b>
<b>DEXTROSA EN AGUA MÁS ELECTRÓLITOS. DAD 5% 500 ML. + CLORURO SODIO 15 ML. + CLORURO POTASIO 5 ML.</b>

No se debe olvidar que las preparaciones anteriores se realizan en un volumen de 500 mililitros para todos los casos. Recuerde que es ideal referir con acceso venoso; sin embargo, en algunos casos se puede continuar la vía oral dependiendo de la patología de base.

Tal vez será necesario administrar uno o más de los siguientes tratamientos en el servicio antes de referir hacia el hospital:

- Antibiótico Parenteral
- Artesunato Sódico para la malaria grave
- Corticoesteroide
- Vitamina A
- Acetaminofén
- Broncodilatador

La revisión de los medicamentos indicados según el problema y las dosis se encuentra más adelante en el capítulo correspondiente. Recuerde siempre este importante paso antes de referir.

No es justo diagnosticar adecuadamente una meningitis en un niño y demorar el inicio de su tratamiento durante horas hasta que se consiga la atención y hospitalización en el lugar de referencia. Siempre que se diagnostique una enfermedad, se deberá iniciar su tratamiento tan pronto sea posible. Aún se producen perforaciones de córnea por déficit severo de vitamina A, mientras el paciente consigue traslado a otra institución.



**Siempre se debe recordar que el paciente se trata en equipo, un equipo que inicia el manejo en el primer nivel o en la consulta externa y continúa en el nivel de referencia con el niño hospitalizado. El manejo se inicia ambulatorio y se continúa hospitalizado.**

## 4. REFERIR AL NIÑO

Escriba un resumen de referencia para que la madre o el personal que acompaña el niño presenten en el hospital. Escriba:

- El nombre y la edad del niño.
- La fecha y la hora de la referencia.
- La descripción de los problemas del niño.
- La razón para haberlo referido al hospital (síntomas y signos de clasificación grave).
- El tratamiento que usted le ha administrado, hora y dosis del medicamento.
- Cualquier otra información que el hospital necesite para la atención del niño, como tratamiento inicial de la enfermedad o vacunas que se necesitan.
- Su nombre y el de su servicio.

Recomiende a la madre que vuelva al servicio de salud durante la semana siguiente a la salida de su hijo del hospital. Esto le servirá para:

- Contrarreferencia.
- Ayudar a completar el tratamiento ordenado a la salida del hospital.
- Recomendar a la madre medidas preventivas y otros tratamientos que no se realizaron por la remisión.





## EJERCICIO

### CASO LINA

Lina es una niña de nueve meses. No presenta signos de peligro. Tiene NEUMONÍA GRAVE y ENFERMEDAD FEBRIL DE ALTO RIESGO. Tiene fiebre desde hace dos días. En la clasificación se indicó que NO TIENE ANEMIA, TIENE ADECUADO CRECIMIENTO, NO TIENE MALTRATO y no tiene ninguna otra clasificación. Lina necesita ser referida de urgencia al hospital.

1. ¿Qué tratamientos realizará a Lina antes de la referencia al hospital?

---

---

---

2. Utilice la norma de referencias: estabilización y transporte "REFIERA" y describa ¿cómo enviará en la ambulancia a Lina?

---

---

---

3. Utilice el espacio a continuación y escriba la nota de referencia para Lina

---

---

---





**TRATAR A TODOS  
LOS MENORES  
DE 5 AÑOS**



## TRATAR AL NIÑO DE CERO A CINCO AÑOS

En el capítulo anterior aprendió a determinar los tratamientos que necesitan los niños enfermos. A menudo el tratamiento empieza en el servicio de salud y es necesario que continúe en la casa. En este capítulo aprenderá cómo administrar cada tratamiento y cómo enseñar a la madre a dar al niño el tratamiento en casa.

### OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE:

Este capítulo describe las siguientes aptitudes y sirve para practicar:

- Determinar medicamentos y dosis apropiados para cada clasificación.
- Administrar medicamentos por vía oral como antibióticos, antimaláricos, Acetaminofén, vitamina A, Hierro, Zinc y Albendazol. Enseñar a la madre cómo y cuándo dar medicamentos orales en casa.
- Tratar las infecciones localizadas como supuración del oído y conjuntivitis. Enseñar a la madre cómo y cuándo dar los medicamentos en la casa.
- Verificar si la madre ha entendido.
- Administrar medicamentos que son de uso exclusivo del servicio de salud.
- Tratar algunas enfermedades en el servicio de salud y volver a clasificar para definir el plan de manejo a continuar, ambulatorio vs remisión.
- Tratar la deshidratación según la clasificación e instruir a la madre sobre el tratamiento que se debe continuar en casa.
- Manejo de líquidos para el tratamiento del niño con dengue y para el desnutrido severo deshidratado.
- Dar indicaciones de acuerdo con los resultados de la evaluación del desarrollo y la búsqueda de maltrato infantil.
- Vacunar a los niños según esquema nacional de vacunación.



## 1. USAR BUENAS TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN

Es importante tener buena comunicación con la madre o la persona a cargo del niño desde el comienzo de la consulta. La buena comunicación ayuda a asegurar que el niño recibirá buena atención, no solo en los servicios de salud, sino al regresar a casa. La madre necesita saber cómo administrar el tratamiento y la importancia del mismo.

Para iniciar el manejo, el primer paso es explicar a la madre en términos sencillos la enfermedad de su hijo, el curso de la misma y las posibles complicaciones; así como los signos de alarma. Si la madre comprende la enfermedad de su hijo, es más fácil que entienda el porqué y el cómo debe ser el tratamiento y los cuidados del niño en el hogar.

### PASOS PARA UNA BUENA TÉCNICA DE COMUNICACIÓN

- **Preguntar y escuchar para determinar cuáles son los problemas y qué es lo que la madre ya está haciendo por el niño.**
- **Elogiar a la madre por lo que haya hecho bien.**
- **Aconsejar a la madre sobre cómo cuidar a su hijo en la casa.**
- **Cerciorarse de que la madre ha entendido.**

- **PREGUNTAR y ESCUCHAR para determinar cuáles son los problemas y qué es lo que la madre ya está haciendo por el niño.**

Escuche atentamente para determinar cuáles son los problemas del niño y qué está haciendo ya la madre; así sabrá usted lo que hace bien y qué prácticas necesitan modificarse.

- **ELOGIAR a la madre por lo que ha hecho bien.**

Seguramente la madre hace algo provechoso por el niño, por ejemplo, amamantarlo. Elógiela, asegúrese de que el elogio sea verdadero y se haga únicamente por las medidas que de verdad ayuden al niño.

- **ACONSEJAR a la madre sobre cómo cuidar a su hijo en la casa.**

Limite sus consejos a lo que es pertinente para la madre en este 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 jarabe en una jeringa.



Recomiende a la madre que abandone las prácticas perjudiciales a las que pueda haber recurrido. Al corregir una práctica perjudicial, sea claro, pero también tenga cuidado de no hacer 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 con el niño a una visita de seguimiento en dos días. En otros casos sería necesario enseñar a la madre cómo hacer una tarea. Para enseñarle cómo llevar a cabo una tarea, debe emplear tres 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 la SRO
- Aliviar el dolor de garganta
- Utilizar un inhalador

Para informar adecuadamente a las madres puede ser de utilidad:

- Dividir la información técnica que es difícil y complicada, en información breve y sencilla.
- Usar la información anterior que tienen las madres para exponer los conceptos nuevos.
- Relacionar la información nueva con la anterior y con la que sigue.
- Concentrarse en transmitir una sola información importante.
- Repetir, usar palabras diferentes, reiterar, enfatizar e insistir en las acciones importantes.

### **2. Demostrar con un ejemplo:**

- Demuestre cómo realizar la tarea. Por ejemplo:
- Cómo mantener quieto a un niño para aplicarle la pomada oftálmica.
- Un sobre de SRO y cómo mezclar la SRO con el volumen correcto de agua.
- Un remedio inocuo para suavizar la garganta, que ella pueda preparar en la casa.
- El inhalador y la cámara para su utilización.

### **3. Permitir que practique:**

Pídale a la madre que practique la tarea mientras usted la observa. Por ejemplo, deje que la madre:



- Aplique la pomada oftálmica al niño en los ojos
- Mezcle la SRO
- Realice una inhalación con la inhalo-cámara
- 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, usted sabrá cuánto entendió, qué le resulta difícil y puede ayudarla a hacerlo mejor. La madre recordará más fácilmente si practica, que si escucha solamente.

Cuando le enseñe a la madre:

- Use palabras que ella comprenda.
- Use materiales auxiliares con los que ella esté familiarizada, tales como recipiente para mezclar la SRO.
- Cuando esté practicando, haga comentarios acerca de lo que está haciendo; elogie lo que hace bien o corrija.
- Permítale seguir practicando si lo necesita.
- Aliente a la madre a hacer preguntas; conteste todas sus preguntas.

#### • **CERCIORARSE DE QUE LA MADRE HA ENTENDIDO**

Haga preguntas para determinar qué entiende la madre y qué necesita explicarse más. No formule preguntas inductivas, aquellas 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 a su niño?”

“¿con qué frecuencia se los dará?”

Si recibe una respuesta ambigua, haga otra pregunta de verificación. Elogie a la madre por entender correctamente o aclare sus dudas, según sea necesario.

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 “no”. Las buenas preguntas de verificación requieren que la persona que responda describa por qué, cómo o cuándo dará el tratamiento. Por ejemplo, usted le enseñó a la madre cómo administrar un antibiótico; si usted luego le pregunta: “¿Sabe cómo darle a su hijo 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, está pidiendo a la madre que le repita



las instrucciones que le ha dado. Las buenas preguntas de verificación ayudan a comprobar lo que la madre aprendió y recordará sobre cómo tratar a su hijo.

Son buenas preguntas de verificación:

“¿Cuándo le va a dar a su hijo el medicamento?”

“¿Cuántos mililitros le va a dar cada vez?”

“¿Durante cuántos días le va a dar los comprimidos?”

Las buenas preguntas de verificación requieren que la madre describa cómo tratará a su hijo. Empiezan con una palabra interrogativa, por ejemplo, por qué, qué, cómo, cuándo, cuántos y cuánto. Las malas preguntas se responden con un “sí” o un “no”, no demuestran cuánto sabe la madre.

**Tabla 63.** Buenas preguntas de verificación

BUENAS PREGUNTAS DE VERIFICACIÓN	PREGUNTAS MALAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿<b>Cómo</b> preparará la SRO?</li> <li>• ¿<b>Cada cuánto</b> debe amamantar a su niño?</li> <li>• ¿<b>En qué lugar del ojo</b> va a aplicar la pomada?</li> <li>• ¿<b>Cuánto</b> líquido más le va a dar cada vez que el niño tenga deposiciones diarreicas?</li> <li>• ¿<b>Por qué</b> es importante que se lave las manos?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Recuerda cómo mezclar la SRO?</li> <li>• ¿Debe amamantar a su niño?</li> <li>• ¿Le ha puesto la pomada a su niño antes?</li> <li>• ¿Sabe cómo dar más líquidos?</li> <li>• ¿Se acordará de lavarse las manos?</li> </ul>

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 para darle a su hijo enfermo un medicamento por vía oral, en lugar de una inyección, o 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.





## EJERCICIO

Es importante analizar la comunicación escrita en el proceso de atención del niño. En el espacio que encuentra a continuación, escriba la fórmula de un niño llamado Andrés Guerra que requiere la administración de Acetaminofén y Amoxicilina, pesa 10 kg.

## 1.1. ENSEÑAR A LA MADRE A ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL EN LA CASA

Los medicamentos de administración oral citados en los cuadros TRATAR se incluyen por distintas razones, en dosis diferentes y de acuerdo con los distintos planes de tratamiento. Hay algunos pasos que debe seguir siempre que formule un medicamento por vía oral:

- Determinar cuáles medicamentos son apropiados y la dosis para la edad o el peso del niño.
- Explicar a la madre las razones para dar el medicamento al niño.
- Demostrar cómo medir la dosis: si es comprimido, cómo triturarlo antes de administrarlo (diga a la madre que agregue unas cuantas gotas de agua y que espere un minuto, así se ablandará y será más fácil triturarlo).
- Si es jarabe, debe enseñar cómo medir la dosis exacta en mililitros en casa
- Una cucharadita equivale a 5,0 mL. Observe el cuadro siguiente:

Mililitros – mL	CUCHARADITA
1,25 mL	¼
2,5 mL	½
5,0 mL	1
7,5 mL	1½
10,0 mL	2
15 mL	3

Es ideal utilizar una jeringa desechable, sin aguja, para medir las dosis de medicamento.



- Observe a la madre mientras practica ella misma cómo medir una dosis.
- Pida que le administre la primera dosis y explíquelo que si vomita en los 30 minutos posteriores a la administración del medicamento y si observa éste en el vómito, debe repetir la dosis.
- Explicar en detalle la fórmula: Explique a la madre cuánto medicamento debe dar a su hijo, cuántas veces al día debe repetir la dosis, cada cuánto y por cuántos días.

Recuerde que usted puede haber hecho una consulta y un diagnóstico perfecto, pero si la madre no entiende la fórmula, se pierde todo este tiempo. Es difícil cuando las madres no leen, es difícil





que se entiendan muchas veces los intervalos, los padres pueden creer que cada 6 horas es únicamente de día y no hay que despertar al niño para darle el medicamento, por esta razón, sea suficientemente claro, escriba una fórmula legible, llegue a un acuerdo con los padres sobre las mejores horas para administrar el medicamento a su hijo. A continuación se muestra un ejemplo de fórmula para población que no lee.

NOMBRE:		FECHA:	
MEDICAMENTO		CANTIDAD:	
			
<b>DOSIS:</b>			

- Si formula más de un medicamento, la madre debe conocer para qué sirve cada uno de ellos, qué están tratando y la dosis, la frecuencia y el número de días de cada uno.
- Cerciórese que la madre ha comprendido las explicaciones antes de que se retire del servicio de salud, hágale preguntas de verificación como:
  - ¿Cuánto le va a dar cada vez?
  - ¿Cuándo se lo va a dar?
  - ¿Por cuántos días?
  - ¿Cómo va a preparar el comprimido?
  - ¿Qué medicamento le va a dar tres veces al día?
- Al terminar el tratamiento antibiótico, explique a la madre que debe desechar el sobrante, que nunca debe reutilizar un frasco ya destapado.
- Explique a la madre que cada fórmula está indicada en un momento dado, que no debe volver a iniciar la misma fórmula en otro momento y otra enfermedad.

Pero no solo es importante que la madre conozca adecuadamente cómo administrar los medicamentos; es fundamental que usted tome conciencia de la formulación, especialmente

de antibióticos; recuerde antes de formular un antibiótico que en muchos establecimientos de salud hay varios tipos de antibióticos disponibles. Debe aprender a seleccionar el antibiótico más apropiado para la enfermedad del niño. Si es capaz de beber, administre un antibiótico por vía oral. Administre el antibiótico oral de elección. Se ha seleccionado porque es eficaz, fácil de administrar y es la primera elección en las guías de práctica clínica.

Algunos niños 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 antibiótico único a un niño con NEUMONÍA Y OTITIS MEDIA AGUDA.

Para determinar la dosis correcta de antibiótico, utilice la dosis que se encuentra en los cuadros, la cual está especificada en miligramos/kilogramo/dosis o en miligramos/kilogramo/día, según corresponda, y número de dosis requeridas en 24 horas. En pediatría y especialmente en los niños menores de cinco años, la dosis debe calcularse por kilogramo de peso; sin embargo, si usted tiene alguna dificultad, en los cuadros encontrará una dosis aproximada por grupo de peso y edad.

Cuando formule un antibiótico por vía oral, tenga en cuenta que:

- 1.** Los antibióticos están indicados para una clasificación específica, con unos signos y síntomas claros. Si no cumple todos los criterios para la clasificación, seguramente su patología no es bacteriana y no se beneficiará del tratamiento antibiótico. Muchos pacientes tienen antibióticos formulados sin necesidad, exponiéndose a efectos secundarios innecesarios y aumentando la resistencia a los antibióticos en el medio ambiente.
- 2.** Las tasas de resistencia a los antibióticos están fuertemente relacionadas con el uso de antibióticos en atención primaria. Esto es un potencial problema de salud pública muy importante, tanto para nosotros mismos como para futuras generaciones; tenemos que mantener la eficacia de los antibióticos a través de una formulación más juiciosa.

A continuación encontrará los tratamientos recomendados en los capítulos anteriores de AIEPI. Se encuentran distribuidos por capítulos en el mismo orden que se revisaron, comenzando por los tratamientos del lactante menor de dos meses y posteriormente, los del mayor. Algunos temas como el tratamiento del niño con clasificación de ENFERMEDAD MUY GRAVE, no se encuentra ya que fue revisado completamente en el capítulo anterior de DETERMINAR EL TRATAMIENTO, cuando se detallaron las normas de estabilización y transporte "REFIERA".





## EJERCICIO

En este video usted observará los resultados de una adecuada técnica de comunicación, al enseñar cómo usar los medicamentos en casa.

## 2. TRATAR AL MENOR DE 2 MESES DE EDAD

A continuación se describen los tratamientos para las diferentes clasificaciones de los menores de 2 meses. Como muchos de los tratamientos son similares para diferentes clasificaciones, se revisan todas las que comparten el tratamiento en forma conjunta. Estos tratamientos los encuentra en la columna TRATAR de los cuadros de clasificación. No se revisan en esta sección las recomendaciones de cuidados antes y durante la referencia, las normas de Estabilización y transporte "REFIERA", los signos de alarma ni cuando volver, porque estos aspectos ya fueron explicados en el capítulo anterior; al igual que las prácticas adecuadas de alimentación, buen trato y desarrollo, porque se explicarán en detalle en el próximo capítulo.

### 2.1. ADMINISTRAR UN ANTIBIÓTICO ADECUADO ANTES DE REFERIR

Los lactantes menores de 2 meses de edad, con las siguientes clasificaciones, requieren referencia URGENTE y el inicio de antibiótico previo a la referencia:

- **RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO si:**
  - **Ruptura prematura de membranas mayor de 12 horas.**
  - **Prematuro.**
- **ENFERMEDAD GRAVE**
- **DIARREA CON SANGRE**

Los lactantes menores de dos meses reciben dos antibióticos: gentamicina (o un aminoglucósido) y ampicilina, porque se infectan con una gama mucho más amplia de gérmenes. Esta combinación de antibióticos es eficaz contra la mayoría de las bacterias que infectan a estos lactantes. Los recién nacidos cuyas madres presentaron RPM están potencialmente infectados, al igual que los pretérmino, teniendo en cuenta que es la infección una de las principales causas del parto pretérmino y de un porcentaje muy importante de muertes.

La Gentamicina se usa ampliamente en el tratamiento de septicemia neonatal presunta o comprobada. Los estudios en animales y revisiones sistemáticas de estudios en niños mayores y adultos, sugieren que una dosis diaria es superior a dosis múltiples, alcanzando niveles adecuados en sangre y sin efectos nefrotóxicos o auditivos. Basado en la evaluación de la farmacocinética, el régimen de una dosis al día es superior que dosis múltiples para tratar la septicemia en recién nacidos con más de 32 semanas de gestación. Se recomienda gentamicina 4 mg/kg., en una sola dosis al día IV o IM, por siete a 10 días.



El niño clasificado como ENFERMEDAD GRAVE puede tener una neumonía, septicemia, meningitis, enterocolitis, entre otras. Solo posteriormente, con estudios complementarios, se conocerá el diagnóstico adecuado, todas cursan de una manera muy similar y es necesario iniciar un tratamiento antibiótico eficaz contra la mayoría de las bacterias que infectan al lactante menor.

**Tabla 64.** Suministro de antibióticos al lactante

ANTIBIÓTICO PREVIO A REFERIR AL LACTANTE MENOR DE 2 MESES				
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO si:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ruptura prematura de membranas mayor de 12 horas.</li> <li>● Prematuro.</li> </ul> </li> <li>● <b>ENFERMEDAD GRAVE</b></li> <li>● <b>DIARREA CON SANGRE</b></li> </ul> <p><b>Administre 2 antibióticos: Gentamicina y Ampicilina</b></p>				
PESO	GENTAMICINA 4 mg/kg/día IV lento o IM		AMPICILINA*para el <7 días	Frecuencia
2 kg	8 mg	<b>FRECUENCIA</b> <34 sem. C/36h. ≥34 sem. C/24h.	200 mg	Cada 12 horas
3 kg	12 mg		300 mg	Cada 8 horas
4 kg	16 mg		400 mg	Cada 8 horas
5 kg	20 mg		500 mg	Cada 8 horas
6 kg	24 mg		600 mg	Cada 8 horas
* Si meningitis: 200 a 300 mg/kg/día dividido en cada 8 horas				

## 2.2.0 TRATAR LAS INFECCIONES LOCALES EN CASA

Hay cuatro tipos de infecciones locales en el lactante menor que la madre o la persona a cargo del niño puede tratar en la casa: Un ombligo con secreción, cuando la infección no se extiende a la piel, o que supura y no se acompaña de otros signos de peligro; pústulas de la piel, cuando son escasas y localizadas; conjuntivitis y candidiasis oral.

### 2.2.1. TRATAMIENTO PARA EL OMBLIGO QUE SUPURA SIN EXTENDERSE A LA PIEL O LAS PÚSTULAS ESCASAS Y LOCALIZADAS EN LA PIEL

El antibiótico de elección es la CEFALEXINA, la dosis recomendada para el tratamiento de las lesiones superficiales no complicadas de la piel es de 50mg/kg/día en dos dosis diarias. Además del antibiótico, debe realizar la madre una adecuada limpieza del área infectada.



**Tabla 65.** Tratamiento de infecciones locales en el lactante

<b>TRATAR LA INFECCIÓN LOCAL DEL LACTANTE MENOR DE 2 MESES: PÚSTULAS EN LA PIEL O INFECCIÓN DEL OMBLIGO.</b>															
<b>Limpieza del área infectada</b>	<b>Antibiótico de elección: CEFALEXINA</b>														
<ul style="list-style-type: none"> <li>La madre debe administrar el antibiótico indicado por vía oral y hacer limpieza de la zona así:</li> <li>Lavarse las manos.</li> <li>Lavar suavemente con agua y jabón para sacar la secreción purulenta y las costras.</li> <li>Utilizar un antiséptico local (alcohol) en el muñón umbilical.</li> <li>Secar la zona.</li> <li>Lavarse nuevamente las manos.</li> </ul>	<table border="1"> <thead> <tr> <th><b>PESO</b></th> <th><b>CEFALOXINA 25mg kg/dosis Suspensión 250mg/5 ml</b></th> <th><b>FRECUENCIA Y DURACIÓN</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2 kg</td> <td>1 ml</td> <td rowspan="2">CADA 12 HORAS</td> </tr> <tr> <td>3 kg</td> <td>1,5 ml</td> </tr> <tr> <td>4 kg</td> <td>2 ml</td> <td rowspan="2">DURANTE 7 DÍAS</td> </tr> <tr> <td>5 kg</td> <td>2,5 ml</td> </tr> </tbody> </table>	<b>PESO</b>	<b>CEFALOXINA 25mg kg/dosis Suspensión 250mg/5 ml</b>	<b>FRECUENCIA Y DURACIÓN</b>	2 kg	1 ml	CADA 12 HORAS	3 kg	1,5 ml	4 kg	2 ml	DURANTE 7 DÍAS	5 kg	2,5 ml	
<b>PESO</b>	<b>CEFALOXINA 25mg kg/dosis Suspensión 250mg/5 ml</b>	<b>FRECUENCIA Y DURACIÓN</b>													
2 kg	1 ml	CADA 12 HORAS													
3 kg	1,5 ml														
4 kg	2 ml	DURANTE 7 DÍAS													
5 kg	2,5 ml														

### 2. 2. 2. TRATAMIENTO PARA LA CANDIDIASIS ORAL

Las úlceras o placas blancas que aparecen en la boca de un lactante menor, sin ningún otro signo de peligro, pueden tratarse en la casa. El tratamiento requiere la limpieza de la boca del lactante y la administración de nistatina oral.

**Tabla 66.** Tratamiento para la candidiasis oral del lactante.

<b>TRATAR LA CANDIDIASIS ORAL DEL MENOR DE 2 MESES</b>										
<b>Explique a la madre:</b>	<b>NISTATINA ORAL 100.000 U/ML</b>									
<ul style="list-style-type: none"> <li>Debe lavarse las manos.</li> <li>Lavar la boca del niño con un paño suave enrollado en el dedo y humedecido con agua.</li> <li>Aplicar en la boca del niño la Nistatina limpiando las lesiones.</li> <li>Lavarse las manos nuevamente.</li> </ul>	<table border="1"> <thead> <tr> <th><b>PESO</b></th> <th><b>DOSIS</b></th> <th><b>FRECUENCIA</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2 – 3 kg</td> <td>1 ml</td> <td rowspan="2">CADA 6 HORAS DURANTE 7 DÍAS</td> </tr> <tr> <td>4 – 6 kg</td> <td>2 ml</td> </tr> </tbody> </table>	<b>PESO</b>	<b>DOSIS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	2 – 3 kg	1 ml	CADA 6 HORAS DURANTE 7 DÍAS	4 – 6 kg	2 ml	
<b>PESO</b>	<b>DOSIS</b>	<b>FRECUENCIA</b>								
2 – 3 kg	1 ml	CADA 6 HORAS DURANTE 7 DÍAS								
4 – 6 kg	2 ml									
Agitar bien el frasco antes de usar.										

Se deben evaluar los pezones de la madre para descartar infección o tratarla si está presente.

### 2.2.3. TRATAMIENTO PARA LA CONJUNTIVITIS

Las infecciones de los ojos de los lactantes menores usualmente son secundarias a infección bacteriana. El tratamiento consta de la limpieza de la secreción y la aplicación de antibiótico local en gotas o en ungüento oftálmico.

**Tabla 67.** Tratamiento para la conjuntivitis en lactantes.

TRATAR LA CONJUNTIVITIS DEL MENOR DE 2 MESES					
<p><b>Explique a la madre que debe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavarse las manos.</li> <li>• Limpiar los ojos del niño con un paño limpio 3 veces al día.</li> <li>• Abrir hacia abajo el párpado inferior del niño.</li> <li>• Aplicar antibiótico tópico en ungüento 3 veces al día, o 6 veces si son gotas.</li> <li>• Repetir en el otro ojo el mismo procedimiento.</li> <li>• Seguir aplicando el tratamiento hasta que desaparezca la secreción purulenta.</li> <li>• Lavarse las manos.</li> </ul>	<b>SULFACETAMIDA OFTÁLMICA</b> <b>o GENTAMICINA</b>				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>UNGÜENTO</th> <th>GOTAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">3 veces al día</td> <td style="text-align: center;">6 veces al día</td> </tr> </tbody> </table>	UNGÜENTO	GOTAS	3 veces al día	6 veces al día
	UNGÜENTO	GOTAS			
3 veces al día	6 veces al día				

Debe recordarse; si persiste la secreción a pesar del tratamiento adecuado, sospechar una dacriostenosis.



## 2. 3. ADMINISTRAR HIERRO Y MULTIVITAMINAS INCLUYENDO

### VITAMINA E PARA LOS PREMATUROS Y BAJO PESO

Todo recién nacido prematuro o con bajo peso al nacer debe recibir suplementación con hierro, multivitamínicos y vitamina E.

- En los prematuros, debido a sus reservas escasas de tocoferol, a la absorción intestinal reducida y a una velocidad de crecimiento relativamente mayor que los de término, es más difícil mantener un estado normal de vitamina E. Puede ser necesaria una suplementación de 17 mg. de vitamina E (todo-rac-alfa-tocoferol) al día, durante los primeros 3 meses de edad. La recomendación de vitamina E para el neonato es 25 a 50 UI cada 24 horas.
- Hierro para tratamiento para prematuros 2 a 4 mg. de hierro elemental /kg/día, máximo 15 mg de hierro/24 horas.
- Hierro profiláctico:
  - Prematuros: 2 mg. hierro elemental/kg/24 horas. Máximo 15 mg. hierro elemental/24 h.
  - A término: 1-2 mg. hierro elemental/kg/24 horas. Máximo 15 mg. hierro elemental/24 h.

## 2. 4. RECOMENDACIONES PARA TODOS LOS MENORES DE DOS MESES

Los cuidados rutinarios e inmediatos a los recién nacidos sanos evitan hipotermia, hipoglicemia, anemia, enfermedad hemorrágica del recién nacido, infección ocular, cambio o pérdida de un recién nacido y retraso de la lactancia materna exclusiva.

Algunos cuidados de rutina requieren mención especial, como el pinzamiento tardío del cordón umbilical, la evidencia muestra que si se realiza entre 1 y 3 minutos, cuando deja de pulsar, es fisiológico e incrementa el hematocrito neonatal hasta en un 50%, cuando se le compara con el pinzamiento precoz. Aumenta las reservas de hierro del recién nacido disminuyendo la prevalencia de anemia en los primeros 4 a 6 meses de vida. Además mejora la oxigenación cerebral en recién nacidos prematuros en las primeras 24 horas de vida.

### 2. 4. 1. RECORDAR QUE AL NACER SE DEBE

- Mantener temperatura ambiental en sala de partos entre 28 y 30°C.
- Secar y abrigar al recién nacido.
- No aspirar boca ni nariz.





- Al dejar de latir el cordón umbilical; se liga con cinta o clamp a 2 ó 3 cm. de la base, y se corta con tijera estéril.
- Aplicar 1 mg. de vitamina K intramuscular.
- Realizar profilaxis de infección ocular con Tetraciclina, Eritromicina o Yodopovidona.
- Colocar brazalete de identificación.
- Mantener al recién nacido en contacto piel a piel con su madre desde el nacimiento y amamantarlo dentro de la primera media hora que sigue a este.

#### **2. 4. 2. CUIDADOS DE LA PIEL DEL NEONATO**

La superficie de la piel, el vermis y el líquido amniótico protegen al recién nacido contra la invasión bacteriana al nacimiento y se debe:

- Evitar el baño inmediato de recién nacidos prematuros o de bajo peso.
- Evitar quitar el vermis de la piel.
- Los recién nacidos de término y estables pueden bañarse con esponja, no inmersión; cuidando de no mojar el cordón umbilical.
- El cuero cabelludo se limpia cuidadosamente, así como el exceso de sangre.
- Puede limpiarse al bebé en caso de estar cubierto de sangre o líquido amniótico con un algodón impregnado con agua y un jabón neutro no antiséptico o, mejor, con aceite mineral.
- En caso de fetidez o sospecha de amnionitis realizar una higiene con jabón.
- Higiene cuidadosa de oídos, narinas y lugares de acumulación de sangre.

#### **2. 4. 3. COLOCARLO EN CONTACTO PIEL A PIEL CON SU MADRE**

Esta intervención favorece el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva, el apego temprano madre-recién nacido; la estabilidad cardiorrespiratoria y del llanto del recién nacido, no tiene ningún efecto reportado negativo. Es importante que el recién nacido sea colocado en contacto piel a piel con su madre dentro de la primera media hora después del parto.



#### 2. 4. 4. ALTA DE LA INSTITUCIÓN Y ENSEÑAR LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN CASA

La primera recomendación es la lactancia materna, que se expondrá ampliamente en el próximo capítulo. Algunas recomendaciones diferentes a lo ya expuesto:

No se debe dar salida al recién nacido aparentemente sano y sin factores de riesgo, antes de las **24 horas** de vida, para realizar un examen físico postnatal adecuado, buscar anomalías congénitas; realizar pruebas de tamización para errores innatos del metabolismo y cardiopatía congénita; reforzar la lactancia materna; verificar orina y deposición adecuadas; tomar saturación, entre otras cosas.

Se recomienda dar salida al recién nacido y a la madre después de 24 horas postparto, siempre y cuando se cumplan los siguientes criterios:

- Parto vaginal.
- Recién nacido a término con examen clínico normal.
- Adecuada succión y deglución del recién nacido.
- Adecuada técnica de amamantamiento que sea revisado por médico o enfermera.
- Acceso a acompañamiento para la lactancia (un médico o asesor de lactancia que responda a las llamadas).
- Evidencia de como mínimo una micción y una deposición del recién nacido.
- Conocimiento del resultado de la hemoclasificación del recién nacido si la madre tiene grupo sanguíneo O o un Rh negativo; y aplicación de gammaglobulina anti-D si es el caso.
- Conocimiento de la prueba materna de VIH y sífilis.
- Recién nacido que haya recibido las dos vacunas al nacimiento (BCG, Hepatitis B).
- Descartar factores de riesgo familiar y social: maltrato, abuso de drogas, abandono y pobre red de apoyo.
- Salida del recién nacido y la madre en el mismo momento.
- Condiciones maternas aptas para la salida presentadas por el servicio de ginecoobstetricia.



- Tener cita de control asignada en tres días por la madre y el recién nacido por el equipo médico.
- Facilidad de acceso a las citas de control.
- Facilidad en la oportunidad de consulta.
- Asegurar que no haya largas distancias entre el hospital o centro de salud y la casa y que la hora de salida sea adecuada para la seguridad y confort de la familia.

### **Mantener ombligo seco:**

En países de ingresos medios o altos, hay evidencia de que el uso de soluciones antisépticas y/o antibióticos tópicos para el cuidado del muñón umbilical no cambian el riesgo de infección o muerte por onfalitis. La evidencia sugiere que mantener el muñón seco es suficiente.

**Recomendación GAI recién nacido 2013:** Se recomienda que el muñón umbilical del recién nacido sano se mantenga limpio y seco hasta que se momifique y caiga (manejo seco) sin aplicar antisépticos o antibióticos tópicos al muñón umbilical.

### **Control a las 72 horas del alta:**

La evidencia indirecta muestra que el control a los 3 días puede detectar cercanamente pacientes en riesgo en los momentos críticos. **Recomendación:** Se recomienda hacer una consulta control por un médico, preferiblemente un pediatra, a las 72 horas después del nacimiento.

### **Prevención de muerte súbita**

Desde hace más de 15 años, se vienen estudiando los factores de riesgo del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL), reconociéndose algunos factores que son modificables, a continuación se describen algunos de los más importantes:

- El bebé debe dormir siempre boca arriba.
- No utilizar almohadones, edredones ni colchón blando.
- No colocar muñecos ni peluches en la cuna del bebé.
- Los pies del bebé deben tocar el borde inferior de la cuna.



- No lo abrigue demasiado.
- No contamine el ambiente del bebé con cigarrillo.
- La lactancia materna beneficia y protege al bebé.



#### 2. 4. 5. HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO

En las medidas rutinarias que se realizan al recién nacido se encuentra la tamización de hipotiroidismo, sin embargo esto no tiene ningún valor si no se reclama su resultado y, más importante, si no se inicia tratamiento temprano del niño con hipotiroidismo.

La acción fundamental de las hormonas tiroideas es la síntesis proteica, una función muy amplia, pero su principal papel radica en el desarrollo cerebral. El hipotiroidismo congénito es una entidad clínica caracterizada por la incapacidad de producir adecuadas cantidades de hormona tiroidea biológicamente activa; clásicamente se define como la ausencia de la función tiroidea en el recién nacido y popularmente se conoce como cretinismo.

El hipotiroidismo es la causa principal del retardo mental prevenible, por esto, se han establecido a nivel mundial los programas de tamización neonatal del hipotiroidismo congénito. Colombia no ha sido ajena a estas prácticas y desde el año 2000 incluye con la Resolución 0412 [16], la prueba de TSH en sangre de cordón a todo recién nacido, para descartar el hipotiroidismo congénito y así iniciar el tratamiento en forma temprana, con el fin de prevenir las secuelas neurológicas severas e irreversibles de esta patología. Los resultados en Colombia han indicado una incidencia entre 1:536 a 1:3.600, recién nacidos.

La mayoría de los niños con hipotiroidismo congénito no se diferencian de un recién nacido normal, durante el primer mes de vida; solamente presentan signos y síntomas que sugieren este diagnóstico en 5% de los casos, y es por esto que los programas de detección precoz son necesarios. Los signos más frecuentes son:

- Problemas de la alimentación; el bebé hipotiroideo no se interesa por el pecho materno y con dificultad permanece despierto mientras es amamantado o recibe otro tipo de alimento.
- Estreñimiento asociado a distensión abdominal.
- Hernia umbilical.
- Marcada hipotonía muscular y letargia.
- Ictericia prolongada.
- La hipotermia aparece por disminución en la tasa metabólica que causa como reflejo vasoconstricción periférica.
- En la piel, el estado mixedematoso, se observa un edema generalizado que no deja fóvea.
- El mixedema es responsable del característico edema periorbitario, el engrosamiento de los labios, el edema acral y macroglosia, la cual puede acompañarse de una apariencia lisa y eritematosa. Un tinte amarillento de piel y mucosas puede deberse a ictericia fisiológica, acumulación de lengua. carotenos y mixedema. El pelo se ve seco, con pérdida de brillo y áspero, en las uñas existen cambios asociados con fragilidad, pérdida de brillo y crecimiento lento.
- Fontanela posterior mayor de 5 mm.
- Facies típicas de hipotiroidismo (cara abotagada, labios gruesos y pálidos).

En Colombia existe la norma para realizar tamización neonatal masiva, por medio de la medición de hormona tiroestimulante TSH en sangre de cordón umbilical. El procedimiento está estandarizado para la Red Nacional de Laboratorios y es el punto de partida para la vigilancia y el seguimiento.

Después del periodo neonatal, ante la sospecha clínica, se requiere confirmación por laboratorio del hipotiroidismo congénito, con estudio en suero de TSH y L-T4 (T4 libre); el hallazgo bioquímico típico del hipotiroidismo congénito se caracteriza por la elevación de TSH y el bajo nivel de L-T4.



Los pacientes diagnosticados y tratados precozmente tienen mayores posibilidades de alcanzar coeficiente intelectual (CI) normal. La edad de inicio del tratamiento debe ser la misma del diagnóstico. Se recomienda que cuando exista un valor de TSH superior al punto de corte y por alguna razón no se pueda hacer la confirmación con la medición de T4, se debe proceder a tomar una muestra de sangre para almacenar el suero y hacer posteriormente el análisis, pero mientras tanto se inicia el tratamiento; no obstante, esto es solo en situaciones excepcionales.

El fármaco de elección es la  **$\lambda$ -tiroxina (Levotiroxina)** sintética, debido a su segura absorción y a su potencia uniforme. Las dosis varían en función de la gravedad del proceso y de la edad. La recomendación inicial es **12,5  $\mu\text{g}/\text{Kg}$ .**, administrada en la mañana, disueltas en un poco de agua.

Debe asegurarse la consulta con un endocrinólogo pediatra. Debe haber un plan de evaluaciones de función tiroidea, crecimiento y desarrollo, para garantizar la dosificación óptima de L-T4, la adherencia al régimen terapéutico, la nutrición adecuada y las mediciones oportunas de L-T4 y TSH, así:

- Dos y cuatro semanas después de iniciada la terapia con L-T4.
- Cada mes durante los primeros seis meses de vida.
- Cada dos meses hasta el primer año.
- Cada tres meses hasta los tres años.
- Cada seis meses, después del tercer año y hasta los 10 años.
- Después de los 10 años según criterio médico.

### **Procedimiento para el caso captado en el tamizaje neonatal:**

A partir del caso probable se realizará la confirmación por medio de la medición de T4L en suero. La responsabilidad del laboratorio que detecta la TSH elevada es confirmar con la medición en suero de TSH y de T4L, siendo ésta la parte final de la tamización. La muestra de suero para la confirmación debe proveerla la aseguradora (EPS) oportunamente para evitar secuelas. Una vez confirmado el caso, informar a la aseguradora para la inmediata remisión del paciente a la consulta de endocrinólogo pediatra para valoración, inicio de tratamiento y seguimiento. En ausencia de éste, se facilitará el inicio de tratamiento inmediato por parte del pediatra o médico general, mientras transcurre el tiempo para la consulta con el endocrinólogo pediatra. **No puede retrasarse el inicio del tratamiento en espera del especialista**, puede incluso iniciarlo la enfermera jefe, siguiendo indicaciones de aseguradora, Laboratorio Departamental de Salud o INS.





## EJERCICIO

A continuación se muestran algunas fotografías de lactantes menores, describa cómo los clasificaría y el plan de tratamiento, incluyendo dosis de medicamento, si corresponde:



## 3. TRATAR AL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS DE EDAD

Los tratamientos del niño mayor de 2 meses se encuentran divididos por los síntomas principales. Recuerde que las recomendaciones del manejo antes de la hospitalización y la referencia se encuentran en el capítulo DETERMINAR EL TRATAMIENTO y las recomendaciones sobre la alimentación, el buen trato y el desarrollo se encuentran en el capítulo ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE.

### 3.1. TRATAR AL NIÑO CON TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR

El plan de manejo del niño con NEUMONÍA y NEUMONÍA GRAVE se rige por las recomendaciones del Ministerio de Salud en la *Guía de referencias rápida para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años 2014* [17] y en las recomendaciones de la OPS/OMS.

#### 3.1.1. SELECCIONAR EL ANTIBIÓTICO APROPIADO PARA EL NIÑO CON NEUMONÍA

Se debe utilizar antibiótico para el tratamiento del niño con tos o dificultad para respirar **solo** cuando se encuentra en alguna de las siguientes clasificaciones:

- NEUMONÍA GRAVE
- NEUMONÍA

Cuando el niño se clasifica como **NEUMONÍA** o **NEUMONÍA GRAVE**, se recomienda realizar una radiografía simple de tórax de proyección anteroposterior, en los lugares donde es posible obtener el resultado en las siguientes 6 horas, para poder definir el uso del antibiótico empírico. La tabla 68 muestra los hallazgos radiográficos que se consideran neumonía, para inicio de antibiótico.

No se recomienda la realización de hemograma, PCR o VSG en la evaluación inicial del niño con clasificación de NEUMONÍA y no son los resultados de estos paraclínicos los que definen el inicio de antibiótico.

Se recomienda usar amoxicilina 90 mg/kg/día durante 5 días en todo menor de 5 años que se maneje en forma ambulatoria, con clasificación de NEUMONÍA y evidencia de consolidación en la radiografía, o en todo menor sin acceso a radiografía y con clasificación de NEUMONÍA.





**Tabla 68.** Definición de hallazgos radiológicos y hallazgos que son neumonía [18].

DEFINICIÓN DE HALLAZGOS RADIOLÓGICOS Y HALLAZGOS QUE SON NEUMONÍA		
CLASIFICACIÓN DE LOS HALLAZGOS	Patología significativa	Se refiere específicamente a la presencia de consolidación, infiltrados o derrame de los hallazgos.
	Hallazgo principal: CONSOLIDACIÓN	Una opacidad densa o esponjosa que ocupa una porción o la totalidad de un lóbulo o de todo el pulmón, que pueden o no contener aire y bronco gramas.
	Otros hallazgos No Neumonía	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Infiltrado lineal y densidades irregulares (infiltrado intersticial) en patrón de encaje que afecta ambos pulmones.</li> <li>● Incluyen engrosamiento peri bronquial y múltiples áreas de atelectasia.</li> <li>● También incluye infiltrados leves que no son magnitud suficiente como para constituir consolidación y pequeñas áreas de atelectasia que en los niños puede ser difícil de distinguir de la consolidación.</li> </ul>
	Derrame pleural	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La presencia del líquido en el espacio pleural lateral entre el pulmón y la pared torácica, en la mayoría de los casos, esto se verá en el ángulo costo- frénico o como una capa de fluido adyacente a la pared lateral del tórax.</li> <li>● No incluye el líquido que se observa en las fisuras horizontales u oblicuas.</li> </ul>
CONCLUSIONES	Neumonía primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La presencia de la consolidación (según se define más arriba).</li> <li>● O derrame pleural lateral (y no solo en la cisura menor u oblicua) y fue asociada espacialmente con un infiltrado del parénquima pulmonar (incluyendo otro infiltrado)</li> <li>● O si el derrame borra suficiente área del hemitórax para ocultar la opacidad.</li> </ul>
	No Neumonía	La presencia de otro tipo de infiltrados como se definió anteriormente en la ausencia de un derrame pleural.
	NO consolidación / infiltrado / derrame	Ausencia de consolidación, otro infiltrado o derrame pleural.

Tomado de: Cherian et al, Standardized interpretation of paediatric chest radiographs for the diagnosis of pneumonia in epidemiological studies. Bulletin of the World Health Organization, May 2005, 83 (5) (cherian 2005)

Se recomienda en todo menor con diagnóstico de NEUMONÍA GRAVE, tratamiento con penicilina cristalina 250.000 U/kg/día, repartida en 6 dosis durante 7 días. Si el menor clasificado como NEUMONÍA GRAVE no ha recibido por lo menos dos dosis de vacuna contra Haemophilus influenza tipo b, se recomienda iniciar ampicilina 200 mg/kg/día, repartida en 4 dosis durante 7 días. Si el niño que se hospitaliza con diagnóstico de NEUMONÍA GRAVE requiere solo oxígeno, pero tolera perfecto la vía oral y no requiere de acceso vascular, se recomienda iniciar amoxicilina 90 mg/kg/día.

Para los niños con NEUMONÍA, AIEPI recomendaba amoxicilina oral 90 mg/kg/día en 3 dosis diarias; sin embargo, la dosis frecuente tiene problemas en el cumplimiento, por lo que se iniciaron estudios para evaluar la farmacocinética y los niveles cuando se administra cada 8 horas, comparada con dosis cada 12 horas. Los estudios han mostrado que la administración de la amoxicilina en dosis cada 12 horas es una alternativa factible en lugar de cada 8 horas. Actualmente la dosis cada 12 horas es recomendada por la Academia Americana de Pediatría, basados en estudios diferentes que soportan la misma recomendación.

**Tabla 69.** Suministro de antibiótico para niño con neumonía grave.

**ANTIBIÓTICO PARA EL NIÑO CON NEUMONÍA GRAVE**

PESO	PENICILINA CRISTALINA 250.000 U/kg/día Dividido en 6 dosis	AMPICILINA* 200 mg/kg/día dividido en 4 dosis
4 – 6 kg	200.000 U cada 4 horas	250 mg cada 6 horas
7 – 9 kg	350.000 U cada 4 horas	400 mg cada 6 horas
10 – 12 kg	450.000 U cada 4 horas	550 mg cada 6 horas
13 – 15 kg	600.000 U cada 4 horas	700 mg cada 6 horas
16 – 18 kg	700.000 U cada 4 horas	850 mg cada 6 horas
19 – 21 kg	850.000 U cada 4 horas	1000 mg cada 6 horas

\* Si el niño no ha recibido dos dosis de vacuna contra Haemophilus Influenza

**ANTIBIÓTICO PARA EL NIÑO CON NEUMONÍA**

PESO	AMOXICILINA 90 mg/kg/día Suspensión			FRECUENCIA Y DURACIÓN
	250 mg/5ml	500 mg/5ml	700 ó 750 mg/5ml	
	Dosis cada 12 horas			
4 a 6 kg	5 ml	2,5 ml	1,5 ml	CADA 12 HORAS  DURANTE 5 DÍAS
7 a 9 kg	7 ml	3,5 ml	2,5 ml	
10 a 12 kg	10 ml	5 ml	3,5 ml	
13 a 15 kg	12,5 ml	6,5 ml	4,5 ml	
16 a 18 kg	14,5 ml	7,5 ml	5 ml	
19 a 21 kg	18 ml	9 ml	6 ml	



Es importante recordar que NO existe ninguna recomendación para el uso de tratamientos sintomáticos como antihistamínicos, antitusígenos, descongestionantes o mucolíticos en los niños clasificados como NEUMONÍA O NEUMONÍA GRAVE.

### 3.1.2. TRATAR AL NIÑO CON SIBILANCIAS

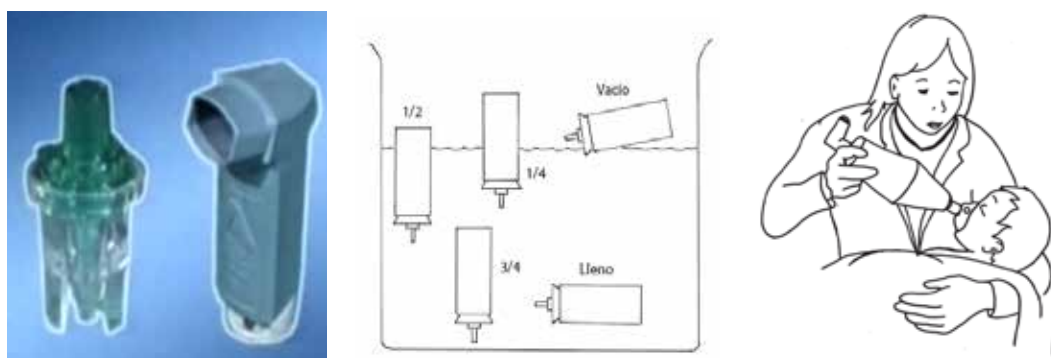
Se utiliza un broncodilatado de acción rápida para el tratamiento de los niños con alguna de las siguientes clasificaciones:

- **SIBILANCIA GRAVE**
- **SIBILANCIA**

Use un broncodilatador de acción rápida en forma inhalada para tratar al niño con **SIBILANCIA**, el broncodilatador recomendado es el Salbutamol. Es ideal la administración inhalada, pero si en su servicio no dispone de inhaladores y cámaras espaciadoras, puede utilizarlo en nebulización. Independiente del método utilizado (inhalado vs. nebulizado) deben administrarse dos ciclos de tres dosis de broncodilatador y evaluar al final de cada ciclo para decidir si ha empeorado y debe referirse; ha mejorado y se envía al hogar, o todavía requiere continuar el tratamiento. Para el niño clasificado como **SIBILANCIA GRAVE** se inicia el broncodilatador mientras se refiere.

Antes de iniciar las inhalaciones o las nebulizaciones, debe conocer el método:

**Si va a utilizar inhalador**, lo primero que debe observar es si el inhalador tiene medicamento, para esto coloque el tubo metálico del inhalador en un recipiente con agua y observe si flota o toca el fondo, compare con el siguiente diagrama y decida cuánto medicamento tiene.



En este grupo de edad los inhaladores siempre deben utilizarse con una cámara espaciadora o inhala-cámara. Las cámaras facilitan la administración de los inhaladores, mejoran su eficacia y eliminan o disminuyen los efectos secundarios a la impactación de las partículas más grandes liberadas en la faringe posterior y sus posibles complicaciones, como la irritación local.

Las inhala-cámaras cumplen la función de separar el inhalador de la boca unos 20 cm., evitar el choque directo de las partículas contra la pared posterior de la orofaringe, retener las partículas grandes y mantener en suspensión las más pequeñas, lo que permite que solo las partículas que van a ser llevadas mediante la inspiración a la tráquea y bronquios alcancen la boca. Las partículas, en su trayecto desde la salida del inhalador hasta llegar a depositarse en la tráquea y los bronquios, disminuyen de tamaño por evaporación y esta acción se ve facilitada por las inhala-cámaras al aumentar el tiempo de tránsito de las partículas, así que una parte de las grandes podrá llegar a las vías aéreas periféricas habiendo disminuido de tamaño.

Son muchas las inhala-cámaras que se consiguen comercialmente. Si usted no dispone de estas, puede crear una casera con una botella de un mínimo de 500 ml. de volumen.

- **¿Cómo hacer la inhalación con cámara espaciadora con máscara, para niños de cero a tres años?:**

1. Agitar el inhalador y encajarlo en la cámara.
2. Cargar al niño en brazos en posición de dar biberón; si no copera sujetar los brazos.
3. Acoplar la mascarilla en la cara del niño cubriendo nariz y boca.
4. Pulsar una sola dosis de fármaco.
5. Dejar que respire normalmente al menos cinco veces (20 a 30 segundos en el lactante).
6. El número mínimo de inhalaciones se puede obtener por fórmula, pero de forma estándar debe respirar entre cinco y 10 veces:  
$$\text{N}^\circ \text{ de inhalaciones} = \text{vol. Cámara (cc)} / \text{peso kg.} \times 10 \text{ cc.}$$
7. Si hay que repetir la dosis, espera uno a dos minutos.
8. Al terminar, retirar el inhalador y taparlo.
9. Enjuagar la boca y la zona de contacto de la mascarilla con agua.



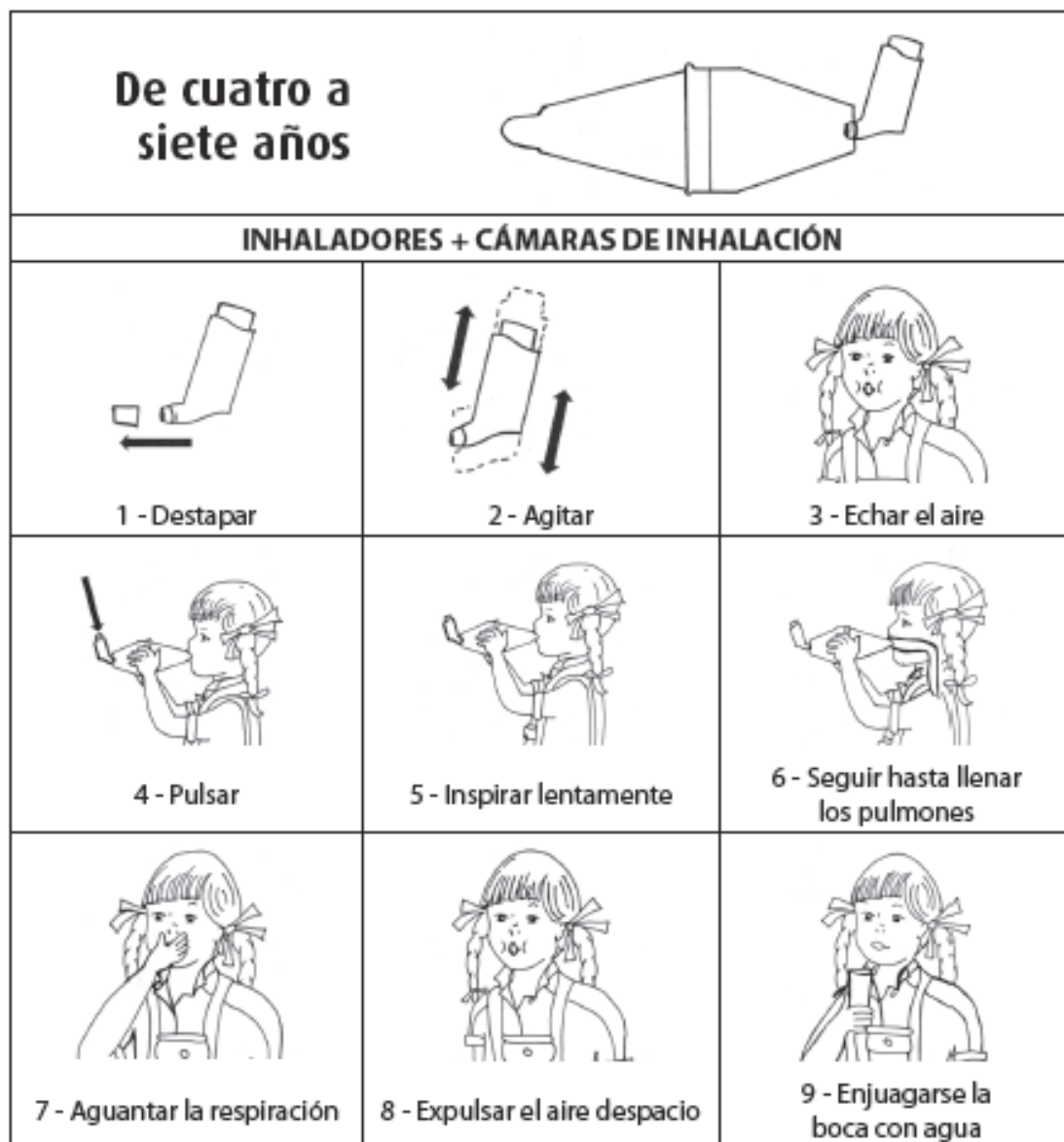
**Gráfica 32.** Empleo de inhaladores con cámara espaciadora con máscara, para niños de cero a tres años



- **Modo de empleo de la cámara espaciadora con boquilla, para niños de cuatro a siete años:**

1. El niño debe estar sentado o semi sentado para permitir la máxima expansión torácica.
2. Agitar el inhalador enérgicamente y acoplarlo en el orificio de la cámara.
3. Espirar el aire de los pulmones normalmente o de forma lenta y profunda, según la edad.
4. Colocar la boquilla en la boca, apretando bien los labios a su alrededor.
5. Pulsar una dosis del fármaco.
6. Inspiración lenta y profunda durante cinco segundos.
7. Mantener el aire en los pulmones cinco a diez segundos Y expulsarlo por la nariz.
8. Repetir el procedimiento para cada dosis con intervalos de 30 segundos a un minuto.
9. Retirar el inhalador y tapanlo.
10. Enjuagar la boca con agua.



**Gráfica 33.** Empleo de la cámara espaciadora con boquilla, para niños de cuatro a siete años

- **Modo de empleo de la cámara espaciadora con boquilla, para los niños mayores de siete años:**

1. El niño debe estar incorporado o semi-incorporado para permitir la máxima expansión torácica.
2. Agitar el inhalador enérgicamente y acoplarlo en el orificio de la cámara.
3. Espirar el aire de los pulmones normalmente o de forma lenta y profunda, según la edad.
4. Colocar la boquilla en la boca apretando bien los labios a su alrededor.
5. Pulsar una dosis del fármaco.
6. Inspiración lenta y profunda durante cinco segundos.
7. Mantener el aire en los pulmones cinco a diez segundos y expulsarlo por la nariz.
8. Repetir el procedimiento para cada dosis, con intervalos de 30 segundos a un minuto.
9. Retirar el inhalador y taparlo.
10. Enjuagar la boca con agua.

Es importante lavar una vez por semana las inhala-cámaras o botellas con una mezcla de agua y detergente, y enjuagar con agua tibia, para evitar la permanencia prolongada del medicamento en las paredes de la cámara, lo que puede producir mal olor y sabor. Además, para evitar la estática, debe lavar la cámara con detergente, previo al uso, o prepararla con 10 a 12 puff o disparos del inhalador.

- **Salbutamol nebulizado:**

Administrar 0.5 ml. (10 gotas) más 4 ml. de solución salina normal para el niño menor de 10 kg., y 1 ml. (20 gotas) más 4 ml. de solución salina normal para el niño de 10 kg o mayor, y colocar el nebulizador con un flujo de aire u oxígeno de 6-8 L/min., dejar nebulizando durante 10 minutos, moviendo el nebulizador con frecuencia. Recuerde que al colocar el nebulizador debe utilizarse una máscara que sea del tamaño adecuado del niño, de manera que cubra nariz y boca. Durante el tiempo de la nebulización debe estar la máscara acoplada a la cara del niño, ya que se nebuliza el niño y no el medio ambiente, y debe verificar siempre que el equipo esté funcionando.





Recuerde que si refiere al niño porque está clasificado como **SIBILANCIA GRAVE** o por otras razones (muestra signos de peligro en general o tiene otra enfermedad para referir urgentemente), administre una sola dosis de un broncodilatador de acción rápida inhalado, antes de referir. Un niño con tiraje o saturación baja de oxígeno puede tener una neumonía grave, pero si tiene sibilancia el tiraje y la saturación baja pueden deberse a esta; por lo tanto, trate la sibilancia y si empeora o no mejora posterior a uno o dos ciclos y persisten signos de dificultad respiratoria, como tiraje o respiración rápida o saturación baja de oxígeno, refiera al niño.

El niño clasificado como SIBILANCIA, es un niño que no tiene criterios para clasificarse como bronquiolitis o por edad o por el inicio del cuadro clínico, puede tener sibilancias asociadas a un proceso viral, podría ser también asma.

Las salas ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda) son los sitios ideales para tratar a los niños que no tiene signos de gravedad y peligro para ser referidos de inmediato, pero tampoco se encuentran bien como para irse a su casa. Pueden existir en su institución Salas ERA Institucionales, que son áreas bien definidas en los hospitales de primero, segundo y tercer nivel, para la atención de los niños con ERA, que puedan ser manejados con esquemas terapéuticos más simples de los requeridos en salas de observación de servicios de urgencias. En otros servicios como UBAs y UPAs pueden crearse servicios para manejo de niños con ERA en los periodos de alta incidencia, llamadas Salas ERA Funcionales.

El manejo ideal del niño con sibilancias debe realizarse en una Sala ERA con Salbutamol, idealmente inhalado. Inicie el manejo como sigue:

- **Primer ciclo:**

Administre el broncodilatador de acción rápida (Salbutamol) por inhalación 3-5 puff cada 20 minutos. Evaluar luego de cada dosis.

Al evaluar al niño con sibilancia, confirme si respira mejor, la frecuencia respiratoria ha bajado, los signos de dificultad respiratoria han desaparecido, se siente o se observa mejor. Si luego de la evaluación el niño está mejor, indique tratamiento para el hogar con Salbutamol inhalado cada dos a tres horas, hasta que el niño se encuentre mejor. Aumentar el intervalo según la respuesta hasta suspenderlo, alrededor de 7 a 10 días después. Cite a control en dos días.

- **Segundo ciclo:**

Si el niño no ha mejorado, repita el ciclo por segunda vez, tres inhalaciones o nebulizaciones con un broncodilatador de acción rápida cada 20 minutos; evaluar después de cada dosis.



Al evaluar al niño con un segundo ciclo; si mejora, continúe con las indicaciones del niño que mejora, explicadas en el primer ciclo; si no mejora, refiéralo para tratamiento en un hospital.

**NOTA: Recuerde que al niño con sibilancias y signos de dificultad respiratoria debe administrarse oxígeno durante los ciclos de tratamiento.**

### 3. 1. 3. SIBILANCIAS RECURRENTES (¿ASMA?)

El niño con sibilancias recurrentes puede tener asma u otra patología que requiera investigación y tratamiento a largo plazo; por esta razón, trate la crisis de sibilancias y cite para una consulta ambulatoria, para continuar estudio y tratamiento a largo plazo. Es importante tratar y controlar la enfermedad de base. En esta sección seguiremos las recomendaciones de la *Guía de Práctica Clínica Para el diagnóstico, atención integral y seguimiento de niños y niñas con diagnóstico de Asma, GAI 2013* y de la OPS/OMS.

Se aumenta la probabilidad de asma si el niño tiene la presencia de más de uno de los siguientes síntomas y signos: tos, sibilancias, dificultad respiratoria y opresión torácica, en especial si los síntomas:

- Son frecuentes y recurrentes.
- Empeoran en la noche o en las madrugadas.
- Se desencadenan o empeoran con el ejercicio, la exposición a mascotas, el aire frío o húmedo, la risa y las emociones.
- Ocurren sin necesidad de un cuadro infeccioso del tracto respiratorio superior que los acompañe.
- Se presentan cuando hay historia personal de atopia, o historia familiar de atopia, asma o ambas.
- Se acompañan de sibilancias generalizadas a la auscultación pulmonar.
- Mejoran, al igual que la función pulmonar, en respuesta a una adecuada terapia.
- No tienen una explicación alternativa.

Es útil en todos los niños con crisis de sibilancia recurrente, clasificar el ÍNDICE PREDICTOR DE ASMA (IPA):



- **Criterio primario:**

Tres o más episodios de sibilancias en el último año.

- **Criterios secundarios:**

I Criterios mayores:

- Tener uno de los padres con asma.
- Tener dermatitis atópica.

II Criterios menores:

- Diagnóstico médico de rinitis alérgica.
- Sibilancias no relacionadas a infecciones virales.
- Eosinofilia periférica igual o mayor de 4 %.

- **Índice predictor de asma positivo:** tres o más episodios de sibilancias de más de un día de duración en el último año, con alteración del sueño; más, al menos, un criterio mayor o dos criterios menores.

**Tabla 70.** Clasificación de la gravedad de la crisis de sibilancia recurrente (asma) en los niños:

<p><b>Los siguientes signos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● SaO<sub>2</sub> &lt;90 %</li> <li>● FEP &lt; 33 % del mejor o predicho</li> <li>● "Tórax silencioso"</li> <li>● Cianosis</li> <li>● Pobre esfuerzo respiratorio hipotensión</li> <li>● Agotamiento</li> <li>● Confusión</li> </ul>	<p><b>ASMA QUE AMENAZA LA VIDA</b></p>
<p><b>Los siguientes signos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● El niño es incapaz de completar frases con una sola respiración o incapaz de hablar o comer, por disnea.</li> <li>● SaO<sub>2</sub> &lt;90 %</li> <li>● FEP: 33 a 50 % del mejor o predicho.</li> <li>● FC &gt;140 x' en niños de 2 a 5 años.</li> <li>● FC &gt;125 x' en niños mayores de 5 años.</li> <li>● FR &gt;40 x' en niños de 2 a 5 años.</li> <li>● FR &gt; 30 x' en niños mayores de 5 años.</li> </ul>	<p><b>ASMA AGUDA GRAVE</b></p>
<p><b>Los siguientes signos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● El niño es incapaz hablar frases completas.</li> <li>● SaO<sub>2</sub> &lt;90 %.</li> <li>● FEP: ≥50 % del mejor o predicho.</li> <li>● FC ≤140 x' en niños de 2 a 5 años.</li> <li>● FC ≤125 x' en niños mayores de 5 años.</li> <li>● FR ≤40 x' en niños de 2 a 5 años.</li> <li>● FR ≤30 x' en niños mayores de 5 años.</li> </ul>	<p><b>EXACERBACIÓN MODERADA DEL ASMA</b></p>



## TRATAMIENTO EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS:

- **OXIGENO:**

Debe mantenerse adecuada saturación en todo niño con crisis de asma.

- **BRONCODILATADORES AGONISTAS b2:**

Se recomienda el uso de Beta 2 agonistas de acción rápida en inhalador con cámara, como se explicó anteriormente, para tratar las exacerbaciones de asma leves a moderadas.

- **CORTICOSTEROIDES SISTÉMICOS:**

Se recomienda el inicio precoz de Esteroide Sistémico en todas las exacerbaciones.

- **BROMURO DE IPRATROPIO:**

Se recomienda el uso de bromuro en combinación con beta 2 agonista de acción corta en las fases iniciales de las exacerbaciones asmáticas graves.

## TRATAMIENTO EN NIÑOS MAYORES DE 2 AÑOS:

- **OXIGENO:**

Debe mantenerse adecuada saturación en todo niño con crisis de asma.

- **BRONCODILATADORES AGONISTAS b2:**

Se recomienda el uso de beta 2 agonistas de acción rápida en inhalador con cámara, como se explicó anteriormente, para tratar las exacerbaciones de asma leves a moderadas. La dosis se debe individualizar, de acuerdo a la intensidad de la crisis y la respuesta del paciente. Si el niño ha requerido inhalador cada hora por más de 4 a 6 horas, se recomienda cambiar la forma de aplicación y utilizar nebulización. Durante el manejo de la crisis se deben suspender los beta 2 de acción prolongada.

- **CORTICOSTEROIDES SISTÉMICOS:**

Se recomienda el inicio precoz de Esteroide Sistémico en todas las exacerbaciones. Se sugiere Prednisolona oral, 10 mg. en menores de 2 años; 20 mg. en niños de 2 a 5 años, y 30 a 40 mg. en niños mayores de 5 años, en las fases tempranas de la crisis, durante 3 a 5 días. Se utilizará la vía parenteral únicamente en pacientes muy comprometidos o con intolerancia a la vía oral. No se recomienda reemplazar el corticoide oral por inhalado en crisis, pero se puede usar el corticoide inhalado como parte del manejo de largo plazo.



- **BROMURO DE IPRATROPIO:**

Se recomienda el uso de bromuro nebulizado en combinación con beta 2 agonista de acción corta, si después de 2 nebulizaciones con B2 agonista no hay respuesta. Se sugiere Bromuro de Ipratropio 250µg. mezclados con 5 mg. de Salbutamol en el mismo nebulizador, cada 20 a 30 minutos, durante las primeras 2 horas en niños con crisis asmáticas graves, y, posteriormente, continuar aplicación cada 4 a 6 horas o suspenderlo, según la respuesta del paciente.

- **ANTILEUCOTRIENOS:**

No se recomiendan en crisis.

Si no hay respuesta, los siguientes son tratamientos de segunda línea:

- **SALBUTAMOL INTRAVENOSO:**

Se recomienda la administración de un bolo intravenoso único de Salbutamol de 15 µ g/kg. durante 10 minutos, en pacientes con crisis grave que no responden a la terapia inicial de nebulizaciones.

- **AMINOFILINA:**

No se recomienda, sin embargo, en las crisis de asma que amenaza la vida, que no responden a dosis altas de broncodilatadores más corticosteroides, se puede iniciar una dosis de carga de 5 mg/kg. en 20 minutos, seguida de una infusión continua de 1 mg/kg/hora.

- **SULFATO DE MAGNESIO:**

Considerar una dosis de 40 mg/kg. (máximo 2 gr.) en infusión lenta, en los niños con crisis que no han respondido a los tratamientos convencionales.



**Tabla 71.** Dosis de corticosteroides:

CORTICOSTEROIDES PARA LA CRISIS DE ASMA		
PESO	PREDNISOLONA 1 mg/kg/dosis única por 3 a 5 días Tableta de 5 mg.	METILPREDNISOLONA 1 mg/kg/dosis IV Cada 6 horas hasta tolerancia oral Ampolla de 40 y 500 mg.
4 - 6 Kg.	10 mg	5 mg
7 - 9 Kg.	(2 tabletas)	8 mg
10 - 12 Kg.	20 mg (4 tabletas)	11 mg
13 - 15 Kg.		15 mg
16 - 19 Kg.		17 mg
20 Kg o más.	30 - 40 mg (6 - 8 tabletas)	20 mg

Una vez mejore el paciente, se sugiere dar alta con el siguiente plan:

#### PLAN DE EGRESO

- Continúe con  $\beta$ 2 agonista cada 4 horas.
- Continúe con: Prednisolona 1/mg/Kg/día o dosis según edad, durante 3 días o más.
- Recomiende contactar al médico tratante en caso de respuesta poco adecuada.
- Dele al paciente un plan de acción por escrito.
- Revise el tratamiento regular.
- Compruebe la técnica inhalatoria.
- Seguimiento del médico tratante.

#### 3. 1. 4. TRATAR AL NIÑO CON BRONQUIOLITIS

Existen 2 posibles clasificaciones para el niño con bronquiolitis

- **BRONQUIOLITIS GRAVE**
- **BRONQUIOLITIS**



La bronquiolitis es una enfermedad muy común con muy pocas opciones terapéuticas.

Es fundamental mantener limpia la vía aérea del niño con bronquiolitis, lo que le permitirá sentirse mejor y respirar y comer mejor. Puede realizarse la higiene con solución salina aplicada con un atomizador en cada fosa nasal o realizando lavado con aplicación a presión con jeringa; ambos métodos son útiles, dependiendo de la obstrucción del paciente. Debe repetirse la higiene nasal cada 3 a 4 horas, según sea necesario.

Las guías de manejo recomiendan en consenso la irrigación con suero salino de las fosas nasales, para tratar los cuadros virales respiratorios que producen obstrucción nasal. La irrigación salina nasal es segura y sin eventos adversos importantes. Se desconoce el mecanismo exacto de acción de la irrigación nasal con solución salina, quizá mejore la función de la mucosa nasal a través de algunos efectos fisiológicos como la limpieza directa de las secreciones, el retiro de mediadores de inflamación y la mejoría de la función mucociliar.

Debe mantenerse adecuada hidratación del niño con bronquiolitis, por lo que debe aumentarse el aporte de líquidos por vía oral; si es alimentado únicamente con leche materna, diga a la madre que ofrezca el seno con mayor frecuencia y por más tiempo, si ya es mayor de 6 meses y recibe otros líquidos, aumente su ingesta.

La bronquiolitis no tiene un medicamento adecuado para su manejo y lo más importante en el hogar es que los padres comprendan esto y vigilen la aparición de signos de alarma para consultar de inmediato, ya que es una enfermedad que evoluciona en el transcurso de los días, y requiere en un alto porcentaje de hospitalización.

El niño clasificado como BRONQUIOLITIS GRAVE debe ser hospitalizado o referido; son de especial cuidado los lactantes menores, ya que tienen un riesgo mayor de apneas y complicación.

La evidencia actual muestra que la administración de oxígeno para aquellos niños con saturaciones bajas es el único tratamiento efectivo. Mantener una adecuada oxigenación, hidratación e higiene nasal es la base del tratamiento. Las micronebulizaciones con Solución Salina Hipertónica al 3% sola, han demostrado reducir la estancia hospitalaria y mejorar el score de severidad de los niños con bronquiolitis. La solución salina al 3% se prepara así:  $\frac{1}{4}$  parte de cloruro de sodio y  $\frac{3}{4}$  partes de agua destilada, es decir, 1 centímetro de cloruro de sodio (2 mEq/ml. o solución al 11,7%) y 3 centímetros de agua destilada. También puede prepararla utilizando solución salina al 0,9% 8.9 ml. más 1,1 ml. de cloruro de sodio. Pero solo se recomienda para el uso hospitalario.



## **LO QUE NO SE DEBE HACER EN EL MANEJO DEL NIÑO CON BRONQUIOLITIS:**

- No se recomienda la realización de hemograma, PCR, VSG o radiografía de tórax en el niño con bronquiolitis que se manejará en casa.
- No se recomienda el uso de antibióticos, incluyendo Betalactámico o macrólido.
- No se recomienda usar broncodilatadores beta 2 adrenérgicos de acción corta, ni en forma ambulatoria ni para el tratamiento hospitalizado del niño con bronquiolitis.
- Si se realiza una prueba terapéutica con broncodilatador de 1 hora y hay adecuada respuesta, inicie Corticosteroide y maneje como sibilancia recurrente; no se trata de una bronquiolitis.
- No se recomienda el uso de solución salina al 3% en la consulta de urgencia para disminuir el riesgo de hospitalización. Se recomienda únicamente en pacientes ya hospitalizados, como se mencionó.
- No se recomienda el uso de adrenalina inhalada sola o en combinación, para el tratamiento ambulatorio u hospitalizado del niño con bronquiolitis.
- No se recomienda el uso de Esteroides Sistémicos o inhalados ni para manejo ambulatorio ni hospitalizado.
- No se recomienda el uso de tratamientos sintomáticos (antihistamínicos, antitusígenos, descongestionantes, mucolíticos)

### **3. 1. 5. TRATAR AL NIÑO CON CRUP**

Existen dos clasificaciones para el niño con estridor:

- **CRUP GRAVE**
- **CRUP**

Recuerde siempre antes de iniciar el tratamiento de un niño con estridor, descartar la posibilidad de cuerpo extraño. La historia clínica es la mejor guía para esto; si existe un cuadro de obstrucción súbita de la vía aérea superior, con historia de atragantamiento o atoro, no moleste al niño con más valoraciones, manténgalo en la posición que para él es más cómoda y le permite respirar mejor; no intente observar la garganta y no lo cambie de posición, remita cuanto antes.





Si considera que se trata de una laringotraqueitis o crup, clasifique la severidad de la obstrucción de la vía aérea superior y trate según el cuadro. La razón de utilizar una escala de clasificación de severidad es tener una puntuación que evidencie objetivamente la mejoría clínica. El sistema de puntuación utilizado fue el propuesto por Westley (ver tabla 72), para graduar la severidad del crup, dicho sistema consiste en:

**Tabla 72.** Sistema de puntuación de severidad del crup

ESCALA DE SEVERIDAD DEL CRUP		SCORE
SÍNTOMAS		
<b>Estridor</b>	No	0
	Cuando está agitado	1
	En reposo	2
<b>Retracción (Tiraje)</b>	No	0
	Leve	1
	Moderada	2
	Severa	3
<b>Entrada de aire</b>	Normal	0
	Disminuida	1
	Marcadamente disminuida	2
<b>Cianosis respirando aire ambiente</b>	No	0
	Con agitación	4
	En reposo	5
<b>Nivel de conciencia</b>	Normal	0
	Desorientado	5

Manejo del paciente según la escala y la respuesta al tratamiento, al reclasificar si:

- **Leve:** Puntuación menor o igual a 4.
- **Moderado:** Puntuación 5 a 8.
- **Grave:** Puntuación 9 o más.

Independiente de la clasificación de severidad, algunos crup requieren siempre referencia, por esto se clasifican como grave; estos son los que se acompañan de hipoxemia, dificultad respiratoria importante y signos de peligro. Todo lactante menor de 3 meses con crup debe manejarse en una institución.

Trate todos los niños con crup así:

- **DEXAMETASONA:**

Es la terapia estándar en el tratamiento del crup viral. Los corticoides disminuyen el número y duración de intubaciones, necesidad de reintubación, incidencia de hospitalización y reingresos al servicio de urgencias. El corticoide más recomendado es la Dexametasona en dosis única de 0,6 mg/kg. (máximo 10 mg.), pero hay estudios que han demostrado similar utilidad con dosis más bajas (0,15 – 0,3 mg/kg.); sin embargo la dosis bajas solo debería utilizarse en los crup leves. La Dexametasona mantiene niveles durante 36 a 72 horas, pero en pacientes graves pueden ser necesarias dosis repetidas cada 12 horas.

**Tabla 73.** Suministro de dexametasona para el niño con crup

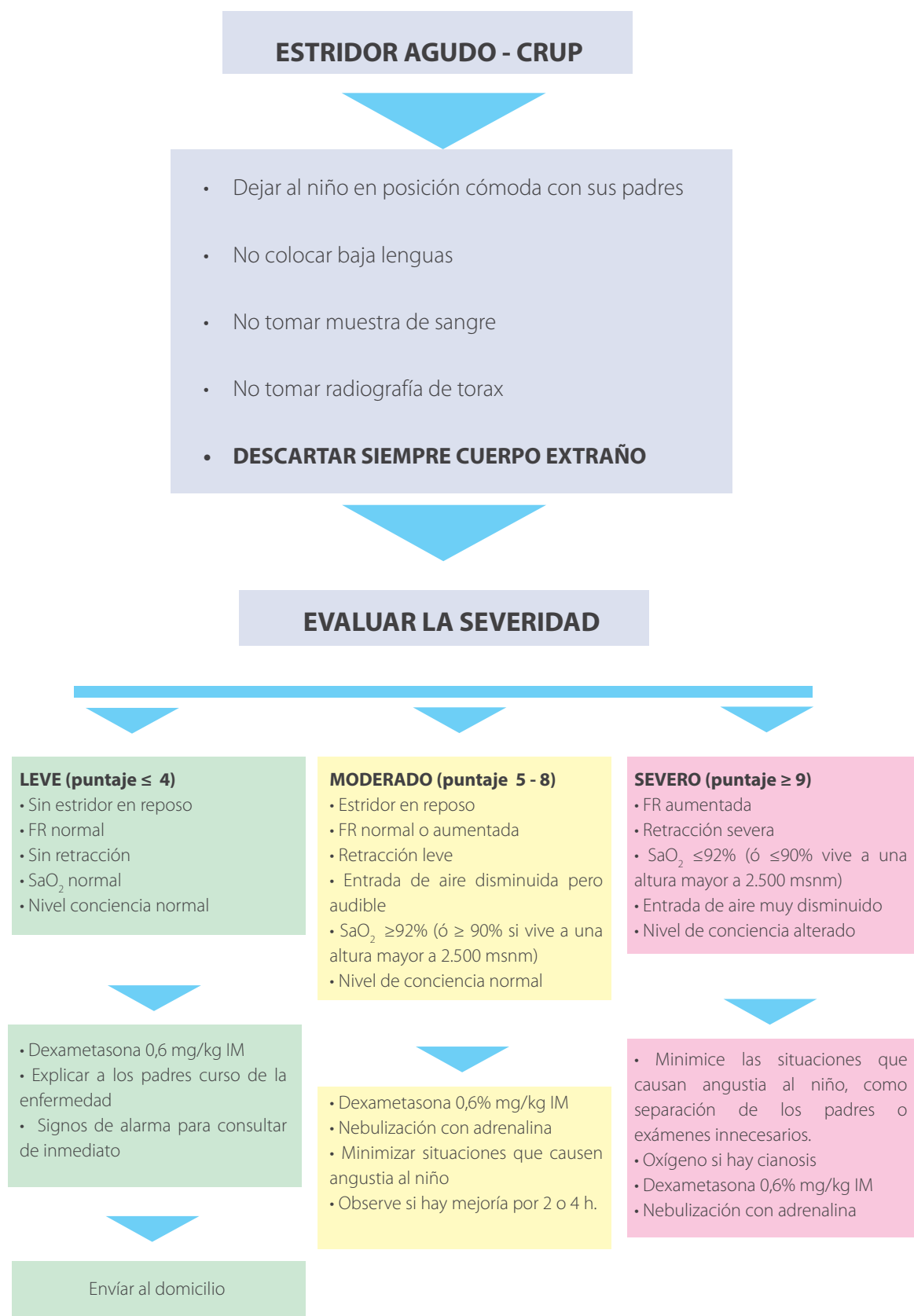
DEXAMETASONA PARA EL NIÑO CON CRUP	
PESO	0,6 mg/kg/dosis única
4 – 6 kg	3 mg
7 – 9 kg	5 mg
10 – 12 kg	7 mg
13 – 15 kg	8 mg
Más de 16 kg	10 mg

- **ADRENALINA:**

Ha demostrado su utilidad en disminuir el estridor y dificultad respiratoria en laringotraqueitis viral a los 10 minutos de nebulizado, y su efecto desaparece luego de 2 horas. La adrenalina común ha demostrado ser tan efectiva como la forma racémica si se utilizan dosis equivalentes. A su vez, la frecuencia de efectos adversos no es distinta. No se puede utilizar por horario, sino que debe utilizarse según respuesta clínica. Se deben monitorizar los posibles efectos adversos cuando se utiliza a repetición. Debe nebulizarse por un máximo de 10 minutos con 5 litros/minuto de flujo de aire u oxígeno, para favorecer el depósito de las partículas en la laringe. No existe evidencia de dosis máxima.

La dosis recomendada de epinefrina racémica para menores de 4 años en crup es de 0,03 a 0,05 ml/kg/dosis, hasta un máximo de 0,5 ml/dosis diluida en 3 ml de SSN. Para mayores de 4 años, nebulizar 0,5 ml. Adrenalina común 0,5 ml/kg de solución 1:1000 diluido en 3 ml de SSN, máxima dosis 2,5 ml/dosis.



**Gráfica 34.** Resumen del tratamiento del niño con crup:

### 3. 1. 6. RECOMENDACIONES PARA CUIDAR AL NIÑO CON TOS O RESFRIADO EN CASA Y MEDIDAS PREVENTIVAS

El tratamiento del resfriado se basa en unas medidas generales que permitirán que el niño se sentirá mejor, si se realizan con frecuencia:

- Aseo nasal con suero fisiológico y limpieza de las secreciones de la nariz.
- Ofrecer alimentos en pequeñas cantidades y con mayor frecuencia.
- Ingesta permanente de líquidos.
- Evitar exceso de abrigo.

#### Medicamentos:

- En cuanto al uso de medicamentos, debe administrarse Acetaminofén 12 a 15 mg/kg/dosis cada seis horas, si el niño tiene fiebre o si se encuentra muy incómodo con dolor.
- NO USAR ANTIBIÓTICOS.
- Medicamentos para el resfriado: Existen múltiples combinaciones que generalmente son una mezcla de descongestionantes, antihistamínicos y antitusígenos, de eficacia no comprobada. En los síntomas nasales del resfrío común no interviene la histamina sino las quininas, por lo cual no hay razón para emplear antihistamínico, además está contraindicado el uso de la mayoría de ellos en los menores de 2 años. Los descongestionantes están contraindicados en los niños menores de seis meses y no ha sido demostrada su efectividad en los niños menores de cinco años, tampoco se ha probado que acorten la duración de la enfermedad. Los antitusígenos frenan el reflejo de la tos, que es un mecanismo reflejo de defensa mediante el cual se limpian las vías aéreas, por lo cual resulta contraproducente su empleo.
- La principal razón para no recomendar su uso son los efectos secundarios, los cuales son más perjudiciales que el verdadero alivio que pueda brindar su administración. Los antihistamínicos por su efecto anticolinérgico hacen que las secreciones se sequen, lo cual dificulta su eliminación. Los descongestionantes tienen efecto de rebote, sobre todo en los lactantes, empeorando la congestión nasal una vez que pasa el efecto inicial. Además, causan hipertensión arterial. Un efecto secundario, adicional al efecto atropínico de los antihistamínicos, es la irritabilidad o somnolencia que no siempre se relacionan con la dosis.
- No están indicadas las aplicaciones de ungüentos mentolados, aceites o mantecas en la nariz o la boca, ni las inhalaciones de hierbas y sustancias.



**MEDIDAS PREVENTIVAS:**

- Evitar contacto con fumadores; no debe existir cigarrillo dentro del hogar donde vive un niño, es decir, si alguno de los padres o familiares fuma, se debe indicar que fumen fuera del hogar al aire libre y ojalá que no tengan contacto con el niño hasta dos horas después de haber fumado.
- Evitar contacto con personas con gripa. Si es necesario que esté con personas enfermas, debe instruirse para que se laven las manos antes de tocar al niño y utilicen tapabocas.
- Tapar boca y nariz del niño cuando va a cambiar de temperatura, principalmente en las mañanas y en las noches.
- Lavado de manos: los virus pueden sobrevivir en las manos varios minutos, en las superficies duras no porosas (plástico o acero inoxidable) más de un día, y en telas, papeles y pañuelos, varias horas; por esto es necesario intensificar las medidas higiénicas habituales en los lugares en los que conviven varias personas. Se deben lavar las manos de los niños siempre:
  - Después de toser
  - Después de estornudar
  - Después de sonarse o tocarse la nariz o la boca
  - Antes y después de cada comida
  - Después de entrar al baño o cambiar los pañales del bebé
  - Después de jugar o tocar objetos comunes
  - Cuando estén visiblemente sucias
- Es importante que los niños y los padres aprendan a lavarse las manos; explique que debe:
  - Mojar las manos con agua.
    - Aplicar el jabón y frotar las manos limpiando entre los dedos y bajo las uñas.
    - Enjuagar con abundante agua corriente.
    - Secar las manos con toalla de papel desechable (si están en jardines o guarderías).



- Cerrar el grifo con la propia toalla de papel desechable.
- Botar el papel desechable en una caneca con bolsa de plástico que se puede desechar posteriormente.
- Higiene respiratoria: Los virus respiratorios se transmiten de persona a persona, por medio de gotitas que emitimos al hablar, toser o estornudar. Las microgotas pueden quedar en las manos, por eso hay que evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca.
- Hay que enseñar a los niños y sus padres que al toser y estornudar lo hagan de la siguiente manera:
  - Colocar un pañuelo de papel desechable o papel higiénico sobre boca y nariz al toser o estornudar y posteriormente botarlo a la basura y lavarse las manos.
  - Cuando no sea posible acceder a papel desechable, se debe hacer sobre la flexura del codo.
- Cuidados del niño enfermo en la casa: el niño debe ser cuidado en la casa, no debe salir ni estar en contacto con otros niños. Es importante que no asistan a su jardín, de ser posible, hasta 24 horas después de mejorar los síntomas.
- Ventilar adecuadamente a diario la casa y la habitación del niño enfermo y en lo posible aislarle del resto de los miembros de su familia, mínimo un metro.
- No olvide que una de las medidas preventivas más efectiva es la vacunación completa.





## EJERCICIO

A continuación encontrará una tabla con clasificaciones, escriba el manejo adecuado y la dosis del medicamento que utilizará.

CLASIFICACIÓN	TRATAMIENTO ADECUADO
Andrés, 22 meses, 10 kg. TOS O RESFRIADO	
María, 4 años, 17 kg. NEUMONÍA	
Joaquín, 5 meses, 6,5 kg. BRONQUIOLITIS	
Cristina, 2 años, 15 kg. CRUP	
Lucas, 3 meses, 5 kg. BRONQUIOLITIS GRAVE	
Mariana, 3 años, 15 kg. NEUMONÍA GRAVE	

## 3.2. TRATAR AL NIÑO CON DIARREA

Los objetivos del tratamiento son:

- Prevenir la deshidratación, si no hay ningún signo de deshidratación.
- Tratar la deshidratación, cuando está presente.
- Prevenir el daño nutricional, mediante la alimentación del niño durante y después de la diarrea.
- Reducir la duración y gravedad de la diarrea y la aparición de episodios futuros, mediante la administración de suplementos de Zinc.

Este capítulo se basa en las recomendaciones de la GAI Guía de referencia rápida para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años [19] y en las recomendaciones OPS/OMS.

Cuando evaluó al niño con diarrea, usted clasificó el grado de deshidratación y según este debe seleccionar uno de los siguientes planes de tratamiento:

- **PLAN A: TRATAR LA DIARREA EN CASA**
- **PLAN B: TRATAR LA DESHIDRATACIÓN CON SRO**
- **PLAN C: TRATAR RÁPIDAMENTE LA DESHIDRATACIÓN GRAVE**

Los tres planes proporcionan líquidos para reemplazar el agua y las sales que se pierden en la diarrea. Ahora aprenderá a administrar los Planes A, B y C.

### 3.2.1. PLAN A: TRATAR LA DIARREA EN CASA

Las cinco reglas para el manejo del niño con diarrea en casa son:

**PRIMERA REGLA:** Dar más líquido de lo habitual para prevenir la deshidratación.

**SEGUNDA REGLA:** Seguir dando alimentos al niño para prevenir la desnutrición.

**TERCERA REGLA:** Administrar zinc al niño todos los días durante 14 días.





**CUARTA REGLA:** Signos de alarma para consultar de inmediato.

**QUINTA REGLA:** Enseñar medidas preventivas específicas.

### PRIMERA REGLA:

#### DAR MÁS LÍQUIDO DE LO HABITUAL PARA PREVENIR LA DESHIDRATACIÓN

Los pacientes con diarrea necesitan tomar mayor cantidad de líquidos de la que reciben normalmente, para reemplazar las pérdidas por las heces diarreicas y el vómito. La mayoría de las veces, la deshidratación puede prevenirse, si al inicio de la diarrea se administran líquidos adecuados en volumen suficiente.

Aunque la composición de los líquidos caseros no es adecuada para tratar la deshidratación, aquellos preparados con alimentos fuentes de almidón cocido, pueden ser más prácticos y casi tan eficaces como la solución de SRO para prevenir la deshidratación.

Los líquidos caseros deben satisfacer ciertos requisitos. Es importante recordar que estos deben ser:

- **Seguros:** deben evitarse las bebidas con alto contenido de azúcar, como los refrescos muy endulzados, las bebidas gaseosas, las bebidas hidratantes para deportistas y los jugos de frutas preparados industrialmente. Estas son hiperosmolares, por su alto contenido de azúcar (mayor de 300 mOsm/l.). Pueden causar diarrea osmótica agravando la deshidratación y produciendo hipernatremia. También deben evitarse los purgantes y estimulantes como el café y las infusiones de hierbas, como la manzanilla.
- **Fáciles de preparar:** la receta debe ser conocida y su preparación no debe exigir mucho tiempo o trabajo. Los ingredientes y utensilios para medir y cocinar deben ser accesibles, baratos y fácilmente disponibles.
- **Aceptables:** Los líquidos deben ser aquellos que las madres estén dispuestas a administrar en mayor cantidad a un niño con diarrea y que los niños acepten bien.
- **Eficaces:** En general los líquidos que son más eficaces son los que contienen carbohidratos, proteínas y algo de sal. Sin embargo, pueden obtenerse casi los mismos beneficios usando líquidos sin sal, pero al mismo tiempo que se administran estos líquidos, deberán darse alimentos que contengan sal.

Qué líquidos dar:

- **Solución de SRO.** Aunque generalmente no se considera un líquido casero, la solución de SRO puede usarse en el hogar para prevenir la deshidratación. Los sobres de SRO pueden



entregarse en el establecimiento de salud, tanto para tratar en el hogar a los pacientes que aún no están deshidratados, como para continuar el tratamiento de los que fueron rehidratados con Plan B o C.

- **Agua.** Aunque el agua no proporciona sal ni una fuente de glucosa, está al alcance de todos y generalmente se acepta la idea de darla en suficiente cantidad a un niño con diarrea. Cuando se administra combinada con una dieta que incluye alimentos fuente de almidón, de preferencia con sal, es un tratamiento adecuado para la mayoría de los pacientes con diarrea que no están deshidratados. Siempre debe incluirse el agua dentro de los líquidos recomendados.
- **Líquidos que contienen un alimento.** Los ejemplos de los líquidos preparados con base de un alimento, incluyen cocimientos de uno o varios cereales (arroz, maíz, cebada) en grano o molidos, y cocinados en agua, o los que se preparan con papa o plátano, que además de contener almidón, son muy buena fuente de potasio. Los líquidos basados en alimentos incluyen también las sopas caseras, agua de arroz o aguas en las que se hayan cocinado otros cereales. Un niño con diarrea abundante probablemente no se tome grandes volúmenes de sopa, pero si puede recibir agua y algo de sopa. Los jugos de frutas son una fuente importante de potasio, pero deben prepararse muy diluidos y con poca azúcar.
- **Otra posibilidad** es dar agua y galletas saladas o pasabocas como rosquitas que contienen almidón y sal. Niños con diarreas relativamente leves, con muy poco apetito, reciben más fácilmente pequeñas cantidades de agua y dos o tres rosquitas o galletas de soda, que SRO. Deben preferirse "mecatos" sencillos, que no tengan muchos aditivos ni colorantes.
- **Solución de azúcar y sal (suero casero).** Esta preparación requiere medir tres ingredientes correctamente: azúcar, sal y agua, y a las madres generalmente se les dificulta recordar la receta o prepararla correctamente, esto puede llevar a preparar soluciones hiperosmolares y peligrosas. No se debe recomendar.

A continuación se presentan tres recetas de líquidos caseros adecuados para prevenir la deshidratación en el hogar:

- **Líquido basado en papa**
  - Ingredientes: dos papas de tamaño mediano, media cucharadita tintera de sal, un litro de agua.
  - Preparación: se pelan y se pican las papas, se ponen en una olla con un litro de agua y media cucharadita tintera de sal, se pone a cocinar durante media hora, se licúa, se deja enfriar y se le da al niño. Debe insistirse en que debe ser muy cuidadoso en la medida de la sal.



- **Líquido basado en plátano**

- Ingredientes: medio plátano verde, un litro de agua, media cucharadita tintera de sal.
- Preparación: se pela y se pica medio plátano verde, se pone en una olla con un litro de agua y media cucharadita tintera de sal, se cocina durante media hora, se licúa, se deja enfriar y se le da al niño.

- **Líquido basado en arroz tostado**

- Ingredientes: ocho cucharadas de arroz, media cucharadita de sal, un litro de agua.
- Preparación: Se tuesta el arroz en un sartén, sin agregar grasa, cuando esté tostado, se muele. Se ponen en una olla ocho cucharadas soperas rasas del polvo de arroz tostado, un litro de agua y media cucharadita tintera de sal. Se cocina durante quince minutos, se deja enfriar y se le da al niño.

Estos líquidos no remplazan los alimentos, son útiles como líquidos caseros para evitar la deshidratación porque tienen baja osmolaridad y contienen sodio y potasio.

Los menores de seis meses no deben recibir líquidos caseros basados en alimentos fuentes de almidón, porque tienen limitaciones para su digestión. En ellos debe aumentarse la cantidad de leche materna y si es necesario dar solución de SRO.

### **Cuánto líquido dar:**

La regla general es dar al niño o a la persona adulta tanto líquido como desee, hasta cuando la diarrea desaparezca. Como una guía, después de cada deposición, dar:

- A los menores de dos años: 50-100 ml. (un cuarto a media taza) de líquido.
- A los niños de dos a diez años: 100-200 ml. (de media a una taza).
- A los niños mayores o adultos: tanto como deseen.

Es importante que la madre tenga claro que el objeto de dar los líquidos es reponer la pérdida de agua y sales que se presenta durante la diarrea y evitar la deshidratación.

### **SEGUNDA REGLA:**

#### **SEGUIR DANDO ALIMENTOS AL NIÑO PARA PREVENIR LA DESNUTRICIÓN**

**No** debe interrumpirse la alimentación habitual del lactante durante la diarrea y, una vez finalizada esta, debe aumentarse. **Nunca** deberá retirarse la alimentación y **no** deben diluirse los alimentos que el niño toma normalmente.



Siempre se debe continuar la lactancia materna. El objetivo es dar tantos alimentos ricos en nutrientes como el niño acepte. La mayoría de los niños con diarrea acuosa recuperan el apetito una vez corregida la deshidratación, mientras que los que presentan diarrea sanguinolenta a menudo comen mal hasta que desaparece la enfermedad. Se debe alentar a estos niños a que reanuden la alimentación normal cuanto antes.

Cuando se siguen dando alimentos, generalmente se absorben los nutrientes suficientes para mantener el crecimiento y el aumento de peso. La alimentación constante también acelera la recuperación de la función intestinal normal, incluida la capacidad de digerir y absorber diversos nutrientes. Por el contrario, los niños a los que se les restringe o diluye la alimentación, pierden peso, padecen diarrea durante más tiempo y tardan más en recuperar la función intestinal.

### **¿Qué alimentos hay que dar?**

Depende de la edad, de sus preferencias y del tipo de alimentación antes de la enfermedad; los hábitos culturales son también importantes. En general, los alimentos apropiados para un niño con diarrea son los mismos que los que habría que dar a un niño sano. A continuación se exponen una serie de recomendaciones específicas.

### **Leche**

- Los lactantes de cualquier edad que se amamantan deben poder mamar tanto y tan a menudo como deseen. Debe favorecerse la tendencia natural a mamar más de lo habitual.
- Los lactantes que no son amamantados deben recibir su toma láctea usual al menos cada tres horas, si fuera posible en taza. Las fórmulas comerciales especiales anunciadas para usar en caso de diarrea son caras e innecesarias; no deben darse sistemáticamente. La intolerancia láctea considerada técnicamente importante, rara vez representa un problema.
- Los lactantes menores de seis meses que toman leche materna y otros alimentos deben amamantarse con más frecuencia. A medida que el niño se recupera y aumenta el suministro de leche materna, deben reducirse los otros alimentos. (Si se dan otros líquidos además de la leche materna, se debe usar una taza en lugar de biberón). La recuperación tarda generalmente una semana. Cuando sea posible, el lactante deberá amamantarse exclusivamente.

No sirve de nada examinar sistemáticamente el pH o las sustancias reductoras en las heces del lactante. Dichas pruebas son muy sensibles y a menudo indican una alteración en la absorción de la lactosa que no es clínicamente importante. Es más importante vigilar la respuesta clínica del niño (por ejemplo, aumento de peso, mejoría general). La intolerancia láctea solo se considera clínicamente importante cuando la alimentación láctea causa un aumento inmediato del volumen de las heces y un retroceso o empeoramiento de los signos de deshidratación, a menudo con pérdida del peso.



## Otros alimentos

Si el niño tiene al menos seis meses o ya está tomando alimentos blandos, se le deben dar cereales, verduras, hortalizas y otros alimentos, además de la leche. Si el niño tiene más de seis meses y todavía no recibe estos alimentos, se empezarán durante los episodios de diarrea o poco después de su desaparición.

Los alimentos recomendados deben ser culturalmente aceptables, fáciles de conseguir, tener un alto contenido energético y proporcionar la cantidad suficiente de micronutrientes esenciales. Deben estar bien cocidos, triturados y molidos para que sean más fáciles de digerir; los alimentos fermentados son también fáciles de digerir. La leche debe mezclarse con el cereal. Siempre que sea posible, se agregan 5 a 10 ml. de aceite vegetal a cada ración de cereales. Si se tiene carne, pescado o huevos, también deben darse. Los alimentos ricos en potasio son los plátanos, la papa, el agua de coco y jugos de fruta diluidos y con poca azúcar, entre otros.

No se recomiendan las llamadas "dietas astringentes". El niño debe seguir recibiendo la alimentación adecuada para la edad.

### ¿Qué cantidad de alimentos y con qué frecuencia?

Ofrezca comida al niño cada tres o cuatro horas (seis veces al día). Las tomas pequeñas y frecuentes se toleran mejor que la toma grande y más espaciada.

Una vez detenida la diarrea, siga dando los mismos alimentos ricos en energía y sirva una comida más de lo acostumbrado cada día, durante al menos dos semanas. Si el niño está desnutrido, las comidas extras deben darse hasta que haya recuperado el peso normal, en relación con la talla.

### **TERCERA REGLA:**

#### **ADMINISTRAR ZINC AL NIÑO TODOS LOS DÍAS DURANTE 14 DÍAS**

La administración de zinc al comienzo de la diarrea reduce la duración y gravedad del episodio así como el riesgo de deshidratación. Si se continúan administrando los suplementos de zinc durante 14 días, se recupera el zinc perdido durante la diarrea y el riesgo de que el niño sufra nuevos episodios en los dos o tres meses siguientes disminuye. Los niños menores de seis meses deben recibir 10 mg. de zinc elemental y los mayores de seis meses, 20 mg.

Cuando administre zinc, recuerde que la mezcla no debe tener hierro ni calcio, porque estos interfieren con la absorción del Zinc.



**Tabla 74.** Suplementación con Zinc

ZINC:		
EDAD	TRATAMIENTO DE DIARREA	TRATAMIENTO DEL NIÑO CON DESNUTRICIÓN
Menor de 6 meses	10 mg / día	5 mg / día
6 meses a 10 años	20 mg / día	10 mg / día

**CUARTA REGLA:****SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR DE INMEDIATO**

La madre debe llevar a su hijo al trabajador de salud si:

- Presenta deposiciones líquidas muy frecuentes; más de 10 en 24 horas.
- Vomita repetidamente.
- Tiene mucha sed.
- No come ni bebe normalmente.
- Tiene fiebre.
- Hay sangre en las heces.
- El niño no experimenta mejoría al tercer día.

**QUINTA REGLA:****ENSEÑAR MEDIDAS PREVENTIVAS ESPECÍFICAS**

El tratamiento adecuado de la diarrea permite evitar las muertes, pero no tiene ninguna repercusión sobre la incidencia de la enfermedad. Utilice el momento de la enfermedad en el que la madre está más receptiva, para enseñar y motivar a que adopte medidas preventivas.

- **Lactancia materna:** Los niños menores de seis meses deben ser exclusivamente alimentados con leche materna. La probabilidad de que los niños amamantados exclusivamente padezcan diarrea o que mueran a causa de ella es mucho menor que la de los que no lo son o lo son solo parcialmente.
- **Mejores prácticas de alimentación:** La alimentación complementaria se inicia después de los seis meses. Las buenas prácticas de alimentación implican la selección de alimentos nutritivos y el uso de prácticas higiénicas cuando se los prepara.
- **Abastecimiento de agua:** El riesgo de diarrea puede reducirse usando agua lo más limpia posible y protegiéndola de la contaminación. Las familias deben: Recoger el agua de la fuente más limpia que tengan.



Recoger y almacenar el agua en recipientes limpios, vaciarlos y enjuagarlos todos los días. Mantener el recipiente de almacenamiento cubierto y no permitir que los niños o los animales beban de ellos. Sacar el agua con un cucharón con mango largo que solo se usará para esta finalidad, de forma que el agua no se toque con las manos.

Si es posible, hervir el agua usada para preparar la bebida y comida de los niños pequeños. El agua tiene que someterse solo a un fuerte hervor (una ebullición más enérgica o prolongada es innecesaria y desperdicia combustible).

La cantidad de agua que las familias pueden adquirir tiene tanta repercusión sobre la incidencia de las enfermedades diarreicas como su calidad; cuanto mayor sea la cantidad de agua, mejor será la higiene. Si hay dos fuentes de agua, se almacenará aparte aquella que tenga mejor calidad y se usará para beber y preparar los alimentos.

- **Lavado de manos:** Todos los microorganismos patógenos que causan diarrea pueden propagarse por las manos contaminadas con materia fecal. El riesgo de diarrea se reduce considerablemente cuando los integrantes de la familia se lavan las manos regularmente. Toda la familia debe lavarse las manos muy bien después de defecar, después de limpiar a un niño que ha defecado, después de eliminar las heces del niño, antes de manipular los alimentos y antes de comer. El lavado de manos requiere el uso de jabón y suficiente cantidad de agua para enjuagarlas bien.
- **Inocuidad de los alimentos:** Los alimentos pueden contaminarse con los agentes patógenos que causan diarrea en todas las etapas de la producción y manipulación, incluso durante el cultivo (mediante el uso de abonos humanos); en los lugares públicos como los mercados; durante la preparación en casa o en los restaurantes, y cuando no se conservan refrigerados después de su preparación. Se deben siempre enseñar los siguientes mensajes clave en cuanto a la preparación y consumo de los alimentos:
  - No comer los alimentos crudos, excepto frutas, verduras y hortalizas enteras que se hayan pelado para comer inmediatamente.
  - Lavado de manos después de defecar y antes de manipular o comer alimentos.
  - Cocer los alimentos hasta que el calor llegue al interior.
  - Comer los alimentos cuando aún estén calientes o recalentarlos bien antes de comer.
  - Lavar y secar completamente todos los utensilios de cocinar y servir, después de usados.
  - Mantener los alimentos cocinados y los utensilios limpios separados de los alimentos no cocinados y de los utensilios potencialmente contaminados.
  - Proteger los alimentos de las moscas utilizando mosquiteros.
- **Uso de letrinas y eliminación higiénica de las heces:** Un ambiente insalubre contribuye a la propagación de los microorganismos patógenos diarreicos. Dado que los microorganismos



que causan diarrea se excretan por las heces de la persona o animal infectados, la eliminación higiénica de las heces puede ayudar a interrumpir la propagación de la infección.

- **Vacunación contra el rotavirus:** La vacuna contra el rotavirus disminuye sustancialmente la incidencia y gravedad de las enfermedades diarreicas. Todos los niños deben vacunarse contra rotavirus a la edad recomendada.

### **PLAN A "SUPERVISADO"**

Algunos niños no cumplen con los criterios para ser clasificados como deshidratados, pero tienen una condición de riesgo como vómito o diarrea muy abundantes, o rechazo a la vía oral, cuando las pérdidas son significativas. En esos casos es preferible dejar a los niños en la institución y establecer un Plan A "SUPERVISADO"; es decir, reponer pérdidas, continuar la alimentación y observar la respuesta. De acuerdo con la evolución, el niño podrá ser dado de alta o puede ser necesario establecer un plan de tratamiento, bien sea por vía oral o intravenosa.







## EJERCICIO

Describe en el espacio a continuación cinco prácticas erróneas de la comunidad para el manejo en casa del niño con diarrea:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Conoce algunas prácticas erróneas que se recomiendan en algunos servicios de salud, ¿Cuáles?



### 3. 2. 2. PLAN B: TRATAR LA DESHIDRATACIÓN CON SRO

Los niños con algún grado de deshidratación deben recibir un tratamiento de rehidratación oral con solución SRO en un establecimiento de salud siguiendo el plan B.

#### ● CANTIDAD DE SOLUCIÓN DE SRO NECESARIA

Utilice el cuadro para calcular la cantidad de solución SRO que se necesita para rehidratación. Si se conoce el peso del niño, se usará para determinar la cantidad aproximada de solución necesaria. La cantidad también puede calcularse multiplicando el peso del niño en kilogramos por 75. Si no se conoce el peso del niño, se tomará la cantidad aproximada que corresponda a la edad del niño.

La cantidad exacta de solución requerida dependerá del grado de deshidratación del niño. Los niños con signos de deshidratación más marcados o que continúan con deposiciones líquidas frecuentes, necesitarán más solución que aquellos con signos menos marcados o con deposiciones menos frecuentes. Si un niño desea más solución de SRO que la cantidad calculada y no hay ningún signo de sobre hidratación, se le dará más.

Los párpados edematosos (hinchados) son un signo de sobrehidratación. Si esto ocurre, suspenda la administración de la solución de SRO, pero continúe dando leche materna o agua y los alimentos. No administre diuréticos. Una vez que desaparece el edema, se reanuda la administración de la solución de SRO o los líquidos caseros, según se indica en el plan A de tratamiento de diarrea.

**Tabla 75.** Plan B: tratar la deshidratación con sro

CANTIDAD APROXIMADA DE SOLUCIÓN DE SRO EN LAS PRIMERAS 4 HORAS 75 ml/kg (50 – 100 ml/kg)						
EDAD	Menos de 4 meses	4-11 meses	12-23 meses	2-4 Años	5-14 años	15 años o más
PESO	< 5 kg	5 – 7,9 kg	8 – 10,9 kg	11 – 15,9 kg	16 – 29,9 kg	> 30 kg
MILILITROS	200 - 400	400 - 600	600 - 800	800 - 1200	1200 - 2200	2200 - 4000

- Use la edad del paciente solo cuando no conozca el peso. La cantidad aproximada de SRO requerida (en mililitros) también puede calcularse multiplicado por 75 el peso del niño.
- Si el paciente quiere más solución de SRO de la indicada, darle más.
- Alentar a la madre a que siga amamantado a su hijo.
- En los lactantes menores de 6 meses que no se amamanten, si se usa la solución de SRO de la OMS que contiene 90 mmol/l de sodio, habrá que darles también 100 a 200 ml. de agua potable durante éste periodo. No será necesario si se usa la nueva solución de SRO de osmolaridad reducida que contiene 75 mmol/l de sodio.



## • ¿CÓMO ADMINISTRAR LA SOLUCIÓN DE SRO?

Se debe enseñar a un familiar cómo preparar y administrar la solución de SRO. A los lactantes y los niños pequeños se les dará con una cuchara limpia o con una taza. Los biberones no deben usarse. Para los recién nacidos se usará un gotero o una jeringa (sin aguja) para poner pequeñas cantidades de solución directamente a la boca. A los niños menores de dos años se les debe dar una cucharadita cada uno o dos minutos. Los niños mayores tomarán sorbos frecuentes directamente de una taza.

Se pueden presentar vómitos al inicio del tratamiento, sobre todo si el niño bebe la solución demasiado rápido, pero esto rara vez impide una buena rehidratación, ya que la mayor parte del líquido se absorbe. Pasadas las primeras dos horas, los vómitos generalmente desaparecen. Si el niño vomita, esperar unos cinco o diez minutos y volver a darle la solución de SRO otra vez, pero más lentamente (por ejemplo, una cucharada cada dos o tres minutos).

La solución de SRO debe administrarse sin mezclar con otros líquidos, sin diluir y a temperatura ambiente.

## • SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE REHIDRATACIÓN ORAL

Examinar al niño cada hora durante el proceso de rehidratación para comprobar que toma bien la solución de SRO y que los signos de deshidratación no empeoran. Si aparecen signos de deshidratación grave en el niño, cámbiese al plan C de tratamiento de la diarrea. A las cuatro horas se debe hacer una evaluación completa del niño y se vuelve a clasificar.

Decidir cómo continuar el tratamiento:

- Si han aparecido signos de deshidratación grave, deberá comenzar el tratamiento intravenoso (IV) siguiendo el plan C. No obstante, es muy raro que esto suceda, solo se producirá en niños que beban mal la solución de SRO y evacúen grandes cantidades de heces líquidas frecuentemente, durante el periodo de rehidratación.
- Si el niño sigue teniendo signos de algún grado de deshidratación, continuar con el tratamiento de rehidratación oral, aplicando de nuevo plan B. Al mismo tiempo comenzar a ofrecerle alimentos, leche y otros líquidos, según se describe en el plan A, y seguir examinando al niño con frecuencia.
- Si no hay ningún signo de deshidratación, se considerará que el niño está totalmente rehidratado. Cuando la rehidratación se ha completado:
  - El signo del pliegue cutáneo ha desaparecido



- La sed cede
- Orina normalmente
- El niño se tranquiliza, no está ya irritable y a menudo se queda dormido

Una vez conseguida la rehidratación, lo más adecuado es iniciar la alimentación en el servicio de salud, para comprobar la tolerancia y que no aumente significativamente el gasto fecal.

Antes de dar de alta del servicio de salud, se debe enseñar a la madre cómo tratar a su hijo en casa con la solución de SRO y alimentos, siguiendo el plan A, darle suficientes sobres de SRO para dos días. También se le debe explicar cómo le va a dar los suplementos de zinc durante 10 a 14 días y enseñarle qué signos indican que debe regresar con su hijo a la consulta y las medidas preventivas adecuadas para la familia.

#### • **¿QUÉ HACER SI EL TRATAMIENTO DE REHIDRATACIÓN ORAL DEBE INTERRUMPIRSE?**

A veces una madre se tiene que ir del servicio de salud mientras su hijo está todavía en el Plan B, antes de estar completamente hidratado. Los niños deben enviarse a casa hidratados, es un riesgo enviar un niño deshidratado a casa porque puede empeorar y morir. **Si no es posible terminar la hidratación y la madre debe irse, es preferible hospitalizar al niño;** si esto no es posible, se deben dar a la madre instrucciones muy claras para continuar la rehidratación en la casa:

- Enseñar a la madre cuánta solución de SRO debe administrar al niño para terminar el tratamiento de cuatro horas en casa.
- Proporcionarle suficientes sobres de SRO para finalizar el tratamiento de cuatro horas y para seguir la rehidratación oral durante dos días más, según se indica en el plan A.
- Mostrarle cómo preparará la solución de SRO.
- Explicarle las cinco reglas del plan A para tratar a su hijo en casa.

#### • **INEFICIENCIA O FRACASO DE LA REHIDRATACIÓN ORAL**

Con la fórmula anterior de SRO los signos de deshidratación persistían o reaparecían durante el tratamiento de rehidratación oral en aproximadamente el 5% de los niños. Con la nueva fórmula de SRO de osmolaridad reducida, se calcula que los “fracasos” en el tratamiento se reducirán a un 3% o incluso menos.



Las causas más corrientes de estos “fracasos” son:

- Las pérdidas rápidas y continuas en las heces (más de 15 a 20 ml/kg. por hora), como ocurre en algunos niños con diarrea por rotavirus.
- La ingestión insuficiente de solución de SRO, debido a la fatiga o la letargia.
- Los vómitos frecuentes e intensos.

Estos niños deben recibir la solución de SRO por sonda nasogástrica o hidratación intravenosa, como se explicará más adelante. Se podrá reanudar el tratamiento de rehidratación oral una vez confirmada la mejoría con los signos de deshidratación.

Son raras las veces en las que no esté indicado el tratamiento de rehidratación oral. Pero puede ocurrir en niños con:

- Distensión abdominal con íleo paralítico, que puede ser causado por medicamentos opiáceos (por ejemplo, Difenoxilato o Loperamida) e Hipopotasemia.
- Mal absorción de glucosa, que se reconoce por un aumento marcado del volumen y la frecuencia de las deposiciones al administrar la solución de SRO y ninguna mejoría del estado de deshidratación; además aparece una gran cantidad de glucosa en las heces cuando se administra la solución de SRO.
- En estas situaciones, debe administrarse la rehidratación por vía intravenosa hasta que ceda la diarrea; el tratamiento por vía nasogástrica no debe usarse.

### • ALIMENTACIÓN

Los alimentos no deben darse durante el período de rehidratación inicial de cuatro horas, excepto la leche materna. Sin embargo, los niños que siguen el plan B durante más de cuatro horas, deben recibir alguna alimentación cada tres o cuatro horas según se describe en el plan A. Todos los niños mayores de seis meses deben recibir algún alimento antes de enviarlos de nuevo a casa. Esto ayuda a recalcarles a las madres la importancia de la alimentación constante durante la diarrea.

### 3. 2. 3. PLAN C: TRATAR LA DESHIDRATACIÓN GRAVE

El tratamiento que se prefiere para los niños con deshidratación grave es la rehidratación rápida por vía intravenosa, siguiendo el plan C. Cuando sea posible estos niños deben ser hospitalizados.



Los niños que pueden beber, aunque sea con dificultad, deben recibir solución de SRO por vía oral hasta que se instale la venoclis. Además, todos los niños deben empezar a tomar la solución de SRO (aproximadamente 5ml/kg/h.) en el momento en que puedan beber, que será después de tres o cuatro horas para los lactantes y de una o dos horas para los mayores. Esto proporciona más bases y potasio, que podrían no ser suplidos en cantidad suficiente por el líquido intravenoso.

**Tabla 76.** Plan C: tratamiento intravenoso en niños con deshidratación grave

- Administrara los líquidos intravenosos inmediatamente.
- Si el paciente puede beber, dar SRO por vía oral hasta que se instale la infusión. Administrar 100 ml/Kg. de lactato de Ringer repartidos de la siguiente manera:

EDAD	PRIMERO ADMINISTRAR 30 ml/kg en:	LUEGO ADMINISTRAR 70 ml/kg en:
Lactantes menor de 12 meses	1 hora	5 horas
Niños de más de 12 meses	30 minutos	2 ½ horas

- Revaluar cada media hora. Si la hidratación no mejora, administre la solución más rápido. Repetir otra carga si el pulso es débil
- Después de 6 horas (en lactantes) o 3 horas (en los mayores), evaluar el estado de hidratación y elegir el plan de tratamiento apropiado (A, B o C) para continuar el tratamiento.
- **Si no dispone de lactato de Ringer**, puede usar solución salina normal.

### ● SEGUIMIENTO DURANTE LA REHIDRATACIÓN INTRAVENOSA

Se debe revaluar a los pacientes cada 15 ó 30 minutos hasta encontrar un pulso radial fuerte. Posteriormente, revaluar por lo menos cada hora para confirmar que está mejorando la hidratación. En caso contrario, se administrarán los líquidos más rápidamente.

Cuando se ha infundido la cantidad programada de líquido intravenoso (después de tres horas para los mayores y de seis para los lactantes), se hará una evaluación completa del estado de hidratación del niño.

### Observar y explorar en busca de signos de deshidratación

- Si los signos de deshidratación grave persisten, repetir la carga de líquidos cómo se describe en el Plan C. Es muy raro que esto suceda, solo se producirá en niños con grandes pérdidas por heces líquidas con frecuencia durante el período de rehidratación.



- Si el niño está mejorando (es capaz de beber), pero todavía muestra signos de algún grado de deshidratación, se puede “suspender” la venoclisis y dar solución de SRO durante cuatro horas, como se indica en el plan B.
- Si no hay ningún signo de deshidratación, seguir el plan A de tratamiento. En lo posible, los niños que llegan con deshidratación grave deben hospitalizarse, si esto no es posible, se debe observar al niño durante al menos seis horas antes de darlo de alta, mientras la madre le da la solución de SRO para confirmar que es capaz de mantener al niño hidratado. Recordar que el niño necesitará continuar el tratamiento con la solución de SRO hasta que la diarrea desaparezca.
- Si el niño no puede permanecer en el centro de tratamiento, enseñar a la madre cómo administrar el tratamiento en casa, siguiendo el plan A. Darle suficientes sobres de SRO para dos días y enseñarle a reconocer los signos que indican que debe regresar de inmediato con su hijo al centro.

- **¿QUÉ HACER SI NO SE DISPONE DE TRATAMIENTO INTRAVENOSO?**

Si el establecimiento no dispone de los medios para el tratamiento por vía intravenosa pero puede encontrarse otro cerca (es decir a 30 minutos), enviar al niño de inmediato para administrarle el tratamiento intravenoso. Si el niño puede beber, dar a la madre la solución de SRO y enseñarle cómo administrarla durante el viaje.

Si tampoco se encuentra en un centro para el tratamiento intravenoso cerca, puede administrar la solución de SRO con una sonda nasogástrica, a razón de 20 ml/kg/hora, durante seis horas (total 120 ml/kg.). Si el abdomen se distiende, dar la solución de SRO más lentamente hasta que la distensión disminuya.

Si el tratamiento con sonda nasogástrica no es posible, pero el niño puede beber, dar la solución de SRO por vía oral a razón de 20 ml/kg. por hora durante seis horas (total 120 ml/kg.). Si se administra demasiado rápido, el niño puede vomitar reiteradamente. En ese caso, dar la solución de SRO más lentamente hasta que los vómitos cedan.

Los niños que reciben tratamiento con sonda nasogástrica o por vía oral deben reevaluarse al menos cada hora. Si los signos de la deshidratación no mejoran después de tres horas, el niño se llevará de inmediato al establecimiento de salud más cercano con medios para el tratamiento intravenoso. Por el contrario, si la rehidratación está progresando satisfactoriamente, el niño se reevaluará al cabo de seis horas y se tomará una decisión sobre el tratamiento a continuar de acuerdo con lo descrito anteriormente para los que reciben el tratamiento intravenoso.



Si no es posible administrar el tratamiento por vía oral ni por vía nasogástrica, llevar al niño de inmediato al establecimiento más cercano en el que se le pueda administrar el tratamiento por vía intravenosa o por sonda nasogástrica.

### ● **HIDRATACIÓN INTRAVENOSA EN UN NIÑO QUE NO SE ENCUENTRA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE**

En algunas situaciones es necesario aplicar hidratación intravenosa a un niño que no se encuentra con deshidratación grave, por ejemplo en los casos de distensión abdominal o trastornos de conciencia; cuando está contraindicada o cuando la hidratación oral no es posible por vómitos persistentes; igualmente cuando se presenta diarrea de alto gasto, rechazo a la vía oral o falta de colaboración de la madre. En esos casos puede utilizarse hidratación intravenosa rápida. Existen varios esquemas.

Puede emplearse la solución de lactato de Ringer, 75 ml/kg. en tres horas. Como esta mezcla contiene poco potasio, tan pronto sea posible, deben ofrecerse en forma simultánea tomas de SRO, lo que constituye una rehidratación mixta.

Otra alternativa es la solución polielectrolítica (solución 90 o solución Pizarro). Esta es una mezcla de composición similar a la solución de SRO de 90 mEq/l. de sodio. En lugar de tener citrato tiene acetato. Su composición en milimoles por litro es: sodio 90, cloro 80, potasio 20 y acetato 30, tiene dextrosa al 2%. Es adecuada para el tratamiento de la deshidratación cuando no puede utilizarse la hidratación oral y el paciente no está en choque hipovolémico. Tiene la ventaja de que viene lista, no es necesario hacer mezclas y proporciona suficiente cantidad de potasio y base.

Se utiliza a una velocidad de 25 ml/kg/hora, hasta corregir el déficit. Un niño con deshidratación leve recibirá 50 ml/kg. en dos horas, un niño con deshidratación moderada 100 ml/kg. en cuatro horas.

Cuando no está disponible la solución 90 puede utilizarse una mezcla de partes iguales de solución salina y dextrosa al 5% con un agregado de 20 mEq/l de potasio. Esta mezcla contiene 77 mEq/l de sodio, 97 mEq/l de cloro, 20 mEq/l de potasio y dextrosa al 2,5%.

Debe tenerse en cuenta que la hidratación parenteral rápida no debe hacerse con mezclas que contienen dextrosa al 5%, ya que el flujo metabólico de glucosa quedaría muy alto y los niños pueden presentar hiperglicemia.





- **Desequilibrios electrolíticos**

El hecho de conocer la concentración de los electrolitos séricos rara vez modifica el tratamiento de los niños con diarrea. Es más, a menudo se malinterpretan estos valores y se da un tratamiento inapropiado. Por lo tanto, generalmente es inútil determinar la concentración de los electrolitos séricos. Los desequilibrios descritos a continuación se pueden tratar todos adecuadamente con la solución de SRO:

- **Hipernatremia**

La deshidratación hipernatrémica se produce en algunos niños con diarrea. Esto ocurre especialmente cuando se les dan bebidas hipertónicas, debido al excesivo contenido de azúcar (por ejemplo, bebidas gaseosas, jugos de frutas comerciales, leches de fórmula demasiado concentradas) o de sal. Las bebidas hiperosmolares extraen agua de los tejidos y de la sangre hacia el intestino, con lo que se produce un aumento de la concentración de sodio en el líquido extracelular. Si el soluto de la bebida no se absorbe plenamente, atrae agua hacia el intestino y produce diarrea osmótica.

Los niños con deshidratación hipernatrémica ( $\text{Na}^+$  sérico  $>150$  mmol/l) tienen sed desproporcionada en comparación con la manifestación de los otros signos de la deshidratación. El problema más grave que puede ocurrir son las convulsiones, que se producen generalmente cuando la concentración de sodio sérico excede 165 mmol/l, y, especialmente, cuando se administra el tratamiento intravenoso. Las crisis convulsivas son mucho menos probables cuando se trata la hipernatremia con solución de SRO, que generalmente conduce a la normalización de la concentración de sodio sérico en un plazo de 24 horas. La hidratación debe hacerse más lentamente, en ocho o doce horas.

- **Hiponatremia**

La Hiponatremia ( $\text{Na}^+$  sérico  $<130$  mmol/l) se puede producir en niños con diarrea que beben principalmente agua o bebidas acuosas que contienen poca sal. La hiponatremia es especialmente frecuente en los niños con shigelosis y los gravemente desnutridos con edema. La hiponatremia grave puede acompañarse de letargia y, más raramente, de crisis convulsivas. La solución de SRO constituye un tratamiento seguro y eficaz para casi todos los niños con hiponatremia. Una excepción son los niños con edema, debido a que la solución de SRO les proporciona demasiado sodio.



- **Hipopotasemia**

La reposición insuficiente de las pérdidas de potasio durante la diarrea puede conducir a la pérdida de potasio e hipopotasemia ( $K^+$  sérico  $<3$  mmol/l), sobre todo en los niños con desnutrición. Esto puede causar debilidad muscular, íleo paralítico, deterioro de la función renal y arritmia cardíaca. La hipopotasemia empeora cuando se le dan bases (bicarbonato o lactato) para tratar la acidosis sin proporcionar simultáneamente potasio. La hipopotasemia puede prevenirse, y el déficit de potasio corregirse, mediante la administración de la solución de SRO para el tratamiento de la rehidratación y el suministro de alimentos ricos en potasio durante y después del episodio diarreico.





## EJERCICIO

**1.** Los niños que se describen a continuación vinieron al servicio de salud porque tenían diarrea. Fueron evaluados y se clasificaron como ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN. Escriba los límites máximo y mínimo de la cantidad de solución SRO que es probable que necesite cada niño durante las primeras 4 horas del tratamiento:

NOMBRE	EDAD O PESO	LÍMITES DE CANTIDAD DE SOLUCIÓN SRO
a) Rita	3 años	
b) Gonzalo	10 kg.	
c) Tatiana	7,5 kg.	
d) Santos	meses	

**2.** Violeta tiene 5 meses de edad, pesa 7 Kg. y tiene diarrea. Sus signos se clasificaron como ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN. La madre de Violeta murió en el parto, así es que Violeta ha estado tomando fórmula. La abuela recientemente empezó a darle Cereal cocido.

**a.** A Violeta se le deberían dar \_\_\_\_\_ cc de \_\_\_\_\_ durante las primeras \_\_\_\_ horas de tratamiento.

---



---

**b.** ¿Qué debe hacer la abuela de Violeta si la niña vomita durante el tratamiento?

---



---



---

**c.** ¿Cuándo debería el personal de salud volver a evaluar a Violeta?

---

**d.** Cuando vuelve a evaluar a Violeta, la niña se clasifica como SIN DESHIDRATACIÓN ¿Qué plan de tratamiento se le debería dar a Violeta?

---

**e.** ¿Cuántos sobres de SRO debería darle el personal de salud a la abuela?

---

**f.** Para continuar el tratamiento en la casa, la abuela debería darle a Violeta \_\_\_\_\_ cc de \_\_\_\_\_ después de cada \_\_\_\_\_.

**3.** Una madre se debe ir de la unidad de salud con su hija antes de que la niña esté completamente rehidratada. ¿Qué debería hacer el personal de salud antes de que la madre se vaya? Complete la lista que sigue:

**a.** Mostrarle cómo preparar la solución de SRO en el hogar.

**b.** Explicarle las 5 Reglas del Tratamiento en la Casa.

**4.** Ricardo tiene 9 meses de edad, tiene diarrea hace 4 días, no tiene ningún otro problema. Al clasificarlo se encuentra con DESHIDRATACIÓN GRAVE.

**a.** Plan de manejo a seguir, cuánto líquido administrará y qué vía utiliza:

---

---

**b.** Fue imposible canalizar una vena, Ricardo no puede beber en este momento, ¿Qué debe hacer? ¿Cada cuánto debe re-evaluar a Ricardo?

---

---

**c.** ¿Cúando debe iniciar Ricardo la vía oral, si esta mejorando?

---

---



### 3. 2. 4. TRATAR AL NIÑO CON DIARREA PERSISTENTE

La diarrea persistente es la diarrea, con o sin sangre, de comienzo agudo que dura al menos 14 días. Se acompaña generalmente de pérdida de peso y, a menudo, de infecciones extraintestinales graves. Muchos niños que tienen diarrea persistente son desnutridos antes del inicio de la diarrea. La diarrea persistente casi nunca se produce en los lactantes amamantados exclusivamente. Se deben examinar cuidadosamente los antecedentes del niño para confirmar que se trata de diarrea y no de heces blandas o pastosas repetidas varias veces al día, algo que es normal en los lactantes amamantados.

La diarrea persistente se asocia con una mortalidad elevada. De cada 100 niños que consultan por diarrea, aproximadamente 10 tienen diarrea persistente, pero de cada 100 niños que mueren por diarrea, aproximadamente 50 tenían diarrea persistente.

La diarrea persistente se considera una enfermedad nutricional; se relaciona con una mucosa desnutrida, de mala calidad, que está afectada morfológica y funcionalmente, por lo tanto no es capaz de absorber adecuadamente los nutrientes. Además, es una mala barrera que favorece la entrada de gérmenes intestinales para producir infecciones sistémicas o localizadas en otros órganos. El objetivo del tratamiento es mejorar el estado nutricional y recuperar la función intestinal normal, y consiste en dar:

- Líquidos apropiados para prevenir o tratar la deshidratación.
- Una alimentación nutritiva que no empeore la diarrea.
- Suplementos vitamínicos y minerales, sin olvidarse del zinc, durante 14 días.
- Antimicrobianos para tratar las infecciones diagnosticadas.

La mayoría de los niños con diarrea persistente se pueden tratar en casa haciendo un seguimiento cuidadoso para comprobar que están mejorando. No obstante, algunos necesitan tratamiento hospitalario, al menos hasta que la enfermedad se estabilice, disminuya la diarrea y estén aumentando de peso.

Si el niño con diarrea persistente está deshidratado, es menor de seis meses o está desnutrido; debe hospitalizarse. En el hospital debe haber un protocolo para el tratamiento, que incluya los puntos básicos.



- **PREVENIR Y TRATAR LA DESHIDRATACIÓN**

Examinar al niño en busca de signos de deshidratación y darle líquidos siguiendo el plan A, B o C, según se requiera. La solución de SRO es eficaz para la mayoría de los niños con diarrea persistente; sin embargo, cuando el compromiso de la mucosa intestinal es importante, puede estar alterada la absorción de glucosa y la solución de SRO no será tan eficaz como de ordinario. Cuando se administra la SRO a estos niños, el volumen de las deposiciones aumenta notablemente, la sed es mayor, aparecen signos de deshidratación o se agravan y las heces contienen una gran cantidad de glucosa no absorbida. Estos niños necesitan rehidratación intravenosa hasta cuando puedan tomar la solución de SRO sin que la diarrea empeore.

- **DETERMINAR LA EXISTENCIA DE INFECCIONES ESPECÍFICAS Y TRATARLAS**

El tratamiento sistemático de la diarrea persistente con antimicrobianos no es eficaz y, por consiguiente, no debe administrarse. Algunos niños, sin embargo, tienen infecciones extraintestinales (o intestinales) que requieren un tratamiento con antibióticos específicos. La diarrea persistente de dichos niños no mejorará hasta que no se hayan diagnosticado y tratado correctamente estas infecciones.

- **Infecciones extraintestinales**

Todos los niños que presentan diarrea persistente deben examinarse en busca de infecciones extraintestinales como neumonía, septicemia, infección de las vías urinarias y otitis media. El tratamiento de estas infecciones con antibióticos debe seguir las pautas establecidas.

- **Infecciones intestinales**

La diarrea persistente con sangre en las heces debe tratarse con un antibiótico oral eficaz frente a *Shigella* spp y *Salmonella* spp. El tratamiento de la amibiasis debe administrarse solo si se cumplen los criterios diagnósticos. El tratamiento de la giardiasis debe administrarse solo si se ven quistes o trofozoitos de *Giardia duodenalis* en las heces.

- **Infecciones nosocomiales**

Las infecciones graves a menudo se contraen en los hospitales; pueden ser, neumonía y diarrea por rotavirus. Se sospechará una infección intrahospitalaria cuando el niño esté letárgico y coma o beba con dificultad (pero no esté deshidratado) o cuando presente fiebre, tos, empeoramiento de la diarrea u otros signos de enfermedad grave, al menos dos días después del ingreso al hospital. El tratamiento debe seguir las pautas establecidas.



- **Investigar la posibilidad de VIH**

La diarrea persistente se encuentran en la categoría B o categoría 3 de OMS o avanzada, lo que significa que existe riesgo de infección por VIH y se debe realizar prueba para descartarla. Siga las recomendaciones del protocolo de estudio del VIH.

- **DAR UNA ALIMENTACIÓN NUTRITIVA**

Este es el tratamiento esencial para todos los niños que tengan diarrea persistente. Dado que la alimentación habitual de estos niños es a menudo desequilibrada, este tratamiento brinda una oportunidad magnífica para enseñar a las madres cómo deben alimentarlos correctamente. Los pacientes ambulatorios deben recibir un régimen alimentario adecuado para su edad, pero con un contenido limitado de lactosa. Los niños tratados en el hospital precisarán dietas especiales hasta que disminuya la diarrea y empiecen a aumentar de peso. En cualquiera de los dos casos, el objetivo es un consumo diario de al menos 110 calorías/kg.

- **Alimentación de los pacientes ambulatorios**

Deben darse las siguientes recomendaciones sobre la alimentación:

- Seguir amamantado.
- Será preferible el yogurt casero, si se tiene disponible, a cualquier leche de animales que generalmente tome el niño; el yogurt casero contiene menos lactosa y se tolera mejor. De lo contrario, limite la leche de vaca a 50 ml/kg. al día; mayores cantidades pueden agravar la diarrea. Mezcle la leche con los cereales del niño; no diluya la leche.
- El inconveniente de diluir la leche es que no es posible aportar las calorías suficientes, pero sí las calorías que se pierden al diluir la leche se remplazan con almidones y grasa. Se puede obtener una mezcla con suficientes calorías y proteínas y bajo contenido de lactosa; por ejemplo, con la siguiente dieta:
  - Pan tajado: una tajada.
  - Leche pasteurizada: 100 ml. (tres onzas).
  - Agua: 100 ml. (tres onzas).
  - Azúcar: cinco gr. (una cucharadita dulcera rasa).
  - Aceite vegetal: cinco ml. (una cucharadita dulcera rasa).
  - La mezcla se licúa.
- Dar otros alimentos que sean apropiados para la edad del niño, dar estos alimentos en cantidad suficiente para lograr un aporte energético suficiente. Los lactantes mayores de



seis meses cuya única alimentación ha sido la leche de animales, deberán empezar a tomar alimentos sólidos.

- Dar comidas ligeras pero frecuentes, al menos seis veces al día.

## • ADMINISTRAR MULTIVITAMÍNICOS Y MINERALES COMPLEMENTARIOS

Todos los niños con diarrea persistente deben recibir preparados multivitamínicos y minerales complementarios diariamente, durante dos semanas. Proporcionar la mayor variedad de vitaminas y minerales posible, con inclusión al menos de dos dosis diarias recomendadas de folato, vitamina A, zinc, magnesio y cobre.

A continuación se presenta una lista de los micronutrientes que deben proporcionarse a los niños con diarrea persistente; aquellos señalados con un asterisco son los más importantes de suministrar. Algunos comprimidos disponibles en el comercio contienen cantidades aproximadas a dos dosis diarias recomendadas.

**Tabla 77.** Suministrto de multivitamínicos y minerales complementarios

INGREDIENTES	1DDR	2DDR
<b>Vitamina A*</b> ( µg RE)	400	800
Vitamina D (µg)	10	20
Vitamina E (µg)	5	10
Vitamina K(µg)	15	30
Vitamina C (mg)	40	80
Tiamina (mg) B1	7	1.4
Riboflavina (mg)B2	8	1,6
Niacina (mg)	9	18
Vitamina B6 (mg)	1	2
<b>Ácido Fólico*</b> (µg)	50	100
Vitamina B12 (µg)	0,7	1,4





Biotina (µg)	20	40
Calcio (mg)	800	1600
Fósforo (mg)	800	1600
<b>Magnesio*</b> (mg)	80	160
Hierro (mg)	10	20
<b>-Zinc*</b> (mg)	10	20
<b>Cobre*</b> (mg)	1	2
Yodo (µg)	70	140
Selenio (µg)	20	40
Manganeso (mg)	1,75	2,5
Flúor (mg)	1	2
Cobalto (µg)	50	100
Molibdeno (µg)	37,5	75

### ● VIGILAR LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Los niños deben reevaluarse a los dos días o antes, si se agrava la diarrea o aparecen otros problemas. Los niños que aumentan de peso y cuyo número de deposiciones sueltas es inferior a tres por día, pueden reanudar la alimentación normal para su edad. Los que no han aumentado de peso o cuyas deposiciones diarreicas no han disminuido, deben enviarse al hospital.

### 3. 2. 5. SELECCIONAR UN ANTIBIÓTICO APROPIADO PARA EL NIÑO CON DISENTERÍA

Se recomienda utilizar un antibiótico durante cinco días para el tratamiento de los niños con disentería. En Colombia, hasta ahora, las *Shigella* son sensibles al ácido nalidíxico y por eso este sigue siendo el tratamiento de elección. En algunos países, en especial donde existe *Shigella* disenterie, hay resistencia creciente y por esa razón se recomienda utilizar ciprofloxacina. Este último medicamento debe dejarse por ahora de reserva y no se debe utilizar indiscriminadamente, para no aumentar la resistencia.

Los antibióticos no deberán usarse rutinariamente en niños con diarrea. Esta recomendación obedece a que no es posible distinguir clínicamente entre episodios producidos por diferentes agentes, y la inmensa mayoría de ellos son autolimitados. Los antibióticos son realmente útiles solo



para los niños con diarrea con sangre (probable shigelosis), sospecha de cólera con deshidratación severa e infecciones extraintestinales serias como neumonía o infección urinaria. Los medicamentos antiprotozoarios están raramente indicados.

El antibiótico de elección para tratar la disentería por Shigella es el ácido nalidíxico a 55 mg/kg/día repartido en 4 dosis diarias.

**Tabla 78.** Tratar la disentería\*:

<b>ACIDO NALIDÍXICO</b> <b>Dosis: 55 mg/kg/día dividido en dosis c/6 horas</b> <b>Durante 5 días - Jarabe 250 mg/5 ml</b>	
<b>PESO</b>	<b>DOSIS CADA 6 HORAS POR 5 DÍAS</b>
5 – 7 kg	1,5 ml
8 – 10 kg	2,5 ml
11 – 13 kg	3,5 ml
14 – 16 kg	4,0 ml
17 – 19 kg	5,0 ml
20 – 22 kg	5,5 ml
23 – 25 kg	6,5 ml

\*El tratamiento del niño hospitalizado con DISENTERÍA con contraindicación a antibiótico vía oral es Ceftriaxona.

**Recuerde cultivar las heces del niño que se hospitaliza por diarrea disintérica.**

**Nota:** no debe usarse para el tratamiento de la diarrea bacteriana ni Ampicilina, ni Amoxicilina, ni Trimetoprim Sulfametoxazol, ni Quinolonas. Si el paciente tiene imposibilidad para recibir el antibiótico por vía oral, la elección por vía intravenosa es la Ceftriaxona. Si el paciente se hospitaliza, pero puede recibir vía oral, prefiera la administración de ácido Nalidíxico, es mejor administrarlos con las comidas, pero separado dos horas de la administración del zinc. En los casos en que es imposible la administración ideal del ácido Nalidíxico cada seis horas, podría darse con un intervalo mínimo de cada 8 horas.



**Tabla 79.** Antimicrobianos ineficaces para el tratamiento de la shigelosis

Metronidazol Estreptomina Tetraciclinas Cloranfenicol Sulfonamidas	Amoxicilina Nitrofuranos (Nitrofurantoína, Furazolidona) Aminoglucósidos (Gentamicina, Amikacina) Cefalosporinas de primera y segunda generación (Cefalexina)
--------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- **¿CUÁNDO SE DEBE CONSIDERAR AMEBIASIS?**

La amebiasis raramente cursa con la disentería en los niños; generalmente produce menos del 3% de los episodios diarreicos. Por esta razón, no se debe administrar sistemáticamente un tratamiento para la amebiasis a los niños pequeños con disentería. Solo se debe plantear dicho tratamiento cuando en el examen microscópico de las heces frescas realizado en un laboratorio fiable se observen trofozoitos de *E. histolytica* que contiene eritrocitos fagocitados.

**Tabla 80.** Antimicrobianos usados para tratar causas específicas de la diarrea

CAUSA	ANTIBIÓTICOS QUE SE PREFIEREN	ALTERNATIVA – SEGUNDA LÍNEA
<b>DISENTERÍA POR SHIGELLA</b>	<b>Ácido nalidíxico</b> Niños: 50 a 60 mg/kg/día en 4 dosis diarias por 7 días	<b>Cefotaxima:</b> 150 mg/kg/día en 3-4 dosis IV. <b>Ciprofloxacina:</b> 20 mg/kg/día en 2 dosis IV o VO <b>Ceftriaxona</b> 100 mg/kg una vez al día IV
<b>AMEBIASIS</b>	<b>Metronidazol</b> Niños: 10 mg/kg/dosis tres veces al día durante cinco días (10 días para la enfermedad grave)	<b>Secnidazol</b> 30 mg/kg dividido en 2 tomas un solo día.
<b>GIARDIASIS</b>	<b>Metronidazol</b> Niños: 5 mg/kg/dosis tres veces al día durante cinco días.	<b>Secnidazol</b> 30 mg/kg dividido en 2 tomas un solo día.



### **MANEJO DEL VOMITO ASOCIADO A DIARREA:**

1. Se recomienda administrar sales de rehidratación oral, fraccionada y pausadamente con cuchara para contrarrestar el vómito en niños menores de 5 años con diarrea, en quienes se intenta mantener la hidratación o tratar la deshidratación.
2. Se recomienda el uso de Ondansetrón en una dosis única oral (2 mg. en menores de 15 kg. y 4 mg. en aquellos entre 15 y 30 kg. de peso) o intravenosa (0,15 mg/kg.) en los niños con vómito asociado a diarrea, que no tienen deshidratación pero tienen alto riesgo de estarlo; y en aquellos con deshidratación que no han tolerado la terapia de rehidratación oral, con el fin de disminuir la necesidad de uso de líquidos endovenosos y las probabilidades de hospitalización.

### **TRATAMIENTOS NO RECOMENDADOS EN EL NIÑO CON DIARREA:**

- No se recomienda el uso de Ondansetrón en menores de 5 años con vómito asociado a diarrea, que tengan, o en los que se sospeche, sepsis, obstrucción intestinal, abdomen agudo o convulsiones.
- No se recomienda el uso de Metoclopramida o Alizaprida en niños con vómito asociado a diarrea para disminuir la necesidad de uso de líquidos endovenosos y las probabilidades de hospitalización.
- No se recomiendan tratamientos homeopáticos ni acupuntura en los niños con diarrea.
- No se recomienda el tratamiento por curanderos o sobanderos o sobadores de descuaje en los niños con diarrea.
- No se recomiendan: Terapias alternativas, terapias aromáticas, esencias florales, bioenergética en el manejo de los menores de 5 años con diarrea.





## EJERCICIO

En el capítulo 2, al evaluar y clasificar al niño con DIARREA, usted clasificó dos niños en los ejercicios. Describa el plan de manejo completo para cada uno de ellos.

### 3.3. TRATAR AL NIÑO CON FIEBRE

La fiebre es un incremento en la temperatura que ocurre como resultado de la liberación de sustancias conocidas como pirógenos en el hipotálamo, donde se controla la temperatura corporal. La fiebre es una respuesta fisiológica normal a la infección y a otras condiciones. A pesar de ser una respuesta normal, muchas personas, incluyendo los médicos, creen que se debe tratar la fiebre para bajar la temperatura. Esto generalmente es debido a las preocupaciones por un potencial efecto perjudicial de la fiebre o porque es un síntoma que produce angustia.

Si se piensa que es necesario reducir la fiebre, los tratamientos farmacológicos difieren de los tratamientos físicos, básicamente, en que los primeros bajan el punto hipotalámico mientras que los físicos solo enfrían el cuerpo.

Las recomendaciones actuales sobre las intervenciones físicas para reducir la temperatura concluyen:

- No se recomienda el baño ni con agua tibia ni con agua fría ni pasar por el cuerpo una esponja húmeda.
- Los niños con fiebre no deben estar muy cubiertos ni abrigados.
- Debe aumentarse la ingesta de líquidos.

Las recomendaciones sobre los medicamentos para reducir la temperatura concluyen:

- El uso de agentes antipiréticos debe ser considerado en niños con fiebre que se observan afligidos, incómodos o no se observan bien.
- Los agentes antipiréticos no deberían usarse rutinariamente para reducir la temperatura corporal en niños con fiebre que se encuentran bien.
- La visión y el deseo de los padres y cuidadores debe tenerse en cuenta cuando se va a tomar la decisión de utilizar o no tratamiento farmacológico.
- El Acetaminofén puede ser usado para reducir la temperatura en niños con fiebre.
- No se deben utilizar al mismo tiempo Acetaminofén e Ibuprofeno en niños con fiebre. Tampoco se deben dar intercalados rutinariamente.
- Los medicamentos antipiréticos no previenen las convulsiones febriles y no deben utilizarse específicamente con este propósito.



El Acetaminofén carece de efecto antiinflamatorio; se absorbe muy bien, alcanza niveles máximos al cabo de una a dos horas de su administración, y mantiene el efecto de cuatro a seis horas. A mayor dosis, más prolongado es el efecto antitérmico, por lo que se recomienda dar 15 mg/kg/dosis cada cuatro a seis horas, sin sobrepasar 60 mg/kg/día. En AIEPI es la droga de elección.

**Tabla 81.** Tratar la fiebre o el dolor

ACETAMINOFÉN 12 – 15 MG/KG/DOSIS			
PESO	GOTAS 100mg/ml.	JARABE 160mg/5ml.	FRECUENCIA
2 kg	8 gotas	0,8 ml	CADA 8 HORAS
3 kg	12 gotas	1,2 ml	
4 kg	16 gotas	1,5 ml	
5 kg	20 gotas	2 ml	
6 – 8 kg	28 gotas	3 ml	
9 – 11 kg	40 gotas	4,5 ml	CADA 6 HORAS
12 – 14 kg	50 gotas	6 ml	
15 – 17 kg	65 gotas	7,5 ml	
18 – 20 kg	75 gotas	9 ml	

Los antipiréticos más ampliamente utilizados en la actualidad son Acetaminofén e Ibuprofeno. Otras sustancias como Dipirona no son recomendadas por su toxicidad. El Ibuprofeno y el Acetaminofén actúan centralmente inhibiendo la acción del pirógeno endógeno en los centros termorreguladores hipotalámicos, suprime la síntesis de prostaglandina y la subsiguiente vasoconstricción periférica y conservación de calor. El efecto antipirético de ambos es sensiblemente igual; la diferencia radica en la no acción antiinflamatoria del Acetaminofén. Es importante recordar la contraindicación del Ibuprofeno en pacientes con dengue. El Ibuprofeno tiene un costo aumentado y una potencial toxicidad mayor, no debería utilizarse en pacientes con gastritis o úlcera, hipersensibilidad a la aspirina, insuficiencia hepática/renal, enfermedad cardíaca, deshidratación, brotes y anemia.

Solo cuando se requiere, además del manejo antipirético y analgésico, un efecto antiinflamatorio, es preferible utilizar Ibuprofeno, a dosis de 5-10 mg/kg/dosis cada seis-ocho horas, siempre y cuando el niño se encuentre bien hidratado, con función hepática y renal normal.

- **MANTENER ADECUADA HIDRATACIÓN**

El niño con una enfermedad febril, requiere estar perfectamente hidratado. Explique a la madre que ofrezca líquidos permanentemente, lo que el niño reciba, independiente de la temperatura de los mismos. No hay contraindicación para la ingesta de leche, los lactantes usualmente



prefieren solo leche. Si el niño es lactado, explique a la madre que debe ofrecer el seno con mayor frecuencia y por más tiempo cada vez.

### ● LABORATORIOS EN EL NIÑO CON FIEBRE

El niño clasificado como ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO INTERMEDIO, requiere la toma de paraclínicos para poder definir la conducta a seguir. Puede tratarse de un proceso bacteriano que amerite hospitalización y manejo con antibióticos, pero también puede ser un cuadro viral que puede continuar observándose.

Realice cuadro hemático, si este evidencia más de 15.000 leucocitos o más de 10.000 neutrófilos absolutos; muestra células de toxicidad como cayados más de 1.500; si hay posibilidad de hacer PCR (proteína C reactiva) y esta es mayor de 4mg/dl.; o los paraclínicos son compatibles con infección bacteriana sistémica, debe iniciarse los antibióticos según la edad y tratar como ENFERMEDAD FEBRIL DE ALTO RIESGO. También debe hospitalizarse o referirse por posibilidad de cuadro viral importante, como dengue, al niño con leucocitos menores a 4.000 o trombocitopenia con menos de 100.000 plaquetas.

Si hay posibilidad de realizar parcial de orina y es compatible con infección urinaria, se debe remitir, por la alta probabilidad de ser una PIELONEFRITIS, e iniciar manejo antibiótico apropiado.

Si los laboratorios no cumplen criterios para referir al niño, explique a la madre que se continuará observando al niño en casa, controlando cada dos días si persiste la fiebre o antes si empeora. Todo niño que completa siete días seguidos con fiebre debe referirse para estudiar y aclarar diagnóstico.

### 3.3.1. SELECCIONAR UN ANTIBIÓTICO APROPIADO PARA EL NIÑO CON ENFERMEDAD FEBRIL DE ALTO RIESGO

El niño clasificado como ENFERMEDAD FEBRIL DE ALTO RIESGO puede tener meningitis, bacteriemia, sepsis o cualquier otro problema que pone en riesgo su vida. Siga todas las recomendaciones descritas en el capítulo anterior, en la sección de normas de estabilización y transporte "REFIERA"; así podrá mantener hidratación, evitar hipoglicemia, etcétera.

Los signos clínicos que clasifican ENFERMEDAD FEBRIL DE ALTO RIESGO, sugieren una enfermedad bacteriana grave y sistémica, por esta razón no se debe perder tiempo y se debe iniciar de inmediato un manejo antibiótico. El antibiótico de elección es la CEFTRIAXONA a dosis de 100 mg/kg/día en una sola dosis diaria. Pero como este niño puede tener una meningitis, si tiene una edad entre 2 y 3 meses, deberá remitirse posterior a iniciar la primera dosis de CEFTRIAXONA más AMPICILINA, recuerde que en el recién nacido se recomienda Ampicilina más Aminoglucósido.





Los niños con ENFERMEDAD FEBRIL DE ALTO RIESGO, generalmente, tienen microorganismos bacterianos invasivos y la enfermedad pone en peligro la vida. Esto justifica el uso de antibióticos parenterales. En niños con choque o con vómitos incoercibles o inconscientes, la administración de un antibiótico oral puede ser imposible o resultar en niveles sanguíneos bajos, por una pobre absorción. En esos casos, el antibiótico parenteral es esencial.

Se recomienda el uso de Dexametasona 0,6 – 0,8 mg/kg/día, dividido en dosis cada seis horas, en niños con sospecha de meningitis bacteriana (cualquier signo general de peligro y rigidez de nuca). Debe colocarse la dosis de Dexametasona previo al inicio del antibiótico.

**Tabla 82.** Tratar al niño con enfermedad febril de alto riesgo

CEFTRIAXONA 100 mg/kg/dosis única diaria IV o IM			AMPICILINA* 300 mg/kg/día en 4 dosis IV	
PESO	DOSIS	FRECUENCIA	DOSIS	FRECUENCIA
4 – 6 kg	500 mg	UNA DOSIS DIARIA	375 mg	CADA 6 HORAS
7 – 9 kg	800 mg		600 mg	
10 – 12 kg	1 gr.		825 mg	
13 – 15 kg	1,4 gr.		1000 mg	
16 – 18 kg	1,7 gr.		1275 mg	
19 – 21 kg	2 gr.		1500 mg	

\* Si el niño tiene una edad entre 2 y 3 meses.

### 3.3.2. TRATAR AL NIÑO CON MALARIA

#### TRATAR AL NIÑO CON MALARIA COMPLICADA:

El principal objetivo en el tratamiento de la malaria complicada es prevenir la muerte. La mortalidad de la malaria complicada no tratada es cercana al 100%. Con el tratamiento antimalárico la mortalidad cae en general a 15 – 20%. La muerte generalmente ocurre en las primeras horas del ingreso al hospital, por esto es esencial que las concentraciones terapéuticas de los antimaláricos se inicien tan pronto como sea posible.

Si la gota gruesa es positiva inicie tratamiento para MALARIA COMPLICADA, confirme parasitológicamente la especie de plasmodium, las formas parasitarias y el número de parásitos por mm<sup>3</sup> de sangre.

Actualmente se recomiendan dos tipos de medicamentos para el tratamiento de esta forma de malaria: los alcaloides de la cinchona (quinina y quinidina) y los derivados de la artemisinina (artesanato, artemeter y artemotil). En Colombia, el tratamiento recomendado y que es



suministrado por el Ministerio de la Protección Social como primera línea es el artesunato sódico vía IV, y como segunda línea, el diclorhidrato de quinina por vía intravenosa.

El Artesunato debe ser administrado intravenoso en una dosis de 2,4 mg/kg/a las 0, 12 y 24 horas y posteriormente una vez al día. Para la mezcla se debe:

- El polvo para la inyección debe ser reconstituido con 1 ml. de bicarbonato sódico al 5% y debe ser agitado vigorosamente hasta que la solución quede clara.
- Luego diluir esta solución añadiendo 5 ml. de dextrosa al 5% y agitar nuevamente.
- La cantidad requerida del medicamento debe ser administrada vía IV, lentamente durante 2 – 3 minutos.
- Una alternativa es diluir la solución en 50 ml. de solución glucosada 5% para administración IV durante una hora.
- El polvo es difícil de disolver y debe asegurarse de que esté completamente disuelto antes de la administración parenteral.
- La solución se debe preparar para cada administración y no debe ser almacenada. Debe usarse inmediatamente después de la reconstrucción. Si la solución está turbia o si tiene precipitados, debe descartarse y preparar una nueva.
- Para uso IM (cuando no es posible un acceso IV) la dilución en el segundo paso se hace con 2 ml. de dextrosa al 5% o solución salina normal. La dosis se coloca en la cara anterior del muslo.

Cuando el paciente tolere la vía oral, la dosis diaria de mantenimiento de Artesunato (2,4 mg/kg. puede administrarse en comprimidos hasta completar 7 días. Adicionalmente debe prescribirse Doxicilina (no en embarazadas ni en menores de 8 años) a 3 mg/kg/día o Clindamicina 15 a 20 mg/kg/día, también por 7 días. Otra alternativa es dar un tratamiento completo de Arteméter + Lumefantrina. La Primaquina no forma parte del esquema de malaria complicada y está contraindicada.



**Tabla 83.** Primera línea de tratamiento para el niño con malaria complicada\*

MEDICACIÓN	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN
<b>Artesunato IV</b>	2,4 mg/kg IV al ingreso (tiempo 0), y luego a las 12 horas y 24 horas. Continuar una vez al día hasta tolerar VO o hasta completar 7 días. Contraindicado en menores de 6 meses.
<b>Artesunato VO**</b>	Iniciar cuando tolere la VO en dosis de 2,4 mg/kg/días hasta completar 7 días. Contraindicado en menores de 6 meses.
<b>Doxicilina VO</b> o <b>Clindamicina VO</b>	Iniciar cuando tolere la VO en combinación con artesunato en dosis de 3 mg/kg/días una vez al día por 7 días. Contraindicado en menores de 8 años. Dosis 15 – 20 mg/kg/día repartidos en 3 ó 4 dosis durante 7 días.

\*En mujeres embarazadas y niños menores de 6 meses, la primera opción es Quinina IV + Clindamicina.

\*\*Un tratamiento completo de Arteméter + Lumefantrina puede ser usado en lugar de Artesunato + Doxicilina en ausencia de Artesunato VO.

La segunda línea para el tratamiento de malaria complicada en Colombia es el Diclorhidrato de quinina y es también la primera opción en embarazadas y lactantes. La quinina se utiliza IV en infusión, nunca en inyección, ya que produce hipotensión y falla cardíaca. La infusión de quinina no debe exceder los 5 mg/kg/hora (dosis de carga inicial de 20 mg/kg. en 4 horas y dosis de mantenimiento de 10 mg/kg.). La dosis debe ser disuelta en dextrosa al 5% (10 ml/kg., hasta máximo 500 ml.).

Si la vía IV no es posible, una alternativa es la vía IM. El pico plasmático es similar en las dos rutas, sin embargo, por vía IM puede haber absorción errática de la quinina, especialmente en pacientes con choque. La inyección IM es dolorosa y puede haber necrosis local y formación de absceso. La aplicación IM debe hacerse en la región anterior del muslo y no en glúteo, por el riesgo de daño del nervio ciático. La primera dosis se divide en 10 mg/kg. en cada muslo. El Diclorhidrato de quinina no diluido, a una concentración de 300 mg/ml. tiene un pH ácido y la inyección es dolorosa, por lo tanto es mejor diluir a 60 – 100 mg/ml.

La quinina causa regularmente un complejo de síntomas conocido como cinchonismo (tinitus, pérdida de audición de tonos altos, dolor de cabeza, náuseas, mareo, disfonía y alteraciones de la visión), lo que no requiere suprimir el tratamiento en caso de no ser severo. El efecto adverso más importante es la hiperinsulinemia e hipoglicemia, especialmente en embarazadas. La quinina causa en un 10% prolongación del intervalo QT, lo cual obliga a tener precaución. La sobredosis de quinina es potencialmente fatal por su efecto cardiotoxico.



**Tabla 84.** Segunda línea de tratamiento para el niño con malaria complicada

MEDICAMENTO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN
<b>Quinina Diclorhidrato Ampollas de 600 mg/2 ml. solución inyectable.</b>	<p>Dosis inicial: bolo de 20 mg/kg., disuelto en 200 – 500 ml. De Dextrosa al 5% o 10% en proporción de 5 a 10 ml/kg. (máximo 500 ml) para pasar en 4 horas.</p> <p>Dosis de mantenimiento: 10 mg/kg/dosis cada 8 horas, disolver y pasar en 4 horas, igual que para la dosis inicial.</p> <p>Pasar a quinina vía oral una vez el paciente tolere la vía oral hasta completar 7 días de tratamiento.</p>
<b>Clindamicina tabletas de 300 mg. o Doxicilina*</b>	<p>Dosis 15 – 20 mg/kg/día repartidos en 3 ó 4 dosis durante 5 días.</p> <p>Dosis 3 mg/kg/día una vez al día por 5 días.</p> <p>*Solo en mayores de 8 años.</p>

- **TRATAMIENTO DE URGENCIA CON ARTEMISININAS VÍA RECTAL ANTES DE LA REMISIÓN:**

El riesgo de muerte por malaria es mayor en las primeras 24 horas. El traslado y la remisión en muchas de las áreas del país no son fáciles y puede retardar el inicio del tratamiento, lo que puede propiciar el deterioro del paciente o la muerte. A menos que el tiempo de traslado sea realmente corto, se recomienda que los pacientes sean tratados antes de la referencia, con la primera dosis de los esquemas recomendados vía parenteral o por vía rectal. Ante la imposibilidad de administración IV de Artesunato o quinina, se recomienda la administración de Artesunato rectal, Artesunato IM o como última alternativa, quinina IM.

Los supositorios de Artesunato están indicados solo cuando la vía IV o IM son imposibles, mientras se logra un nivel de atención superior. La dosis recomendada es 10 mg/kg/día. En los niños pequeños deben mantenerse juntos los glúteos por 10 minutos para que el supositorio no sea expulsado.



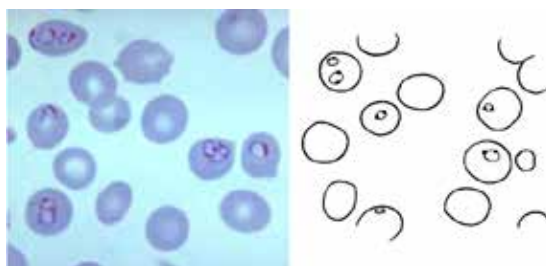
**Tabla 85.** Artesunato rectal para tratamiento antes de referencia de niños con malaria complicada

PESO (kg)/ EDAD	DOSIS DE ARTESUNATO	ESQUEMA (DOSIS ÚNICA)
5 – 8,9 kg    0 – 12 meses	50 mg	Un supositorio de 50 mg
9 – 19 kg    13 – 42 meses	100 mg	Un supositorio de 100 mg
20 – 29 kg    43 – 60 meses	200 mg	Dos supositorios de 100 mg
30 – 39 kg    6 – 13 años	300 mg	Tres supositorios de 100 mg

### 3.3.2.2. ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA PARA LA MALARIA NO COMPLICADA POR P. FALCIPARUM

Al niño clasificado como MALARIA, se le realiza gota gruesa y si esta es positiva, se inicia el manejo como sigue:

Gota Gruesa:  
POSITIVA PARA  
FALCIPARUM



Colombia utiliza el esquema de tratamiento recomendado por OMS para regiones con resistencia a los antimaláricos, una de las combinaciones terapéuticas con derivados de la Artemisinina (ACT), la combinación de Arteméter + Lumefantrina. Esta combinación está disponible en tabletas con 20 mg. de Artemeter y 120 mg. de Lumefantrina. Se recomiendan 6 dosis en total, dos veces al día, durante 3 días. La absorción del Lumefantrina se mejora con la Coadministración con grasas, por esta razón se recomienda la toma del medicamento

con algún alimento como leche, especialmente en el segundo y tercer día. Los derivados de la Artemisinina son seguros y bien tolerados y el único efecto adverso serio reportado es la reacción de hipersensibilidad tipo 1.

**Tabla 86.** Primera línea para tratamiento de la malaria no complicada por *p. Falciparum*

ARTEMÉTER + LUMEFANTRINA 6 DOSIS EN TOTAL: 2 TOMAS AL DÍA POR 3 DÍAS (TABLETAS DE 20 MG. DE ARTEMÉTER Y 120 MG. DE LUMEFANTRINA)						
PESO (KG)/ EDAD	NÚMERO DE TABLETAS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN*					
	0 HORAS	8 HORAS	24 HORAS	36 HORAS	48 HORAS	60 HORAS
5 – 14 kg (< 3 años)	1	1	1	1	1	1
15– 24 kg(3 – 8 años)	2	2	2	2	2	2
25–34kg(9 – 14 años)	3	3	3	3	3	3
> 34 kg (> 14 años)	4	4	4	4	4	4

\* Para facilitar la administración, la segunda dosis del primer día debe ser dada en cualquier momento entre las 8 y 12 horas después de la primera dosis. Las dosis del 2° y 3° día son en la mañana y la tarde.

### 3. 3. 2. 3. ESQUEMA DE TRATAMIENTO PARA LA MALARIA NO COMPLICADA POR P. VIVAX:

El objetivo del tratamiento es eliminar los parásitos en sangre y las formas hipnozoíticas que permanecen en el hígado, evitando las recaídas. El tratamiento incluye un esquizonticida sanguíneo (cloroquina) y un esquizonticida tisular. La Cloroquina debe ser administrada en una dosis de 10 mg /kg. el primer día, seguidos de 7,5 mg/kg. el segundo y tercer día.

Para obtener la cura radical, las recaídas deben ser prevenidas usando primaquina una dosis total de 3,5 mg/kg. El esquema clásico, que es el recomendado en Colombia, consiste en la administración de 0,25 mg/kg. por día, durante 14 días. La primaquina causa molestias abdominales si se suministra con estómago vacío, por lo cual se recomienda tomarla con comida. Está contraindicado en personas con deficiencia severa de G6PD.



**Tabla 87.** Tratamiento de la malaria no complicada por *P. Vivax*

Edad / Peso		Cloroquina Bifosfato (tableta 250 mg. Contenido base 150 mg.) Dosis total 25 mg/kg: 10 mg/kg inicial y 7,5 mg/kg a las 24 y 48 horas. Primaquina* (tabletas de 15 mg y 5 mg) dosis 0,25 mg/kg. Por día durante 14 días. *No usar en menores de 2 años.							
		NÚMERO DE TABLETAS POR MEDICAMENTO POR DÍA							
		1 <sup>er</sup> día		2 <sup>do</sup> día		3 <sup>er</sup> día		4 – 14 día	
		CQ	PQ	CQ	PQ	CQ	PQ	PQ	
6–11	5–9 kg	1/2	*	1/4	*	1/4	*	*	
1–3 años	10–14 kg	1	1* =5 mg	1/2	½* =2,5 mg	1/2	½* =2,5 mg	½=2,5 mg	
4 – 8 años	15–24 kg	1	1 = 5 mg	1	1 =5 mg	1	1=5 mg	1 =5 mg	
9–11 años	25–34 kg	2	½=7,5 mg	2	½ =7,5 mg	2	½ =7,5 mg	½=7,5 mg	
12–14 años	35–49 kg	3	1 =15 mg	2	1 =15 mg	2	1=15 mg	½=7,5 mg	
> 15 años	> 50 kg	4	1 =15 mg	3	1 =15 mg	3	1 =15 mg	1=15 mg	

### ESQUEMA DE TRATAMIENTO PARA LA MALARIA MIXTA NO COMPLICADA

Las infecciones mixtas (coinfeción de *P. falciparum* con *P. vivax*) son más frecuentes de lo que se registra. En Colombia se registran anualmente 1% del total de los casos, pero con la diseminación de las dos especies en todas las áreas endémicas y los movimientos de población entre regiones, la frecuencia debe ser considerablemente mayor. El esquema de tratamiento recomendado, es el mismo esquema de malaria por *P. Falciparum* no complicada con la adición de primaquina por 14 días, en la misma dosificación que lo indicado en la mono infección por *P. vivax*. El tratamiento es Arteméter + Lumefantrina 6 dosis en total, distribuidas en dos tomas al día por 3 días MÁS Primaquina 0,25 mg/kg. diarios por 14 días. Ver la dosis por edad y peso en las tablas anteriores.



## ESQUEMA DE TRATAMIENTO PARA LA MALARIA NO COMPLICADA POR *P. MALARIAE* Y *P. OVALE*

Estas infecciones no son frecuentes en Colombia. La infección por estos parásitos es sensible a la Cloroquina. La dosificación de la Cloroquina en estas dos situaciones es la misma que la usada en el tratamiento de la malaria por *P. vivax*, ya descrita. El *P. ovale* puede presentar recaídas, al igual que el *P. vivax*, por eso, en caso de diagnóstico de infección por *P. ovale* (raro en nuestro medio), la Cloroquina debe ir acompañada de primaquina a 0,25 mg/kg/día, por 14 días. Para el tratamiento de la malaria por *P. malariae*, no se requiere administrar primaquina.

### SEGUIMIENTO DE LOS CASOS DE MALARIA NO COMPLICADA

En los casos de malaria no complicada, la remisión de los síntomas comienza a ocurrir rápidamente después del inicio del tratamiento parasitológico. Se debe enseñar signos de alarma para regresar de inmediato, porque pueden existir complicaciones. Se cita a todos los niños a control en 2 días y se repite en este momento la gota gruesa. Se espera disminución en la parasitemia y una reducción total de la parasitemia para el día 4 de tratamiento. Si persiste la fiebre después del día 3, debe sospecharse posible falla al tratamiento que debe ser confirmada con nueva gota gruesa. A partir del día 7 de tratamiento, la presencia de parásitos en la gota gruesa (así no haya fiebre) se considera falla terapéutica y debe remitirse al paciente para manejo de segunda línea.

También se consideran fracaso terapéutico en el tratamiento de la malaria no complicada por *P. falciparum* y debe llevar a cambio de conducta por tratamiento de segunda línea:

- Persistencia de parásitos el día 2, en un nivel superior a la parasitemia del día 0 (considerando día 0 como el día del inicio del tratamiento)
- Parasitemia el día 3 igual o mayor al 25% de la parasitemia inicial (del día 0).
- La persistencia de la fiebre el día 3, con parasitemia.

Se citan a control a todos los pacientes el día 2 (ó 3, según la zona) y el día 7 de tratamiento para repetir gota gruesa. No olvide mantener bien hidratado al niño, tratar la fiebre y enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato, junto con las medidas preventivas que encontrará más adelante.





## TRATAMIENTO DE LA MALARIA EN MENORES DE 2 AÑOS

En Colombia, aproximadamente el 2% de los casos de malaria ocurre en menores de 2 años de edad (unos 1600 casos). En los niños con malaria por *P. falcíparum*, los derivados de la Artemisinina han demostrado ser seguros y bien tolerados por niños. La combinación ATM + LUM puede ser usada en niños con peso igual o superior a 5 kg. En los menores de 5 kg. la recomendación es usar el esquema de Quinina + Clindamicina, durante 7 días, en las mismas dosis que se indica más adelante. La Clindamicina no se recomienda para menores de un mes de vida, en tales situaciones se recomienda utilizar solamente quinina en la misma dosis (10 mg/kg cada 8 horas) durante los mismos 7 días.

### 3. 3. 3. TRATAR AL NIÑO CON DENGUE

El manejo de los niños con dengue se esquematiza en la gráfica 35, a pesar que todos los niños menores de 5 años son considerados como con signos de alarma, se esquematiza el plan de manejo para las 3 clasificaciones:



**Gráfica 35.** Algoritmo de manejo del niño con dengue

DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA	DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA	DENGUE GRAVE
<b>PRUEBAS DE LABORATORIO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hemograma.</li> <li>● IgM dengue, después del 5 día.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hemograma.</li> <li>● Hto antes de inicio LIV.</li> <li>● IgM dengue y prueba de confirmación serotipo a todos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hemograma.</li> <li>● Pruebas de acuerdo a órgano afectado.</li> <li>● IgM dengue y prueba confirmación serotipo a todos.</li> </ul>
<b>PLAN DE TRATAMIENTO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Reposo relativo en cama.</li> <li>● Uso de toldillo.</li> <li>● Adecuada ingesta de líquidos.</li> <li>● Suero oral.</li> <li>● Acetaminofén: 15 mg/kg/dosis c/6h.</li> <li>● Paciente con Hto normal: manejo en hogar con seguimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Si el alto riesgo es la edad o condición social:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de toldillo.</li> <li>- Si no tolera VO iniciar SSN 0,9% o lactato ringer a mantenimiento.</li> <li>- Si no mejora, tratamiento como sigue:</li> </ul> </li> <li>● <b>Con signos clínicos de alarma:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lactato ringer 5-7ml/kg/h x 1-2 horas; reducir a 3-5ml/kg/h x 2-4 horas; reducir 2-3ml/kg/h o menos según respuesta.</li> <li>- Reevalúe y repite Hto.</li> <li>- Si deterioro de signos vitales o incremento Hto, aumentar LIV 5-10ml/kg/h x 1-2h.</li> <li>- Reevalúe y repita Hto.</li> <li>- Mantener gasto urinario.</li> <li>- Identificar disminución Hto en niño estable.</li> <li>- Si no mejora, tratar como dengue grave.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cristaloide IV 5-10ml/kg/h x 1 hora y reevaluar.</li> <li>● Si mejora, disminuir de acuerdo a estado hemodinámico.</li> <li>● Si inestable y Hto en aumento, segundo bolo 10-20 ml/kg/h x 1 hora.</li> <li>● Si mejora: Infusión a 7-10ml/kg/h x 1-2 h y continúe disminuyendo.</li> <li>● Si Hto disminuye indica sangrado, tomar prueba cruzada y transfundir.</li> <li>● Si no mejora: inotrópicos</li> </ul>



## PARA RECORDAR:

- Es obligatorio llenar ficha de notificación individual de casos y hacer notificación inmediata de todo caso probable de dengue grave o de muerte por dengue al SIVIGILA.
- En la fase febril no es posible reconocer si el paciente va a evolucionar a la curación espontánea o si es apenas el comienzo de un dengue grave, con choque o grandes hemorragias.
- El 100% de los casos probables de dengue grave y probables de mortalidad por dengue deben ser confirmados serológicamente y/o virológicamente por laboratorio. A todo caso probable de muerte por dengue, además de suero, muestra de tejidos.
- Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y los salicilatos (Aspirina) están contraindicados en pacientes con dengue.
- No se debe utilizar ningún medicamento por vía intramuscular.
- Dipirona debe ser considerada para manejo de segundo y tercer nivel, no se debe utilizar intramuscular, ni en niños, y se deben informar riesgos a paciente y familiares.
- Los pacientes con dengue grave deben ser atendidos en un lugar donde reciban cuidados intensivos, pero el manejo inicial se hace en el nivel donde consulte.
- Los pacientes con choque por dengue deben ser monitoreados frecuentemente hasta que el periodo de peligro haya pasado. Debe llevarse cuidadoso balance de líquidos.

### 3. 3. 4. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LOS NIÑOS CON ENFERMEDADES FEBRILES

#### • Medidas para evitar la proliferaron de los mosquitos transmisores

Muchos de los criaderos de mosquitos del dengue son recipientes o tanques que almacenan agua limpia o acumulan agua de lluvia en las casas (baldes, bebederos de animales, botes de plantas, botellas, cubiertas, floreros, frascos, juguetes, latas, pilas, tambores, tanques, tinas y llantas viejas). Los mosquitos ponen sus huevos, en el agua se transforman en las larvas y en 8 días estas se convierten en el mosquito. La medida más importante para prevenir el dengue es evitar que los recipientes se transformen en criaderos del mosquito:

- Limpiar las paredes internas de los recipientes como pilas de lavar ropa y tanques con cepillo, una vez por semana (desocupar, cepillar las paredes, enjuagar).



- Tapar los tanques y sustituir con tierra o arena el agua de los floreros, cambiar el agua o hacer orificios en el fondo de floreros y otros posibles criaderos.
- Evitar el acopio de botellas e inservibles que puedan acumular agua.

En las áreas públicas, toda la comunidad debe cooperar con las autoridades para evitar que los sumideros de aguas lluvias, llantas, inservibles, basuras y otros lugares se vuelvan criaderos de zancudos. En malaria, los criaderos del mosquito están por fuera del domicilio y son propios de ambientes más rurales o de las periferias de las ciudades: lugares con vegetación donde el agua corre lento en ríos y caños, canales de riego, áreas inundadas, lagunas, charcos, estanques para criaderos de peces. El drenaje, relleno y la limpieza de vegetación son medidas de gran utilidad, dependiendo del criadero.

- **Medidas para disminuir el riesgo de picaduras por mosquitos de dengue y malaria:**

- Colocar mallas metálicas en puertas y ventanas.
- Utilización de toldillos en las camas. En malaria es la medida más importante; idealmente los toldillos deben ser impregnados con insecticidas.
- Si hay casos de dengue, rociar las áreas habitables y de descanso con un insecticida.





## EJERCICIO

En el capítulo de Evaluar y Clasificar, se realizó la historia de CAROLINA e INÉS, describa el plan de manejo a seguir:

1. SIGNOS DE ALARMA:	DIAGNÓSTICOS	CÓDIGO
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>2. CUANDO VOLVER A CONSULTA DE CONTROL: DONDE: _____</p>	<p><b>TRATAMIENTO:</b> (Describa plan de tratamiento, medicamentos, dosis y tiempo y cualquier recomendación adicional necesaria)</p>	
<p>3. CUANDO VOLVER A CONSULTA DE NIÑO SANO O CRECIMIENTO Y DESARROLLO: _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>4. REFERIDO A CONSULTA DE: _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>5. RECOMENDACIONES PARA EL DESARROLLO: _____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>6. RECOMENDACIONES DE BUEN TRATO: _____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>7. RECIBIÓ <b>VITAMINA A</b> EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PRÓXIMA DOSIS _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>8. RECIBIÓ <b>ALBENDAZOL</b> EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PRÓXIMA DOSIS _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>9. RECIBIÓ <b>HIERRO</b> EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿CUÁNDO? _____ DEBE VOLVER A RECIBIR EN : _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>9. REQUIERE RECIBIR <b>ZINC</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿POR CUÁNTO TIEMPO? _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>INICIA: _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>NOMBRE Y CÓDIGO</p>	<p>_____</p>	
<p>FIRMA Y SELLO</p>	<p>_____</p>	



1. SIGNOS DE ALARMA:	DIAGNÓSTICOS	CÓDIGO
2. CUANDO VOLVER A CONSULTA DE CONTROL: DONDE: _____	<b>TRATAMIENTO:</b> (Describe plan de tratamiento, medicamentos, dosis y tiempo y cualquier recomendación adicional necesaria)	
3. CUANDO VOLVER A CONSULTA DE NIÑO SANO O CRECIMIENTO Y DESARROLLO:		
4. REFERIDO A CONSULTA DE:		
5. RECOMENDACIONES PARA EL DESARROLLO: _____		
6. RECOMENDACIONES DE BUEN TRATO: _____		
7. RECIBIÓ <b>VITAMINA A</b> EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PRÓXIMA DOSIS _____		
8. RECIBIÓ <b>ALBENDAZOL</b> EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PRÓXIMA DOSIS _____		
9. RECIBIÓ <b>HIERRO</b> EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿CUÁNDO? _____ DEBE VOLVER A RECIBIR EN : _____		
9. REQUIERE RECIBIR <b>ZINC</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿POR CUÁNTO TIEMPO? _____ INICIA: _____		
NOMBRE Y CÓDIGO		
FIRMA Y SELLO		



### 3. 4. TRATAR AL NIÑO CON PROBLEMAS DE OÍDOS

#### 3. 4. 1. SELECCIONAR UN ANTIBIÓTICO PARA EL TRATAMIENTO DE LA OTITIS

##### ● MASTOIDITIS

El niño con clasificación de MASTOIDITIS debe ser referido de urgencia, inicie la primera dosis de ceftriaxona, a 100 mg/kg/día, dosis única diaria, como se explicó en el niño con enfermedad febril de alto riesgo.

##### ● OTITIS MEDIA AGUDA

La OTITIS MEDIA AGUDA presenta una curación espontánea entre el 80% a 90%, lo cual debe considerarse en la decisión del tratamiento. No obstante, esta curación espontánea no es igual para los diferentes patógenos causales, ya que es superior en *M. catarrhalis* y *H influenzae* y mucho menor en *S. pneumoniae*. También es inferior en los niños menores de dos años, en OMA graves (niños febriles) y en niños con historia familiar de secuelas óticas. Todas las anteriores situaciones son las que se benefician del tratamiento antibiótico. Por otro lado, el uso de antibiótico juega un papel importante en reducir el riesgo de mastoiditis en poblaciones donde esta es más común.

La terapia antibiótica está recomendada para los niños menores de 24 meses. Los estudios sugieren que el uso rutinario de antibiótico, especialmente en niños mayores de dos años, no está indicado por la alta tasa de resolución espontánea. La recomendación actual sería observar a estos niños por 48 horas, antes de iniciar el antibiótico; ver si los síntomas son manejables con terapia analgésica y vigilar la evolución de la otoscopia y la otitis, siempre y cuando se puedan controlar.

Aunque existen diversos antibióticos que pueden ser utilizados en la OMA, la resistencia actual de neumococo a betalactámicos y macrólidos limita el uso a amoxicilina en dosis elevadas de 80 a 90 mg/kg/día. Una reciente reunión con expertos en la OMS recomendó el uso de amoxicilina oral como la mejor opción de manejo para el tratamiento de la OMA por las siguientes razones:

- Adecuado cubrimiento de los organismos causantes de OMA.
- Ofrece la mejor actividad de todos los agentes orales  $\beta$ -lactámicos contra *S. pneumoniae* con resistencia intermedia a la penicilina.
- Excelentes concentraciones en oído medio.
- Relativamente pocos efectos adversos.





- Menor potencial de inducir resistencia.
- No hay otro agente antibiótico que provea una respuesta superior en los estudios clínicos controlados.

Hay controversias con respecto a la duración óptima del tratamiento. Al comparar 5 con 7 y 10 días, la pauta larga resultó discretamente más eficaz al final del tratamiento, pero a los 20 a 30 días, ambos eran similares. La consulta (2010) con un grupo de infectólogos pediatras del país concluyó que para Colombia el tiempo ideal de manejo del niño con otitis media aguda es de 10 días.

Se tratará con antibiótico a todos los niños con clasificación de **OTITIS MEDIA AGUDA**, el antibiótico de elección es Amoxicilina 90 mg/kg/día, en dos dosis diarias (la farmacocinética y el metabolismo hepático de la Amoxicilina llevaba a recomendarla en tres dosis diarias, actualmente se conoce que puede ser formulada cada 12 horas, manteniendo una adecuada acción) durante 10 días. Usted puede observar a algunos niños mayores de dos años, que tengan otitis media aguda unilateral y controlarlos a las 48 horas para definir la necesidad de antibióticos.

**Tabla 88.** Suministro de antibiótico a niños con otitis media aguda

<b>OTITIS MEDIA AGUDA</b>				
<b>Antibiótico de elección AMOXICILINA</b>				
<b>PESO (Kg)</b>	<b>AMOXICILINA 90mg/kg/día Durante 10 días</b>			<b>FRECUENCIA Y DURACIÓN</b>
	<b>250mg/5ml</b>	<b>500mg/5ml</b>	<b>700 o 750mg/5ml</b>	
4 - 6	5 ml	2,5 ml	1,5 ml	CADA 12 HORAS  DURANTE 10 DÍAS
7 - 9	7 ml	3,5 ml	2,5 ml	
10 - 12	10 ml	5,0 ml	3,5 ml	
13 - 15	12,5 ml	6,5 ml	4,5 ml	
16 - 18	14,5 ml	7,5 ml	5,0 ml	
19 - 21	18,0 ml	9,0 ml	6,0 ml	

### • OTITIS MEDIA RECURRENTE

El manejo del niño con **OTITIS MEDIA RECURRENTE** es exactamente igual al manejo del niño con **OTITIS MEDIA AGUDA**, la diferencia la hace el tiempo en que el niño recibió antibióticos la última vez, es decir, depende del tiempo transcurrido entre cada episodio:



- Si la recurrencia se presenta con seis semanas de intervalo, trate con antibiótico de primera línea, Amoxicilina 90 mg/kg/día, por 10 días. (Utilice el cuadro de Tratamiento para OTITIS MEDIA AGUDA).
- Si la recurrencia se presenta con un intervalo menor a seis semanas y el tratamiento inicial fue adecuado y completo, trate con un antibiótico de segunda línea, el ideal Amoxicilina-Clavulanato 90 mg/kg/día, en dos dosis diarias por 10 días; o Cefuroxima axetil 30 mg/kg/día, en dos dosis diarias por 10 días.

Algunas aclaraciones importantes, si recibió Amoxicilina no es adecuado iniciar otro antibiótico como Cefalosporina de primera generación. Ampicilina-Sulbactam es un buen antibiótico de segunda línea para utilizar en neumonía, pero no en otitis. Al igual que se mencionó con la Amoxicilina, sería ideal un intervalo de cada 8 horas, si esto es imposible de cumplir, adminístrelo cada 12 horas, recordando que la dosis diaria es 90 mg/kg/día.

**Tabla 89.** Suministro de antibiótico a niños con otitis media recurrente

### OTITIS MEDIA RECURRENTE

**Antibiótico: AMOXICILINA si el último episodio fue hace más de 6 semanas**

**AMOXICILINA-CLAVULANATO, si recibió antibiótico hace <6 semanas**

PESO (Kg)	AMOXICILINA 90mg/kg/día Durante 10 días			AMOXICILINA CLAVULANATO 14:1 90 mg/kg/día	FRECUENCIA Y DURACIÓN
	250mg/5ml	500mg/5ml	700 o 750mg/5ml	600/42.9 mg/5 ml	
4 - 6	5,0 ml	2,5 ml	1,5 ml	2,0 ml	CADA 12 HORAS  DURANTE 10 DÍAS
7 - 9	7,0 ml	3,5 ml	2,5 ml	3,0 ml	
10 - 12	10,0 ml	5,0 ml	3,5 ml	4,0 ml	
13 - 15	12,5 ml	6,5 ml	4,5 ml	5,5 ml	
16 - 18	14,5 ml	7,5 ml	5,0 ml	6,5 ml	
19 - 21	18,0 ml	9,0 ml	6,0 ml	7,5 ml	

### • OTITIS MEDIA CRÓNICA

La recomendación actual para el tratamiento de la otitis crónica supurativa es el tratamiento tópico con una Quinolona por al menos dos semanas, previo secado del oído con mecha. Una evaluación sistemática de trabajos con asignación aleatoria controlados publicada



en la Biblioteca Cochrane [20] y una revisión adicional hecha por el grupo de evaluación de Enfermedades de Oxford, han concluido sobre la otitis media supurativa crónica que el tratamiento con antibiótico tópico, más la limpieza del oído es más efectivo que la limpieza sola del oído. El antibiótico tópico mostró ser mejor que la higiene del oído y si se realizan ambas medidas a la vez, se observa resolución de la otorrea del 57%, comparado con el 27% cuando solo se seca el oído con mecha.

Adicionalmente, los antibióticos tópicos son mejores que los antibióticos sistémicos. La revisión de Cochrane mostró que los antibióticos tópicos fueron más efectivos en resolver la otorrea y erradicar la bacteria del oído medio, que los antibióticos sistémicos. Aunque en los trabajos se utilizaron varios antibióticos tópicos, se encontró que las Quinolonas tópicas son mejores que los demás antibióticos tópicos. Estas revisiones mostraron que la Ofloxacina o Ciprofloxacina fueron más efectivas que la Gentamicina intramuscular y que la Gentamicina, Tobramicina o Neomicina-Polimixina tópicas para resolver la otorrea y erradicar la bacteria.

Para terminar, los estudios demostraron que combinar antibiótico tópico y sistémico no es mejor que utilizar el antibiótico tópico solo. La seguridad de las Quinolonas tópicas en niños está bien documentada, sin evidencia de riesgo de Ototoxicidad. La concentración de la droga es muy alta en la otorrea y muy baja en suero. La instilación diaria de un antibiótico tópico después de una meticulosa secada del oído por al menos dos semanas, es el tratamiento más costo-efectivo para la reducción en un tiempo corto de la otorrea. Los antibióticos intravenosos, particularmente los Antipseudomona son altamente efectivos, pero también son un tratamiento de alto costo.

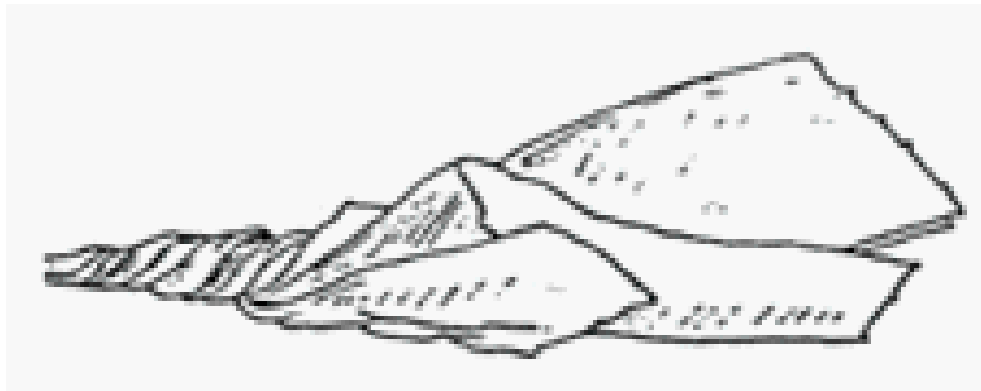
**Tabla 90.** Recomendaciones a tener en cuenta sobre otitis media crónica.

<b>OTITIS MEDIA CRÓNICA</b>	
<p><b>Explique a la madre que:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Utilice un papel absorbente para hacer una mecha.</li> <li>● Coloque la mecha en el oído del niño hasta que la mecha se humedezca.</li> <li>● Cambie la mecha húmeda por una limpia.</li> <li>● Repita estos pasos hasta que la mecha salga seca, entonces el oído estará seco.</li> <li>● Realice la limpieza del oído 3 veces al día, por los días que sea necesario hasta que no haya secreción.</li> <li>● Aplique antibiótico tópico 2 veces al día por 14 días.</li> </ul> <p><b>NOTA:</b> Recuerde que este niño debe ser referido para valoración por especialista.</p>	<div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"><b>CIPROFLOXACINA GOTAS ÓTICAS</b></div> <div style="background-color: #d9e1f2; padding: 10px; margin-bottom: 5px;"><b>4 gotas en el oído afectado 2 veces al día por 14 días*</b></div> <p><small>* Si el oído deja de supurar, puede suspender el tratamiento tópico después de 7 días.</small></p>



### 3. 4. 2. SECAR EL OÍDO QUE SUPURA

Para enseñarle a una madre a secar el oído con una mecha, primero díglele que es importante mantener seco el oído infectado para que sane. Luego muéstrela cómo secar el oído con la mecha.



Mientras seca el oído con la mecha, díglele a la madre:

- Que use un paño absorbente limpio o papel absorbente fuerte, para formar la mecha. No use un aplicador con algodón en la punta, un palillo ni papel delgado que se deshaga dentro del oído.
- Coloque la mecha en el oído del niño hasta que la mecha se humedezca.
- Cambie la mecha húmeda por una limpia.
- Repita estos pasos hasta que la mecha salga seca. Entonces está seco el oído.

#### **Observe a la madre mientras práctica.**

Haga comentarios sobre cómo lo está haciendo. Cuando termine, dé la información siguiente:

- Limpie el oído con la mecha tres veces al día.
- Use este tratamiento por los días que sea necesario hasta que la mecha ya no se humedezca al meterla en el oído y el oído no supure.
- No meta nada en el oído (aceite, líquido ni otras sustancias) en el período entre los tratamientos con la mecha. No deje nadar al niño. No le debe entrar agua al oído.

**Haga preguntas de verificación, tales como:**

- “¿Qué materiales va a usar para hacer la mecha en la casa?”
- “¿Cuántas veces al día va a secar el oído con la mecha?”
- “¿Qué más le va a meter a su hijo en el oído?”

Si la madre piensa que puede llegar a tener problemas para secar el oído con la mecha, ayúdela a resolverlos.

**3. 4. 3. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL PROBLEMA DE OÍDOS**

- No dar alimentos en biberón al bebé y nunca alimentarlo acostado.
- Si tiene otitis supurativa, evitar que entre agua al oído, no bañar en ríos o piscinas y para el baño tapar los oídos con un algodón cubierto de vaselina, que se retira al salir del baño.
- Medidas preventivas de tos o dificultad para respirar.

**3. 4. 4. DESCARTAR INFECCIÓN POR VIH**

La OTITIS MEDIA RECURRENTE es una de las patologías que se encuentran en el listado de infecciones que justifican descartar VIH. Todo niño con OTITIS MEDIA RECURRENTE debe tener como parte de su estudio de recurrencia una prueba para descartar infección por VIH.





## EJERCICIO

En este ejercicio repasará las aptitudes para comunicarse bien. Escriba su respuesta en el espacio en blanco.

La doctora Noemí tiene que enseñarle a una madre a secar el oído con una mecha a su hijo Carlos, de tres años y 16 kg.

Primero, explica a la madre que será bueno para su hijo que le seque el oído y luego le muestra cómo hacerlo. Posteriormente, muestra a la madre cómo hacer la mecha y secar el oído. Después la doctora le pide a la madre que practique cómo secar el oído a su hijo, mientras la observa y le hace comentarios. Antes de que la madre se vaya del servicio de salud con su hijo, la doctora le hace varias preguntas. Quiere estar segura de que entiende por qué, cómo y cuándo debe dar el tratamiento en la casa.

**a.** ¿Qué información le dio la doctora a la madre acerca del tratamiento?

---

---

**b.** En el párrafo que figura más arriba, subraye la oración que describe cómo dio los ejemplos la doctora.

---

---

**c.** ¿Qué hacía la doctora mientras la madre practicaba?

---

---

**d.** ¿Qué le formuló la doctora? El niño tiene una clasificación de OTITIS MEDIA AGUDA.

---

---

**e.** ¿Cuándo debe volver a control?

---

### 3.5. TRATAR AL NIÑO CON AMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA

#### Aplicar una dosis de PENICILINA BENZATÍNICA

Esta es una sal de penicilina que es absorbida lentamente, produce niveles en suero prolongado pero bajo. Por tener niveles en suero bajos, la penicilina Benzatínica no se debe usar para el tratamiento de la neumonía o de otitis media aguda, ya que estos niveles son ineficaces contra el *Haemophilus influenzae* y el neumococo. La penicilina benzatínica en cambio, es el tratamiento ideal para la faringoamigdalitis estreptocócica, porque una sola dosis es muy efectiva contra el estreptococo B hemolítico.

La penicilina benzatínica se administra únicamente por vía intramuscular, nunca por vía intravenosa. En los niños de tres a cinco años o menores de 27 kg., se administra una sola dosis de 600.000 unidades (25.000 a 50.000 U/kg.). La penicilina debe siempre aplicarse en un servicio de salud (no en droguería), donde exista capacidad de manejar una anafilaxia. El paciente debe observarse por 20 minutos después de la aplicación. La prueba de sensibilidad que se realiza en el país no es segura y puede producir la misma reacción alérgica que la dosis de penicilina benzatínica, por esta razón no se realiza prueba.

**Tabla 1.** Tratamiento para faringoamigdalitis estreptocócica

PENICILINA BENZATÍNICA Dosis única intramuscular		
EDAD	PESO	DOSIS
3 a 5 años	< 27 kg	600.000 U





## EJERCICIO

A pesar de todo lo que se publica sobre la administración de antibióticos en el tratamiento de la FARINGOAMIGDALITIS VIRAL, esta sigue siendo una de las primeras causas de formulación de antibióticos. A continuación encuentra algunos factores que influyen en la decisión de emplear antibióticos, marque las que considera una realidad:

- La ansiedad del médico, especialmente el temor a equivocarse, por lo cual opta por formular antibióticos, cuando no puede diferenciar entre viral y bacteriano.
- La respuesta del médico a la presión social, que ocurre principalmente cuando el médico es inseguro y cede a la ansiedad de la familia.
- La ansiedad familiar que hace consultar frecuentemente por los mismos síntomas de un mismo episodio o de cuadros similares. Si el médico no recuerda que los episodios de resfriados y faringoamigdalitis viral son frecuentes y la mayoría virales, cederá a la presión con una rápida indicación de antibióticos, a fin de “controlar” la infección.
- El temor del médico a posibles complicaciones de supuestas infecciones estreptocócicas, sobre todo cuando en el cuadro clínico hay molestias faríngeas, olvidando que la mayoría de las infecciones de etiología viral pueden causarlas.

Describe a continuación las diferencias clínicas entre una faringoamigdalitis viral y una bacteriana:

FARINGOAMIGDALITIS VIRAL	FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA



### 3. 6. TRATAR AL NIÑO CON PROBLEMAS EN LA SALUD BUCAL

Al momento de nacer, la mayoría de los niños no presentan alteraciones en la salud de su boca, y quienes presentan algún problema, en una importante proporción, se relacionan con malformaciones congénitas. Esta situación hace que sea muy importante conservar el estado de salud de la boca desde el momento de nacer, como parte del derecho a la salud que empiezan a ejercer desde su nacimiento.

Por tanto, la base del cuidado de la cavidad bucal es la promoción en sus padres y cuidadores de hábitos saludables en el cuidado del bebé, como la higiene bucal, la alimentación adecuada, el seguimiento a su crecimiento y desarrollo. Las acciones de prevención específicas, son también relevantes en la búsqueda de mantener lo más sana posible la cavidad bucal, por lo que en el próximo capítulo se encontrará todo lo relacionado con la consejería que se debe dar a los padres, familia y cuidadores, con relación a la higiene adecuada, las consultas odontológicas y los cuidados para reducir el riesgo de enfermedades que afecten la boca y, por tanto, su salud general.

En esta sección encontrará de forma más específica los tratamientos para los problemas clasificados.

#### 3. 6. 1. MANEJO DEL NIÑO CON CELULITIS FACIAL

El grado más severo de la celulitis es aquella que involucra surcos y se extiende comprometiendo cuello, **región infraorbitaria** o **espacio** retrofaríngeo. El niño se encuentra febril y tóxico, lo que deriva en la urgente hospitalización por el compromiso en la evaluación del niño con fiebre, acorde con las normas de hospitalización. El tratamiento antibiótico ideal es CLINDAMICINA 40 mg/kg/día en 4 dosis más PENICILINA CRISTALINA 200.000 u/kg/día, en seis dosis, la cual podrá suspenderse cuando se descarte compromiso óseo.

En todo caso, una vez que se controle el proceso de celulitis, debe remitirse el niño a valoración y manejo odontológico, para evitar la presencia de un nuevo episodio por la presencia de otras lesiones en boca y para orientación de medidas preventivas.

#### 3. 6. 2. MANEJO DEL NIÑO CON ENFERMEDAD BUCAL GRAVE

Para la infección que se extiende encontrándose celulitis localizada a nivel de labios, pero sin compromiso de surcos, el tratamiento de elección es la AMOXICILINA/CLAVULANATO 90 mg/kg/día en dos dosis diarias por 10 días.

Si se encuentra la presencia de un absceso con enrojecimiento e inflamación dolorosa localizada y deformidad del contorno de la encía o del paladar, así como la presencia de exudado



purulento, requieren como parte del tratamiento el inicio AMOXICILINA a una dosis de 90 mg/kg/día, por cinco a siete días, como tratamiento de elección, mientras el odontólogo realiza el tratamiento definitivo.

En estos casos es indispensable también la remisión para valoración por odontólogo en las siguientes 24 horas, a fin de identificar el origen de la infección y realizar el tratamiento odontológico específico, que impida la progresión a celulitis facial o a otra complicación.

**Tabla 92.** Enfermedad bucal grave: antibiótico para el absceso dentoalveolar

**Antibiótico: AMOXICILINA si está localizado en encía y no se extiende a labio.  
AMOXICILINA-CLAVULANATO si hay celulitis que no involucra surcos  
CLINDAMICINA más PENICILINA CRISTALINA si  
la celulitis se extiende e involucra surcos**

PESO (Kg)	AMOXICILINA 90mg/kg/día Dosis cada 12 horas Durante 10 días			AMOXICILINA CLAVULANATO 90 mg/kg/día Dosis c/12 h. x 10 días	CLINDAMICINA 40 mg/kg/día Dividido en 4 dosis IV	PENICILINA CRISTALINA 200.000U/kg/día Dividido en 6 dosis IV
	250mg/5ml	500mg/5ml	700 o 750 /5ml	600/42.9 mg /5 ml	Dosis / 6 horas	Dosis / 4 horas
4 - 6	5 ml	2,5 ml	1,5 ml	2 ml	50 mg	150.000 U
7 - 9	7 ml	3,5 ml	2,5 ml	3 ml	80 mg	250.000 U
10 - 12	10 ml	5 ml	3,5 ml	4 ml	110 mg	350.000 U
13 - 15	12,5 ml	6,5 ml	4,5 ml	5,5 ml	140 mg	450.000 U
16 - 18	14,5 ml	7,5 ml	5 ml	6,5 ml	170 mg	550.000 U
19 - 21	18 ml	9 ml	6 ml	7,5 ml	200 mg	650.000 U

El dolor dental, como consecuencia de la presencia de caries cavitacionales o de otra condición de origen bucal, requiere de manejo con acetaminofén en dosis de 12-15 mg /kg. cada 6 a 8 horas, según peso. En todo caso el dolor dental y la presencia de caries cavitacionales, obliga a la remisión de los niños para manejo odontológico dentro de las siguientes 24 horas.

### 3. 6. 3. MANEJO DEL NIÑO CON TRAUMA BUCO-DENTAL

Todo niño clasificado con TRAUMA BUCODENTAL debe ser referido para valoración y manejo por odontología en el menor tiempo posible y dentro de las 24 horas de presentado el trauma, después de descartar previamente cualquier compromiso mayor. Antes de referirse al servicio de odontología, debe:



- Observarse el estado general del paciente (soporte de signos vitales, vía aérea, estado de conciencia).
- Detener el sangrado aplicando presión por 5 minutos con algodón o gasa.
- Tratar el dolor con Acetaminofén.
- Suministrar dieta líquida mientras se logra la valoración odontológica, para reducir el riesgo de una lesión mayor.
- Realizar limpieza de heridas con **suero fisiológico, agua limpia** o idealmente con Clorhexidina al 0,12%.

Tenga en cuenta que los dientes temporales avulsionados no deben ser reimplantarlos, porque se corre el riesgo de lesionar definitivamente los dientes permanentes; sin embargo, si es importante la remisión inmediata a odontólogo, para evaluar la magnitud y extensión del trauma, la cicatrización del alvéolo y el manejo del espacio del diente perdido. Es importante tener presente que los traumatismos de la dentición temporal pueden afectar al diente permanente en formación.

#### **EN CASO DE AVULSIÓN DE UN DIENTE PERMANENTE:**

- Busque el diente en la boca o en el sitio geográfico donde el niño sufrió el trauma.
- Sujete el diente por la corona, no toque la raíz del diente.
- Enjuáguelo solamente con agua fría para remover cualquier suciedad, pero no raspe o cepille el diente para limpiarlo.
- El mantener el diente en un medio húmedo, incrementa la probabilidad de éxito de un reimplante. (Suero fisiológico, agua limpia, leche o colocarlo debajo de la lengua en piso de boca del niño, dependiendo de la edad y colaboración del niño).
- No envolver el diente en servilletas, papel higiénico o gasa.
- A menor cantidad de tiempo del evento y más pronta atención, mejor pronóstico.
- Acudir en el menor tiempo posible a la atención con odontólogo, quien se encargará en adelante de la atención.



- Si el diente avulsionado ha estado en contacto con el suelo y la cobertura antitetánica es incierta, remitir para vacuna de refuerzo contra el tétano.
- Los padres deben recibir instrucciones claras de higiene, de manejo de dieta blanda e información sobre las posibles secuelas y complicaciones, así como sobre la necesidad de asistir periódicamente y por tiempo no determinado a controles odontológicos para el monitoreo de la evolución del reimplante del diente.

### 3.6.4. TRATAR ESTOMATITIS

En todos los casos de estomatitis, ante la presencia de dolor, debe suministrarse acetaminofén, proporcionar abundantes líquidos para evitar la deshidratación y reducir la molestia al comer, reforzar las prácticas de higiene y remitir para control por odontología.

#### • ESTOMATITIS CANDIDIÁSICA

El tratamiento específico es la nistatina tópica, la cual debe aplicarse 4 veces al día durante un máximo de 14 días, el ideal es tratar las lesiones y suspender la nistatina 48 horas después de la curación de las lesiones. La dosis varía con la edad:

- Recién nacidos: 100.000 u. en cada aplicación.
- Menores de 1 año: 200.000 u. en cada aplicación.
- Mayores de 1 año: 300.000 a 500.000 u. en cada aplicación

Recuerde si el niño es lactado, revisar los pezones de la madre y tratar a la madre.

#### • ESTOMATITIS HERPÉTICA

El tratamiento es sintomático, es muy importante mantener la hidratación. Es efectivo modificar el pH de la cavidad, por esta razón se utilizan diferentes compuestos, entre los que se encuentra el bicarbonato y mezclas que contienen Hidróxido de Aluminio y Magnesio, para aplicación tópica.

#### • ESTOMATITIS ESTREPTOCÓCCICA

Requiere tratamiento médico de soporte y antibiotioterapia, con amoxicilina en dosis de 50 mg/kg. de peso, día, dividido en 3 tomas (una cada 8 horas). Adicionalmente debe suministrarse acetaminofén como antipirético, en dosis de 12-15 mg /kg. cada 6 a 8 horas, según peso.

En todos los casos debe remitirse a odontología, para la valoración de las condiciones bucales que reduzcan el riesgo de nuevos episodios y para las recomendaciones específicas de cuidado bucal.



### 3. 6. 5. MANEJO DEL NIÑO CON ENFERMEDAD DENTAL Y GINGIVAL

En los casos de presencia de enfermedad dental (como presencia de manchas blancas o cafés) y/o de enfermedad gingival (enrojecimiento e inflamación de la encía), es necesario realizar las recomendaciones específicas para orientar a los padres en la práctica de adecuadas técnicas de higiene bucal y realizar la remisión para manejo por odontólogo. (Ver apartado de "Aconsejar").

#### DESCARTAR INFECCIÓN POR VIH

Algunos de los problemas que se presentan en la cavidad bucal a repetición hacen sospechar infección por VIH:

- Candidiasis orofaríngea presente por más de 2 meses en los niños mayores de 6 meses de edad.
- Estomatitis por herpes recurrente, con más de 2 episodios en un año.
- Gingivitis o estomatitis ulcerosa necrosante aguda.

**Remita a interconsulta de pediatría o infectología. Es necesario descartar la causas de la inmunosupresión en el niño, incluidas las pruebas para VIH en todos los casos que presentan cualquiera de las situaciones enunciadas anteriormente.**

### 3. 6. 6. MANEJO DE NIÑOS CON ALTO Y BAJO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL

A pesar de que en los dos casos los riesgos son ampliamente diferentes, el manejo en ambos casos se encamina al mejoramiento y realización sostenida de acciones preventivas (ver aparte de "Aconsejar"), además del manejo que el odontólogo realiza de forma directa en la consulta, acorde con cada tipo de riesgo.

## 3. 7. RECOMENDACIONES SEGÚN LAS CLASIFICACIONES DEL ESTADO NUTRICIONAL Y ANEMIA

Este capítulo no describe las recomendaciones sobre evaluación de la alimentación y recomendaciones sobre cómo alimentar adecuadamente al niño y corregir los problemas de alimentación, porque ello se describe ampliamente en el próximo capítulo. Este capítulo revisa los medicamentos que se deben administrar a los niños, tanto preventivamente como por tratamiento.



### 3. 7. 1. DAR VITAMINA A

La deficiencia subclínica de vitamina A contribuye significativamente a tasas altas de morbilidad y mortalidad por infecciones comunes de la niñez. La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) del 2010 [8], mostró que 1 de cada 4 niños entre 1 y 4 años presentó deficiencia de vitamina A. Existen además en el país algunas zonas con mayor prevalencia de deficiencia, como la región de la Costa Atlántica. Adicionalmente, en todo el país, la prevalencia de deficiencia de vitamina A es mayor en áreas rurales que en áreas urbanas.

La deficiencia clínica de vitamina A causa ceguera nocturna, manchas de Bitot, xerosis de la córnea, úlcera corneana, queratomalacia y cicatriz corneal, que a pesar de no ser una patología frecuente, aún es diagnosticada.



La administración de suplementos de vitamina A es una de las tres intervenciones para combatir este problema a nivel de salud pública, conjuntamente con la fortificación de alimentos y la diversificación alimentaria. Es un recurso de bajo costo y eficaz para mejorar rápidamente el estado nutricional y la salud de los niños. Los suplementos periódicos de alta dosis de vitamina A tienen una notable repercusión en la salud de los niños pequeños de zonas con alta prevalencia de deficiencia.

La suplementación en los niños desnutridos o con problema de crecimiento reduce el riesgo de mortalidad por todas las causas en cerca del 23%, mortalidad por sarampión en un 50% y mortalidad por enfermedades diarreicas en cerca del 33%. La OMS recomienda proporcionar 100.000 UI de vitamina A para los niños de seis a 11 meses de edad, 200.000 UI para los niños mayores de un año cada cuatro a seis meses y a las madres, una dosis única de 200.000 UI, hasta seis semanas después del parto.

La vitamina A es requerida para la visión, para la integridad de la superficie epitelial, y para el desarrollo y diferenciación de tejidos. Es también necesaria en espermatogénesis, respuesta inmune normal, gusto, audición y crecimiento.

La vitamina A se administra a partir de los 6 meses de edad, de forma sistemática una dosis cada 6 meses. Sin embargo, si el niño tiene DIARREA PERSISTENTE, SOSPECHA DE SARAMPIÓN o es DESNUTRIDO SEVERO, se le administrará un el momento de la consulta.

**Tabla 93.** Suministro de Vitamina A

**DAR VITAMINA A:**

- **Dar una dosis cada 6 meses a todos los niños, a partir de los 6 meses.**
- **Dar una dosis al menor de 6 meses que no es lactado.**
- **Dar una dosis adicional si hay clasificación de DIARREA PERSISTENTE, SOSPECHA DE SARAMPIÓN o DESNUTRICIÓN SEVERA.**

EDAD	PERLA DE VITAMINA A 50.000 U	FRECUENCIA
Menor 6 meses no lactado	50.000 u	CADA 6 MESES
6 – 11 meses	100.000 u	
1 a 5 años	200.000 u	
Madres en las primeras 6 semanas postparto	200.000 u	

No repetir antes de los 6 meses, la intoxicación por vitamina A produce sintomatología de hipertensión endocraneana.

Registre la fecha cada vez que le dé vitamina A al niño. Es importante que lo haga. Si le da dosis repetidas de vitamina A en poco tiempo, corre el riesgo de darle una sobredosis.

### 3. 7. 2. DAR ZINC

En los niños con desnutrición proteico-energética, el zinc adquiere un papel muy importante. Las concentraciones plasmáticas en los niños desnutridos suelen ser alrededor de la mitad de las correspondientes a los niños eutróficos. Esta relación puede estar explicada por su esencialidad en el crecimiento, su función en la síntesis de ácido nucleicos y proteínas, en la replicación celular y en el control del apetito. La deficiencia de zinc limita la velocidad de ganancia de peso y altera la composición corporal, lo que genera un incremento del tejido adiposo con respecto al muscular, en niños que se recuperan de la desnutrición.

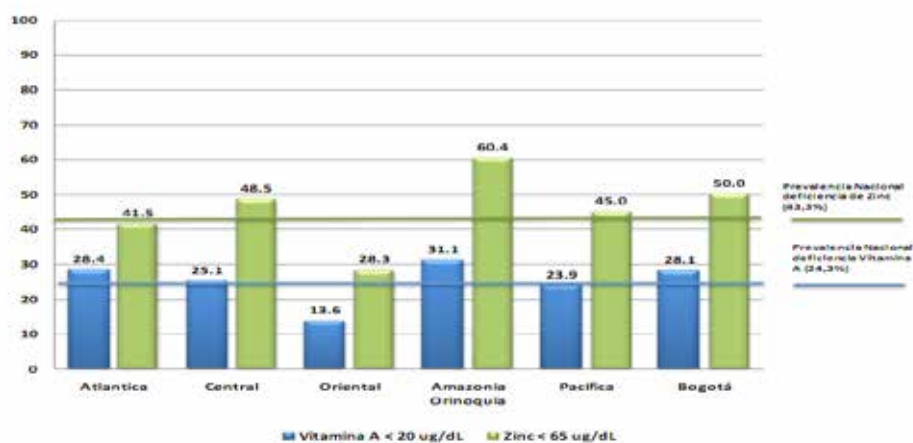
La relación zinc-malnutrición está basada además en la función del micronutriente en dos fenómenos característicos de la evolución del desnutrido: la deficiencia inmunológica y la presencia de episodios diarreicos a repetición, en las etapas de compensación y descompensación.



El zinc es fundamental para que los niños desnutridos se recuperen de la enfermedad diarreica, ya que su administración reduce el número y el volumen de las deposiciones y la duración de los episodios. Los mecanismos que pueden explicar los beneficios de zinc en niños con enfermedades diarreicas son: mejoría de la absorción de agua y electrolitos en el intestino, regeneración del epitelio intestinal y restauración de sus funciones, incremento de los niveles de enzimas del borde en cepillo de los enterocitos y optimización de los mecanismos inmunológicos locales contra la infección, que incluyen inmunidad celular y elevación de los niveles de anticuerpos secretores, a la vez que mejora el apetito y, por tanto, el ingreso de nutrientes.

La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) del 2010 [8] en la que se evaluaron los niveles séricos de zinc, mostró que cerca de 1 de cada 2 niños de 1 a 4 años, presenta deficiencia de zinc, situación que es considerada como un problema de salud pública según la OMS.

**Gráfica 36.** Evaluación de niveles séricos de Vitamina A y Zinc [8]



La dosis recomendada de zinc para administrar en el caso de estos niños con RIESGO DESNUTRICIÓN y DESNUTRICIÓN es la mitad de la dosis de zinc recomendada para tratamiento de la diarrea, es decir, 5 mg. en el menor de seis meses y 10 mg. en el mayor de seis meses.



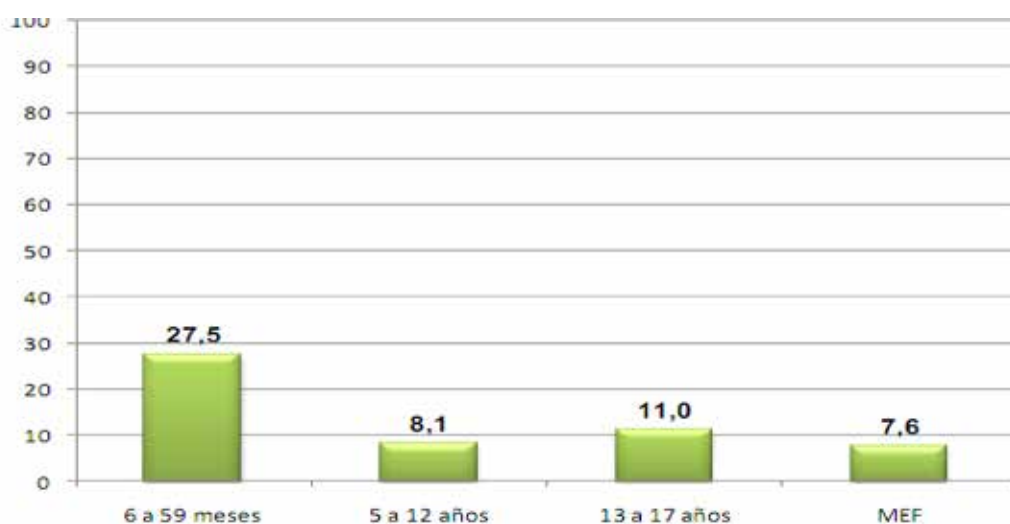
**Tabla 94.** Suministro de Zinc

**ZINC:**

SUPLEMENTACIÓN CON ZINC		
EDAD	TRATAMIENTO DE DIARREA	DESNUTRICIÓN O EN RIESGO
Menor de 6 meses	10 mg / día	5 mg / día
6 meses a 10 años	20 mg / día	10 mg / día

### 3. 7. 3. DAR HIERRO

El hierro es importante en la producción de hemoglobina y mioglobina y como cofactor en el metabolismo de algunos neurotransmisores, incluyendo dopamina. Además, es necesario para la producción de mielina en el cerebro en desarrollo. La deficiencia de hierro puede asociarse con alteraciones en la actividad motora. La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) del 2010 [8] en la que se evaluaron los niveles séricos de los tres micronutrientes, mostró que 1 de cada 4 niños de 6 a 59 meses presenta anemia, la cual se encuentra en mayor proporción en el área rural y en la población clasificada con niveles 1 y 2 del SISBEN, así como una mayor prevalencia en la Región Atlántica y Pacífica.

**Gráfica 37.** Casos de anemia en menores [8]

Los niños con deficiencia de hierro se describen como irritables, apáticos y de pobre apetito. Pueden tener pruebas para desarrollo psicomotor con puntajes bajos. Los posibles mecanismos por los cuales la deficiencia de hierro puede afectar el desarrollo psicomotor incluyen:

- La deficiencia de hierro interfiere con el metabolismo de los neurotransmisores, lo cual afecta la función psicomotora.
- El hierro es importante en la síntesis de hemoglobina y mioglobina y su deficiencia afecta el transporte y las reservas de oxígeno, lo cual puede afectar el sistema nervioso central o la función motora.
- Una deficiencia severa de hierro puede afectar el desarrollo del sistema nervioso central interfiriendo con la mielinización.

La dosis de **hierro elemental** varía según la indicación; si se va a administrar en forma profiláctica, debe darse a 2 mg/kg/día, por un mes, cada 6 meses a partir de los 6 meses de edad.

Explique a la cuidador que administre el hierro al niño, una vez al día durante el tiempo indicado, que debe volver a control cada 14 días, para darle más hierro y continuar controles cada 14 días hasta completar el tiempo recomendado. También explíquelo que el hierro puede volver las heces oscuras y puede producir estreñimiento, y que debe limpiar muy bien los dientes del niño.. Enseñe signos de alarma para regresar de inmediato y asegure que asista a la consulta de niño sano.

El niño menor de 5 años se encuentra anémico si tiene una hemoglobina < 9.3 g/dl. (aproximadamente equivale a un hematocrito < 27%). Si existe anemia presente, por clínica o por laboratorios, inicie tratamiento, con excepción del niño con desnutrición severa, en quienes se inicia el hierro tardíamente dentro del esquema de manejo.

Administre hierro a dosis de tratamiento de 3 mg/kg/día, por 3 meses; dé la dosis para 14 días y controle cada 14 días. El hierro para tratamiento de la anemia se administra durante 3 meses, se requieren 2 a 4 semanas para corregir la anemia y 1 a 3 meses después de lograr una hemoglobina normal para llenar las reservas de hierro.



**Tabla 95.** Suministro de hierro

<b>DAR HIERRO</b>				
<b>PESO (Kg)</b>	<b>HIERRO PARA TRATAMIENTO 3 mg/kg/día</b>		<b>HIERRO PREVENTIVO 2 mg/kg/día</b>	
	<b>Sulfato Ferroso 20-25mg Fe/ml (1mg Fe/gota)</b>	<b>Duración del tratamiento</b>	<b>Sulfato Ferroso 20-25mg Fe/ml (1mg Fe/gota)</b>	<b>Duración del tratamiento</b>
6 – 8	1,0 ml = 20 gotas		0,7 ml = 15 gotas	
9 – 11	1,5 ml = 30 gotas		1,0 ml = 20 gotas	
12 – 14	2,0 ml = 40 gotas	DURANTE 3 MESES	1,3 ml = 25 gotas	DURANTE 1 MESES CADA 6 MESES
15 – 17	2,5 ml = 50 gotas		1,5 ml = 30 gotas	
18 – 20	3,0 ml = 60 gotas		2 ml = 40 gotas	

Diga a la cuidador que guarde el hierro fuera del alcance del niño. Una sobredosis de hierro puede ser mortal o enfermar gravemente al niño.

Recuerde al evaluar al niño al mes de tratamiento, determinar la evolución de la anemia, si no hay mejoría clínica, debe solicitar cuadro hemático, frotis de sangre periférica y reticulocitos.

### 3. 7. 4. DAR ALBENDAZOL

Los beneficios que se consiguen con el suministro periódico de antiparasitarios son la reducción de la intensidad y prevalencia de las infecciones por geohelminths. Estas reducciones tienen efectos positivos sobre el crecimiento, desarrollo y aprendizaje de los niños en edad preescolar y escolar, también disminuye la anemia y el ausentismo escolar.

El parasitismo intestinal en los niños tiene un efecto que perdura por toda la vida, ocasionado en los adultos disminución de la productividad laboral y en consecuencia de la capacidad de generar ingresos adecuados para su sustento y el de sus familias. En las mujeres embarazadas es causa de anemia y desnutrición intrauterina, trayendo como consecuencia bajo peso al nacer.



La desparasitación periódica de los niños en edad preescolar y escolar que se encuentran a riesgo de infecciones por geohelminthos es necesaria porque, si no se intervienen los determinantes sociales y ambientales, y en particular, si no se mejoran el suministro de agua potable y de servicios adecuados de disposición de excretas, se promueve la educación en salud sobre prácticas higiénicas básicas y de manipulación de alimentos para prevenirlas, si no se promueve uso de calzado, persisten los factores de riesgo y en consecuencia las reinfecciones ocurren de manera tal que unos meses después de la intervención, los niveles de prevalencia vuelven a ser cercanos a los anteriores a la desparasitación.

Los programas de salud pública diseñados para disminuir la prevalencia de helmintos intestinales se han concentrado en dos áreas: 1) la disminución de la transmisión a través de mejoría en las condiciones sanitarias y en el manejo de desechos humanos; y 2) reduciendo las infecciones humanas a través de tratamientos con fármacos. La ventaja potencial del tratamiento con fármacos es una reducción rápida en la infección. El problema con este enfoque es que estos efectos pueden ser temporales a medida que la población se re-infesta rápidamente.

El Albendazol tiene efecto sobre *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Ancylostoma duodenale* y *Necator americanus* que son responsables de una alta carga de enfermedades en las poblaciones que tienen menor acceso a agua segura y saneamiento básico.

**Tabla 96.** Suministro de Albendazol

#### DAR ALBENDAZOL

EDAD	Albendazol suspensión 400mg/20 ml	Albendazol tableta x 200 mg
12 a 23 meses*	200 mg o 10 ml	1 tableta
2 a 5 años*	400 mg ó 20 ml	2 tabletas
Mayores de 5 años*	400 mg o 20 ml	2 tabletas
Mujeres gestantes**	400 mg o 20 ml	2 tabletas

\* Dosis única cada 6 meses

\*\* Dosis única segundo o tercer trimestre de embarazo



Las más recientes recomendaciones de OMS para la desparasitación de los niños incluyen tanto los que están en edad escolar 5 – 14 años, como los niños en edad pre-escolar 1 - 4 años. Está contraindicado el uso de Albendazol en el primer año de vida.

### **3. 7. 5. TRATAR AL NIÑO CON DESNUTRICIÓN GRAVE**

Los niños con desnutrición aguda grave deben remitirse al hospital para iniciar su tratamiento. Si bien es cierto que el tratamiento debe hacerse en el hospital, es muy importante priorizar la atención e iniciar el tratamiento de inmediato. La OMS ha diseñado un protocolo basado en 10 pasos, que son los siguientes:

1. Tratar/prevenir la hipoglicemia.
2. Tratar/prevenir la hipotermia.
3. Tratar/prevenir la deshidratación.
4. Corregir los desequilibrios electrolíticos.
5. Tratar/prevenir las infecciones.
6. Corregir las carencias de micronutrientes.
7. Empezar a alimentar prudentemente.
8. Lograr la recuperación del crecimiento.
9. Proporcionar estimulación sensorial y apoyo emocional.
10. Preparar el seguimiento tras la recuperación.

Estos pasos se llevan a cabo en dos fases: la fase de estabilización inicial en la que se tratan las afecciones agudas, y la fase de rehabilitación, más prolongada. Nótese que los procedimientos terapéuticos son similares para el marasmo y el Kwashiorkor. En el recuadro siguiente se proporciona una escala temporal aproximada.



**Tabla 97.** Escala temporal para tratar el niño con desnutrición grave

PASOS	FASE		
	ESTABILIZACIÓN		REHABILITACIÓN
	Días 1-2	Días 3-7	Semanas 2-6
1. Hipoglucemia	→		
2. Hipotermia	→		
3. Deshidratación	→		
4. Electrolitos	→		
5. Infección	→		
6. Micronutrientes	→		
7. Alimentación prudente	→		
8. Recuperación del crecimiento		→	
9. Estimulación sensorial		→	
10. Preparación para el seguimiento		→	

### ● Paso 1. Tratar/prevenir la hipoglucemia

Los signos de hipoglucemia incluyen: disminución de la temperatura corporal ( $<35.5^{\circ}\text{C}$ ), letargo, flacidez y pérdida de conciencia; en estos niños no suele haber sudoración ni palidez. Durante los dos primeros días de tratamiento se realizará glicemia cada 24 horas o antes, si se presentan signos de hipoglucemia. La prevención de la hipoglucemia está basada en el inicio de la alimentación inmediata y el tratamiento de las infecciones.

Si el niño presenta hipoglucemia, está consciente y es capaz de beber, se debe administrar por vía oral 50 ml. de dextrosa al 10% o 50 ml de la fórmula láctea F-75 (ver más adelante). Si hay alteración de la conciencia o convulsiones, se debe administrar 5 ml/kg. de dextrosa al 10% por vía intravenosa, seguido de 50 ml de dextrosa al 10% por sonda nasogástrica. Si no se cuenta con acceso venoso, hay que dar la primera dosis por sonda nasogástrica (50 ml. de dextrosa al 10% o 50 ml. de la fórmula láctea F-75) y hacer glicemia de control en 30 minutos.

Nota: si no puede medir la glicemia, parta del principio de que todos los niños con malnutrición grave tienen hipoglucemia y administre el tratamiento correspondiente.

### ● Paso 2. Tratar/prevenir la hipotermia

Si la temperatura rectal es  $< 35,5^{\circ}\text{C}$ :

- Empiece a alimentar inmediatamente (o rehidrate si es necesario).
- Caliente al niño: puede vestirlo completamente (también la cabeza), cubrirlo con una manta caliente y colocar cerca una lámpara incandescente o un calentador (no utilice



botellas de agua caliente), o colocar al niño directamente sobre el pecho de la madre (piel contra piel) y cubrirlos a ambos.

- Administre antibióticos.

- **Controles:**

- Alimente al niño.
- Temperatura corporal: durante la fase de calentamiento mida la temperatura rectal cada dos horas hasta que sea  $>36,5$  °C (mídala cada media hora si utiliza un calentador).
- Asegúrese de que el niño permanece cubierto, especialmente durante la noche.
- Tóquelo para comprobar si está caliente.
- Glicemia: siempre que un niño presente hipotermia, compruebe si también hay hipoglicemia.

- **Prevención:**

Cada dos horas desde el principio.

- Alimente siempre al niño día y noche.
- Manténgalo cubierto y protegido de corrientes de aire.
- Manténgalo seco, cámbiele la ropa, la ropa de cama y los pañales mojados.
- No debe descubrirlo (evite los baños y las exploraciones médicas prolongadas).
- El niño puede dormir con su madre o cuidador para mantenerlo caliente durante la noche.

- **Paso 3. Tratar/prevenir la deshidratación**

**Tratamiento:**

La hidratación debe hacerse preferiblemente por vía oral; se puede colocar una sonda nasogástrica en los niños que beben mal. La infusión intravenosa fácilmente causa sobre hidratación y falla cardiaca; esta debería usarse únicamente para el tratamiento del choque. Con base únicamente en los signos clínicos, resulta difícil evaluar el grado de deshidratación



de un niño con desnutrición grave. Por consiguiente, parta del principio de que todos los niños con desnutrición grave y diarrea acuosa pueden estar deshidratados.

La rehidratación oral debe hacerse lentamente, dando 70 a 100 ml/kg en ocho horas, es decir en el doble del tiempo que lo habitual. Se continúa a esta velocidad o más lentamente, basándose en la sed y en la magnitud de las pérdidas fecales concomitantes. El aumento del edema es evidencia de sobrehidratación. Los líquidos dados para mantener la hidratación después de que la deshidratación ha sido corregida deberían estar basados en la cantidad de pérdidas concomitantes como se explica en el Plan A.

Debido a que los niños con desnutrición grave, en especial los que presentan Kwashiorkor, tienen un exceso corporal de sodio y un déficit muy importante de potasio, se debe agregar 20 mEq/litro de potasio (15 centímetros de jarabe de gluconato de potasio al 10% ion k) al SRO. De esta forma la mezcla queda con 40 mEq/L de potasio y 75 mEq/L de sodio. En caso de que se esté utilizando todavía SRO con 90 mEq/L de sodio, se puede disolver el sobre en 1200 ml. de agua y agregar la misma cantidad de potasio, de esta forma se disminuye el contenido de sodio a 75 mEq/L.

- **Control del progreso de la rehidratación**

Observe estos signos cada media hora durante dos horas, y cada hora durante las seis a doce horas posteriores:

- Frecuencia del pulso.
- Frecuencia respiratoria.
- Frecuencia de la micción.
- Frecuencia de la defecación/vómito.

Otros signos de que se está produciendo la rehidratación son la reaparición de las lágrimas y la humedad de la boca, el menor hundimiento de los ojos y de la fontanela, y la mayor turgencia de la piel. No obstante, hay que tener en cuenta que estos cambios no se observan en muchos niños con malnutrición grave, aunque ya estén bien rehidratados.

La persistencia de una frecuencia respiratoria elevada y un pulso rápido durante la rehidratación puede ser signo de infección o de hidratación excesiva. El aumento de la





frecuencia respiratoria y del pulso, la agravación del edema y los párpados hinchados son signos de un exceso de líquido (sobrehidratación). Ante su aparición se debe suspender inmediatamente la administración de líquidos y volver a examinar al paciente una hora después.

- **Paso 4. Corregir los desequilibrios electrolíticos**

Todos los niños con malnutrición grave tienen un exceso de sodio corporal, aunque el sodio plasmático puede ser bajo (la administración de grandes cargas de sodio sería mortal). También hay déficit de potasio y magnesio, que pueden tardar dos semanas o más en corregirse. El edema se debe en parte a estos desequilibrios. NO TRATE el edema con diuréticos.

- **Administre:**

- Suplementos de potasio, 3-4 mmol/kg/día. (se puede administrar mezclado a la alimentación).
- Suplementos de magnesio, 0,4-0,6 mmol/kg/día.
- Para la rehidratación use una solución con bajo contenido de sodio.
- Prepare los alimentos sin sal.

Los suplementos de potasio y magnesio pueden prepararse en forma líquida y añadirse directamente al alimento.

- **Paso 5. Tratar/prevenir las infecciones**

En la malnutrición grave no suelen manifestarse los signos habituales de infección, como la fiebre, y son frecuentes los casos de infección oculta. Por tanto, en el momento del ingreso administre sistemáticamente antibióticos de amplio espectro.

- **Elección de los antibióticos de amplio espectro:**

- Ampicilina 50 mg/kg por vía intramuscular (IM) o IV cada seis horas, durante dos días, y después Amoxicilina 90 mg/kg/día, durante cinco días, por vía oral.



- Gentamicina 5 mg/kg. por vía IM o IV, una vez al día durante siete días.

Si el niño no presenta mejoría clínica a las 48 horas, AÑADA:

- Ceftriaxona 50 mg/kg por vía IV o IM, cada 12 horas durante cinco días.

• Si se identifican **infecciones específicas**, AÑADA:

- Antibióticos específicos, si corresponde.

- Tratamiento antipalúdico en caso de que el niño presente parásitos del paludismo en el frotis de sangre.

Si la anorexia persiste tras cinco días de tratamiento con antibióticos, continúe con el tratamiento hasta 10 días. Si aun así la anorexia persiste, vuelva a realizar una evaluación completa del niño para comprobar si hay focos infecciosos o microorganismos posiblemente resistentes, y asegúrese de que los suplementos de vitaminas y minerales se han administrado correctamente.

#### • **Paso 6. Corregir las carencias de micronutrientes**

Todos los niños con malnutrición grave presentan carencias de vitaminas y minerales. Muchos padecen anemia, pero NO SE DEBE administrar hierro desde el principio, sino esperar a que el niño tenga buen apetito y empiece a aumentar de peso (generalmente a la segunda semana), porque el hierro puede agravar las infecciones.

#### • **Administre:**

Vitamina A por vía oral el primer día (200.000 UI a niños mayores de 12 meses; 100.000 UI a niños de seis-12 meses, y 50.000 UI a niños de cero-cinco meses), excepto si tiene constancia de que ya se le haya administrado una dosis el mes anterior.

• Durante dos semanas o más, administre todos los días:

Suplementos multivitamínicos (sin hierro).

Debe tenerse en cuenta que los multivitamínicos que se empiezan a administrar desde el principio no deben contener hierro, para esto pueden utilizarse 20 gotas diarias (1 ml.) de preparado que contenga aproximadamente por 1 ml:

Vitamina A 3.000 UI.

Vitamina D 900 UI.

Vitamina E 15 µgr.

Vitamina C 80 mg.

Tiamina 2 mg.



Riboflavina 1,5 mg.

Vitamina B6 2 mg.

- De esta forma se estarán administrando aproximadamente dos dosis diarias recomendadas de la mayoría de las vitaminas.  
1 mg/día de Ácido Fólico (5 mg el primer día).  
2 mg/kg/día de Zinc elemental.  
0,3 mg/kg/día de Cobre.  
Otros oligoelementos.  
3 mg/kg/día de Hierro, solo cuando empiece a aumentar de peso.

La OMS recomienda utilizar una solución de electrolitos y minerales que se utiliza para la alimentación, de forma que se estarán administrando los suplementos de potasio y magnesio muy importantes en los niños con desnutrición grave, además de zinc y otros oligoelementos. Esta mezcla se ha utilizado en algunos centros del país, preparada como solución magistral, pero por ahora no está disponible comercialmente.

Una alternativa es agregar a la alimentación el suplemento de potasio, en forma de Gluconato y una tableta triturada de un preparado comercial de oligoelementos que contiene:

Magnesio 162,5 mg.

Zinc 15 mg.

Yodo 58 µg.

Selenio 35 µg.

Manganeso 2,5 mg.

Molibdeno 125 µg.

Cromo 60 µg.

Selenio 35 µg.

### • Paso 7. Empezar a alimentar prudentemente

El frágil estado fisiológico y la reducida capacidad homeostática del niño necesitan precauciones durante la fase de estabilización. Es importante empezar a alimentar al niño ingresado tan pronto como sea posible, con un régimen que proporcione las calorías y las proteínas necesarias para mantener los procesos fisiológicos básicos.

Las principales características de la alimentación durante la fase de estabilización son:

- Tomas pequeñas pero frecuentes de un alimento de baja osmolaridad y bajo en lactosa.
- Alimentación por vía oral o NG (no utilizar nunca preparados parenterales).



- 80 -100 Kcal/kg/día.
- 1-1,5 g de proteínas/kg/día.
- 130 ml/kg/día de líquido (100 ml/kg/día si el niño tiene edema grave).
- Alentar a seguir dando el pecho a los niños amamantados y administrar además las cantidades indicadas del régimen inicial, para garantizar que se cubren las necesidades fisiológicas.

El régimen y el plan iniciales de alimentación propuestos están diseñados para cumplir estos requisitos. Los regímenes a base de leche, como la fórmula F-75, que contiene 75 Kcal y 0,9 g de proteínas por 100 ml., son apropiados para la mayoría de los niños. Alimente al niño con una taza, y si está muy débil, utilice una cuchara, un gotero o una jeringa.

La siguiente receta puede utilizarse para preparar la F-75:

Leche de vaca entera y pasteurizada	300 ml.
Azúcar	65 g.
Pan blanco	30 gr. (1 y media tajada)
Aceite vegetal	17 ml.
Jarabe de Gluconato de potasio al 10%	18 ml.
Agua, hasta completar	1.000 ml.

A esta mezcla se le agregará una tableta triturada del preparado de oligoelementos descrito antes. Si estuviera disponible la solución de minerales y oligoelementos recomendada por la OMS, se agregarían 10 ml. por cada litro y no sería necesario adicionar el Gluconato de potasio, porque la mezcla ya está aportando el suplemento de este mineral.

Se recomienda un plan como el siguiente, en el que se aumente gradualmente el volumen de alimento y se reduzca gradualmente la frecuencia:

Días	Frecuencia	Vol/kg/toma	Vol/kg/día
1-2	Cada 2 horas	11 ml.	130 ml.
3-5	Cada 3 horas	16 ml.	130 ml.
6-7+	Cada 4 horas	22 ml.	130 ml.



Si el niño tiene apetito y no tiene edema, este plan se puede realizar en dos-tres días (por ejemplo, 24 horas en cada etapa). El volumen debe determinarse con referencia al peso del primer día, aunque el niño disminuya o aumente de peso durante esta fase.

Si aún con una alimentación frecuente, persuasión e insistencia no consigue que el niño ingiera 80 Kcal/kg/día (105 ml del régimen inicial/kg.), teniendo en cuenta lo que pueda vomitar, complete la alimentación con sonda nasogástrica. No administre más de 100 Kcal/kg/día, durante esta fase.

Nótese que la F-75 es una mezcla en la cual la leche está muy diluida y por lo tanto es baja en lactosa. La mayor parte de los niños con desnutrición aguda grave, también tienen diarrea. Esta alimentación baja en lactosa y que además aporta micronutrientes incluyendo zinc, es muy efectiva para mejorar la diarrea en estos niños.

### Controle y registre:

- Las cantidades servidas y las no ingeridas.
- El vómito.
- La frecuencia de heces acuosas.
- El peso corporal diario.
- Durante la fase de estabilización, la diarrea debe disminuir gradualmente y los niños con edema deben perder peso.



- **Paso 8. Lograr la recuperación del crecimiento**

Durante la fase de rehabilitación se necesitan medidas alimentarias enérgicas para conseguir ingestas muy importantes y un rápido aumento de peso, >10 g/kg/día. La fórmula F-100

recomendada, a base de leche, contiene 100 Kcal y 2,9 g. de proteínas por 100 ml. Se pueden administrar papillas o alimentos caseros modificados si tienen concentraciones comparables de calorías y proteínas.

La receta que puede utilizarse para preparar la F-100 es:

**Para menores de seis meses:**

Fórmula para primer semestre en polvo	170 gr.
Azúcar	3,5 gr.
Jarabe de cloruro de potasio al 10%	18 ml.
Agua	1.000 ml.

**Para mayores de seis meses:**

Leche de vaca entera y pasteurizada	850 ml.
Azúcar	40 gr.
Aceite vegetal	20 ml.
Jarabe de cloruro de potasio al 10%	18 ml.
Pan blanco	0 gr. (1 y media tajada)
Agua, hasta completar	1.000 ml.

Se considera que el niño está preparado para entrar en la fase de rehabilitación cuando ha recuperado el apetito, habitualmente una semana después del ingreso. Se recomienda hacer una transición gradual para evitar el riesgo de insuficiencia cardíaca asociado a una ingesta repentina de grandes cantidades.

Durante esta fase, generalmente se ha iniciado el suministro de hierro y por esta razón puede ser práctico, para no tener que dar por aparte las vitaminas y los oligoelementos, utilizar una tableta de multivitaminas y minerales, como se recomendó para la diarrea persistente y en los casos de desnutrición no grave.

● **Para cambiar del régimen inicial al régimen de recuperación**

- Sustituya el régimen inicial F-75 por la misma cantidad del régimen de recuperación F-100 durante 48 horas.
- Aumente cada una de las tomas siguientes en 10 ml., hasta que el niño deje algo de la comida. Esto suele ocurrir cuando la ingesta alcanza los 30 ml/kg/toma (200 ml/kg/día).



- **Observe los signos de insuficiencia cardíaca durante la transición**

- Frecuencia respiratoria
- Frecuencia del pulso  
En caso de que la frecuencia respiratoria aumente en cinco o más respiraciones por minuto o de que la frecuencia del pulso aumente en 25 o más pulsaciones por minuto entre dos controles sucesivos con cuatro horas de intervalo, reduzca la cantidad de cada toma (16 ml/kg/toma de F-100 cada cuatro horas durante 24 horas, 19 ml/kg/toma durante las 24 horas siguientes, 22 ml/kg/toma durante las 48 horas siguientes, y después aumente cada toma en 10 ml., como se ha indicado).

- **Después de la transición administre**

- Tomas frecuentes (al menos cada cuatro horas) de cantidades ilimitadas del régimen de recuperación.
- 150-220 Kcal/kg/día.
- 4-6 g de proteínas/kg/día.
- Aliente a seguir dando el pecho a los niños amamantados.  
Nota: la leche materna no contiene cantidades suficientes de calorías y proteínas para proporcionar una recuperación rápida del crecimiento.

- **Evalúe la mejoría después de la transición, midiendo el aumento de peso**

- Debe pesar al niño todas las mañanas antes de darle de comer. Registre los valores en una gráfica.
- Calcule y registre semanalmente el aumento de peso (g/kg/día).

- **Si el aumento de peso es:**

- Escaso (< 5 g/kg/día), haga una examen completo del niño.
- Moderado (5-10 g/kg/día), compruebe si las cantidades de comida son suficientes y asegúrese de que no ha pasado por alto una infección.
- Bueno (> 10 g/kg/día), felicite al personal y a la cuidador.



- **Paso 9. Proporcionar estimulación sensorial y apoyo emocional**

En la malnutrición grave hay retraso del desarrollo mental y conductual.

Proporcione:

- Atención afectuosa y solícita.
- Un entorno alegre y estimulante.
- Ludoterapia estructurada durante 15-30 min/día.
- Actividad física tan pronto como lo permita el estado del niño.
- Participación de la cuidador cuando sea posible (por ejemplo, que consuele, alimente, bañe y juegue con el niño).

- **Paso 10. Preparar el seguimiento tras la recuperación**

Se considera que un niño se ha recuperado si su peso es del 90% del que le correspondería según su talla (equivalente a -1 DE); no obstante, puede seguir teniendo bajo peso para su edad, debido al retraso del crecimiento. La alimentación adecuada y la estimulación sensorial deberán continuar en casa. Enseñe a los padres o cuidadores:

- A alimentar frecuentemente al niño con comidas ricas en calorías y nutrientes.
- A realizar una ludoterapia estructurada.
- **Informe a los padres o cuidadores que:**
  - Deben llevar periódicamente al niño a la consulta para un examen de seguimiento.
  - El niño debe recibir vacunaciones de refuerzo.
  - Deben darle vitamina A cada seis meses.

- **TRATAMIENTO DE EMERGENCIA DEL CHOQUE Y DE LA ANEMIA GRAVE**

Los niños con malnutrición grave pueden padecer a la vez choque por deshidratación y choque séptico, y es difícil distinguir ambos cuadros con base únicamente en los signos clínicos. Los niños deshidratados responderán al tratamiento con líquidos IV, pero no los niños con choque séptico sin deshidratación. La cantidad de líquido que se debe administrar depende de la respuesta. Es importante evitar la sobrehidratación.





- **Para empezar el tratamiento**

- Administre oxígeno.
- Administre glucosa estéril al 10% (5 ml/kg) por vía IV.
- Administre 15 ml/kg de lactato de Ringer IV durante una hora.
- Mida y registre la frecuencia del pulso y la frecuencia respiratoria cada 10 minutos.
- Administre antibióticos.

- **Si hay signos de mejoría (disminución de la frecuencia del pulso y de la frecuencia respiratoria)**

- Repita la administración IV de 15 ml/kg durante una hora.
- Después, empiece a rehidratar con 10 ml/kg/hora de sales de rehidratación oral, por vía oral o sonda NG, durante 10 horas como máximo. (No retire la vía IV; podría necesitarla nuevamente). Administre la solución sales de rehidratación oral alternándola por horas con el régimen F-75.
- Después siga alimentando con el régimen F-75.

- **Si el niño no mejora** tras la primera hora de tratamiento (15 ml/kg.), considere que tiene choque séptico. En tal caso:

- Administre líquidos de mantenimiento por vía IV (4 ml/kg/hora), en espera de sangre.
- Al recibir la sangre, haga una transfusión lenta (durante tres horas) de 10 ml/kg. de sangre fresca entera.
- Después empiece a alimentar con el régimen F-75.

- **Si el estado del niño se agrava** durante el tratamiento (aumento de la frecuencia respiratoria en 5 o más respiraciones por minuto, y de la frecuencia del pulso en 25 o más pulsaciones por minuto):



- Suspenda la perfusión para evitar que el estado del niño se agrave.

- **Anemia grave en niños malnutridos**

Es necesaria una transfusión de sangre si:

- La hemoglobina es  $< 4$  g/dl.
- El niño presenta dificultad respiratoria y la hemoglobina está entre 4 y 6 g/dl.

- **Administrar**

- Sangre total (10 ml/kg. de peso corporal) lentamente durante 3 horas.

- Furosemida (1 mg/kg.) por vía IV al empezar la transfusión.

Es particularmente importante no administrar un volumen  $> 10$  ml/kg. a un niño con malnutrición grave. Si un niño con anemia grave presenta signos de insuficiencia cardíaca, transfunda glóbulos rojos empaquetados (5-7 ml/kg.) en vez de sangre total.

Observe la reacción a la transfusión y suspéndala si aparece cualquiera de los siguientes signos:

- Fiebre
- Erupción pruriginosa
- Orina de color rojo oscuro
- Confusión
- Choque

Mida la frecuencia respiratoria y la frecuencia del pulso cada 15 minutos. Si cualquiera de ellas aumenta, reduzca la velocidad de la transfusión. Si después de la transfusión la hemoglobina sigue siendo  $< 4$  g/dl., o entre 4 y 6 g/dl. en un niño que sigue presentando dificultad respiratoria, NO REPITA la transfusión antes de cuatro días. En los casos de anemia ligera o moderada se debe administrar hierro por vía oral durante dos meses para restablecer las reservas, PERO nunca antes de que el niño empiece a aumentar de peso.



- **VARIANTES DEL PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA**

El protocolo anterior implica la hospitalización de todos los niños con desnutrición aguda severa. En algunos países se han hecho variantes importantes. Si los niños tienen complicaciones asociadas (la mayoría tienen diarrea, infección respiratoria, infecciones de piel, infección urinaria, sepsis) deben hospitalizarse y tratarse de acuerdo con el protocolo. Sin embargo, cuando se hace búsqueda activa de casos, pueden encontrarse niños con criterios que permitan clasificarlos como con desnutrición aguda grave, pero que no tengan las complicaciones y que pudieran manejarse en forma ambulatoria. En estos casos se utilizan Alimentos Preparados Listos para Usar (APLU). Se trata de una preparación sólida que contiene una composición similar a la F-100 y que además suministra las vitaminas y micronutrientes. Estos alimentos deben poderse conservar sin refrigeración. Han sido utilizados con éxito, siempre y cuando se manejen con un programa de atención ambulatoria muy cuidadoso, que incluya revisiones frecuentes, visitas domiciliarias y atención oportuna de las complicaciones.





**ACONSEJAR A  
LA MADRE O  
AL ACOMPAÑANTE**



## ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE

Usted ha aprendido a evaluar y tratar a los niños y quizá esto es similar a la forma en que ha realizado una consulta hasta ahora; sin embargo, la consulta ideal es aquella en la cual además de tratar al niño, se informa a la cuidador los riesgos de la enfermedad, cuándo debe consultar, cómo y por qué administrar el tratamiento y cómo prevenir los nuevos episodios de dicha enfermedad.

El enfoque integral del niño se refiere, no solo a realizar una consulta adecuada, sino a educar a la cuidador sobre las prácticas claves que pueden cambiar el futuro del niño. Entre las principales, se encuentran la alimentación, el buen trato y acompañamiento del desarrollo. El impacto que tienen las prácticas de alimentación en el estado nutricional, crecimiento y desarrollo, salud y supervivencia de los niños, convierten este capítulo, quizá, en el más importante de esta Estrategia.

### OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE:

Este capítulo describe y le permite practicar las siguientes tareas:

- Evaluar la alimentación del niño.
- Ofrecer recomendaciones sobre la alimentación del niño.
- Determinar los problemas de alimentación y alteraciones del crecimiento.
- Aconsejar a la cuidador para mejorar los problemas de alimentación.
- Consejos para el manejo del maltrato infantil y recomendaciones de buen trato.
- Recomendaciones para que el niño se desarrolle mejor.
- Utilización de la tarjeta para la cuidador.
- Aconsejar a la madre acerca de su propia salud.

La consejería sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño, es un proceso en el cual el personal de salud puede ayudar a que las madres y sus lactantes realicen buenas prácticas de alimentación, ayudándoles a superar dificultades. Para esto es indispensable emplear excelentes habilidades de comunicación y apoyo.



Para que el médico aconseje u oriente a la cuidador de manera efectiva, debe tener buenas habilidades de comunicación. Existen dos grupos de habilidades (ver Tabla 98):

- **Las habilidades para escuchar y aprender** le ayudarán a estimular a la cuidador para que converse sobre su situación y cómo se siente, respetando su propia manera de hablar, y le ayudarán a poner atención hacia lo que ella está diciendo.
- **Las habilidades para fortalecer la confianza y dar apoyo** le ayudarán a brindar información a la cuidador y sugerirle qué es lo que podría hacer en su situación, de tal modo que sea ella misma quien tome la decisión. El apoyar de esta manera, es más útil que darle un consejo directo que ella podría no ser capaz de seguir y que incluso podría hacer que ella no quiera hablar con usted nuevamente.

**Tabla 98.** Habilidades de comunicación y apoyo

#### **ESCUCHAR Y APRENDER**

- Emplee habilidades de comunicación no verbal útiles.
- Realice preguntas abiertas.
- Emplee respuestas y gestos que demuestren interés.
- Parafrasee lo que la madre dice.
- Sea empático, demuestre que entiende lo que la madre siente.
- Evite palabras que la juzguen.

#### **FORTALECER LA CONFIANZA Y DAR APOYO**

- Acepte lo que la madre piensa y siente.
- Reconozca y elogie lo que la madre y el lactante hacen bien.
- Dé ayuda práctica.
- Dé poca, pero relevante información.
- Emplee un lenguaje sencillo.
- Realice una o dos sugerencias (acciones simples que sean factibles de ser realizadas) y no órdenes.



## ● HABILIDADES PARA ESCUCHAR Y APRENDER

- **Empleando habilidades de comunicación no verbal útil.** La comunicación no verbal se refiere a cómo usted se comunica con los otros sin hablar. La comunicación no verbal útil refleja que usted respeta a la cuidador y está interesado en ella. Incluye: mantener la cabeza al mismo nivel de la cabeza de la cuidador; el contacto visual; los movimientos de la cabeza y el sonreír; asegurarse de que no existan barreras, como una mesa o papeles entre usted y la cuidador; asegurarse de que no se lo vea apresurado; tocar a la cuidador o al lactante de una manera que sea culturalmente apropiada y aceptada.
- **Realizando preguntas abiertas.** Las preguntas abiertas generalmente se inician con "cómo", "dónde", "quién", "qué", "por qué". Para responderlas es necesario dar algún tipo de información, de manera que ellas induzcan a que la persona hable y la conversación se torne más fluida. Lo opuesto son las preguntas cerradas, que generalmente se inician con "¿Usted ha...?", "¿Está usted...?", "¿Está el...?", "¿Tiene ella...?". La persona puede responder con un "sí" o "no", aportando muy poca información. Las preguntas iniciales (que inician la conversación) pueden ser muy generales, por ejemplo "Dígame más acerca de...".
- **Empleando respuestas y gestos que demuestren interés.** Estas respuestas incluyen "¿En serio?", "No me diga", "Vamos" o "Uuuh". Gestos como el asentir con la cabeza y el sonreír, también son respuestas que demuestran interés. El demostrar interés estimula a que la cuidador diga más.
- **Parafraseando lo que la cuidador dice.** El parafrasear es una manera muy útil de demostrar que usted está escuchando y promueve que el cuidador hable más. Es mejor parafrasear empleando palabras un poco diferentes a las del cuidador y no repetir exactamente lo que ella ha dicho. Usted puede necesitar usar solamente una o dos palabras importantes que ella ha dicho, para demostrarle que la ha escuchado.
- **Siendo empático.** El demostrar que usted comprende cómo ella siente, permita que el cuidador sepa que usted está entendiendo sus sentimientos y su punto de vista; puede emplear frases como "la siento preocupada", "usted está muy molesta" o "esto debe ser muy difícil para usted". También puede ser empático hacia ciertos buenos sentimientos, por ejemplo, "usted debe sentirse muy feliz".
- **Evitando palabras que juzgan.** Las palabras que juzgan son "correcto", "equivocada", "bueno", "bien", "qué mal", "apropiado", "suficiente". Por ejemplo, el personal de salud no debería decir "¿Alimenta usted a su lactante de manera apropiada?", "¿Tiene suficiente leche?" Esto puede provocar que el cuidador sienta dudas y que crea que está haciendo





algo mal. Es mejor preguntar “¿Cómo está alimentando a su lactante? ¿Cómo le está dando la leche de su pecho?” A veces, el preguntar “por qué” puede sonar a juicio, por ejemplo “¿Por qué le dio biberón anoche?” Es mejor preguntar “¿Qué hizo que le diera biberón?”

## ● HABILIDADES PARA FORTALECER LA CONFIANZA Y DAR APOYO

- **Aceptando lo que el cuidador piensa y siente.** La aceptación significa el estar de acuerdo con la madre o con el cuidador del niño pero, al mismo tiempo, no estar de acuerdo con una idea incorrecta. El desacuerdo hacia alguna cosa, puede hacer que el cuidador se sienta criticado, lo cual disminuirá su confianza y el deseo de comunicarse con usted. La aceptación es una forma de responder de manera neutra. Más tarde, usted podrá darle la información correcta.
- **Reconociendo y elogiando lo que la madre y el lactante hacen bien.** El médico ha sido capacitado para identificar los problemas y solamente observa lo que es incorrecto y trata de corregirlo. El reconocer y elogiar las buenas prácticas de la madre las refuerza y fortalece su confianza. También puede elogiar lo que el lactante hace, como que crezca y se desarrolle bien.
- **Dando ayuda práctica.** El ayudar a la madre o al cuidador en otras maneras que no sea hablando, frecuentemente es bastante simple, por ejemplo dándole un poco de agua, haciendo que esté cómoda en la cama o ayudando a que se asee, son ejemplos de una ayuda práctica. Cuando la madre ha recibido una gran cantidad de consejos o ha tenido alguna dificultad con su lactante, este tipo de ayuda práctica puede ser la mejor manera de demostrarle que usted la entiende y ella puede tener una mejor predisposición a recibir nueva información y sugerencias. El brindar ayuda en la técnica de la lactancia materna también es una ayuda práctica, pero de un tipo diferente, ya que además involucra darle información. Al inicio, ella podría no estar preparada para esto.
- **Dando información pertinente y corta.** Después de que usted haya escuchado a la madre, piense en su situación y decida cuál es la información más relevante y útil para ese momento. Usted debería evitar decirle demasiadas cosas, debido a que ella podría confundirse y olvidar lo más importante. En ocasiones, la información más útil es una clara explicación sobre lo que ella ha advertido; por ejemplo, algunos cambios en el comportamiento del lactante o cambios en sus pechos, o qué es lo que debe esperar; por ejemplo, la bajada (o subida) de la leche, o cuándo y por qué el lactante necesita alimentos, además de la leche materna. Ayudarle a comprender el proceso es más útil que decirle inmediatamente qué es lo que debe hacer.



- **Empleando un lenguaje sencillo.** Es importante brindar la información de manera tal que sea fácil de ser comprendida, empleando palabras sencillas y de uso diario.
- **Dando una o dos sugerencias, no órdenes.** Si usted dice a la madre qué es lo que debe hacer, ella podría no ser capaz de hacerlo; sin embargo puede ser difícil para ella el estar en desacuerdo con usted. Ella puede decir simplemente “sí” y no regresar. El brindar sugerencias permite que la madre discuta sobre la posibilidad de practicarlas. De manera que usted puede realizar otras sugerencias y estimular a que ella piense en otras alternativas más prácticas y ayudarle a decidir qué hacer. Esto es de particular importancia en el caso de la alimentación del lactante y del niño pequeño, donde frecuentemente existen diferentes opciones de alimentación.





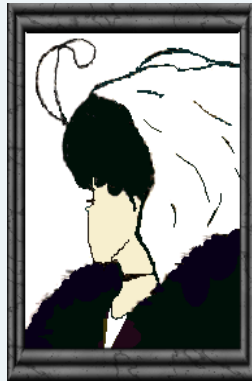
## EJERCICIO

¿Qué observa en las siguientes imágenes?

¿Un viejo o un joven?



¿Una joven o una vieja?



Quién tiene la razón, la madre que hace lo que ha aprendido culturalmente y le han enseñado o usted?

## 1. RECOMENDACIONES SOBRE LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO

Estas recomendaciones son una serie de directrices prácticas organizadas por grupos de edad, que tienen como finalidad favorecer en todos los niños, desde antes de su nacimiento, un ambiente adecuado para que su alimentación sea la ideal. Es clara la importancia de la nutrición como una de las claves determinantes de la salud humana. Estas recomendaciones abarcan el contenido de la Estrategia Global para la alimentación del Lactante y el niño Pequeño, adoptada en forma unánime por todos los estados miembros de la OMS en las 55ª Asamblea Mundial de Salud y tiene en cuenta la Convención de los derechos del Niño, que reconoce, en el Artículo 24, el importante papel que desempeña el amamantamiento en la consecución del derecho del niño a lograr el mejor estado de salud [15].

A pesar de todos estos conocimientos, los índices de lactancia exclusiva hasta los seis meses son bajos y el abandono temprano es importante. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 [21] mostró que la lactancia materna exclusiva es de muy corta duración, con una mediana de 1,8 meses. El departamento del Amazonas es el que más se acercó a la recomendación internacional de 6 meses, con una duración de 5,5 meses, seguido de Vaupés 5,4 meses, Casanare 4,6 meses, Boyacá 4,5 meses y Guainía 4,0 meses. En tres de las cuatro grandes ciudades (Cali, Medellín y Barranquilla) y en la región del Caribe se observa la lactancia exclusiva de menos de 1 mes de duración.

La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida brinda varios beneficios al lactante y a la madre. El principal beneficio es su efecto protector contra las infecciones gastrointestinales, lo cual ha sido observado no solamente en países en desarrollo, sino también en países industrializados. Según los nuevos patrones de crecimiento de la OMS, los niños que son alimentados con lactancia materna exclusiva tienen un crecimiento más rápido durante los primeros 6 meses de vida, en comparación con otros niños.

A la edad de 6 meses, el lactante, generalmente, duplica el peso al nacer y se torna más activo. Por si sola, la lactancia materna ya no es suficiente para cubrir sus requerimientos de energía y de nutrientes, por lo tanto se deben incluir los alimentos complementarios para completar la diferencia. Aproximadamente, a los 6 meses de edad, el lactante también ha alcanzado el desarrollo suficiente para recibir otros alimentos. El sistema digestivo es lo suficientemente maduro para digerir el almidón, proteínas y grasas de una dieta no láctea. Los lactantes muy pequeños expulsan los alimentos con la lengua, pero entre los 6 y los 9 meses pueden recibir y mantener los alimentos en la boca con mayor facilidad.



Los lactantes son particularmente vulnerables durante el periodo de transición, cuando se inicia la alimentación complementaria. Para garantizar que sus necesidades nutricionales sean satisfechas, la alimentación complementaria debe ser:

- **Oportuna** – es decir que se inicia cuando las necesidades de energía y de nutrientes exceden a lo provisto mediante la lactancia materna exclusiva y frecuente.
- **Adecuada** – es decir que brinda suficiente energía, proteínas y micronutrientes para cubrir las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento.
- **Segura** – es decir que está higiénicamente almacenada y elaborada y se la administra con las manos limpias, empleando utensilios limpios y no biberones ni teteros.
- **Apropiadamente administrada** – es decir que es ofrecida como respuesta a las señales de hambre del niño, con la frecuencia y métodos de alimentación adecuados para su edad.

Este capítulo tiene como objetivo brindar a los profesionales de salud las recomendaciones básicas para proteger, promover y apoyar la mejor alimentación para lactantes y niños. Se enfoca en lo que todos debemos hacer; el cómo hacerlo dependerá del tipo de consulta y lugar de trabajo de cada uno. Debemos recordar siempre que cualquier consulta por control, enfermedad, vacunación, etcétera, es una buena oportunidad para aconsejar a la madre acerca de la alimentación de su hijo y, por otro lado, los consejos sobre alimentación serán más efectivos si se hacen a las madres en forma individualizada. El uso de folletos informativos entregados a las madres no ha demostrado ser eficaz.

## 1.1 RECOMENDACIONES ANTES DE LA GESTACIÓN

Es trascendental el conocimiento de los futuros padres sobre la necesidad del amamantamiento, su importancia y las formas de lograrlo exitosamente. Debe informarse a los futuros padres y al público en general que hay muy pocas situaciones en las que la lactancia está contraindicada. La madre debe sentirse apoyada por su familia y entorno, ya que se pueden presentar dificultades o dudas acerca del amamantamiento, que deben ser atendidas por los profesionales de la salud para que tenga una lactancia exitosa.

Informar a los futuros padres que el uso de ciertas sustancias (tabaco, alcohol, heroína, cocaína, anfetaminas) conlleva riesgos para el feto y el recién nacido, porque pasan a través de la placenta y están presentes en la leche. Deberá orientarse a los futuros padres sobre estas situaciones y recomendar el no embarazarse, mientras exista la ingesta de estas sustancias.



Debe promoverse el uso de los medios de comunicación para mostrar el amamantamiento como la forma normal, natural y óptima de alimentar a los lactantes y niños pequeños.

## 1.2 RECOMENDACIONES DURANTE LA GESTACIÓN

Todas las consultas prenatales deben fomentar la lactancia materna. Todos deben conocer que el amamantamiento es la manera natural y específica de nuestra especie para alimentar a los hijos y, por lo tanto, no se requiere de ningún alimento adicional hasta los seis meses de vida, continuando con alimentación complementaria hasta los dos años.

Los futuros padres que tomen la decisión de amamantar deberán recibir refuerzo positivo y aprobación de su decisión y los que muestren la intención de alimentar con fórmula deberían recibir información de los riesgos e inconvenientes de la decisión de no amamantar, para asegurarse de que toman una decisión informada.

En conjunto con los grupos de preparación prenatal, todos los futuros padres deberán recibir educación individualizada sobre la alimentación de sus hijos, que incluya los siguientes pasos:

- La duración óptima de la lactancia, la importancia de su exclusividad durante los primeros seis meses y de su continuación hasta los dos años, junto con una adecuada alimentación balanceada.
- La fisiología del amamantamiento, incluyendo información sobre la postura y el agarre correctos, los signos precoces de hambre, los signos de amamantamiento eficaz y de la variabilidad de la frecuencia y duración de las tetadas que puede esperarse cuando se alimenta a demanda.
- Las prácticas rutinarias que se sabe que favorecen el inicio y el establecimiento de la lactancia desde la primera hora de vida.
- La prevención y solución de los problemas durante la lactancia.
- Cómo extraer, recoger y almacenar la leche humana.
- Los riesgos de decidir no amamantar.

En los programas de educación sobre alimentación infantil se debería incluir a padres, abuelos y cuidadores, para crear un ambiente social que apoye la alimentación del lactante y niño pequeño. Las mujeres con necesidades especiales (Ej.: primíparas, inmigrantes, desplazadas,



madres adolescentes, madres solas, madres que han tenido dificultades previas y/o fracasos en lactancias anteriores, mujeres con embarazos múltiples) deberán recibir cuidados y apoyo adaptados a sus necesidades concretas.

Debe desaconsejarse el uso de tabaco (cigarrillo, pipa, tabaco) y se debe buscar ayuda para que estas mujeres abandonen esta práctica. Debe recomendarse a las mujeres embarazadas y lactantes que eviten el alcohol, explicando los riesgos para el desarrollo del feto durante el embarazo y los efectos adversos para el amamantamiento y para el lactante. Si ocasionalmente se consume alguna bebida alcohólica, debe evitarse el amamantamiento en las dos horas posteriores.

Se debe asegurar a las mujeres embarazadas que casi todas las formas y tamaño de los pechos y pezones son compatibles con el amamantamiento eficaz, una vez que el agarre y la postura sean correctos. Las mujeres con cirugía mamaria previa, enfermedades del pecho o que hayan tenido dificultades anteriores, deberán recibir asesoría individual por un profesional competente, para lograr un agarre correcto. Ningún tipo de preparación de los pezones mejora la práctica del amamantamiento y si puede disminuir la confianza de la madre en sí misma y dañar el delicado tejido del pecho.

Antes del nacimiento del futuro bebé, los padres deben conocer los riesgos de la decisión de no amamantar y los inconvenientes de la alimentación con fórmula.



**Tabla 99.** Riesgos de no amamantar e inconvenientes de la fórmula

RIESGOS PARA EL NIÑO	RIESGOS PARA LA MADRE	OTROS INCONVENIENTES PARA LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento del riesgo de varias enfermedades infecciosas, principalmente gastrointestinales y respiratorias, pero también otitis e infecciones urinarias.</li> <li>• Aumento del riesgo de enfermedades crónicas, especialmente metabólicas e inmunitarias (diabetes, alergias), además de muerte súbita infantil, hipertensión y algunos cánceres (linfomas y leucemias).</li> <li>• Aumento del riesgo de malnutrición, tanto de desnutrición severa como sobrepeso y obesidad.</li> <li>• Aumento del riesgo de mortalidad en lactantes y niños pequeños, en los países en desarrollo, y de mortalidad post-neonatal en los países desarrollados.</li> <li>• Aumento del riesgo de mal-oclusión dental.</li> <li>• Aumento del riesgo de hospitalización.</li> <li>• Resultados negativos en el desarrollo cerebral y en el rendimiento en los test de desarrollo cognitivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento del riesgo de sangrado posparto y más lenta involución uterina.</li> <li>• Reducción de los intervalos entre nacimiento y aumento de las pérdidas sanguíneas menstruales.</li> <li>• Retraso de la vuelta al peso pre-embarazo.</li> <li>• Aumento del riesgo de cáncer de seno y ovario.</li> <li>• Aumento del riesgo de osteoporosis y de fractura de cadera después de la menopausia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de los gastos por la compra de fórmulas infantiles y biberones, combustible, agua, productos para la esterilización y equipamiento.</li> <li>• Tiempo necesario para la preparación y la alimentación, menor tiempo para atender a los hermanos y para otros asuntos familiares.</li> <li>• Aumento de los gastos médicos para la familia.</li> <li>• Aumento del ausentismo laboral de los padres.</li> <li>• Aumento de la cantidad de residuos y de consumo de energía con las consecuencias ambientales resultantes.</li> </ul>

## 1.3 RECOMENDACIONES PARA LOS NIÑOS

### MENORES DE SEIS MESES DE EDAD

La leche materna contiene todos los nutrientes que necesita un lactante durante los primeros seis meses de vida, incluyendo grasa, carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales y agua. Se digiere fácilmente y se utiliza de manera eficiente. La leche materna también contiene factores bioactivos que fortalecen el sistema inmunológico inmaduro del lactante, brindándole protección contra la infección; además posee otros factores que favorecen la digestión y absorción de los nutrientes.





La concentración de algunos nutrientes puede variar en una mujer dependiendo de las horas del día, entre el comienzo y el final de la mamada, en los diferentes estadios de la lactancia y de una mujer a otra, y, por supuesto, entre madre de prematuros y de niños nacidos a término. La composición de grasa, tercer macronutriente y esencial para el crecimiento del recién nacido, desarrollo del cerebro y la función de la retina, varían de acuerdo al consumo de la madre, la hora del día, el periodo de gestación y el periodo de lactancia. El contenido de minerales y vitaminas de la leche materna también varía de acuerdo con el consumo materno.

### • Grasas

La leche humana contiene aproximadamente 3,5 gr. de grasa por 100 ml. de leche; esta cantidad representa aproximadamente la mitad del contenido energético de la leche. La grasa es secretada en pequeñas gotas y su cantidad se incrementa a medida que la toma de leche va progresando. Por lo tanto, *la leche del final*, que es secretada hacia el final de la mamada, es rica en grasa y tiene un aspecto blanco cremoso, mientras que la *leche del inicio*, del principio de la mamada, contiene menos grasa y tiene un color azul grisáceo. La grasa de la leche materna contiene ácidos grasos poli-insaturados de cadena larga (ácido docosahexaenoico o ADH y ácido araquidónico o AA) que no se encuentran presentes en otras leches. Estos ácidos grasos son importantes para el desarrollo neurológico del niño.

### • Hidratos de carbono

El principal hidrato de carbono de la leche materna es la lactosa, que es un disacárido. La leche materna contiene aproximadamente 7 gr. de lactosa por 100 ml.; esta cantidad es más elevada que en la mayoría de las otras leches y es otra fuente importante de energía. Otros hidratos son los oligosacáridos, que brindan importante protección contra la infección.

### • Proteínas

La proteína de la leche humana es muy diferente a la encontrada en la leche animal; contiene un equilibrio de aminoácidos que la hacen mucho más adecuada para el lactante. La concentración de proteína de la leche materna (0,9 gr. por 100 ml.) es menor que la leche animal. La carga de proteína de la leche animal puede sobrecargar los riñones inmaduros del lactante con productos nitrogenados de excreción. La leche materna contiene una menor cantidad de la proteína caseína y su estructura molecular es diferente. La caseína de la leche materna forma cuajos que son más fáciles de digerir que los que se forman con otras leches. La leche humana contiene mayor cantidad de alfa-lactoglobulina, la leche de vaca contiene beta-lactoglobulina, que está ausente en la leche humana, esta última provoca intolerancia en los lactantes.



## • Vitaminas y minerales

La leche materna contiene suficientes vitaminas para el lactante, a no ser que la madre sea deficiente. La excepción es la vitamina D, el lactante requiere ser expuesto a la luz del sol para generar vitamina D Endógena – si esto no fuera posible, requerirá suplementación. El hierro y el zinc están presentes en relativa baja concentración, pero su biodisponibilidad y absorción es elevada. Si los reservorios de hierro de la madre son adecuados, los lactantes que nacen a término tienen una reserva de hierro que permite satisfacer sus necesidades. Solamente los lactantes que nacen prematuramente pueden necesitar suplementos antes de los 6 meses de edad. Se ha demostrado que el retraso en la ligadura del cordón umbilical hasta que deje de latir (aproximadamente 3 minutos) mejora la reserva de hierro durante los primeros 6 meses de vida.

## • Factores anti-infecciosos

La leche materna contiene muchos factores que ayudan a proteger al lactante de la infección incluyendo:

- Inmunoglobulinas, principalmente la inmunoglobulina A secretoria, la cual recubre la mucosa intestinal y evita que las bacterias penetren a las células.
- Glóbulos blancos que destruyen microorganismos.
- Proteínas del suero (Lisozima y Lactoferrina) que destruyen bacterias, virus y hongos.
- Oligosacáridos que evitan que las bacterias se adhieran a la superficie de las mucosas.

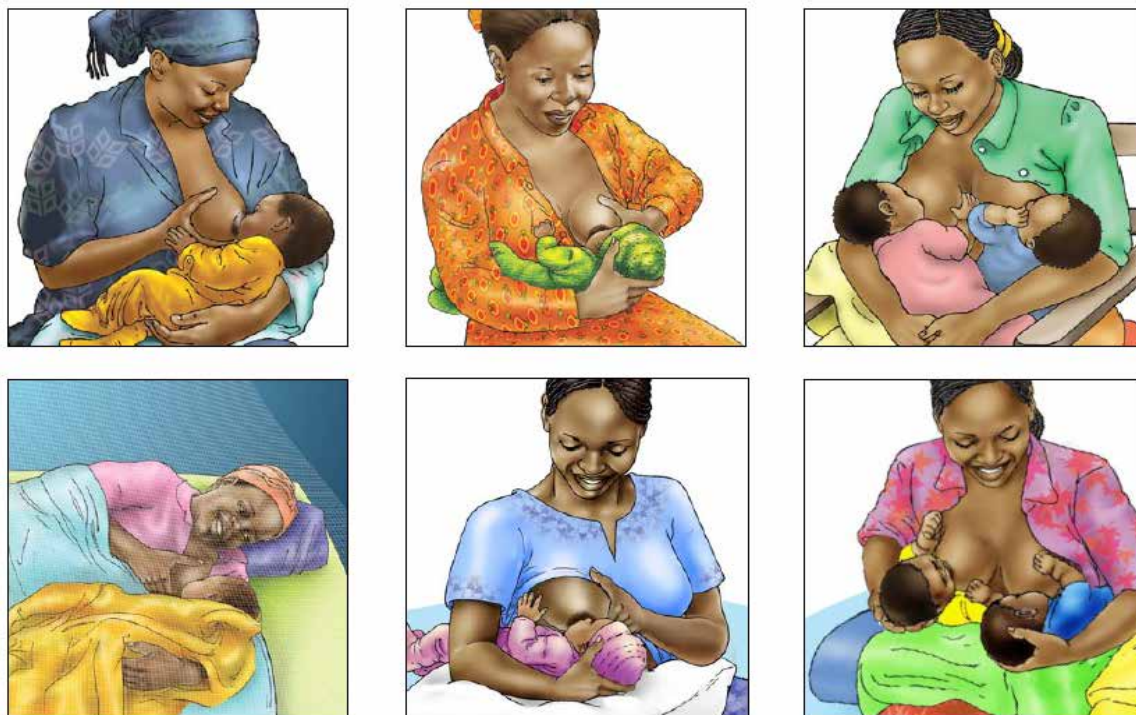
La protección brindada por estos factores es de un valor inigualable para el lactante. Primero, la protección ocurre sin provocar los efectos de la inflamación, como la fiebre. Segundo, la IgAs contiene anticuerpos producidos por el cuerpo de la madre contra sus propias bacterias intestinales y contra las infecciones que ella ha padecido. Así, estos anticuerpos protegen al lactante de las bacterias que pueden existir en el medio ambiente donde se encuentra.

## • Otros factores bioactivos

La Lipasa estimulada por las sales biliares facilita la digestión completa de la grasa, en el intestino delgado. La grasa de las fórmulas es digerida de manera menos completa.

El factor epidérmico del crecimiento estimula la maduración de las células de la mucosa del intestino del lactante, de manera que tiene una mejor capacidad para digerir y absorber nutrientes, y lo hace más resistente a la infección o a la sensibilización hacia proteínas extrañas. Otros factores del crecimiento promueven el desarrollo y la maduración de los nervios y la retina.





### 1.3.1 AYUDAR A LAS MADRES A INICIAR LA LACTANCIA MATERNA DURANTE LA PRIMERA MEDIA HORA DESPUÉS DEL NACIMIENTO

Antes de la salida de la placenta o de cualquier otro procedimiento, el recién nacido debe ser colocado directamente sobre el abdomen y el pecho de su madre, a no ser que existan complicaciones médicas u obstétricas que imposibiliten esta acción. El recién nacido debe ser secado inmediatamente (excepto las manos) para prevenir la pérdida de calor y colocado en contacto piel a piel con su madre, usualmente en una posición vertical. El contacto piel a piel significa que la parte superior de la madre y el cuerpo del lactante deben estar desnudos, con la parte superior del cuerpo del lactante entre los pechos de la madre. Ambos deben estar cubiertos para mantenerlos calientes. El contacto piel a piel debe ser iniciado inmediatamente después del nacimiento o durante la primera media hora, y debe mantenerse el mayor tiempo posible, al menos durante una hora ininterrumpida. Generalmente, las madres experimentan placer y una significativa emoción.

El contacto piel a piel es la mejor manera de iniciar la lactancia materna. Algunos niños desean succionar inmediatamente. La mayoría de los recién nacidos permanecen quietos durante un tiempo y solamente comienzan a mostrar signos que reflejan que están listos para lactar después de 20 a 30 minutos o más; algunos, incluso requieren más de una hora. Las personas que los atienden deben asegurarse de que el recién nacido esté en una posición cómoda entre los pechos de la madre y no deben intentar que el recién nacido agarre el pecho; el recién nacido realizará esto a su propio tiempo. Eventualmente, el recién nacido se

torna más alerta y comienza a levantar la cabeza, mirando alrededor, realizando movimientos de la boca, succionando sus manos o tocando los pechos de la madre. Algunos recién nacidos se mueven hacia adelante y son capaces de encontrar la areola y el pezón por sí mismos, guiados por el sentido del olfato. La madre puede ayudar a colocar al recién nacido más cerca de la areola y el pezón para que inicie la succión. Muchos recién nacidos agarran bien el pecho en este momento, lo que es de ayuda para aprender a succionar de manera efectiva. Este contacto temprano estimula la liberación de la Oxitocina, ayuda a la salida de la placenta, reduce el riesgo de hemorragia y promueve el vínculo emocional entre la madre y su niño.

Todas las madres necesitan ayuda para asegurar que sus lactantes succionen de manera efectiva y para que sean capaces de extraer la leche del pecho en ciertas circunstancias necesarias.

### **1.3.2 MOSTRAR A LAS MADRES CÓMO AMAMANTAR Y CÓMO MANTENER LA LACTANCIA, INCLUSO SI DEBEN SER SEPARADAS DE SUS HIJOS**

Ayude a la madre a mejorar la posición y el agarre del lactante. La madre debe estar cómoda y relajada; por ejemplo, sentada en un asiento bajo con la espalda derecha. En el capítulo de evaluación del menor de 2 meses usted estudio cómo evaluar el amamantamiento, ahora ayudará a las madres a iniciar y mantener la lactancia.

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 realmente le gusta su leche, ¿no?". Luego explíquele en qué 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.

#### **•Mostrando a la madre cómo amamantar:**

- Durante los primeros días, la madre necesita ayuda para asegurarse de que tenga una correcta posición y que el lactante tenga un buen agarre al pecho. La persona que presta ayuda debe observar cómo la madre coloca al lactante al pecho. Si la madre requiere de una ayuda práctica, la persona que presta ayuda puede emplear su propio cuerpo o un modelo de pecho y un muñeco o una figura, para mostrar qué es lo que la madre debe hacer. Podría ser necesario tocar mínimamente a la madre y al lactante.



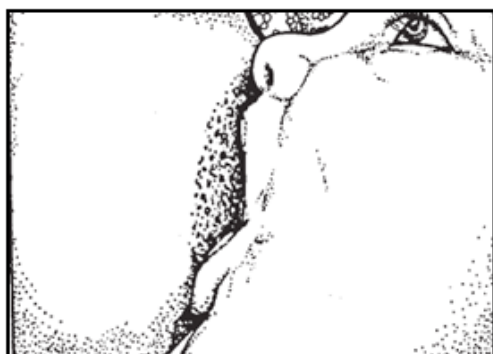
- Si el lactante tiene buen agarre y succiona de manera efectiva, la madre debe ser elogiada para reforzar sus buenas prácticas y se le debe recordar la importancia de la lactancia materna a demanda y exclusiva.
- Si el lactante no tiene un buen agarre, se debe ayudar a la madre para que mejore la posición y el agarre (ver Tabla 100).



El cuerpo del bebé esta junto a la madre, de cara al pecho materno.



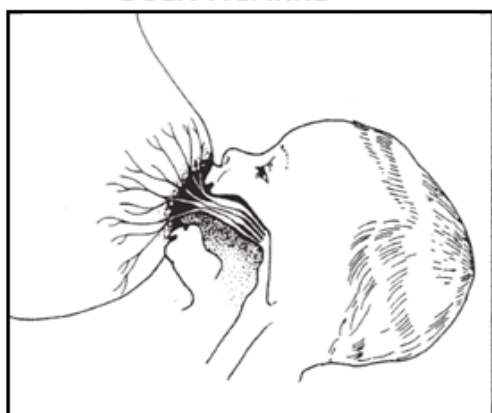
El cuerpo del bebé esta alejado de la madre, con el cuello torcido.



**BUEN AGARRE**



**POBRE AGARRE**



**BUEN AGARRE**



**POBRE AGARRE**

**Tabla 100.** Cómo ayudar a la madre para que exista una buena posición y agarre al pecho

- Ayudar a la madre para que asuma una posición cómoda y relajada, sentada o recostada.
- La persona que presta ayuda podrá sentarse en una posición cómoda.
- Explicar a la madre cómo sostener a su lactante, según los cuatro puntos clave:
  - Con la cabeza y el cuerpo alineados.
  - Frente al pecho, con la nariz del bebé frente al pezón, mientras se acerca al pecho.
  - El cuerpo del lactante debe estar pegado al cuerpo de la madre y todo el cuerpo del bebe debe estar sostenido por la madre
- Mostrarle cómo debe sostener el pecho:
  - Con los dedos extendidos contra la pared del tórax, por debajo del pecho.
  - Con el dedo pulgar por encima del pecho.
  - Sus dedos no deben estar sobre la areola o muy cerca del pezón ya que esto interfiere con el agarre.
- Explicar o mostrar a la madre cómo ayudar a que el lactante agarre el pecho:
  - Tocando los labios del lactante con el pezón.
  - Esperando hasta que la boca del lactante se abra ampliamente.
  - Moviendo rápidamente al lactante hacia el pecho.
  - Apuntando el pezón hacia arriba, hacia la parte superior de la boca del lactante.
  - Colocando el labio inferior del lactante detrás del pezón, de manera que su mentón toque el pecho.
- Observar cómo reacciona el lactante y preguntar a la madre cómo siente la succión.
- Observar los signos del buen agarre. Los cuatro signos son:
  - Se observa más areola por encima de labio superior del lactante que por debajo del labio inferior.
  - La boca del lactante está muy abierta.
  - El labio inferior del lactante está evertido (hacia fuera).
  - El mentón del lactante está tocando o casi tocando el pecho.
- Si el agarre no es bueno o si la madre está incómoda, solicitarle que lo intente de nuevo.
- Mostrarle cómo retirar al lactante del pecho, deslizando su dedo meñique hacia la boca del lactante para liberar la succión.



- **Mostrando a la madre cómo mantener la lactancia**

- Las madres necesitan conocer cómo extraer su leche, de manera que puedan continuar alimentando a sus lactantes, manteniendo la producción de leche en el caso de que sea separada de su lactante (ver Tabla 101).
- Si el lactante es capaz de recibir alimentos por vía oral o enteral, generalmente la leche materna es el mejor alimento a ser administrado.
- Si el lactante no puede recibir alimentos por vía oral, es útil que la madre se extraiga la leche, para mantener un buen aporte y poder darle el pecho cuando el lactante sea capaz de iniciar la lactancia materna. La leche materna extraída puede ser congelada y almacenada hasta que el lactante la necesite.





**Tabla 101.** Cómo realizar la extracción manual de leche**La madre debe:**

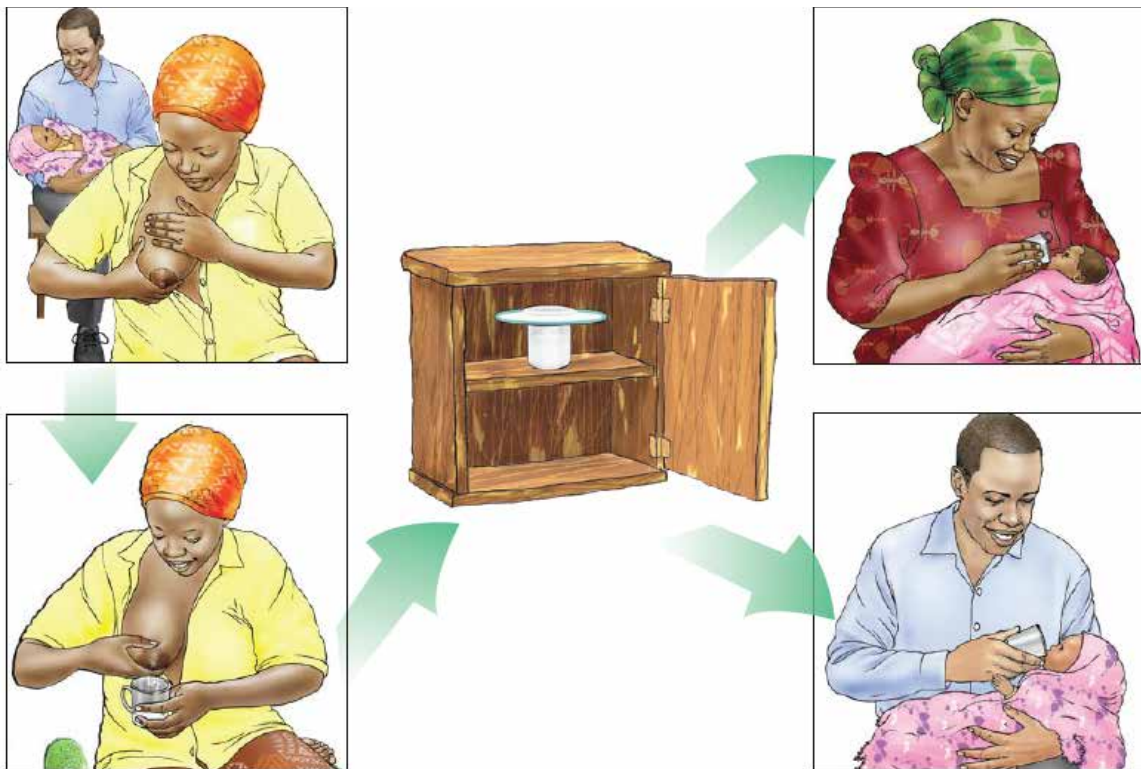
- Tener un recipiente limpio, seco y de boca ancha para recibir la leche extraída.
- Lavarse minuciosamente las manos.
- Sentarse o pararse de manera cómoda y sostener el recipiente bajo el pezón y la areola.
- Colocar su dedo pulgar en la parte superior del pecho y el índice en la parte inferior, de manera que estos dedos queden en oposición y que se sitúen, más o menos a 4 cm de la punta del pezón.
- Comprimir y descomprimir el pecho entre los dedos varias veces. Si la leche no emerge, reposicionar los dedos un poco más atrás del pezón y volver a realizar la compresión y descompresión, tal como lo hizo antes. Este procedimiento no debería ser doloroso; si duele quiere decir que la técnica está mal empleada. Al inicio, la leche puede no salir, pero después de realizar algunas compresiones, la leche comienza a gotear. Si el reflejo de la oxitocina está activo, la leche puede salir en finos chorros.
- Continuar el comprimir y descomprimir alrededor de todo el pecho, empleando los dedos pulgar e índice a la misma distancia del pezón.
- Exprimir cada pecho hasta que la leche gotee lentamente.
- Repetir la extracción de cada pecho 5 a 6 veces.
- Detener la extracción cuando la leche gotee lentamente desde el inicio de la compresión y ya no fluya.
- Evitar realizar masajes o deslizar los dedos a lo largo de la piel.
- Evitar comprimir o pellizcar el pezón.



El personal de salud debe explicar a la madre los principios básicos:

- Extraer la leche de ambos pechos, cada vez.
- Recolectar la leche en un vaso, taza o jarra, cuidadosamente lavados con agua y jabón.
- Almacenar la leche extraída en un vaso o taza, cubierto y con una marca que indique la hora y la fecha, son una buena alternativa para recoger la leche materna que se va a suministrar al bebé en pocas horas y, por lo tanto, no requiere un método de conservación.
- Si la leche materna extraída se va a conservar en nevera o congelador, el recipiente recomendado es el frasco de vidrio con tapa rosca de plástico, previamente hervido por 10 minutos. Se pueden emplear frascos de 30, 50 o 100 centímetros cúbicos, lo que facilita almacenar la cantidad de leche materna que el bebé necesita en cada toma, y así evitar el desperdicio.
- Todos los utensilios como frascos, tapas o tazas que entren en contacto directo con la leche materna deben lavarse con agua limpia, jabón y cepillo, y hervirse por 10 minutos, al igual que las manos deben lavarse cuidadosamente.
- Durante el almacenamiento y conservación, la grasa contenida en la leche materna se separa y sube al tope del frasco, por esto se ve más blanca y más gruesa. Por lo tanto, antes de suministrarla, se requiere agitar suavemente el frasco para que la grasa se mezcle con el resto de la leche.
- Mantener la leche extraída a temperatura ambiente durante 8 horas o en un refrigerador durante 24 a 48 horas. Si tiene la posibilidad de congelarla, puede ser almacenada hasta 3 meses.
- Cuando se vaya a utilizar la leche materna que está congelada o refrigerada, no es necesario hervirla, es suficiente pasar directamente el frasco por el agua caliente hasta dejarla a temperatura ambiente. Calentar agua en una olla, retirarla del fuego y luego sumergir el frasco con la leche materna, teniendo cuidado de que el agua no cubra la boca del frasco, de esta manera se evita que el agua penetre al envase que contiene la leche materna y esta se altere o contamine.





### Estimulando el reflejo de la oxitocina

Para ayudar a que la leche fluya, antes de que la madre extraiga su leche, debe estimular el reflejo de la oxitocina. Ella puede hacerlo por sí misma, mediante un suave masaje de sus pechos o estimulando sus pezones, al mismo tiempo que piensa en el lactante o lo mira, si está cerca, o mira una fotografía de él o ella. La madre también puede solicitar a otra persona que le dé un masaje en la espalda, de arriba hacia abajo a ambos lados de su columna y entre los hombros (ver la siguiente imagen).



### 1.3.3 RECOMENDACIONES PARA EL AMAMANTAMIENTO LOS PRIMEROS DÍAS DE VIDA

Estos primeros días deben aprovecharse para enseñar a la madre conocimientos que van a favorecer y facilitar el amamantamiento:

- Cómo reconocer las señales precoces de hambre de su hijo: Aumento de la alerta o actividad, movimientos rápidos de los ojos, movimientos de hociqueo o búsqueda, llevarse la mano a la boca, chupeteo, chasquidos de lengua y quejidos; el llanto es un indicador tardío de hambre.
- Cada cuánto amamantar: Indicar la importancia del amamantamiento a demanda del niño, no por horario estricto. En los primeros días se debe amamantar sin restricciones y es normal que el recién nacido mame 12 o más veces en 24 horas; esta frecuencia ayuda a establecer y mantener un adecuado suministro de leche. El mínimo que requiere un lactante en sus primeros días es ocho veces en 24 horas. El recién nacido puede quedar satisfecho con un solo pecho, mientras que otros necesitan los dos. Debe dejarse mamar del primer pecho hasta que lo suelte espontáneamente antes de ofrecer el segundo pecho. Después de algunos minutos, la madre puede ofrecer el otro pecho. La madre debe iniciar siempre por el pecho que no ha sido usado.
- Enseñar la postura y el agarre correcto y los signos para confirmarlo. Prevención de las grietas del pezón y congestión del seno mediante la correcta posición y agarre.
- ¿Cómo saber si la cantidad de leche es adecuada?: Una diuresis de seis o más pañales en 24 horas hacen suponer una ingesta adecuada de leche. Es normal cierta pérdida de peso neonatal debida a la eliminación del exceso de fluidos, si la lactancia es adecuada, la pérdida de peso se minimiza y la recuperación comienza al 4º día, observándose una ganancia adecuada del peso. Alrededor del tres por ciento de los recién nacidos a término pierden más del 10% del peso y requieren una observación cuidadosa en el servicio y apoyo para mejorar la frecuencia y la eficacia del amamantamiento. Deben tener valoración por pediatría. Un pequeño porcentaje de estos niños necesitarán suplementación con fórmula para evitar la pérdida excesiva de peso y la deshidratación hipernatrémica. Si en el hospital se observa que más del 5% de los recién nacidos pierden más del 10% de peso, deberán reevaluarse las políticas y las prácticas y directrices de atención del parto y el amamantamiento.
- Para fomentar la lactancia, las madres deben estar en la misma habitación con su hijo las 24 horas del día y solo deberían separarse si existe una indicación médica estricta.



- Si los padres deciden compartir la misma cama con su hijo: deben tener una cama ancha, con colchón duro y acostar al bebé sobre la espalda y alejado de almohadas. Los padres deberán evitar el uso de almohadas blandas, colchonetas y edredones, no dejar desprotegido el hueco entre el borde de la cama y las estructuras circundantes, no usar cobijas pesadas, no dormir en sofás, no fumar, no beber alcohol, ni consumir drogas narcóticas o fármacos que alteren el estado de alerta.
- Cuanta más leche extrae el bebé del seno, más leche se produce; la duración de las tomas y el número de tomas es regulado por el niño y depende de la eficacia de la succión, de las necesidades de líquidos y energía del niño y del intervalo entre las tomas.
- Extracción manual: si no fue posible el inicio de la lactancia en las primeras 12 horas, la madre debe conocer la técnica de extracción manual de leche y cómo administrarla al bebé con vaso o con cuchara.
- Si en las primeras 24 horas no se logró un amamantamiento eficaz, deberá reevaluarse la técnica y proporcionar apoyo en cada toma hasta que el problema se haya solucionado.  
**NO DEBE SALIR DE LA INSTITUCIÓN UNA MADRE QUE NO HA LOGRADO AMAMANTAR EFICAZMENTE A SU HIJO.** Si a pesar del acompañamiento adecuado persisten las dificultades, deberá pedirse valoración por pediatría.
- Los recién nacidos sanos NO deberán recibir suplementos de fórmulas infantiles, soluciones glucosadas, agua, té o manzanilla. Está indicada médicamente la suplementación en el niño con peso muy bajo al nacimiento (< 1.500 gr), baja edad gestacional (< 32 semanas), pequeño para la edad gestacional, con hipoglicemia potencialmente grave, enfermedades maternas e infantiles graves, pérdida de peso mayor del 8 – 10% acompañada de retraso en la lactogénesis (más de cinco días).
- Los recién nacidos no deben utilizar chupos; no hay ninguna evidencia de que aporten beneficios en el primer mes de vida. Es normal que el neonato tome el pecho para confortarse o haga succión no nutritiva del pecho de vez en cuando.
- Las madres no deberán recibir canastillas de productos comerciales al alta del servicio, menos si estos tienen propaganda o muestras de productos relacionados con fórmulas.

#### 1.3.4 ¿CÓMO ALIMENTAR AL LACTANTE EMPLEANDO UN VASO O TAZA?

Si el lactante no puede lactar el pecho, la alternativa más segura es la alimentación empleando un vaso o una taza. Incluso los lactantes con bajo peso al nacer y prematuros pueden ser alimentados con un vaso o una taza. La alimentación del lactante empleando biberón con chupo artificial, dificulta que aprenda a agarrar bien el pecho materno y que la lactancia materna se establezca de manera satisfactoria.



Las razones para alimentar al lactante empleando un vaso o taza son:

- Los vasos o tazas son más fáciles de limpiar; pueden ser lavados empleando agua y jabón, si no es posible hervirlos.
- La alimentación empleando un vaso o taza no interfiere con el aprendizaje del lactante para realizar un buen agarre.
- El vaso o taza no puede ser dejado con el lactante para que se alimente por sí mismo. Alguien tiene que sostener al lactante, brindándole el contacto humano que necesita.
- La alimentación con vaso o taza, generalmente es más sencilla y mejor que la alimentación empleando una cuchara: la alimentación con cuchara toma más tiempo y requiere de una mano adicional y, a veces, el lactante no consigue recibir leche suficiente.



**Tabla 102.** Cómo alimentar al lactante empleando un vaso o taza

- Sostener al lactante sentado o semi-sentado en su regazo, envolverlo con una frazada o sábana para brindarle soporte y para evitar que golpee el vaso o taza con sus manos.
- Colocar el vaso o taza con leche descansando sobre el labio inferior, de manera que el borde toque el labio superior del lactante.
- Inclinar el vaso o taza justo hasta que la leche toque los labios del lactante.
- El lactante de menor edad gestacional comenzará a tomar la leche empleando la lengua. El lactante a término o de más edad, succionará la leche, derramándola un poco.
- NO VACÍE la leche en la boca del lactante. Solo sostenga el vaso o taza contra los labios del lactante y deje que tome la leche por sí mismo.
- Cuando el lactante ha recibido suficiente leche, cierra la boca y deja de tomarla. Si el lactante no ha tomado la cantidad calculada, debe recibir una mayor cantidad de leche en la siguiente toma o se le podría ofrecer con mayor frecuencia.
- Medir la ingesta de leche de 24 horas, no solo la de cada toma.



### 1.3.5 RECOMENDACIONES PARA EL AMAMANTAMIENTO DE PREMATUROS Y NIÑOS DE BAJO PESO AL NACER

#### • ¿QUÉ ALIMENTOS DARLE?

Lo mejor para los lactantes con bajo peso al nacer (BPN), de cualquier edad gestacional, es la leche de sus propias madres. La leche materna está especialmente adaptada para cubrir las necesidades de los lactantes con BPN y se asocia con menor incidencia de infecciones y mejores resultados a largo plazo.

No todos los niños con BPN son capaces de lactar, durante los primeros días de vida. Para aquellos que no pueden hacerlo, se requiere un método alternativo de alimentación oral, como vaso/taza/cuchara/extracción directa en la boca del niño o empleando sonda gástrica. En estas situaciones, las opciones disponibles para la alimentación del lactante con BPN son, en orden de preferencia:

- Leche extraída del pecho (de su propia madre).
- Leche de una donante.
- Leche artificial comercial para lactantes:
  - estándar, si el lactante pesa >1500 g.
  - para lactantes prematuros, si el lactante pesa <1500 g.

El lactante debe recibir contacto piel a piel con su madre tanto como sea posible, para favorecer el vínculo entre ambos y también la lactancia materna. Si el lactante está demasiado enfermo para moverse, la madre, al menos, debería hablarle y tocarlo con las manos. Se debe brindar a la madre ayuda calificada para que se extraiga la leche y para que establezca el inicio de la lactancia, si fuera posible durante las primeras 6 horas después del nacimiento. La madre debería extraerse la leche al menos en 8 oportunidades durante las 24 horas del día, en el hogar, si no se queda en el hospital. La leche extraída puede ser administrada cada 1–3 horas, de acuerdo a la edad y peso del lactante.

#### • ¿CÓMO ALIMENTARLE?

- **Los lactantes de 36 semanas de edad gestacional o mayores**, frecuentemente son capaces de succionar bastante bien y de manera completa el pecho por sí mismos. Después del parto, tan pronto como sea posible, ayude a que la madre realice el contacto piel a piel con su niño y deje que el niño trate de succionar el pecho. Muestre a la madre cómo sostener





## Posiciones útiles para sostener al lactante con BPN durante la lactancia



a) Posición bajo el brazo



b) Sosteniendo al bebé con el brazo opuesto al pecho

a su niño en la posición bajo el brazo o que lo sostenga con el brazo del lado opuesto al pecho (ver la siguiente imagen). Estas posiciones son bastante útiles para lactantes muy pequeños. Asegúrese de que el lactante tenga un buen agarre al pecho. Cuando el niño con BPN comienza a succionar, frecuentemente presenta pausas durante largos períodos de tiempo, en una mamada; por lo tanto, pueden continuar lactando durante una hora. Es importante no retirar al lactante del pecho durante estas pausas.

Se debe permitir que el lactante succione cada tres horas o más frecuentemente, o a demanda. Si tiene dificultad para lograr una succión efectiva o si se cansa rápidamente o no tiene un incremento adecuado de peso, ofrézcale leche extraída antes de que sea colocado al pecho, empleando un vaso o taza, o dé alternativamente el pecho y la leche en vaso o taza.

- **Los lactantes de 32 a 36 semanas de edad gestacional** necesitan ser alimentados, parcial o totalmente, con leche extraída y empleando un vaso o taza o una cuchara, hasta que se pueda establecer la lactancia materna completa. La alimentación puede ser iniciada tan pronto como el lactante esté clínicamente estable, en lo posible durante la

primera hora después del nacimiento, y debe ser administrada cada 2 ó 3 horas. Para estimular la lactancia materna, se puede permitir que estos lactantes succionen o laman el pecho tanto como lo deseen. El extraer un poco de leche directamente en la boca del lactante, permite que la saboree y estimula los reflejos de succión y deglución (ver instrucciones en Tabla 103). Posteriormente, ofrecer la cantidad total de leche de la toma, empleando un vaso o taza (Tabla 102). El lactante puede no tomar toda la leche del vaso o taza, ya que es posible que haya tomado un poco del pecho. Si el lactante succiona bien, se debe reducir lentamente la alimentación con vaso o taza. Se debe evitar la alimentación empleando biberón, ya que interfiere con el aprendizaje del lactante para lactar el pecho.

**Tabla 103.** ¿Cómo extraer la leche del pecho directamente en la boca del lactante?

Solicite a la madre que:

- Se lave las manos.
- Sostenga al lactante en contacto piel a piel, posicionado como si le fuese a dar el pecho, con la boca del lactante cerca de su pezón.
- Unte un poco de leche sobre su pezón.
- Espere hasta que el lactante esté alerta y abra ampliamente la boca.
- Estimule al lactante si se encuentra somnoliento.
- Deje que el lactante huela y lama el pezón y que intente succionarlo.
- Permita que un poco de leche caiga al interior de la boca del lactante.
- Espere hasta que el lactante degluta la leche antes de extraer más gotas de leche del pecho.
- Una vez que el lactante se haya saciado, cerrará la boca y no tomará más leche.
- Pida a la madre que repita todo este procedimiento cada 1 a 2 horas, si el lactante es muy pequeño, o cada 2 a 3 horas si es más grande.



**Tabla 104.** Ingesta de líquidos recomendada para lactantes con BPN

DÍAS DE VIDA	INGESTA RECOMENDADA DE LÍQUIDOS PARA LACTANTES CON BPN			VOLÚMENES DE LECHE RECOMENDADOS PARA LACTANTES DE BPN		
	REQUERIMIENTOS DE LÍQUIDOS (ml/kg/día)			VOLÚMENES DE LECHE (ml)		
	2 -2,5 kg	1,5-2 kg	1-1,5 kg	2-2,5 kg c/3 h	1,5-2 kg c/3 h	1 - 1,5 kg c/2 horas**
Día 1	60	60	60	17	12	6
Día 2	80	75	70	22	16	7
Día 3	100	90	80	27	20	8
Día 4	120	115	90	32	24	9
Día 5	140	130	110	37	28	11
Día 6	150	145	130	40	32	13
Día 7	160+	160	150*	42	35	16

\*Si el lactante recibe líquidos intravenosos, no incrementar por encima de 140 ml/kg/día.

\*\*En caso de lactantes con peso <1250 g que no muestran signos que reflejen que están dispuestos a alimentarse, iniciar con 1 – 2 ml. cada 1 – 2 horas y dar el resto del requerimiento hídrico como líquidos intravenosos.

- **Los lactantes menores de 32 semanas de edad gestacional** usualmente necesitan ser alimentados empleando una sonda gástrica. Estos lactantes no deberían recibir ningún alimento por vía enteral durante las primeras 12–24 horas. La Tabla 104 presenta la cantidad de líquidos que un lactante con BPN, alimentado mediante sonda gástrica, necesita cada día y la cantidad de leche que necesita en cada momento de alimentación; esta debe ser exacta. Sin embargo, lactantes con un peso <1500 gr. podrían recibir una parte de estos requerimientos como líquidos intravenosos, en el caso de que no toleren la cantidad de alimentación enteral completa.

#### • CANTIDADES DESPUÉS DE LOS SIETE DÍAS

Si el lactante continúa recibiendo la leche extraída del pecho, mediante un vaso o sonda después de los siete días, incremente 20 ml/kg. cada día, hasta que reciba 180 ml/kg. por día. Una vez que el lactante comience a lactar el pecho más frecuentemente, la cantidad de leche extraída puede ser reducida gradualmente. El peso del lactante debe ser controlado. En el caso de los lactantes que tienen un peso al nacer por encima de 1500 gramos, se espera que recuperen el peso original que tenían al nacer después de 1 ó 2 semanas; mientras que para los lactantes que nacieron con menos de 1500 gramos, esto puede demorar hasta 2 ó 3 semanas. Luego, el aumento promedio de peso debería ser de 10–16 g/kg/día; los lactantes más pequeños aumentan de peso más rápidamente. Si el aumento de peso es menor que lo esperado, probablemente el lactante no está siendo capaz de tomar las cantidades adecuadas de leche. Las causas más comunes son infección, hipotermia, moniliasis, anemia o aporte poco frecuente de leche o en menor cantidad de la requerida. Todo esto debe ser corregido.



## ● ALTA DEL HOSPITAL

El niño con BPN, puede ser dado de alta del hospital cuando:

- Lacte el pecho de manera efectiva o la madre tenga confianza en el uso de un método alternativo de alimentación.
- Mantenga su temperatura entre 36.5 °C y 37.5 °C durante al menos 3 días consecutivos.
- Aumente de peso, al menos 15 g/kg, durante 3 días consecutivos.
- La madre tiene confianza en su habilidad para cuidar al lactante.

## ● SEGUIMIENTO A LOS LACTANTES CON BPN

El lactante debe recibir seguimiento al menos en una oportunidad, entre los 2 a 5 días después del alta y, al menos, cada semana hasta que reciba lactancia materna completa y pese más de 2.5 kg. Los seguimientos posteriores pueden continuar cada mes, de la misma manera que los realizados al niño nacido a término.

## ● MÉTODO MADRE CANGURO

El método madre canguro (MMC) es una manera en la cual la madre brinda a su recién nacido con BPN, o a su niño pequeño, beneficios similares a los proporcionados por una incubadora. La madre está más involucrada con el cuidado de su lactante y prolonga el contacto piel a piel, lo cual ayuda tanto a la lactancia materna como al vínculo emocional, probablemente debido a que estimula la liberación de prolactina y oxitocina de su glándula pituitaria. El MMC ayuda a que la madre desarrolle una estrecha relación con su lactante e incrementa su confianza.

**Manejo:** La madre mantiene a su lactante en un prolongado contacto piel a piel, día y noche y en posición vertical entre sus pechos. El lactante es sostenido en esta posición por las ropas de la madre o por sábanas atadas alrededor de su pecho. La cabeza del lactante es dejada libre, de manera que pueda respirar y que la cara pueda ser vista. El lactante viste un pañal, por motivos de aseo y una gorra para mantener el calor de la cabeza.

El MMC ha demostrado que logra mantener caliente al lactante, estabiliza su respiración y su frecuencia cardíaca y reduce el riesgo de infección. Además, permite que la madre inicie antes la lactancia materna y que el lactante aumente de peso más rápidamente.

El MMC debería continuar tanto como sea necesario, lo que usualmente significa hasta que el lactante sea capaz de mantener su temperatura, respire sin dificultad y pueda alimentarse sin la necesidad de emplear métodos alternativos. Usualmente es el lactante quien indica que está listo y que desea salir. La madre y su lactante deben ser controlados regularmente. Durante la primera semana después del alta, el lactante debe ser pesado todos los días, si fuera posible,





y un personal de salud debería conversar sobre cualquier dificultad que la madre haya experimentado, brindándole apoyo y estímulo. Los controles deben continuar hasta que el lactante pese más de 2.5 kg. Cuando el lactante se vuelve menos tolerante a la posición, la madre puede reducir el tiempo del MMC y suspenderlo del todo en el curso de una semana. Una vez que el lactante ha suspendido el MMC, se deben continuar con controles de seguimiento mensual, para controlar la alimentación, el peso y el desarrollo, hasta que el lactante tenga varios meses de edad.

### 1.3.6 MANEJO DE LAS AFECCIONES DEL PECHO Y DE OTROS PROBLEMAS DE LA LACTANCIA MATERNA

#### ● PECHOS LLENOS

- **Síntomas:** Los pechos llenos ocurren entre los 3 a 5 días después del nacimiento, cuando la leche "baja". La madre se siente incómoda y sus pechos se sienten pesados, calientes y duros. A veces tienen nódulos. La leche fluye bien y en ocasiones gotea del pecho.
- **Causa:** Esta es una plenitud normal.
- **Manejo:** El lactante necesita tener un buen agarre y lactar frecuentemente para extraer la leche. La plenitud disminuye después de la mamada y, después de algunos días, los pechos se sienten más confortables, a medida que la producción de leche se ajusta a las necesidades del lactante.

#### ● INGURGITACIÓN DEL PECHO

- **Síntomas:** Los pechos están hinchados y edematosos, la piel está brillante y difusamente roja. Generalmente ambos pechos están afectados y son dolorosos. La mujer puede presentar fiebre que, generalmente, cede en 24 horas. Los pezones pueden estirarse y aplanarse, lo

cual dificulta el agarre del lactante y la remoción de la leche. La leche no fluye bien.

- **Causa:** Falla en la remoción de la leche del pecho, especialmente durante los primeros días después del parto, cuando la leche "baja" y el pecho se llena y, al mismo tiempo, el flujo sanguíneo hacia los pechos se incrementa, provocando congestión. Las causas más comunes del por qué la leche no es removida adecuadamente son el retraso en el inicio de la lactancia materna, las mamadas poco frecuentes, el mal agarre y la succión inefectiva.
- **Manejo:** La madre debe extraer la leche del pecho. Si el lactante tiene un buen agarre y succión, entonces debe lactar tan frecuentemente como el lactante esté dispuesto. Si el lactante no tiene un buen agarre y la succión es inefectiva, la madre debe extraer su leche manualmente o empleando una bomba, varias veces hasta que los pechos se suavicen, de manera que el lactante pueda agarrar mejor el pecho y, entonces, dejar que lacte frecuentemente.
- La madre puede aplicar compresas calientes en el pecho, o puede tomar una ducha caliente antes de la extracción, esto ayuda a que la leche fluya. Puede emplear compresas frías después de la lactancia o de la extracción, lo que ayuda a reducir el edema.
- La ingurgitación ocurre con menor frecuencia en los hospitales amigos de la madre y el niño, donde se inicia la lactancia materna muy pronto poco después del nacimiento y se siguen todos los pasos para que las madres logren una lactancia exitosa.

- **OBSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO**

- **Síntomas:** Existe una tensión o un nódulo localizado en un pecho y la piel por encima del nódulo está enrojecida.
- **Causa:** Falla en la remoción de la leche de una parte del pecho, la cual puede deberse a mamadas poco frecuentes, mal agarre, ropas ajustadas o trauma del pecho. En ocasiones, el conducto de una parte del pecho es obstruido por leche espesa.
- **Manejo:** Mejorar la remoción de la leche y corregir la causa subyacente.
- La madre debe hacer lactar el pecho afectado frecuentemente y aplicar un suave masaje sobre el nódulo, mientras el lactante está succionando.
- Algunas madres encuentran útil el aplicar compresas calientes y el variar la posición del lactante (atravesando su cuerpo o bajo su brazo).



- En ocasiones, después de un masaje suave sobre el nódulo, un cordón de leche espesa sale por el pezón, seguida de un chorro de leche, lo cual alivia rápidamente el conducto obstruido.

- **MASTITIS**

- **Síntomas:** Existe una hinchazón dura en el pecho, con enrojecimiento de la piel que la cubre e intenso dolor. Generalmente se afecta solamente una parte de un pecho, lo cual la diferencia de la ingurgitación, donde todo el pecho y los dos pechos están afectados. La mujer tiene fiebre y se siente enferma. La mastitis es más común en las primeras 2 ó 3 semanas después del nacimiento, pero puede ocurrir en cualquier momento.
- **Causas:** Una causa importante son los tiempos prolongados entre mamadas, por ejemplo, cuando la madre está ocupada o reinicia su trabajo fuera de la casa o cuando el lactante comienza a dormir durante toda la noche. Otras causas incluyen el mal agarre, con una remoción incompleta de la leche; ingurgitación no resuelta; frecuente presión sobre una parte del pecho, con los dedos o por ropa apretada, o trauma. La mastitis es provocada, generalmente, porque la leche permanece en el pecho, estasis láctea, lo que produce una inflamación no infecciosa. La infección puede sobrevenir si persiste el estasis o si la mujer tiene además un pezón con fisuras que se infectan. En este caso, se puede producir una *mastitis infecciosa*.
- **Manejo:** Mejorar la remoción de la leche y tratar de corregir cualquier causa específica que haya sido identificada.
- Recomendar a la madre que descansa y que haga lactar al lactante frecuentemente, que evite los intervalos prolongados entre mamadas. Si está empleada, debería solicitar permiso por enfermedad, para descansar en la cama y alimentar al lactante. No debe suspender la lactancia materna.
- Ella podría encontrar útil el aplicarse compresas calientes e iniciar el amamantamiento con el pecho no afectado, para estimular el reflejo de la oxitocina y que la leche fluya, además de variar la posición del lactante.
- Puede tomar analgésicos (si está disponible el Ibuprofeno, el cual también reduce la inflamación del pecho, o Acetaminofén).



- Si los síntomas son graves, si existe una fisura infectada del pezón o si no hay mejoría luego de las 24 horas de haber mejorado la remoción de la leche, el tratamiento debe incluir antibióticos resistentes a la Penicilinas. Sin embargo, los antibióticos no serán efectivos si no existe la mejora de la remoción de leche.

## • **ABSCESO DEL PECHO**

- **Síntomas:** Hinchazón dolorosa en el pecho que se siente llena de líquido. Puede existir decoloración de la piel en el lugar de la hinchazón.
- **Causa:** Usualmente secundaria a una mastitis que no ha sido manejada adecuadamente.
- **Manejo:** Un absceso necesita ser drenado y tratado con antibióticos resistentes a la penicilinas. Cuando sea posible, el drenaje debe ser realizado ya sea mediante un catéter introducido mediante una pequeña incisión o mediante la aspiración, empleando una aguja (puede ser necesario repetir este procedimiento). La colocación del catéter o de la aguja debería ser guiada por ultrasonido. Una incisión quirúrgica muy grande puede dañar la areola y los conductos lácteos e interferir con la lactancia subsiguiente, por lo cual, debe ser evitada. La madre puede continuar dando de lactar con el pecho afectado; sin embargo, si la succión es muy dolorosa o si la madre no está dispuesta a hacerlo, se le puede mostrar cómo extraer su leche y recomendarle que deje que su lactante lacte del pecho nuevamente tan pronto como el dolor disminuya, usualmente a los 2 ó 3 días. Ella puede continuar amamantando con el otro pecho. La alimentación empleando el pecho infectado no afecta al lactante (a no ser que la madre sea VIH positiva).

A veces, si la lactancia continúa, la leche drena por la incisión. Esto se corrige después de un tiempo y no es motivo para suspender la lactancia materna.

## • **PEZÓN CON ÚLCERAS O FISURAS**

- **Síntomas:** La madre presenta un intenso dolor en los pezones cuando el lactante succiona. Se aprecian fisuras que atraviesan la punta del pezón o alrededor de la base. Cuando concluye la mamada, el pezón puede verse aplastado de lado a lado, con una línea blanca de presión a través de la punta.
- **Causa:** La principal causa del pezón con úlcera y fisuras es el mal agarre. Eso se debe a que el lactante jala y empuja el pezón a medida que succiona y fricciona la piel del pezón contra su boca, o puede deberse a una fuerte presión sobre el pezón como resultado de un mal agarre.





- **Manejo:** Se debe ayudar a la madre para que mejore la posición del lactante y el agarre. Con frecuencia, una vez que el lactante tiene buen agarre, el dolor disminuye. El lactante puede continuar mamando normalmente. No existe necesidad para hacer descansar el pecho – el pezón sana rápidamente cuando deja de ser lastimado.

## • INFECCIÓN POR CÁNDIDA (MONILIASIS) EN LA MADRE Y EL LACTANTE

### Síntomas:

#### En la madre:

- Lesiones en el pezón, acompañadas de un dolor que persiste entre las mamadas; es un dolor como el de agujas que se introducen profundamente en el pecho y que no se alivia mejorando el agarre.
- Puede existir una erupción roja o escamosa en la areola, con escozor y despigmentación.

#### En el lactante:

- Manchas blancas en el interior de las mejillas o sobre la lengua, se parecen a los cuajos de leche, pero no se pueden retirar con facilidad.
- Algunos lactantes se alimentan normalmente, algunos lo hacen durante un período corto de tiempo y luego abandonan el pecho, otros rechazan la alimentación totalmente y otros se angustian cuando tratan de agarrar el pecho y alimentarse, sugiriendo que existe una lesión en la boca.
- Puede existir una erupción rojiza en el área del pañal (“dermatitis del pañal”).

**Causa:** Esta es una infección provocada por el hongo *Candida albicans*, que generalmente es secundaria al empleo de antibióticos en el lactante o en la madre, para el tratamiento de la mastitis o de otras infecciones.

**Manejo:** El tratamiento es violeta de Genciana o Nistatina. Si la madre tiene los síntomas, tanto ella como el lactante deben ser tratados. Si solamente el lactante tiene síntomas, no es necesario tratar a la madre.

- *Tintura con violeta de Genciana:* Aplicar una solución al 0.25% a la boca del lactante, cada día durante 5 días, o hasta 3 días después que las lesiones sanen.
- Aplicar una solución al 0.5% a los pezones de la madre, cada día durante 5 días.



- Nistatina: Suspensión de Nistatina 100,000 UI/ml; aplicar 1 ml., empleando el gotero, a la boca del lactante 4 veces al día, después de la lactancia, durante 7 días o durante el tiempo que la madre es tratada.
- Crema de Nistatina 100,000 UI/ml.; aplicar en los pezones 4 veces al día, después de la lactancia. Continuar la aplicación durante 7 días después que las lesiones hayan sanado.

## • PEZONES INVERTIDOS, PLANOS Y LARGOS

Signos a ser buscados: Naturalmente existe una amplia variedad de formas de pezones, que generalmente no afectan la capacidad de la madre para dar una lactancia materna exitosa. Sin embargo, algunos pezones son planos, grandes o largos y el lactante puede tener dificultad para el agarre. La mayoría de los pezones planos son *protráctiles* – si la madre los jala con los dedos, los pezones se estiran, de la misma manera que se estiran en la boca del lactante. El lactante no tiene dificultad para succionar un pezón *protráctil*. En ocasiones, un pezón invertido no es protráctil y no se estira cuando es traccionado; más bien, la punta se introduce en el pecho. Esto dificulta el agarre del lactante. La protractilidad frecuentemente mejora durante el embarazo y durante la primera semana después del nacimiento. Un pezón grande o largo puede dificultar el que el lactante agarre suficiente tejido mamario dentro de su boca. A veces, la base del pezón es visible incluso cuando el lactante tiene la boca muy abierta.

- **Causa:** Las diferentes formas del pezón son un rasgo físico natural de los pechos. Un pezón invertido que se encuentra retraído por el tejido conectivo, puede ser aflojado después que el lactante lo succiona durante un tiempo.
- **Manejo:** Se aplican los mismos principios para el manejo de los pezones planos, invertidos, grandes o largos.
- El tratamiento prenatal no es útil, Si la embarazada está preocupada por la forma de sus pezones, explique que, frecuentemente, los lactantes succionan sin dificultad pezones de formas inusuales y que la ayuda calificada es lo más importante.
- Tan pronto como sea posible, después del parto, la madre debería ser ayudada a colocar al lactante en una buena posición y que intente el agarre. Algunas veces resulta de ayuda que la madre tome una posición diferente, como inclinarse sobre el lactante, de manera que el pecho y el pezón caigan en la boca del lactante.
- La madre debe brindar al lactante un pleno contacto piel a piel, cerca del pecho y dejar que el lactante trate de encontrar su propia manera de agarrar el pecho, algo que muchos lactantes hacen.



- Si el lactante no puede agarrar el pecho durante la primera semana, la madre puede extraerse la leche de su pecho y alimentarlo empleando un vaso o taza.
- La madre debería colocar el lactante al pecho, en diferentes posiciones, permitiendo que intente agarrar el pecho. Ella puede exprimir leche en la boca del lactante y tocarle los labios para estimular el reflejo de rotación y estimular que el lactante abra bien la boca.
- A medida que el lactante crece, la boca se vuelve más grande, de manera que puede agarrar el pecho con mayor facilidad.
- La alimentación con biberón, que no favorece que el lactante abra bien la boca, debe ser evitada.
- Para los pezones planos o invertidos, la madre puede emplear una jeringa de 20 ml., con la parte del adaptador cortada y el émbolo insertado por el extremo, luego puede traccionar el émbolo para estirar el pezón (con el vacío que se produce) justo antes de cada mamada (ver la siguiente imagen).

### Preparación y uso de una jeringa para el tratamiento de los pezones invertidos

#### PASO UNO



Corte con un cuchillo a lo largo de la línea

#### PASO DOS



Inserte el émbolo por el extremo cortado

#### PASO TRES



La madre jala el émbolo con suavidad

## ● INSUFICIENCIA PERCIBIDA Y BAJA PRODUCCIÓN DE LECHE

- **Síntomas:** El problema más común, descrito por las madres, es la creencia de que no tienen leche suficiente. En muchos casos, el lactante en realidad está obteniendo toda la leche que necesita y el problema es la percepción de la madre de que su producción de leche es insuficiente. En algunos casos, el lactante realmente tiene una baja ingesta de leche, que es insuficiente para sus necesidades. Ocasionalmente, esto se debe a que la madre tiene una baja producción de leche de causa fisiológica o patológica. Sin embargo, generalmente la razón del poco aporte es un problema de técnica o del patrón de lactancia. Si la técnica de la lactancia materna o el patrón mejoran, la ingesta del lactante se incrementa. Cuando el lactante toma solamente una parte de la leche del pecho la producción disminuye, pero se incrementa nuevamente cuando el lactante toma más.

Los síntomas que hacen que una madre piense que su producción de leche es insuficiente son:

- El lactante llora mucho y aparenta no estar satisfecho con la alimentación.
- El lactante desea mamar muy frecuentemente o durante un periodo prolongado de tiempo cada vez.
- Los pechos se sienten blandos.
- No está siendo capaz de extraer su leche.

Estos síntomas pueden ocurrir por otras razones y no reflejan, necesariamente que la ingesta del lactante es baja.

- Si a la madre le preocupa su producción de leche, es necesario determinar si el lactante está tomando leche suficiente o no.
- Si el lactante tiene una baja ingesta de leche, entonces será necesario averiguar si es debido a la técnica de lactancia materna o a una baja producción de leche.
- Si la ingesta del lactante es adecuada, entonces es necesario determinar los motivos de la presencia de los signos que preocupan a la madre.

## ● BAJA INGESTA DE LECHE DEL PECHO

- **Signos:** Existen dos signos confiables de que el lactante no está obteniendo leche suficiente:
- Poco aumento de peso.



- **Baja producción de orina.**  
La salida del meconio (deposiciones negras y pegajosas) a los 4 días después del nacimiento, también es un signo de que el lactante no está obteniendo leche suficiente.
- **Poco aumento de peso**  
El aumento de peso de los lactantes es variable, y cada niño sigue su propio patrón. No se puede decir, con una sola medición del peso, que el lactante está creciendo satisfactoriamente; es necesario pesarlo varias veces, al menos durante algunos días. Poco después del nacimiento, el lactante puede perder peso durante algunos días. La mayoría recupera su peso del nacimiento hacia el final de la primera semana si están sanos y se alimentan bien. Todos los lactantes deberían recuperar su peso al nacer hacia las 2 semanas de edad. El lactante que se encuentre por debajo de su peso al nacer al final de la segunda semana, necesita ser evaluado. Se podría verificar la presencia de alguna enfermedad, anomalía congénita y producción de orina. A partir de las 2 semanas, los lactantes que están con lactancia materna pueden aumentar aproximadamente 500 gr. a 1 kg. o más, cada mes. Todos estos aumentos de peso son normales.
- **Baja producción de orina**  
Un niño que recibe lactancia materna exclusiva y que está recibiendo suficiente leche, usualmente elimina orina diluida unas 6-8 veces o más en 24 horas. Si el lactante orina menos de 6 veces al día y, sobre todo, si la orina es de color amarillo oscuro con un fuerte olor, el lactante no está recibiendo suficientes líquidos. Esta es una manera útil para descubrir rápidamente si está tomando leche suficiente o no. Sin embargo, deja de ser útil si el lactante está recibiendo otros líquidos, además de la leche materna.

**Tabla 105.** Causas por las que un lactante no obtiene leche suficiente del pecho

FACTORES DE LA LACTANCIA MATERNA	MADRE: FACTORES PSICOLÓGICOS	MADRE: CONDICIÓN FÍSICA	CONDICIÓN DEL LACTANTE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio demorado.</li> <li>• Alimentación en tiempos fijos.</li> <li>• Mamadas poco frecuentes.</li> <li>• No se da el pecho por la noche.</li> <li>• Mamadas cortas.</li> <li>• Mal agarre.</li> <li>• Biberones o chupo.</li> <li>• Otros alimentos y líquidos (agua, té).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de confianza.</li> <li>• Depresión.</li> <li>• Preocupación, angustia.</li> <li>• Aversión a la lactancia.</li> <li>• Rechazo al lactante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Píldoras anticonceptivas, diuréticos.</li> <li>• Embarazo.</li> <li>• Desnutrición grave.</li> <li>• Alcohol.</li> <li>• Tabaquismo.</li> <li>• Retención de fragmentos de placenta.</li> <li>• Falla pituitaria (rara).</li> <li>• Falla de desarrollo de los pechos (rara).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad.</li> <li>• Anomalías.</li> </ul>
<b>ESTAS SON COMUNES</b>		<b>ESTAS SON MENOS COMUNES</b>	



- **Conclusión**

Las causas más comunes para que un lactante no obtenga suficiente leche materna, se deben a la mala técnica o mal manejo de la lactancia materna, las que pueden ser corregidas. Solamente pocas madres tienen algún problema, que dificulte la producción de leche a largo plazo.

- **INSUFICIENCIA PERCIBIDA**

- **Signos:** Si el lactante está aumentando de peso según la velocidad de crecimiento esperada y elimina orina 6 o más veces en 24 horas, entonces su ingesta de leche es adecuada. Si, pese a esto, la madre piensa que no tiene leche suficiente, entonces se trata de una insuficiencia percibida.
- **Causas:** *Es posible que la causa sea un mal agarre si el lactante:*
  - Quiere mamar con mucha frecuencia (más frecuentemente que cada 2 horas, todo el tiempo, sin intervalos prolongados entre mamadas).
  - Succiona durante largos períodos de tiempo, cada vez (más de media hora, a no ser que se trate de un recién nacido o que tenga bajo peso al nacer).
  - Generalmente está intranquilo.

**Manejo de la insuficiencia percibida y de la baja producción de leche materna:** El personal de salud debe emplear las habilidades de consejería para escuchar y aprender, para tomar la historia de la alimentación y para comprender la dificultad, particularmente si existen factores psicológicos que afectan la lactancia materna.

Se debe observar la lactancia materna, verificando el agarre del lactante. También se debe evaluar la condición física de la madre y la condición y peso del lactante. El personal de salud debe determinar si el problema se debe a una baja *ingesta de leche* o a una *insuficiencia percibida*.

Si el problema es *una baja ingesta de leche*, el personal de salud deberá:

- Determinar la causa de la baja ingesta de leche.
- Tratar o referir al lactante, si existiera alguna enfermedad o anomalía.
- Ayudar a la madre que tiene alguna de las causas menos comunes, por ejemplo, podría estar usando píldoras anticonceptivas con estrógeno.



La referencia puede ser necesaria;

- Conversar sobre cómo la madre puede mejorar su técnica de lactancia materna y patrón, y mejorar el agarre del lactante.
- Emplear sus habilidades de consejería para ayudar a la madre que tenga cualquier factor psicológico y para que fortalezca la confianza hacia su capacidad de producir leche.

Si la dificultad es *una insuficiencia percibida*, el personal de salud deberá:

- Determinar la causa.
- Explicar la dificultad y qué es lo que podría ayudar.
- Conversar sobre cómo la madre puede mejorar su técnica de lactancia materna y patrón, y mejorar el agarre del lactante.
- Si el lactante tiene reflujo, sugerir que lo sostenga en una posición más vertical.
- Emplear sus habilidades de consejería para ayudar a la madre que tenga cualquier factor psicológico y para que fortalezca la confianza hacia su capacidad de producir leche.

## • EL LACTANTE QUE LLORA MUCHO

- **Signos o síntomas:** El lactante llora de manera excesiva y resulta difícil el consolarlo. Las características del llanto pueden sugerir la causa.
- **Causa:**
- **Dolor o enfermedad.** Esta puede ser la causa cuando el lactante llora más que antes de manera repentina.
- **Hambre.** Debido al crecimiento acelerado, que es común a las 2 semanas, 6 semanas y 3 meses. Si el lactante se alimenta con mayor frecuencia, durante algunos días, la producción de leche se incrementa y el problema se resuelve.
- **Sensibilidad a sustancias de la comida de la madre.** Puede ser a cualquier comida, pero es más común con la leche, soya, huevos y maní. La cafeína del café, el té y las bebidas de cola, y las sustancias de los cigarrillos, también pueden irritar al lactante.



Si la madre evita los alimentos o bebidas que pueden causar el problema, el lactante llora menos.

- **Reflujo gastroesofágico.** El lactante llora después de recibir el pecho, frecuentemente cuando está echado y vomita una gran cantidad de leche, mayor que durante una leve regurgitación la cual es muy común. El esfínter entre el esófago y el estómago (cardias) está debilitado, permitiendo que la leche regrese hacia el esófago, lo cual causa dolor.
- **Cólico.** Frecuentemente, el llanto ocurre en ciertos momentos del día, típicamente en la noche. El lactante puede encoger las piernas como si tuviera dolor. Desea alimentarse pero es difícil consolarlo. La causa no está clara. Generalmente los lactantes con cólico crecen bien y el llanto disminuye después de los 3 ó 4 meses. El alzar al lactante, emplear movimientos de balanceo y presionar el abdomen con las manos o contra los hombros, puede ayudar.
- **Lactantes muy demandantes.** Algunos lactantes lloran más que otros, y necesitan ser alzados y sostenidos durante más tiempo. Este problema es menos común en comunidades donde las madres llevan a sus lactantes junto con ellas y los tienen en la misma cama.
- **Manejo:**
  - Si se puede identificar una causa específica, como dolor o enfermedad, esa debe ser tratada.
  - La madre puede intentar modificar su dieta. Dejando de beber leche o café por una semana, y ver si existe mejoría.
  - El sostener al lactante en una posición vertical, después de que haya sido alimentado, puede disminuir el reflujo o puede sugerirse algún medicamento.
  - Para el cólico o para lactantes muy demandantes, la madre puede alzar y mecer al lactante, realizando una suave presión sobre su abdomen. Se le puede tranquilizar diciéndole que el llanto será menor a medida que el lactante crece.

## • EXCESO DE PRODUCCIÓN DE LECHE MATERNA

- **Síntomas:**
  - El lactante llora como si tuviera cólico y desea ser alimentado frecuentemente.
  - El lactante presenta deposiciones frecuentes, que pueden ser verdes.





- Puede crecer bien o tener un aumento insuficiente de peso, sugiriendo baja producción de leche.
- La madre puede tener un vigoroso reflejo de la oxitocina, de manera que su leche fluye rápidamente; esto provoca que el lactante se sofoque y se retire del pecho durante la alimentación.

- **Causa:**

- El lactante puede tener un mal agarre y succiona mucho, pero no extrae la leche de manera eficiente. La succión constante puede estimular a que el pecho produzca mucha leche.
- La madre puede retirar al lactante del pecho antes de que haya concluido y colocarlo en el otro pecho. Por lo tanto, el lactante recibe sobre todo la leche del inicio, baja en grasa y succiona más para obtener más energía, estimulando a los pechos para que produzcan más leche.
- Grandes cantidades de leche del inicio, sobrecargan al lactante con lactosa, provocando deposiciones sueltas y comportamiento "tipo cólico".

- **Manejo:**

- Se debe ayudar a la madre para que mejore el agarre del lactante.
- La madre debe ofrecer solo un pecho cada vez, hasta que el lactante termine y se separe por sí mismo. EL lactante recibirá más leche del final, rica en grasa. La madre deberá ofrecer el otro pecho en la próxima mamada.
- Si el vigoroso reflejo de la oxitocina continúa, ella puede echarse para dar de lactar, sosteniendo su pecho con los dedos cerca de la areola.

- **RECHAZO AL PECHO**

- **Síntomas:** El lactante rechaza el pecho materno, puede llorar, arquearse o retirarse cuando es colocado al pecho. La madre puede sentirse rechazada y frustrada y estar con una gran ansiedad.
- **Causas:** Pueden existir problemas físicos como:
  - Enfermedad, una infección o una lesión oral, por ejemplo moniliasis.



- Dolor, por ejemplo lesiones después de un parto traumático o por reflujo gastroesofágico.
- Sedación, si la madre recibió analgésicos durante el trabajo de parto.  
El lactante puede tener problemas o frustración con la lactancia materna debido a que:
- Succiona biberón o chupo.
- Tiene dificultad con el agarre del pecho.
- Alguna persona que está ayudando con la posición aplica presión sobre su cabeza.
- La madre sacude su pecho cuando trata de que el lactante lo agarre.
- El lactante puede estar disgustado por un cambio en el ambiente, como:
  - Un cambio en la rutina, la madre reanuda su empleo o la familia se traslada de casa.
  - Un cuidador diferente o muchos cuidadores.
  - Un cambio en el olor de la madre, por ejemplo si ella usa un jabón o un perfume diferente.
- **Manejo:** Si la causa es identificada, en lo posible, debería ser tratada o eliminada. La madre puede considerar cómo reducir el tiempo que pasa lejos del lactante o evitar otros cambios que puedan molestarlo. Se le puede ayudar a que mejore su técnica de lactancia materna y a evitar el empleo de biberones y chupos. También se le puede ayudar para que:
  - Mantenga al lactante cerca, empleando un contacto piel a piel pleno, sin otros cuidadores, por un tiempo.
  - Ofrezca su pecho cada vez que el lactante presente signos de interés para succionar.
  - Exprima su leche dentro de la boca del lactante.
  - Evite el sacudir su pecho o presionar la cabeza del lactante para forzarlo a que tome el pecho.
  - Alimente al lactante empleando un vaso o taza, si fuera posible con su propia leche, hasta que el lactante esté dispuesto a tomar el pecho nuevamente.



- **LA MADRE QUE SE SEPARA DE SU LACTANTE**

El motivo más común de la separación de la madre de su lactante, durante una parte del día, se debe a que ella tiene un empleo fuera del hogar y que el tiempo de licencia por maternidad no es el adecuado para que le permita mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses.

- **Manejo:**

Se deben discutir las opciones con la madre. Se debe estimular para que le dé el pecho con la mayor frecuencia posible, cuando ella está en el hogar y que considere la extracción de su leche, para dejarla y que alguna persona pueda administrarla al lactante. Personal de salud capacitado debe enseñarle a extraer y a almacenar su leche; cómo alimentar al lactante empleando un vaso o taza, y el por qué es importante evitar el empleo del biberón.

- **Cómo mantener el suministro de su leche**

Ella debería:

- Hacer lactar al lactante cada vez que ella esté en el hogar; durante la noche y los fines de semana.
- Dormir con el lactante, de manera que pueda darle el pecho durante la noche y temprano en la mañana.
- Extraerse la leche en la mañana, antes de que salga para el trabajo.
- Extraerse la leche mientras está en el trabajo para mantener un suministro adecuado de leche. Si fuera posible, podría refrigerar la leche o puede guardarla a temperatura ambiente hasta por 8 horas y llevarla a casa. Si esto no es posible, debería desecharla. La madre debería comprender que la leche no se pierde, sus pechos producirán más. Si la madre no realiza la extracción de leche en el trabajo, su producción láctea disminuirá.

- **Mellizos**

- **Manejo:**

- Los mellizos que tienen bajo peso al nacer, deben ser manejados según lo discutido previamente. En el caso de mellizos más grandes, el manejo debe ser similar que para los lactantes únicos, con contacto temprano, ayuda para un buen agarre al pecho, lactancia



exclusiva y a demanda desde el nacimiento o tan pronto como la madre pueda responder. La succión temprana efectiva puede asegurar un adecuado suministro de leche para ambos lactantes. Las madres pueden necesitar ayuda para encontrar la mejor manera de sostener a los dos lactantes para que succionen, ya sea al mismo tiempo o uno después del otro. A ellas les gustaría dar a cada lactante un pecho o variar de lado. Es muy útil el sostener a uno o a ambos lactantes en la posición "bajo el brazo", apoyándolos en almohadas o frazadas dobladas. El fortalecer la confianza de la madre, de manera que pueda tener leche suficiente para los dos lactantes y el promover que los familiares la ayuden con otras tareas del hogar, pueden influir para que ella no intente alimentar a los lactantes con leche artificial comercial.



### 1.3.7 RAZONES MÉDICAS ACEPTABLES PARA EL USO DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA

Casi todas las madres pueden amamantar exitosamente, lo que significa iniciar la lactancia durante la primera hora de vida, dar lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses y continuar la lactancia (además de la alimentación complementaria apropiada) hasta los 2 años de edad.

Sin embargo, un número pequeño de afecciones de la salud del recién nacido y de la madre podría justificar que se recomendara no amamantar de manera temporal o permanente. Cuando se considere la interrupción de la lactancia, habrá que sopesar los riesgos de cualquiera de las condiciones enumeradas a continuación, en función de los beneficios que reportaría la lactancia materna.

#### ● AFECCIONES INFANTILES

- *Lactantes que no deben recibir leche materna ni otra leche, excepto leches artificiales especiales:*
  - Lactantes con galactosemia clásica: se necesita una leche artificial especial, libre de galactosa.
  - Lactantes con enfermedad de orina en jarabe de arce: se necesita una leche artificial especial libre de leucina, isoleucina y valina.



- Lactantes con fenilcetonuria: se requiere una leche artificial especial, libre de fenilalanina (se permite algo de lactancia materna, con monitorización cuidadosa).
- *Lactantes para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación, pero que pueden necesitar otros alimentos por un periodo limitado, además de leche materna:*
- Recién nacidos con peso menor a 1500 gr. (muy bajo peso al nacer).
- Recién nacidos con menos de 32 semanas de edad gestacional (muy prematuros).
- Recién nacidos con riesgo de hipoglicemia, debido a una alteración en la adaptación metabólica, o incremento de la demanda de la glucosa. En particular, aquellos que son prematuros, pequeños para la edad gestacional o que han experimentado estrés significativo intraparto con hipoxia o isquemia, aquellos que están enfermos y aquellos cuyas madres son diabéticas, si la glicemia no mejora con la lactancia materna óptima o alimentación con leche materna.

## ● AFECCIONES MATERNAS

Las madres afectadas por alguna de las condiciones mencionadas abajo, deben recibir tratamiento de acuerdo a guías estándar.

- *Afecciones maternas que podrían justificar que se evite la lactancia permanentemente:*
- Infección por VIH: si la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (AFASS). En Colombia, la ley permite darle a la madre las fórmulas necesarias para la alimentación de su neonato y lactante, durante los primeros 6 meses de vida. Las madres VIH positivas no deben lactar a sus hijos y está contraindicada la lactancia materna.
- *Afecciones maternas que podrían justificar que se evite la lactancia temporalmente:*
- Enfermedad grave que impide que la madre pueda cuidar a su lactante, por ejemplo, septicemia.
- Herpes Simplex Tipo I (HSV-1): se debe evitar contacto directo entre las lesiones en el pecho materno y la boca del lactante hasta que toda lesión activa se haya resuelto.



- Medicación materna:
- Los medicamentos psicoterapéuticos; sedantes, antiepilépticos, opioides y sus combinaciones, pueden causar efectos colaterales tales como mareo y depresión respiratoria, por lo que deben evitarse si existen alternativas más seguras disponibles.
  - Es recomendable evitar el uso de yodo radioactivo-131 debido a que están disponibles opciones más seguras ; la madre puede reiniciar la lactancia pasados dos meses de haber recibido esta sustancia.
  - El uso excesivo de yodo o yodóforos tópicos (yodo-povidona), especialmente en heridas abiertas o membranas mucosas, puede resultar en supresión tiroidea o anomalías electrolíticas en el lactante amamantado y deberían ser evitados.
- La quimioterapia citotóxica requiere que la madre suspenda el amamantamiento durante la terapia.
- *Afecciones maternas durante las cuales puede continuar la lactancia, aunque representan problemas de salud preocupantes*
  - Absceso mamario: El amamantamiento debería continuar con el lado no afectado; el amamantamiento con el pecho afectado puede reiniciarse una vez que se ha iniciado el tratamiento.
  - Hepatitis B: Los lactantes deben recibir la vacuna de la hepatitis B, en las primeras 48 horas o apenas sea posible.
  - Mastitis: Si la lactancia es muy dolorosa, debe extraerse la leche para evitar que progrese la afección.
  - Tuberculosis: El manejo de la madre y el lactante debe hacerse de acuerdo a las normas nacionales de tuberculosis.
- *Uso de sustancias:*
  - Se ha demostrado que el uso materno de nicotina, alcohol, éxtasis, anfetaminas, cocaína y estimulantes relacionados tiene un efecto dañino en los lactantes amamantados.
  - El alcohol, los opioides, las Benzodiazepinas y el Cannabis pueden causar sedación tanto en la madre como en el lactante.  
Se debe motivar a las madres a no utilizar estas sustancias y darles oportunidades y apoyo para abstenerse.





## EJERCICIO

**1.** La lactancia materna es una de las conductas que más vidas salva. En su institución ¿se inicia en sala de partos?, ¿por qué?

---

**2.** ¿Cuánto tiempo se dedica para la enseñanza de la lactancia en el post-parto?

---

**3.** ¿En su servicio se vigila que la posición y el agarre sean perfectos, antes de dar salida a la madre con su hijo? ¿Cuántas horas dura una madre normalmente antes de darse de alta?

---

**4.** ¿Quién educa a la madre sobre las técnicas de lactancia?

---

**5.** ¿Cuántas madres salen con recomendación de fórmula? ¿Cuántas salen con recomendación de fórmula si no le funciona la lactancia?

---



A continuación encuentra 3 fotografías, que evidencian problemas frecuentes de la madre que llevan a suspender la lactancia. Escriba a continuación, el problema detectado y la solución



---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---



## 1.4 LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Una nutrición adecuada durante la infancia y la niñez temprana es fundamental para que el niño desarrolle plenamente su potencial humano. El periodo comprendido entre el nacimiento y los dos años de edad es crítico para la promoción del óptimo crecimiento, salud y desarrollo.

La lactancia exclusiva no es suficiente para satisfacer todos los requerimientos nutricionales de los lactantes y niños pequeños, más allá de los seis meses. Después de esta edad son necesarios alimentos complementarios, además de la leche materna. Durante este periodo de transición, de la lactancia exclusiva a la alimentación familiar, el niño se va acostumbrando, lenta y progresivamente, a consumir una variedad de alimentos, de diferentes texturas, consistencias y sabores, hasta que recibe los alimentos sólidos de la familia hacia el año de edad.

El inicio de la alimentación complementaria demasiado pronto no es conveniente porque:

- La leche materna puede ser desplazada por otros alimentos o líquidos de inferior calidad, que pueden no ser lo bastante nutritivos, ni tener la suficiente energía para satisfacer las necesidades del niño, y puede conducir a la reducción del suministro de la leche materna.
- Los niños pueden ser incapaces de digerir ciertos alimentos.
- La exposición precoz de los niños a patógenos microbianos, potencialmente contaminantes de estos alimentos, da lugar a un aumento de riesgo de enfermedad diarreica y malnutrición consiguiente.
- La exposición temprana de los niños a ciertos alimentos puede desencadenar alergias.
- Las madres recuperan más pronto la fertilidad, porque al disminuir la succión se reduce el periodo de supresión de la ovulación.

Retrasar la introducción de la alimentación complementaria tampoco es aconsejable porque:

- La lactancia materna exclusiva después de los seis meses puede no proporcionar suficiente energía y nutrientes, y puede conducir a falla de crecimiento y desnutrición.
- La lactancia exclusiva después de los seis meses puede no satisfacer los requerimientos de algunos micronutrientes, en especial hierro y zinc.
- El óptimo desarrollo de las habilidades motoras orales, tales como la masticación y la disposición a aceptar nuevos sabores y texturas, pueden afectarse desfavorablemente.



Los siguientes principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado son una guía sobre los comportamientos deseables, relacionados con la alimentación, así como recomendaciones sobre la cantidad, consistencia, frecuencia, densidad energética y contenido de nutrientes de los alimentos:

**PRINCIPIO 1: Practicar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, introducir los alimentos complementarios a partir de los 6 meses (180 días) y continuar con la lactancia materna.**

A la edad de 6 meses, el lactante generalmente duplica su peso al nacer y se torna más activo. Por sí sola, la lactancia materna ya no es suficiente para cubrir sus requerimientos de energía y de nutrientes, por lo tanto se deben introducir los alimentos complementarios para completar la diferencia. Aproximadamente, a los 6 meses de edad, el lactante también ha alcanzado el desarrollo suficiente para recibir otros alimentos. El sistema digestivo es lo suficientemente maduro para digerir el almidón, proteínas y grasas de una dieta no láctea. Los lactantes muy pequeños expulsan los alimentos con la lengua pero, entre los 6 y 9 meses, pueden recibir y mantener los alimentos en la boca con mayor facilidad.

**PRINCIPIO 2: Continuar con la lactancia materna frecuente y a demanda hasta los dos años de edad o más.**

La lactancia materna debería continuar junto con la alimentación complementaria hasta los dos años de edad, y debe ser administrada a demanda, tan frecuentemente como el niño lo desee. La lactancia materna puede aportar la mitad o más de los requerimientos de energía del niño de 6 a 12 meses de edad y un tercio de sus requerimientos de energía, además de otros nutrientes de elevada calidad, para niños de 12 a 24 meses de edad. La leche materna continúa aportando nutrientes de mejor calidad que los que existen en los alimentos complementarios, así como factores protectores.

**PRINCIPIO 3. Practicar la alimentación perceptiva aplicando los principios de cuidado psicosocial.**

La alimentación complementaria óptima depende, no solamente, del con qué se alimenta al niño; también depende del cómo, cuándo, dónde y quién lo alimenta. El término de “alimentación perceptiva” (ver Tabla 106) es empleado para describir que el cuidador aplica los principios del cuidado psicosocial. El niño debe tener su propio plato, de manera que el cuidador pueda saber si el niño está recibiendo suficiente comida. Para alimentar al niño se puede emplear un utensilio, como una cuchara, o solamente la mano limpia; esto depende de la cultura. El utensilio debe ser el apropiado para la edad del niño. Iniciar con cucharas pequeñas



y más adelante se pueden emplear cucharas de mayor tamaño y tenedores.

No se ha demostrado ninguna importancia en relación al hecho de dar el pecho materno antes o después de la alimentación complementaria, durante cualquiera de las comidas. La madre puede decidir esto según su conveniencia o según la demanda del niño.

**Tabla 106.** Alimentación perceptiva

- Alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción.
- Alimentar despacio y pacientemente, y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos.
- Si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer.
- Minimizar las distracciones durante las horas de comida, si el niño pierde interés rápidamente.
- Recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor – hablar con los niños y mantener el contacto visual.

#### **PRINCIPIO 4. Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos**

La contaminación microbiana de los alimentos complementarios es la principal causa de enfermedad diarreica, que es muy común en niños de entre los 6 y 12 meses de edad. La preparación y el almacenamiento seguros de los alimentos complementarios reducen el riesgo de diarrea. Es más probable que el empleo de biberones con chupos para administrar líquidos, provoque la transmisión de infecciones, que el empleo de vasos o tazas; por lo tanto, el empleo de biberones debe ser evitado.

Todos los utensilios como vasos, tazas, platos y cucharas, empleados para alimentar al lactante o niño pequeño, deben ser exhaustivamente lavados. En muchas culturas es común el comer con las manos y los niños reciben piezas sólidas de alimentos para que las sostengan y mastiquen, estas son llamadas "comidas para los dedos". Es importante que las manos del cuidador y del niño sean escrupulosamente lavadas antes de comer.



Las bacterias se multiplican rápidamente en ambientes cálidos y más lentamente si la comida es refrigerada. Cuando los alimentos no puedan ser refrigerados, deben ser consumidos tan pronto como sea posible, después de ser preparados (no más de 2 horas), antes de que las bacterias tengan tiempo para multiplicarse.

**PRINCIPIO 5. Comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna.**

La cantidad total de alimentos generalmente es medida según la cantidad de energía que aportan; es decir la cantidad de kilocalorías (kcal) que necesita el niño. También son importantes otros nutrientes, los que deben ser parte de los alimentos o deben ser añadidos al alimento básico. La leche materna cubre todas las necesidades hasta los 6 meses de edad, pero después de esta edad existe una brecha de energía que requiere ser llenada mediante los alimentos complementarios (ver tabla 107). La cantidad de alimentos que se requiere para cubrir estas brechas se incrementa a medida que el niño tiene mayor edad y que la ingesta de leche materna se reduce.

La Tabla 107 resume la cantidad de alimentos que se requiere a diferentes edades; es decir, el número promedio de kilocalorías que un lactante o niño pequeño requiere a diferentes edades, a partir de los alimentos complementarios y la cantidad aproximada de comida, por día, que se le debe brindar para alcanzar esta cantidad de energía. La cantidad se incrementa de manera gradual, mes a mes, a medida que el niño crece y se desarrolla. La tabla muestra un promedio para cada rango de edad.



**Tabla 107.** Guía práctica sobre la calidad, frecuencia y cantidad de alimentos para niños de 6 a 23 meses de edad, que reciben lactancia materna a demanda

EDAD	ENERGÍA NECESARIA ADEMÁS DE LECHE MATERNA	TEXTURA	FRECUENCIA	CANTIDAD DE ALIMENTOS QUE CONSUMIRÁ UN NIÑO PROMEDIO EN CADA COMIDA
<b>6 - 8 meses</b>	200 kcal/día	Comenzar con papillas espesas, alimentos bien aplastados.  Continuar con la comida de la familia, aplastada.	2 ó 3 comidas por día.  Dependiendo del apetito del niño, se pueden ofrecer 1 ó 2 meriendas.	Comenzar con 2 ó 3 cucharadas por comida, incrementar gradualmente a ½ vaso o taza de 250 ml.
<b>9 - 11 meses</b>	300 kcal/día	Alimentos finamente picados o aplastados y alimentos que el niño pueda agarrar con la mano.	3 a 4 comidas por día. Dependiendo del apetito del niño, se pueden ofrecer 1 ó 2 meriendas.	½ vaso o taza o plato de 250 ml.
<b>12 - 23 meses</b>	550 kcal/día	Alimentos de la familia, picados o, si es necesario, aplastados.	3 a 4 comidas por día- Dependiendo del apetito del niño, se pueden ofrecer 1 ó 2 meriendas	¾ a un vaso o taza o plato de 250 ml.

### Información adicional

Las cantidades recomendadas de alimentos que se incluyen en la tabla, consideran una densidad energética de aproximadamente 0.8 a 1.0 kcal/g. Si la densidad de energía de los alimentos es de aproximadamente 0.6 kcal/g, la madre debería incrementar la densidad energética de los alimentos (agregando algunos alimentos especiales) o incrementar la cantidad de alimentos por comida. Por ejemplo:

- de 6 a 8 meses, incrementar gradualmente hasta dos tercios de vaso o taza.
- de 9 a 11 meses, darle 3 cuartos de vaso o taza.
- de 12 a 23 meses, darle un vaso o taza completo.

La madre o el cuidador deberían alimentar al niño empleando los principios de alimentación perceptiva, reconociendo las señales de hambre y de saciedad. Estos signos deben guiar la cantidad de alimentos a ser administrada durante cada comida y la necesidad de darle meriendas. Si el lactante NO recibe lactancia materna, además darle: 1 ó 2 vasos o tazas de leche por día y 1 ó 2 comidas adicionales por día.

La cantidad verdadera (peso o volumen) de comida requerida, depende de la *densidad energética* del alimento ofrecido. La leche materna contiene aproximadamente 0.7 kcal por ml., mientras que los alimentos que son ‘aguados’ y diluidos, contienen aproximadamente solo 0.3 kcal por gramo. Para que los alimentos complementarios tengan 1.0 kcal por gramo, es necesario que sean muy espesos y que contengan grasa o aceite, lo cual hace que sean alimentos ricos en energía.

Cuando el alimento complementario es introducido en la dieta del lactante, este tiende a recibir pecho materno con menor frecuencia y su ingesta de leche disminuye, de manera que, efectivamente, la alimentación complementaria desplaza a la leche materna. Si los alimentos complementarios tienen una densidad energética menor que la leche materna, la ingesta de energía del niño será menor que la que obtenía con la lactancia materna exclusiva; esta es una causa importante de desnutrición.

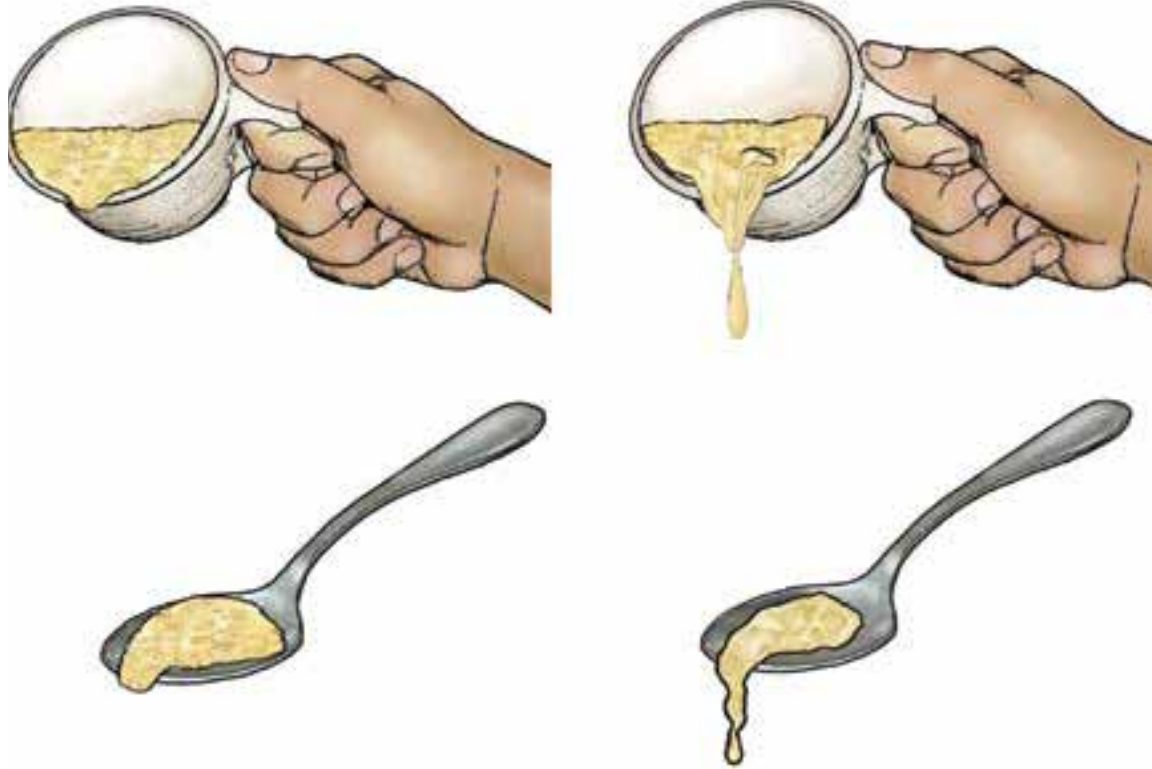
Generalmente, el apetito del niño sirve como guía para estimar la cantidad de alimentos que puede ser ofrecida. La enfermedad y la desnutrición reducen el apetito, de manera que un niño enfermo podría consumir menos alimentos de los que necesita. Un niño que se encuentra en recuperación de una enfermedad puede requerir un apoyo adicional con la alimentación, para asegurar una ingesta adecuada. Si el niño incrementa su apetito durante la recuperación, se le debe ofrecer una comida adicional.

### **PRINCIPIO 6. Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente, conforme crece el niño, adaptándose a sus requisitos y habilidades.**

La consistencia más apropiada de la comida del lactante o niño pequeño, depende de la edad y del desarrollo neuromuscular. Al inicio de los 6 meses, el lactante puede comer alimentos sólidos o semisólidos, en forma de puré o aplastados. A la edad de 8 meses, la mayoría de los lactantes también pueden comer algunos alimentos que son levantados con los dedos. A los 12 meses, la mayoría de los niños pueden comer los mismos alimentos consumidos por el resto de la familia. Se debe evitar los alimentos que pueden provocar asfixia, como el maní entero.

Los alimentos complementarios deben ser lo suficientemente espesos para mantenerse en la cuchara y que no se escurran hacia fuera. Los alimentos más espesos o más sólidos tienen mayor densidad de energía y nutrientes que los alimentos aguados o muy blandos. Cuando el niño come alimentos espesos o sólidos, resulta más fácil el darles mayor suministro de kcal e incluir una variedad de ingredientes ricos en nutrientes, como los de origen animal. Existen pruebas sobre la presencia de una **“ventana crítica”** para incorporar alimentos “grumosos” (con pedazos de alimentos): si estos son administrados más allá de los 10 meses de edad, se puede incrementar el riesgo posterior de sufrir problemas de alimentación. Si bien el continuar con alimentos semisólidos puede ahorrar tiempo, es importante para el crecimiento óptimo del niño que la consistencia de los alimentos se incremente de manera gradual y con la edad.





**CONSISTENCIA  
CORRECTA**

**MUY  
DILUIDA**

### **PRINCIPIO 7. Aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios conforme va creciendo.**

A medida que el niño tiene mayor edad, necesita una mayor cantidad total de alimentos por día; los alimentos deben ser divididos o fraccionados en una mayor cantidad de comidas. El número de comidas que un lactante o niño pequeño necesita, depende de:

- *Cuánta energía necesita el niño para cubrir la brecha de energía.* Cuanta más energía requiera el niño cada día, necesitará mayor número de comidas para asegurarla.
- *La cantidad de alimentos que el niño pueda consumir en una comida,* depende de la capacidad o tamaño de su estómago, el cual, usualmente, es de 30 ml. por kg de peso. Un niño que pesa 8 kg tendrá una capacidad gástrica de 240 ml., aproximadamente un vaso o taza lleno de tamaño grande; no se puede esperar que coma más que esta cantidad durante una comida.
- *La densidad energética del alimento ofrecido.* La densidad de energía de los alimentos complementarios debe ser mayor que la de la leche materna: esto es, al menos, 0.8 kcal por gramo. Si la densidad energética es menor, para llenar la brecha de energía se requiere

un mayor volumen de alimentos; estos pueden requerir ser fraccionados en un número mayor de comidas.

Como se mostró en la Tabla 107, un lactante entre 6 y 8 meses de edad, necesita de 2 a 3 comidas al día, y un lactante entre 9 y 23 meses, necesita de 3 a 4 comidas al día. Dependiendo del apetito del niño, se le puede ofrecer 1 ó 2 meriendas nutritivas. Las meriendas se definen como los alimentos que son consumidos entre las comidas principales, frecuentemente el niño emplea sus dedos para comerlas, además son convenientes y fáciles de preparar. Si las meriendas son fritas, pueden tener una mayor densidad energética. La transición de 2 a 3 comidas y de porciones pequeñas a más grandes, ocurre de manera gradual entre estas edades, dependiendo del apetito del niño y de cómo él o ella se está desarrollando.

Si el niño recibe muy pocas comidas, no recibirá la cantidad suficiente de alimentos para cubrir sus necesidades energéticas. Si el niño come demasiadas comidas, lactará menos o incluso podría dejar de lactar del todo. Durante el primer año de vida, el desplazamiento de la leche materna reduce la calidad y cantidad de la ingesta total de nutrientes del niño.



### **PRINCIPIO 8. Dar una variedad de alimentos para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales.**

Los alimentos complementarios deberían brindar suficiente energía, proteína y micronutrientes para cubrir las brechas de energía y de nutrientes del niño, de manera que junto con la leche materna se cubran todas sus necesidades.

La tabla 108 resume las características de un buen alimento complementario. Generalmente, el ingrediente central del alimento complementario es un alimento básico local. Los alimentos básicos pueden ser cereales, raíces o frutas que están constituidos principalmente por hidratos de carbono y, por lo tanto, aportan energía. Los cereales también contienen algo de proteína; pero las raíces, como la yuca, y frutas con almidón, como el banano, contienen muy poca cantidad de proteína.



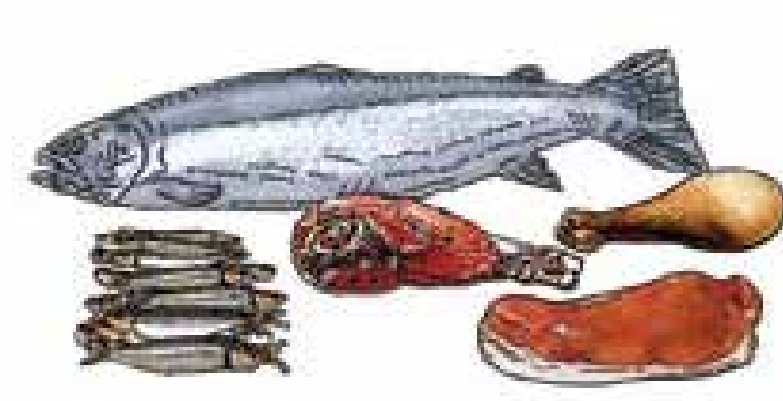


**Tabla 108.** Un buen alimento complementario es:

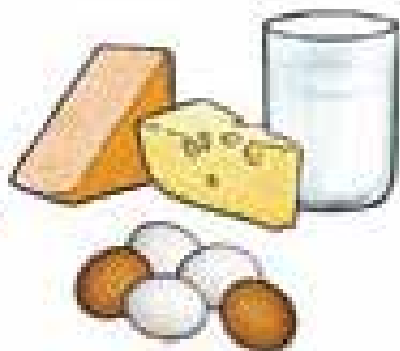
- Rico en energía, proteína y micronutrientes (particularmente hierro, zinc, calcio, vitamina A y folato).
- No es picante ni salado.
- El niño puede comerlo con facilidad.
- Es del gusto del niño.
- Está disponible localmente y es asequible.

Cada día se deberá añadir una variedad de otros alimentos al alimento básico, para aportar otros nutrientes. Estos incluyen:

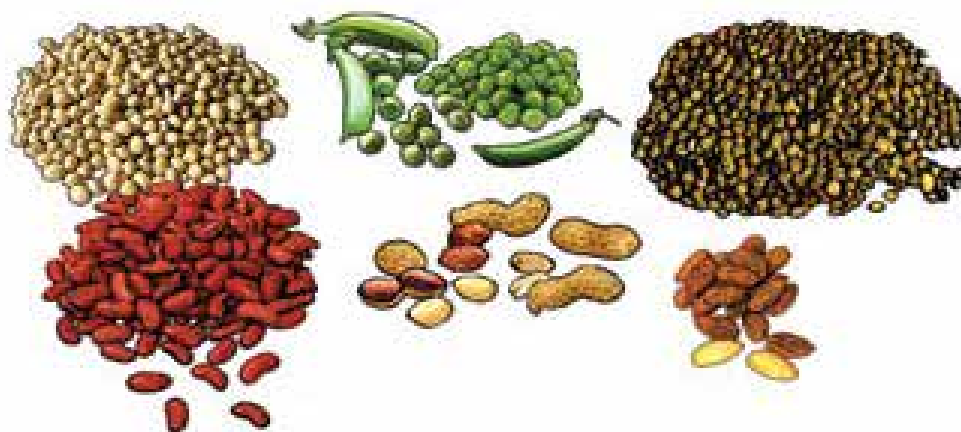
- *Los alimentos de origen animal o pescado* son buenas fuentes de proteína, hierro y zinc. El hígado también aporta vitamina A y folato. La yema del huevo es una buena fuente de proteína y de vitamina A, pero no de hierro. El niño debe recibir la parte sólida de estos alimentos y no solamente el jugo.



- *Los productos lácteos*, como la leche, queso y el yogur, son buenas fuentes de calcio, proteínas, energía y vitaminas del complejo B.



- *Los guisantes, frijoles, lentejas, maní y soya, son buenas fuentes de proteína y contienen algo de hierro. El comer al mismo tiempo alimentos ricos en vitamina C (por ejemplo tomates, cítricos y otras frutas, además de vegetales de hojas verdes), favorece la absorción de hierro.*



- *Las frutas y verduras de color naranja, como la zanahoria, ahuyama, mango y papaya y las hojas de color verde oscuro, por ejemplo la espinaca, son ricos en caroteno, un precursor de la vitamina A y también son ricos en vitamina C.*





- *Las grasas y aceites* son fuentes concentradas de energía y de ciertas grasas esenciales que son necesarias para el crecimiento del niño.



Los alimentos complementarios vegetarianos (a base de plantas) no son suficientes por si solos para cubrir los requerimientos de hierro y zinc de un lactante o niño pequeño de 6 a 23 meses de edad. Es necesario añadir alimentos de origen animal que contengan suficiente hierro y zinc. Como alternativa, para llenar algunas brechas críticas, se puede emplear alimentos fortificados con micronutrientes.

El consumo de grasas y aceites es importante, debido a que incrementan la densidad energética de los alimentos y mejoran su sabor. Las grasas también mejoran la absorción de la vitamina A y de otras vitaminas liposolubles. Algunos aceites, en especial los de soya, también aportan ácidos grasos esenciales. La grasa debe representar el 30–45% del aporte total de la energía de la leche materna y la alimentación complementaria juntas. La proporción de grasa no debe ser superior, ya que el niño no comería otros alimentos que contengan proteína y otros nutrientes importantes, como hierro y zinc.

El azúcar es una fuente concentrada de energía, pero carece de otros nutrientes. Puede dañar los dientes de los niños y provocar sobrepeso y obesidad. El azúcar y las bebidas dulces, como las gaseosas, deben ser evitados debido a que reducen el apetito del niño, dejando de consumir alimentos más nutritivos. El té y el café contienen compuestos que interfieren con la absorción de hierro y no se recomiendan para niños pequeños.

Debido a que existe preocupación en relación a potenciales efectos alérgicos, es frecuente que las familias restrinjan ciertos alimentos de la dieta de los lactantes y niños pequeños. Sin embargo, no existen estudios controlados que demuestren que estas dietas restrictivas tengan un efecto protector frente a las alergias. Por lo tanto, los niños pequeños pueden consumir una variedad de alimentos desde los seis meses de edad, incluyendo leche de vaca, huevos, maní, pescado y mariscos.

### **PRINCIPIO 9. Utilizar alimentos complementarios fortificados o suplementos de vitaminas y minerales para los lactantes, de acuerdo a sus necesidades.**

Los alimentos complementarios no fortificados, especialmente a base de plantas, brindan cantidades insuficientes de ciertos nutrientes clave (particularmente hierro, zinc y vitamina B6) para lograr alcanzar las cantidades recomendadas de ingesta de nutrientes, durante la alimentación complementaria. La incorporación de alimentos de origen animal, en algunos casos, puede ser suficiente para llenar la brecha; sin embargo, para poblaciones que viven en la pobreza, esto incrementa el costo de la alimentación, lo cual puede ser un inconveniente. Además, la cantidad de alimentos de origen animal que puede ser, factiblemente, consumida por los lactantes (por ejemplo de 6 a 12 meses de edad), generalmente es insuficiente para llenar la brecha de hierro. La dificultad para alcanzar los requerimientos de estos nutrientes no es exclusiva de los países en desarrollo. El promedio de la ingesta de hierro en lactantes de países industrializados podría ser bastante más bajo si no existiera la amplia disponibilidad de productos fortificados con hierro. Por lo tanto, en lugares donde los alimentos de origen animal son escasos o no están disponibles para muchas familias, es necesario que existan en los sitios de consumo alimentos complementarios fortificados con hierro o alimentos fortificados con suplementos nutricionales (micronutrientes en polvo) o con suplementos de base lipídica.

### **PRINCIPIO 10. Aumentar la ingesta de líquidos durante la enfermedad, incluyendo leche materna y alentar para que coma alimentos suaves, variados y que sean sus favoritos. Después de la enfermedad, dar alimentos con mayor frecuencia y alentar para que coma más.**

Durante la enfermedad, con frecuencia la necesidad de líquidos se incrementa, de manera que se debería ofrecer y estimular a que el niño beba más; además, debe continuar con la lactancia



materna a demanda. Frecuentemente, el apetito del niño hacia la comida disminuye, mientras que el deseo de lactar se incrementa; la leche materna se convierte en la principal fuente, tanto de líquidos como de nutrientes.

Se debería estimular a que el niño coma algo de alimentos complementarios, para mantener el aporte de nutrientes y mejorar su recuperación. Usualmente, la ingesta es mejor si se ofrece al niño sus alimentos preferidos y si los alimentos son suaves y apetitosos. Es probable que la cantidad de alimentos que recibe en cualquier comida sea menor que la usual, de manera que el cuidador debe ofrecer los alimentos con mayor frecuencia y en pequeñas cantidades.

Cuando el lactante o niño pequeño está en período de recuperación y su apetito mejora, el cuidador debe ofrecerle una porción adicional en cada comida o una comida o merienda adicionales cada día.

## **EL DESARROLLO DEL NIÑO Y LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

Hacia los seis meses de vida, la mayoría de los niños se sientan con apoyo y pueden “barrer la cuchara” con su labio superior. Ha perdido gradualmente el reflejo de protrusión, que es aquel reflejo por el cual el niño expulsa con la lengua los objetos y alimentos que se aproximan a sus labios, reflejo que está presente durante las primeras 12 semanas de vida y comienza a desaparecer después del cuarto mes. Desde los cinco meses lleva objetos a la boca y desarrolla el reflejo de masticación, el cual le permite el consumo de alimentos semisólidos, independiente de si han o no salido los dientes.

Entre los siete y los nueve meses de edad, se producen movimientos rítmicos de masticación, la cual es una habilidad esencial necesaria para pasar del destete a la ingesta de alimentos sólidos. Debe recordarse siempre que existe un periodo crítico del desarrollo del niño durante el cual debe aprender a masticar, que se inicia a los cinco meses y dura hasta el primer año de vida.

De los 9 a 12 meses la mayoría de los niños han adquirido la habilidad manual para alimentarse por sí mismos, beber de un vaso usando las dos manos y comer los alimentos preparados para el resto de la familia, con solo pequeñas adaptaciones (cortados en trozos pequeños y comidos con la cuchara o con los dedos).

## **ALIMENTOS APROPIADOS PARA LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

La tabla 109 presenta una lista de alimentos, principios nutritivos que contienen y como deben ser administrados, para lograr una buena alimentación complementaria. Posteriormente se resume como introducirlos según la edad.



**Tabla 109.** Alimentos apropiados para la alimentación complementaria

QUÉ ALIMENTOS DAR Y POR QUÉ	CÓMO DAR LOS ALIMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>LECHE MATERNA:</b> Continúa aportando energía y nutrientes de alta calidad hasta los 23 meses.</li> <li>● <b>ALIMENTOS BÁSICOS:</b> aportan energía, un poco de proteína (solo los cereales) y vitaminas. <b>Ejemplos:</b> cereales (arroz, trigo, maíz, quinua), raíces (yuca, batata y papas) y frutas con almidón (plátano).</li> <li>● <b>ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL:</b> Aportan proteína de alta calidad, hierro, zinc y vitaminas. <b>Ejemplos:</b> hígado, carnes rojas, carne de pollo, pescado, huevo (no es buena fuente de hierro).</li> <li>● <b>PRODUCTOS LÁCTEOS:</b> Aportan proteína, energía, la mayoría de vitaminas (especialmente vitamina A y folato) y calcio. <b>Ejemplos:</b> leche, queso y requesón (cuajada).</li> <li>● <b>VERDURAS DE HOJAS VERDES Y DE COLOR NARANJA:</b> Aportan vitaminas A, C y folato. <b>Ejemplos:</b> espinaca, brócoli, acelga, zanahoria, ahuyama, camote.</li> <li>● <b>LEGUMINOSAS:</b> Aportan proteína (de calidad media), energía, hierro (no se absorben bien). <b>Ejemplos:</b> guisantes, variedades de frijoles, lentejas, habas, arvejas.</li> <li>● <b>ACEITES Y GRASAS:</b> Aportan energía y ácidos grasos esenciales. <b>Ejemplos:</b> aceites (se prefiere el aceite de soja o de colza), margarina, mantequilla o manteca de cerdo.</li> <li>● <b>SEMILLAS:</b> Aportan energía. <b>Ejemplos:</b> pasta de maní o pastas de frutos secos, semillas remojadas o germinadas, como semillas de girasol, melón o sésamo.</li> </ul>	<p><b>Lactantes de 6 a 11 meses:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Continuar con la lactancia materna.</li> <li>● Dar porciones adecuadas de:</li> <li>● Puré espeso, elaborado con maíz, yuca; añadir leche, frutos secos (nuez, almendra, etc.) o azúcar.</li> <li>● Mezclas de purés elaborados con plátano, papa, yuca o arroz; mezclarlos con pescado, frijoles o maní aplastados; agregar verduras verdes.</li> <li>● Dar "merienda" nutritivas: huevo, plátano, pan, papaya, leche y budines elaborados con leche, galletas, pan con mantequilla, margarina, pasta de maní o miel, papa cocida.</li> </ul> <p><b>Niños de 12 a 23 meses:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Continuar con la lactancia materna.</li> <li>● Dar porciones adecuadas de:</li> <li>● Mezclas de alimentos de la familia, aplastados o finamente cortados, elaborados con papa, yuca, maíz o arroz; mezclarlos con pescado, frijoles o maní aplastados; añadir verduras verdes.</li> <li>● Puré espeso de maíz, yuca; añadir leche, soya, frutos secos o azúcar.</li> <li>● Dar meriendas nutritivas: huevo, plátano, pan, papaya, leche y budines elaborados con leche, galletas, pan con mantequilla, margarina, pasta de maní o miel, papa cocida.</li> </ul>
<b>PARA RECORDAR</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Alimentos ricos en <i>hierro</i>: Hígado (de cualquier tipo), vísceras de animales, carne de animales (especialmente la roja), carne de aves (especialmente la carne oscura), alimentos fortificados con hierro.</li> <li>● Alimentos ricos en <i>vitamina A</i>: Hígado (de cualquier tipo), aceite rojo de palma, yema de huevo, frutas y verduras de color naranja, verduras de hoja verde.</li> <li>● Alimentos ricos en <i>zinc</i>: Hígado (de cualquier tipo), vísceras de animales, alimentos preparados con sangre, carne de animales, aves y pescado, mariscos y yema de huevo.</li> <li>● Alimentos ricos en calcio: Leche o productos lácteos, pequeños pescados con hueso.</li> <li>● Alimentos ricos en <i>vitamina C</i>: Frutas frescas, tomates, pimientos (verde, rojo, amarillo) y verduras verdes.</li> </ul>	



## ● SEIS MESES DE EDAD

- Continuar la lactancia materna a libre demanda de día y de noche.
- El objetivo de esta etapa es enseñar al niño a comer con cuchara.
- Iniciar con cereal preparado en forma de papilla, al que se le adiciona agua o leche, según el cereal. Administrarlo con cuchara.
- Preparar compota de frutas carnosas, triturando la fruta con un tenedor, utilizar frutas como banano, mango, durazno, pera, manzana, papaya, melón. Administrarlas recién preparadas, con cuchara.
- Ofrecer verduras como zanahoria, ahuyama, acelga, habichuela, espinaca, lechuga y tallos. Preferiblemente un vegetal verde y uno amarillo diariamente. Cocinarlos en una olla tapada con poca agua hirviendo hasta que ablanden (tres minutos hirviendo) para preparar una papilla o puré y ofrecerla con cuchara, no adicionar sal ni condimentos.
- El niño debe recibir dos a tres porciones por día de estos nuevos alimentos.



## • SIETE Y OCHO MESES

- Continuar la leche materna, aunque la reciba con menor frecuencia.
- Iniciar carne como hígado o pajarilla, carne de res, ternera o cordero, magras (sin gordo), o pollo sin cuero; ofrecerlas cocinadas, picadas muy pequeñas y trituradas.
- Ofrecer pescado de agua dulce o salada, cocinado y triturado.
- Comenzar a introducir el huevo, iniciando por la yema, cocinarlo adecuadamente de siete a 10 minutos.
- Al octavo mes introducir frijol, arveja seca, lenteja y garbanzo. Cocinarlos y administrarlos licuados, en papilla o en puré.
- Ofrecer tres porciones por día y leche materna.





## ● 9 A 11 MESES

- Deben introducirse alimentos de mayor consistencia, picados y en trozos para ayudarle a aprender a masticar y el manejo de los pequeños trozos.
- Las comidas deben ser variadas y contener frutas, vegetales, leguminosas, pequeñas cantidades de carne, hígado, huevo y queso.
- Ofrecer alimentos con la mano como pan, galleta, zanahoria o fruta.
- Los vegetales deben ser cocidos hasta que estén suaves y las carnes deben ser desmenuzadas, el huevo bien cocinado para evitar el riesgo de infección.
- Establecer un horario de comidas con dos o tres comidas principales y dos refrigerios en los intermedios, como yogurt, galletas, pan, fruta picada o en compota triturada.
- Idealmente debe continuarse la lactancia materna o, en su defecto, leche a libre demanda.
- Los tubérculos como papa, yuca, arracacha, ñame y el plátano, se dan en forma de puré o papilla.
- Es importante mejorar cada vez más la consistencia para fomentar el desarrollo y la coordinación motriz mano-boca.



## • MAYOR A UN AÑO

- El niño debe empezar a comer solo, pero todavía no es capaz de consumir la cantidad suficiente para sus necesidades y debe ayudársele activamente. Nunca debe dejar al niño sólo durante las comidas.
- Administrar productos lácteos.
- Debe recibir tres comidas principales con dos refrigerios intermedios cada día.
- Puede compartir la dieta normal de la familia y no requiere alimentos especialmente preparados.
- No se debe adicionar sal, conducta que beneficia a toda la familia.
- El niño come lentamente, debe disponer de tiempo para alimentarlo adecuadamente.
- Anime y ayude al niño durante las comidas, debe comer solo, pero siempre con supervisión de un adulto.
- La leche es fundamental, se recomienda continuar el amamantamiento hasta los dos años. Si el volumen de leche materna es alto, no se requiere la introducción de otras leches. Si no está amamantado, dar 3 porciones de leche por día.





## • DE LOS 2 A LOS 6 AÑOS

- Controle cuándo y cómo come el niño, establezca horarios para comer en familia, demostrando conductas alimentarias saludables.
- El tamaño de las raciones debe ser el recomendado para un niño.
- El niño debe recibir 6 porciones por día de cereales, esto incluye, panes, maíz, avena, trigo, arroz; preferiblemente integrales. En este grupo están también tubérculos (papa, yuca, ñame), granos y plátano.
- Los vegetales se deben dar tres a cinco porciones por día, intercalar los anaranjados con los verdes.
- Dar dos a cuatro porciones de fruta diarias, ojalá enteras y frescas.
- Leche y derivados lácteos. Dos a tres porciones por día.
- Proteínas como carnes (preferiblemente magras), pollo y pescado, estos deben variarse, dos porciones por día.
- Se debe consumir el mínimo de grasas, las cuales deben ser vegetales o de pescado, poca azúcar y sal. Deben reemplazarse las actividades sedentarias por aquellas que requieren movimiento.
- Enseñe al niño a tomar agua durante el ejercicio y cuando termine la actividad física.

## RECOMENDACIONES PARA LOS PADRES

- Debe tranquilizarse y advertirse a los padres que es normal el rechazo de los nuevos alimentos. Estos deben ofrecerse repetidamente aunque al principio hayan sido rechazados; a menudo son aceptados posteriormente. Si los padres consideran que este rechazo es definitivo, probablemente no vuelven a ofrecer el alimento al niño y se perderá la posibilidad de aumentar progresivamente la variedad de exposición y aceptación de nuevos alimentos y sabores.
- Los niños amamantados pueden aceptar los sólidos más pronto que los alimentados con fórmula, esto se debe a que están acostumbrados a una variedad de aromas y olores de la dieta materna que pasan a través de la leche materna. El uso de alimentos complementarios comerciales puede retrasar la aceptación de la dieta familiar por parte del niño y suponer una carga innecesaria para la economía familiar.
- No es aconsejable la adición de sal al preparar los alimentos complementarios ni para los lactantes o niños, ni tampoco para los adultos, esto beneficia a toda la familia; se deben evitar alimentos muy salados como los vegetales en conserva, carnes curadas, pastillas de caldo y sopas de paquete. Si la familia usa en la preparación de sus alimentos, sal, especias y salsas, debería separarse en la preparación la porción del bebé. Tampoco debería añadirse azúcar en los alimentos que se preparan para los pequeños.
- El niño come lentamente, así que una consideración especial debe hacerse para permitir el tiempo extra y la atención necesaria. Los niños necesitan alentarse cuando aprendan a comer y los adultos, quienes los alimentan, necesitan paciencia. Ayudando y animando a los pequeños a comer, así como dejando que ellos se sirvan de los platos familiares, puede aumentar significativamente la cantidad de alimentos que el niño consume. El niño siempre debe ser supervisado durante la alimentación.
- Para el preescolar la alimentación no es interesante, está muy motivado por explorar el medio que lo rodea, movilizarse y ser libre; además, usualmente juega con los alimentos y los tira; por eso es un periodo donde se requiere mayor compromiso por parte de los padres, para no forzar, sobornar o castigar al niño para corregir su comportamiento. Etapa de inapetencia fisiológica.
- Siendo la alimentación el tema que genera más angustia y ansiedad en los padres, el niño manipula frecuentemente con ella, y si la hora de la comida se convierte en la hora del regaño, del castigo y del conflicto, la comida se convierte en símbolo de lo indeseable y, por lo tanto, el niño evita y rechaza este momento.



- Los padres deben convertirse en un ejemplo de hábitos alimentarios saludables. Los niños en edad preescolar frecuentemente imitan a los padres; si los hábitos de los padres no son saludables, el hijo no aprenderá a comer sano.

## RECOMENDACIONES DE ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS DE 6 a

### 23 MESES DE EDAD QUE NO RECIBEN LACTANCIA MATERNA

Los niños mayores de 6 meses que no recibe leche materna necesitan comida adicional para compensar el no recibirla, ya que la leche materna proporciona la mitad de las necesidades de energía y de nutrientes desde los 6 hasta los 12 meses, y un tercio de sus necesidades de los 12 a los 23 meses.

El niño necesita comer mayor cantidad de alimentos que contengan nutrientes de alta calidad. Esto puede ser logrado dando al niño:

- Comidas adicionales, para asegurar que ingiera suficiente cantidad de energía y nutrientes.
- Comidas de mayor densidad energética, para permitir que consuma suficiente energía.
- Mayor cantidad de comidas de origen animal, para asegurar que consuma nutrientes suficientes.
- Suplementos de nutrientes, si los alimentos de origen animal no están disponibles.

**Comidas adicionales:** Los niños que no reciben lactancia materna, necesitan comer de 4 a 5 veces al día, con 1 ó 2 meriendas al día, según lo deseen.

**Densidad energética de las comidas:** Los alimentos de consistencia espesa, o con un poco de grasa añadida, aseguran una ingesta adecuada de energía.

**Alimentos de origen animal:** El niño debe comer todos los días un poco de carne, pollo, pescado o menudencias, para asegurar que reciba suficiente hierro y otros nutrientes.

**Productos lácteos:** Son importantes para el suministro de calcio. Un niño necesita 200–400 ml. de leche o yogur cada día, si consume productos de origen animal, o 300–500 ml. por día, si no los consume.



**Vegetales:** Todos los días el niño debería comer legumbres, ya que aportan vitaminas, junto con alimentos ricos en vitamina C, para favorecer la absorción de hierro. También se le deben dar frutas de color anaranjado o amarillo y vegetales con hojas de color verde oscuro, para aportarle vitamina A y otras vitaminas.

**Suplementos con micronutrientes:** Si el niño no recibe alimentos de origen animal, entonces es necesario darle suplementos con vitaminas y minerales, que aseguren un consumo suficiente, particularmente de hierro, zinc, calcio y vitamina B12.

**Seguimiento a los lactantes y niños pequeños que no reciben lactancia materna:** Deben ser regularmente seguidos, al menos durante 2 años, para asegurar que su alimentación sea la adecuada, que están creciendo y que permanecen bien nutridos.

## RECOMENDACIONES PARA LOS NIÑOS CON SOBREPESO U OBESIDAD

La alimentación del niño no solo debe llevar a un adecuado crecimiento, sino a crear hábitos y enseñar a los niños a alimentarse en forma saludable.

Recuerde que enseñar a comer bien no es difícil, sin embargo, lograr frenar una ganancia excesiva de peso es difícil y el tratamiento del obeso es muy complicado.

En el niño clasificado con SOBREPESO son fundamentales las medidas preventivas, además se deben hacer algunas modificaciones a las recomendaciones de alimentación expuestas para todos los niños:

- **Educación alimentaria**

La restricción alimentaria que es el instrumento más eficaz para controlar el peso en personas mayores, debe manejarse con prudencia en este grupo de edad, porque son niños que se encuentran en crecimiento y desarrollo; por esta razón, la meta inicial es que dejen de ganar peso, ya que si el niño crece normalmente, la relación peso para la talla se acercará gradualmente a la normalidad.

Los niños más pequeños necesitan dietas normocalóricas para su edad, pero en los adolescentes sí se pueden recomendar dietas restrictivas. La labor más importante es educativa, si se enseña a las familias hábitos alimentarios sanos y adecuados, se logrará una prevención de la obesidad que en realidad es la forma más eficiente de combatirla.



Algunas pautas que se deben recomendar a todos los pacientes, según su edad:

- No comer nunca hasta quedar completamente llenos, eso quiere decir que se comió en exceso.
- No suspender ninguna de las comidas.
- No comer nada entre las 5 comidas, excepto agua, si hay sed.
- No tener en casa alimentos hipercalóricos de fácil acceso.
- La alimentación debe ser parecida para toda la familia.
- Siempre comer formalmente en la mesa, sin discusiones durante la comida.
- No comer mientras se realizan otras actividades como leer, estudiar, ver televisión.
- Servir la comida en platos pequeños; la vista influye notablemente, no solo en lo apetitoso, sino también en la valoración subjetiva de la cantidad.
- Masticar despacio.
- Si algún día es indispensable algo de comer entre comidas, elegir frutas o verduras.
- Utilizar siempre preparaciones culinarias sencillas, evitando frituras y salsas.
- Evitar alimentos ricos en grasas y azúcares.
- Evitar siempre la repetición de platos.

- **Actividad física**

Es fundamental que se combine una alimentación saludable con el ejercicio. Algunas pautas para conseguir éxito en la actividad física son:

- Aumentar gradualmente la actividad física, comenzando por ejercicio muy suave.
- Lograr evitar que el niño se sienta ridículo haciendo ejercicio.



- El ejercicio debe ser diario, nunca esporádico.
  - No se debe depender de nadie para hacer ejercicio, porque si ese alguien falla se pierde toda la rutina de ejercicio.
  - Buscar pares con fines parecidos.
  - Buscar un aspecto lúdico en el ejercicio o juego.
  - Evitar el carro para las salidas cercanas.
  - Evitar en los apartamentos el uso de ascensor y vuelva a las escaleras.
  - Si el niño utiliza bus para desplazarse al colegio, lograr, si es posible, que el bus lo deje unas 5 cuadras antes de llegar, si las condiciones de seguridad lo permiten.
  - Limitar las actividades sedentarias. Se recomienda limitar televisión, computador y videojuegos, etcétera, a máximo dos horas diarias.
- **Aspectos familiares y psicológicos importantes**

Existen algunas pautas para tener en cuenta en este aspecto:

- La sobreprotección o rigidez de los padres influye en la manera de ser y de comer. Algunos padres sobrealimentan por factores culturales y educacionales.
- El primer cambio es la automonitorización. El niño, si la edad le permite, debe evaluar su ingesta y gasto calórico y todo lo que lo afecte sin tener un conocimiento profundo del tema. Debe conocerse qué come, cómo y el ejercicio que hace.
- Los padres llevan todo el peso del tratamiento en el menor de cinco años. Entre los cinco y los nueve se da responsabilidad a los niños, pero la familia vigila y es responsable. Al mayor de nueve años se da más responsabilidad y en el adolescente disminuye notablemente la participación de la familia.





Deben prevenirse situaciones que hacen que fallen los esfuerzos:

- Falta de interés: especialmente cuando uno de los padres es obeso.
- Resistencia al cambio: desean seguir patrones alimentarios diferentes a los recomendados.
- Un familiar sabotea los esfuerzos: usualmente un abuelo.

Es fundamental el seguimiento de todos los niños clasificados como SOBREPESO u OBESO, el tratamiento se debe hacer en conjunto con nutrición y pediatría. Debe asegurar que cumpla con estas consultas en forma regular para obtener los resultados esperados.





## EJERCICIO

1. ¿Quién enseña a la madre cómo alimentar a su hijo según la edad?

---

---

---

2. ¿Cuánto tiempo se dedica para enseñar a la madre a alimentar a su hijo?

---

---

---

3. La educación de las madres, ¿es individual o colectiva?

---

---

---

4. ¿Quién y en qué momento debe aconsejar a la madre sobre como alimentar a su hijo?

---

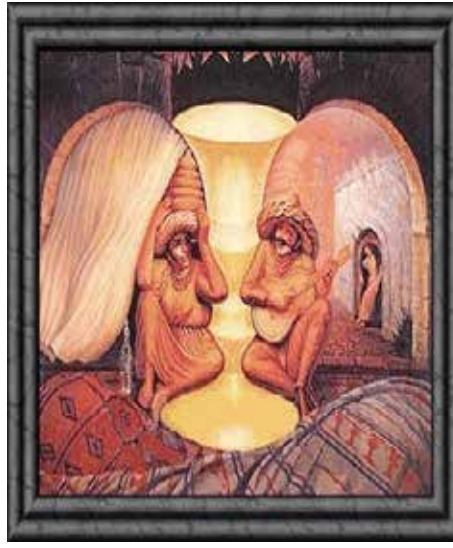
---

---

¿Es una joven o una vieja?



¿Viejos o jóvenes?



Es necesario tener en cuenta las creencias y prácticas de la comunidad para poder ofrecer una visión distinta y así poder cambiar algunas costumbres.

## 2. EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO

Usted deberá evaluar el crecimiento de TODOS los niños, recuerde que es más fácil llevar un niño adecuadamente nutrido, que resolver problemas como malnutrición u obesidad. Es indispensable evaluar las prácticas de alimentación de todos los menores de dos años y de aquellos niños clasificados como:

- **DESNUTRICIÓN**
- **RIESGO DE DESNUTRICIÓN**
- **OBESO**
- **SOBREPESO**

Usted hará preguntas para conocer cómo alimenta la madre al niño, escúchela atentamente, para que pueda ofrecerle un asesoramiento pertinente; elogiará a la madre por las prácticas adecuadas y le informará las prácticas que deben modificarse y cómo esto beneficiará al niño. Debe utilizar un idioma sencillo logrando así que la madre comprenda perfectamente todo lo que le explica, y al terminar debe realizar preguntas de verificación para asegurarse de que la madre conoce cómo cuidar a su hijo en casa.

A continuación encuentra las preguntas que debe hacer a la madre, para conocer qué come el niño mayor de 6 meses habitualmente y qué ha comido durante la enfermedad:

**Tabla 110.** Evaluar las prácticas de alimentación para los niños menores de 6 meses de edad

- ¿El niño recibe leche materna?
- ¿Cuántas veces al día? ¿Día y noche?
- ¿Recibe otra leche? ¿Cuál?
- ¿Cuánta cantidad en cada toma? ¿Cada cuánto?
- ¿Recibe otros alimentos además de la leche? ¿Cuándo fueron iniciados, cuáles y con qué frecuencia?
- ¿Recibe otros líquidos además de la leche? ¿Cuándo fueron iniciados, cuáles, y con qué frecuencia?
- ¿Utiliza biberón? ¿Cómo lo limpia?
- ¿Tiene algún problema con la alimentación?



**Tabla 111.** Evaluar las prácticas de alimentación de los niños de 6 a 23 meses

- ¿El niño recibe lactancia materna?
- ¿Cuántas veces al día? ¿Día y noche?
- Si se extrae leche, ¿cómo la guarda y administra?
- ¿Cuántas comidas y meriendas recibió el niño el día de ayer?
- ¿De qué tamaño son las porciones que recibió el niño ayer?
- ¿Cuántas comidas de consistencia espesa recibió el niño el día de ayer? (si es necesario muestra la foto de la consistencia de las comidas)
- ¿Comió alimentos de origen animal el día de ayer (carne /pescado/ menudencias/aves/huevo)?
- ¿Consumió el niño productos lácteos ayer?
- ¿El niño comió legumbres, nueces o semillas el día de ayer?
- ¿El niño comió vegetales o frutas de color rojo o anaranjado, además de hojas de color verde oscuro el día de ayer?
- ¿Agregó una pequeña cantidad de aceite a la comida del niño el día de ayer?
- ¿Quién le dio la comida ayer al niño?
- ¿El niño come de su propio plato o come de la olla o plato de la familia?
- ¿El niño recibe alguna suplementación de vitaminas o minerales?
- Si el niño está enfermo, ¿Qué ha comido durante esta enfermedad?
- Si es obeso: ¿Son los padres y los hermanos obesos?
- ¿El niño hace ejercicio?

En ocasiones, el niño mayor de 6 meses puede estar desnutrido, comer poco o tener un crecimiento insuficiente. Las madres pueden no manifestar ningún problema con la alimentación complementaria, pero las prácticas pueden no ser las óptimas; usted debe realizar consejería sobre cómo mejorar la manera en la que ellos alimentan al niño.

La tabla 112 es una herramienta para conocer si el niño se está alimentando según las recomendaciones. La primera columna contiene preguntas sobre lo que el niño ha comido las 24 horas previas, lo que le ayudará a conocer cómo se alimenta el niño. La segunda columna muestra la práctica ideal, y la tercera sugiere un mensaje clave que le ayudará a decidir qué información debe dar a la madre, en relación a lo que ella tiene que hacer.



En ocasiones el niño aumenta de peso demasiado rápido, tomando en cuenta su talla, en este caso tiene riesgo de sobrepeso, por ello es importante conocer el consumo de alimentos ricos en energía o de alimentos procesados. Las recomendaciones para el niño con sobrepeso y obeso se encuentran más adelante.

**Tabla 112.** Herramienta guía para la ingesta de alimentos, niños de 6 a 23 meses

PRÁCTICA DE ALIMENTACIÓN	PRÁCTICA IDEAL	MENSAJE CLAVE PARA LA CONSEJERÍA A LA MADRE
<b>¿Es ascendente la curva de crecimiento?</b>	La curva de crecimiento sigue el trayecto de la curva de referencia.	Explique la curva de crecimiento y elogie si existe una curva adecuada.
<b>¿El niño recibe lactancia materna?</b>	Frecuentemente y a demanda, día y noche.	La lactancia materna durante dos años ayuda a que el niño crezca fuerte y saludable.
<b>¿Recibió el niño suficiente número de comidas y meriendas para su edad, el día de ayer?</b>	Niño de 6 a 8 meses: 2 ó 3 comidas principales más 1 ó 2 meriendas, si tiene hambre. Niño de 9 a 23 meses: 3 ó 4 comidas principales más 1 ó 2 meriendas, si tiene hambre.	Un niño en crecimiento, necesita comer frecuentemente, varias veces al día, de acuerdo a su edad.
<b>La cantidad de comida que ha recibido ayer, ¿es apropiada para la edad del niño?</b>	Niño de 6 a 8 meses: Comenzar con pocas cucharadas, aumentar gradualmente hasta ½ vaso o taza en cada comida. Niño de 9 a 11 meses: ½ vaso o taza en cada comida. Niño de 12 a 23 meses: ¾ a 1 vaso o taza en cada comida.	Un niño en crecimiento necesita cantidades cada vez mayores de comida
<b>¿Cuántas comidas de consistencia espesa recibió el niño el día de ayer? (Si es necesario muestre la foto de la consistencia)</b>	Niño de 6 a 8 meses: 2 a 3 comidas. Niño de 9 a 23 meses: 3 ó 4 comidas.	Los alimentos que son suficientemente espesos para no derramarse de la cuchara brindan energía al niño.
<b>¿Comió alimentos de origen animal el día de ayer (carne/pescado/ menudencia/Aves/huevo)?</b>	Los alimentos de origen animal deben ser consumidos cada día.	Los alimentos de origen animal son particularmente buenos, les ayudan a crecer fuertes y vivaces.
<b>¿Consumió el niño productos lácteos el día de ayer?</b>	Darle productos lácteos todos los días.	La leche, el queso y el yogur son muy buenos para los niños.



<b>¿El niño comió legumbres, nueces o semillas el día de ayer?</b>	Si no come carne, consumir legumbres o nueces diario, con frutas ricas en vitaminas, para favorecer la absorción de hierro.	Los guisantes, frijoles, lentejas y nueces ayudan a que el niño crezca fuerte y vivaz, sobre todo si son consumidos con frutas.
<b>¿El niño comió vegetales o frutas de color rojo o anaranjado, además de hojas verde oscuro el día de ayer?</b>	Los vegetales de color verde oscuro o los vegetales o frutas de color rojo o anaranjado deben consumirse todos los días.	Los vegetales de color verde oscuro y los vegetales o frutas de color rojo o anaranjado ayudan a que el niño tenga ojos sanos y menos infecciones.
<b>¿Agregó una pequeña cantidad de aceite a la comida del niño el día de ayer?</b>	Se debe agregar una cantidad de aceite o grasa a una comida, cada día.	El aceite le da energía al niño, debe ser empleado en poca cantidad.
<b>¿La madre le ayudó a comer al niño?</b>	La madre debe estimular a que el niño coma, pero no debe forzarlo.	El niño necesita aprender a comer: estimularle y ayudarlo perceptiva y pacientemente, es necesario.
<b>¿El niño come de su propio plato o todos comen de la olla o un plato?</b>	El niño debe tener su propio plato de comida.	Si el niño tiene su propio plato, es más fácil saber cuánto ha comido.
<b>¿El niño recibe alguna suplementación de vitaminas y minerales?</b>	Los suplementos de vitaminas y minerales pueden ser necesarios si el niño no cubre sus necesidades con la comida.	Si son necesarios, explique cómo administrar los suplementos de vitaminas y minerales.
<b>¿El niño está enfermo o se está recuperando de alguna enfermedad?</b>	Debe continuar alimentándolo durante la enfermedad y durante la recuperación.	Estimule para que continúe bebiendo y comiendo durante la enfermedad y ofrézcale una comida durante la recuperación, para ayudarlo a que se recupere más rápidamente.

Además de indicar las diferencias en cuanto a las recomendaciones acerca de la alimentación, las respuestas de las madres pueden señalar algunos otros problemas, por ejemplo:

- **Uso de biberón:** No se deben usar biberones porque a menudo están sucios y favorecen la aparición de gérmenes. Suelen contener residuos de líquidos que se alteran rápidamente y se vuelven agrios. El lactante puede tomar el líquido descompuesto y enfermarse. Además, el chupar de un biberón puede acabar con el deseo de mamar.



- **Falta de alimentación activa:** Los niños necesitan estímulo, acompañamiento y ayuda para comer. Si se deja que un niño se alimente solo o tenga que competir con sus hermanos por la comida, tal vez no coma lo suficiente. Al preguntar ¿Quién alimenta al niño y cómo?, usted podrá averiguar si es necesario animar al niño a comer activamente.



Esta madre alimenta activamente a su hijo



Este niño debe competir con sus hermanos y tal vez no coma lo suficiente

- **Falta de apetito durante la enfermedad:** El niño puede comer menos alimentos durante la enfermedad, ya que suelen perder el apetito cuando están enfermos. Sin embargo, se les debe animar a comer las clases de alimentos recomendados para su edad, con mayor frecuencia, aunque no coman mucho. Conviene darles alimentos nutritivos, en lo posible, sus favoritos, para animarlos a comer.





## EJERCICIO

En la columna de la izquierda de la tabla siguiente, usted encontrará una serie de problemas de alimentación detectados; utilice la columna de la derecha para describir la recomendación que dará a la madre.

PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN DETECTADO	RECOMENDACIÓN PARA LA MADRE
<p>Catalina, de 10 meses, no recibe ningún alimento de origen animal, ni carne, ni pollo, ni pescado. La madre dice que son muy costosos.</p>	
<p>Camilo, de 9 meses, no recibe huevo. El médico le dijo que si le daba huevo a Camilo le daría asma.</p>	
<p>Constanza, de 11 meses, recibe todo completamente licuado, si siente grumos, escupe la comida.</p>	
<p>Juan, de 15 meses, come solo. La hermana mayor sirve la comida de todos los 4 hermanos en un mismo plato.</p>	
<p>Andrea, de 3 meses, está comenzando a recibir tetero para entrenarse, la madre entra a trabajar y suspenderá la lactancia.</p>	
<p>Julio, de 22 meses, tiene desnutrición. La madre dice que come bien y de todo lo que come la familia.</p>	
<p>Ramiro tiene 4 años y está en sobrepeso. La madre dice que come normal y lo ve bien.</p>	



## 3. ACONSEJAR ACERCA DE LOS HÁBITOS DE CUIDADO BUCAL

En todas las consultas es importante evaluar los hábitos de cuidado bucal para orientar a la madre, al padre y a los cuidadores sobre los aspectos a considerar y mejorar para mantener la mejor salud bucal posible.

### 3.1. ACONSEJAR A LA MADRE SOBRE SUS HÁBITOS DE CUIDADO BUCAL

Durante el embarazo se producen cambios muy importantes en el cuerpo de la madre, y la boca no es la excepción, debido a los ajustes en los niveles de hormonas que favorecen la susceptibilidad a enfermedades como la gingivitis y la enfermedad periodontal. Varios estudios y revisiones, sugieren la relación entre la presencia de gingivitis y enfermedad periodontal, con condiciones como la preeclampsia, el parto prematuro y el bajo peso al nacer del bebé; lo que hace indispensable que se refuerce en las gestantes, desde el inicio de su embarazo, el cuidado bucal y la asistencia a la consulta odontológica para su control y tratamiento completo.

Para contribuir al éxito de una mejor salud bucal en la madre, recomiéndele:

- Siempre que el embarazo esté planificado, acudir a la consulta odontológica de forma previa, para detectar cualquier problema y tratarlo antes del propio embarazo.



- Visitar durante todo el embarazo al odontólogo para la realización regular de controles que le favorezcan mantener buenas condiciones de higiene durante el embarazo.



- Cepillar sus dientes al menos dos veces al día para remover la placa bacteriana, con cepillos de consistencia firme pero suaves y cremas con contenidos de fluor de entre 1100-1450 ppm.
- Al finalizar el cepillado, procure eliminar los excesos de la crema pero sin realizar enjuagues abundantes, a fin de mantener en las superficies dentales el flúor proveniente de las cremas dentales (efecto tópico).
- Hacer uso de la seda dental de forma diaria, como la herramienta que le ayuda a remover los residuos que se depositan entre los dientes, en donde las fibras del cepillo no pueden limpiar.
- Hacer uso semanal de enjuagues que le ayuden a reducir el riesgo de acumular placa bacteriana durante el embarazo.  
Además de los dientes, realizar limpieza de la lengua y demás tejidos de la boca.
- Mantener una alimentación saludable, acorde con las recomendaciones médicas y nutricionales para la etapa de la gestación, en lo posible con bajo contenido de azúcares.  
Si la madre presenta caries, halitosis, y/o enfermedad periodontal, acudir a tratamiento odontológico completo, para evitar complicaciones como abscesos y celulitis que afecten sus condiciones de salud durante el embarazo y repercutan en el parto y en el recién nacido.

### **3. 2. ACONSEJAR SOBRE LOS HÁBITOS DE CUIDADO BUCAL**

#### **DEL MENOR DE 6 MESES (NIÑO SIN DIENTES PRESENTES)**

- Recuérdele a la madre que la salud de la boca del niño hace parte de la salud general y que, por tanto, mantener el control de la higiene y alimentación del niño reduce la posibilidad de que se presenten enfermedades en la boca, que son dolorosas, molestas y que afectan su buen desarrollo.
- Infórmele también que el periodo de mayor riesgo para desarrollar caries es durante la erupción dental, incluso desde el mismo momento en que la mínima parte del diente surge de la encía y durante todo su proceso de posicionamiento. Por lo tanto, es necesario iniciar y reforzar las medidas de higiene, de prevención y acudir a controles con el odontólogo.

Recomiéndele por tanto:



**Tabla 113.** Hábitos de cuidado bucal del menor de seis meses

<p><b>Alimentación</b></p>	<p>Mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses e iniciar alimentación complementaria usando para las bebidas taza, pocillo o cuchara.</p> 
<p><b>Prácticas no recomendadas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Evitar la realización de ciertas prácticas que favorecen la transmisión de bacterias de a boca de los padres o cuidadores a la boca del bebé, como: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Compartir utensilios con el bebé (cucharas, vasos, pocillos, etc.).</li> <li>● Limpiar el chupete o biberón con la saliva de los padres o cuidadores.</li> <li>● Soplar sobre la comida que se le da al bebé.</li> <li>● Besarlo en boca.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Realizar cuidados cuando el niño aún no tiene dientes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Siempre lavarse las manos con jabón y suficiente agua, previo a la manipulación de alimentos para el bebé y previo a la realización de la limpieza de la boca.</li> <li>● Realizar limpieza y masaje de las encías al menos una vez al día, para acostumbrar al bebé a la limpieza de la boca e instaurar el hábito de la higiene, haciendo uso de dedos de silicona o de una gasa humedecida en agua. Esta práctica es preferible en la noche antes de acostarlo a dormir.</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>● En los casos de niños con complicaciones sistémicas, sometidos por ejemplo a quimioterapia u hospitalizados, para el manejo de la mucositis se recomienda la remoción mecánica de placa, con una gasa humedecida con agua bicarbonatada, para neutralizar el Ph.</li> </ul>

### Consulta a profesionales de la salud


- Asistir al odontólogo antes de la erupción del primer diente, para poder valorar las estructuras de la boca, descartar complicaciones en el desarrollo de las estructuras del sistema estomatognático (presencia de malformaciones como labio y paladar fisurado), y realizar la consejería a los padres y a los cuidadores, sobre:
  - La importancia de la salud bucal como parte de la salud general.
  - Los cuidados para evitar traumas.
  - El manejo de la higiene.
  - La prevención de situaciones desde el inicio de la erupción dental.
- Si el niño nace con algún diente, acudir a valoración inmediata por el odontólogo, quien revisará el caso específico y comenzará con la consejería en higiene oral.

## 3.3. ACONSEJAR SOBRE LOS HÁBITOS DE CUIDADO

### BUCAL DEL NIÑO DE 6 MESES Y MÁS

El inicio de la erupción marca cambios importantes en el desarrollo del niño, como el inicio de la alimentación complementaria, y por tanto la entrada en contacto con nuevos descubrimientos a través de la boca y del gusto. Es el inicio de nuevos riesgos, que pueden ser controlados con el compromiso de los padres y cuidadores, siguiendo medidas como las siguientes:

**Tabla 114.** Hábitos de cuidado bucal del niño de seis meses y mas

<p><b>Alimentación</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Desde el inicio de la alimentación complementaria hacer uso de tazas, pocillos o cucharas para el suministro de bebidas.</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mantenga una dieta balanceada en la que se incluyan de forma variada frutas y verduras, hortalizas, leguminosas, lácteos, carnes y cereales.</li> <li>● Al menos durante el primer año de vida, evitar todo consumo de alimentos que contengan azúcares (golosinas, alimentos y bebidas con azúcar).</li> <li>● A partir del primer año de vida, retrase lo más posible en la alimentación, el consumo de alimentos con azúcar, evitando siempre el consumo de dulces de consistencia pegajosa.</li> </ul>
----------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Lavar siempre las manos con jabón y suficiente agua, previo a la manipulación de alimentos y aditamentos para el cuidado del bebé y previo a la realización de la limpieza de la boca.
- Para aliviar las molestias durante la erupción de los dientes temporales; estimular la erupción, calmar la irritación de la encía y favorecer una alimentación saludable, brindarle preferiblemente frutas (manzana, pera) u hortalizas (zanahoria), bien lavadas y en trozos grandes y fríos, siempre bajo la supervisión y cuidado de los padres o acompañantes.



**Cuidados desde el inicio de la erupción dental**

- Inicie el hábito del cepillado de forma temprana, es decir desde la erupción del primer diente, usando cepillos de cerdas suaves y de tamaño acorde a la boca y los arcos dentales del niño, para poder realizar la limpieza bucal de forma adecuada.
- Permita que el niño vea que sus padres y/o cuidadores se cepillan y hacen uso de la seda dental como parte de su autocuidado, reforzando así el hábito del cepillado.



- El cepillado nunca es responsabilidad del niño; siempre es responsabilidad de los padres y cuidadores, incluso aun cuando el niño desarrolle completamente sus habilidades, es decir que la realización, control y supervisión debe hacerse hasta después de los 7 años. Sin embargo, es importante permitirle al niño participar del cepillado, para favorecer el desarrollo de su motricidad, de su autopercepción y la implantación del hábito.



### Cuidados desde el inicio de la erupción dental

- El cepillado debe realizarse siempre después de las comidas y antes de los periodos prolongados de sueño del niño, durante el día y, especialmente, durante la noche. Nunca ponga a dormir al bebé con residuos de alimentos sin eliminar, porque en este periodo se reduce el fluido salivar, incrementándose el riesgo del inicio y progresión de la caries de primera infancia y de caries cavitacional y broncoaspiración.
- El cepillo es de uso individual, y debe conservarse en un lugar ventilado, sin que las cerdas entren en contacto con las cerdas de otros cepillos.
- En la zona que aún no tiene dientes, mantenga el masaje de las encías con una gasa esterilizada. Si el cepillo es suave, puede incluso realizar limpieza de la lengua.
- Evite el uso de cremas dentales con sabores muy atractivos, para que el niño no las trague (chicle, frutas, etc.), y al aplicar la crema en el cepillo, la cantidad no debe superar el tamaño de una lenteja. La crema debe presionarse para que quede dentro de las cerdas y no en la superficie, lo que evita que la crema se caiga, favoreciendo que pueda ser distribuida en la mayor cantidad de dientes.
- Cambie el cepillo dental de forma frecuente (idealmente cada tres meses o antes si se han deformado sus cerdas) y en los casos en que se presente enfermedades como las estomatitis, cámbiolo inmediatamente después de la recuperación del niño.
- Hacer uso de la seda dental es importante para eliminar la placa que se acumula entre los dientes. Debe realizarse siempre por lo padres, tres veces por semana, cuando el niño presenta contactos interproximales, y acorde con las instrucciones del odontólogo. Es ideal que se haga antes del cepillado dental.

**Uso de flúor**

- Desde el momento de la erupción dental, hacer uso de cremas fluoruradas para reducir la presencia de caries dental, sobre todo si el riesgo es alto.
- Para reducir el riesgo de caries, pero también de fluorosis, en los menores de 2 años, realizar y supervisar el cepillado dos veces al día con crema dental fluorada de concentración entre 450-550 ppm. y en cantidad menor al tamaño de una lenteja e incentivar al niño a escupir los excesos de crema.
- Desde el momento en que el niño aprende a escupir, cuando presenta alto riesgo de tener caries, debe usarse crema en concentración de 1100 ppm. de Flúor, para el cepillado 2 veces por día, en cantidad del tamaño de una lenteja o menos, incentivar al niño a escupir la crema dental.
- Desde los 6 años, el cepillado debe realizarse con crema de concentración entre 1100-1450 ppm. de Flúor, incentivado al niño a escupir los excesos al final pero evitando que se enjuague.

**Consulta a profesionales de la salud**

- Realizar visita al odontólogo de forma inmediata al inicio de la erupción dental para que padres y/o cuidadores reciban las orientaciones para el adecuado cuidado bucal.
- En todo caso, la consulta en el servicio de odontología, debe realizarse al menos cada 6 meses a partir del nacimiento, según el riesgo a desarrollar patologías bucales (alto riesgo a caries pueden requerir de control mensual).
- El inicio temprano de la visita al odontólogo u odontopediatra favorece que se mejoren las prácticas y que se identifiquen oportunamente situaciones de riesgo, para controlar la presencia de enfermedades y complicaciones. Por ello, lleve al niño de forma tranquila y no traslade sus temores personales a la experiencia del niño. Así le ayudará a que su experiencia en el consultorio odontológico, sea mucho más agradable.



- Consulte al pediatra, asista a las consultas de crecimiento y desarrollo y a los programas preventivos integrales, de acuerdo con las recomendaciones para la edad.
- Nunca dude en solicitar información a los profesionales de la salud, para que le aclaren, cuantas veces lo requiera, todas las inquietudes que tenga sobre los cuidados bucales del niño y sobre sus propios cuidados.



### 3.4. CONSEJOS PARA UN ADECUADA HIGIENE BUCAL

- Los padres y/o cuidadores son los responsables de la higiene del niño y, por tanto, son quienes deben realizar y supervisar el cepillado, siempre permitiendo que el niño participe, conozca lo que hacen y para qué.
- Tome el cepillo con firmeza para facilitar los movimientos de la muñeca, pero de forma cuidadosa para no golpear los dientes o los tejidos de la boca.
- Progresivamente muéstrelle con su ejemplo cómo debe abrir la boca para permitirle que introduzca el cepillo e instrúyalo paulatinamente para que permita que el cepillo se desplace por las superficies de los dientes y molares; instrúyalo para que no muerda el cepillo.
- Acueste al niño en sus piernas para que pueda tener mayor visibilidad de los dientes, y a medida que crece, colóquelo de forma que él pueda ver en el espejo cómo le realizan la higiene. Así se genera un espacio de confianza y amor con el niño, al tiempo que va adquiriendo el hábito.



- En la medida en que se completa la dentición temporal y cuando se inicia la dentición permanente, use una cantidad suficiente de seda dental (20 a 30 cm), enrolla entre sus dedos índices y apóyese con los dedos pulgares para deslizarla suavemente (con movimientos en forma de C), por los espacios que hay entre dos dientes contiguos, hasta llegar a la encía. Para sacar la seda, realice el mismo movimiento de deslizamiento, pero en sentido contrario.



- Luego de usar la seda, cepille los dientes, sin mojar el cepillo y haciendo uso de cantidades tan pequeñas como una lenteja (o incluso de menor tamaño), aplicada no encima o sobre las cerdas del cepillo, sino dentro de ellas.



- Busque tener siempre un mismo orden para el cepillado de los dientes: Inicie por las caras externas de los dientes, desde el lado derecho superior, continuando por el lado izquierdo superior; luego por el lado izquierdo inferior y concluya por el lado derecho inferior, realizando varios barridos cada vez. Luego haga el mismo recorrido por las caras internas de los dientes y finalice por las caras mas rugosas de las muelas. De esta forma se evita que queden dientes y superficies sin limpiar.
- Coloque las cerdas del cepillo formando un ángulo con la encía, y realizando un movimiento rotatorio o de barrido. Repita el movimiento tantas veces como considere necesario y hasta cubrir todos los dientes y muelas, así como todas sus caras.
- Para las caras internas de los dientes anteriores, coloque mejor el cepillo en posición vertical, de forma que pueda entrar en el arco dental sin lastimar las encías o demás dientes del niño.
- Posteriormente, limpie la lengua del niño, pasando suavemente el cepillo y cuidando de no estimular el vómito.
- Finalmente, lave el cepillo con abundante agua y elimine los excesos de agua del cepillo sacudiéndolo cuidadosamente.
- Siempre felicite al niño por su colaboración y comparta con él la experiencia de mantener juntos una buena salud bucal.



## 4. LINEAMIENTOS BÁSICOS PARA EL ABORDAJE E INTERVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL DESDE EL SECTOR DE LA SALUD

El personal de la salud tiene un papel central en el abordaje integral del maltrato infantil. Afortunadamente, la mayor parte de los niños sanos no sufren de maltrato y la primera responsabilidad del agente de salud es la promoción del buen trato; debe prevenir que se presenten estos casos, y para ello, debe ser especialmente acucioso en abordar los factores de riesgo para el maltrato inherentes al niño, al victimario, a la familia o a las condiciones sociales en donde vive el niño.

El personal de la salud tiene la obligación legal de reportar todos los casos sospechosos de maltrato infantil, aunque el establecimiento del mismo corresponde al Sistema de Protección Integral. También es responsabilidad de los actores de salud, según su competencia y especificidad, ayudar a establecer la presencia del maltrato. Es obligatoria su participación en las terapias curativas o de rehabilitación.

El nuevo Código de la Infancia y la Adolescencia establece la obligatoriedad de generar respuestas integradas a la problemática del maltrato infantil. Estos lineamientos se actualizan desde el punto normativo, en el tema del abuso sexual, por medio de la Ley 1146 de 2007 para la prevención del abuso sexual y la atención integrada de la violencia sexual contra niños y adolescentes [22].

Por medio de esta ley se crea, adscrito al Ministerio de la Protección Social, el comité interinstitucional para el abordaje de esta problemática, tanto en los aspectos preventivos como de intervención integral. A nivel territorial, tanto en los departamentos como en los municipios, se deberán crear Comités Consultivos para los mismos fines.

Las relaciones violentas de género al interior de las familias son quizá el factor aislado de mayor peso para la génesis del maltrato infantil. El maltrato contra la pareja ha sido identificado como el mayor factor de riesgo para los casos de muerte infantil por maltrato. Por todo lo anterior, las intervenciones con enfoque de género que se realicen en distintos niveles (individual, familiar, comunitario y social) son esenciales para la transformación de las realidades y el panorama del maltrato infantil. La otra línea de trabajo preventivo es la difusión, el posicionamiento, la defensa, la garantía y la restitución de los derechos de los niños. Acciones tan sencillas de realizar como garantizar el registro civil de los niños, la participación del padre en su cuidado y el empoderamiento por parte de la comunidad de las prácticas claves familiares, han mostrado tener efectos protectores contra el maltrato infantil.

Es esencial facilitar la creación y consolidación de los vínculos afectivos del niño con sus cuidadores protectores, recordando que es el afecto la mejor herramienta terapéutica contra el maltrato y el desamor.

Es importante tener en cuenta que estar alerta y sospechar el maltrato infantil puede ser la única oportunidad que tiene un niño de interrumpir su dolor y sufrimiento y, en ocasiones, de prevenir su muerte. La detección temprana y oportuna también es clave para iniciar procesos terapéuticos y de rehabilitación que limiten los daños y secuelas, así como la perpetuación y transmisión intergeneracional de la violencia contra los niños.

## **4.1. CONSEJOS PARA PREVENIR EL MALTRATO INFANTIL**

### **Y RECOMENDACIONES PARA EL BUEN TRATO**

La atención del maltrato infantil es muy compleja y muchas veces tiene un costo psicológico muy elevado para los profesionales de la salud. Se debe estar consciente de que ningún ser humano está preparado para aceptar y ver lo que los adultos y padres son capaces de hacer a los niños. Por esta razón existen algunas actitudes que los profesionales de salud deben tener en cuenta cuando se sospecha un caso de maltrato infantil:



- Garantice un trato digno y respetuoso a la víctima y a su familia durante todo el proceso de atención, con énfasis en la protección del niño. Sea accesible y receptivo; escuche cuidadosamente y con seriedad la historia y registre de manera cuidadosa todo lo que le confían. Es importante que mantenga la calma y garantice ayuda en la medida de sus posibilidades.
- No debe tener las siguientes actitudes: Ir directamente a conclusiones, especular o acusar a cualquiera. Es un error por parte del personal de salud intentar identificar o definir de manera rápida al maltratador o definir la intencionalidad de las acciones. No debe dejarse invadir por la rabia ni juzgar.
- El maltrato infantil es un problema que requiere manejo por un equipo multidisciplinario especializado en el tema, por esta razón no debe ser manejado por usted solo en el primer nivel de atención.
- Sentir empatía por los padres maltratadores es muy difícil; sin embargo, muchos de ellos sienten culpa y viven agobiados por su dolor psíquico. Casi todos han sido niños maltratados que ni la sociedad ni el sistema de salud detectó ni trató a tiempo. Lo importante es que la intervención sea el comienzo del cambio y la ruptura de una cadena de violencia intergeneracional.

Aunque usted no maneje el maltrato infantil, es mucho lo que puede hacer educando a los padres, cuidadores y a la comunidad para prevenirlo. La comunicación se constituye en el eje necesario para promover maneras de relación entre padres e hijos basadas en el diálogo y la tolerancia, lo que permitiría el reconocimiento de elementos comunes entre uno y otro individuo y la negociación frente a las diferencias, no sin antes reconocer que la dinámica de cada familia y su tipología son particulares y específicas y representan manifestaciones distintas de la realidad del país; de ahí que todos estamos involucrados como multiplicadores y actores.

La base de una buena relación entre padres e hijos está en el reconocimiento de los niños como personas, quienes tienen los mismos derechos de los adultos. Se debe enfatizar y recordar que los niños no son propiedad de los padres. Los padres tienen la responsabilidad de garantizar que se respeten sus derechos fundamentales.

La convención sobre los Derechos del Niño de 1989 [11] reconoce que la infancia tiene derecho a cuidados, asistencia y protección especiales. El artículo 19 de la Convención se refiere específicamente al maltrato y recomienda un esquema amplio para identificación, notificación, investigación, tratamiento, seguimiento y prevención de “todas las formas de violencia física o mental, injurias o abuso, y negligencia o tratamiento negligente, maltrato o explotación,



incluyéndose abuso sexual". El Estado debe proteger a los niños, interviniendo cuando la familia o los responsables maltratan los niños a los cuales deberían cuidar.

El primer paso es ayudar a que los padres o cuidadores reconozcan que el uso del castigo físico y el maltrato psicológico causan mucho daño. Es importante que sepan que tienen el derecho y la obligación de corregir a las hijas y los hijos, pero el castigo físico, la humillación y las amenazas deben evitarse.

La madre y el padre deben tener claro que:

- 1.** Deben estimular a sus hijos por sus logros con expresiones o gestos de aprobación y amor, con lo cual obtendrán respeto y confianza.
- 2.** Los niños aprenden observando a sus padres y de sus comportamientos aprenden los principios y valores.
- 3.** Deben aprovechar el mayor tiempo posible para conversar con sus hijos, desarrollar actividades juntos y conocer sus sentimientos, ideas y aspiraciones.

Los padres deben trabajar para desarrollar en el niño habilidades para detectar y rechazar de manera firme cualquier intento de abuso sexual.

Finalmente, si la madre es consciente del problema del maltrato por parte de algún adulto, explique que una forma directa de defenderlo es acudiendo a la autoridad competente en su barrio, localidad o región, para solicitar información o ayuda. Refuerce la importancia del compromiso y defensa de los niños.

Es importante que todas las familias conozcan que existe una legislación que protege a los niños en caso de maltrato y las instituciones que en determinado momento pueden ayudarles. Es fundamental hacerles saber de la importancia como ciudadanos de denunciar los casos de maltrato. Es importante mostrar una visión distinta acerca de las prácticas adecuadas para educar y guiar a los hijos, sin maltratar ; no siempre lo que es aceptado culturalmente es lo correcto.



**Tabla 115.** Medidas de buen trato

### **Recomendaciones para los padres y cuidadores sobre disciplina para las hijas y los hijos:**

- Establezca reglas claras. Es mucho mejor si son pocas y básicas. Todos los adultos de la casa deben conocerlas y hacerlas cumplir.
- Aplique siempre las mismas reglas. Cuando al niño se le permite un día una cosa y otro día no, se confunde. Cuando tenga que hacer una excepción de la regla, explíquelo al niño por qué lo hace. Las reglas no pueden estar cambiando ni aplicarse de acuerdo a conveniencia de los padres.
- Cuando un hijo comete una falta, explíquelo porqué lo que hizo estuvo mal. No importa si el niño aún no habla, ellos desde muy temprana edad entienden las razones e interpretan las expresiones de los padres.
- Escuche los motivos del niño antes de reprenderlo. Antes de imponer un castigo cuente hasta 10 y piense un momento cuál será la forma más adecuada de corregirlo. No lo castigue con rabia, porque puede maltratarlo.
- No castigue al niño dos veces por la misma falta. Si un padre ya impuso un castigo, el otro no necesita imponer otro. Así mismo si fue castigado en la escuela, no debe volverse a castigar en la casa; sería ideal reflexionar con él sobre la falta y los acontecimientos que la rodearon.
- Jamás diga a un hijo que es tonto o bruto. Sus hijos pueden equivocarse y si cometen faltas debe corregirlas, pero no de manera violenta. Todas las personas cometen errores y no por eso son tontas o brutas.
- El castigo físico, los gritos, las amenazas y los insultos no generan respeto, sólo miedo y no son la forma correcta de educar.



## 5. ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA LA PROMOCIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL SALUDABLE

Para que el niño tenga un buen desarrollo es necesario, ante todo, que él sea deseado y amado por sus padres y su familia; que en la medida de lo posible esta intente comprender sus sentimientos y sepa satisfacer sus necesidades.

Un concepto importante que todo profesional de la salud debe conocer es el de resiliencia, que es la capacidad de enfrentar y superar las adversidades y situaciones de riesgo de manera positiva y constructiva, y trabajando las raíces de la adversidad. La resiliencia no es una capacidad con la que se nace, sino que es construida a lo largo de la formación, a través de la construcción de la personalidad y su interacción con las personas y el ambiente o entorno.

Eso significa que la familia y el niño precisan tener en su entorno condiciones que los estimulen a desarrollar toda su potencialidad. Estas condiciones pueden ser humanas, es decir, personas que promuevan en forma positiva la interacción y protección, al igual que el estímulo y la sensación de conquista y realizaciones.

Además de las características externas están también las internas, que son los aspectos relacionados con las características personales. Dentro de ellas se destacan, principalmente, la autoestima, la creatividad, el humor y la autonomía. Todas ellas están, por cierto, íntimamente relacionadas.

A continuación se presentan algunas características y maneras de promover el desarrollo de los niños y sus familias, teniendo como objetivo una mejora en su condición y calidad de vida. También se indican aspectos que deben ser evitados para que estos se tornen resilientes.

De acuerdo con el grupo de edad del niño, usted podrá ahora orientar:

### NIÑOS HASTA 2 MESES DE EDAD

- Orientar a la madre para que tanto ella como otros miembros de la familia o convivientes mantengan un diálogo con el niño o niña buscando un contacto visual (ojo con ojo). Enseñar a los padres que deben hablarle mientras lo amamanta con voz suave y apacible. El bebé pasa mucho tiempo del día alimentándose, y este tiempo es una oportunidad para mostrarle que su voz tiene un tono feliz que va de acuerdo a su sonrisa. “¿Qué te pasa?... ¿Estás con hambre?...Mamá te quiere mucho”.





- Estimular visualmente al niño con objetos coloridos, a una distancia mínima de 30 centímetros, realizando pequeños movimientos oscilatorios a partir de la línea media.
- Colocar al niño o niña en posición de cúbito ventral, para estímulo cervical, y llamar su atención poniéndose al frente y estimulándolo visual y auditivamente.

## NIÑOS DE 2 A 4 MESES DE EDAD

- Interactuar con el niño estableciendo contacto visual y auditivo (conversar con el bebé).
- Mientras lo bañan, amamanta, lo visten o le cambian el pañal, se debe hablar con el bebé, sobre todo lo que se le está haciendo, repitiendo las mismas palabras una y otra vez. “¡Qué lindo estar en el agua!... Vamos a secar tus orejitas...Vamos a poner la batita, primero este brazo, ahora este...”
- Debe festejarse las vocalizaciones espontáneas del bebé con sonrisas e imitaciones. Si dice “ba ba ba”, repitiendo “ba ba ba”; Imitar todos los sonidos que él haga (tos, llanto, estornudos) lo animará a usar su voz más a menudo.
- Darle oportunidad de quedar en una posición sentada con apoyo, para que pueda ejercitar el control de la cabeza.
- Tocar las manos del niño con pequeños objetos, estimulando que él los tome.

## NIÑOS DE 4 A 6 MESES DE EDAD

- Poner juguetes a pequeña distancia del niño, dando la oportunidad para que intente alcanzarlos.
- Darle al niño objetos en la mano, estimulándolo para que se los lleve a la boca.
- Proporcionarle estímulos sonoros, fuera de su alcance visual, para que localice el sonido.
- Empezar a introducir al bebé en los sonidos del ambiente hogareño. Cuando golpean la puerta o entra alguien a la habitación o suena el teléfono: ¿Quién será? Se debe hacer a pesar de que al principio el niño no lo escuche en absoluto, pero luego comenzará a prestar atención a los sonidos referidos por los padres.



- Estimular al niño batiendo palmas o jugando para que pase solo de la posición supina a la pronación.
- Al bebé le gusta que lo balanceen. Sostenerlos y bailar al compás de alguna melodía.

## NIÑOS DE 6 A 9 MESES DE EDAD

- Jugar con el niño a taparse y descubrirse, utilizando paños para cubrir el rostro del adulto.
- Dar al niño juegos fáciles de ser manejados, para que pueda pasarlos de una mano a otra.
- Mantener un diálogo constante con el niño, introduciendo palabras de fácil sonorización (da – da, pa – pa).
- Cuando se empieza la alimentación con sólidos, mientras se lo alimenta, mantener una conversación.  
“¿Tienes hambre Juan?... Acá está tu plato... ¡Qué rico!” Alentarlo a agarrar la cuchara.
- A esta edad le gusta mirarse en el espejo; sonrír y hace señas. Tratar de interactuar “¿dónde está el bebé?”, “¿dónde estoy yo?”
- Enseñe a los padres que a esta edad probablemente comienza a llamarle la atención la nariz. Jueguen señalando su propia nariz y después la de él. Siempre hablando. Lo mismo hacer con los ojos, boca, pelo, etc.
- Puede dejar al niño jugar sentado en el suelo (en una colchoneta) o dejarlo en decúbito ventral, estimulando que se arrastre y posteriormente gatee.

## NIÑOS DE 9 A 12 MESES DE EDAD

- Jugar con el niño con música, haciendo gestos (batir palmas, decirle adiós, chao, bye bye, con la mano) y solicitando que responda.
- Promover el contacto del niño con objetos pequeños (semillas de maíz, porotos, cuentas) para que pueda tomarlos con los dedos utilizándolos como una pinza (observar que no se lleve los objetos a la boca).
- Conversar con el niño estimulando a que domine el nombre de las personas y de objetos que lo rodean.



- Dejar al niño en un sitio en que pueda cambiar de posición: de estar sentado a estar de pie con apoyo; por ejemplo al lado de una mesa, un sofá o una cama, y donde pueda desplazarse tomándose de estos objetos.
- Hablar con el bebé con naturalidad, empleando frases cortas como “acá esta tu taza...vamos a limpiar...¡que galletita tan rica!
- A esta edad les fascina tirar todo al suelo, solicitar al niño que colabore para ordenar, “trae a mamá la pelota...la ponemos acá...yo te ayudo”.

## NIÑOS DE 12 A 15 MESES DE EDAD

- Estimular al niño para que salude con la mano (diga adiós, chao, bye bye), tire besos, aplauda, atienda el teléfono, etc.
- Dar al niño recipientes y objetos de diferentes tamaños para que desarrolle la función de encajar un objeto en un molde y de colocar un objeto en un recipiente.
- Enseñarle al niño palabras simples a través de rimas, música y sonidos comúnmente hablados. Algunas veces toda la familia podrá golpear las manos o tocar el tambor al tiempo que bailan y cantan con su niño.
- Comentar a los papás que a esta edad hay que estimular al niño a que mire revistas o cuentos. Puede también, cortarse figuras en las que aparezcan comidas favoritas o juguetes o muebles y hacer con esto una especie de libro. El aprenderá a pasar las hojas, probablemente al principio sean varias hojas o al revés.
- A esta edad le gusta caminar de una persona a otra. Estimular a través del juego: “¿Dónde está papi?... Busca a papi” “¿Dónde está Susana?...ven conmigo”. El pequeño podrá ir hacia cada persona y debe recibir un abrazo o recompensa.
- Posibilitar que el niño pueda desplazarse pequeñas distancias tomándose de objetos para promover que camine sin apoyo.

## NIÑOS DE 15 A 18 MESES DE EDAD

- Solicitar al niño objetos diversos, pidiéndoselos por el nombre y ayudando de este modo a aumentar su repertorio de palabras y conocimiento, así como las funciones de dar, traer, soltar, y siempre que sea posible demostrarle cómo hacerlo.



- Aprovechar los momentos de descanso para traer un libro y mostrarlo. Hablar sobre los dibujos que va viendo y contarles historias sobre ellos. "Esto es un auto...Un auto como el de papá...acá hay un nené...". Si el bebé señala algunos de sus dibujos es que está tratando de decir algo sobre él. Aun cuando no se entienda lo que dice debe escucharse su intento.
- Escuchar con el bebé música rápida y luego música lenta. Estimularlo a que se mueva y siga el compás.
- Probablemente, si el papá le pregunta "¿Quién es ella?", responda "mamá", festejar este logro para que el niño pueda saber a través de su expresión que lo han escuchado.
- Si el niño pide algo a través de sonidos o señas, es importante que escuche a sus padres repetir correctamente lo que él trataba de decirle. "¿Quieres agua?... "Aquí tienes agua".
- Darle al niño papel y crayones para fomentar su auto expresión (garabateo espontáneo).
- Jugar con el niño pidiéndole que camine para adelante y para atrás, inicialmente con ayuda.

## NIÑOS DE 18 A 24 MESES DE EDAD

- Estimular al niño a ponerse y sacarse sus vestimentas en los momentos indicados, inicialmente con ayuda.
- Jugar con los otros integrantes de la familia a aprender las partes del cuerpo. El primer tiempo observará y luego participará. "Tócate la nariz""¿Dónde están los ojos?".
- El pequeño continuará utilizando gestos frente a las palabras nuevas que no sabe decir. Intente prestar atención a lo que señala y enseñe la palabra de lo que él quería decir. Puede que a esta edad, cada palabra signifique una frase. Por ejemplo: Bebé: "Más" Madre: "Más leche, por favor. Tú quieres más leche".
- Estimular a hablar con el teléfono.
- Jugar con el niño con objetos que puedan ser apilados, demostrando cómo hacerlo.
- Solicitar al niño que señale figuras de revistas y juegos que ya conoce.
- Jugar con el niño a patear la pelota (hacer gol).



## NIÑOS DE 2 AÑOS A 2 AÑOS Y 6 MESES

- Estimular a la autonomía e independencia del niño para actividades de auto cuidado diario, por ejemplo, en la alimentación, en el baño (solicitando que el niño identifique las partes del cuerpo) y en el vestido (incentivar para que el niño vista alguna prenda sin ayuda), con supervisión de la madre.
- Estimular al niño a jugar con sus pares, a fin de promover la ampliación del contexto (interacción social y cognitivo). Orientar a la madre en cuanto al autocontrol corporal, control esfinteriano, el cual deberá ocurrir en un clima de juego, relajado y acogedor, y no en un clima cargado de presión emocional; de esta manera se irá incorporando gradualmente el uso de sanitario por parte del niño.

## NIÑOS DE 2 AÑOS Y 6 MESES A 3 AÑOS

- Orientar a la madre a mantener un diálogo en el que solicite al niño que comente sus juegos y nombres de amigos, lo que estimula el lenguaje y la inteligencia. Dar al niño oportunidad de interactuar con elementos de lectura (libros de cuento) y de escritura (papel, lápices). Presentar al niño figuras, como animales, piezas de vestuario y objetos domésticos, y estimular al niño a nombrarlas, y a decir para qué sirven.
- Implementar juegos utilizando una pelota, pedir que el niño tire la pelota en su dirección iniciando así una actividad lúdica interactiva.

## NIÑOS DE 3 AÑOS Y 6 MESES A 4 AÑOS

- Incentivar al niño a realizar las actividades de la vida diaria sin ayuda (Ej: alimentarse, bañarse, cepillarse los dientes). Dialogar con el niño estimulando a hablar de su rutina diaria: juegos que realiza, a qué le gusta jugar; pregunte sobre cómo se siente: ¿estás cansado?, ¿tenés sueño?
- Realizar con el niño juegos con canciones infantiles que enseñen gestos o imitaciones de animales o personajes de historias infantiles. Juegos además que impliquen movimientos amplios y equilibrio como andar en triciclo, saltar adentro- afuera (no en círculo).



## NIÑOS DE 4 AÑOS A 4 AÑOS Y 6 MESES

- Orientar a la madre a realizar juegos con bloques o juguetes coloridos solicitando al niño que empareje o agrupe colores semejantes. Señalar en el ambiente, objetos o cosas que sean coloridas y contextualice los colores; por ejemplo: "la heladera es blanca", "el oso de peluche es azul".
- Instar al niño con juegos que comprometan las siguientes actividades: dibujar (espontáneamente o copiando), colorear, recortar figuras de revistas, nombrar siempre las figuras y solicitar que el niño le cuente qué dibujó.
- Contar historias infantiles y tratar de que el niño recuerde datos de la misma: ¿cuál es el nombre de la historia que leímos?, ¿Cómo era la historia?

## NIÑOS DE 4 AÑOS Y 6 MESES A 5 AÑOS

- Alentar al niño a ejecutar las actividades de la vida diaria, por ejemplo, vestirse sin ayuda. Dejar que el niño tenga iniciativa para realizar estas actividades y no hacerlas por él. Estimular al niño por medio de tareas simples, como pedir que "coloque los zapatos dentro del armario", "ponga el pan arriba de la mesa", "ponga los juguetes dentro de la caja", etc.
- Organizar juegos que comprendan grandes movimientos, por ejemplo "estatua" "juego de la marcha".

## NIÑOS DE 5 AÑOS A 5 AÑOS Y 6 MESES

- Orientar a la madre para que no interfiera o que le permita al niño que tenga iniciativa para el cumplimiento de las actividades de la vida diaria (cepillar los dientes) sin su supervisión.
- Mencionar al niño las diferentes características estructurales de los objetos, por analogía, conservación numérica y de cualidades; por ejemplo: "¿Esta mesa es grande o pequeña?", "¿dónde tienes más globos?".
- Estimular al juego de "hacer de cuenta" (ej.: "a la casita", "escuela"), a fin de estimular la simbolización del niño y la interacción social. Jugar con el niño solicitando que ejecute la marcha punta-talón diciendo "vamos a jugar al circo, haz de cuenta que estamos andando en una cuerda floja y tenemos que equilibrarnos".
- Realizar actividades con juegos de mesa (ej.: "juego de cartas", "memoria") con objetivo de implementar la utilización y seguimiento de reglas y de autocontrol.



- Leer historias infantiles y solicitar que el niño realice un dibujo de la historia leída.
- Solicitar al niño el cumplimiento de actividades que sean su responsabilidad, por ejemplo, la organización de los cuidados de sus juguetes, su material escolar, actividades de acuerdo a su franja de edad.
- Estimular actividades de dibujo y pintura, por ejemplo, “¡vamos a dibujar una persona!”. Jugar con actividades que estimulen el equilibrio, como saltar la cuerda.
- Acompañar el desarrollo de los hijos y ayudarlos a lograr el máximo potencial es otra función de los padres. Debemos guiarlos para que conozcan en cada momento de su infancia y estimular su desarrollo.



## 6. TARJETA PARA LA MADRE

Se puede dar a cada madre una tarjeta para ayudarla a recordar la cantidad de alimentos y líquidos que debe dar al niño y cuándo debe volver al servicio de salud. Esa tarjeta tiene palabras y dibujos que ilustran los puntos principales de las recomendaciones.

Tome un momento para estudiar la tarjeta para la madre que se le entregó en este curso. La tarjeta contiene recomendaciones acerca de alimentos, líquidos y signos que indican la necesidad de volver a ver de inmediato al profesional de salud. También hay un lugar para marcar los líquidos que conviene dar durante la diarrea y registrar la fecha de regreso para la próxima inmunización.

La tarjeta para la madre puede ser útil por muchas razones:

- Servirá para recordarle a usted o a su personal los puntos importantes que se deben tratar al dar recomendaciones a las madres, acerca de la cantidad de alimentos y líquidos, y la fecha de regreso.
- Servirá para recordar a la madre qué debe hacer al llegar a la casa.
- La madre puede mostrar la tarjeta a otros familiares o vecinos para que más gente se entere de los mensajes que contiene.
- La madre agradecerá que se le haya dado algo durante la visita.
- Las tarjetas para visitas múltiples se pueden usar como registro de los tratamientos e inmunizaciones dados.

Al examinar la tarjeta con la madre:

1. Sostenga la tarjeta, para que la madre pueda ver los dibujos con facilidad o deje que ella la sostenga.
2. Explique cada dibujo. Señálelos a medida que hable. Eso ayudará a la madre a recordar lo que representan.
3. Marque con un círculo o registre la información pertinente para la madre. Por ejemplo, haga un círculo alrededor de los consejos acerca de la alimentación apropiada para la edad del niño. Haga un círculo alrededor de los signos que indican que debe volver a ver al profesional de salud de inmediato. Si el niño tiene diarrea, marque los líquidos apropiados que debe darle. Registre la fecha de la próxima inmunización necesaria.





4. Observe para ver si la madre parece preocupada o confusa, de ser así, anímela a que haga preguntas.
5. Pida a la madre que le diga en sus propias palabras qué debe hacer en la casa. Anímela a usar la tarjeta para que le ayude a recordar.
6. Dele la tarjeta para llevar a la casa. Recomiéndele que se la muestre a sus familiares.

Si no puede conseguir suficientes tarjetas para todas las madres, mantenga varias plastificadas en cada consultorio para mostrárselas.



## 7. ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE

### ACERCA DE SU PROPIA SALUD

En todas las consultas, cuando se da consejería sobre los cuidados del menor, se debe verificar la salud de la madre. Se debe observar si tiene alguna enfermedad, su estado nutricional y el consumo de alimentos, medicamentos que recibe, espaciamiento entre partos y planificación familiar.

#### SALUD DE LA MADRE

Si la madre está lactando y tiene alguna enfermedad u otra condición, es importante considerar el efecto que esto puede tener. Si la madre está muy enferma y no es capaz de dar lactancia, se deben considerar alternativas de alimentación, hasta que pueda reasumir la lactancia.

Si tiene tuberculosis, ella y el lactante deben ser tratados conjuntamente. Si tiene hepatitis A, B o C, se puede continuar la lactancia ya que el riesgo de transmisión por esta vía es muy bajo. Si es VIH positiva, necesita consejería especial, revise el modulo de VIH y siga las recomendaciones expuestas.

#### NUTRICIÓN DE LA MADRE

Durante la lactancia, la ingesta de la madre debería incrementarse para cubrir el costo de energía que esta implica. Una mujer lactando gasta aproximadamente 500 kilocalorías de forma simple, esto equivale a una comida adicional cada día, para producir 750 ml. de leche para el lactante. Algunos nutrientes provienen de sus depósitos corporales, que han sido establecidos durante el embarazo.

La mujer bien nutrida, que recibe variedad de alimentos y come de acuerdo a su apetito, generalmente consumirá comida suficiente para cubrir las necesidades adicionales. Sin embargo, la mujer con dieta deficiente puede no tener depósitos corporales suficientes, necesita una comida adicional cada día, con una variedad de alimentos que le permita cubrir sus necesidades y que proteja o mejore sus reservas corporales. Recomiende a la madre una mayor y variada cantidad de alimentos, como carne, pescado, aceites, nueces, semillas, cereales, frijoles, vegetales, queso y leche para que se sienta bien y fuerte.

Es importante orientar a la mujer sobre ciertas creencias o tabúes que pueden ser peligrosos. La embarazada y la mujer que da de lactar pueden comer cualquier tipo de alimentos que se encuentran incluidos en la dieta, ya que no son peligrosos para el lactante. La suegra y el esposo que ejercen una influencia sobre las prácticas de alimentación de la madre, pueden asegurar que la mujer coma lo suficiente y que evite el trabajo físico intenso.



Si no hay disponibilidad de una comida adicional, no es un motivo para no lactar. Incluso las mujeres con desnutrición moderada puede continuar produciendo leche de buena calidad; solamente cuando una mujer está gravemente desnutrida, la cantidad de leche disminuye. En los hogares donde los recursos son escasos, es muy probable que la leche materna sea el alimento más completo y seguro para el lactante y es la manera más eficiente de que la madre y la familia utilicen sus propios recursos para alimentar al niño.

## MEDICAMENTOS

La tabla presenta una guía sobre los medicamentos incluidos en la 11a versión de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.

**Tabla 116.** Lactancia materna y medicamentos para la madre

Lactancia materna contraindicada	Medicamentos anticancerígenos (antimetabolitos). Sustancia radioactivas (suspender la lactancia temporalmente).
La lactancia materna puede continuar <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posibles efectos adversos</li> <li>• Controlar si el lactante presenta somnolencia</li> </ul>	Algunos medicamentos psiquiátricos y anticonvulsivantes (ver cada medicamento individualmente).
Emplear medicamentos alternos, si fuera posible	Cloranfenicol, Tetraciclinas, Metronidazol, Quinolonas (por ejemplo Ciprofloxacina).
Controlar si el lactante presenta ictericia	Sulfonamidas, dapsona. Sulfametoxazol + Trimetoprim (Cotrimoxazol). Sulfadoxina + pirimetamina (fansidar).
Emplear medicamentos alternativos (pueden inhibir la lactancia)	Estrógenos, incluyendo los estrógenos de los anticonceptivos, diuréticos Tiazídicos, Ergometrina.

<p>Seguros a dosis habituales Controlar al lactante</p>	<p>Medicamentos empleados con mayor frecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Analgésicos y antipiréticos: Ciclos cortos de Paracetamol, ácido Acetil salicílico, Ibuprofeno, dosis ocasionales de Morfina y Petidina.</li> <li>● Antibióticos: Ampicilina, Amoxicilina, Cloxacilina y otras penicilinas, Eritromicina.</li> <li>● Medicamentos antituberculosos y contra lepra (ver Dapsona, arriba).</li> <li>● Antimaláricos (excepto Mefloquina y Fansidar). Antihelmínticos, antifúngicos.</li> <li>● Broncodilatadores (por ejemplo Salbutamol), corticoides, antihistamínicos, antiácidos, medicamentos para diabetes, la mayoría de antihipertensivos, Digoxina.</li> <li>● Suplementos nutricionales con yodo, hierro y vitaminas.</li> </ul>
-------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Son bien reconocidos los efectos peligrosos de los embarazos muy seguidos. Los intervalos entre un nacimiento y un nuevo embarazo, de 6 meses o menos, están asociados con un elevado riesgo de mortalidad materna. Los intervalos de alrededor de 18 meses o menos están asociados con un significativo riesgo elevado de mortalidad neonatal e infantil, bajo peso al nacer y nacimientos con niños pequeños para la edad gestacional y prematuros. Se debe aconsejar a las parejas que esperen al menos 24 meses después de un nacimiento y 6 meses después de un aborto, antes de intentar un nuevo embarazo.

### Lactancia y amenorrea:

La lactancia materna es un importante método de planificación familiar debido a que se encuentra disponible para las mujeres que no tienen acceso, por motivos sociales u otros, a anticonceptivos modernos, además este método puede ser controlado por ellas mismas. Las hormonas que se producen cuando el lactante succiona, evitan la ovulación y demoran el reinicio de la menstruación y de la fertilidad después de nacimiento del niño. Esto se llama método de lactancia y amenorrea (MELA).

En cuanto al método de lactancia y amenorrea (MELA) se debe conocer:

- No es necesario otro método si:
  - No presenta menstruación.
  - El lactante tiene menos de 6 meses.
  - El lactante recibe lactancia materna exclusiva.



- Emplear otro método si:
  - La menstruación ha retornado.
  - El lactante tiene más de 6 meses de edad.
  - Se han introducido otros alimentos o líquidos.

### **Otros métodos de planificación familiar durante la lactancia:**

Todos los métodos no hormonales son adecuados. NO tienen ningún efecto sobre la lactancia:

- Los dispositivos intrauterinos sin hormonas son muy apropiados
- El condón, diafragmas y espermicidas son adecuados, recomendando a la pareja su uso correcto. Pueden reforzar la protección parcial de la lactancia materna después de los 6 meses de edad del lactante.

Los métodos hormonales pueden afectar la lactancia y reducir la producción de leche. Ninguno debe ser empleado durante las primeras 6 semanas después del nacimiento. Los métodos que contienen solo progestágenos, como el Depo-provera, Norplant y las píldoras que contienen solo progestágenos, pueden ser empleados después de las 6 semanas del nacimiento.

Los métodos combinados estrógeno-progesterona, como la píldora combinada o las inyecciones mensuales, son menos adecuadas, ya que reducen la producción de leche, incluso después de las 6 semanas. En lo posible, es mejor evitarlos. Pero si es indispensable utilizarlos, estimule a que la madre continúe dando el pecho frecuentemente para que la producción de leche no disminuya.

## **OTROS CUIDADOS IMPORTANTES DE LA SALUD DE LA MADRE**

- Asesore sobre la prevención de ETS y SIDA (ver capítulo correspondiente).
- Asesore sobre la prevención de cáncer de cérvix y seno.
- Controles de odontología: Deben existir mínimo 2 controles por año o según recomendación del odontólogo. Asegure estas consultas.





**CONSULTA DE  
SEGUIMIENTO  
Y CONTROL**



## ATENCIÓN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL

Algunos niños tienen que regresar a consulta de seguimiento por el profesional de salud. En la valoración inicial, la madre debe salir con conocimiento sobre cuándo regresar a consulta de control, en esta visita el profesional puede ver si el niño está mejorando con el tratamiento que se ha indicado.

Algunos niños tal vez no respondan al antibiótico o antimalárico que se les prescribió y pueden necesitar un segundo medicamento. Los niños con diarrea persistente requieren nueva valoración para estar seguros de que la diarrea mejoró. Los niños con fiebre que persiste, requieren nueva valoración. Es especialmente importante la consulta de seguimiento en el niño con problemas de alimentación, para asegurar que se está alimentando en forma adecuada y se corrigen los problemas encontrados.

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 deberían tener que esperar en fila para recibir atención. Debe asegurar el acceso a la historia clínica y el tiempo necesario para esta consulta.

En una consulta de seguimiento y control, los pasos a seguir son diferentes de los de la consulta inicial. Los tratamientos administrados pueden ser diferentes de los recomendados para la consulta inicial.

### OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Mejorar los conocimientos para negociar o consensuar con la madre una consulta de seguimiento.
- Determinar cómo evaluar a un niño que acude a una consulta de seguimiento por un problema específico en tratamiento.
- Determinar el tratamiento a seguir basándose en los resultados de la evaluación de seguimiento.
- Determinar cuándo referir al hospital al niño que está empeorando, al que requiera un medicamento de segunda línea no disponible, al que le preocupa su evolución o que usted no puede tratar.

### ¿CÓMO ATENDER A UN NIÑO EN UNA CONSULTA DE SEGUIMIENTO?

Pregunte a la madre sobre el problema del niño. Usted tiene que saber si se trata de una visita de seguimiento o una visita inicial por esta enfermedad. La forma de averiguarlo depende de la manera en que el servicio de salud registra a los niños y el motivo de la visita.





Por ejemplo, posiblemente la madre comunique que le dieron una cita para seguir observando al niño por un problema determinado. Si el servicio entrega a las madres fichas para las visitas de seguimiento sobre cuándo deben regresar, pida a la madre que se la muestre. Si el servicio de salud mantiene una tarjeta para el niño, usted podrá ver que acudió al servicio de salud unos pocos días antes por la misma enfermedad.

Primero, 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, el niño 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 por 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 el niño **no** tiene un problema nuevo, ubique el recuadro de atención de seguimiento que corresponde a la clasificación previa; luego siga las instrucciones que figuran en ese recuadro.

Algunos niños regresarán repetidamente con problemas crónicos que no responden al tratamiento que usted puede administrarle. Por ejemplo, algunos niños con SIDA pueden tener diarrea persistente o episodios reiterados de neumonía. Estos niños o niñas quizá respondan mal al tratamiento para la neumonía y pueden tener infecciones oportunistas, deberán derivarse al hospital si no mejoran. Los niños con infecciones por el VIH que no han desarrollado SIDA no pueden distinguirse clínicamente de los que no tienen infección por el VIH.

**Importante:** Si un niño regresa para seguimiento y tiene varios problemas o está empeorando, REFIERA AL NIÑO AL HOSPITAL. También dévelo al hospital si no hay un medicamento de segunda línea disponible o si usted está preocupado por el niño, o no sabe qué hacer por él. 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 TIENE UN PROBLEMA NUEVO, USTED DEBERÁ EVALUARLO COMO  
EN UNA VISITA INICIAL.**

Este capítulo muestra un algoritmo para cada clasificación amarilla que requiere control, siga el esquema propuesto y decida el manejo a seguir.



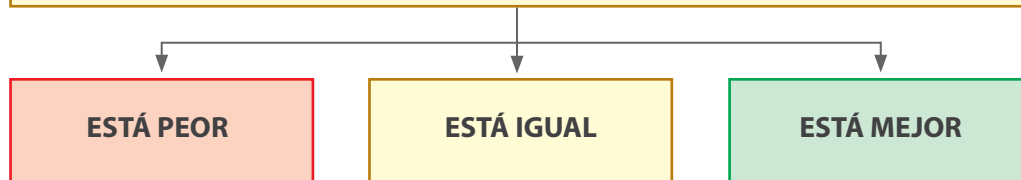
# 1. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON

## CLASIFICACIÓN INICIAL DE BRONQUIOLITIS

**BRONQUIOLITIS 2 DÍAS DESPUÉS**

- Examinar al niño para determinar si presenta signos generales de peligro.
- Evaluar al niño para determinar si tiene TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR.

<p><b>PREGUNTAR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ¿Está el niño respirando normal?</li> <li>● ¿Está comiendo mejor?</li> <li>● ¿Ha tenido fiebre?</li> </ul>	<p><b>OBSERVAR Y ESCUCHAR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Contar las respiraciones en un minuto.</li> <li>● Observar si hay tiraje subcostal.</li> <li>● Observar y determinar si presenta saturación baja.</li> <li>● Observar y auscultar si hay estridor.</li> <li>● Observar y auscultar si hay sibilancias.</li> </ul>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



**ESTÁ PEOR**

Uno de los siguientes:

- Tiene taquipnea.
- Presentó alguna apnea.
- Tiene tiraje subcostal.
- Tiene SaO<sub>2</sub> baja.
- Tiene algún signo de peligro.

**ESTÁ IGUAL**

- Persiste la tos y las sibilancias, pero no presenta ningún signo de empeoramiento ni de alarma.

**ESTÁ MEJOR**

- No presenta ningún signo de empeoramiento, hay mejoría de la tos y las sibilancias.

- Referir urgentemente al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte "REFIERA".
- Administrar oxígeno.

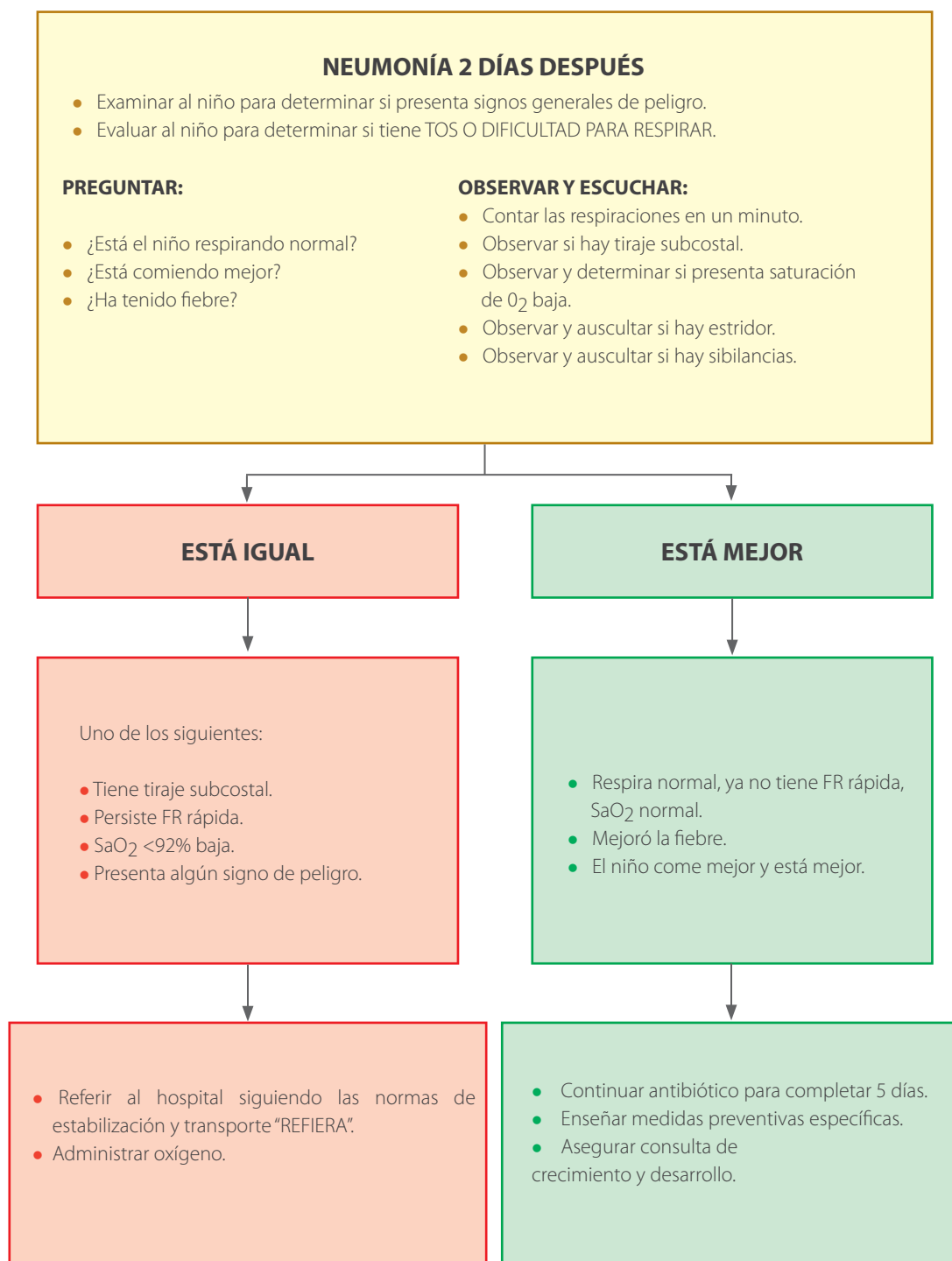
- Explicar el curso de la enfermedad y que es normal que persista tos y sibilancias, pero hay que vigilar signos de alarma.
- Continuar tratamiento ya iniciado, abundantes líquidos y aseo nasal.
- Si solo recibe leche materna, lactar con mayor frecuencia.
- Control en 2 días, si no mejora.

- Continuar cuidados en la casa.
- Consulta de crecimiento y desarrollo.
- Explicar medidas preventivas específicas.



## 2. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON

### CLASIFICACIÓN INICIAL DE NEUMONÍA



### 3. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE DIARREA PERSISTENTE

**DIARREA PERSISTENTE 5 DÍAS DESPUÉS**

- Examinar al niño para determinar si presenta signos generales de peligro.
- Evaluar al niño para determinar si tiene DIARREA.

<p><b>PREGUNTAR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ¿Cesó la diarrea?</li> <li>● ¿Cuántas deposiciones tiene en 24 horas?</li> <li>● ¿Está recibiendo las vitaminas y Minerales, incluyendo zinc?</li> </ul>	<p><b>OBSERVAR Y EXPLORAR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Determinar el estado general del niño: ¿Está alerta; intranquilo o irritable; letárgico o inconsciente?</li> <li>● Los ojos están normales o hundidos.</li> <li>● Cuando se le ofrece agua o solución de SRO para beber, ¿la toma normalmente o la rechaza?, ¿la toma con avidez o es incapaz de beber debido al estado de letargia o de coma?</li> <li>● La turgencia cutánea: ¿Se recupera el pliegue cutáneo de inmediato, lentamente o muy lentamente (más de 2 segundos)?</li> </ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ESTÁ IGUAL**

**ESTÁ MEJOR**

Una de las siguientes:

- Continúa con deposiciones líquidas, más de 3 por día.
- Tiene deshidratación.
- Tiene algún signo de peligro.

- Todas las siguientes:
- Tiene menos de 3 deposiciones líquidas por día.
- Come mejor y observa mejor.

- Tratar la deshidratación antes de enviar al hospital, a menos que tenga otra clasificación grave.
- Referir al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte "REFIERA".

- Continuar administrando las vitaminas y minerales incluyendo zinc hasta completar 14 días.
- Continuar las recomendaciones de alimentación recomendadas para la edad.
- Enseñar medidas preventivas específicas.
- Asegurar consulta de crecimiento y desarrollo.



## 4. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE DISENTERÍA

### DISENTERÍA 2 DÍAS DESPUÉS

- Examinar al niño para determinar si presenta signos generales de peligro.
- Evaluar al niño para determinar si tiene DIARREA.

#### PREGUNTAR:

- ¿Disminuyeron las deposiciones?
- ¿Hay menos sangre en las heces?
- ¿Bajo la fiebre?
- ¿Disminuyó el dolor abdominal?
- ¿Se está alimentando mejor?

#### OBSERVAR Y EXPLORAR:

- Determinar el estado general del niño: ¿Está alerta; intranquilo o irritable; letárgico o inconsciente?
- ¿Los ojos están normales o hundidos?
- Cuando se le ofrece agua o solución de SRO para beber, ¿la toma normalmente o la rechaza?, ¿la toma con avidez o es incapaz de beber debido al estado de letargia o de coma?
- La turgencia cutánea: ¿Se recupera el pliegue cutáneo de inmediato, lentamente o muy lentamente (más de 2 segundos)?

### ESTÁ IGUAL O PEOR

Uno de los siguientes:

- Persisten deposiciones líquidas con sangre abundante.
- Continúa la fiebre.
- Hay signos de peligro.
- Dolor abdominal.

- Tratar la deshidratación antes de enviar al hospital a menos que tenga otra clasificación grave.
- Referir al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte "REFIERA".
- Continuar administrando antibiótico, hasta ingreso al hospital.

### ESTÁ MEJOR

Todos los siguientes:

- Hay disminución del número de deposiciones y hay menos sangre.
- Ha mejorado la fiebre.
- Hay menos dolor.
- Está comiendo mejor.

- Continuar el antibiótico hasta completar 5 días.
- Enseñar medidas preventivas específicas.
- Asegurar consulta de crecimiento y desarrollo.

## 5. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO INTERMEDIO

### ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO INTERMEDIO 2 DÍAS DESPUÉS

- Examinar al niño para determinar si presenta signos generales de peligro.
- Evaluar al niño para determinar si tiene FIEBRE.

**PREGUNTAR:**

- ¿Continúa la fiebre?
- ¿Hay otros signos de enfermedad?

**OBSERVAR Y EXPLORAR:**

- Observar el aspecto: ¿es tóxico? o ¿tiene apariencia de enfermo grave para el profesional?
- Evaluar la actitud y respuesta frente al estímulo social.
- Evaluar las características de la piel.
- Determinar si hay manifestaciones de sangrado.
- Evaluar el estado de hidratación.
- Presencia de erupción cutánea generalizada.
- Determinar si tiene rigidez de nuca.
- Evaluar si hay otros signos de enfermedad.

**ESTÁ PEOR**

- Presenta signos de peligro o signos para clasificarse como ENFERMEDAD FEBRIL DE ALTO RIESGO.

- Referir al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte "REFIERA".
- Iniciar antibiótico.

**ESTÁ IGUAL**

Todos los siguientes:

- Persiste la fiebre.
- No presenta signos de peligro.
- No presenta signos para clasificarse como ENFERMEDAD FEBRIL ALTO RIESGO.

- Tiene otra causa de la fiebre, trátela.
- Si > 7 días con fiebre, referir para estudio hospitalizado.
- Si <7 días y tiene signos para clasificarse como ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO INTERMEDIO, solicite CH, PCR y P de O y trate según resultado.
- Si <7 días de fiebre y se clasifica como ENFERMEDAD FEBRIL DE BAJO RIESGO y no hay causa de la fiebre, observe en casa 48 horas más y vuelva a realizar control.
- Recuerde a la madre signos de alarma para volver de inmediato.

**ESTÁ MEJOR**

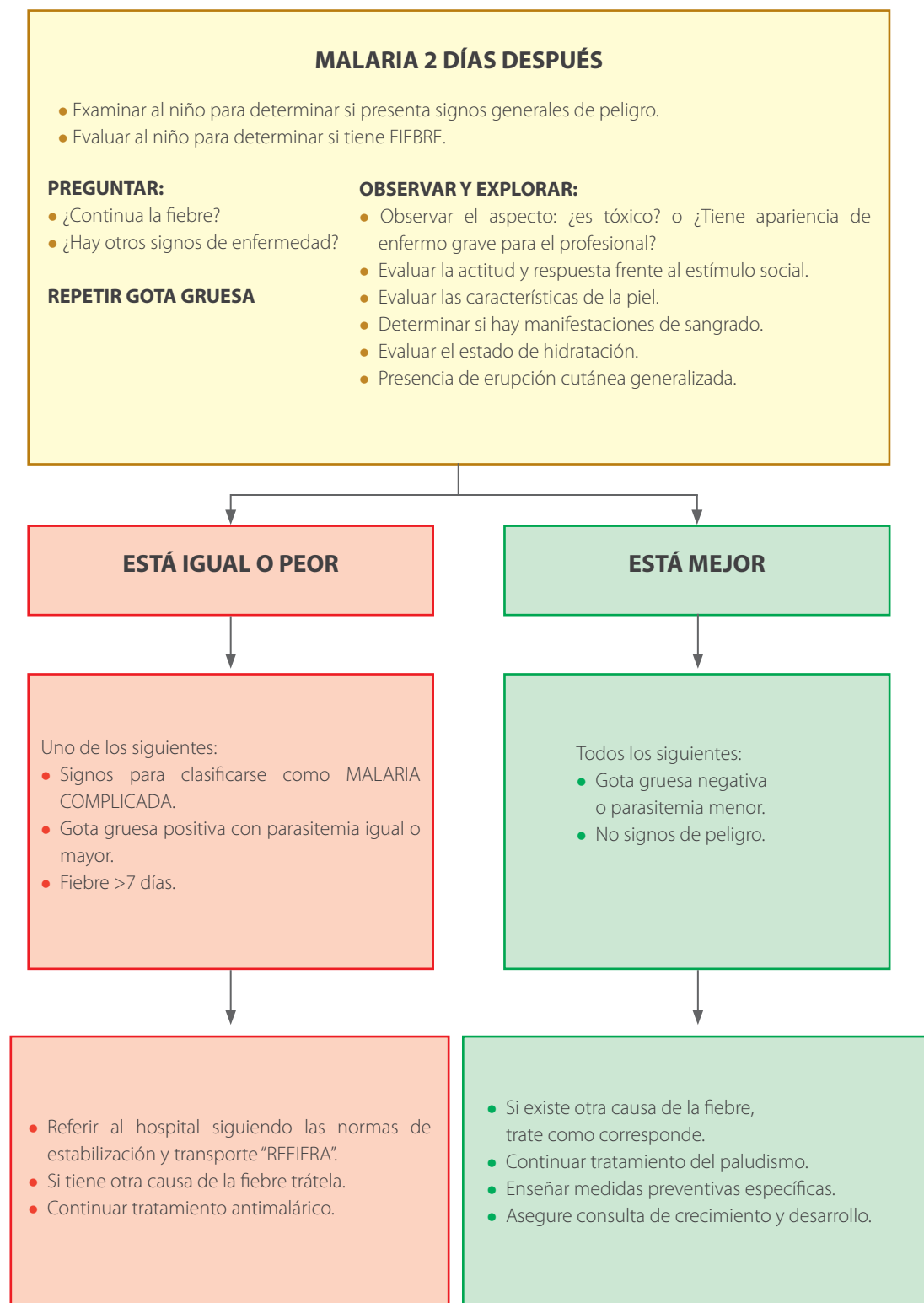
Todos los siguientes:

- No presenta signos de peligro ni signos de ENFERMEDAD FEBRIL DE ALTO RIESGO.
- La fiebre cedió.
- Está comiendo mejor.

- Tiene otra causa de la fiebre, trátela.
- Enseñar medidas preventivas específicas.
- Asegurar consulta de crecimiento y desarrollo.



## 6. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE MALARIA



## 7. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA

### DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA 24 HORAS DESPUÉS

- Examinar al niño para determinar si presenta signos generales de peligro.
- Evaluar al niño para determinar si tiene FIEBRE.

**PREGUNTAR:**

- ¿Continúa la fiebre?
- Si cedió la fiebre: ¿Cuándo?
- ¿Hay otros signos de enfermedad?
- ¿Presenta dolor abdominal intenso?
- ¿Tiene vómito persistente?
- ¿Tiene diarrea?
- ¿Ha disminuido la cantidad de orina?

**TOMAR CUADRO HEMÁTICO:**

- Leucopenia.
- Trombocitopenia.
- Aumento hematocrito 20%.

**OBSERVAR Y EXPLORAR:**

**Signos de alarma:**

- Somnolencia y/o irritabilidad.
- Hipotensión postural/lipotimias.
- Hepatomegalia dolorosa > 2 cm.
- Hemorragias en mucosas.

**Signos de gravedad:**

- Extravasación severa de plasma (ascitis, derrame pleural, edemas).
- Hemorragias severas.

**ESTÁ PEOR**

- Uno de los siguientes:
- Presenta algún signo de alarma.
  - Presenta algún signo de gravedad.
  - Tiene algún signo de peligro.

- Referir al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte "REFIERA".
- Iniciar líquidos intravenosos según cuadro de tratamiento.

**ESTÁ IGUAL**

- Todos los siguientes:
- No presenta signos de alarma ni signo de gravedad.
  - Persiste la fiebre o cedió la fiebre en las últimas 48 horas.

- Asegurar adecuada hidratación oral.
- Enseñar o recordar los signos de alarma.
- Continuar manejo de fiebre con Acetaminofén.
- Control en 24 horas, hasta 2 días después de ceder la fiebre.

**ESTÁ MEJOR**

- Todos los siguientes:
- No presenta signos de alarma ni de gravedad.
  - Cedió la fiebre hace >3 días.
  - Está comiendo mejor y se siente mejor.

- Explicar a la madre que puede persistir inapetencia por 2 semanas.
- Asegurar adecuada alimentación.
- Enseñar medidas preventivas específicas.
- Asegurar control de crecimiento y desarrollo.





## 8. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE OTITIS MEDIA AGUDA U OTITIS MEDIA RECURRENTE

### OTITIS MEDIA AGUDA U OTITIS MEDIA RECURRENTE 2 DÍAS DESPUÉS

- Examinar al niño para determinar si presenta signos generales de peligro.
- Evaluar al niño para determinar si tiene PROBLEMAS DEL OÍDO.

#### PREGUNTAR:

- ¿Tiene dolor de oído?
- ¿Le está supurando el oído?

#### OBSERVAR Y PALPAR:

- Observar si hay supuración de oído.
- Observar si el tímpano está rojo y abombado.
- Palpar para determinar si hay inflamación dolorosa detrás de la oreja.

#### ESTÁ PEOR

- Tumefacción dolorosa al tacto, detrás de la oreja.

- Referir al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte "REFIERA".
- Iniciar antibiótico para tratar MASTOIDITIS.

#### ESTÁ IGUAL

- Persiste supuración y/o dolor de oído.

- Preguntar si está recibiendo el antibiótico; si no lo ha recibido, iniciar el tratamiento.
- Si recibe el antibiótico adecuadamente referir a consulta por pediatra.
- Continuar igual tratamiento antibiótico.

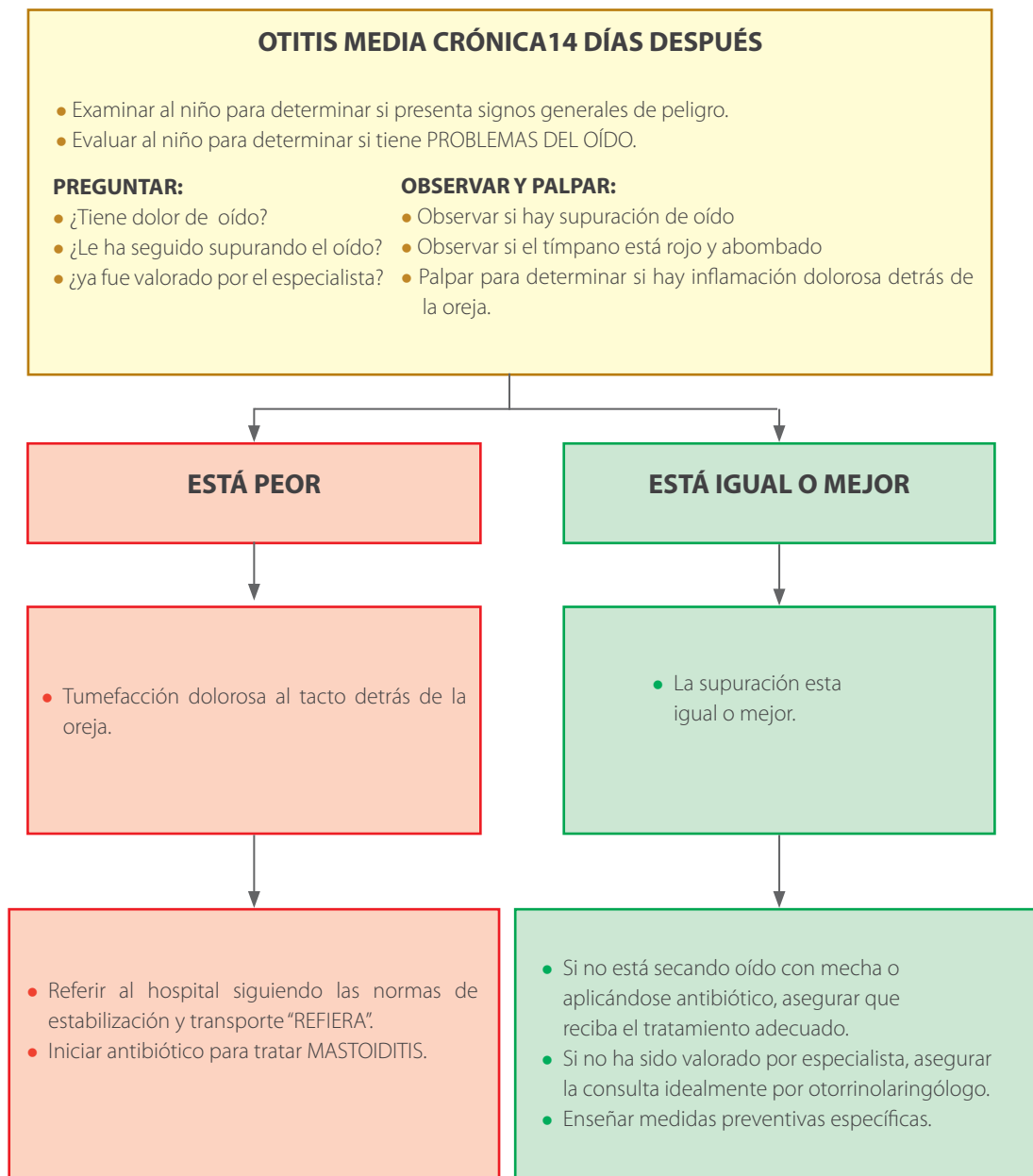
#### ESTÁ MEJOR

- Mejora la supuración y el dolor.

- Continuar antibiótico formulado por 10 días.
- Si es OTITIS MEDIA RECURRENTE, asegurar consulta especializada con pediatra u otorrino.
- Enseñar medidas preventivas específicas.
- Asegurar consulta de crecimiento y desarrollo.



## 9. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE OTITIS MEDIA CRÓNICA



## 10. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE DESNUTRICIÓN

### PROBLEMA DEL CRECIMIENTO 7 DÍAS DESPUÉS

- Examinar al niño para determinar si presenta signos generales de peligro.
- Evaluar EL CRECIMIENTO DEL NIÑO.

#### PREGUNTAR:

- ¿Cómo está comiendo el niño?
- ¿Ha tenido problemas con los cambios de la alimentación?

#### OBSERVAR Y PALPAR:

- Observar cómo es la apariencia del niño.
- Determinar si hay emaciación.
- Verificar si hay edema en ambos pies.

#### En el niño menor de 2 años:

- Determinar el peso para la edad.
- Determinar la talla para la edad.
- Determinar el peso para la talla.
- Determinar IMC.
- Determinar la tendencia del peso.

#### En el niño de 2 a 5 años:

- Determinar peso para talla.
- Determinar talla para edad.
- Índice masa corporal.
- Determinar la tendencia del peso.

- Refuerce los cambios alimentarios realizados en la consulta inicial y resuelva los problemas que se le presenten a la madre.
- Asegure que haya recibido la vitamina A y el albendazol.
- Asegure que se encuentre recibiendo Zinc y micronutrientes.
- Asegure consulta externa de pediatría y nutrición.
- Vigile signos de alarma.
- Controle cada 7 días hasta que inicie recuperación. Usted observe que la madre realiza los cambios en alimentación recomendados y que el niño no tiene otra enfermedad asociada.
- Luego continúe controles cada 30 días.



## 11. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA LA NIÑA O EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE OBESO

### OBESO14 DÍAS DESPUÉS

- Examinar al niño para determinar si presenta signos generales de peligro.
- Evaluar EL CRECIMIENTO DEL NIÑO.

#### PREGUNTAR:

- ¿Cómo está comiendo el niño?
- ¿Ha tenido problemas con los cambios en la alimentación?
- ¿Ha hecho ejercicio?

#### OBSERVAR Y PALPAR:

- Observar cómo es la apariencia del niño.
- Determinar si hay emaciación.
- Verificar si hay edema en ambos pies.

#### En el niño menor de 2 años:

- Determinar el peso para la edad.
- Determinar la talla para la edad.
- Determinar el peso para la talla.
- Determinar IMC.
- Determinar la tendencia del peso.

#### En el niño de 2 a 5 años:

- Determinar peso para talla.
- Determinar talla para edad.
- Índice masa corporal.
- Determinar la tendencia del peso.

- Busque signos de enfermedad asociada a la obesidad y trátela.
- Pregunte si está asistiendo a consulta de pediatría y nutrición, refuerce la importancia de estas consultas, pregunte por las recomendaciones que le han hecho en dichas consultas y si las está cumpliendo.
- Ayude a la madre a resolver los problemas encontrados, converse con el niño.
- Pregunte a la madre si está practicando algún deporte, si corresponde.
- Pese el niño y continúe controles cada 14 días, hasta observar que el peso deja de aumentar y la tendencia sea adecuada, y que existen hábitos saludables de alimentación que los cumple toda la familia.



## 12. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN

### RIESGO DE PROBLEMA DE CRECIMIENTO 14 DÍAS DESPUÉS

- Examinar al niño para determinar si presenta signos generales de peligro.
- Evaluar EL CRECIMIENTO DEL NIÑO.

#### **PREGUNTAR:**

- ¿Cómo está comiendo el niño?
- ¿Ha tenido problemas con los cambios en la alimentación?

#### **OBSERVAR Y PALPAR:**

- Observar cómo es la apariencia del niño.
- Determinar si hay emaciación.
- Verificar si hay edema en ambos pies.

#### **En el niño menor de 2 años:**

- Determinar el peso para la edad.
- Determinar la talla para la edad.
- Determinar el peso para la talla.
- Determinar IMC.
- Determinar la tendencia del peso.

#### **En el niño de 2 a 5 años:**

- Determinar peso para talla.
- Determinar talla para edad.
- Índice masa corporal.
- Determinar la tendencia del peso.

- Refuerce los cambios alimentarios realizados en la consulta inicial y resuelva los problemas que se le presenten a la madre.
- Asegure que haya recibido la vitamina A y el Albendazol.
- Asegure que se encuentre recibiendo zinc.
- Asegure consulta externa de pediatría y nutrición.
- Vigile signos de alarma.
- Controle cada 14 días hasta que inicie recuperación, usted observe que la madre realiza los cambios en alimentación recomendados y el niño no tiene otra enfermedad asociada.
- Luego continúe controles cada 30 días.

## 13. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE SOBREPESO

### SOBREPESO 21 DÍAS DESPUÉS

- Examinar al niño para determinar si presenta signos generales de peligro.
- Evaluar EL CRECIMIENTO DEL NIÑO.

#### PREGUNTAR:

- ¿Cómo está comiendo el niño?
- ¿Ha tenido problemas con los cambios en la alimentación?
- ¿Ha hecho ejercicio?

#### OBSERVAR Y PALPAR:

- Observar cómo es la apariencia del niño.
- Determinar si hay emaciación.
- Verificar si hay edema en ambos pies.

#### En el niño menor de 2 años:

- Determinar el peso para la edad.
- Determinar la talla para la edad.
- Determinar el peso para la talla.
- Determinar IMC.
- Determinar la tendencia del peso.

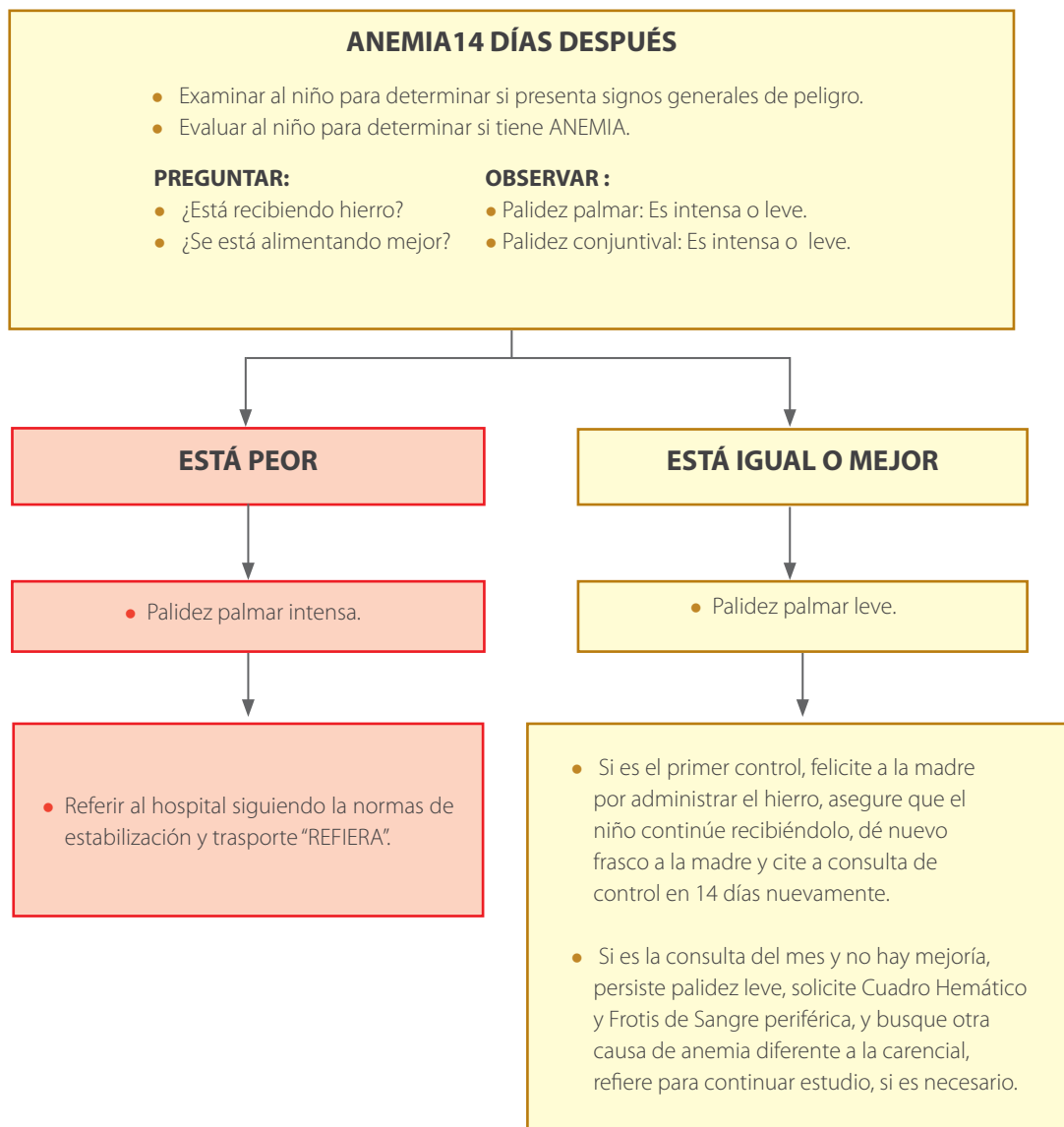
#### En el niño de 2 a 5 años:

- Determinar peso para talla.
- Determinar talla para edad.
- Índice masa corporal.
- Determinar la tendencia del peso.

- Pregunte sobre los hábitos alimentarios, cómo han funcionado los cambios, si los cumple toda la familia.
- Pregunte sobre el ejercicio físico y modificación de hábitos sedentarios.
- Pregunte si hay aceptación en la familia al cambio en hábitos.
- Refuerce la importancia que tiene cumplir con los buenos hábitos, ayude a la madre a resolver los problemas que se presenten y felicítela por los cambios hechos y por volver a control.
- Pregunte si está asistiendo a consulta de pediatría y nutrición, refuerce la importancia de estas consultas, pregunte por las recomendaciones de las mismas, si las está cumpliendo.
- Pese el niño y continúe controles cada 21 días por 3 meses, hasta observar que el peso deja de aumentar y la tendencia sea adecuada, y que existen hábitos saludables de alimentación que los cumple toda la familia.



## 14. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE ANEMIA



## 15. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE ALERTA PARA EL DESARROLLO

### ALERTA PARA EL DESARROLLO 30 DÍAS DESPUÉS

- Examinar al niño para determinar si presenta signos generales de peligro.
- Evaluar al niño para determinar si tiene problema del desarrollo.

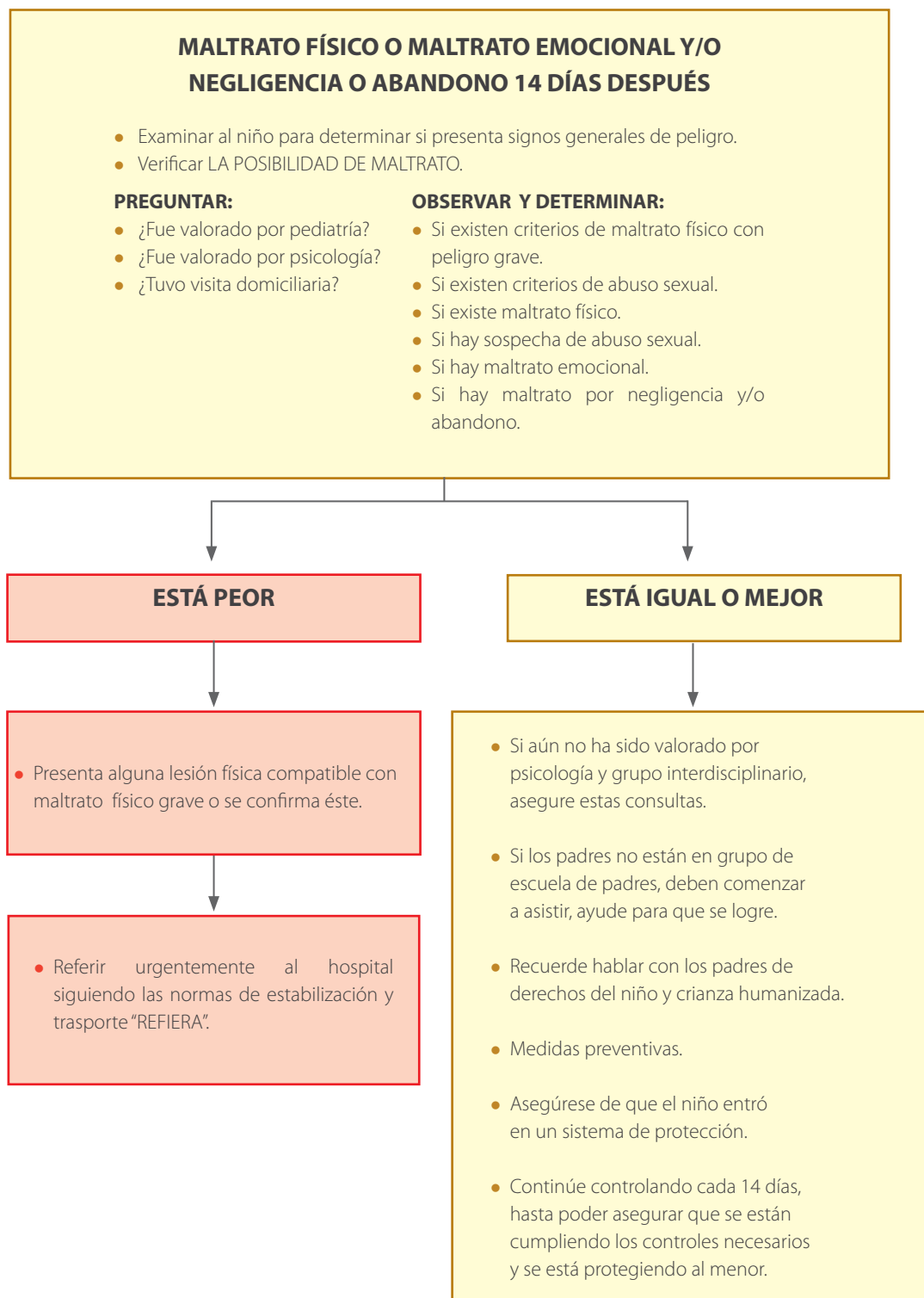
### EVALÚE EL DESARROLLO SEGÚN SU EDAD

- Si realiza todos los ítems para su grupo de edad, felicite a la madre y oriente para que continúe estimulando al niño, y asegure continuar controles de crecimiento y desarrollo.
- Si aún no cumple con todos los ítems, se clasifica todavía como riesgo de problema del desarrollo, refiera a especialista para una valoración y definir plan de estudio a seguir. Explique a la madre que debe continuar estimulando a su hijo.

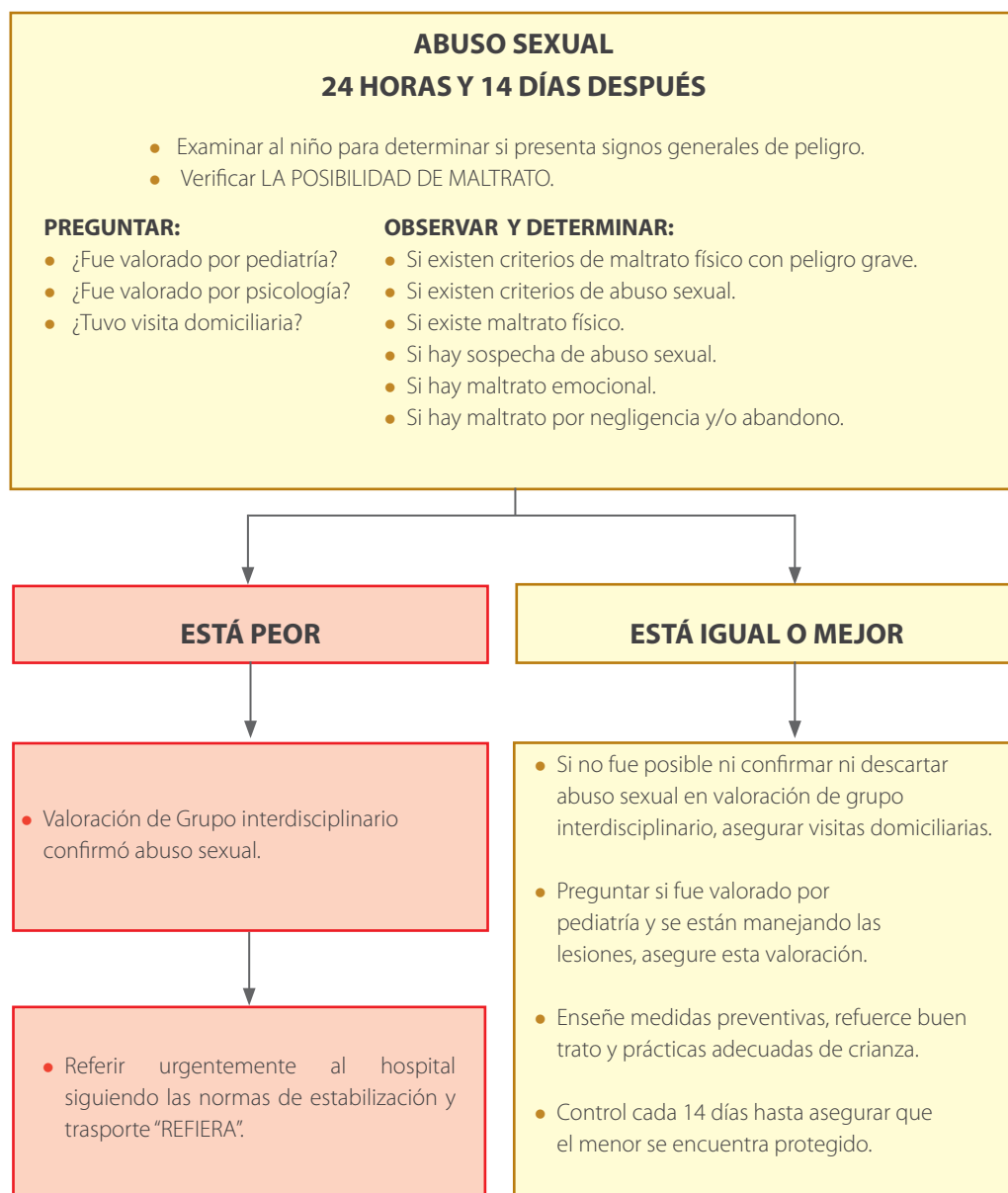




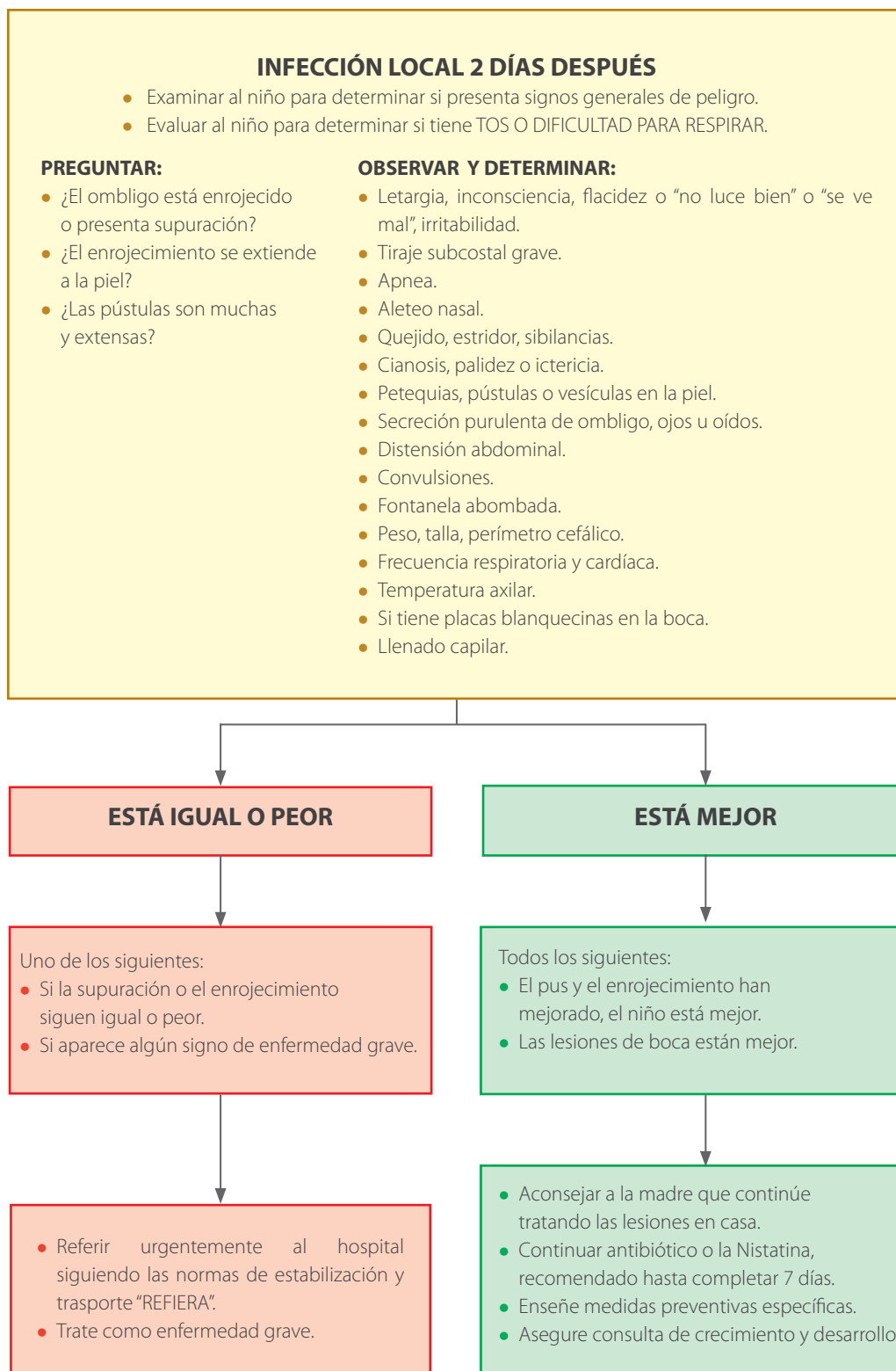
## 16. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE MALTRATO FÍSICO O MALTRATO EMOCIONAL Y/O NEGLIGENCIA O ABANDONO



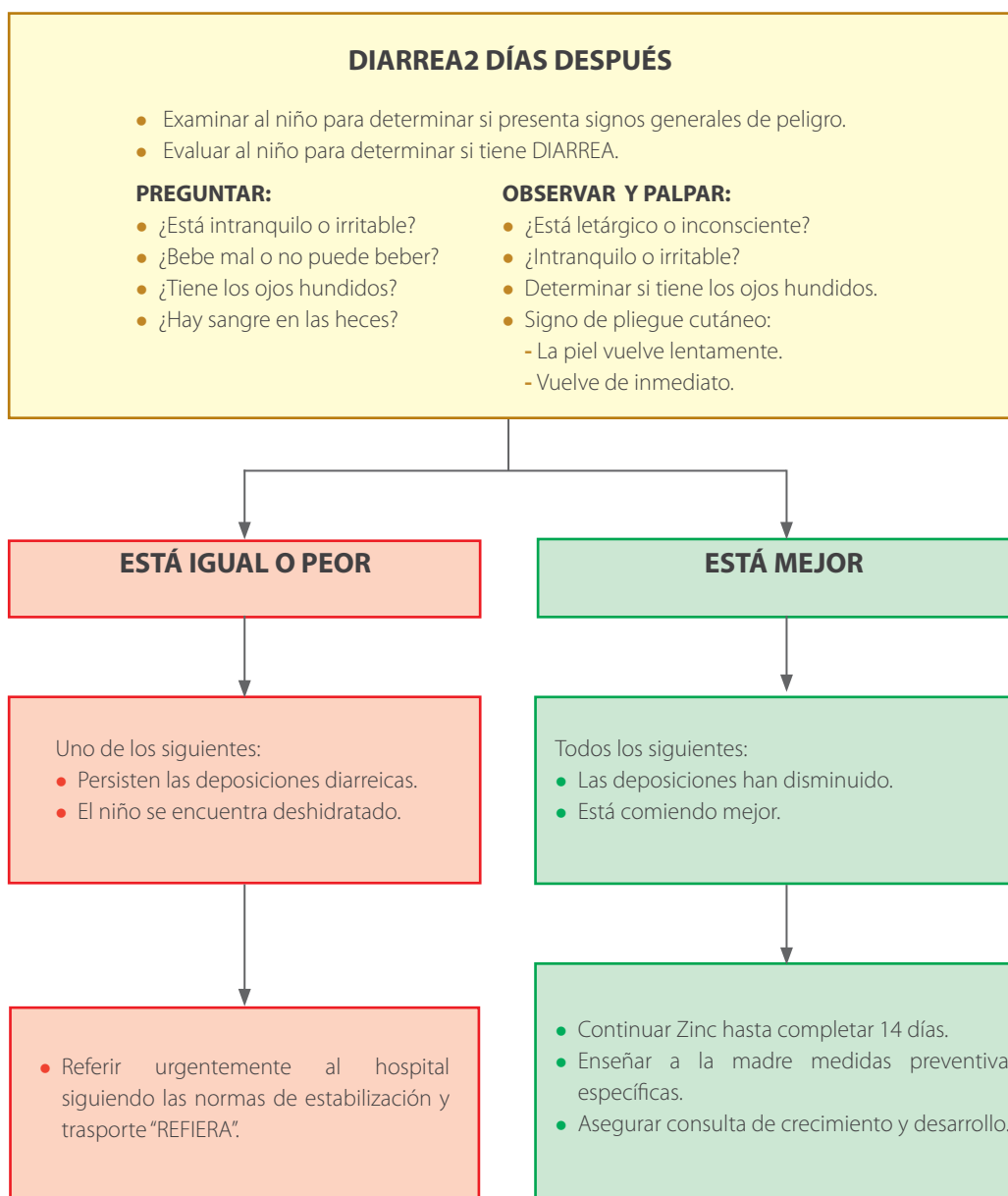
## 17. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL



## 18. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE INFECCIÓN LOCAL



## 19. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE DIARREA



## 20. CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO CON CLASIFICACIÓN INICIAL DE PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN, PESO BAJO O RIESGO

### PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN O PESO BAJO -EDAD 2 DÍAS DESPUÉS

- Examinar al niño para determinar si presenta signos generales de peligro.
- Evaluar al niño para determinar si tiene PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN.

#### PREGUNTAR:

- Pregunte sobre el problema de alimentación detectado en la primera consulta.

#### OBSERVAR Y DETERMINAR:

- Peso para la edad.
- Agarre y posición en el amamantamiento.
- Succión eficaz.

#### EL NIÑO LOGRA BUEN AGARRE SI:

- Toca el seno con el mentón.
- Tiene la boca bien abierta.
- Tiene el labio inferior volteado hacia afuera.
- La areola es más visible por encima de la boca que por debajo.

#### EL NIÑO SUCCIONA BIEN SI:

- Succiona en forma lenta y profunda con pausas ocasionales.

#### ESTÁ PEOR

Uno de los siguientes:

- El niño tiene algún signo de peligro.
- Su peso continúa en descenso.

- Referir urgentemente al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte "REFIERA".

#### ESTÁ IGUAL

- Si el peso del menor es bajo para la edad, decir a la madre que vuelva 7 días después para determinar si el niño ha aumentado de peso.
- Si aún se detecta algún problema de alimentación, enseñe a la madre cómo corregirlo y cite a control en 7 días para evaluar su evolución.

#### ESTÁ MEJOR

- Se corrigió el problema de alimentación, el lactante se alimenta adecuadamente con leche materna y está ganando peso;continuar controles de crecimiento y desarrollo.
- Enseñar medidas preventivas específicas.

## FINAL

Este manual fue realizado para todos los profesionales que quieran salvar a los niños, para aquellos que aún lloran cuando un niño muere en su institución, para los que quieren ver crecer a los niños saludables y para los que aún sueñan con ayudar a la población colombiana, con modificar las estadísticas de morbilidad y los que quieren mejorar la comunidad en la que están trabajando y dejar huella.

Estamos convencidos de que una **consulta integral** en cada contacto del niño con los servicios de salud y profesionales, dedicados a enseñar prevención y a promocionar prácticas saludables, modificará el futuro de los niños.

Esperamos que usted se comprometa con los niños y le damos las gracias de parte de todos aquellos niños a los que usted les está dando la posibilidad de una vida más sana.

**“Siempre se ha hecho énfasis en el factor tiempo;  
la prisa es el peor enemigo de la medicina,  
no se debe correr durante toda la consulta:  
se debe delegar lo delegable,  
simplificar lo simplificable  
y dedicarse con suficiente calma  
a lo que es imprescindible”**

**Ernesto Plata Rueda**

**“Las grandes obras las sueñan los santos locos,  
las construyen los luchadores natos,  
las aprovechan los cuerdos  
y las critican los inútiles crónicos”**

**El Loco Quinche**









**REFERENCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS**





1. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos 2009, Situación de Salud en Colombia; 2009.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Indicadores Basicos 2012, Situación de Salud en Colombia; 2012.
3. Consenso de la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica (SLIPE). Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) [Internet]. 2015 [citado 27 de Oct 2015]; 24 (94):3-23. Disponible en: [http://www.slipe.org/pdf/ConsensoNACninosSLIPE\\_8sept2010.pdf](http://www.slipe.org/pdf/ConsensoNACninosSLIPE_8sept2010.pdf)
4. Global initiative for asthma (GINA). Estrategia global para el manejo y la prevención del asma [Informe GINA]. 2014.
5. Roberts, K. B., et al. (2011). Urinary tract infection: clinical practice guideline for the diagnosis and management of the initial UTI in febrile infants and children 2 to 24 months. Pediatrics. 2011; 128 (3):595-610.





- 6.** OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Suiza. Departamento de Nutricion; 2006 [citado 25 Oct 2015]. Patrones de crecimiento infantil de la OMS; [Disponible en: [http://www.who.int/childgrowth/standards/tr\\_summary\\_spanish\\_rev.pdf?ua=1](http://www.who.int/childgrowth/standards/tr_summary_spanish_rev.pdf?ua=1)
- 7.** Ministerio de la Protección Social [Internet]. Colombia; 2010 [citado 25 Oct 2015]. Resolución 2121 de 2010, Anexo Técnico; Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202121%20de%202010.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202121%20de%202010.pdf)
- 8.** ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [Internet]. Colombia: ICBF; 2014 [Actualizado 25 Oct 2015; citado 25 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/ENSIN1>
- 9.** Lejarraga H. Comité Nacional de Crecimiento y desarrollo. Sociedad Argentina de Pediatría. 2001: 11-14.
- 10.** Louise Arbour, Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
- 11.** UNICEF [Internet].Madrid: UNICEF Comité Español; 1989 [Actualización Jun 2006; citado 25 Oct 2015]. Convencion sobre los derechos del niño; 7-48. Disponible en: [https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN\\_06.pdf](https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf)







Organización Panamericana de la Salud, 2015  
Calle 66 No.11-50, piso 6 Bogotá, D.C., Colombia  
Tel.: +57-1 3144141  
Fax: +57-1 7455381

 PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

 MINSALUD

 de cero Siempre

 SCP  
Sociedad Colombiana de Pediatría

 aiapi

 AIEPI  
Pagar el año hoy que protegió hoy

 **TODOS POR UN NUEVO PAÍS**  
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

 Organización Panamericana de la Salud

 Organización Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas