

MANUAL DE

# ATENCIÓN INTEGRADA

A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA **INFANCIA**  
EN ARGENTINA



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud



Traducción y Adaptación:  
**Dra. María Luisa Celadilla, Dra. Isabel Maza**  
(Departamento de Pediatría, Universidad de Buenos Aires),  
**Dr. Arnoldo Grosman**  
(Departamento de Salud Materno Infantil, Universidad Maimónides)

Adaptación del **IMCI Handbook**. WHO/FCH/CAH 2000

Diseño y Diagramación:  
**Marcela Gentili**

---

Impreso en **Argentina**



**MANUAL DE ATENCIÓN INTEGRADA A LAS  
ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA  
INFANCIA EN ARGENTINA  
PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA**



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

*Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud*



**aiapi**

Organización Panamericana de la Salud. Programa AIEPI  
*Manual de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en Argentina  
para estudiantes de medicina.*

Washington, D.C: OPS, ©2005.

ISBN 92 75 32600 2

I. Título

1. ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD
2. MORTALIDAD INFANTIL
3. BIENESTAR DEL NIÑO
4. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
5. NIÑO
6. ARGENTINA

NLM WA320

© Organización Panamericana de la Salud, 2005  
525 Twenty-third Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037

ISBN 92 75 32600 2

**Todos los derechos reservados.** Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio electrónico, mecánico, fotocopiador, registrador, etcétera, sin permiso previo por escrito de la Organización Panamericana de la Salud.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

Este libro está especialmente destinado a los estudiantes, trabajadores y profesionales de salud en Argentina y se distribuye a través del **Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX)** de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas para la promoción de la salud de sus habitantes, y de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación. Se deja constancia de que este programa está siendo ejecutado con la cooperación financiera del Banco Interamericano de Desarrollo.

## Agradecimientos:

En el 2002 comenzó el proceso de adaptación y actualización de los materiales genéricos de capacitación en la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia diseñados por OPS/UNICEF para estudiantes de grado. Esta estrategia fue incorporada para estudiantes de pregrado como proyecto docente asistencial en la materia Pediatría de la carrera de Medicina de la UBA y de otras facultades de medicina. No obstante, debe mencionarse que previamente, en nuestro país, un grupo de expertos designado como Comisión Asesora de la Dirección de Salud Materno Infantil fue quien realizó la primera adaptación de los materiales de capacitación de la estrategia AIEPI, de acuerdo a la Resolución 73 de la Secretaría de Programas de Salud (Junio 1997), los que son utilizados hasta la actualidad.

En la confección del presente manual para estudiantes de medicina, intervinieron profesores, auxiliares docentes, jefes de trabajos prácticos, docentes y pedagogas de las diferentes cátedras de pediatría de diversas facultades de medicina de nuestro país, tanto públicas como privadas. Gracias a la valiosa colaboración de dichos profesionales y a sus instituciones de pertenencia, a los talleres de capacitación y aprendizaje de la estrategia, a las prácticas en terreno, a los numerosos seminarios de enseñanza de la pediatría que incluyeron la discusión de dicha estrategia, a las reuniones con pediatras extranjeros y nacionales y a las innumerables reuniones de consenso se pudo lograr el diseño y adaptación de este manual y que se constituye como el primer manual para estudiantes de medicina, para las futuras actualizaciones y adaptaciones que fueran necesarias para mejorar la enseñanza aprendizaje en la materia Pediatría.

Participaron de este consenso:

**DOCTORES:**

**María Luisa Celadilla, UBA**  
**Isabel Maza, UBA**  
**Arnoldo Grosman, U. Maimónides**  
**Carlos Needleman, UBA**  
**Jorge Murno, UBA**  
**Oswaldo Blanco, UBA**  
**Horacio Repetto, UBA**  
**Gustavo Logarzo, UBA**  
**Mónica Dastugue, UBA**  
**Adalberto Palazzi, UNR**  
**Mirta Vautier, UBA**  
**Maria Isabel Renny, UNR**  
**Raquel Wainsztein, UBA**  
**Pedro Armellini, U. Católica de Córdoba**  
**Eduardo J. Urman, U. Maimónides**  
**Andres Gomilla, U. Católica de Córdoba**  
**Julieta Lombardi, U. Maimónides**  
**Pedro Moya, UNC**  
**Oswaldo Aranda, UBA**  
**Susana Miceli, UNT**  
**Silvana Folgueral, UBA**  
**Celia Bordin, UN Cuyo**  
**Alberto Rodríguez Pérez, UBA**  
**Carlos Civetta, UNNE**  
**Gustavo Aprigliano, UBA**  
**Samuel Blunvstein, UNNE**  
**Angel Piacentini, UBA**  
**Lidia Sanchez, UBA**  
**Jorge Martinez, U. Salvador**  
**Juan José Reboiras, UBA**  
**Jorge Buraschi, UBA**  
**Germán Falke, UBA**  
**Adolfo Koltan, UBA**  
**Daniel Quiroga, UNC**  
**Marta Bina de Estrada, U. Adventista del Plata**  
**Alberto Pantanalli, UNNE**  
**Juan Manuel Olcese, UBA**

Y la colaboración de muchos otros docentes más...  
Agradecemos también la valiosa colaboración del Dr. Rolando Cerezo Mulet,  
Consultor Regional de AIEPI, en la revisión del presente manual  
y sus recomendaciones.

## INDICE

OBJETIVOS DEL MANUAL _____	11
INTRODUCCIÓN _____	13
<b>AIEPI EN LA REGIÓN DE LAS AMERICAS</b> _____	14
<b>ARGENTINA</b> _____	16

### **CAPÍTULO 1** \_\_\_\_\_ **23**

El Proceso de Atención Integrada \_\_\_\_\_ 25

Estrategia AIEPI: Pasos a seguir para la atención integrada del niño \_\_\_\_\_ 26

1. Cómo seleccionar formularios de registro de casos apropiados  
para la atención integrada \_\_\_\_\_ 28

2. Cómo utilizar los cuadros de procedimientos y  
los formularios de registro de casos \_\_\_\_\_ 30

2.1 Evaluar y Clasificar \_\_\_\_\_ 30

2.2 Determinar tratamiento \_\_\_\_\_ 32

2.3 Tratar al niño \_\_\_\_\_ 33

2.4 Aconsejar a la madre \_\_\_\_\_ 33

2.5 Proporcionar atención de seguimiento \_\_\_\_\_ 35

### **CAPÍTULO 2** \_\_\_\_\_ **37**

Evaluar y Clasificar al niño menor de 2 meses \_\_\_\_\_ 39

2. Evaluar y Clasificar al lactante menor de 2 meses de vida \_\_\_\_\_ 40

2.1 Evaluar y determinar el riesgo de los antecedentes perinatales \_\_\_\_\_ 40

2.2 Evaluar y clasificar si el lactante menor de 2 meses  
tiene una enfermedad grave o una posible infección grave \_\_\_\_\_ 42

2.3 Evaluar, clasificar y determinar si el lactante tiene ictericia \_\_\_\_\_ 51

2.4 Cómo verificar si existen problemas de alimentación \_\_\_\_\_ 55

<b>2.5</b>	Verificar el estado de vacunación del niño _____	60
<b>2.6</b>	Determinar el tratamiento apropiado y tratar al niño menor de 2 meses de vida _____	61
<b>2.7</b>	Enseñar la técnica (posición y prendida) correctos para la lactancia _____	67
<b>2.8</b>	Recomendaciones sobre otros problemas de alimentación ____	69
<b>2.9</b>	Inmunice a todos los lactantes menores de 2 meses que lo necesiten _____	70
<b>2.10</b>	Alimentos y líquidos _____	70
<b>2.11</b>	¿Cuándo debe regresar? _____	70
<b>2.12</b>	Aconsejar a la madre sobre lactancia materna exclusiva ____	71
<b>2.13</b>	En caso de requerir la preparación de biberones con otras leches distintas a la materna, aconseje _____	72
<b>2.14</b>	Aconsejar a la madre o al acompañante sobre cuidados generales del recién nacido en casa _____	74
<b>2.15</b>	Visita de reevaluación y seguimiento del lactante menor de 2 meses _____	75
<b>2.16</b>	Visita de reevaluación y seguimiento para la moniliasis oral ____	75
<b>2.17</b>	Visita de reevaluación y seguimiento para la conjuntivitis ____	76
<b>2.18</b>	Visita de reevaluación y seguimiento para la ictericia leve o moderada _____	76
<b>2.19</b>	Visita de reevaluación y seguimiento para problemas de alimentación _____	77
<b>2.20</b>	Visita de reevaluación y seguimiento para el lactante con bajo peso o inadecuado progreso de peso _____	78
	<b>CASOS CLÍNICOS</b> _____	80



<b>CAPÍTULO 3</b>	<b>81</b>
Evaluar y Clasificar al niño enfermo de 2 meses a 4 años de edad	83
Introducción	83
Evaluar y Clasificar al niño enfermo de 2 meses a 4 años de edad	84
¿Qué hacer cuando viene un niño de 2 meses a 4 años a la consulta?	85
Verificar si existen signos generales de peligro	87
1. ¿Tiene el niño tos o dificultad respiratoria?	91
2. ¿Tiene el niño diarrea?	103
3. ¿Tiene el niño fiebre?	116
4. ¿Tiene el niño problemas de oído?	123
5. Evaluar y clasificar los problemas de garganta	127
6. ¿Tiene el niño desnutrición y anemia?	131
7. Verificar los antecedentes de vacunación del niño	143
8. Evaluar otros problemas	146
<b>CAPÍTULO 4</b>	<b>149</b>
Determinar el tratamiento y tratar a los niños de 2 meses a 4 años de edad	151
<b>CAPÍTULO 5</b>	<b>175</b>
Aconsejar a la madre	177
<b>CAPÍTULO 6</b>	<b>223</b>
Proporcionar atención de reevaluación y seguimiento a niños de 2 meses a 4 años de edad	225

## OBJETIVOS DEL MANUAL

Este manual ha sido diseñado para la capacitación de estudiantes de medicina y de todo personal de salud que brinde atención a niños menores de cinco años. El procedimiento de la estrategia **AIEPI** puede ser aplicado en los establecimientos de atención primaria, tales como los centros de salud y consultorios externos de los hospitales no especializados. En el mismo se utilizan los términos: "servicio de salud" para indicar dicho nivel de atención primaria; "niño o niños" para hacer mención a los niños de ambos sexos y "madre o persona a cargo del niño" es el término que incluye a toda aquella persona (madre, padre, tutor, etc) a cargo de la cual están los niños.

Este manual desarrolla el tratamiento de los niños enfermos de acuerdo a los cuadros de procedimientos de la atención integrada de casos.

### **DESEAMOS QUE EL MATERIAL INCLUIDO EN ESTE MANUAL LE PERMITA:**

- Incorporar AIEPI, como una herramienta útil para disminuir la morbimortalidad infantil, (en menores de cinco años) y mejorar las condiciones de salud de los niños.
- Comprender los objetivos de la estrategia **AIEPI**, y su importancia en la Región de las Américas y en Argentina.
- Adquirir las habilidades y destrezas en el manejo de la atención integrada de casos.
- Reconocer los diferentes formularios de registros y los distintos cuadros de procedimientos de **AIEPI**.
- Incorporar los conocimientos, habilidades y destrezas de **AIEPI**, para:
  - Evaluar signos y síntomas de las enfermedades y el estado de nutrición y vacunación del niño de hasta 5 años de edad así como la identificación de los antecedentes perinatólogicos de riesgo.
  - Clasificar la enfermedad, determinar el tratamiento y decidir si el niño o la madre necesitan derivación urgente.

- Reconocer la importancia de aplicar aquellos tratamientos que resultan fundamentales antes de la referencia del niño o de la madre al hospital o a un centro de mayor complejidad; así como las condiciones más adecuadas para su derivación y/o de los tratamientos que puedan ser realizados en el mismo servicio de salud (ej. terapia de rehidratación oral) e incorporar dichas habilidades y destrezas para realizarlo.
- Adquirir los conocimientos para un uso racional de antibióticos y evaluar al paciente en forma integrada y no exclusivamente en base a su motivo de consulta y evitar de esta forma la pérdida de oportunidades (vacunación, controles en salud, etc.).

## INTRODUCCIÓN

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes (**AIEPI**), es una estrategia diseñada por OPS/OMS para mejorar las condiciones de salud infantil en los países en desarrollo. Es una herramienta que permite reducir la morbimortalidad producida por determinado número de enfermedades o problemas prevalentes, y se constituye como una potencial puerta de entrada para mejorar progresivamente las condiciones de salud del niño. Se basa en criterios de gravedad y no en patologías específicas.

**AIEPI** es una estrategia útil para el diagnóstico precoz, tratamiento y derivación oportuna de las principales enfermedades prevalentes padecidas por los niños menores de 5 años de edad. A su vez, contribuye a mejorar las prácticas y habilidades familiares y comunitarias relacionadas con la atención del niño en el hogar. Puede considerarse al componente comunitario como un elemento fundamental para mejorar la salud infantil ya que promueve, entre otros, los hábitos saludables en la familia, el cuidado adecuado del niño (alimentación, abrigo y estimulación, etc.), la prevención de enfermedades, el asesoramiento para el correcto manejo de los episodios de enfermedad y la demanda oportuna de atención médica ante la identificación de los signos y síntomas de alarma.

**AIEPI** está orientada hacia la evaluación de la condición de salud de los niños y no solamente al motivo de consulta expresado por los padres o tutores del niño. A su vez es una herramienta potencial para: mejorar la habilidad del personal de salud para la atención de la niñez, fortalecer el funcionamiento adecuado de los servicios de salud y la adquisición de prácticas y habilidades adecuadas de la comunidad, evitar las oportunidades perdidas de prevención y tratamiento, contribuir eficazmente en el mejoramiento del crecimiento y desarrollo infantil, acelerar la velocidad de descenso de la mortalidad infantil y estimular el uso racional de medicamentos.

La modalidad de atención propuesta contempla la atención integral del niño menor de 5 años para la detección precoz y el tratamiento adecuado y oportuno de las enfermedades, permitiendo al personal de salud priorizar la atención sobre aquellos problemas más graves que afectan su salud y decidir las conductas acordes al mismo. Desarrolla los pasos a seguir cuando el niño necesita derivación urgente a un hospital y los tratamientos previos a administrar antes de la referencia. También contempla la utilización de diversas técnicas de comunicación para padres y otros responsables del cuidado del niño, que incidirán positivamente en la prevención de enfermedades, la atención adecuada en el hogar, la promoción de la lactancia materna y la extensión de la cobertura del esquema de vacunación. Una de las finalidades de la estrategia es que no haya oportunidades perdidas de atención o evaluación de otros problemas toda vez que el niño consulte a un servicio de salud. No obstante, no incluye la atención especial que deben recibir los niños que vuelven a la consulta por problemas crónicos o enfermedades poco frecuentes.

Complementando los contenidos y prácticas para la atención ambulatoria, la estrategia **AIEPI** ha incorporado procedimientos y prácticas para ser aplicados en los diferentes niveles de referencia y en alguno de los países de la región de las Américas se ha incorporado a la enseñanza del pre y post grado de las Escuelas de Medicina y de Enfermería y Nutrición.

Las facultades de medicina y las instituciones formadoras del personal de salud desempeñan un papel fundamental en el mejoramiento de la salud infantil y de la comunidad. Esto ha determinado que muchas de ellas incorporen la enseñanza de **AIEPI** dentro de su currícula o programas, ya sea como materia o bien incluida dentro de la materia Pediatría o en los internados rotatorios o pasantías del alumnado. Otras llevan a cabo estudios e investigaciones epidemiológicas u operativas que les permite analizar los problemas de la comunidad infantil y los beneficios de la estrategia.

## **AIEPI EN LA REGIÓN DE LAS AMERICAS**

OPS/OMS lanzó la estrategia **AIEPI** en la Región de las Américas en 1996. Hacia fines de 1999, y en base al perfil epidemiológico de morbimortalidad infantil, propuso la iniciativa Niños Sanos: La Meta 2002<sup>1,2</sup>, cuyo objetivo era evitar 100.000 muertes en menores de 5 años en la Región de las Américas.

Ese perfil demostró que aproximadamente una de cada tres muertes se producía por enfermedades infecciosas prevenibles y desnutrición, y que alrededor del 96% de las muertes se concentraba en países con tasas de mortalidad infantil de 20 o más por mil recién nacidos vivos. **AIEPI** fue la principal estrategia propuesta para alcanzar dicha meta.

Actualmente se puede considerar que la mortalidad disminuyó en los últimos años en los países de la Región de las Américas. No obstante, la velocidad de descenso no ha resultado satisfactoria en algunos países o en determinadas áreas dentro de los mismos, lo que contribuye a definir situaciones de inequidad en salud. Por otro lado, las enfermedades infecciosas, parasitarias y la desnutrición siguen contribuyendo a la mortalidad infantil y se han incrementado otras causas como las perinatales, los accidentes y el maltrato. De acuerdo al GATA (Grupo Asesor Técnico AIEPI/OPS), la estrategia **AIEPI** resulta ser una herramienta fundamental para cambiar esta situación, asegurar la supervivencia y mejorar las condiciones de crecimiento y desarrollo de la niñez.

---

1 Unidad AIEPI, Programa de enfermedades transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades. "Niños Sanos: la meta del 2.002". Meta Regional para el Año 2.002: Reducción de 100.000 muertes de niños menores de 5 años. Fundamentos y Justificación, abril 2.000

2 OPS. Lanzamiento de la Iniciativa Niños sanos: la meta del 2.002, Washington DC, EEUU, marzo 2000

En 1998, más de 50 países registraron una mortalidad infantil superior a 100 por 1000 nacidos vivos. Por otro lado, se consideró que en los países en desarrollo morían aproximadamente más de 10 millones de niños cada año, 7 de cada 10 de esas muertes se producirían por enfermedades respiratorias agudas (principalmente neumonía), diarrea, sarampión, malaria y desnutrición, y frecuentemente a la asociación de ellas.

En proyecciones basadas en los análisis de 1996, se consideró que la carga global de estas enfermedades indicaba que las mismas seguirán contribuyendo a la mortalidad infantil hasta el año 2020, a menos que se realicen esfuerzos significativos para controlarlas.

A pesar de los avances observados en la mayoría de los países, todos los años muchos niños y niñas son afectados por enfermedades que pueden ser fácilmente prevenibles. Algunos de ellos mueren a causa de estas enfermedades.

La diarrea y las enfermedades respiratorias, asociadas frecuentemente a deficientes condiciones nutricionales, son las principales causas de deterioro de la salud en la infancia. La diarrea puede ser fácilmente prevenida mediante prácticas adecuadas de higiene y alimentación durante la infancia y, en caso de ocurrir, puede ser tratada a muy bajo costo mediante una adecuada rehidratación y alimentación. Aunque la mayoría de las enfermedades respiratorias no pueden ser prevenidas, su duración y gravedad puede reducirse mediante prácticas adecuadas de cuidado en el hogar. Los casos de enfermedades respiratorias más graves, como la neumonía, pueden ser tratados en forma efectiva y económica si son diagnosticadas precozmente, tanto en el nivel de la familia como del personal y los servicios de salud del primer nivel de atención<sup>3</sup>.

En los servicios de salud, frecuentemente se atienden numerosas consultas pediátricas, relacionadas con estas enfermedades y con otras que son prevenibles por medio de la adecuada vacunación. A su vez, los niños enfermos pueden tener diversos signos o síntomas relacionados con varias enfermedades, lo cual determina varios diagnósticos y, en ocasiones, varios tratamientos diferentes. Por otra parte, la mayoría de los servicios de atención primaria suelen tener escasos equipos o recursos para diagnóstico (equipo de rayos, laboratorio, etc.), y esto determina que se traten a los niños sobre la base de los antecedentes clínicos y a su signo sintomatología. En otras ocasiones, las familias no tienen acceso a los recursos básicos para prevenir las enfermedades ni a tratamientos que eviten que éstas resulten mortales. Entonces, la calidad de la atención a los niños enfermos, es un verdadero desafío. **AIEPI** puede dar respuesta a ello y permite su adaptación a la realidad de cada país.

---

3 OPS. Segunda Reunión de Evaluación y Planificación del Proyecto USAID/LAC-OPS-BASICS: Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Washington, D.C.: OPS, 2.001 (Series HCT/AIEPI 49.E)



## ARGENTINA

La situación en Argentina es diferente a la del resto de los países de la Región de las Américas y si no analizamos críticamente su situación sanitaria podríamos llegar a la falsa conclusión de que es innecesario la aplicación de **AIEPI** en nuestra población infantil. Por lo tanto resulta necesario analizar ciertos indicadores y situaciones epidemiológicas que refuerzan la importancia de su uso en Argentina.

Uno de los indicadores para el monitoreo de la situación sanitaria de nuestro país, corresponde a los egresos hospitalarios de menores de 5 años internados por infecciones respiratorias agudas bajas, (IRAB), diarreas y desnutrición, por su impacto en la morbimortalidad infantil.

Estudios epidemiológicos y etiológicos realizados en nuestro país han demostrado que la causa más frecuente de IRAB es viral<sup>4</sup> y la forma de presentación más frecuente en niños pequeños es la bronquiolitis<sup>5</sup> o el síndrome bronquial obstructivo aislado o recurrente y neumonías<sup>6</sup>, por lo cual es necesario mejorar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, la derivación oportuna de los niños de mayor riesgo (ya sea por la gravedad objetiva del cuadro clínico o por su riesgo social o biológico) y fomentar las medidas de control de salud ambiental. Todos estos elementos son tenidos en cuenta por **AIEPI** no sólo en evaluar, clasificar y tratar sino que refuerza las medidas de prevención en la sección aconsejar a la madre.

La prevalencia de desnutrición aguda ha declinado en las últimas décadas (aunque en bolsones de pobreza sea inadmisiblemente alta) dando paso a una realidad en la que predominan el retraso crónico del crecimiento, el sobrepeso y las carencias de micronutrientes. La información del estado nutricional de los niños menores de 5 años es escasa y no permite su comparación en las diferentes provincias o áreas del país. La "Encuesta Antropométrica en menores de 6 años bajo Programa Materno Infantil", publicado por el Departamento de Nutrición de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud y Acción Social, realizado a nivel nacional en aquellos niños que demandaron atención ambulatoria en el sistema público, registró que la prevalencia de desnutrición aguda en menores de 0 a 23 meses (emaciación Peso/Talla < 2 DE) está dentro de valores aceptables en la mayor parte de las provincias (3%). Por otro lado, al igual que el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), puso en evidencia que el déficit de talla (talla/edad < 2 DE) es el problema nutricional prevalente y ello podría deberse a múltiples factores (bajo peso al nacer, aportes insuficientes de energía o micronutrientes y/o a procesos infecciosos en un medio sociocultural desfavorable). No obstante, no debe dejar de mencionarse que la obesidad fue otro de los hallazgos significativos.

---

4 Weissembacher M, Carballal G y col. Etiologic and clinical evaluation of acute lower respiratory tract infections in young Argentinian children: an overview. *Rev Infect Dis* 12 (Suppl 8): 5889-98, 1990

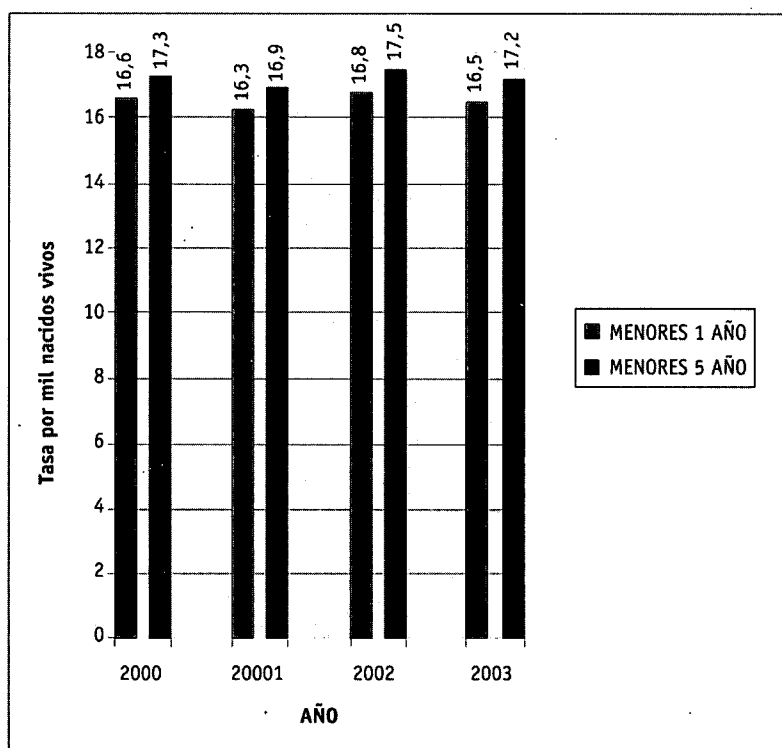
5 Celadilla ML, Winocur D, Cohen A y col. Virus sincial respiratorio en menores de 5 años hospitalizados con infección respiratoria aguda baja. *Infect & Microbiol Clin*, 4 (2): 31-35. 1996

6 Programa Nacional de Infección Respiratoria Aguda Baja, campaña de invierno 2.004, Boletín PROAPS-REMEDJAR 2 (10): 20-23, 2004

Por otro lado surge la problemática de la anemia por deficiencia de hierro, que frecuentemente se presenta en niños menores de 2 años y en embarazadas, y que tiene consecuencias funcionales adversas que comprometen el desarrollo intelectual del niño, el sistema inmunitario y la capacidad de trabajo muscular. Numerosos factores han intervenido en su producción, entre otros: no se la sospecha hasta que es grave, se evalúa principalmente la antropometría del niño y cuando la misma es normal no se advierte el déficit de otros nutrientes, el niño consume carnes en forma escasa y tardía, y se confía en la efectividad de la suplementación medicamentosa sin vigilar la adherencia al tratamiento<sup>7</sup>. **AIEPI** tiene en cuenta que mejorando el estado nutricional se producen notables impactos sobre la morbimortalidad infantil y en la capacidad de aprendizaje de los niños, por lo cual enfatiza, entre otros, la lactancia materna exclusiva, la prevención de la anemia, la alimentación complementaria oportuna y la alimentación adecuada más aún durante los procesos patológicos.

Otro de los indicadores importantes es el análisis de la mortalidad infantil. Ésta ha descendido a través de los años (Gráfico 1), y en el 2002 fue de 16,8 por mil recién nacidos vivos (RNV) (levemente superior del 16,3 por mil del 2001). Con respecto a la mortalidad en menores de 5 años, la misma se ha mantenido estable.

#### ***Mortalidad Infantil y Mortalidad en niños menores de 5 años, en la Rep. Argentina***



Fuente: Estadísticas Vitales 2002. Ministerio de Salud de la Nación (mayo 2004)

<sup>7</sup> Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Prevención de la Anemia en Niños y Embarazadas en la Argentina, Actualización para equipos de Salud

No obstante, si se analizan las estadísticas 2002 (Cuadro 1), observaremos que solamente dos lugares (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Tierra del Fuego) tienen mortalidades de 10 por mil RNV o menor; siete provincias están entre 7 y 15 por mil (Córdoba, La Pampa, Mendoza, Neuquén, Río Negro, Santiago del Estero y Santa Fe), seis entre 15 y 20 por mil (Provincia de Buenos Aires, Chubut, Entre Ríos, Salta, San Luis y Santa Cruz) y en las nueve restantes se registraron mortalidades superiores a 20 por mil (Catamarca, Corrientes, Chaco, Formosa, Jujuy, La Rioja, Misiones, San Juan y Tucumán). Por otro lado, a través del diagnóstico llevado a cabo en 6 provincias seleccionadas se comprobó que aún existen subregistros tanto de nacimientos como de defunciones.

**Cuadro 1. Datos Estadísticos de Mortalidad Infantil y de Mortalidad Materna. República Argentina. 2002**

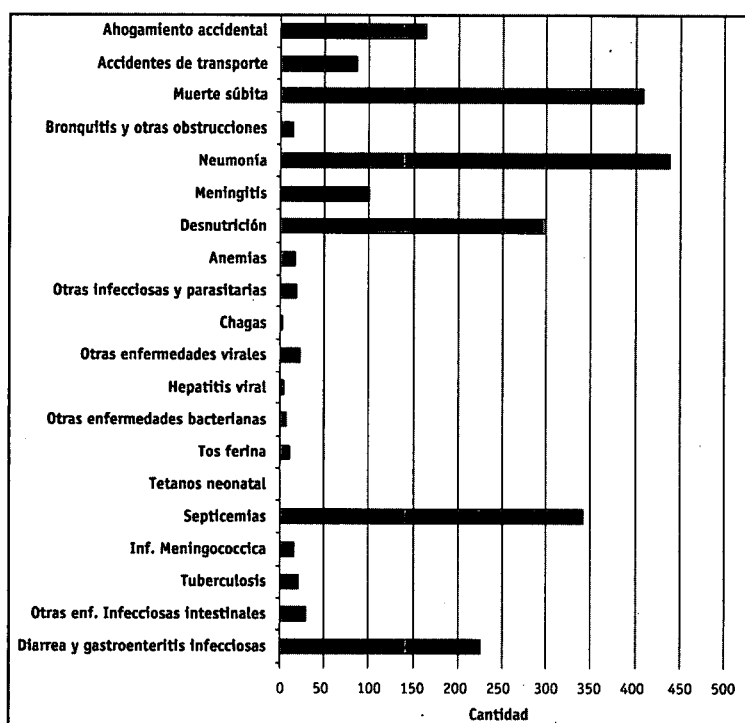
DIVISION POLITICO TERRITORIAL DE RESIDENCIA	NACIDOS VIVOS	DEFUNC. DE < DE 1 AÑO	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (por mil RNV)	DEFUNC. MATERNAS	TASA DE MORTALIDAD MATERNA (por 10000 RNV)
<b>REPÚBLICA ARGENTINA</b>	<b>694684</b>	<b>11703</b>	<b>16,8</b>	<b>320</b>	<b>4,6</b>
Ciud. Aut. de Bs. As.	41509	415	10,0	6	1,4
Buenos Aires	247738	3924	15,8	80	3,2
Partidos del Gran Bs. As.	171318	2811	16,4	60	3,5
<b>Catamarca</b>	8040	166	20,6	5	6,2
Córdoba	52453	774	14,8	15	2,9
<b>Corrientes</b>	22094	525	23,8	16	7,2
<b>Chaco</b>	24215	646	26,7	19	7,8
Chubut	8000	142	17,8	1	1,3
Entre Ríos	22088	364	16,5	4	1,8
<b>Formosa</b>	13273	338	25,5	22	16,6
<b>Jujuy</b>	13768	284	20,6	15	10,9
La Pampa	5272	69	13,1	3	5,7
<b>La Rioja</b>	6303	131	20,8	7	11,1
Mendoza	27804	342	12,3	20	7,2
<b>Misiones</b>	23846	531	22,3	11	4,6
Neuquén	9712	114	11,7	0	-
Río Negro	11144	165	14,8	5	4,5
Salta	27492	519	18,9	19	6,9
<b>San Juan</b>	13070	264	20,2	8	6,1
San Luis	8365	138	16,5	7	8,4
Santa Cruz	4183	72	17,2	1	2,4
Santa Fe	52690	739	14,0	26	4,9
Santiago del Estero	16254	202	12,4	11	6,8
<b>Tucumán</b>	29921	728	24,3	16	5,3
Tierra del Fuego	2199	20	9,1	0	-
Lugar no especificado	3018	83	-	3	-

Fuente: Estadísticas Vitales 2002. Ministerio de Salud de la Nación (Mayo 2004)

En el Gráfico 2 se detallan la cantidad de niños fallecidos menores de 5 años por causas que, directa o indirectamente, podrían prevenirse mediante la aplicación de la estrategia AIEPI. A pesar de los grandes avances tecnológicos, el panorama social de nuestro país demuestra una ampliación de la brecha de la inequidad debido a la crisis social y económica que hemos sufrido estos últimos años. La pobreza incide en la población infantil, siendo las zonas más afectadas las del Noreste (68.3%) y las del Noroeste (62.3%)<sup>8</sup>. Por otro lado, la tasa de mortalidad en el grupo de 1 a 4 años no ha sufrido variaciones en los últimos años con una cifra sostenida de 0.7 por mil.

El progreso tecnológico y científico de los últimos años redujo la mortalidad neonatal al aumentar la sobrevivencia de neonatos cada vez de menor peso y de mayor complejidad en sus patologías. Aproximadamente el 50% de la mortalidad infantil se produce en los niños de bajo peso al nacer, (menores de 2.500 g). De éstos el 1% tienen un peso menor de 1.500 g y contribuyen con alrededor del 29% a la mortalidad infantil. Esto determina que la primera causa de muerte infantil sea las perinatales. Asimismo, los recién nacidos de riesgo tienen el triple o más de posibilidades de reinternaciones por patologías múltiples y pueden presentar secuelas de difícil tratamiento (ceguera, sordera, parálisis cerebral, etc.) que en muchos casos pueden prevenirse con un seguimiento adecuado<sup>9</sup>.

**Gráfico 2: Cantidad de defunciones en niños de 0 a 4 años, por causas en las que podría intervenir la estrategia AIEPI. Argentina. 2002**



Fuente: Estadísticas Vitales 2002. Ministerio de Salud de la Nación (Mayo 2004)

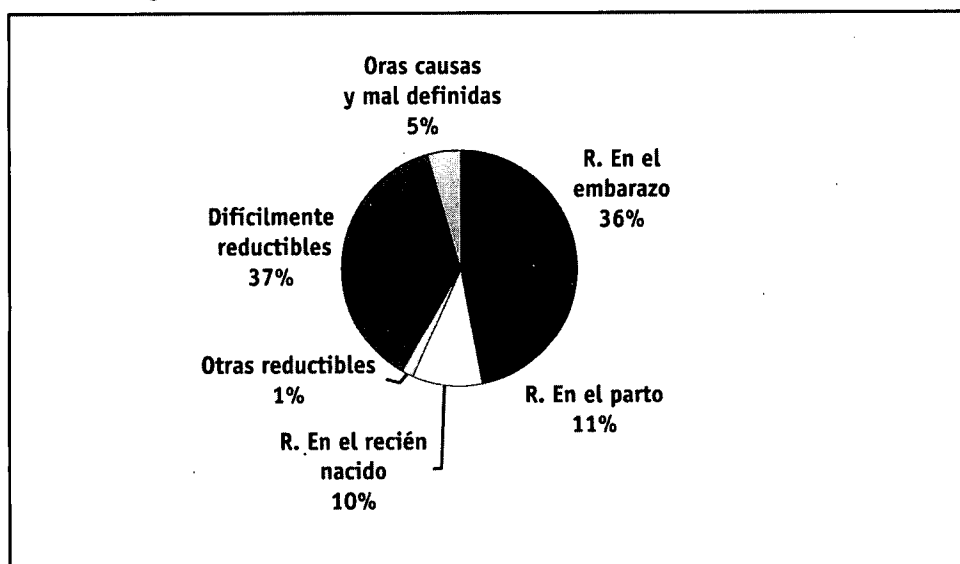
8 SAP-UNICEF. Argentina en cifras. 2003

9 Ministerio de Salud. Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales. Guía para seguimiento de recién nacidos de riesgo: 13, 2001

El descenso de la mortalidad postneonatal observado en la última década ha resultado insatisfactorio debido a la persistencia de tasas elevadas de causas reductibles (Gráficos 3 y 4), entre éstas, la mortalidad por IRAB. Dentro de este panorama, las IRAB están dentro de las primeras cinco causas de mortalidad infantil en nuestro país<sup>10</sup>.

La evaluación de estas estadísticas es trascendental, debido a que ningún niño debería morir por una causa reductible.

**Gráfico 3: Porcentaje de defunciones neonatales según causas de reductibilidad. Argentina. 2002**



Fuente: Estadísticas Vitales 2002. Ministerio de Salud de la Nación (Mayo 2004)

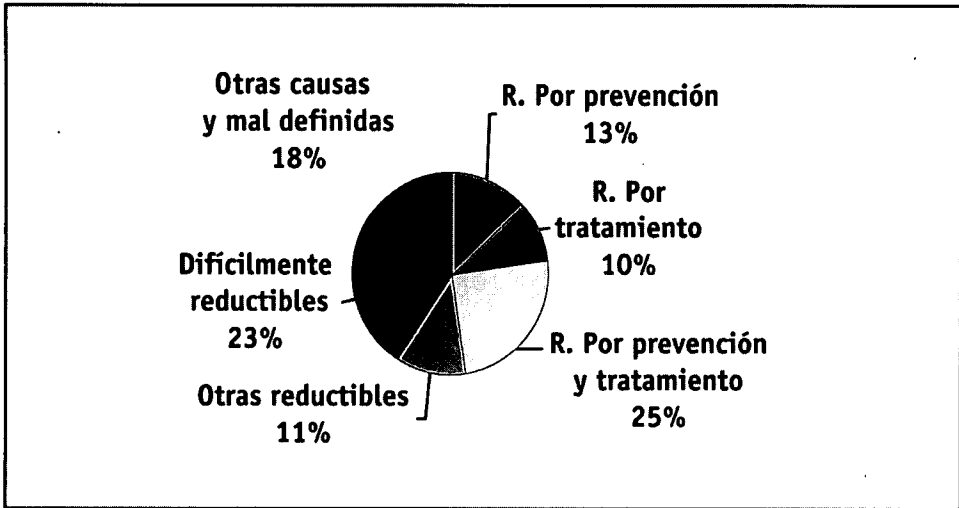
La mortalidad neonatal en la República Argentina es del 10.6 por mil nacidos vivos<sup>11</sup>, y la tasa de mortalidad postneonatal es del 5.6 por mil nacidos vivos. Por otro lado el 98% de los nacimientos se producen en instituciones, tanto públicas como privadas<sup>12</sup>. Es por esto que el componente neonatal de este manual está dirigido al período postnatal, ya al alta del paciente, dado que estos serían los pacientes objeto de la estrategia **AIEPI**. De cualquier forma hemos incluido en un Anexo todo lo relacionado con la recepción, reanimación y control del recién nacido para aquellos que deseen profundizar en este tema.

10 Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de IRAB. Enfermedades prevalentes de la Infancia (Marzo 2004)

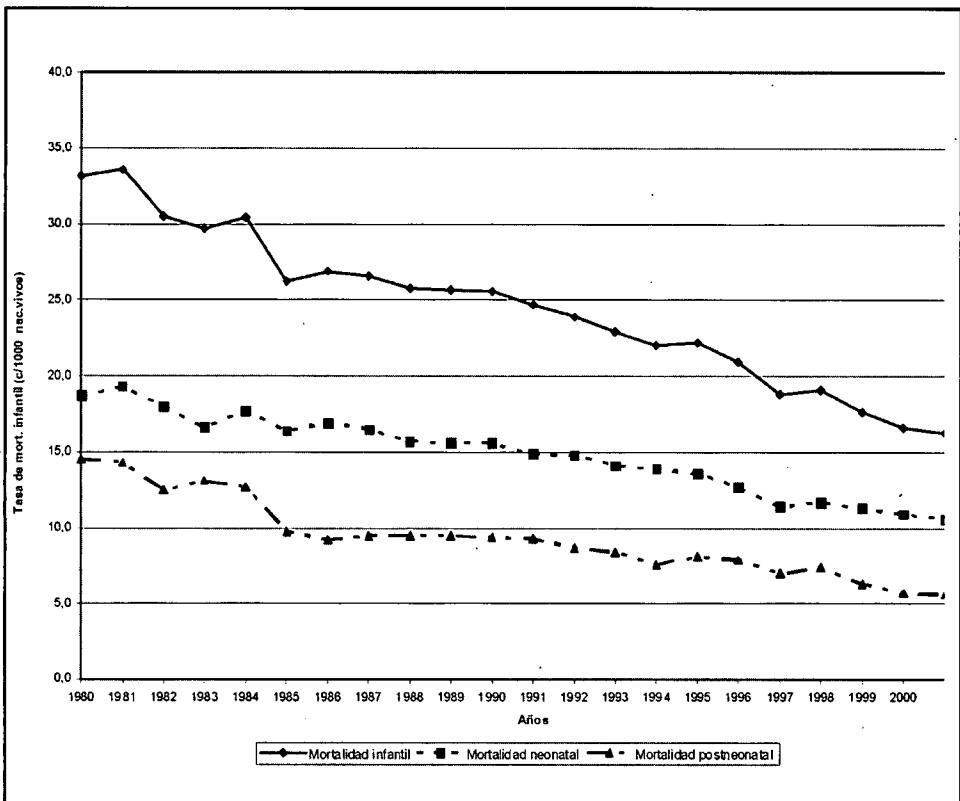
11 Estadísticas Vitales 2002. Ministerio de Salud de la Nación (Mayo 2004)

12 Guía para la atención del parto normal. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. 2004

**Gráfico 4: Porcentaje de defunciones postneonatales según causas de reductibilidad. Argentina. 2002**



Fuente: Estadísticas Vitales 2002. Ministerio de Salud de la Nación (Mayo 2004)



Fuente: Estadísticas Vitales 2002. Ministerio de Salud de la Nación (Mayo 2004)



Otro de los puntos que contempla la estrategia **AIEPI**, se refiere al uso racional de medicamentos. Un estudio del Ministerio de Salud<sup>13</sup>, demuestra el inadecuado uso de antibióticos y broncodilatadores en IRAB.

Recientes estudios demuestran: inadecuado seguimiento longitudinal del niño, insuficiente valoración de sus factores de riesgo, subestimación de la gravedad de la enfermedad, atención despersonalizada, déficit de acciones preventivas, abandono de la lactancia, fallas en la vinculación con las familias, fallas en la interrelación entre los diferentes niveles de atención y ausencia de resolución de problemas de baja complejidad en los centros de atención primaria<sup>14</sup>. **AIEPI** promueve acciones que intervienen directamente en la solución de estos problemas.

Estos hallazgos nacionales no hacen más que confirmar las investigaciones realizadas en la primera parte de la década del '90 por OMS/UNICEF y que dieron origen a la estrategia **AIEPI**.

Este manual para estudiantes de medicina, no trata de ser un tratado para la enseñanza completa de la Pediatría. Este manual y los cuadros de procedimientos del fascículo anexo ayudarán al estudiante para que pueda utilizar la estrategia **AIEPI** como una herramienta práctica de evaluación, clasificación, tratamiento y seguimiento de las enfermedades y problemas prevalentes que afectan la salud de los menores de 5 años, contribuyendo a reducir la morbilidad infantil al evitar el agravamiento de la enfermedad y, a reducir las secuelas o complicaciones de las mismas al mejorar las prácticas y habilidades en la atención y tratamiento.

---

13 Ministerio de Salud. Atención Primaria de la Salud. Bernztein R, Monsalvo M. Evaluación del Uso de Medicamentos en la Infección Respiratoria Baja Agua en la Infancia en los CAPS. Boletín PROAPS-REMIAR, 2 (10): 4-9, 2004

14 Ministerio de Salud. Atención Primaria de la Salud. Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda Baja en la Infancia en la República Argentina. Boletín PROAPS-REMIAR, 2 (10): 10-11, 2004

**EL PROCESO  
DE ATENCION INTEGRADA**

**1**



**EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRADA**

# EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRADA

## Capítulo 1

El proceso de atención integrada está basado principalmente en la identificación y el uso de síntomas y signos clínicos simples, la clasificación adecuada, el tratamiento oportuno, y acciones de prevención y seguimiento. Los pilares sobre los que se fundamenta la utilización de dicha signosintomatología corresponden a los resultados de investigaciones científicas reconocidas y con metodología basada en la evidencia, caracterizadas por un adecuado equilibrio entre sensibilidad y especificidad, y a opiniones de expertos.

### Cuadro 2:

#### SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD

La sensibilidad y especificidad mide el desempeño diagnóstico de un signo clínico al compararlo con la prueba de referencia (standard de oro), que por definición tiene una sensibilidad y especificidad del 100%.

La sensibilidad mide la proporción o porcentaje de aquellos niños con una determinada enfermedad, que pueden ser identificados correctamente por medio del signo. Es decir, mide la sensibilidad del signo para la detección de la enfermedad.

(Sensibilidad verdaderos positivos / [verdaderos positivos + falsos negativos ])

La especificidad mide la proporción de aquellos niños que no tienen la enfermedad, y que pueden ser denominados correctamente "sin enfermedad" con el empleo del signo. (Especificidad = verdaderos negativos / [verdaderos negativos + falsos positivos])

A cada clasificación le corresponde un tratamiento determinado jerarquizando las acciones a tomar según la mayor o menor gravedad del niño, en lugar de orientarse únicamente en el motivo de consulta o al diagnóstico.

**AIEPI** puede ser utilizado por todo profesional de la salud que atienda a lactantes y niños desde su nacimiento hasta los 4 años de edad. Resulta útil para ser desarrollado en el primer nivel de atención, como por ejemplo: consultorio, centro de salud o el sector de atención ambulatoria de un hospital, tanto para la primera consulta como para las de seguimiento.

La estrategia brinda instrucciones para conocer cómo evaluar rutinariamente a un niño, ya sea a través de la evaluación de los signos generales de enfermedades comunes, desnutrición, anemia y la identificación de otros problemas. Además del tratamiento, la estrategia incorpora actividades básicas en el hogar, y en la comunidad, para la prevención de las enfermedades.

Este manual le enseñará a utilizar el proceso **AIEPI** para entrevistar a la persona que está a cargo del niño, reconocer con precisión los síntomas o signos clínicos que presenta el niño (**evaluar**), clasificar su enfermedad (**clasificar**), determinar el o los tratamientos más apropiados (**determinar tratamiento y tratar**) y proporcionar consejos y atención preventiva para el adecuado manejo del niño en su hogar (**aconsejar a la madre o al acompañante**).

A continuación se describe el proceso de la atención integrada de niños menores de 5 años.

## ESTRATEGIA AIEPI:

### PASOS A SEGUIR PARA LA ATENCIÓN INTEGRADA DEL NIÑO

**Evaluar** al niño verificando si presenta signos generales de peligro (o posible infección bacteriana), mediante la formulación de determinadas preguntas relacionadas con las condiciones de salud del niño, realizar su examen clínico y determinar su estado nutricional y el nivel de cumplimiento del esquema de vacunación que le correspondiere según su edad. La evaluación también incluye la verificación de otros problemas de salud y no exclusivamente del motivo por el cual consulta.

**Clasificar** la enfermedad del niño utilizando el cuadro de procedimientos (ver fascículo adjunto) con el sistema codificado de tres colores (rojo, amarillo y verde). Numerosos niños tienen más de una enfermedad, por lo tanto cada una de ellas se clasifica según su condición clínica y la mayor o menor gravedad que tengan. El tratamiento está dirigido a resolver todas estas situaciones. **AIEPI**, según el sistema codificado de colores, clasifica a las enfermedades según su gravedad y el tipo de tratamiento que deben recibir, a saber:

- **Hilera roja** (hilera superior): Requieren de tratamiento urgente previo a la referencia y/o durante la misma.
- **Hilera amarilla** (hilera media): Requiere de un tratamiento específico y de consejería.
- **Hilera verde** (hilera inferior): Requieren de consejería simple sobre el o los tratamientos que deben brindarse al niño en su hogar.

**Determinar tratamiento:** después de clasificar todos los problemas de salud del niño, se deben identificar los tratamientos específicos para cada uno de ellos. Cuando un niño requiere "referencia urgente", es decir derivación a un centro de mayor complejidad, se le debe administrar el tratamiento de urgencia esencial antes de derivarlo. Por otro lado, si el niño necesita de tratamientos que pueden realizarse en su hogar, se les debe suministrar a los padres dichos medicamentos y todas las indicaciones necesarias para que puedan realizarlo. Es importante enseñar a los padres a administrar los medicamentos y para ello resulta imprescindible que la primera dosis se administre en el consultorio. Si el niño necesita alguna de las vacunas, la misma se deberá aplicar durante dicha consulta a fin de evitar las oportunidades perdidas de vacunación.

**Tratar:** proporcionar instrucciones para el tratamiento, incluyendo la práctica de los padres para que adquieran dichas habilidades. Incluye cómo enseñar a las personas que están a cargo del niño a administrar los medicamentos orales; alimentar y administrar líquidos al niño durante su enfermedad; tratar las infecciones locales en el hogar; cuándo citar para una consulta de seguimiento y cómo enseñarles a reconocer los signos generales de peligro que le indicarán que debe regresar con urgencia al centro de salud con su hijo. Así mismo incluye indicaciones para tratamiento preventivo con hierro.

**Aconsejar a la madre:** evaluar la alimentación del niño (incluyendo las técnicas de amamantamiento) y ofrecer a los padres asesoramiento adecuado para que puedan resolver aquellos problemas de alimentación que usted haya identificado. Dar recomendaciones para el sueño seguro y cuidados en el ambiente donde se desenvuelve el niño. También resulta importante que usted aconseje a la madre sobre su propia salud y estimule los hábitos saludables de vida, ya que la consejería de promoción y prevención de salud serán beneficiosas para todo el grupo familiar.

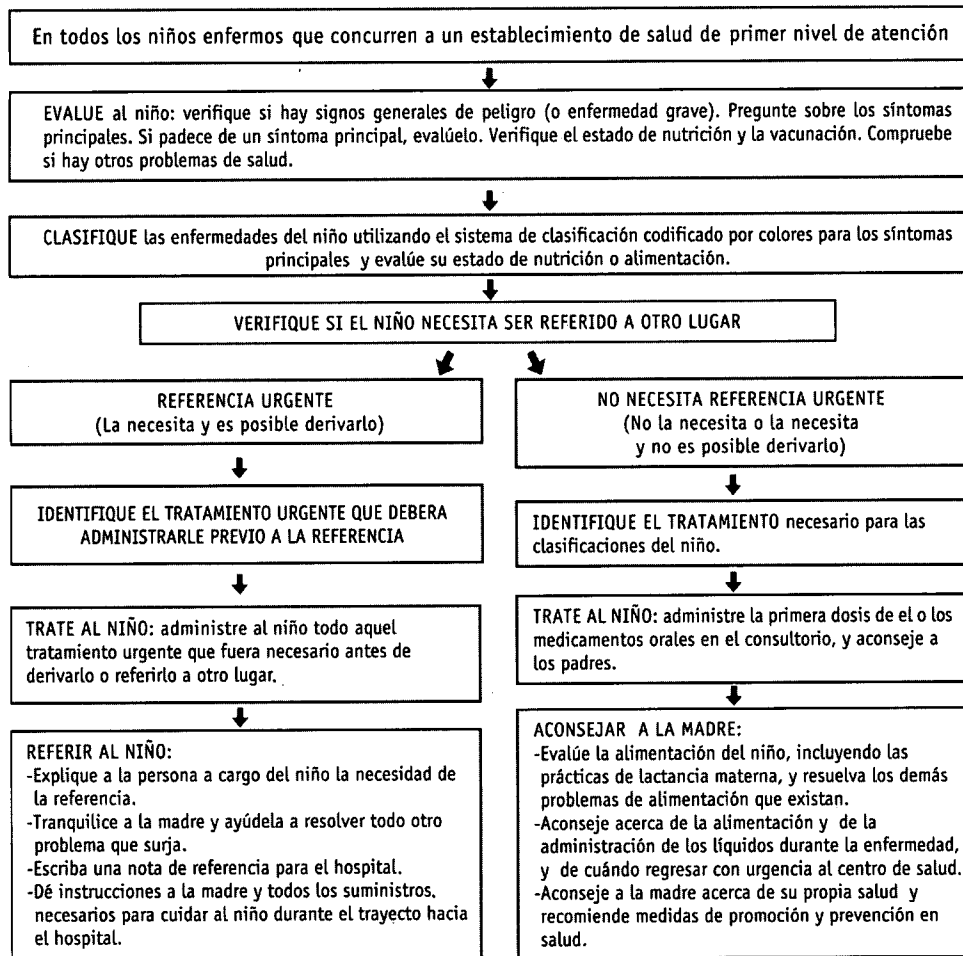
**Proporcionar atención de reevaluación y seguimiento:** Cuando la madre o la persona a cargo del niño lo traen nuevamente a control, usted le debe proporcionar atención de reevaluación y seguimiento. Siempre al reevaluar al niño deberá determinar si existen nuevos problemas de salud a solucionar.

**AIEPI** está dirigida a la mayor parte, aunque no a todos, los motivos de consulta por los que puede ser traído un niño enfermo a un centro de salud. Los problemas crónicos o las enfermedades poco frecuentes requieren de cuidados especiales que no están incluidos en esta estrategia, como tampoco se desarrollan las acciones a tomar ante traumatismos u otras emergencias agudas (como por ej. las lesiones producidas por accidentes). Los niños luego de encaminados y solucionados sus problemas deben referirse para atención de consultorio de niño sano.

La atención integrada resulta eficaz cuando las familias se acostumbran a consultar en forma oportuna (ante la aparición de los signos de enfermedad en sus hijos) y el profesional de salud está capacitado para ofrecer una atención adecuada e integral del niño. El niño tiene mayores posibilidades de morir cuando sus progenitores esperan a que esté sumamente enfermo para demandar ayuda médica, o cuando el niño es atendido por personal inexperto. **Por lo tanto, es importante instruir a las familias de cómo y cuándo deben consultar ante la aparición de los signos y síntomas de enfermedad de su hijo, reforzando las estrategias de prevención de enfermedades.**

Para que usted pueda introducirse en la estrategia **AIEPI**, es necesario que tome conocimiento que la misma cuenta con Cuadros de Procedimientos (ver fascículo anexo al manual), y Formularios de Registro para la atención del paciente (ver anexo). Existen 2 Formularios de Registro: uno para ser utilizado en la **atención integrada de lactantes de 0 a 2 meses de vida**, y otro **para niños de 2 meses a 4 años de vida**. No obstante, en ambos, la secuencia de atención integrada comprende los mismos pasos (ver cuadro 3).

### Cuadro 3: Resumen del Proceso de Atención Integrada de casos



## 1. CÓMO SELECCIONAR FORMULARIOS DE REGISTRO DE CASOS APROPIADOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRADA

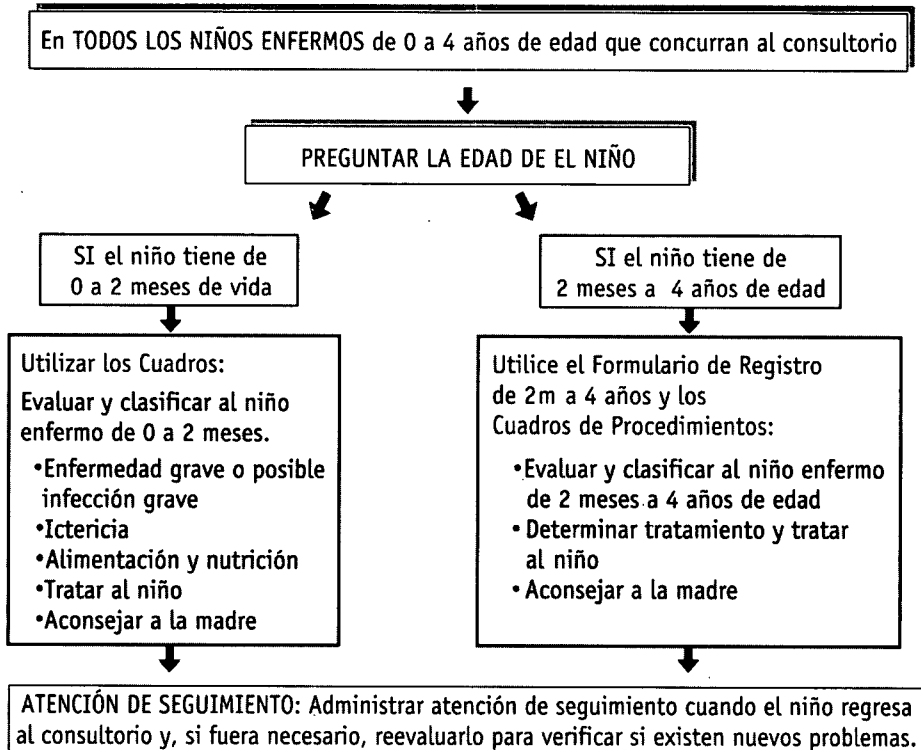
En este sector usted aprenderá cómo seleccionar los formularios de registro de casos apropiados según la edad del niño. Cuando una madre trae a la consulta a su hijo, usted debe identificar qué formularios de registro utilizará.

A continuación puede observar el flujograma de decisiones que deberá llevar a cabo en su lugar de atención.

La estrategia AIEPI ha incorporado mejoras en la atención integrada de los niños de 0 a 2 meses.



**Cuadro 4: Flujograma para seleccionar el registro de casos**



La mayoría de los servicios de salud tienen, seguramente, un procedimiento preestablecido para registrar al niño a su ingreso al centro de salud y determinar el tipo de consulta que demandan (enfermedad, control de niño sano, control de vacunación, atención de emergencia por accidentes, etc.). Los administrativos, secretarías y/o enfermeras son, frecuentemente, los encargados de preguntarle el apellido y nombre, la dirección y la edad y en ocasiones además los pesan, miden y le toman la temperatura corporal. De no ser así, usted comenzará la consulta preguntándose a la madre o acompañante.

Usted necesita averiguar la edad del niño para seleccionar los formularios de registro de casos y los cuadros de procedimientos apropiados para la edad.

Por lo tanto, usted deberá **Primero decidir en qué grupo de edad se encuentra el niño:**

- 0 a 2 meses o
- 2 meses a 4 años de edad

**"A 4 años":** significa que el niño aún no ha cumplido los 5 años. Este grupo de edad incluye a todo niño cuya edad esté comprendida entre los 2 meses a 4 años y 11 meses de edad, y no incluye al niño que tiene 5 años cumplidos. Un niño con 2 meses cumplidos entrará dentro del grupo de 2 meses a 4 años de edad, y no en el grupo menor de 0 a 2 meses de edad.

Si el niño todavía no tiene 2 meses de vida, se le considerará un lactante menor. El manejo del lactante de 0 a 2 meses de edad es diferente al manejo de los niños mayores.

En la parte superior del formulario de registro de atención del niño se debe colocar el nombre o el nombre y apellido (1), la edad (2), el peso (3), la talla (4), la temperatura corporal (5), el motivo de consulta (¿qué problemas tiene el niño? (6)), y si esta consulta es por una visita inicial (7) o de seguimiento. A continuación se grafica la parte superior de un formulario de registro para niños de 2 meses a 4 años de edad (ejemplo 1).

### Ejemplo 1: parte superior del formulario de registro de casos

<p><b>FORMULARIO DE REGISTRO DE ATENCIÓN DEL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD</b></p> <p style="text-align: right;">20/4/2004</p> <p>Nombre: <b>Pérez Fátima</b><sup>1</sup>-Edad:<b>18 meses</b><sup>2</sup>-Peso:<b>11,53 Kg</b><sup>3</sup>-Talla:<b>79.5 cm</b><sup>4</sup>-Temperatura axilar:<b>37,5°C</b><sup>5</sup></p> <p><b>PREGUNTAR:</b>¿qué problemas tiene el niño? ¿<b>tos y dificultad para respirar</b><sup>6</sup>-Visita Inicial?<sup>7</sup>-Visita de seguimiento</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 2. CÓMO UTILIZAR LOS CUADROS DE PROCEDIMIENTOS Y LOS FORMULARIOS DE REGISTRO DE CASOS

Los Cuadros de Procedimientos de AIEPI y los formularios de registro de casos lo guiarán por los siguientes pasos:

- **Evaluar al niño enfermo y Clasificar su enfermedad**
- **Determinar el tratamiento**
- **Tratar al niño**
- **Aconsejar a la madre**
- **Proporcionar atención de reevaluación y seguimiento**

### 2.1- EVALUAR Y CLASIFICAR

Para evaluar y clasificar a un niño menor de 5 años de edad, usted debe tener a mano el Formulario de Registro de casos (anexo) para el grupo de edad que corresponda y el Cuadro de Procedimientos (*fascículo anexo a este manual*).

- |                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>● <b><u>Evaluar al niño enfermo y Clasificar la enfermedad</u></b></li><li>● Determinar tratamiento</li><li>● Tratar al niño</li><li>● Aconsejar a la madre</li><li>● Proporcionar atención de seguimiento</li></ul> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

En los Cuadros de Procedimientos se describen cómo evaluar al niño para el signo que presenta y cómo clasificar su o sus enfermedades mediante la codificación por colores. La columna CLASIFICAR del cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR clasifica las enfermedades según los signos clínicos. Clasificar

significa tomar una decisión acerca de la gravedad de la enfermedad. Para cada uno de los síntomas principales del niño, usted seleccionará una categoría o "clasificación", según la correspondiente gravedad del niño. Luego escribirá sus clasificaciones en la columna CLASIFICAR del formulario de registro de casos (ver ejemplo 2).

**Ejemplo 2: ¿Cómo evaluar, clasificar y registrar datos en el formulario de registro?**

Para este ejemplo tomaremos una de las preguntas de la estrategia:

**¿Tiene el niño diarrea?**

y consideraremos que estamos atendiendo a un niño que tiene 2 años de edad.

La madre puede contestarnos:

- ▶ **NO.** Con lo cual pasaremos a hacerle la siguiente pregunta de la estrategia: **¿Tiene el niño fiebre?**
- ▶ **SI.** Es aquí, donde usted deberá seguir indagando sobre el signo diarrea (¿Cuánto tiempo hace? ¿Hay sangre en las heces?). Luego deberá observar el cuadro de procedimientos para diarrea para niños de 2 meses a 4 años de edad (por tener el niño 2 años de edad). El cuadro de procedimientos tiene varias columnas. Observe la planilla que se grafica a continuación (Ejemplo 2. A). En el lado izquierdo, encontrará parte de las columnas EVALUAR la diarrea del Cuadro de Procedimientos. Usted deberá verificar qué signos o síntomas presenta el niño y con qué fila se corresponden. Cuando el niño presenta los signos o síntomas descritos en la columna EVALUAR, deberá determinar en qué clasificación se ubica (Deshidratación grave, algún grado de deshidratación, etc.). Entonces usted habrá clasificado al niño (columna CLASIFICAR). Dicha clasificación la deberá anotar en el frente del formulario de registro de casos (ver B). Por razones meramente didácticas solo se transcribió para este ejemplo parte de la evaluación, clasificación e identificación del tratamiento de la hilera roja.

**Ejemplo 2: Vista del Cuadro de Procedimientos y del Formulario de registro de casos.**

**A. CUADRO DE PROCEDIMIENTOS PARA EVALUAR Y CLASIFICAR LA ENFERMEDAD DEL NIÑO**

**B. FORMULARIO DE REGISTRO (Frente del Formulario)**

EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO ENFERMO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD		
¿Tiene diarrea?	EVALUAR	CLASIFICAR
	<p>El signo del pliegue debe asociarse a 2 o más de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Letárgico o inconsciente</li> <li>-Ojos hundidos</li> <li>-Bebe mal o no puede beber</li> <li>-Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve MUY lentamente al estado anterior</li> <li>-Relleno capilar mayor de 3 segundos.</li> </ul>	<p><b>DESHIDRATACIÓN GRAVE</b></p>
		<p>Si el niño no encuadra en ninguna otra clasificación grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dar líquidos para la deshidratación grave (Plan C).</li> </ul> <p>Si el niño encuadra en otra clasificación grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Referir URGENTEMENTE al hospital, con la madre dándole sorbos .....</li> </ul>

ATENCIÓN DEL NIÑO ENFERMO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD	
Nombre _____ Edad _____ Peso: _____ kg Talla: _____ cm Temperatura: _____ °C	
Preguntar ¿Qué problemas tiene el niño? ¿Visita inicial? ¿De seguimiento? _____	
VERIFICAR SIGNOS GENERALES DE PELIGRO	
TIENE TOS O DIFICULTAD RESPIRATORIA	
TIENE DIARREA	<b>DESHIDR. GRAVE</b>
TIENE FIEBRE	
PROBLEMAS DE OÍDO	
PROBLEMAS DE GARGANTA	
DESHIDRACION Y ANEMIA	
ANTECEDENTES DE VACUNACION	
ALIMENTACION Y PESO MUY BAJO	
EVALUAR OTROS PROBLEMAS:	



### 2.3 - TRATAR AL NIÑO

- Evaluar al niño enfermo y Clasificar la enfermedad
- Determinar tratamiento
- **Tratar al niño**
- Aconsejar a la madre
- Proporcionar atención de seguimiento

Una vez que se evaluó al niño, se clasificó su enfermedad y se determinó su tratamiento en la columna “determinar tratamiento”, usted debe tratarlo. El cuadro TRATAR AL NIÑO muestra cómo realizar los pasos del tratamiento determinado. Es decir, cómo administrar el o los tratamientos en el mismo consultorio, cómo prescribir medicamentos u otros tratamientos que se le administrarán al niño

en el hogar y cómo enseñar a las personas que cuidan del niño a realizar dichos tratamientos. En el ejemplo 4 usted podrá observar parte de uno de los recuadros TRATAR AL NIÑO del Cuadro de Procedimientos.

**Ejemplo 4: Tratar al niño: pasos a seguir para enseñar posición y prendida correctos para el amamantamiento, en el caso de mala técnica**

<b>ENSEÑAR POSICIÓN Y PRENDIDA CORRECTOS PARA EL AMAMANTAMIENTO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mostrar a la madre cómo sostener bien al niño(a)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>-con la cabeza y el cuerpo del niño(a) erguidos en dirección a su pecho</li> <li>-con la nariz del niño(a) de frente al pezón</li> <li>-con el cuerpo del niño(a) cerca del cuerpo de ella</li> <li>-sosteniendo todo el cuerpo del niño(a), y no solamente el cuello y los hombros</li> </ul> </li> <li>• <i>Mostrar a la madre cómo facilitar la prendida. La madre debe:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>-tocar los labios del niño (a) con el pezón</li> <li>-esperar hasta que el niño(a) abra bien la boca</li> <li>-mover al niño(a) rápidamente hacia el pecho y cerciorarse de que el labio inferior del niño(a) quede bien debajo del pezón</li> </ul> </li> <li>• <i>Verificar los signos de buena prendida y la succión.</i> Si no son buenos intentarlo nuevamente.</li> </ul>

### 2.4 - ACONSEJAR A LA MADRE

- Evaluar al niño enfermo y Clasificar la enfermedad
- Determinar el tratamiento
- Tratar al niño
- **Aconsejar a la madre**
- Proporcionar atención de seguimiento

En todos los niños enfermos, usted evaluará la alimentación, aconsejará a la madre para resolver los problemas que haya identificado, le indicará cuando regresar o volver con urgencia y la orientará sobre la alimentación y administración de líquidos durante la enfermedad. Anotará los resultados de la evaluación de la alimentación en la parte inferior del Formulario de atención y registrará en el reverso del formulario la fecha más próxima en la que deberá regresar para el seguimiento de su enfermedad. También aconsejará a la madre sobre su propia salud. A continuación (ejemplo 5) se muestra uno de los cuadros de Aconsejar a las madres.

**Ejemplo 5: Aconsejar a la madre y registrar los datos**

**CUADRO DE  
ACONSEJAR A LA MADRE  
(Parte superior)**



**ACONSEJAR A LA MADRE**

**ALIMENTACION**

**Evaluar la alimentación del niño**

Hacer preguntas sobre la alimentación habitual del niño y, en particular, sobre la alimentación durante esta enfermedad. Comparar las respuestas de la madre con las Recomendaciones para la alimentación, según la edad del niño, que se presentan a continuación:

**PREGUNTAR**

- ¿Usted le dá el pecho al niño ?
- ¿Cuántas veces al día?
- ¿También durante la noche?
- ¿El niño ingiere algún otro alimento o toma algún otro líquido?
- ¿Qué alimentos o líquidos?
- ¿Cuántas veces al día?
- ¿Qué alimentos le da habitualmente al niño?
- Si el niño tiene desnutrición ¿de qué tamaño son las porciones que le da?
- ¿El niño recibe su propia porción? ¿Quién le da de comer al niño y cómo?

- Durante esta enfermedad, ¿hubo algún cambio en la alimentación del niño? Si lo hubo ¿Cuál fue?

Recomendaciones para la alimentación del niño (SANO O ENFERMO)

**CUADRO PARA  
REGISTRAR LOS DATOS  
(Frente)**



**AÑOS DE EDAD** \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ kg Talla: \_\_\_\_\_ cm Temperatura: \_\_\_\_\_ ° C

PREGUNTAR: ¿qué problemas tiene el niño? \_\_\_\_\_ Primera visita? \_\_\_\_\_ ¿Visita seguimiento? \_\_\_\_\_

EVALUAR (encerrar en un círculo todos los signos presentes) CLASIFICAR

<b>VERIFICAR SI HAY SIGNOS GENERALES DE PELIGRO</b>	
¿Tiene el niño dificultad respiratoria?	
¿Tiene el niño diarrea?	
¿Tiene el niño fiebre?	
¿Tiene el niño problemas de oído?	
¿Tiene el niño problemas de garganta?	
En seguida, • Verificar si el niño tiene problemas de DESNUTRICIÓN • Verificar los antecedentes de vacunación	
<b>EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO</b>	
<b>EVALUAR OTROS PROBLEMAS</b>	

## 2.5 - PROPORCIONAR ATENCIÓN DE SEGUIMIENTO

- Evaluar al niño enfermo y Clasificar la enfermedad
- Determinar tratamiento
- Tratar al niño
- Aconsejar a la madre
- **Proporcionar atención de seguimiento**

En la consulta o visita de reevaluación y seguimiento usted puede determinar si el niño está mejorando o no con el medicamento u otro tratamiento prescrito. La sección PROPORCIONAR ATENCIÓN DE SEGUIMIENTO del CUADRO TRATAR AL NIÑO describe los pasos a seguir para este tipo de control y para la correspondiente enfermedad del niño. Exclusivamente para que

usted se vaya familiarizando con el formato de los cuadros es que se grafica uno en el ejemplo 6.

### Ejemplo 6: Cuadro Proporcionar Atención de Reevaluación y Seguimiento (Parte superior)

<p><b>PROPORCIONAR ATENCIÓN DE REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b></p> <p>Atender al niño que regresa para una consulta de reevaluación y seguimiento de acuerdo con las clasificaciones anteriores del niño. Si el niño presenta un nuevo problema, evaluar, clasificar y tratar el problema nuevo según el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR.</p> <p>NEUMONIA</p> <p>DIARREA PERSISTENTE</p>	<p>INFECCIÓN ESTREPTOCOCCICA DE GARGANTA</p>	<p>INFECCIÓN DE OIDO</p>
	<p>ENFERMEDAD FEBRIL</p>	<p>PROBLEMAS DE ALIMENTACION</p>
		<p>DESNUTRICION DE I Y II GRADO</p>

**EVALUAR Y CLASIFICAR  
AL NIÑO MENOR DE 2 MESES**

**2**



**EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO MENOR DE 2 MESES**



## **EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO MENOR DE 2 MESES**

### **Capítulo 2**

#### **ATENCIÓN DEL LACTANTE MENOR DE 2 MESES**

En este capítulo usted se familiarizará con el tratamiento de los niños menores de 2 meses de edad. Los pasos que se desarrollarán y que están en el cuadro de procedimientos corresponden a: *Evaluar, Clasificar, Tratar, Aconsejar a la madre y Seguimiento*.

Cuando usted atiende en un centro de salud de primer nivel puede encontrarse ante ciertas situaciones, como por ejemplo:

- Atención de un lactante menor a 2 meses de edad;
- Atención de un recién nacido de pocos días de vida, o quizás de muy pocas horas de vida.

Según datos del Ministerio de Salud en nuestro país, el 98,6% de los niños nacen en Instituciones, tanto públicas como privadas, por lo que la atención del Recién Nacido (RN) se desarrolla en cuatro Sectores fundamentales:<sup>16</sup>

- El Sector de Recepción y Reanimación, que se encuentra dentro del Centro Obstétrico y en el que se asiste a TODOS los niños que nacen en la Institución.
- El Sector de Internación Conjunta Madre-Hijo (*Rooming-In*), donde se internan y controlan todos los RN NORMALES, que son la gran mayoría.
- El Sector de Internación Neonatológica, donde se asiste a los RN Patológicos y también los recién nacidos en los cuales es necesario anticiparse a problemas clínicos (Recién Nacido de Riesgo).
- Los Consultorios de Seguimiento, donde se realiza el control postalta de los RN normales y los seguimientos especializados de los RN patológicos.

<sup>16</sup> Por tal motivo enfocaremos el desarrollo de la estrategia **AIEPI** en el período neonatal, en este último punto. Aquel alumno que desee profundizar sobre aspectos de la recepción del recién nacido normal y reanimación, puede consultar el anexo.

El profesional de salud que atiende a un recién nacido debe indagar antecedentes del embarazo, el trabajo de parto y el parto y sus complicaciones. Estos antecedentes pueden estar relacionados con el motivo de consulta actual.

La capacitación específica para el tratamiento de recién nacidos se combinará con la capacitación para la atención del trabajo de parto y el parto en otros cursos (Ver Propuestas Normativas Perinatales, Tomo I y II del Ministerio de Salud y Acción Social, 1996).

**SI USTED PIENSA QUE PUEDE ENFRENTARSE A LA SITUACIÓN DE RECEPCIONAR UN RECIÉN NACIDO, LE ACONSEJAMOS EFECTÚE EL CURSO DE REANIMACIÓN NEONATAL.**

## Objetivos del capítulo

ESPERAMOS QUE AL TERMINAR ESTE CAPÍTULO, USTED SEA CAPAZ DE:

- Evaluar, clasificar y determinar el riesgo de los antecedentes perinatales.
- Evaluar y clasificar la enfermedad grave o posible infección grave.
- Evaluar y clasificar la ictericia.
- Reconocer si el niño presenta algún problema de alimentación, evaluar el amamantamiento y clasificar la alimentación.
- Reconocer las clasificaciones que requieren de derivación urgente, y adquirir habilidades y destrezas para derivarlo en la forma más adecuada.
- Adquirir habilidades y destrezas para enseñar a la madre a tratar las infecciones locales en su casa, a adquirir la técnica correcta para el amamantamiento y sobre la manera de brindar cuidados en el hogar.

## 2. EVALUAR Y CLASIFICAR AL LACTANTE MENOR DE 2 MESES DE VIDA

### 2.1 EVALUAR Y DETERMINAR EL RIESGO DE LOS ANTECEDENTES PERINATALES

Hay situaciones en las cuales los antecedentes perinatales, es decir aquellos que tengan relación con el embarazo, parto y primeros días de vida, tienen una gran influencia sobre las decisiones que se deben tomar. Como por ejemplo la situación de un lactante de 30 días de vida, sin ningún antecedente patológico, con buen peso de nacimiento, y que presente en el momento de la consulta rinitis que le ocasiona dificultades en la técnica de alimentación, no es la misma situación que la de un lactante de la misma edad que presente como antecedentes haber sido dado de alta hace 48 horas de un servicio de neonatología por haber requerido internación por prematuridad, bajo peso, etc. Es por ello que es fundamental evaluar y determinar el riesgo de los antecedentes perinatales. Si el parto se produjo en alguna Institución Pública, la madre debería tener en su poder el carnet Perinatal<sup>17, 18</sup>, en el cual constan todos los antecedentes perinatales que lo ayudarán a efectuar una evaluación de certeza (Ver cuadro 75). Para entender la importancia de los antecedentes perinatales podemos decir que el bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos) es la variable más relacionada con la mortalidad infantil. Alrededor del 50% de la mortalidad infantil del niño menor de un año está relacionada con bajo peso de

17 Guía para la atención del parto normal. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil  
18 Propuesta Normativa Perinatal. Tomo I. Ministerio de Salud. 1993

nacimiento<sup>19</sup>. De igual manera inciden sobre la mortalidad infantil el APGAR y la Edad Gestacional: a menor APGAR y Edad Gestacional mayor mortalidad.

**Cuadro 75: Evaluar y determinar el riesgo de los antecedentes perinatales**

<p><i>Antes de pasar al ítem preguntar de Evaluar y Clasificar, investigue si la madre posee el carnet perinatal, en caso afirmativo determine los siguientes puntos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Peso del niño al nacer</b></li> <li>○ <b>Edad Gestacional</b></li> <li>○ <b>Apgar</b></li> <li>○ <b>Antecedentes perinatales</b></li> </ul> <p><i>En caso de no poseer carnet perinatal, Preguntar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Peso del niño al nacer</b></li> <li>○ <b>¿Estuvo internado al nacimiento?</b></li> <li>○ <b>¿Le han dicho si tiene alguna enfermedad?</b></li> </ul>	
SIGNOS	CLASIFICAR COMO
<p><b>Uno o más de los siguientes signos:</b>                  Peso de nacimiento menor de 2500 gramos                  Edad Gestacional menor de 37 semanas                  APGAR, menor de 7 a los 5 minutos                  Internación en Neonatología por más de tres días                  Presencia o sospecha de alguna enfermedad o malformación congénita.</p>	<p>LACTANTE CON ANTECEDENTES PERINATALES PATOLÓGICOS</p>
<p>Peso de nacimiento mayor de 2500 gramos                  Edad Gestacional mayor de 37 semanas                  APGAR, mayor o igual a 7 a los 5 minutos                  Internación en Neonatología: no tuvo o menor de tres días.                  No hay antecedentes de presencia o sospecha de alguna enfermedad o malformación congénita.</p>	<p>LACTANTE SIN ANTECEDENTES PERINATALES PATOLÓGICOS</p>

*Este cuadro le va a permitir evaluar al lactante menor de dos meses únicamente asociado al resto de las otras clasificaciones.*

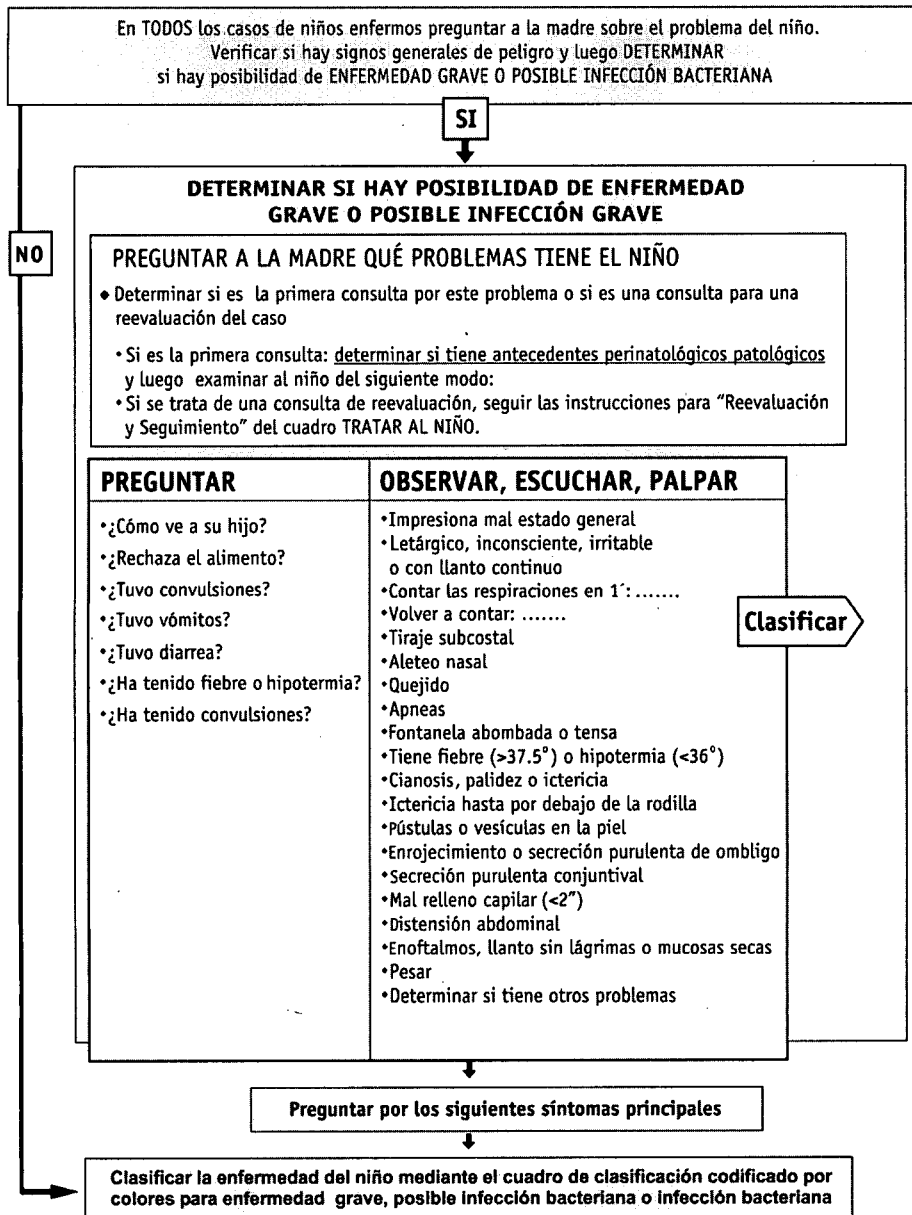
Son considerados **recién nacidos de riesgo**<sup>20</sup> aquellos que, habiendo estado internados en su período neonatal en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, tienen un riesgo elevado de secuelas, como aquellos con antecedentes de prematuréz, bajo peso al nacer, depresión grave al nacer, asistencia respiratoria mecánica, sepsis/meningitis, incompatibilidad sanguínea (Rh, ABO u otras que hayan requerido exanguinotransfusiones y/o transfusiones intrauterinas), poliglobulia sintomática y/o tratamientos con sangriatransfusión, patología neurológica (convulsiones, hemorragias intracraneales), trastornos metabólicos graves, infecciones intrauterinas (HIV, Chagas, Lúes, Toxoplasmosis, Rubéola, citomegalovirus, etc.), patologías quirúrgicas complejas, malformaciones o síndromes genéticos severos e incluso problemas psicosociales importantes.

<sup>19</sup> Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud. 2002

<sup>20</sup> Guías para seguimiento de recién nacidos de riesgo. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Salud Materno Infantil. 2000

## 2.2 EVALUAR Y CLASIFICAR SI EL LACTANTE MENOR DE 2 MESES TIENE UNA ENFERMEDAD GRAVE O UNA POSIBLE INFECCIÓN GRAVE

Observe el flujograma siguiente



Usted puede tener que atender a un niño < 2 meses, que llega al centro de salud, ya sea para un control o porque presenta algún síntoma. En todos los casos deberá evaluar y determinar si es posible que el lactante presente una enfermedad grave o una posible infección grave. Para ello siga el flujograma detallado anteriormente. Recuerde efectuar primero la evaluación de los Antecedentes Perinatales.

Esta evaluación se llevará a cabo en todo lactante < 2 meses de edad. Usted buscará signos de enfermedad grave o de infección. Recuerde que estos niños pueden enfermarse y morir muy rápidamente por infecciones, tales como sepsis, meningitis, neumonías, y es por este motivo que los lactantes menores de dos meses merecen un capítulo aparte.

Las infecciones en los lactantes menores de dos meses<sup>21</sup> **siempre** deben ser consideradas como un signo de peligro y el niño debe **internarse** para recibir el tratamiento adecuado. **Se debe trasladar a un centro especializado siguiendo las normas de estabilización antes y durante el traslado.**

Usted necesita reconocer a los niños que están desarrollando una enfermedad grave o una posible infección grave, observando los signos clínicos que pueden variar desde muy sutiles como “no se ve bien”, o “no puede tomar el pecho”, hasta signos neurológicos como convulsiones, así como también la presencia de dificultad respiratoria.

La **SEPSIS** es un síndrome clínico que se manifiesta por signos clínicos de infección sistémica (se ve mal, no puede tomar el pecho, letargia, dificultad respiratoria, hipotermia) y en los cuáles el hemocultivo puede recuperar a las bacterias productoras de la misma (Estreptococo grupo B, Escherichia coli, Estafilococo aureus, enterococo, etc). Cuando no se trata rápidamente puede conducir a la producción de meningitis o a la muerte del niño. Por lo tanto, estos niños deben ser referidos urgentemente al hospital para que reciban el tratamiento adecuado. En el Cuadro de Procedimientos se puede sospechar septicemia cuando el niño clasifica como enfermedad grave o posible infección grave.

La **MENINGITIS** es una enfermedad muy grave causada por la inflamación de las meninges, con alteración del líquido cefalorraquídeo. Es una infección causada por diferentes microorganismos, principalmente bacterias, de las cuales el Haemophilus influenzae, Escherichia coli y Estafilococos son los más frecuentes. Los signos principales son fiebre, vómitos, convulsiones, no puede tomar o beber, o letargia o inconsciencia. Algunos pueden presentar fontanela abombada o rigidez de nuca.

*Si sospecha que un niño menor de 2 meses de edad puede tener una enfermedad grave o una posible infección grave, no pierda el tiempo haciendo exámenes complementarios u otros procedimientos, inmediatamente trasládalo a un centro especializado.*

### 2.2.1. CÓMO EVALUAR AL LACTANTE MENOR DE 2 MESES PARA DETERMINAR SI TIENE UNA ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN GRAVE

Es importante evaluar los signos que aparecen en el cuadro Evaluar y Clasificar al niño de 0 a 2 meses del Cuadro de Procedimientos, y mantener tranquilo al lactante mientras lo evaluamos. Es decir, debe estar tranquilo y puede estar dormido mientras Ud. conversa con la madre y realiza el interrogatorio, y luego cuando cuenta la frecuencia respiratoria, y observa si hay tiraje subcostal, aleteo nasal y/o quejido. Luego procederá a evaluar el resto de los signos que se detallan. Para ello pedirá a la madre que le quite toda la ropa, mirará la piel de todo el cuerpo y le tomará la temperatura corporal. Es importante mantener una temperatura adecuada del ambiente para mantener en forma adecuada la temperatura corporal del lactante pequeño. Es probable que para este momento, el lactante ya esté despierto, y así Ud. podrá valorar si está letárgico (si se mueve menos de lo normal, duerme todo el tiempo), o si está irritable o con llanto continuo, o en una actitud normal.

21 Sociedad Argentina de Pediatría. CEFEN y Comité de Infectología. Consenso de Infecciones Perinatales. Archivos Argentinos de Pediatría, 1999; 1 46

*Todo recién nacido de peso menor de 2000 gramos que consulta por un problema a un servicio de salud del primer nivel de atención debe ser referido al hospital para su evaluación y tratamiento especializado. Estos recién nacidos por su inmadurez son muy susceptibles de presentar signos o síntomas de peligro de difícil percepción por personal no habituado a su atención. Es necesario hacer la referencia en las condiciones apropiadas.*

Evalúe para posible infección o enfermedad grave a **TODOS** los lactantes menores de 2 meses. Para orientarlo en esta consigna, y poder luego clasificar y determinar el tratamiento correcto, hemos dividido este punto en tres cuadros:

- Preguntar (ver cuadro 76)
- Observar (ver cuadro 77)
- Verificar (ver cuadro 78)

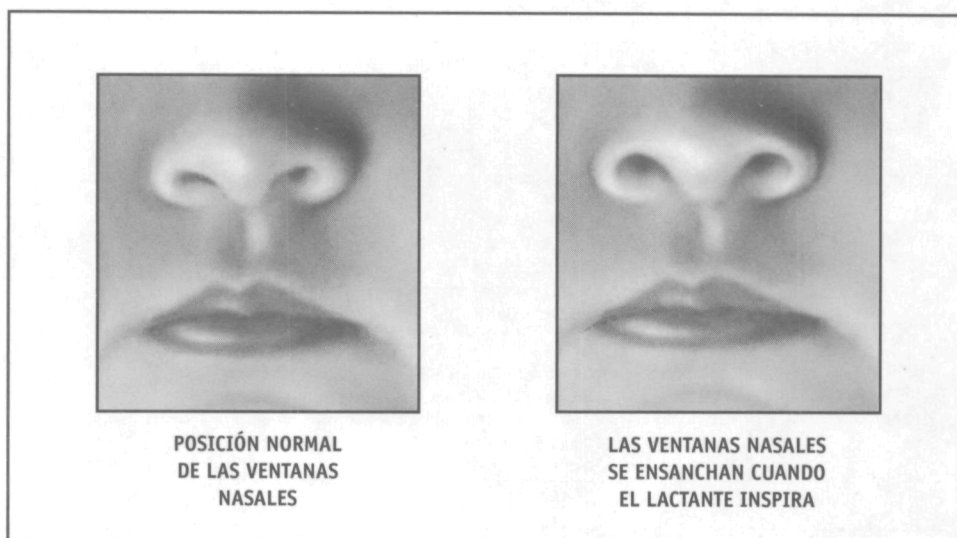
**Cuadro 76: Preguntar por los siguientes síntomas principales**

<b>PREGUNTAR</b>	
<b>¿Cómo ve Ud. a su hijo?</b>	Es necesario averiguar si el niño se ve distinto a lo habitual. La opinión de la madre es muy valiosa y debe ser tenida siempre en cuenta. <sup>22</sup>
<b>¿El niño puede tomar el pecho o alimentarse? (¿Rechaza el alimento?)</b>	Uno de los principales signos de inicio de una posible infección grave en los niños menores de 2 meses de edad es que no quieren tomar el pecho o el biberón que se les ofrece. • Si le responde NO: solicite a la madre que le ofrezca el pecho o biberón al niño. Observe como se alimenta. Un niño tiene el signo "no puede tomar el pecho o alimentarse", si no es capaz de prenderse al pecho o agarrar el biberón y tomar lo que se le ofrece.
<b>¿El niño ha tenido vómitos? ¿El niño vomita todo?</b>	Los vómitos pueden ser signos de enfermedad grave, sepsis, meningitis, intolerancia a leches no maternas así como también pueden deberse a problemas obstructivos que requieren cirugía de urgencia (ej: obstrucción intestinal, hipertrofia de píloro, etc). Pregunte siempre a la madre acerca de la presencia de este signo.
<b>¿El niño ha tenido diarrea?</b>	La diarrea en un lactante menor de dos meses es un signo de enfermedad grave.
<b>¿Tiene dificultad para respirar?</b>	La dificultad respiratoria comprende toda forma inusual de respirar. Las madres describen esta instancia de diferentes formas: la respiración es rápida, ruidosa o entrecortada, etc.
<b>¿Ha tenido fiebre o hipotermia?</b>	Verifique si el niño tiene antecedentes de fiebre o hipotermia. Si la madre registró la temperatura corporal por medio de un termómetro pregúntele si en algún momento tuvo temperaturas mayores a 37,5°C o menores de 36°C. Cuando el signo de fiebre o hipotermia está presente en un menor de 2 meses, significa que existe un problema grave, generalmente un proceso séptico, y suele acompañarse de otros signos como succión débil y letargia o irritabilidad.
<b>¿Ha tenido convulsiones o temblores?</b>	Pregunte a la madre si el niño ha presentado, durante la enfermedad actual, temblores o movimientos convulsivos. (Cerciórese de que la madre entiende claramente qué es una convulsión). Explíquelo que durante una convulsión, los brazos y las piernas se ponen rígidos porque los músculos se contraen, tal vez pierda el conocimiento o no responda a los estímulos. Los neonatos, frecuentemente, no presentan las convulsiones típicas de los niños mayores, ya que pueden ser simplemente temblores de un brazo o una pierna, muy finos y muchas veces pasan desapercibidos.

22 IMCI, Technical Seminars, World Health Organization (WHO) Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH) 2002

**Cuadro 76: Preguntar por los siguientes síntomas principales**

OBSERVAR	
Si el niño está letárgico, inconsciente, decaído o irritable ó con llanto continuo	Estos son signos de gravedad que requieren tratamiento de urgencia, ya que pueden significar que el lactante tenga sepsis o meningitis. Los lactantes menores de 2 meses duermen normalmente muchas horas al día, y esto no es un signo de enfermedad. No debe confundirse con letargia. Un lactante letárgico no puede despertarse aún cuando se lo estimula, o se lo alimenta. Por otro lado al lactante sano que duerme "se lo verá bien". Un lactante "letárgico" se lo ve mal. Un signo de irritación neurológica es el llanto sin pausa, que no cesa ni con la alimentación ni con el contacto con la madre.
La respiración del lactante	Es muy importante observar la respiración en todos los lactantes, y observar diferentes características de la misma aún en los que la madre diga que no ha notado dificultad para respirar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si tiene apneas</li> <li>• Si hay aleteo nasal</li> <li>• Quejido</li> </ul>
Si tiene apneas	La apnea se presenta cuando el niño deja de respirar por un periodo de tiempo mayor de 20 segundos con disminución de la FC a menos de 100 ó con cianosis. <sup>23</sup> Se presenta en menores de 15 días y en prematuros. La apnea puede ser de origen central, debido a una pausa en los esfuerzos respiratorios; obstructiva, debida a un bloqueo temporal de las vías aéreas superiores o a una combinación de ambas. La prematuridad es la causa más común de apneas por inmadurez del sistema nervioso central.
Si hay aleteo nasal	El aleteo nasal consiste en un movimiento de apertura y cierre de las fosas nasales con cada respiración. Se produce cuando el niño tiene una dificultad respiratoria grave y es consecuencia de un esfuerzo por compensar la falta de oxigenación.



**Cuadro 77: Observar los siguientes síntomas principales**

<b>OBSERVAR (continuación)</b>	
Si hay quejido	El quejido es un sonido grueso que se produce cuando el niño <b>ESPIRA</b> . Si un niño tiene quejido, tiene alguna enfermedad grave. Ponga su oído cerca de la nariz y boca del niño y escuche si tiene quejido (a veces es difícil de escuchar). Si el sonido es áspero y aparece en inspiración se trata de estridor, por el contrario si el sonido es suave y en espiración se trata de sibilancias.
Si hay tiraje subcostal 	Observe si hay tiraje subcostal cuando el niño <b>INSPIRA</b> . Observe la parte inferior de la parrilla costal. El niño tiene tiraje subcostal si la parte inferior de la parrilla costal se hunde durante la inspiración. El niño debe realizar un esfuerzo mucho mayor que lo normal para respirar. En la respiración normal, toda la pared torácica (parte superior e inferior) y el abdomen se deben expandir cuando el niño inspira. En caso de tiraje subcostal, la parte inferior de la parrilla costal se hunde cuando el niño inspira. Si no está seguro que el niño tiene tiraje. Observe otra vez. Pídale a la madre que lo cambie de posición de modo que el niño quede acostado y verifique el signo.
Si la piel está pálida, cianótica o icterica	Pida a la madre que le quite toda la ropa al niño, así podrá evaluar el color de la piel. • Se debe evaluar si la piel y/o las mucosas tienen color azulado. Mirar la piel alrededor de la boca, la lengua y el lecho ungueal. La cianosis es un signo tardío de gravedad y pone en evidencia la saturación baja de oxígeno, y estamos en presencia de <b>ENFERMEDAD GRAVE</b> . • Si la piel está pálida, evalúe la palma de la mano. La palidez severa se considera como <b>ENFERMEDAD GRAVE</b> . • Si el tinte icterico se extiende desde la cara, tórax, hasta por debajo de las rodillas, se considera como una <b>ENFERMEDAD GRAVE</b> , y el niño necesitará tratamiento. (ver evaluación de la ictericia). • Si el tinte icterico se localiza solamente en la cara y tórax, puede tratarse de una ictericia fisiológica (ver evaluación de la ictericia). <b>TODA ICTERICIA QUE APARECE EN LAS PRIMERAS 24 HORAS DE VIDA se considera ENFERMEDAD GRAVE (ver evaluación de ictericia).</b>
Si tiene pústulas o vesículas en la piel	Las pústulas de la piel o vesículas se pueden considerar como posible infección bacteriana grave y requieren de tratamiento inmediato. Cuando las pústulas son muchas y extensas hay mayor posibilidad de sepsis. El germen frecuentemente involucrado es el <i>Estafilococo aureus</i> .
Si tiene secreción purulenta de ombligo	La onfalitis <sup>24</sup> se produce generalmente como consecuencia de inadecuadas técnicas de asepsia. <sup>25</sup> Examine el ombligo con mucho cuidado ya que la onfalitis puede iniciarse con enrojecimiento de la piel alrededor del mismo. Si el ombligo está eritematoso o tiene secreción purulenta es que la infección tiene varios días y el riesgo de una sepsis es muy elevado.
Secreción purulenta ocular	La conjuntivitis, es la infección de uno o ambos ojos, generalmente con secreción purulenta. Cuando se presenta en los primeros tres días de vida, está relacionado con infecciones transmitidas de la madre al recién nacido cuando este pasa a través del canal del parto y cuyos gérmenes más frecuentes son el <i>Gonococo</i> y la <i>Clamidia</i> . Se deben tratar con colirios locales.
Si tiene placas blanquecinas en la boca	Las placas blanquecinas en la boca del niño son debidas, generalmente, a una infección por <i>Cándida albicans</i> y se conoce como candidiasis o moniliasis oral. Pueden provocar molestia al lactante y a veces dificultan la alimentación. Requieren de tratamiento local. Si el niño ha tenido por antecedentes o por examen moniliasis oral, evalúe otros signos relacionados como la dificultad para respirar ó la dermatitis del pañal.
Si tiene distensión abdominal	En niños menores de 7 días la distensión abdominal puede ser secundaria a una enterocolitis necrotizante. En los mayores puede ser secundaria a obstrucción intestinal, intolerancia a la leche o el inicio de una sepsis. Observe si hay distensión abdominal. Para ello coloque al niño acostado boca arriba, con los brazos al costado del cuerpo y las piernas extendidas y verifique si está presente el signo.

24 Sociedad Argentina de Pediatría, Comité de Infectología y CEFEN. Consenso de Infecciones Perinatales. Archivos Argentinos de Pediatría, 1999

25 WHO. Care of the umbilical cord: a review of the evidence. Geneva, WHO, 1999



**Cuadro 78: Verificar**

<b>VERIFICAR</b>	
<p>○ <b>IMPORTANTE: ANTES DE EXAMINAR AL LACTANTE DEBE LAVARSE LAS MANOS CON AGUA Y JABON, Y LUEGO SECARLAS MINUCIOSAMENTE.</b></p>	
<b>Si hay quejido</b>	<p>Es muy importante determinar la Frecuencia respiratoria en todos los lactantes, aun cuando la madre diga que no ha notado dificultad para respirar. El lactante debe estar tranquilo mientras Ud. observa y cuenta sus respiraciones. Si el lactante está inquieto o llorando es posible que obtenga un recuento equivocado. Explique a la madre que va a contar las respiraciones del bebé. Pídale que lo mantenga tranquilo, si está dormido, no lo despierte.</p> <p>Mire el movimiento respiratorio en el tórax del lactante, cuente las respiraciones durante un minuto. Si no está seguro del número de respiraciones que ha contado o el lactante lloró o se puso intranquilo mientras ud. realizaba el conteo, comience nuevamente todo el procedimiento.</p> <p>Los lactantes menores de 2 meses de edad, generalmente, respiran a un ritmo más rápido que los lactantes mayores y niños pequeños. La frecuencia respiratoria de un lactante menor de 2 meses de edad sano es, frecuentemente, mayor de 50 respiraciones por minuto. Por lo tanto, se considera respiración rápida cuando el lactante tiene <b>60 o más respiraciones por minuto</b>.</p> <p>Si el primer recuento es de 60 o más respiraciones, vuelva nuevamente a contar la frecuencia respiratoria. Esto es importante porque a esta edad la frecuencia respiratoria suele ser irregular, los lactantes dejan de respirar, ocasionalmente, por unos pocos segundos, y luego presentan un periodo de respiración rápida. Si la segunda vez también cuenta 60 o más respiraciones, Ud. ha certificado que la respiración es rápida.</p> <p><b>Frecuencias respiratorias por arriba de 60 por minuto o por debajo de 30 por minuto son signos de enfermedad grave.</b></p>
<b>La temperatura axilar</b>	<p>En numerosas ocasiones la fiebre o la hipotermia es el único signo de infección grave en los lactantes de esta edad. El termómetro debe colocarse bajo la axila, o en la ingle (cerciórese que no estén húmedas), y dejarlo durante no menos de 3 minutos.</p>
<b>El estado de hidratación</b>	<p>Determine si el lactante al llorar lo hace con lágrimas, si presenta o no enoftalmos, y si la mucosa bucal está húmeda. La presencia de cualquiera de estos signos reflejan enfermedad grave: enoftalmos, llanto sin lágrimas y mucosas secas.</p>
<b>Si tiene mal relleno capilar</b>	<p>Localice las manos o los pies del niño y ejerza con su dedo presión firme por dos segundos, luego suelte la presión y observe el tiempo que la piel tarda en recuperar el color rosado. Si la piel presionada tarda más de 2 segundos en recuperar su color significa que hay un <b>mal relleno capilar, y es un signo de enfermedad grave.</b></p>
<b>Si la fontanela está tensa o abombada</b>	<p>La fontanela abombada puede ser un signo de meningitis. Para evaluar la fontanela sostenga al lactante en posición semierecta y verifique que el niño no esté llorando. Observe y palpe la fontanela. <b>Si la palpa o la ve abombada, este puede ser un posible signo de meningitis.</b></p>
<b>Otros problemas</b>	<p>Siempre es necesario 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, etc., u otros problemas que relate la madre o detecte el personal de salud. Muchos de estos problemas pueden ser considerados graves y el niño tendrá que ser referido urgentemente al hospital.</p>

En resumen (Cuadros 76, 77, 78), usted deberá preguntar, observar y verificar ciertos elementos como se detalla en el cuadro siguiente.

**Cuadro 79: Resumen EVALUAR al lactante menor de 2 meses de vida**

PREGUNTAR	OBSERVAR	VERIFICAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo ve a su hijo?</li> <li>• ¿Puede tomar el pecho o alimentarse bien?</li> <li>• ¿Ha tenido vómitos?</li> <li>• ¿Ha tenido diarrea?</li> <li>• ¿Tiene dificultad para respirar?</li> <li>• ¿Ha tenido fiebre o hipotermia?</li> <li>• ¿Ha tenido convulsiones?</li> <li>• ¿Ha notado otros problemas?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Letargia o iritabilidad</li> <li>• apneas</li> <li>• aleteo nasal</li> <li>• quejido</li> <li>• tiraje subcostal</li> <li>• cianosis, palidez o ictericia</li> <li>• pústulas o vesículas en la piel</li> <li>• secreción purulenta de ombligo u ojos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• el peso</li> <li>• la frecuencia respiratoria</li> <li>• la temperatura axilar</li> <li>• el estado de hidratación</li> <li>• el relleno capilar</li> <li>• el estado de la fontanela</li> <li>• otros problemas</li> </ul>

Con todos estos datos, usted debe ahora clasificar al lactante menor de dos meses, y determinar el tratamiento correcto.

### 2.2.2 CÓMO CLASIFICAR AL LACTANTE MENOR DE 2 MESES CON ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN GRAVE

Dependiendo de los signos que presente el lactante puede ser clasificado de tres maneras diferentes. En el cuadro de la página siguiente, usted podrá observar la clasificación para determinar si tiene infección local, enfermedad grave o posible infección grave, para ello es indispensable que:

- ▷ **Observe los signos en la hilera roja**  
**¿Tiene el niño algún signo de los contemplados en esta hilera?** Se ve mal, no puede tomar el pecho o está letárgico o inconsciente, etc. Si el niño presenta cualquier signo enumerado en la hilera roja, elija la clasificación grave, **ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN GRAVE.**
- ▷ Si el niño no tiene ningún signo de la hilera roja o clasificación grave, **observe la hilera amarilla. ¿Tiene el niño secreción purulenta conjuntival, muguét, etc?** Si el niño tiene algún signo de la columna amarilla se clasifica como **INFECCIÓN LOCAL.**
- ▷ Si el niño no presenta ninguno de los signos de las hileras roja o amarilla, **observe la hilera verde** y seleccione la clasificación **NO TIENE ENFERMEDAD GRAVE O INFECCIÓN GRAVE.**

**Cuadro 80: Clasificación para enfermedad grave o posible infección grave**

SIGNO	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<p><b>Uno de los siguientes signos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Mal estado general</li> <li>•No puede tomar el pecho o alimentarse bien</li> <li>•Vomita todo lo que toma</li> <li>•Diarrea</li> <li>•Fiebre o Hipotermia</li> <li>•Convulsiones</li> <li>•Está letárgico o irritable</li> <li>•FR &gt; 60 o FR &lt; 30 por minuto</li> <li>•Apneas</li> <li>•Aleteo nasal</li> <li>•Quejido</li> <li>•Tiraje subcostal</li> <li>•Palidez intensa</li> <li>•Cianosis</li> <li>•Ictericia por debajo de las rodillas</li> <li>•Ictericia en las primeras 24 hs de vida</li> <li>•Pústulas o vesículas en la piel</li> <li>•Secreción purulenta del ombligo</li> <li>•Mal relleno capilar (&gt; 2 segundos)</li> <li>•Fontanela abombada</li> <li>•Presenta signos de deshidratación</li> <li>•Distensión abdominal</li> </ul>	<p><b>Ⓐ</b> <b>ENFERMEDAD GRAVE o POSIBLE INFECCIÓN GRAVE</b></p>	<p><b>REFERIR URGENTEMENTE AL HOSPITAL,</b> según normas de estabilización y transporte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Administrar oxígeno</li> <li>•Prevenir la hipoglucemia</li> <li>•Recomendar a la madre que siga dándole de mamar al niño</li> <li>•Dar instrucciones a la madre para que mantenga al bebé abrigado si corresponde</li> </ul> <p><b>Nota:</b> el niño con compromiso de la conciencia y/o dificultad respiratoria no debe ser alimentado por succión, por el riesgo de broncoaspiración. En este caso, se debe colocar una sonda nasogástrica y administrar leche materna o solución glucosada 5% mediante una jeringa conectada a la sonda, durante el traslado para evitar hipoglucemia.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Secreción purulenta conjuntival</li> <li>•Placas blanquecinas en la boca</li> </ul>	<p><b>Ⓑ</b> <b>INFECCIÓN LOCAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Indicar tratamiento local apropiado y enseñar a la madre a tratar las infecciones locales en la casa</li> <li>•Enseñar a la madre a reconocer signos de peligro</li> <li>•Indicar a la madre cuando volver con urgencia</li> <li>•Hacer el seguimiento 2 días después.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•No presenta ninguno de los signos anteriores</li> <li>•Está vital</li> <li>•Se alimenta bien</li> <li>•Examen físico normal</li> <li>•No presenta otros problemas</li> </ul>	<p><b>Ⓒ</b> <b>NO TIENE ACTUALMENTE ENFERMEDAD O INFECCIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Aconsejar a la madre para que siga dándole de mamar</li> <li>•Verificar inmunizaciones</li> <li>•Enseñar a la madre los cuidados del niño en el hogar</li> <li>•Enseñar a la madre a reconocer signos de peligro</li> <li>•Explicar a la madre cuando debe volver a la consulta.</li> </ul>

**A- ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN GRAVE (hilera roja)**

Un niño que presenta algún signo de la columna roja se clasifica como ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN GRAVE.

En este grupo de edad es muy difícil de diferenciar entre una enfermedad muy grave o grave, ya que los signos en general son muy similares.

Un niño con esta clasificación está muy enfermo. Necesita **referencia de urgencia** a

un hospital especializado para la administración de tratamientos como oxígeno o antibióticos inyectables.

- ▶ Administre oxígeno si el lactante tiene los siguientes signos: mal estado general, convulsiones, letargia, dificultad respiratoria, apneas, quejido, cianosis, palidez intensa, mal relleno capilar.
- ▶ Asegúrese de mantener abrigado al lactante (en caso de no poseer incubadora y el lactante estar hipotérmico utilice la técnica de mamá canguro: coloquee al bebé dentro de la ropa de su madre y en contacto con su piel (ver foto siguiente).
- ▶ Indíquelo a la madre que continúe alimentándolo. No deben ser alimentados los lactantes que tienen compromiso del estado de conciencia o dificultad respiratoria severa.
- ▶ Explíquelo a la madre la necesidad del traslado para que el lactante reciba el tratamiento adecuado.
- ▶ El traslado debe hacerse de acuerdo a las normas de estabilización y transporte de su zona.



## B- INFECCIÓN LOCAL (hilera amarilla)

Los niños que no presentan ningún signo de la hilera roja ni otros signos de peligro, pero que presentan conjuntivitis purulenta o moniliasis bucal, se clasifican como INFECCIÓN LOCAL. Más adelante, en los capítulos de Determinar el tratamiento y Tratar al lactante menor de 2 meses, se desarrollarán los tratamientos para estas patologías.

## C- NO TIENE ACTUALMENTE ENFERMEDAD GRAVE O INFECCIÓN GRAVE (hilera verde)

Los niños que no han sido clasificados en la hilera roja o amarilla y no tienen otros signos de peligro, se clasifican como NO TIENE ENFERMEDAD O INFECCIÓN. En el capítulo Aconsejar a la madre se explicarán las pautas de puericultura para asesorar a la familia sobre los cuidados del niño en el hogar.

*La diarrea en un lactante pequeño menor de dos meses es frecuentemente un signo de septicemia neonatal. La presencia de sangre puede relacionarse con enfermedad hemorrágica del recién nacido (sangre en heces en los primeros 5 días de vida) o con enfermedades quirúrgicas como por ejemplo la invaginación intestinal (ataque de llanto con palidez, heces con sangre en lavado de carne y masa palpable por tacto rectal).*

*En todos los casos de diarrea en lactantes menores de dos meses es importante evaluar si hay antecedentes perinatales patológicos.*

**TODOS ESTOS CASOS SE DEBEN CLASIFICAR COMO ENFERMEDAD GRAVE.**

Por otro lado cuando el lactante de 15 o 20 días de vida, presenta deposiciones desligadas, pero se alimenta exclusivamente con pecho materno y PRESENTA MUY BUEN ESTADO GENERAL, seguramente se trata de las deposiciones de transición características de los niños de esta edad que son alimentados con pecho.

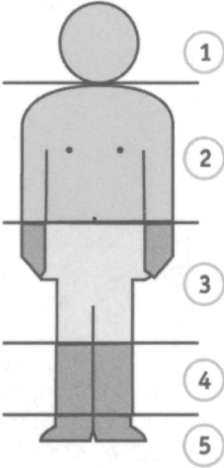
## 2.3 EVALUAR, CLASIFICAR Y DETERMINAR SI EL LACTANTE TIENE ICTERICIA

Se denomina **ictericia** al color amarillento de piel y mucosas.<sup>26</sup> Por el examen físico se puede determinar en forma bastante aproximada los niveles de bilirrubina en sangre según la extensión de la ictericia, (ver cuadro 81). A continuación se detallan varios tipos de ictericia:

- **ICTERICIA POR ENFERMEDAD HEMOLÍTICA DEBIDA A INCOMPATIBILIDAD DE FACTOR RH:** Se produce por transmisión de sangre incompatible desde la circulación fetal a la materna. Los anticuerpos producidos por la madre pasan a través de la placenta y llegan al feto, en el que se inicia el proceso hemolítico, que puede ser tan grave que ocasiona la muerte intrauterina. En este caso la madre es del grupo Rh negativo y el recién nacido Rh positivo. La ictericia aparece muy tempranamente, en el primer día de vida y requiere tratamiento inmediato (desde luminoterapia a exanguinotransfusión).
- **ICTERICIA POR ENFERMEDAD HEMOLÍTICA POR INCOMPATIBILIDAD ABO:** se produce por sensibilización previa, porque las madres del grupo sanguíneo O poseen ya aglutininas A o B, las cuales pueden atravesar la barrera placentaria y ponerse en contacto con los eritrocitos A o B del recién nacido. La ictericia suele aparecer en el primer a segundo día de vida.
- **ICTERICIA FISIOLÓGICA:** se produce principalmente debido a inmadurez hepática del recién nacido, que retarda la formación de las cantidades suficientes de una enzima llamada glucoronil transferasa, que convierte la bilirrubina indirecta (difícil de eliminar) a la forma directa por glucoronización (fácil de eliminar). En los recién nacidos a término, aparece aproximadamente a las 48-72 horas de vida y desaparece entre los 7 y 10 días de vida. Es importante tener en cuenta el tipo de alimentación que recibe el niño. Los niños amamantados por pecho, requieren tratamiento (luminoterapia) cuando los valores de bilirrubina son de 15 mg ó más y su edad es menor de 48 horas. Cuando es mayor de 48 horas, el tratamiento debe instaurarse con valores de bilirrubina de 18 mg o más. Por el contrario, los que son alimentados con leche de fórmula, requieren tratamiento con valores de 12,5 mg con menos de 48 horas de vida, y dicho valor se eleva a 15 mg% cuando tienen más de 48 horas de vida.
- **ICTERICIA POR LECHE MATERNA:** se produce porque esta leche tiene una actividad de lipasa alta, que una vez ingerida por el niño, liberan grandes cantidades de ácidos grasos, los que posteriormente interfieren con la captación y/o conjugación de la bilirrubina. Generalmente prolonga a la ictericia fisiológica.
- **ICTERICIA OBSTRUCTIVA:** se produce por alteraciones en la vía hepatobiliar. Se diferencia de las anteriores porque el tipo de bilirrubina que aumenta es la directa.
- **ICTERICIA ASOCIADA A OTRAS ENFERMEDADES:** Por ejemplo el hipotiroidismo.

Por lo tanto, en todos los niños que presenten ictericia usted deberá PREGUNTAR Y OBSERVAR diferentes ítems, tal cual se muestra en el cuadro siguiente.

**Cuadro 81: Evaluar al niño con ictericia**

PREGUNTAR	OBSERVAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué edad tiene el niño?</li> <li>• ¿Cuánto pesó al nacer?</li> <li>• ¿Desde cuándo está amarillo (ictérico)?</li> <li>• ¿Ha tenido deposiciones?</li> <li>• ¿De qué color son las deposiciones?</li> <li>• ¿De qué color es la orina?</li> </ul> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">Fuente: Manual de Neonatología- AIEPI- Bolivia</p> 	<p><b>Grado de ictericia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sólo en cara</li> <li>- hasta ombligo</li> <li>- hasta rodillas</li> <li>- hasta tobillos</li> <li>- palmas/plantas</li> </ul> <p><b>Estado de Conciencia:</b> letárgico, irritable, normal</p> <p><b>Determine:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peso actual</li> </ul> <p><b>Estimación de Bilirrubina indirecta, según zonas de compromiso de la piel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zona 1= 6 mg %</li> <li>- Zona 2= 9-12 mg %</li> <li>- Zona 3= 12-15 mg %</li> <li>- Zona 4= &gt;15 mg %</li> <li>- Zona 5= &gt;18 mg %</li> </ul>

Los recién nacidos con antecedentes perinatales patológicos tienen más posibilidades de desarrollar ICTERICIA GRAVE.

La **ICTERICIA** que se inicia en las primeras 24 horas o que persiste más allá de los 10 días de vida de vida siempre es **Patológica**.<sup>27</sup>

**No debe suspenderse la lactancia materna en un recién nacido con ictericia.**<sup>28</sup>

En el cuadro siguiente usted podrá apreciar cómo AIEPI clasifica la ictericia del lactante pequeño.

<sup>27</sup> Niño Sano Niño Enfermo. De Rosa Ricardo. Cap. 27 Ictericia, Grosman A., Urman E. pag.191. 2003  
<sup>28</sup> Recomendaciones para el manejo del recién nacido de término sano con hiperbilirrubinemia. Archivos Argentinos de Pediatría, 2000; 98: 250

**Cuadro 82: Clasificar la ictericia**

SIGNOS	CLASIFICAR COMO	TRATAMIENTO
Ictericia y uno de los siguientes signos: •Inicio de ictericia antes de 24 horas de vida. •Ausencia de deposiciones. •Ictericia hasta tobillos o palmas y plantas (zonas 4 y 5). •Letárgico o irritable •Antecedentes perinatales patológicos. •Lactante mayor de 10 días de vida con ictericia de cualquier grado.	<b>(A)</b> <b>ICTERICIA GRAVE</b>	•Continuar alimentando al lactante. •Dar instrucciones a la madre para que mantenga al recién nacido abrigado durante el traslado si corresponde. •Referir <b>URGENTEMENTE</b> al hospital según normas de estabilización y transporte.
•Ictericia que llega hasta rodillas (zona 3). •No tiene otros signos de ictericia grave	<b>(B)</b> <b>ICTERICIA MODERADA</b>	•Indicar a la madre que debe continuar dando el pecho a demanda. •Indicar a la madre que mantenga abrigado al bebé. •Indicar a la madre pautas de alarma y consulta de seguimiento a las 24 hs.
•Ictericia en cara o hasta ombligo (zonas 1 y 2) •No tiene otros signos de ictericia grave	<b>(B)</b> <b>ICTERICIA LEVE</b>	•Indicar a la madre que continúe dándole el pecho. •Aconseje sobre normas de abrigo adecuado. •Indicar a la madre pautas de alarma y consulta de seguimiento a las 48 hs.
No tiene ictericia	<b>NO TIENE ICTERICIA</b>	•Aconsejar a la madre para que siga dándole de mamar. •Verificar inmunizaciones. •Enseñar a la madre los cuidados del niño en el hogar. •Enseñar a la madre a reconocer signos de peligro. •Explicar a la madre cuando debe volver a la consulta.

**A - ICTERICIA GRAVE (hilera roja)**

Un niño que presenta algún signo de la columna roja se clasifica como ICTERICIA GRAVE, necesita referencia a un hospital especializado para tratamiento adecuado. Administre oxígeno si el lactante tiene los siguientes signos: mal estado general, convulsiones, letargia, dificultad respiratoria, apneas, quejido, cianosis, palidez intensa, mal relleno capilar.

**B - ICTERICIA LEVE O MODERADA (hilera amarilla)**

Los niños que no presentan ningún signo de la hilera roja ni otros signos de peligro, pero que presentan Ictericia Leve o Moderada sin ningún antecedente perinatal patológico, requieren únicamente control en 24 o 48 horas.

### 2.3.1 EVALUAR Y DETERMINAR SI HAY PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN Y PESO EN EL NIÑO MENOR DE 2 MESES

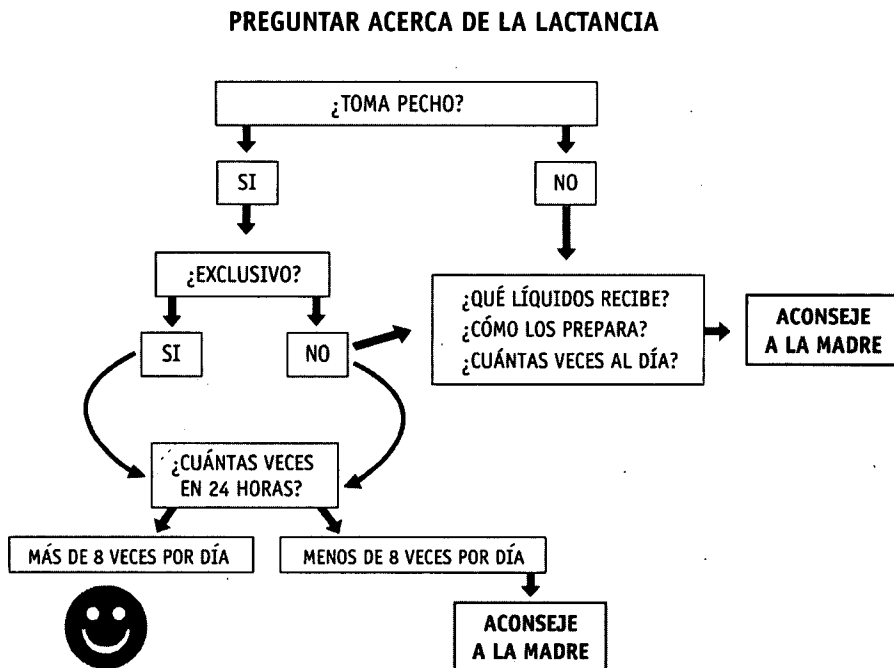
Una alimentación adecuada es esencial para el crecimiento y el desarrollo. Una alimentación deficiente en los dos primeros años de vida puede tener efectos que perdurarán por toda la vida. En los lactantes menores de dos meses el crecimiento se puede evaluar determinando si tiene un incremento de peso adecuado. Es importante evaluar el peso y la alimentación en todos los lactantes.

La lactancia materna exclusiva es la mejor manera de alimentar al lactante. Esto significa que **SOLO** debe alimentarse con leche materna, sin otros alimentos, ni agua, ni líquidos, ni otro tipo de leches.

La lactancia materna brinda la mejor nutrición y protección contra posibles enfermedades. Si las madres comprenden que la lactancia materna exclusiva ofrece las mejores perspectivas para el crecimiento y desarrollo adecuados, estarán más dispuestas a amamantar a sus hijos.

Los profesionales de salud cumplen un rol importante al ayudar y acompañar a las madres a amamantar.<sup>29 30</sup>

En el cuadro 83 le presentamos un algoritmo para que pueda evaluar la lactancia materna.



29 Initial Management of Breast Feeding. Sinusas K., Gagliardi A. Am Fam Phys, 2001; 64:98

30 Lactancia Materna Bases científicas para la práctica clínica. Ageitos ML. AFACIMERA-UNICEF. 2003



*Algunos problemas de la alimentación, como por ejemplo el rechazo del alimento, pueden significar enfermedad grave o posible infección grave.*

## 2.4 CÓMO VERIFICAR SI EXISTEN PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN

La evaluación tiene dos partes. En la primera parte, usted le hace preguntas a la madre. Averigua cuál fue el peso de nacimiento. Usted determina si ella tiene dificultad para alimentar al lactante, con qué lo alimenta y cuán a menudo lo hace. Usted también determina si el peso para la edad es el adecuado. En la segunda parte, si el lactante ha tenido algún problema con el amamantamiento o tiene bajo peso para la edad, usted evaluará cómo se amamanta. Por lo tanto:

Primero **PREGUNTE** acerca de la alimentación

- Siempre tenga en cuenta el peso de nacimiento y si tiene antecedentes perinatólogicos patológicos, y luego verifique si la madre tiene dificultad para alimentar al lactante, con qué lo alimenta y cuál es la frecuencia de la alimentación. Si la madre trajo el carnet perinatal, verifique en el mismo el peso de nacimiento y todos los otros datos que usted considere importantes.

### ***¿Tiene alguna dificultad para alimentarse? ¿Cuál? ¿Desde cuándo?***

Cualquier dificultad mencionada por la madre es importante. Esa madre quizás necesite asesoramiento o ayuda para resolver una dificultad. Si una madre dice que su hijo no puede alimentarse, pregunte ¿desde cuándo?, y evalúe el amamantamiento u observe a la madre cuando trata de darle de beber con un biberón para ver, qué es lo que ella quiere decir con eso. Un lactante que no puede alimentarse puede tener una infección grave u otro problema que pone en peligro su vida, y deberá ser referido con urgencia al hospital.

### ***¿Se alimenta a pecho? ¿Cuántas veces por día?***

La recomendación es que el lactante menor de 2 meses de edad, se amamante tan a menudo y por tanto tiempo como quiera, tanto de día y noche. La frecuencia óptima será de 8 o más veces en 24 hs.

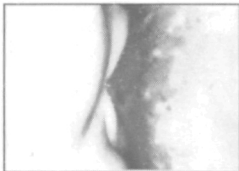
### ***¿Recibe el niño otros alimentos o bebidas? ¿Cuáles? ¿Con qué frecuencia?***

El lactante menor de 2 meses 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 cuánta frecuencia recibe ese alimento o bebida, y la cantidad. Si toma leche fluida o en polvo, y constate cómo la prepara.

### ***¿Con qué acostumbra a alimentar al niño?***

Si un lactante ingiere otras comidas o bebidas, es importante que averigüe si la madre usa biberones o tazas para hacerlo. Así como las medidas higiénicas y el tipo de agua utilizada.

**Cuadro 84: Determinar si existen problemas de alimentación o bajo peso**

<b>DETERMINAR SI EXISTE PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN O BAJO PESO</b>	
<b>PREGUNTAR:</b>	<b>OBSERVAR PESAR</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene alguna dificultad para alimentarse? ¿Cuál?</li> <li>• ¿Ha dejado de comer? ¿Desde cuando?</li> <li>• ¿Se alimenta al pecho? ¿Cuántas veces al día?</li> <li>• ¿Recibe el niño otros alimentos o bebidas?</li> <li>• ¿Cuáles? ¿Con qué frecuencia?</li> <li>• Peso al nacer.....grs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesar al niño</li> <li>• Observar el carnet Perinatal del niño, para determinar el peso al nacer, o preguntar a la madre sobre el peso del niño al nacer.</li> <li>• Determine el incremento de peso diario.</li> </ul>
<p>SI EL LACTANTE: Tiene cualquier dificultad para alimentarse. Se alimenta a pecho menos de 8 veces en 24 hs. Recibe cualquier otro alimento o líquido o Tiene un bajo peso para la edad y no presenta ninguno de los signos por los cuales deba ser referido de urgencia al hospital</p> <p><b>Investigue si tiene antecedentes perinatales patológicos</b></p>	
<p><b>EVALUAR EL AMAMANTAMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿El niño tomó pecho durante la última hora?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>NO TOMÓ PECHO:</b> dígame a la madre que lo alimente. Observe el amamantamiento durante 4 minutos.</li> <li>• <b>SI TOMÓ PECHO:</b> pregúntele a la madre si el la puede esperar y pedirle que le avise cuando el niño quiera tomar el pecho otra vez.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Logró el niño prenderse bien?</li> <li>- No se prende</li> <li>- Se prende mal</li> <li>- Se prende bien</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Para VERIFICAR cómo se prende, observar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tiene la boca abierta</li> <li>- tiene el labio inferior evertido</li> <li>- incluye la mayor parte de la areola en su boca</li> <li>- la succión es audible.</li> </ul> <p>(Todos estos signos deben estar presentes cuando la técnica es correcta)</p> </div>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿El niño mama bien? (es decir, succiona en forma lenta y profunda, con pausas ocasionales)</li> <li>- No mama nada</li> <li>- No mama bien</li> <li>- Mama bien</li> </ul> <p>Debe limpiarle la nariz tapada, si ello obstaculiza la lactancia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar si tiene placas blancas en la boca (moniliasis).</li> </ul>	

**LUEGO OBSERVE Y DETERMINE:**

**El incremento de peso** (ver cuadro 36 del fascículo anexo)

En el gráfico de peso para la edad se compara el peso del niño con el peso de otros niños de la misma edad. El objetivo es identificar a los niños cuyo peso para la edad está por debajo de la curva inferior de un gráfico de peso para la edad. En el caso de lactantes menores de dos meses con antecedentes perinatales patológicos, la evaluación del peso para la edad puede ser engorrosa, motivo por el cual es preferible calcular el incremento de

peso diario y evaluar si es apropiado. Un lactante menor de dos meses debería aumentar NO MENOS de 20 gramos diarios.

- Solicite a la madre el carné perinatal si es que lo posee, y verifique el peso de nacimiento y el último peso consignado. (Recuerde que todo recién nacido alimentado con pecho materno recupera su peso de nacimiento alrededor de los 15 días de vida).<sup>31</sup>
- Pesarlo al niño si aún no se pesó en esta visita. Para ello use una balanza precisa. Al pesarlo, el niño deberá estar vestido con ropa liviana. Pida a la madre que le ayude a quitarle la ropa.
- Calcule la edad del lactante, fíjese el último peso consignado, y fíjese si la diferencia entre éste y el peso actual es igual o mayor a 20 gramos diarios.

A continuación se desarrollan algunos ejemplos que le ayudarán a comprender cómo se evalúa el peso del niño:

**Ejemplo 21:**

Lactante sin antecedentes perinatales patológicos.  
Peso de Nacimiento: 3200 gramos. Peso a los 20 días: 3440 gramos.  
Alimentación: pecho exclusivo. Edad actual 50 días.  
Peso actual: 3740 gramos. Peso de Nacimiento: normal  
Peso a los 20 días: normal (recupera el peso de nacimiento e incrementa 240 gramos, suponiendo que esta recuperación la hizo a los 10 días de vida, aumenta 24 gramos diarios. De los 20 días de vida a los 50 días de vida aumentó 300 gramos, o sea 10 gramos por día, por debajo de lo normal).

**Ejemplo 22:**

Lactante con antecedentes perinatales patológicos.  
Peso de Nacimiento: 1800 gramos. Peso al alta: 2100 gramos, tras 15 días de internación en Neonatología. Alimentación: pecho exclusivo.  
Edad actual: 50 días. Peso actual: 3150 gramos. Peso de Nacimiento: bajo.  
Peso al alta: (15 días de vida), bajo para un recién nacido normal, pero acorde para un peso de nacimiento de 1800 gramos.  
Peso actual: 3150 gramos, o sea que aumentó 30 gramos diarios.

**FELICITE A LA MADRE**

**Ejemplo 23:**

Lactante sin antecedentes perinatales patológicos.  
Peso de Nacimiento: 3450 gramos. Peso al alta: 3200 gramos. Edad actual: 7 días.  
Peso: 3300 gramos. Alimentación: pecho exclusivo.  
Este lactante está en franca recuperación de peso a los 7 días de vida.

**FELICITE A LA MADRE**

En el fascículo anexo a este manual encontrará las tablas de incremento de peso diario como complemento de este capítulo. En las mismas usted podrá apreciar la representación gráfica de esta sección. (46)

31 Initial Management of Breast Feeding. Sinusas K., Gagliardi A. Am Fam Phys, 2001; 64:98

**2.4.1 CÓMO CLASIFICAR EL BAJO PESO, LOS PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN O INCREMENTO INADECUADO DE PESO**

En el siguiente cuadro usted podrá observar cómo se clasifican la alimentación del niño de acuerdo a los signos que presenta.

**Cuadro 85: Clasificar problemas de alimentación o bajo peso**

SIGNO	CLASIFICAR COMO	DETERMINAR TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No puede alimentarse o</li> <li>• no se prende o</li> <li>• no mama nada o</li> <li>• cualquier signo de infección</li> <li>• o de enfermedad grave.</li> </ul>	<p><b>(A)</b>  <b>NO LOGRA ALIMENTARSE: ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN GRAVE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>REFERIR URGENTEMENTE AL HOSPITAL.</b></li> <li>• Administrar tratamiento para evitar la hipoglucemia.</li> <li>• Dar instrucciones a la madre para evitar la hipotermia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se prende bien al pecho o</li> <li>• no mama bien o</li> <li>• se alimenta al pecho menos de 8 veces en 24 hs o</li> <li>• recibe otros alimentos o líquidos o</li> <li>• no tuvo un buen incremento de peso.</li> <li>• moniliasis (placas blancas en la boca).</li> </ul> <p>En todos estos casos, el lactante debe presentar buen estado general: "se lo debe ver bien".                      Caso contrario actúe como ítem "A".</p>	<p><b>(B)</b>  <b>PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN O BAJO PESO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendar a la madre que le dé pecho más de 8 veces en 24 hs.</li> <li>• Si no se prende bien: enséñele la técnica correcta (prendida y posición).</li> <li>• Si recibe otros alimentos líquidos: recomendar a la madre que le dé pecho más veces, reduciendo los otros líquidos o alimentos hasta eliminarlos, y que trate de usar taza y no biberón.</li> <li>• Si no recibe lactancia materna:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Referir para asesoramiento a un Hospital amigo o a un grupo de apoyo para iniciar posible relactación.</li> <li>– Comprobar que la preparación de la leche que recibe sea la correcta.</li> </ul> </li> <li>• Asesorar sobre el cuidado del niño en la casa.</li> <li>• Informar sobre los signos de alarma.</li> <li>• Citar para seguimiento de cualquier problema de alimentación y/o moniliasis 2 días después.</li> <li>• Hacer el seguimiento del niño con inadecuado incremento de peso cítelo a los 7 días, o antes si Ud. lo considera necesario</li> <li>• Programe una visita domiciliaria. Si la madre manifiesta molestias en las mamas, identificar sus causas y brindar asesoramiento. Si las molestias son de índole general (dolor de espaldas o cansancio) verificar la posición y estimular la ayuda familiar.</li> </ul>
<p>Tiene buen incremento de peso y no existe otro signo de alimentación inadecuada.</p>	<p><b>(C)</b>  <b>NINGUN PROBLEMA DE ALIMENTACION</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Felicitar a la madre porque alimenta bien al niño.</li> <li>• Enseñarle a tratar al niño en la casa.</li> <li>• Citarla para seguimiento y vacunas acordes a la edad</li> <li>• Referir a control de niño sano.</li> </ul>

### **A - NO LOGRA ALIMENTARSE: ENFERMEDAD GRAVE, O POSIBLE INFECCIÓN GRAVE**

El lactante menor de 2 meses que no puede alimentarse tiene riesgo de morir. Podría tener una infección bacteriana u otra clase de problemas y por lo tanto requiere de una atención inmediata.

Este lactante clasifica como POSIBLE ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN GRAVE. Antes de derivarlo confirme (ya sea por vía telefónica, radio, o acompañándolo durante el trayecto al mismo) que el hospital podrá recibirlo. Si el traslado le llevará más de 5 horas, es conveniente que le administre la primera dosis del antibiótico por vía intramuscular. Durante el traslado se debe evitar la hipotermia y la hipoglucemia.

### **B - PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN O BAJO PESO**

Esta clasificación incluye lactantes con inadecuado incremento de peso (menos de 20 gramos diarios), o a lactantes que presentan algún signo que indica que su alimentación necesita ser mejorada. Es probable que tengan más de uno de los signos detallados.

- Recomiende a la madre que lo amamante, tanto de día como de noche, todo el tiempo que el niño lo desee. Las mamadas de corta duración impiden una alimentación adecuada. Enseñe a la madre cómo ayudar al niño colocándolo en la posición correcta, asegurándose que el lactante se prenda bien o tratando la moniliasis cuando la tuviera.
- Asesore a la madre sobre los cuidados del niño en el hogar, y de ser posible programe una visita domiciliaria, ya que la misma puede brindarle una valiosa información.
- Identifique los problemas sobre amamantamiento y asesore para modificarlos. Trate de incorporar el apoyo del grupo familiar.

Finalmente, recuerde que resulta importante recabar datos sobre la preparación de los otros alimentos, cuando el niño no recibe lactancia materna exclusiva, es decir cómo se preparan los biberones, las diluciones y los agregados (sobre todo si se hierve el agua y los utensilios).

### **C - NINGÚN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN**

Cuando los lactantes clasificaron en esta categoría, resulta importante felicitar a la madre por el tipo de alimentación que recibe y aconsejar sobre los cuidados del niño en el hogar y sobre la prevención de enfermedades. Citar o referir a control de niño sano y recomendar las vacunas acordes con su edad.

**A continuación, para ejercitarse, trate de resolver el siguiente caso utilizando el formulario de registro correspondiente.**

RESUELVA EL EJERCICIO 1:

Manuel tiene 1 mes y 28 días. Pesa 4 Kg. Su temperatura es de 36,8°C. Esta es una visita inicial. Llegó al servicio de salud porque sus padres están preocupados por su diarrea. No tiene signos generales de peligro. No presenta tos ni dificultad respiratoria. Ha padecido diarrea desde hace 5 días.

El profesional de salud verificó la presencia de signos, inadecuado incremento de peso y problemas de alimentación. Presenta palidez palmar leve.  
**Anote en el formulario de registro los signos de Manuel, y clasifique.**

2.5 VERIFICAR EL ESTADO DE VACUNACIÓN DEL NIÑO

<b>Lactante menor de dos meses de edad</b>	
<b>ENSEGUIDA VERIFIQUE LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DEL NIÑO</b>	
<p style="text-align: center;"><b>SI TRAJO CARNET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pídale que se lo muestre.</li> <li>• Compare el esquema de vacunación del niño con el calendario de vacunación recomendado en ese momento. Decida si el niño tiene todas las vacunas recomendadas para su edad.</li> <li>• En el formulario de registro, tilde todas las vacunas que el niño ya ha recibido. Escriba la fecha en la que recibió la más reciente. Rodee con un círculo (circule) la o las vacunas que debe recibir en esta consulta.</li> <li>• Si el niño no necesita ser derivado al hospital de referencia, explíquelo a la madre que el niño necesita recibir la o las vacunas durante esta consulta.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>SI NO TRAJO CARNET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pídale a la madre que le diga qué vacunas recibió el niño.</li> <li>• Considere, a su juicio si la madre le ha dado una información fidedigna. Si tiene dudas inmunicé al niño con las vacunas necesarias.</li> <li>• Entréguele un carnet de vacunación a la madre y pídale que lo traiga cada vez que acuda con el niño a un servicio de salud.</li> <li>• Comuníquelo a la madre que el carnet de vacunación es como un documento, y no puede ser retenido en ninguna circunstancia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• TODO LACTANTE MENOR DE DOS MESES DEBE TENER APLICADA LA VACUNA BCG Y UNA DOSIS DE HEPATITIS B.</li> <li>• LA VACUNA BCG, ESTÁ CONTRAINDICADA EN RECIÉN NACIDOS CON UN PESO MENOR DE 2000 GRAMOS, POR ELLO SI EL LACTANTE SUPERÓ DICHO PESO Y NO LE FUE ADMINISTRADA AL NACIMIENTO DICHA VACUNA DEBE RECIBIRLA EN ESTA CONSULTA.</li> <li>• SI ASISTE A UN LACTANTE PRÓXIMO A CUMPLIR LOS DOS MESES, ACONSEJE A LA MADRE A CONCURRIR AL CONTROL DE LOS DOS MESES PARA RECIBIR LA VACUNACIÓN CORRESPONDIENTE.</li> </ul>	

## 2.6 DETERMINAR EL TRATAMIENTO APROPIADO Y TRATAR AL NIÑO MENOR DE 2 MESES DE VIDA

Luego de evaluar y clasificar, seleccione el tratamiento recomendado para cada una de las clasificaciones de los lactantes menores de 2 meses de edad. Anote la lista de tratamientos en el reverso del formulario de registro.

### 2.6.1 DETERMINAR SI EL LACTANTE MENOR DE 2 MESES DE EDAD NECESITA SER REFERIDO DE URGENCIA AL HOSPITAL

- Para referir a un lactante menor de 2 meses de edad al hospital proceda de la misma manera que para enviar un niño de 2 meses a 4 años de edad. Prepare una nota de referencia, asegúrese la recepción del niño en el hospital de referencia y explique a la madre por qué deriva al lactante al hospital.
- Si es posible arbitre los mecanismos para que un profesional de salud acompañe al lactante. Siempre siga las normas de derivación de su área.
- Si esta opción no fuera factible asegúrese que la madre pueda y quiera llevar al lactante al hospital
- Enséñele todo lo que necesita hacer en el camino, como mantener abrigado a su hijo, amamantarlo y darle sorbos de SRO.
- Explíquelo, además, que los lactantes menores de 2 meses de edad son especialmente vulnerables. Cuando están enfermos de gravedad, necesitan atención hospitalaria inmediata. Pasadas experiencias negativas o falta de credibilidad en el sistema de salud pueden ser algunas de las razones no explicitadas para NO llevar al lactante menor de 2 meses de edad al hospital. De ser este el caso, usted tendrá que abordar estas razones y explicar que donde mejor puede tratarse la enfermedad del lactante es en el hospital.

Si el lactante tiene ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN GRAVE, necesita ser referido de urgencia al hospital.

Si el lactante menor de 2 meses de edad tiene ICTERICIA GRAVE deberá ser referido urgentemente al hospital.

### TODO LACTANTE MENOR DE DOS MESES QUE REQUIERA SER REFERIDO AL HOSPITAL DEBE SER TRASLADADO SIGUIENDO LAS SIGUIENTES PAUTAS:

- **Evitar Hipoglucemia:** indique a la madre que siga amamantando al lactante siempre y cuando no presente dificultad respiratoria o alteraciones del sensorio. En este caso coloque una SNG y administre por ella glucosado al 5%, 20 cm<sup>3</sup> cada 20 minutos en forma muy lenta. En caso de no poder colocar SNG, utilice un gotero y administre 20 gotas de glucosado 5% por minuto.
- **Evitar Hipotermia:** si no puede derivar en incubadora, utilice la técnica de mamá canguro: coloque al lactante dentro de la ropa

de la madre para que esté en contacto con su piel.

- **EVITAR HIPOXEMIA** en los lactantes con: quejido, tiraje subcostal, apneas, cianosis, aleteo nasal, convulsiones, frecuencia respiratoria mayor de 60 o menor de 30, letargia. SE DEBERÁ ADMINISTRAR OXIGENO, con máscara o cánula nasal.
- **TRATAR LA FIEBRE:** En todo lactante con temperatura axilar mayor de 38° administrar Paracetamol: 2 gotas/kg/dosis.
- **TRATAR LA DESHIDRATACIÓN:** Aconseje a la madre que lo siga amamantando y aplique el tratamiento de la misma forma que en los lactantes mayores de 2 meses. (Capítulo 3)

Antes de referir con urgencia a un lactante menor de 2 meses de edad al hospital, administre todos los tratamientos apropiados. Estos tratamientos aparecen en negrita en la tabla. Algunos tratamientos no deberán darse antes de referir al bebé porque no revisten urgencia y demorarían la llegada del lactante al hospital. Por ejemplo, en esta ocasión no pierda tiempo enseñando a una madre la manera de tratar una infección local antes de enviar al niño al hospital. Tampoco administre inmunizaciones.

### **2.6.2 DETERMINAR LOS TRATAMIENTOS PARA UN LACTANTE MENOR DE 2 MESES DE EDAD QUE NO NECESITA SER REFERIDO DE URGENCIA AL HOSPITAL**

Las visitas de seguimiento son especialmente importantes para el lactante menor de 2 meses de edad. Si en la visita de seguimiento usted encuentra que el bebé está igual o peor, deberá referirlo al hospital. El lactante menor de 2 meses de edad que tiene un problema de alimentación, conjuntivitis o moniliasis oral deberá regresar a los 2 días. El lactante menor de 2 meses de edad con inadecuado incremento de peso deberá regresar a los 7 días para volver a observarlo. El lactante menor de 2 meses con ictericia leve o moderada, deberá volver a las 24 horas.

### **2.6.3 TRATAR AL LACTANTE ENFERMO MENOR DE 2 MESES DE EDAD QUE NO REQUIERE DERIVACIÓN Y ACONSEJAR A LA MADRE**

Las instrucciones para el tratamiento de un lactante menor de 2 meses de edad están en el cuadro LACTANTE MENOR DE 2 MESES DE EDAD.

Los lactantes menores de dos meses de edad que necesitan tratamiento pero no deben ser referidos al hospital son:

- Lactante con infección local
- Ictericia leve o moderada
- Problemas de alimentación o inadecuado progreso de peso



## 2.6.4 CÓMO ENSEÑAR A LA MADRE A TRATAR LAS INFECCIONES LOCALES EN LA CASA

En esta sección se desarrolla el tratamiento de las infecciones localizadas (candidiasis oral, pústulas en piel o infección de ombligo, conjuntivitis).

AL TERMINAR ESTA SECCIÓN, USTED HABRÁ APRENDIDO A:

- **Explicar** a la madre en qué consiste el tratamiento y por qué debe administrarse.
- **Reconocer** las etapas del tratamiento.
- **Analizar** la importancia de observar a la madre mientras administra el primer tratamiento en el servicio de salud.
- **Indicar** a la madre cuántas veces debe administrar el tratamiento en la casa.
- **Reconocer** la importancia de proveer a la madre el medicamento, cuando se lo tuviera en el servicio de salud.
- **Fundamentar** la importancia de cerciorarse de que la madre, antes de retirarse del servicio de salud, haya comprendido todos los procedimientos que debe realizar en su casa.

Explique a la madre y demuéstrele con un ejemplo cómo dar el tratamiento al niño en su casa. Luego obsérvela y guíela cuando lo necesite, mientras administra el tratamiento.

En el cuadro 86 se muestran las indicaciones para enseñar a la madre a tratar las infecciones localizadas en su casa.

## 2.6.5 CÓMO TRATAR LAS PÚSTULAS EN PIEL Y LA ONFALITIS

Si ya fue evaluado en el Hospital, y no requiere tratamiento parenteral, debe asegurarse que la madre ha entendido como realizar el tratamiento que le indicaron, si no estuviera claro para ella, **usted le debe enseñar a la madre** de la siguiente forma:

- ▶ Explicarle cómo administrar el tratamiento.
- ▶ Observarla mientras administra el primer tratamiento en el servicio de salud.
- ▶ Orientarla para que administre el tratamiento 4 veces al día.
- ▶ Recomendarle a la madre volver inmediatamente al centro de salud si la infección empeora.

A continuación en el cuadro 86 se desarrollan los pasos para tratar la infección de ombligo:

**Cuadro 86: Tratar infecciones de piel**

<b>TRATAR PUSTULAS DE LA PIEL O INFECCIÓN DEL OMBLIGO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Lavarse las manos con agua y jabón.</li><li>● Lavar suavemente las zonas afectadas con agua y jabón, para sacar el pus y las costras, enjuagar con agua tibia.</li><li>● Secar la zona afectada.</li><li>● Aplicar el antiséptico local adecuado.</li><li>● Lavarse nuevamente las manos luego de efectuado todo el procedimiento.</li></ul>

Solicite a la madre que practique. Obsérvela mientras lava las lesiones del niño y le aplica en antibiótico tópico. Hágale comentarios sobre los pasos que realizó adecuadamente y sobre los que necesita mejorar.

Entréguele a la madre un envase de pomada antibacteriana tópico o un antiséptico local para que se lo lleve a su casa. Dígale que regrese en 2 días para la visita de reevaluación y seguimiento. Por otro lado, recomíendele que debe regresar rápidamente al servicio de salud cuando las pústulas o el pus empeoran o si el niño no puede beber o tragar (estos son signos de alarma que pueden corresponder a infección grave).

Antes de que la madre se vaya, **FORMÚLELE PREGUNTAS DE VERIFICACIÓN**, como por ejemplo:

***¿Qué usará para limpiar al niño?***

***¿Cuándo se lavará las manos?***

***¿Cada cuánto tratará la piel del niño? ¿Cuántos días?***

Pregúntele si cree que tendrá algún problema para administrar el tratamiento al niño en su casa. De ser así trate de ver si puede resolverlos.

En un lactante menor de 2 meses con muy escasas pústulas en piel, sin antecedentes infecciosos en el parto o en el período neonatal, usted debe asegurarse que la madre comprendió adecuadamente cómo realizar el baño del bebé con jabón con povidona y cómo aplicar el ungüento o el antibiótico recomendado.

### **2.6.6 CÓMO TRATAR LA CANDIDIASIS ORAL**

En lactantes pequeños es frecuente la aparición de moniliasis oral. Recomiende a la madre que antes de amamantar, se lave adecuadamente las manos con agua y jabón, luego lave con agua y lave los pezones con agua bicarbonatada (preparada con 1 cucharadita de bicarbonato de sodio en un pocillo de agua hervida tibia o al estado ambiente). La Nistatina que le debe administrar a su hijo, se la dará 4 veces al día (1/2 gotero) durante 7 días.

**Cuadro 87: Tratar la moniliasis oral**

<b>TRATAR LAS MANCHAS BLANCAS DE LA BOCA (MONILIASIS ORAL)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lavarse bien las manos con agua y jabón.</li> <li>● Lavarse el pezón y la aréola con agua bicarbonatada.</li> <li>● Lavarse las manos otra vez.</li> <li>● Administrar gotas de Nistatina al lactante cada 6 horas durante 7 días.</li> </ul>

Solicite a la madre que practique. Obsérvela mientras sigue los pasos recomendados y cuando le administra la Nistatina. Haga comentarios sobre los pasos que siguió bien y sobre los que necesita mejorar.

Entréguele a la madre un frasco de Nistatina para que lo lleve a su casa. Indíquelo que regrese en 2 días para una visita de seguimiento, pero que le quede claro que deberá regresar rápidamente si las placas blancas de la boca empeoran o si el niño no puede beber o comer.

Antes de que la madre se retire del servicio, **FORMÚLELE PREGUNTAS DE VERIFICACIÓN**, cómo por ejemplo:

***¿Qué usará para limpiarle la boca al niño?***

***¿Cuándo se lavará las manos o los pezones?***

***¿Cada cuánto tratará al niño? ¿Cuántas veces al día?***

También puede recomendarle limpiar la boca del niño con una gasa suave o un paño suave y limpio, enrollado en su dedo y embebido en agua bicarbonatada o en agua y sal, para sacar los restos de muguet.

## 2.6.7 CÓMO TRATAR LA CONJUNTIVITIS

**Cuadro 88: Tratar la conjuntivitis**

<b>TRATAR LA CONJUNTIVITIS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lavarse las manos.</li> <li>● Limpiar los ojos del niño con una gasa o paño suave y limpio 3 veces al día.</li> <li>● Abrir hacia abajo el párpado inferior del niño.</li> <li>● Aplicar la pomada oftálmica con antibiótico recomendada.</li> <li>● Repetir en el otro ojo el mismo procedimiento (aunque el ojo esté sano).</li> <li>● Lavarse nuevamente las manos.</li> </ul>

- ▶ Muéstrela a la madre cómo aplicar las gotas o ungüentos oftálmicos.
- ▶ Abra hacia abajo el párpado inferior del niño y manténgalo abierto. Señale el párpado inferior y dígame que es en ese lugar donde debe aplicar la pomada oftálmica y que debe tener mucho cuidado para que el pico del envase no toque el ojo ni el párpado.
- ▶ Limpie uno de los ojos del niño con una gasa suave estéril. Oprima el envase del medicamento y aplique la pomada o las gotas en el interior del párpado inferior. Compruebe que la madre vea bien dónde usted le aplica las gotas o la pomada al niño y qué cantidad necesita ponerle de la misma.
- ▶ Solicite a la madre que practique con el otro ojo. Obsérvela mientras le aplica la pomada oftálmica al niño. Haga comentarios sobre los pasos que siguió bien y sobre los que necesita mejorar.
- ▶ Entréguele un envase de medicamento oftálmico para que se lo lleve a su casa. Explíqueme que deberá tratar los dos ojos hasta que desaparezca el enrojecimiento del ojo infectado. El ojo afectado ha mejorado cuando supura menos o cuando el niño no amanece con los ojos pegoteados.

*No se olvide de comunicar a la madre que no aplique en los ojos del niño otras gotas, pomadas u otros tratamientos que no fueran los que se les dio, pues pueden ser perjudiciales y comprometer la visión del niño.*

Dígale que regrese en 2 días para una visita de seguimiento, pero que deberá regresar rápidamente si la infección del niño empeora o si no puede beber ni comer. Antes de que la madre se retire del servicio de salud, formule preguntas de verificación, como por ejemplo:

***¿Qué usará para limpiarle los ojos al niño?***

***¿Cuándo se lavará las manos?***

***¿Cada cuánto tratará los ojos del niño? ¿Por cuántos días?***

Pregúntele si piensa que tendrá algún problema para administrar el tratamiento. En caso afirmativo, ayúdela a resolverlo.

Todos los tratamientos para las infecciones locales que la madre puede realizar en su casa, se resumen en el cuadro 89.

**Cuadro 89: Enseñar a la madre a tratar las infecciones localizadas según el Cuadro de Procedimientos**

<b>Enseñar a la madre a tratar las infecciones localizadas</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Explicarle como se administra el tratamiento</li><li>• Observarla mientras administra el primer tratamiento en el centro de salud</li><li>• Orientarla para que administre el tratamiento cuatro veces por día</li><li>• La madre debe volver al servicio de salud si la infección empeora</li></ul>	
<p><b>Para tratar la CONJUNTIVITIS</b> <b>La madre debe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lavarse las manos</li><li>• Colocar un gota de colirio oftálmico (con eritromicina), una gota en cada ojo, 4 veces por día. Durante 7 días</li><li>• Lavarse las manos</li></ul>	<p><b>Para tratar la MONILIASIS ORAL</b> <b>La madre debe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lavarse las manos</li><li>• Administrar Nistatina en gotas c/ 6 horas, 7 días</li><li>• Lavar pezón y areola con agua bicarbonatada</li><li>• Lavarse las manos</li></ul>

Deberá regresar 2 días después para seguir observando al lactante, o antes si la infección empeora, para lo que explicará a la madre cuáles son los signos de alarma para volver con urgencia. Deberá dejar de usar las gotas de Nistatina después de 7 días. Hágale preguntas para ver si ella sabe administrar el tratamiento cuatro veces por día y cuándo debe regresar.

## 2.7 ENSEÑAR LA TÉCNICA (POSICIÓN Y PRENDIDA) CORRECTOS PARA LA LACTANCIA<sup>33</sup>

### Causas de mala técnica y de una lactancia ineficaz

Hay varias razones por las cuales un lactante puede prenderse mal al pecho de la madre, estar colocado en mala posición o no mamar eficazmente. Tal vez se lo haya alimentado con biberón en varias ocasiones, especialmente los primeros días después del parto. La madre quizá no tenga experiencia. Puede haber tenido alguna dificultad y nadie que la ayudara o aconsejara. Por ejemplo, tal vez el bebé era muy pequeño y débil, los pezones de la madre estaban aplanados o se retrasó el inicio de la lactancia.

El lactante puede estar en una mala posición cuando se lo pone al pecho. La posición es importante puesto que si es deficiente, la forma en que se prende el lactante también es deficiente. Este es un punto especialmente importante en los lactantes menores de 2 meses de edad. Si el lactante está colocado en una buena posición, la prendida probablemente también sea buena.

33 Lactancia Materna Bases Científicas para la práctica clínica. AFACIMERA. UNICEF. Dra. Ageitos ML. 2003

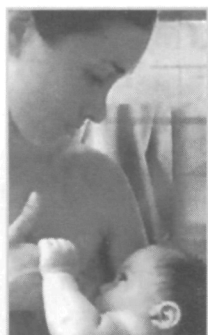
## UNA BUENA POSICIÓN SE RECONOCE POR LOS SIGNOS SIGUIENTES:

*La madre sostiene al niño:*

- Con la cabeza y el cuerpo del niño alineado
- Con el cuerpo del niño cerca del cuerpo de ella (contacto panza con panza)
- Sosteniendo todo el cuerpo del niño con el brazo

*La posición deficiente se reconoce por cualquiera de los signos siguientes:*

- El cuello del lactante está torcido o extendido hacia adelante,
- El cuerpo del lactante no está junto a la madre, o
- Sólo la cabeza y el cuello del lactante reciben sostén.



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



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

## CÓMO MEJORAR LA TÉCNICA

Si en su evaluación de la lactancia usted encontró alguna dificultad con la forma en que el lactante se prende al pecho o la posición en que coloca al niño, ayude a la madre a mejorarlas.

Cerciórese de que la madre está cómoda, relajada y sentada. Por ejemplo, en un asiento bajo con la espalda derecha. Luego siga los pasos del recuadro siguiente.

### ENSEÑAR LA TÉCNICA CORRECTA PARA EL AMAMANTAMIENTO (PRENDIDA Y POSICIÓN)

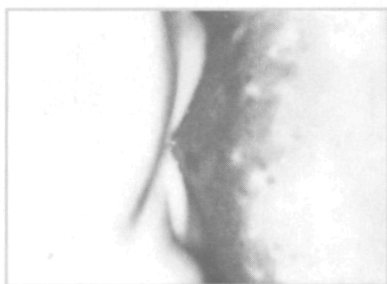
- ▶ Observar si hay lesiones en los pezones
- ▶ Mostrar a la madre como sostener bien al niño
  - Con la cabeza y el cuerpo alineado
  - Con el cuerpo del niño cerca del cuerpo de ella (contacto panza con panza)
  - Sosteniendo todo el cuerpo del niño con el brazo
- ▶ Mostrar a la madre como debe facilitar la prendida
  - Tocar los labios del niño con el pezón
  - Esperar hasta que el abra bien la boca
  - Aproximar el niño rápidamente hacia el pecho y cerciorarse que el labio inferior del niño quede bien debajo del pezón
- ▶ Verificar los signos de la buena prendida y la succión. Si no son buenos, intentarlo nuevamente
- ▶ Comprobar que la madre está cómoda
- ▶ Apoyar y reforzar a la madre en su rol

Siempre observe a la madre mientras amamanta antes de ayudarla, a fin de entender claramente su situación. No se apresure a indicarle que haga algo diferente. Si usted ve que la madre necesita ayuda, diga primero algo alentador, como:

**"Qué bien crece su bebé tomando el pecho, ¿no?"**

Luego explíquelo cómo y en qué podría ayudarla. Pregúntele si le gustaría que usted le mostrara. Por ejemplo:

**"Cuando amamanta sería mejor para usted y para el bebé, si él tomara en su boca no sólo el pezón sino además una buena parte de la zona marrón que lo rodea. ¿Quiere que le enseñe?"**



**Si ella está de acuerdo, puede empezar a ayudarla.**



**El bebé está listo para prenderse. Tiene la boca bien abierta.**

Cuando le muestre a la madre cómo colocar en posición al lactante, tenga cuidado de no hacerlo por ella. Explíquelo y muéstrela qué es lo que quiere que haga. Luego deje que la madre ponga al bebé en posición adecuada y lo acople a sí misma.

Luego observe otra vez si hay signos de buena prendida y amamantamiento eficaz. Si la prendida o la posición no son correctas, pida a la madre que retire a su hijo del pecho y que pruebe de nuevo.

Una forma de constatar la eficacia del amamantamiento es interrogando sobre las micciones. El niño que mama una adecuada cantidad de leche mojará los pañales en por lo menos seis oportunidades por día.

Cuando el lactante esté mamando bien, explique a la madre que es importante amamantarlo por el tiempo que el bebe necesite en cada mamada. No deberá retirar del pecho al lactante antes de que éste lo quiera.

## 2.8 RECOMENDACIONES SOBRE OTROS PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN

Si la madre está amamantando al lactante menos de 8 veces en 24 horas, recomiéndele que aumente la frecuencia de las mamadas. Lo amamantará tan a menudo y por tanto tiempo como el lactante lo desee, día y noche.

Si el lactante está recibiendo otros alimentos o bebidas, recomiende a la madre que lo amamante más frecuentemente y vaya reduciendo gradualmente la cantidad de otros alimentos o bebidas. Esto estimulará la producción de leche y hará innecesario el aporte extra de otros alimentos o bebidas.

**Recomiéndele que los lactantes alimentados con pecho NO NECESITAN NINGÚN TIPO DE LIQUIDO ADICIONAL.**

Si la madre no amamanta en absoluto, considere recomendarle que reciba orientación sobre la lactancia y la posibilidad de retomar la lactancia. Si la madre está interesada, un consejero sobre lactancia materna podría ayudarla a resolver las dificultades que pueda tener y a comenzar a amamantar otra vez al bebé.

A la madre que no amamanta hágale recomendaciones sobre la manera de elegir y preparar correctamente un sucedáneo apropiado de la leche humana (véase el punto 6.13 de este capítulo).

A los 2 días vuelva a ver al lactante menor de 2 meses de edad con problemas de alimentación. Esto es especialmente importante si usted ha recomendado cambios importantes en la manera de alimentarlo.

## **2.9 INMUNICE A TODOS LOS LACTANTES MENORES DE 2 MESES QUE LO NECESITEN**

Averigüe y constate que el lactante menor de 2 meses de edad haya recibido la vacuna BCG. Si no fuera así administre la vacuna. Explique a la madre cuándo debe volver el lactante al servicio de salud para las vacunas siguientes.

## **2.10 ALIMENTOS Y LÍQUIDOS:**

La lactancia frecuente nutrirá al lactante y le ayudará a prevenir la deshidratación.

## **2.11 CUÁNDO DEBE REGRESAR:**

Indíquelo a la madre cuándo debe regresar para la **visita de seguimiento**.

También enséñele a la madre **cuándo debe regresar inmediatamente**. Los signos anteriormente mencionados son especialmente importantes de observar. Enseñe a la madre esos signos. Use la tarjeta de la madre para explicarle los signos y ayúdela a recordarlos.

Hágale preguntas para determinar si sabe cuándo debe regresar inmediatamente.

## **ASEGÚRESE DE QUE EL LACTANTE MENOR DE 2 MESES DE EDAD ESTÉ SIEMPRE ABRIGADO:**



Es muy importante mantener abrigado (pero no muy caliente) al lactante enfermo menor de 2 meses de edad. La baja temperatura por sí sola puede causar la muerte de los lactantes menores de 2 meses. Adoptar la recomendación según la temperatura del área.

## 2.12 “ACONSEJAR A LA MADRE SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA”

La mejor forma de alimentar a un niño desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad es la lactancia exclusiva.<sup>34</sup> Es decir que hasta esa edad el niño recibe SÓLO leche materna, sin otros alimentos, agua ni líquidos (con excepción de medicamentos y vitaminas, si son necesarios). En el capítulo “Aconsejar a la madre del niño de 2 meses a 4 años de edad” usted ya aprendió la importancia de la lactancia materna exclusiva.

No obstante nuevamente haremos mención de algunos conceptos fundamentales.

- ▶ **La leche materna contiene exactamente los nutrientes que necesita el lactante:**
- ▶ **Estos nutrientes se absorben más fácilmente de la leche materna** que de cualquier otra leche. *La leche humana es el alimento ideal para este período de la vida infantil.*
- ▶ Su contenido en nutrientes es el adecuado para la inmadurez de la función renal e intestinal del niño más pequeño, para el crecimiento y maduración de su cerebro y como sustrato para los cambios de composición corporal que tienen lugar durante el primer año de vida.
- ▶ **La leche materna proporciona toda el agua que necesita el lactante, aun en un clima cálido y seco.**
- ▶ **La leche materna protege al lactante contra las infecciones.** Por medio de la leche materna, el lactante puede compartir la capacidad que tiene la madre de luchar contra la infección. Los lactantes alimentados exclusivamente con leche materna suelen tener menos episodios de diarrea y menores posibilidades de morir de diarrea u otras infecciones. Entre ellos suele haber menos casos de neumonía, meningitis e infecciones del oído que entre los que no han sido amamantados.
- ▶ **La lactancia ayuda a la madre y al hijo a establecer una relación estrecha y cariñosa.**
- ▶ **La lactancia protege la salud de la madre.** Después del nacimiento, la lactancia ayuda al útero a volver a su tamaño normal, lo cual, a su vez, ayuda a reducir la hemorragia y a prevenir la anemia. La lactancia también disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario de la madre.
- ▶ **Es mejor no dar al lactante ninguna leche ni ningún alimento que no sea leche materna.** Por ejemplo, no le dé leche de vaca ni de cabra, preparación para lactantes, cereal ni otras bebidas como té, jugo o agua. Las razones son las siguientes:

34 Ministerio de Salud. Propuesta Normativa Perinatal. Tomo III. Promoción, proyección y apoyo a la Lactancia Materna. Buenos Aires, 1998

- Al dar otro alimento o líquido se reduce la cantidad de leche materna que toma el lactante.
- Estos líquidos u alimentos pueden contaminarse de gérmenes del agua o de los biberones o utensilios. Esos gérmenes pueden causar infección.
- Estos líquidos o alimentos pueden estar demasiado diluidos y causar desnutrición al lactante.
- Es posible que otros alimentos o líquidos no contengan suficiente vitamina A.
- El hierro de la leche de vaca y de cabra no se absorbe bien.
- El lactante puede presentar alergias.
- El lactante puede tener dificultad para digerir la leche de origen animal y ésta causarle diarrea, erupciones de la piel u otros síntomas. La diarrea puede llegar a ser persistente.

*La lactancia exclusiva dará al lactante la mejor posibilidad de crecer y mantenerse sano.*

### **2.13 EN CASO DE REQUERIR LA PREPARACIÓN DE BIBERONES CON OTRAS LECHES DISTINTAS A LA MATERNA, ACONSEJE:**

#### **► PRIMERA OPCIÓN:**

**Leche modificada fluida**, a voluntad.

Esta leche es estéril, y una vez abierto el envase debe desecharse el sobrante.  
Es cara.

#### **► SEGUNDA OPCIÓN:**

**Leche modificada en polvo.**

Se prepara con 15 gramos del polvo (3 medidas) en 100 ml de agua hervida. Se debe desechar el sobrante.

**UTILIZAR LA MEDIDA QUE TRAE LA LATA.**

#### **► TERCERA OPCIÓN:**

**Leche de vaca fluida**,

diluida en partes iguales (al 50%) con agua hervida y con el agregado de una cucharadita (de las de té) de azúcar, cada 100 ml de preparación.

En todos los casos: **LAVARSE BIEN LAS MANOS** antes de la preparación de los biberones. Los mismos se deben lavar minuciosamente con agua y jabón, enjuagar con abundante agua y hervir al igual que la rosca y las tetinas, no menos de 5 minutos cada vez que se utilizan.

**SE DEBEN CONSERVAR LIMPIOS, ESTÉRILES Y CERRADOS, EN LA HELADERA.**

Por todos los elementos que usted ha leído, es importante estimular la lactancia materna exclusiva. Por lo tanto, es importante enseñar a la madre a iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva (ver Cuadro 90).

## Cuadro 90: Enseñar a la madre cómo iniciar la lactancia materna

### **DAR CALOSTRO**

#### **El calostro es:**

La primera leche que se produce después del parto hasta aproximadamente los tres días. No se produce en mucha cantidad, pero es suficiente para la alimentación del recién nacido.

- Protege contra infecciones
- Protege contra alergias
- Ayuda a eliminar el meconio
- Ayuda a prevenir la ictericia
- Ayuda a madurar el intestino

### **DAR SOLO LECHE MATERNA**

La leche materna se produce a partir del tercer día después del parto.

Se produce en mayor cantidad en relación al calostro.

Sus ventajas son:

- Tiene nutrientes adecuados
- Es fácilmente digerible
- Protege contra infecciones
- Cuesta menos que la leche de vaca o en polvo
- Favorece el vínculo madre - hijo
- Ayuda a retrasar un nuevo embarazo
- Protege la salud de la madre y del recién nacido

### **AMAMANTAR EN POSICION ADECUADA**

- La cabeza y el cuerpo del recién nacido/a deben estar bien rectos
- En dirección a su pecho con la nariz del recién nacido/a frente al pezón
- Con el cuerpo del recién nacido/a cerca del cuerpo de la madre
- Sosteniendo todo el cuerpo del recién nacido/a y no solo el cuello y los hombros

### **FACILITAR LA PRENDIDA AL PECHO**

- Tocar los labios del recién nacido/a con el pezón
- Esperar hasta que el recién nacido/a abra bien la boca
- Mover al recién nacido/a rápidamente hacia el pecho y cerciorarse que el labio inferior del recién nacido/a quede debajo del pezón

### **ENSEÑAR LOS SIGNOS DE UNA ADHESIÓN AL PECHO**

- El recién nacido/a toca el pecho con el mentón
- El recién nacido/a mantiene la boca bien abierta
- El recién nacido/a mantiene el labio inferior volteado hacia afuera
- Se observa más areola por arriba que por abajo

## 2.14 · ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE SOBRE CUIDADOS GENERALES DEL RECIÉN NACIDO EN CASA

### PREVENIR EL ENFRIAMIENTO (HIPOTERMIA)

- Vístalo o abríguelo.
- Mantenga la temperatura de la habitación templada, sin corrientes de aire
- Si la habitación está fría o el recién nacido es pequeño, puede ser necesario cubrirle la cabeza con una gorra.
- Si el recién nacido es prematuro o de bajo peso o cuando esté frío, use el contacto piel a piel.
- El recién nacido debería dormir en la habitación con la madre.
- Evite el contacto del recién nacido con superficies frías.

### ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO/A

- Ofrezca LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.
- No le dé ningún otro líquido ni leches artificiales.
- El recién nacido debe tomar pecho las veces que quiera, al menos 8 a 10 veces en 24 horas.
- Alertar a la madre sobre la prohibición de fumar en el ambiente.

### CUIDAR EL CORDÓN UMBILICAL<sup>35</sup>

- No ponga nada en el cordón umbilical.
- Vístalo con ropa suelta para que el cordón umbilical esté libre.
- Si el cordón está sucio, lávese las manos y después lave el cordón con agua limpia y jabón, séquelo cuidadosamente.
- No utilice apósitos, gasas o fajas, polvos, ni lo cubra con el pañal.
- Evite manipular el cordón sin necesidad.
- Vigile si el cordón presenta supuración y/o mal olor.  
*El cordón umbilical cae alrededor de los 7 a 10 días de nacimiento.*

### RECOMENDAR QUE VUELVA DE INMEDIATO SÍ:

- No toma el pecho o mama mal
- Tiene fiebre o hipotermia
- Respira mal
- Tiene el llanto débil
- Presenta convulsiones
- Se pone cianótico
- Vomita todo lo que mama
- Tiene diarrea
- Se ve mal
- Secreción ocular
- Secreción por ombligo

**NOTA IMPORTANTE: Recomiende a la madre que acueste al bebé BOCA ARRIBA.<sup>36</sup>**

35 WHO. Care of the umbilical cord: a review of the evidence. Geneva, 1999

36 Guía para la Atención del Parto Normal. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. 2004

## 2.15 VISITA DE REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL LACTANTE MENOR DE 2 MESES

Las visitas de seguimiento son especialmente importantes para el lactante menor de 2 meses de edad. Si en la visita de seguimiento usted encuentra que el bebé está igual o peor, deberá referirlo al hospital. El lactante menor de 2 meses de edad que tiene un problema de moniliasis oral, conjuntivitis, ictericia, alimentación, bajo peso o inadecuado progreso del mismo, deberá regresar al servicio de salud 2 días después para ser reevaluado.

En todos los casos que asista a un menor de 2 meses, aproveche para conversar con la madre y aconsejar sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva, los cuidados del lactante en el hogar, la correcta posición del bebé al dormir y la necesidad de los controles periódicos de salud. No olvide verificar siempre si el niño tiene las inmunizaciones completas para su edad.

En este capítulo usted aprenderá cómo reevaluar a un lactante menor de dos meses con alguna de las siguientes clasificaciones:

- Lactante con infección local: moniliasis oral o conjuntivitis
- Lactante con ictericia leve o moderada
- Lactante con problemas de alimentación, bajo peso o inadecuado progreso de peso

## 2.16 VISITA DE REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO PARA LA MONILIASIS ORAL

Después de 48 horas, **Verificar si continúan placas blancas en la boca**

- ▶ Si la moniliasis ha empeorado, o si el niño tiene problemas al prenderse al pecho o al succionar, referirlo al hospital.
- ▶ Si la moniliasis está igual y si el niño está alimentándose bien, continuar con Nistatina en gotas hasta terminar los 7 días de tratamiento y citarlo al finalizar el mismo para reevaluar.
- ▶ Si la moniliasis ha mejorado completar el tratamiento de 7 días, elogiar a la madre y citar a control de niño sano.
- ▶ Si al cabo de 7 días aún se observaran manchas blancas en la boca, continuar con la medicación 7 días más y volver a reevaluarlo.
- ▶ Si luego de 14 días de tratamiento continúa con placas blanquecinas en la boca derivar al hospital.
- ▶ Siempre cerciórese que la madre está administrando el tratamiento en forma correcta.

### MONILIASIS ORAL

#### Después de 2 días:

- Verificar si hay placas blancas en la boca (moniliasis oral).
- Reevaluar la alimentación. Consultar el cuadro titulado "En seguida, determinar si hay un problema de alimentación o de bajo peso".

#### Tratamiento:

- ▶ Si la moniliasis ha empeorado, o si el niño tiene problemas al prenderse al pecho o al succionar, referirlo al hospital.
- ▶ Si la moniliasis está igual o ha mejorado y si el niño está alimentándose bien, continuar con nistatina en gotas hasta terminar los 7 días de tratamiento.
- ▶ Si al cabo de 7 días aún se observaran manchas blancas en la boca, continuar con la medicación unos días más.

## 2.17 VISITA DE REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO PARA LA CONJUNTIVITIS

Después de 48 horas

### Verificar

- ¿Los ojos están más enrojecidos?
- ¿Ha aumentado la secreción purulenta?
- ¿Hay edema palpebral importante?

Reevalúe nuevamente al niño. Verifique si existe la posibilidad de una posible infección grave.

- ▶ Si el problema se hubiera solucionado, continuar con el tratamiento, elogiar a la madre y citar para control del niño sano.
- ▶ Si el problema persiste pero lo ve muy mejorado y no tiene signos de una posible infección grave, continúe con el tratamiento y cítelo a control en 2 días.
- ▶ Si el problema ha empeorado, o hay otros signos de infección refiéralo al hospital
- ▶ Siempre cerciórese que la madre está administrando el tratamiento en forma correcta.

### CONJUNTIVITIS

#### Después de 48 horas:

- Verificar: ¿los ojos están más enrojecidos? ¿Ha aumentado la secreción purulenta? ¿Hay edema palpebral importante?
- Reevalúe nuevamente al niño. Verifique si existe la posibilidad de una posible infección grave.

#### Tratamiento:

- ▶ Si el problema se hubiera solucionado, citar para control del niño sano.
- ▶ Si el problema persiste pero lo ve muy mejorado y no tiene signos de una posible infección grave, cítelo a control en 2 días.
- ▶ Si el problema ha empeorado, derívelo al hospital para su estudio y tratamientos.

## 2.18 VISITA DE REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO PARA LA ICTERICIA LEVE O MODERADA<sup>37</sup>

Después de 24 a 48 horas

**Verificar** si no tiene otros signos de ictericia grave o de posible infección grave. Clasifique nuevamente la ictericia según el Cuadro Evaluar y Clasificar la Ictericia.

- ▶ Si la ictericia es menos importante y no aparecieron otros signos de gravedad, cite a un nuevo control a los 3 días. Recomiende a la madre que siga con alimentación materna exclusiva.
- ▶ Si la ictericia aumentó y/o aparecieron otros signos de gravedad, refiéralo al hospital para su estudio.
- ▶ Si usted no está seguro de la evolución del niño y no se siente capaz de atender a neonatos, refiéralo al especialista.
- ▶ Si la ictericia persiste más allá de los 10 días de vida, derívelo al hospital par su estudio.

37 Niño Sano Niño Enfermo. De Rosa Ricardo. Cap. 27 Ictericia, Grosman A., Urman E. pag.191. 2003

**EXCEPCIÓN:**

- ▶ Los neonatos de riesgo, con antecedentes perinatólogicos patológicos deben ser seguidos por el neonatólogo o especialista.

**ICTERICIA LEVE O MODERADA**

**Después de 24 a 48 horas:**

- Verificar: si no tienen otros signos de ictericia grave o de posible infección grave. Clasifique nuevamente la ictericia según el Cuadro Evaluar y Clasificar la Ictericia.
- ▶ Si la ictericia es menos importante y no aparecieron otros signos de gravedad, cite a un nuevo control a los 3 días. Recomiende a la madre que siga con alimentación materna exclusiva y aconseje sobre prevención en el hogar.
- ▶ Si la ictericia aumentó y/o aparecieron otros signos de gravedad, déVELO al hospital para su estudio.
- ▶ Si usted no está seguro de la evolución del niño y no se siente capaz de atender a neonatos, déVELO al especialista.

▶ **Excepción:**

los neonatos de riesgo, con antecedentes perinatólogicos patológicos deben ser seguidos por el neonatólogo o especialista.

**2.19 VISITA DE REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO PARA PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN<sup>38</sup>**

Después de 48 horas

**Preguntar** sobre cualquier problema de alimentación detectado en la primera consulta.

- ▶ Si el problema se hubiera solucionado, elogiar a la madre y citar para control de niño sano.
- ▶ Si el problema persiste, reevaluar y citar a los 3 días. Evaluar condiciones socioeconómicas y de la vivienda. En este caso es necesario que vuelva a conversar con la madre sobre la lactancia y a enseñar la técnica correcta para una buena prendida. Pídale a la madre que amamante al lactante y observe la técnica.
- ▶ Si se cree que la alimentación no va a mejorar o si el niño menor de 2 meses ha bajado de peso, refiéRALO al hospital.

**EXCEPCIÓN:**

- ▶ Si la alimentación ha mejorado pero el menor de 2 meses no ha aumentado de peso, solicitar un examen de orina para descartar una infección urinaria. Del mismo modo, si hubiera bajado de peso solicitar inmediatamente un examen de orina o referirlo a un centro donde se pueda efectuar con rapidez.
- ▶ Los niños con antecedentes perinatólogicos patológicos y bajo peso, es conveniente que los reevalúe y controle el especialista.

38 IMCI. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn care. Other breastfeeding support. K8.WHO. Unicef. 2003

## PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN

### MÉTODOS DE SEGUIMIENTO Y REEVALUACIÓN DEL MENOR DE 2 MESES

#### Después de 48 horas:

- Reevaluar la alimentación. Consultar el cuadro titulado "En seguida, determinar si hay un problema de alimentación o de bajo peso."
- Preguntar sobre cualquier problema de alimentación detectado en la primera consulta.

#### Tratamiento

- ▶ Si el problema se hubiera solucionado, citar para control de niño sano.
- ▶ Si el problema persiste, reevaluar y citar a los 3 días. Evaluar condiciones socioeconómicas y de la vivienda.
- ▶ Si el peso del menor de 2 meses es bajo para la edad, decir a la madre que vuelva 2 ó 3 días después de la primera consulta para determinar si el niño ha aumentado de peso. Evaluar condiciones socioeconómicas y de la vivienda.
- ▶ Si se cree que la alimentación no va a mejorar o si el niño menor de 2 meses ha bajado de peso, refiéralo al hospital.

#### Excepción:

- ▶ Si la alimentación ha mejorado pero el menor de 2 meses no ha aumentado de peso, solicitar un examen de orina para descartar una infección urinaria. Del mismo modo, si hubiera bajado de peso solicitar inmediatamente un examen de orina o referirlo a un centro donde se pueda efectuar con rapidez.
- ▶ Los niños con antecedentes perinatólogicos patológicos y bajo peso, es conveniente que los reevalúe y controle el especialista.

## 2.20 VISITA DE REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO PARA EL LACTANTE CON BAJO PESO O INADECUADO PROGRESO DE PESO

Después de 48 horas

- Pesar al menor de 2 meses y determinar el incremento de peso diario y si su peso sigue siendo bajo para la edad.
- En todo lactante con bajo peso o inadecuado incremento siempre se debe reevaluar la alimentación y la técnica alimentaria.
- ▶ Si el peso del niño ya no es bajo para la edad, elogiar a la madre e incentivarla para que continúe. Cite a control de niño sano.
- ▶ Si el niño sigue teniendo un bajo peso para la edad pero se alimenta bien y ha aumentado de peso, elogiar a la madre. Decirle que vuelva para pesar al niño dentro de los 7 días o antes si regresa para vacunarse.
- ▶ Si el niño no ha aumentado de peso, solicitar un examen de orina. Si la orina resulta normal, y el lactante no presenta un buen progreso de peso (al menos un incremento de 20 gramos por día), referir al hospital para estudio.



- ▶ Si la orina resulta patológica referir al hospital para iniciar el tratamiento correcto de la infección urinaria, previa toma de urocultivo (es muy importante asegurarse que en todo lactante con orina patológica tome un urocultivo con técnica correcta previo a la medicación de la infección urinaria).
- ▶ Si el lactante tiene un buen incremento de peso diario, pero el peso es bajo para la edad, continuar examinando al menor de dos meses con frecuencia hasta que el peso deje de ser bajo para la edad. Evaluar condiciones sociales y de la vivienda.

**EXCEPCIÓN:**

- ▶ Si se cree que la alimentación no va a mejorar o si el niño menor de 2 meses ha bajado de peso, referirlo al hospital.
- ▶ Los niños con antecedentes perinatólogicos patológicos y bajo peso, es conveniente que los reevalúe y controle el especialista.

**BAJO PESO**

**Después de 48 horas:**

- Pesar al menor de 2 meses y determinar si su peso sigue siendo bajo para la edad.
- Reevaluar la alimentación. Consultar el cuadro titulado "En seguida, determinar si hay un problema de alimentación o de bajo peso".

**Tratamiento**

- ▶ Si el peso del niño ya no es bajo para la edad, elogiar a la madre e incentivarla para que continúe.
- ▶ Si el niño sigue teniendo un bajo peso para la edad pero se alimenta bien y ha aumentado de peso, elogiar a la madre. Decirle que vuelva a pesar al niño dentro de los 7-10 días o antes si regresa para vacunarse.
- ▶ Si el niño sigue teniendo un bajo peso para la edad y problemas de alimentación y no ha aumentado de peso, solicitar un examen de orina.
- ▶ Si la orina resulta normal, volver a aconsejar a la madre sobre el problema de alimentación y decirle que vuelva en 3 días. Continuar examinando al menor de dos meses con frecuencia hasta que esté alimentándose bien y aumentando de peso con regularidad o hasta que el peso deje de ser bajo para la edad.  
Evaluar condiciones sociales y de la vivienda.

**Excepción:**

- ▶ Si se cree que la alimentación no va a mejorar o si el niño menor de 2 meses ha bajado de peso, referirlo al hospital.
- ▶ Los niños con antecedentes perinatólogicos patológicos y bajo peso, es conveniente que los reevalúe y controle el especialista.

## CASOS CLÍNICOS

1. *Concorre al centro de salud Marcela con su bebé de 45 días de vida, porque lo nota que duerme más de lo habitual. Ud. interroga sobre los antecedentes perinatales y obtiene los siguientes datos: Nacido de 38 semanas con peso de 2750 gramos, dado de alta a las 48 horas de vida, presentó ictericia que no requirió tratamiento. Al revisarlo lo encuentra bien reactivo, sin signos de dificultad respiratoria, se prende bien al pecho. Tiene una T° de 38, 2°C, sin otros datos positivos.*

**Señale en el formulario de registro los datos que considere relevantes en este paciente y decida que conducta adoptaría.**

2. *Martín tiene 1 semana de vida, es traído por su mamá al control de salud. Nació con 3 kilos y el resto de los antecedentes perinatales son normales. En el control de salud de hoy pesa 2900 gramos, se alimenta con pecho + leche de fórmula de inicio en polvo. Ud. nota que el cordón umbilical está cubierto con una gasa y tiene una secreción serosa. Al revisarle la boca le encuentra placas blanquecinas.*

**Señale en el formulario de registro los datos relevantes de este niño, cómo lo clasifica y mencione todas las recomendaciones que le daría a esta mamá.**

3. *Romina tiene 50 días de vida. Pesa 5 Kg. Tiene una temperatura axilar de 36,4°C. La madre la llevó al servicio de salud porque tiene diarrea y ella no la ve bien. Dice que la niña no ha tenido convulsiones. La frecuencia respiratoria es de 45 por minuto. No tiene tos, aleteo nasal, sibilancias ni quejido. La fontanela no está abombada. Tiene una erupción eritematosa en la región de los pañales, pero no hay pústulas. Está llorando y moviendo los brazos y las piernas. El color de su piel es rosado. Cuando el profesional de salud le pregunta a la madre acerca de la diarrea de Romina, la madre contesta que comenzó hace 3 días y que no hay sangre en las heces. Romina aún está llorando. Dejó de llorar una vez, cuando la madre la puso al pecho. Comenzó a llorar otra vez cuando dejó de amamantarla. Los ojos parecen normales, no hundidos. Cuando se pellizca la piel del abdomen, ésta vuelve a su lugar lentamente*

**Clasifique la situación de Romina y decida que conductas adoptaría con esta niña.**

4. *Luciana tiene 3 semanas de vida, nació con 3300 gramos. La madre dijo que generalmente se alimenta bien. La amamanta 4 a 5 veces por día. También le ofrece una mamadera de leche en polvo como la que recibe una sobrina de la misma edad, tres veces por día. El profesional de salud verifica el progreso de peso de la niña, que es de 12 gramos por día. El profesional de salud evalúa la técnica de lactancia. La boca no está bien abierta y los labios están llevados hacia adelante. La mayor parte de la areola está dentro de la boca de la niña. Las succiones son rápidas, poco profundas y cuesta trabajo oírlas. Cuando Luciana deja de mamar, el profesional de salud le mira la boca, en la cual no ve manchas blancas. La madre de Luciana tiene el carnet de inmunizaciones. Allí está anotado que recibió vacuna para hepatitis B en el hospital. La madre dice que no tiene ningún otro problema.*

**Complete el formulario de registro y mencione todas las recomendaciones que le daría a esta mamá.**

## OTRAS LECTURAS

- Tratado de Neonatología de Avery
- Manual de Neonatología. José Luis Tapia - Patricio Ventura Juncá
- IMCI, Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: guide for essential practice. WHO. 2003
- Lactancia Materna: bases científicas para la práctica clínica. Módulo de autoinstrucción. AFACIMERA. UNICEF. 2003
- ANEXO de este Manual
- Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo. Ministerio de Salud. 2001

**EVALUAR Y CLASIFICAR  
AL NIÑO ENFERMO  
DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD**

**3**



**EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO ENFERMO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD**

## EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO ENFERMO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

### Capítulo 3

#### INTRODUCCIÓN

Una madre puede llevar a su hijo enfermo al servicio de salud por un determinado problema o un signo o síntoma en particular. Si usted evalúa exclusivamente dicho motivo de consulta puede, posiblemente, pasar por alto otros signos de enfermedad. La neumonía, diarrea o la desnutrición son enfermedades que si no se tratan en forma adecuada pueden causar la muerte o producir secuelas en los niños pequeños. Por otra parte, estos contactos del niño con el sistema de salud nos proveen de oportunidades para evaluar su crecimiento (peso, talla, etc.), el tipo de alimentación que recibe y el cumplimiento del esquema de vacunación.

En los cuadros EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO ENFERMO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD, se describen las formas de evaluar y clasificar los signos o síntomas del niño enfermo de forma de no pasar por alto signos o síntomas de otros problemas diferentes a su motivo de consulta.

AL FINALIZAR ESTE CAPÍTULO, USTED DEBERÁ HABER ADQUIRIDO LOS CONOCIMIENTOS Y LA CAPACIDAD PARA PRACTICAR DIFERENTES TÉCNICAS PARA:

- **PREGUNTAR** a la madre sobre los problemas del niño
- **VERIFICAR** la existencia de signos generales de peligro
- **PREGUNTAR** a la madre acerca de la presencia de los siguientes síntomas principales:
  - Tos o dificultad respiratoria
  - Diarrea
  - Fiebre
  - Problemas de oído
  - Problemas de garganta

Por otro lado, le permitirá **adquirir conocimientos, habilidades y destrezas** para que ante la presencia de cualquiera de estos signos o síntomas principales usted pueda:

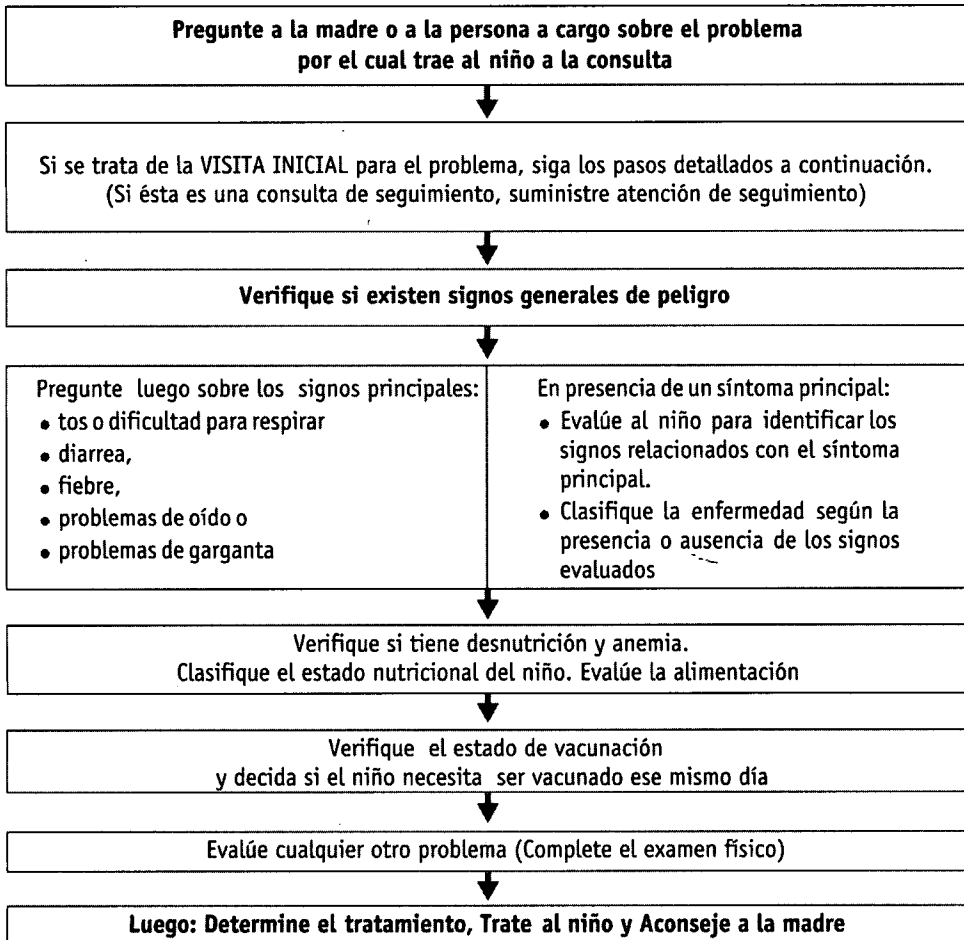
- Evaluar a fondo dicho signo para determinar si existen otros signos relacionados con el síntoma principal.
- Clasificar la enfermedad de acuerdo a la presencia o ausencia de determinados signos ó síntomas.
- Clasificar el estado nutricional del niño.
- Verificar el cumplimiento del esquema de vacunación y decidir la necesidad de administrar alguna de las vacunas durante la presente consulta.
- Evaluar cualquier otro tipo de problema.

## EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO ENFERMO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Los cuadros de procedimientos para EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO ENFERMO DE 2 MESES a 4 AÑOS DE EDAD describen cómo evaluar y clasificar a los niños enfermos de modo de no pasar por alto signos o síntomas atribuibles a las enfermedades prevalentes incluidas en AIEPI. A su vez lo ayudará a determinar el o los tratamientos apropiados para cada clasificación. De acuerdo con el cuadro, Ud. preguntará a la madre sobre el o los problemas del niño, y verificará si éste presenta signos generales de peligro. Luego interrogará sobre los síntomas principales: tos o dificultad para respirar, diarrea, fiebre, problemas de oído o de garganta, etc.

Un niño que presente uno o más de los síntomas principales podría tener una enfermedad grave. Cuando registre la existencia de un síntoma principal, realice las preguntas adicionales, clasifique la enfermedad e identifique el tratamiento adecuado. Verifique si el niño tiene desnutrición y anemia, y evalúe el estado de inmunización y los demás problemas mencionados por la madre. En los próximos capítulos se describirán estas actividades. A continuación, se describe el flujograma de evaluación en niños de esta edad.

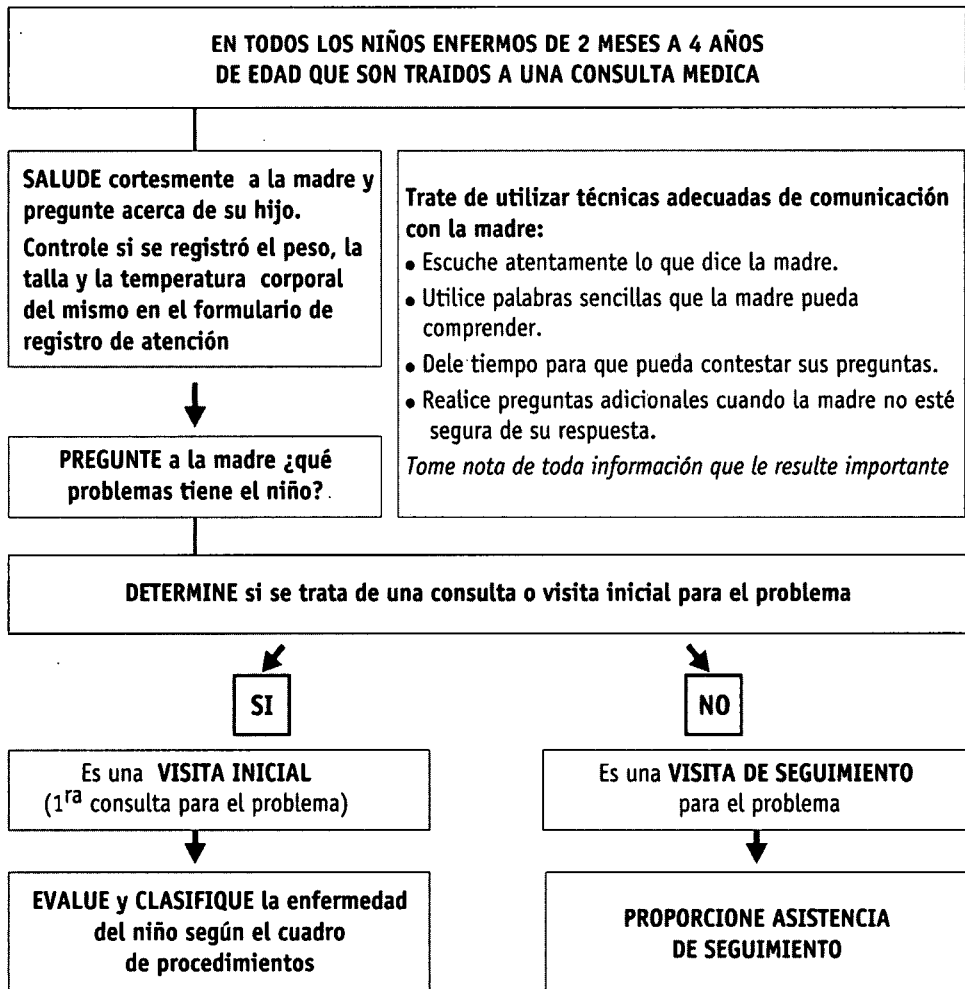
**Cuadro 5: Resumen de Evaluar y Clasificar al niño de 2 meses a 4 años de edad**



## ¿QUE HACER CUANDO VIENE UN NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS A LA CONSULTA?

En este apartado usted podrá reconocer los pasos a seguir ante la consulta de un niño de 2 meses a 4 años de edad (cuadro 6).

**Cuadro 6: Pasos a seguir para la Atención de niños de 2 meses a 4 años de edad**



► **Nota:** Frecuentemente, el personal del establecimiento es el encargado de registrar el motivo de consulta del niño y su peso y temperatura corporal cuando llegan a los servicios de salud. Puede que estos datos sean anotados en la ficha del paciente, en otro tipo de registro escrito o en un simple pedazo de papel. Luego la madre y el niño son atendidos por un profesional de salud, quien deberá controlar si dichos registros fueron tomados y los anotará en el formulario de registro de atención correspondiente.

Es decir, cuando usted esté frente a la madre, al padre o a cualquiera de los acompañantes que hayan traído al niño a la consulta, deberá comenzar de la siguiente forma:

1. **SALUDE** cortésmente, pídale que tome asiento con el niño y pregúntele el nombre del niño.
2. **OBSERVE** si se ha registrado la edad, el peso, la talla y la temperatura corporal del niño.

Si no se han registrado, deje estas mediciones (peso, talla y temperatura corporal) para tomarlas más tarde cuando Ud. ya haya evaluado y clasificado los principales síntomas o signos del niño. En este primer paso no desnude ni perturbe el sueño del niño.

3. **PREGUNTE** a la madre:

### ***¿Qué problemas tiene el niño?***

La formulación de este tipo de pregunta tiene una razón fundamental: **establecer buena comunicación con la madre desde el inicio de la consulta**. Una adecuada comunicación nos permitirá brindar una mejor atención al niño, tranquilizará a la madre y nos resultará beneficioso cuando tengamos que enseñar y aconsejar sobre la mejor forma de atender al niño enfermo en su hogar. Anote lo que la madre le diga sobre los problemas del niño. Su técnica de comunicación será adecuada cuando:

- ▶ **Escuche atentamente lo que dice la madre.** La madre sentirá que todas sus preocupaciones son tomadas en serio. El preguntar y escuchar nos permitirá conocer los problemas del niño y los tratamientos o las prácticas que la madre le ha realizado al mismo. De esta forma, usted podrá objetivar mejor las prácticas adecuadas que ella hizo y aquellas otras que usted deberá enseñar a modificar en beneficio del niño.
- ▶ **Use palabras que la madre comprenda.** Si la madre no comprende las preguntas no puede suministrar toda la información que Ud. necesita para evaluar y clasificar al niño correctamente.
- ▶ **Dele tiempo a la madre para que pueda contestar sus preguntas.** Muchas veces las madres necesitan mayor cantidad de tiempo para decidir si el signo o síntoma por el que se les pregunta está presente o no en su hijo.
- ▶ **Formule preguntas adicionales cuando la madre no esté segura de su respuesta.** Cuando usted le pregunte por un síntoma principal o un signo relacionado, puede que la madre no sepa con certeza si su hijo lo tiene o no. Entonces, hágale otras preguntas para ayudarla a responder más claramente. Anote todo lo que la madre le diga.

4. **DETERMINE** si se trata de una consulta o visita inicial o de una consulta de seguimiento para este problema.

- ▶ Si se trata de la primera consulta por esta enfermedad o problema, entonces es una **VISITA INICIAL**.
- ▶ Si consultó pocos días atrás por la misma enfermedad, se considerará como una **VISITA DE REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**. El objetivo de esta visita difiere del de la consulta inicial, ya que el profesional de salud deberá determinar si el niño ha mejorado o no con el tratamiento administrado o si debe referirlo a un hospital y/ o modificar su tratamiento.

La entrevista con la persona a cargo de un niño comenzará con las preguntas antes mencionadas. Para que usted aprenda a elegir entre los Formularios de Registro de Atención de AIEPI y comprenda cómo se completan sus datos, se desarrolla el ejemplo 7.

**Ejemplo 7.** En este ejercicio observará cómo se pone en práctica todo lo que se ha detallado anteriormente. Utilizaremos la consulta de Fátima, desarrollaremos los primeros pasos a seguir de la estrategia AIEPI y graficaremos la parte superior del Formulario de Registro de Atención.

- **Caso Fátima:** Fátima tiene 18 meses de edad. La madre trae anotado en un papel los datos que anotó la enfermera. Peso: 11.5 kg, talla: 79,5 cm y temperatura axilar: 37,5° C. El profesional de salud saludó cortesmente a la madre y la invitó a sentarse. Preguntó **¿Cómo se llama la niña?** La madre respondió: **Fátima**. El profesional preguntó **¿qué problemas tiene Fátima?** La madre contestó: "Fátima ha estado tosiendo durante 6 días, y ella tiene problemas para respirar". El profesional dijo **¿Esta es la primera vez que consulta por este problema?** La madre responde **SÍ**.
  - Para registrar a esta niña, usted deberá elegir el **Formulario de Registro de Atención del Niño de 2 meses a 4 años de edad** (anexo).
  - Luego de escribir la fecha de la consulta (1), deberá anotar el nombre o apellido y nombre de la niña (2), la edad (3), el peso (4), la talla (5) y la temperatura corporal axilar (6).
  - A continuación anotará el problema de la niña (tos y dificultad para respirar (7)).
  - Posteriormente deberá tildar (✓) (8) en el lugar correspondiente que dice "visita inicial".

Por lo tanto, la parte superior del Formulario de Registro de Atención quedará como se observa a continuación:

<p align="center"><b>FORMULARIO DE REGISTRO DE ATENCIÓN DEL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD</b></p> <p align="center"><b>20/4/2004</b></p> <p align="center">Nombre: Fátima<sup>2</sup>-Edad:18 meses<sup>3</sup>-Peso:11,5 Kg<sup>4</sup>-Talla:79.5 cm<sup>5</sup>-Temperatura axilar:37,5<sup>6</sup>°C</p> <p>PREGUNTAR:¿qué problemas tiene el niño? tos y dificultad para respirar<sup>7</sup>-Visita Inicial<sup>8</sup>✓-Visita de seguimiento</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Luego debe verificar si existen signos generales de peligro.**

### **VERIFICAR SI EXISTEN SIGNOS GENERALES DE PELIGRO<sup>39 40 41</sup>**

En el presente apartado se desarrolla el procedimiento de tamizaje rápido que usted deberá llevar a cabo para determinar si el niño presenta signos generales de peligro y tiene necesidad de tratamiento o tratamientos de urgencia y atención especializada. Se ha demostrado que los niños que llegan gravemente enfermos a la consulta pueden morir dentro de las 24 horas posteriores a la misma y que estas defunciones son evitables cuando se detectan rápidamente los signos de riesgo y cuando los niños son tratados en forma oportuna y adecuada.

39 Kalter HD, et al. Identifying sick children requiring referral to hospital in Bangladesh. Bulletin World Health Organization 1997; 75 Supple 1:65-75

40 Klassen TP, et al. Community - based injury prevention interventions. Future Child 2000 Spring - Summer; 10 (1): 83 -110

41 Uysal G, et al. Clinical risk factors for fatal diarrhea in hospitalized children. Indian J Pediatr 2000 May; 67 (5): 329 - 33



Este procedimiento debería efectuarse en todos los establecimientos de salud, y mucho antes de realizar cualquier otro procedimiento administrativo. Para ello es necesario modificar el orden de los pasos que, generalmente, se sigue con los pacientes que ingresan al centro de salud. Es decir, los niños deberían ser sometidos al tamizaje aún antes de que sus madres tomen asiento en la sala de espera. Por lo tanto, será necesario que la enfermera o el personal encargado de registrar su ingreso esté entrenado en efectuar la evaluación rápida de cada niño, aún antes de tomarle los datos o pesarlo, a fin de trasladar rápidamente para su atención médica a aquel que presente signos generales de peligro (convulsiones, cianosis, dificultad respiratoria grave, coma, deshidratación, etc.) y de esta forma se evita la pérdida de tiempo que se produce hasta que le llega el turno de ser atendido.

*Todo el personal que participa en la evaluación y atención iniciales de los niños enfermos debe estar capacitado para llevar a cabo el tamizaje y, si fuera posible, para administrar el tratamiento de urgencia inicial.*

El segundo paso de la estrategia **AIEPI** consiste en verificar la existencia de signos generales de peligro. No obstante, debe recordar que también son zonas de peligro las clasificaciones en las hileras rojas de los diferentes síntomas evaluados por esta estrategia.

En el extremo izquierdo del cuadro **EVALUAR Y CLASIFICAR** de los Cuadros de Procedimientos, (fascículo anexo a este manual), encontrará un recuadro titulado **VERIFICAR SI HAY SIGNOS GENERALES DE PELIGRO** (tal como se muestra en la parte central gris del ejemplo que se transcribe en esta página). Formule a la madre las preguntas detalladas en el cuadro **"preguntar"** e identifique si el niño tiene los signos detallados en **"observar"**.

**Cuadro 7: Signos Generales de Peligro**

**En TODOS los niños enfermos: PREGUNTE a la madre ¿qué problemas tiene el niño?. Luego VERIFIQUE SI HAY SIGNOS GENERALES DE PELIGRO.**



<b>VERIFICAR SI HAY SIGNOS GENERALES DE PELIGRO</b>		Asegúrese que un niño con cualquier signo general de peligro sea referido urgentemente a un hospital, después de haberle administrado el o los tratamientos de urgencia que correspondiere.
<b>PREGUNTAR</b>	<b>OBSERVAR</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ ¿El niño puede beber o tomar el pecho?</li> <li>◦ ¿El niño vomita todo lo que ingiere?</li> <li>◦ ¿El niño ha tenido convulsiones?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Verificar si el niño está letárgico o inconsciente.</li> </ul>	
<p><b>Un niño que presente cualquier SIGNO GENERAL DE PELIGRO necesita ATENCIÓN DE URGENCIA. Referir al hospital, completar de inmediato el examen y administrar el tratamiento que esté indicado antes de referirlo.</b></p>		



Luego PREGUNTE por los principales síntomas: tos, dificultad para respirar, diarrea, fiebre, problemas de oído y de garganta. **VERIFIQUE** si hay signos de desnutrición y anemia, el estado de la vacunación y la existencia de otros problemas.

Un niño con uno o varios signos generales de peligro tiene un problema grave y debe **REFERIRSE URGENTEMENTE** al hospital o a una Unidad de Cuidados Intensivos ya que, frecuentemente, necesitan de antibióticos inyectables, oxígeno u otros tratamientos que, posiblemente, no se encuentran disponibles en un centro de salud. Complete el resto del examen clínico inmediatamente y en caso de ser necesario administre el tratamiento de preferencia urgente.

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

### ***¿El niño, puede beber o tomar el pecho?***

Un niño tiene este signo general de peligro cuando no puede beber o tomar el pecho o cuando está demasiado débil para beber y no consigue succionar o tragar la leche materna o el líquido que se le ofrezca.

Cuando le pregunte a la madre si el niño es capaz de beber, asegúrese de que ella comprenda bien su pregunta. Si ella le responde que el niño no es capaz de beber ni de mamar, pídale que le describa qué ocurre cuando ella le ofrece algo para beber (***ejemplo: ¿puede el niño tragar el líquido que se le ofrece?***). Por otro lado, si Ud. no está seguro de la respuesta de la madre, pídale que le ofrezca al niño un sorbo de leche materna o de agua potable, y obsérvelo para ver si el niño traga el agua o la leche.

Un niño que tiene la nariz tapada o congestionada puede tener dificultad para succionar. Si usted está ante esta situación, límpiela la nariz al niño y pídale a la madre que le dé de mamar o que le dé algún líquido para tomar. Si después de habérsele limpiado la nariz el niño es capaz de tomar el pecho: el niño no presenta el signo de peligro ***“no puede beber o tomar pecho”***.

### ***¿El niño vomita 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 la madre comprenda. Déle el suficiente tiempo para que ella pueda comprender y responder. Si Ud. nota que la madre no parece estar segura de si su hijo vomita todo, ayúdela a pensar en su respuesta haciéndole otro tipo de preguntas como por ejemplo: ***¿cada cuánto tiempo vomita? ¿con qué frecuencia vomita? ¿vomita cada vez que traga los alimentos o toma líquidos? ¿vomita cuando no come?***, etc. Si a pesar de todo Ud. no está seguro de la respuesta de la madre, pídale que le ofrezca algo de tomar al niño y fíjese si el niño vomita.

Recuerde utilizar el lenguaje que se utiliza en su zona. Es decir, una madre puede no comprender que es vomitar porque para ella el vómito es sinónimo de “lanzar”.

### ***¿El niño ha tenido convulsiones?***

Es muy importante averiguar si el niño tuvo convulsiones durante su enfermedad actual. Durante una convulsión el niño presenta movimientos anormales e involuntarios del cuerpo y/o extremidades, y tal vez pierda el conocimiento y no pueda responder a las instrucciones que se le dan. Pregunte a la madre si el niño tuvo convulsiones en las últimas 72 horas. Use palabras que la madre comprenda. Puede que la madre no comprenda el término convulsiones y ella las refiera como ***“ataques” o “espasmos”, “sacudidas”, “temblores fuertes”,*** etc.

Un niño de 2 meses que presenta letargia, inconciencia o convulsiones puede presentar meningitis, convulsión febril, hipoglucemia, intoxicación, shock, glomerulonefritis aguda con encefalopatía, cetoacidosis diabética, traumatismo craneoencefálico u otras enfermedades graves.

### **VERIFIQUE si el niño está letárgico o inconsciente.**

Un niño letárgico no está despierto ni alerta cuando debería estarlo. El niño está somnoliento o adormecido cuando no muestra interés por lo que lo rodea (no mira a la madre ni lo mira a Ud. mientras habla). Puede tener una mirada vacía, inexpresiva, y aparentemente no darse cuenta de lo que pasa a su alrededor. Un niño inconsciente es imposible de despertar y no responde cuando se le toca, sacude o habla.

Pregúntele a la madre si le parece que su hijo está somnoliento o si a ella le cuesta despertarlo. Fíjese si el niño se despierta cuando la madre le habla o lo sacude, o si lo hace cuando usted aplaude ó hace algún ruido para despertarlo.

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

Si el niño presenta un signo general de peligro, encierre en un círculo (circule) dicho signo en el formulario de registro de atención del mismo y tilde (√) "SÍ" en la de columna Clasificar (vea Ejemplo 8).

**Ejemplo 8:** En este ejercicio observará como se pone en práctica todo lo detallado para VERIFICAR SI HAY SIGNOS GENERALES DE PELIGRO. Continuaremos con la consulta de Fátima del ejemplo 7, desarrollaremos los primeros pasos a seguir para evaluar el ítem antes mencionado y graficaremos la parte superior del formulario de registros de atención.

- **Caso Fátima:** Fátima tiene 18 meses de edad. La madre trae consigo un papel con los datos que anotó la enfermera. Peso: 11.5 kg. Talla: 79,5 cm y temperatura axilar: 37,5°C. El profesional de salud saludó cortesmente a la madre y la invitó a sentarse. Preguntó ¿Cómo se llama la niña? La madre respondió: Fátima. El profesional preguntó: ¿qué problemas tiene Fátima? La madre contestó: "Fátima ha estado tosiendo durante 6 días, y ella tiene problemas para respirar". El profesional dijo: ¿Esta es la primera vez que consulta por este problema? La madre responde SI.

**El profesional verificó en Fátima la existencia de signos generales de peligro. La madre dijo que Fátima puede beber. No tuvo vómitos. No ha tenido convulsiones durante esta enfermedad. El médico preguntó ¿Fátima está somnolienta? La madre contestó: "Sí". El profesional de salud le realizó un estímulo sonoro (hablar, aplaudir, etc). Le pidió a la madre que moviera a la niña. Fátima abrió sus ojos, pero no miró a su alrededor. El profesional de salud le habló a Fátima, pero ella no lo miró a la cara. Fijó la vista en blanco y aparentemente no se daba cuenta de lo que ocurría a su alrededor.**

- Usted ya ha habido completado la parte superior del Formulario de Registro de Atención de Fátima.
- Ahora, debe completar el cuadro VERIFICAR SI HAY SIGNOS GENERALES DE PELIGRO. Usted ha comprobado que Fátima está letárgica o inconsciente, no sólo porque su madre lo refirió sino porque fue comprobado en la presente consulta por su falta de respuesta a los estímulos y movimientos. Por lo tanto, debe encerrar en un círculo donde dice "letárgico o inconsciente" (1) y colocar un tilde (√) en "SI" (2) en donde dice ¿Hay algún signo general de peligro? (3).

- El llenado del Formulario de Registro quedará como se observa a continuación.

**Parte superior del Formulario de Registro con los signos generales de peligro**

FORMULARIO DE REGISTRO DE ATENCIÓN DEL NIÑO de 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD	
Fecha: 25/3/2004	
Nombre: Fátima    Edad: 18 meses    Peso: 11,5 Kg    Talla: 79.5 cm    Temperatura axilar: 37,5°C	
PREGUNTAR: ¿qué problemas tiene el niño? ¿tos y dificultad para respirar? ¿Visita Inicial? <input checked="" type="checkbox"/> Visita de seguimiento	
EVALUAR (Marcar con un círculo todos los signos presentes)	CLASIFICAR
<p><b>VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO GENERAL</b></p> <p>EL NIÑO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO    <b>LETÁRGICO O INCONSCIENTE</b></p> <p>VOMITA TODO</p> <p>CONVULSIONES</p>	<p>¿Hay algún signo general de peligro?</p> <p>Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Recuerde utilizar los signos de peligro cuando seleccione las clasificaciones</p>

*Si el niño presenta un signo general de peligro, complete de inmediato el resto de la evaluación clínica. Este niño padece un problema grave y no se debe demorar su tratamiento. Refiéralo urgentemente a un hospital.*

**1. ¿TIENE EL NIÑO TOS O DIFICULTAD RESPIRATORIA?**

Las infecciones respiratorias agudas constituyen una de las principales causas de morbimortalidad infantil en la mayor parte del mundo. Pueden afectar tanto las vías aéreas superiores como las inferiores. Las infecciones de las vías aéreas superiores generalmente son benignas, transitorias y de remisión espontánea, aunque en algunos casos, como la epiglotitis y la laringotraqueítis, pueden determinar enfermedades graves en niños pequeños.

Si bien, el resfriado común es una patología que con frecuencia produce tos por el goteo constante de las secreciones nasales por detrás de la garganta, también pueden producir tos otras patologías de origen viral como la bronquitis. Estos niños no padecen enfermedades graves, no necesitan antibióticos y sus familias pueden tratarlos en la casa. Por otro lado, la afección grave que más comúnmente cursa con tos y dificultad respiratoria es la neumonía y por lo tanto es la que se debe considerar en primer lugar en cualquier diagnóstico diferencial.

La neumonía es la principal infección de las vías respiratorias inferiores, con características generalmente más graves que la mayoría de las infecciones agudas de las vías aéreas superiores. La etiología varía según la edad y el estado de salud del paciente. Puede ser producida por bacterias o virus, y estos agentes varían en los distintos países. En países en desarrollo, la etiología es frecuentemente bacteriana, siendo los microorganismos más frecuentes el *Streptococcus pneumoniae* y el *Haemophilus influenzae*. Los niños con neumonía pueden fallecer por hipoxia o por septicemia.

Son factores predisponentes de la infección respiratoria aguda las condiciones socioeconómicas bajas, desnutrición, carencias nutritivas, hacinamiento y la contaminación ambiental (especialmente la intradomiciliaria). Los patógenos varían de acuerdo con la edad del paciente, su estado inmunitario y el ambiente en el cual se desenvuelve.

La gran mayoría de los episodios de IRA son ocasionados por virus (Virus sincicial respiratorio, parainfluenzae y adenovirus) que producen cuadros nosológicos más o menos característicos como por ejemplo: bronquiolitis, laringotraqueítis y neumonitis según la edad del niño. En contrapartida, las bacterias que habitualmente ocasionan neumonías son, entre otros, el *Streptococcus pneumoniae* (1 mes a 5 años) y *Haemophilus influenzae* (4 meses a 2 años, y en especial en aquellos niños no vacunados con vacuna cuádruple), ya que ambos colonizan tempranamente las vías aéreas superiores de los lactantes y niños. Este fenómeno sumado a la presencia de infecciones virales precedentes y a los factores de riesgo pueden explicar en parte la alta frecuencia de infecciones respiratorias agudas bajas de tipo bacteriano en comunidades pobres.

La importancia de las infecciones virales y bacterianas simultáneas se ha descrito ampliamente, considerándose que la infección viral denuda la capa epitelial respiratoria durante su replicación, facilita la adherencia bacteriana y permite que los gérmenes colonizantes del tracto respiratorio superior invadan al tracto inferior. Esto se denomina coinfección.<sup>42</sup>

Usted necesita reconocer a los niños muy enfermos que consultan por tos o dificultad respiratoria, ya que ellos necesitan tratamiento con antibióticos y referencia urgente a un hospital. Con AIEPI podrá reconocer a casi todos los casos de neumonía si verifica los dos signos clínicos: **respiración rápida y tiraje subcostal**.

Cuando los niños desarrollan neumonía, los pulmones pierden elasticidad, se vuelven rígidos y aparece la hipoxia. El organismo responde desarrollando respiración rápida. Si la neumonía se agrava, la rigidez pulmonar aumenta y se produce tiraje subcostal. Este signo es un signo de neumonía grave de alto valor predictivo.

## 1.1 CÓMO EVALUAR A UN NIÑO CON TOS O DIFICULTAD RESPIRATORIA<sup>43</sup>

Luego de haber evaluado los signos generales de peligro, Ud. debe verificar si el niño tiene tos o dificultad respiratoria (vea el cuadro de procedimientos).

### PREGUNTE

#### ***¿Tiene el niño tos o dificultad respiratoria?***

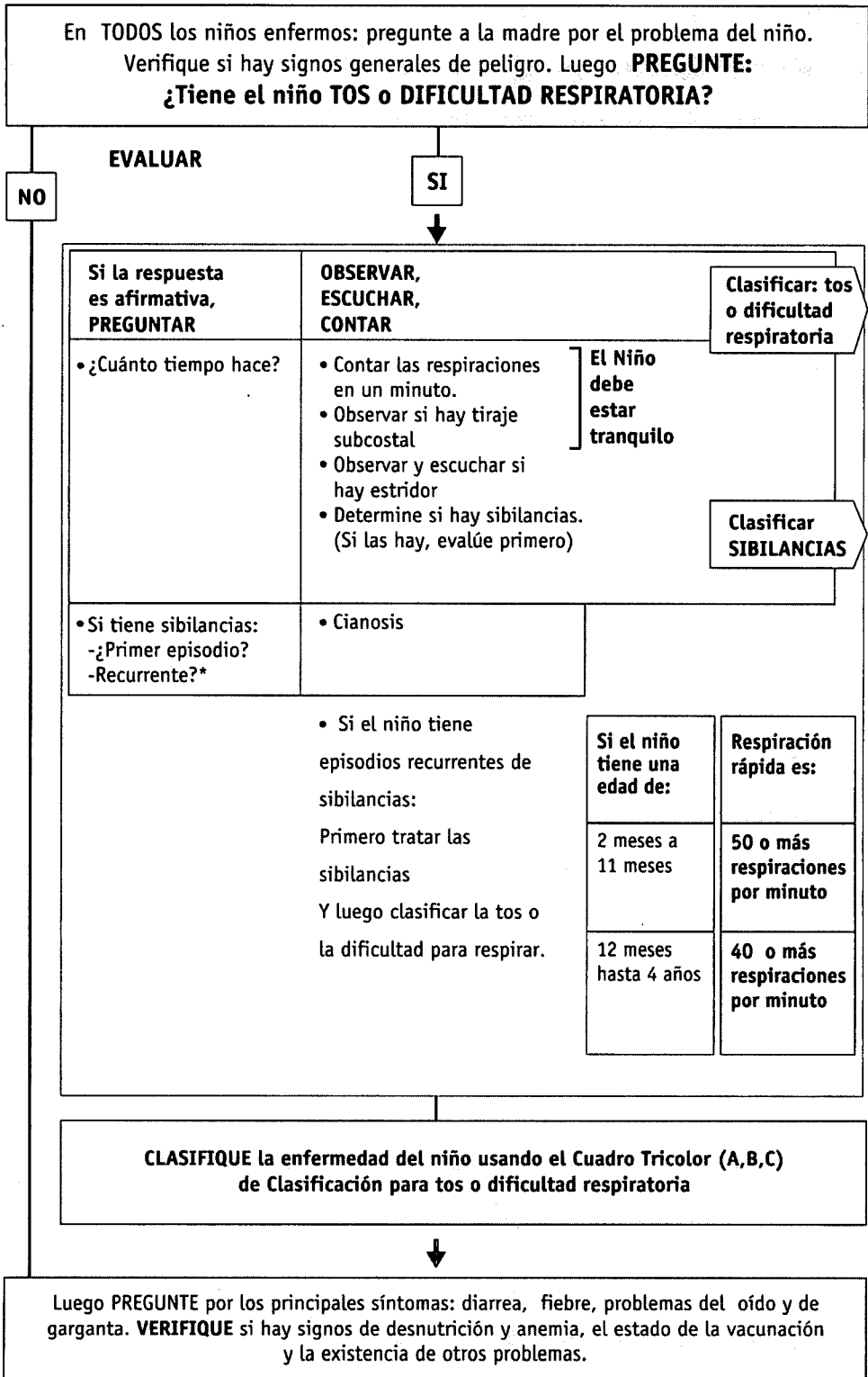
Usted puede enfrentarse a dos situaciones:

- ▶ **A una respuesta negativa** deje el recuadro de preguntas relacionadas con este síntoma y haga la siguiente pregunta relacionada con la diarrea.
- ▶ **A una respuesta afirmativa**, formule las preguntas del recuadro “preguntar” y verifique la presencia de los signos o síntomas del cuadro evaluar. Luego clasifique al paciente según la clasificación codificada por color a la derecha del Cuadro de Procedimientos.

---

42 Shan F, Gemen S, Hazlett D y col. Aetiology of pneumonia in children en Goroka, Papúa New Guinea. Lancet, 1984:537541 World Health Organization. Management of the young child with an acute respiratory infection. Supervisory skillstraining module. Geneva, 43 World Health Organization, revised 1991 [unpublished document; WHO Division of Child Health and Development (CHD), formerly the Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control (CDR)].

**Cuadro 8: Tos o dificultad respiratoria**



En todos los niños enfermos,

## **PREGUNTAR**

### ***¿El niño, tiene tos o dificultad respiratoria?***

La dificultad respiratoria comprende toda forma inusual de respirar. Las madres la describen de diferentes formas, como por ejemplo "rápida", "ruidosa" o "entrecortada".

- ▶ **Si la respuesta de la madre es negativa:** observe y determine si el niño tiene tos ó dificultad respiratoria. Si no presenta tos o dificultad respiratoria, no siga evaluando para determinar la presencia de signos en relación con la tos o la dificultad respiratoria. Pregunte sobre el siguiente síntoma principal: diarrea.
- ▶ **Si la respuesta de la madre es positiva,** formule la próxima pregunta.

### ***¿Desde hace cuánto tiempo?***

Un niño que ha tenido tos o dificultad para respirar por más de 15 días tiene tos crónica. Puede tratarse de un signo de tuberculosis, asma, coqueluche u otro problema que necesita ser evaluado por un especialista.

## **CUENTE las respiraciones por un minuto**

El profesional de salud debe contar la frecuencia respiratoria del niño, es decir cuántas veces respira en un minuto, para decidir si el niño tiene respiración rápida. El niño debe estar quieto y tranquilo mientras se observa y escucha su respiración. Si el niño está asustado, lloroso o enojado, no se podrá obtener un recuento preciso de las respiraciones.

Explique a la madre que va a contar el número de respiraciones de su hijo y que necesita que lo mantenga tranquilo. Si el niño está durmiendo, no lo despierte. Use un reloj con segundero o un reloj digital para contar la frecuencia respiratoria.

Observe el movimiento respiratorio en el pecho o en el abdomen del niño. Generalmente, se pueden observar los movimientos respiratorios aun cuando el niño está vestido. Si no encuentra este movimiento fácilmente, solicite a la madre que le levante la ropa (camisa, remera o el elemento que el niño tenga puesto) y verifique el signo. Si comienza a llorar, pida a la madre que lo calme antes de empezar a contar la frecuencia respiratoria. Si no está seguro sobre el número de respiraciones que ha contado (por ejemplo, si el niño se estaba moviendo activamente y era difícil observar el tórax, o si el niño estaba intranquilo o llorando), repita nuevamente el conteo de su frecuencia respiratoria.

El punto crítico de la respiración rápida depende de la edad del niño. La frecuencia respiratoria normal es más alta en niños de 0 a 2 meses en comparación con los de 2 meses a 11 meses y con los de 12 meses a 4 años de edad.

*En el cuadro 9 se pueden observar las definiciones de respiración rápida para cada grupo etario.*

**Cuadro 9: Comparación de los valores de frecuencia respiratoria considerados como respiración rápida según grupos etarios<sup>44 45 46 47</sup>**

EDAD DEL NIÑO	SE CONSIDERA RESPIRACIÓN RÁPIDA CUANDO TIENE:
0 a 2 meses	60 o más respiraciones por minuto
2 meses a 11 meses	50 o más respiraciones por minuto
12 meses a 4 años	40 o más respiraciones por minuto

► **Nota:** El niño que tiene exactamente 12 meses de edad, tiene respiración rápida si se cuentan 40 o más respiraciones por minuto.

Antes de verificar los 2 signos siguientes (tiraje subcostal y estridor), del cuadro evaluar correspondiente a Tos o Dificultad respiratoria observe como inspira y expira el niño.

#### **OBSERVE si hay tiraje subcostal**

- Si previamente no le levantó la ropa al niño para contar su frecuencia respiratoria, solicítelo a la madre que lo efectúe en este momento.
- Observe si existe tiraje subcostal cuando el niño inspira y observe bien la parte inferior del tórax. El niño tiene tiraje subcostal cuando la parte inferior de la pared torácica se hunde durante la inspiración (porque debe realizar un esfuerzo mucho mayor que lo normal para respirar). Recuerde que en la respiración normal, toda la pared torácica y el abdomen se expanden cuando el niño respira.
- Si no está seguro de la presencia de tiraje subcostal, vuelva a observar el signo en el niño. Cuando el cuerpo del niño está doblado a nivel de la cintura, resulta difícil observar adecuadamente la pared torácica. Entonces, pídale a la madre que lo cambie de posición, para dejarlo acostado boca arriba sobre su falda. Asegúrese si este signo está presente o no. **Cuando existe tiraje subcostal, el mismo es claramente visible y está presente todo el tiempo.** Si sólo se observa con el llanto o la alimentación, "el niño no tiene tiraje subcostal".
- Resulta importante no confundir el tiraje subcostal con la retracción intercostal o tiraje intercostal. Este último se relaciona con el hundimiento del tejido blando entre las costillas cuando el niño inspira.

En las imágenes siguientes se muestran las dos situaciones probables en un niño: la ausencia o la presencia de tiraje subcostal.

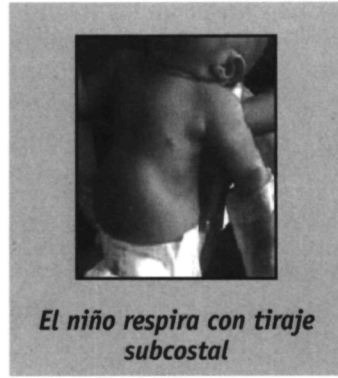
44 Shann F, Hart K, Thomas D. Acute lower respiratory tract infections in children: possible criteria for selection of patients for antibiotic therapy and hospital admission. Bulletin of the World Health Organization, 1984, 62:749-751

45 Cherian T et al. Evaluation of simple clinical signs for the diagnosis of acute lower respiratory tract infection. Lancet, 1989, 2:125-128

46 Campbell H et al. Assessment of clinical criteria for identification of severe acute lower respiratory tract infections in children. Lancet, 1989, i:297-299

47 Mulholland EK et al. Standardized diagnosis of pneumonia in developing countries. Pediatric infectious diseases journal, 1992, 11:77-81





### **OBSERVE Y AUSCULTE para detectar estridor**

*El estridor es el ruido áspero que se produce al inspirar, y se relaciona con la inflamación de la laringe, tráquea o epiglotis. Estas condiciones generalmente se denominan crup. La inflamación interfiere con la entrada de aire a los pulmones y puede ser potencialmente mortal cuando obstruye las vías respiratorias del niño. Un niño que presenta estridor en reposo presenta una afección grave.*

Para observar y auscultar la existencia de estridor, es importante escuchar al niño cuando **INSPIRA**. Verifique si tiene estridor. Es útil que coloque su oído cerca de la boca del niño, ya que en ocasiones puede resultar difícil oír si hay estridor. En ocasiones, puede oírse un sonido semejante al gorgoteo cuando la nariz está congestionada. Si ocurriera esto, límpiele y destápele la nariz al niño y escuche para constatar si existe estridor. Si la condición del niño no es muy grave el estridor podría manifestarse solamente cuando llora. Asegúrese de observar y auscultar para detectar la existencia de estridor en reposo.

Recuerde que existen numerosas afecciones que cursan con estridor. Las causas principales de estridor grave son el crup vírico (causado por sarampión u otros virus como el sincicial respiratorio), difteria etc. Pero también puede ser ocasionado por un cuerpo extraño y el traumatismo de laringe. En cuanto al estridor de causa bacteriana, (traqueítis y epiglotitis aguda) son muy raras en los países en desarrollo.

### **OBSERVAR Y ESCUCHAR si hay sibilancias**

*Cuando el niño espira, el pasaje del aire por la vía aérea obstruida, puede producir un sonido parecido al de un chillido o silbido. Este signo clínico se conoce como sibilancia.*

## **1.2 CÓMO CLASIFICAR LA TOS O LA DIFICULTAD RESPIRATORIA**

*Clasificar quiere decir tomar la decisión sobre la gravedad de la enfermedad. Para cada uno de los síntomas principales del niño, usted seleccionará una categoría (Clasificar) de acuerdo a su gravedad. Las clasificaciones no son diagnósticos exactos de enfermedades sino categorías de gravedad que se emplean para la determinación de la acción o del tratamiento adecuado a proporcionar.*

Cada cuadro de clasificación del Cuadro de Procedimientos enumera los signos clínicos

que para tos o dificultad respiratoria incluye cada hilera (categoría). Los cuadros se dividen en 3 columnas: "Evaluar Signos", "Clasificar como" y "Determinar Tratamiento" y comprenden las 3 hileras (roja, amarilla y verde) según su gravedad.

Para emplear el cuadro de clasificación de Tos y Dificultad respiratoria, comience por el lado izquierdo (parte superior) donde dice "EVALUAR SIGNOS". Lea hacia abajo las columnas y determine si el niño presenta dichos signos. Cuando verifique la existencia de ellos y a que hilera corresponde, deténgase y clasifique según esa hilera. De esta forma, usted siempre asignará la clasificación más grave.

**Veamos ahora un ejemplo, para clasificar tos o dificultad respiratoria:**

1. Mire la **hilera roja** del cuadro 10. ¿Tiene el niño cualquier signo general de peligro? ¿Tiene el niño tiraje subcostal o estridor en estado de reposo? Si el niño presenta un signo general de peligro o cualquier otro signo de la hilera roja, elija la clasificación grave **"NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE"**.

2. Si el niño no tiene la clasificación grave, mire la **hilera amarilla** (segunda hilera). ¿Tiene el niño respiración rápida? Si el niño tiene respiración rápida, (signo de la hilera amarilla), y no tiene una clasificación grave, elija la columna amarilla: **"NEUMONÍA"**.

3. Si el niño no clasifica en la hilera roja ni en la amarilla, elija la hilera verde: **NO TIENE NEUMONÍA: TOS O RESFRIO**.

**Cuadro 10: Clasificar tos o dificultad respiratoria** 48 49 50 51 52 53 54 55

EVALUAR SIGNOS	CLASIFICA COMO	DETERMINAR TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualquier signo general de peligro ó</li> <li>• Tiraje subcostal o estridor en reposo</li> </ul>	<b>(A)</b> <b>NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referir <b>URGENTEMENTE</b> al hospital*</li> <li>• Dar oxigenoterapia si está disponible</li> <li>• Dar la 1ra dosis de antibiótico intramuscular si la referencia demora más de 5 horas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiración rápida</li> </ul>	<b>(B)</b> <b>NEUMONIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar un antibiótico oral apropiado durante 10 días</li> <li>• Aliviar el dolor de garganta y mitigar la tos con un remedio inocuo</li> <li>• Indicar a la madre los signos de peligro para volver con urgencia</li> <li>• Hacer el seguimiento 2 días después</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ningún signo de neumonía o de enfermedad muy grave</li> </ul>	<b>(C)</b> <b>NO TIENE NEUMONIA: TOS O RESFRIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si hace más de 14 días que el niño tiene tos, referirlo para su examen</li> <li>• Aliviar el dolor de garganta y mitigar la tos con un remedio inocuo</li> <li>• Indicar a la madre los signos de peligro para volver con urgencia</li> <li>• Si no mejora, hacer una consulta de seguimiento 5 días después</li> </ul>

48 World Health Organization. Antibiotics in the treatment of acute respiratory infections in young children. Geneva, World Health Organization, 1990 [unpublished document WHO/ARI/90.10; available on request from the Division of Child Health and Development (CHD), formerly the Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control (CDR)]  
 49 Strauss WL et al. Antimicrobial resistance and clinical effectiveness of co-trimoxazole versus amoxicillin for pneumonia among children in Pakistan: randomized controlled trial. Co-trimoxazole Study Group. Lancet, 1998, 352:270-274  
 50 Rowe AK et al. Antimicrobial resistance of nasopharyngeal isolates of Streptococcus pneumoniae and Haemophilus influenzae from children in the Central African Republic. Pediatric infectious diseases journal, 2000, 19:438-44  
 51 Bantar C et al. A pharmacodynamic model to support a 12-hour dosing interval for amoxicillin/sulbactam, a novel oral combination, in the treatment of community-acquired lower respiratory tract infections. Journal of chemotherapy, 2000, 12:223-7  
 52 Duke T, Michael A. Increase in sepsis due to multi-resistant enteric gram-negative bacilli in Papua New Guinea. Lancet, 1999, 26:353:2210-1  
 53 Shann F, Linnemann V. Absorption of chloramphenicol sodium succinate after intramuscular administration in children. New England journal of medicine, 1985, 313:410-414  
 54 Ross S, Puig JR. Chloramphenicol acid succinate (sodium salt). In: Antibiotics annual. New York: Medical Encyclopedia, 1957, 8:803-819  
 55 Doona M, Walsh JB. Use of chloramphenicol as topical eye medication: time to cry halt? British medical journal, 1995, May 13;310(6989):1217-8

Siempre que utilice un cuadro de clasificación codificada por colores, comience con la primera hilera (roja). El niño puede ser clasificado en una sola hilera (clasificar como) para el signo principal evaluado. Si presenta signos de más de una hilera, elija siempre la clasificación más grave.

**Por lo tanto, un niño puede clasificar como:**

#### **A - NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE**

Un niño con tos o dificultad respiratoria y con cualquiera de los signos siguientes: signo general de peligro, tiraje subcostal o estridor en reposo, clasifica como NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE.

Un niño con tiraje subcostal tiene mayor riesgo de muerte por neumonía que uno con respiración rápida y sin tiraje subcostal. Cuando el niño no recibe el tratamiento adecuado la neumonía empeora, el niño se agota y por lo tanto debe hacer grandes esfuerzos para expandir sus pulmones rígidos y su respiración se hace más lenta. En este caso en particular el niño no tiene respiración rápida y el tiraje subcostal es el único signo de neumonía.

En la primera consulta, cuando se presentan signos de neumonía ante la imposibilidad de conocer con certeza si el niño tiene una infección viral o bacteriana, es necesario administrarle un tratamiento antibiótico empírico apropiado. En conclusión, un niño clasificado como NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE está muy enfermo. Necesita ser derivado urgentemente al hospital para recibir el tratamiento adecuado (administración de oxígeno, broncodilatadores, antibióticos inyectables, etc.). Cuando el hospital de referencia esté alejado y se requiera más de 5 horas para llegar al mismo, es conveniente que usted le administre la primera dosis del antibiótico apropiado. El antibiótico contribuye a evitar el empeoramiento de la neumonía grave y ayuda al tratamiento de otras infecciones bacterianas graves, como la septicemia y la meningitis.

#### **B - NEUMONÍA**

Un niño con tos o dificultad respiratoria que presenta respiración rápida y ningún signo general de peligro, tiraje subcostal o estridor en estado de reposo clasifica como NEUMONÍA.

Un niño con neumonía requiere tratamiento con un antibiótico apropiado. En el capítulo 3 se muestra cómo identificar el tratamiento y administrar un antibiótico apropiado, y enseñar las habilidades y destrezas a las madres para dar dicho tratamiento en el hogar.

#### **C - NO TIENE NEUMONÍA: TOS O RESFRÍO**

Un niño con tos o dificultad respiratoria que no clasifica en la hilera roja o amarilla, se clasifica como NO TIENE NEUMONÍA: TOS O RESFRÍO.

Un niño con esta clasificación no necesita medicación antibiótica. El cuadro generalmente es de origen viral y se resolverá espontáneamente. El antibiótico no aliviará los síntomas del niño ni impedirá que el resfrío se convierta en neumonía. Pero debe tener en cuenta que la madre consulta porque esta preocupada por la salud de su hijo. Por lo tanto recomiéndele una buena atención en su hogar. Indíquele cuales son los signos de peligro por los cuales debe traer al niño en forma urgente a una nueva consulta.

El niño con resfrío generalmente mejora en una o dos semanas. Un niño con tos crónica (más de 14 días de duración) puede tener tuberculosis, asma, coqueluche u otro problema, por lo que necesita de una consulta especializada (derivarlo al hospital).

Para comprender cómo clasificar la tos o dificultad respiratoria, seguiremos desarrollando el Caso Fátima (**ejemplo 8**).

### **Ejemplo 8:**

- **Caso Fátima:** Fátima tiene 18 meses de edad, pesa 11.5 kg. Su talla es de 79.5 cm y su temperatura axilar es de 37,5° C. El profesional de salud preguntó: **¿qué problemas tiene el niño?** La madre contestó: "Fátima ha estado tosiendo durante 6 días, y ella tiene problemas para respirar" **¿ésta es la primera vez que consulta por este problema?** La madre responde **SÍ**.

*El profesional verificó en Fátima la existencia de signos generales de peligro. La madre dijo que Fátima puede beber. No tuvo vómitos. No ha tenido convulsiones durante esta enfermedad. El médico preguntó: **¿Fátima está somnolienta?** La madre contestó: "Sí". El profesional de salud le realizó un estímulo sonoro (hablar, aplaudir, etc.). Le pidió a la madre que moviera a la niña. Fátima abrió sus ojos, pero no miró a su alrededor. El profesional de salud le habló a Fátima, pero ella no lo miró a la cara. Fijó la vista en blanco y aparentemente no se daba cuenta de lo que ocurría a su alrededor.*

**El profesional de salud pidió a la madre que le levantara la ropa a Fátima. Contó 41 respiraciones por minuto. No observó retracciones subcostales ni estridor en Fátima.**

Ud. ya ha observado como se fue completando la parte superior del Formulario de Atención Integral de Fátima y lo de los signos generales de peligro.

- ▶ Ahora en el **formulario de registro**, en el lugar correspondiente **¿Tiene el niño tos o dificultad respiratoria?**, debe anotar **41 respiraciones por minuto**.
- A continuación debe circularse "**respiración rápida**". Fátima está comprendida dentro del grupo etario de 12 meses a 4 años de edad y se considera que presenta "**respiración rápida**" porque tiene 40 o más respiraciones por minuto, no se circula estridor en reposo, tiraje subcostal ni sibilancias porque Fátima no presenta esos signos.
- Luego se anota la **clasificación según el cuadro de procedimientos para tos o dificultad respiratoria**, y en la misma clasifica como **NEUMONÍA**.

**Ejemplo 8: Parte superior del formulario de registro para tos o dificultad para respirar**

<b>FORMULARIO DE REGISTRO DE ATENCIÓN DEL NIÑO de 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD</b> Fecha: 25/3/2004	
Nombre: <u>Fátima</u> Edad: <u>18</u> meses Peso: <u>11,5</u> Kg Talla: <u>79.5</u> cm Temperatura axilar: <u>37,5</u> °C PREGUNTAR: ¿qué problemas tiene el niño? ¿_ tos y dificultad para respirar? ¿_ Visita Inicial? <input checked="" type="checkbox"/> Visita de seguimiento	
<b>EVALUAR (Marcar con un círculo todos los signos presentes)</b>	<b>CLASIFICAR</b>
<b>VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO GENERAL</b>  <div style="text-align: center; border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: fit-content; margin: 0 auto; padding: 5px;">                         LETÁRGICO O COMATOSO CONVULSIONES                     </div>	¿Hay algún signo general de peligro? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Recuerde utilizar los signos de peligro cuando seleccione las clasificaciones
¿TIENE EL NIÑO <b>TOS O DIFICULTAD RESPIRATORIA</b> ? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo hace? <u>7</u> días Contar las respiraciones por minuto. <div style="text-align: center; border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: fit-content; margin: 0 auto; padding: 5px;"> <u>41</u> respiraciones por minuto.                     </div> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: fit-content; margin: 0 auto; padding: 5px;"> <i>Respiración rápida</i> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar si hay tiraje subcostal</li> <li>- Observar y escuchar si hay estridor en reposo.</li> <li>- Determinar si hay sibilancias (si las hay evalúe primero)</li> </ul> Determinar si es: - ¿Primer episodio? - ¿Recurrente?	<b>NEUMONIA</b>

**SIBILANCIAS<sup>56</sup>**

La presencia de sibilancias en el niño, es motivo de consulta frecuente en los servicios de salud. Los principales cuadros clínicos que se presentan con obstrucción bronquial son: bronquiolitis y asma, pero también puede aparecer en algunos casos de neumonía.

Los cuadros de bronquiolitis y asma pueden presentarse con tiraje subcostal y aumento de la frecuencia respiratoria. Por ello es necesario, antes de encuadrar al niño en una clasificación de neumonía, administrar tratamiento broncodilatador y reevaluar nuevamente al niño para tos o dificultad respiratoria.

Algunos cuadros neumónicos también pueden tener un componente obstructivo, y el niño puede presentar taquipnea o aumento de la frecuencia respiratoria y sibilancias. Por lo tanto resulta necesario diferenciar entre estos dos tipos de enfermedad, por la variación del tipo de tratamiento a administrar.

Para evaluar y clasificar las SIBILANCIAS, siga los mismos pasos que para evaluar la tos o dificultad para respirar, pero previamente evalúe el cuadro SIBILANCIAS.

**Recuerde:** si el niño tiene episodios recurrentes de sibilancias, primero deberá tratar las sibilancias y luego reevaluarlo, y clasificar la tos o la dificultad respiratoria. Por lo tanto es importante indagar sobre si este es el primer episodio de sibilancias o tiene antecedentes de sibilancias recurrentes.

56 Simoes EA. Respiratory syncytial virus and subsequent lower respiratory tract infections in developing countries: A new twist to an old virus. Journal of pediatrics, 1999, 135(6):657-61

En el cuadro 11 se detallan los diferentes signos y síntomas que se utilizan para clasificar SIBILANCIAS. Siga el mismo procedimiento que se detalló para el paso anterior.

En el manual de procedimientos, página 6 se clasifican estos mismos signos de forma tal de obtener un puntaje que le permitirá evaluar y clasificar la gravedad del paciente. En la página 7 del mismo manual de procedimientos se detallan los pasos a seguir según la clasificación obtenida del cuadro mencionado.

**Cuadro 11: Clasificar Sibilancias**<sup>57 58 59</sup>

EVALUAR SIGNOS	CLASIFICAR COMO	DETERMINAR TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sibilancias y</li> <li>● Cualquier signo de peligro general</li> <li>● Cianosis o Tiraje subcostal</li> </ul>	<b>(A)</b>  <b>SIBILANCIA GRAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Referir URGENTEMENTE al hospital.</li> <li>● 2 puff o nebulización con beta2, cada 20' (tres veces).</li> <li>● Bolo de hidrocortisona endovenosa. De ser imposible, metilprednisona vía oral.</li> <li>● Dar oxigenoterapia, si está disponible.</li> </ul> <p><b>Dar la 1ra dosis del antibiótico apropiado si la referencia demorará más de 5 horas</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sibilancias y Respiración rápida</li> </ul>	<b>(B)</b>  <b>CRISIS DE SIBILANCIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 2 puff o nebulización con beta2, cada 20' (tres veces), si es necesario y reevaluar.</li> <li>● Si mejora tratar ambulatoriamente con un broncodilatador y hacer el seguimiento 1 día después</li> <li>● Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato.</li> </ul> <p><b>SI NO MEJORA TRATE COMO HILERA "A"</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sibilancias sin Tiraje ni respiración rápida</li> </ul>	<b>(B)</b>  <b>SIBILANCIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dar un broncodilatador</li> <li>● Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato</li> <li>● Si no mejora, hacer una consulta de seguimiento 2 días después.</li> </ul> <p>Si hace más de 15 días que el niño tiene tos, referir al hospital (referencia no urgente). Si el niño recibe corticoides inhalados, continuar con los mismos Si las sibilancias son recurrentes referir al niño para su seguimiento por pediatra o neumonólogo.</p>

**A - SIBILANCIA GRAVE (hilera roja)**

En un niño que presenta sibilancias, cualquier signo de peligro general y cianosis o tiraje subcostal clasifica como **SIBILANCIA GRAVE**.

Estos niños necesitan ser REFERIDOS URGENTEMENTE al hospital. Previamente se deberá administrar tratamiento para estabilizar al paciente como broncodilatadores de acción rápida, una dosis de corticoides, y oxigenoterapia cuando usted disponga de los mismos. Cuando el niño tiene sibilancias y clasifica como Neumonía grave, se le debe administrar la primera dosis de un antibiótico apropiado cuando el hospital al cual se deriva queda a más de 5 horas de su Centro de Salud.

57 Kellner JD et al. Efficacy of bronchodilator therapy in bronchiolitis. A meta-analysis. Archives of pediatric and adolescent medicine, 1996, 150:1166-1172

58 Von Mutius E. Presentation of new GINA guidelines for paediatrics. The Global Initiative on Asthma. Clinical & experimental allergy, 2000, Jun 30;Suppl 1:6-10

59 Simoes EA, McGrath EJ. Recognition of pneumonia by primary health care workers in Swaziland with a simple clinical algorithm. Lancet, 1992, Dec 19-26;340(8834-8835):1502-3

### **B - CRISIS DE SIBILANCIAS (hilera amarilla)**

Cuando un niño no clasifica en la hilera roja, no tiene signos generales de peligro y solamente tiene sibilancias y respiración rápida, clasifica como **CRISIS DE SIBILANCIAS**.

Estos niños necesitan que se les administre un broncodilatador de acción rápida, cada 20 minutos (3 dosis) y que además se los vuelva a evaluar. Si mejoran puede seguir el tratamiento en forma ambulatoria y se citarán para un control al día siguiente. Siempre se debe enseñar a la madre los signos de peligro por los cuales deberá volver con urgencia al servicio de salud. Por el contrario, cuando no se observa mejoría del niño se le debe administrar la primera dosis de un corticoide y se referirá urgentemente al hospital. En ocasiones puede considerarse la administración de la primera dosis de un antibiótico apropiado, fundamentalmente cuando se perderá mucho tiempo hasta que arribe al Hospital de Referencia.

### **B - SIBILANCIAS (hilera amarilla)**

Cuando un niño no clasifica en la hilera roja o amarilla, y solamente tiene sibilancias (sin tiraje ni respiración rápida), clasifica como **SIBILANCIAS**.

A estos niños hay que darles un broncodilatador, e indicarle a su madre cuándo debe volver con urgencia al Servicio de Salud e indicar una consulta de seguimiento 2 días después. Cuando lleva más de 15 días con tos, se debe referir al hospital para una atención más especializada. Si las sibilancias son recurrentes corresponde su seguimiento periódico por pediatra o neumólogo.

En resumen, existen 3 posibles clasificaciones para el niño con tos o dificultad respiratoria y 3 para aquellos que presentan sibilancias, a saber:

<b>Clasificaciones para TOS O DIFICULTAD RESPIRATORIA</b>	<b>Clasificaciones para SIBILANCIAS</b>
1 NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE	1 SIBILANCIA GRAVE
2 NEUMONÍA	2 CRISIS DE SIBILANCIAS
3 NO TIENE NEUMONÍA: TOS O RESFRÍO	3 SIBILANCIAS

### **OTRAS LECTURAS:**

- Consenso sobre infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años. Ferrero et al. Arch. Arg. Pediatr. 1996; 94: 274-288
- PEDIATRIA El niño sano el niño enfermo. R. De Rosa 2003. Teper A. Trastornos de las vías aéreas superiores. Pag. 297
- TRATADO DE PEDIATRIA Morano J. 2004. Alvarez A. y Segal E. Neumonías. Cap. 70. Pag 675. Silber R. Bronquiolitis. Cap. 69 Pag.669
- PEDIATRIA R. Ruvinsky 2003
- Balanzat Ana. Bronquiolitis aguda. Cap. 11.4 Pag. 571
- Ruvinsky R. Dalamón R. Neumonía. Cap. 11.6 Pag. 593

## 2. ¿TIENE EL NIÑO DIARREA?

Las enfermedades diarréicas constituyen una de las principales causas de morbimortalidad en los niños menores de 5 años, fundamentalmente en países en vías de desarrollo.

Epidemiológicamente, se define como diarrea a la eliminación de tres o más evacuaciones intestinales líquidas o blandas en un período de 24 horas. En la diarrea el contenido de agua en las heces es más elevado que el normal. Las deposiciones normales pero frecuentes no constituyen diarrea y, generalmente, el número de deposiciones diarias depende de la dieta y de la edad del niño o cuando estos episodios acontecen en forma repetida.

Las madres pueden utilizar diversos términos locales para describir lo que ellas consideran diarrea, y que depende de la consistencia de las heces: blandas, semilíquidas, líquidas, sanguinolentas o con moco y/o sangre.

Los bebés alimentados exclusivamente por pecho, suelen tener deposiciones blandas, y eso no constituye diarrea. La madre de un niño que toma pecho puede reconocer la diarrea porque la consistencia o la frecuencia de las heces es diferente a lo habitual.

### ***¿Cuáles son los tipos de diarrea que se presentan en niños de 2 meses a 4 años?***

La mayoría de las diarreas causantes de deshidratación son líquidas o semilíquidas.

La diarrea de inicio agudo y que dura menos de 14 días es una diarrea aguda. Se caracteriza por no tener sangre visible en las heces y puede acompañarse de anorexia, vómitos, irritabilidad y otros síntomas. Frecuentemente, este tipo de diarrea resuelve en los 7 primeros días. Cuando la diarrea aguda no es tratada en forma oportuna puede producir deshidratación y desnutrición. Esta última se produce, fundamentalmente, cuando se reduce la alimentación del niño, o cuando estos episodios diarreicos acontecen en forma repetida. Los gérmenes productores de diarrea aguda son múltiples y entre ellos se deben mencionar el Rotavirus, *Escherichia coli* enterotoxigénica y enteropatógena, *Shigella*, *Campylobacter jejuni*, *Salmonella* y *Cryptosporidium*.

Cuando la diarrea comienza como un episodio agudo con deposiciones líquidas y persiste más de 14 días se la denomina diarrea persistente. El niño puede tener pérdida marcada de peso y presentar deshidratación cuando el volumen de agua perdido en las heces es muy importante. La diarrea persistente no tiene un agente causal único (*E. coli* enteropatógena, *Shigella*, etc.) y no debe confundirse con la diarrea crónica que generalmente es de causa no infecciosa. Aproximadamente el 20% de los episodios diarreicos se vuelven persistentes. La diarrea persistente causa problemas nutricionales y contribuye a aumentar la mortalidad infantil por diarrea.

En ocasiones, las deposiciones diarreicas pueden contener sangre, con presencia o no de moco y se la denomina diarrea con sangre. Frecuentemente producen anorexia, pérdida rápida de peso y daño en la mucosa intestinal. Es producida por bacterias invasoras como por ejemplo la *Shigella*, *Campylobacter jejuni* y menos comúnmente por *E. coli* enteroinvasora y *Salmonella*. Cuando está involucrada la *Shigella* el estado general del niño puede verse muy comprometido (fiebre alta, cólicos, tenesmo y mal estado general). En nuestro país la *Shigella* no es frecuente, pero habitualmente son producidas por las variedades *Sonnei* y *Flexneri*. Tampoco se debe dejar de pensar en la posibilidad del desarrollo



de un Síndrome Urémico Hemolítico ante una infección por Shigella. La disentería amebiana no es tan frecuente en niños pequeños.

En el próximo cuadro se pueden observar algunos de los factores de riesgo para el desarrollo de diarrea en niños.

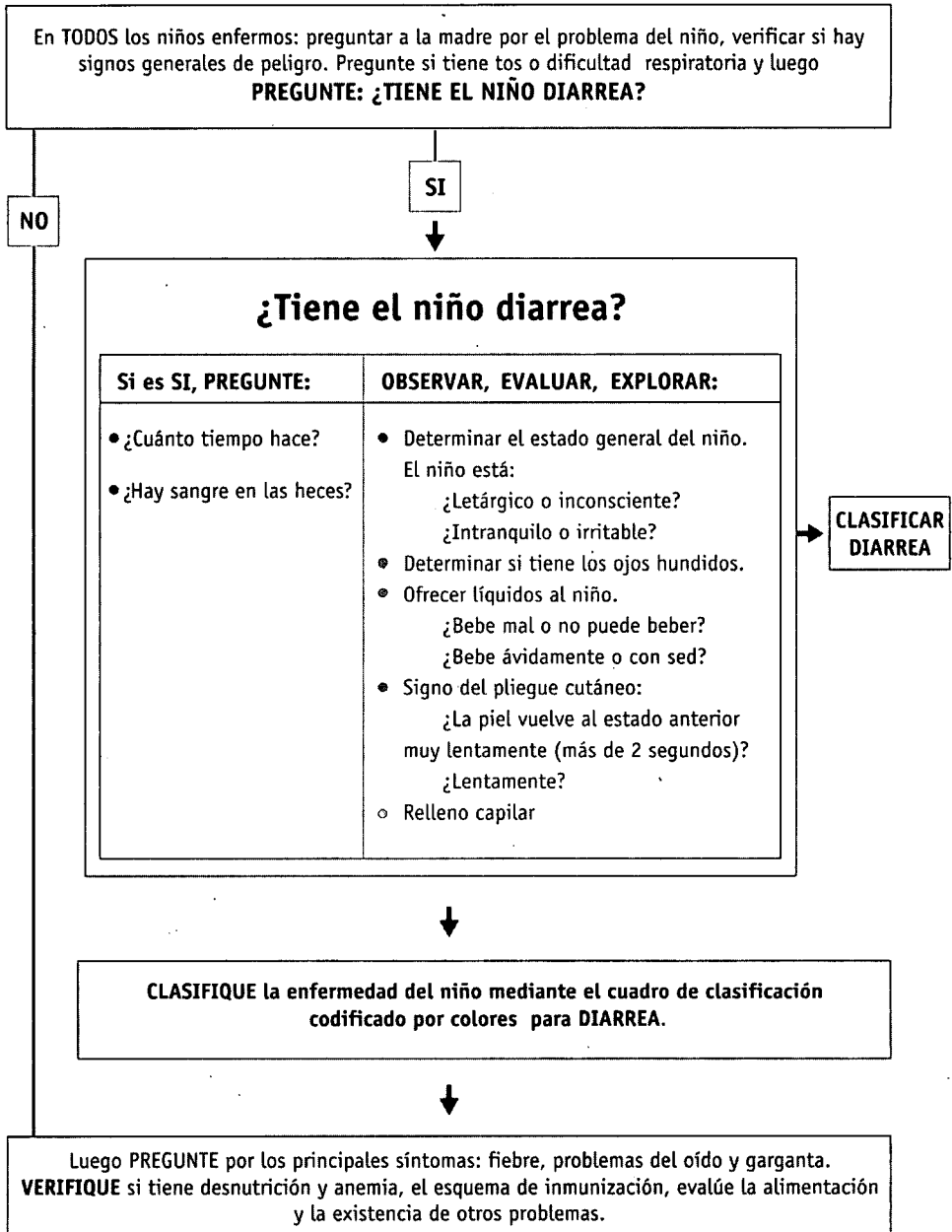
**Cuadro 12: Factores de riesgo involucrados en la producción de diarrea infantil**

FACTORES DE RIESGO	JUSTIFICACION PARA LA PRODUCCIÓN DE DIARREA
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Ausencia de lactancia materna exclusiva durante los primeros 4 - 6 meses de vida</b></li> </ul>	<p>Tienen un riesgo cuatro veces superior de desarrollar diarrea que aquellos niños que son alimentados con lactancia materna exclusiva. La leche materna contiene anticuerpos y otros factores antiinfecciosos que protegen contra diversos tipos de gérmenes como por ejemplo Shigellas. Se recomienda la lactancia materna por lo menos, en forma ideal, hasta los 2 años.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Utilización de biberones</b></li> </ul>	<p>Los biberones y las tetinas se contaminan fácilmente con los gérmenes enteropatógenos cuando no se higienizan adecuadamente. Las bacterias se multiplican cuando se deja en ellos leche que no se ha consumido rápidamente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Inadecuada conservación de alimentos</b></li> </ul>	<p>La contaminación de los alimentos puede producirse fácilmente ya sea durante su preparación (contacto con recipientes o utensillos contaminados) o durante el guardado de los mismos (dejarlos a temperatura ambiente por varias horas, inadecuado recalentamiento, etc.).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Beber agua contaminada con bacterias</b></li> </ul>	<p>La contaminación del agua puede producirse en los lugares donde se provee o dentro de los recipientes donde se guarda. En el hogar, la contaminación se instala cuando se guarda en recipientes destapados, cuando se introducen cucharas u otros elementos contaminados o cuando se toca con manos inadecuadamente higienizadas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Lavado inadecuado de las manos</b></li> </ul>	<p>Numerosas enfermedades se producen por no lavarse las manos después de defecar y antes de preparar o servir las comidas, de cambiar o lavar un pañal con heces de niños, y de no desechar correctamente los pañales del bebé.</p>

Cuando examine a un niño con diarrea verifique si tiene deshidratación y evalúe los problemas asociados con la misma. Frecuentemente, ambos pasos se completan antes de iniciar el tratamiento. Pero en otros casos es necesario postergar la realización de la anamnesis y el examen clínico completo, para administrar primero el tratamiento de urgencia como por ejemplo, en la deshidratación grave.

Usted ya ha aprendido como llenar la parte superior del Formulario de Atención, como verificar y clasificar al niño en cuanto a los síntomas principales: signos generales de peligro y tos y dificultad para respirar. Ahora aprenderá a evaluarlo para diarrea. Para ello es necesario que formule todas las preguntas del recuadro Pregunte y que siga las instrucciones de Observar, Evaluar y Explorar del recuadro Evaluar del Cuadro de Procedimientos para **¿Tiene el niño diarrea?** En el cuadro 13 que se desarrolla a continuación podrá observar estos elementos.

**Cuadro 13: Diarrea**



## 2.1 CÓMO EVALUAR A UN NIÑO CON DIARREA

*En todos los niños enfermos*

### PREGUNTE

#### ***¿El niño tiene diarrea?***

Pregunte sobre la presencia de diarrea utilizando palabras que la madre comprenda.

- Si la madre responde que el niño **NO TIENE DIARREA**, pregunte sobre el siguiente síntoma principal: Fiebre.
- Si la madre responde que el niño **SI TIENE DIARREA**, o si ya había explicado que la diarrea era el motivo por el cual había acudido al servicio de salud, anote su respuesta. Luego evalúe al niño para ver si hay signos de deshidratación, diarrea persistente y/o diarrea con sangre.

#### ***¿Cuánto tiempo hace?***

Déle tiempo a la madre para que conteste la pregunta. Tal vez demore un poco en recordar el número exacto de días. Recuerde que cuando la diarrea tiene una duración menor de 14 días se considera como diarrea aguda; si tiene más de 14 días de duración se define como diarrea persistente.

### PREGUNTE

#### ***¿Hay sangre en las heces?***

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

Luego, verifique si hay signos de deshidratación. Cuando un niño comienza a estar deshidratado, está intranquilo e irritable. Cuando la deshidratación persiste, el niño se torna letárgico o inconsciente. A medida que el cuerpo del niño pierde líquidos, los ojos del mismo pueden verse o estar hundidos (enofthalmos). Cuando se toma el signo del pliegue (técnica de pellizcar la piel), la piel vuelve a su estado anterior lentamente o muy lentamente.

Luego, **OBSERVE**

#### ► **El estado general del niño**

Cuando usted evaluó la existencia de signos generales de peligro, verificó si el niño estaba letárgico o inconsciente. Recuerde utilizar este signo general de peligro cuando clasifique la diarrea.

Un niño está **inquieto o irritable** si todo el tiempo se comporta de esta manera o si lo está cuando lo tocan o lo mueven. Si un lactante o un niño está tranquilo mientras se amamanta y se torna nuevamente inquieto e irritable al dejar de mamar presenta el signo **“inquieto e irritable”**. Recuerde que numerosos niños se ponen molestos por el solo hecho de estar en el servicio de salud, pero a diferencia de los niños anteriores, a ellos se los puede consolar o calmar y por lo tanto no presentan el signo de **“inquieto o irritable”**.

En ocasiones, puede ser difícil determinar si el niño está anormalmente letárgico o sólo se encuentra somnoliento, y es aquí donde usted necesita conocer la opinión de su madre con respecto a este signo.

► **Si los ojos están hundidos**

Los ojos del niño deshidratado pueden parecer hundidos (enoftalmos). Usted debe decidir si los ojos están hundidos y luego pregunte a la madre si piensa que los ojos de su hijo están distintos a lo habitual. La opinión de ella le ayudará a confirmar si los ojos del niño están hundidos o no.

► **Nota:** En un niño gravemente desnutrido, visiblemente emaciado (es decir, con marasmo), los ojos siempre pueden parecer hundidos, aunque el niño no esté deshidratado. Si bien este es un signo poco confiable en un niño visiblemente emaciado, siempre se lo debe utilizar para clasificar la deshidratación del niño.

**OFRECER líquidos al niño**

**¿No puede beber o bebe mal?**

**¿Bebe ávidamente, con sed?**

Pida a la madre que le ofrezca al niño de su leche, solución glucosada o un poco de agua potable en una taza o cuchara. Observe como bebe.

- **Bebe normalmente.** Acepta tomar el agua sin un interés especial.
- **No puede beber o bebe mal.** Por ejemplo, un niño no puede beber si está letárgico o inconsciente, o no puede succionar o tragar.
- **Un niño débil bebe mal.** No puede beber sin ayuda. Quizás sólo pueda tragar si se le pone el líquido en la boca.
- **Bebe ávidamente con sed.** Es obvio que el niño quiere beber. Observe si trata de alcanzar la taza o la cuchara cuando se le ofrece agua. Fíjese si se enoja o llora cuando se le deja de dar de beber. Si el niño toma un sorbo solo porque se le incita a hacerlo y no quiere beber más, no tiene el signo **“bebe ávidamente, con sed”**.

**REALICE EL SIGNO DEL PLIEGUE CUTÁNEO**

Cuando el pliegue vuelve a su lugar:

**¿Lo hace muy lentamente (más de 2 segundos)?**

**¿Lentamente?**

Solicite a la madre que acueste al niño en la camilla en la siguiente posición: boca arriba, con los brazos a los costados del cuerpo (no sobre la cabeza) y las piernas extendidas, o bien pídale que lo sostenga sobre su regazo, acostado boca arriba.

Localice la región del abdomen del niño ubicada entre el ombligo y el flanco. Para hacer el pliegue cutáneo, utilice los dedos pulgar e índice. No emplee la punta de los dedos porque le causará dolor al niño. Coloque la mano de modo que cuando pellizque la piel, se

forme un pliegue longitudinal en relación con el cuerpo del niño. Levante firmemente todas las capas de piel y el tejido que está por debajo de ellas.



*Pellizque la piel por un segundo y luego suéltela y fíjese si la piel vuelve a su lugar:*

- **Muy lentamente (más de 2 segundos)**
- **Lentamente (la piel permanece levantada aunque sea brevemente)**
- **Inmediatamente**

### REALICE EL SIGNO DEL RELLENO CAPILAR

Solicite a la madre que acueste al niño en la camilla en la siguiente posición: boca arriba, con los brazos a los costados del cuerpo (no sobre la cabeza) y las piernas extendidas, o bien pídale que lo sostenga sobre su regazo, acostado boca arriba. Coloque su dedo índice sobre el dorso de la mano o pie del niño y ejerza una leve presión. Verá que en el lugar de la compresión la piel se torna pálida, al descomprimir debe retomar rápidamente su color rosado. Si tarda más de 3 segundos en hacerlo, es un **signo de mal relleno capilar**, y corresponde a deshidratación grave.

***En un niño con desnutrición grave, la piel puede volver a su lugar lentamente incluso cuando el niño no está deshidratado. En un niño con sobrepeso, con obesidad o con edemas, la piel puede volver a su lugar inmediatamente aún si el niño está deshidratado. Si bien el signo del pliegue es menos confiable en estos niños, utilícelo para clasificar la deshidratación del niño.***

A continuación, en el Cuadro 14, se describen otros signos que usted seguramente observará en varios textos de pediatría. **AIEPI** incorpora sólo alguno de ellos; los signos de fácil identificación y de adecuada sensibilidad y especificidad.

**Cuadro 14: Cómo evaluar el estado de hidratación y qué plan utilizar**

PLAN →	A	B	C <sup>1</sup>
<b>OBSERVAR</b>			
<b>Condición general</b>	Bien, alerta	Intranquilo, irritable	Comatoso, Hipotónico <sup>1</sup>
<b>Ojos</b>	Normales	Hundidos	Muy hundidos y secos
<b>Lágrimas</b>	Presentes	Ausentes	Ausentes
<b>Boca y lengua</b>	Húmedas	Secas	Muy secas
<b>Sed</b>	Bebe normal, sin sed	Sediento, bebe rápido y ávidamente	Bebe mal o no es capaz de beber <sup>1</sup>
<b>EXPLORAR</b>			
<b>Signo del Pliegue cutáneo</b>	Desaparece rápidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muy lentamente (> 2 segundos)
<b>DECIDIR</b>	No tiene signos de deshidratación	Si presenta dos o más signos tiene deshidratación	Si presenta dos o más signos, incluyendo por lo menos una clave, tiene deshidratación grave, estado comatoso indica shock

1. Otros signos que indican la presencia de shock son: tiempo de llenado capilar mayor de 3 segundos, pulso radial ausente o muy débil, presión sanguínea baja.

► **Nota:** También existen otros signos que pueden ayudar para un mejor diagnóstico de deshidratación como son: las fontanelas deprimidas o muy deprimidas en los lactantes pequeños, taquipnea por la acidosis en la deshidratación grave, y alteración de los pulsos periféricos en caso de shock.

## 2.2 CÓMO CLASIFICAR LA DIARREA

En el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR, los niños con diarrea pueden clasificarse según:

- El estado de hidratación
- El tiempo de duración de la diarrea
  - Menor de 14 días
  - De 14 o más días
- La presencia o ausencia de sangre en las heces

60 World Health Organization. Improving child health: IMCI, the integrated approach. Geneva, World Health Organization, 1996, WHO/CHD/97.12 Rev. 1

61 World Health Organization. The treatment of diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers. Geneva, World Health Organization, 1995 [unpublished document WHO/CDR/95.3; available on request from the Division of Child Health and Development (CHD), formerly the Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control (CDR)]

### 2.2.1 CLASIFICAR LA DESHIDRATACIÓN<sup>60 61</sup>

Para clasificar la deshidratación siga la misma secuencia de pasos que para tos o dificultad respiratoria, pero ahora en relación a diarrea. A continuación se puede observar la clasificación para deshidratación según el Cuadro de Procedimientos.

**Cuadro 15: Cuadro de Clasificación para la Deshidratación<sup>62 63</sup>**

EVALUAR SIGNOS	CLASIFICAR COMO	DETERMINAR TRATAMIENTO
<p>El signo del pliegue debe asociarse a 2 o más de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Letárgico o inconsciente</li> <li>- Ojos hundidos</li> <li>- Bebe mal o no puede beber</li> <li>- Signo del pliegue cutáneo: La piel vuelve MUY lentamente al estado anterior</li> <li>- Relleno capilar mayor de 3 segundos.</li> </ul>	<p><b>(A)</b> <b>DESHIDRATACIÓN GRAVE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el niño no encuadra en ninguna otra clasificación grave: Dar líquidos para la deshidratación grave (Plan C).</li> <li>• Si el niño encuadra en otra clasificación grave:</li> <li>- Referir <b>URGENTEMENTE</b> al hospital, con la madre dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto. Aconsejar a la madre que continúe dándole el pecho, si el sensorio del niño lo permite.</li> </ul>
<p>Dos de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intranquilo, irritable</li> <li>- Ojos hundidos</li> <li>- Bebe ávidamente, con sed</li> <li>- Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente al estado anterior.</li> </ul>	<p><b>(B)</b> <b>ALGUN GRADO DE DESHIDRATACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el niño encuadra además en una clasificación grave:</li> <li>- Referir <b>URGENTEMENTE</b> al hospital, con la madre dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto. Aconsejar a la madre que continúe dándole el pecho.</li> <li>• Si tiene algún grado de deshidratación administrar líquidos y alimentos (Plan B).</li> <li>- Indicar a la madre los signos de peligro para volver con urgencia.</li> <li>- Si la diarrea continúa, hacer una consulta de seguimiento 24 hs después.</li> </ul>
<p>No hay suficientes signos para clasificar el caso como deshidratación.</p>	<p><b>(C)</b> <b>NO TIENE DESHIDRATACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar alimentos y líquidos para tratar la diarrea en casa (Plan A).</li> <li>- Indicar a la madre los signos de peligro para volver con urgencia.</li> <li>- Si la diarrea continúa, hacer una consulta de seguimiento 24 hs después.</li> </ul>

62 World Health Organization. The selection of fluids and food for home therapy to prevent dehydration from diarrhoea: guidelines for developing a national policy. Geneva, World Health Organization, 1993 [unpublished document WHO/CDD/93.44; available on request from the Division of Child Health and Development (CHD), formerly the Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control (CDR)]

63 World Health Organization. Readings on diarrhoea: student manual. Geneva, World Health Organization, 1992

Como vemos, existen tres posibles clasificaciones para la deshidratación en un niño con diarrea: DESHIDRATACIÓN GRAVE, ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN y NO TIENE DESHIDRATACIÓN (Cuadro 15). Usted leerá sobre cómo identificar tratamientos y tratar a los niños con estas clasificaciones en el capítulo 4.

### **A - DESHIDRATACIÓN GRAVE (hilera roja)**

Clasifique la deshidratación como **DESHIDRATACIÓN GRAVE** si el niño tiene signo del pliegue cutáneo donde la piel vuelve muy lentamente, y 2 o más de los siguientes signos:

Está letárgico o inconsciente, no puede beber o bebe mal, tiene los ojos hundidos o relleno capilar mayor de 3 segundos.

Un niño con deshidratación grave necesita recibir líquidos en forma rápida. Deberá recibir tratamiento con líquidos por vía intravenosa (IV) a menos que tenga alguna otra clasificación grave. **En el cuadro Plan C:** Tratamiento rápido de la deshidratación grave del cuadro TRATAR se describe cómo administrar líquidos a niños gravemente deshidratados.

Si el niño encuadra en otras clasificaciones graves siga las indicaciones de la hilera roja de Determinar Tratamientos.

### **B - ALGUN GRADO DE DESHIDRATACIÓN (hilera amarilla)**

Si el niño no presenta signos de DESHIDRATACIÓN GRAVE, observe la hilera siguiente. ¿Tiene el niño signos de ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN?

Si tiene dos o más de los signos siguientes: inquieto, irritable, bebe ávidamente con sed, ojos hundidos o si la piel vuelve a su lugar lentamente cuando se realiza el signo del pliegue cutáneo, clasifíquelo como **ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN**.

Si un niño presenta un signo que se menciona en la hilera roja y un signo incluido en la hilera amarilla, clasifique al niño en la hilera amarilla (ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN).

Este niño necesita líquidos y alimentos. Trátele con solución de Sales de Rehidratación Oral (SRO). Además estos niños necesitan alimentos. Los lactantes no deben interrumpir la lactancia y los demás niños deben recibir la leche habitual o algún alimento nutritivo al cabo de 4 horas de tratamiento con SRO. El tratamiento se describe en el recuadro "Plan B": Tratar la deshidratación con SRO. Además debe enseñar a la madre los signos de peligro que la harán volver con urgencia al Servicio de Salud.

Si encuadra además en otra clasificación grave, deberá referirlo urgentemente al hospital.

### **C - NO TIENE DESHIDRATACIÓN (hilera verde)**

Un niño que no presenta signos de la hilera roja ni de la amarilla, clasifica como **NO TIENE DESHIDRATACIÓN**.

Este niño necesita líquidos y alimentos adicionales para prevenir la deshidratación. Estos líquidos se le administrarán en su casa. Las 3 reglas del tratamiento en su hogar



incluyen: administrar líquidos adicionales, continuar la alimentación y regresar inmediatamente si aparecen signos generales de peligro. En el "Plan A": Tratar la diarrea en la casa" se describe qué líquidos y qué alimentos se enseñará a utilizar a la madre, qué cantidad deberá darse al niño y cuándo debe regresar al control.

Las recomendaciones sobre la alimentación están en el cuadro ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE.

### 2.2.2 CLASIFICAR DIARREA PERSISTENTE

Después de clasificar la deshidratación, clasifique al niño como con diarrea persistente si la duración ha sido de 14 o más días. La diarrea persistente puede clasificarse de 2 formas: **DIARREA PERSISTENTE GRAVE** y **DIARREA PERSISTENTE** (Cuadro 16). Usted leerá sobre cómo identificar tratamientos y tratar a los niños con estas clasificaciones en el capítulo 3.

**Cuadro 16: Cuadro de Clasificación para la diarrea persistente**<sup>64 65 66 67</sup>

EVALUAR SIGNOS	CLASIFICAR COMO	DETERMINAR TRATAMIENTO
- HAY deshidratación	<b>(A)</b> <b>DIARREA PERSISTENTE GRAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar la deshidratación antes y durante la referencia del niño, salvo que encuadre en otra clasificación grave.</li> <li>• Referir al hospital.</li> </ul>
- NO hay deshidratación	<b>(B)</b> <b>DIARREA PERSISTENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar a la madre como debe alimentar a un niño que tiene DIARREA PERSISTENTE.</li> <li>• Indicar a la madre los signos de peligro para volver con urgencia.</li> <li>• Hacer el seguimiento 5 días después.</li> </ul>

#### A- DIARREA PERSISTENTE GRAVE (hilera roja)

Si el niño ha tenido diarrea durante 14 o más días y además tiene algún grado de deshidratación, clasifique la enfermedad del niño como DIARREA PERSISTENTE GRAVE. Estos niños deben referirse a un hospital porque necesitan atención especializada para prevenir la pérdida de líquidos, cambiar el régimen alimentario y realizar estudios de laboratorio para determinar la causa de la diarrea.

Trate la deshidratación antes de referirlo al hospital, a excepción de que tenga otra clasificación grave. El tratamiento de la deshidratación en niños con enfermedades graves puede ser difícil, por lo que estos niños deberán recibir tratamiento en un hospital.

64 Black RE. Persistent diarrhoea in children in developing countries. *Pediatric infectious diseases journal*, 1993, 12:751-761  
 65 Bhan MK, Bhandari N, Bhatnagar S, Bahl R. Epidemiology and management of persistent diarrhoea in children of developing countries. *Indian J Med Res*, 1996, Jul;104:103-14  
 66 Hambidge KM. Zinc and diarrhoea. *Acta paediatrica*, Suppl. 1992, 381:82-6  
 67 Bhutta ZA et al. Prevention of diarrhoea and pneumonia by zinc supplementation in children in developing countries: pooled analysis of randomized controlled trials. *Zinc Investigators' Collaborative Group. Journal of pediatrics*, 1999, Dec;135(6):689-97

**B - DIARREA PERSISTENTE (hilera amarilla)**

Un niño que ha padecido diarrea durante 14 días o más y que no presenta signos de deshidratación se clasifica como DIARREA PERSISTENTE. Para ellos, el tratamiento más importante es la indicación de una alimentación especial. Las recomendaciones relativas a la alimentación se explican en la sección correspondiente. Se deberá explicar a la madre como alimentar al niño. Indicarle los signos de peligro para volver con urgencia y hacer el seguimiento 5 días después.

**2.2.3 CLASIFICAR DIARREA CON SANGRE**<sup>68 69 70 71 72</sup>

Existe una sola clasificación para la diarrea con sangre: **DIARREA CON SANGRE** (vea ejemplo). Usted leerá sobre cómo determinar tratamientos y tratar a los niños con diarrea con sangre en el capítulo 4.

**Cuadro 17: Cuadro de Clasificación de la diarrea con sangre**

EVALUAR SIGNOS	CLASIFICAR COMO	DETERMINAR TRATAMIENTO
- Sangre en las heces	<b>ⓑ</b> <b>DIARREA                      CON SANGRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el niño es eutrófico y sin enfermedad de base:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- dar alimentos y líquidos para tratar la diarrea en su casa (Plan A) y control en 24 hs.</li> <li>- Si es posible, efectuar coprocultivo y detección de gérmenes productores de shiga-toxina.</li> </ul> </li> <li>• Si el niño es desnutrido o con enfermedad de base, referir al hospital.</li> </ul>

**B - DIARREA CON SANGRE (hilera amarilla)**

Clasifique a un niño con diarrea y sangre en las heces como DIARREA CON SANGRE. Si el niño es eutrófico y no tiene una enfermedad de base debe indicarle alimentación y suministro de líquidos adecuados en su hogar y citarlo a control en 24 horas. Enseñar a la madre los síntomas que puedan hacer sospechar síndrome urémico hemolítico como la disminución franca de la diuresis. Si en su centro de salud es posible o si tiene un lugar cercano donde hacerlo, efectúele coprocultivo y detección de gérmenes productores de shiga-toxina. Por otro lado, si el niño está desnutrido o tiene una enfermedad de base, refiéralo urgentemente al hospital.

68 World Health Organization. The management of bloody diarrhoea in young children. Geneva, World Health Organization, 1994 [unpublished document WHO/CDD/94.9; available on request from the Division of Child Health and Development (CHD), formerly the Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control (CDR)]

69 World Health Organization. Guidelines for the control of epidemics due to Shigella dysenteriae type 1. Geneva, World Health Organization, 1995 [unpublished document WHO/CDR/95.5; available on request from the Division of Child Health and Development (CHD), formerly the Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control (CDR)]

70 Salam MA, Bennis ML. Antimicrobial therapy for shigellosis. Journal of antimicrobial chemotherapy, 1992, 30:243-247

71 International Working Group on Persistent Diarrhoea. Evaluation of an algorithm for the treatment of persistent diarrhoea: a multicentre study. Bulletin of the World Health Organization, 1996, 74:479-89

72 The rational use of drugs in the management of acute diarrhoea in children. Geneva, World Health Organization

La diarrea con sangre puede ser causada por *Shigella*<sup>73 74 75</sup>, ya que:

- Ocasiona alrededor del 60% de los casos de diarrea con sangre que llegan a los servicios de salud.
- Produce cuadros que ponen en peligro la vida del niño.
- Para identificar la causa real de la diarrea se debe realizar coprocultivo. Los resultados tardan aproximadamente 2 días.

Veamos ahora como completar el Formulario de Registro de Atención en cuanto al síntoma diarrea. Continuaremos con el caso de Fátima (Ejemplo 9).

### Ejemplo 9:

- **Caso Fátima:** *Fátima tiene 18 meses de edad, pesa 11.5 kg. Su talla es de 79.5 cms y su temperatura axilar es de 37,5° C. El profesional de salud preguntó: ¿qué problemas tiene el niño? La madre contestó: "Fátima ha estado tosiendo durante 6 días, y ella tiene problemas para respirar". ¿Esta es la primera vez que consulta por este problema? La madre responde: SÍ.*

*El profesional verificó en Fátima la existencia de signos generales de peligro. La madre dijo que Fátima puede beber. No tuvo vómitos. No ha tenido convulsiones durante esta enfermedad. El médico preguntó: ¿Fátima está somnolienta? La madre contestó: "SÍ". El profesional de salud le realizó un estímulo sonoro (hablar, aplaudir, etc). Le pidió a la madre que moviera a la niña. Fátima abrió sus ojos, pero no miró a su alrededor. El profesional de salud le habló a Fátima, pero ella no lo miró a la cara. Fijó la vista en blanco y aparentemente no se daba cuenta de lo que ocurría a su alrededor. El profesional de salud pidió a la madre que le levantara la ropa a Fátima. Contó 41 respiraciones por minuto. No observó retracciones subcostales ni estridor en Fátima.*

*El profesional preguntó: ¿tiene el niño diarrea? La madre dijo: Sí, tiene diarrea desde hace 3 días. No presentó sangre en las heces. "¿Nota usted algo diferente en los ojos de Fátima?" La madre dijo: Parecen hundidos. El profesional le entregó a la madre una taza con agua potable y le pidió que se lo ofreciera a Fátima. Cuando la madre le ofreció el agua, Fátima no bebió. Cuando el profesional pellizcó la piel del abdomen el pliegue volvió muy lentamente a su posición original.*

- ▶ En la parte correspondiente a la pregunta **¿Tiene el niño diarrea?** Debe tildar **SÍ**.
- ▶ Anote en **¿Cuánto tiempo hace?:** **3 días**.
- ▶ Luego circule **letárgico, ojos hundidos, no puede beber y vuelve el pliegue muy lentamente** ya que Fátima presentó estos signos durante la evaluación.
- ▶ Al clasificar de acuerdo al **Cuadro de Procedimientos**, usted puede observar que los signos de Fátima clasifican como **DESHIDRATACIÓN GRAVE**. Anote dicha clasificación en el **margen derecho del formulario**.

**Entonces el Formulario de Registro quedará confeccionado de la siguiente forma:**

73 Vinh H et al. Treatment of bacillary dysentery in Vietnamese children: two doses of ofloxacin versus 5-days nalidixic acid. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 2000, 94:323-6

74 Hossain MA et al. Increasing frequency of mecillinam-resistant shigella isolates in urban Dhaka and rural Matlab, Bangladesh: a 6-year observation. *Journal of antimicrobial chemotherapy*, 1998, 42:99-102

75 Salam MA et al. Randomised comparison of ciprofloxacin suspension and pivmecillinam for childhood shigellosis. *Lancet*, 1998, 15:352:522

**Ejemplo 9: Parte superior del Formulario de Registro con el síntoma principal de diarrea**

FORMULARIO DE REGISTRO DE ATENCIÓN DEL NIÑO de 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD	
Fecha: 25/3/2004	
Nombre: _ Fátima    Edad_18 meses    Peso:_ 11,5 Kg    Talla:_79.5 cm    _ Temperatura axilar:_37,5°C	
PREGUNTAR: ¿qué problemas tiene el niño?_ tos y dificultad para respirar__ Visita Inicial? <input checked="" type="checkbox"/> Visita de seguimiento:	
EVALUAR (Marcar con un círculo todos los signos presentes)	CLASIFICAR
<p><b>VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO GENERAL</b></p> <p>EL NIÑO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO    <b>LETÁRGICO O INCONSCIENTE</b></p> <p>VÓMITA TODO</p> <p>CONVULSIONES</p>	<p>¿Hay algún signo general de peligro?</p> <p>Sí <input checked="" type="checkbox"/> No _</p> <p>Recuerde utilizar los signos de peligro cuando seleccione las clasificaciones</p>
<p><b>¿TIENE EL NIÑO TOS O DIFICULTAD RESPIRATORIA?</b> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No _</p> <p>¿Cuánto tiempo hace? <u>7</u> días    Contar las respiraciones por minuto. <u>41</u> respiraciones por minuto.</p> <p style="text-align: center;"><b>Respiración rápida</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar si hay tiraje subcostal</li> <li>- Observar y escuchar si hay estridor en reposo.</li> <li>- Determinar si hay sibilancias (si las hay evalúe primero)</li> </ul> <p>Determinar si es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Primer episodio?</li> <li>- ¿Recurrente?</li> </ul>	<p><b>NEUMONIA</b></p>
<p><b>¿TIENE EL NIÑO DIARREA?</b>    Sí <input checked="" type="checkbox"/> No _</p> <p>¿Cuánto tiempo hace? <u>3</u> Días    -Determinar el estado general del niño.</p> <p>¿Hay sangre en las heces?</p> <p><b>¿Letárgico</b> o inconsciente?</p> <p>¿Inquieto o irritable?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar si <b>tiene ojos hundidos</b></li> <li>- Ofrecer líquidos al niño: ¿Bebe muy mal o <b>no puede beber?</b></li> <li>¿Bebe ávidamente con sed?</li> <li>- Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve al estado anterior ¿Muy lentamente (más de 2 segundos)?</li> <li><b>¿Lentamente?</b></li> <li>- Relleno capilar mayor de 3 segundos</li> </ul>	<p><b>DESHIDRATACION GRAVE</b></p>

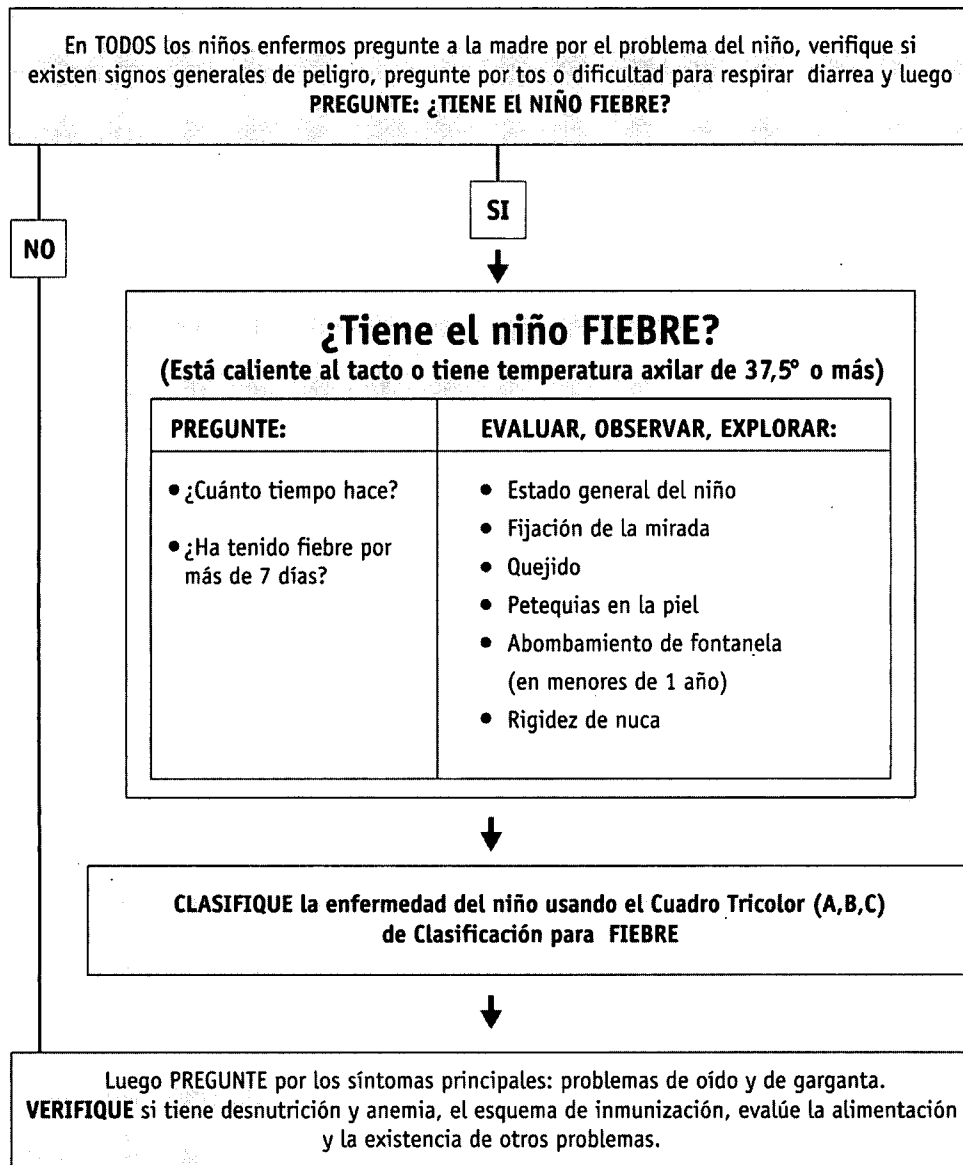
**OTRAS LECTURAS:**

- © Pediatric Clinical Practic Guidelines y Policies. 2004. Gastroenteritis. Sección 1 Pag. 399
- © PEDIATRIA R. Ruvinsky 2003. Diarrea y deshidratación. Cap. 12.3 Pag. 622 Cap. 12.4 Pag 628
- © TRATADO DE PEDIATRIA Morano J. 2004  
Sección 4  
Deshidratación Aguda Cap.21 Pag. 279  
Deshidratación oral Cap. 22 Pag. 287  
Diarrea Aguda Cap. 85 Pag. 803  
Diarrea Crónica Cap. 86. Pag. 819
- © PEDIATRIA El niño sano el niño enfermo. R. De Rosa 2003.  
Diarrea Aguda Cap. 38 Pag. 313  
Rehidratación Oral Cap. 38 Pag. 319

### 3. ¿TIENE EL NIÑO FIEBRE?

La fiebre es uno de los motivos de consulta más frecuente en pediatría. Es un signo asociado a gran variedad de patologías y por lo tanto debe evaluarse para identificar a los pacientes de riesgo. Cuando un niño tiene fiebre usted deberá formular las preguntas detalladas en "Pregunte" y "Evaluar, observar y explorar" los signos del recuadro "Evaluar" del Cuadro de Procedimientos para fiebre.

**Cuadro 18: Fiebre**



Un niño con fiebre puede tener una enfermedad grave o resfrío o enfermedades virales simples.

### 3.1 CÓMO EVALUAR A UN NIÑO CON FIEBRE<sup>76</sup>

En **TODOS** los niños enfermos,

#### PREGUNTE

#### **¿El niño tiene fiebre?<sup>77</sup>**

Verifique si el niño tiene antecedentes de fiebre, si el cuerpo está caliente al tacto o si presenta temperatura axilar de 37,5° C o más.

Si el niño tiene antecedentes de fiebre verifique **si la ha tenido con esta enfermedad**. Para referirse a la "fiebre" utilice palabras que la madre comprenda. Cerciórese de que la madre entiende qué es fiebre (Pregúntele si el cuerpo del niño estaba caliente al tocarlo).

Verifique si se le tomó la temperatura durante la consulta y si se registraron esos datos en la ficha clínica. Si la temperatura es de 37,5° C o más, el niño tiene fiebre. Si no se registró la temperatura corporal tómesela ahora.

Si el niño **no tiene fiebre** (por antecedentes, por no tener el cuerpo caliente al tacto ni temperatura de 37,5° C o más) anote una marca (✓) al lado de la palabra NO del signo fiebre del formulario de registro. Luego continúe evaluando al niño, para problemas de oído.

Recuerde que no debe evaluar en el niño los signos relacionados con Fiebre cuando no presente la misma. Si el niño **tiene fiebre** anote una marca (✓) al lado de la palabra SI del signo fiebre del Formulario de Registro de Atención, y evalúe después los otros signos relacionados con la fiebre.

Evalúe la fiebre del niño cuando presente antecedentes de la misma y aunque no esté en este momento febril o no lo note caliente.

#### **¿Cuánto tiempo hace que tiene fiebre?**

#### **¿Tuvo fiebre por más de 7 días?**

#### **¿Ha tenido fiebre todos los días?**

Usted debe determinar cuantos días hace que el niño tiene fiebre. La fiebre por enfermedades virales, en la mayor parte de los casos, desaparece en pocos días. Si un niño presentó fiebre todos los días y durante más de 7 días, debe sospecharse el padecimiento de una enfermedad grave. Este niño debe referirse a un hospital especializado para su diagnóstico y tratamiento.

Luego,

#### OBSERVE

#### **El estado general del niño<sup>78</sup>**

Un niño sano y despierto está alerta, conectado con el ambiente y probablemente pendiente de lo que haga su madre. Si no está dolorido o con sueño es posible jugar con él.

76 PEDIATRIA El niño sano el niño enfermo. R. De Rosa 2003. Sección 4 I.R. de Maza. Fiebre en el niño. Pag.21

77 TRATADO DE PEDIATRIA. Morano J. 2004. Tratamiento Sintomático de la Fiebre. Cap. 59 Pag. 610

78 PEDIATRIA R. Ruvinsky 2003. Sección 10. Fiebre en el niño menor de 36 meses. A. Ellis. Pag. 433

Un niño enfermo estará decaído. Si el niño no tiene fiebre muy alta puede estar conectado con el entorno que lo rodea.

Cuando un niño impresiona que “no está bien” y usted le pregunta a la madre “¿cómo lo ve?”, probablemente ella le conteste: “no lo veo bien”.

► **Si hay fijación de la mirada (OBSERVE Y EXPLORE)**

El niño presenta este signo cuando tiene la mirada fija y es imposible lograr que mire a su interlocutor al hablarle o al jugarle o a su madre.

Es un signo de desconexión y de una enfermedad febril muy grave.

► **Si hay quejido**

Con cada respiración el niño emite un quejido sin modificar su tono o intensidad con el correr del tiempo. Es un signo inespecífico de una enfermedad febril muy grave.

► **Si hay petequias**

Un niño febril debe examinarse totalmente desnudo para verificar la existencia de petequias. Estas son manchas de color rojizo amarronado y de tamaño variable (desde una cabeza de alfiler hasta una moneda grande). Puede ser el signo inicial de una infección febril grave como por ejemplo la meningococcemia, en donde resulta imprescindible no perder tiempo y administrar el tratamiento adecuado en forma oportuna.

► **Si hay abombamiento de la fontanela (fontanela hipertensa)**

En los niños menores de 1 año es necesario observar y palpar la fontanela para poder comprobar si la fontanela está abombada. Debe palparla con el niño sentado. Cuando el signo está presente en el niño sentado, no desaparece al acostarlo. Esto traduce un compromiso meníngeo.

► **Si hay rigidez de nuca (OBSERVAR Y PALPAR)**

En un niño con fiebre y rigidez de nuca debe descartarse meningitis. La meningitis necesita tratamiento urgente con antibióticos inyectables y referencia urgente a un hospital.

Mientras conversa con la madre durante la evaluación, observe si el niño mueve y dobla el cuello fácilmente cuando mira a su alrededor. Si el niño se está moviendo y dobla el cuello: no tiene rigidez de nuca.

Si usted no observa ningún movimiento o si no está seguro de ello, pídale al niño que se mire el ombligo o los dedos de los pies y obsérvelo. Si el niño no lo puede hacer puede tener rigidez de nuca.

Si aún no ha podido verlo doblar el cuello, pídale a la madre que le ayude a acostar al niño boca arriba. Inclínese sobre él, sosténgale con delicadeza la espalda y los hombros con una mano y con la otra sosténgale la cabeza inclinandosela con cuidado hacia adelante en dirección al pecho. Si el cuello se dobla fácilmente, el niño no tiene rigidez de nuca. Si el cuello se siente rígido y se resiste a arquearse, el niño tiene rigidez de nuca. Generalmente un niño con rigidez de nuca llorará cuando trate de inclinarle la cabeza hacia adelante. En la figura siguiente puede observar algunas maniobras para la evaluación de rigidez de nuca.

*(Vea la siguiente ilustración)*



### 3.2 CÓMO CLASIFICAR LA FIEBRE<sup>79 80 81</sup>

En el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR del Cuadro de Procedimientos para fiebre existen dos posibles clasificaciones: ENFERMEDAD FEBRIL GRAVE y ENFERMEDAD FEBRIL. En el cuadro siguiente puede observar las diferencias entre ambas.

**Cuadro 19: Cuadro de clasificación para FIEBRE del cuadro de Procedimientos**

EVALUAR SIGNOS	CLASIFICAR COMO	DETERMINAR TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impresión de mal estado general o</li> <li>• Fijación de la mirada o</li> <li>• Quejido o</li> <li>• Petequias en la piel o</li> <li>• Abombamiento de fontanela (en menores de 1 año) o</li> <li>• Rigidez de nuca</li> </ul>	<p><b>(A)</b> <b>ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referir <b>URGENTEMENTE</b> al hospital.</li> <li>• Tratar la fiebre (38°C o más) en el servicio de salud. Dar la primera dosis de paracetamol o ibuprofeno.</li> <li>• Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado si el centro de referencia está a más de 5 horas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre*</li> <li>• Fiebre* más de 7 días.</li> </ul>	<p><b>(B)</b> <b>ENFERMEDAD FEBRIL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar la fiebre (38° C o más) en el servicio de salud. Dar paracetamol o ibuprofeno y administrar medios físicos.</li> <li>• Tratar de identificar la causa probable de fiebre y dar tratamiento específico para la misma.</li> <li>• Aconsejar a la madre que le dé más cantidad de líquidos durante la enfermedad y que en lo posible continúe alimentándolo.</li> <li>• Indicar a la madre los signos de peligro para volver con urgencia.</li> <li>• Hacer seguimiento 2 días después si persiste la fiebre.</li> <li>• Si el niño lleva más de 7 días con fiebre durante todos los días, referir al hospital.</li> </ul>

\*Esta temperatura está basada en la temperatura axilar.

79 Estudio comparativo en niños con hipertermia. Ped. Infec. Dis. 9: 161 – 163. 1990

80 Out Patient Management of Fever. Basker. Pediatrics, 103: 627-631, 1999

81 ATENCIÓN PRIMARIA EN PEDIATRÍA. Hoekelman 2003 Vol. 1. Tratamiento de la fiebre. Cap. 25 Pag. 373



## **A - ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE (hilerá roja)**

Si el niño con fiebre presenta alguno de los siguientes signos (aunque sea sólo uno de ellos): mal estado general, fijación de la mirada, quejido, petequias en la piel, rigidez de nuca o abombamiento de la fontanela (en menores de 1 año), clasifique al niño como **ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE**.

Un niño con fiebre y con algún signo de los mencionados anteriormente puede tener meningitis o septicemia. Es difícil distinguir entre estas enfermedades sin utilizar las pruebas adecuadas de laboratorio. Un niño clasificado como **ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE** necesita ser referido urgentemente a un hospital para una atención más especializada.

Usted deberá administrarle la primera dosis del antibiótico apropiado (para meningitis u infección bacteriana grave) cuando el lugar de referencia esté alejado y el paciente vaya a tardar más de 5 horas en llegar. También deberá darle paracetamol o ibuprofeno para bajarle la fiebre.

## **B - ENFERMEDAD FEBRIL (hilerá amarilla)**

Si el niño tiene fiebre pero no presenta ningún signo de la hilerá roja, clasifíquelo como **ENFERMEDAD FEBRIL**.

Cuando estos niños tienen 38° C o más de temperatura corporal es necesario darles la primera dosis de paracetamol o ibuprofeno e indicar medios físicos. Debe intentarse identificar la causa probable de la fiebre y administrarle el tratamiento correspondiente, aconsejándole a la madre que le administre más líquidos durante la enfermedad y enseñándole a reconocer los signos de peligro que la harán volver con urgencia al Centro de Salud. Cítela a una visita de seguimiento en 2 días.

Si la fiebre ha persistido todos los días por más de 7 días, refiera al niño al hospital más cercano para su diagnóstico y tratamiento.

Usted leerá sobre cómo identificar tratamientos y tratar a los niños con estas clasificaciones en el capítulo 4.

Cuando usted evalúe y clasifique el signo fiebre, rodee con un círculo los signos que presenta el niño. Anote la clasificación (sí) en el Formulario de Registro de Atención.

Continuemos ahora con el caso Fátima. En el ejemplo 10 se incorpora la evaluación de la fiebre en Fátima.

### **Ejemplo 10:**

- **Caso Fátima:** Fátima tiene 18 meses de edad, pesa 11.5 kg. Su talla es de 79.5 cm y su temperatura axilar es de 37,5° C. El profesional de salud preguntó: **¿Qué problemas tiene la niña?** La madre contestó: **"Fátima ha estado tosiendo durante 6 días, y ella tiene problemas para respirar"** ¿Ésta es la primera vez que consulta por este problema? La madre responde: **"SÍ"**.

*El profesional verificó en Fátima la existencia de signos generales de peligro. La madre dijo que Fátima puede beber. No tuvo vómitos. No ha tenido convulsiones durante esta enfermedad. El médico preguntó: **¿Fátima está somnolienta?** La madre contestó: **"SÍ"**. El profesional de salud le realizó un estímulo sonoro (hablar, aplaudir,*

etc). Le pidió a la madre que moviera a la niña. Fátima abrió sus ojos, pero no miró a su alrededor. El profesional de salud le habló a Fátima, pero ella no lo miró a la cara. Fijó la vista en blanco y aparentemente no se daba cuenta de lo que ocurría a su alrededor.

El profesional de salud pidió a la madre que le levantara la ropa a Fátima. Contó 41 respiraciones por minuto. No observó retracciones subcostales ni estridor en Fátima. El profesional preguntó: "**¿tiene la niña la diarrea?**" La madre dijo: "**Sí, tiene diarrea desde hace 3 días**". No presentó sangre en las heces. **¿Nota usted algo diferente en los ojos de Fátima?** La madre dijo: "**Sí**". El profesional le entregó a la madre una taza con agua potable y le pidió que se lo ofreciera a Fátima. Cuando la madre le ofreció el agua Fátima no bebió. Cuando el profesional pellizcó la piel del abdomen el pliegue volvió muy lentamente a su posición original.

Dado que la temperatura de Fátima es 37,5°C y se siente caliente al tacto, el personal de salud evaluó a Fátima para verificar los signos relacionados con la fiebre. La madre refirió que la fiebre comenzó hace 2 días. No ha tenido sarampión dentro de los últimos 3 meses y no tiene signos que lo hagan sospechar del mismo. Fátima no presenta rigidez de nuca, fijación de la mirada ni petequias.

- ▶ En la parte del Formulario de Registro de Atención correspondiente a la pregunta **¿Tiene el niño fiebre?** Se debe tildar **SÍ**.
- ▶ Se debe anotar la **cantidad de días que tuvo fiebre**: 2 días en donde dice **¿Cuánto tiempo hace?**
- ▶ Luego **se debe circular signo general de peligro** pues Fátima estaba **letárgica**.
- ▶ Al identificar estos signos y clasificar de acuerdo al Cuadro de Procedimientos, usted puede ver que Fátima clasifica como **ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE**. Por dicho motivo se debe **anotar este dato en el margen derecho del formulario**.

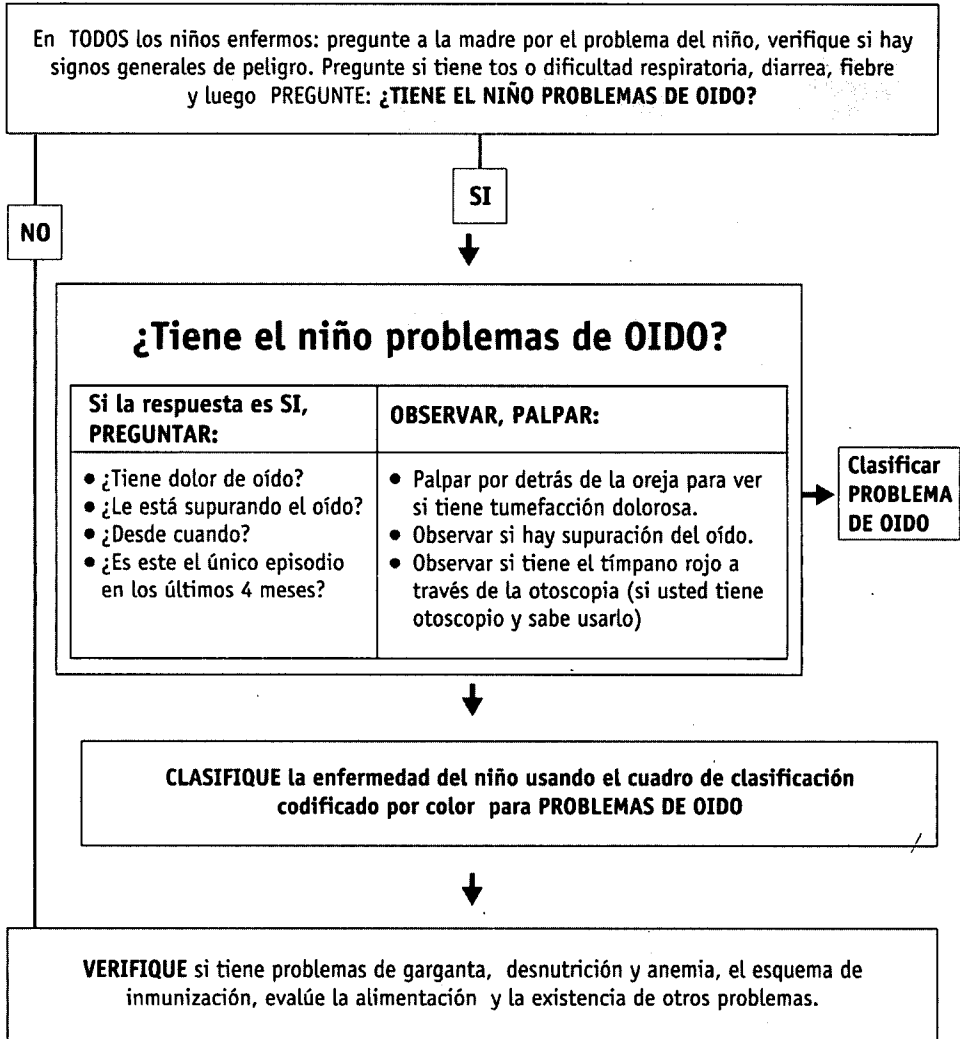
**El Formulario de Registro de Fátima quedará confeccionado de la siguiente forma (Ejemplo 10)**

**Ejemplo 10: Registro del signo Fiebre en un formulario de registro adecuado**

<b>FORMULARIO DE REGISTRO DE ATENCIÓN DEL NIÑO de 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD</b> Fecha: 25/3/2004 Nombre: <u>Fátima</u> Edad: <u>18</u> meses Peso: <u>11,5</u> Kg Talla: <u>79,5</u> cm Temperatura axilar: <u>37,5</u> °C PREGUNTAR: ¿qué problemas tiene el niño? <u>tos</u> y dificultad para respirar <u>Visita Inicial?</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>Visita de seguimiento</u>	
<b>EVALUAR (Marcar con un círculo todos los signos presentes)</b>	<b>CLASIFICAR</b>
<b>VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO GENERAL</b> EL NIÑO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO <u>LETÁRGICO O INCONSCIENTE</u> VOMITA TODO CONVULSIONES	¿Hay algún signo general de peligro? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Recuerde utilizar los signos de peligro cuando seleccione las clasificaciones.
¿TIENE EL NIÑO TOS O DIFICULTAD RESPIRATORIA? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo hace? <u>7</u> días -Contar las respiraciones por minuto. <u>41 respiraciones por minuto.</u> <u>Respiración rápida</u> - Observar si hay tiraje subcostal - Observar y escuchar si hay estridor en reposo. - Determinar si hay sibilancias (si las hay evalúe primero) Determinar si es: - ¿Primer episodio? - ¿Recurrente?	<b>NEUMONIA</b>
¿TIENE EL NIÑO DIARREA? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo hace? <u>3</u> Días -Determinar el estado general del niño. ¿Hay sangre en las heces? <u>¿Letárgico</u> o inconsciente? ¿Inquieto o irritable? - Determinar si <u>tiene ojos hundidos</u> - Ofrecer líquidos al niño: ¿Bebe muy mal o <u>no puede beber?</u> ¿Bebe ávidamente con sed? - Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve al estado anterior ¿Muy lentamente (más de 2 segundos)? <u>¿Lentamente?</u> Relleno capilar mayor de 3 segundos	<b>DESHIDRACION GRAVE</b>
¿TIENE EL NIÑO FIEBRE? (Determinada por interrogatorio, si se nota caliente al tacto, ó si tiene una temperatura de 37°5 o más) SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo hace? <u>2</u> días ¿Ha tenido fiebre por más de 7 días? ¿Sarampión en los últimos 3 meses? <b>Observar y evaluar:</b> - Impresión de mal estado general - Cualquier signo general de peligro o - Fijación de la mirada o quejido o - Petequias en la piel o - Abombamiento de la fontanela (< 1 a) - Rigidez de nuca	<b>ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE</b>

#### 4. ¿TIENE EL NIÑO PROBLEMAS DE OÍDO?

**Cuadro 20: Problemas de oído<sup>82</sup>**



Un niño con problema de oído, puede tener una infección ótica. En este caso puede acumularse pus en el oído medio causando, frecuentemente, dolor y fiebre. Si el niño no recibe tratamiento para la infección, el tímpano puede perforarse y dejar salir libremente la secreción purulenta. En este último caso el dolor cede por disminución de la tensión causada por la colección purulenta, baja la fiebre y desaparecen los otros síntomas acompañantes. El niño puede no escuchar bien cuando tiene el tímpano perforado. La perforación, generalmente, cierra espontáneamente y si ello no sucede la persistencia de la supuración comprometerá la audición.

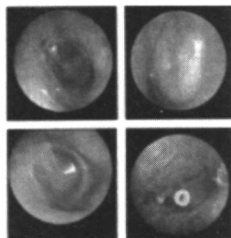
En ocasiones, la infección puede extenderse del oído al hueso mastoideo o al cerebro produciendo meningitis. Estas son enfermedades graves que requieren atención especializada urgente y referencia a un servicio de mayor complejidad.

82 Tratado de Pediatría. Morano J. 2004. Otitis. Hipertrófia Adenoidea. Adenoiditis. Castillo, José. Cap. 64 Pag. 645

#### 4.1 CÓMO EVALUAR AL NIÑO CON PROBLEMA DE OÍDO<sup>83 84</sup>

Primero, **PREGUNTE:**

##### ***¿El niño tiene problema de oído?***



Si la madre del niño responde negativamente, anote su respuesta. Luego formule la pregunta relacionada con el siguiente síntoma: verificar si hay desnutrición. Durante el examen clínico, que efectuará posteriormente, siempre examine los oídos. Si usted tiene otoscopio, y sabe utilizarlo verifique si el niño con fiebre presenta los siguientes signos: abombamiento timpánico, supuración en el conducto auditivo, pérdida del triángulo luminoso, etc. En caso afirmativo el niño presenta otitis.

Si la madre del niño contesta afirmativamente, realice la siguiente pregunta:

##### ***¿El niño tiene dolor de oído?***

El dolor de oído puede indicar que el niño tiene una infección ótica. Si la madre no está segura de que su hijo tiene dolor de oído, pregúntele si el niño ha estado irritable y si se ha estado refregando la oreja.

##### ***¿Supura el oído?***

En caso afirmativo,

##### ***¿Cuánto tiempo hace?***

La supuración de oído también es un signo de infección. Cuando pregunte sobre la presencia de supuración, hágalo con palabras que la madre comprenda. Si el niño tuvo supuración de oído, pregunte ¿cuánto tiempo hace? De un tiempo a la madre para que conteste la pregunta. En ocasiones la madre necesita tiempo para pensar cuando empezó a supurar el oído de su hijo. Usted clasificará y tratará el problema de oído según el tiempo de evolución de la supuración:

- 2 semanas o más se considera como OTITIS MEDIA CRÓNICA
- Menos de 2 semanas se considera como OTITIS MEDIA AGUDA

También pregunte si éste es el primer episodio de otitis o si ha tenido otros más. Recuerde que un segundo episodio en menos de 4 meses indicará que el niño debe ser evaluado por un especialista.

Y luego, **OBSERVE:**

##### ***Si el oído supura***

La supuración del oído es un signo de infección, aún cuando el niño no sienta dolor. Si usted tiene otoscopio y sabe utilizarlo, limpie suavemente el conducto auditivo y observe el interior del mismo.

83 Manual de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. O.P.S. 2004

84 Bluestone C D Clinical Course, complications and sequelae of Acute Otitis. Media. Pediatr. Infect. Dis. J. 2000 May; 19: S 37-46

Y finalmente, **PALPE**:

**Para determinar si hay tumefacción dolorosa detrás de la oreja.**

Palpe detrás de ambas orejas, compárelas y decida si existe tumefacción dolorosa del hueso mastoideo.

Para que clasifique como MASTOIDITIS, es necesario que tenga tumefacción y dolor. La mastoiditis es una infección profunda del hueso mastoideo. Debe tratar de no confundir la inflamación de los ganglios linfáticos con la mastoiditis.

**4.2 CÓMO CLASIFICAR EL PROBLEMA DE OÍDO<sup>85 86</sup>**

Hay cuatro posibles clasificaciones para el problema de oído: MASTOIDITIS, OTITIS MEDIA AGUDA, OTITIS CRÓNICA Y NO TIENE INFECCIÓN DE OÍDO (vea cuadro 21). Usted leerá sobre cómo identificar tratamientos y tratar a estos niños en los capítulos correspondientes. En el cuadro siguiente, se pueden observar los signos que se deben verificar para cada clasificación y el tipo de tratamiento que les corresponde.

**Cuadro 21: Cuadro de Clasificación para problema de oído.**

EVALUE SIGNOS	CLASIFICAR COMO	DETERMINAR TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumefacción dolorosa detrás de la oreja (por tacto).</li> </ul>	<b>(A)</b> <b>MASTOIDITIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referir <b>URGENTEMENTE</b> al hospital.</li> <li>• Dar la <b>1<sup>ra</sup> dosis</b> de un antibiótico intramuscular, si está a más de 5 hs del hospital.</li> <li>• Dar la <b>1ra dosis</b> de paracetamol o ibuprofeno para el dolor o fiebre alta.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supuración visible del oído de menos de 14 días de evolución o</li> <li>• Dolor de oído (ante la imposibilidad de realizar otoscopia), o</li> <li>• Tímpano rojo e inmóvil.</li> </ul>	<b>(B)</b> <b>OTITIS MEDIA AGUDA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar un antibiótico oral durante 10 días.</li> <li>• Dar paracetamol o ibuprofeno para el dolor o la fiebre.</li> <li>• Hacer el seguimiento 5 días después.</li> <li>• Si es el 2<sup>do</sup> episodio en menos de 4 meses: referir sin urgencia al Hospital.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supuración visible del oído de 14 días o más de evolución.</li> </ul>	<b>(B)</b> <b>OTITIS CRONICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Derivar a un centro de referencia.</li> <li>• Mantener limpio el oído externo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay tumefacción dolorosa detrás de la oreja, ni supuración visible y la otoscopia. Es normal.</li> <li>• No tiene dolor de oído.</li> </ul>	<b>(C)</b> <b>NO TIENE OTITIS NI MASTOIDITIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No necesita tratamiento.</li> <li>• Recomendar a la madre sobre los cuidados del niño en la casa.</li> </ul>

85 ATENCIÓN PRIMARIA EN PEDIATRÍA. Hoekelman. 2003 Vol. IV. Cap 249 Pag. 1933-1937

86 PEDIATRÍA R. Ruvinsky 2003. Otitis Media Aguda Cap. 11.1.2 Pag. 559

### **A - MASTOIDITIS (hileras roja)**

Si el niño presenta tumefacción dolorosa retroauricular, clasifique como MASTOIDITIS. Refiéralo urgentemente al hospital porque necesita recibir antibióticos inyectables y en ocasiones puede requerir cirugía. Si va a tardar más de 5 horas para llegar al hospital, adminístrele la primera dosis de un antibiótico apropiado, y una dosis de paracetamol o ibuprofeno para el dolor o la fiebre.

### **B - OTITIS MEDIA AGUDA (hileras amarilla)**

Si el niño tiene supuración ótica de por lo **menos de 2 semanas de evolución**, otalgia o si tiene el tímpano rojo e inmóvil por otoscopia, clasifíquelo como OTITIS MEDIA AGUDA. Administre la primera dosis de un antibiótico apropiado y enséñele a la madre como debe seguir administrándoseles en su propio hogar. Los antibióticos que se utilizan para tratar la neumonía son eficaces contra las bacterias que causan la mayor parte de las otitis agudas. Recomiende mantener limpio el oído externo. Administre la primera dosis de paracetamol o ibuprofeno para disminuir el dolor o bajar la fiebre. Indíquelo a la madre cuando debe volver con urgencia y cítela a una visita de seguimiento en 5 días.

Si éste es el segundo episodio en menos de 4 meses refiera al niño, **sin urgencia**, a un hospital para que sea evaluado por un especialista.

### **B - OTITIS CRÓNICA (hileras amarilla)**

Si el niño tiene supuración ótica de **2 semanas o más**, clasifique su enfermedad como OTITIS CRÓNICA.

La mayor parte de las bacterias que causan infección crónica de oído son diferentes de las que causan infección aguda. Por eso los antibióticos de administración oral no son, generalmente, eficaces contra las infecciones crónicas de oído. Por lo tanto, no administre series reiteradas de estos antibióticos para una otitis crónica.

En la infección crónica de oído, el tratamiento más eficaz e importante es el mantenimiento de un oído seco y limpio. Enseñe a la madre cómo mantener limpio y seco el oído externo y refiera al niño al especialista.

### **C - NO TIENE OTITIS NI MASTOIDITIS (hileras verde)**

Si el niño no clasifica en las hileras verde o amarilla se clasifica como NO TIENE OTITIS NI MASTOIDITIS. El niño no necesita tratamiento adicional. Este diagnóstico se confirma cuando se puede efectuar una otoscopia y la misma es normal.

A continuación, desarrollaremos el caso Lorena para que usted observe como se anota, tilda y circula en el Formulario de Registro de Atención los signos para clasificar problemas de oído.

#### **Ejemplo 11:**

- **Lorena** tiene 3 años. Pesa 13 kg y su talla es de 93 cms. La temperatura es de 37,5° C. Su madre la trajo a la consulta porque sentía que Lorena, durante los últimos 2 días, parecía afiebrada. Anoche estuvo llorando y se quejó que le dolía el oído.

El profesional de salud no observó signos generales de peligro. Lorena no tiene tos ni dificultad respiratoria ni diarrea. No tiene fijación de la mirada, quejido, petequias ni rigidez de nuca. A continuación, el profesional preguntó: **¿Tiene Lorena problemas de oído?** La madre dijo estar segura de que Lorena tiene problemas de oído. No tuvo secreción ótica. Este es su primer episodio. El profesional no tiene un otoscopio en su servicio para poder examinar los oídos de Lorena. Observó los oídos de Lorena y vio que no supuraban. Palpó detrás de las orejas de la niña y no encontró tumefacción dolorosa mastoidea.

El profesional anotó en el Formulario de Registro de Atención los siguientes datos relacionados con problemas de oído:

- ▷ 1. Primero tildó SI en **¿Tiene el niño problemas de oído?**, y luego circuló 2 ítems: **dolor de oído** y **primer episodio en los últimos 4 meses**.
- ▷ 2. Como Lorena no tiene signos generales de peligro ni otros síntomas relacionados con otitis, clasificó su enfermedad como **OTITIS MEDIA AGUDA**.

**Ejemplo 12: Formulario de Registro para Problema de oído**

<b>FORMULARIO DE REGISTRO DE ATENCIÓN DEL NIÑO</b>	
<b>de 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD</b>	
Fecha: 20/6/2004	
Nombre: <u>Carmen</u>	Edad <u>3</u> años
Peso: <u>13</u> Kg	Talla: <u>93</u> cm
Temperatura axilar: <u>38°C</u>	
PREGUNTAR: ¿qué problemas tiene el niño? <u>fiebre y dolor de oído</u>	
<u>—</u> ¿Visita Inicial? <input checked="" type="checkbox"/> <u>—</u> ¿Visita de seguimiento	
<b>EVALUAR (Encerrar en un círculo todos los signos presentes)</b>	<b>CLASIFICAR</b>
<p><b>¿TIENE EL NIÑO PROBLEMAS DE OIDO?</b>                      Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>- ¿Tiene dolor de oído?</p> <p>- ¿Le está supurando el oído?</p> <p>- ¿Desde cuándo?</p> <p>¿es este el único episodio en los últimos 4 meses?</p> <p>En caso afirmativo: ¿desde cuándo? <u>   </u> días.</p>	
<p><b>OTITIS MEDIA AGUDA</b></p>	

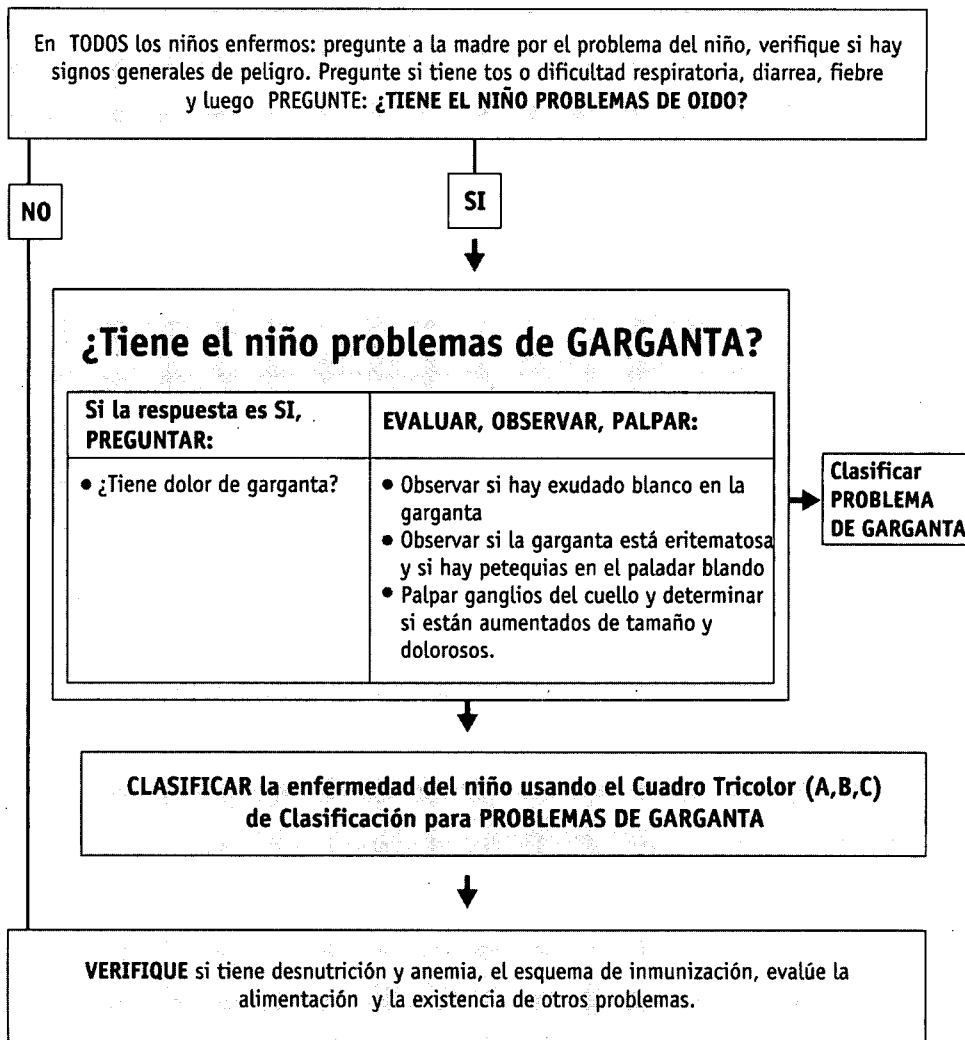
**5. EVALUAR Y CLASIFICAR LOS PROBLEMAS DE GARGANTA**

Frecuentemente las infecciones de garganta o faringe son producidas por virus. No obstante, en algunos casos, la etiología es bacteriana y el agente frecuentemente involucrado es el Estreptococo B hemolítico. Por lo tanto resulta fundamental identificar a este último agente etiológico ya que puede ocasionar serias enfermedades en el niño. La faringitis es más frecuente en niños mayores de 2 años.

En el cuadro siguiente, usted podrá observar la secuencia de las preguntas a realizar a la madre que trae al niño por problema de garganta.



**Cuadro 22: Problemas de garganta**



**5.1 EVALUAR LOS PROBLEMAS DE GARGANTA<sup>87 88</sup>**

En todo niño mayor de 2 años que consulta por este problema, debe evaluarse la presencia de odinofagia, exudado blanco o eritema de fauces y la existencia de tumefacción y dolor de los ganglios linfáticos del cuello.

En todos los niños enfermos,

**PREGUNTE:**

**¿Tiene el niño dolor de garganta?**

87 Atención Primaria en Pdiatría. Hoekelman 2003. Faringoamigdalitis. P. Thuma. Cap. 214 Pag 1680

88 Pediatría R. Ruvinsky 2003. Faringoamigdalitis. Marcó del Pont. Cap. 11.1.1 Pag.556

- ▶ Si la madre responde negativamente, anote su respuesta y continúe evaluando el estado de nutrición.
- ▶ Si la madre responde afirmativamente continúe con la evaluación del problema de garganta como se detalla a continuación.

**OBSERVE** si la garganta está eritematosa o si presenta exudado blanco.

**PALPE** para verificar si los ganglios del cuello están tumefactos y dolorosos.

Es importante palpar adecuada y meticulosamente los ganglios linfáticos de la región anterior del cuello. Los ganglios aumentados de tamaño, tumefactos y dolorosos o la presencia de exudado blanco son signos de faringoamigdalitis aguda. La faringitis eritematosa es considerada como faringitis viral.

## 5.2 CÓMO CLASIFICAR LOS PROBLEMAS DE GARGANTA

Existen 3 posibles clasificaciones para el problema de garganta: FARINGOAMIGDALITIS AGUDA SUPURADA, FARINGITIS VIRAL Y NO TIENE FARINGITIS (Cuadro 23).

**Cuadro 23: Clasificación según el Cuadro de Procedimientos para Problemas de Garganta**

EVALUAR SIGNOS*	CLASIFICAR COMO	DETERMINAR TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ganglios linfáticos del cuello aumentados de tamaño y dolorosos, y/o</li> <li>• Exudado blanco en la garganta.</li> <li>• Eritema y petequias en paladar blando.</li> </ul>	<p><b>(A)</b></p> <p><b>FARINGO-AMIGDALITIS AGUDA SUPURADA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar una dosis de antibiótico adecuado</li> <li>• Dar leche tibia con azúcar para el dolor</li> <li>• Si el dolor no cede o el niño tiene fiebre, aplicar medios físicos y dar Paracetamol o Ibuprofeno.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garganta eritematosa pero sin aumento de tamaño ni dolor en ganglios linfáticos del cuello.</li> <li>• Dolor de garganta.</li> </ul>	<p><b>(B)</b></p> <p><b>FARINGITIS VIRAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar leche tibia con azúcar para el dolor</li> <li>• Si el dolor no cede o el niño tiene fiebre, aconsejar medios físicos y dar Paracetamol o Ibuprofeno.</li> <li>• Aconsejar a la madre sobre los cuidados del niño en la casa.</li> <li>• Ofrecer líquidos adicionales.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay aumento de tamaño ni dolor en los ganglios linfáticos del cuello.</li> <li>• No hay exudado blanco en la garganta.</li> <li>• No hay garganta eritematosa.</li> <li>• No tiene dolor de garganta.</li> </ul>	<p><b>(C)</b></p> <p><b>NO TIENE FARINGITIS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aconsejar a la madre sobre los cuidados del niño en la casa.</li> </ul>

\* En un niño mayor de 2 años.

### **A - FARINGOAMIGDALITIS AGUDA SUPURADA (hileras roja)**

Si el niño tiene los ganglios linfáticos del cuello aumentados de tamaño y dolorosos, exudado blanco en las fauces o eritema y petequias en el paladar blando, clasifíquelo como FARINGOAMIGDALITIS AGUDA SUPURADA.

Administre una dosis de Penicilina Benzatínica intramuscular para asegurar una adecuada concentración del antibiótico en caso que la madre discontinúe el tratamiento antibiótico oral ante la mejoría clínica de su hijo.

El antibiótico de elección para este tipo de problema es la Penicilina V, por vía oral cada 8 horas. Pero también puede utilizarse Amoxicilina por vía oral cada 8 horas durante 10 días. Aconseje medios físicos y Paracetamol o Ibuprofeno para bajar la fiebre y/o calmar el dolor. Un remedio inocuo para calmar el dolor de garganta es, por ejemplo, leche tibia con azúcar. En caso de alergia comprobada a la Penicilina indique Eritromicina.

### **B - FARINGITIS VIRAL (hileras amarilla)**

Cuando el niño presenta odinofagia, faringitis eritematosa y no tiene ganglios tumefactos y dolorosos, su enfermedad clasifica como FARINGITIS VIRAL.

Recomiende a la madre que le administre leche tibia con azúcar para calmar la odinofagia. Si el dolor no cede o si el niño tiene fiebre aconséjele que le de paracetamol o ibuprofeno y recomiende el empleo de medios físicos para descender la fiebre. Trate de explicarle, en forma adecuada y sencilla, que su hijo no necesita tratamiento con antibióticos ante este tipo de problema.

### **C - NO TIENE FARINGITIS (hileras verde)**

Cuando los signos del niño no clasifican en las hileras roja o amarilla clasifíquelo como NO TIENE FARINGITIS.

A continuación desarrollaremos el caso Andrés para que observe como se anota, tilda y circulan los signos y como se anota la clasificación en el Formulario de Registro de Atención (ejemplo 13).

#### **Ejemplo 13:**

- **Caso Andrés.** Tiene 3 años. Pesa 15 kg y su talla es de 92 cm. Desde hace 2 días tiene 38°C y se queja de dolor al tragar. Su madre le ha estado dando té con miel para el dolor.

*En el examen el profesional de salud no encontró signos generales de peligro. No tiene tos ni dificultad respiratoria. No tiene diarrea. No tiene fiebre. La madre dice que no se ha quejado de dolor de oído y no tiene supuración en los mismos.*

*El profesional preguntó: ¿tiene el niño problemas de garganta? La madre dijo que se quejaba de dolor cuando quería tragar. En la evaluación el profesional constató el dolor de garganta, palpó los ganglios del cuello aumentados de tamaño y observó la presencia de exudado blanco en la garganta.*

- ▷ 1. El profesional tildó **SÍ** en el ítem **¿Tiene el niño problemas de garganta?** del Formulario de Atención de Andrés. Luego circuló **dolor de garganta, exudado blanco en la garganta y ganglios aumentados de tamaño y dolorosos** ya que estos fueron los signos encontrados en el niño.
- ▷ 2. **Observó en el Cuadro de Procedimientos para problemas de garganta y clasificó la enfermedad como FARINGOAMIGALITIS AGUDA SUPURADA.**

A continuación podrá observar cómo queda la anotación de datos en la parte superior del Formulario de Registro y en el correspondiente a Problemas de Garganta.

**Ejemplo 13: Formulario de Registro de Atención para Problemas de Garganta**

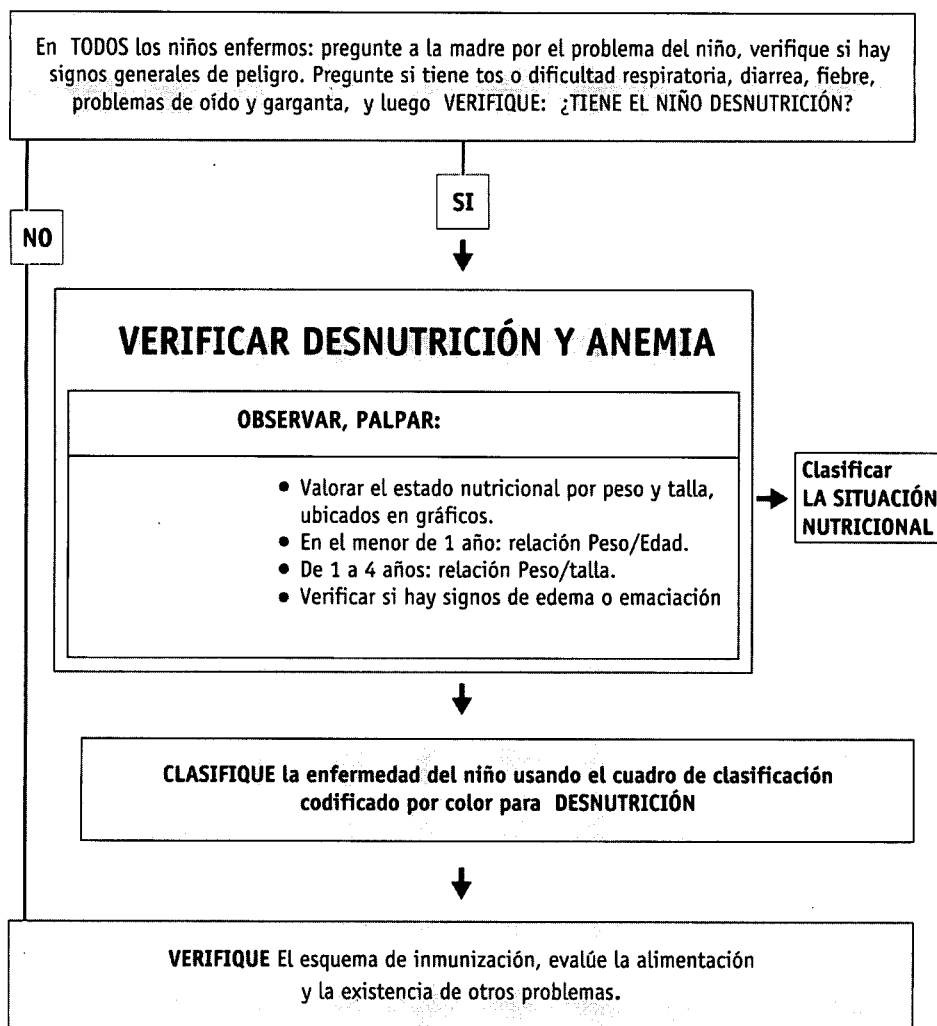
<b>FORMULARIO DE REGISTRO DE ATENCIÓN DEL NIÑO de 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD</b>	
Fecha: 23/4/2004	
Nombre: <u>Andrés</u> Edad: <u>3 años</u> Peso: <u>15 Kg</u> Talla: <u>92 cm</u> Temperatura axilar: <u>38°C</u>	
PREGUNTAR ¿qué problemas tiene el niño? <u>fiebre y dolor al tragar</u> <u>¿Visita Inicial?</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>Visita de seguimiento</u>	
<b>EVALUAR (Encerrar en un círculo todos los signos presentes)</b>	<b>CLASIFICAR</b>
<p><b>¿TIENE EL NIÑO PROBLEMAS DE GARGANTA?</b>    Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>- <u>¿Tiene dolor de garganta?</u></p> <p>- Observar si hay <u>exudado blanco en la garganta</u></p> <p>- Observar si la garganta está eritematosa y si hay petequias en el paladar blando</p> <p>- Palpar <u>ganglios del cuello y determinar si están aumentados de tamaño y dolorosos</u></p>	
<p><b>FARINGITIS AGUDA SUPURADA</b></p>	

**6. ¿TIENE EL NIÑO DESNUTRICIÓN Y ANEMIA?**

Una madre puede consultar porque su hijo presenta una enfermedad aguda. Un niño enfermo puede estar desnutrido y tal vez su familia no lo haya notado. Un niño desnutrido tiene mayor susceptibilidad a contraer diversas enfermedades y éstas, generalmente, suelen ser más graves que en el niño normal. Los niños con desnutrición leve o moderada tienen mayor riesgo de morir que los eutróficos. La tasa de morbilidad en niños desnutridos graves es alta, por lo cual es necesario diagnosticarlos oportunamente y derivarlos al hospital en forma urgente para el tratamiento especializado.

El reconocimiento oportuno de la desnutrición infantil y su tratamiento adecuado ayudan a prevenir las secuelas y la mortalidad por las mismas. Algunos niños pueden recibir la rehabilitación nutricional en su hogar, mientras que los casos más graves deben referirse al hospital. Estos últimos requieren, frecuentemente, de alimentaciones especiales, transfusiones de sangre y tratamientos adecuados para su enfermedad. En el cuadro siguiente puede observar los pasos a realizar para evaluar y verificar desnutrición y anemia.

**Cuadro 24: Desnutrición**<sup>89 90 91 92 93</sup>



## CAUSAS DE DESNUTRICIÓN

Las causas productoras de desnutrición son diversas y varían según los diferentes países. La **desnutrición calórico-proteica** se desarrolla cuando el niño no obtiene de sus alimentos la suficiente cantidad de calorías o proteínas para satisfacer sus necesidades nutricionales.

Un niño enfermo también puede desarrollar desnutrición calórico-proteica, porque su enfermedad disminuye el apetito o porque el organismo no utiliza eficientemente los

89 Simoes EAF et al. Performance of health workers after training in integrated management of childhood illness in Gondar, Ethiopia. Bulletin of the World Health Organization, 1997, 75:43-54

90 Weber MW et al. Pallor as a clinical sign of severe anaemia in children: an investigation in the Gambia. Bulletin of the World Health Organization, 1997, 75:103-112

91 Zucker JR et al. Using clinical signs for the recognition of children with moderate and severe anaemia in western Kenya. Bulletin of the World Health Organization, 1997, 75:97-102

92 Kalter HD, Burnham G, Kolstad PR, et al. Evaluation of clinical signs to diagnose anaemia in Uganda and Bangladesh, in areas with and without malaria. Bulletin of the World Health Organization, 1997, 75:103-112

93 TRATADO DE PEDIATRÍA Morano J. 2004. Desnutrición Cap. 13 Pag 215. Anemia Cap. 17 Pag. 255

alimentos consumidos. En la desnutrición calórico-proteica, el niño:

- Puede sufrir emaciación (signo de marasmo)<sup>94</sup>
- Puede desarrollar edema (signo de kwashiorkor)
- Puede no desarrollarse bien y retrasa su crecimiento (talla demasiado baja)

También es cierto que un niño desnutrido tiene **carencias vitamínicas y de minerales esenciales**, porque no ingiere con los alimentos las cantidades suficientes y necesarias de vitaminas y minerales (ej. hierro).

Una dieta deficitaria en hierro puede determinar una deficiencia de hierro y por lo tanto el desarrollo de anemia. Se denomina anemia al descenso de la concentración de hemoglobina en sangre por debajo del límite normal para la edad y estado fisiológico. En Argentina, la causa más frecuente de anemia en embarazadas y niños de 6 a 24 meses es la deficiencia de hierro. Ninguna célula y ningún órgano puede respirar si no existe hierro para el transporte de oxígeno, ya que el mismo está incorporado a la hemoglobina que tiene como función el transporte de oxígeno. En el cuadro 25 se detallan algunos de los posibles factores causantes de anemia y las consecuencias que se producen en el organismo por dicho déficit.

**Cuadro 25: Causas y Consecuencias de la Anemia en el niño<sup>95 96</sup>**

CAUSAS DE ANEMIA	CONSECUENCIAS DE LA ANEMIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ligadura precoz del cordón umbilical</li> <li>• Inadecuada disponibilidad de hierro en los alimentos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lactancia materna de corta duración y reemplazo por leche de vaca entera. Esta última en los lactantes pequeños puede producir microhemorragias intestinales.</li> <li>- Alimentos que interfieren con la absorción del hierro<sup>1</sup>.</li> <li>- Incorporación tardía de alimentos ricos en hierro.</li> </ul> </li> <li>• Padecimientos de diversas patologías:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parasitosis intestinal: algunos parásitos pueden producir pequeñas pérdidas de sangre a través del intestino del niño y desencadenar anemia en ellos.</li> <li>- Infecciones.</li> </ul> </li> <li>• Confiar en la efectividad de la suplementación farmacológica, sin tener en cuenta la real adhesión al tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor desarrollo psicomotriz.</li> <li>• Cociente intelectual más bajo al ingreso escolar.</li> <li>• Retardo del crecimiento físico (baja talla)</li> <li>• Disminución de la actividad física, concentración y productividad.</li> <li>• Aumento de la morbilidad por compromiso del sistema inmunitario.</li> </ul>
<p><sup>1</sup> Taninos (té, mate, café), Filatos (fibra de salvado de trigo, avena, arroz, etc.), Fosfatos (yema de huevo, gaseosas). Recuerde que otros alimentos aumentan la absorción del hierro, como por ej. la presencia de carne en la misma comida y la vitamina C.</p>	

94 Bern C et al. Assessment of potential indicators for protein-energy malnutrition in the algorithm for integrated management of childhood illness. Bulletin of the World Health Organization, 1997, 75:87-96

95 Van Hensbroek MB, Morris-Jones S, Meisner S, et al. Iron, but not folic acid, combined with effective antimalarial therapy promotes haematological recovery in African children after acute falciparum malaria. Transactions of the royal society of thoracic medicine and hygiene, 1995, 89:672-676

96 Atukorala TM et al. Evaluation of effectiveness of iron-folate supplementation and anthelmintic therapy against anaemia in pregnancy. A study in the plantation sector of Sri Lanka. American journal of clinical nutrition, 1994, 60:286-292

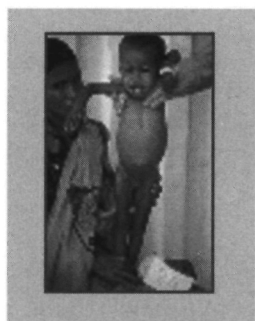
**Recuerde** que el hierro de la leche humana es el que mejor se absorbe porque está unido a la lactoferrina. Su absorción es de hasta aproximadamente el 50% de lo que se ingiere.

## 6.1 CÓMO DETERMINAR SI UN NIÑO TIENE DESNUTRICIÓN Y ANEMIA<sup>97 98</sup>

Evalúe a TODOS los niños para determinar si padecen desnutrición y anemia, primero

### **OBSERVE:**

#### **Si hay emaciación grave visible**



Un niño con visible emaciación tiene marasmo, una forma de desnutrición grave. El niño tiene este signo si está muy adelgazado, no tiene grasa subcutánea y parece como si sólo tuviera piel y huesos. Algunos niños son delgados pero no tienen emaciación grave visible. Las técnicas de evaluación le ayudarán a reconocer a los niños con emaciación grave visible que necesitan tratamiento y referencia urgente a un hospital.

Para poder observar si existe emaciación grave visible desvista al niño. Observe si hay atrofia muscular en los hombros, brazos, nalgas, piernas y si se ve fácilmente el contorno de las costillas. Observe las caderas del niño, ya que pueden parecer pequeñas si las compara con el tórax y el abdomen.

**OBSERVE** al niño de perfil a fin de determinar si tiene grasa en las nalgas. Cuando la atrofia es extrema, la piel presenta numerosos pliegues en las nalgas y en los muslos de modo tal que impresiona tener pantalones demasiados anchos. Por otro lado, el rostro de un niño con emaciación grave visible puede llegar a parecer normal y el abdomen puede impresionar grande y distendido.

#### **PALPE** para verificar si existe edema en ambos pies

*Un niño con edema en ambos pies puede padecer kwashiorkor (otra forma de desnutrición grave). Otros signos comunes de kwashiorkor incluyen cabello fino, ralo y descolorido que se cae fácilmente; piel seca y escamosa especialmente en brazos y piernas; y rostro hinchado o en forma de "luna". El edema se produce cuando se acumula una gran cantidad de líquido en los tejidos. Entonces, los tejidos parecen estar 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 la región superior de cada pie. El niño tiene edema si queda una marca hundida en el lugar del pie donde usted comprimió con su dedo pulgar.*

97 Lackritz EM, Campbell CC, Ruebush TK, et al. Effect of blood transfusion on survival among children in a Kenyan hospital. *Lancet*, 1992, 340:524-528

98 Zucker JR, Lackritz EM, Ruebush TK, et al. Childhood mortality during and after hospitalization in western Kenya: effect of malaria treatment regimens. *American journal of tropical medicine and hygiene*, 1996, 55:655-660

Los antecedentes personales que nos hacen sospechar la presencia de anemia son: peso de nacimiento menor de 3 Kg y ausencia de suplementación con hierro, baja talla para la edad, ausencia de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, etapa de ganancia rápida de peso, episodios infecciosos reiterados, diarrea prolongada, síndrome malabsortivo, y signos generales de pobre actividad motora, decaimiento, retraso del desarrollo psicomotor, etc.

Luego, **DETERMINE:**

### EL PESO PARA LA EDAD

Las tablas de crecimiento de peso para la edad (Peso/edad) comparan el peso del niño con el peso de otros niños argentinos de la misma edad. Identifica a los niños cuyos pesos para la edad están fuera de la curva normal de crecimiento. Los niños que se encuentran por encima del percentilo inferior del gráfico también pueden estar malnutridos. Los niños que están por debajo de la curva inferior de crecimiento tienen peso muy bajo y necesitan una alimentación adecuada.

Observe ahora el gráfico de crecimiento de peso/edad de la página siguiente. Este gráfico fue diseñado por Lejarraga H y col. y es el que se utiliza en nuestro país.

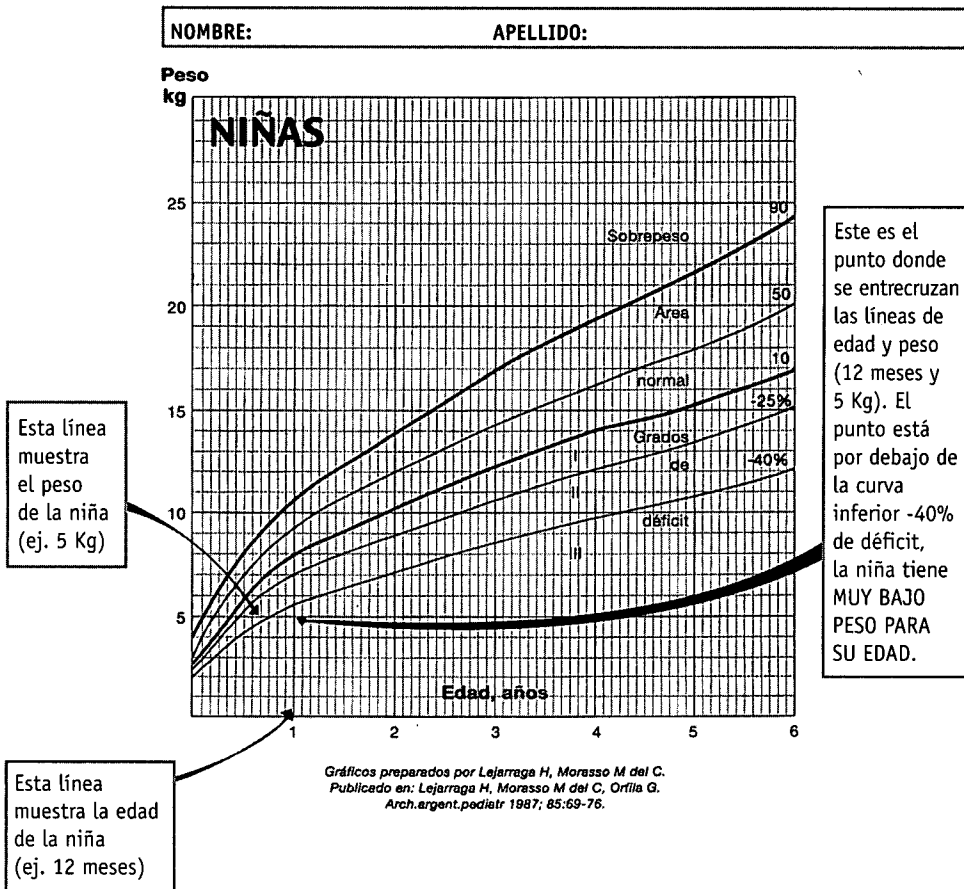
#### Para determinar el peso para la edad:

- ▶ Calcule la edad del niño en meses.
- ▶ Pese al niño si es que aún no lo pesaron. Para ello use una balanza de precisión. El niño debe pesarse sin ropa y sin zapatos. Pida a la madre que le ayude para quitarle el abrigo, suéter o los zapatos al niño.
- ▶ Para determinar el peso para edad, utilice el gráfico de peso para edad de nuestro país:
  - Mire el eje del costado izquierdo (eje vertical) del gráfico. El mismo corresponde al peso del niño en kg.
  - Mire el eje inferior (eje horizontal) del gráfico que muestra la edad del niño en meses.
  - El punto de entrecruzamiento del peso en kg. del niño (línea vertical) y de la edad del niño (eje horizontal) marcará el lugar de la curva donde se ubica el niño.
- ▶ Determine si ese punto está por encima, por debajo o coincide con el percentilo inferior:
  - Si el punto **está por debajo del percentilo inferior**, el niño tiene peso muy bajo para su edad, **DESNUTRICIÓN GRAVE**.
  - Si el punto coincide con el percentilo inferior o está por encima del mismo, el niño no tiene peso muy bajo para la edad. Si el punto se encuentra entre las curvas de -25 y -40% de déficit, el niño puede tener una **DESNUTRICIÓN MODERADA**.
  - Si el punto se encuentra entre el percentilo 10 y -25% de déficit de peso, el niño tendrá una **DESNUTRICIÓN LEVE**. El ejemplo 14 grafica en la tabla de crecimiento de Peso/Edad, para una niña de 12 meses de edad con 5 Kg de peso. La forma de determinar el lugar en que se ubica el punto de entrecruzamiento de peso para edad se observa en dicho gráfico.



## NIÑAS / RELACION PESO-EDAD

### Nacimiento - 6 años



## DETERMINAR PESO PARA LA TALLA<sup>99</sup>

En las tablas de crecimiento de peso para la talla, se compara el peso del niño con su talla. Las tablas expresan la relación entre el peso y la talla, y determinan los límites de normalidad para cada relación. Estas tablas se utilizan en niños de 1 a 4 años de edad.

Usted podrá reconocer a los niños cuyo peso para la talla estén por debajo del percentilo que representa el 90% de adecuación (-10 % de la tabla). Estos niños tienen pérdida grave y dominante de la grasa corporal, producida por la carencia aguda de alimentos y tienen mayor riesgo de enfermar y morir que el resto de la población infantil.

Para diagnosticar emaciación (desnutrición aguda) solamente es necesario comprobar un peso para la talla por debajo de los límites normales. Para determinar la relación peso para talla:

<sup>99</sup> Martorell R, Khan LK, Schroeder DG. Reversibility of stunting: epidemiological findings in children from developing countries. European journal of clinical nutrition, 1994, 48:545-557

- ▶ Pregunte la edad del niño
- ▶ Pese al niño si es que aún no lo pesó
- ▶ Mida la talla del niño (si aún no la midió). Use instrumentos adecuados para la medición de la talla corporal. Hasta los 4 años de edad mida al niño acostado, luego de esa edad realice la medición con el niño parado.<sup>100</sup> Los instrumentos para una u otra medición deberán tener superficies verticales y horizontales duras, inextensibles, con escala de medición graduada en centímetros y milímetros. La superficie vertical tiene que ser fija y con una base en ángulo recto que coincida con el cero de la escala, y además poseer una superficie vertical u horizontal móvil.
- ▶ Utilice la tabla de crecimiento de peso para talla:<sup>101</sup>
  - Observe el eje izquierdo (eje vertical) donde se ubica la línea que muestra el peso del niño en kilogramos.
  - Observe el eje inferior (eje horizontal) del gráfico donde se ubica la línea que muestra la talla del niño en centímetros.
  - Busque el punto donde se entrecruzan ambas líneas (vertical y horizontal).
  - Determine si el punto de entrecruzamiento se encuentra por debajo o por encima de la curva inferior, que representa el 90% de adecuación (-10 % de la curva de peso/talla).
    - Si el punto está por encima del 90% de adecuación, este niño tiene un peso adecuado para su talla. No necesariamente indica un estado nutricional normal ya que los desnutridos crónicos tienen una reducción proporcional de su peso y talla.
    - Si el punto está por debajo del 90% de adecuación de peso para la talla, el niño tiene un peso inadecuado para la talla. Son emaciados o desnutridos agudos que se clasifican como:

<b>GRADO I</b>	El punto está entre el 90% de adecuación (-10 % de la tabla) y el 80% de adecuación (-20 % del gráfico).
<b>GRADO II</b>	El punto está entre el 80% de adecuación (-20 % de la tabla) y el 70% de adecuación (-30 % del gráfico).
<b>GRADO III</b>	El punto está entre el 70% de adecuación (-30 % del gráfico).

En el ejemplo 15 se grafica la Tabla de Crecimiento de Peso/Talla de una niña de 24 meses de edad, que pesa 10 Kg. y cuya talla es de 82 cm. El profesional de salud determinará la relación peso/talla tal cual se observa en el ejemplo mencionado.<sup>102 103</sup>

100 Sociedad Argentina de Pediatría. Criterios de Diagnóstico y Tratamiento. Crecimiento y Desarrollo. 2001

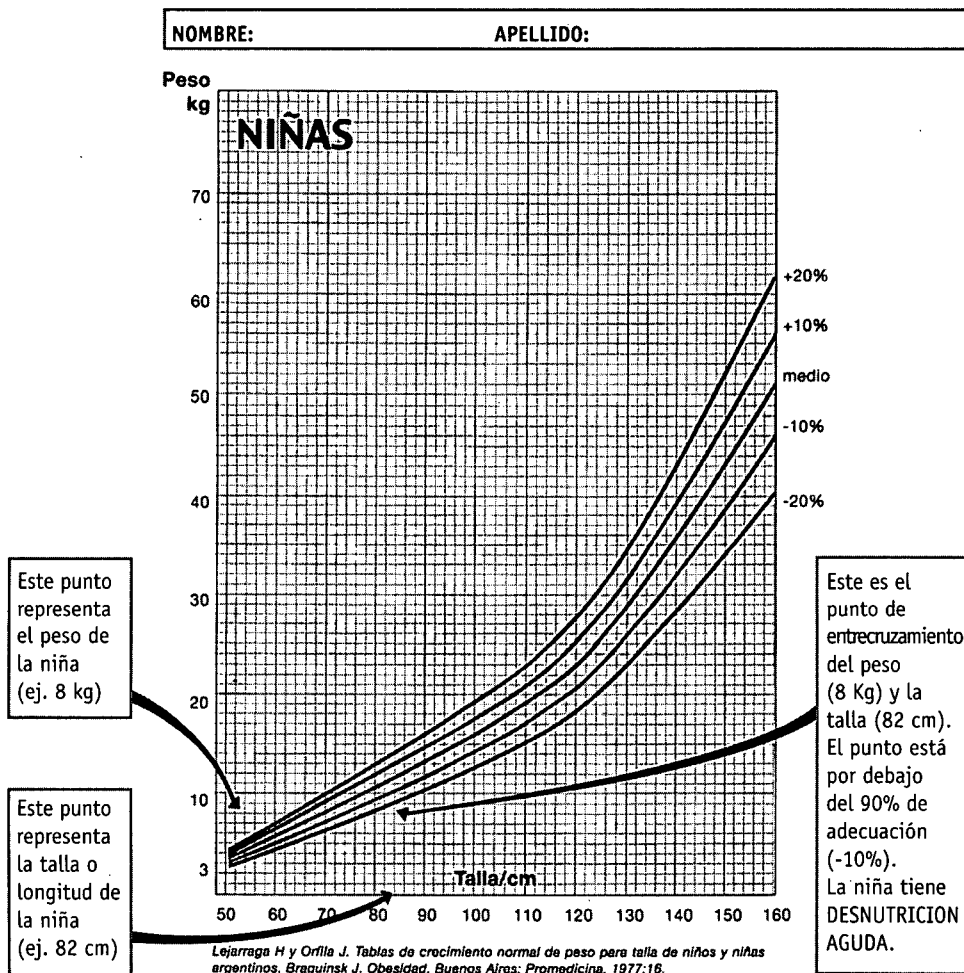
101 George SM et al. Evaluation of effectiveness of good growth monitoring in south Indian villages. Lancet, 1993, 342:348-352

102 De Onis M, Monteiro C, Akre J, Glugston G. The worldwide magnitude of protein-energy malnutrition: an overview from the WHO Global Database on Child Growth. Bulletin of the World Health Organization, 1993, 71:703-712

103 De Onis M, Yip R, Mei Z. The development of MUAC-for age reference data recommended by a WHO Expert Committee. Bulletin of the World Health Organization, 1997, 75:11-18

**Ejemplo 15: determinación de la relación Peso / Talla de una niña de 24 meses, 10 kg de peso y 82 cm de talla**

**NIÑAS / RELACION PESO-TALLA**



**6.2 CÓMO CLASIFICAR EL ESTADO NUTRICIONAL**<sup>106</sup>

Existen 4 clasificaciones posibles para la situación nutricional del niño: **DESNUTRICIÓN GRAVE GRADO III**, **DESNUTRICIÓN MODERADA GRADO II**, **DESNUTRICIÓN LEVE GRADO I** Y **NO TIENE DESNUTRICIÓN**. Usted leerá sobre cómo identificar tratamientos y tratar a los niños con estas clasificaciones en el capítulo de tratamiento.

<sup>106</sup> Pelletier D. The relationship between child anthropometry and mortality in developing countries: implications for policy, programs and future research. *Journal of nutrition*, 1994, 124:2047S-2081S

**Cuadro 26: Cuadro de Clasificación para Desnutrición**

EVALUAR SIGNOS	CLASIFICAR COMO	DETERMINAR TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niño menor de 1 año: Peso muy bajo para la edad (déficit de 40% o más).</li> <li>• Niño de 1 a 4 años relación Peso/Talla por debajo del 70% (-30).</li> <li>• Edema en ambos pies.</li> <li>• Emaciación.</li> </ul>	<p><b>(A)</b></p> <p><b>DESNUTRICIÓN GRAVE GRADO III</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referir <b>URGENTEMENTE</b> al hospital .</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niño menor de 1 año: Peso bajo para la edad (déficit de 25-40%).</li> <li>• Niño de 1 a 4 años relación Peso/Talla por debajo del 80% (-20).</li> </ul>	<p><b>(B)</b></p> <p><b>DESNUTRICIÓN MODERADA GRADO II</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si tiene patología asociada referir al Hospital para estudios especializados.</li> <li>• Evaluar la alimentación y calidad de los cuidados del niño.</li> <li>• Dar recomendaciones como se indica en la sección sobre <b>ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE</b>.</li> <li>• Hacer consulta de seguimiento 7 días después (si no vuelve iniciar la búsqueda activa).</li> <li>• Dar hierro a los niños menores de 2 años, dosis de tratamiento (si es posible, realizar laboratorio para determinar hemoglobina y hematocrito).</li> <li>• Dar Mebendazol/tinidazol u otro, según epidemiología local, al niño mayor de 2 años que no ha tomado ninguna dosis en los últimos 6 meses.</li> <li>• Indicar la alimentación complementaria de la madre y del niño según normas nacionales.</li> <li>• Indicar a la madre cuándo debe volver con urgencia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niño menor de 1 año: peso algo bajo para la edad (déficit 10-25%).</li> <li>• y/o Peso/edad menor del percentilo 10.</li> <li>• Niño de 1 a 4 años de edad: relación Peso/talla por debajo del 90% de adecuación (-10).</li> </ul>	<p><b>(B)</b></p> <p><b>DESNUTRICIÓN LEVE GRADO I</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar la alimentación y calidad de los cuidados del niño.</li> <li>• Dar recomendaciones como se indica en la sección sobre <b>ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE</b>.</li> <li>• Hacer consulta de seguimiento 7 días después (si no vuelve iniciar búsqueda activa).</li> <li>• Indicar hierro en dosis preventiva.</li> <li>• Dar Mebendazol/Tinidazol u otro, según epidemiología local, al niño mayor de 2 años que no ha tomado ninguna dosis en los últimos 6 meses.</li> <li>• Indicar a la madre cuando debe volver con urgencia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso para la edad normal o peso para talla normal.</li> </ul>	<p><b>(C)</b></p> <p><b>NO TIENE DESNUTRICIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el niño es mayor de 4 meses y menor de 18, indicar hierro en dosis preventiva. Girar para consulta de niño sano según normas.</li> </ul>

Usted aprenderá más sobre cómo evaluar la alimentación y aconsejar a una madre sobre cómo alimentar y administrar líquidos en: Aconsejar a la Madre sobre Alimentación y Líquidos.

### **A - DESNUTRICIÓN GRAVE (GRADO III) (hilera roja)**

Si el niño tiene emaciación grave visible o edema, clasifique el estado del niño como DESNUTRICIÓN GRAVE GRADO III. Dentro de esta categoría se incluye al niño menor de 1 año con peso muy bajo para la edad (déficit de peso de 40% o más) y al niño de 1 a 4 años cuya relación peso para talla esté por debajo del 70% de adecuación (-30).

Los niños que presentan edemas en ambos pies pueden padecer otras patologías como por ejemplo, síndrome nefrótico. Estos niños necesitan ser derivados urgentemente para arribar al diagnóstico correcto de la patología que lo aqueja. Si su centro cuenta con tiras reactivas para búsqueda de proteínas en la orina, resultaría muy útil que usted las utilice. La proteinuria es un signo del síndrome nefrótico.<sup>105 106</sup>

Los niños clasificados en esta categoría corren riesgo de morir por neumonía, diarrea, sarampión y otras enfermedades graves. Estos niños necesitan ser referidos con urgencia al hospital, ya que frecuentemente necesitan alimentación especial, antibióticos y/o transfusiones de sangre y una atención especializada.

### **B - DESNUTRICIÓN MODERADA GRADO II (hilera amarilla)**

El niño menor de 1 año con un déficit de peso del 25-40% (peso bajo para la edad), y el niño de 1 a 4 años con relación peso/talla por debajo del 80% de adecuación (-20 %), clasifica como DESNUTRICIÓN MODERADA (GRADO II).

### **B - DESNUTRICIÓN LEVE GRADO I (hilera amarilla)**

El niño menor de 1 año con un déficit de peso para la edad entre 10 a 25% peso algo bajo para la edad, y el niño de 1 a 4 años con relación peso/talla por debajo del 90% de adecuación (-10 %), clasifica como DESNUTRICIÓN LEVE (GRADO I).

Evalúe siempre la alimentación del niño y aconseje a la madre sobre la alimentación de su hijo de acuerdo con las instrucciones y recomendaciones del recuadro ALIMENTOS de la tabla ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE.

Los niños clasificados como desnutrición moderada y desnutrición leve tienen anemia y deben recibir tratamiento con hierro.

Las parasitosis intestinales contribuyen al desarrollo de anemia al producir microhemorragias intestinales que determinan deficiencia férrica. Administre Mebendazol/Tinidazol al niño anémico de 2 años de edad o más, y que no haya recibido una dosis de antiparasitarios en los últimos 6 meses.

---

105 Gerein NM, Ross DA. Is growth monitoring worthwhile? An evaluation of its use in three child health programmes in Zaire. *Social science and medicine*, 1991, 32:667-675

106 Scofield N, Ashworth A. Why have mortality rates for severe malnutrition remained so high? *Bulletin of the World Health Organization*, 1996, 74:223-229

Indique a la madre de un niño con Desnutrición Moderada o Leve que lo traiga a un control de seguimiento dentro de los 7 días posteriores.

► **Nota:** Recuerde que los niños desnutridos menores de 2 años, que viven en zonas de alta prevalencia de parasitosis, también, pueden padecerla aunque con menor frecuencia.

**C - NO TIENE DESNUTRICIÓN (hilera verde)**

Si el niño no clasifica en la hilera roja o amarillas y no tiene otros signos de desnutrición, clasifíquelo como NO TIENE DESNUTRICIÓN.

Siempre evalúe la alimentación. Aconseje a la madre sobre el tipo de alimentación de acuerdo con las recomendaciones del recuadro ALIMENTOS del cuadro ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE.

Las recomendaciones de suplementación de hierro se observan en el cuadro siguiente. Deberá considerar siempre la cantidad de hierro que recibe el niño cuando es alimentado con leche fortificada (generalmente luego de los 7 meses de vida), para que entre la suplementación y la leche reciba el aporte total de hierro recomendado.

**Cuadro 27: Recomendaciones sobre la suplementación de hierro en el niño**

GRUPO	DOSIS	DURACION
• Niños con bajo peso al nacer	2 mg/Kg por día	Desde los 2 meses a los 24 meses, aún aquellos alimentados con lactancia materna exclusiva
• Desnutridos Grado I	2 mg/Kg por día	3 meses*
• Desnutridos Grados II y III	25 mg/día (+ 0.4 mg de ácido fólico x día)	3 meses*
• Anémicos diagnosticados	25 mg por día	3 meses*
• Niños que no reciben leche fortificada	2 mg/Kg por día	Desde los 4 hasta los 12 meses, mínimo.

Los niños eutróficos, de peso adecuado y normal al nacimiento que consumen a partir de los 6 meses leche fortificada, generalmente, no requieren suplementos de hierro. Por otro lado, en aquellas zonas con alta prevalencia de anemia es conveniente suplementarlos para estar seguros de que todos los niños reciban 2mg/Kg/día de hierro.

En el Ejemplo 16, usted podrá observar como se anotan y circulan los síntomas y signos al verificar si hay desnutrición o anemia.

**Ejemplo 16:**

- **Antonio** tiene 9 meses, pesa 5 Kg y mide 68 cm. La temperatura corporal es de 36,8° C. Llegó al servicio de salud porque sus padres están preocupados por su diarrea. No tiene signos generales de peligro. No presenta tos o dificultad respiratoria. Ha tenido diarrea desde hace 5 días y fue clasificado como **DESHIDRATACIÓN LEVE**. No tiene fiebre, problemas de oído ni de garganta.

**A continuación el profesional de salud verificó la presencia de signos de desnutrición y anemia. El niño no tiene emaciación visible grave. Presenta palidez palmar leve. No tiene edema en ambos pies. El trabajador de salud usó el gráfico de peso para edad a fin de determinar el punto de entrecruzamiento del peso de Antonio con su edad.**

Los pasos que siguió el profesional de salud, fueron:

- ▶ 1. Utilizó las **tablas de Peso/Edad**. Anotó **-40 %** en el lugar correspondiente, y circuló el ítem **"peso muy bajo para la edad"**.
- ▶ 2. Luego observando el **Cuadro de Procedimientos** clasificó a Antonio como **DESNUTRICIÓN GRAVE**.

En el ejemplo 16 se muestra como el profesional de salud anotó los datos en la parte superior del Formulario de Registro de Atención de Antonio y en los correspondientes recuadros para **"Verificar si tiene Desnutrición o Anemia"**.

**Ejemplo 16: Formulario de Registro para Desnutrición y Anemia**

<b>FORMULARIO DE REGISTRO DE ATENCIÓN DEL NIÑO</b> <b>de 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD</b>			
Nombre: Antonio    Edad: 9 meses    Peso: 5 Kg    Talla: 68 cm    Temperatura axilar: 36,8°C PREGUNTAR: ¿qué problemas tiene el niño? <u>DIARREA</u> Visita Inicial? <input checked="" type="checkbox"/> Visita de seguimiento: <u>    </u>			
<b>EVALUAR (Encerrar en un círculo todos los signos presentes)</b>	<b>CLASIFICAR</b>		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;"> <b>VERIFICAR SI TIENE DESNUTRICION O ANEMIA</b>                      Determinar:                      El peso para la edad <u>-40</u>                      El peso para la talla <u>    </u>                      Verificar si hay edema                 </td> <td style="width: 30%; padding: 5px; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Peso muy bajo para la edad</u> o para la talla.</li> <li>• Mire las palmas de la manos                              ¿Palidez grave?    ¿un poco de palidez?</li> <li>• Signos de edema</li> <li>• Peso bajo para la edad o para la talla</li> <li>• Peso algo bajo para la edad o la talla</li> <li>• Peso normal para la edad o para la talla</li> </ul> </td> </tr> </table>		<b>VERIFICAR SI TIENE DESNUTRICION O ANEMIA</b> Determinar: El peso para la edad <u>-40</u> El peso para la talla <u>    </u> Verificar si hay edema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Peso muy bajo para la edad</u> o para la talla.</li> <li>• Mire las palmas de la manos                              ¿Palidez grave?    ¿un poco de palidez?</li> <li>• Signos de edema</li> <li>• Peso bajo para la edad o para la talla</li> <li>• Peso algo bajo para la edad o la talla</li> <li>• Peso normal para la edad o para la talla</li> </ul>
<b>VERIFICAR SI TIENE DESNUTRICION O ANEMIA</b> Determinar: El peso para la edad <u>-40</u> El peso para la talla <u>    </u> Verificar si hay edema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Peso muy bajo para la edad</u> o para la talla.</li> <li>• Mire las palmas de la manos                              ¿Palidez grave?    ¿un poco de palidez?</li> <li>• Signos de edema</li> <li>• Peso bajo para la edad o para la talla</li> <li>• Peso algo bajo para la edad o la talla</li> <li>• Peso normal para la edad o para la talla</li> </ul>		
<b>DESNUTRICION GRAVE GRADO III</b>			

**OTRAS LECTURAS:**

- **TRATADO DE PEDIATRÍA** Morano J. 2004.  
 Desnutrición Cap. 13 Pag 215  
 Anemia Cap. 17 Pag. 255

## 7. VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DEL NIÑO

En todos los niños enfermos pregunte a la madre cuál es el problema del niño, verifique si existen signos de peligro general, pregunte si tiene tos o dificultad respiratoria, diarrea, fiebre, problemas de oído o garganta, compruebe si tiene desnutrición o anemia, y siempre:

**VERIFIQUE SUS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN**

En todo niño que consulta para un control de salud:

**VERIFIQUE SUS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN**



### VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN

CRONOGRAMA DE VACUNACION	EDAD	VACUNA	VACUNA	VACUNAS
	Nacimiento	Hepatitis B-0		BCG
	2 meses	Hepatitis B-1	Sabin 1	DPT-1 Hib-1 o cuádruple
	4 meses		Sabin 2	DPT-2 Hib-2 o cuádruple
	6 meses	Hepatitis B-2	Sabin 3	DPT-3 Hib-3 o cuádruple
	12 meses	Triple viral	Hepatitis A	
	18 meses		Sabin 4	DPT-4 Hib-4 o cuádruple

Normas Nacionales de Vacunación. Argentina



**DECIDA** si el niño necesita ser vacunado en esta consulta (hoy), o si la madre debe regresar a vacunarlo otro día.

**Nota:** Recuerde que **no existe ninguna contraindicación para vacunar al niño enfermo, cuando el niño está en condiciones de irse a su casa**



Evaluar la alimentación y **VERIFICAR** si existen otros problemas

En todos los niños, sanos o enfermos, revise sus antecedentes de inmunización.

**¿Han recibido todas las vacunas recomendadas?**

**¿Necesitan alguna vacuna ahora?**<sup>107 108</sup>

### UTILIZAR EL CALENDARIO DE VACUNACION RECOMENDADO

Puede ser útil tener el mismo a mano, y **EVALUAR Y CLASIFICAR** el estado de cumplimiento del mismo.

107 Ughade SN, et al. Factors responsible for delayed immunisation among children under 5 years of age. J. Indian Med Assoc 2000 Jan; 98(1): 4-5, 14

108 Irigoyen MM, et al. Impact of appointment reminders on vaccination coverage at an urban clinic. Pediatrics 2000. Oct; 106(4 Suppl): 919 - 23



Administre la vacuna recomendada cuando el niño tenga la edad adecuada para esa dosis. Si el niño recibe una vacuna, mucho antes de la edad recomendada, su respuesta antigénica puede no ser suficiente y no quedará adecuadamente protegido de la enfermedad contra la cual se vacunó. Por otra parte, cuando el niño no recibe la vacuna a la edad recomendada, corre mayor riesgo de contraer la enfermedad.

En situaciones especiales, como por ejemplo la epidemia de sarampión, puede ser necesario indicar o aplicar una dosis precoz y extra de vacuna antisarampionosa a los 6 meses de vida. Esta dosis resulta necesaria porque la morbilidad y mortalidad del \*sarampión en menores de 9 meses de vida es alta (más de 15% de casos y muertes). Luego, será necesario continuar con las dosis indicadas en el calendario de vacunación. Estas medidas también pueden ser recomendadas en aquellos niños con alto riesgo de enfermar, como los que viven en campamentos de refugiados, lactantes hospitalizados, los afectados por desastres o en brotes epidémicos.

Todos los niños deben recibir las vacunas recomendadas del calendario nacional. Si el niño no hubiese sido vacunado, adminístrele las vacunas necesarias en cualquier momento cuando lo traigan a una consulta médica. Entre estas inmunizaciones y las siguientes del esquema de vacunación debe dejar pasar por lo menos 4 semanas. Si ha habido discontinuidad o abandono no es necesario reiniciar el plan de vacunación, continúelo.

### **OBSERVAR las contraindicaciones para la vacunación<sup>109</sup>**

No está contraindicado vacunar al niño cuando padece una enfermedad de poca gravedad. No vacunar a estos niños es una práctica inadecuada porque retrasa la vacunación y los expone a contraer sarampión, poliomielitis, difteria, coqueluche, tétanos, tuberculosis, etc. Es importante vacunar a los niños enfermos y desnutridos.

**Actualmente, las vacunas están contraindicadas solamente en las siguientes situaciones:**

**BCG:** no se debe aplicar al niño que tiene SIDA.

**Triple:** no debe aplicarse en:

- Aquellos niños que necesitan la 2<sup>da</sup> o 3<sup>ra</sup> dosis, y hayan presentado convulsiones en los 3 días posteriores a la dosis más reciente.
- En los niños con convulsiones recurrentes u otra enfermedad neurológica activa del sistema nervioso central.

*"No está contraindicado vacunar a un niño enfermo que está lo suficientemente bien como para irse a su casa".*

Si se va a derivar al niño a un hospital de referencia, no inmunice al niño antes de referirlo. El personal de ese hospital deberá tomar la decisión final. Esto evitará retrasar su derivación.

Los niños con diarrea que recibieron una dosis de vacuna Sabin, deberán volver para recibir una dosis extra de la misma. No se tendrá en cuenta la dosis que recibió cuando estaba con diarrea.

109 Pediatría R. Ruvinsky 2003. Inmunizaciones A. Gentile. Cap. 1.13. Pag. 87

Aconseje a la madre que se asegure que los demás niños de la familia estén vacunados. De ser necesario, administre a la madre la vacuna antitetánica.

### 7.1 CÓMO DECIDIR SI UN NIÑO NECESITA VACUNARSE DURANTE LA CONSULTA

Con respecto a la vacunación, podrían presentarse varias situaciones: que el niño necesitase ser vacunado durante esta consulta, que estuviese indicado citarlo para su vacunación en otro momento, o que deba ser derivado al hospital de referencia por su patología. En este último caso es prudente no vacunarlo y enviar una nota, donde además de su motivo de derivación, se aclare la vacuna que necesita recibir posteriormente.

#### PREGUNTAR a la madre si el niño tiene carnet de vacunación.

Dependiendo de si la madre trajo o no el carnet de vacunación, usted elegirá los pasos a seguir, que se detallan en el siguiente cuadro.

SI TRAJO CARNET	SI NO TRAJO CARNET
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pídale que se lo muestre.</li> <li>• Compare el esquema de vacunación del niño con el calendario de vacunación recomendado en ese momento. Decida si el niño tiene todas las inmunizaciones recomendadas para su edad.</li> <li>• En el formulario de registro, tilde todas las vacunas que el niño ya ha recibido. Escriba la fecha en la que recibió la más reciente. Rodee con un círculo (circule) la o las vacunas que debe recibir en esta consulta.</li> <li>• Si el niño no necesita ser derivado al hospital de referencia, explíquelo a la madre que el niño necesita recibir la o las vacunas durante esta consulta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pídale a la madre que le diga qué vacunas recibió el niño.</li> <li>• Considere, a su juicio si la madre le ha dado una información fidedigna. Si tiene dudas inmunice al niño con las vacunas necesarias.</li> <li>• Entréguele un carnet de vacunación a la madre y pídale que lo traiga cada vez que acuda con el niño a un servicio de salud.</li> <li>• Comuníquelo a la madre que el carnet de vacunación es como un documento, y no puede ser retenido en ninguna circunstancia.</li> </ul>

En el ejemplo le mostramos como tildar y circular en un Formulario de Registro. Por razones prácticas expondremos el caso clínico y a continuación usted verá el cómo se completó el Formulario de Registro para verificar el estado de inmunización.

#### Ejemplo 17:

- **Ramón** tiene 6 meses de edad pesa 6,5 Kg, tiene una talla de 59 cm y su temperatura corporal axilar es de 36,5°. No presenta signos generales de peligro. **Su estado se clasificó como DIARREA SIN DESHIDRATACION. Sus antecedentes de vacunación indican: BCG, Hepatitis B-0, Hepatitis B-1, DPT-1 DPT-2, Hib-1, Hib-2, Sabin-1 y Sabin 2.**

Los datos quedarán registrados como se observan en el Ejemplo 17.

**Ejemplo 17: Formulario de Registro para antecedentes de vacunación**

### ATENCIÓN DEL NIÑO ENFERMO DE 2 MESES A 4 AÑOS

Fecha: 12-5-2004

Nombre:    Ramón      Edad:    6 meses      Peso:    6,5 Kg      Talla:    59 cm      Temperatura:    36,5° C

Preguntar ¿Qué problemas tiene el niño?    Diarrea      Visita Inicial?       Visita de seguimiento?   

**EVALUAR (Encerrar en un círculo todos los signos presentes)**      **CLASIFICAR**

---

**VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN**  
(marcar con un círculo las vacunas que se le darán hoy)

✓ BCG	✓ Hepatitis B-1	✓ Hepatitis B-2	○ Hepatitis B-3
✓ Sabin-1	✓ Sabin-2	○ Sabin-3	○ Sabin-4
✓ DPT-1 Hib-1	✓ DPT-2 Hib-2	○ DPT-3	○ Hib-3
		○ Triple Viral	○ Hepatitis A
		○ DPT-4 Hib-4	

Otras Vacunas: \_\_\_\_\_

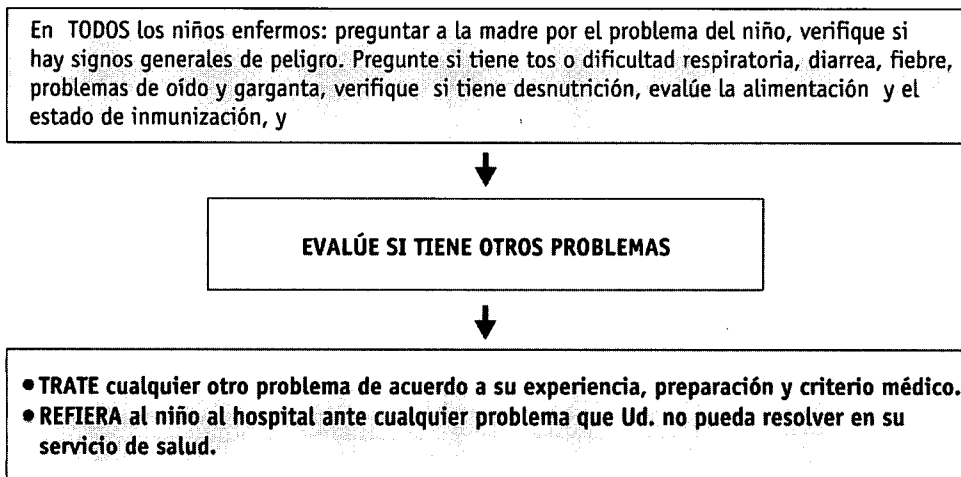
Volver para la próxima vacuna el

**triple viral**  
(20 de noviembre)

**Hepatitis A**

*En el formulario se puede observar como se tildaron (✓) las vacunas que Ramón tiene aplicadas y como se circularon las que se les dará en esta visita. A su vez, sobre el lado derecho se anota la próxima vacuna que recibirá y la fecha en que se la deben aplicar.*

**8. EVALUAR 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 la madre le haya comunicado. Reconozca y trate cualquier otro problema de acuerdo con su

preparación, experiencia y criterio clínico. Refiera al niño al hospital cuando tenga algún problema que usted no pueda tratar en su servicio de salud.

El último recuadro de EVALUAR Y CLASIFICAR tiene una advertencia muy importante:

**Quando un niño presente cualquier signo general de peligro,**  
*usted debe cerciorarse de que haya recibido la primera dosis del antibiótico apropiado (si para llegar al hospital le tomará más de 5 horas), así como cualquier otro tratamiento de urgencia.*

**Excepción:** Cuando los signos generales de peligro puedan resolverse con la rehidratación indicada en el Plan C, no será necesario referir al niño con deshidratación.

Un niño puede presentar un signo general de peligro, pero tal vez no tenga una clasificación grave para ninguno de los síntomas principales (Ej: problemas quirúrgicos, traumatismo, quemadura, etc). Esta nota le recuerda que TODOS los niños con algún signo general de peligro necesitan tratamiento de urgencia y referencia a un hospital.

**DETERMINAR EL TRATAMIENTO  
Y TRATAR A LOS NIÑOS  
DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD**

**4**



DETERMINAR EL TRATAMIENTO Y TRATAR A LOS NIÑOS DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

## DETERMINAR EL TRATAMIENTO Y TRATAR A LOS NIÑOS DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

### Capítulo 4

En el capítulo anterior usted aprendió a evaluar y clasificar la enfermedad del niño enfermo de 2 meses a 4 años. Ahora aprenderá a determinar los tratamientos necesarios para ese niño.

### Objetivos del capítulo

ESPERAMOS QUE AL FINALIZAR LA LECTURA DE ESTE CAPÍTULO USTED SEA CAPAZ DE:

- ▶ Utilizar adecuadamente el cuadro de procedimientos para determinar los tratamientos y tratar al niño.
- ▶ Valorar la importancia de la estrategia AIEPI e incluir sistemáticamente sus procedimientos en la atención del niño, para:
  - Determinar si el niño debe ser REFERIDO URGENTEMENTE al hospital, cuáles son las mejores formas de derivación y cómo escribir una nota de referencia al profesional del establecimiento que lo va a recibir.
  - Determinar los tratamientos previos a la referencia que se deben administrar al niño y adquirir las prácticas y habilidades para realizarlos.
  - Determinar los tratamientos ambulatorios que necesita el niño y enseñar a la madre a administrarlos.
  - Incorporar en cada consulta la sistemática de explicar a la madre adecuadamente cada procedimiento que se le indique al niño, y utilizar durante las prácticas buenas técnicas de comunicación para:
    - Explicar sobre los beneficios de los tratamientos que se indicaron a su hijo y la importancia de la referencia en caso de necesidad de la misma.
    - Adquirir la habilidad de averiguar y resolver los temores o problemas que tiene la madre y que puedan entorpecer el tratamiento.
    - Enseñar a la madre y dejarla que adquiera las prácticas y habilidades necesarias para administrar a su hijo en forma correcta el tratamiento en el hogar y asegurarnos una buena adhesión al tratamiento.
    - Asegurarse de que la madre del niño que se va a referir quiere y puede llevar a su hijo al hospital.
    - Enseñar a la madre cuáles son los signos que si aparecen en su hijo la harán demandar una consulta médica con urgencia y/o cuando debe volver a una consulta de seguimiento.

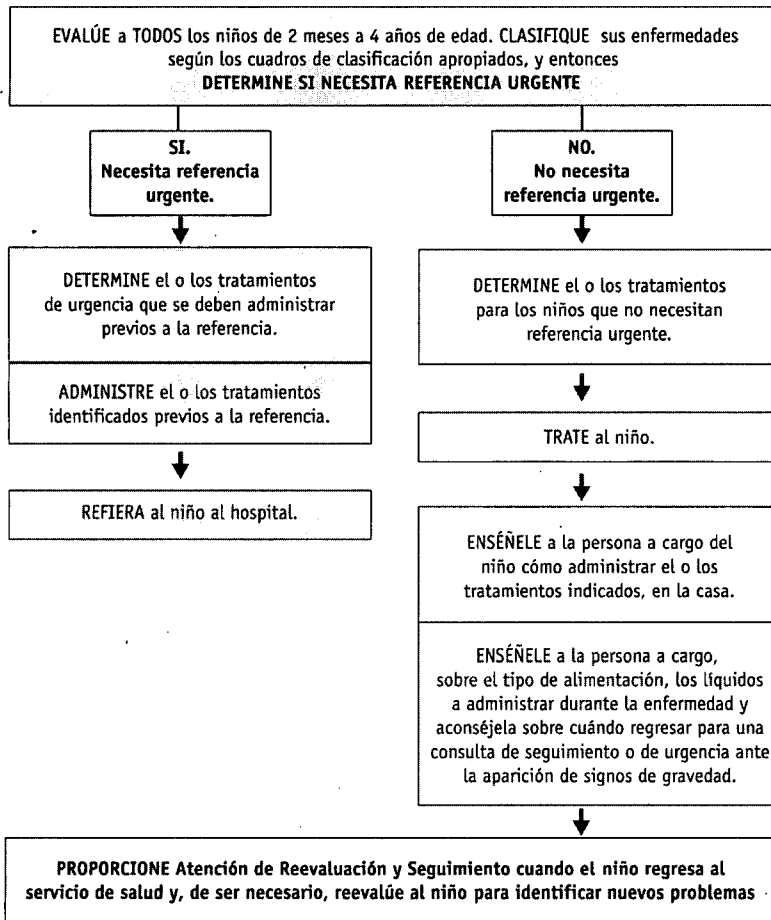
## ¿CÓMO DETERMINAR LOS TRATAMIENTOS PARA EL NIÑO?

Usted ha aprendido, en las secciones anteriores, a evaluar y clasificar la enfermedad o enfermedades de los niños de 2 meses a 4 años. El próximo paso es **DETERMINAR LOS TRATAMIENTOS NECESARIOS** para el niño. En este apartado se incluyen todas las decisiones que usted deberá indicar para el adecuado manejo médico del niño:

- ▶ Referencia urgente a un hospital
- ▶ Tratamientos previos a la referencia
- ▶ Tratamientos a administrar durante el trayecto al hospital
- ▶ Tratamientos para realizar en la casa, cuidados adecuados en el hogar
- ▶ Citación para atención de reevaluación y seguimiento de la enfermedad
- ▶ Cómo enseñar a la madre los signos por los cuáles deberá regresar con urgencia al Servicio de salud.

En esta sección se desarrollarán los contenidos de la columna "DETERMINAR TRATAMIENTO" y "TRATAR" de la tabla EVALUAR Y CLASIFICAR, del cuadro de procedimientos (vea cuadro 30).

**Cuadro 30: Flujograma de decisiones para determinar tratamiento**



Cuando el niño presenta una sola clasificación resulta muy fácil determinar su tratamiento. Sin embargo, frecuentemente, los niños enfermos presentan más de una clasificación (por ejemplo puede tener NEUMONÍA y OTITIS MEDIA AGUDA) y por lo tanto el profesional deberá observar más de un cuadro para EVALUAR Y CLASIFICAR sus enfermedades y determinar el o los tratamientos que le correspondan.

En algunas situaciones el o los tratamientos a indicar son los mismos, como por ejemplo es el mismo antibiótico a administrar en el caso de neumonía y otitis media aguda. Por el contrario, existen otros niños que según sus clasificaciones pueden necesitar de tratamientos diferentes. Por estos motivos, resulta de gran ayuda la clasificación por colores según gravedad que incorpora la estrategia **AIEPI**, a saber:

► *Por el color de las filas, usted podrá identificar rápidamente el tipo de tratamiento:*

**Cuadro 31: Cuadro de clasificación según condición de gravedad del niño**

<b>(A)</b>	<p><b>Clasificación en hilera roja:</b> significa que el niño necesita atención urgente y referencia a un hospital o centro de mayor complejidad para recibir atención especializada. Es una clasificación grave.</p>
<b>(B)</b>	<p><b>Clasificación en hilera amarilla:</b> significa que el niño necesita tratamiento con un medicamento apropiado por vía oral u otros tipos de tratamientos. Este ítem incluye cómo enseñar a la madre a administrar la medicación por vía oral, cómo tratar las infecciones localizadas en su casa, cómo aconsejar sobre los cuidados adecuados del niño en el hogar y cómo enseñarle a adquirir las prácticas y habilidades necesarias para regresar al control o a una consulta de urgencia ante la aparición de signos de agravamiento de la enfermedad en su hijo.</p>
<b>(C)</b>	<p><b>Clasificación en hilera verde:</b> significa que el niño no necesita de un tratamiento médico específico (ej. antibióticos). No obstante, incluye cómo aconsejar a la madre sobre los cuidados en el hogar (alimentación, administración de líquidos, etc) y cómo indicarle cuándo volver para control y cuándo volver con urgencia ante signos que indiquen desmejoramiento de su hijo.</p>

Cuando un niño clasifica en 2 o más lugares, usted deberá observar adecuadamente los recuadros de DETERMINAR TRATAMIENTO, para ver cuáles son los tratamientos que deberá indicar. A su vez deberá verificar cuáles son los tratamientos iguales para ambas clasificaciones y cuáles son diferentes. Recuerde que cuantos menos medicamentos deba indicar a la madre para su administración al niño mejor va a ser su adhesión al tratamiento, es decir, ella cumplirá mucho mejor nuestras indicaciones.



En resumen, ante un niño enfermo usted se enfrentará con diversas situaciones clínicas y el o los tratamientos que deberán indicarse dependerán de la clasificación de los signos que presenta ese niño. Por lo tanto, su primera decisión será DETERMINAR (identificar) el tratamiento y la segunda TRATAR al niño según los cuadros de procedimientos de AIEPI. Ambas decisiones están muy unidas, por lo cual hemos decidido abordarlas en este capítulo en forma conjunta. En primer lugar, todo profesional de salud deberá reconocer las diferentes situaciones al DETERMINAR EL TRATAMIENTO (vea cuadro 32) y cuáles son las acciones involucra cada una.

**Cuadro 32: Tipos de tratamientos**

<b>Tipos de Tratamientos que se describen en DETERMINAR TRATAMIENTO</b>		
<p><b>Necesita REFERENCIA URGENTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referir por clasificación grave.</li> <li>• Referir por presencia de signos generales de peligro y ninguna otra clasificación.</li> <li>• Referir por otros problemas graves.</li> </ul>	➔	<p>Significa que se debe referir inmediatamente al hospital luego de estabilizarlo y administrarle el o los tratamientos previos que fueran necesarios.</p>
<p><b>Necesita tratamiento previo a la REFERENCIA URGENTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar un antibiótico apropiado<sup>110</sup></li> <li>• Suministrar solución de S.R.O. a la madre, para que pueda ofrecerle sorbos frecuentes al niño durante el trayecto al hospital<sup>111</sup></li> <li>• Prevenir la hipoglucemia</li> <li>• Administrar broncodilatadores</li> <li>• Tratar la fiebre o el dolor de oído.</li> </ul>	➔	<p>Cuando un niño necesita ser referido de urgencia al hospital, se deben determinar el o los tratamientos más urgentes y los que deben administrarse rápidamente antes de la referencia. AIEPI recomienda en cada clasificación los tratamientos más adecuados para prevenir el desarrollo de enfermedades graves, sus secuelas o la muerte.</p>
<p>Referencia no urgente al hospital. (Para evaluación)</p>	➔	<p>Significa que el niño deberá ir al hospital, pero no en forma urgente. Es una referencia no urgente para la evaluación del niño por especialistas.</p>
<p>No necesita referencia urgente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar un antibiótico por vía oral</li> <li>• Administrar hierro</li> <li>• Administrar mebendazol/tinidazol</li> <li>• Tratar las infecciones localizadas.</li> </ul>	➔	<p>Corresponde a todos los tratamientos que se deben dar al niño según su clasificación y que no requiere referencia urgente a un hospital.</p>
<p>Cuándo regresar de inmediato.</p>	➔	<p>Significa que usted deberá enseñarle a la madre los signos clínicos ante los cuales debe retornar inmediatamente al servicio de salud para que su hijo reciba atención médica.</p>
<p>Visita de seguimiento.</p>	➔	<p>En ella usted podrá ver la evolución del niño con el tratamiento que se le indicó. A su vez le permitirá evaluar otros problemas y referir a un hospital en caso de que haya empeorado.</p>

110 Shann F, Hart K, Thomas D. Acute lower respiratory tract infections in children: possible criteria for selection of patients for antibiotic therapy and hospital admission. Bulletin of the World Health Organization, 1984, 62:749-751  
 111 Oral Versus Intravenous Rehydration of Moderately Dehydrated Children: A Randomized, Controlled Trial. PEDIATRICS Vol. 115 No. 2 February 2005, pp. 295-301 (doi:10.1542/peds.2004-0245)

A continuación, desarrollaremos cada uno de los ítems mencionados para DETERMINAR TRATAMIENTO y en forma conjunta abordaremos el tratamiento que AIEPI recomienda para niños de 2 meses a 4 años de edad.

## 1. REFERENCIA URGENTE

### 1.1 DETERMINAR SI EL NIÑO NECESITA SER REFERIDO URGENTEMENTE AL HOSPITAL

- **Referencia Urgente**
- Tratamiento previo a la Referencia Urgente
- Referencia no urgente para evaluación
- No necesita Referencia
- Cuándo regresar de inmediato
- Visita de seguimiento

Varias clasificaciones de los signos principales determinan la necesidad de referencia urgente. Observe las hileras rojas del Cuadro de Procedimiento EVALUAR Y CLASIFICAR, y verá que todas ellas refieren en forma urgente al niño al hospital. Las clasificaciones que requieren de derivación urgente al hospital se detallan en el siguiente cuadro.

**Cuadro 33: Clasificaciones graves de los Cuadros de Procedimientos (hileras rojas) que requieren REFERENCIA URGENTE**

- **NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE**
- **DESHIDRATACIÓN GRAVE**
- **DIARREA PERSISTENTE GRAVE**
- **ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE**
- **MASTOIDITIS**
- **DESNUTRICIÓN GRAVE GRADO III**

En la columna de tratamiento para las clasificaciones graves se incluye una instrucción: “Referir urgentemente al hospital”. Esto significa que se debe referir inmediatamente al niño luego de estabilizarlo y administrarle el o los tratamientos previos que fueran necesarios. No intente administrar tratamientos que retarden innecesariamente su derivación, principalmente en los lactantes pequeños. Existen dos excepciones a lo antedicho:

- **DESHIDRATACIÓN GRAVE:** en su servicio, usted puede mantener y tratar al niño mayor de 2 meses de vida siempre y cuando el niño tenga una única clasificación (**DESHIDRATACIÓN GRAVE**) y su centro de salud posea los recursos y la capacidad para administrar dicho tratamiento. En este caso, usted debe administrar el Plan C (vea Cuadro de Procedimientos, fascículo anexo al manual) y de acuerdo a la evolución deberá decidir si debe o no derivar al niño al hospital. Frecuentemente, luego de la administración del Plan C, el niño tendría que haber mejorado y no debería seguir en esta clasificación.

- **DIARREA PERSISTENTE GRAVE:** en niños mayores de 2 meses de edad la instrucción es sencillamente "Referir al hospital". En esta clasificación usted deberá tratar al niño antes y durante su traslado. Significa que la referencia al hospital es necesaria pero no urgente. Es decir, usted tendrá tiempo para determinar todos los tratamientos que fueran necesarios y administrar aquellos que resultaren imprescindibles antes de referirlo.

También deberá tomar en cuenta otros datos:

- **PRESENCIA DE SIGNOS GENERALES DE PELIGRO EN EL NIÑO:** Generalmente estos niños encuadran en alguna de las clasificaciones graves de los síntomas principales de **AIEPI**. Sin embargo, en casos excepcionales los niños pueden presentar signos generales de peligro sin que encuadren en una de las clasificaciones graves mencionadas. Debido a ello es que "**debe cerciorarse de que el niño que presente cualquier signo general de peligro sea REFERIDO, después de recibir el tratamiento adecuado previo a la referencia así como la primera dosis del antibiótico apropiado cuando el hospital estuviese a más de 5 horas de trayecto desde su centro de salud.**"
- **PRESENCIA DE OTROS PROBLEMAS GRAVES:** en los cuadros **EVALUAR Y CLASIFICAR** del Cuadro de Procedimientos de **AIEPI** no figuran todos los motivos por los cuáles puedan ser traídos los niños a la consulta médica (abdomen agudo, etc). Por lo tanto usted debería preguntarse siempre: **¿Tiene el niño algún otro problema grave que no pueda tratarse en mi servicio?** Si usted no puede tratar ese problema en el centro de salud, debe referir al niño al hospital.

## 1. 2 ¿CÓMO REFERIR URGENTEMENTE AL NIÑO AL HOSPITAL?

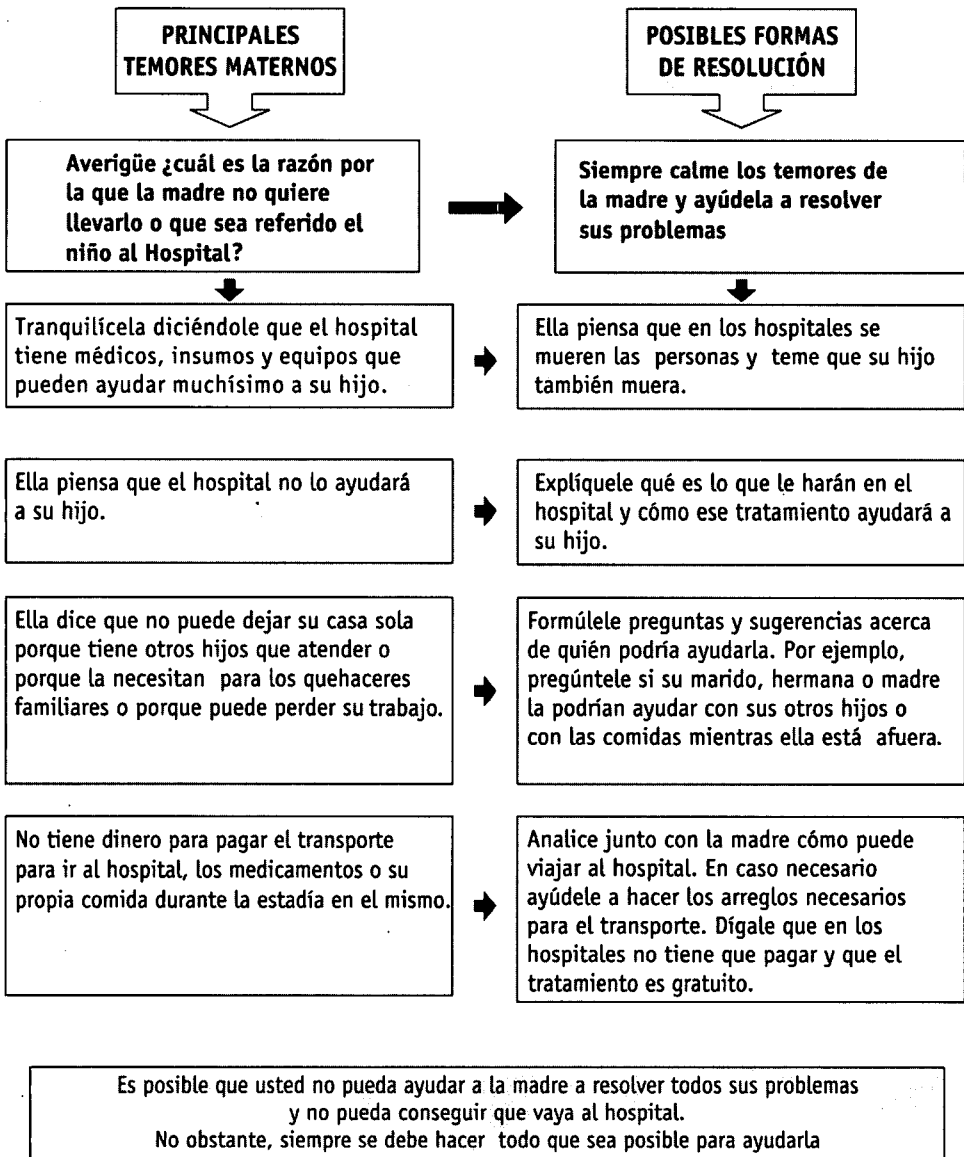
Siempre advierta la indicación "**Refiérase URGENTEMENTE al hospital**". Significa que hay que referir al niño en forma urgente al hospital, inmediatamente después de administrarle los tratamientos de pre-referencia. Se entiende por hospital a todo establecimiento de salud con insumos, especialistas y camas para internación de los niños enfermos. Si usted trabaja en un hospital, el término "referir al niño al hospital" significa hospitalizarlo en su propio establecimiento. Siempre debe referir al niño cuando usted considere que está estabilizado, es decir está en condiciones de soportar el traslado al hospital y que en ese lugar podrá recibir un tratamiento adecuado..

Cuando **no existen hospitales en su área**, probablemente usted tendrá que tomar decisiones diferentes a las descriptas en esta sección.

A continuación se desarrollarán los pasos recomendados para derivar al niño en forma adecuada al hospital:

- ▷ **Explíquelo a la madre por qué el niño necesita ser derivado para recibir tratamiento en el hospital.** Siempre intente obtener el consentimiento materno para referir al niño. Si ella le dice que no quiere que vaya al hospital o no quiere llevarlo al mismo, identifique cuáles son sus razones, ayúdela a calmar sus temores e intente resolver las otras dificultades que pueda tener. En el cuadro 34 puede observar algunos de los principales temores maternos y las formas en que usted puede ayudarlos a resolver.

**Cuadro 34: Principales temores maternos referidos ante la situación de derivación urgente al hospital y posibles formas de resolverlo por el profesional de salud**



- **Converse con la madre sobre la manera en que puede llegar al hospital.** Este ítem es importante cuando su centro de salud no cuente con normas de derivación y transporte o un vehículo adecuado para derivar al niño al hospital. Si usted cuenta con transporte y normas oficiales para derivación siga sus indicaciones.
- **Escriba una nota (nota de referencia) para que la madre la presente en el hospital.** Dígale que le entregue dicha nota al profesional que la reciba. En ella deberá anotar:

- El nombre y la edad del niño
- La fecha y la hora de referencia
- La descripción de los problemas del niño
- La razón de la referencia (síntomas y signos de la clasificación grave)
- El tratamiento que usted le haya administrado previo a su referencia
- Cualquier otra información que usted considere necesaria que el profesional del hospital deba conocer, como por ejemplo el tratamiento inicial de la enfermedad o las vacunas que se necesitarán dar, o el número de teléfono de su servicio de salud para que puedan comunicarse con usted desde el servicio de referencia
- Su apellido y nombre y el de su servicio de salud
- Entréguele a la madre todos los suministros e instrucciones necesarios para que pueda atender a su hijo durante el trayecto hacia el hospital.

**Si el hospital está alejado, y llegar al mismo puede tomarle más de 5 horas**

- ▷ Entréguele algunas dosis adicionales del antibiótico que necesite administrar al niño y explíquelo cómo y cuándo se las debe dar (vea cuadro de dosificación del cuadro TRATAR). Si usted piensa que la madre no irá al hospital, entréguele un tratamiento completo de antibióticos y enséñeselo a administrar. Si en su servicio de salud existen normas de derivación, DEBE aplicar las mismas
- ▷ Explíquelo cómo mantener abrigado al niño pequeño durante el viaje
- ▷ Aconséjele que lo siga amamantando, si es que el niño toma pecho
- ▷ Si el niño tiene deshidratación leve o grave y puede beber, entréguele solución de S.R.O. (vea cuadro de procedimientos, fascículo anexo al manual), para que el niño lo beba con frecuencia durante el trayecto al hospital

**2. DETERMINAR EL TRATAMIENTO QUE DEBERÁ DARSE PREVIO A LA REFERENCIA URGENTE**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>◦ Referencia Urgente</li><li>◦ <b>Tratamiento previo a la Referencia Urgente</b></li><li>◦ Referencia no urgente para evaluación</li><li>◦ No necesita Referencia</li><li>◦ Cuándo regresar de inmediato</li><li>◦ Visita de seguimiento</li></ul> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Cuando un niño necesita ser referido de urgencia al hospital, se deben determinar los tratamientos más urgentes y los que deben administrarse rápidamente antes de la referencia. Ocasionalmente, usted puede tener que administrar la primera dosis de determinados medicamentos antes de referir al niño al hospital.

A continuación se desarrollan los tratamientos de urgencia que podrían tener que darse previo a la referencia.

**AIEPI** recomienda en cada clasificación los tratamientos más adecuados para prevenir el desarrollo de enfermedades más graves, sus secuelas o la muerte. Por ejemplo: un niño clasificado como **ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE** puede tener, entre otras patologías, meningitis o septicemia, por lo cual **AIEPI** incorpora dentro de sus tratamientos a aquellas drogas seleccionadas por su capacidad de actuar sobre la mayor cantidad de agentes patógenos productores de las mismas y las medidas más apropiadas para la estabilización del paciente antes de su derivación.

Los tratamientos urgentes previos a la referencia se enumeran en el cuadro 35.

**Cuadro 35: Tratamientos de urgencia previos a la referencia en niños de 2 meses a 4 años de edad**

- ▶ **Administrar un antibiótico apropiado**  
si llegar al hospital puede tomarle más de 5 horas
- ▶ **Suministrar solución de S.R.O. a la madre,**  
para que pueda ofrecerle sorbos frecuentes al niño durante el trayecto al hospital
- ▶ **Prevenir la hipoglucemia**
- ▶ **Administrar broncodilatadores**
- ▶ **Tratar la fiebre o el dolor de oído**

*Ciertos tratamientos son urgentes porque pueden prevenir las complicaciones graves como septicemia, meningitis o hipoglucemia. Los demás tratamientos enumerados también son necesarios ya que previenen el empeoramiento de la enfermedad.*

**No postergue la referencia del niño al hospital con el fin de administrarle tratamientos que no son urgentes, como la administración de sulfato ferroso por vía oral. Si el esquema de vacunas del niño no está completo, no inmunice antes de referir al niño al hospital. Deje que el personal del hospital determine cuando recomendárselas. De esta forma evitará demorar la partida del niño hacia el hospital.**

Los tratamientos que debe recibir el niño de acuerdo a su clasificación siempre debe anotarlos en el reverso del formulario de registro de atención. Recuerde plegar el formulario de registro hacia el lado reverso, de manera que pueda observar el ítem **TRATAR** (reverso del formulario) y **CLASIFICAR** (frente del formulario que fue plegado hacia el reverso). Anote, los tratamientos **urgentes previos a la referencia** en el mismo (vea ejemplo 18).

**Ejemplo 18: Parte superior del reverso del formulario de registro de casos, donde se anotarán los tratamientos urgentes previos a la referencia**

<p><b>2 meses a 4 años</b>                  Kg: 10 Talla: 97                  Temperatura 38°C                  inicial <input checked="" type="checkbox"/> de seguimiento_</p>	
<p><b>DOBLAR</b></p>	<p><b>CLASIFICAR</b></p>
	<p>¿Presenta algún signo general de peligro?                  Sí <input checked="" type="checkbox"/> No ___                  Recuerde utilizar los signos de peligro al efectuar la clasificación</p>
	<p><b>NEUMONIA GRAVE?                  0                  ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE?</b></p>
<p><b>TRATAR</b></p>	
<p>Recuerde referir a todo niño que presente por lo menos un signo de peligro aunque no encuadre en otra clasificación grave</p>	
<p>Primera dosis de antibiótico para neumonía</p>	
<p>Referir urgentemente al hospital</p>	

A continuación se detallan algunos de los tratamientos que pueden tener que indicarse previo a la referencia y que están listados en los Cuadros de Procedimientos.

### 2.1 ¿CÓMO ADMINISTRAR EL O LOS TRATAMIENTOS URGENTES PREVIOS A LA REFERENCIA?

**ADMINISTRAR UN ANTIBIÓTICO INTRAMUSCULAR:**<sup>112</sup> Frecuentemente, los niños que necesitan que se les aplique la primera dosis de un antibiótico apropiado en el centro de salud son aquellos que deben ser derivados urgentemente al hospital, cuyo traslado insumirá más de 5 horas y presentan signos generales de peligro, es decir:

- no es capaz de amamantarse o de beber o
- vomita todo o
- tiene convulsiones o
- está letárgico o inconsciente.

Estos niños no pueden tomar antibióticos por vía oral y necesitan recibir, antes de la derivación al hospital, una dosis única de ampicilina o penicilina intramuscular. Utilice

112 World Health Organization. Antibiotics in the treatment of acute respiratory infections in young children. Geneva, World Health Organization, 1990 [unpublished document WHO/ARI/90.10; available on request from the Division of Child Health and Development (CHD), formerly the Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control (CDR)]

el Cuadro de Procedimientos (fascículo adjunto al manual) para determinar la dosis del antibiótico a administrar según el peso o la edad del niño.

En cuadro 36 usted podrá visualizar la dosis y frecuencia de la Ampicilina y en el cuadro 37 la de Penicilina. En los niños clasificados como FARINGOAMIGDALITIS AGUDA SUPURADA y en los cuales haya determinado el tratamiento con Penicilina Benzatínica, usted deberá aplicarle la primera dosis en su servicio de salud.

**Cuadro 36: AMPICILINA (Dosis y Frecuencia de administración)**

**ADMINISTRAR UN ANTIBIÓTICO POR VÍA INTRAMUSCULAR**

Para niños que deben REFERIRSE URGENTEMENTE al hospital, que tardarán más de 5 horas en llegar y que no pueden tomar un antibiótico por vía oral.

- Dar la primera dosis y referir urgentemente al hospital

Cuando NO ES POSIBLE REFERIR AL NIÑO:

- Repetir la dosis de Ampicilina cada 6 horas durante 7-10 días o hasta que sea posible la referencia

EDAD o PESO DEL NIÑO	AMPICILINA 100 mg/K/día Ampolla de 1 g diluir en 10 ml
2 meses a 4 meses (4 - 6 kg)	150 mg (1,5 ml)
4 meses a 11 meses (7 - 10 kg)	300 mg (3 ml)
1 a 2 años (11 - 14 kg)	400 mg (4 ml)
3 a 4 años (15 - 19 kg)	500 mg (5 ml)

Frecuencia para administrar Ampicilina cuando no se logra derivar

Para un niño de 4 meses a 11 meses (7-10 Kg), la dosis es de 3 ml, es decir 300 mg

**Cuadro 37: Penicilina Benzatínica (dosis y frecuencia)**

**PENICILINA BENZATINICA**

**PENICILINA BENZATINICA 1 SOLA DOSIS INTRAMUSCULAR**

- 5 años (< 30 Kg)..... 600.000 UI
- 5 años (> 30 Kg)..... 1.200.000 UI

En caso de alergia, administre Eritromicina oral

En los menores de 3 años y luego de evaluar la posibilidad del cumplimiento del tratamiento:

- **PENICILINA:** 50.000 UI/Kg/día, cada 12 horas (dos dosis diarias o 10 cc por cada 10 Kg de peso). Vía oral. Durante 10 días.



## PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRAR INYECCIONES INTRAMUSCULARES

Las siguientes acciones corresponden a los pasos que usted deberá desarrollar para administrar correctamente un antibiótico intramuscular:

- ▶ Explique a la madre la razón por la cual se le administrará un antibiótico a su hijo.
- ▶ Determine la dosis acorde al peso del niño y la frecuencia de administración cuando correspondiere según el Cuadro de Procedimientos. Asegúrese de haber leído correctamente los cuadros de procedimientos así como la etiqueta del frasco de antibióticos que usted tenga en su servicio, para verificar la concentración de la ampolla y que el antibiótico sea el correcto.
- ▶ Mezcle agitando cuidadosamente el frasco-ampolla luego de diluirlo con agua destilada. Fíjese que la dilución sea la correcta y mézclela hasta que el contenido sea claro.
- ▶ Utilice jeringa y aguja estéril descartables. Mida la dosis con exactitud.
- ▶ Administre el medicamento al niño por vía intramuscular.
- ▶ Luego, refiera al niño urgentemente al hospital, siguiendo los pasos de la referencia urgente.
- ▶ Cuando no pueda referir al niño, siga las instrucciones que figuran en el cuadro correspondiente de Administrar un antibiótico por vía oral.

## 2.2 EVITAR LA HIPOTERMIA E HIPOGLUCEMIA

El tratamiento previo a la referencia contempla la prevención de la hipotermia e hipoglucemia en los niños más pequeños. La temperatura del niño, sobre todo los menores de 2 meses de edad, puede descender muy rápidamente cuando no se lo abriga o se lo coloca en contacto piel a piel con su madre o bajo una lámpara de calor apropiada. La hipotermia puede producir daño cerebral e incluso la muerte del niño. La ingesta frecuente de alimentos es una parte importante de su tratamiento.

**Contacto piel a piel:** es muy útil en el niño pequeño. Ponga al niño sobre el tórax (entre los pechos) o el abdomen desnudo de la madre, y cubra a ambos con una frazada precalentada y ropa de abrigo. Si no usa el contacto piel a piel, cerciórese de que el niño tenga la ropa puesta (incluyendo un gorro en la cabeza), cúbralo con una manta abrigada y colóquelo cerca de una lámpara de calor apropiada. Evite usar bolsas de agua caliente. Si le cubre la cabeza con un gorro reducirá la pérdida de calor. Toda vez que identifique hipotermia verifique si el niño tiene hipoglucemia. Cuando el paciente no se puede derivar, trate de mantenerlo siempre abrigado. Evite exponerlo al frío durante los exámenes clínicos, y pídale a la madre que le cambie los pañales y ropa mojados para evitar que el niño se enfríe por la humedad.

La glucemia disminuye ante la presencia de infecciones graves como meningitis y septicemia. También puede ocurrir en niños que no han recibido alimentación durante varias horas. La hipoglucemia puede producir daño cerebral irreversible.

Frecuentemente la hipoglucemia y la hipotermia están asociadas y suelen ser signos de infección.

Si su servicio cuenta con tiras reactivas para medir la glucemia, utilícelas y cuantifique la misma. Se denomina hipoglucemia cuando la glucemia es inferior a 54 mg %. Cuando no tiene tiras reactivas, debe considerar que todos los niños desnutridos graves tienen hipoglucemia.

Para prevenir la hipoglucemia recomiende a la madre que amamante al niño durante el trayecto al hospital, siempre y cuando el niño pueda beber y esté alimentándose con pecho. También puede utilizar otro tipo de leche o agua potable con azúcar cuando no se tienen otros elementos para utilizar (soluciones glucosadas). Si el niño no puede tragar y usted está entrenado en la colocación de sondas nasogástricas, colóquele una y adminístrele 50 ml de leche (leche materna u otro tipo de leche de fórmula), de solución glucosada 5% o de agua potable con azúcar (una cucharadita de las de té en un vaso de agua potable).

Si el niño está deshidratado, puede beber y debe ser referido urgentemente al hospital, entréguele a la madre S.R.O. e indíquele cómo administrarle sorbos frecuentes en el trayecto al mismo. **Recuerde aconsejar que continúe con la lactancia materna, ya que resulta beneficioso para el niño y evita la hipoglucemia.**

### 2.3 TRATAR LAS SIBILANCIAS<sup>113</sup>

Un niño con sibilancias requiere del uso de broncodiladores. Recuerde que luego de administrarlos debe volver a evaluar al niño. Los broncodilatadores actúan con rapidez cuando se inhalan en forma de vapor, por lo cual se los denominan de **"acción rápida"**. Cuando el niño lo necesita, puede administrarle hasta 3 dosis, 1 cada 20 minutos.

El salbutamol es uno de los broncodilatadores más comunes y efectivos, y puede administrarse con un nebulizador (Cuadro 38), con aerosol presurizado o mediante una aerocámara.

**Cuadro 38: Salbutamol (Dosis y frecuencia según edad)**

SALBUTAMOL VIA INHALATORIA		
EDAD O PESO DEL NIÑO		Dosis para NEBULIZAR (5mg/ml) (1 GOTAS/ 2 kg)
2-11 meses	(4-10 kg)	2-5 gotas
1 - 2 años	(10-15 kg)	5-8 gotas
2 4 años	(15 a 19 kg)	8-10 gotas

Salbutamol con aerosol presurizado: este es un frasco pequeño con una boquilla que se sostiene en la mano y que contiene salbutamol a presión con una válvula atomizadora. El niño respira el vapor que expide el aerosol.

113 Kellner JD et al. Efficacy of bronchodilator therapy in bronchiolitis. A meta-analysis. Archives of pediatric and adolescent medicine, 1996, 150:1166-1172

Uso de aerocámaras para administrar salbutamol: esta técnica puede usarse para tratar a niños que no pueden usar una boquilla. La aerocámara actúa como intermediario entre la boquilla y la boca del paciente. Pueden usarse las aerocámaras comerciales. Si no cuenta con dichas aerocámaras, puede preparar una de la siguiente forma: tome una botella plástica de un litro o un sachet de suero vacío, hágale una abertura pequeña en uno de sus extremos para insertar la boquilla del aerosol presurizado y otra abertura más grande en el otro extremo para colocar sobre la boca y la nariz del niño.

► **Luego:**

- Con el niño sentado, aplicar espaciador (sachet, botella, vaso, aerocámara) sobre la boca y la nariz.
- Agitar el aerosol presurizado y administrar 1 puff por el extremo que es para introducir la boquilla, cuente hasta 12 sin retirar la aerocámara y repita la operación. Si el niño llora es igualmente efectivo.

## 2.4 TRATAR LA FIEBRE<sup>114</sup>

Dar Paracetamol o Ibuprofeno para bajar la fiebre alta (> 38°C) o para disminuir el dolor de oído. Los antitérmicos bajan la fiebre y alivian el dolor. Si el niño presenta estas situaciones, usted debe administrarle una dosis del antitérmico adecuado.

El Acido Acetilsalicílico no se recomienda como antitérmico de primera línea porque se relaciona con la producción de Síndrome de Reye (afección grave que afecta el hígado y el cerebro). Nunca lo administre en niños con varicela, dengue o enfermedades hemorrágicas.

Los **medios físicos** como el baño o el lavado con una esponja embebida en agua tibia también pueden bajar la temperatura corporal mientras dura el procedimiento. Este es un método de gran utilidad cuando se quiere descender rápidamente la fiebre alta y hasta que el antitérmico produzca su efecto.

Debe recomendar a la madre que vista al niño con ropas ligeras, que lo mantenga en un ambiente templado y que le aumente la ingesta de líquidos.

**Recuerde:** si el niño tiene fiebre alta debe administrarle la primera dosis del antitérmico apropiado en su servicio de salud. Cuando necesita referencia urgente, déVELO luego de haberle administrado el antitérmico. Cuando el niño tiene fiebre alta o dolor de oído y no necesita derivación urgente, entréguele a la madre la suficiente cantidad de antitérmicos, enséñele a administrarlo y dígame cuándo deberá suspenderlo.

La dosis y la frecuencia de administración del Paracetamol y del Ibuprofeno se detallan en la Cuadro 39, y están incorporados a los Cuadros de Procedimientos (fascículo anexo a este manual).

---

114 Pediatría. El Niño sano, el niño enfermo. R. De Rosa. Fiebre en el niño. Maza Isabel. Pag. 221

**Cuadro 39: Dosis y frecuencia del paracetamol y de ibuprofeno**

Cuadro: dosis y frecuencia de paracetamol y de ibuprofeno						
PARACETAMOL Dosis: 10- 15 mg/Kg/dosis cada 6 a 8 hs				IBUPROFENO Dosis: 5-10 mg /K, vía oral, c/ 6-8 hs (hasta máximo de 500 mg día)		
Peso (Kg)	Gotas 5mg/gota	Jarabe (120 mg=5 cc)	Comprimido 100 mg	Jarabe (1 cc= 20 mg)	Comprimido 200 mg	Comprimido 400 mg
< 6	10 gotas	2 cc	---	1,5 cc	---	--
6-10	16 gotas	2.5 cc	½ compr.	2,5 cc	¼	---
10-15	20 gotas	5 cc	1 compr.	3 cc	¼	---
15-20	30 gotas	7.5 cc	1 ½ compr.	5 cc	½	¼
20-29	40 gotas	10 cc	2 compr.	6 cc	¾	½

### 3. REFERENCIA NO URGENTE

- Referencia Urgente
- Tratamiento previo a la Referencia Urgente
- **Referencia no urgente para evaluación**
- No necesita Referencia
- Cuando regresar de inmediato
- Visita de seguimiento

A veces es necesario derivar a un niño enfermo al hospital, sin urgencia, para una evaluación más especializada. Estos niños no requieren REFERENCIA URGENTE, sino **REFERENCIA NO URGENTE PARA EVALUACIÓN**. Este tipo de derivación resulta necesaria cuando el niño presenta tos con una evolución de más de 14 días, o tuvo fiebre por más de 7 días. Entonces usted deberá anotar en el reverso del formulario de registro de atención: "Refiérase para evaluación".

Quiere decir que la madre lo debe llevar lo más pronto posible al hospital para su evaluación, Opero no se trata de una derivación urgente. SI el niño requiere cualquier otro tipo de tratamiento es necesario que se lo administre antes de referirlo.

### PROBLEMAS QUE REQUIEREN UNA EXPLICACIÓN ESPECIAL

La mayor parte de las instrucciones que aparecen en la columna DETERMINAR TRATAMIENTO de la tabla EVALUAR Y CLASIFICAR del Cuadro de Procedimiento son claras y muy comprensibles. Sin embargo, existen algunas instrucciones que aconseja AIEPI, que requieren una explicación adicional, como ser:

- **DESNUTRICIÓN MODERADA GRADO II:** un niño con esta clasificación deberá comenzar el tratamiento para la anemia con sulfato ferroso. Si el niño tiene 2 años o más de edad y no ha recibido una dosis de Mebendazol / Tinidazol en los últimos 6 meses, también deberá recibir una dosis de Mebendazol / Tinidazol.

- **ANEMIA O MUY BAJO PESO:** un niño que presente cualquier signo de anemia o palidez palmar, deberá comenzar el tratamiento para su anemia con sulfato ferroso.

#### 4. DETERMINAR EL TRATAMIENTO PARA LOS NIÑOS QUE NO NECESITAN REFERENCIA AL HOSPITAL

- Referencia Urgente
- Tratamiento previo a la Referencia Urgente
- Referencia no urgente para evaluación
- **No necesita Referencia**
- Cuando regresar de inmediato
- Visita de seguimiento

En la parte posterior del formulario de registro de atención se deben anotar los tratamientos que le corresponden al niño según su clasificación y que usted observó en la columna DETERMINAR TRATAMIENTO. Solamente anote los tratamientos que le correspondan al niño enfermo según su o sus problemas. A veces, puede presentarse el caso de que usted deba indicar dos antibióticos diferentes porque el niño tiene 2 o más clasificaciones (ej. un niño con neumonía y con otra patología como otitis).

Usted puede indicar un solo antibiótico para dos clasificaciones diferentes sólo cuando el mismo sea apropiado para ellas. No obstante, dos problemas pueden requerir dos antibióticos diferentes. Usted aprenderá a escoger los antibióticos en el apartado correspondiente.

##### 4.1 MEDICAMENTOS DE ADMINISTRACIÓN ORAL

Usted ya ha aprendido a identificar el tratamiento que necesita el niño. Los niños enfermos deberían comenzar su tratamiento en el centro de salud y continuar el mismo en su casa. El cuadro TRATAR AL NIÑO y ACONSEJAR A LA MADRE del Cuadro de Procedimientos describe cómo administrar esos tratamientos. Utilice estos cuadros para seleccionar el medicamento apropiado, y para determinar la dosis y el plan a seguir.

*El éxito del tratamiento del niño en el hogar depende de la adecuada comunicación y de las instrucciones a la madre o a la persona que esté a cargo del niño. Ellos necesitan comprender y adquirir habilidades y destrezas adecuadas para administrar la medicación y reconocer la importancia del cumplimiento de las indicaciones médicas. Se ha reconocido que la falta de adhesión al tratamiento es producto de una inadecuada comunicación con los padres, del escaso conocimiento que tienen de los beneficios del tratamiento, de la incorrecta administración de los mismos y de otros tantos hechos que pueden resolverse mediante el empleo de técnicas adecuadas de comunicación.*

Los medicamentos de administración oral serán utilizados en aquellos niños que:

- No hayan sido clasificados en ninguna de las clasificaciones graves.
- Hayan recibido tratamiento intramuscular y deben continuar con la medicación por vía oral hasta completar el tratamiento.

Existen algunos puntos importantes que se deben recordar en relación a los medicamentos de administración oral.

#### 4.1.1 ANTIBIÓTICOS ORALES<sup>115</sup>

Las clasificaciones del cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR que necesitan un antibiótico de administración oral se detallan en el cuadro 40. En los servicios de salud pueden estar disponibles varios tipos de antibióticos. Por lo tanto, es imprescindible que usted aprenda a seleccionar el antibiótico más apropiado para la enfermedad del niño y verifique si tiene insumos del mismo.

Cuando el niño es capaz de beber, debe suministrarle un antibiótico por vía oral y de “primera línea” (si es que lo tiene disponible), ya que el mismo ha sido seleccionado por su eficacia, facilidad de administración y bajo costo. Los antibióticos de primera y segunda línea, pueden tener que modificarse de acuerdo a los datos de resistencia de cada país. El antibiótico de segunda línea se debe dar cuando no esté disponible o cuando el niño no haya respondido al de primera línea.

**Cuadro 40: Clasificaciones que requieren el empleo de antibiótico por vía oral**

NIÑOS ENFERMOS DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD QUE CLASIFICAN COMO:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE</li> <li>• NEUMONIA</li> <li>• ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE</li> <li>• MASTOIDITIS</li> <li>• OTITIS MEDIA AGUDA</li> <li>• FARINGOAMIGDALITIS AGUDA SUPURADA</li> </ul>

*En ocasiones, se puede administrar un único antibiótico para tratar dos o más clasificaciones de los síntomas principales del niño.*

► **Por ejemplo**, se puede tratar con un único antibiótico al niño que clasificó con NEUMONÍA Y OTITIS MEDIA AGUDA. Nunca duplique la dosis ni la duración del tratamiento.

*En los cuadros TRATAR AL NIÑO del Cuadro de Procedimientos se detallan la dosis, frecuencia y duración de los tratamientos. Es decir cuánto se debe dar según su forma de presentación, cada cuánto tiempo y durante cuántos días. La mayor parte de los antibióticos se administran por el término de 7 a 10 días. La frecuencia diaria de administración del antibiótico es variable, va de 2 a 4 veces por día (cada 12, 8 o 6 horas).*

La Amoxicilina (cuadro 41) es el antibiótico de elección en los niños de 2 meses a 4 años de edad.

115 Strauss WL et al. Antimicrobial resistance and clinical effectiveness of co-trimoxazole versus amoxycillin for pneumonia among children in Pakistan: randomized controlled trial. Co-trimoxazole Study Group. Lancet, 1998, 352:270-274

## ¿Cómo determinar la dosis correcta del antibiótico apropiado?

Para ello, utilice el cuadro **TRATAR AL NIÑO** del **Cuadro de Procedimientos**:

- ▶ Consulte la columna correspondiente al antibiótico, donde se detalla la concentración según las formas farmacéuticas (gotas, jarabe, comprimidos, cápsulas, etc) y verifique de cuáles dispone en su servicio.
- ▶ Identifique la hilera que corresponde al peso o la edad del niño que usted está atendiendo y observe cuál es la dosis y forma de administración que le corresponde en la intersección de la línea que une la columna con la hilera (Cuadro 41). Para elegir la dosis correcta es mejor utilizar el peso del niño y no su edad. Si usted sabe calcular la dosis en mg/Kg, utilice dicha dosis en lugar de usar la de la tabla.

**Cuadro 41: Amoxicilina (Dosis, frecuencia y duración del tratamiento) del Cuadro TRATAR del Cuadro de Procedimientos**

<b>DAR UN ANTIBIÓTICO ORAL APROPIADO</b>	
<b>PARA NEUMONÍA Y/O OTITIS MEDIA AGUDA: DURANTE 10 DIAS.</b>	
<b>Edad o peso del niño</b>	<b>AMOXICILINA</b>
	Jarabe 250 mg/ 5ml Dar cada 8 horas 80 mg/Kg/día
4 a 6 Kg (2 a 4 meses)	2.5 ml
7 a 10 Kg (4 a 11 meses)	5 ml
11 a 14 Kg (1 a 2 años)	7.5 ml
15 a 19 Kg (3 a 4 años)	10 ml

## ENSEÑAR A LA MADRE A ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS POR VIA ORAL EN LA CASA

Usted debe tratar de seguir las instrucciones que se detallan a continuación para indicar los medicamentos orales que serán administrados al niño en su casa:

- ▶ Determine los medicamentos y sus dosis según el peso o edad que serán administrados al niño
- ▶ Explique a la madre la razón por la cual se le administrará el medicamento al niño
- ▶ Reconstituya el medicamento y explíquelo a la madre como se realiza
- ▶ Muéstrela cómo se mide la dosis que necesita su hijo
- ▶ Pídale a la madre que mida la dosis y obsérvela mientras lo hace
- ▶ Pídale a la madre que administre la primera dosis al niño
- ▶ Explíquelo minuciosamente cómo administrar el medicamento
- ▶ Dígale que todos los comprimidos, cápsulas, gotas y/o jarabes deben continuar administrándose hasta que el niño termine el tratamiento, aunque haya mejorado

- ▶ Aconséjale que es importante guardar los medicamentos en un lugar fresco y fuera del alcance de los niños
- ▶ Cerciórese de que la madre haya entendido todos los procedimientos anteriores antes de que ella y el niño se retiren del centro de salud
- ▶ Indíquele que deseche los sobrantes del antibiótico, cuando ya completó el tratamiento.

La descripción minuciosa de todos estos pasos la hallará en la sección **ACONSEJAR Y ENSEÑAR A LA MADRE Y/O AL ACOMPAÑANTE**.

#### 4.1.2 ADMINISTRAR HIERRO<sup>116</sup>

Hasta los 6 meses los niños que reciben lactancia materna no necesitan gotas de hierro para tratamiento preventivo. Luego de esta edad, recibirán su aporte por medio de gotas de sulfato ferroso o a través de la leche en polvo fortificada con hierro y vitamina C.

Los niños alimentados con leche de vaca no fortificada necesitan recibir hierro en forma preventiva a partir de los 4 meses de vida.

Un niño anémico necesita tratamiento con hierro. Los niños desnutridos necesitan mayores dosis que aquellos otros que no lo están. La dosis de hierro elemental recomendada es de 4-6 mg/Kg/día.

Siempre indique gotas o jarabe (cuadro 42). Si no tiene a su disposición dichas formas farmacéuticas, puede utilizar los comprimidos de hierro. La administración diaria de hierro se deberá realizar lejos de las comidas y de la leche.

Los niños prematuros tienen mayores requerimientos de hierro. Por lo tanto necesitan recibir hierro a partir de los 2 meses de vida a razón de 2 mg/Kg/peso en forma preventiva.

**Entregue a la madre la suficiente cantidad del medicamento para un tratamiento de 14 días e indíquele que le administre una dosis diaria del mismo. Pídale que regrese a buscar más hierro en 14 días y coméntele que el hierro cambiará a negro el color de la deposición.**

Cuando el niño tiene una dieta más variada de alimentos y líquidos, es conveniente aconsejar a la madre que administre el sulfato ferroso junto a otras comidas acordes a la edad para aumentar su absorción, como por ejemplo frutas cítricas, tomate crudo, verduras frescas, papa o batata. Pídale que evite darle al niño té, mate y/o café durante o inmediatamente después de las comidas principales del niño, ya que estas infusiones inhiben la absorción de hierro.

Aconseje a la madre que guarde el hierro fuera del alcance del niño y de sus otros hijos. Una sobredosis de hierro puede ser mortal o puede enfermar gravemente al niño. Advierta a la madre que este medicamento preventivo deberá darse a su hijo durante muchos meses.

**Cuadro 42: SULFATO FERROSO (Dosis, frecuencia y recomendaciones) según el Cuadro de Procedimientos<sup>117</sup>**

116 Hafeez A, Ahmad P. Iron deficiency anaemia: continuous versus intermittent treatment in anaemic children. JPMA J Pak Med Assoc 1998 Sep; 48 (9): 269 -72



## DAR HIERRO (sulfato ferroso) EN FORMA PREVENTIVA O PARA TRATAMIENTO

### IMPORTANTE:

- Se administra en una sola dosis diaria, lejos de las comidas.
- En niños más grandes que reciben dieta variada, se debe dar junto a otras comidas acordes a la edad para aumentar su absorción, como por ejemplo frutas cítricas, tomate crudo, verduras frescas, papa o batata

GOTAS DE SULFATO FERROSO: (0.6 ml = 12 gotas = 12.5 mg de hierro elemental)		
Prevalencia de anemia en niños de 6-24 meses	Dosis	Categoría de peso al nacer
< 40 %	12.5 mg de hierro + 50 g de folatos diarios	Normal Bajo peso (<2500 g)
> 40 %	12.5 mg de hierro + 50 g de folatos diarios	Normal Bajo peso (<2500 g)

**Nota:** La dosis de hierro se basa en 2 mg/Kg de peso/día.

### Guías para la suplementación de otros grupos poblacionales

Niños 2-5 años

Dosis: 20-30 mg de hierro

### Guías para tratar la anemia severa con hierro y folatos

Grupo etario	Dosis	Duración
< de 2 años	25 mg de hierro + 100 - 400 g ácido fólico diario	3 meses
2 - 4 años	60 mg de hierro + 400 g ácido fólico diario	3 meses

#### Notas :

Luego de completar 3 meses de suplementación terapéutica, los lactantes deben continuar un régimen de suplementación preventiva.

Los niños afectados por kwashiorkor o por marasmo deben considerarse como severamente anémicos. Sin embargo, la suplementación con hierro oral debe demorarse hasta que el niño recupere el apetito y comience a ganar peso, usualmente después de 14 días.

- Los niños amamantados exclusivamente a pecho, deben recibir hierro luego de los 6 meses de vida hasta los 12-14 meses de edad.
- Los niños prematuros, deben recibir hierro a partir de los 2 meses de vida (dosis preventiva: 2 mg/Kg/peso, y de tratamiento: 3 mg/K/peso)
- Los niños alimentados con leche de vaca no fortificada deben recibir hierro a partir de los 4 meses.

### 4.1.3 ADMINISTRAR MEBENDAZOL/TINIDAZOL<sup>118</sup>

Verifique si en su región existe alta prevalencia de parasitosis intestinal por nematodos y/o giardias, porque en ese caso será necesario que los niños reciban tratamiento antiparasitario en forma periódica, ya que las reinfecciones son frecuentes. Estas parasitosis producen pérdida de sangre a través del intestino y por lo tanto anemia en los niños.

Se debe dar Mebendazol/Tinidazol cuando existen antecedentes de estas parasitosis entre los niños de la zona, cuando el niño es mayor de 2 años y/o no haya recibido ninguna dosis en los últimos 6 meses.

En su centro de salud, administre al niño 400 mg de Mebendazol (Cuadro 43) asociado con Tinidazol, en una dosis única. Puede dársele en forma de suspensión oral o bien en comprimidos (2 comprimidos de 200 mg). Si el niño ya ha recibido el antiparasitario dentro de los últimos 6 meses, no necesita este tratamiento.

#### **Cuadro 43: MEBENDAZOL/TINIDAZOL (dosis y recomendaciones según el Cuadro de Procedimientos)**

##### **ADMINISTRAR MEBENDAZOL/TINIDAZOL**

Dar 400 mg de Mebendazol/Tinidazol (en el servicio de salud) al niño como única dosis, cuando:

- Existan antecedentes de parasitosis entre los niños de la zona
- El niño sea mayor de 2 años, y/o
- No haya recibido ninguna dosis de antiparasitarios **en los últimos 6 meses.**

**Recomendaciones:** en áreas endémicas para áscaris, si se sospecha infestación importante del niño por examen físico o antecedentes de eliminación de parásitos en él o en personas cercanas, resulta necesario realizar un examen directo de la materia fecal.

## 5. TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES LOCALES

Las infecciones locales son aquellas que se inician en piel y/o mucosas y que no comprometen la vida del niño, a menos que se extiendan, agraven, o se traten inadecuadamente. Estas infecciones incluyen, entre otras, infección respiratoria aguda viral alta, conjuntivitis, otitis, y candidiasis bucal.

En el apartado correspondiente titulado Aconsejar a la madre "Utilizar buenas técnicas de comunicación" se desarrollarán las formas adecuadas de llevar a cabo estos tipos de tratamientos. También debe consultar la sección **TRATAR AL NIÑO de 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD Y ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE** de los Cuadros de Procedimientos.

118 Rafi S, et al. Efficacy and safety of mebendazole in children with worm infestation. J Pak Med Assoc. 1997 May; 47 (5): 140 - 1

En ellos se dan instrucciones para:

- Tratar la conjuntivitis con una pomada oftálmica
- Tratar la candidiasis
- Aliviar el dolor de garganta y mitigar la tos con un remedio inocuo.

## 6. CUÁNDO SE DEBE REGRESAR DE INMEDIATO

Observe que el formulario de registro de atención dice **“Indicar a la madre cuándo debe volver con urgencia o regresar de inmediato”**. Significa que usted deberá enseñarle a la madre los signos clínicos ante los cuales debe retornar inmediatamente al centro de salud para que su hijo reciba atención médica.

Trate siempre de utilizar un vocabulario sencillo para que la madre lo pueda comprender claramente. Usted aprenderá sobre las que son consideradas buenas técnicas de comunicación en el apartado “Utilizar Buenas Técnicas de Comunicación”.

## 7. ACONSEJAR A LA MADRE SOBRE LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO

Más adelante, aprenderá a completar las secciones de alimentación del formulario de registro de casos. En los niños en que resulta necesaria la evaluación de la alimentación, la misma puede realizarse en cualquier momento de la consulta, y luego de atender las necesidades más urgentes del niño.

## 8. VISITA DE SEGUIMIENTO

Siempre anote la fecha en que debe volver la madre trayendo a su hijo a la consulta. Hágalo en la parte del reverso del formulario de atención del niño. Es decir, anote en cuántos días deberá regresar para el control. La visita de seguimiento es sumamente importante para comprobar que se le está administrando el tratamiento adecuadamente y a su vez facilita la administración de otro u otros tratamientos cuando el niño lo requiera.

Cuando el niño necesite más de una visita de seguimiento por el tipo del problema que presenta, indíquele a la madre o al acompañante, en forma muy clara, cuándo debe regresar a la próxima consulta. Siempre indique la fecha más cercana. Posteriormente, cuando la madre regrese podrá indicarle las otras fechas para continuar su seguimiento.

### ► **Por ejemplo:**

- Si usted le dice "control en 2 días", le está sugiriendo volver en una fecha definida para el seguimiento.

- Si usted le dice "control en 2 días si la fiebre persiste", no le ha fijado una fecha definida. El niño sólo necesita regresar si la fiebre persiste.

Anote en el reverso del formulario de registro todas las fechas de las visitas de seguimiento que le corresponden a los problemas identificados, pero a la madre solamente indíquela la visita más próxima a la cual debe concurrir. Enséñele los signos de alarma que determinarán que deba traer de inmediato a su hijo. Este último elemento resulta muy importante y es necesario que usted le de el tiempo suficiente para que ella lo comprenda adecuadamente.

Las visitas de seguimiento son especialmente importantes para los lactantes pequeños. Si en la visita de seguimiento descubre que la afección del lactante empeoró, refiera urgentemente al lactante al hospital.

Escriba los tratamientos identificados para cada clasificación en el reverso del formulario de registro de casos. En el ejemplo 19 usted podrá observar cómo el profesional anotó los tratamientos que le corresponden a un niño cuya enfermedad clasificó como neumonía, enfermedad febril y otitis media aguda. Como el niño tenía que volver a la consulta por su neumonía en 2 días y por su otitis media aguda en 5 días, el profesional anotó la visita de seguimiento para la recomendación más cercana (2 días) y anotó ese dato en donde dice "Volver a control".

**Ejemplo 19: Reverso del formulario de registro de casos que muestra como se anotan las consultas de seguimiento**

<p><b>2 meses a 4 años</b></p> <p>Temperatura_38°C                  Visita inicial?_ Seguimiento?_</p>	
<p>¿Hay algún signo general de peligro?                  Sí ___ No ___</p> <p>Recuerde usar los signos de peligro al seleccionar clasificaciones</p>	<p><b>TRATAR</b></p> <p>Recuerde referir a todo niño que presente por lo menos un signo de peligro aunque no se encuadre en otra clasificación grave</p>
<p><b>NEUMONÍA</b></p>	<p>Seguimiento: 2 días                  Antibióticos apropiados durante 10 días                  Indicar cuando volver con urgencia</p>
<p><b>ENFERMEDAD FEBRIL</b></p>	<p>Tratar la fiebre                  Indicar cuando volver con urgencia</p>
<p><b>OTITIS MEDIA AGUDA</b></p>	<p>Dar un antibiótico oral durante 10 días                  Dar Paracetamol o Ibuprofeno para el dolor o la fiebre</p>
<p>Volver para la próxima Vacuna el:                  ___ ___                  (Fecha)</p>	<p>Volver a control: <u>    2 días    </u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicar a la madre cuando volver de inmediato</li> <li>• Administrar hierro o mebendazol según corresponda</li> <li>• Administrar las vacunas que correspondan según calendario de vacunación.</li> <li>• Aconsejar a la madre sobre alimentación</li> </ul>

ACONSEJAR A LA MADRE

5



ACONSEJAR A LA MADRE

# ACONSEJAR A LA MADRE

## Capítulo 5

### 1. CÓMO USAR BUENAS TÉCNICAS DE COMUNICACION<sup>119</sup>

El éxito del tratamiento en el hogar depende, en gran parte, de su habilidad para comunicarse con la madre del niño. La madre necesita tener muy claro **¿cómo? ¿cuánto? ¿cuándo? darle el tratamiento** y además necesita comprender la importancia del mismo **¿por qué?**

#### 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 su hijo.
- **ELOGIAR** a la madre por lo que haya hecho bien.
- **RECOMENDAR** sobre cómo cuidar a su hijo en el hogar.
- **CERCIORARSE** de que la madre haya comprendido.

#### **PREGUNTE Y ESCUCHE** para determinar cuáles son los problemas del niño y que es lo que la madre ya está haciendo por él

Pregunte a la madre y escuche atentamente para averiguar cuáles son los problemas del niño y qué hizo ella para tratar al niño en su casa. Mientras escucha determine que es lo que ha estado haciendo bien y qué prácticas inadecuadas deberá usted enseñar a modificar.

#### **ELOGIE** a la madre por lo que ha hecho bien

Posiblemente la madre ya haya hecho algo beneficioso para la enfermedad de su hijo, como por ejemplo amamantarlo. Elógiela y asegúrese de que el elogio sea sincero y verdadero. Elogie únicamente las conductas correctas.

119 Whitlock EP, et al. Evaluating primary care behavioral counseling interventions – An evidence based approach 1. Am J Prevent Med 2002; 22 (4): 267 – 284

## ACONSEJE a la madre cómo cuidar a su niño en la casa

Limite sus consejos a aquello que sea importante para la presente consulta. Utilice un lenguaje simple para que la madre lo comprenda. Si es posible emplee fotografías u objetos reales para explicarle y ayudarle a comprender. Por ejemplo, muéstrele cómo medir una determinada cantidad de líquido utilizando una taza o un recipiente que ella pueda tener en el hogar.

Aconseje eliminar las prácticas que puedan ser perjudiciales para el niño. Cuando corrija una práctica perjudicial, sea claro y tenga cuidado de no hacerla sentir culpable o incompetente. Explíquele claramente por qué es perjudicial dicha práctica.

Alguno de los consejos pueden ser muy simples, como por ejemplo cuando usted le dice cuándo debe volver a un control para reevaluación y seguimiento. En otras ocasiones, será necesario que usted le enseñe a hacer una determinada tarea. Esto último requiere de varios pasos:

- **Proporcionar información**
- **Demostrar con un ejemplo**
- **Permitir que practique**

● **Proporcione información:** explíquele a la madre cómo realizar una determinada tarea, como por ejemplo:

- Preparar SRO
- Aliviar el dolor de garganta
- Preparar una suspensión de antibióticos para administración oral

● **Demuestre con un ejemplo:** Demuéstrele cómo hacer una determinada tarea, como por ejemplo:

- Cómo mantener quieto a un niño para aplicarle una pomada oftálmica o
- Dele un sobre de SRO y muéstrele cómo mezclar la SRO con el volumen correcto de agua, o
- Cómo administrarle un remedio inocuo para suavizar la garganta y enseñarle cómo puede ella prepararlo en la casa o
- Mostrarle cómo reconstituir una suspensión pediátrica antibiótica y medir la dosis.

● **Permita que practique:** Pida a la madre que practique una determinada tarea que usted le enseñó, y obsérvela.

Por ejemplo, deje que la madre:

- Aplique la pomada oftálmica en los ojos del niño o
- Mezcle la SRO, o
- Describa cómo preparará un remedio inocuo para suavizar la garganta, o
- Describa cómo preparará la suspensión antibiótica y cómo medirá la dosis.

En ocasiones, suele bastar con pedirle a la madre que describa cómo va a realizar la tarea en su casa, pero es mejor:

Permitir a la madre que practique es la parte más importante de enseñar una determinada tarea. Si la madre realiza la tarea mientras usted la observa, usted sabrá cuánto entendió ella, qué le resulta difícil y cómo puede ayudarla para mejorar la habilidad. La madre recordará más fácilmente lo que ella tuvo que hacer, lo que pudo practicar y no lo que exclusivamente escuchó.

### CUANDO LE ENSEÑE A LA MADRE:

- ▶ Utilice palabras que ella comprenda
- ▶ Use materiales auxiliares con los que ella esté familiarizada, tales como diferentes recipientes para mezclar la SRO
- ▶ Cuando esté practicando, hágale comentarios acerca de cómo lo está haciendo. Elogie lo que hace bien o corríjala si es necesario
- ▶ Permítale seguir practicando, si ella lo necesita
- ▶ Aliéntela a hacer preguntas. Conteste todas sus preguntas.

### CERCIÓRESE DE QUE LA MADRE HAYA ENTENDIDO

Formule preguntas a la madre para determinar qué es lo que ella entendió y qué es lo que usted tiene que volver a explicarle.

Para lograr una buena comunicación es necesario formular buenas preguntas de verificación. Una pregunta de verificación se debe formular de tal modo que la madre tenga que responder más que con un "sí" o con un "no". Las buenas preguntas de verificación requieren que la persona que responda describa **por qué, cómo o cuándo** dará el tratamiento. Por la respuesta de la madre sabrá si ella le entendió y si aprendió lo que le enseñó acerca del tratamiento. Si ella no puede responder correctamente, suminístrele mayor información o aclárele sus instrucciones.

▶ **Por ejemplo**, si usted le enseñó a la madre cómo dar un antibiótico. Suponga que le pregunta: ¿Sabe cómo darle a su hijo el medicamento? La madre probablemente conteste que SÍ o responda NO, y tal vez se sienta avergonzada de no haber entendido bien. Sin embargo, si usted realiza buenas preguntas de verificación, tales como:

¿Cuándo le va a dar a su hijo el medicamento? ¿Qué cantidad le va a dar cada vez? ¿Durante cuántos días le va a dar el jarabe antibiótico?, le estará pidiendo a la madre que le repita las instrucciones que usted le ha dado. Las buenas preguntas de verificación ayudan a comprobar lo que la madre aprendió y lo que ella recordará sobre cómo tratar a su hijo.

**Recuerde que las "buenas preguntas" de verificación requieren que la madre describa cómo tratará a su hijo. Comienzan con una palabra interrogativa (por qué, cómo, cuándo, cuántos y cuánto). La "malas preguntas", son las que se responden con un simple "sí" o "no" y no demuestran cuánto aprendió la madre.**



Luego de efectuar una pregunta, haga una pausa y dele tiempo a la madre para pensar y poder responder. No conteste la pregunta por ella. No formule otra pregunta hasta que la madre responda la primera.

Se necesita de mucha paciencia para hacer preguntas de verificación. Muchas veces la madre conoce la respuesta pero habla lentamente; en otras se encuentra sorprendida de que usted realmente espera que ella le conteste o tal vez tiene miedo de dar una respuesta incorrecta, o simplemente sea tímida para hablar con una figura de autoridad. Por lo tanto, espere su respuesta y aliéntela a contestar y a comprender.

En el Cuadro 44 usted podrá observar diferentes ejemplos de buenas y malas preguntas de verificación.

**Cuadro 44: Cuadro comparativo de preguntas de verificación bien y mal formuladas**

BUENAS PREGUNTAS DE VERIFICACION	MALAS PREGUNTAS DE VERIFICACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo preparará la solución de SRO?</li> <li>• ¿Cada cuánto debe amamantar a su hijo?</li> <li>• ¿Cuánto líquido más le va a dar cada vez que el niño tenga deposiciones flojas?</li> <li>• ¿Por qué 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 hijo?</li> <li>• ¿Sabe cómo dar más líquidos?</li> <li>• ¿Se acordará de lavarse las manos?</li> </ul>

Cuando la respuesta de la madre es incorrecta o contesta que no se acuerda lo que le dijeron, tenga mucho cuidado en no hacerla sentirse mal o incómoda. Sumínístrele más información, ejemplos y dele la oportunidad de volver a practicar. Entonces, usted estará seguro de todo lo que la madre comprendió. Luego vuelva a formularle más preguntas de verificación.

Algunas madres comprenden perfectamente todo el tratamiento pero, a su vez, le informan a usted que ellas no lo podrán realizar. Los problemas más comunes que ellas refieren son la falta de tiempo o de recursos para dar el tratamiento al niño en su casa. Otras veces puede objetar que le indiquen un medicamento por vía oral en lugar de una inyección, o un remedio casero en lugar de un medicamento. Por lo tanto, ayúdela a pensar en las posibles soluciones a sus problemas y responda a sus objeciones.

- **¿Cuándo le va a dar al niño las gotas de hierro?** Puede ser que la madre le responda que no está en casa durante el día o que solamente puede tratar al niño por la noche. Pregúntele si puede encontrar algún familiar o amigo (abuelos, hermanos, tío, etc) que esté en casa durante el día y que pueda darle el tratamiento al niño al mediodía. Ayúdela a hacer planes para que ella le pueda enseñar a esa persona a darle el tratamiento al mediodía.
- **¿Qué recipiente va a usar para medir 1 litro de agua para mezclar la SRO?** Es posible que le responda que no tiene en la casa recipientes de 1 litro. Pregúntele qué recipientes tiene en la casa. Muéstrele cómo ponerle al recipiente una marca para medir 1 litro utilizando un instrumento adecuado, o cómo medir 1 litro usando envases más pequeños.
- **¿Cómo va a suavizar la garganta de su hijo en casa?** La madre puede contestarle que no le gustan los remedios que le recomendó. En cambio esperaba que le pusieran al niño una inyección o que le dieran comprimidos o jarabe. Convénzala de la importancia de usar remedios inocuos en lugar de medicamentos. Sea claro en su explicación. Tal vez ella tenga que explicar la razón de la administración del remedio inocuo a los miembros de su familia, que probablemente también esperaban otro tipo de tratamiento.

Para cerciorarse de que la madre haya comprendido:

- **Haga preguntas que obliguen a la madre a explicar qué, cómo, cuánto, cuándo o por qué le debe dar el tratamiento al niño. No formule preguntas que puedan contestar con un simple SI o NO.**
- **Dele a la madre tiempo para pensar y luego responder.**
- **Elogie a la madre cuando responda correctamente.**
- **Dele más información, ejemplos y oportunidad de practicar, cuando ella lo necesite.**

## 2. ENSEÑAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE A ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL EN LA CASA<sup>120</sup>

Los medicamentos de administración oral detallados en los cuadros TRATAR, pueden variar según sus indicaciones, dosis, edad y forma farmacéutica. No obstante, la forma de administrarlos es similar. En este capítulo usted aprenderá los pasos básicos para enseñar a las madres a dar los medicamentos por vía oral. Si una madre aprende correctamente cómo dar los medicamentos en su casa, nos aseguraremos que el niño recibirá el tratamiento adecuado. Para los medicamentos de administración oral, siga las instrucciones que se detallan a continuación.

- ▶ **a/ Determine** qué medicamentos son los apropiados y cuál es la dosis y frecuencia según el peso ó la edad del niño. Debe utilizar, como se ha detallado anteriormente, el cuadro TRATAR del Cuadro de Procedimientos.
- ▶ **b/ Explique** a la madre las razones por las cuales se debe administrar el medicamento al niño: En su explicación incluya las razones por las cuales se dará el medicamento de administración oral y el o los problemas que se están tratando con el mismo.
- ▶ **c/ Reconstituya** el medicamento o explíquelo a la madre cómo se realiza la reconstitución. Demuéstrele cómo medir la dosis.

Provéase de un envase del medicamento a utilizar y compruebe la fecha de vencimiento del mismo. No utilice medicamentos que hayan vencido. Calcule la cantidad que necesita el niño.

### SI LE ESTÁ DANDO COMPRIMIDOS

Muéstrele a la madre la cantidad del comprimido que tiene que administrarle en una dosis. Si tiene que darle parte de un comprimido, enséñele a partir el mismo. Si el comprimido debe triturarse, enséñele a agregar unas cuantas gotas de agua potable al mismo y a esperar un minuto para que el agua ablande el comprimido y se haga más fácil de triturar.

## SI LE ESTÁ DANDO JARABE

Enséñele a la madre cómo medir la cantidad correcta (en mililitros) para una dosis y cómo debe administrársela al niño. Utilice como medida la tapa medidora del frasco del medicamento o una cuchara común (de café, té, postre, sopera). Muéstrele cómo medir la dosis correcta con la cuchara. Las medidas de acuerdo al tamaño de la cuchara se pueden observar en el cuadro siguiente, pero recuerde que actualmente, las cucharas pueden variar la cantidad de ml según sean modelos más o menos sofisticados, por lo tanto ajuste las cantidades según el tamaño de las cucharas de uso habitual en su comunidad.

**Cuadro 45: Cantidad de ml de acuerdo al tipo de cuchara**

Tipo de cuchara	Cantidad de ml.
Café	2,5 ml
Té	5 ml
Postre	10 ml
Sopera	15 ml

Ajuste los mililitros del cuadro anterior según el tamaño de las cucharas disponibles y de uso habitual en su comunidad.

## SI LE ESTÁ DANDO SUSPENSION

Si le está indicando una suspensión, prepárela en presencia de la madre y enséñele como hacer la reconstitución del medicamento.

## SI LE ESTÁ DANDO GOTAS

Muéstrele a la madre la cantidad que corresponde a una dosis.



- ▶ **d/ Observe a la madre mientras ella practica cómo medir una dosis.** Pídale a la madre que ella misma mida una dosis del medicamento. Si tiene comprimidos y el niño no puede tragarlo, dígame que lo muele. Obsérvela mientras practica. Dígame lo que ha hecho correctamente. Si no midió la dosis correctamente vuelva a enseñarle el procedimiento.
- ▶ **e/ Pídale que le dé la primera dosis del medicamento a su hijo y explíquele qué hacer cuando el niño vomita.** Explíquele que le debe dar al niño el antibiótico aunque haya vomitado. Pero, en este último caso, debe vigilarlo por 30 minutos. Si en ese lapso se produce el vómito, dígame que debe verificar si hay restos de jarabe o comprimidos en el mismo. Si están presentes debe darle otra dosis del medicamento. Por otro lado, si está deshidratado y además vomita, debe esperar que el niño se rehidrate para darle nuevamente la dosis.
- ▶ **f/ Explíquele detalladamente cómo administrarle el medicamento al niño**

Indique a la madre:

- **Qué cantidad** de medicamento le va a dar a su hijo
- **Cuántas veces** al día se lo debe dar
- **Cuándo** se lo dará (por ejemplo: a la mañana, temprano, a la hora del almuerzo, a la hora de la cena, antes de dormir, etc), y
- **Por cuántos días** se lo deberá dar

Escríble toda esta información en la “tarjeta de información para la madre”. De ser necesario trate de ilustrar su indicación con dibujos que la madre pueda comprender. A continuación se da un ejemplo de tarjeta impresa para ser dadas a las madres.

**Cuadro 46: Tarjeta de información para la madre**

<b>NOMBRE:</b>		<b>DROGA:</b>	
<b>FECHA:</b>		<b>CANTIDAD:</b>	
			
<b>DOSIS:</b>			

En esta tarjeta, usted deberá anotar:

- El nombre completo del medicamento y la cantidad total de jarabe, gotas, comprimidos necesarios para completar el esquema de tratamiento (por ej. 2 frascos).
- La dosis correcta que debe tomar el niño (número de comprimidos, medicamento líquidos medidos en cucharadas: 1/2, 1, ...). Cuándo se debe dar cada dosis (por la mañana temprano, a la hora del almuerzo, a la hora de la cena, antes de dormir).
- La dosis diaria y el esquema de tratamiento (por ejemplo: medida, 2 veces al día, por 5 días).

Las instrucciones deben ser escritas en forma clara, de manera que cualquier persona las pueda leer y comprender fácilmente. Si dispone del medicamento apropiado entrégueselo a la madre. Si no dispone del mismo averigüe si la madre puede comprarlo. Luego hágale preguntas de verificación para cerciorarse de que comprendió cómo debe tratar a su hijo.

***Si tiene que recibir más de un medicamento, dosifique, rotule y empaquete dichos medicamentos en forma separada. Anótelos en cada tarjeta.***

*Un niño puede tener varios problemas y necesitar dos o más medicamentos. En este caso es necesario que usted desarrolle los pasos anteriormente descritos para cada uno de los medicamentos. Explíquelo a la madre que le está dando varios medicamentos para su hijo porque tiene varios problemas a resolver. Muéstrela a la madre los diferentes medicamentos. Explíquelo cómo dar cada uno de ellos. De ser necesario, escríble un resumen de los medicamentos y de los momentos del día en que se los debe dar al niño.*

- ▷ g/ **Explíquelo que todos los jarabes o comprimidos medicinales, de administración oral, deben usarse hasta terminar el esquema de tratamiento, aunque el niño haya mejorado.**

Explíquelo a la madre que aunque el niño mejore deberá continuar con el tratamiento. Algunas bacterias o parásitos pueden estar presentes aunque haya desaparecido la signo sintomatología del niño. Recomiéndele que conserve todos los medicamentos fuera del alcance de los niños y que los guarde en un lugar seco y oscuro pero lejos de insectos. No olvide recomendarle que deseche los sobrantes de los mismos para evitar que ella medique nuevamente al niño ante un cuadro con sintomatología parecida.

Por último, pídale a la madre que traiga los medicamentos cuando vuelva a su próxima consulta ya que lo ayudará a usted para saber si se los está administrando correctamente.

- ▷ h/ **Cerciórese de que la madre haya comprendido todas las explicaciones dadas y hágalo antes de que se retire del servicio de salud.**

Formule a la madre las preguntas de verificación, tales como:

- **¿Cuánto** le va a dar cada vez?
- **¿Cuándo** se lo va a dar? **¿Por cuántos días?**
- **¿Cómo** va a preparar el jarabe?
- **¿Qué medicamentos** le va a dar tres veces al día?
- **¿Las gotas para la fiebre cuando se las va a dar?**

Si piensa que probablemente la madre vaya a tener problemas para darle a su hijo el o los medicamentos en su casa, ofrézcale más información, ejemplos y oportunidad de practicar. El niño necesita recibir el tratamiento correcto para mejorar.

En algunos establecimientos de salud existen personas encargadas de la entrega de los medicamentos y de enseñar a las madres a administrarlos. Si usted se encuentra en esta situación, enséñele a ese empleado las habilidades y destrezas que se describieron hasta aquí, pero luego cerciórese de que lo haga bien. Formúlele a la madre, antes de que se retire del servicio, preguntas de verificación. Por sus respuestas sabrá si ese empleado le ha enseñado correctamente cómo dar el tratamiento.

En el cuadro 47 tendrá un resumen de los pasos detallados.

**Cuadro 47: Enseñar a la madre****ENSEÑAR A LA MADRE A ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS POR VIA ORAL EN LA CASA**

- Determinar los medicamentos y las dosis apropiadas para la edad y el peso del niño.
- Explicar a la madre la razón por la cual se administra el medicamento al niño.
- Reconstituir el medicamento y explicar como se realiza.
- Mostrarle cómo medir la dosis.
- Observar a la madre mientras practica cómo medir la dosis.
- Pedir a la madre que administre la primera dosis al niño.
- Explicarle minuciosamente cómo administrar el o los medicamentos.
- Explicarle que todos los comprimidos, gotas y jarabes medicinales deben continuar administrándose hasta terminar el tratamiento, aunque el niño haya mejorado. Aconsejar guardarlos en un lugar fresco y fuera del alcance de los niños. Indicarle que deseche los sobrantes de los medicamentos.
- Cerciorarse de que la madre, antes de retirarse del servicio de salud, haya comprendido todos los procedimientos precedentes.

**3. ENSEÑAR A LA MADRE A TRATAR LAS INFECCIONES LOCALES EN SU CASA**

En esta sección se describirá cómo enseñar a la madre o a la persona a cargo del niño a tratar las infecciones localizadas (tos, dolor de garganta, problemas de alimentación etc).

Al terminar esta sección, usted habrá aprendido a:

- ▶ **Explicarle** a la madre en qué consiste el tratamiento y por qué debe administrarse.
- ▶ **Conocer** las etapas del tratamiento.
- ▶ **Reconocer** la importancia de observar a la madre mientras administra el primer tratamiento al niño en el servicio de salud (excepto para los remedios para la tos y el dolor de garganta).
- ▶ **Indicarle** a la madre cuántas veces debe administrar el tratamiento en la casa.
- ▶ **Reconocer** la importancia de proveer a la madre el medicamento, cuando el mismo se lo tuviera en el servicio de salud.
- ▶ **Fundamentar** la importancia de cerciorarse de que la madre, antes de retirarse del servicio de salud, haya comprendido todos los procedimientos que debe realizar en su casa.

**TRATAR LAS MANCHAS BLANCAS DE LA BOCA (CANDIDIASIS O MONILIASIS ORAL)**

Ver el cuadro 13 del fascículo anexo a este manual.

## TRATAR LA CONJUNTIVITIS

Ver el cuadro 13 del fascículo anexo a este manual.

## ALIVIAR EL DOLOR DE GARGANTA Y MITIGAR LA TOS CON UN REMEDIO INOCUO

Para suavizar la garganta o calmar la tos se debe utilizar un remedio inocuo. Existen remedios caseros que se pueden recomendar y que contribuyen a calmar la tos del niño y a tranquilizar la ansiedad familiar. Los remedios caseros son tan eficaces como los que se compran.

Cuando explique cómo administrar el remedio casero, no necesita observar cómo la madre lo hace. La dosis exacta tampoco es importante.

En el cuadro **TRATAR AL NIÑO** del Cuadro de Procedimientos se incluyen las recomendaciones para calmar el dolor de garganta o la tos en los niños. Si un niño se alimenta exclusivamente con leche materna no debe indicarse ninguna otra bebida ni medicamentos. La leche materna es el mejor remedio para calmar la tos o el dolor en un niño con lactancia materna exclusiva. En el cuadro siguiente se detallan las recomendaciones del cuadro de procedimientos para este tema.

### Cuadro 48: *Aliviar el dolor de garganta y la tos*

ALIVIAR EL DOLOR DE GARGANTA Y LA TOS
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Desobstrucción nasal frecuente</li><li>○ Indicar la posición semisentada para el reposo del niño.</li><li>○ Recomendar:<ul style="list-style-type: none"><li>- en los mayores de 1 año: líquidos apropiados en abundancia. Leche tibia con azúcar.</li><li>- en los menores de 1 año: aumentar la frecuencia de las lactadas.</li></ul></li><li>○ Eliminar focos de contaminación ambiental:<ul style="list-style-type: none"><li>- Cigarrillos</li><li>- Braseros y estufas (encenderlos y apagarlos fuera de la vivienda)</li></ul></li><li>○ <b>MEDICAMENTOS CONTRAINDICADOS:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Antitusivos, mucolíticos, descongestivos.</li></ul></li></ul>

Posiblemente, en su área, existen medicamentos que de ser utilizados pueden resultar perjudiciales para el niño. Nunca utilice medicamentos que contengan atropina, codeína y sus derivados, y alcohol u otros derivados porque pueden dañar la salud del niño (sedación, interferencia con su alimentación o con la capacidad de expectorar las secreciones pulmonares, etc). Siempre alerte a la madre sobre la existencia de ellos y explíquele porque no debe dárselos a su hijo.

Tampoco debe utilizar gotas nasales. Las únicas permitidas son las de solución fisiológica exclusiva.

#### 4. ACONSEJAR A LA MADRE EN RELACIÓN A LOS PROBLEMAS O POSIBLES DIFICULTADES DE ALIMENTACIÓN DEL NIÑO<sup>121</sup>

En los capítulos precedentes se han desarrollado los contenidos para aprender a determinar el o los tratamientos a administrar al niño y la forma de enseñar a la madre para que los efectúe en forma correcta. En este capítulo reconocerá la importancia de evaluar la alimentación del niño y proporcionar todos aquellos consejos que beneficien el cuidado del niño en el hogar.

Usted debe asegurarse que al retirarse del servicio la madre haya aprendido a dar los cuidados correctos al niño en su hogar y que tenga claro cuando debe regresar a una consulta de seguimiento o de urgencia.

Las recomendaciones sobre la ALIMENTACIÓN del niño, la cantidad de LÍQUIDOS a administrar y el enseñar a la madre CUÁNDO VOLVER con urgencia, se incluyen en recuadro titulado "Aconsejar a la Madre o al Acompañante".

En esta sección se incluyen las razones por las cuáles resulta imprescindible conocer cómo evaluar la alimentación del niño y adquirir las habilidades y destrezas para proporcionar los consejos necesarios para el cuidado adecuado del niño en el hogar.

#### OBJETIVOS DE ESTE APARTADO

**Al finalizar el capítulo usted deberá ser capaz de:**

- **Evaluar** la alimentación del niño, determinar si tiene problemas de alimentación y aconsejar a la madre para solucionar los problemas que haya evidenciado.
- **Valorar** la importancia de la ingesta de líquidos durante la enfermedad y recomendar a la madre el aumento de las mismas.
- **Utilizar** buenas técnicas de comunicación para indicarle a la madre cuándo debe volver:
  - Para la visita de seguimiento o control
  - Con urgencia para que el niño pueda recibir atención médica inmediata
  - Para que el niño pueda ser vacunado
- **Adquirir habilidades para:**
  - **Dar consejos** a la madre sobre los cuidados en el hogar, sobre medidas de prevención y vida saludable.
  - **Utilizar** sistemáticamente elementos recordatorios para mejorar la adherencia y el cumplimiento de las indicaciones por parte de la persona que está a cargo del niño.

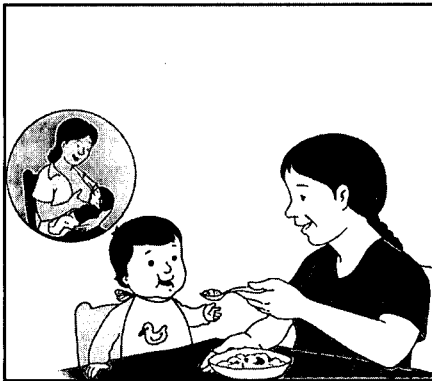


A esta parte de la consulta a veces se le dedica muy poco tiempo, sin reconocer que el éxito terapéutico depende en gran parte de esta instancia. Aunque tenga prisa, es importante que se tome el tiempo necesario para dar a la madre un asesoramiento completo y cuidadoso. Usted ha aprendido varias técnicas de comunicación en este curso. Al aconsejar a la madre, empleará algunas de las técnicas que ya practicó en la evaluación y tratamiento del niño.

Las visitas de seguimiento cuando el niño está enfermo ofrecen una buena oportunidad de continuar aconsejando a la madre en relación a la alimentación del niño en condiciones de salud o enfermedad.

El reconocimiento de lo que la madre ha hecho bien mediante un elogio, así como la utilización de un lenguaje sencillo y coloquial facilitará la comunicación. Siempre es recomendable realizar preguntas de verificación para asegurarnos que a la madre le ha quedado todo claro.

## 1. RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACIÓN



En esta sección del módulo se explicarán las recomendaciones para la adecuada alimentación del niño (sano o enfermo), y que usted podrá observar en el recuadro **ACONSEJAR** del Cuadro de Procedimientos.

Las recomendaciones se enumeran en columnas correspondientes a 3 grupos de edad.

Durante la consulta Ud. formulará diferentes preguntas a la madre para conocer cómo es la alimentación de su hijo y recién luego le proporcionará todos los **consejos que sean necesarios de acuerdo a la edad y a la situación clínica del niño.**

### La alimentación del niño enfermo:

Algunos padres piensan que el niño enfermo debe comer menos. Si bien esto puede ser cierto en algunas situaciones, frecuentemente el niño enfermo pierde calorías y agua cuando tiene fiebre, diarrea, vómitos y/o transpira más.

- La buena alimentación ayudará al niño enfermo a recuperarse más rápido y mejor.
- Una enfermedad infecciosa puede producir inapetencia y simultáneamente mayor gasto de calorías. Los episodios reiterados de enfermedades relativamente banales son una causa importante de desnutrición.
- La consulta médica brinda la oportunidad para aconsejar sobre las recomendaciones de alimentos y frecuencia de ingesta de los mismos, teniendo en cuenta la edad y la condición clínica del niño, y asesorar sobre la necesidad de ofrecer pequeñas cantidades de alimentos entre las comidas cuando así lo requiriera.
- Aunque el niño no pueda comer mucho durante cada comida, es necesario insistir e intentar con sus alimentos preferidos. En lo posible se deberá intentar aumentar los alimentos ricos en proteínas.

- Luego de recuperarse de su enfermedad, la buena alimentación ayudará al niño a recuperar el peso perdido y evitará la desnutrición. Se estima que la recuperación nutricional insume el doble del tiempo que el de la enfermedad, aún con una adecuada alimentación.
- En un niño sano, la buena alimentación ayuda a prevenir futuras enfermedades.

**A continuación en esta sección se desarrollarán los siguientes conceptos:**

- Cómo evaluar la alimentación del niño
- Recomendaciones sobre alimentación para:

○ **Lactantes menores de 6 meses de vida**

- Importancia de la lactancia materna como alimento exclusivo durante los primeros 6 meses de vida
- Causas de mala prendida y de succión ineficaz durante la lactancia materna
- Mejorar la posición y la prendida

○ **De 6 meses a 1 año de edad**

- Mejorar la formación de hábitos alimentarios

○ **De 1 o más años de edad**

- Aportes de hierro
- Recomendaciones especiales para los niños con diarrea persistente
- Recomendaciones a la madre acerca de los problemas de alimentación
- El uso de la tarjeta recordatoria para la madre
- Aconsejar a la madre que aumente la cantidad de líquidos durante la enfermedad
- Consejos para aumentar la densidad energética de las preparaciones
- Sugerencia para administrar alimentos entre las comidas.

**CÓMO EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO**

Usted deberá formular preguntas para evaluar la alimentación del niño. No obstante, si la madre ya ha recibido numerosas instrucciones para el tratamiento del niño y se la nota abrumada, usted puede postergar dicha evaluación y suministrar las recomendaciones pertinentes en una visita posterior.

Para evaluar la alimentación formule las preguntas que están en el cuadro 49.

**Cuadro 49: Cómo evaluar la alimentación del niño**

<b>EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO</b>
<p>Formular preguntas sobre la alimentación habitual del niño y, en particular, sobre la alimentación durante esta enfermedad. Comparar las respuestas de la madre con las <b>Recomendaciones para la alimentación</b>, según la edad del niño.</p> <p><b>PREGUNTAR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Usted le da el pecho al niño?             <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuántas veces al día?</li> <li>- ¿También durante la noche?</li> </ul> </li> <li>• ¿El niño ingiere algún otro alimento o toma algún otro líquido?             <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué alimento o líquidos?</li> <li>- ¿Cuántas veces por día?</li> <li>- ¿Qué alimentos le da habitualmente al niño?</li> <li>- <b>Si el niño tiene desnutrición</b> ¿De qué tamaño son las porciones que le da?</li> <li>¿El niño recibe su propia porción? ¿Quién le da de comer al niño y cómo?</li> <li>- <b>Durante la enfermedad:</b> ¿hubo algún cambio en la alimentación del niño? Si la hubo ¿Cuál fue?</li> </ul> </li> </ul>

Es importante que evalúe el tamaño de la porción de alimentos y la alimentación activa. Escuche atentamente para determinar qué prácticas de alimentación se usan correctamente y cuáles necesitan ser cambiadas. Usted puede observar cuáles son las recomendaciones relacionadas con la alimentación y edad del niño en la tabla ACONSEJAR. Esta actividad la puede desarrollar mientras escucha a la madre. Si la respuesta de ella no resulta clara, fórmúlele otra pregunta. Por ejemplo, si dice que las porciones son bastante grandes, usted podría preguntar ¿cómo sabe cuándo su hijo quiere más?

Es importante que usted determine cuáles son los problemas de alimentación que presenta el niño, es decir que diferencia existe entre la alimentación que recibe y las recomendaciones para su edad. A continuación se detallan algunos ejemplos (cuadro 50).

**Cuadro 50: Identificación de problemas de alimentación vs. alimentación recomendada**

<b>Ejemplos de las diferencias entre la alimentación que recibe un niño y la alimentación recomendada por AIEPI</b>	
<b>ALIMENTACION REAL QUE RECIBE EL NIÑO</b>	<b>ALIMENTACION RECOMENDADA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 meses de edad y recibe agua azucarada y leche materna.</li> </ul>	<p>Debe recibir solamente leche materna, sin ningún otro tipo de alimentos o líquidos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 años de edad y es alimentado sólo 3 veces por día.</li> </ul>	<p>Debe alimentarse 2 veces entre comidas y recibir 3 comidas diarias.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 meses de edad y aún es alimentado exclusivamente con leche materna.</li> </ul>	<p>Debe recibir también porciones suficientes de alimentos complementarios nutritivos 3 veces al día.</p>

Las respuestas de las madres pueden señalar otros tipos de problemas. En la sección **ACONSEJAR A LA MADRE SOBRE LOS PROBLEMAS DE ALIMENTACION** del cuadro **ACONSEJAR** del Cuadro de Procedimientos se enumeran algunos otros problemas que pueden surgir.

## 2. RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACIÓN PARA LACTANTES DE HASTA LOS 6 MESES DE EDAD

La mejor forma de alimentar al niño de hasta 6 meses de edad es la lactancia materna exclusiva (exclusivamente pecho y sin la ingesta de otros alimentos, agua u otros líquidos, a excepción de aquellos que vienen con los medicamentos o las vitaminas que fueran necesarias administrar). Por lo tanto la lactancia materna puede ser:

- ▶ **Exclusiva:** cuando el niño ingiere exclusivamente leche materna.
- ▶ **Predominante:** cuando el niño recibe leche materna y agua, jugos o tés.
- ▶ **Completa:** es considerada una categoría epidemiológica, y se conforma con la suma de las dos anteriores.
- ▶ **Parcial:** cuando el niño recibe leche materna y otros alimentos (incluidos otros tipos de leche).

En nuestro país se firmó, en 1991, el Compromiso Nacional de la Madre y el Niño con el objetivo de lograr que el 60% de los niños fueran amamantados hasta el cuarto mes de vida. No obstante, las normativas del Ministerio de Salud de la Nación, la Sociedad Argentina de Pediatría y la Academia Americana de Pediatría basándose en los criterios de la OMS-UNICEF optaron por “promover la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida y mantener la lactancia materna complementaria oportuna hasta los 2 años ó más”. Desde 1993 la Comisión Asesora de Lactancia Materna del Ministerio de Salud de la Nación otorga la placa de Hospital o Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño a aquellos hospitales y centros de salud que trabajen adecuadamente para favorecer la lactancia materna exclusiva.

**La lactancia materna exclusiva da grandes beneficios al niño, en tanto:**

- ▶ La leche materna contiene todos los nutrientes que el niño necesita.  
**Estos nutrientes se absorben más fácilmente de la leche materna** que de cualquier otra leche. *La leche humana es el alimento ideal para este período de la vida del niño.*
- ▶ Las propiedades defensivas de la leche humana se producen por la presencia de anticuerpos, la acción de los nutrientes, las enzimas y las hormonas.
- ▶ Los nutrientes se absorben mucho mejor que los de cualquier otra leche, son los apropiados para la inmadurez de la función renal e intestinal del lactante más pequeño, para el crecimiento y la maduración del cerebro y sirve como sustrato para los cambios de la composición corporal que se producen durante el primer año de vida. También contiene los ácidos grasos esenciales necesarios para el crecimiento del cerebro, de los ojos y de los vasos sanguíneos.
- ▶ La lactosa es el principal hidrato de carbono de la leche humana, es la que regula el

volumen de leche producida y a su vez aporta calorías, sustrato para la formación de galactolípidos y facilita la absorción de calcio. Los oligosacáridos están en una concentración 10 veces superior a la de la leche de vaca, y estimula el crecimiento del lactobacillus bifidus que impide la adhesión de las bacterias a las células del epitelio intestinal.

- ▶ Los lípidos son los componentes más variables de la leche (promedio 4,5 g%) y aportan el 50% de las calorías. La leche del principio de la mamada (33% del volumen total) tiene menor tenor de grasa y calma la sed del bebé.<sup>122</sup> La leche del final de la mamada (segunda leche) tiene 4 veces más de grasa que la inicial. El tenor de grasa es más elevado por la mañana y más bajo desde el atardecer a la noche. Numerosos estudios sugieren que el tenor de grasa de la leche humana aumenta con la mayor frecuencia de las mamadas. El 42% de los ácidos grasos son saturados y el resto insaturados. El ácido araquidónico y el docosahexaenoico están presentes sólo en la leche humana y es importante, entre otros, en el desarrollo visual de los niños.
- ▶ La concentración total de grasas de la leche humana no guarda relación con la dieta de la madre. Por el contrario, la dieta de la madre influye sobre el perfil de grasas de la leche humana. Los ácidos grasos libres son los que tienen actividad antivírica, antibacteriana y antiprotozoaria.
- ▶ La concentración de proteínas de la leche de madre (0.9 g%) está adaptada a la propia modalidad de crecimiento del niño y la proporción de caseína/proteína es de 40/60. Cumplen, entre otras, funciones inmunológicas, de neurotransmisión en cerebro y retina (taurina), en el catabolismo de ácidos grasos de cadena larga (carnitina), en la motilidad intestinal y protección de la mucosa (prostaglandina E2 y F2) y en el crecimiento y maduración de epitelios y tejidos (factor de crecimiento epidérmico).
- ▶ Tiene buena disponibilidad de las vitaminas que necesita el niño. La adecuada relación calcio/fósforo favorece la absorción del calcio. El hierro tiene alta biodisponibilidad y reduce la incidencia de anemias ferropénicas en el niño.
- ▶ Los componentes de la leche materna están en una relación de concentración óptima como para que un nutriente no interfiera en la absorción de otro. El aporte de inmunoglobulinas y de células vivas en la leche materna son el complemento natural para las deficiencias inmunológicas del niño pequeño en los primeros meses de vida.
- ▶ El valor calórico de la leche humana es de aproximadamente 75 Kcal/100 ml en mujeres sanas.
- ▶ **La leche materna proporciona toda el agua que necesita el lactante, aún en un clima cálido y seco.**
- ▶ **Leche de madre de prematuros:** o también llamada leche de pretérmino tiene mayor contenido de proteínas (1.8 a 2 g/dl) y de sodio y un poco más de calorías y grasas que la leche de madres cuyos hijos fueron de término. La baja carga de solutos es beneficiosa para este tipo de neonatos. El prematuro absorbe el 90% de las grasas de la leche de su madre. Contiene los 9 aminoácidos esenciales y la taurina, glicina, cistina y leucina tan importantes para el crecimiento del prematuro.
- ▶ Sin embargo, la concentración de calcio y fósforo es igual a la de la leche de término, por lo cual ellos necesitan la suplementación con éstos elementos.

---

122 Composición química de la leche humana. En Lactancia Materna. Bases Científicas para la práctica clínica. AFACIMERA-UNICEF, mayo 2003: pág.73-83

***La leche materna proporciona toda el agua que necesita el lactante, aún en los climas cálidos y secos.***

***La leche materna protege contra las infecciones. El lactante puede compartir la capacidad que tiene la madre de luchar contra las infecciones.***

Numerosos estudios han demostrado que los niños que no fueron amamantados tienen un riesgo 18 veces mayor de padecer diarrea en el primer año de vida<sup>123</sup> y 4 veces más de morir por neumonía<sup>124</sup> que los niños que fueron amamantados.

***La lactancia materna aumenta el apego madre-hijo, y disminuye el porcentaje de niños dados en adopción por lograr una relación estrecha y cariñosa entre la madre y su hijo. El permitir la participación del padre favorece la duración de la lactancia materna y la persistencia de la unión familiar.***

## **ES MEJOR NO SUMINISTRAR AL NIÑO NINGUNA OTRA LECHE NI NINGÚN OTRO ALIMENTO QUE NO SEA LECHE MATERNA**

A los niños menores de 6 meses no se les debe dar leche de vaca ni de cabra, preparaciones para lactantes, cereal ni otras bebidas como té, jugo o agua, por las siguientes razones:

- El suministrar otros alimentos o líquidos reduce la cantidad de leche materna que puede tomar el lactante.
- Estos líquidos u alimentos pueden contaminarse con los gérmenes contaminantes del agua o de los biberones o utensilios que se utilizan para su preparación y producir infecciones o causar la muerte del niño.
- El hierro de la leche de cabra y de vaca no se absorben bien (absorción 4 a 1 versus el 50% de la leche humana) y pueden ocasionar microhemorragias intestinales que conducen a la producción de anemia ferropénica.
- El lactante puede presentar alergias a cualquiera de esos líquidos. Además puede tener dificultad para digerir la leche de origen animal y padecer diarreas, erupciones u otros síntomas relacionados con los mismos. La diarrea puede llegar a ser de tipo persistente.

La lactancia materna exclusiva le dará al lactante la mejor posibilidad de crecer y mantenerse sano.

En los cuadros siguientes usted podrá analizar algunos de los beneficios de la lactancia materna, ya sea para el niño, la madre, la familia y la sociedad.

No obstante, siempre recuerde que la lactancia materna exclusiva produce **MUCHÍSIMOS BENEFICIOS MÁS.**

123 Popkins y col. Pediatrics, 1990 (en la Población de Filipinas). Composición química de la leche humana. En Lactancia Materna. Bases Científicas para la práctica clínica. AFACIMERA- UNICEF, mayo 2003: pág.73-83

124 Popkins y col. Pediatrics, 1990 (en la Población de Brasil). Composición química de la leche humana. En Lactancia Materna Bases Científicas para la práctica clínica. AFACIMERA- UNICEF, mayo 2003: pág.73-83

**Cuadro 51: Beneficios de la lactancia materna exclusiva para el niño**

<b>ALGUNOS DE LOS BENEFICIOS QUE BRINDA LA LECHE HUMANA AL NIÑO</b>	
	<b>Por qué la leche humana brinda esos beneficios</b>
<b>Infecciones bacterianas, sepsis</b>	Por las propiedades autoinmunes, los leucocitos y la lactoferrina
<b>Infecciones gastrointestinales Infecciones del tracto urinario</b>	Por los factores antiinfecciosos humorales y celulares
<b>Enterocolitis necrotizante</b>	Por la presencia de factores inmunológicos, su osmolaridad y la presencia de macrófagos
<b>Colitis</b>	Por evitar la exposición a las proteínas de la leche de vaca.
<b>Otitis media</b>	Porque no irrita como la ingestión de leche de vaca y además provee de anticuerpos.
<b>Infecciones virales</b>	Protege principalmente contra virus sincicial respiratorio por su relación IgA/IgG y los anticuerpos transmitidos por GALT y BALT
<b>Reflujo gastroesofágico</b>	Porque provoca un vaciamiento gástrico más rápido y el pH esofágico es menor
<b>Estenosis hipertrófica del píloro</b>	Se cree que podría prevenir el espasmo y el edema pilórico
<b>Anemia por deficiencia de hierro</b>	Por una buena absorción del hierro y porque no provoca microhemorragias intestinales
<b>Asma, alergia o enferm. Atópicas</b>	Porque inhibe el pasaje de posibles antígenos
<b>Eccema infantil</b>	Porque no se expone a las proteínas heterólogas
<b>Enfermedad celíaca</b>	Porque protege contra la atrofia de las vellosidades
<b>Constipación</b>	Porque favorece la eliminación de heces más blandas
<b>Enfermedad de Crohn</b>	Porque reduce la exposición a proteínas heterólogas
<b>Diabetes tipo I</b>	Ayuda a protegerlo la ausencia de péptidos antígenos
<b>Síndrome de Muerte Súbita</b>	Aún es discutido. Podría deberse a factores antiinfecciosos y antialérgicos.

**Cuadro 52: Beneficios de la lactancia materna para las madres que amamantan**

<b>BENEFICIOS DE LA LACTANCIA PARA LA MADRE QUE AMAMANTA</b>	
<b>BENEFICIO</b>	<b>JUSTIFICACION DEL BENEFICIO</b>
<b>Evita la anemia post parto</b>	La succión del niño estimula la secreción de ocitocina, que a su vez produce la retracción uterina post parto y disminuye el riesgo de hemorragias y anemia en la madre
<b>Recuperación del peso pregestacional</b>	La lactancia materna consume los depósitos de grasa formados durante el embarazo y producirán el descenso de peso de la madre sin necesidad de dietas restrictivas.
<b>Efecto de sedación materna</b>	La succión produce liberación de colecistoquinina en la madre que a su vez le produce sedación y sueño y una mejor relación madre-hijo y madre-pareja.
<b>Espaciamiento de embarazos</b>	La lactancia materna evita un nuevo embarazo dentro de los 6 primeros meses post parto, cuando la madre tiene amenorrea y la lactancia exclusiva a libre demanda. Esto contribuye a disminuir la morbimortalidad materna.
<b>Además existen otros beneficios adicionales como:</b>	Disminución del: Cáncer del cuello uterino Cáncer de mama pre-menopáusico Cáncer de endometrio Cáncer de ovarios Artritis reumatoidea Osteoporosis en la posmenopausia

Por otro lado, los beneficios para la familia son innumerables, como ser: estrecha los lazos afectivos, protege el presupuesto familiar, aumenta el sentimiento de competencia familiar para la crianza al mantener más sanos a los hijos, contribuye a programar los nacimientos y crean un modelo muy útil para que continúen sus propios hijos.

Evidentemente, la lactancia materna exclusiva terminará produciendo en el futuro una disminución de la morbimortalidad infantil y materna, del porcentaje de hospitalizaciones, del gasto de insumos en salud (medicamentos, alimentación, etc) y de la pérdida de trabajo o del porcentaje de inasistencias por ausentismo por enfermedad familiar.

Analizado desde otro punto de vista, cuando los niños son alimentados a pecho exclusivo durante los primeros 6 meses de vida, ecológicamente, se logra un ahorro de agua potable, una disminución de productos contaminantes (latas, cauchos, plásticos, etc) y de la tala de árboles y por lo tanto se mejorará la economía no sólo familiar sino del país entero.



**Entonces:**

- ▷ Si una madre está amamantando a su hijo menos de 8 veces en 24 horas, **aconsejele que aumente la frecuencia de las lactadas y que lo amamante más frecuentemente y por el tiempo que el lactante lo desee (tanto de día como de noche).**
- ▷ Si el infante recibe otras comidas o bebidas, **recomiéndele que lo amamante más seguido y que reduzca la cantidad de los otros líquidos o comidas.** De ser posible, recomiéndele que abandone por completo la administración de esos otros líquidos. De no ser posible, dígame que le administre esos líquidos utilizando una taza o un vaso.
- ▷ Si el niño no recibe lactancia materna, recomiende a la madre una consejería para lactancia en algún Hospital o Centro de Salud Amigo de la madre y el niño o similar. Si la madre está interesada, el consejero en lactancia materna podría resolver sus dificultades y ayudarla a comenzar la lactancia nuevamente.

► **Nota:** usted debe también aconsejar a la madre que no amamanta, es decir le debe aconsejar sobre la manera de elegir y de preparar correctamente el sucedáneo apropiado de la leche materna. Recuerde que los hijos de madre HIV positiva o con SIDA reciben frecuentemente leches de fórmula. Recomiéndele que alimente al lactante con una taza y no con el biberón. Las leches de fórmula que se deben indicar ante esta situación es la de inicio, destinadas a lactantes normales y que antes eran denominadas como maternizadas o humanizadas. Las mismas vienen suplementadas con vitaminas, minerales e incluso hierro.

El estado nutricional materno tiene una influencia limitada en su capacidad de producción de leche y en el amamantar. Por otro lado, es necesario recordar que la concentración de ciertos nutrientes de la leche humana guarda relación con el tipo de alimentación materna. Las dietas excesivas en ácidos polinsaturados de la madre disminuyen la concentración de vitamina E en la leche materna.

La concentración de vitaminas del grupo B, folatos, vitamina D y A en la leche humana dependen de la ingesta materna. Los hijos de madres vegetarianas estrictas y de larga data tienen mayor posibilidad de sufrir deficiencia de B12 y folatos y padecer anemia megalobástica con eventual daño neurológico del niño, por lo cual hay que suplementar con dichos elementos a la madre.

Cuando un niño presenta problemas de alimentación, usted debe citarlo para un control de reevaluación y seguimiento a los 2 días, más aún cuando recomendó realizar cambios en su dieta o en la forma de alimentarlo.

Estudios del CESNI<sup>125</sup> en la Patagonia, (1995) demuestran una alta prevalencia de deficiencia de vitamina D en mujeres embarazadas y en sus hijos, objetivando la necesidad de suplementar con vitamina D a los niños nacidos en las regiones más australes de nuestro país.<sup>126</sup>

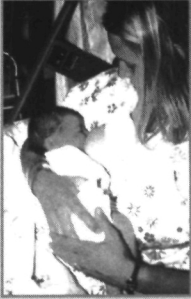
Actualmente todas las maternidades de nuestro país reconocen la importancia del vínculo temprano madre-hijo y colocan al niño al pecho de la madre en los primeros minutos de vida. Por lo tanto, desde el nacimiento y hasta los 2 años hay que reforzar la práctica de la lactancia materna en cada una de las consultas de atención del niño. Usted debe adquirir todas las habilidades y destrezas para enseñar a la madre cómo dar correctamente el pecho a su hijo, y debe hacerlo tantas veces como fuera necesario. En el cuadro siguiente usted podrá observar las recomendaciones que brinda **AIEPI** para esta edad.

---

125 CESNI: Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil

126 CESNI 12. Recomendaciones para la alimentación de niños normales menores de 6 años. Centros de Estudios sobre Nutrición Infantil, Centro Colaborador de la OMS en Investigación y Docencia en Nutrición Infantil

**Cuadro 53: Recomendaciones de Alimentación hasta los 6 meses de vida**

<b>Hasta los 6 meses de edad</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Dar el pecho todas las veces que el niño quiera</i></li> <li>• <i>No darle nunca otra comida o alimento</i></li> </ul> <p><b>Solamente si el niño:</b> <i>No está aumentando de peso lo suficiente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Añadir alimentos complementarios (ver la recomendación para niños de 6 meses a 11 meses).</li> <li>• Darle esos alimentos una o dos veces al día, después de darle el pecho.</li> </ul>	

**ENSEÑAR LA TÉCNICA (POSICIÓN Y PRENDIDA) CORRECTOS PARA LA LACTANCIA<sup>127</sup>**

Usted aprendió a evaluar la lactancia materna en aquellos lactantes que no requieren referencia urgente al hospital, cuando:

- Tiene alguna dificultad para alimentarse.
- Se alimenta menos de 8 veces en 24 hs.
- Recibe cualquier otro tipo de alimento o líquido o
- Tiene un bajo peso para la edad y
- No presenta ningún otro signo por el cual deba ser referido urgentemente al hospital

Si usted observa algún problema cuando el niño se amamanta, tanto en el agarre como en la succión, deberá enseñar a la madre acerca de la posición y el agarre correctos.

**CAUSAS DE MALA PRENDIDA Y DE SUCCIÓN INEFICAZ**

Existen diversas razones por las cuales un lactante puede tener mala prendida al pecho o una mamada ineficaz, como por ejemplo:

- 1/ El niño ya fue alimentado con biberón, especialmente en los primeros días después del parto; o
- 2/ la madre es inexperta; o
- 3/ la madre tiene alguna dificultad y no fue asesorada en forma oportuna (prematureo, retraso del inicio del amamantamiento, pezones umbilicados maternos, etc).

127 Lactancia Materna. Bases Científicas para la Práctica Clínica. Unicef. 2003

## CÓMO MEJORAR LA POSICIÓN Y LA PRENDIDA

El lactante puede estar en una posición inadecuada para amamantarse. La posición es muy importante ya que si la misma es inadecuada, a menudo, la prendida también lo es. Dicho de otra forma, cuando existe una buena posición, generalmente, la prendida también es adecuada.

### Cuadro 54: Posición adecuada para una correcta lactancia

#### **Una buena posición se reconoce por los siguientes signos:**

La madre sostiene al niño con:

- La cabeza y el cuerpo del niño alineado
- Con el cuerpo del niño cerca del cuerpo de ella (contacto panza con panza)
- Sosteniendo todo el cuerpo del niño con el brazo.

Así como una buena posición para amamantar se reconoce a través de los ítems mencionados en el cuadro de la izquierda, la posición anormal se reconocerá por los siguientes signos:

- Cuando el cuello del lactante esté torcido o extendido hacia delante
- Cuando el cuerpo del lactante no está junto al de su madre o
- Cuando solamente la cabeza y el cuello del lactante estén sostenidos.

Si en la evaluación de la lactancia materna, usted registró una inadecuada posición o dificultades en la prendida, ayude a la madre a mejorar estas situaciones. Cerciórese de que la madre se encuentre cómoda, relajada y sentada (por ejemplo en una silla con respaldo derecho) y luego siga los pasos del cuadro que está a continuación:

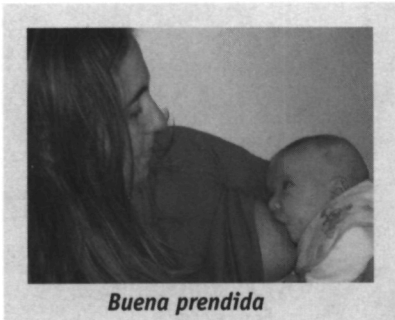
### Cuadro 55: Cómo enseñar la técnica correcta para amamantar

#### **ENSEÑAR LA TÉCNICA CORRECTA PARA EL AMAMANTAMIENTO (PRENDIDA Y POSICIÓN)**

- Observar si hay lesiones en los pezones
- Mostrar a la madre como sostener bien al niño:
  - Con la cabeza y el cuerpo del niño alineado
  - Con el cuerpo del niño cerca del cuerpo de ella (panza-panza)
  - Sosteniendo todo el cuerpo del niño con el brazo
- Mostrar a la madre como facilitar la prendida. La madre debe:
  - Tocar los labios del niño con el pezón
  - Esperar hasta que el niño abra bien la boca
  - Aproximar al niño rápidamente hacia el pecho, y cerciorarse de que el labio inferior del niño quede bien debajo del pezón
- Verificar los signos de la buena prendida y la succión. Si no son buenos, intentarlo nuevamente
- Comprobar que la madre esté cómoda
- Apoyar y reforzar a la madre en su rol



- 1. Observe a la madre mientras amamanta.** Siempre obsérvela con la finalidad de comprender claramente sus dificultades. No se apresure a indicarle que haga algo diferente. Si observa que la madre realmente necesita ayuda, dígale primero algo alentador, como por ejemplo: **“Qué bien se cría su hijo/o tomando el pecho ¿no?”** y después explíquele cómo y en qué puede ayudarla.
- 2. Identifique el o los problemas, enseñe y aconseje:** pregúntele si le gustaría que usted la ayudara o le enseñara a amantar. Por ejemplo: **“¿Quiere que me fije si usted está amamantando correctamente a su hijo?”**



**a/ Si ella responde afirmativamente:** empiece a ayudarla, a mostrarle cómo colocar y tomar al lactante. Tenga cuidado en no hacerlo por ella. Explíquele y muéstrela qué es lo que usted quiere que haga. Luego deje que la madre ponga al bebé en la posición adecuada y lo acople a sí misma. Observe otra vez si hay signos de buena prendida y la posición no es correcta, si es así pídale que retire al niño del pecho y que pruebe nuevamente.

**b/ Si ella responde negativamente:** pregúntele por qué, y trate de resolver sus problemas. Explíquele la importancia de que el niño se encuentre en una buena posición y se prenda bien.

Una forma de constatar la eficacia del amamantamiento es interrogando a la madre sobre la diuresis. El niño que mama una adecuada cantidad de leche mojará los pañales por lo menos 6 veces al día.

Explíquele a la madre que deje que el bebé se amamante todo el tiempo que quiera y que no lo debe retirar del pecho antes de que el niño lo quiera.

La mayoría de los niños no necesitan alimentos complementarios antes de los 6 meses de edad. Existen numerosos estudios que demuestran que la introducción de alimentación complementaria antes de los 6 meses aumenta la morbilidad en niños socialmente vulnerables. La introducción de alimentos antes de los 6 meses de vida no ofrece ventajas y tienen el riesgo de desplazar a la leche humana. Por lo tanto, la leche materna sigue siendo el mejor alimento para el niño.

**¿Qué aconsejar a las madres que deben comenzar a trabajar y están amamantando?**

Usted debe aconsejarle que se extraiga su propia leche para dársela a su hijo y para mantener la producción de la misma. Debe hacerlo frecuentemente durante la jornada laboral, usted debe enseñarle cómo vaciar sus mamas para que ella adquiera la habilidad para hacerlo. Debe enseñarle a congelar su leche mucho antes de que comience su trabajo, eso le permitirá tener una reserva de leche para administrárselo a su hijo. Para congelarla o refrigerarla, la leche debe ser recolectada en un envase de plástico con tapa, previamente bien lavado con agua y detergente. Para ser usada, la leche debe entibiarse y nunca hervirse, ya que éste último procedimiento destruye las enzimas y las proteínas y debe dársela a su hijo mediante el uso de un vaso o por cucharaditas.

### 3. RECOMENDACIONES DE ALIMENTACIÓN PARA NIÑOS DE 6 A 11 MESES DE EDAD

La madre debe seguir amamantando al bebé cada vez que éste lo desee. Sin embargo, después de los 6 meses de edad, la leche materna no permite atender todas las necesidades de energía del niño. De los 6 a los 11 meses, es necesario aumentar poco a poco la cantidad de alimentos complementarios que da al niño. La madre puede comenzar a dar alimentos complementarios solo cuando el niño demuestra interés en comer alimentos semisólidos, parece tener hambre después de la lactancia y no aumenta suficientemente de peso. El niño demuestra interés cuando trata de alcanzar el alimento que consume su madre o abre la boca ávidamente cuando se le da algo de comer.

***A los 6 meses de edad, todos los niños deben recibir un alimento complementario espeso y nutritivo. Sin embargo, es importante seguir amamantando al bebé cada vez que lo desee, tanto de día como de noche.***

La madre debe darle los alimentos complementarios una o dos veces al día **después** de amamantarlo para evitar que la alimentación reemplace a la leche materna (ver cuadro siguiente).

**Cuadro 56: Alimentación del niño mayor de 6 meses**

RECOMENDACIÓN PARA ALIMENTACIÓN DE NIÑOS DE 6 MESES A 12 MESES	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dar el pecho todas las veces que el niño quiera</li><li>• Dar porciones adecuadas de:<ul style="list-style-type: none"><li>• Papilla de cereal</li><li>• Puré de verduras</li><li>• Carnes picadas o molidas</li><li>• Yema de huevo</li><li>• Frutas</li><li>• 9 meses: pescado, huevo entero</li></ul></li></ul>	<p>➔</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p><b>Si recibe pecho:</b> realizar 1 o 2 comidas</p><p><b>Si no recibe pecho:</b> dar 3 comidas sólidas más leche</p></div>

Los alimentos adecuados se describen en el cuadro ACONSEJAR, debiendo tenerse en cuenta aquellos que están disponibles en su área local o en su comunidad. A los 12 meses estos alimentos son la principal fuente de energía para los niños.

- **Si el niño se amamanta**, los alimentos complementarios deben darse 1 a 2 veces por día. Recuerde que aún después del primer semestre, la leche sigue siendo el alimento más importante del niño ya que le provee alrededor del 60% de las necesidades energéticas.
- **Si el niño no se amamanta**, los alimentos complementarios se deben dar 3 veces al día. De ser posible dele la leche en taza, y tenga siempre en cuenta que la leche de vaca y sus sucedáneos no son tan buenos como la leche materna. Cuando el niño no se amamanta, es recomendable indicar leche de continuación, que contienen una cantidad de proteínas razonables y una carga de solutos moderada.

Es importante alimentar activamente al niño. Esto significa animarlo a comer. El niño no debe competir con sus hermanos mayores por comer los alimentos de un plato común. Se le debe servir su propia porción. Hasta que el niño pueda alimentarse solo, la madre o la persona que lo cuida (como un hermano, el padre o la abuela) debe sentarse con él durante las comidas y ayudarlo a colocar la cuchara en la boca. Si el niño manifiesta interés por comer solo o tomar alimentos con sus manos, debe estimulárselo para que lo siga haciendo.

La madre deberá ofrecerle los alimentos en forma variada y tratando de evitar la monotonía.

Es importante recomendar la adecuada higiene de los utensillos y mesadas donde se preparan los alimentos. Así como evitar mezclar alimentos crudos y cocidos.

Tenga en cuenta que en el mercado actual existe una amplia oferta de alimentos infantiles manufacturados y diseñados como primeros alimentos. Son cereales, sopas, postres, purés, etc, pero su principal desventaja es el costo y que muchos de ellos no responden a las pautas culturales ni a las necesidades nutricionales de los niños argentinos. Así también su comercialización obliga a la incorporación de conservantes y saborizantes permitidos, que en ocasiones, se asocian a procesos alérgicos.

### **Buenos alimentos complementarios**

- Los buenos alimentos complementarios son aquellos ricos en energía, proteínas y nutrientes necesarios de acuerdo a la edad del niño. Deben estar disponibles localmente y ser de bajo costo.
- Según las diferentes áreas, éstos pueden ser: papilla de cereal, puré de verduras, carnes picadas o molidas, yema de huevo, puré de frutas, pescado y huevo entero (éstos dos últimos se incorporan a los 9 meses).
- Porciones adecuadas: es aquella que contiene alimentos de los 4 grupos básicos, en un tamaño equivalente al plato soper o a una taza grande. Para conocer el valor nutritivo es necesario presentarlos en 4 grupos alimentarios básicos, de manera de seleccionar uno de cada grupo para conformar comidas completas y variadas. Vea el Cuadro de Procedimientos.

A los alimentos complementarios, *papilla de cereal, puré de verduras, carnes picadas o molidas, yema de huevo y frutas después del noveno mes se le agregarán pescado y huevo duro.*

Una guía práctica para conocer el valor nutritivo es presentarlos en 4 grupos, de manera que al seleccionar un alimento de cada uno de los grupos se conforman comidas completas y variadas. Ver fascículo anexo al manual, en Cuadros de Procedimientos. En el

mismo Cuadro podrá ver también diferentes formas de aumentar la densidad calórica de las porciones de alimento.

Son ejemplos de ellos en algunos lugares el cereal espeso al que se agrega una cucharadita de aceite (5 gramos) o leche, las frutas, verduras y legumbres, la carne, los huevos, el pescado y los productos lácteos. Si el niño recibe leche de vaca o cualquier otro sucedáneo de la leche materna, esas y otras bebidas deben darse en taza y no en biberón o mamadera.

Es importante tener en cuenta las condiciones de higiene en que se preparan los alimentos, así como que estén libres de contaminantes y sustancias químicas.

### 3.1 FORMACIÓN DE HÁBITOS ALIMENTARIOS

Es necesario aconsejar conductas alimentarias correctas para que se vayan perpetuando a medida que transcurre la infancia. La forma de comer, las predilecciones y los rechazos de ciertos alimentos que se adquieren en los primeros años de vida, perdurarán para siempre. El mensaje que usted debiera comunicar a las madres, en particular, y a la comunidad en general es:

*“Hay que respetar el hambre y la saciedad del niño, enseñándole a través de ese respeto, a obedecer señales internas que lo llevarán a comer o dejar de hacerlo sin presiones”.*

***La comida, además de un acto alimentario destinado a saciar una necesidad biológica, es un acto cultural y una instancia social”.***

La madre necesitará de la elasticidad suficiente para satisfacer ambas necesidades, imprescindibles del desarrollo, la biológica y la social de la comida de su hijo. Varios estudios demuestran que resulta necesario exponer al niño hasta 12 veces a un mismo alimento para que finalmente lo acepten como parte de su dieta habitual. Por lo tanto, trate de explicar este concepto a las madres.

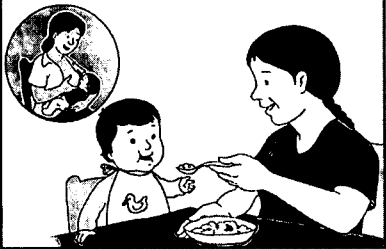
Debe aconsejar a las madres para que no usen la comida como recompensa, castigo o soborno porque las comidas que se utilizan con tal fin terminan siendo las preferidas por los niños y viceversa, aquellas que ellas pretenden que sean comidas el niño las rechaza. Las investigaciones demuestran que los niños que presentan mayores problemas alimentarios son aquellos que tuvieron madres que estuvieron excesivamente pendientes de la comida de sus hijos.

## 4. RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACIÓN PARA NIÑOS DE 1 AÑO O MÁS DE EDAD

### 4.1 NIÑO DE 1 A 2 AÑOS

Durante este período la madre debe continuar amamantando a su bebé cada vez que éste lo desee y además debe darle alimentos complementarios nutritivos. La variedad y la cantidad de alimentos debe ser aumentada a medida que aumenta la edad. Los alimentos de la familia deben convertirse en la parte más importante de la alimentación del niño. Esos alimentos deben cortarse para que el niño pueda comerlos con facilidad.

Dele alimentos complementarios nutritivos o los que la familia utilice, por lo menos 5 veces al día (3 con los alimentos de la familia y 2 entre las comidas), en porciones suficientes y manteniendo una alimentación activa. Entendiendo por alimentación activa cuando la madre o cuidadora estimula o ayuda al niño a comer, asegurándose que ingiera la cantidad adecuada.



- Ofrecerle 3 comidas diarias de lo mismo que se sirve a la familia, respetando los horarios
- Dar el pecho resetando las comidas
- 2 veces al día darle también alimentos nutritivos entre las comidas:
  - Frutas de estación
  - Postres de leche(flan, arroz con leche, etc)
  - Yogurt, queso u otros
- Darle leche dos veces por día

Se citan varios ejemplos en el cuadro de RECOMENDACIONES y en los Anexos del Cuadro de Procedimientos con la rotulación CONSEJOS PARA AUMENTAR LA DENSIDAD ENERGETICA DE LAS PREPARACIONES y SUGERENCIAS DE ALIMENTOS ENTRE COMIDAS.

#### 4.2 NIÑO DE 2 AÑOS O MÁS

Este período es una etapa importante para la maduración y desarrollo del niño, y la misma debe estar respaldada con una alimentación que cubra todas las necesidades del mismo. A esta edad ya suelen estar bien integrados a las comidas familiares. Es necesario lograr los hábitos alimentarios correctos, tratar de establecer horarios de comida y habituar al niño a variar el sabor de lo que come. Los niños de esta edad deben consumir varios de los alimentos de la familia en tres comidas diarias. Además deben consumir otras dos comidas diarias. Pueden ser alimentos de la familia u otros, pero deben ser nutritivos y adecuados para dar entre las comidas.

#### Aporte de Hierro

**ALIMENTOS RICOS EN HIERRO**

- Carnes: vaca, pollo, pescado, cordero
- Visceras: hígado, riñón
- Embutidos: morcilla

**ABSORCIÓN DE HIERRO**

- **INHIBIDORES:** té, mate, café
- **FACILITADORES:**  
Frutas (naranja, mandarina, pomelo, kiwi)  
Verduras (tomate, papa, batata, repollo, coliflor)

En secciones anteriores usted ya aprendió a identificar los niños que necesitaban prevención o tratamiento con medicamentos o alimentos que contengan hierro. La carencia nutricional más común en la población infantil de nuestro país es la de hierro.

En 1986, estudios poblacionales como los del CESNI, registraron entre el 25 y 50% de anemia en niños de 8 a 24 meses, en Argentina.

La deficiencia de hierro se relaciona con el desarrollo intelectual presente y futuro. Según el nivel de carencia, se puede afectar la inmunidad, la capacidad y resistencia física y la función intestinal



de la absorción de los hidratos de carbono. Se produce la deficiencia por la inadecuada ingesta del niño en relación a los elevados requerimientos de su organismo. Por dicho motivo se efectúan tratamiento de prevención para la anemia, en base a aportes de gotas de sulfato ferroso, y cuando el niño comience a consumir otros alimentos se estimulará el consumo de alimentos ricos en hierro (vea cuadro del área izquierda). Si después del año y medio de vida no es posible satisfacer a través de la alimentación los aportes de hierro o si hay dudas sobre esto, se deberá administrar diariamente hierro en gotas, lejos de la comida y preferiblemente con una fruta. Para las indicaciones de sulfato ferroso refiérase a la sección de Medicamentos de administración oral del Cuadro de Procedimientos del fascículo anexo.

## 5. RECOMENDACIONES ESPECIALES PARA LOS NIÑOS CON DIARREA PERSISTENTE<sup>128</sup>

La diarrea es una causa importante de desnutrición, porque los requerimientos de nutrientes se incrementan durante la diarrea al igual que ocurre con las enfermedades infecciosas. Por otro lado, disminuye transitoriamente la ingesta y la absorción de nutrientes. Cada episodio o la prolongación de uno de ellos, puede provocar pérdida de peso e interrumpir el crecimiento del niño. El impacto de la diarrea sobre el estado nutricional es proporcional a la cantidad de días que un niño pasa con diarrea cada año.

La diarrea y la desnutrición se combinan para formar un círculo vicioso, que de no romperse puede ocasionar un desenlace fatal, como la diarrea grave prolongada o los procesos infecciosos importantes.

La diarrea es en realidad tanto una enfermedad nutricional como un desbalance hidroelectrolítico y su tratamiento no es adecuado a menos de que se traten ambos aspectos de la enfermedad. El manejo nutricional requiere buenas prácticas alimentarias durante la enfermedad, entre los episodios y cuando los niños están libres de enfermedad.

Por lo tanto, para su tratamiento es fundamental tanto la administración de líquidos como una alimentación adecuada. Deberá aconsejar darle cantidades generosas de alimentos nutritivos durante y después del episodio diarreico. Los alimentos que deben recomendarse son los mismos que el niño debería recibir si estuviera sano.

### RECOMENDACIONES PARA LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO

#### CON DIARREA PERSISTENTE

- Si todavía se alimenta con leche materna: darle pecho con más frecuencia y durante más tiempo, de día y de noche.
- Si toma otro tipo de leche:
  - sustituir con más leche materna o
  - sustituir con productos lácteos fermentados, como yogur o
  - sustituir la mitad de la leche con alimentos semisólidos nutritivos
- Para otros alimentos, seguir las recomendaciones relativas a los alimentos apropiados para la edad del niño

<sup>128</sup> Working Group on Persistent Diarrhoea. Evaluation of an algorithm for the treatment of persistent diarrhoea: a multicentre study. Bulletin of the World Health Organization, 1996, 74:479-89

Esto se basa en evidencias que demuestran que a pesar de la disminución transitoria de la absorción intestinal, se digiere, absorbe y utiliza la mayor proporción de nutrientes ingeridos, y que durante la convalecencia es posible una recuperación sustancial del crecimiento.

La noción de que la alimentación deberá reducirse o suspenderse durante el proceso de diarrea, refleja la creencia errónea de que al dar alimentos aumentará la pérdida fecal o diarrea.

Frecuentemente los alimentos son bien tolerados por el niño con diarrea. La excepción principal a esta regla es la intolerancia a la lactosa. Los niños con diarrea persistente tienen dificultad para digerir la leche pero no la leche materna. Necesitan reducir provisionalmente la cantidad de otras leches que no sean la materna y tomar más leche materna para compensar este hecho.

Incluya los alimentos que ingiere la familia, con la única excepción de aquellas verduras que tengan gran cantidad de residuo celulósico. Después del episodio es importante realizar una completa evaluación de la alimentación familiar e introducir modificaciones y sugerencias.

## 6. RECOMENDACIONES A LA MADRE ACERCA DE LOS PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN

Cuando usted ha identificado problemas de alimentación, podrá limitar sus consejos a los que es más pertinente para la madre. Cuando se aconseja es importante usar buenas técnicas de comunicación.

- ▶ **Preguntar y escuchar** para determinar cuáles son los problemas del niño, y qué es lo que la madre ya está haciendo por el mismo.
- ▶ **Elogiar** a la madre por lo que haya hecho bien.
- ▶ **Aconsejar** a la madre sobre cómo cuidar a su hijo en la casa. Límite sus consejos a los que es relevante para la madre en este momento.
- ▶ **Cerciorarse** de que la madre haya entendido.

Si se sigue las recomendaciones acerca de la alimentación y no encuentra problemas, elogie a la madre por sus buenas prácticas de alimentación. Anímela a seguir alimentando de la misma forma al niño cuando está sano y cuando se encuentra enfermo.

Si el niño está próximo a pasar a otro grupo de edad con diferentes recomendaciones para la alimentación, explíquelas claramente a su madre.



Si la madre dice que tiene dificultades para dar el pecho, evalúe la lactancia (Consultar el cuadro titulado EL NIÑO MENOR DE 2 MESES DE EDAD)

Si es necesario, muéstrela a la madre la técnica correcta (preñida y posición) para una práctica de lactancia adecuada.

Si la madre no sigue las recomendaciones dadas de acuerdo a la edad del niño, explíquese y aconséjese que es lo que ella debe cambiar. Además si ha descubierto cualquiera de los problemas enumerados en la tabla "Recomendaciones a la madre o al acompañante de los problemas de alimentación", dele a la madre los consejos recomendados.

**En resumen**, las dificultades en la alimentación más frecuentes son:

- **Dificultad para el amamantamiento**

La madre puede indicar que el amamantamiento es incómodo para ella o que su hijo parece tener dificultad para mamar. De ser así, será necesario evaluar el amamantamiento y de esta forma verá que se puede hacer para mejorar la posición y la prendida al pecho.

- **Uso de biberón**

No es aconsejable el uso de biberones, porque a menudo están sucios y facilitan la aparición de gérmenes, suelen tener residuos que se tornan agrios y porque tomar del mismo puede acabar con el deseo de mamar del niño.

- **Ausencia de una alimentación activa**

Los niños pequeños necesitan, a menudo, estímulo y ayuda para comer. Eso sucede particularmente con aquellos que tienen muy bajo peso. Si se deja que un niño pequeño se alimente solo o si tiene que competir con sus hermanos por la comida, tal vez no coma lo suficiente.

- **Ausencia de apetito durante la enfermedad**

El niño puede comer mucho menos o puede comer diferente durante la enfermedad, ya que suelen perder el apetito cuando están enfermos. Se les debe animar a comer. No obstante, se les debe animar a comer de las clases de alimentos recomendados para su edad, con la frecuencia recomendada, aunque no coman mucho. Conviene darles alimentos nutritivos, en lo posible, sus favoritos, para animarlos a comer más.

***Cuando evalúe la alimentación de un niño, tome nota de las respuestas de la madre y anote todos los problemas de alimentación que usted haya encontrado según la evaluación de la sección EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO, del formulario de registro de casos.***

En el ejemplo siguiente usted puede observar como se va anotando (tildando) en el formulario de registro de casos de 2 meses a 4 años de edad, que corresponde a un niño de 4 meses de vida que no tiene problemas de bajo peso pero que sin embargo presenta dificultades en su alimentación.

**Ejemplo 20:**

Sección del formulario de registro de casos que muestra las preguntas a efectuar a la madre en relación a la alimentación y los problemas registrados en un niño de 4 meses de edad.

1. Este niño se alimenta a pecho y tiene dificultad para alimentarse.
2. Se amamanta solamente 5 veces al día y toma pecho por la noche. Es decir no mama lo suficiente.
3. La madre le da también leche de vaca en biberón (por lo tanto los problemas que se registraron fueron: recibe leche de vaca y utiliza biberón).

<b>CLASIFICAR</b>	
<p><b>ENSEGUIDA, DETERMINAR SI HAY PROBLEMA DE ALIMENTACION O DE BAJO PESO</b></p> <p>¿Tiene alguna dificultad para alimentarse? Si_ No_      Determinar peso para edad ____</p> <p>¿Se alimenta a pecho? Si <input checked="" type="checkbox"/> No_      Es bajo ____ No es bajo <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Si la respuesta es afirmativa ¿Cuántas veces en 24 horas) <u>5</u> veces</p> <p>¿Recibe pecho durante la noche? Si_ No_</p> <p>¿Recibe el niño, habitualmente, otros alimentos o bebidas? Si <input checked="" type="checkbox"/> No_ Leche de vaca</p> <p>Si la respuesta es afirmativa, ¿con qué frecuencia?</p> <p>¿Con qué le da de comer al niño? Biberón</p> <hr/> <p>El niño tiene cualquier dificultad para comer, se alimenta al pecho menos de 8 veces cada 24 horas, Recibe cualquier otro alimento o bebida o tiene un bajo peso para la edad y no presenta ningún signo por el cual deba ser referido urgentemente al hospital</p>	<p>Problemas de alimentación</p> <p>No mama suficiente</p> <p>Recibe leche de vaca</p> <p>Utiliza biberón</p>

- ▶ **Si la madre tiene problemas de mamas** (hinchazón, dolor de pezones o infección mamaria): refiérala para una consulta especializada.
- ▶ **En el cuadro siguiente, tendrá la ayuda necesaria para recomendar posibles soluciones en los problemas de alimentación.**

**Cuadro 57: Problemas y soluciones referidas a alimentación del Cuadro de Procedimientos**

<p><b>Si el niño tiene menos de 6 meses y está tomando otro tipo de leche o de alimento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Infundir confianza a la madre diciéndole que puede producir toda la leche que el niño necesita.</li> <li>● Sugerirle que le de al niño el pecho con más frecuencia y durante más tiempo, de día y de noche y que reduzca gradualmente los otros tipos de leche o de alimentos que le esté dando.</li> <li>● Indicarle la forma apropiada de preparar la fórmula láctea en cuanto a cantidad, concentración apropiada de sus componentes y preparación higiénica.</li> <li>● Educar a la madre para que no guarde restos de leche o de otros alimentos para usarlos en la próxima comida de su hijo.</li> </ul> <p><b>Si es necesario continuar dando otro tipo de leche, aconsejar a la madre que:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Le de pecho lo más que sea posible incluso de noche.</li> <li>● Cerciórese que el otro tipo de leche sea el apropiado, y que sea preparado en forma correcta e higiénica y administrado en la cantidad apropiada.</li> <li>● Corrobore que el niño termine de tomar la leche preparada en el lapso de una hora. No usar restos de leche u otros alimentos de una a otra comida.</li> </ul>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si un niño menor de 6 meses de edad recibe alimentos o líquidos que no sean la leche materna, la meta es volver poco a poco o en forma exclusiva al amamantamiento. Sugiera a la madre que amamante al niño con más frecuencia y por más tiempo, de día y de noche. A medida que el niño mame más, la madre debe reducir poco a poco la cantidad de otras clases de leche u otros alimentos. Como este es un cambio importante en la alimentación del niño, pídale a la madre que vuelva al servicio en 7 días.

En algunos casos, resulta imposible que el niño mame más o en forma exclusiva (por ejemplo, cuando la madre nunca amamantó a su hijo, cuando está alejada de él por períodos prolongados o cuando decidió no amamantarlo por razones personales). En esos casos, usted debe asegurarse de que ella prepare correctamente la leche de vaca u otros sucedáneos de la leche materna y que los utilice dentro de la primera hora de haberlos preparado, ya que esto evita que se descompongan. Es importante que ella comprenda la importancia de utilizar la cantidad correcta de agua potable hervida y la adecuada dilución de la leche.

Para preparar leche de vaca fluida para suministrársela al niño menor de 3 meses de edad, se debe mezclar 1/2 taza<sup>129</sup> de leche entera hervida con 1/4 taza de agua hervida y 2 cucharaditas<sup>130</sup> rasas de azúcar. Actualmente se recomienda, en los casos que el niño no reciba lactancia materna, la utilización de leches en polvo modificadas de inicio. En el caso de que utilice leche de vaca entera en polvo, se preparará con 2 medidas o cucharaditas colmadas de leche, 1/2 taza de agua y 1 cucharadita de azúcar.

### **Una taza es mejor que un biberón**

La taza es más fácil de mantener limpia y no es un obstáculo para la lactancia.

#### **Para alimentar a un lactante con taza:**

- Sosténgalo sentado, erguido o casi erguido en su regazo.
- Acerque una tacita a los labios del lactante. Inclínela para que el líquido apenas le toque los labios.
- El lactante se despierta y abre la boca y los ojos.
- Un lactante con bajo peso al nacer toma la leche en la boca con la lengua.
- Un lactante nacido a término o de más edad chupa la leche y derrama una parte
- No vierta** la leche en la boca del lactante. Acérquele la taza a los labios y deje que la tome.
- Una vez que ha tomado lo suficiente, el lactante cierra la boca y no toma más.

#### **Si el niño no come lo suficiente, recomiende a la madre:**

- No ofrecer alimentos no nutritivos (golosinas, gaseosas, jugos, etc).
- Sentarse con el niño y animarlo para que coma.
- Servir al niño una porción adecuada en un plato o recipiente separado.

---

129 Una taza de 200 ml

130 Una cucharadita de 5 g. Adapte la receta si el tamaño de las tazas o de la cucharita es diferente

**Si el niño no está alimentándose bien durante la enfermedad, recomiende a la madre:**

- Darle el pecho con mayor frecuencia y durante el tiempo apropiado.
- Darle al niño comidas blandas, variadas y apetitosas que a él le gusten, a fin de animarlo a que coma la mayor cantidad posible y ofrecerle con frecuencia pequeñas porciones de las mismas.
- Le limpie la nariz si la tiene tapada u obstruida.
- Que considere que el apetito mejorará a medida que el niño se recupere.

**La buena alimentación permite recuperar las pérdidas de peso y a prevenir la desnutrición**

Aunque los niños suelen perder el apetito durante la enfermedad, se les debe animar a comer la clase de alimentos y la frecuencia recomendada para su edad. Los alimentos nutritivos favoritos del niño los anima a comer más. Se le deben ofrecer con mayor frecuencia. Luego de la enfermedad, la buena alimentación le permite recuperar la pérdida de peso y por lo tanto previene la desnutrición.



**CONSEJOS PARA AUMENTAR LA DENSIDAD ENERGÉTICA DE LAS PREPARACIONES**

En el cuadro 58 usted podrá analizar las sugerencias para dar alimentos entre comidas y en el cuadro 59 los consejos que pueden resultar útiles para aumentar la densidad de las preparaciones que se le administrarán al niño.

**Cuadro 58: Sugerencias de AIEPI para aumentar la administración de alimentos entre comidas**

**SUGERENCIAS DE ALIMENTOS ENTRE COMIDAS**

- Postres de leche (flan, de maicena, helado), arroz con leche, sémola con leche, maicena, etc.
- Yogurt solo o con copos de cereal
- Helados a base de leches
- Bollos de queso, etc.
- Licuados de frutas con leche y azúcar, o crema o helado
- Puré de frutas con queso crema o crema de leche y azúcar
- Jugos de fruta con azúcar
- Trocitos de pollo, tomate con mayonesa, huevo duro
- Pizza, pizzeta
- Pochoclo con caramelo
- Copos de cereal con leche y azúcar o yogurt
- Trocitos de pan o galletitas.

### Cuadro 59: Consejos para aumentar la densidad energética de las preparaciones

**AGREGAR:**

- Leche en polvo entera (1 medida cada 100 ml de leche fluida) a la leche fluida o a las preparaciones como salsa blanca, puré, postres de leche, etc.
- Queso a los alimentos como milanesa, vegetales e incorporar queso de rallar a las preparaciones como budines, relleno de verduras, tartas, empanadas.
- Crema batida con azúcar en postres como frutas en almíbar, tartas, puré de frutas, yogurt.
- Una clara de huevo dura o huevo entero picado a preparaciones como ensaladas, rellenos, empanadas, salsa blanca o de tomate.
- Una cantidad extra de aceite, manteca o margarina a preparaciones calientes como purés, sopas, pastas, papas o batatas al horno, arvejas, zanahorias.
- A la salsa de tomate crema de leche o margarina, manteca.
- Maicena en sopas, purés, budines, tartas; caldos, rellenos.
- Mayonesa como condimento de las ensaladas.

**EN LUGAR DE AGUA:**

- Bebidas ricas en calorías como jugos de frutas o licuados con leche.
- Utilizar leche en las preparaciones como sopa crema, licuados, cereales, polentas, purés.

**EN LUGAR DE CALDO DE VERDURAS:**

- Sopas cremas, de cereales; con el agregado de queso crema, un huevo, manteca, margarina, crema de leche.

**EVITAR:**

- La ingesta de alimentos sin calorías que produzcan saciedad como caldos, líquidos con gas, vegetales de hoja crudos, cáscaras de frutas.

**OFRECER**

- Dulces compactos con queso, frutas con mermeladas o miel, postres de leche, cereales con leche y dulce.
- Postres preparados con maicena o arroz o sémola o pan con leche y azúcar, frutas, crema de vainillas.
- Acelga con salsa blanca

**RECORDAR**

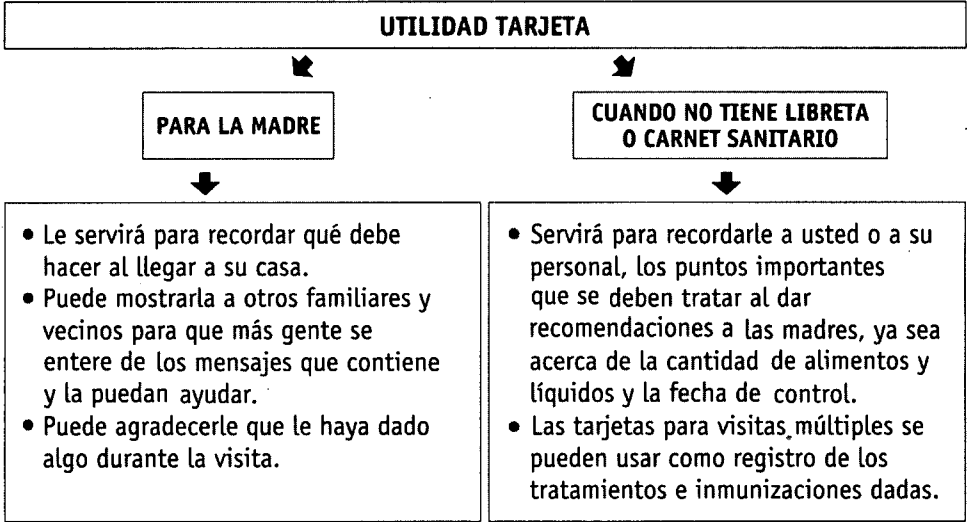
- Que los alimentos fritos como milanesas y tortillas, aportan más calorías que los hervidos o asados, se indicarán no más de 2 veces por semana.

## 7. EL USO DE LA TARJETA PARA LA MADRE

La utilización de un elemento gráfico sirve de apoyo para las explicaciones que usted le brinde a la madre durante la consulta y resulta muy valiosa. Los efectos recordatorios serán mayores cuando la madre se la pueda llevar a su casa y la repase sola o junto a sus familiares.

La tarjeta le permitirá recordar adecuadamente la cantidad de alimentos y líquidos que debe dar al niño y cuándo debe volver al servicio de salud. Por lo tanto, resulta fundamental que cuente con texto y dibujos que ilustren los puntos principales de las recomendaciones.

En el siguiente diagrama usted podrá observar la utilidad de la tarjeta para la madre:



**CUANDO USTED LE DE UNA TARJETA A LA MADRE:**

- ▶ Sostenga la tarjeta para que la madre pueda ver los dibujos con facilidad o deje que ella la sostenga.
- ▶ Explique cada dibujo. Señálelos a medida que hable. Eso ayudará a la madre a recordar lo que representan.
- ▶ 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, alrededor de los signos que indican cuando debe volver regresar de inmediato, los líquidos apropiados que le debe dar en caso de diarrea y registre la fecha de la en que se debe dar la próxima vacuna que sea necesaria.
- ▶ Observe para ver si la madre parece preocupada o confusa. De ser así, anímela a usar la tarjeta para que le ayude a recordar.
- ▶ 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.
- ▶ Dele la tarjeta para llevar a su casa. Recomiéndele que se la muestre a sus familiares.

Si no puede conseguir suficientes tarjetas para todas las madres, mantenga varias en el Servicio de Salud para mostrárselas.

## **8. ACONSEJAR A LA MADRE QUE AUMENTE LA CANTIDAD DE LÍQUIDOS DURANTE LA ENFERMEDAD**

En el cuadro siguiente usted podrá observar los consejos a dar.



**Cuadro 60: Cómo aconsejar a la madre que le administre más líquidos al niño**

**ACONSEJAR A LA MADRE QUE LE DE MÁS LÍQUIDOS DURANTE LA ENFERMEDAD**

**PARA CUALQUIER NIÑO ENFERMO:**

- Darle más pecho, con mayor frecuencia y durante más tiempo cada vez.
- Darle más líquidos, por ejemplo, sopa, agua de arroz, agua potable.

**PARA NIÑOS CON DIARREA:**

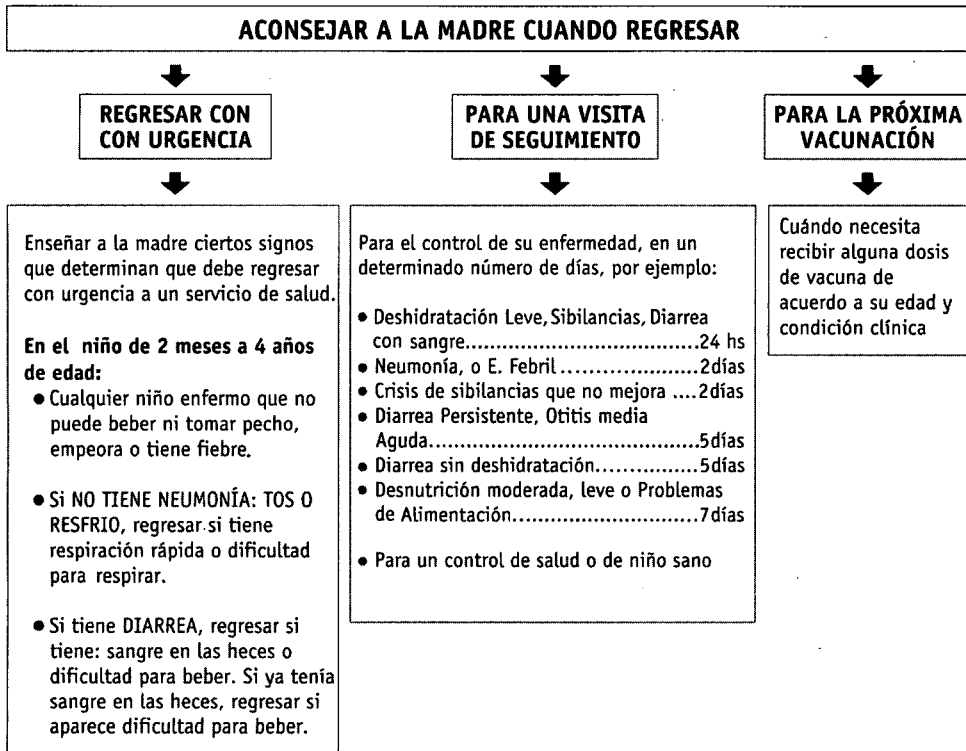
- La administración de líquidos adicionales puede salvarle la vida al niño. Dar líquidos según las indicaciones del Plan A o el Plan B del cuadro TRATAR AL NIÑO del Cuadro de Procedimientos.

**9. ACONSEJAR A LA MADRE SOBRE CUÁNDO DEBE REGRESAR, DAR PAUTAS PREVENTIVAS Y ASESORAR SOBRE SU PROPIA SALUD**

**9.1 ACONSEJAR CUÁNDO REGRESAR AL SERVICIO DE SALUD**

Toda madre que regrese a su casa con su hijo enfermo, debe saber cuándo deberá volver a consultar al personal de salud. Su regreso al servicio de salud puede ser por diferentes causas (vea cuadro 61).

**Cuadro 61: Aconsejar a la madre cuándo regresar a la consulta**



Los signos mencionados en “regresar con urgencia” son particularmente importantes y se les debe prestar mucha atención. Anótelos en la tarjeta para la madre. Marque con un círculo los signos que la madre deberá recordar. Utilice palabras sencillas que la madre pueda comprender y cerciórese de que ella haya comprendido cuándo debe volver inmediatamente a la consulta.

Al final de una visita, comuníquelo a la madre cuándo regresar para el seguimiento o control. Asegúrese que lo haya entendido y pueda traerlo. En ocasiones, el niño puede presentar más de un problema y entonces usted lo deberá citar para el control más próximo.

Si en su servicio de salud se realizan en forma regular charlas sobre alimentación, programe las visitas de seguimiento a esas horas. Si no se ofrecen esas sesiones, programe una visita especial con la madre para realizar recomendaciones sobre alimentación. El profesional que lo haga necesitará conocer los problemas de alimentación del niño, los cambios recomendados y el peso y la talla del niño. Esta información se puede registrar en la ficha del paciente o en una nota especial preparada para la visita de seguimiento.

En la sección correspondiente a Visita de Seguimiento se desarrollará más ampliamente este tema.

Siempre comunique a la madre cuándo será el próximo control de salud o de niño sano y cuándo debe volver para vacunar a su hijo. Si en esta consulta, usted tuvo que dar numerosas indicaciones a la madre (por ejemplo: horarios de antibióticos, instrucciones para el cuidado en el hogar y el día para la visita de seguimiento), no le diga nada sobre la visita que necesitará para control sano al mes. Pero, registre en la ficha la fecha de la próxima vacunación (en la de la madre y en la suya).

## 9.2 ACONSEJAR A LA MADRE SOBRE PREVENCIÓN

### 9.2.1 SUEÑO DEL LACTANTE<sup>131</sup>

La implementación de ciertas medidas generales puede ayudar a prevenir la Muerte Súbita, es decir, el fallecimiento repentino del lactante, aparentemente sano, durante el sueño. Según el anuario de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud de la Nación de 2000 se notificaron en nuestro país más de 372 muertes en niños menores de 1 año por esta causa y en el 2002 se constituyó como la cuarta causa de muerte infantil en ese periodo de la vida.

Sin pretender alarmar a las madres, es importante que usted le informe sobre algunas de las medidas que han probado reducir el riesgo de muerte súbita como:

- ▶ **Posición para dormir:** *los bebés deben dormir “boca arriba”*, sobre una superficie plana.
- ▶ **Vestimenta del niño:** debe ser suficiente pero nunca excesiva. Esto permite que esté abrigado pero no muy caliente ni sudoroso. La madre puede comprobar éstas últimas situaciones colocando su mano en la nuca del niño. La temperatura ambiental que resulta adecuada para el adulto también lo es para el niño.

131 Grupo de trabajo en muerte súbita del lactante. Nuevas recomendaciones para la disminución del riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante. Arch Arg Ped 2000; 98 (4): 239 – 243

- ▶ **Ambientes libres de tabaco.** Nadie debe fumar cerca del bebé. Los niños que crecen en ambientes con humo de tabaco tienen mayor frecuencia de episodios de patologías respiratorias. Dicho de otra forma, un ambiente libre de humo ayuda a prevenir la muerte súbita y protege la salud del niño.
- ▶ **Lactancia materna:** provee la protección para este problema.

## 9.2.2 PREVENCIÓN DE ACCIDENTES<sup>132</sup>

En Argentina, las muertes por causas externas (accidentes), a pesar de ser evitables, han aumentado a través de los años. Por dicha razón, debe aconsejarse a las madres sobre las medidas tendientes a prevenirlos.

Los accidentes se relacionan con la edad del niño y el estado de desarrollo del mismo.

### 3 primeros meses:

Los niños permanecen donde se los colocan y beben lo que se les ofrece. Por lo tanto, los riesgos de accidentes se relacionan con las acciones de las personas que lo cuidan, como por ejemplo: tomarlo en brazos y dejarlo caer accidentalmente, dejar elementos en la cuna o en el coche de paseo que puedan ser aspirados por el niño y asfixia por colecho al dormir con sus hermanos o padres.

### 6 a 18 meses:

Cuando el niño comienza a gatear o se sienta, pueden resultar fuentes potenciales de peligro algunos elementos existentes en el medio ambiente. Los niños observan a las personas y a su entorno con gran curiosidad e interés e intentan aprender y experimentar con todos los elementos que encuentran a su alrededor. Especialmente, les atraen los contenidos de cajones, cajas, armarios y mesitas de luz. Por otro lado, es frecuente que transcurran la mayor parte de su tiempo en el patio o en la cocina, por lo tanto es importante alertar a la madre sobre:

- Los niños que están acostados en cuna y a los cuáles se los deja alimentar solos con el biberón, pueden regurgitar el contenido gástrico y aspirar su contenido padeciendo serios problemas respiratorios.
- No se debe dejar solo a un niño en la bañera, pileta inflable o de lona, fuentones o bañeras plásticas, aunque tengan escasa cantidad de agua, pues puede morir por asfixia por inmersión.
- Los niños siempre deben ser vigilados o controlados por los adultos a fin de evitar su caída desde la cuna, escalera o la mesa.
- Los objetos pesados situados a bajas alturas, por ejemplo televisores, piletas de lavar, deben ser fijados ya que al desprenderse pueden producir lesiones por aplastamiento.

---

132 Subcomisión de Educación para la Salud. Prevención de accidentes. Sociedad Argentina de Pediatría. 2002

- Se debe aconsejar cocinar siempre en las hornallas posteriores de la cocina, no dejar planchas u otros elementos calientes al alcance del niño, etc. para evitar las quemaduras del niño.
- Evitar la ingestión de productos de limpieza o de medicamentos. Una buena práctica es colocar las galletitas y todo lo que es comestible en las partes inferiores de las alacenas o armarios, y en las partes superiores acostumbrarse a guardar todo aquello que resulte tóxico o dañino para el niño.
- Evitar que toque enchufes o conexiones eléctricas. Es conveniente que los enchufes no estén ubicados en la parte baja de la pared, de ser así conviene tapar los mismos con tapas ciegas blancas. El disyuntor es una buena protección para evitar accidentes eléctricos. Siempre se debe evitar que queden conexiones eléctricas defectuosas al alcance de los niños.
- Evitar que queden pequeños objetos (bolitas, botones, tapitas, etc) en los lugares por donde circula el niño o en su cuna, pues pueden ser ingeridos, colocados en la nariz o en el conducto auditivo externo, o aspirado, pudiendo provocar daño o muerte al niño.

### Entre los 3 y 4 años:

A esta edad, los niños continúan siendo susceptibles a los riesgos de accidentes dentro del hogar, pero su interés por el exterior aumenta. Es entonces, en su afán de explorar, conocer y seguir a sus hermanos, que se aventuran a recorrer los alrededores, por lo cual los accidentes más comunes son: asfixia por inmersión en zanjones, pozos, acequias o piscinas; lesiones por caída; intoxicación por ingestión de frutos y plantas; picaduras o mordeduras por animales.

Aconseje a la madre que examine las áreas de juego de su hijo, es decir que verifique que no hayan elementos cortantes o juegos en mal estado con los que el niño pueda accidentarse. Por otro lado, se les deben enseñar las normas elementales para conducirse en la calle o rutas: aguardar a que pasen los autos antes de cruzar, dar la mano a un adulto para cruzar, cruzar por las esquinas o por las sendas peatonales, etc.

La comunidad, a través de la organización de madres, abuelos o hermanos mayores, puede realizar una enorme contribución a la prevención de accidentes, aportando la presencia de un adulto responsable para cuidar al niño mientras las madres se encuentran fuera del hogar, o acompañando a los mismos cuando juegan o cuando van a la escuela.

### ACONSEJAR SOBRE EL MEDIO AMBIENTE DONDE CRECEN, JUEGAN Y SE DESARROLLAN LOS NIÑOS<sup>133 134</sup>

Un alto porcentaje de los problemas de salud que tienen los niños están relacionados con las condiciones del medio ambiente en donde viven, crecen, juegan y aprenden. Comprendemos como medio ambiente al conjunto de condiciones físicas, químicas, biológicas, sociales, culturales y económicas con las que interactúan las personas. Los niños desde su

133 Salud medioambiental pediátrica: un nuevo reto profesional. Rev Esp Pediatr 2002; 58:304-314

134 Ortega García JA, Ferrís i Tortajada J, Marco Macián A. Necesidad emergente de las unidades de Salud Medioambiental Pediátricas. Rev Esp Pediatr 2004;60:177

misma concepción pueden estar expuestos a grandes niveles de polución, tanto en el aire que respiran (dentro y fuera del hogar), en el agua que beben o que se usa para su higiene, en los alimentos, en el suelo y en el contacto con los productos químicos que su familia utiliza. Por lo tanto, las condiciones del entorno que puedan ocasionar accidentes. Estos riesgos son mayores en los hogares con mayor pobreza y sin acceso a agua potable o servicios básicos.

El medio ambiente es un **elemento clave** como determinante del crecimiento saludable de los niños.

### **¿Qué ocurre cuando los niños viven en ambientes no saludables?**

La susceptibilidad a las enfermedades respiratorias, obstructivas e infecciosas está relacionada con la calidad del aire ambiental. La polución intradomiciliaria (uso de braseros, cocinas a carbón o combustibles sólidos como leña, rastrojos o guano) y el humo del tabaco y el polvo ambiental contribuyen a la aparición de múltiples enfermedades.

- La diarrea puede producirse por la ingestión de patógenos o toxinas transmitidas a través de manos sucias o de alimentos o agua contaminada.
- Múltiples enfermedades pueden producirse como consecuencia del uso de sustancias químicas, ya que éstas se han incrementado por el mayor desarrollo de las industrias, del agro y del transporte. Esto expone a las personas a mayores riesgos (aire, agua, alimentos, y el suelo contaminados). Esta exposición se produce en todos los ámbitos, el hogar, la escuela, la plaza, etc. la contaminación puede llegar al aire, agua y suelo desde industrias cercanas, basureros, plantas eléctricas o áreas de gran tránsito vehicular. La contaminación química puede tener efectos agudos o crónicos y más aún cuando se estuvo expuesto por largos períodos. Muchas de estas contaminaciones se producen en forma accidental no intencional, y se pueden prevenir mediante el uso y almacenamiento adecuado de estos productos. La exposición prolongada a sustancias como plomo o pesticidas, puede tener consecuencias en los sistemas nervioso e inmunitario y en la función reproductiva causando daño en diversos órganos y mayores posibilidades de desarrollar cáncer.

### **¿Qué puede hacerse para prevenir estos riesgos?**

Mantener una estricta seguridad en el agua de consumo: almacenamiento en buenas condiciones del agua para ser utilizada en el hogar, más aún cuando se carece de provisión por una red domiciliaria, y tratarlas cuando existen dudas sobre su calidad para reducir su potencial contaminación.

Por otro lado, la higiene personal (lavado de manos con agua y jabón antes de preparar alimentos, previo a las comidas y luego de defecar o de cambiar pañales) reducen significativamente el riesgo de diarrea.

La OMS ha establecido los Puntos Básicos para reducir el riesgo de las enfermedades asociadas con la alimentación y resulta fundamental aconsejar a las madres sobre las mismas, a saber:

- ▶ Mantener limpios los utensilios y las mesadas
- ▶ Separar los alimentos crudos de los cocidos durante la preparación y manipuleo de los mismos

- ▶ Cocinar completamente los alimentos,
- ▶ Mantener los alimentos refrigerados o consumirlos en el momento,
- ▶ Utilizar agua segura (limpia, potable) y alimentos frescos.

**Aire intradomiciliario:** mantener una buena ventilación del hogar, usar combustibles que no dejen residuos y cocinas que tengan un buen tiraje externo, ya que de esta forma se disminuye la polución del aire ambiental y se previene el desarrollo o agravamiento de cuadros respiratorios infecciosos y obstructivos.

**Vectores:** se debe proteger a los niños de las picaduras de mosquitos y vinchucas a partir de la eliminación de reservorios, la utilización de mosquiteros de red y de ser posible la cobertura de ventanas y puertas con alambre mosquitero. Todas las anteriores han demostrado ser medidas de eficacia reconocida.

**Riesgos químicos:** asegurarse del almacenamiento adecuado y la clara identificación de líquidos limpiadores, combustibles, solventes, pesticidas y otras sustancias químicas utilizadas en el hogar. Una mirada amplia de cada una de las habitaciones del hogar y del patio o jardín en búsqueda de los diversos elementos que pudieran causar daño a un niño lactante, deambulador o en edad de explorar, permite instalar conductas y/o medidas preventivas para evitarlo. Por otro lado, las acciones comunitarias a través de organizaciones barriales y cooperadoras escolares pueden vigilar estas condiciones y actuar ante la detección de riesgos.

**Accidentes.** Los lugares de recreación, escuelas o guarderías puede no brindar las condiciones ideales de seguridad ni a veces tienen en cuenta la deambulación de los niños, su curiosidad y su necesidad de explorar. Por lo que resulta imprescindible conversar con las madres sobre estas situaciones.

### 9.2.3 ACONSEJAR SOBRE PREVENCIÓN ODONTOLÓGICA<sup>135</sup>

En la presente sección se analizan los elementos relacionados con la prevención en odontología, pues el profesional de salud debe estar en condiciones de asesorar no solamente al niño que consulta sino al resto del grupo familiar.

Las estadísticas odontológicas en la Argentina reflejan una alta morbilidad dentaria. Por otro lado, todos los profesionales de salud están en una situación privilegiada e importantísima, ya que ven al niño y su familia antes que el odontólogo. Por lo cual, debe enfatizarse la medicina preventiva, estimulando el pensamiento “el médico tiene como función no sólo asistir enfermedades sino promover la salud y prevenir las mismas”. Es decir, el enfoque de la formación del estudiante universitario debe estar puesto tanto en la Medicina Preventiva como en la Medicina familiar y social.

Ya en 1965, la OPS comunicaba que en Argentina existía un 40% de niños de 6 años con caries, y ese porcentaje se elevaba al 85% hacia los 14 años de edad. En zonas de alta prevalencia de caries, se registró la afectación por año hasta los 20 años de vida. En 1994, la población menor de 19 años presentaba: 86% de caries, 90% de enfermedades gingivales y 55% de malaoclusión. Si bien estas cifras han descendido lentamente en el transcurso de los años, aún representan un importante problema en nuestro país y demuestran que no se ha

135 Bordoní N. Medidas preventivas. Curso 1, Módulo 2, Submódulo 2 PRECONC / PALTEX, OPS / OMS. 1999

logrado disminuir óptima y considerablemente la incidencia de morbilidad odontológica en nuestra población infantil ni en su grupo familiar.

**¿Qué podemos hacer?** Incorporar en cada consulta los 3 niveles de prevención, a saber:

**1. Primer nivel:** fomentar la salud, colocando al individuo en las mejores condiciones para resistir la enfermedad, por ejemplo:

- ▷ **Aconsejar una alimentación y nutrición adecuada** (es tan importante el tipo de dieta como el aporte de calcio, fósforo y vitamina D). No existe duda que la elección de la dieta está íntimamente relacionada con el nivel socioeconómico cultural, y es aquí donde el profesional de salud juega un rol fundamental.
- ▷ **Enseñar hábitos higiénicos:** las medidas de higiene deben instaurarse tan pronto como haya salido el primer diente. En los lactantes pequeños, el tipo de alimentación y la abundante salivación permiten que los dientes queden limpios. Una excepción a esta regla, es cuando la madre le administra líquidos azucarados o utiliza chupetes con miel u otro tipo de sustancias dulces. La higiene de los dientes debe realizarla la mamá con una gasa limpia o con un cepillo blando y pequeño. Esta medida debe ser reforzada cuando el bebé ingiera o esté en contacto con líquidos o sustancias azucaradas. Cuando haya varios dientes en la boca y algunos molares temporarios, es aconsejable utilizar el cepillado de dientes. Este último previene las caries, enfermedades de encías y de otras estructuras de soporte de dientes.

**Otras medidas a aconsejar son:**

- ▷ **Contraindicar el uso de chupetes o biberones con miel, azúcar o sustancias dulces.** De no ser posible eliminar la costumbre del chupete, debe aconsejarse que el mismo sea de silicona o goma blanda para evitar posibles deformaciones bucales. No obstante el médico se debe mantener firme en su indicación de exclusión del uso de miel o azúcares en los mismos. Debe recomendarse a la madre que higienice adecuadamente el mismo, evitando chuparlo para limpiarlo cuando al bebé se le caiga al piso, ya que las posibilidades de infecciones son importantes
- ▷ **Racionalizar la ingesta de hidratos de carbono en los niños:** disminuir el consumo de dulces de la dieta, particularmente entre comidas, dado que éstos favorecen la multiplicación de las bacterias en la cavidad bucal. Se acepta hasta 4 “momentos de azúcar” como compatibles con salud dental, más de 4 aumenta el riesgo de producción de caries. Cuando un niño come por ejemplo un caramelo, la sacarosa se metaboliza y forma ácido láctico, con lo cual desciende el pH a niveles perjudiciales para el diente. Esta situación se mantiene por espacio de 30 minutos, que es el tiempo que tarda la saliva en neutralizarlo. Si en este momento el niño vuelve a ingerir otro dulce, el diente sufre un nuevo ataque ácido por 30 minutos. Si persiste la ingesta de los mismos en forma repetida, la saliva pierde su poder de neutralizar la acidez en forma adecuada. Para ello se debe tratar de combatir el hábito de comer fuera de hora, la costumbre de ir a dormir comiendo caramelos o chupetines o cualquier otro dulce luego de haberse cepillado los dientes.
- ▷ **Recomendar el cepillado luego de cada comida, para eliminar los residuos alimenticios que quedan en los dientes.** En caso de tener ciertas actividades que dificulten la realización del mismo se podrá aconsejar el uso de enjuagues o la ingesta de alimentos detergentes (manzana) al terminar la comida. Estos consejos son útiles para todos los miembros de la familia.

- **Información a los padres sobre los alimentos cariogénicos. Los hidratos de carbono son los principios inmediatos más cariogénicos**, debido a su capacidad de favorecer el crecimiento de ciertas bacterias, como el *Streptococcus mutans*, y subsecuente la formación de ácidos. En este sentido, debe recordarse que: a) la sacarosa es el carbohidrato más cariogénico, b) los azúcares complejos como los almidones y otras sustancias presentes en las legumbres y los cereales son menos cariogénicos, sobre todo en estado no refinado, c) es más importante la frecuencia de las ingestas que la cantidad total ingerida y d) los azúcares con textura pegajosa o blanda son más cariogénicos que los líquidos o duros.

**2) Segundo nivel (Acción sobre el huésped).** Se puede aumentar la resistencia del diente mediante el empleo de fluoruros. El mismo se emplea por :

► **VÍA SISTÉMICA:**

- **A. Agua corriente fluorada:** la fluoración de las aguas de consumo corriente en la población consiste en adicionarle la dosis mínima de flúor que garantice la mayor reducción de las caries. Esta dosis es de 1 parte por millón (1ppm). Durante la gestación y el primer año de vida se calcifican los 20 dientes primarios, y los gérmenes de los 28 permanentes se hayan completamente formados. La presencia en cantidades óptimas de fluoruros durante el período de mineralización y preerupción permiten la formación de estructuras adecuadas. La ingesta de este elemento, por parte de la mujer gestante a partir del 5to mes de embarazo, facilitaría estos hechos. Así, los dientes expuestos a este tipo de fluoración durante su formación hacen que erupcionen piezas dentarias con un esmalte menos soluble y más resistente, ya que están recubiertos de una delgada capa de apatita fluorada. Este método es el más efectivo y económico para prevenir y reducir la incidencia de caries en la población. Sin embargo, aún la mayor parte de la población no tiene acceso a ella. En nuestro país la Ley 21.172 decreta la fluoración y desfluoración de las aguas de abastecimiento público en todo el país, hasta alcanzar el nivel óptimo de flúor. Esta ley fue sancionada por ambas Cámaras el 30 de septiembre de 1975.
- **B. Suplementos fluorados:** antes de aconsejar la administración de estos suplementos es necesario conocer el contenido de fluoruro del agua del lugar donde reside el niño, que juntamente con su edad nos permitirá prescribir la dosis correcta del mismo. Para conocer la concentración en fluoruro deberá recurrirse a citas bibliográficas de ámbito nacional o regional o en todo caso, puede solicitarse a las direcciones territoriales de Sanidad. En el cuadro siguiente se detalla la dosis de fluor recomendadas.

**Cuadro 62: Dosis de fluor**

<b>Dosis recomendadas de complemento de fluoruro (mg) para niños, de acuerdo con la edad y la concentración de fluoruro en el agua (ppm)</b>			
<b>Edad (años)</b>	<b>&lt; 0.3 ppm</b>	<b>0.3- 0.7 ppm</b>	<b>&gt; 0.7 ppm</b>
<b>0-2</b>	0.25 mg	0.15 mg	0
<b>2-3</b>	0.50 mg	0.25 mg	0
<b>3-6</b>	0.75 mg	0.50 mg	0
<b>&gt; 6</b>	1 mg	0.75 mg	0



**Los suplementos fluorados se deben administrar hasta que termina la formación de las piezas dentarias (aproximadamente entre los 11 y 13 años).**

► **EN FORMA TÓPICA:**

- **A. Topicación profesional por odontólogos:** se realizan con soluciones concentradas de flúor y con pH bajo, para lograr una acción bactericida y bacteriostática.
- **B. Dentífricos y enjuagatorios:** son los que emplean fluoruros de baja concentración y alta frecuencia de aplicación. A partir de los 2 años se aconsejará a los padres que se cepillen los dientes por la noche en presencia del niño. Éste se cepillará también sin pasta para ir adquiriendo el hábito y posteriormente alguno de los padres le repasará el cepillado limpiando cuidadosamente los restos de comida. Si el niño no recibe suplementos de fluoruro en forma de pastillas o gotas ni el agua de consumo es fluorada, el niño debería cepillarse con una pasta dentífrica con un contenido en fluoruro menor de 1:100 ppm. Asimismo, la cantidad de pasta.
- **C. debería ser semejante a un guisante,** debido la posible ingestión por la inmadurez del reflejo de deglución a estas edades. En niños más grandes vigilar que diariamente el niño se cepille los dientes con un dentífrico fluorado, para evitar la proliferación de las bacterias involucradas en la producción de caries. Aumentar la resistencia del esmalte dental con gárgaras de soluciones fluoradas, a partir de los 6 años.

**¿Cómo cepillarse los dientes?**

Se coloca el cepillo en 45° con respecto al eje mayor del diente, de forma que las cerdas penetren suavemente en el espacio entre la encía y el diente, y se realizan movimientos de vaivén de unos 2mm. El cepillado se practicará en todas las caras de los dientes (por dentro y fuera de los superiores y de los inferiores). La superficie que sirve para masticar se cepillará con movimientos circulares.

*Recordar siempre que ningún tratamiento con flúor aislado brinda una adecuada y óptima protección contra el desarrollo de caries. Por esta razón se utilizan en forma combinada. Se deberá hacer hincapié que el ejemplo cotidiano dado por los padres, es decisivo para que el niño adopte los hábitos higiénicos y dietéticos que le protegerán de las caries.*

**9.3 ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE ACERCA DE SU PROPIA SALUD**

Durante una visita para atención del niño enfermo, indague sobre cualquier problema que puede tener la madre. Tal vez ella necesite tratamiento y hospitalización para resolver sus propios problemas de salud. Si es posible brinde asesoramiento y ayuda.

*A continuación se detallan algunas consideraciones especiales que se deben tener en cuenta para prevenir enfermedades. Si usted no cuenta, en su servicio de salud, con los especialistas o los estudios de laboratorio necesarios para diagnosticarlos, infórmese donde se efectúan para poder aconsejar adecuadamente a las madres de los niños que consultan.*

**ACONSEJAR A LA MADRE SOBRE SU PROPIA SALUD**

- **Si la madre está enferma**, referirla al hospital.
- **Preguntar a la madre:**
  - **Si ha vuelto a control después del parto:** si no lo ha hecho recomendarle que lo haga.
  - **Si ella está embarazada.** Si la respuesta es afirmativa y no se ha controlado aún, aconséjele a hacerlo, oriéntela o cítela a un control.
  - **Si tiene problemas en las mamas** (ingurgitación, pezones doloridos, infección de las mamas, etc), administre tratamiento o refiérala a un servicio especializado.
- **Recomendar que coma bien para mantenerse sana y fuerte**
- **Determinar los antecedentes de vacunación de la madre.** Si es necesario, aconséjele la administración de la antitetánica o la doble, según esté recomendado.
- **Asegurarse de que tenga acceso a:**
  - Asesoramiento sobre salud reproductiva
  - Asesoramiento sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

**Aconsejar sobre nutrición**

La subnutrición no tratada previa al embarazo se asocia con poca ganancia de peso durante el embarazo y con un aumento de la morbilidad y mortalidad neonatal. Por otro lado, la obesidad se asocia a otras enfermedades como diabetes, hipertensión y macrosomía fetal. Aconseje a la madre que coma comidas sanas, completas y variadas. Si usted la nota pálida o piensa que la madre puede padecer anemia porque la nota cansada y desganada, pregúntele si está así todo los días. Escuche su respuesta, porque la salud de la madre es tan importante como la del niño. Si usted piensa que su diagnóstico de anemia es muy probable, dévela para su estudio y tratamiento. Recomiéndele el tipo de alimentación adecuada y enfatice la importancia de esos controles.

**Desaconsejar hábitos**

- **Fumar:** Si usted conoce que la madre fuma o si al preguntárselo ella responde afirmativamente, aconséjela que deje de hacerlo. Coméntele que es un tóxico, que no solamente puede perjudicarla a ella, sino que también puede enfermar a su hijo no sólo dentro del útero sino que además puede provocar problemas respiratorios en sus hijos. Ayúdele y si es necesario conéctela con un grupo de ayuda para dejar de fumar.
- **Alcohol y Drogas.** Desaconsejarlo absolutamente, y principalmente durante el embarazo, ya que puede producir malformaciones fetales.

**VIH/SIDA:** debe informarse a la madre sobre los riesgos de la transmisión vertical y de la existencia de tratamientos especiales durante el embarazo y fuera del mismo. Considere la posibilidad de ofrecer y asesorar sobre este tema, ofrézcale la realización de las pruebas serológicas y siempre hágalo en el marco de la extrema confidencialidad o dévela a control al hospital cuando detecta conductas de riesgo.

**Hepatitis B:** los factores de riesgo para la misma son semejantes a los de VIH/SIDA. La infección materna puede producir prematuridad o bajo peso para la edad gestacional. Los niños nacidos de madres con Hepatitis B deben recibir al nacimiento gammaglobulina antihepatitis B y vacuna Hepatitis B. Asesore a la madre, y de ser posible aconseje su vacunación con Hepatitis B, principalmente a todas las mujeres en edad fértil con serología negativa para hepatitis B y aún más a las que presentarían factores de riesgo para la misma.

**Rubéola:** Se debe considerar que aproximadamente el 15% de las mujeres en edad fértil no tienen inmunidad para la enfermedad. Por otra parte, el padecimiento de la misma durante el embarazo puede producir embriopatías. Aquellas mujeres con serología negativa debieran ser vacunadas antes de embarazarse. Por otro lado, cuando no se puede realizar el dosaje de anticuerpos y cuando no se ha vacunado previamente con la vacuna antirubeola, se aconseja vacunar a la madre y que la misma espere por lo menos 3 meses antes de embarazarse (como es una vacuna a virus vivos puede producir embriopatía). Para asegurarse que la madre no se embarace dentro de los 3 meses de la vacunación, es aconsejable indicar la misma inmediatamente después del parto.

**Sífilis:** es importante verificar que a la madre le hayan efectuado serología para descartar sífilis. En los casos positivos se debe aconsejar cumplir con los controles y el tratamiento indicados así como realizar los estudios, controles y tratamiento en su pareja y a su hijo.

**Tétanos:** La vacunación adecuada para la misma previene el tétanos neonatal. Es conveniente controlar si la vacunación está actualizada. Si la madre está embarazada y no tiene actualizada esta vacuna, aconseje que se vacune en el momento adecuado.

**Toxoplasmosis:** es importante que la mujer conozca su estado serológico antes de embarazarse. Si durante el embarazo tuvo serología no reactiva, usted debe aconsejarla sobre las medidas de prevención para evitar que la adquiera durante su próxima gestación.

**Chagas:** resulta fundamental conocer la serología de la madre. Tanto las madres con Chagas agudo como crónico pueden transmitir la enfermedad a su hijo. Una madre con serología para Chagas reactivo por 2 técnicas diferentes, puede infectar a uno o a todos sus hijos. Si el profesional de salud identifica que la madre tenía serología positiva durante el embarazo y su hijo no fue controlado por dicha patología, debe efectuar los estudios diagnósticos para Chagas congénito en el niño, y si confirma la patología deberá indicar el tratamiento y los controles necesarios ó derivarlo al especialista.

**Infecciones buco-dentales:** es importante averiguar y controlar el estado de la dentición de las madres que consultan y el de sus niños. Siempre se debe aconsejar sobre la higiene adecuada y derivar al especialista para la resolución de los problemas registrados.

Estas y muchas otras enfermedades son importantes a considerar. Todo depende de la prevalencia en las diferentes zonas del país y también de los factores de riesgo.

Las recomendaciones se deben efectuar en el momento oportuno y no cuando la madre está muy preocupada por la enfermedad de su hijo. Es necesario que ella esté tranquila para que pueda comprender todos sus consejos.

Explíquelo todo en forma sencilla, utilizando palabras que ella pueda comprender y nunca la juzgue por sus hábitos. Probablemente, la mejor oportunidad se puede dar durante la visita de seguimiento o durante el control de niño sano.

**Recuerde este concepto: *frecuentemente los niños imitan hábitos de los padres. Mantener una madre sana e inculcar en ella hábitos adecuados, mejoran la futura salud del niño y la del grupo familiar.***

**PROPORCIONAR ATENCION DE  
REEVALUACION Y SEGUIMIENTO  
A NIÑOS DE 2 MESES A 4 AÑOS**

**6**



capitulo 6  
PROPORCIONAR ATENCION DE REEVALUACION Y SEGUIMIENTO

# PROPORCIONAR ATENCIÓN DE REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A NIÑOS DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

## Capítulo 6

### ATENCIÓN DE SEGUIMIENTO

Se denomina **visita de seguimiento** a la consulta de control por enfermedad u otra causa, que se realiza con posterioridad a la visita inicial (entre 1 a 5 días posteriores a la primera consulta). Es un proceso fundamental en su tratamiento y su importancia debe ser transmitida a la madre.

Una buena comunicación entre el médico y el paciente o su madre, es imprescindible para la adecuada práctica clínica. La comunicación eficaz mejora la satisfacción del paciente, la comprensión y adherencia a las estrategias terapéuticas implementadas.

En la visita inicial, se informará a la madre cuándo debe volver al control de seguimiento y ella debe comprometerse a concurrir a esa visita.


La visita de seguimiento permite comprobar si el niño ha mejorado o no con el o los tratamientos indicados, así como si estos se están llevando a cabo en la forma prescripta. Algunos niños, tal vez no respondan a un antibiótico prescrito, en otros será necesario controlar la evolución de la enfermedad como, por ejemplo, para controlar si cesó la diarrea en niños con diarrea persistente. Los niños con fiebre que no experimentan mejoría también deben volver a controlarse. Las visitas de seguimiento son muy importantes en aquellos niños que tienen problemas de alimentación, porque nos permite comprobar si se está alimentando de manera adecuada y si aumenta de peso correctamente.

El seguimiento y la observación periódica de la evolución son fundamentales y por lo tanto se deberían programar para las horas de menor demanda de atención del servicio de salud.

Por otro lado un adecuado registro de los pacientes de riesgo en los centros de salud permitirá la citación y búsqueda del paciente cuando su madre no lo hubiera traído al control de seguimiento.

## OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE

En esta sección se desarrollarán los pasos a seguir durante la visita de seguimiento. No se trata aquí la temática de aquellos niños que regresan con urgencia por haber empeorado, ya que éstos se evalúan como si fuera una consulta de primera vez.

<b>AL FINALIZAR EL CAPÍTULO, USTED HABRÁ ADQUIRIDO HABILIDAD PARA:</b>	
	<b>PREGUNTAR</b> para determinar si el niño concurre a una visita de seguimiento. <b>EVALUAR</b> los signos detallados en el recuadro correspondiente a la visita de seguimiento para la clasificación previa del niño. <b>DETERMINAR</b> el tratamiento de acuerdo a los signos presentes en el niño. <b>EVALUAR</b> y <b>CLASIFICAR</b> los problemas nuevos del niño.

En las visitas de seguimiento los pasos a seguir, están claramente determinados, y están relacionados con el control del o de los problemas que motivaron la primera visita, la pesquisa de nuevos problemas a resolver y la comprobación del cumplimiento de las indicaciones recomendadas.

## DÓNDE SE DETALLAN LAS VISITAS DE SEGUIMIENTO EN EL CUADRO DE PROCEDIMIENTOS

Se detallan en la columna DETERMINAR TRATAMIENTO del cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR. Algunas clasificaciones contienen instrucciones para comunicar a la madre cuando debe volver a traer a su hijo al control. En el recuadro "Cuando regresar" del cuadro ACONSEJAR, se resumen los esquemas de las visitas de seguimiento.

En la sección PROPORCIONAR ATENCIÓN DE REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO del cuadro TRATAR AL NIÑO se detallan las instrucciones concretas para cada visita de seguimiento. Los recuadros tienen encabezamientos que corresponden a las clasificaciones del cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR. En cada recuadro se explica cómo reevaluar y tratar al niño. En el cuadro TRATAR AL NIÑO se explican las instrucciones para administrar los tratamientos.

## CÓMO PROPORCIONAR ATENCIÓN EN LA VISITA DE SEGUIMIENTO

**PREGUNTE** a la madre si ésta es una visita inicial o de seguimiento. Una vez que constató que ésta es una visita de seguimiento y examina al niño usted deberá tomar ciertas decisiones:

- ▷ Continuar el tratamiento hasta completar el esquema necesario o
- ▷ Referir al hospital para una reevaluación por personal especializado o
- ▷ Referir urgentemente al hospital por agravamiento del cuadro clínico.

Es importante verificar si el niño presenta algún nuevo problema. Por ejemplo, si un niño viene a la visita de seguimiento por neumonía, y ahora tiene diarrea, el niño tiene

un nuevo problema de salud. Este niño requiere una evaluación completa, tal cual como fue detallado para las visitas iniciales. Si el niño no tiene un nuevo problema, localice el recuadro de atención de seguimiento del Cuadro de Procedimientos que corresponde a la clasificación previa del niño. Siga las instrucciones que figuran en dicho recuadro:

- ▶ Evalúe al niño de acuerdo con las instrucciones del recuadro de atención de seguimiento
- ▶ Utilice la información sobre los signos del niño para elegir el tratamiento adecuado
- ▶ Administre tratamiento.

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 deberán ser derivados al hospital si no mejoran, pues podrían tener infecciones oportunistas.

- ▶ **Importante:** si un niño que regresa para el seguimiento tiene varios problemas y está empeorando, REFIERA AL NIÑO AL HOSPITAL. También derívelo si usted está preocupado porque su evolución no es la habitual y no sabe qué conducta adoptar. Por otro lado, si el niño no ha mejorado con el tratamiento, tal vez tenga una enfermedad diferente de la sugerida por los cuadros, por lo que necesitará mayor evaluación y probablemente otro tipo de tratamiento.

**Recuerde:** Si el niño tiene un nuevo problema, usted deberá evaluarlo como si fuera la consulta por primera vez.

## 6. ATENCIÓN DE SEGUIMIENTO PARA EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

En el cuadro 63, usted puede observar que día debe volver para la visita de seguimiento según la clasificación del niño en la visita inicial.

**Cuadro 63: Recomendaciones que da AIEPI para citación a la consulta de seguimiento, según la clasificación de la enfermedad del niño**

INDICAR A LA MADRE CUÁNDO DEBE VOLVER AL SERVICIO DE SALUD	
Si el niño tiene	Volver para la consulta de seguimiento en:
SIBILANCIAS ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN DIARREA CON SANGRE	1 DÍA
NEUMONÍA ENFERMEDAD FEBRIL	2 DÍAS
DIARREA PERSISTENTE OTITIS MEDIA AGUDA INFECCIÓN ESTREPTOCOCCICA DE GARGANTA PROBLEMAS DE ALIMENTACION	5 DÍAS
DESNUTRICIÓN GRADO I Y II ANEMIA	7 DÍAS

## 6.1 VISITA DE SEGUIMIENTO PARA NEUMONIA

Cuando se ha medicado con antibióticos a un niño con **NEUMONÍA**, el mismo debe volver al servicio de salud para la visita de seguimiento en el término de 2 días.

Durante esta consulta, primero verifique si existen signos generales de peligro y luego reevalúe al niño para tos o dificultad para respirar. Es decir deberá reevaluarse al igual que se realizó en la visita inicial según el cuadro **EVALUAR Y CLASIFICAR** del Cuadro de Procedimientos. Las instrucciones a seguir se detallan en el cuadro 64.

### Cuadro 64: *Evaluar, clasificar y tratar la Neumonía en la Visita de Seguimiento*

<p><b>NEUMONÍA</b> <b>Visita de Seguimiento</b> <b>A los 2 DÍAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluar al niño para determinar si presenta signos generales de peligro</li><li>• Evaluar al niño para determinar si tiene tos o dificultad para respirar</li><li>• Contar la frecuencia respiratoria</li><li>• Preguntar:<ul style="list-style-type: none"><li>- ¿El niño respira más lentamente?</li><li>- ¿Le bajó la fiebre?</li><li>- ¿El niño está comiendo mejor?</li></ul></li></ul> <p><b>TRATAMIENTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Si hay algún signo general de peligro o si hay tiraje subcostal: REFERIR URGENTEMENTE</b> al hospital</li><li>• <b>Si la frecuencia respiratoria, la fiebre y la alimentación siguen iguales:</b> Referir al hospital</li><li>• <b>Si la respiración es más lenta, si le bajó la fiebre o si come mejor,</b> completar el tratamiento de 10 días con antibióticos.</li></ul>	<p><b>Consultar</b> <b>EVALUAR Y</b> <b>CLASIFICAR</b></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

- **A.** Cuando el niño presenta tiraje subcostal o algún signo general de peligro, significa que ha empeorado a pesar del tratamiento con antibióticos de primera línea y, por lo tanto, necesita que se le derive urgentemente al hospital. En estos casos si el llegar al hospital le va a demorar más de 5 horas, es adecuado que le administre un antibiótico de segunda línea por vía IM.

- **B.** Si la frecuencia respiratoria, la fiebre y/o la alimentación no han cambiado, pregúntele a la madre si realmente le dio para tomar los antibióticos durante esos 2 días. Recuerde que los signos que puede presentar el niño durante esta consulta pueden no ser exactamente los mismos que tuvo 2 días antes, pero si usted no lo ve mejor ni peor: este niño no mejoró y por lo tanto deberá preguntarle a su madre lo expresado anteriormente.

- **Si no tomó el antibiótico** o ingirió menor dosis o con menor frecuencia que la que le correspondía por su peso o edad, puede continuar con el mismo antibiótico de primera línea. Dele una dosis en el servicio de salud y luego cerciórese de que la madre comprende cómo darle el medicamento en la casa. Ayúdela a resolver cualquier otro problema, como por ejemplo, cómo estimular al niño para que ingiera el medicamento cuando no quiere tomarlo. Cítelo a control en 24 horas y recuerdele los signos de alarma para volver con urgencia.

- **Si recibió el antibiótico** y la dosis adecuada, cambie el antibiótico por uno de segunda línea para neumonía (si es que lo tiene en su servicio). Adminístrelo por 7 días.



- Si el niño tomó el antibiótico, y usted no tiene a su disposición otro antibiótico apropiado, refiéralo al hospital.
- C. Si el niño ha mejorado (respira mejor, bajó la fiebre y come mejor), seguramente tiene buena evolución aunque aún persista la tos. Explíquelo a la madre que el niño deberá tomar el antibiótico por 10 días hasta terminar el tratamiento. Repase con ella la importancia de cumplir con el tratamiento por 10 días.

**Todo niño que no haya mejorado a pesar de haber recibido 48 hs. de tratamiento en forma adecuada, debe ser referido al hospital.**

## 6.2 VISITA DE SEGUIMIENTO PARA SIBILANCIAS

Después de descartar la presencia de signos generales de peligro, usted deberá reevaluar al niño para verificar si tiene dificultad respiratoria, tos, sibilancias o tiraje subcostal.

Luego deberá **PREGUNTAR**:

**¿el niño respira mejor?**

**¿el niño come más?**

Luego de completar la reevaluación deberá seleccionar el tratamiento adecuado.

Los niños que debutan con cuadro clínico de sibilancias o que no han sido evaluados, deben referirse al hospital para su atención y evaluación. Por otro lado, en aquéllos que fueron evaluados y/o están bajo tratamiento, deberán reforzarse las indicaciones a la madre en forma clara y sencilla para que las pueda comprender.

### Cuadro 65: Evaluar, clasificar y tratar las sibilancias en la visita de seguimiento

<p><b>SIBILANCIAS</b></p> <p><b>Visita de seguimiento A LAS 24 HORAS DE LA VISITA INICIAL</b></p> <p>Evaluar al niño para determinar si presenta signos generales de peligro</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Evaluar al niño:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Para Sibilancias</li><li>- Contar la frecuencia respiratoria</li><li>- Verificar la existencia de Tiraje subcostal</li></ul></li><li>• <b>Preguntar:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- ¿el niño respira mejor?</li><li>- ¿el niño está comiendo mejor?</li></ul></li></ul> <p><b>TRATAMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si hay algún signo general de peligro o tiraje subcostal: Referir <b>URGENTEMENTE</b> al hospital.</li><li>• Si la frecuencia respiratoria o las sibilancias han aumentado: Referir al hospital.</li><li>• Si las sibilancias han disminuído:<ul style="list-style-type: none"><li>- Completar el tratamiento de 10 días con nebulizaciones o aerosolterapia.</li><li>- Si este es el primer episodio de sibilancias o el niño ya las ha tenido con anterioridad, y no ha sido referido para su evaluación realice la referencia al hospital para seguimiento por pediatra.</li><li>- Si el niño ha tenido por lo menos un episodio anterior y ya ha sido referido para evaluación, aconseje a la madre que continúe el tratamiento indicado en el sitio de referencia.</li></ul></li></ul> <p>Indique a la madre que regrese a control si la respiración se torna más dificultosa.</p>	<p><b>Consultar EVALUAR Y CLASIFICAR</b></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

### 6.3 VISITA DE SEGUIMIENTO POR DIARREA CON SANGRE

El niño cuya enfermedad ha sido clasificada como “DIARREA CON SANGRE” debe volver a la consulta 1 día después. Usted debe consultar el recuadro “Diarrea con sangre” en la sección Proporcionar Atención de Reevaluación y Seguimiento y seguir las instrucciones que se recomiendan en el cuadro 66.

#### Cuadro 66: *Proporcionar Atención de Seguimiento para la Diarrea con Sangre*

<p><b>DIARREA CON SANGRE</b></p> <p><b>Visita de seguimiento A LAS 24 HORAS DE LA VISITA INICIAL</b></p> <p>Evaluar al niño con respecto a la diarrea.</p> <p>• Preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ¿Hay sangre en las heces?</li><li>- ¿La cantidad de sangre es igual?</li><li>- ¿Las deposiciones son diarreicas?</li><li>- ¿Bajó la fiebre?</li><li>- ¿Disminuyeron los dolores abdominales?</li><li>- ¿El niño se está alimentando mejor?</li></ul> <p><b>TRATAMIENTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si el niño está deshidratado: tratar la deshidratación.</li><li>• Si la cantidad de deposiciones, la cantidad de sangre en las heces, la fiebre, el dolor abdominal o la alimentación siguen igual o ha empeorado: Referir al niño al hospital.</li><li>• Si el niño presenta menos deposiciones, hay menos sangre en las heces, bajó la fiebre, tiene menos dolor abdominal y está comiendo mejor: continuar con el mismo el tratamiento.</li></ul>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**EVALÚE** la evolución del niño y elija según eso el tratamiento adecuado.

Si al reevaluar observa que el niño está deshidratado, utilice el cuadro para clasificar la deshidratación y elija el plan de tratamiento apropiado.

Si los signos de la clasificación de **DIARREA CON SANGRE** no se han modificado, es probable que la *Shigella* sea causante de la misma. Verifique el resultado del coprocultivo y la sensibilidad antibiótica, ya que de esta forma podrá decidir si necesita medicarlo. Si tiene sospecha diagnóstica de Síndrome Urémico Hemolítico y anteriormente no lo refirió al hospital o si habiéndolo referido la madre no lo llevó al mismo, refiéralo ahora para realizar los estudios y tratamientos adecuados. Si usted va a administrar un nuevo antibiótico, recuerde seguir las recomendaciones de **ACONSEJAR A LA MADRE MEDICAMENTOS DE ADMINISTRACIÓN ORAL**.

La ausencia de mejoría del niño también puede estar relacionada a la existencia de otras causas como por ejemplo la amebiasis u otras patologías. Si usted sospecha que tiene amebiasis, puede indicar metronidazol (si es que lo tiene disponible o si los padres lo pueden comprar), o derivarlo al hospital para estudio, control y tratamiento.

► La amebiasis solamente puede diagnosticarse con certeza cuando en una muestra fecal fresca se ven hematíes con trofozoitos de *E. Histolytica*.

► Si el niño tiene menos de 12 meses o estaba deshidratado en la primera consulta, ES UN NIÑO DE RIESGO, y debe referirlo al hospital.

Cuando un niño ha mejorado todos sus signos, considere que el tratamiento está siendo eficaz. Pero si sólo han disminuido algunos de los signos, decida, a su criterio, si el niño realmente está mejorando. Dígale a la madre que continúe con el antibiótico por 5 días. Converse con ella sobre la importancia de administrar adecuadamente el tratamiento en forma completa.

#### 6.4 VISITA DE SEGUIMIENTO POR DIARREA PERSISTENTE

El niño que clasifica como **Diarrea** persistente debe volver a la consulta 5 días después.

Consulte el recuadro "**DIARREA PERSISTENTE**" en la sección de Proporcionar Atención de Reevaluación y Seguimiento y siga los pasos del cuadro 67.

#### Cuadro 67: *Proporcionar Atención de reevaluación y seguimiento*

<p><b>DIARREA PERSISTENTE</b> <b>Visita de seguimiento A LOS 5 DIAS DE LA VISITA INICIAL</b></p> <p>o Preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ¿Disminuyó la diarrea? (frecuencia y tipo de deposiciones)</li><li>- ¿Cuántas veces por día tiene el niño una deposición acuosa?</li></ul> <p><b>TRATAMIENTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>o <b>Si la diarrea no ha disminuído</b> (el niño continúa con por lo menos tres deposiciones acuosas por día), realizar un nuevo examen completo del niño. <b>EVALUAR Y CLASIFICAR.</b> En seguida, referirlo al hospital.</li><li>o <b>Si la diarrea disminuyó</b> (el niño tiene menos de tres deposiciones acuosas por día), decir a la madre que continúe con las recomendaciones de la alimentación acordes a la edad del niño.</li></ul>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**PREGUNTE** si ha cesado la diarrea o cuántas deposiciones tiene por día.

Cuando el niño no ha mejorado debe volver a **EVALUAR Y CLASIFICAR** su enfermedad. Identifique y trate cualquier otro problema que requiera tratamiento inmediato, como por ejemplo la deshidratación. Luego refiéralo al hospital.

Cuando el niño haya mejorado, indíquele a la madre que siga las recomendaciones para la alimentación del niño de acuerdo a su edad. Si el niño no recibe la alimentación adecuada, vuelva a enseñar a la madre las recomendaciones sobre alimentación que figuran en el cuadro **ACONSEJAR**.

#### 6.5 VISITA DE SEGUIMIENTO POR ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN (deshidratación leve)

Los niños que clasificaron como "**Diarrea y algún grado de deshidratación**" que se rehidrataron con el Plan B y que regresaron a su casa con la indicación de continuar con el Plan A, deben regresar a la consulta de seguimiento a las 24 hs. Durante la visita inicial se les

aconsejó que bebieran líquidos y que continuaran con la alimentación adecuada.<sup>136</sup>

Los pasos a seguir en la reevaluación y seguimiento se detallan en el cuadro 68.

**Cuadro 68: Proporcionar Atención de Reevaluación y Seguimiento al niño con algún grado de deshidratación**

<p><b>ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN</b> <b>Visita de seguimiento A LAS 24 HORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>o Preguntar<ul style="list-style-type: none"><li>- ¿disminuyó la diarrea?</li><li>- ¿tiene vómitos?</li><li>- ¿está tomando líquidos?</li><li>- ¿está alimentándose?</li></ul></li></ul> <p><b>TRATAMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>o <b>Si la diarrea no disminuyó:</b> realizar examen completo del niño. Evaluar y clasificar.</li><li>o <b>Si la diarrea no disminuyó y el niño está tomando líquidos y se está alimentando:</b> Evaluar y Clasificar.</li><li>o <b>Si la diarrea disminuyó y el niño está tomando líquidos y alimentándose:</b> citar en 5 días.</li></ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 6. 6 VISITA DE SEGUIMIENTO POR ENFERMEDAD FEBRIL

El niño clasificado como **ENFERMEDAD FEBRIL** debe regresar a los 2 días para una visita de seguimiento. Usted deberá seguir los pasos del cuadro 69.

**Cuadro 69: Proporcionar Atención de Reevaluación y Seguimiento del niño con enfermedad febril**

<p><b>ENFERMEDAD FEBRIL</b> <b>Si la fiebre persiste DESPUÉS DE 2 DÍAS</b></p> <p>Hacer un nuevo examen completo del niño</p> <ul style="list-style-type: none"><li>o Si el niño:<ul style="list-style-type: none"><li>- Presenta cualquier signo general de peligro o impresiona con mal estado general:<ul style="list-style-type: none"><li>&gt; Fijación de la mirada o</li><li>&gt; Quejido o</li><li>&gt; Petequias en la piel o</li><li>&gt; Abombamiento de fontanela o (en menores de 1 año)</li><li>&gt; Rigidez de nuca o</li><li>&gt; Impresiona en mal estado general</li></ul></li></ul></li></ul> <p><b>Tratarlo como ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE</b> y referirlo urgentemente al hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>o Si presenta fiebre por cualquier otra causa, administrarle tratamiento.</li><li>o Si la fiebre lleva más de 7 días de evolución, referir al hospital para evaluación.</li><li>o Si no encuentra ningún otro signo, diga a la madre que regrese a los 2 días si persiste la fiebre.</li></ul>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

136 PEDIATRICS Vol. 115 No. 2 February 2005, pp. 295-301 (doi:10.1542/peds.2004-0245)

El empeoramiento de la enfermedad en un niño que recibía tratamiento con antibióticos puede hacer que el niño clasifique ahora como enfermedad febril grave y que presente sepsis o infección bacteriana grave.

Cuando el niño clínicamente tiene fiebre y ningún otro signo evidente, debe indicarle a la madre que continúe con la administración de ibuprofeno o paracetamol, y además le enseñará los signos generales de peligro que la harán volver con urgencia al centro de salud y le recomendará volver a control en 2 días.

## 6. 7 VISITA DE SEGUIMIENTO POR OTITIS MEDIA AGUDA

Un niño clasificado como **Otitis Media Aguda** debe volver a control a los 5 días. Usted debe consultar el recuadro **OTITIS MEDIA AGUDA** en la sección Proporcionar Atención de Reevaluación y Seguimiento y reevaluar según al cuadro 70.

### **Cuadro 70: Proporcionar Atención de Reevaluación y Seguimiento al niño con Otitis Media Aguda**

#### **OTITIS MEDIA AGUDA**

##### **Visita de seguimiento a los 5 DIAS DE LA VISITA INICIAL**

- Reevaluar el problema de oído, (consultar el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR). Tomar la temperatura axilar del niño.

##### **TRATAMIENTO**

- Si al tacto hay tumefacción dolorosa retroauricular o fiebre alta (38,5° o más), referir **URGENTEMENTE** al hospital.
- Otitis media aguda: si el dolor de oído o la supuración persisten, continuar con el mismo antibiótico durante 5 días más. Mantener seco el oído. Hacer control de seguimiento 5 días después.
- Si no hay dolor de oído ni supuración, felicitar a la madre por el cuidadoso tratamiento brindado. Indique que continúe administrando el antibiótico hasta completar 10 días de tratamiento.

Si apareció una tumefacción dolorosa retroauricular, el niño puede tener **mastoiditis**.

Si continúa con fiebre alta puede tener una **infección grave**. En ambos casos el niño ha empeorado y necesita referirse al hospital.

Si el oído aún está supurando o si empezó a supurar después de la visita inicial, demuéstrele a la madre cómo secar el oído y explíquele la importancia de mantenerlo seco para que pueda curarse. Indíquelo que cumpla los 10 días de tratamiento y que regrese a un nuevo control en 5 días.

Cuando sospeche una **infección crónica del oído**, primero determine si la madre le seca el oído de manera correcta. Para ello, pídale que le describa o le muestre cómo seca el oído del niño.

Pregúntele con qué frecuencia seca el oído y qué problemas ha tenido al hacerlo. Hable con ella para resolver esos problemas. Aliéntela a continuar con los procedimientos adecuados. Explíquele que el secado es la única terapia eficaz para un oído que supura y que si no lo seca podría disminuir la audición del niño (hipoacusia).

Si el niño ha mejorado, felicite a la madre por el cuidadoso tratamiento que le ha brindado al niño. Insista en que debe completar los 10 días de tratamiento.

## 6.8 VISITA DE SEGUIMIENTO PARA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA SUPURADA

Un niño clasificado como **Faringoamigdalitis aguda supurada** debe volver a la consulta en 5 días.

Usted debe consultar el recuadro **FARINGOAMIGDALITIS AGUDA SUPURADA** en la sección Proporcionar Atención de Reevaluación y Seguimiento y seguir los pasos detallados en el cuadro 71.

### **Cuadro 71: Proporcionar Atención de Reevaluación y Seguimiento para Faringoamigdalitis aguda supurada**

#### **FARINGOAMIGDALITIS AGUDA SUPURADA**

##### **Visita de seguimiento a los 5 DIAS DE LA VISITA INICIAL**

- Preguntar:
  - ¿Bajó la fiebre?
  - ¿El niño está comiendo mejor?

##### **TRATAMIENTO**

- **Si la fiebre persiste, no puede beber y no se alimenta mejor, refiéralo al hospital.**
- **Si la fiebre bajó y come mejor, continúe con el tratamiento adecuado y dé todas las recomendaciones necesarias a la madre. Dígale cuándo regresar con urgencia.**

## 6.9 VISITA DE SEGUIMIENTO POR PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN

Un niño clasificado con **problemas de alimentación** debe regresar a control a los 5 días.

Usted debe consultar el recuadro **PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN** en la sección Proporcionar Atención de Reevaluación y Seguimiento, y seguir las instrucciones del cuadro 72.

**Cuadro 72: Proporcionar Atención de Reevaluación y Seguimiento para Problemas de Alimentación**

**PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN**

**Visita de seguimiento a los 5 DIAS DE LA VISITA INICIAL**

- Reevaluar la alimentación. Consultar las preguntas de la parte superior del cuadro **ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE**.
- Preguntar sobre cualquier problema de alimentación que se haya constatado en la primer consulta.
  - Aconsejar a la madre con respecto a cualquier problema de alimentación nuevo o persistente. Si se recomienda a la madre que haga cambios importantes en la alimentación, indicarle que vuelva a traer al niño para control.
  - Si el peso del niño es muy bajo para la edad, indicar a la madre que vuelva 5 días después de la primera consulta para determinar si el niño ha aumentado de peso.

Siempre pregunte a la madre si ha podido cumplir con las recomendaciones que se le dio. Por ejemplo, si en la última visita se le recomendó una alimentación más activa, pida a la madre que le describa cómo se alimenta el niño y quién lo alimenta en cada comida.

Siempre consulte la ficha del niño para ver la descripción de los problemas de alimentación detectados en la consulta inicial y las recomendaciones dadas.

**PREGUNTE** a la madre si ha podido cumplir con las recomendaciones que le dieron.

Asesore a la madre sobre cualquier problema de alimentación nuevo o persistente.

Dedique tiempo suficiente para esta consulta, así podrá aconsejar a la madre sobre la selección de los alimentos más apropiados para la edad de su hijo, la frecuencia con que los debe administrar, cómo puede inducirlo a una alimentación activa y cómo puede solucionar los problemas que se le presenten.

El niño que mejora debe ser controlado cada 14 días para seguir alentando a la madre y darle nuevas recomendaciones hasta que el niño haya recuperado el peso o mejorado ostensiblemente.

Un método recomendado para aumentar la adhesión al tratamiento es la realización de reuniones conjuntas con madres que tienen hijos con desnutrición. En estas reuniones se puede conversar de temas generales como: alimentos disponibles en la zona, selección de alimentos de los grupos básicos y la combinación balanceada de los mismos, forma de preparación y recetas posibles. Si usted decide emprender este tipo de reuniones, tiene que lograr un ambiente confiable, estimular la participación de todos los asistentes y permitir que cada uno de ellos pueda expresar libremente sus opiniones.

En caso de haber clasificado en la visita inicial como **DESNUTRICIÓN GRADO I y II**, debe seguir los pasos del cuadro 73.

### **Cuadro 73: Proporcionar Atención de Reevaluación y Seguimiento al niño con Desnutrición Grado I y II**

#### **DESNUTRICIÓN GRADO I y II**

##### **Visita de seguimiento a los 7 DÍAS DE LA VISITA INICIAL**

- Pesar y medir al niño.
- Valorar la lactancia materna (si es amamantado).
- Reevaluar la alimentación (consultar el cuadro ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE) y efectuar las preguntas relacionadas con la alimentación del niño.
- Reevaluar la calidad de los cuidados (consultar ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE), aspectos a valorar respecto a la calidad de los cuidados.

##### **TRATAMIENTO**

- **Si el peso mejora**, felicitar a la madre e incentivarla a continuar (no esperar un aumento significativo).
- **Si el peso es igual**, evaluar la calidad de los cuidados y la existencia de red de apoyo social y familiar.
  - En caso de que esta evaluación sea positiva, citar a un nuevo control en 7 días.
  - Si la evaluación es negativa, referir al hospital.
- **Si el peso ha bajado y el niño tiene:**
  - Desnutrición moderada, refiéralo al hospital para su diagnóstico diferencial.
  - Desnutrición leve, refuerce las instrucciones y recomendaciones a la madre y vuelva a evaluar a los 7 días.

*Puede ser que resulten necesarias mayor cantidad de consultas de seguimiento, teniendo en cuenta el examen clínico del niño y las nuevas indicaciones durante esta consulta, informe a la madre sobre esa necesidad y dígame la fecha de la próxima consulta. Indique también cuándo debe regresar con urgencia.*

En el caso de que los niños tengan **muy bajo peso para la edad**, durante la visita de seguimiento además de pesarlo debe determinar si aún clasifica como de muy bajo peso. También reevalúe la alimentación haciéndole a la madre las preguntas que se detallan en **ACONSEJAR A LA MADRE**.

Si ya no tiene peso muy bajo para la edad, elogie a la madre. Los cambios introducidos en la alimentación lo están ayudando. Aliéntela a continuar alimentándolo de acuerdo con las recomendaciones de alimentación acorde su edad.

Si aún tiene peso muy bajo para la edad, aconseje a la madre acerca de cualquier problema de alimentación encontrado. Con estas recomendaciones nutricionales usted la ayudará a alimentar a su hijo con los alimentos apropiados para su edad y a ofrecérselos con la frecuencia adecuada. También se le enseñará la manera de alimentarlo activamente.

Dedique el tiempo suficiente a la consulta para aconsejar a la madre sobre la selección de los alimentos más apropiados para la edad de su hijo, la frecuencia con que los va a administrar, cómo inducir la alimentación activa y cómo puede solucionar los problemas que se le presenten. Es importante controlar al niño que mejora citándolo cada 14 días ya



que permitirá recomendar y alentar a la madre hasta que el niño haya recuperado el peso o haya mejorado ostensiblemente. Un método recomendado que puede aumentar la adhesión al tratamiento es la reunión conjunta de madres que tienen hijos con desnutrición donde se converse de temas generales como: los alimentos disponibles en la zona, la selección de alimentos de los grupos básicos y la combinación balanceada de los mismos, la forma de preparación y las recetas posibles. Si usted decide emprender esta tarea debe recordar que deberá crear un ambiente confiable, estimular la participación y permitir que todas las madres puedan expresar libremente sus opiniones.

- ▶ Pida a la madre que regrese a control con su hijo al cabo de 14 días o antes si usted lo considera necesario. Recuérdele que es importante que lo controle todos los meses para poder recomendarle los alimentos apropiados hasta que aumente regularmente de peso o ya no tenga peso muy bajo. Si el niño continúa perdiendo peso y no hay probabilidad de que se introduzcan cambios en la alimentación, refiéralo al hospital o a un programa de alimentación.

#### **6.10 VISITA DE SEGUIMIENTO POR ANEMIA**

Cuando un niño regresa a la visita de seguimiento por ANEMIA, siga las instrucciones que están a continuación:

- ▶ Suministre a la madre hierro adicional para el niño y recomíendele que regrese después de 14 días para que se le suministre más hierro.
- ▶ Continúe entregando hierro a la madre cada vez que traiga a la consulta a su hijo (cada 14 días). Hágalo por un período de 2 meses o hasta que la patología se resuelva.
- ▶ Si después de 2 meses el niño sigue con anemia, refiéralo al hospital para su evaluación.

**ANEXO**

anexo

**ANEXO**



# ANEXO

## Observar Hoja de Registro (frente y dorso).

Hoja de registro	
Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ kg Talla: _____ cm	
Temperatura: _____ °C	
PREGUNTE: ¿Qué problemas tiene el niño? _____ ¿Visita inicial? _____ ¿Visita de seguimiento? _____	
EVALUAR (Encerrar en un círculo todos los signos presentes)	
<p><b>DETERMINE LOS ANTECEDENTES PERINATALES</b></p> <p>Preguntar:</p> <p>Peso del niño al nacer</p> <p>Estuvo Internado al nacimiento?</p> <p>Le han dicho si tiene alguna enfermedad?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: 200px;"> <p>Determinar: APGAR EDAD GESTACIONAL</p> </div>	<p><b>CLASIFICAR</b></p>
<p><b>DETERMINAR SI ES POSIBLE QUE SE TRATE DE UNA ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCION GRAVE</b></p> <div style="display: flex;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Rechaza el alimento?</li> <li>• ¿Tuvo el niño convulsiones?</li> <li>• ¿Cómo ve al niño?</li> <li>• ¿Impresiona con mal estado general?</li> </ul> </div> <div style="width: 70%;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar si el niño está letárgico</li> <li>• Observar si está irritable o con llanto continuo.</li> <li>• Contar las respiraciones en un minuto. _____ respiraciones por minuto.</li> <li>• Repetir el recuento _____ ¿Respiración rápida?</li> <li>• Determinar si hay tiraje subcostal.</li> <li>• Determinar si tiene aleteo nasal.</li> <li>• Determinar si tiene quejido.</li> <li>• Examinar la fontanela y palparla para determinar si está abombada.</li> <li>• Observar el ombligo. Presenta supuración o está enrojecido?.</li> </ul> </div> </div> <p>Tomar la temperatura: Tiene fiebre? Tiene hipotermia?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar la piel para determinar si tiene pústulas</li> <li>• Determinar si tiene cianosis</li> <li>• Determinar si presenta apneas</li> <li>• Determinar si tiene vómitos</li> <li>• Determinar si tiene diarrea</li> <li>• Determinar si tiene ictericia grave</li> <li>• Determinar si tiene conjuntivitis</li> <li>• Determinar si tiene moniliasis</li> </ul>	<p><b>TRATAR</b></p>
<p><b>¿TIENE EL NIÑO ICTERICIA?</b></p> <p>¿Cuánto tiempo hace? _____ días</p> <p>¿Que edad tiene?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar grado de ictericia No ___ Si ___</li> <li>• Determinar color de la orina.</li> <li>• Determinar color de las heces</li> </ul>	
<p><b>EN SEGUIDA, VERIFICAR SI HAY PROBLEMAS DE ALIMENTACION O INADECUADO INCREMENTO DE PESO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuánto pesó al nacer? _____ gr.</li> <li>• ¿Tiene alguna dificultad para alimentarse? Si ___ No ___</li> <li>• ¿Se alimenta al pecho? Si ___ No ___</li> <li>Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántas veces en 24 horas? _____ veces</li> <li>• Recibe habitualmente otros alimentos o líquidos? Si ___ No ___</li> <li>Si la respuesta es afirmativa, ¿con qué frecuencia? _____</li> <li>• ¿Cómo lo prepara?</li> </ul> <p style="text-align: center;">Gramos      Fecha</p> <p style="text-align: center;">*Determinar el peso actual:</p> <p style="text-align: center;">*Consignar pesos previos</p> <p style="text-align: center;">*Determinar el incremento de peso diario: _____ gr/día</p> <p style="text-align: center;">Es bajo ___ No es bajo ___</p>	
<p>Si el niño tiene cualquier dificultad para alimentarse, si se alimenta al pecho menos de 8 veces cada 24 horas, recibe cualquier otro alimento o líquido, o tiene inadecuado incremento de peso y no presenta ningún signo por el cual deba ser referido URGENTEMENTE al hospital:</p>	
<p><b>EVALUAR LA ALIMENTACION AL PECHO:</b></p> <p>¿El niño se alimentó al pecho durante la última hora?</p> <p style="margin-left: 40px;">Si el niño no se ha alimentado durante última hora, solicite a la madre que coloque a su niño al pecho. Observe la lactancia por 4 minutos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿El niño logró prenderse? Para verificar, observar si: <ul style="list-style-type: none"> <li>- tiene la boca bien abierta Si ___ No ___</li> <li>- tiene el labio inferior evertido Si ___ No ___</li> <li>- Incluye la mayor parte de la areola en la boca Si ___ No ___</li> <li>- la succión no es audible Si ___ No ___</li> </ul> </li> <li>• ¿El niño logró prenderse bien? <ul style="list-style-type: none"> <li>no se prende / se prende mal / se prende bien</li> </ul> </li> <li>• ¿El niño mama bien (es decir, succiona en forma lenta y profunda, con pausas ocasionales)? <ul style="list-style-type: none"> <li>no mama nada / no mama bien / mama bien</li> </ul> </li> <li>• Determinar si tiene placas blancas en la boca (moniliasis oral)</li> </ul>	
<p><b>VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACION DEL NIÑO</b></p> <p>Marcar con un círculo las vacunas que se le darán hoy.</p> <p>BCGVacuna      Hepatitis B</p>	<p>Volver para la próxima vacuna el: _____ (Fecha)</p>
<p><b>OTROS PROBLEMAS</b></p>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <p>Volver para seguimiento en: _____</p> <p>Administrar las vacunas que correspondan hoy: _____</p> <p>NOMBRE _____</p> </div>	

## Formulario de Registro Atención del niño de 2 meses a 4 años de edad (frente y dorso).

### FORMULARIO DE REGISTRO ATENCION DEL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

Barrio: \_\_\_\_\_ Manzana: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ T. axilar °C \_\_\_\_\_

**EVALUAR (Encerrar con un círculo todos los signos presentes)**

**¿PREGUNTAR: ¿Qué problemas tiene el niño?** ¿Primera consulta? ¿Consulta de control?

**CLASIFICAR**

**VERIFIQUE SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL** ¿Hay algún signo general de peligro? Si \_\_\_ No \_\_\_

**EL NIÑO NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO LETARGICO O COMATOSO**

**VOMITA TODO**

**CONVULSIONES**

**¿TIENE EL NIÑO TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? Si \_\_\_ No \_\_\_**

¿Cuánto tiempo hace? \_\_\_ días.

- Contar las respiraciones por minuto
- Respiraciones por minuto, ¿Respiración Rápida?
- Observar si hay tiraje subcostal
- Determinar si hay estridor
- Determinar si hay sibilancias

**¿TIENE EL NIÑO DIARREA?** Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuánto tiempo hace? \_\_\_ días

- Determinar el estado general del niño, ¿El niño está Letárgico o inconsciente?
- Inquieto o irritable?
- Determinar si tiene los ojos hundidos.
- Ofrecer líquidos al niño ¿el niño bebe muy mal o no puede beber?
- Bebe ávidamente con sed?
- Signo del pliegue cutáneo: La piel vuelve al estado anterior
- ¿Muy lentamente (mas de 2 segundos) lentamente?

**¿TIENE EL NIÑO FIEBRE?** (Determinada por interrogatorio, si se nota caliente al tacto Si \_\_\_ No \_\_\_)

Si tiene una temperatura de 37.5°C o más

¿Cuánto tiempo hace? \_\_\_ días

**OBSERVAR Y DETERMINAR**

- Impresión de mal estado general
- Cualquier signo de peligro general o
- Fijación de la mirada o quejido
- O presencia de petequias en piel o
- Abombamiento de fontanela (en menores de 1 año)
- Rigidez de nuca

**¿TIENE EL NIÑO UN PROBLEMA DE OIDO?** Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Tiene dolor de oído? Determinar si hay supuración del oído visible por interrogatorio

¿es este el único episodio en los últimos 4 meses?

¿tiene supuración del oído? Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja

En caso afirmativo, ¿desde cuando? \_\_\_ días Determinar si no es el único episodio en los últimos 4 m

**¿TIENE EL NIÑO PROBLEMA DE GARGANTA?** Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Tiene dolor de garganta? Determinar si hay: exudado blanco en la garganta

Garganta eritematosa

Ganglios del cuello aumentados de tamaño y dolorosos

**EN SEGUNDA VERIFICAR SI PRESENTA DESNUTRICION**

Determinar: Peso \_\_\_\_\_ Kg Pc \_\_\_\_\_

El peso para la edad ó Peso muy bajo para la edad o para la talla Talla \_\_\_\_\_ cm Pc \_\_\_\_\_

El peso para la talla Signos de edema PC \_\_\_\_\_ cm Pc \_\_\_\_\_

Verificar si hay edema Peso bajo para la edad o para la talla P/E \_\_\_\_\_ P/T \_\_\_\_\_

Peso algo bajo para la edad o para la talla <2años >2años

Peso normal para la edad o para la talla

**VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN** Marcar con un círculo las vacunas que se le darán hoy.

BCG DPT1 DPT2 DPT3 Triple Viral DPT4

Sabin 1 Sabin2 Sabin 3 Sabin4 Hepb1 HepB2 HepB3

Hib1 Hib2 Hib 3 Hib 4

**EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO** ¿Peso de nacimiento? \_\_\_ Kg?

¿Actualmente le da el pecho al niño? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuántas en un período de 24 horas? \_\_\_ veces ¿Le da el pecho durante la noche? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿El niño ingiere algún otro alimento o toma algún otro líquido? Si \_\_\_ No \_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, ¿Qué alimentos o líquidos?

¿Cuántas veces por día? \_\_\_ veces

Le dio el pecho en forma exclusiva hasta los \_\_\_ meses

Recibió Hierro Si \_\_\_ NO Durante cuanto tiempo \_\_\_\_\_

¿Qué le da de comer al niño y cuantas veces por semana? Leche Quesos Huevos

Carnes Frutas Verduras Cereales Legumbres Golosinas

¿De que tamaño son las porciones que le da?

¿El niño recibe su propia porción? ¿Quién le da de comer al niño y cómo?

Durante esta enfermedad, ¿hubo algún cambio en la alimentación del niño? Si \_\_\_ No \_\_\_

Si lo hubo, ¿Cuál fue?

**EVALUAR OTROS PROBLEMAS**

**TRATADO**

Completar por la persona que atiende al niño en el momento de la consulta en una clasificación por...

Fecha de seguimiento: \_\_\_\_\_

Uso: se lo puede usar para registrar resultados de laboratorio de rutina

## ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

La atención del Recién Nacido (RN) se desarrolla en cuatro Sectores fundamentales:<sup>137</sup>

El **Sector de Recepción y Reanimación**, que se encuentra dentro del Centro Obstétrico y en el que se asiste a TODOS los niños que nacen en la Institución.

El **Sector de Internación Conjunta Madre-Hijo** (Rooming-In), donde se internan y controlan todos los RN NORMALES, que son la gran mayoría.

El **Sector de Internación Neonatológica**, donde se asiste a los RN Patológicos y también los recién nacidos en los cuales es necesario anticiparse a problemas clínicos (Recién Nacido de Riesgo).

Los **Consultorios de Seguimiento**, donde se realiza el control postalta de los RN normales y los seguimientos especializados de los RN patológicos.

Teniendo en cuenta que esta guía sólo se refiere a la atención inmediata del RN normal, únicamente se desarrollan los temas correspondientes a los dos primeros Sectores.

### RECEPCIÓN - REANIMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

#### OBJETIVO GENERAL

*Brindar a todos los recién nacidos las condiciones óptimas para su adaptación inmediata a la vida extrauterina, favoreciendo siempre y evitando interferir en la interacción inmediata madre/padre-hijo (Vínculo temprano).*

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **Anticipar Situaciones:** Detectar las distintas condiciones perinatales que se asocian a nacimientos de Alto Riesgo, valorando los antecedentes disponibles.
- Contar con **Recurso Humano Capacitado** en la Sala de Partos (médicos: obstetras, neonatólogos, pediatras, generalistas, anestesistas; obstétricas; enfermeras; etc.), que deben estar siempre disponibles.

137 Guía para la atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Capítulo 3: Atención Inmediata del Recién Nacido, pag.47. 2004

- Contar con el **Equipamiento** necesario, completo, en condiciones de funcionamiento y listo para ser usado.
- Mantener una **Temperatura Ambiental** adecuada para evitar la injuria por frío en el RN.
- Facilitar la **Interacción Madre/Padre-Hijo** en los primeros momentos luego del nacimiento, para lo que debe facilitarse el ingreso del padre a la Sala de Partos.
- Incluir el apoyo necesario para el inicio de la **Lactancia Precoz** en la primera hora de vida.
- Realizar un **Examen Físico** breve y sistematizado que posibilite la detección precoz de factores de riesgo neonatal.
- Realizar **Profilaxis** de enfermedades frecuentes en el recién nacido (Enfermedad hemorrágica, oftalmía gonocócica, infecciones, etc).
- **Identificar** correctamente al binomio madre-hijo de acuerdo a las Leyes vigentes.
- Realizar una **Reanimación Cardiopulmonar** adecuada en aquellos casos que sea necesario.
- Determinar el **Nivel de Complejidad de Atención** que requerirá el recién nacido, para implementar rápidamente su derivación si es necesario, o su internación en la misma institución.
- **Informar a los padres/familia** del niño cuándo se produjo el nacimiento y sus características (salud, enfermedad, sexo, peso, etc).
- Completar la **Historia Clínica Perinatal y todos los registros institucionales**, lo que permitirá el registro adecuado, el procesamiento de la información y la posterior toma de decisiones de acuerdo a los resultados.

#### ASPECTOS GENERALES

***Por el Sector de Recepción y Reanimación pasan todos los recién nacidos y no sólo los deprimidos, por lo que debe ser una de las áreas mejor mantenidas y equipadas en una institución donde se produzcan nacimientos.***

La depresión neonatal es relativamente frecuente. Alrededor del 10% de los RN requieren algún grado de reanimación activa al nacer (AAP-AHA 2002).

Distintas series de casos publicadas en diferentes países coinciden en afirmar que más del 50% de los RN que requerirán alguna maniobra de reanimación al nacer son anticipables, por la historia materna o por las características del parto (Urman 2002), por lo que deben valorarse los siguientes factores de riesgo (Tabla N° 3).<sup>138</sup>

---

138 American Heart Association-American Academy of Pediatrics. Texto de Reanimación Neonatal (Versión en Español) 4ed., 2002

Tabla N° 3: Factores de riesgo para necesidad de reanimación neonatal

Factores anteparto	
Diabetes materna Hipertensión inducida por el embarazo Hipertensión crónica Anemia o isoimmunización Muerte fetal o neonatal previa Hemorragia del 2do. trimestre Infección materna Enfermedad cardíaca, renal, pulmonar, tiroidea o neurológica materna Polihidramnios Oligohidramnios	Rotura prematura de membranas Gestación pretérmino o postérmino Gestación múltiple Discrepancia tamaño fetal y FUM Terapia con medicamentos: carbonato de litio, magnesio, bloqueadores adrenérgicos Consumo materno de drogas Malformación fetal Actividad fetal disminuida Falta de control prenatal Edad < 16 o > 35 años.
Factores intraparto	
Cesárea de emergencia Fórceps o vacum Presentación de cara, pelviana u otra presentación anormal Parto precipitado Corioamnionitis Ruptura prolongada de membranas (> de 18 hs. del nacimiento) Parto prolongado > 24 hs. Segundo periodo del parto prolongado > 2 hs.	Bradicardia fetal FCF no reactiva Uso de anestesia general Tetania uterina Narcóticos administrados a la madre 4 hs. Antes del nacimiento Líquido amniótico meconial Prolapso de cordón Desprendimiento prematuro de placenta Placenta previa

Como consecuencia, el Sector de Recepción y Reanimación del RN debe inexcusablemente reunir las condiciones que aseguren una adecuada reanimación, incluyendo tanto el recurso humano capacitado como la infraestructura y el equipamiento básico necesario y en condiciones de funcionamiento.

En este sentido, se han publicado en nuestro país las Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Neonatología (Resolución Ministerial N° 306/2002) y las de Servicios de Maternidad (Resolución Ministerial N° 348/2003).

Periódicamente se realizan en la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), en la Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER), en Congresos, Hospitales, etc, cursos de capacitación basados en el Curso de Reanimación Neonatal elaborado por la *American Academy of Pediatrics* (AAP) y la *American Heart Association* (AHA) que se actualiza periódicamente.

En este curso (AAP-AHA,2002) se basan estas guías sobre la reanimación neonatal.

Todos los miembros del equipo de salud que participan de la recepción del RN en sala de partos deberían entrenarse en esta actividad de crucial importancia. La actitud básica que debe primar es la de **organización** contra la **improvisación**.

*En cada nacimiento deberá estar presente personal adecuadamente capacitado y entrenado.*

- **Que sepa lo que debe hacerse**
- **Que sea capaz de hacerlo**

Se debe trabajar en conjunto, como un equipo coordinado.

La reanimación debe iniciarse rápidamente. Las demoras de cualquier origen aumentan la probabilidad de lesiones graves en distintos órganos y dificultan el logro de una reanimación exitosa. Cada acción debe basarse en la respuesta del recién nacido a la maniobra realizada.

En cualquier lugar en que se produzcan nacimientos debe disponerse de un equipo apropiado de reanimación en perfectas condiciones.

### **Personal:**

Frente a la posibilidad del nacimiento de un neonato de riesgo se avisará al personal más entrenado en reanimación y a, por lo menos, un asistente.

Se efectuará el lavado de manos y la vestimenta adecuada: camisolín estéril, gorro, barbijo y botas. Es aconsejable usar guantes estériles descartables o reesterilizables. En caso de madres HIV positivas o con serología desconocida, agregar protectores oculares y delantal plástico debajo del de tela.

### **Temperatura:**

Se encenderá la fuente de calor radiante sobre la mesada de reanimación o cuna térmica de manera que la temperatura sobre la misma sea de 37°C. En el área de Recepción/Reanimación la temperatura ambiental será de 28°C. Se verificará la temperatura de Sala de Partos o quirófano que deberá estar por encima de los 24°C. Se debe evitar especialmente la hipotermia del recién nacido, pero tener en cuenta que se debe evitar la hipertermia ya que se asocia con depresión respiratoria.

### **Equipos e insumos:**

A la verificación y control de los equipos, se debe agregar la preparación de los sistemas de aspiración, conexión de sondas, instalación de tubuladuras de oxígeno, encendido del laringoscopio, etc. Los elementos y equipos necesarios son los siguientes<sup>139</sup> (Tabla N° 4):

---

139 American Academy of Pediatrics- American Heart Association. Texto de Reanimación Neonatal (Versión en Español) 4ed. 2002



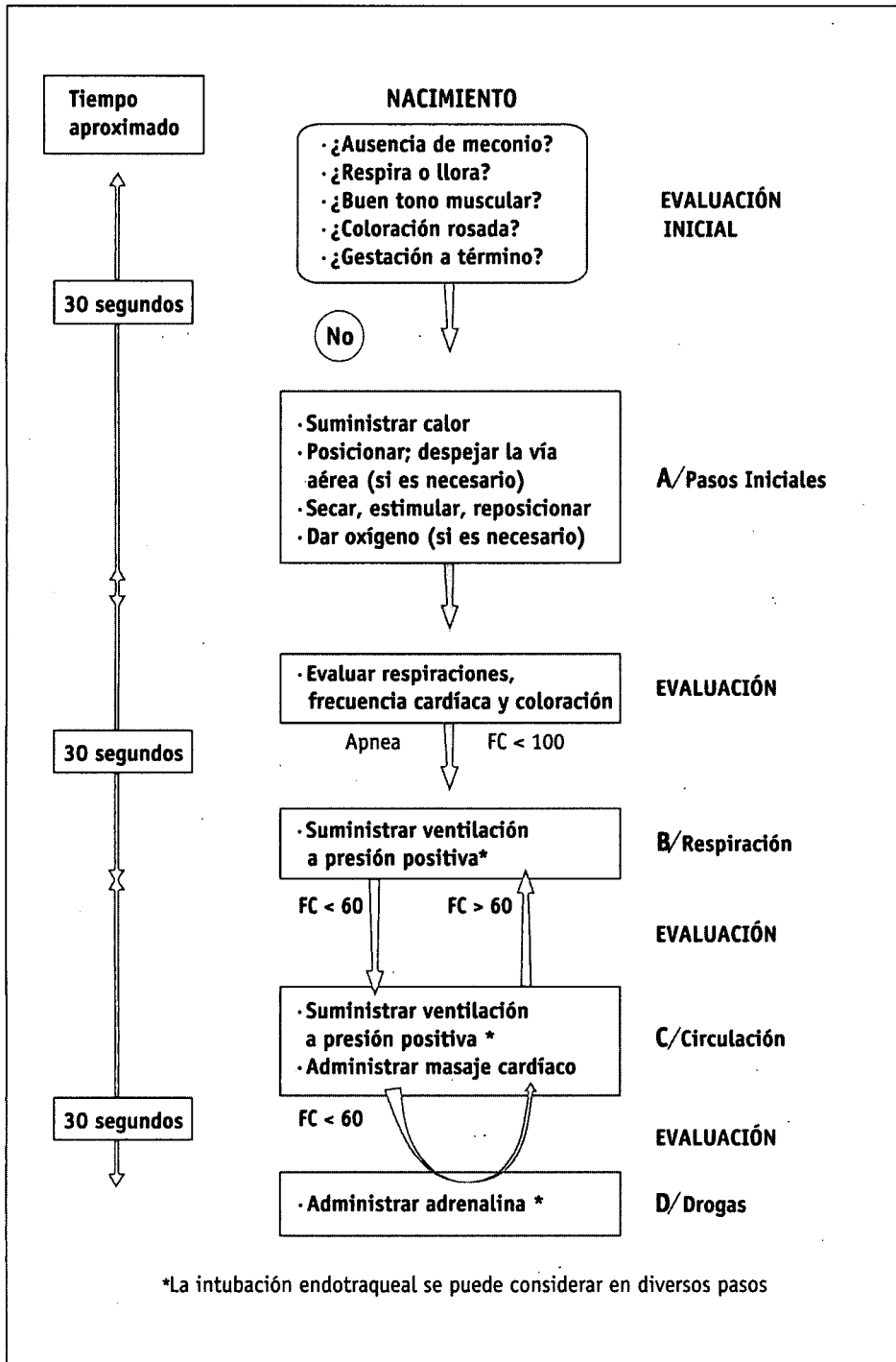
Tabla N° 4: Elementos y equipos necesarios para la reanimación neonatal.

<p><b>Equipo de aspiración:</b>            pera de goma            Aspirador mecánico y tubos            Sondas de aspiración 5 o 6 F,            8 F y 10 o 12 F            SNG 8F (K 30,31,33)            Jeringa de 20 ml            Dispositivo para aspiración            de meconio</p> <p><b>Equipo de bolsa y máscara</b>            Bolsa neonatal con válvula de            liberación de presión, o            manómetro que suministre            O<sub>2</sub> 90-100%            Máscaras tamaño para RN y            prematuros (mejor con bordes            acolchados)            Oxígeno con medidor de flujo            y tubuladuras</p>	<p><b>Equipo de intubación:</b>            Laringoscopio hoja recta            N° 0 y N° 1            Focos y baterías de repuesto.            Tubos endotraqueales 2,5; 3;            3,5 y 4 mm.            Estilete (opcional)            Tijeras            Cinta adhesiva</p> <p><b>Medicación:</b>            Adrenalina ampollas 1:10.000            de 3 o 10 ml            Sol. Fisiológica o Ringer            Lactato 100-250 ml            Bicarbonato de sodio al 4,2%            Naloxona ampollas 0,4mg/ml            de 1 ml o 1,0 mg/ml de 2 ml            Dextrosa al 10% 250 ml</p>	<p><b>Elementos para cateterización            umbilical:</b>            Guantes estériles            Bisturí o tijera            Solución de yodo-povidona            Cinta para cordón umbilical            Sondas umbilicales 3,5 F, 5F            Llave de tres vías            Jeringas de 1,3,5,10,20,y 50 ml            Agujas calibre 18,21,25 o            dispositivo de punción para            sistema sin aguja</p> <p><b>Varios:</b>            Guantes y protección apropiada            para el personal            Fuente de calor radiante            Superficie de reanimación firme            y acolchada            Reloj (o cronómetro)            Ropa blanca calentada            Estetoscopio            Cinta adhesiva            Cánulas orofaríngeas            Monitor cardíaco y/o oxímetro            de pulso (opcional)</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## RECEPCIÓN

Con una compresa o toalla estéril (idealmente precalentada) abierta se espera el nacimiento del niño, se lo recibe y sujeta, a través de la compresa, por la nuca y por las extremidades inferiores. Sostener al RN en un plano igual o ligeramente inferior al periné materno, envolviéndolo con la compresa, apoyándolo sobre una mesa auxiliar o manteniéndolo en brazos.

Figura N° 4: Algoritmo de procedimientos en la reanimación<sup>140</sup>



140 Adaptado de American Academy of Pediatrics- American Heart Association. Texto de Reanimación Neonatal (Versión en Español) 4ed. 2002

Mientras se está pinzando y cortando el cordón (Ver tiempo de ligadura en Capítulo 2) se procede a realizar la **evaluación inicial** del niño por observación: (Ver Figura N° 4)

- ▶ ¿Hay líquido amniótico meconial?
- ▶ ¿Respira o llora?
- ▶ ¿Buen tono muscular?
- ▶ ¿Coloración rosada?
- ▶ ¿Gestación a término?

Se pueden dar dos situaciones:

- **Niño vigoroso:** no hay líquido amniótico meconial, es un recién nacido de término que llora en forma enérgica o respira espontáneamente, está rosado, con buen tono muscular y la Frecuencia Cardíaca (FC) es más de 100 latidos por minuto. Ésta se toma por palpación o visualización del cordón umbilical.
- **Niño deprimido o que requiere procedimientos especiales:** Hay líquido amniótico meconial o está en apnea (no respira), o realiza esfuerzos respiratorios débiles e inefectivos y/o la FC es menor de 100 x', o está cianótico o hipotónico o es un recién nacido prematuro.

## RECIÉN NACIDO VIGOROSO

Se lo seca con la compresa/toalla y se cambia esta húmeda por otra seca preferentemente precalentada y limpia.

*No es necesario aspirar secreciones en un RN vigoroso, que por definición respira espontáneamente y/o llora, ya que no hay evidencias que sustenten esta práctica (AAP-ACOG 1997) (AAP-AHA,2002). Sólo se aspirará de ser necesario por gran cantidad de secreciones.*

Se entrega a la madre, permaneciendo en sus brazos unos minutos estimulando la interacción entre ambos y del padre, que idealmente debe estar presente. Si es posible realizar la primera puesta al pecho. Mientras esto sucede se continúa la observación del niño. Recién después se traslada a la mesa de recepción/reanimación donde se realizan los procedimientos de rutina (Ver más adelante).

## RECIÉN NACIDO DEPRIMIDO. PASOS INICIALES

En este caso se lo traslada inmediatamente al área de reanimación donde se colocará al niño sobre una mesada acondicionada para tal fin o una servocuna. (Evaluar riesgo de caídas del niño).

Allí se realizan los siguientes pasos iniciales (Ver Figura N° 4) que no deben demorarse más de 30 segundos:

### Suministrar calor:

Colocar al RN debajo de la fuente de calor radiante preencendida y remover la compresa húmeda, colocando una seca y al niño con la cabeza hacia al operador principal y en decúbito dorsal.

### Posicionar y despejar la vía aérea:

- ▶ **Posicionar la cabeza con cuello ligeramente extendido**, para evitar que se acode la vía aérea. Se puede colocar un apósito o una compresa enrollada debajo de los omóplatos del niño para mantenerlo en esta posición.
- ▶ **Aspirar suavemente, primero la boca y luego la nariz** para liberar de secreciones. Se puede utilizar pera de goma (o sonda).

### Secado, estimulación táctil y reposicionar:

Se seca el cuerpo y la cabeza del niño y si a pesar del secado y la aspiración (que proveen estimulación) el niño continúa en apnea, se palmean las plantas de los pies, o se percuten los talones o se masajea suavemente la espalda. Estas maniobras sólo se realizan, como máximo, dos veces.

*Una estimulación demasiado vigorosa no ayuda y puede causar lesiones. No se debe sacudir al niño. Continuar la estimulación táctil si el recién nacido no está respirando es perder tiempo valioso.*

Para estimular al niño no se debe golpear la espalda, comprimir la caja torácica, forzar las piernas sobre el abdomen, dilatar el esfínter anal o colocar compresas frías o calientes. Estas acciones pueden producir fracturas, neumotórax, ruptura de hígado o bazo, hemorragias, quemaduras, hipo o hipertermia, etc.

Si con estas maniobras el niño llora enérgicamente, inicia una respiración regular, mantiene la FC por encima de 100 x' y se recolorea, se lleva con su madre y luego se procede igual que con los recién nacidos vigorosos.

Si no se produce mejoría, se iniciará la reanimación cardiopulmonar.

## REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

*Recordar los pasos básicos*

A/ Vía aérea permeable

B/ Iniciar respiración (*breathing* en inglés)

C/ Mantener circulación

D/ Drogas. Sólo utilizar medicamentos cuando se cumplieron efectivamente los pasos anteriores.

La Reanimación se basa en la evaluación permanente, integrada y simultánea de tres parámetros:

- Respiración
- Frecuencia Cardíaca
- Color

Esta evaluación permitirá decidir acciones, cuyos efectos serán a su vez reevaluados de acuerdo con las respuestas del RN.

Es muy importante aclarar que:

*La puntuación de APGAR no es útil para determinar cuándo iniciar la Reanimación ni para decidir las acciones a realizar. Sólo permite evaluar la efectividad de la misma.*

### Primera evaluación y decisión de acciones

Si el niño respira espontáneamente y la FC es mayor de 100 x', se valora el color: si está cianótico se debe administrar oxígeno libre (sin presión) usando una máscara fenestrada mantenida firmemente sobre la cara, o acercando un tubo conectado a la fuente de oxígeno haciendo campana con la mano o una bolsa de anestesia (inflada por flujo). Tener en cuenta que no es útil en esta situación una bolsa autoinflable.

El flujo de oxígeno debe ser de 5 l/minuto.

Una vez que el niño se ha puesto rosado, se debe retirar gradualmente la fuente de oxígeno. Si al hacerlo reaparece la cianosis debe continuar administrándose oxígeno, si no mejora puede ser necesario ventilar con bolsa y máscara a presión positiva como se explicará más adelante.

Se debe considerar sólo la cianosis central (involucra todo el cuerpo incluyendo las mucosas), dado que la cianosis periférica (manos y pies) es una situación normal en las primeras horas de vida.

Si la administración de oxígeno se prolonga, éste deberá calentarse y humidificarse. En los centros que dispongan de los equipos, sería conveniente medir la saturación de O<sub>2</sub> arterial no invasiva, procurando no pasar el límite superior de 95% en niños prematuros.

*Sólo se debe administrar el oxígeno necesario para mantener rosado al niño.*

Si el niño no respira o la frecuencia cardíaca es menor de 100 x' se debe proceder a ventilar con presión positiva de oxígeno con bolsa y máscara.

## VENTILACIÓN A PRESIÓN POSITIVA CON BOLSA Y MÁSCARA

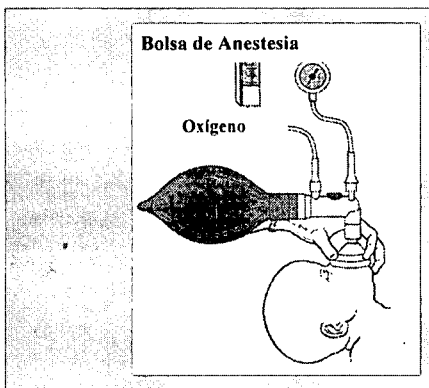
*La Ventilación con Bolsa y Máscara realizada con material apropiado y buen entrenamiento, resuelve la mayoría de las situaciones de depresión neonatal.*

Su única **contraindicación** es la **sospecha de Hernia Diafragmática** (Abdomen excavado, falta de entrada de aire en un hemitórax, desviación a la derecha de latidos cardíacos, dificultad respiratoria, etc).

### Tipos de bolsas que se utilizan en Reanimación Neonatal:

#### 1. Inflada por flujo (anestesia)

Figura N° 5: Bolsa de reanimación neonatal inflada por flujo (anestesia)<sup>141</sup>



#### VENTAJAS:

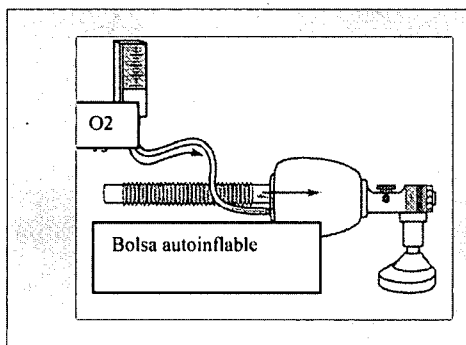
Provee oxígeno al 100%  
"Buen sello" determinado fácilmente  
Percepción de rigidez pulmonar  
*Puede utilizarse para proveer flujo libre de oxígeno*

#### DESVENTAJAS:

Requiere un sello bien ajustado  
Requiere una fuente de gas para inflarse  
Puede no tener válvula de seguridad "pop-off"  
Más difícil de manejar.

## 2. Autoinflable:

Figura N° 6: Bolsa autoinflable 4



### VENTAJAS:

- Autoinflado aún sin fuente de gas comprimido
- Válvula de liberación de presión
- Más fácil de manejar

### DESVENTAJAS:

- Se inflará aún sin un buen sello
- Requiere reservorio
- No es útil para proveer flujo libre de oxígeno a través de la máscara

Fuente: American Heart Association-American Academy of Pediatrics. Texto de Reanimación Neonatal (Versión en Español) 4ed., 2002

Todas las bolsas deben tener por lo menos un elemento de seguridad para prevenir presión excesiva:

- Manómetro de presión y válvula de control de flujo
- Válvula de liberación de presión

***Las bolsas autoinflables deben contar con reservorio de oxígeno para lograr una concentración de oxígeno de 90 a 100% que es el que debe utilizarse en una reanimación.***

***Teniendo en cuenta que el factor más importante para la reanimación es la insuflación pulmonar y los posibles riesgos del oxígeno, se están llevando a cabo estudios clínicos multicéntricos para determinar si es igualmente efectivo utilizar aire ambiente en la reanimación neonatal. En el caso excepcional de no disponerse de una fuente de oxígeno, la reanimación neonatal puede realizarse con aire ambiente.***

La bolsa debe estar conectada a la fuente de oxígeno que se regula con un flujo de 5 litros por minuto.

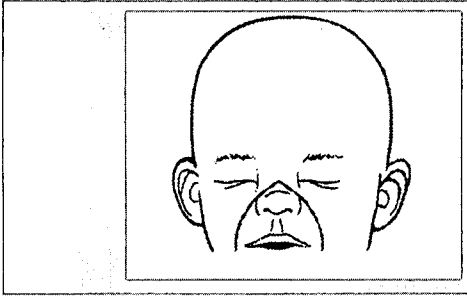
### **Importante:**

*Familiarícese con el uso de la bolsa de reanimación disponible en su Institución.*

### **Máscaras:**

*La máscara adecuada debe cubrir el mentón, la boca y la nariz del RN. Acordarse de que un sello perfecto entre la máscara y la cara del RN es básico para obtener una ventilación efectiva.*

**Figura N° 7: Máscara<sup>142</sup>**



*Máscara de tamaño adecuado, cubre boca, nariz y mentón, pero NO los ojos.*

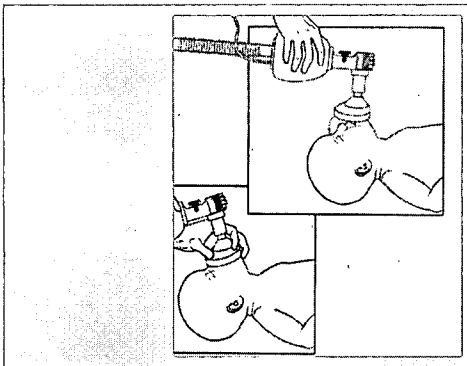
**Antes de iniciar ventilación con bolsa:**

- Seleccionar una máscara de tamaño apropiado
- Liberar la vía aérea
- Posicionar la cabeza del recién nacido
- Colocarse al lado o en la cabecera del bebé

Una vez conectada la máscara a la Bolsa se la debe aplicar firmemente contra la cara con los dedos pulgar e índice y colocando el dedo medio o anular a nivel de la cara inferior de la mandíbula a la vez que se tracciona suavemente de ésta hacia atrás y arriba. Se debe verificar que la cabeza del niño se mantenga en la posición correcta, o sea ligeramente hiperextendida. De esta manera se logrará el cierre hermético, ajuste o "sellado" de la máscara a la cara.

Con la mano hábil se comienza a bolsear a una frecuencia de 40-60 por minuto (esto se logra haciendo un bolseo y contando dos, tres, bolseo; dos, tres, etc).

**Figura N°8 : Colocación correcta de la máscara<sup>143</sup>**



*Colocación correcta de la máscara sobre la cara.*

142 American Heart Association-American Academy of Pediatrics. Texto de Reanimación Neonatal (Versión en Español) 4ed., 2002  
143 American Heart Association-American Academy of Pediatrics. Texto de Reanimación Neonatal (Versión en Español) 4ed., 2002



**Fuerza de compresión de la bolsa:**

- Valorar según:
  - Percepción de elevación y descenso del tórax
  - Sonidos respiratorios bilaterales
  - Mejoría del color y de la frecuencia cardíaca

**El bolseo es adecuado si se logra:**

- Expandir el tórax
- Auscultar entrada bilateral de aire

**Si el tórax no expande con bolseo puede deberse a:**

- Ajuste inadecuado de la máscara
- Bloqueo de la vía aérea (secreciones, flexión de la cabeza, malformaciones)
- Bolsa y/o máscara inadecuada o desconectada
- Poca presión

**Las acciones que corresponden serán:**

- Corregir la posición de la cabeza
- Aspirar boca y nariz si es necesario
- Reaplicar la máscara sobre la cara
- Revisar conexiones e integridad de bolsa y máscara
- Aumentar la presión inspiratoria

Si el bolseo se prolonga más de 2 minutos debe colocarse una sonda orogástrica, pues la distensión del estómago producirá presión sobre el diafragma disminuyendo la capacidad pulmonar y además riesgo de aspiración por vómitos y distensión abdominal.

La ventilación con Bolsa y Máscara debe realizarse durante 30 segundos y entonces se debe evaluar la frecuencia cardíaca. Si la FC es  $> 100$  x' suspender gradualmente.

Se interrumpe el bolseo, se observan la respiración y si es espontánea y sostenida, se valora color: si es cianótico se procede como se explicó anteriormente, y si es rosado se observa y valora y si el niño está en condiciones se lo lleva a la madre para realizar interacción con ella. Luego se continuará con los procedimientos de rutina.

Si la FC esta por debajo de 100 x' seguir ventilando. Si es  $< 60$  x' seguir ventilando y agregar masaje cardíaco.

## MASAJE CARDÍACO

Está indicado si después de 30 segundos de ventilación con presión positiva con oxígeno 100%, la frecuencia cardíaca es menor de 60 x'.

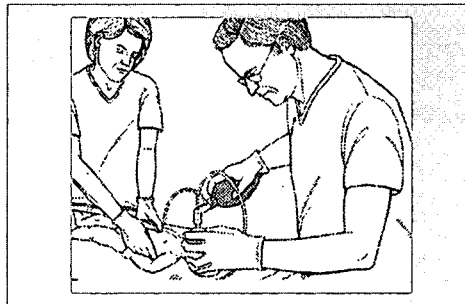
El masaje cardíaco puede interferir con la ventilación y no debe iniciarse hasta que se haya establecido una adecuada ventilación.

Tiene como finalidad asegurar un flujo circulatorio eficaz, lo que no se logra con frecuencias cardíacas muy bajas.

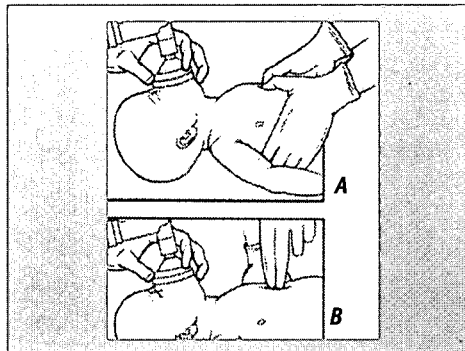
Consiste en realizar compresiones rítmicas del esternón que llevan el corazón contra la columna vertebral, aumentan la presión intratorácica e impulsan la sangre a órganos vitales.

*El masaje cardíaco debe siempre acompañarse de ventilación con bolsa y máscara con oxígeno 100%, por lo tanto es necesario un segundo operador. (Figura N°9)*

**Figura N° 9: Dos operadores son necesarios cuando se realiza masaje cardíaco<sup>144</sup>**



**Figura N° 10: Técnicas de masaje cardíaco**



**A/ con ambos pulgares  
B/ con los dedos  
índice y medio**

Existen dos técnicas para realizarlo: La preferible es utilizar los dos pulgares uno sobre otro o uno al lado del otro sobre el esternón, rodeando el tórax del neonato con ambas manos teniendo la precaución de no comprimirlo con las mismas (Ver Figura N°10).

Si las manos del operador son pequeñas se puede usar el otro método que consiste en utilizar los dedos índice y medio de la mano hábil colocados en forma perpendicular al esternón y la otra mano detrás de la columna del niño. No deben colocarse los dedos en forma inclinada pues la presión se ejercerá no sólo sobre el corazón sino además sobre los pulmones. No deben retirarse los dedos de su posición al descomprimir.

El masaje se realiza sobre el esternón, donde éste corta la línea que une a las dos mamilas, deprimiéndolo un tercio del diámetro anteroposterior del tórax.

Se deben alternar un bolseo y 3 (tres) compresiones cardíacas en dos segundos. De esta manera se logran 30 respiraciones y 90 compresiones por minuto.

Para evaluar la efectividad del masaje se deben controlar cada 30 segundos los pulsos femorales o carotídeos.

Una vez que la Frecuencia Cardíaca es mayor de 60 x', debe interrumpirse el masaje.

### **Los peligros del masaje cardíaco son:**

- Fracturas de costillas
- Laceración de hígado
- Neumotórax

*La ventilación con bolsa y máscara y el masaje cardíaco pueden ser realizados por personal bien entrenado, y resolverán la mayoría de las necesidades de reanimación de los recién nacidos. Las próximas acciones requieren personal muy bien entrenado, preferentemente médico.*

Si el niño continúa deteriorándose con FC < 60 x' aún con masaje cardíaco y ventilación adecuada, entonces será necesario realizar intubación endotraqueal y/ o administrar medicación.

### **Medicación**

El uso de drogas es responsabilidad del médico, pero en general es infrecuente la necesidad de su utilización si se ha procedido a una correcta ventilación y masaje cardíaco.

Las indicaciones son:

- Frecuencia Cardíaca menor de 60 x' a pesar de una ventilación adecuada con oxígeno 100% y masaje cardíaco, al menos durante 30 segundos.
- Paro cardíaco.

### Vías de administración

*Vena umbilical:* Para realizar una canalización umbilical, se utilizará el instrumental descripto en Equipamiento.

*Vena periférica:* Son de difícil acceso en un recién nacido en Sala de Partos y además requieren más tiempo que la canalización umbilical. Sólo estaría indicada su utilización si el personal está más entrenado en esta técnica.

*Vía intratraqueal:* Si el neonato está intubado se pueden administrar algunas de las medicaciones por esta vía (adrenalina y naloxona).

### DROGAS A ADMINISTRAR

#### Adrenalina:

Se utiliza en primera instancia ya que produce aumento de la fuerza y de la frecuencia de las contracciones cardíacas.

Se debe preparar una solución de 1:10.000 para lo cual se toma 0,1 cm<sup>3</sup> de la ampolla de Adrenalina de 1:1.000 y se la diluye con 0,9 cm<sup>3</sup> de agua destilada. De la solución así preparada, la dosis a administrar es de 0,1 a 0,3 cm<sup>3</sup>/kg. Se puede administrar por vía endovenosa (más efectiva) o intratraqueal.

El efecto esperado es el aumento de la FC a más de 100 x' dentro de los 30 segundos de la infusión. Si la FC permanece por debajo de 100 x' se puede repetir la dosis de adrenalina cada 5 minutos. Si no se logra el objetivo de aumentar la FC se pasará a las medicaciones siguientes.

#### Bicarbonato de Sodio:

Produce corrección de la acidosis metabólica y provee algo de expansión de la volemia. Su administración no está exenta de riesgos pues, si el paciente no está en acidosis, lo lleva a la alcalosis metabólica con la consecuente depresión respiratoria. Además, se ha asociado con mayor incidencia de hemorragias endocraneanas, especialmente en los recién nacidos prematuros.

No se recomienda su uso en una reanimación corta, pero puede ser beneficioso durante un paro cardiorrespiratorio prolongado que no responde a otra terapia.

Se debe utilizar una solución 1/2 Molar (4,2%) (0,5 mEq/ml), diluyendo al medio la solución 1 Molar.

Se preparan 20 cm<sup>3</sup> en una jeringa y se administra a una dosis de 2 mEq/Kg por vía endovenosa en forma lenta (en total 4 ml/kg). No se administra por tubo endotraqueal. No se debe administrar más de 1 mEq/Kg /minuto.

Luego de la administración la vía se mantiene permeable con un goteo de solución dextrosada al 5 o 10% a razón de 50 ml/kg/día. El efecto esperado es que la FC aumente a más de 100 x', 30 segundos luego de la infusión.

Si la FC permanece debajo de 100 x' considerar: repetir la adrenalina y administrar expansores de volumen.

### **Expansores de volumen:**

Su efecto consiste en aumentar el volumen vascular y disminuir la acidosis metabólica por mejor perfusión tisular. Están indicados si hay evidencias de sangrado agudo o signos de hipovolemia.

*Los signos de hipovolemia son:*

*Con una pérdida de 10 a 15% de la volemia:*

- Leve disminución de la tensión arterial

*Con pérdidas mayores del 20%:*

- Palidez persistente a pesar del Oxígeno
- Pulsos débiles con buena FC
- Pobre respuesta a la reanimación
- Hipotensión arterial

Debe tenerse en cuenta que la determinación del Hematocrito y/o la Hemoglobina no son útiles para el diagnóstico de hipovolemia en la Sala de Partos, porque tardan en modificarse.

Los expansores de volumen que pueden utilizarse son:

- Solución fisiológica
- Solución de Ringer
- Sangre entera O Rh negativo

Se deben preparar 40 cm<sup>3</sup> en una jeringa o set para infusión y administrar a una dosis de 10 cm<sup>3</sup>/Kg por vía endovenosa en 5 a 10 minutos.

Los efectos esperados son:

- Aumento de la tensión arterial
- Pulsos más fuertes
- Mejoría en el color

Puede repetirse la dosis si persiste la hipovolemia. El acceso intraóseo puede ser una vía alternativa para medicamentos y expansión de volumen si el acceso umbilical o por otra vena no es posible.

### **Naloxona:**

Antagonista de los narcóticos. Está específicamente indicada si hay depresión respiratoria y la madre recibió esa medicación en las 4hs anteriores al parto. Primero debe haberse administrado una ventilación efectiva.

La dosis es de 0,1 mg/Kg de una solución 0,4 mg/ml o 1,0 mg/ml administrada por vía IV, endotraqueal o IM si la perfusión es adecuada.

### **INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL**

Pocos recién nacidos requieren este procedimiento, y sólo debe realizarlo personal entrenado en dicha técnica. De no contarse con dicho personal es preferible no intentarlo y continuar con boleo y masaje cardíaco, hasta la llegada del mismo.

*La intubación endotraqueal puede realizarse en diversos momentos del esquema de reanimación neonatal.*

*Está indicada sólo si:*

- Fracasa la ventilación correcta con bolsa y máscara y el masaje cardíaco y se han corregido todos los errores posibles que puedan llevar a una ventilación inefectiva (ajuste incorrecto, mala posición de la cabeza, etc).
- Se sospecha Hernia Diafragmática y el niño requiere reanimación.
- Se requiere aspiración endotraqueal como en presencia de líquido amniótico meconial en un RN deprimido (Ver luego).
- Se requiere ventilación con presión positiva por tiempo prolongado.

#### **Pasos a seguir:**

*Conseguir y preparar el material*

#### **Tubo Endotraqueal (TET)**

Elegir el tamaño del TET apropiado basándose en el peso del niño o su edad gestacional. (Tabla N° 7)

**Tabla N° 7: Tamaño del TET a seleccionar según el peso y edad gestacional del RN**

Peso ( g )	Edad gestacional (semanas)	TET (mm)
< 1000	< 28	2.5
1000 a 2000	28 a 34	3.0
2000 a 3000	34 a 38	3.5

*Para preparar el tubo endotraqueal:*

- Cortar el tubo en la marca de 13 cm y reconectar la boquilla (opcional)
- Insertar el mandril a la distancia apropiada y asegurar la posición (opcional)

## Laringoscopio

*Para preparar el laringoscopio:*

- Seleccionar la hoja correcta y colocarla
- Revisar la luz y reemplazar las pilas si hace falta

## Elementos adicionales

*Para completar los preparativos:*

- Cortar la tela adhesiva para la fijación
- Preparar el equipo de aspiración (Presión máxima de aspiración 100 mm Hg)
- Preparar una tubuladura de 100% de oxígeno
- Preparar una bolsa de reanimación con máscara

## Colocar al niño en posición

*Colocar al niño con el cuello ligeramente extendido.*

## Colocar el laringoscopio

Ubicarse en la cabecera del niño. Asegurarse que el laringoscopio está en posición operativa y sostenerlo con la mano izquierda. Estabilizar la cabeza del niño con la mano derecha. Introducir la hoja dentro de la boca y avanzarla hasta colocarla justo por debajo de la base de la lengua, así estará en la vallécula.

## Visualizar la glotis

Levantar la hoja del laringoscopio "en bloque" (Ver Figura N° 11), evitando elevar sólo la punta y observar los puntos anatómicos de referencia. Se verá la glotis y la epiglotis (Ver Figura N° 12).

**Figura N° 11: Maniobra para visualizar la glotis levantando el laringoscopio<sup>145</sup>**

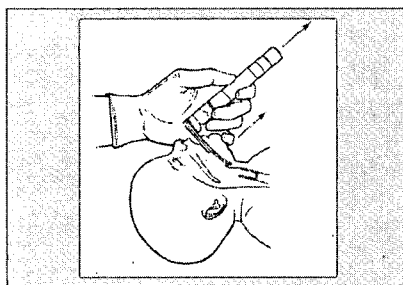
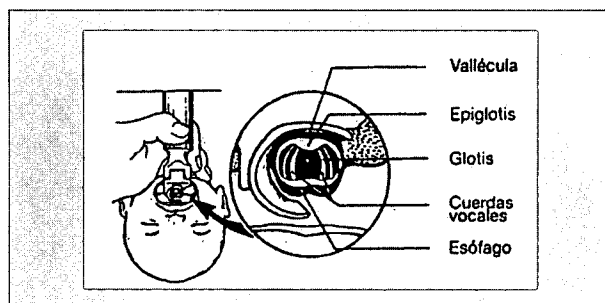


Figura N° 12: Elementos anatómicos



Si la glotis y la epiglotis no aparecen a la vista pueden tomarse otras medidas. Es necesario hacerse una o más de las siguientes preguntas y entonces tomar la acción apropiada.<sup>146</sup>

- **¿Qué puntos anatómicos de referencia ve usted?**  
Si la hoja está demasiado introducida, no muy introducida o desplazada hacia un lado, tome las acciones correctivas necesarias.
- **¿Está la vista de la glotis obstruida por secreciones?**  
Aspire las secreciones
- **¿Cree que la hoja está correctamente colocada pero no ve la abertura glótica o ve solamente la porción posterior?**  
Aplique presión en la tráquea para bajarla y/o eleve la rama del laringoscopio hacia arriba. (Ver Figura N° 11)

### Colocar el tubo endotraqueal

- Cuando visualice la glotis, introduzca el tubo endotraqueal por el lado derecho de la boca, dentro de la abertura glótica.
- Introduzca la punta del tubo endotraqueal hasta que la guía de las cuerdas vocales quede a nivel de las mismas.

### Verificar la posición del tubo endotraqueal

Cuando el tubo esté colocado sostenerlo en esa posición mientras se retira cuidadosamente el laringoscopio y el mandril.

Luego colocar una bolsa de reanimación al conector del tubo endotraqueal y ventilar al niño. Se necesita una segunda persona para auscultar a ambos lados del tórax y sobre el estómago.

146 Carlo W. (Ed) Curso de Reanimación Neonatal.AAP-AHA, 1997



- **Observar el tórax y el abdomen.** Si el tubo está correctamente colocado, se verá que con la ventilación el tórax se eleva ligeramente y no se produce distensión gástrica.
- **Entrada de aire bilateral de igual intensidad,** que el aire no entre en el estómago, indica que la punta del tubo endotraqueal está correctamente colocada. Fijar el tubo a la cara del niño y observar la marca en cm a nivel del labio superior.
- **Entrada de aire unilateral o no simétrica:** indica que la punta del tubo está colocada en uno de los bronquios principales. Retirar el tubo 1 cm y verificar la entrada de aire nuevamente.
- **Si no se escucha entrada de aire en los pulmones pero sí entra en el estómago,** el tubo probablemente esté en el esófago. Retirar el tubo y colocarlo nuevamente, luego de oxigenar adecuadamente el niño con bolsa y máscara.

### **Confirmación definitiva**

Luego de la confirmación inicial de la posición correcta del tubo, debe fijarse éste a la cara del niño y tomarse una radiografía para la confirmación final de la posición del tubo.

Una vez confirmada la ubicación correcta del tubo, se lo debe fijar al rostro del niño. Se debe cortar el tubo, si es necesario, de manera que no sobresalga más de 4 cm de la boca del neonato, para no aumentar en exceso el espacio muerto de la vía aérea.

La intubación y la ventilación con bolsa y masaje cardíaco se mantienen hasta lograr una franca recuperación de la FC, luego se administra oxígeno con mascarilla hasta que el color sea rosado y todos los parámetros normales.

### **Complicaciones de la intubación**

- Hipoxia
- Bradicardia
- Neumotórax
- Contusiones y/o laceraciones de boca, laringe, etc.
- Perforación de esófago y/o tráquea
- Infección posterior

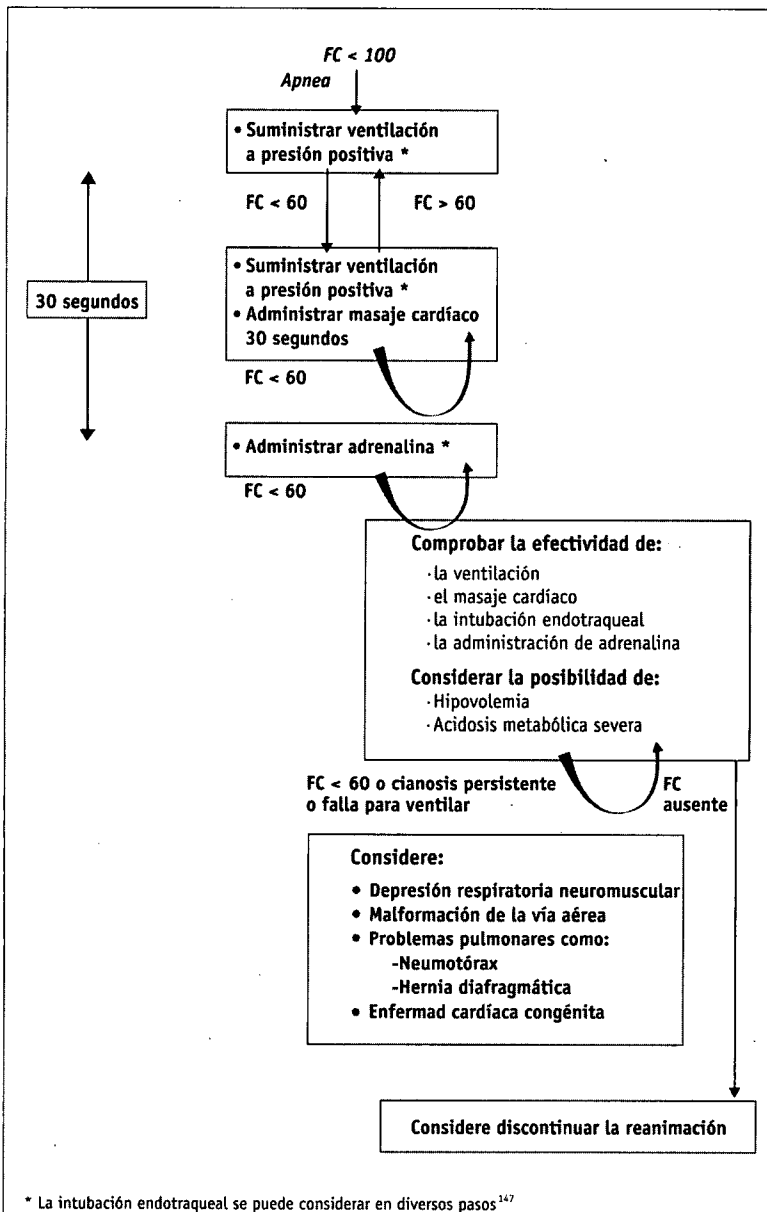
### **Resumen de pasos a seguir si no hay respuesta adecuada a la reanimación**

Como se aprecia en el algoritmo de la Figura N° 13, si no hay respuesta adecuada luego de la ventilación a presión positiva con bolsa y máscara, aplicar masaje cardíaco, administrar drogas (adrenalina) e intubar, se debe reevaluar la efectividad de todos estos procedimientos. Si fueron correctos se debe considerar la posibilidad de hipovolemia o acidosis metabólica severa por lo que será necesario administrar expansores de la volemia o bicarbonato.

Si se mantiene la falta de respuesta se deberá considerar la posibilidad de que exista depresión neuromuscular y aplicar Naloxona o evaluar la existencia de patologías más graves como neumotórax, hernia diafragmática, malformaciones de la vía aérea, cardiopatías congénitas, etc.

Finalmente se deberá considerar discontinuar la reanimación.

Figura N° 13: Algoritmo de procedimientos en la reanimación cuando no hay respuesta adecuada



\* La intubación endotraqueal se puede considerar en diversos pasos<sup>147</sup>

## RECIÉN NACIDO CON LÍQUIDO AMNIÓTICO MECONIAL

Del 10 al 15% de todos los recién nacidos tendrán como antecedente la presencia de líquido amniótico meconial. Un 20 a 30% de este grupo serán también deprimidos al nacer.

Del total de recién nacidos que presentarán dificultad respiratoria con este antecedente, en un 5% el diagnóstico será de aspiración de líquido amniótico meconial y en un porcentaje por lo menos igual se efectuarán otros diagnósticos (taquipnea transitoria, etc).

Se mantiene la recomendación de aspirar a todos los niños con Líquido Amniótico Meconial cuando emerge la cabeza durante el parto, independientemente de la consistencia del meconio.

Evidencias recientes plantean dudas sobre la real utilidad de este procedimiento en cuanto a la prevención del síndrome de aspiración meconial. (Szyld, 2002)

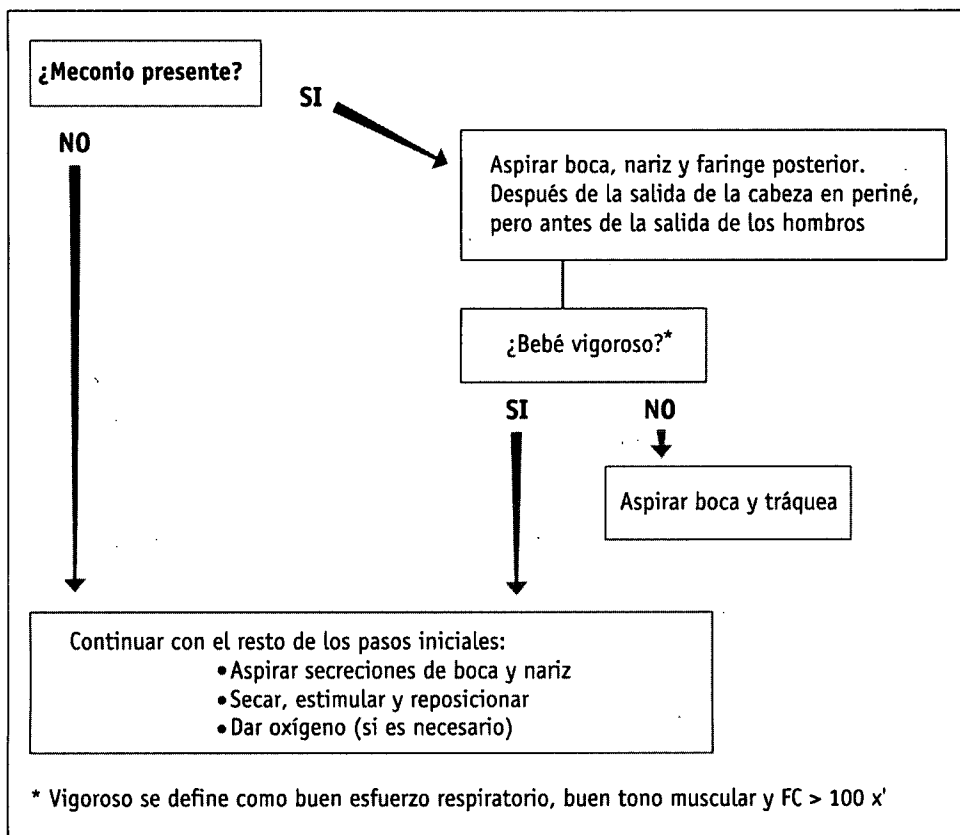
Luego del nacimiento, el factor más importante a evaluar para decidir los pasos ulteriores es la vitalidad del RN (vigoroso-deprimido) y NO la consistencia del meconio. (Ver Figura N° 14)

- **RN vigorosos** aspirar gentilmente hipofaringe. NO requieren intubación endotraqueal posterior
- **RN deprimidos** (respiración inefectiva, hipotonía, frecuencia cardíaca menor de 100 por minuto). Se debe tratar que el niño no comience a respirar hasta que se complete la aspiración. Por lo tanto no se lo debe secar ni estimular, y se llevará rápidamente a la mesa de reanimación donde directamente se colocará el laringoscopio y bajo laringoscopia directa se aspirará el meconio que pueda haber quedado, luego se realizará la intubación endotraqueal. Si antes de ser intubado, el niño respira en forma espontánea y efectiva, se debe desistir del procedimiento pues puede ser muy traumático.

*Si se ha intubado, se aspira directamente desde el tubo endotraqueal para lo que éste puede ser conectado por medio de un adaptador a la aspiración central o similar con presión controlada a 100 mm de Hg.*

No es aconsejable colocar sondas dentro del tubo endotraqueal para realizar la aspiración. Existen tubos endotraqueales con extensión lateral especial para aspiración.

Figura N°14: Algoritmo de procedimientos en presencia de líquido amniótico meconial



## PUNTUACIÓN DE APGAR

Este examen expresa la adaptación cardiorrespiratoria y función neurológica del recién nacido. (Ver Tabla N° 8)

Tabla N° 8: Puntuación de Apgar

Signo/Puntaje	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	< 100	> 100
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Débil, irregular	Llanto vigoroso
Tono muscular	Flaccidez total	Cierta flexión de extremidades	Movimientos activos
Irritabilidad refleja	No hay respuesta	Reacción discreta (muecas)	Llanto
Color	Cianosis total	Cuerpo rosado	Rosado

Consiste en la suma de los puntos asignados (0, 1 o 2) a cinco signos objetivos (frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono, irritabilidad refleja y color).

Habitualmente se realiza al 1<sup>er</sup> y 5<sup>to</sup> minuto de vida. En los niños que permanecen deprimidos a pesar de la reanimación, se debe continuar su registro hasta que éste sea mayor de 7 puntos (a los 10, 15, 20 minutos, etc).

*Se le han realizado distintas críticas (Urmán, 2002):*

▷ **Las distintas variables no tienen igual valor:**

En la práctica, para evaluar la necesidad de reanimación se valoran fundamentalmente la frecuencia cardíaca y la efectividad de la respiración.

▷ **Su dependencia de la edad gestacional:**

Ciertos componentes de la puntuación están disminuidos en el recién nacido pretérmino.

### Evaluación de la información obtenida

El recién nacido puede presentar múltiples problemas que se asocian a una puntuación baja y que *no se relacionan con asfixia intraparto*. Como ejemplos podemos citar:

- Recién nacido pretérmino
- Medicaciones depresoras suministradas a la madre
- Patología cardiorrespiratoria del recién nacido
- Enfermedades musculares neonatales
- Malformaciones y síndromes genéticos
- Anomalías del sistema nervioso central
- Patología intrauterina (infección prenatal, injuria o anomalías de desarrollo del sistema nervioso central).

Actualmente se considera que los valores bajos al minuto en la puntuación de Apgar:

- No indican que necesariamente ha ocurrido un daño importante
- No se acompañan de un mal pronóstico: casi todos los deprimidos al primer minuto que fueron luego vigorosos al quinto no tuvieron secuelas alejadas

### ¿Cuál es la utilidad actual de la puntuación de Apgar?

- Para determinar la necesidad de reanimación: la mayoría de los esquemas vigentes de reanimación no utilizan la puntuación de Apgar en forma global, sino los parámetros relacionados con la función cardio-respiratoria, tanto para iniciar el procedimiento de reanimación como para monitorear las respuestas del recién nacido a la misma.
- *Como predictor de morbilidad neonatal y/o de evolución neurológica alejada:* son importantes al respecto tanto la valoración inicial en sala de partos como la evolución neonatal posterior.

- *Una puntuación de Apgar baja constituye una condición anormal, pero no implica a ninguna etiología específica como su causa:* Para sustanciar un diagnóstico de asfixia perinatal, son necesarios otros criterios asociados.

Para referirse a una puntuación de Apgar baja sería entonces pertinente utilizar el término "deprimido" (que no presupone etiología alguna) y no "asfixiado".

## **CUÁNDO NO INICIAR LA REANIMACIÓN O SUSPENDERLA**

El parto de RN extremadamente inmaduros o con anomalías congénitas severas plantea serias dudas acerca de la conveniencia o no de iniciar una reanimación cardiopulmonar.

Cada servicio debiera definir sus límites para la reanimación neonatal basados en sus resultados. Las recomendaciones de los países desarrollados indican que en RN con EG segura menor a 23 semanas, peso inferior a 400 g, anencefalia, o trisomía 13 o 18 confirmada, puede ser adecuado no iniciar la reanimación. En casos de pronóstico y/o EG incierta puede ampliarse la decisión con otros integrantes del equipo de salud e incluso con la familia del niño.

Si el niño está en paro cardíaco por más de 20 minutos, a pesar de una reanimación correcta, incluyendo masaje cardíaco, medicación e intubación y/o si además existe midriasis paralítica, presión no registrable y ausencia de reflejos es muy poco probable que el niño sobreviva o que lo haga libre de graves secuelas. En ese caso es válido suspender la reanimación, pero es recomendable definir normativas locales para estos casos que pueden estipular una decisión compartida con otros integrantes del Equipo de Salud y/o los familiares del niño.

## **PROCEDIMIENTOS DE RUTINA**

Son procedimientos que se deben realizar en todos los recién nacidos que nacieron vigorosos después de haber tenido las primeras interacciones con su madre. En los que requirieron reanimación se deberá esperar para realizarlos hasta su estabilización, preferentemente en la misma Sala de Recepción, o luego en el Sector de Internación Neonatal.

### **Baño del recién nacido**

No es imprescindible efectuarlo como rutina y no debe realizarse en casos de prematuros pequeños o cuando las condiciones clínicas del RN no sean las adecuadas.

Su utilidad teórica es que en enfermedades como SIDA y Hepatitis B o C la posibilidad de transmisión horizontal al recién nacido disminuye si se realiza un baño cuidadoso para eliminar todos los restos de sangre o líquido amniótico. En

estos casos, o cuando se desconoce la serología materna, sería aconsejable efectuarlo.

Se debe utilizar, preferentemente, jabón o solución con Hexaclorofeno que impide la colonización con gérmenes gram positivos (en una única aplicación) o soluciones jabonosas con clorhexidina o yodopovidona.

## Cuidados del cordón

### *Ligadura*

Se recomienda colocar el clamp de 1 a 3 cm de la piel, seccionando el excedente con una tijera estéril. Si no se cuenta con clamps, se debe realizar doble ligadura con hilo estéril de algodón grueso.

### *Higiene*

Estricto lavado de manos antes y después de tocar al RN. No tapar el cordón con el pañal. Dejar expuesto al aire. Favorecer la internación conjunta (evita la colonización con gérmenes intrahospitalarios).

Si bien hay consenso general que la limpieza del cordón disminuye el riesgo de infección no hay suficientes evidencias (WHO, 1999). Las distintas recomendaciones han variado históricamente y son inconsistentes.

El uso de distintos antisépticos reduce el porcentaje de colonización (clorhexidina, tintura de yodo, yodo povidona y triple colorante). Sin embargo, la colonización NO se correlaciona con las tasas de infección. Por otro lado, se desaconseja el uso de agentes yodados por su posible absorción (riesgo de hipotiroidismo).

El alcohol no favorece que se seque, es menos efectivo contra bacterias y demora la caída. No se recomienda para el cuidado de rutina.

## Determinación de la Edad Gestacional

Según la OMS la duración del embarazo se mide en semanas completas a partir del primer día de la fecha de última menstruación (FUM).

Se divide así a tres grupos:

- **RN de término (RNT):** entre las 37 y las 41 semanas.
- **RN prematuros (RNPT):** a los RN de 36 semanas o menos.
- **RN postérmino (RNPost):** a los de 42 semanas o más.

## Métodos prenatales

- **Fecha de última menstruación (FUM):** es el método más fidedigno, siempre y cuando la misma sea confiable. Muchas veces, especialmente en medios sociales bajos, este dato es poco confiable o incluso es desconocido. Situaciones como lactancia, uso de anovulatorios y hemorragias en el primer trimestre pueden dificultar su interpretación.

- **Altura uterina:** guarda una buena correlación con el tamaño fetal. Requiere una fecha de última menstruación confiable y no es fidedigno en polihidramnios, embarazo gemelar y en mujeres obesas.
- **Ecografía fetal:** se ha constituido en un valioso instrumento en la valoración tanto del tamaño fetal como de la edad gestacional. Tiene bastante precisión cuando se realiza en etapas tempranas de la gestación.

### Métodos postnatales

Si por la fecha de la última menstruación el recién nacido es de término y su examen físico es acorde con ese dato, no se requieren otros exámenes para la cuantificación de esta variable, pero si muestra elementos de inmadurez o malnutrición, debe hacerse una evaluación de la edad gestacional por examen físico.

Para neonatos de pretérmino el *puntaje de Ballard* (Figura N° 15) es el más adecuado. El mismo es una derivación abreviada de la **escala de Dubowitz**, y consta de 6 evaluaciones del tono muscular y 6 de características físicas. Sin embargo a edades gestacionales tempranas (< 26 semanas) su exactitud disminuye en forma significativa.

- Los mejores métodos de estimación de la EG obtenidos inmediatamente después del parto son sólo la mitad de exactos que las estimaciones basadas en la ultrasonografía antenatal.
- Tales estimaciones son incluso menos exactas que éstas en niños con EG inferiores a las 30 semanas de gestación.

Sólo para neonatos de término es útil el *método de Capurro*, derivado también del Dubowitz, con 5 signos físicos. Es inexacto en presencia de desnutrición fetal y en prematurez.



Figura N° 15: Puntaje de Ballard<sup>149</sup>

Maduración Neuromuscular						Puntaje Semar
	0	1	2	3	4	5
Postura						
Ángulo de la muñeca	90°	60°	45°	30°	0°	
Rebote del brazo	180°		100°-180°	90°-100°	<90°	
Ángulo poplíteo	180°	160°	130°	110°	90°	<90°
Signo de la bufanda						
Talón-Oreja						

## Madurez Física

Puntaje	- 1	0	1	2	3	4	5
<b>Piel</b>	Pegajosa, friable, transparente	Gelatinosa Roja Transparente	Lisa Rosa Venas visibles	Descamación superficial y/o erupción Pocas venas	Grietas Areas pálida Venas raras	Apergaminado Grietas profundas Sin venas	Gruesa Grietas arrugas
<b>Lanugo</b>	No hay	Esparcido	Abundante	Fino	Areas lampiñas	Casi todo lampiño	
<b>Superficie plantar</b>	Talón-dedo 40-50mm -1 < 40mm 2	> 50mm no surcos	Tenues marcas rojas	Surco transverso anterior solo	Surco anterior 2/3	Surcos sobre toda la planta	
<b>Mamas</b>	Imperceptible	Escasamente perceptible	Areola plana sin nódulo	Areola punteada Nódulo 1-2mm	Areola levantada Nódulo 3-4 mm	Areola completa Nódulo 5-10 mm	
<b>Ojo/Oreja</b>	Ojos cerrados Débil 1 Fuerte 2	Ojos abiertos Oreja plana plegada	Lig. curvada Blanda, rebote lento	Bien curvada Blanda rebote fácil	Formada firme, rebote instantáneo	Oreja rígida y gruesa	
<b>Genitales masculinos</b>	Escroto plano y liso	Escroto vacío arrugas tenues	Testículo canal superior, arrugas raras	Testículos descendiendo, pocas arrugas	Testículos bajos, arrugas definidas	Testículos péndulos, arrugas profundas	
<b>Genitales femeninos</b>	Clitoris prominente Labios planos	Clitoris prominente Labios menores pequeños	Clitoris prominente Labios menores más grandes	Labios mayores = menores	Labios mayores > menores	Labios mayores cubren clitoris y menores	

149 Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, Wang L, Killers Waalsman BL, Lipp R. New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. J Pediatr 1991; 1999:417-423

Score	Semanas
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

## ESTADO NUTRICIONAL

Para cada edad gestacional, existe una distribución de valores antropométricos:

- Peso
- Talla
- Perímetro craneano

La comparación de las medidas de cada caso con las medidas estándar, nos permite establecer una clasificación del estado nutricional y decidir conductas destinadas a prevenir patología potencial.

Como medidas estándar se pueden utilizar las publicadas por la Sociedad Argentina de Pediatría.<sup>150</sup>

El estado nutricional según el Peso se expresa como grande, adecuado o pequeño para la edad gestacional:

---

150 Guías para la evaluación del crecimiento, 2ª Ed. 2001 Figuras Nº 16 y 17

- **Grande o de Alto Peso:** cuando el peso se encuentra por encima del percentilo 90 para su edad gestacional.
- **Adecuado:** cuando el peso se encuentra entre el percentilo 10 y 90 para su edad gestacional.
- **Pequeño o de Bajo Peso:** cuando el peso se encuentra debajo del percentilo 10 para su edad gestacional.

Suele haber confusión en los términos utilizados para definir situaciones de riesgo:

- **Bajo Peso al Nacer (BPN)** se refiere a un peso de nacimiento igual o menor de 2500 g, cualquiera sea la edad gestacional (EG).
- **Bajo Peso para la Edad Gestacional (BPEG)** define que dicho RN tiene un peso menor que el percentilo de referencia para la edad gestacional elegido por el observador.

La elección del percentilo de referencia es de mucha importancia. Con frecuencia se utilizan indistintamente los percentilos 3 o 10 para definir el BPEG, pero la selección del mismo tiene criterios diferentes.

Se usa el percentilo 10 cuando se quiere seleccionar a la mayor parte de los RN con riesgos médicos (policitemia, hipoglucemia) Permite tener un grupo más acotado donde realizar una estrategia de rastreo.

Cuando se utiliza el percentilo 3 lo que se desea es seleccionar una población en la cual la posibilidad de que su tamaño al nacer sea normal es inferior al 3%. El riesgo de no recanalizar posteriormente su crecimiento es mayor.

## Medidas Antropométricas

### **Peso**

Para medirlo se utilizará preferiblemente balanza de palanca con una capacidad máxima de 10 Kg. con una precisión de +/- 10 gr. Las balanzas deben ser controladas y calibradas periódicamente.

Los niños deben pesarse desnudos y secos, previa colocación de una toalla descartable de papel sobre la balanza.

### **Talla**

Se debe utilizar un pediómetro portátil (de madera o acrílico) o incorporado a la mesa de reanimación.

Se coloca al niño en decúbito supino sobre la mesa de reanimación. Se mantiene la cabeza en contacto firme contra el plano fijo del pediómetro y se extiende la pierna izquierda del bebé, manteniendo el pie en ángulo recto, deslizando el extremo móvil hasta que esté en contacto con el talón. En este momento se efectúa la lectura de la medida, hasta el último centímetro completo.

### **Perímetro Cefálico**

Para medirlo se utilizará una cinta métrica de material flexible e inextensible, con divisiones cada 1 mm, como la Cinta Neonatal propuesta por el CLAP, se pasa la cinta métrica alrededor de la cabeza sobre el máximo perímetro fronto occipital. La cinta es entonces ajustada discretamente, efectuándose la lectura hasta el último milímetro completo.

La medición puede repetirse luego de las 48 hs de vida, cuando se ha corregido el efecto del modelaje y con el bebé tranquilo, ya que puede aumentar el perímetro cefálico con el llanto.

## **EXAMEN FÍSICO**

Las maniobras semiológicas deben realizarse suavemente, sin molestar excesivamente al recién nacido y sin postergar los deseos de la madre de tenerlo consigo, pero sin perjuicio de que deban ser completas. Deben reiterarse luego en los controles en Internación Conjunta y previos al alta.<sup>151</sup>

### **Examen inmediato**

A realizar en Sala de Recepción/Reanimación o poco después. Deben evaluarse los siguientes aspectos:

#### **A/ General**

- **Global:** proporciones, simetría, facies, edad gestacional
- **Piel:** color, tejido subcutáneo, defectos, bandas, marcas de nacimiento
- **Neuromuscular:** movimientos, respuestas, tono (flexor)

#### **B/ Cabeza y cuello**

- **Cabeza:** forma, perímetro, modelaje, tumoraciones, depresiones, fontanelas y suturas, tamaño, tensión
  - Ojos: Tamaño, separación, cataratas, colobomas
  - Orejas: Localización, conformación, apéndices o senos preauriculares
  - Boca: Simetría, tamaño, hendiduras, integridad del paladar
  - Nariz: Simetría, narinas permeables
- **Cuello:** Tumoraciones, fistulas

#### **C/ Pulmones y respiración**

Retracciones, quejido, entrada de aire

#### **D/ Corazón y circulación**

Frecuencia cardíaca, ritmo, soplos, ruidos cardíacos

---

151 Fuloria 1 y 2, 2002

**E) Abdomen**

Musculatura, ruidos intestinales, vasos umbilicales, distensión, forma escafoidea, masas palpables

**F) Ano y genitales**

Localización, testículos, labios vulvares, clítoris, pene

**G) Extremidades**

Bandas, dedos (número y superposición)

**H) Columna**

Simetría, escoliosis, presencia de senos cutáneos

**Niveles de control del recién nacido basado en los hallazgos del examen físico.**<sup>152</sup>

**Los hallazgos pueden clasificarse como normales, como productores de alerta o como signos de alarma según se detalla en las Tablas N° 9 a 16:**

**Tabla N° 9: Examen físico de piel y faneras**

Característica	Normal	Alerta	Alarma
Cianosis	Acrocianosis (<12 hs)	Central (<1 h)	Central (>1 h)
Ictericia	>48 hs	24-36hs	<24 hs
Palidez			>30 min
Epidermis	Dermatoglifos	Escoriaciones	Denudación
Pelo	Lanugo	Mechón lumbosacro, defecto en cuero cabelludo	
Textura	Suave y húmeda	Seca y descamación	Engrosada y costras
Patrón vascular	Arlequín, moteado (frío)	Moteado persistente	
Quistes	Milia y perlas de Epstein		
Papulas	Acne y miliaria		
Descamación	Descamación delicada (más de 2 días)	Descamación (menos de 2 días) teleangiectásicos (trigémico y angiomatosos pocos)	Lesiones con denudación (en cualquier momento)
Hemangiomas	Teleangiectásicos (frente, párpados, labios y nuca)	Petequias en otros lugares	Angiomas (múltiples)
Hemorragias	Petequias en cabeza o cuerpo superior		Equimosis y púrpura
Manchas	Mongólicas	Café con leche (menos de 6)	Café con leche (más de 6) o en hoja de arce
Pústulas	Eritema tóxico		Extensas y dérmicas
Vesículas			Cualquiera
Nódulos		Necrosis de grasa subcutánea	Escleredema

Tabla N° 10 : Examen físico de cabeza y cuello

Localización	Normal	Alerta	Alarma
Cráneo	Caput succedaneum, modelaje	Cefalohematoma, craneotomas, fontanela grande o marcas de fórceps	Craneosinostosis, transluminación, soplo
Cara		Hipoplasia o parálisis	
Ojos		Hendidura mongoloide	Aniridia y cornea agrandada
Nariz		Obstrucción nasal	
Boca		Paladar arqueado, macroglosia	Paladar o labio hendidos micrognatia
Orejas		Implantación baja o conformación anormal	
Cuello	Rotación +/- 90 °	Hendiduras	

Tabla N° 11: Examen físico del tórax

Característica	Normal	Alerta	Alarma
Respiración		Paradojal, periódica o retracciones	Apnea, quejido espiratorio, aleteo nasal, estridor
Auscultación		Disminución de la entrada de aire	Ruidos intestinales
Radiografía de tórax		Corazón agrandado	Disminución o aumento de la vasculatura pulmonar
<b>Corazón</b>			
Choque de la punta		Marcado	
Pulsos	Llenos	Disminuidos	Ausentes (femoral) o demorados (cardiaco-radial)
Frecuencia y ritmo	110 a 160, arritmia sinusal	Bradycardia sinusal	Persistente taquicardia sinusal
Ruidos	Tic -toc	R2 muy dividido	R2 dividido fijo
Soplos	Sistólico (<24 hs)	Sistólico (>24 hs)	Diastólico
<b>Electrocardiograma (QRS)</b>			
Eje	+35 a +180 grados		0 a -90 o 180 grados
Amplitud			
V1	Rs	Rs	rS
V6	QrS	qRs	QRs

Tabla N° 12: Examen físico del abdomen

Características	Normal	Alerta	Alarma
Forma	Cilíndrica	Escafoide	Distensión
Pared muscular	Diastasis de los rectos		Ausencia de músculos
Ombligo	Amniótico o cutáneo	Exudados, secreciones, granuloma, hernia, inflamación o menos de 3 vasos	Gastroquitis, onfalitis u onfalocele
Hígado	Borde liso, 2 o 3 cm debajo de las costillas	Más de 3 cm debajo de las costilla	Agrandado
Bazo	No palpable	Menos de 1 cm bajo las costillas	Agrandado
Riñones	Lobulados o palpables (polos inferiores)	En herradura	Agrandados

Tabla N° 13: Examen físico del periné

Localización	Normal	Alerta	Alarma
Ano	Fosa coccígea		Imperforado o presencia de fistulas
<b>Genitales femeninos</b>			
Clítoris		Agrandado, en capuchón	
Vulva	Secreciones sanguinolentas, edema, labios entreabiertos, apéndices himenales		Hidrometrocolpos
<b>Genitales masculinos</b>			
Gonadas	Edema, hidrocele	Escroto bífido	Criptorquidia, hernia inguinal
Pene	Fimosis	Hipospadias	Micropene

Tabla N° 14: Examen del Sistema Musculoesquelético

Característica	Normal	Alerta	Alarma
Postura fetal	En flexión, posición de confort	Podálica franca	En extensión
Mano		Pulgar cortical, dedos superpuestos, quinto dedo cortó y curvado	Sindactilia, polidactilia
Pie	Dorsiflexión y flexión plantar 90 grados, aducción del antepie e inversión o eversión del tobillo 45 grados	Disminución de la movilidad	Fijo
Extremidades	Incurvación tibial		Bandas de constricción, amputación
Cuello	Rotación +/- 90 grados normal		
Articulaciones		Disminución de movilidad	Subluxación de cadera, contracturas

Tabla N° 15: Examen físico del Sistema Nervioso Central

Característica	Normal	Alerta	Alarma
Estado	Despierto: llanto, activo, tranquilo-alerta	Hiperalerta, letárgico	Estupor o coma
	Dormido: activo, indeterminado, tranquilo		
<b>Motor</b>			
Postura	En flexión, simétrica	Extensión, asimétrica	Obligatoria, descerebrada
Tono	Angulo poplíteo obtuso	Flácido en suspensión de parado	Flácido en la suspensión ventral
Movimiento	Todas las extremidades, al azar, no repetitivos, simétricos	Temblores	Convulsiones
Reflejos	Tendinosos profundos, prehensión, Moro, marcha automática, succión, tónico cervical	Asimétricos, no se agotan	Ausentes
Sensitivos	Respuesta a pinchazo lenta (2 a 3 segundos)	Respuesta a pinchazo dudosa	No hay respuesta

Tabla N° 16: Examen físico de los pares craneanos

Par craneano	Normal	Alerta	Alarma
Cerebro anterior II	Fija y sigue (potenciales evocados visuales)	Dudoso (arco menor de 60 grados)	No hay respuesta
Mesencéfalo: III, IV, VI y VIII	Respuesta pupilar, respuesta en ojos de muñeca	Desigual, desconjugada, nistagmus	Ausente, posición fija
Cerebro posterior VIII	Potenciales auditivos evocados, emisiones otoacústicas evocadas	Disminuidas	No hay respuesta
V, VII y XII	Succión	Débil	Desigual
IX y X	Deglución	No coordinada	
XI	Músculos esternocleidomastoideos	débiles	

## PASAJE DE SONDAS

No hay evidencias científicas que sustenten la necesidad de pasar una *sonda a estómago* para descartar atresia de esófago en forma rutinaria a todos los RN. Esta acción puede provocar apneas o bradicardia si se realiza en forma intempestiva o muy poco después de nacer.

Si existe el antecedente de polihidramnios o si el niño presenta salivación abundante es válido pasar una sonda a estómago suavemente.

Tampoco hay evidencias que apoyen la necesidad de pasar una *sonda rectal* en forma rutinaria a todos los RN. Únicamente sería válido hacerlo si el niño no eliminó meconio en líquido amniótico o en Sala de Partos y han pasado más de 24 hs sin deposiciones.

Igualmente no es válido el pasaje rutinario de una *sonda por narinas* para descartar atresia de coanas. Sólo realizarlo si hay sospecha clínica.

## PROFILAXIS DE DISTINTAS PATOLOGÍAS

### Hepatitis B

***Todo RN debe recibir la primera dosis de la Vacuna antihepatitis B niños dentro de las 12 hs. de nacido por vía intramuscular, por lo que sería una buena práctica aplicarla en Sala de Recepción. Cumplir esta indicación es de fundamental importancia para los casos de mujeres positivas o en aquellas que se desconoce la serología para Hepatitis B al ingresar a la Sala de Partos.***

Si se conoce que la madre es positiva para el antígeno de superficie (HbsAg), el niño debe recibir simultáneamente 0,5 ml de gammaglobulina específica, en otro sitio de aplicación. Como es frecuente la no disponibilidad inmediata o para la aplicación simultánea de la gammaglobulina **debe recordarse que la misma puede administrarse**



**hasta la semana de vida.** La vacuna protege a los niños mientras se consigue la gammaglobulina.<sup>153</sup>

Si no se ha realizado tamizaje serológico a la madre durante el embarazo o se desconoce la serología materna para el virus de la hepatitis B (VHB), se efectuará a su ingreso con la mayor rapidez posible. Los recién nacidos de madres positivas al antígeno superficial de la hepatitis B que hayan recibido la profilaxis podrán ser alimentados al pecho.

Alrededor del 90% de los RN infectados y un 25% de niños menores de 7 años que se infectan serán portadores comparados con un 5-10% de los que se infectan a edades mayores. Se calcula que si se vacunaran alrededor del 70% de todos los RN se erradicaría esta enfermedad.<sup>154</sup>

*Los recién nacidos expuestos a Hepatitis B materna durante el embarazo pueden nacer por vía vaginal y deben ser bañados meticulosamente para limpiar los restos de sangre, secreciones vaginales, y contaminación por materia fecal materna.*

### Enfermedad Hemorrágica del RN

La enfermedad hemorrágica del RN produce sangrado debido a la actividad inadecuada de los factores de coagulación vitamino K dependientes.

A continuación, en Tabla N° 17, se describen brevemente las formas clínicas de esta patología.

**Tabla N° 17 : Formas clínicas de la enfermedad hemorrágica primaria del RN**

	Precoz	Clásica	Tardía
Edad	Menos de 24 hs.	1° al 7° día (máximo tercero a quinto)	Una semana a seis meses (máximo semanas 2 a 8)
Causas y factores de riesgo	Medicamentos ingeridos durante el embarazo (anticonvulsivos, anticoagulantes orales, tuberculos- táticos, antibióticos)	Contenido mínimo de vitamina K en la leche de madre. Ingesta inadecuada incluyendo comienzo tardío de la alimentación.	Contenido mínimo de vitamina K en la leche de madre (idiopática). Malabsorción de vitamina K (enfermedad hepática o intestinal)
Localización de la hemorragia por frecuencia	Cefalohematoma, ombligo, intracraneal, intrabdominal, intratorácica, gastrointestinal	Gastrointestinal, ombligo, nariz, sitios de punción, circuncisión, intracraneana	Intracraneana (30-60%), piel, nariz, gastrointestinal, sitios de punción, ombligo
Frecuencia si no se administra la profilaxis con vitamina K	Menos del 5% en grupos de alto riesgo	0,01% a 1,5%, amplias variaciones por diferentes patrones de alimentación y factores de riesgo	4 a 10 por cien mil nacimientos (más frecuente en Asia)
Medidas de prevención	Suspender o reemplazar los medicamentos mencionados. Suministrar vitamina K a la madre durante el embarazo	Suministrar vitamina K en forma de profilaxis al RN. Asegurar una lactancia precoz y adecuada.	Profilaxis con vitamina K y reconocer los factores predisponentes: ictericias prolongadas, desnutrición. Investigar de inmediato sangrados alarmantes.

## Recomendaciones<sup>155</sup>

La vitamina K debe ser administrada dentro de las primeras 6 horas después del nacimiento, luego de la estabilización del RN y la interacción con su madre por lo que puede aplicarse en la Sala de Recepción.

Se aplica una dosis intramuscular única de 0,5 mg para RN con peso de nacimiento menor a 1500 gr y de 1mg para pesos de nacimiento mayores a 1500 gr.

*La vitamina K oral no es recomendable para su uso por las siguientes razones:*<sup>156</sup>

- No se absorbe tan bien como por vía intramuscular
- Es necesario el suministro de varias dosis en las primeras semanas
- No se dispone de una forma oral cuya eficacia haya sido establecida
- La forma tardía de la enfermedad hemorrágica se previene mejor con la administración intramuscular

## Oftalmía gonocócica

La profilaxis para prevenir la oftalmía gonocócica debe ser realizada en **todos los RN, aunque hayan nacido por cesárea**. Sin esta prevención, la oftalmía puede ocurrir en el 30 al 42% de los RN expuestos al contacto con Neisseria gonorrea durante el parto. Puede progresar rápidamente hacia la ulceración de cornea y la alteración visual permanente.

*Se recomiendan los siguientes agentes profilácticos:*<sup>18</sup>

- Solución de nitrato de plata al 1% (método de Credé). Su bajo costo y amplia disponibilidad justifican su elección como primera opción. No es el agente perfecto ya que tiene una tasa de fracaso del 0,06%. Ocasiona además una conjuntivitis química transitoria en el 50 al 90% de los RN a los que se les administra.
- Ungüentos que contengan 0,5% de eritromicina base o 1% de hidrocloreuro de tetraciclina producen una protección equivalente.

Para prevenir potenciales contaminaciones cruzadas, estas medicaciones deberían ser suministradas en envases únicos descartables después del uso.

Se han iniciado algunos estudios que utilizan solución de povidona yodada al 2,5% con buenos resultados, pero esta aún no se ha incorporado a las recomendaciones de expertos más reconocidos.

Cuando se utiliza la solución de nitrato de plata, cada párpado debe ser limpiado suavemente con algodón estéril, de modo tal de producir una adecuada limpieza y

---

155 Can Ped Soc, 1997, 2002

156 Autret Leca, 2001

permitir la eversión del párpado inferior. Dos gotas de la solución se colocan en cada saco conjuntival inferior. Los párpados, una vez cerrados, pueden ser masajeados suavemente para ayudar a diseminar la solución a todas las áreas de la conjuntiva. Después del minuto pueden limpiarse, nuevamente con suavidad, los párpados y la piel alrededor con algodón estéril.

Los ojos no deben ser irrigados con una solución líquida luego de la instilación de un agente profiláctico. Este procedimiento puede reducir la eficacia de la medicación y no disminuye la incidencia de conjuntivitis química debida al nitrato de plata.

Si bien esta profilaxis debería ser administrada lo mas pronto posible después del parto, demorarla hasta una hora, probablemente no altere su potencial de protección.

### **Identificación del recién nacido**

Se debe realizar, según la legislación vigente en cada Jurisdicción.<sup>157</sup>

Es recomendable identificar al recién nacido en presencia de la madre antes de salir de la Sala de partos mediante la colocación de tres brazaletes (pulseras) con códigos numerados de identificación, de ser posible del mismo color, en la muñeca de la madre, y muñeca y tobillo del recién nacido. Es ideal incorporar, además, el uso de un clamp de cordón con el mismo código numérico.

La huella o impresión plantar por sí sola no asegura la identificación pues la dificultad de obtenerlas en forma correcta condiciona que sólo sean útiles en menos del 30% de los casos y además no permite una permanente identificación del binomio madre-hijo.

### **Muestras de sangre de cordón**

Se deben obtener para determinar Grupo sanguíneo, Rh y Coombs a todos los hijos de madres Rh negativas. En el caso de los recién nacidos deprimidos, es posible obtener pH y gases en sangre para definir conductas en la reanimación o posteriormente a ella.

### **Evaluación del nivel de cuidados**

Una vez completados todos los procedimientos analizados, se evalúa el nivel de cuidado requerido por el RN.

### **Recién Nacido Normal**

Si es un RN de término, de peso mayor al percentilo 10, vigoroso, con examen físico normal y sin antecedentes de riesgo (como son la mayoría de los niños recién nacidos), se vestirá con la ropa provista por la madre, y si ésta se halla en condiciones,

---

157 Ver Ministerio de Salud 1998: Propuesta Normativa Perinatal Tomo IV, Anexo "Control de la Integridad del Binomio Madre-Hijo y de la Seguridad Institucional"

aunque aún permanezca en una camilla, **se coloca al neonato en sus brazos** donde recibirá el calor necesario para mantener una temperatura adecuada e iniciará la lactancia con apoyo del Equipo de Salud.

Sólo si la madre no esta en condiciones inmediatas de recibir al niño, éste puede quedar, por muy poco tiempo, en el mismo Sector de Reanimación en una cuna, siempre que sea controlado. Posteriormente, ambos se internarán en el Sector de Internación Conjunta Madre-Hijo.

*Se debe tratar de que los RN no permanezcan innecesariamente en el Sector de Recepción / Reanimación y que estén con su madre antes de la primera hora de vida.*

### **Recién Nacido Patológico**

Se evaluará el nivel de cuidado que necesita y si éste puede brindarse dentro o fuera de la institución.

Para el traslado de los RN desde el Sector de Reanimación hasta los Sectores de internación de la misma Institución, puede utilizarse un "Porte-Enfant" confeccionado con capa simple o doble de manta polyester tipo duvetina que evita la pérdida de calor por radiación, recubierta en ambas caras con tela de poliamida o polyester con proceso impermeable (evita la pérdida de calor por convección).

Se debe agregar un gorro de tela gruesa o del mismo material que el Porte-Enfant. Este equipo facilita el traslado y es más barato que las incubadoras de transporte. Para transportar un RN en *Porte-Enfant* es prerequisite necesario que se encuentre normotérmico, normoxémico y bien perfundido (o sea ser capaz de producir calor).

Para traslados más largos debe utilizarse una incubadora de transporte, pero que cuente con tren rodante, cables eléctricos de conexión a fuentes de 12 y 220 voltios, tubos de oxígeno con duración adecuada, etc.

### **Iniciación del amamantamiento dentro de la primera hora de vida**

Esta acción tiene como fundamentos: la utilidad de la ingestión temprana de calostro, el período sensible en que se encuentran la madre y el RN, el aumento de la producción de ocitocina (que disminuirá la metrorragia puerperal) y prolactina (modulará las conductas vinculares) y el ser un factor condicionante de una lactancia más prolongada y satisfactoria.<sup>158</sup>

La primera puesta al pecho en los RN normales puede ser inmediata, antes del alumbramiento, pero siempre dentro de la primera hora de vida. En ese período la

madre esta muy sensible y atenta respecto a su hijo y el RN está en su estado de máximo alerta.

Resulta de gran importancia la supervisión, por parte del equipo de salud, de esa mamada inicial. Se deben adecuar las instrucciones a las características y experiencias previas de la madre, atendiendo con particular énfasis a las primíparas y a las múltiparas que refieran dificultades en la lactancia de hijos anteriores.

La madre puede amamantar en cualquier posición, siempre que el bebé sea bien sostenido y los cuerpos de ambos estén enfrentados "panza con panza". Se debe enseñar a estimular el reflejo de erección del pezón materno y el reflejo de búsqueda en el bebé para facilitar una buena lactada. Los labios del RN deben rodear la aréola (posición de labios de pescado). Para facilitar la respiración nasal obligada del niño, se debe sostener el seno materno manteniendo libres los orificios nasales.

Se puede estimular la confianza materna de su capacidad de amamantar si se le aclara que cuanto mayor sea la frecuencia e intensidad de la succión del bebé, más rápida y abundante será la bajada de la leche.

La información y supervisión debe continuar en la Internación Conjunta.<sup>159</sup>

### **Información a los padres/familia**

Informar sexo, peso y parámetros de normalidad del niño. Explicar claramente las situaciones que pueden determinar la internación y/o eventual derivación del RN. No omitir mostrar a los padres/familia, y si es posible tocar y acariciar, a los niños que deben internarse o derivarse.

### **Completar Historia Clínica Perinatal**

El correcto llenado del módulo neonatal de la Historia Clínica Perinatal, permitirá el procesado de la información y la consiguiente toma de decisiones de acuerdo a los resultados.

---

159 Ministerio de Salud, 1998: Propuesta Normativa Perinatal Tomo III "Promoción, protección y apoyo a la lactancia Materna"

Se termino de imprimir en el mes de diciembre de 2005



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud



ISBN 92 75 32600 2  
COD. AIA01

**OPS Argentina**

Marcelo T. de Alvear 684 4º piso  
CP 1395 - Capital Federal,  
Buenos Aires, Argentina  
Tel: 54-11 4312 5301/04  
Fax: 54-11 4311 9151  
email: pwr@arg.ops-oms.org  
www.ops.org.ar