



Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas



MANUAL DE LECTURA



Curso Clínico de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia con Enfoque de Derechos



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Canadian International
Development Agency

Agence canadienne de
développement international

Con el apoyo financiero de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional



MANUAL DE LECTURA

Curso Clínico de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia con Enfoque de Derechos



Con el apoyo financiero de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Curso clínico de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia con enfoque de derechos: Manual de lectura / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas -- Lima: Ministerio de Salud; 2007.
259 p.; ilus.

ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA / DERECHO A LA SALUD / CAPACITACIÓN / MATERIALES DE ENSEÑANZA / PROMOCIÓN DE LA SALUD / ENFERMEDADES RESPIRATORIAS / DIARREA INFANTIL / TRASTORNOS NUTRICIONALES / PERÚ

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2007-10185

Curso Clínico de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia con Enfoque de Derechos:
Manual de Lectura

© **Ministerio de Salud, octubre 2007**

Av. Salaverry N° 801 - Jesús María, Lima 11 - Perú

Teléfono: (511) 315-6600

<http://www.minsa.gob.pe>

webmaster@minsa.gob.pe

Cuarta edición, 2007

Tiraje: 1500 ejemplares

Diseño e impresión: **S I N C O**
editores

Jr. Huaraz 449 - Breña

Tel. 433 5974 / 333 2733

sincoeditores@yahoo.com

Esta publicación es la cuarta revisión y actualización del Manual del Curso Clínico (AIEPI), elaborado por el Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Salud de las Personas, Lima, Perú, 1997.

Alan García Pérez
Presidente de la República

Carlos Vallejos Sologuren
Ministro de Salud

José Gilmer Calderón Iberico
Viceministro de Salud

Esteban Chiotti Kaneshima
Director General de Salud de las Personas

Elsa Mantilla Portocarrero
Directora General de Promoción de la Salud

Luis Miguel León García
Director Ejecutivo de la Dirección de Atención Integral de Salud

María Beatriz Ugaz Estrada
Directora Ejecutiva de Educación para la Salud

Rosa Vilca Bengoa
Directora del Programa de Etapa de Vida Niño

Elaboración con la asistencia técnica de:

Organización Panamericana de la Salud

Miguel Dávila Dávila

Programa Derechos en Salud de CARE Perú

Marisol Vicuña Olivera

Revisión con la participación de:

Ministerio de Salud

Luis Miguel León García

Rosa Vilca Bengoa

María Beatriz Ugaz

Carlos Tirado Cabrera

Mariana Mendoza Araujo

Yeni Herrera Hurtado

Yencey Barranzuela Montoya

Walter Vílchez Dávila

María del Pilar Torres Lévano

Lucy del Carpio Ancaya

Dirección Regional de Salud Cusco

Dora Choque Saico

Wilbert Holgado Escalante

Dirección de Salud Piura

Dori Lili Martínez de García

Isabel Albina Najarro Huapaya

Hospital de Emergencias Pediátricas

Carmen Amelia Quiñones D'brot

Dirección de Salud Arequipa

Ana Cecilia Vela Rondón

Dirección de Salud de Moquegua

Gumercinda Ancalle Panchi

Dirección de Salud de Huancavelica

Nancy Aponte Quinto

Dirección de Salud de Tumbes

Néstor Linares Terán

Dirección de Salud de Callao

Magda Guiselda Hinojosa Campos

DISA III LIMA

Juan José María Pizarro Laderas

Instituto Nacional de Salud del Niño

Dante Figueroa Quintanilla

Gregorio Roberto Ruiz Merino

Carlos Luis Urbano Durand

Hospital María Auxiliadora

Hugo Hoefken Pflucker

CENAN

Mariela Contreras Rojas

Sociedad Peruana de Pediatría

Gregorio Roberto Ruiz Merino

Revisión técnica final:

Graciela Zacarías

Jensey Barranzuela

María Beatriz Ugaz

Miguel Dávila Dávila

Marisol Vicuña Olivera

Rosa Vilca Bengoa

Walter Vílchez Dávila

Contenido

PRESENTACIÓN

SECCIÓN 1 INTRODUCCIÓN AL CURSO

1. IMPORTANCIA DE COMPROMETERSE CON LA SALUD INFANTIL EN EL PERÚ	
1.1 Los determinantes de la salud.....	15
1.2 La problemática de salud de la infancia en el país.....	16
1.3 Objetivos de Desarrollo del Milenio.....	17
2. EL DERECHO A LA SALUD DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS	
2.1 El derecho a la salud.....	19
2.2 El rol del personal de salud en la realización del derecho a la salud.....	20
2.3 Buenas prácticas relativas al derecho a la salud.....	21
2.4 Ventajas de tratar a las niñas y los niños como personas con derechos.....	22
3. LA ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)	
3.1 Marco conceptual de la estrategia AIEPI.....	23
3.2 El proceso de atención integrada de las niñas y niños.....	24
3.3 ¿Cómo seleccionar los cuadros apropiados para el manejo de casos?.....	28
3.4 Empleo de los Cuadros de Procedimientos y los Formularios de Registro de casos.....	29

SECCIÓN 2 ATENCIÓN DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

1. ¿CÓMO EVALUAR Y CLASIFICAR A LA NIÑA O AL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD?.....	33
2. ¿CÓMO EVALUAR SI LA NIÑA O EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD TIENE SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL?.....	35
3. ¿CÓMO EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR A LA NIÑA O AL NIÑO CON TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?.....	38
3.1 ¿Cómo evaluar a la niña o al niño con tos o dificultad para respirar?.....	39
3.2 ¿Cómo clasificar a la niña o al niño con tos o dificultad para respirar?.....	42
3.3 ¿Cómo tratar a la niña o al niño con enfermedad muy grave o Neumonía grave?.....	44
3.4 ¿Cómo tratar a la niña o al niño con Neumonía?.....	46
3.5 ¿Cómo tratar a la niña o al niño que no tiene Neumonía: resfrío, gripe o bronquitis?.....	49
3.6 ¿Cómo tratar a la niña o al niño que tiene Sibilancias?.....	50
3.7 ¿Cómo tratar a la niña o al niño con SOBA sin dificultad respiratoria?.....	53
3.8 ¿Cómo tratar a la niña o al niño con SOBA o crisis asmática de grado leve o moderado?.....	53
3.9 ¿Cómo tratar a la niña o al niño con SOBA o crisis asmática de grado severo?.....	56
4. ¿CÓMO EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR A LA NIÑA O AL NIÑO CON DIARREA?	
4.1 ¿Cómo evaluar a la niña o al niño con diarrea?.....	58
4.2 ¿Cómo clasificar a la niña o al niño con diarrea?.....	62
4.3 ¿Cómo tratar a la niña o al niño con deshidratación grave o con shock?.....	64
4.4 ¿Cómo tratar a la niña o al niño con deshidratación?.....	66
4.5 ¿Cómo tratar a la niña o al niño sin deshidratación?.....	70

4.6	¿Cómo clasificar y tratar a la niña o al niño con diarrea persistente?	74
4.7	¿Cómo tratar a la niña o al niño con diarrea persistente grave?.....	75
4.8	¿Cómo tratar a la niña o al niño con diarrea persistente (no grave)?.....	76
4.9	¿Cómo clasificar y tratar a la niña o al niño con Disentería?.....	77
4.10	¿Cómo tratar a la niña o al niño con Disentería?	77
5.	¿CÓMO EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR A LA NIÑA O AL NIÑO CON FIEBRE?	79
	Malaria	81
	Bartonelosis.....	81
	Enfermedad Febril Eruptiva	82
	Dengue	82
5.1	¿Cómo evaluar la fiebre en la niña o en el niño?.....	84
5.2	¿Cómo clasificar y tratar a la niña o al niño con fiebre?	92
5.3	¿Cómo tratar a la niña o al niño con enfermedad febril muy grave?	96
5.4	¿Cómo tratar a la niña o al niño con Malaria o Bartonelosis o Dengue?	101
5.5	¿Cómo tratar a la niña o al niño con fiebre por Malaria, Bartonelosis o Dengue poco probable?	106
5.6	¿Cómo clasificar y tratar a la niña o al niño con enfermedad febril eruptiva?	109
6.	¿CÓMO EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR A LA NIÑA O AL NIÑO CON PROBLEMAS DEL OÍDO?.....	114
6.1	¿Cómo evaluar a la niña o al niño con problemas de oído?	114
6.2	¿Cómo clasificar a la niña o al niño con problemas de oído?.....	117
6.3	¿Cómo tratar a la niña o al niño con Mastoiditis?	118
6.4	¿Cómo tratar a la niña o al niño con Otitis Media Crónica?.....	118
6.5	¿Cómo tratar a la niña o al niño con Otitis Media Aguda?.....	120
6.6	¿Cómo tratar a la niña o al niño que no tiene problemas en el oído?	121
7.	¿CÓMO EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR A LA NIÑA O AL NIÑO CON PROBLEMAS EN LA GARGANTA?.....	122
7.1	¿Cómo evaluar el problema de garganta?	122
7.2	¿Cómo clasificar a la niña o al niño con problemas en la garganta?.....	122
7.3	¿Cómo tratar a la niña o al niño con Faringoamigdalitis aguda supurada?	123
7.4	¿Cómo tratar a la niña o al niño con Faringitis viral?	124
7.5	¿Cómo tratar a la niña o al niño que no tiene Faringitis?	124
8.	¿CÓMO EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR A LA NIÑA O AL NIÑO QUE TIENE DESNUTRICIÓN Y/O ANEMIA?	125
8.1	¿Cómo evaluar si la niña o el niño tiene Desnutrición y/o Anemia?.....	126
8.2	¿Cómo clasificar a la niña o al niño con Desnutrición y/o Anemia?	132
8.3	¿Cómo tratar a la niña o al niño con Desnutrición Grave (Marasmo o kwashiorkor) o Anemia Grave?	134
8.4	¿Cómo tratar a la niña o al niño con Desnutrición leve a moderada o Riesgo Nutricional o Anemia?.....	134
8.5	¿Cómo tratar a la niña o al niño que no tiene Desnutrición Grave Nutricional ni Anemia?	137
8.6	Evaluación de la talla para la edad para identificar la Desnutrición Crónica	138

SECCIÓN 3

ATENCIÓN DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS DE CERRO A 2 MESES DE EDAD

1. ¿CUÁLES SON LOS PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN INMEDIATA A LA NIÑA O NIÑO AL NACER?	141
1.1 ¿Cómo evaluar la condición de la niña o niño al nacer?.....	142
1.2 ¿Cómo clasificar la condición de la niña o niño al nacer?	145
1.3 ¿Cómo proporcionar los Cuidados Inmediatos a toda niña o niño?.....	148
1.4 ¿Cuáles son los métodos para estimar la edad gestacional?	150
1.5 ¿Cómo determinar el peso para la edad gestacional?.....	152
1.6 ¿Cómo clasificar a la niña o niño utilizando el gráfico de Crecimiento Intrauterino?	153
2. ¿CÓMO EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR A LA NIÑA O AL NIÑO ENFERMO, MENOR DE 2 MESES DE EDAD, CON ENFERMEDAD GRAVE O INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL?.....	155
2.1 ¿Cómo determinar si una niña o niño enfermo menor de 2 meses tiene enfermedad muy grave o Infección Bacteriana local?.....	155
2.2 ¿Cómo clasificar y tratar la enfermedad muy grave y la Infección Bacteriana local?	160
2.3 ¿Cómo tratar a la niña o niño menor de 2 meses con enfermedad muy grave	161
2.4 ¿Cómo tratar a la niña o niño menor de 2 meses con Infección Bacteriana local?.....	164
3. ¿CÓMO EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR A LA NIÑA O AL NIÑO MENOR DE 2 MESES DE EDAD CON DIARREA?.....	167
3.1 ¿Cómo evaluar a la niña o niño menor de 2 meses de edad con diarrea?.....	167
3.2 ¿Cómo clasificar a la niña o niño menor de 2 meses de edad con diarrea?.....	168
3.3 ¿Cómo tratar a la niña o niño menor de 2 meses de edad con diarrea?	169
4. ¿CÓMO VERIFICAR SI HAY UN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN O DESNUTRICIÓN?	171
4.1 ¿Cómo evaluar y determinar si hay un problema de alimentación o peso bajo para la edad?...	172
4.2 ¿Cómo evaluar la lactancia?	173
4.3 ¿Cómo tratar a la niña o niño menor de 2 meses de edad que no logra alimentarse (enfermedad muy grave) o Desnutrición grave o Anemia grave?	178
4.4 ¿Cómo tratar a la niña o niño menor de 2 meses de edad con problemas de alimentación o Desnutrición o Anemia leve?.....	179
4.5 ¿Cómo evaluar a la niña o niño menor de 2 meses de edad sin problemas de alimentación ni desnutrición ni anemia?.....	182
4.6 ¿Cómo verificar los antecedentes de vacunación de la niña o del niño menor de 2 meses?....	182
4.7 ¿Cómo evaluar otros problemas? (Lesiones en piel, problemas urinarios u otros)	182
4.8 ¿Cómo ofrecer servicios de atención e informar y acordar con la madre sobre su propia salud?.....	183
5. ¿QUÉ PROCEDIMIENTOS PARA RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES SON NECESARIOS CONOCER, DOMINAR Y PROMOVER?.....	184
5.1 ¿Cuáles son los procedimientos para la reanimación neonatal?.....	184
5.1.1 ¿Cómo hacer la primera evaluación al nacimiento?.....	186
5.1.2 ¿Cuáles son los primeros pasos para iniciar la reanimación neonatal?	187
5.1.3 ¿Cómo hacer la segunda evaluación de la niña o niño al nacer? Respuesta a las etapas indicaciones de la reanimación	190
5.1.4 ¿Cuáles son las indicaciones para iniciar el masaje cardíaco externo?.....	195
5.1.5 ¿Cómo hacer la tercera evaluación? ¿Han sido efectivos la Ventilación a Presión Positiva (VPP) y el masaje cardíaco?.....	197
5.1.6 ¿Cuáles son las indicaciones para la administración de epinefrina?.....	197
5.2 ¿Cómo se realiza el procedimiento de Cateterización Venosa Periférica?	198
5.3 ¿Cómo se realiza el Transporte Neonatal?	200
5.4 ¿Cómo se realiza la oxigenoterapia en neonatología?	201
5.5 ¿Cómo se realiza el lavado de manos?	202

SECCIÓN 4

PAUTAS GENERALES PARA LA ATENCIÓN DE TODAS LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD

1. ¿CÓMO VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN?	207
2. ¿ES POSIBLE EVALUAR EL DESARROLLO EN LA NIÑA O EL NIÑO ENFERMO?.....	210
3. ¿CÓMO EVALUAR LA ALIMENTACIÓN?	210
3.1 ¿Qué consejos dar para la alimentación de las niñas y los niños hasta los 6 meses?	211
3.2 ¿Qué consejos dar para la alimentación de las niñas y los niños de 6 hasta 12 meses de edad?	213
3.3 ¿Qué consejos dar para la alimentación de las niñas y los niños de 12 meses hasta 2 años de edad?	216
3.4 ¿Qué consejos dar para la alimentación de las niñas y los niños de 2 años de edad o más? ...	217
4. ¿CÓMO DETECTAR Y EVALUAR EL MALTRATO INFANTIL?	219
5. ¿CÓMO EVALUAR OTROS PROBLEMAS?	221
6. ¿CÓMO ACONSEJAR CUÁNDO VOLVER?	225
7. ¿CÓMO ACONSEJAR A LA MADRE SOBRE SU PROPIA SALUD?	229

ANEXOS

1. ¿Cuál es el flujograma de atención a la niña o niño?	233
2. ¿Cómo referir a la niña o niño?	235
3. ¿Cómo administrar oxígeno a la niña o niño?	241
4. ¿Cómo administrar líquidos endovenosos para mantenimiento?	245
5. ¿Cómo administrar tratamiento para la Malaria a las niñas o niños?	247
6. ¿Cuáles son las indicaciones del plan de eliminación del Sarampión?	251
7. ¿Cuál es la Tabla para el descarte de las vacunas en uso?.....	253
8. ¿Cómo evaluar y determinar el riesgo en el embarazo?	254
8.1 ¿Cómo evaluar y clasificar a la gestante?	254
8.2 ¿Cómo clasificar el riesgo en el embarazo?.....	257

Presentación

Estimados participantes

Ponemos en sus manos este Manual del Curso Clínico de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, que le ayudará a conocer y manejar los fundamentos y procedimientos técnicos de esta Atención Integral a las principales enfermedades de la niña y niño desde su nacimiento hasta los 5 años de edad.

El año 2005 se publica la Resolución Ministerial N° 506-2005/MINSA, que incorpora la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), como una Estrategia que forma parte del Modelo de Atención Integral de la Salud en los establecimientos del Ministerio de Salud.

En el proceso de implementación en el año 2007, el MINSA decide actualizar los materiales educativos del Curso Clínico de AIEPI. Este curso actualizado propone el fortalecimiento de las siguientes competencias para el participante:

1. Atiende el nacimiento de una recién nacida o un recién nacido sin problemas, o de una recién nacida o un recién nacido, que requiera reanimación y lo evalúa adecuadamente.
2. Brinda atención integrada a las niñas y los niños enfermos y sanos de 2 meses a 4 años de edad, aplicando la guía de la AIEPI.
3. Brinda atención integrada a las niñas y los niños enfermos y sanos entre cero y 2 meses, aplicando la guía de la AIEPI.
4. Realiza la referencia oportuna de las niñas y los niños enfermos que lo requieran.
5. Evalúa si existen problemas en la alimentación, el estado de nutrición, anemia y el estado vacunal, aconsejando, informando y acordando con la madre el cuidado de la niña y el niño en el hogar.
6. Evalúa y trata otros problemas de salud de las niñas y los niños atendidos.
7. Brinda consejería, informa y acuerda con la madre el cumplimiento del o de los tratamientos a ser proporcionados en casa, el reconocimiento de los signos de peligro, para volver de inmediato, así como la necesidad de volver con su niña o niño a su cita de control.
8. Realiza la referencia y contrarreferencia oportuna y adecuada de las niñas y niños, al nivel que corresponda.
9. Explora y promueve la salud de la madre.
10. Cumple y promueve los derechos en salud de las niñas y niños que son atendidos en los establecimientos de salud.

Para conseguirlo usted debe asimilar los conocimientos teórico-prácticos, realizar con esmero los ejercicios y otras actividades durante las prácticas clínicas y los talleres programados y asumir las actitudes y valores que orientarán su labor al aplicar la AIEPI.

Al actualizar nuevamente este Curso Clínico AIEPI, se incorpora como importante innovación el énfasis en el enfoque de Derecho a la Salud de las niñas y niños. Ustedes como proveedores de la atención integrada tienen un rol central en el cumplimiento del derecho a la salud. Su labor debe respetar, proteger y promover este derecho para las niñas y niños que atiendan en el establecimiento de salud o la comunidad.

El manual introduce sobre este tema en la Sección 1, y luego desarrolla en forma transversal a sus contenidos, las formas en que los proveedores y la familia podemos hacer realidad el derecho a la salud de las niñas y niños.

Abordaremos en forma específica: i) El derecho a la atención de salud para todas las personas sin excepción alguna, sobre la base de la no-discriminación, la eliminación de barreras geográficas, económicas y organizacionales; ii) el derecho a la información en salud, ya sea como usuarios de los servicios de salud o como ciudadanos en general; iii) El derecho a servicios de salud que cumplan con el criterio de “aceptabilidad” a través de prácticas respetuosas de la ética médica y de la dignidad de las personas, adecuadas a las necesidades de género y del ciclo de vida, y culturalmente apropiados, y iv) el derecho a la calidad de servicios de salud, de acuerdo a los estándares médicos y científicos vigentes, forma parte de este último el derecho a la continuidad de la atención en el sistema de salud.

Para enfatizar y afianzar su interiorización, cada referencia a este derecho será identificado con el símbolo que presentamos a la derecha y estará acompañado de recuadros con ideas fuerza, comentarios o preguntas para reflexión.



La modalidad educativa de este curso presenta tres momentos:

- a. Estudio individual de los contenidos del manual del curso como requisito para una participación activa y responsable en el curso.
- b. Prácticas clínicas diarias asesoradas y supervisadas de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, la cual debe incluir el proceso de comunicación con la madre o el familiar responsable para acordar el cumplimiento de las indicaciones.
- c. Talleres para la revisión y discusión de los contenidos estudiados y la realización de ejercicios realizados en equipos o círculos de estudio, con la asesoría y realimentación de los facilitadores. Durante el taller serán observados y analizados fotos y videos relacionados con la atención integrada.

Este manual está destinado a la capacitación del personal del primer nivel de atención, dedicado a la atención de salud de la niña y el niño menor de 5 años. Se debe señalar que la atención integral de salud se brinda también en los otros niveles de los establecimientos de salud.

El manual aborda la atención integral de las niñas y niños enfermos y sanos. Describe el proceso de atención de las enfermedades más prevalentes en el país de acuerdo a la estrategia AIEPI. El documento puede requerir de ajustes regionales que respondan a sus propios perfiles epidemiológicos.

La niña o niño que llega a consulta debido a problemas crónicos o enfermedades menos comunes, posiblemente necesite atención especial que no esta incluida en este manual. Tampoco se describe aquí la atención del trauma del parto u otras emergencias menos comunes.

Si bien se enfatiza en el abordaje de las enfermedades prevalentes, en el manual y en el proceso de aprendizaje se remarca que el personal de salud debe evaluar y tratar cualquier otro problema de salud que la niña o el niño pueda presentar.

El estudio de este Manual del Curso de AIEPI Clínico, debe complementarse, con los otros materiales educativos de esta capacitación: El Cuadro de Procedimientos y el Cuaderno de Ejercicios.

Estos materiales del curso, serán herramientas de gran utilidad para que el médico pueda realizar actividades de entrenamiento y capacitación en servicio de su equipo de salud, en el marco de un proceso de aprendizaje permanente.

Le deseamos mucho éxito en el estudio de este curso, éxito que dependerá del interés, dedicación y compromiso, para su mejor asimilación, de modo que desarrollando sus capacidades podrá brindar una eficiente atención en beneficio de la salud de las niñas y los niños que acuden a su establecimiento.

Sección 1

Introducción al Curso

1. IMPORTANCIA DE COMPROMETERSE CON LA SALUD INFANTIL EN EL PERÚ

1.1. Los determinantes de la salud

Los “determinantes de la salud” es el nombre que agrupa a los factores y a las condiciones que influyen en la salud de las poblaciones. La promoción de la salud hace énfasis en el control de las determinantes de la salud. El Enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud está centrado en el origen de todas las causas de los problemas de salud e involucra a la estructura intersectorial del poder y su distribución. Este Enfoque de los Determinantes junto al Enfoque Basado en Derechos, permiten cambiar de la atención de “necesidades” y actuar como “beneficencia”, hacia una práctica permanente de respeto a sus “derechos” cumpliendo con nuestras “obligaciones”.

La SALUD como un Derecho Humano Fundamental, pertenece a la misma categoría que el derecho a la vida o a la libertad. Es un derecho del ciudadano cuya realización requiere de la acción de muchos otros sectores sociales y económicos además del sector salud. Para lograr la ciudadanía en salud son necesarias modificaciones tanto en el Estado y la política de salud, como en la relación entre los servicios de salud y los ciudadanos que participan con capacidad de realizar una labor de vigilancia social¹. También es necesaria una estrategia integral que no sólo preste servicios de atención y curación sino que también aborde las causas sociales, económicas y políticas, subyacentes a la mala salud.

No habrá SALUD ni DESARROLLO sin abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud. En el Perú, en el marco del II Encuentro Nacional de Promoción de la Salud, se realizó en Lima en diciembre 2005, un taller para analizar y priorizar los determinantes de salud en el país,

¹ Arroyo J. La función de gobierno, la intersectorialidad y la sociedad civil en salud. En: Propuestas para una política de salud 2001-2006. Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) Lima, 2001.

en base a la situación social y de salud de la población peruana. Estos han sido priorizados como sigue: ingreso y pobreza, educación, cultura, alimentación y nutrición, entornos².

A pesar de que se han mejorado notablemente las coberturas de atención del parto institucional, llegando actualmente a cerca del 70% del total³ como promedio nacional, aún existen grandes brechas en todo el país y todavía se requiere mejorar la cobertura del parto institucional en las zonas rurales y excluidas, mejora la calidad de la atención prenatal y la organización de los sistemas de referencia y contra-referencia descentralizados así como de los demás recursos disponibles, con la perspectiva de salud integral, el enfoque de derechos y el enfoque basado en los determinantes sociales de la salud. Estas orientaciones son concordantes con los actuales lineamientos de política del plan nacional de salud para el periodo 2006-2011, que incluyen el acceso oportuno a los servicios de salud y como objetivo principal del plan, la atención a poblaciones dispersas y excluidas.

Además existen las limitaciones de acceso y calidad de la atención en los servicios de salud, desnutrición y anemia como problemas nutricionales, SIDA, malaria, bartonelosis aguda, dengue y maltrato infantil. Muchas de estas enfermedades son atendidas con la estrategia AIEPI, como se describe en las secciones.

1.2. La problemática de salud de la infancia en el país

Las infecciones respiratorias agudas fueron la primera causa de muerte en niños de 1 a 4 años de edad entre 1999 y el 2002. De la totalidad de muertes en el menor de 5 años el año 2004, corresponde a la neumonía el 18.6% y a la deshidratación por diarrea el 3.2%. A pesar de ello, la tasa de defunciones por infecciones respiratorias en este grupo ha descendido de 52.6 (1999) a 27.3 (2002) por cada 100 mil habitantes.

Para el periodo 1996-2000 se calcularon 33 defunciones de niños menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos (ENDES 2000). Es importante conocer que ahora son los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal los que fueron la primera causa de muerte en niños menores de 1 año (18.2%), con una tasa de 645.7 defunciones por cada 100 mil habitantes⁴.

La reducción de la mortalidad durante el primer año de vida ha sido mayor en el período post-neonatal, durante el cual la mortalidad ha disminuido en 42%, al pasar de 26 defunciones por cada mil nacidos vivos en el quinquenio 1990-1995 a 15 en el quinquenio 1995-2000. En cambio, la mortalidad neonatal disminuyó en 33% al pasar de 27 a 18 por cada mil nacidos vivos en los mismos quinquenios (ENDES 2000). Muchas de las enfermedades que causan estas muertes son evitables, siempre que su intervención contemple los determinantes de la salud y una adecuada respuesta del sistema de salud como la oportuna captación, manejo y seguimiento de casos. Las razones para la notoria mejora de la salud infantil observada en el Perú de la última década, tienen su fundamento en las estrategias contra las neumonías y el control efectivo de las enfermedades diarreicas en las niñas y los niños menores de cinco años. Sin embargo, la protección de la salud de los recién nacidos no ha aumentado en la misma dimensión.

² Ministerio de Salud. Documento Técnico. Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú. Lima, 2006.

³ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta ENDES continua 2004.

⁴ Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación de Salud del Perú - 2005 (ASIS-2005). Ministerio de Salud. Lima, Julio 2006.

Los más excluidos y vulnerables son los recién nacidos

Un análisis más detallado de la mortalidad infantil en el Perú, revela que en el periodo 1990 a 2000, la mortalidad neonatal como proporción de la mortalidad infantil, se incrementó de 52% a 55%, pasando a ser la primera causa de mortalidad infantil⁵. Entre las causas más comunes de morbilidad y mortalidad neonatal están la sepsis neonatal, la dificultad o distrés respiratorio, la asfixia neonatal y la prematuridad⁶.

La mayoría de las muertes perinatales y neonatales se encuentran asociadas a problemas durante la gestación, el parto y periodo pos-parto. **Más de dos tercios de muertes de recién nacidos (RN) ocurren entre niños normales y aparentemente bien dotados para la vida**, tales muertes podrían evitarse mediante medidas de prevención básicas y de atención oportuna del recién nacido.

Entre los determinantes que contribuyen a la salud neonatal deficiente están las inequidades en el acceso a los servicios de salud oportunos y de calidad, las bajas tasas de parto institucional, la salud materna inadecuada, y las prácticas inadecuadas del cuidado del recién nacido en el hogar y la comunidad.

La atención inadecuada del RN en el hogar, principalmente durante las primeras horas posteriores al nacimiento es un fuerte determinante de las complicaciones y muertes neonatales de recién nacidos normales y de RN de Bajo Peso al Nacer, y está condicionada por factores socioculturales propios de cada región (como la pobre valoración del RN) y el pobre acceso a la información respecto al cuidado del RN en el hogar por parte de la familia-comunidad.

Por otro lado, muchas causas de complicaciones y muertes neonatales están directamente relacionadas con la provisión de servicios de salud obstétricos y neonatales inadecuados, entre los cuales destacan el manejo inadecuado y la demora en la referencia del RN complicado hacia el establecimiento de salud de mayor capacidad resolutoria⁷, la baja disponibilidad de Funciones Obstétricas Básicas (FOB) y Esenciales (FOE) y de Funciones Neonatales Esenciales (FNE) e Intensivas (FNI), la inadecuada calidad de atención y una limitada cobertura de servicios/procedimientos/tratamientos neonatales por parte del sistema de aseguramiento público en salud (SIS)⁸. Estos factores influyen indistintamente sobre las muertes fetales y los resultados adversos neonatales de los RN normales, RN de BPN o RN con complicaciones admitidos a los servicios de salud.

Todos estos factores, señalan la necesidad del desarrollo de intervenciones sanitarias integrales, para la atención del recién nacido, basadas en la comunidad y en los servicios de salud. Se requiere del despliegue simultáneo de esfuerzos de los diversos actores de la sociedad civil, los proveedores de salud y el Estado; para hacer realidad el derecho a la vida, la identidad y la buena salud de los recién nacidos, principalmente en los territorios más excluidos de nuestro país.

⁵ Delgado A, Vergara V. Impacto de las intervenciones en salud perinatal sobre la mortalidad neonatal en el Perú del 2004. Modelo de simulación utilizando coberturas de ENDES. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Lima, Perú. Setiembre 2006.

⁶ Lanata C, Espino S, Butrón B. Mejorando la Calidad de la Atención de Salud en el Perú. El Programa de Capacitación Materno Infantil en su Primera Etapa: ¿Cómo se hizo? y ¿A qué se debió su éxito?. Instituto de Investigación Nutricional/ USAID. Diciembre 2002

⁷ McGloin H, Adam SK, Singer M. Unexpected deaths and referrals to intensive care of patients on general wards. Are some cases potentially avoidable? JR Coll Physicians Lond 1999;33(3): 255-259.

⁸ Vicuña O. Diseño de Sistema de Vigilancia Perinatal y Neonatal Hospitalaria. MINSA-DGE-ParSalud. 2005. Informe de Consultoría.

1.3. Objetivos de Desarrollo del Milenio

Los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) pretenden establecer metas más concretas que sólo decir “Salud para Todos el año 2000”. Ahora se desea lograr que para el año 2015, esas metas se aprecien con indicadores más cuantificables⁹. Tal es así que el ODM número 4 propone reducir la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años en dos tercios de su valor referencial (dos tercios del valor que tuvo el año 1990).

De 1990 al 2015, nuestro país se ha comprometido a reducir la mortalidad infantil de 57 a 19 por mil nacidos vivos y hasta ahora nuestro país como lo establece la Organización Mundial de la Salud, aún se encuentra bien encaminado hacia la reducción de estos indicadores negativos en menores de uno y cinco años.

En el Objetivo de Desarrollo que se refiere a mortalidad infantil, el Perú al 2004 hubo alcanzado un porcentaje de avance superior al 70% de la meta propuesta (2015), con respecto a la línea basal de 1990¹⁰. No obstante, como ya se ha mencionado, la reducción de la mortalidad en los menores de un mes no ha tenido esa misma magnitud y es importante mantener una actitud proactiva y de alerta, debido a que no se podrá continuar esta disminución de la mortalidad infantil si no se pone atención en disminuir la mortalidad neonatal.

En países como el nuestro, continuar con la reducción de la mortalidad infantil hacia el logro de los ODM, requiere de la implementación de estrategias de mejora de la salud materno-infantil costo eficaces y costo-efectivas en **los territorios más pobres y excluidos del país**. Es allí, donde se concentran la mayor cantidad de niñas y niños que enferman y/o mueren, generalmente por causas que pudieron haberse evitado a través de los cuidados adecuados de los infantes en el hogar, la comunidad y los servicios de salud. Recordemos que muchos de aquellos ciudadanos niñas y niños no aparecen ni siquiera en los registros de nacimientos y/o muertes.



La salud es un derecho y una responsabilidad de todas y todos.

⁹ Wagstaff, A., Claeson, M. (2004). The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges. Washington, D.C.: The World Bank

¹⁰ United Nations. Population Division. World Population Prospects: The 2004 Revision, New York; 2005. En: OPS-OMS. Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos, 2005.

2. EL DERECHO A LA SALUD DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

2.1. El Derecho a la Salud

En la Constitución de la OMS (1946) se consagró por primera vez el “derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr” o “derecho a la salud”. Luego, en 1948, fue ratificado por la Declaración Universal de los Derechos Humanos: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación y el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, tiene así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdidas de su medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”¹¹

El Perú ha ratificado una serie de tratados internacionales reconociendo el derecho a la salud y otros derechos relacionados con la salud. La ratificación de tratados internacionales y regionales de derechos humanos da lugar a obligaciones que son vinculantes bajo la ley internacional.

La Constitución del Perú (1993) reconoce, el derecho de todos a la protección de su salud y enfatiza la responsabilidad del Estado en relación a la política de salud nacional, que asegure igual acceso a los servicios de salud para todos. La legislación general de salud en el Perú proclama que el Estado tiene el deber de regular, salvaguardar y promover la salud, y que la salud pública es primariamente responsabilidad del Estado.

El Derecho a la salud de las niñas y niños

“La humanidad debe a los niños lo mejor de sí misma...”
Declaración de los Derechos del Niño de 1924

El derecho a la salud de las niñas y niños es un derecho fundamental, **de aplicación inmediata**, por tratarse de personas de especial protección por su nivel de vulnerabilidad.

La Convención sobre los Derechos del Niño (CND), aprobada por las Naciones Unidas, incorpora el derecho a la salud y toda la gama de derechos humanos de todas las niñas y los niños y establece “principios rectores” que sirven de punto de referencia constante para la aplicación y verificación de los derechos de los niños. Todos los derechos enunciados en la Convención —tanto los derechos civiles y políticos, como los derechos económicos, sociales y culturales— son indivisibles y están relacionados entre sí, y su objetivo principal es la personalidad integral del niño. La CDN tiene fuerza de ley internacional obligatoria.

Cada vez, hay más organizaciones que trabajan por los derechos de la salud de la niña y el niño, y hacen énfasis en las responsabilidades que tenemos los adultos para que los niños sean felices, sanos y seguros. Así por ejemplo, la Asociación Médica Mundial en 2004,

¹¹ OMS. 25 preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. Ginebra : 2002.

recomendó a los gobiernos prestar más atención al derecho a la salud de los niños, entre otros se expresó lo siguiente:

- Brindar facilidades a los padres de los niños hospitalizados para que puedan ausentarse de su trabajo, y proporcionarles alojamiento gratis o a un costo mínimo cerca o dentro del hospital.
- El niño debe ser protegido de todas las formas de violencia físico, mental, debe ser rescatado de las devastadoras consecuencias de la desnutrición y debe evitársele los efectos nocivos del consumo de tabaco por terceros.
- Los niños en los hospitales deben recibir la mayor cantidad de visitas posibles, consistente con una buena atención y deben ser atendidos por personal de salud capacitado para responder de manera apropiada a las necesidades médicas, físicas, emocionales y de desarrollo de las niñas y niños.
- El personal de salud, debe promover el consentimiento al tratamiento y el acceso a la información como derechos fundamentales de las niñas y los niños, y ejercer presión ante sus gobiernos locales para que pongan a disposición los recursos necesarios para lograr estos objetivos.

2.2. El rol del personal de salud en la realización del derecho a la salud

Los proveedores de salud cumplen un rol central en la realización del derecho a la salud. Ellos tienen una responsabilidad de asegurar que su trabajo respete, proteja y promueva el derecho a la salud.

Las decisiones del personal de salud pueden determinar la diferencia entre la protección o la vulneración de los derechos humanos. Veamos algunos ejemplos de situaciones que afectan los derechos de las niñas y los niños:

- Permitir que exista barreras para la emisión de certificado de nacimiento en forma oportuna, por ejemplo porque la madre no acudió a la atención prenatal o por que el parto ocurrió en el domicilio.
- La atención de salud de baja calidad.
- La no disponibilidad de medicamentos e insumos para la atención.
- La información inadecuada o poco clara que se brinda a la madre y/ o su familia.
- No respetar la privacidad personal de la niña o el niño durante la atención.
- No tomar en cuenta los deseos y temores del niño durante la atención.
- No informar a la niña o niño sobre su salud y condición médica o entregar información inapropiada para su nivel de comprensión.
- Tiempos de espera para la atención largos o trato discriminatorio para las madres “mal vestidas” o sudorosas.



Realice un listado de otras situaciones en las que haya visto que el personal de salud vulnere los derechos en salud de las niñas y los niños. También un listado de las situaciones de vulneración de los derechos en salud por parte de sus madres y padres.

2.3. Buenas prácticas relativas al derecho a la salud ¹²

Las buenas prácticas relativas al derecho a la salud prestan atención particular a la vulnerabilidad de las personas y aumentan:

- a) La *disponibilidad* de los establecimientos, bienes y servicios de salud dentro de la jurisdicción (ejemplo: cuando corresponda, leyes para expedir licencias obligatorias para medicamentos esenciales);
- b) El *acceso sin discriminación*, jurídica o de hecho, a establecimientos, bienes y servicios de salud (ejemplo: la aplicación de una estrategia nacional amplia para promover la salud de la mujer durante toda su vida);
- c) El *acceso físico* a establecimientos, bienes y servicios de salud (ejemplo: agua potable en los barrios pobres y zonas rurales remotas, rampas de acceso a los edificios para las personas con impedimento físico);
- d) El *acceso económico* a establecimientos, bienes y servicios de salud (ejemplo: medicamentos gratuitos para niñas y niños menores de 5 años, planes de asistencia gratuita para los pobres);
- e) El *acceso a la información sobre salud* (ejemplo: campañas con carteles para educar al público con información fidedigna sobre el VIH/SIDA);
- f) La *aceptabilidad cultural* de los establecimientos, bienes y servicios de salud (ejemplo: programas de capacitación para profesionales de la salud sobre la cultura de los pueblos indígenas que viven en la jurisdicción, aplicación de la norma nacional de parto vertical, dominio de la lengua local por el personal de salud, etc);
- g) La *calidad* de los establecimientos, bienes y servicios de salud (ejemplo: pruebas para detectar medicamentos de mala calidad, falsificados o contaminados);
- h) La *participación activa e informada* de individuos y grupos, y especialmente de los vulnerables y desfavorecidos, incluidos los que viven en la pobreza, en relación con las políticas y los programas y proyectos de salud (ejemplo: reuniones de aldeas para examinar prioridades y presupuestos locales en materia de salud);
- i) *Mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas* en relación con el derecho a la salud que sean eficaces, transparentes y accesibles (ejemplos: Labor del Defensor del Pueblo de salud, Informe anual de los resultados de la gestión en salud: Prevalencia de la desnutrición crónica infantil, Evaluaciones de los efectos en la salud y los derechos humanos).

¹² El derecho de todos al disfrute del más alto estándar alcanzable de salud física y mental. Informe presentado por el Relator Especial, Paul Hunt. Naciones Unidas. 10 de octubre de 2003

2.4. Ventajas de tratar a las niñas y los niños como personas con derechos

Toda persona tiene derechos y responsabilidades que, están encaminados a lograr una mejor calidad de vida y a dignificar a la persona. La niña o el niño es una persona con derechos.

Las siguientes situaciones son ejemplos de tratar a niñas y niños como personas y muestran sus ventajas:

- El reconocimiento oficial de la niña y niño como ciudadanos a través de la partida de nacimiento y el Documento de Identidad (DNI) en los primeros día de vida, facilitará la realización de sus derechos a varios programas sociales incluido el aseguramiento público en salud.
- Si la madre es acompañada durante su parto por una persona de confianza, se sentirá más tranquila y hará un mejor trabajo del parto, facilitando la labor del personal de salud.
- Si a la niña o al niño se les llama por su nombre, se toma en cuenta sus opiniones, y se responde a sus inquietudes, se sienten mejor tratados, como personas. Esto los hace responder mejor al personal de salud e incrementa la probabilidad de cumplir las indicaciones.
- El buen trato genera mayor satisfacción de la niña o del niño y su familia con la atención. Mejores relaciones. Clima poco estresante. Mayor probabilidad del cumplimiento de las indicaciones. Mejor satisfacción de la o el paciente y su familia con el personal de salud.
- El buen trato produce mayor prestigio del trabajador de salud y de su establecimiento. Las niñas y los niños están más agradecidos. La familia siente mayor confianza y seguridad con la labor del personal de salud y de su establecimiento.
- Si la familia se siente bien tratada, tendrá más deseos de regresar a consultar frente a otro problema de salud de la niña o el niño. Esto incrementa los ingresos del establecimiento de salud.
- Si la familia es bien informada sobre la salud de la niña o el niño, sobre su tratamiento y posibles complicaciones, existen menos probabilidades de tener conflictos. Esto produce menos estrés y frustración entre el personal de salud, quien se siente más a gusto en su servicio.
- En un ambiente de confianza, de seguridad, el niño o la niña con alguna enfermedad tiene más probabilidades de recuperarse y curarse, pues el bienestar espiritual mejora la respuesta inmunológica frente a la enfermedad.
- El buen trato a niñas y niños produce mayor satisfacción profesional, un mejor clima laboral. Del mismo modo, el buen clima laboral lleva a un buen trato a las y los pacientes, pues todos nos sentimos tratados como seres humanos.



Lo invitamos a desarrollar Ejercicio grupal N° 1 para reflexionar sobre este tema, que encontrará en su Cuaderno de Ejercicios.

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

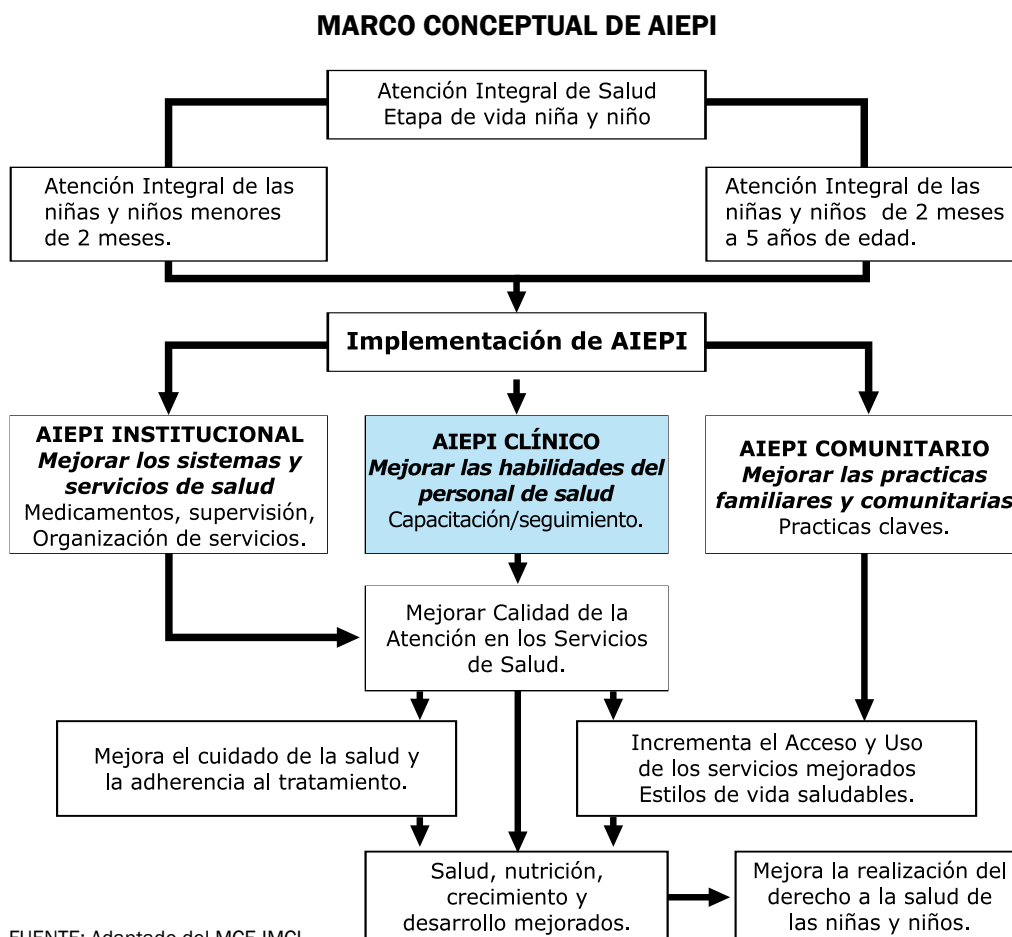
3.1. Marco conceptual de la estrategia AIEPI

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia es una estrategia que busca mejorar la calidad a la atención de la niña y el niño en los servicios de salud y reducir la morbilidad y mortalidad de las niñas y los niños menores de 5 años, especialmente la relacionada a las enfermedades más prevalentes.

El Ministerio de la Salud desde el año 2005 oficializa la aplicación de la estrategia AIEPI en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que viene impulsando como una forma de mejorar la calidad de la atención de salud en los diferentes niveles.

El logro de la atención de las necesidades de salud de una población por la red de servicios de salud depende de un abordaje sistémico, que comprende la atención propiamente dicha, la gestión de los servicios, su financiamiento y la labor de promoción de la salud y la prevención de las enfermedades prevalentes, en un proceso que comprende los servicios, la comunidad y la familia.

A continuación observamos una figura que nos muestra el marco conceptual de la aplicación de la estrategia AIEPI.



Según este marco conceptual, la estrategia AIEPI tiene los siguientes componentes:

- AIEPI INSTITUCIONAL: Mejorar los sistemas y servicios de salud.
- AIEPI CLÍNICO: Mejorar las habilidades del personal de salud.
- AIEPI COMUNITARIO: Mejorar las prácticas familiares y comunitarias.

Una ventaja de la estrategia AIEPI es que concibe a la atención de la niña y el niño como un todo y no sólo por el motivo de consulta, de tal manera que permite una mejor respuesta a las necesidades de la población.



Si abordamos la atención de la niña y del niño siguiendo las pautas propuestas por la estrategia AIEPI, es decir, bajo un enfoque integrado, estaremos contribuyendo al ejercicio del derecho a la atención de calidad para preservar o recuperar la salud.

En este manual se aborda el AIEPI CLÍNICO y se sugiere complementar el desarrollo de las competencias con los otros dos componentes de la estrategia.

3.2. El proceso de atención integrada de las niñas y niños

La atención integrada es un proceso que empieza en la detección de casos (identificación de signos y síntomas en la población objetivo) de enfermedades comunes, a la que sigue la clasificación y el tratamiento. La detección de casos utiliza el menor número posible de signos clínicos, los que se han seleccionado tomando en cuenta un equilibrio cuidadoso entre su sensibilidad y especificidad, disminuyendo al máximo los falsos positivos o falsos negativos. La clasificación está orientada a las acciones (decisiones), en lugar de pretender un diagnóstico exacto (que podría ser realizado por personal médico entrenado), y orienta los tratamientos a administrar y los consejos a proporcionar.

El proceso de AIEPI puede ser utilizado por médicos, enfermeras u otros profesionales de salud que atienden a niñas o niños menores de 5 años. Se trata de un proceso de manejo de casos para ser utilizado en un establecimiento de primer nivel de atención.

El proceso de AIEPI describe cómo atender una niña o un niño que asiste a un consultorio por una primera consulta por su actual enfermedad, o a una visita de control, o para una consulta nueva o de seguimiento para verificar el progreso de su crecimiento y desarrollo o su estado de inmunización. Además del tratamiento, el proceso incorpora actividades básicas para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

Este manual le brindará pautas para entrevistar a la madre o a la persona a cargo de la niña o el niño, a reconocer los signos clínicos, clasificar, elegir los tratamientos apropiados y a proporcionar consejería y atención preventiva. El proceso de atención integrada de casos de AIEPI incluye los siguientes componentes:

- **EVALUAR** (preguntar, observar, examinar) a una niña o un niño: Nombre, edad, motivo de consulta, tipo de consulta (primera consulta o control), signos de peligro, principales motivos de consulta (tos, diarrea, fiebre, problema de oído y de garganta); desnutrición y anemia, problema de alimentación, vacunas y otros problemas.

En la niña o el niño menor de 2 meses se evalúan también los antecedentes prenatales, el riesgo al nacer, si hay enfermedad grave o infección local, diarrea, problemas de alimentación, problemas de desarrollo, vacunas y otros problemas.



Durante el momento de evaluación recuerde:

- *Referirse a la niña o niño siempre por su nombre.*
- *Hacer participar a la niña o el niño en el proceso de atención (anamnesis y examen médico) con un lenguaje apropiado a su edad y cultura.*
- *Explicar con palabras sencillas a la madre u otro familiar el procedimiento que seguirá durante el examen físico.*
- *Obtener el consentimiento informado de la madre o familiar responsable de la niña o el niño antes de realizar cualquier procedimiento médico.*
- *Brindar un trato amable y respetar la intimidad personal de la niña o el niño durante la evaluación.*
- *Tranquilizar y brindar seguridad a la niña o el niño durante toda la atención.*

- **CLASIFICAR** la situación de la niña o el niño. Clasificar significa tomar una decisión acerca de la gravedad de la niña o el niño por medio de un sistema codificado por colores. Dado que muchas niñas y niños tienen más de una condición, cada enfermedad se clasifica según se requiera de la siguiente manera:

Una clasificación en una hilera de color rojo significa que la niña o niño requiere atención URGENTE e internamiento o Referencia a un Hospital (o establecimiento con capacidad resolutive).

Una clasificación en una hilera de color amarillo significa que la niña o niño necesita tratamiento determinado como un antibiótico apropiado, un antimalárico de administración oral u otro tratamiento. Para esto se requiere: enseñar a la madre cómo dar medicamentos por vía oral; o tratar infecciones localizadas en el hogar; enseñar cuáles son los signos de peligro por los que deberá regresar de inmediato al establecimiento; y citar a una consulta de control.

Una clasificación en una hilera de color verde significa que la niña o niño no necesita un tratamiento determinado, como antibióticos. En cambio, se debe enseñar o recordar a la madre acerca de los cuidados a administrar en casa y las medidas de prevención y promoción, cómo es la manera adecuada de alimentar a la niña o el niño enfermo, o cómo darle líquidos para prevenir la deshidratación.

El médico, puede estar en condiciones no sólo de CLASIFICAR, sino también de llegar a un diagnóstico de los problemas de salud de la niña o el niño. Incluso en estos casos, el siguiente paso en la atención será de mucha ayuda, pues orienta sobre el tratamiento a seguir.

- **DECIDIR EL O LOS TRATAMIENTOS.** Se determinan los tratamientos apropiados según cada clasificación elegida. Puede haber más de un tratamiento, pues existe la posibilidad de que una niña o un niño tenga más de una clasificación.

El momento de decisión del o los tratamientos es crucial para el respeto y protección del derecho a la salud. Está en sus manos, optar por un tratamiento apropiado al cuadro clínico y evitar que las niñas y niños, reciban tratamientos inútiles que puede conllevar a complicaciones físicas y morales , e incluso poner en riesgo sus vidas.

- **ACONSEJAR A LA MADRE** o a la persona a cargo de la niña o el niño, cómo administrar medicamentos orales, cómo alimentar y administrar líquidos durante la enfermedad y cómo tratar infecciones locales en la casa. Se debe solicitar a la madre que regrese para su control en una fecha específica y enseñarle cómo reconocer signos de alarma y/o gravedad que indican que la niña o el niño debe regresar de inmediato al establecimiento de salud.

Informe a la niña o el niño con palabras que pueda entender y de acuerdo a su edad y estado afectivo sobre el estado de su salud y el tratamiento o medidas que recibirá y, la importancia de su cumplimiento. Promueva que la niña o el niño pueda expresar sus dudas y responda a las mismas.

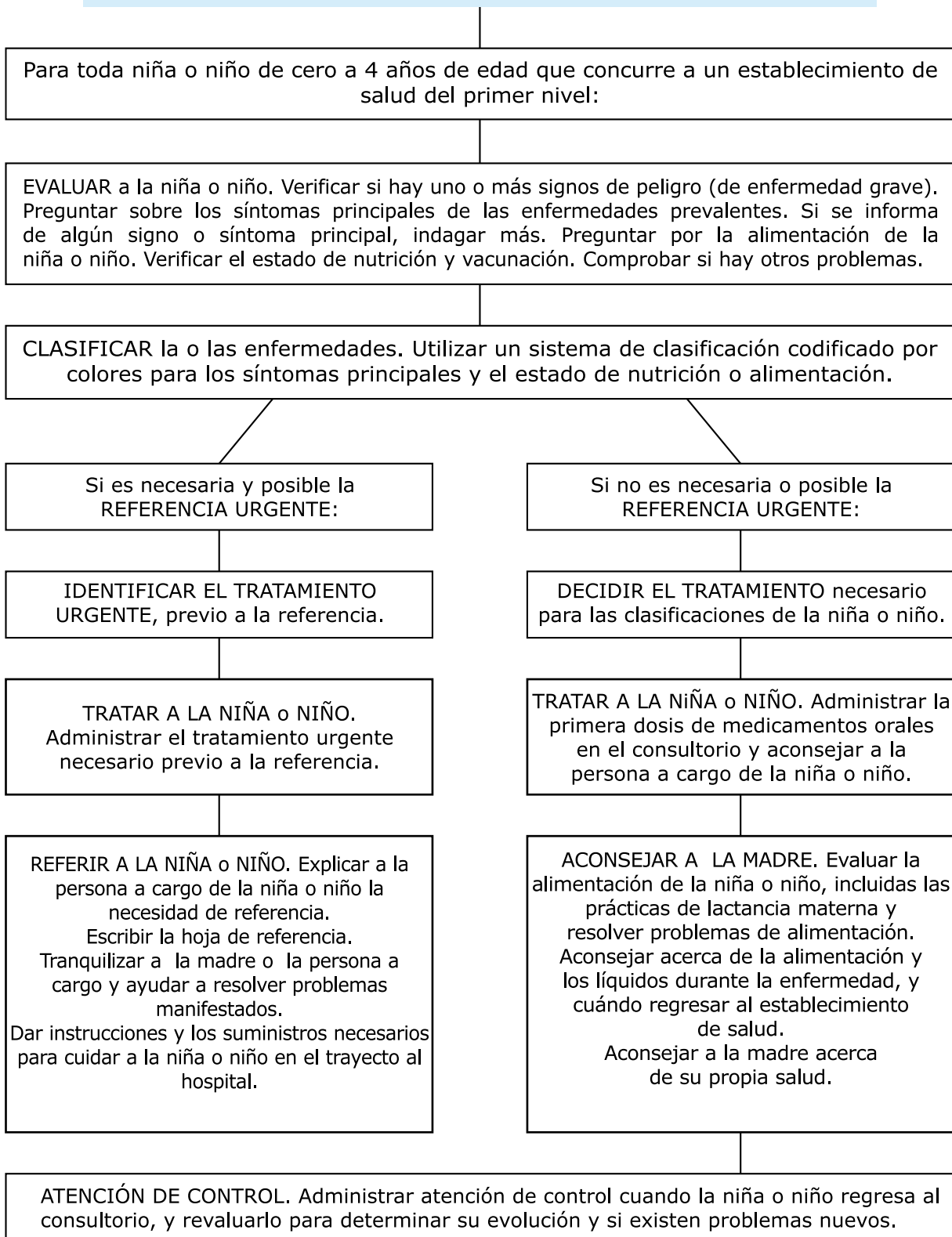
Informe a la madre y/o sus familiares sobre los derechos que tienen sus niñas y niños respecto al plan de beneficios del aseguramiento público en salud vigente.

La consejería a la madre o acompañante, es un proceso de comunicación horizontal con ella, que busca informarla sobre el o los problemas de salud de su niña o niño y pretende que se acuerde con ella las medidas más importantes para el adecuado manejo de la niña o el niño en el hogar.

- **PROPORCIONAR ATENCIÓN DE CONTROL.** Cuando la madre o familiar lleve nuevamente a la niña o al niño al consultorio, se le debe proporcionar atención de control, evaluando si hay o no mejoría y si existen o no problemas nuevos. En los casos, en que la madre o familiar no acudan a consulta de control, el personal de salud debe programar y realizar la visita domiciliaria correspondiente.

El servicio de salud debe garantizar la continuidad de la atención sea dentro de la red de servicios de salud o en la comunidad.

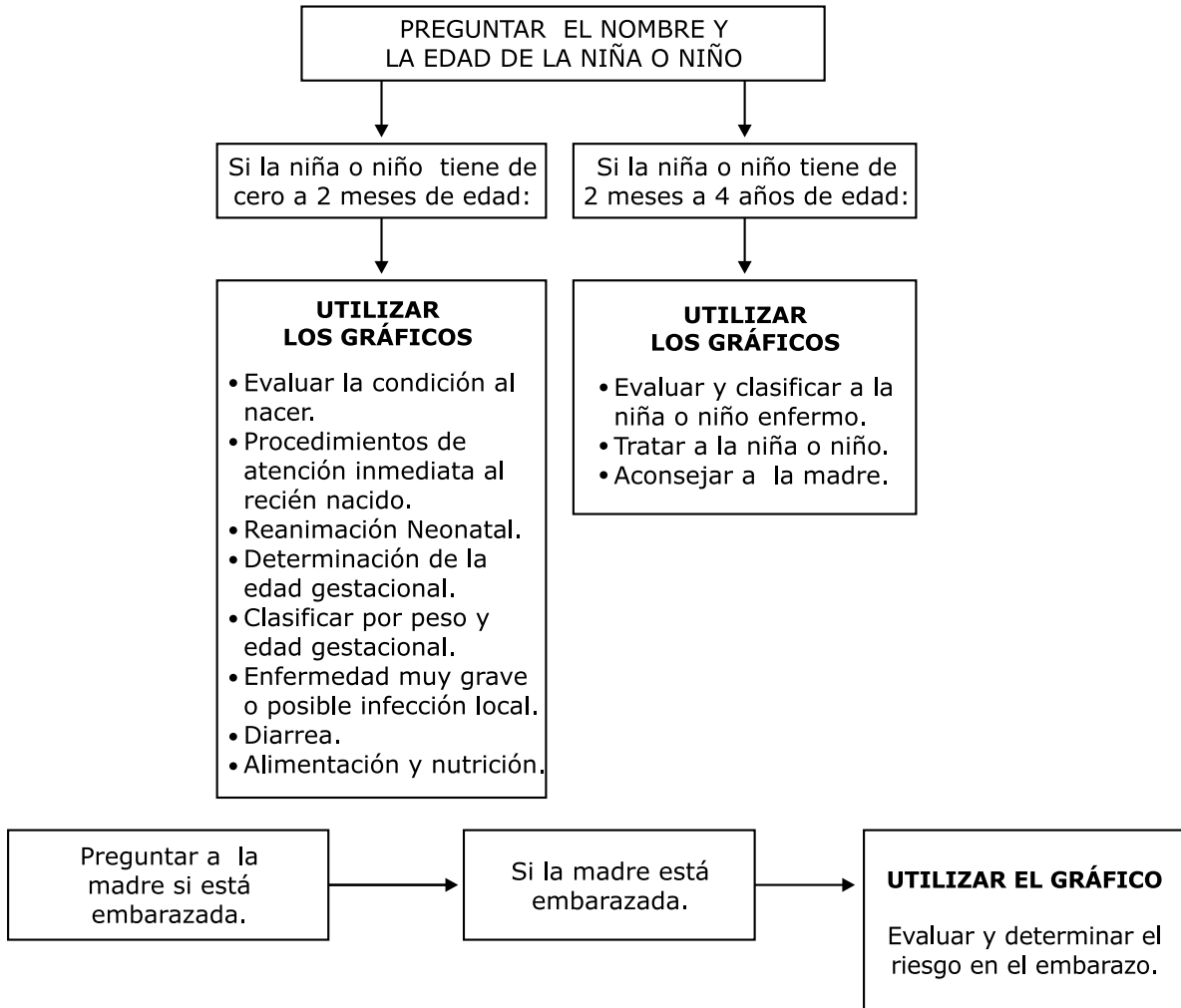
Resumen del proceso de manejo integrado de casos



3.3. ¿Cómo seleccionar los cuadros apropiados para el manejo de casos?

El proceso de manejo de casos de AIEPI se presenta en una serie de Cuadros de Procedimientos, que muestran los pasos, su secuencia y la información para realizarlos. El manejo de casos se presenta en dos series diferentes de **Cuadros de Procedimientos**: Una serie para la atención de niñas o niños de cero a 2 meses de edad, y la otra serie es para la atención de niñas o niños de 2 meses a 4 años de edad.

PARA LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS ENFERMOS DE CERO A 4 AÑOS DE EDAD QUE CONCURREN AL CONSULTORIO LLEVADOS POR SU MADRE



“De cero a 4 años” o “Hasta 5 años de edad” significa que la niña o niño todavía no cumplió 5 años de edad. Por ejemplo, este grupo de edad incluye a quien tiene 4 años 11 meses de edad, pero no a quien tiene 5 años cumplidos. Una niña o un niño de 2 meses cumplidos se encontrará en el grupo de 2 meses a 4 años, y no en el grupo de 0 a 2 meses de edad.

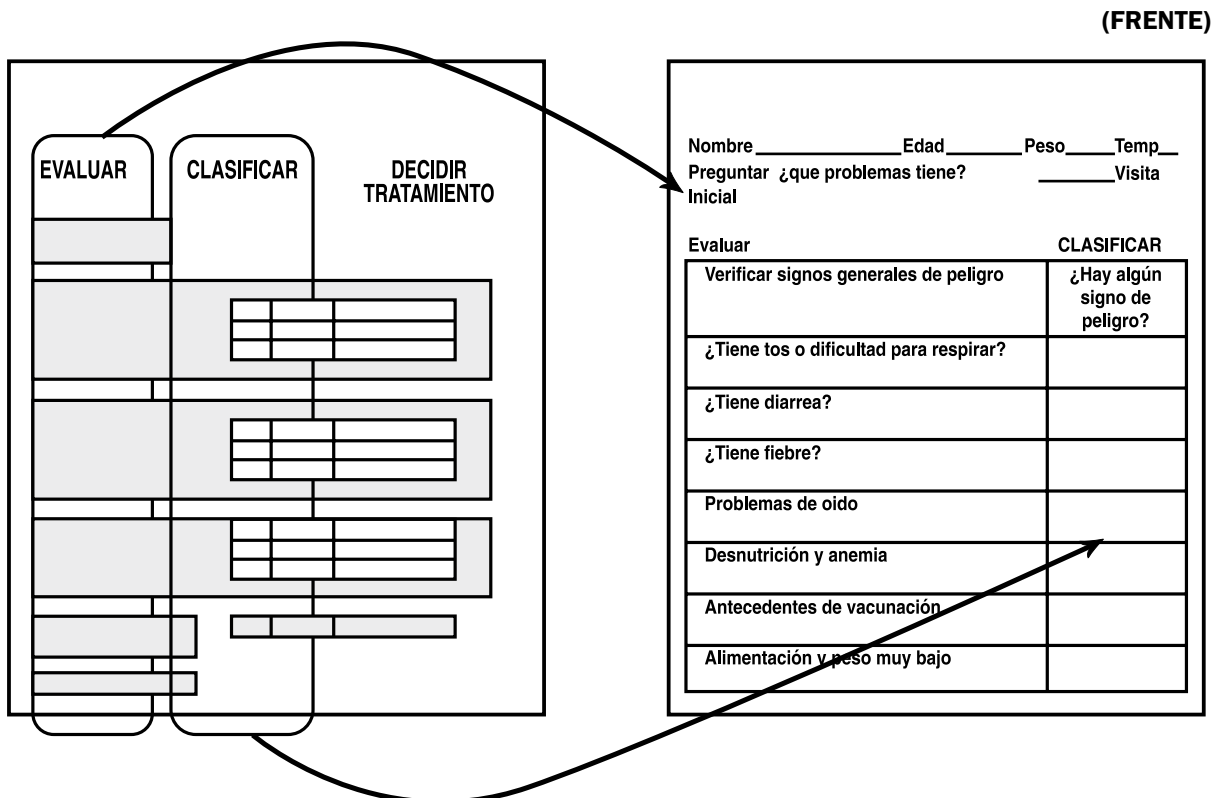
3.4. Empleo de los Cuadros de Procedimientos y los Formularios de Registro de casos

Los Cuadros de Procedimientos de AIEPI y los formularios de registro nos guían por los pasos de la atención. Empiece en la columna **EVALUAR** (en la parte izquierda de los Cuadros de Procedimientos, en colores). Luego pase a la columna **CLASIFICAR**, la que se basa en los datos y signos encontrados durante la evaluación.

Evaluar, clasificar y registrar los datos

**CUADRO PARA EVALUAR Y CLASIFICAR
A LA NIÑA O NIÑO ENFERMO
DE 2 MESES A 4 AÑOS**

**CUADRO PARA REGISTRAR LOS DATOS
DE LA ATENCION DE LA NIÑA O NIÑO
ENFERMO DE 2 MESES A 4 AÑOS**



Luego se sigue con la columna de la derecha, **DECIDIR EL TRATAMIENTO** y, con base en la parte posterior del formulario de registro, se continúa con el **TRATAMIENTO**.

Sección 2

**Atención de las niñas y
los niños de 2 meses
a 4 años de edad**

1. ¿CÓMO EVALUAR Y CLASIFICAR A LA NIÑA O AL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD?

En el cuadro de procedimientos **evaluar y clasificar a la niña o al niño enfermo de 2 meses a 4 años de edad** se describe cómo evaluar y clasificar a las niñas o los niños enfermos, sin pasar por alto signos clave de enfermedad. Haga preguntas a la madre sobre los problemas de la niña o el niño y verifique si presenta signos de peligro en general. Luego pregunte sobre los cinco síntomas principales: **tos o dificultad para respirar, diarrea, fiebre, problemas de oído y dolor de garganta** pregunte por la alimentación. Verifique además si la niña o el niño tiene **desnutrición y anemia**, evalúe el **estado de inmunización** y **evalúe otros problemas** que pueden ser mencionados por la madre y/o la niña y el niño. Si tiene uno o más de los signos de peligro, podríamos estar frente a una enfermedad grave. Este cuadro también puede emplearse para la niña o el niño sano que es llevado para ser vacunado o controlado; a la niña o al niño con una lesión o quemadura, déVELO a donde corresponda.

En el Establecimiento de Salud, cuando llega una niña o un niño, el personal determina cuál es el motivo de la consulta, se encarga de obtener su nombre, edad, peso, talla, temperatura y luego anota estos datos en la historia clínica. Posteriormente se evalúa de acuerdo a los siguientes pasos:

- *Salude a la niña o niño y a su madre o persona responsable, identifíquese y entable una buena comunicación, dándoles seguridad de que la niña o el niño recibirá la debida atención.*
- Determine si se trata de una primera consulta o si ya vino antes por el mismo motivo, en cuyo caso se trata de una consulta **de control, cuyo propósito es diferente al de la primera consulta.**
- Verifique si ha sido tallado y pesado, de no ser así, realice o solicite que se haga.
- Averigüe y anote todo lo que la madre diga sobre los problemas de la niña o el niño.



Desde el inicio involucre a la niña o niño en el proceso de la atención de acuerdo a su edad, hablele con palabras sencillas y por su nombre. No olvide que cuando somos pacientes deseamos ser tratados con mucho respeto, tacto, educación y comprensión.

2. ¿CÓMO EVALUAR SI LA NIÑA O EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD TIENE SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL?

Siempre que atienda niñas o niños, verifique primero si hay signos de peligro en general, como:

- La niña o niño no puede beber ni tomar el pecho.
- La niña o niño vomita todo.
- La niña o niño ha tenido convulsiones durante la enfermedad.
- La niña o niño está letárgico o comatoso.

Una niña o un niño que presenta un signo de peligro en general tiene un problema grave y necesita ser internado o referido **URGENTEMENTE** al establecimiento de salud de referencia. Complete el resto de la evaluación inmediatamente, luego administre el tratamiento adecuado, antes de internarlo o referirlo de acuerdo a la categoría del establecimiento de salud.

Siempre debe tratar a la niña o niño con mucho respeto y comprensión. La madre o familiar tiene derecho a expresar su conformidad con los procedimientos y tratamientos que recibirá su niña o niño sea de forma ambulatoria o en hospitalización. Permita que la niña o el niño esté acompañado de sus padres o familiares el máximo tiempo posible.

Para que verifique si hay signos de peligro en general, observe el recuadro siguiente, que es de la columna «Evaluar».

¿Cómo evaluar si hay signos de peligro en general?

PREGUNTAR:

- ¿Puede su niña o niño beber o tomar el pecho?
- ¿Su niña o niño vomita todo lo que ingiere?
- ¿Su niña o niño ha tenido convulsiones?

OBSERVAR:

- Verificar si la niña o niño está letárgico o comatoso

Luego realice las siguientes preguntas de acuerdo al cuadro anterior:

► ¿Su niña o niño puede beber o tomar el pecho?

Una niña o un niño tiene este signo, si está demasiado débil para beber y no consigue succionar o tragar cuando se le ofrece el pecho o un sorbo de agua. Cuando pregunte a la madre si la niña o el niño no puede beber, cerciórese de que comprenda la pregunta. Si ella dice que la niña o el niño no es capaz de beber ni de mamar, pídale que describa qué ocurre cuando le ofrece algo para beber. Por ejemplo, ¿puede la niña o el niño llevar líquido a la boca y tragarlo? Si no está

seguro de la respuesta de la madre, pídale que le ofrezca a la niña o al niño un sorbo de agua o el pecho. **Observe si la niña o el niño toma el agua o la leche.** Algunas veces se presenta dificultad para succionar cuando tiene la nariz tapada; pero si este problema se soluciona al limpiarle la nariz, entonces esta niña o este niño no tiene este signo de peligro.

► **¿Su niña o niño vomita todo lo que ingiere?**

La niña o el niño que «vomita todo lo que ingiere», no podrá retener alimentos, líquidos ni medicamentos de administración oral. Pregunte a la madre con cuánta frecuencia vomita, si es cada vez que toma alimentos o líquidos. Si no está seguro de la respuesta de la madre, **pídale que le ofrezca un sorbo a la niña o al niño. Fíjese si la niña o el niño vomita.**

► **¿Su niña o niño ha tenido convulsiones?**

Pregunte a la madre, con palabras que entienda, si la niña o el niño tuvo **convulsiones durante la enfermedad actual.** Es posible que para ella las convulsiones sean «ataques» o «espasmos».

► **Luego observe y verifique si la niña o el niño está letárgico o comatoso**

Una niña o un niño letárgico luce indiferente, apático o adormecido, no responde a estímulos sensoriales y parece no darse cuenta de lo que le rodea. La niña o el niño comatoso no responde a estímulos dolorosos, ni verbales o sonoros. No puede ser despertado. Pregunte a la madre si la niña o el niño parece inusualmente somnoliento o si no lo puede despertar. **Fíjese si se despierta cuando la madre le habla, le sacude o cuando aplaude.**

Si la niña o el niño presenta uno o más de estos signos de peligro, complete el resto de la evaluación **inmediatamente.** Adminístrele tratamiento sin demora e intérrnelo o refiéralo **URGENTEMENTE** al establecimiento de salud de referencia.

RECUERDE:

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

Hasta acá, ya ha podido definir si la niña o el niño presenta un signo de peligro en general. Corrobórelo con el cuadro siguiente:

¿CÓMO CLASIFICAR Y TRATAR A LA NIÑA O AL NIÑO QUE PRESENTA UNO O MÁS SIGNOS DE PELIGRO?

EVALUAR	CLASIFICAR COMO	TRATAMIENTO (Los tratamientos de urgencia que se administran antes de la referencia del caso se indican en negritas)
Uno o más signos: <ul style="list-style-type: none"> • No puede beber o tomar el pecho, o • Vomita todo, o • Convulsiones, o • Letárgico o comatoso. 	NIÑA O NIÑO GRAVE	Internar o Referir URGENTEMENTE al establecimiento de salud de referencia; completar de inmediato el examen y administrar el tratamiento indicado antes de referirlo sin demora.



¿Qué se puede hacer en las comunidades rurales del país para asegurar que una niña o niño con signos de peligro tenga un acceso oportuno al tratamiento que necesita? Haga un listado de medidas concretas y específicas que se deberían tomar. Discuta con sus compañeros de trabajo.

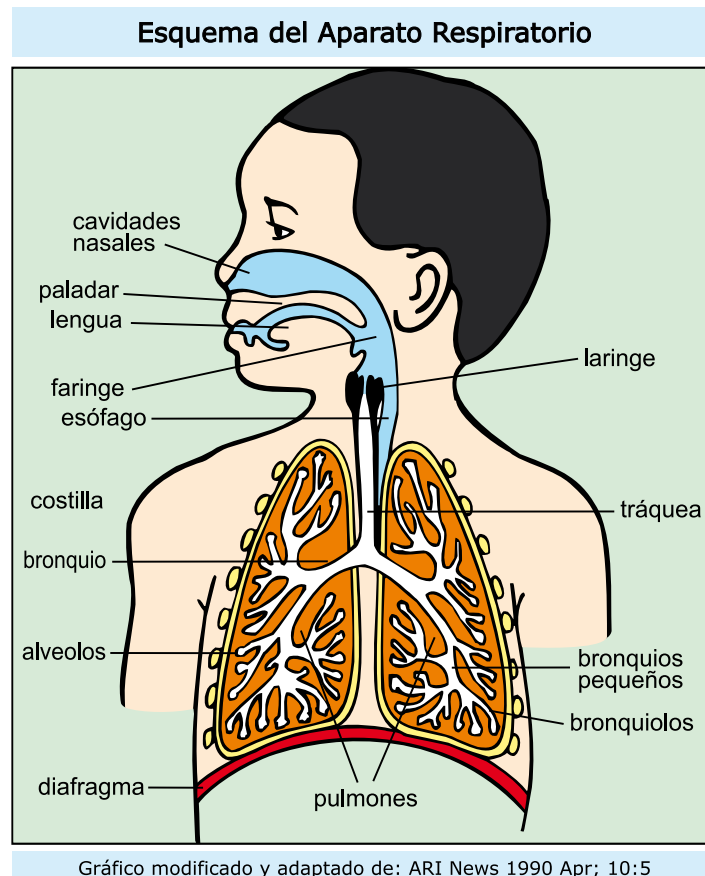


Lo invitamos a desarrollar el Ejercicio N° 2 que encontrará en su Cuaderno de Ejercicios.

3. ¿CÓMO EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR A LA NIÑA O AL NIÑO CON TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?

Siempre que atienda a una niña o un niño, pregunte si tiene tos o dificultad para respirar ya que son numerosos las niñas o los niños que acuden al Establecimiento de Salud con infección respiratoria aguda. Estas infecciones pueden estar en cualquier parte del aparato respiratorio, como la nariz, garganta, laringe, tráquea, bronquios o pulmones.

Figura 1



Una niña o un niño con tos o dificultad para respirar puede tener neumonía u otra infección respiratoria aguda producida por bacterias o virus. En los países en desarrollo las bacterias suelen ser una causa importante de la neumonía en niños y niñas. Las bacterias que más frecuentemente causan neumonía en la infancia son *Streptococcus pneumoniae* y *Hemophilus influenzae*, que generalmente van asociadas a alta letalidad.

Por lo general las niñas o los niños con tos tienen sólo una infección leve. Por ejemplo, una niña o un niño resfriado quizás tosa porque las secreciones nasales gotean por detrás de la garganta. O tal vez tenga bronquitis viral. Estas niñas o niños no están severamente enfermos, y no necesitan tratamiento con antibióticos. Pueden ser tratados en el hogar.

Las pocas niñas o niños muy enfermos con tos o dificultad para respirar que necesitan tratamiento con antibióticos, van a ser identificados si verifica uno o los dos signos clave: **respiración rápida y tiraje subcostal**. Muchas niñas o niños con respiración rápida pueden tener **obstrucción bronquial aguda** y presentar sibilancias.

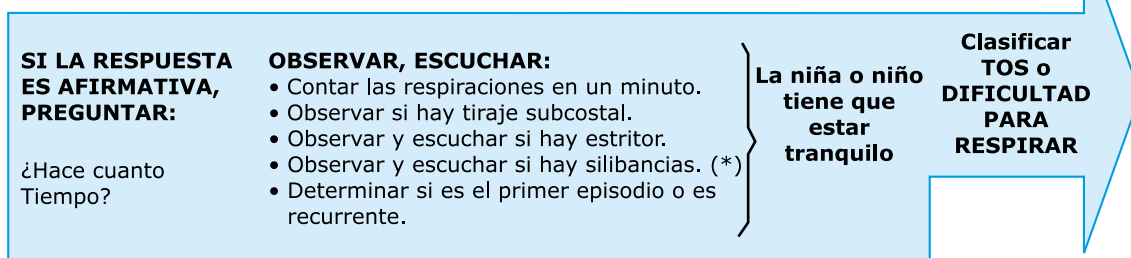
Nota: La Laringotraqueobronquitis Aguda (Pseudo Croup) cuya etiología frecuente es de origen viral, cursa con un cuadro clínico de inicio nocturno y de evolución rápida con ronquera a disfonía, tos perruna, estridor inspiratorio y dificultad respiratoria. El tratamiento consiste en la administración de antipiréticos, nebulización con Adrenalina(1/1000) 0.5-0.9 mg/kg/dosis diluída en solución salina por 10 minutos con oxígeno, se puede repetir cada 20 minutos en un máximo de 3 veces. En lactantes se recomienda usar 2 ml de adrenalina en 2 ml de suero fisiológico, más corticoides Dexametazona 0.4 mg/kg/dosis o Hidrocortisona, y referir urgentemente con oxígeno al establecimiento de referencia.

3.1. ¿Cómo evaluar a la niña o al niño con tos o dificultad para respirar?

¿Cómo evaluamos a una niña o un niño con tos o dificultad para respirar?

Cuando la niña o el niño presenta tos o dificultad para respirar debe seguir los pasos del cuadro siguiente:

¿La niña o niño tiene tos o dificultad para respirar?



* Si la niña o niño tiene sibilancias, primero tratar las sibilancias y luego clasificar la tos o dificultad para respirar.

Si la niña o niño tiene:	Respiración rápida es:
De 2 a 11 meses	50 ó más en un minuto
De 1 a 4 años	40 ó más en un minuto

► ¿Su niña o niño tiene tos o dificultad para respirar?

La «dificultad para respirar» es cualquier patrón anormal de respiración en la niña o el niño. Las madres la describen de distintas maneras. Tal vez digan que la respiración de la niña o el niño es «rápida» o «ruidosa» o «entrecortada» o «agitada». Si la madre contesta que NO, observe a la niña o niño y si no tiene tos ni dificultad para respirar, pregunte sobre el síntoma siguiente. Si la madre contesta que Sí, haga la siguiente pregunta:

► ¿Hace cuánto tiempo?

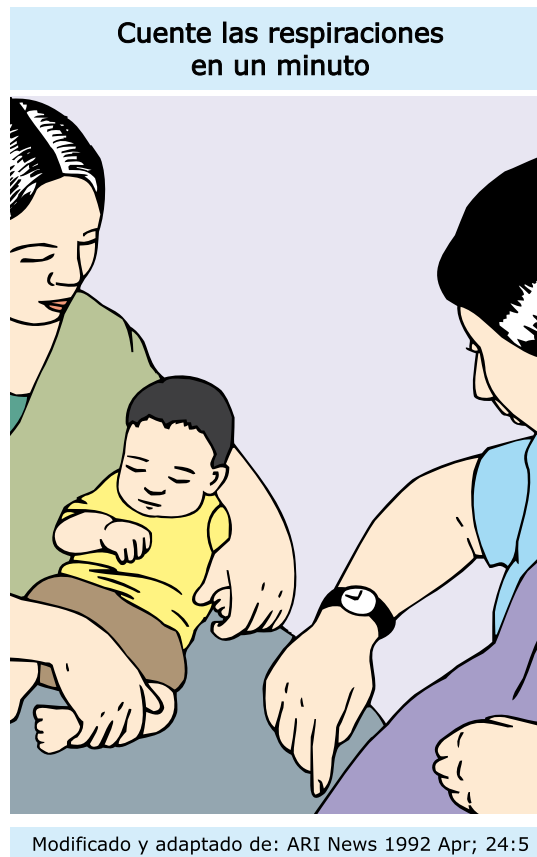
Una niña o un niño que ha tenido tos o dificultad para respirar por más de 14 días tiene tos crónica. Puede tratarse de un signo de asma, tos convulsiva, tuberculosis u otro problema. Refiéralo para un examen.

Luego cuente las respiraciones en un minuto

Debe contar cuántas veces respira la niña o el niño por minuto para saber si tiene respiración rápida. Explique y pida a la madre que lo mantenga tranquilo mientras cuenta las respiraciones. Si la niña o el niño está durmiendo, no lo despierte. Este signo tiene gran valor, si se toma en buenas condiciones. La niña o niño debe estar tranquilo, si está asustado, lloroso o irritable, tiene fiebre y/o está lactando no podrá obtener un recuento preciso de las respiraciones. *Tranquilice al niño y bríndele seguridad con un lenguaje apropiado para su edad.*

Para contar el número de respiraciones en un minuto:

Figura 2



- 1. Use un reloj con segundero o un reloj digital.**
- 2. Observe el movimiento respiratorio en cualquier parte del pecho o el abdomen.**

Generalmente se pueden ver los movimientos respiratorios aún si la niña o el niño está vestido, de lo contrario, pida a la madre que levante la camisa de su niña o niño.

Si no está seguro del número de respiraciones que ha contado (por ejemplo, si la niña o el niño se estaba moviendo y era difícil observar el pecho, o si la niña o el niño estaba intranquilo o llorando), repita el recuento. El límite para la respiración rápida depende de la edad de la niña o el niño. Observe el siguiente cuadro:

Si la niña o niño tiene:	La niña o niño tiene respiración rápida si cuenta:
2 a 11 meses:	50 respiraciones por minuto o más
1 a 4 años:	40 respiraciones por minuto o más

Nota: La niña o el niño que tiene exactamente 12 meses de edad, tiene respiración rápida si cuenta 40 respiraciones por minuto o más.

Si la niña o el niño también tiene fiebre, es recomendable bajar la temperatura y luego contar la frecuencia respiratoria, pues la fiebre aumenta la frecuencia respiratoria sin que necesariamente exista neumonía.

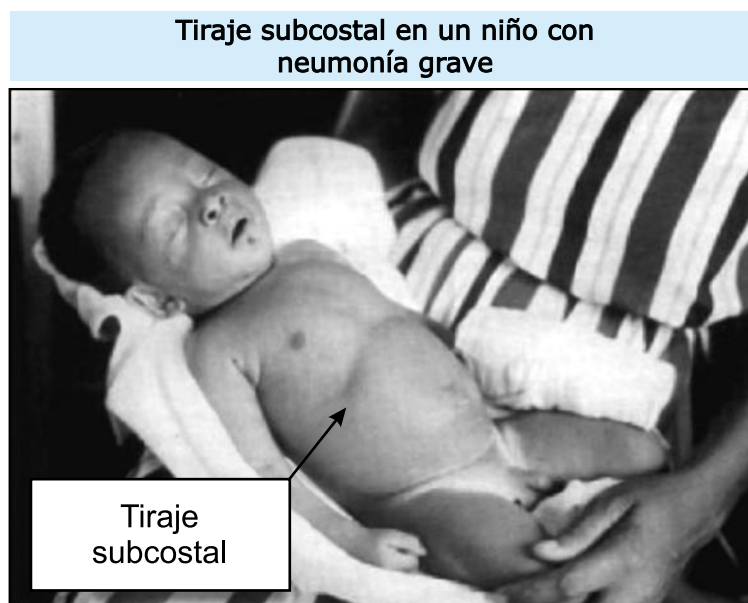
Observe si hay tiraje subcostal

El tiraje subcostal ocurre cuando la niña o el niño necesita hacer un esfuerzo mucho mayor del normal para respirar, moviéndose la pared torácica hacia adentro. En la respiración normal, durante la inspiración, toda la pared torácica (superior e inferior) y el abdomen se mueven hacia AFUERA.

Por eso es muy importante que descubra el pecho de la niña o el niño y observe si hay tiraje subcostal, lo cual debe ser claramente visible y estar presente todo el tiempo. Si sólo puede verlo cuando la niña o el niño está llorando o alimentándose, entonces no tiene tiraje subcostal.

Si **sólo** el tejido blando entre las costillas se mueve hacia adentro cuando la niña o el niño respira, se denomina retracción intercostal y **no** es considerado tiraje subcostal.

Figura 3



Fotografía modificada y adaptada de: ARI News 1993 Aug-Oct; 26:7

Observe y escuche si hay estridor

El estridor es un sonido áspero cuando la niña o el niño **INSPIRA**, producido por la inflamación de la laringe, la tráquea o la epiglotis, que obstaculiza la entrada del aire a los pulmones.

Una niña o un niño que no está muy enfermo puede tener «estridor» sólo cuando llora o está molesto, pero si lo presenta cuando está tranquilo, estamos frente a una **ENFERMEDAD MUY GRAVE**.

Observe y escuche si hay sibilancias

La sibilancia es un sonido suave y musical, causada por un estrechamiento del pasaje de aire en los bronquios cuando la niña o el niño **ESPIRA**. Para escucharlo coloque el oído cerca de la boca de la niña o el niño, pues en la nariz puede ser difícil de oír.

Si la niña o el niño tiene sibilancias audibles, sin estetoscopio, pregúntele a la madre si ha tenido algún episodio anterior de sibilancias dentro del último año. De ser así, estamos frente a «Sibilancia recurrente». Trate primero las sibilancias antes de clasificar la tos o la dificultad para respirar (ver en **Trate la Sibilancia** más adelante).

3.2. ¿Cómo clasificar a la niña o al niño con tos o dificultad para respirar?

Existen cuatro posibles clasificaciones para una niña o un niño con tos o dificultad para respirar:

- ▶ **Enfermedad muy grave.**
- ▶ **Neumonía grave.**
- ▶ **Neumonía.**
- ▶ **No neumonía: resfrío, gripe o bronquitis.**

CUADRO PARA CLASIFICAR LA TOS O LA DIFICULTAD PARA RESPIRAR

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier signo de peligro en general, o • Estridor en reposo, o 	ENFERMEDAD MUY GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado. • Tratar las sibilancias, si tiene. • Internar / Referir URGENTEMENTE al establecimiento de salud de referencia .
<ul style="list-style-type: none"> • Tiraje subcostal. 	NEUMONÍA GRAVE	
<ul style="list-style-type: none"> • Respiración rápida. 	NEUMONÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Dar un antibiótico apropiado durante 7 días • Tratar las sibilancias, si tiene. • Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato. • Indicar a la madre que vuelva para el control 2 días después.
<ul style="list-style-type: none"> • Ningún signo de neumonía o de enfermedad muy grave. 	NO NEUMONÍA: RESFRÍADO, GRIPE O BRONQUITIS	<ul style="list-style-type: none"> • Si hace más de 14 días que la niña o niño tiene tos, referirlo para un examen. • Tratar las sibilancias, si tiene. • Aliviar la tos con un remedio inocuo. • Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato. • Indicar a la madre que vuelva en 5 días si la niña o niño no mejora.

Cómo usar el recuadro de clasificación: Después que evalúe el síntoma principal y los signos relacionados con él, clasifique la enfermedad de la niña o del niño como sigue:

1. Observe la primera hilera roja:

Si la niña o el niño presenta por lo menos un signo de peligro en general o estridor en reposo, elija la clasificación **ENFERMEDAD MUY GRAVE**.

2. Si la niña o el niño presenta tiraje subcostal y no tiene signos de peligro en general o estridor en reposo, elija la clasificación **NEUMONÍA GRAVE**.

3. Si la niña o el niño no tiene ninguna de las clasificaciones graves (**ENFERMEDAD MUY GRAVE O NEUMONÍA GRAVE**), mire la hilera amarilla. Si tiene la niña o el niño la respiración rápida, elige la clasificación de la hilera amarilla, **NEUMONÍA**.

4. Si la niña o el niño no tiene una clasificación de la hilera roja o amarilla, elija la clasificación de la hilera verde: **NO NEUMONÍA: RESFRIO, GRIPE O BRONQUITIS**.

RECUERDE:

Siempre que use un recuadro para clasificar, comience con la primera hilera. En cada recuadro, una niña o niño es clasificado sólo una vez. Si la niña o niño presenta signos de más de una hilera, elija siempre la clasificación más grave.



Lo invitamos a desarrollar los Ejercicios N° 3 y N° 4 que encontrará en su Cuaderno de Ejercicios

A continuación le presentamos una descripción de cada clasificación.

3.3. ¿Cómo tratar a la niña o al niño con enfermedad muy grave o Neumonía grave?

Una niña o un niño con cualquier signo de peligro en general o estridor en reposo se clasifica como que tiene **ENFERMEDAD MUY GRAVE**. Puede tratarse de una sepsis, neumonía, bronquitis, meningitis, crup severo u otras patologías que ponen en riesgo la vida de la niña o el niño.

Una niña o un niño con tiraje subcostal se clasifica como **NEUMONÍA GRAVE**.

El tiraje subcostal es un signo de Neumonía Grave o de Infección aguda de las vías respiratorias inferiores como bronquiolitis, tos ferina o un problema de obstrucción bronquial que se expresa como Síndrome de obstrucción bronquial agudo (SOBA) o Asma. El tiraje es un signo de mayor trabajo respiratorio que la presencia de sólo respiración rápida. Por lo que, una niña o un niño con tiraje subcostal tiene mayor riesgo de morir, que una niña o un niño que tiene la respiración rápida sin tiraje subcostal.

Tratamiento

Recuerde que en los países en desarrollo las bacterias son las causantes de la mayor parte de los casos de neumonía. Los virus también causan neumonía, pero no hay manera segura de determinar si el niño tiene neumonía bacteriana o viral. Por eso, cuando una niña o un niño muestre signos de neumonía, debe recibir tratamiento antibiótico.

Una niña o un niño clasificado como ENFERMEDAD MUY GRAVE O NEUMONÍA GRAVE está severamente enfermo. Necesita ser internado o referido urgentemente a un establecimiento de salud de referencia para recibir tratamiento, administración de oxígeno o antibióticos inyectables. Antes de ser internado o referido, adminístrele uno o más de los tratamientos siguientes:

► Antibiótico intramuscular o endovenoso, teniendo en cuenta los siguientes pasos:

- Explicar a la madre por qué se da el medicamento.
- Indicar Cloranfenicol y en ausencia de este, Penicilina G Sódica más Gentamicina.
- Determinar la dosis de acuerdo con las tablas de Cloranfenicol o Penicilina G Sódica y Gentamicina (Ver cuadro de procedimientos).
- Usar aguja y jeringa descartables. Medir la dosis con precisión.
- Dar el medicamento mediante una inyección intramuscular o endovenosa.

► Procedimientos para aplicar inyecciones intramusculares o endovenosas

Realice los siguientes pasos si está *capacitado* para administrar inyecciones intramusculares o endovenosas. Si no, *pídale a alguien que esté capacitado* para que ponga las inyecciones (Alguien puede enseñarle después a hacerlo).

1. Use aguja y jeringa estériles para aplicar la inyección.
2. Compruebe la concentración del medicamento disponible en el Establecimiento de Salud. Asegúrese de leer correctamente en el cuadro la concentración que está usando.

3. Cloranfenicol generalmente viene en forma de polvo, en ampollas de 1g. Agréguele 4.5 ml de agua para obtener un volumen de 5 ml con la concentración de 200 mg/ml de Cloranfenicol. Agite la ampolla hasta que la mezcla quede transparente.
4. Penicilina G Sódica viene también en forma de polvo, en ampollas de un millón de UI (600 mg). Agréguele 3.6 ml de agua estéril para obtener un volumen de 4.0 ml con una concentración de 250,000 UI/ml. Administre 50,000 UI por kilo cada 6 horas. Para calcular la dosis debe observar la hilera de la tabla que contenga el peso que más se aproxime al de la niña o del niño o la edad, si no se conoce el peso.
5. Gentamicina viene en preparación líquida en ampollas. La dosis es de 7.5 mg/Kg/día, repartido en 3 dosis c/8 horas, vía intramuscular o endovenosa, hasta completar 10 días de tratamiento.¹³

EDAD O PESO	CLORANFENICOL Añadir 4.5 ml de agua estéril al frasco de 1g para tener una solución de 200 mg/ml	PENICILINA G Añadir 3.6 ml de agua estéril al frasco con 600 mg (1 millón de unidades) para tener una solución de 250,000 unidades por ml	GENTAMICINA Volumen a aplicar con una dilución de 10 mg/ml (ampollas de 20 mg no se diluyen; amp. de 40 mg se añaden 2 ml de agua estéril; amp. de 80 mg se añaden 6 ml de agua estéril)
	Dosis: 20 mg por kg o:	Dosis: 50,000 unidades por kg o:	Dosis: 2,5 mg/Kg o:
2 meses a 3 meses (4 - <6Kg)	0.5 ml = 100 mg	1.0 ml	1.2 ml
4 meses a 8 meses (6 - <8Kg)	0.7 ml = 140 mg	1.5 ml	1.7 ml
9 meses a 11 meses (8 - <10Kg)	0.9 ml = 180 mg	2.0 ml	2.2 ml
1 año a 2 años (10 - <14Kg)	1.1 ml = 220 mg	2.5 ml	3.0 ml
3 años a 4 años (14 - 16Kg)	1.5 ml = 300 mg	3.5 ml	3.7 ml

SI NO ES POSIBLE REFERIR A LA NIÑA O NIÑO:

- ➔ Repetir la inyección de cloranfenicol o penicilina G sódica cada 6 horas más gentamicina cada 8 horas hasta que la niña o niño pueda recibir cloranfenicol o amoxicilina por vía oral.
- ➔ Pasar después a un antibiotico oral apropiado para completar 10 días de tratamiento



Evite que las niñas y niños reciban tratamientos médicos inapropiados y que sean objeto de sufrimientos inútiles.

¹² Ministerio de Salud. Enfermedades Respiratorias. Guías de práctica clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales del niño y la niña. Mayo 2006.

► **Leche materna o agua azucarada para prevenir la hipoglicemia**

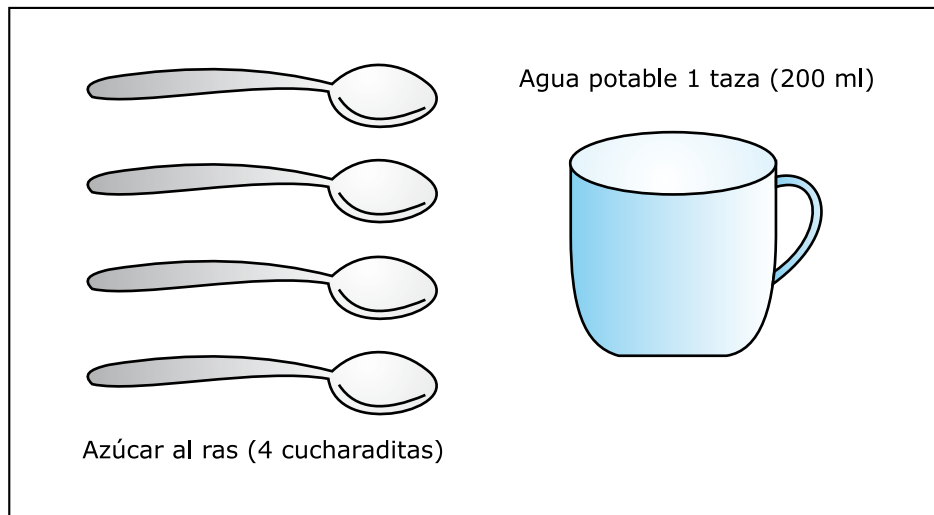
La hipoglicemia se presenta durante las infecciones graves o cuando la niña o el niño no ha podido comer por muchas horas. Es peligrosa porque puede causar daño cerebral.

Se previene de la siguiente manera:

- Si la niña o el niño puede tomar el pecho, dígale a la madre que le dé el pecho.
- Si la niña o el niño no puede tomar el pecho pero puede deglutir, déle leche materna extraída o un sucedáneo. Si eso no es posible, déle agua azucarada de 30 a 50 ml antes de que se vaya.

Para preparar el agua azucarada: disolver 4 cucharaditas de azúcar al ras (20g) en una taza con 200 ml de agua potable.

Figura 4



- Si la niña o el niño no puede deglutir y usted sabe cómo usar una sonda nasogástrica, déle 50 ml de leche extraída de la madre o un sucedáneo de la leche materna o agua azucarada a través de la sonda.

Este tratamiento se administra una sola vez antes de referir a la niña o al niño al establecimiento de salud de referencia.

3.4. ¿Cómo tratar a la niña o al niño con Neumonía?

Si una niña o un niño presenta tos o dificultad respiratoria caracterizada por respiración rápida y ningún signo de peligro en general, ni tiraje subcostal o estridor en reposo, es clasificado como NEUMONÍA.

Tratamiento

Indique el antibiótico apropiado y enseñe a la madre cómo administrarlo según el cuadro adjunto.

Dar un antibiótico oral apropiado:

EDAD O PESO	AMOXICILINA Dar cada 8 horas durante 7 días	COTRIMOXAZOL (trimetoprim + sulfametoxazol) Dar cada 12 horas durante 7 días
	SUSPENSIÓN 125 mg por 5 ml	JARABE 40 mg trimetoprim + 200 mg sulfametoxazol por 5ml
2 a 3 meses (4 - < 6Kg)	2.5 ml	2.5 ml
4 a 11 meses (6 - < 10Kg)	5.0 ml	5.0 ml
1 a 2 años (10 - <14Kg)	7.5 ml	7.5 ml
3 a 4 años (14 - 16Kg)	10.0 ml	7.5 ml

Es importante tener en cuenta, para que el tratamiento tenga éxito, que la madre debe comprender correctamente cómo preparar y cómo dar el medicamento. Por eso enséñele, siguiendo estos pasos básicos:

- Proporcionar información.
- Demostrar con ejemplos.
- Práctica de la madre.

Dejar que la madre **practique** es la parte más importante de enseñar una tarea, en vez de solamente escuchar, pues va a recordar más fácilmente si practica. Si la madre realiza la tarea mientras la observa, podrá ver si ella entendió y qué le resulta difícil.

Pida a la madre que mida ella misma una dosis. Obsérvela mientras practica. Dígale lo que ha hecho correctamente. Si midió incorrectamente la dosis, vuélvale a enseñar cómo medirla.

Luego, sugiérale que le dé la primera dosis a su niña o niño. Si está vomitando, debe darle el medicamento, aunque lo vomite. Si el vómito se produce antes de los 30 minutos de ingerido el medicamento, hay que darle otra dosis. Si la niña o el niño está deshidratado y vomitando, debe esperar que se rehidrate, antes de darle la dosis otra vez.

Explíquele a la madre que todos los jarabes deben de usarse hasta terminar el plan de tratamiento, aunque la niña o el niño mejore. Recomiéndele cuándo regresar inmediatamente y cuándo retornar para la consulta de control.

Debe regresar **inmediatamente** si la niña o niño presenta cualquiera de los signos siguientes:

- Difícil de despertar o no puede beber ni tomar el pecho.
- Empeora.
- Tiraje subcostal.

Consulta de control por neumonía:

Las niñas y los niños con neumonía deben retornar a su **consulta de control** 2 días después, la cual consiste en:

Verificar si la niña o el niño presenta signos de peligro en general y reevalúa para ver si tiene tos o dificultad para respirar siguiendo el cuadro de procedimientos EVALUAR Y CLASIFICAR. Luego averiguar por problemas adicionales que debe verificar.

Pregunta:

- ¿Está la niña o el niño respirando más lentamente?
- ¿Tiene menos fiebre?
- ¿Está comiendo mejor?

Cuando haya evaluado a la niña o al niño, utilice la información para elegir el tratamiento correcto.

- ▶ Si la niña o el niño presenta **tiraje subcostal o un signo de peligro en general** (no puede beber, ni mamar, vomita todo, tiene convulsiones, está letárgico o comatoso), ha empeorando. La niña o el niño necesita ser referido de urgencia a un hospital. Averigüe si es que está recibiendo el antibiótico en la forma indicada; de ser así la enfermedad ha empeorado con el antibiótico actual. Administre la primera dosis de otro antibiótico sugerido o cloranfenicol por vía intramuscular antes de referirlo al hospital.
- ▶ Si la **frecuencia respiratoria, la fiebre y la ingestión de comida no han cambiado**, administre a la niña o al niño el otro antibiótico sugerido para neumonía. (Los signos quizás no sean exactamente los mismos que 2 días antes, no está peor pero no mejora, aún tiene respiración rápida, fiebre y come mal). Antes de administrar otro antibiótico, pregunte a la madre si la niña o el niño tomó todas las dosis del antibiótico los 2 días anteriores según lo prescrito.
 - Pudo haber un problema por el cual la niña o el niño no recibió el antibiótico o recibió una dosis demasiado baja o infrecuente. De ser así, puede tratarse otra vez con el mismo antibiótico. Adminístrele una dosis en el Establecimiento de Salud y luego cerciórese si la madre sabe cómo darle el medicamento para que lo haga correctamente en la casa.
 - Si la niña o el niño recibió el antibiótico en la forma correcta, cambie a otro antibiótico sugerido para neumonía y adminístrelo por 7 días.

Administre la primera dosis del antibiótico en el Establecimiento de Salud. Enseñe a la madre cómo y cuándo dárselo y pídale que lleve otra vez a la niña o al niño al Establecimiento de Salud 2 días después.

- Si la niña o el niño está respirando más lentamente (tiene una frecuencia respiratoria menor que en la primera consulta), tiene menos fiebre o si ya no tiene fiebre y está comiendo mejor, está mejorando. Puede ser que tosa, pero si está mejorando no tendrá ya respiración rápida. Explíquelo a la madre la importancia de que la niña o el niño tome el antibiótico por 7 días.

Entonces, resumiendo tenemos:

Neumonía

Después de dos días:

Examinar a la niña o al niño para determinar si presenta signos de peligro en general.
 Evaluar para determinar si tiene tos o dificultad para respirar.

Consultar el cuadro
Evaluar y Clasificar

Preguntar:

- ¿La niña o el niño respira más lentamente?
- ¿Le bajó la fiebre?
- ¿Está comiendo mejor?

Tratamiento:

- **Si hay tiraje subcostal o algún signo de peligro en general**, dar una dosis de Cloranfenicol o Penicilina G Sódica por vía intramuscular. En seguida, internar o referir **URGENTEMENTE** al establecimiento de salud de referencia.
- **Si la frecuencia respiratoria, la fiebre y la alimentación siguen iguales**, dar Cotrimoxazol y avisar a la madre que vuelva dentro de 2 días o referir a la niña o al niño.
- **Si la respiración es más lenta**, si le bajó la fiebre o si come mejor, completar el tratamiento de 7 días con Amoxicilina.

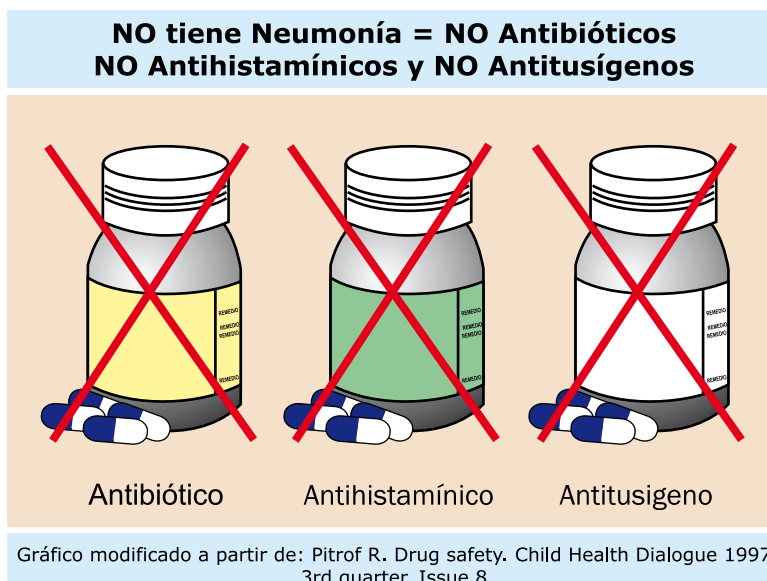
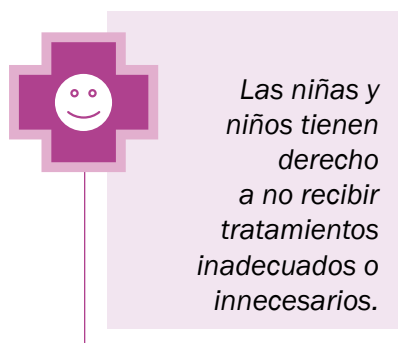
3.5. ¿Cómo tratar a la niña o al niño que no tiene Neumonía: resfrío, gripe o bronquitis?

Una niña o un niño con tos o dificultad para respirar que no presenta signos de peligro en general, ni estridor en reposo, ni tiraje subcostal, y tampoco respiración rápida, recibe la clasificación de **NO NEUMONÍA: RESFRÍO, GRIPE O BRONQUITIS**.

Tratamiento

No necesita antibióticos, ya que éstos no aliviarán los síntomas de la niña o el niño, ni prevendrán la neumonía.

Figura 5



Pero debe tener presente que la madre que lleva a su hija o hijo al Establecimiento de Salud es porque está preocupada por la enfermedad de la niña o el niño. Entonces es importante recomendarle una buena atención en el hogar. Enséñele a aliviar el dolor de garganta y la tos con un remedio inocuo como té caliente con azúcar u otro que sea culturalmente aceptable.

Haga saber a la madre que debe retornar inmediatamente al establecimiento de salud si su niña o niño presenta dificultad respiratoria, respiración rápida, o hundimiento de las costillas, es difícil de despertar, no puede beber ni tomar el pecho, empeora o tiene fiebre.

Debe regresar a control en 5 días si no mejora, porque una niña o un niño con resfrío, gripe o bronquitis normalmente mejora en una o dos semanas. Pero una niña o un niño con tos crónica (una tos que dure más de 14 días) puede tener tuberculosis, asma, tos ferina u otro problema. En estos casos envíelo a un establecimiento de salud de referencia para una evaluación más completa.

En los casos en que la niña o niño no retorne para su control, programe y realice una visita domiciliaria para completar el seguimiento.

3.6. ¿Cómo tratar a la niña o al niño que tiene Sibilancias?

Manejo de la niña o el niño con crisis de obstrucción bronquial aguda (SOBA) o crisis asmática

El síndrome de obstrucción bronquial agudo (SOBA), es una causa frecuente de consulta, y se reconoce que está aumentando en el mundo entero, razón por la cual es necesario que se conozcan las medidas terapéuticas apropiadas para su manejo. El SOBA forma parte de una serie de enfermedades como Asma bronquial, bronquiolitis, displasia broncopulmonar, fibrosis quística, reflujo gastroesofágico, y cuerpo extraño.

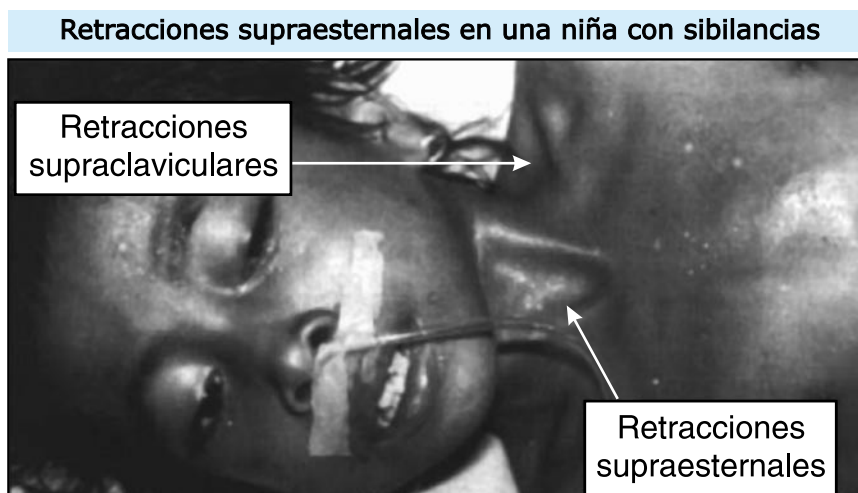
Pregunta:

- ¿Tiene sibilancias?, ¿desde cuándo?
- ¿Tiene dificultad para respirar? ¿Tiene respiración rápida o agitada? ¿Tiene tiraje?
- ¿Es la primera vez que tiene sibilancias, o es recurrente?

Observa y escucha:

- Cuente la frecuencia respiratoria.
- Evalúe la presencia de sibilancias.
- Evalúe la dificultad respiratoria, el uso de musculatura accesoria o tiraje.
- Evalúe la presencia de cianosis.

Figura 6



Fotografía modificada de: Noticias sobre IRA 1995 Mar-Jun; 30: 1

Clasifica y diagnostica:

- ▶ **Si es menor de dos años, una clasificación probable es SOB.**
- ▶ **Si es mayor de dos años, un diagnóstico probable es crisis asmática.**
- **Determinar el grado de severidad de la obstrucción bronquial aguda según el score de Bierman y Pierson modificada por Tal**

Utilice el cuadro de abajo. Observe que debe calcular los puntos para cada signo observado (frecuencia respiratoria, cianosis, retracciones o tirajes, y sibilancias). Los puntos de cada signo evaluado se deben sumar para tener el puntaje final. Por ejemplo, una niña o un niño de 8 meses con frecuencia respiratoria de 36 por minuto, sin cianosis, con tiraje subcostal e intercostal pero sin aleteo nasal, y con sibilancias inspiratorias y espiratorias, tendrá este puntaje de acuerdo a la tabla:

1 punto + 0 puntos + 2 puntos + 2 puntos = 5 puntos

El primer punto es por la frecuencia respiratoria (30-44 en mayores de 6 meses), el cero es por no tener cianosis (cianosis ausente), los siguientes 2 puntos son por las retracciones, y los últimos dos puntos son por las sibilancias (inspiratorias y espiratorias).

- **Clasificar el grado de severidad según el cuadro**

La niña o el niño de nuestro ejemplo tiene 5 puntos (1 + 0 + 2 + 2). De acuerdo a la clasificación de la tabla tiene una crisis leve (3 a 5 puntos).

TABLA DE PUNTAJE CLÍNICO (Bierman y Pierson modificada por Tal)					
Puntaje	Frecuencia respiratoria en 1 minuto		Cianosis	Uso de musculatura accesoria	Sibilancias
	< 6 meses	> 6 meses			
0	< 40	< 30	No	No	No
1	41 - 55	31 - 45	Perioral al llanto	Leve un paquete muscular	Espiratorias con estetoscopio
2	56 - 70	46 - 60	Perioral en reposo	Moderada dos paquetes musculares	Espiratorias e Inspiratorias con estetoscopio
3	> 70	> 60	Generalizada en reposo	Severa más de dos paquetes musculares	Espiratoria e inspiratoria sin estetoscopio ó torax silente

Obtenga el puntaje total sumando el puntaje de cada parámetro, entonces:

- **Las crisis con puntajes de 3 a 5 son leves.**
- **Las crisis con puntajes de 6 a 9 son moderadas.**
- **Las crisis con puntajes de 10 a 12 son severas.**

Son criterios de severidad: Cianosis, tórax silente, compromiso de sensorio y agotamiento ventilatorio.

Trate según la clasificación del grado de severidad:

- El uso de Beta2 Agonista de acción corta es la forma de manejo apropiado. De preferencia debe usarse la vía inhalatoria de manera inmediata si el score es de 3 puntos o más, mediante inhaladores con aerocámara o espaciador o mediante nebulizador; sólo si no se puede contar con estos métodos se usará adrenalina subcutánea.
- Esteroide por vía EV o IM ante la presencia de tiraje subcostal o antecedente de haber recibido esteroide inmediato en una crisis anterior.
- Administre Beta2 Agonistas de acción corta: Salbutamol o Fenoterol.

3.7. ¿Cómo tratar a la niña o al niño con SOBA sin dificultad respiratoria?

Vía inhalatoria con microdosificador:

De preferencia use Salbutamol en microdosificador o spray de 100 ug por puff. Esta vía es más eficaz, más rápida y tiene menos efectos colaterales.

Haga dos inhalaciones, separadas un minuto entre ellas. Esta dosis se repite cada 4 horas durante 5 días y luego cada 6 horas hasta completar 10 días.

Dependiendo de la cantidad de secreciones o de la obstrucción bronquial, se puede usar corticoides por vía oral. En este caso se usa Prednisona, a la dosis de 1 a 2 mg/Kg por día, dividido en 2 tomas, por 3 a 7 días.

Control: en 3 días.

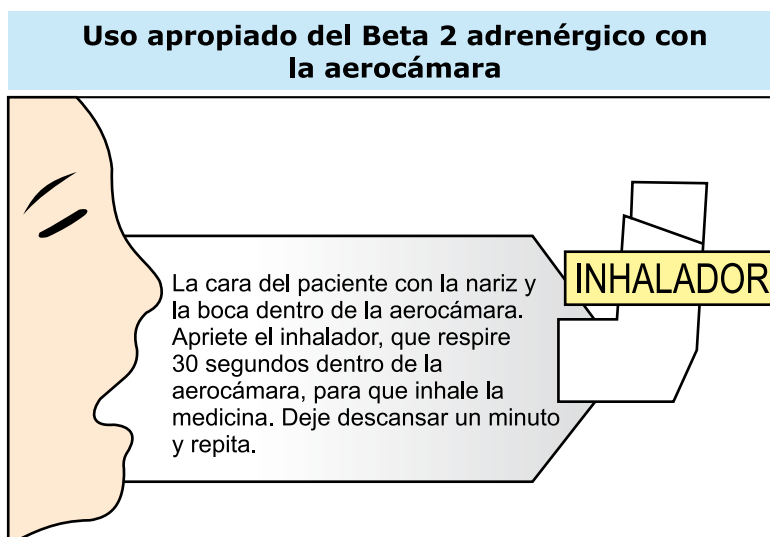
3.8. ¿Cómo tratar a la niña o al niño con SOBA o crisis asmática de grado leve o moderado?

Vía inhalatoria con microdosificador:

Es más eficaz, más rápida y tiene menos efectos colaterales.

Se usa Salbutamol. Cada dosis corresponde a 100 ug por inhalación; haga dos inhalaciones, separadas un minuto entre ellas, usando espaciador o aerocámara (ver figura 7). Puede repetir la dosis cada 10 minutos hasta por 6 veces.

Figura 7



Nebulización:

Fenoterol en solución para nebulizar al 0.5% (5 mg/ml) de 0.02 a 0.05 mg/kg/dosis ó 1 gota de solución por cada 5 kilos de peso (dosis máxima de 2.5 mg = 10 gotas), en 5 cc de solución salina. Nebulice durante 10 minutos y puede repetir cada 20 minutos hasta por tres veces.

BETA 2 AGONISTAS POR VÍA INHALATORIA		
Edad o peso	Inhalación	Nebulización
	Salbutamol 100 ug/dosis	Fenoterol 0.5% (5mg/ml)
De 2 a 11 meses (< 10 Kg)	2 inhalaciones por dosis	1 - 2 gotas
De 1 a 4 años (10 - 16 Kg)		2 - 3 gotas

- **Después de una hora de iniciado el tratamiento reevalúe y maneje de acuerdo a las siguientes situaciones:**
 - ◆ **Si el puntaje es mayor de 9 o empeora:** manejar como crisis severa.
 - ◆ **Si el puntaje es menor de 3:** indicar ALTA con B2 de corta acción inhalado 2 puff cada 2 horas por 24 horas, continuar cada 3 horas las siguientes 24 horas continuar y acudir a reevaluación. Si continúa evolución favorable administrar 2 puff cada 4 horas por 4 días y cada 6 horas por 4 días más (para completar 10 días). Dar también Prednisona (1-2 mg por Kg de peso por día, dividido en 2 dosis: 8 a.m. y 3 p.m., por 5 - 7 días) o Dexametasona (0.3 - 0.6 mg por Kg de peso por día, dividido cada 8 horas, por 3 - 5 días). Es muy importante verificar que la madre y la niña o el niño (si corresponde a su edad) hayan entendido la importancia de cumplir con la administración de la dosis con la frecuencia que se le recomienda.
 - ◆ **Si el puntaje está entre 3 y 9:** continúa con B2 de corta acción inhalado cada 10 minutos o nebulización cada 20 minutos hasta por 2 horas más; y agregar corticoide por vía EV o IM, si no lo había recibido.
- **Después de 3 horas:**
 - ◆ Si el puntaje es mayor de 9 ó empeora: Maneje igual que una crisis severa. Refiera al establecimiento de salud con suficiente capacidad resolutive.
 - ◆ Si el puntaje es entre 3 y 9: Hospitalice, descarte infección o complicaciones, refiera.
 - ◆ Si el puntaje es menor de 3: Indique ALTA con B2 de corta acción inhalado 2 puff cada 2 horas por 24 horas, continuar cada 3 horas las siguientes 24 horas continuar cada 3 horas las siguientes 24 horas y acudir a reevaluación. Si continúa evolución favorable administrar 2 puff cada 4 horas por 4 días y cada 6 horas por 4 días más

(para completar 10 días). Dar también Prednisona (1-2 mg por Kg de peso por día, dividido en 2 dosis: 8 a.m. y 3 p.m., por 5 - 7 días) o Dexametasona (0.3 - 0.6 mg por Kg de peso por día, dividido cada 8 horas, por 3 - 5 días).

Vía oral:

La vía oral provoca más efectos colaterales y es más lenta en su acción. Indicar sólo si no se dispone de terapia inhalatoria:

Salbutamol: 0,10 - 0,15 mg/kg/dosis, se debe dar cada 6 horas:

SALBUTAMOL ORAL	
Edad o peso	Jarabe 2 mg/5 ml
De 2 a 11 meses (< 10 Kg)	2.5 ml
De 1 a 4 años (10 - 16 Kg)	5.0 ml
De 5 a 13 años	0.10-0.15 mg/Kg/dosis (Dosis máxima: 4 mg/dosis)

Vía subcutánea:

Adrenalina subcutánea: Si no cuenta con Beta 2 agonistas, puede usar 0.01 cc/kg/dosis de Adrenalina en solución 1:1000 por vía subcutánea, máximo 0.3 cc por dosis. Se puede repetir hasta 3 veces cada 20 minutos.

¿Cómo administrar corticoides sistémicos?

Vía oral:

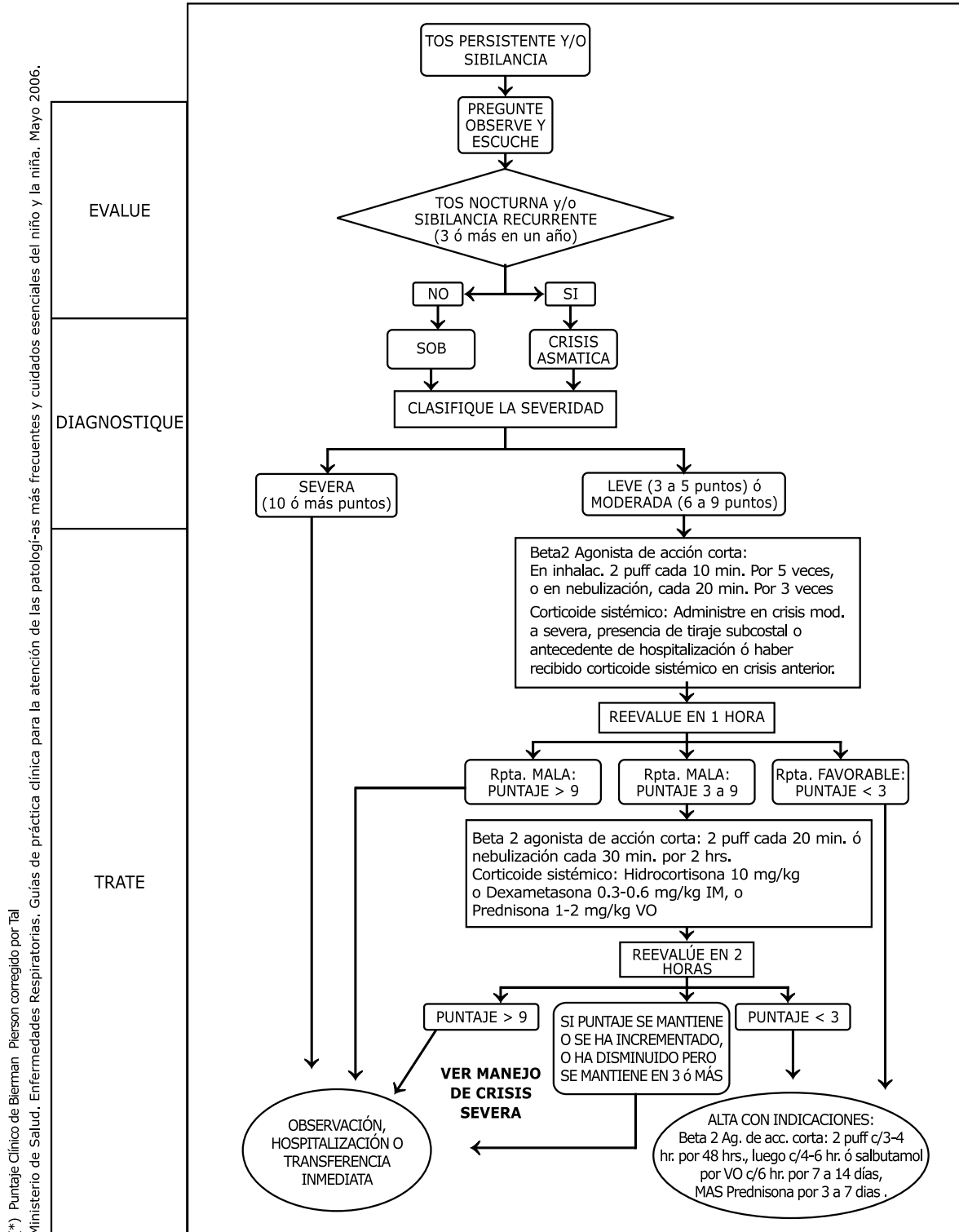
- Prednisona: usar 1-2 mg/kg como dosis de ataque. Dosis máxima 40 mg luego 1-2 mg por día, dividido en 2 tomas: 8 a.m. y 3 p.m. por 5 a 7 días.

Vía Parenteral:

- Dexametasona: usar 0.3 - 0.6 mg/kg como dosis de ataque. Dosis máxima: 8 mg. Luego 0.3 - 0.6 mg/kg/día dividido/cada 8 horas, vía endovenosa o intramuscular. Una vez estabilizado el paciente pasar a vía oral
- Hidrocortisona: usar 4 - 8 mg/kg como dosis de ataque, máximo 250 mg; luego 4 mg/kg cada 6 horas, vía endovenosa
- Metilprednisolona: usar 2 mg/kg como dosis de ataque, máximo 40 mg; luego 0.5 - 1 mg/kg cada 6 horas, vía endovenosa.

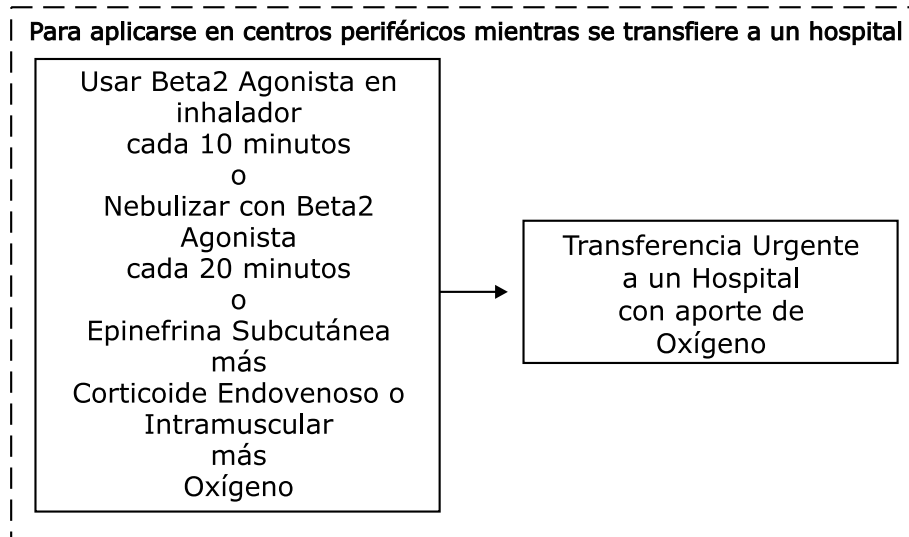
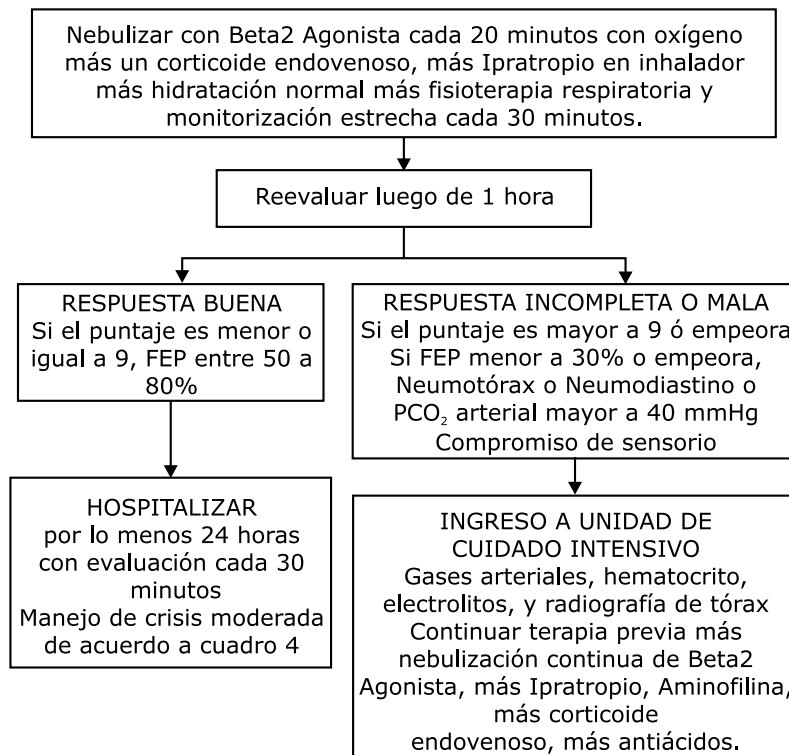
3.9. ¿Cómo tratar a la niña o al niño con SOBA o crisis asmática de grado severo?

**FLUJOGRAMA / ALGORITMO
ATENCIÓN EL NIÑO CON OBSTRUCCIÓN BRONQUIAL AGUDA O CRISIS ASMÁTICA**



MANEJO DE LA CRISIS SEVERA

Puntaje clínico mayor a 9, medir FEP en lo posible y controlar y mantener la oximetría mayor a 95%


Para aplicar en hospitales

Recomendación general en el tratamiento del asma

Es muy importante considerar una o más consultas de control a fin de ajustar la terapia de mantenimiento y aprovechar para educar a los familiares en los diferentes aspectos del manejo de este problema.

4. ¿CÓMO EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR A LA NIÑA O AL NIÑO CON DIARREA?

Para empezar esta atención, primero salude a la madre y la niña o niño, y luego pregunte, **utilizando palabras que la madre entienda: ¿ (nombre de la niña o el niño) , tiene diarrea?** Si la madre responde que NO, pregúntele sobre el síntoma principal siguiente: FIEBRE.

Si la madre responde que SÍ, o si ya había explicado que la diarrea era el motivo por el que había acudido, evalúe a la niña o al niño para averiguar si hay deshidratación, diarrea persistente, o disentería.

Las madres generalmente saben cuándo tienen diarrea sus hijos, tal vez digan que las deposiciones de la niña o el niño son sueltas, líquidas o usen un término local. Se define **Diarrea** como la presencia de tres o más deposiciones sueltas o líquidas en un período de 24 horas.

El número de heces normales eliminadas en un día varía con la dieta y la edad de la niña o el niño, por ejemplo, los bebés amamantados en forma exclusiva suelen tener deposiciones blandas. Eso no es diarrea. La madre de una niña o un niño que toma el pecho puede reconocer la diarrea porque la consistencia o la frecuencia de las deposiciones es diferente de la normal.

¿Cuáles son los diferentes tipos de diarrea?

Si un episodio de diarrea dura menos de 14 días, se trata de diarrea **aguda**. Si dura 14 días o más, se la denomina diarrea **persistente**, que es la que suele causar problemas nutricionales y contribuye a la mortalidad de niños y niñas con diarrea. Hasta un 5% de los episodios de diarrea se vuelven persistentes.

La diarrea con sangre en las heces, con o sin moco, es **disentería**. Producida en su mayoría por *Shigella*. La disentería amebiana no es común en las niñas o los niños pequeños. En menores de un año la causa más frecuente de disentería en algunos lugares es el *Campylobacter jejuni*.

La diarrea con heces líquidas sin sangre se denomina diarrea **acuosa** y puede causar deshidratación. Constituye la forma más común de diarrea y generalmente remite espontáneamente en el lapso de una semana. El cólera es un ejemplo de diarrea suelta o líquida.

4.1. ¿Cómo evaluar a la niña o al niño con diarrea?

Cuando evalúe una niña o un niño con diarrea realice las siguientes preguntas:

► ¿Hace cuánto tiempo tiene diarrea?

Dé tiempo a la madre para que conteste esta pregunta, ya que es importante saber exactamente el número de días, para reconocer si estamos frente a una **Diarrea Aguda** o **Diarrea Persistente**.

► **¿Hay sangre en las heces?**

Pregunte a la madre si ha visto sangre en las heces en algún momento durante este episodio de diarrea, porque si es así se trata de un cuadro de **Disentería**.

Luego, para verificar si hay signos de deshidratación:

Observar y explorar:

► **¿Está la niña o el niño letárgico o comatoso?**

Recuerde usar este signo de peligro en general cuando clasifique la diarrea de la niña o el niño.

► **¿Está intranquilo e irritable?**

Una niña o un niño está **intranquilo e irritable** si está fastidiado todo el tiempo o cada vez que se le toca y manipula. Si está tranquilo cuando toma el pecho, pero vuelve a estar intranquilo e irritable cuando deja de mamar, presenta este signo. Muchas niñas o niños se sienten molestos sólo por estar en el Establecimiento de Salud, pero si son fáciles de consolar y calmar. Entonces no presentan este signo.

► **¿Están los ojos hundidos?**

Los ojos de la niña o el niño con diarrea y deshidratación pueden estar hundidos, pero antes de decidir si es que los ojos están realmente hundidos, pregunte a la madre si piensa que los ojos del niño están distintos o como de costumbre. Su opinión le ayudará a confirmar su decisión.

Figura 8



Fotografías adaptadas de: WHO. Integrated management of childhood illnesses. Photographs WHO/CHD/97.3L. Geneva: WHO, 1997

Nota: En una niña o un niño gravemente desnutrido, visiblemente enflaquecido (es decir, con marasmo), los ojos siempre pueden parecer hundidos, aunque la niña o el niño no esté deshidratado.

► **¿Tiene la boca y lengua secas?**

Una niña o un niño deshidratado puede tener la boca y lengua secas. Tener en cuenta que la boca y lengua estarán húmedas, si ha bebido o vomitado recientemente, o estarán secas si la niña o el niño está respirando con la boca abierta.

► **Al ofrecerle líquidos: ¿No puede beber? ¿bebe ávidamente, con sed? o ¿bebe normalmente?**

Pida a la madre que le ofrezca un poco de agua en una taza o cuchara. Observe cómo bebe la niña o el niño.

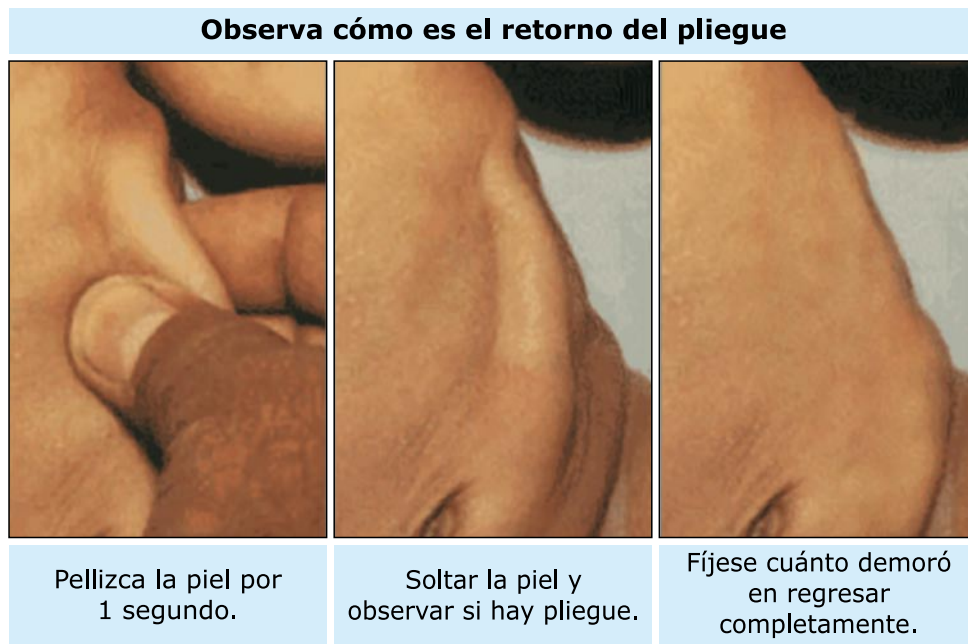
Se considera que una niña o un niño **no puede beber** si al llevar el líquido a la boca no puede tragarlo. Por ejemplo, tal vez no pueda beber porque está letárgico o comatoso, quizá no pueda succionar o tragar.

Una niña o un niño tiene el signo **bebe ávidamente con sed** si es evidente que la niña o el niño quiere beber. Observe si trata de alcanzar la taza o la cuchara cuando le ofrece agua. Cuando le retire el agua, fíjese si está fastidiado porque quiere beber más.

Si la niña o el niño toma un sorbo sólo porque se le incita a hacerlo y no quiere más, no tiene el signo «bebe ávidamente, con sed»

► **Pellizque la piel del abdomen. ¿Vuelve a su lugar muy lentamente (en más de 2 segundos)? o ¿lentamente?**

Figura 9



Adaptación a partir de: WHO. Integrated management of childhood illness. Photographs. WHO/CHD/97.3L. Geneva: WHO, 1997

Para evaluar la presencia de este signo, pida a la madre que coloque a la niña o al niño en la camilla, de modo que esté acostado boca arriba con los brazos a los costados del cuerpo (no sobre la cabeza) y las piernas extendidas o que lo tenga en la falda, acostado boca arriba.

Ubique la región del abdomen de la niña o el niño que está entre el ombligo y el costado del abdomen. Pellizque la piel, usando el pulgar y el índice. No pellizque con la punta de

los dedos porque le causará dolor. Coloque la mano de modo que cuando pellizque la piel, el pliegue quede en sentido vertical al cuerpo de la niña o el niño y no a través. Levante firmemente todas las capas de piel y el tejido debajo de ellas. Pellizque la piel por un segundo y luego suéltela. Cuando la suelte, fíjese si la piel pellizcada vuelve a su lugar:

- Muy lentamente (en más de 2 segundos).
- Lentamente.
- Inmediatamente.

Si la piel queda levantada incluso por un breve momento después de soltarla, se considera que la piel pellizcada vuelve a su estado anterior lentamente.

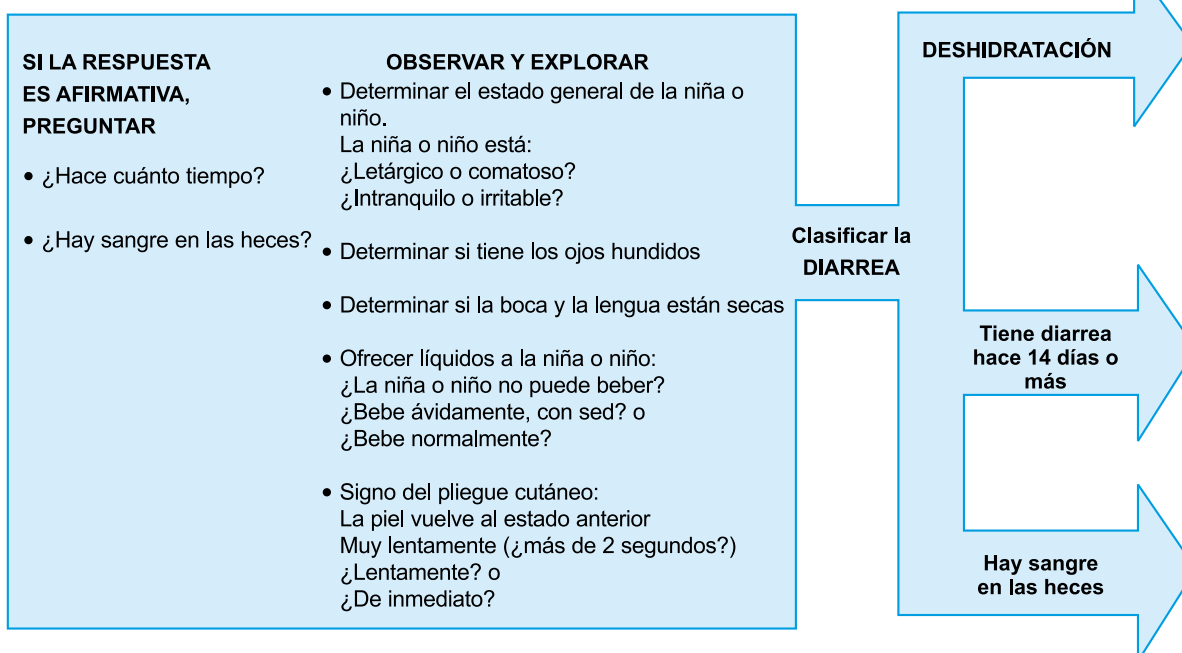
Nota: En una niña o un niño con marasmo (desnutrición grave), la piel puede volver a su lugar lentamente inclusive si la niña o el niño no está deshidratado. En una niña o un niño con sobrepeso o con edema, la piel puede volver a su lugar inmediatamente incluso si está deshidratado.



Lo invitamos a desarrollar el Ejercicio N° 5 que encontrará en su Cuaderno de Ejercicios

¿CÓMO EVALUAR A LA NIÑA O NIÑO CON DIARREA?

¿La niña o niño tiene diarrea?



4.2. ¿Cómo clasificar a la niña o al niño con diarrea?

A todas las niñas o los niños con diarrea se les clasifica según:

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

Nota: Una niña o un niño con diarrea puede tener una o más clasificaciones para la diarrea. Anote todas las clasificaciones.

Clasificación y Tratamiento de la Diarrea Aguda según el estado de Hidratación

Hay tres clasificaciones posibles de deshidratación para una niña o un niño con diarrea aguda:

- ▶ Deshidratación con shock.
- ▶ Deshidratación.
- ▶ Sin Deshidratación.

¿CÓMO CLASIFICAR A LA NIÑA O AL NIÑO CON DIARREA?

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Dos de los signos siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Letárgico o comatoso o no puede beber. • Ojos hundidos. • Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve muy lentamente al estado anterior. 	DESHIDRATACIÓN CON SHOCK	<ul style="list-style-type: none"> • Si la niña o el niño no encuadra en ninguna otra clasificación grave: <ul style="list-style-type: none"> - Administrar Plan C: Tratar rápidamente la deshidratación con shock. • Si la niña o niño encuadra en otra clasificación grave: <ul style="list-style-type: none"> - Trate primero la deshidratación. - Luego interne o Refiera URGENTEMENTE al establecimiento de salud de referencia, con la madre dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto. Aconsejar a la madre que continúe dándole el pecho. • Si hay casos de cólera en la zona, administrar un antibiótico apropiado
Dos de los signos siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Intranquilo, irritable. • Ojos hundidos. • Boca y lengua secas. • Bebe ávidamente, con sed. • Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente al estado anterior. 	DESHIDRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar Plan B: Tratar la deshidratación con SRO • Si la niña o niño encuadra en una clasificación grave: <ul style="list-style-type: none"> - Internar o Referir URGENTEMENTE al hospital, con la madre dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto. Aconsejar a la madre que continúe dándole el pecho. • Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato. • Hacer una consulta de control 5 días después.
No hay suficientes signos para clasificar el caso como deshidratación o deshidratación grave o con shock.	SIN DESHIDRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar Plan A: Tratar la diarrea en casa. • Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato. • Si la diarrea continúa, hacer una consulta de control 5 días después.
<ul style="list-style-type: none"> • Hay deshidratación. 	DIARREA PERSISTENTE GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar la deshidratación antes de referir a la niña o niño, salvo que encuadre en otra clasificación grave. • Internar o Referir URGENTEMENTE al hospital.
<ul style="list-style-type: none"> • No hay deshidratación. 	DIARREA PERSISTENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la madre cómo debe alimentar a la niña o el niño que tiene DIARREA PERSISTENTE. • Hacer el control 5 días después.
<ul style="list-style-type: none"> • Sangre en las heces. 	DISENTERÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar tratamiento durante 5 días con un antibiótico oral recomendado en su zona para Shigella. • Hacer el control 2 días después.

Para clasificar la deshidratación de la niña o el niño, comience con la hilera roja (o la primera):

- Si **dos** o más de los signos de la hilera roja están presentes, clasifique a la niña o niño como con **deshidratación con shock**.

- Si **dos** o más de los signos de la hilera roja no están presentes, observe la hilera amarilla (la segunda). Si dos o más de los signos de esta hilera están presentes, clasifíquelo como con **deshidratación**.
- Si **dos** o más de los signos de la hilera amarilla no están presentes, clasifique como **sin deshidratación**. La niña o el niño no tiene suficientes signos para ser clasificado como deshidratado.

Ahora vamos a hacer una descripción del tratamiento en cada una de las clasificaciones de la deshidratación:

4.3. ¿Cómo tratar a la niña o al niño con deshidratación con shock?

Si la niña o el niño tiene al menos dos de los signos siguientes: letárgico o comatoso o no puede beber o lactar, ojos hundidos, la piel pellizcada vuelve a su lugar muy lentamente, clasifique la deshidratación como **DESHIDRATACIÓN GRAVE O CON SHOCK**.

Tratamiento

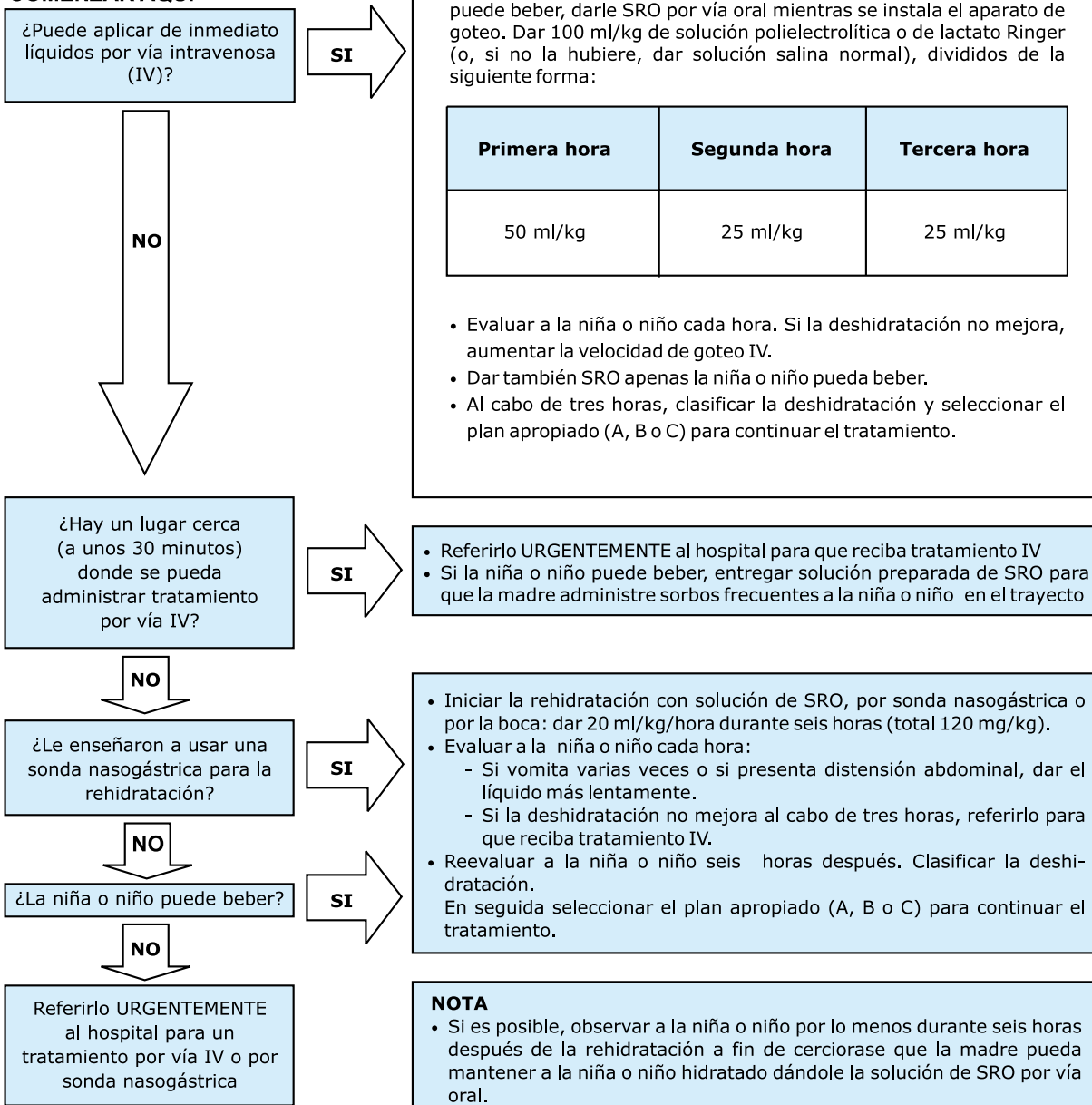
Recuerde: toda niña o todo niño con deshidratación necesita líquidos adicionales. Una niña o un niño clasificado con **DESHIDRATACIÓN CON SHOCK** necesita líquidos rápidamente. Trátelo con líquidos por vía intravenosa (IV) o por sonda nasogástrica en el establecimiento.

En el «Plan C: Tratar la deshidratación grave o con shock rápidamente» se describe cómo administrar líquidos a niñas o niños gravemente deshidratados:

Plan C: ¿Cómo tratar rápidamente a la niña o niño con deshidratación Con shock?

SEGUIR LAS FLECHAS. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, IR HACIA LA DERECHA; SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, IR HACIA ABAJO:

COMENZAR AQUÍ



Este tratamiento depende de:

- Si la niña o el niño puede beber.
- El estado nutricional de la niña o el niño.
- El tipo de equipo disponible en el Establecimiento de Salud.
- La capacitación que usted haya recibido.

Si no puede dar tratamiento por sonda nasogástrica y la niña o el niño no puede beber, refiéralo de urgencia a un establecimiento de mayor complejidad para tratamiento endovenoso o por sonda nasogástrica.

Las niñas o los niños con diarrea de alto flujo (10cc/Kg/h) requieren de una evaluación permanente, para poder tomar decisiones respecto a la velocidad de administración de los líquidos.

Las niñas o los niños con Desnutrición severa (marasmo o kwashiorkor) requieren administrar líquidos vía endovenosa en 6 horas y observación continua.



Tratemos a las niñas y niños con respeto no como espectadores pasivos, como ciudadanos activos de su salud. El ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos adecuados que deben recibir las niñas y niños.

4.4. ¿Cómo tratar a la niña o al niño con deshidratación?

Si la niña o el niño no presenta signos de **DESHIDRATACIÓN CON SHOCK**, mire la hilera siguiente. ¿Tiene la niña o el niño signos de **DESHIDRATACIÓN**?

Si la niña o el niño tiene dos o más de los signos siguientes: intranquilo o irritable; boca y lengua secas; bebe ávidamente con sed; ojos hundidos; la piel pellizcada vuelve a su lugar lentamente, entonces clasifique como deshidratación.

Figura 10

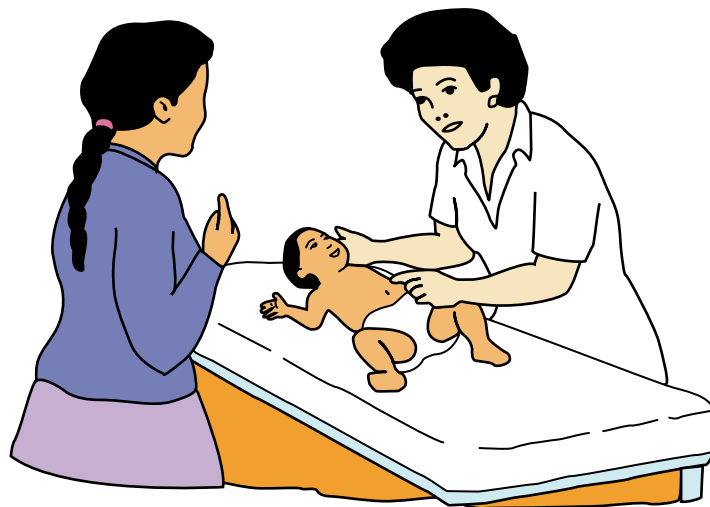


Gráfico modificado: MINSa. Manual AIEPI, 1997

Tratamiento

Una niña o un niño con DESHIDRATACIÓN necesita líquidos como solución de sales de rehidratación oral (SRO) y alimentos. Las niñas o los niños amamantados deberán continuar tomando el pecho. Las demás niñas o niños deberán recibir la leche habitual o algún alimento nutritivo después de 4 horas de tratamiento con SRO.

El tratamiento se describe en el «Plan B: Tratar la deshidratación con SRO».

Incluya un período inicial de tratamiento por 4 horas en el Establecimiento de Salud. Durante este tiempo, la madre tiene que dar lentamente una cantidad recomendada de solución de SRO, a cucharadas o sorbos.

Una niña o un niño con una clasificación grave por otro problema y **DESHIDRATACIÓN** por diarrea necesita ser internado o referido urgentemente al establecimiento de salud de referencia. *No trate de rehidratarlo antes de que se vaya.* Entregue a la madre una solución de SRO y muéstrela cómo dar sorbos frecuentes a la niña o al niño en el trayecto al hospital. La excepción es una niña o un niño con diarrea persistente grave, pues en este caso hay que rehidratarlo y luego referirlo al hospital. Una niña o un niño que tiene **DESHIDRATACIÓN** y necesita tratamiento para otros problemas, debe empezar a tratar primero la deshidratación. Luego administre los otros tratamientos.

Recuerde

Durante la aplicación de este plan es importante:

Determinar la cantidad de SRO que se dará durante las primeras 4 horas

La edad o el peso de la niña o el niño, el grado de deshidratación y el número de deposiciones durante la rehidratación afectarán la cantidad necesaria de solución de SRO. Por lo general, la niña o el niño querrá beber tanto cuanto necesite, es decir déle cuanto desee.

La forma de calcular aproximadamente la cantidad de SRO que necesitaría una niña o un niño, es multiplicando el peso (en kilogramos) por 75 ml. Por ejemplo, una niña o un niño que pesa 8 kg necesitaría:

$$8 \text{ kg} \times 75 \text{ ml} = 600 \text{ ml de solución de SRO en 4 horas}$$

La administración de la solución de SRO no debería interferir con la alimentación normal de un lactante alimentado al pecho. La madre debe hacer pausas para dejar que el bebé amamante siempre que lo desee; luego seguir dándole la solución de SRO.

Composición del SRO

- Glucosa 75 mmol/L
- Sodio 75 meq/L
- Cloro 65 meq/L
- Potasio 20 meq/L
- Osmolaridad 245 mosmol/L.

Mostrar a la madre cómo dar la solución de SRO

Es necesario que encuentre un sitio cómodo en el Establecimiento de Salud para que la madre se sienta con su hijo. Explíquele cuanta solución de SRO debe dar en las próximas 4 horas y cómo dar cucharadas frecuentes. Si la niña o el niño es más grande, muéstrela cómo dar sorbos con una taza.

Figura 11



Gráfico modificado: MINSA, Manual AIEPI, 1997

Siéntese con ella mientras le da los primeros sorbos o cucharadas para que pueda observar el procedimiento y despejar alguna duda, si la tuviera.

Si la niña o el niño vomita, la madre debe esperar 10 minutos antes de darle más solución de SRO. Después, debe dársela más despacio.

Oriente y estimule a la madre a hacer pausas para dar el pecho a la niña o al niño cuando éste lo desee. Cuando la niña o el niño termine de mamar, tiene que volver a darle la solución de SRO. No debe darle alimento a la niña o al niño durante las primeras 4 horas del tratamiento con SRO.

Si la niña o el niño no está bebiendo bien la solución de SRO, intente otro método de administración. Puede tratar de usar un gotero o una jeringa sin aguja.

Cuando sea evidente que el niño está mejor, recién podrá aconsejar a la madre. La información se puede reforzar también con carteles en la pared.

Después de 4 horas

Después de 4 horas de administrar el tratamiento del Plan B, vuelva a evaluar a la niña o al niño usando el cuadro *EVALUAR Y CLASIFICAR*. Clasifique de acuerdo con sus signos de deshidratación. Escoja el plan adecuado para continuar el tratamiento.

Nota: Vuelva a evaluar a la niña o al niño *antes* de 4 horas si la niña o el niño no está tomando solución de SRO o parece estar empeorando.

Si la niña o el niño está mejor y **NO HAY DESHIDRATACIÓN**, escoja el Plan A. Enseñe a la madre el Plan A, si no se le enseñó en las 4 horas anteriores. Antes de que la madre se vaya

del Establecimiento de Salud, hágale preguntas de verificación y ayúdela a resolver cualquier problema que pueda tener para darle a la niña o al niño líquidos extra en la casa.

Nota: Si los ojos de la niña o el niño están hinchados, esto es signo de sobrehidratación. No es necesariamente un signo de peligro ni un signo de hipernatremia. Simplemente es un signo de que la niña o el niño se ha rehidratado y no necesita más solución de SRO, por el momento. Se le debe dar a la niña o al niño agua pura o leche materna.

La madre debe darle la solución de SRO de acuerdo con el Plan A cuando haya desaparecido la hinchazón.

Si la niña o el niño todavía tiene deshidratación, vuelva a escoger el Plan B. Empiece alimentando a la niña o al niño en el Establecimiento de Salud. Ofrézcale comida, leche o jugo. Las niñas o los niños alimentados a pecho deben seguir siendo amamantados con frecuencia. Después de alimentar a la niña o al niño, repita el tratamiento de 4 horas del Plan B. Si el Establecimiento de Salud va a cerrar antes de que termine el tratamiento, dígale a la madre que continúe el tratamiento en la casa.

Si la niña o el niño está peor y ahora tiene deshidratación grave, necesitará empezar el Plan C.

Si la madre se debe ir antes de finalizar el tratamiento

A veces una madre tiene que irse del Establecimiento de Salud mientras su hija o hijo está todavía en el Plan B, es decir, antes de que la niña o el niño se rehidrate. En tal situación entréguele 2 sobres de SRO y muéstrole a la madre cómo debe preparar la solución de SRO en el hogar, asegúrese que lo practique antes de irse y que sepa cuánta solución de SRO tiene que darle para finalizar el tratamiento de 4 horas en el hogar.

Resumiendo:

Plan B: ¿Cómo tratar con SRO a la niña o niño deshidratado?

Administrar durante cuatro horas, en el servicio de salud, a libre demanda usando taza y cucharita.

La cantidad aproximada de SRO necesaria (en ml) también puede calcularse multiplicando el peso de la niña o niño (en Kg) por 50 a 100 (promedio 75) en 4 horas.

- Si la niña o niño quiere más SRO que la cantidad indicada, darle más.

➔ MUESTRE A LA MADRE CÓMO SE ADMINISTRA LA SOLUCIÓN DE SRO:

- Dar con frecuencia pequeños sorbos de líquido con una taza y cucharita.
- Si la niña o niño vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente. Si el vómito persiste, la SRO se puede administrar por sonda nasogástrica de preferencia por goteo.
- Continuar dándole el pecho siempre que la niña o niño lo desee.

➔ CUATRO HORAS DESPUÉS:

- Reevaluar a la niña o niño y clasificar la deshidratación.
- Seleccionar el plan apropiado para continuar el tratamiento.
- Comenzar a alimentar a la niña o niño en el servicio de salud.

IMPORTANTE: al alta indicar Plan A para la casa.

Consulta de control:

Debe regresar a control en 5 días

4.5. ¿Cómo tratar a la niña o al niño sin deshidratación?

Una niña o un niño que no tenga dos o más signos sea de la hilera roja o de la hilera amarilla se clasifica como **SIN DESHIDRATACIÓN**

Tratamiento

Esta niña o este niño necesita líquidos adicionales para prevenir la deshidratación. Debe seguir el Plan A: «Tratar la Diarrea en Casa», cuyas 4 reglas son:

1. Aumentar la ingesta de líquidos.
2. Continuar alimentándolo.
3. Reconocer signos de peligro.
4. Enseñar medidas preventivas.

Sirven para tratar a las niñas o a los niños con diarrea de la clasificación no TIENE deshidratación. Las niñas o los niños con deshidratación necesitan ser rehidratados con el Plan B o C, y luego se tratan con el Plan A. Finalmente, todos las niñas o los niños con diarrea recibirán el Plan A.

Los antibióticos no son eficaces en el tratamiento de la diarrea, son costosos y aumentan la resistencia de algunos gérmenes. Use antibióticos, exclusivamente cuando haya **DESHIDRATACIÓN CON SHOCK POR CÓLERA EN LA ZONA, O DISENTERÍA.**

Nunca administre antidiarreicos y antieméticos a las niñas o los niños. No ayudan a tratar la diarrea y algunos son peligrosos, como los antiespasmódicos (Codeína, Difenoxilato, Loperamida) y los antieméticos (Dimenhidrinato), que pueden causar parálisis del intestino o poner a la niña o al niño anormalmente somnoliento. Algunos pueden ser letales, sobre todo si se administran a los lactantes. Hay otros antidiarreicos, los adsorbentes como Caolín, Pectina, Carbón Activado aunque no son peligrosos, tampoco son eficaces para tratar la diarrea.

En el «Plan A: Tratar la diarrea en la casa» se describe qué líquidos se enseñará a usar a la madre y cuánto deberá dar a la niña o al niño según el cuadro que sigue:

Plan A: ¿Cómo tratar a la niña o niño con diarrea en casa?

Enseñar a la madre las cuatro reglas del tratamiento en casa: (ACRE) aumentar los líquidos, continuar alimentándolo, reconocer signos de peligro y enseñarle medidas preventivas.

1. AUMENTAR LOS LÍQUIDOS (todo lo que la niña o niño acepte).

➔ Dar las siguientes instrucciones a la madre:

- Darle el pecho con frecuencia, durante más tiempo cada vez.
- Si la niña o el niño se alimenta exclusivamente de leche materna, también podría darle SRO o agua hervida además de la leche materna.
- Si la niña o el niño no se alimenta exclusivamente de leche materna, darle uno o varios de los siguientes líquidos:
 - Líquidos caseros (como sopa, caldos, cocimiento de arroz, jugos de fruta, agua de coco) o
 - Agua hervida o
 - Solución de SRO.

➔ Es especialmente importante dar SRO en casa, si:

- Durante esta consulta la niña o el niño recibió tratamiento con plan B o plan C.
- La niña o el niño no podrá volver a un servicio de salud si es que empeora.
- Si la diarrea es líquida y abundante y hay sospecha que la niña o el niño tiene cólera.

➔ Enseñar a la madre a preparar la mezcla y a dar SRO.

Entregarle dos sobres de SRO para usar en casa.

- Administrar frecuentemente pequeños sorbos de líquido con una taza y cucharita a libre demanda.
- Si la niña o el niño vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente.
- Continuar dando más líquidos de lo habitual hasta que la diarrea pare.

2. CONTINUAR ALIMENTÁNDOLO.

3. RECONOCER SIGNOS DE PELIGRO.

4. ENSEÑAR MEDIDAS PREVENTIVAS.

Ahora, pasemos a describir cómo podemos recomendar a la madre sobre:

La primera regla del tratamiento en la casa:

1. Aumentar la ingesta de líquidos

La madre debe dar a la niña o al niño, tan pronto como comience el cuadro, la cantidad de líquidos que éste acepte para reemplazar lo que pierde por la diarrea y así prevenir la deshidratación.

Si una niña o un niño se alimenta de leche materna exclusivamente, es importante que la madre le dé el pecho con más frecuencia de lo acostumbrado. También debe darle solución de SRO o agua hervida, pero primero debe ofrecerle el pecho. No hay que darle líquidos preparados con alimentos como sopa, agua de arroz o bebidas como yogur.

En la mayoría de los casos, una niña o un niño que no está deshidratado, en realidad, no necesita la solución de SRO.

El Plan A describe tres situaciones en las que la madre debe administrar la solución de SRO en la casa:

- a. La niña o el niño ha sido tratado con el Plan B o el Plan C durante esta consulta.** En otras palabras, se ha rehidratado. La solución de SRO le ayudará a evitar que se vuelva a deshidratar.
- b. La niña o el niño no puede retornar a un servicio de salud si empeora.** Por ejemplo, la familia vive muy lejos o la madre tiene un empleo al que no puede faltar.
- c. La diarrea es líquida, abundante y hay sospecha de cólera.** En cuyo caso debe también acudir al Establecimiento de Salud más cercano.

Es importante enseñar a la madre cómo mezclar y cómo dar SRO a su hija o hijo.

Figura 12



Gráfico modificado: MINSA Manual AIEPI, 1997

Tenga en cuenta los siguientes pasos que debe cumplir la madre para preparar la solución de SRO:

- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Que mida 1 litro de agua pura. Es mejor hervir y enfriar el agua, pero si no se puede, use el agua pura más limpia que tenga.

- Que añada todo el contenido de un sobre de SRO y mezcle bien hasta que el polvo se disuelva completamente.
- Que pruebe la solución para que sepa a qué sabe.

Explique a la madre que debe preparar solución de SRO todos los días, en un recipiente limpio, mantener el recipiente cubierto, y deshacerse de lo que haya quedado de la solución del día anterior.

Déle a la madre 2 sobres de SRO para utilizar en la casa.

Además recuérdale cómo le debe dar la SRO de acuerdo a lo explicado anteriormente.

Antes que se vaya, compruebe si entendió cómo dar los líquidos extra según el Plan A. Haga preguntas como las siguientes:

- ¿Qué tipos de líquidos le va a dar a su hija o hijo?
- ¿Cuánto líquido le va a dar?
- ¿Con qué frecuencia le va a dar la solución de SRO a su hija o hijo?
- ¿Cuánta agua va a usar para mezclar las SRO?
- ¿Cómo va a darle las SRO a su hija o hijo?
- ¿Qué haría si vomitara la niña o el niño?

La segunda regla para el tratamiento en la casa:

2. Continuar la alimentación

La niña o el niño debe continuar con su alimentación habitual aún cuando tenga diarrea

Si se clasifica a una niña o un niño con diarrea persistente, le enseñará a la madre unas recomendaciones especiales sobre la alimentación. Revise «Consejos acerca de la alimentación»

La tercera regla para el tratamiento en la casa:

3. Reconocer signos de peligro para regresar inmediatamente

¿Cuándo debe regresar a control?

Recomiéndele a la madre que debe regresar inmediatamente si su niña o niño:

- No es capaz de beber o tomar el pecho.
- Empeora.
- Aparece o continúa con fiebre.
- Presenta sangre en las heces.
- Heces líquidas y abundantes.
- Vomita todo.

Después de 5 días, si la diarrea continúa.

La cuarta regla para el tratamiento en la casa es:

4. Enseñar medidas preventivas

Además de enseñar a la madre, cuándo debe regresar con su niña o niño, es importante que aprenda cómo evitar un nuevo episodio de diarrea, destacando especialmente:

- LME en los primeros 6 meses.
- El uso de agua hervida o clorada.
- El lavado de manos antes de preparar los alimentos, antes de comer o dar de comer a la niña o al niño y después de ir al baño o cambiar pañales.
- El consumo de alimentos limpios, frescos y bien cocidos.
- No usar biberones.

Resumiendo:

Ha aprendido a evaluar a una niña o un niño con diarrea, clasificar la deshidratación y seleccionar uno de los siguientes planes de tratamiento:

Plan A - Tratar la diarrea en la casa.

Plan B - Tratar la deshidratación con SRO.

Plan C - Tratar rápidamente la deshidratación grave.

Los tres planes proporcionan líquidos para reemplazar el agua y las sales que se pierden en la diarrea. Una forma excelente tanto de rehidratar como de prevenir la deshidratación en una niña o un niño es darle una solución a base de sales de rehidratación oral (SRO). Se deberá administrar líquido por vía INTRAVENOSA exclusivamente en los casos de **DESHIDRATACIÓN CON SHOCK**.

Los únicos tipos de diarrea que se deberán tratar con antibióticos son la diarrea con **DESHIDRATACIÓN CON SHOK** cuando hay cólera en la zona y la **DISENTERÍA**.

4.6. ¿Cómo clasificar y tratar a la niña o al niño con diarrea persistente?

Después de clasificar la deshidratación de la niña o del niño, clasifique si ha tenido diarrea por 14 días o más para ver si es diarrea persistente.

De ser así debemos definir si se trata de:

- **Diarrea Persistente Grave, o**
- **Diarrea Persistente.**

¿Cómo clasificar a la niña o al niño con diarrea persistente?

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Hay deshidratación 	DIARREA PERSISTENTE GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar la deshidratación antes de referir a la niña o niño salvo que encuadre en otra clasificación grave. • Internar o referir URGENTEMENTE al establecimiento de salud de referencia.
<ul style="list-style-type: none"> • No hay deshidratación 	DIARREA PERSISTENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la madre cómo debe alimentar a un niño que tiene DIARREA PERSISTENTE. • Hacer el control 5 días después.

4.7. ¿Cómo tratar a la niña o al niño con diarrea persistente grave?

Se clasifica así cuando una niña o un niño ha tenido diarrea por 14 días o más y también tiene deshidratación, o deshidratación grave o con shock.

Tratamiento

Estas niñas o estos niños necesitan atención especial para prevenir la pérdida de líquidos.

Tratar la deshidratación de la niña o del niño antes de internarlo o referirlo al establecimiento de salud de referencia.

Si no se puede referir:

- **Tratar la deshidratación usando el plan de líquidos apropiados.**
- **Aconsejar a la madre cómo alimentar a una niña o un niño con diarrea persistente.**

Para las niñas o los niños menores de 6 meses, la lactancia materna exclusiva es muy importante. Si la madre ha dejado de darle el pecho, ayúdela a volver a iniciar la lactancia

- **Administrar suplementos de vitaminas y minerales** todos los días durante 2 semanas, que incluyan por lo menos el doble de la cantidad diaria recomendada de folato, vitamina A, zinc, magnesio, hierro y cobre.
- **Identificar y tratar la infección.** Algunas niñas o algunos niños con DIARREA PERSISTENTE tienen infecciones, tales como neumonía, septicemia, infección de las vías urinarias, infección del oído, disentería y amebiasis. Estas infecciones requieren tratamiento con antibióticos. Si **no** se identifica una infección específica, **no** dé antibióticos porque no son eficaces.
- **Vigilar a la niña o al niño** a diario. Vigile la alimentación y los tratamientos, así como la reacción de la niña o el niño. Pregunte qué alimentos come y cuánto. Pregunte acerca del número de deposiciones diarreicas. Verifique si hay signos de deshidratación o fiebre.

Una vez que la niña o el niño esté comiendo bien y no presente signos de deshidratación, contrólole de nuevo en 2 - 3 días. Si hay cualquier signo de deshidratación o problemas con el cambio de alimentación, continúe viéndolo a diario. Ayude a la madre lo más que pueda.

- **Identificar a la niña o al niño desnutrido con diarrea persistente.** Si al evaluar el estado nutricional de la niña o el niño con diarrea persistente (ver mas adelante) lo clasifica como desnutrición moderada o grave, intérnelo o refiéralo URGENTEMENTE al establecimiento de salud de referencia.

4.8. ¿Cómo tratar a la niña o al niño con diarrea persistente (no grave)?

A una niña o un niño que ha tenido diarrea por 14 días o más y no presenta signos de deshidratación se le clasifica como **DIARREA PERSISTENTE**.

Tratamiento

Una alimentación especial es el tratamiento más importante en estos casos. La niña o el niño con diarrea puede tener dificultad para digerir la leche que no sea materna. Por lo tanto, si todavía se alimenta de leche materna, que tome el 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 la mitad de la leche con alimentos semisólidos nutritivos.

Para otros alimentos, seguir los consejos relativos a los alimentos apropiados para la edad de la niña o el niño. Dar una comida extra hasta 2 semanas después que pase la diarrea.

La consulta de control debe ser a los 5 días y se debe seguir las siguientes instrucciones:

Después de 5 días:

Preguntar:

- ¿Continúa la diarrea?
- ¿Cuántas veces por día tiene la niña o el niño evacuaciones acuosas?

Tratamiento

Si la diarrea no ha parado, es decir, si tiene aún 3 deposiciones acuosas o más por día, efectúe una reevaluación completa siguiendo el cuadro de procedimientos EVALUAR Y CLASIFICAR, identificando y tratando cualquier problema que requiera atención inmediata, como la deshidratación. Luego refiera a la niña o al niño al establecimiento de salud de referencia.

Si la diarrea ha cesado, indique a la madre a que siga los consejos sobre la alimentación habitual de la niña o el niño de acuerdo a su edad y que vuelva en 15 días para un control.

4.9. ¿Cómo clasificar y tratar a la niña o al niño con Disentería?

Hay una sola clasificación para la disentería:

¿Cómo clasificar a la niña o al niño con Disentería?

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> Sangre en las heces 	<p>DISENTERÍA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Administrar tratamiento durante 5 días con un antibiótico oral recomendado en su zona para Shigella. Hacer el control 2 días después.

4.10. ¿Cómo tratar a la niña o al niño con Disentería?

Clasifique a una niña o un niño con diarrea y sangre en las heces como DISENTERÍA.

Tratamiento

Si tuviera deshidratación o deshidratación grave con shock, trate primero la deshidratación.

Adminístrele un antibiótico recomendado para Shigella, asumiendo que este germen es la causa de la disentería, ya que:

- Shigella causa alrededor del 60% de los casos de disentería vistos en los servicios de salud.
- Shigella causa casi todos los casos de disentería que ponen en peligro la vida.

Para averiguar la verdadera causa de la disentería se necesita un cultivo de heces (coprocultivo).

Para la Disentería o Cólera:

Dar un antibiótico recomendado en su zona contra Shigella durante 5 días.

Dar un antibiótico recomendado en su zona contra el cólera durante 3 días.

EDAD O PESO	COTRIMOXAZOL (trimetoprim + sulfametoxazol) ➔ Dar cada 12 horas durante 5 días	FURAZOLIDONA ➔ Dar cada 6 horas durante 5 días para Shigella ➔ Dar cada 6 horas durante 3 días para Cólera
	JARABE 40 mg trimetoprim + 200 mg sulfametoxazol por 5ml	SUSPENSIÓN 16 mg por 5 ml
2 a 3 meses (4 - < 6Kg)	2.5 ml	2.5 ml
4 a 11 meses (6 - < 10Kg)	5.0 ml	5 ml
1 a 2 años (10 - <14Kg)	7.5 ml	7.5 ml
3 a 4 años (14 - 16Kg)	7.5 ml	10.0 ml

Dígale a la madre que regrese en 2 días a la consulta de control para asegurarse que la niña o el niño está mejorando. Debe seguir los siguientes pasos:

Después de 2 días

Evaluar a la niña o al niño con respecto a la Diarrea.

Preguntar:

- ¿Disminuyó el número de deposiciones?
- ¿Hay menos sangre en las heces?
- ¿Bajó la fiebre?
- ¿Disminuyeron los dolores abdominales?
- ¿La niña o el niño se está alimentando mejor?

Como ve, primero reevalúe la diarrea de la niña o del niño preguntando: “¿Tiene la niña o el niño diarrea?”, según el cuadro de procedimientos Evaluar y Clasificar.

Tratamiento:

- Si en la consulta de control observa que la niña o el niño está **deshidratado**, utilice el cuadro de procedimientos para clasificar la deshidratación. Elija el plan apropiado de líquidos y trate la deshidratación.
- Si el número de deposiciones, la cantidad de sangre en las heces, el dolor abdominal o la ingestión de comida es igual o peor, deje de dar el antibiótico de primera línea y administre el de segunda línea recomendado para Shigella. La resistencia de este germen al antibiótico puede ser la causa de que no haya mejoría. Entonces:

- ◆ Administre la primera dosis del nuevo antibiótico en el Establecimiento de Salud.
 - ◆ Si la niña o el niño es menor de una año se puede dar Eritromicina: 10 mg / kilo, 3 veces al día por 5 días. Esto se hace pensando en *Campilobacter yeyuni* como causante de la disentería.
 - ◆ Enséñele a la madre cómo y cuándo dar el antibiótico y ayúdela para que pueda hacerlo durante 5 días.
 - ◆ Aconséjela a la madre para que lo traiga a su control en 2 días. Si en esta consulta no hay mejoría, si la niña o el niño tiene menos de 1 año o estaba deshidratado en la 1a consulta, refiéralo al establecimiento de salud de referencia.
- Si la niña o el niño tiene menos deposiciones, ya no hay sangre en las heces, tiene menos fiebre y está comiendo mejor, está mejorando. Entonces, la madre debe continuar dándole el antibiótico hasta completar 5 días.



Recuerde a la madre o familiar que su niña o niño tiene derecho a:

- *Recibir tratamiento oportuno y gratuito en el establecimiento de salud y, cuando lo requiera, ser referido a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.*
- *Recibir información sobre la salud y el tratamiento de su niña o niño.*
- *Recibir atención sobre su crecimiento y desarrollo o controles de niña o niño sano.*
- *A recibir un trato respetuoso y comprensivo.*
- *A formar parte y gozar de los beneficios del aseguramiento público en salud.*

Así mismo recuérdela que como madre debe cumplir con:

- *Seguir el tratamiento indicado por el personal de salud.*
- *Llevar a la niña o niño en forma oportuna al establecimiento de salud sea porque está enfermo o para sus vacunas o al control de crecimiento y desarrollo.*



Lo invitamos a desarrollar los Ejercicios N° 6 y N° 7 que encontrará en su Cuaderno de Ejercicios.

5. ¿CÓMO EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR A LA NIÑA O AL NIÑO CON FIEBRE?

La fiebre es una elevación anormal de la temperatura corporal como resultado de una orden del centro termorregulador hipotalámico. Además es el síntoma más común de la niña o el niño enfermo.

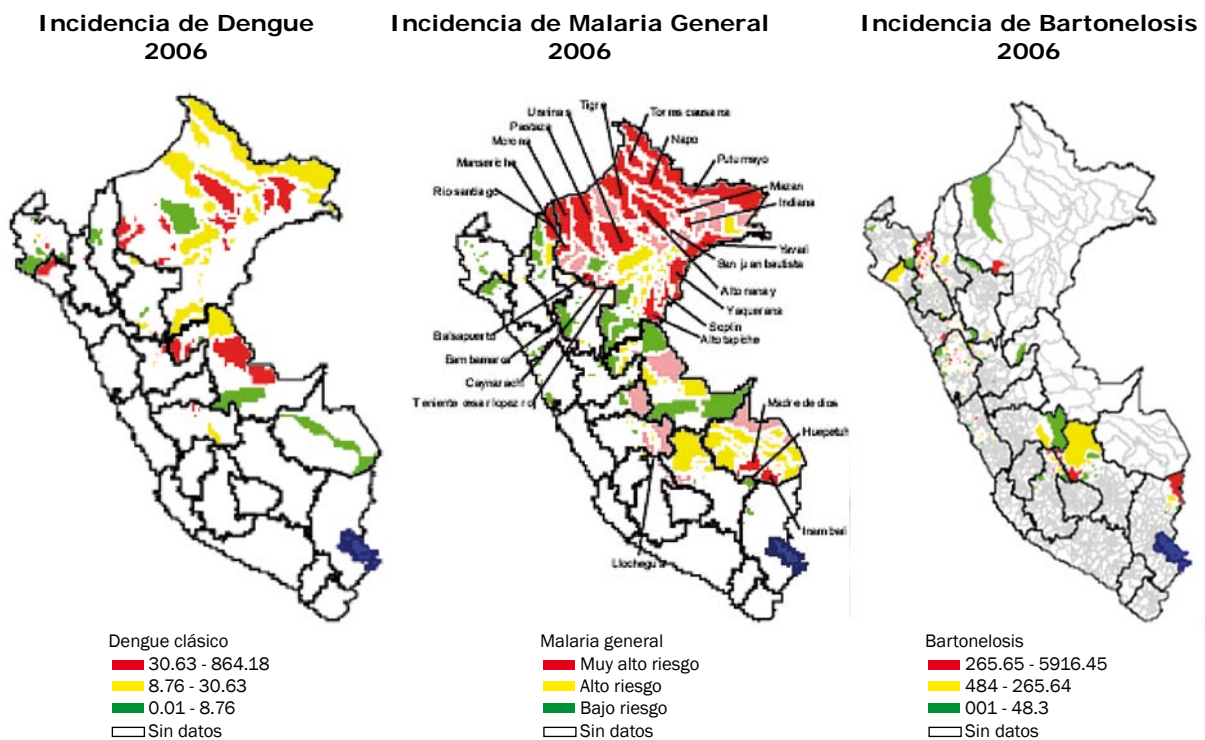
Una niña o un niño con fiebre puede tener Malaria, Sarampión, Dengue, Bartonelosis, Fiebre Amarilla, Enfermedad de Chagas u otra enfermedad grave (por ejemplo meningitis o septicemia), o puede tener un simple resfrío, infección viral, infección urinaria o un proceso no infeccioso.

Por ello, al evaluar a una niña o niño con fiebre, se debe tener presente su procedencia:

- Proviene de un área con riesgo de Malaria, Bartonelosis o Dengue.
- Proviene de un área sin riesgo de Malaria, Bartonelosis o Dengue.

En el país existen áreas geográficas en las cuales la malaria, el dengue y la bartonelosis son endémicas. Estas áreas pueden en algunos casos coincidir, de tal manera que al atender a una niña o un niño con fiebre se tiene que saber si vive en o ha visitado alguna de estas zonas. A continuación mostramos los mapas de incidencia o de reporte de casos de estas 3 enfermedades metaxénicas en el Perú.

Figura 13



Fuente: Registro de notificación colectiva 2006. RENACE/DGE/MINSA
(*) Incidencia por 1000 habitantes

Malaria

Es una enfermedad transmisible, prevenible y curable, producida por un hemo-parásito del género *Plasmodium* de las especies *vivax*, *falciparum*, *ovale* o *malariae*, de los cuales el vector transmisor es la hembra infectante del mosquito *Anopheles* o también llamado zancudo. El más peligroso es *Plasmodium falciparum*.

La Malaria es un problema endémico en el país, principalmente en los Departamentos: Tumbes, Piura, La Libertad, Lambayeque, Cajamarca, San Martín, Amazonas, Loreto, Ucayali, Madre de Dios, Cusco, Ayacucho, Pasco, Huánuco, Junín y en Lima en los conos Norte y Este.

En el Perú, la ocurrencia de Malaria es estacional, siendo más alta inmediatamente después que termina la estación lluviosa. Las condiciones para la reproducción de los mosquitos son limitadas o inexistentes durante la estación seca (no hay criaderos ni charcos).

En las niñas y niños, la signología más común de Malaria es la fiebre con patología digestiva (75%) como vómitos, diarrea y/o dolor abdominal, además de malestar general y cefalea. Se objetiva en el examen físico palidez, hepatoesplenomegalia. En lactantes, por lo sistémico del cuadro y los signos y síntomas asociados simula un cuadro séptico. Una niña o niño con Malaria puede tener anemia crónica (sin fiebre) como único signo de la enfermedad, o fiebre y anemia.

En una niña o un niño los signos de Malaria pueden superponerse con los signos de otras enfermedades. Por ejemplo, puede tener Malaria y Neumonía. Esta niña o este niño necesita tratamiento para la Malaria y para la neumonía. También pueden tener Malaria y diarrea, necesitando un antimalárico y tratamiento para la diarrea.

En áreas con riesgo de Malaria, ésta es una causa importante de mortalidad en las niñas o los niños, especialmente si no reciben tratamiento urgente y adecuar. Un caso de Malaria puede transformarse en grave en sólo 24 horas después que aparece la fiebre. La Malaria con complicaciones como vómitos persistentes, somnolencia (Malaria cerebral) o anemia grave es considerada como caso grave.

La Malaria es una enfermedad de notificación obligatoria semanal por el personal de salud de todo el país.

Bartonelosis o verruga peruana

El agente causal es la *Bartonella bacilliformis*, una bacteria gram negativa. La transmisión es causada por mosquitos del género *Lutzomyia*, especialmente sus especies *verrucarum* y *peruensis*, conocidas popularmente como “titira” o “manta blanca”. Hasta el momento se considera que el único reservorio de la enfermedad es el hombre. La principal forma de transmisión se considera que es el intradomiciliario y peridomiciliario.

Se han reportado casos autóctonos en los departamentos de Piura, Cajamarca, Amazonas, La Libertad, Ancash, Lima, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, Ayacucho y Cusco. Se ha visto que la incidencia de casos se eleva enormemente cuando existe el fenómeno del Niño.

Con fines terapéuticos se describen 2 formas clínicas de Bartonelosis: i) Aguda (anemizante y asintomática), esta puede desencadenar en formas graves como la ii) Crónica verrucosa. Los más susceptibles y afectados por la Bartonelosis son las niñas y niños, en quienes la forma aguda anemizante es la más frecuente.

Las manifestaciones clínicas de la Bartonelosis en las niñas y niños según orden de frecuencia son fiebre (97%), hiporexia (91%), síntomas gastrointestinales (86%), y malestar general (53%). Entre los signos más comunes están la palidez(97%), hepatomegalia (78%), taquicardia (75%) y linfaadenomegalia (72%). Los exámenes de laboratorio muestran anemia severa, plaquetopenia, leucocitosis, hiperbilirrubinemia no conjugada e hipoalbuminemia.

Las complicaciones de la Bartonelosis en las niñas y niños pueden ser infecciosas y no infecciosas . entre las primeras destacan las respiratorias, fiebre tifoidea y la endocarditis infecciosa. Entre las complicaciones no infecciosas están la neurobartonelosis y las complicaciones cardiovasculares.

En el control de la enfermedad es muy importante la búsqueda de los colaterales del caso de Bartonelosis que pueden contribuir a la cadena de transmisión de la enfermedad.

Las principales medidas de control son el diagnóstico precoz y manejo adecuado de casos y el control del vector, especialmente el control físico y el control químico. El control físico requiere la activa participación de los gobiernos locales y la población en riesgo organizada.

La Bartonelosis es una enfermedad de notificación obligatoria semanal por el personal de salud.

Dengue

El dengue es una enfermedad viral, transmitida por el *Aedes aegypti*. El cuadro clínico varía desde una infección asintomática a una enfermedad severa y fatal. El período de incubación varía de 3 a 14 días, pero en la mayoría de los casos es de 4 a 6 días. En niñas y niños, la infección primaria por dengue se presenta a menudo como un síndrome febril indiferenciado. Los lactantes y niñas o niños en edad pre escolar con dengue pueden desarrollar fiebre no diferenciada con erupción maculopapular, de tipo morbiliforme y distribución centrifuga.

Las características clínicas más frecuentes en el dengue en niñas y niños son: fiebre (95%), exantema (71%), tos (47%), cefalea(36%), escalofrios (35%), coriza (34%), nauseas y/o vómitos (24%). El dolor retroorbitario se ha reportado solamente en el 17% de casos de dengue en niñas y niños de menores de 5 años . Las manifestaciones cutáneas pueden ser exantema y/o eritema facial .

Todas las enfermedades que se expresan clínicamente con fiebre y exantema pueden hacer pensar en Dengue, pero debe considerarse que la fiebre por Dengue no dura más de una semana y el exantema aparece con mayor frecuencia en los primeros 2 a 4 días de fiebre y excepcionalmente dura más de 3 o 4 días en desaparecer. El exantema es centrifugo, es decir, predomina en el tronco y se extiende a las extremidades, mientras que el sarampión y la rubéola tienen un exantema con distribución céfalocaudal.

Si otro mosquito *Aedes aegypti* pica a la persona enferma durante el estadio virémico febril, puede infectarse y subsecuentemente transmitir el virus a otras personas no infectadas.

La principal forma de transmisión es la intradomiciliaria. En el Perú se ha encontrado el *Aedes aegypti* en 15 departamentos: Tumbes, Piura, Amazonas, Cajamarca, San Martín, Loreto, Lambayeque, La Libertad, Ancash, Huanuco, Pasco, Junín, Lima, Madre de Dios y Ucayali.

El Dengue es una enfermedad de notificación obligatoria por el personal de salud.

Manejo de Casos

En el caso de existir el antecedente epidemiológico, con fines prácticos para el abordaje diagnóstico terapéutico en el manejo de casos debemos hacernos las siguientes preguntas:

Solamente cuatro preguntas para clasificar los casos:

- ¿Tiene dengue?
- ¿Tiene sangrado?
- ¿Presenta algún signo de alarma?
- ¿Está en choque?

Es muy importante instruir a los pacientes para que estén atentos a la presencia de moretones en el cuerpo (petequias, equimosis) o sangrado y a la aparición de signos de alarma, pues en estos casos la niña o el niño puede tener dengue hemorrágico y requiere ser hospitalizado para un tratamiento médico supervisado.

Enfermedad Febril Eruptiva

Es toda enfermedad con fiebre y erupción cutánea generalizada. Puede ser sarampión, varicela o puede ser una erupción que acompaña a otras infecciones mayormente virales como Dengue o una erupción por sudor en una niña o un niño con fiebre por otra causa. El sistema de vigilancia epidemiológica en el territorio nacional, ha establecido la notificación e investigación de todos los casos de Enfermedad Febril Eruptiva para confirmar si son casos de sarampión, con la finalidad de eliminar esta enfermedad.

El Sarampión es causado por un virus que infecta las mucosas que revisten las vías respiratorias, los intestinos, la boca y la garganta. Este virus altera el sistema inmunitario por muchas semanas dejando a la niña o al niño expuesto a otras infecciones.

Los signos principales del sarampión son fiebre y una erupción generalizada, además de tos, coriza, ojos enrojecidos. El sarampión es sumamente contagioso. Los anticuerpos maternos protegen a los lactantes hasta los 6 meses de edad; luego la protección desaparece gradualmente. Por esta razón la mayoría de los casos de enfermedad ocurren entre 6 meses y 2 años de edad.

Alrededor del 30% de los casos hacen complicaciones. Las más importantes son: neumonía, diarrea, crup, desnutrición, otitis media aguda, lesiones oculares. Uno de cada mil presenta encefalitis, llegando a tener convulsiones o coma.

Contribuye a la desnutrición porque causa diarrea, fiebre alta, deshidratación y úlceras en la boca que obstaculizan la alimentación. Las niñas o los niños desnutridos tienen más probabilidades de sufrir complicaciones graves a causa del sarampión, especialmente en los que tienen deficiencia de vitamina A. Uno de cada diez niñas y niños gravemente desnutridos con sarampión puede morir.

Actualmente, la probabilidad de ocurrencia de caso de sarampión es baja, como resultado de las adecuadas tasas de vacunación antisarampionosa que mantiene el país. Siempre que se sospeche de sarampión debe solicitarse la toma de muestra de sangre y considerar como caso PROBABLE hasta que se informe el resultado serológico.

5.1. ¿Cómo evaluar a la niña o niño con fiebre?

Siempre que atienda a una niña o un niño enfermo, tome la temperatura y determine si tiene fiebre.

Nota: En el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR, la fiebre y la fiebre alta se basan en la lectura de la temperatura axilar. Los umbrales para las lecturas de la temperatura rectal son aproximadamente 0.5 °C más altos. Considere fiebre si la temperatura axilar es 37.5 °C o más y fiebre alta si tiene temperatura 38.5 °C. Si mide la temperatura rectal, considere fiebre a los 38 °C y fiebre alta desde 39 °C.

Se considera que una niña o niño tiene fiebre si:

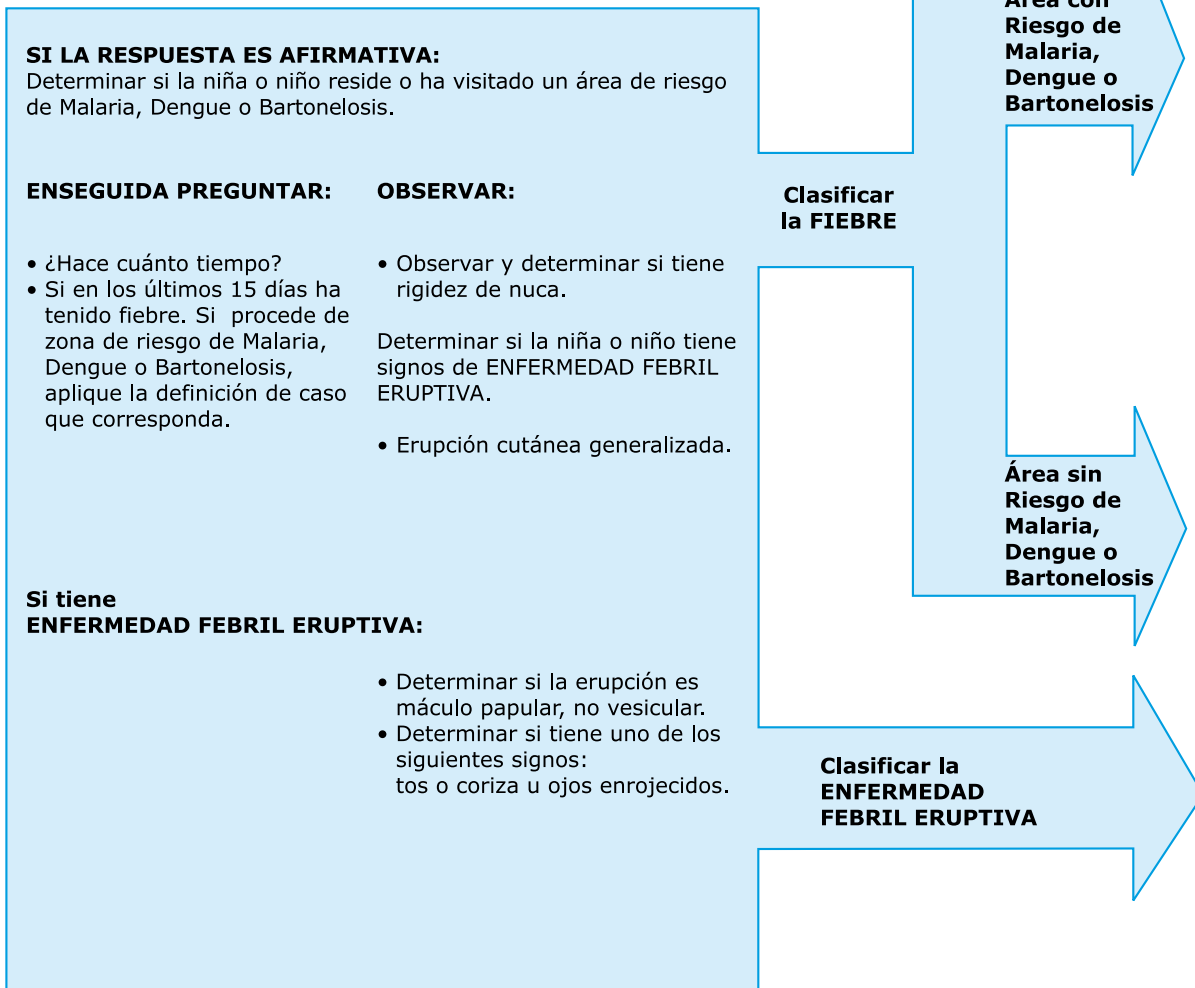
- Tiene temperatura axilar de 37.5°C o más.
- Se siente caliente al tacto.
- Refiere historia de fiebre en su enfermedad actual.

En el esquema que se muestra hay dos partes. En la parte superior se describe cómo evaluar si la niña o el niño tiene signos de Malaria, Bartonelosis o Dengue (de acuerdo al área de riesgo), meningitis y otras causas de fiebre. En la parte inferior se describe cómo evaluar si la niña o el niño tiene signos de enfermedad febril eruptiva.

¿Cómo evaluar a la niña o niño con fiebre?

(Determinada por el interrogatorio, si se siente caliente al tacto o si tiene una temperatura de 37.5°C o más*)

¿La niña o niño tiene fiebre?



*Estas temperaturas se basan en la temperatura axilar. La temperatura rectal es alrededor de 0.5 °C más alta.

Una vez visto el cuadro anterior, pasemos a desarrollar cada una de las preguntas:

¿La niña o el niño tiene fiebre?

Verifique si la niña o el niño tiene historia de fiebre, si el abdomen o las axilas están calientes al tacto o si la temperatura axilar es de 37,5°C o más.

Si la niña o el niño no tiene fiebre, **no** evalúe más por signos relacionados con la fiebre. Pregunte acerca del síntoma principal siguiente: **problema de oído**.

Si la niña o el niño tiene fiebre, evalúe los otros signos relacionados con la fiebre.

a) Determine si hay riesgo de enfermedades metaxénicas:

¿Hay riesgo de Malaria?

¿Hay riesgo de Bartonelosis?

¿Hay riesgo de Dengue?

Averigüe si el área de donde provienen la niña o niño es de riesgo para Malaria y/o Bartonelosis para proceder a la toma de muestra de sangre para gota gruesa y frotis. De esta forma podrá averiguar la presencia y la especie de Plasmodium en el caso de Malaria y de Bartonella baciliformes en el caso de Bartonelosis.

Figura 14



Ministerio de Salud del Perú - 2006

En áreas con riesgo de Dengue debería practicarse la prueba del torniquete a toda niña o todo niño con esta clasificación. Si es positivo, o si en forma espontánea hay cualquier tipo de sangrado, refiera a la niña o niño a un establecimiento para su tratamiento especializado, pues podría tratarse de un caso de Dengue Hemorrágico.

Tenga presente que la prueba de torniquete no es necesariamente un elemento orientador, debe realizarse el seguimiento diario del paciente a fin de detectar la presencia de signos "hemorrágicos" como persistencia del cuadro febril, decaimiento, y/o dolor abdominal; así como el monitoreo del hematocrito y plaquetas.

Prueba del torniquete o lazo

Insuflar el manguito del tensiómetro hasta una presión media entre la presión diastólica y la sistólica durante 5 minutos y luego desinflar o usar una ligadura durante el mismo tiempo. Si aparecen 3 o más petequias por cm² o veinte (20) o más petequias por pulgada cuadrada (2.5 x 2.5 cm) en el antebrazo o la mano, la prueba es positiva.

Durante la evaluación de la niña o niño con fiebre procedente o en áreas con riesgo de Malaria, Dengue o Bartonelosis, utilice las Definiciones de Caso, que aparecen en las siguientes tablas. Recuerde que el **tratamiento** se debe instaurar en forma oportuna y apropiada, en base a las definiciones de **caso probable**.

Definiciones de Caso de Malaria	
Febril	Se considera febril a toda persona que presente o refiera fiebre (temperatura oral y/o axilar mayor a 37.5°C) en algún momento durante los últimos 15 Días, Que Resida, Proceda O Haya Estado En Áreas Con Riesgo de transmisión de malaria (presencia de <i>Anopheles sp</i>).
Caso confirmado de Malaria	Es toda persona con hallazgo de <i>Plasmodium</i> (<i>P. vivax</i> o <i>P. falciparum</i> o <i>P. malariae</i> o <i>P. ovale</i>) en un examen de gota gruesa y frotis o por algún otro método diagnóstico de laboratorio (inmuncromatográfico (prueba rápida), pcr).
Caso probable	Persona que presente cuadro clínico de fiebre, cefalea, escalofríos, y malestar general con antecedente de exposición, procedencia o residencia en áreas endémicas de transmisión de malaria, en quien se decide iniciar tratamiento, sin confirmación diagnóstica (gota gruesa y/u otro procedimiento con resultado negativo).
Caso de Malaria Grave	Producida generalmente por <i>Plasmodium falciparum</i> . el cuadro clínico se asocia a obnubilación, estupor, debilidad extrema, convulsiones, vómito, ictericia y diarrea. Puede ser un caso probable o confirmado
Colateral	Se define como colateral a todas las personas que pernoctan en una misma vivienda y comparten el mismo riesgo de transmisión de malaria con la persona enferma (caso de malaria). Dichas personas pueden pertenecer o no a un núcleo familiar, social u ocupacional.
Caso autóctono de Malaria	Es todo caso de Malaria en el cual se demuestra que la infección ocurrió dentro del espacio geográfico-poblacional correspondiente al establecimiento de salud, distrito y/o localidad que notifica el caso.
Caso importado de Malaria	Es todo caso de Malaria que a la investigación epidemiológica se demuestra que la infección ha ocurrido en un espacio geográfico-poblacional diferente al del establecimiento de salud, distrito y/o localidad que notifica el caso.

Definiciones de Caso de Bartonelosis	
Caso probable de Bartonelosis aguda	Paciente residente o procedente de zonas endémicas o de nuevas áreas de transmisión de Bartonelosis, y/o contacto con una persona con sensación de alza térmica, o presencia de uno o más episodios febriles mayor de 37.5 °C dentro de los últimos 14 días, sin la evidencia de un foco infeccioso al examen clínico. Antecede o acompaña malestar general, decaimiento, artralgias, hiporexia. En la evolución presenta anemia e ictericia.
Caso Confirmado de Bartonelosis aguda	<p>Paciente residente o procedente de zonas endémicas o de nuevas áreas de transmisión de Bartonelosis, y/o contacto con una persona con Sensación de alza térmica, o presencia de uno o más episodios febriles mayor de 37.5 °C dentro de los últimos 14 días, sin la evidencia de un foco infeccioso al examen clínico. Antecede o acompaña malestar general, decaimiento, artralgias, hiporexia. En la evolución presenta anemia e ictericia.</p> <p>Con confirmación bacteriológica de la <i>Bartonella bacilliformis</i>, mediante frotis, cultivo o serología.</p>
Caso de Bartonelosis Aguda Grave Complicada	Caso probable o confirmado de Bartonelosis aguda, que presenta desde la primera consulta o en su evolución algún signo o síntomas asociados a disfunción de órganos y/o trastornos de la perfusión y que requieren intervención para restablecer el equilibrio homeostático.

Definiciones de Caso de Dengue	
Fiebre por probable Dengue	Toda persona con Fiebre o antecedente de fiebre (> 38.5 °C axilar) dentro de los 7 días antes de la consulta, que vive o procede en zonas donde se ha reportado Dengue y/o infestada por <i>Aedes aegypti</i> , que adicionalmente presente dos o más de las siguientes manifestaciones: Cefalea, Dolor retro ocular; Mialgia y/o artralgia; Erupción cutánea; Manifestaciones hemorrágicas (leve de piel y/o mucosas); y Dolor abdominal.
Fiebre por Dengue con manifestaciones hemorrágicas	Fiebre por dengue, que presenta alguna manifestación hemorrágica o prueba del torniquete positivo y no cumple con los 4 criterios para Dengue Hemorrágico.
Probable dengue hemorrágico	Fiebre, o antecedente reciente de fiebre, con hemorragia, evidenciada por al menos uno de los siguientes signos: a) Prueba del torniquete positivo: petequias, equímosis o púrpura; b) sangrado en las mucosas, tracto gastrointestinal, zona de venopunción, sangrado vaginal u otras; c) Trombocitopenia (menos de 100 000 x mm ³) y d) extravasación de plasma.
Dengue confirmado	Toda persona que cumple con los criterios de Caso Fiebre por Dengue o Dengue Hemorrágico, que además tiene una de las pruebas de laboratorio positiva: Aislamiento viral, PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa), Serología - MAC Elisa, neutralización en Placas (PRNT).

Figura 14 a



Ministerio de Salud del Perú - 2006

b) ¿Hace cuánto tiempo tiene fiebre?

Si en los últimos 15 días ha tenido fiebre

En la mayor parte de los casos, la fiebre debida a enfermedades virales desaparece en unos pocos días. La fiebre presente todos los días por más de 7 días puede significar que la niña o el niño tiene una enfermedad grave, como por ejemplo: Fiebre Tifoidea, Bartonelosis o Tuberculosis. Derive a la niña o niño a un establecimiento de salud donde se pueda examinar en forma más completa. En casos de Dengue la fiebre dura menos de 7 días.

Cuando evalúe a la niña o al niño:

c) Observar y determinar si hay rigidez de nuca

Una niña o un niño con fiebre y rigidez de nuca puede tener Meningitis y necesita tratamiento urgente con antibióticos inyectables y debe ser referido a un establecimiento de salud de referencia.

Mientras habla con la madre durante la evaluación, observe si la niña o el niño mueve y dobla el cuello fácilmente cuando mira alrededor suyo. Si lo hace, entonces no tiene rigidez de nuca.

Si aún no ha podido verlo doblar el cuello, pídale a la madre que le ayude a acostar a la niña o al niño boca arriba. Inclínese sobre él, sostenga con delicadeza la espalda y los hombros con una mano. Con la otra mano, sosténgale la cabeza. Luego inclínela con cuidado hacia adelante en dirección al pecho. Si el cuello se dobla fácilmente, la niña o el niño no tiene rigidez de nuca. Si el cuello se siente rígido y se resiste a arquearse, la niña o el niño tiene rigidez de nuca, además llorará cuando trate de inclinarle la cabeza hacia adelante.

d) Determinar si hay signos de Enfermedad Febril Eruptiva

Si presenta erupción cutánea generalizada, además de clasificar la fiebre, clasifique la Enfermedad Febril Eruptiva. Es decir, en estos casos la niña o el niño puede tener dos clasificaciones. De lo contrario pase a clasificar sólo la fiebre.

Erupción Generalizada

Existen muchos tipos de erupción cutánea generalizada en niñas o niños. En el sarampión, la erupción es tipo máculo papular (manchas rojas) que empiezan detrás de las orejas y en el cuello. Se extiende a la cara. Al día siguiente, la erupción se extiende al resto del cuerpo, brazos y piernas. Después de 4 ó 5 días, la erupción comienza a desaparecer y la piel puede descamarse.

En el Sarampión la erupción no tiene ampollas ni pústulas. No produce picazón. No debe confundirse el sarampión con otras erupciones infantiles frecuentes, como la varicela, sarna o erupción por calor. La erupción de la varicela es generalizada, con vesículas en diferentes estadíos. La sarna aparece en las manos, pies, tobillos, codos, nalgas y axilas, además, produce bastante prurito o picazón y generalmente otro miembro de la familia tiene la misma erupción. La erupción por calor puede ser una erupción generalizada con pequeñas pápulas y vesículas que pican.

La erupción del Dengue en niñas o niños puede ser máculo papular centrífuga, con predominio en tronco y extremidades, o presentarse como un **eritema facial**.

Figura 15



Fotografía adaptada de: WHO, Integrated management of childhood illness, Photograph, WHO/CHD/97.3.L, Geneva; WHO, 1997

Figura 16



Ministerio de Salud del Perú - 2006

Tos o Coriza u Ojos Enrojecidos

Para clasificar una niña o un niño con Sarampión, debe tener una erupción generalizada de tipo Sarampión, además de uno de los siguientes signos: tos o coriza u ojos enrojecidos.

Recordemos que el Sarampión en la primera fase se acompaña de malestar general intenso, fiebre, catarro ocular: que son ojos enrojecidos o catarro similar al resfrío o tos seca.

Figura 17



Fotografía adaptada de: WHO, Integrated management of childhood illness, Photographs, WHO/CHD/97.3.L, Geneva: WHO, 1997

5.2. ¿Cómo clasificar y tratar a la niña o al niño con fiebre?

En los cuadros de procedimientos EVALUAR Y CLASIFICAR hay dos recuadros de clasificación de la fiebre. Uno es para clasificar la fiebre en áreas con riesgo de Malaria, Bartonelosis o Dengue. El otro es para clasificar la fiebre en área sin riesgo de Malaria, Bartonelosis o Dengue.

Área con riesgo de Malaria

Hay tres posibles clasificaciones para la fiebre en área con riesgo de Malaria:

- Enfermedad Febril Muy Grave.
- Malaria o Probable Malaria.
- Fiebre por Malaria poco probable.

Cualquiera sea la clasificación, debe tomar una muestra de sangre para gota gruesa y frotis.

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS PARA NIÑAS Y NIÑOS CON FIEBRE EN ÁREAS DE RIESGO PARA MALARIA

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre y • Cualquier signo de peligro en general o • Rigidez de nuca. 	<p style="text-align: center;">ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar muestras de sangre para examen de gota gruesa y frotis. • Dar primera dosis de antimalárico para Malaria grave. No es indispensable el resultado de gota gruesa. Aplique los criterios de definición de caso correspondiente. • Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado. • Tratar al niño para prevenir la hipoglicemia. • Tratar la fiebre (38.5 °C o más) en el servicio de salud. • Internar o Referir URGENTEMENTE al establecimiento de salud de referencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre y • Resultado inmediato (en menos de 4 horas) de gota gruesa positivo <ul style="list-style-type: none"> o Resultado inmediato de gota gruesa negativo, pero la niña o niño recibió antimaláricos, o Resultado no disponible en 4 horas. 	<p style="text-align: center;">MALARIA O PROBABLE MALARIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instaurar tratamiento antimalárico oral apropiado, en forma diaria y supervisada; según diagnóstico clínico y/o frotis. • Tratar la fiebre (38.5 °C o más) en el servicio de salud. • Realizar el control clínico diario por 3 días. • Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato. • Realizar el control de diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> - Al 3, 7 y 14 días después de iniciado el tratamiento si la Malaria es por <i>P. falciparum</i>, <i>P. malariae</i> o probable malaria. - Al 7mo día de tratamiento si es Malaria por <i>P. Vivax</i> o <i>mixta</i>.
<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre y • Resultado inmediato de gota gruesa negativo, y el niño no recibió Antimaláricos. 	<p style="text-align: center;">FIEBRE POR MALARIA POCO PROBABLE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar la fiebre (38.5 °C) en el servicio de salud. • Tratar de identificar la causa probable de fiebre y dar tratamiento específico. • Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato. • Hacer el control 3 días después. • Si ha tenido fiebre todos los días, durante más de 7 días, referir para ampliar la investigación diagnóstica.

Área con riesgo de Bartonelosis

Hay tres posibles clasificaciones para la fiebre en área con riesgo de Bartonelosis:

- Enfermedad Febril Muy Grave: Bartonelosis Aguda Grave
- Bartonelosis Aguda o Probable Bartonelosis Aguda
- Fiebre por Bartonelosis poco probable

Cualquiera sea la clasificación, debe tomar una muestra de sangre para gota gruesa y frotis.

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS PARA NIÑAS Y NIÑOS CON FIEBRE EN ÁREAS DE RIESGO DE BARTONELOSIS

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre y uno o más de los siguientes signos de peligro: • Convulsiones • Letargia/coma • Vomita todo • No puede beber ni tomar el pecho. • Rigidez de nuca • Púrpura o coagulopatía • Trastornos de la perfusión • Disfunción multiorgánica. 	<p>BARTONELOSIS AGUDA GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar muestras de sangre para examen de gota gruesa y frotis. • Inicie hidratación IV con cateter grueso. • Dar primera dosis de Ciprofloxacino + Ceftriaxona. No es indispensable el resultado de gota gruesa, aplique los criterios de la definición de caso de Bartonelosis aguda grave complicada. • Tratar al niño para prevenir la hipoglicemia. • Tratar la fiebre (38.5°C) en el servicio de salud. • Internar o referir URGENTEMENTE al establecimiento de salud de referencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre y uno o más de los siguientes: • Artralgias • Hiporexia • Decaimiento • Palidez • Gota gruesa positiva 	<p>BARTONELOSIS AGUDA PROBABLE O CONFIRMADA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instaurar tratamiento oral apropiado, en forma diaria y supervisada; según diagnóstico clínico y/o frotis. • Tratar la fiebre (38.5°C) en el servicio de salud. • Realizar el control clínico diario. • Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato. • Realizar el control de diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> • A las 24 h, 72h, y 5to día de tratamiento.
<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre más • Resultado inmediato negativo de gota gruesa • Y la niña o niño no recibió antibióticos. 	<p>FIEBRE POR BARTONELOSIS POCO PROBABLE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar la fiebre (38.5°C) en el servicio de salud. • Tratar de identificar la causa probable de fiebre y dar tratamiento específico. • Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato. • Realizar el control 3 días después. • Si ha tenido fiebre todos los días, durante más de 7 días, referir para ampliar la investigación diagnóstica.

Área con riesgo de Dengue

Hay tres posibles clasificaciones para la fiebre en área con riesgo de Dengue:

- Enfermedad Febril Muy Grave: Dengue Hemorrágico
- Dengue o Probable Dengue
- Fiebre por Dengue poco probable

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS PARA NIÑAS Y NIÑOS CON FIEBRE EN ÁREAS DE RIESGO DE DENGUE

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Fiebre más cualquier signo de peligro en general o: <ul style="list-style-type: none"> • Rigidez de nuca • Petequias, equímosis o púrpura, sangrado de mucosas. • Dolor abdominal • Señales de extravasación de plasma: Trombocitopenia, hemoconcentración, derrame pleural, etc. • Cambios bruscos de la temperatura: hipertermia-hipotermia. 	DENGUE HEMORRÁGICO	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar reemplazo de terapia de líquidos en forma precoz. • Tratar al niño para prevenir la hipoglicemia. • Tratar el dolor y la fiebre con Acetaminofén en el servicio de salud. • Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado. • Internar o referir URGENTEMENTE al establecimiento de salud de referencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre y por lo menos 2 de los siguientes: • Exantema y/o eritema facial • Tos • Cefalea • Escalofríos • Dolor retro ocular • Mialgia y/o artralgia; Manifestaciones hemorrágicas leves de piel y mucosas. 	DENGUE O PROBABLE DENGUE	<ul style="list-style-type: none"> • Instaurar tratamiento sintomático apropiado. • Tratar la fiebre (38.5°C) y el dolor con Acetaminofén, en el servicio de salud. • Realizar el control clínico diario por 3 días. • Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato.
<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre 	FIEBRE POR DENGUE POCO PROBABLE	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar la fiebre (38.5°C) en el servicio de salud. • Tratar de identificar la causa probable de fiebre y dar tratamiento específico. • Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato. • Realizar el control 3 días después. • Si ha tenido fiebre todos los días, durante más de 7 días, referir para ampliar la investigación diagnóstica.



La identificación precoz, diagnóstico y tratamiento oportunos de los casos de enfermedad altamente transmisibles como la malaria, Bartonelosis o Dengue, es la clave para evitar complicaciones y su propagación en la población. En general, la presencia y persistencia de estas enfermedades en las niñas y niños está indicando que las medidas de prevención y promoción a nivel de la población son inadecuados.

5.3. ¿Cómo tratar a la niña o al niño con enfermedad febril muy grave?

Si la niña o el niño con fiebre presenta algún signo de peligro en general o tiene rigidez de nuca, clasifique a la niña o al niño por tener **ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE**.

Tratamiento

Las niñas o niños con estos síntomas pueden tener Meningitis, Malaria grave (inclusive Malaria cerebral), Bartonelosis grave o septicemia. No es posible distinguir entre estas enfermedades graves sin pruebas de laboratorio. Una niña o un niño clasificado por tener **ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE** necesita tratamiento urgente y debe ser referido al establecimiento de salud de referencia.

5.3.1. En áreas de riesgo de Malaria

El paciente con diagnóstico de Malaria grave es una EMERGENCIA MÉDICA y debe instaurarse tratamiento inmediato con los derivados de la Arthemidina como primera opción, y con Quinina y Clindamicina como segunda opción.

El tratamiento consiste en:

- **Aplicar a la niña o al niño una dosis de Artemeter o Quinina para matar al parásito de la Malaria lo más rápido posible. Debe ser aplicada en niñas o niños con resultado de gota gruesa positivo. Luego derive inmediatamente a un establecimiento de salud de mayor complejidad.**

El Artemeter o Quinina son los antimaláricos de elección, eficaces en casi todas las zonas del mundo y de acción rápida.

DERIVADOS DE ARTEMIDINA DE USO ENDOVENOSO

DOSIS		OBSERVACIONES
1 ^{ra}	2.4 mg/Kg de peso	Inicial
2 ^{da}	2.4 mg/Kg de peso	Después de 12 horas de la primera dosis.
3 ^{RA}	2.4 mg/Kg de peso	A las 24 horas de la segunda dosis.

*Iniciar vía oral apenas se sustituya la tolerancia oral.

*De no recuperar la vía oral, mantener la vía endovenosa a dosis de 2.4 mg /Kg de peso cada 24 horas

ARTEMETER DE USO INTRAMUSCULAR
80 mg/ml en ampollas de 1 ml.

DOSIS		OBSERVACIONES
1 ^{ra}	3.2 mg/ Kg de peso	Dosis de ataque
		Monitorear y valorar la evolución clínica y continuar con:
2 ^{da} y más	1.6 mg/Kg/día	Mantenimiento cada 24 horas hasta recuperar tolerancia oral.

*Administración en la cara anterior del muslo.

Los posibles efectos secundarios de una inyección de quinina son una baja repentina de la presión arterial que cesa después de 15 a 20 minutos, mareo, silbido en los oídos y un absceso estéril, siendo éstos de menor importancia en el tratamiento de una **Enfermedad Muy Grave**. Para determinar la dosis usa el siguiente cuadro:

Determinar la dosis por peso. Si es posible pesar a la niña o al niño

EDAD O PESO	QUININA POR VÍA INTRAMUSCULAR
	300 mg/ml en ampollas de 2 ml
2 meses a 3 meses (4 - < 6Kg)	0.2 ml
4 meses a 11 meses (6 - < 10Kg)	0.3 ml
1 año (10 - < 12Kg)	0.4 ml
2 años (12 - < 14Kg)	0.5 ml
3 años a 4 años (14 - 19Kg)	0.6 ml

La administración intramuscular de Quinina puede darse en dosis de 10 mg/kg de peso y aplicarse en forma fraccionada en dos lugares diferentes, intramuscular profunda, de preferencia en la parte anterior del muslo; repetir cada 8 horas hasta pasar a la vía oral.

Siga estos pasos cuando aplique una inyección de quinina, siempre y cuando esté capacitado para administrar inyecciones intramusculares. Si no, pídale a alguien que esté capacitado para que lo haga. (Alguien puede enseñarle después a poner inyecciones).

Procedimientos para aplicar la inyección de Quinina

- Seleccione apropiadamente y mida la dosis con precisión. Compruebe la concentración disponible en el establecimiento de salud. Asegúrese de leer correctamente en el cuadro la concentración que está usando.
- La quinina no se necesita mezclar. Use aguja y jeringa de tuberculina estériles.
- Asegúrese que la niña o el niño esté acostado. La quinina puede causar una baja repentina de la presión arterial, así como Hipoglicemia.
- Administre el medicamento por medio de una inyección intramuscular profunda en la parte anterior del muslo de la niña o el niño **no** en la nalga.

Nunca administre la quinina por medio de una inyección intravenosa rápida; es sumamente peligroso. La vía intramuscular es más apropiada e inocua que el goteo intravenoso en establecimientos de salud del primer nivel de atención (ver Anexo E5), pero en algunos establecimientos de segundo o tercer nivel de atención (hospitales), se puede administrar por goteo intravenoso lento durante 4 - 8 horas con control especial y por personal adecuado entrenado.

- Interne o Refiera **URGENTEMENTE** al establecimiento de salud de referencia. La niña o el niño debe ser llevado en brazos, porque **debe permanecer acostado durante una hora** después de la administración parenteral del antimálarico, y permanecer bajo vigilancia médica.
- Adminístrele también **la primera dosis de un antibiótico apropiado para la meningitis u otra infección bacteriana grave:**

EDAD O PESO	CLORANFENICOL Añadir 4.5 ml de agua estéril al frasco de 1 g para tener una solución de 200 mg/ml	PENICILINA G SÓDICA Añadir 3.6 ml de agua estéril al frasco con 600 mg (1 millón de unidades) para tener una solución de 250,000 unidades por ml
	Dosis: 20 mg por Kg o:	Dosis: 50,000 unidades por Kg o:
2 meses a 3 meses (4 - <6Kg)	0.5 ml = 100 mg	1.0 ml
4 meses a 8 meses (6 - <8Kg)	0.7 ml = 140 mg	1.5 ml
9 meses a 11 meses (8 - <10Kg)	0.9 ml = 180 mg	2.0 ml
1 año a 2 años (10 - <14Kg)	1.1 ml = 220 mg	2.5 ml
3 años a 4 años (14 - 16Kg)	1.5 ml = 300 mg	3.5 ml

- Además deberá tratar a la niña o al niño para prevenir hipoglicemia.
- Déle paracetamol si tiene fiebre alta según el cuadro siguiente:
 - Tratar la fiebre alta (>38.5 °C), el dolor de oído o dolor de garganta.
 - Dar Paracetamol cada seis horas hasta que se pase la fiebre alta o el dolor de oído o garganta.

Paracetamol dosis: 12 mg/Kg/dosis			
Peso	Gotas 100 mg/ml	Jarabe 32 mg/ml	Frecuencia (horas)
1000	0.1 ml (2 gotas)	0.4 ml	12
2000	0.2 ml (4 gotas)	0.7 ml	8
3000	0.3 ml (6 gotas)	1.0 ml	6
4000	0.4 ml (8 gotas)	1.5 ml	
5000	0.6 ml (10 gotas)	2.0 ml	
6000	0.7 ml (12 gotas)	2.2 ml	
7000	0.8 ml (14 gotas)	2.6 ml	

*Puede acompañarse de medios físicos para bajar la fiebre

► **Proporcione medios físicos antitérmicos durante 10 a 15 minutos, mientras empieza a actuar el Paracetamol**

Si va a internar a la niña o al niño en el establecimiento:

- Déle la primera dosis del antimalárico por vía parenteral (dosis de ataque), monitoree y valore la evolución clínica del paciente y continúe con la siguientes dosis de acuerdo a protocolo que se presenta en las tablas anteriores.
- Cuando administre Quinina, luego de la primera dosis, repita la dosis después de 4 horas y de 8 horas. Estas 3 dosis son la dosis mínima. Luego debe administrar Quinina (la misma dosis de antes) cada 8 horas (usando el plan de dosificación de 8 horas del Anexo E5). Deje de dar la Quinina endovenosa o intramuscular cuando la niña o el niño puede tomar el antimalárico de administración oral, ya que las inyecciones de quinina no deberían continuar por más de una semana. Una dosis demasiado alta puede causar sordera y ceguera, así como un latido irregular del corazón (que puede llegar al paro cardíaco).
- La decisión de si va a administrar la Quinina por la vía endovenosa o por la intramuscular depende del nivel de atención del establecimiento y si tiene el personal capacitado para administrar medicinas intravenosas por goteo lento, capacitado y equipado para atender las complicaciones si se presentan (sobretudo hipotensión y arritmias cardíacas).
- **Si el establecimiento es del Primer Nivel de Atención:** Inicie tratamiento vía oral (si hay tolerancia) o en caso contrario vía intramuscular. Trate a la niña o al niño en el establecimiento pero en cuanto pueda, **Refiéralo urgentemente al establecimiento de salud de referencia.**
- **Si el establecimiento es del Segundo o Tercer Nivel de Atención:** Inicie el tratamiento por vía endovenosa bajo monitoreo y evaluación intensiva hasta mejoría clínica y luego continúe con vía oral (si hay tolerancia) hasta completar esquema. Si no puede asegurar una vía endovenosa con el personal adecuadamente entrenado ni tratar las complicaciones como hipotensión o arritmia cardíaca, utilice la vía intramuscular.

Para continuar el tratamiento a partir del tercer día, debe agregar Clindamicina hasta el final del tratamiento con Quinina, de acuerdo a la siguiente tabla:

**TRATAMIENTO DE MALARIA POR *P. falciparum* ÁREA AMAZÓNICA:
ARTESUNATO – MEFLOQUINA**

HORARIO	MEDICAMENTO	N° DIAS	DIAS						
			1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°
MAÑANA	Quinina mg/kg.	7	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg
	Clindamicina mg./Kg.	7			10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg
	Primaquina 15 mg./kg.	7			10 mg/Kg				
TARDE	Quinina mg./Kg.	7	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg
NOCHE	Quinina mg./Kg.	7	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg
	Clindamicina mg./kg.	7			10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg	10 mg/Kg

Nota: No administra primaquina a menores de 6 meses.

Si no hay riesgo de Malaria, **no** dé quinina a una niña o un niño de menos de 6 meses de edad.

- Repita la inyección de Cloranfenicol o Penicilina G Sódica cada 6 horas hasta que la niña o el niño pueda recibir Cloranfenicol o Amoxicilina por vía oral.
- Pase después a un antibiótico oral apropiado para completar 10 días de tratamiento.

5.3.2. En áreas de riesgo de Bartonelosis

Establecida la existencia de uno o más criterios de alarma de bartonelosis grave, la primeras intervenciones consisten en estabilizar las funciones vitales del paciente y reducir la carga infecciosa.

El tratamiento consiste en:

Aperturar una vía IV con cateter grueso y administrar cloruro de sodio, para evitar el shock.

Cuando sea posible administre oxígeno con máscara.

Administrar como droga de primera elección Ciprofloxacino, de 10 a 15 mg/Kg de peso/ cada 12 horas vía IV. Luego de 3 a 4 días, si tolera bien la vía oral, administrar la misma dosis cada 12 horas por esta vía, hasta completar 14 días; más Ceftriaxona 70 mg/Kg de peso/ día. Cuando existan complicaciones neurológicas administrar dosis de 100 mg/Kg de peso/día de Ceftriaxona.

Con la primera dosis de tratamiento antibiótico, refiera a la niña o niño en forma URGENTE al establecimiento de referencia.

TRATAMIENTO DE LA BARTONELOSIS AGUDA GRAVE

GRUPO	PRIMERA LINEA		SEGUNDA LINEA	
	DROGAS	DOSIS	DROGA	DOSIS
Niña o Niño	Ciprofloxacino más Ceftriaxona	Ciprofloxacino 10-15 mg/kg/ cada 12 horas vía IV. Completar Tratamiento por VO a la misma dosis cada 12 hrs. hasta los 14 días.	Ciprofloxacino más Ceftazidime	Ciprofloxacino a la dosis indicada. Ceftazidime 50 a 100mg/kg/día dividido cada 8 horas, por vía IV; por 7 a 10 días
		Ceftriaxona 70mg/kg/día; por vía IV, por 7 a 10 días.	Ciprofloxacino más Amikacina	Ciprofloxacino a la dosis indicada. Amikacina 15 mg/kg/día, dividido en 2 dosis por 7 a 10 días, por vía IV o IM.

5.3.3. En áreas con riesgo de Dengue

Aperturar una vía endovenosa con catéter grueso y administrar cloruro de sodio, y refiera inmediatamente al establecimiento de salud de referencia.

5.4. ¿Cómo tratar a la niña o al niño con Malaria o Bartonelosis o Dengue?

Si la niña o el niño **no** presenta ningún signo de peligro en general ni rigidez de nuca, observe la hilerá amarilla.

5.4.1. ¿Cómo tratar a la niña o niño con Malaria o probable Malaria?

Puesto que la niña o el niño tiene fiebre en una **área con riesgo** de Malaria, se debe tomar muestra de sangre para examen de gota gruesa y frotis. Si los resultados pueden estar disponibles en menos de 4 horas, podrá confirmar el caso de Malaria e identificar la especie de *Plasmodium* causante de la enfermedad.

Clasificación de la Malaria

La malaria puede ser:

- Malaria por *P. falciparum*.
- Malaria por *P. Malariae*.
- Malaria por *P. vivax*.
- Malaria Mixta.

En la Malaria Mixta el frotis es positivo para dos clases de *Plasmodium*.

La niña o el niño se clasifica como **Probable Malaria** cuando:

- El resultado de la gota gruesa es negativo pero la niña o el niño estuvo recibiendo una o más dosis de antimalárico durante el presente episodio de fiebre, antes de la toma de muestra de sangre.
- El resultado del frotis con gota gruesa no está disponible en menos de 4 horas y, por tanto es necesario dar el tratamiento antimalárico sin esperar más tiempo. Los resultados del frotis y de la gota gruesa quedarán pendientes.

Debemos recordar que en áreas con riesgo a Bartonelosis, estamos llamados a evaluar también la gota gruesa y el frotis para el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad. Del mismo modo se tiene que proceder en áreas con riesgo de Dengue, aunque en este caso el tratamiento es sólo sintomático, por ser una enfermedad viral.

Tratamiento

Dar un Antimalárico Oral (ver Anexo 5)

La decisión de cuál esquema de tratamiento aplicar al paciente dependerá de si ha identificado al agente etiológico (*P. falciparum*, *P. malariae*, *P. vivax*, o malaria mixta), de la región a la que pertenece al establecimiento de salud, y la edad de la niña o del niño (algunas medicinas no se pueden aplicar a niñas o niños menores de 6 meses o menores de 2 años).

Si se administra Cloroquina

Explicar a la madre que debe prestar mucha atención a la niña o al niño durante 30 minutos después de darle una dosis de Cloroquina. Si la niña o el niño vomita dentro de los 30 minutos siguientes a la dosis, debe volver a recibir la dosis.

Tenga en cuenta que el tratamiento de Malaria es supervisada, el paciente debe asistir al establecimiento de salud todos los días, por lo que el control es diario.

Explicar que la comezón es uno de los posibles efectos colaterales del medicamento, pero que no hay peligro.

Si se administra Sulfadoxina + Pirimetamina y Primaquina

Dar una dosis única en el Establecimiento de Salud.

Decidir tratamiento de acuerdo a las normas de tratamiento del programa de control de Malaria (ver anexo 5):

<ul style="list-style-type: none"> • Resultado de gota gruesa y frotis inmediato (en menos de 4 horas) positivo para <i>P. falciparum</i>, <i>P. malariae</i>, <i>P. vivax</i> o mixta. 	MALARIA POR <i>P. FALCIPARUM</i> O <i>P. MALARIAE</i>
	MALARIA POR <i>P. VIVAX</i> O MALARIA MIXTA
<ul style="list-style-type: none"> • Resultado de gota gruesa inmediato negativo, pero la niña o el niño recibió antimaláricos, o resultado de gota gruesa no disponible en 4 horas. 	PROBABLE MALARIA

Hay algunos detalles importantes que hay que recordar al dar un antimalárico por vía oral :

- Al dar el tratamiento con Cloroquina se presume que la niña o el niño no ha sido tratado antes con Cloroquina. Este dato confírmelo con la madre. Pregúntele si ya le han dado a su hija o hijo tratamiento completo de Cloroquina para este episodio de fiebre. De ser así, y si la niña o el niño todavía tiene fiebre, considere esta visita como consulta de control.
- Explíquelo a la madre que el prurito o picazón es un posible efecto secundario del medicamento, pero que no es peligroso. La niña o el niño debe seguir recibiendo tratamiento y deberá regresar al Establecimiento de Salud si presenta náuseas, vómito frecuente, dolor abdominal, fiebre persistente o cualquier otra manifestación de intolerancia severa.
- Todos los casos de Malaria tendrán un control parasitológico para evaluar la eficacia de tratamiento mediante el examen de gota gruesa y frotis. **En el caso de *P. vivax* el control se realiza a los 7 días del tratamiento, y si es *P. falciparum* a los 3, 7 y 14 días a partir del inicio del tratamiento.**

¿Cuándo debe regresar a control por Malaria, Bartonelosis o Dengue?

Eduque a los padres de la niña o niño que tiene Malaria que deben retornar inmediatamente al establecimiento de salud, si el paciente presenta signos de alarma, tales como persistencia de fiebre, somnolencia, convulsiones, y/o inapetencia. Dado que el tratamiento de Malaria es supervisado y el control clínico es diario, las posibilidades de identificar complicaciones en la niña o en el niño son altas.

En estos casos se debe efectuar una reevaluación completa de la niña o el niño usando el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR. Trate de averiguar la causa de la fiebre.

- Si presenta algún signo de peligro en general o tiene rigidez de nuca. Tráelo como **ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE**.

Si ya estuvo tomando antibiótico, es muy probable que las bacterias sean resistentes a este fármaco. Adminístrele por vía intramuscular, si es que no puede tomar por vía oral, el otro medicamento sugerido en el cuadro.

- Si tiene fiebre por alguna causa diferente a Malaria, trate la causa.
- Si la niña o el niño ha tenido fiebre por todos los días durante 7 días o más, refiéralo **URGENTEMENTE** al establecimiento de salud de referencia. Puede tener otra infección seria.

Nota: Si la niña o el niño ha estado tomando Cotrimoxazol porque también tenía tos y respiración rápida (neumonía) y también fiebre, no puede ser tratado con Sulfadoxina-Pirimetamina. Ambos medicamentos están estrechamente relacionados, por lo que no deberán tomarse juntos. Refiere esta niña o este niño al establecimiento de salud de referencia o consulta al Programa de Control de Malaria más cercano para decidir qué tratamiento debes indicarle.

La Sulfadoxina-Pirimetamina solo está indicado en el tratamiento de Malaria por *P. falciparum* si la cepa proviene de la Costa Norte del país. Se recomienda NO administrar en niñas o niños menores de 6 meses de edad.

Continúe dando Cotrimoxazol si la neumonía mejora. De lo contrario será necesario darle también otro antibiótico.

5.4.2. ¿Cómo tratar a la niña o niño con Bartonelosis o probable Bartonelosis?

El tratamiento antimicrobiano precoz y apropiado es la conducta más importante para evitar la evolución de la Bartonelosis a formas graves complicada. Una vez identificado un caso clínico (probable) no se debe esperar la confirmación para iniciar el tratamiento indicado.

En el uso de las drogas indicadas deberá tomarse en consideración las dosis adecuadas, las precauciones y contraindicaciones de cada una de ellas.

La niña o niño clasificado como caso de Bartonelosis aguda o probable Bartonelosis, confirmada o probable, debe recibir como tratamiento antibiotico de primera elección: Amoxicilina/Acido Clavulánico a la dosis de 20 mg/Kg de peso cada 12 horas hasta completar 14 días.

Toda niña o niño menor de 1 año, deberá ser hospitalizado para recibir el tratamiento.

TRATAMIENTO DE BARTONELOSIS O PROBABLE BARTONELOSIS

GRUPO	PRIMERA LINEA		SEGUNDA LINEA	
	DROGAS	DOSIS	DROGA	DOSIS
Niños y Adolescentes menores de 14 años (< 45 kg)	Amoxicilina / Acido Clavulánico	40 mg/kg/día dividido cada 12 horas por 14 días, por vía oral (en base a la amoxicilina)	Ciprofloxacino	10 mg/kg/peso/día dividido cada 12 horas por 14 días
			Cloranfenicol	50 mg / kg / día los 3 primeros días y luego 30 mg / kg/ día hasta completar 14 días
			Cotrimoxazol	10mg/kg/día fraccionado cada 12 horas por 14 días (en base al trimetoprim).

Con fines de seguimiento se realizará exámenes de gota gruesa a las 24 horas, 72 horas, y al 5to día de tratamiento. Las niñas o niños en tratamiento, serán evaluados clínicamente en forma diaria. Si en el transcurso de las evaluaciones, se identifica **signos de alarmas (fiebre alta o persistente, deterioro clínico a pesar de recibir tratamiento, púrpura o coagulopatía, anemia severa, hipotermia, hipotensión, pulso débil, etc)** deberá ser referido en forma inmediata a un establecimiento de salud de mayor complejidad.

MEDIDA PARA EL MANEJO DEL PACIENTE DE LA NIÑA O NIÑO CON BARTONELOSIS

MEDIDA	NO HOSPITALIZADO	HOSPITALIZADO
Dieta	Blanda con restricción de grasas saturadas	Blanda con restricción de grasas saturadas
Vía	Vía oral	Vía oral según tolerancia intravenosa si hay necesidad de hidratación o administración de medicamentos
Reposo	Relativo. Evitar ejercicios físicos intensivos	Absoluto si existe complicaciones
Aislamiento	Ninguno	Ninguno, salvo complicación específica
Cuidado familiar	Relativo	Permanente
Evaluación médica	Cada 48 horas	Cada 12 horas
Control de funciones vitales	Cada 24 horas	Cada 6 horas
NO OLVIDAR QUE LA MEDIDA MÁS IMPORTANTE EN TODO PACIENTE ES LA OBSERVACIÓN DE LA APARICIÓN O PRESENCIA DE ALGÚN CRITERIO DE ALARMA		

Con el fin de asegurar la adherencia al tratamiento y vigilar la evolución clínica de la niña o niño, el personal de salud realizará visitas domiciliaria en forma inmediata si los pacientes no acuden a control. En la visita domiciliaria asegúrese de hacer la búsqueda de los colaterales.

¿Cuándo debe regresar a control?

Eduque a los padres de la niña o niño que tiene Bartonelosis que deben retornar inmediatamente al establecimiento de salud, si el paciente presenta signos de alarma, tales como fiebre alta o persistente y/o deterioro clínico a pesar de recibir tratamiento, somnolencia, convulsiones, sangrado y/o inapetencia.

En estos casos se debe efectuar una reevaluación completa de la niña o el niño usando el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR. Trate de averiguar la causa de la fiebre.

5.4.3. ¿Cómo tratar a la niña o niño con Dengue o probable Dengue?

Una niña o niño con Dengue (probable o confirmado) debe recibir tratamiento sintomático monitoreado en el establecimiento de salud por 3 días consecutivos como mínimo. Si presenta algún signo de peligro “hemorrágico”, es decir fiebre persistente, decaimiento, inapetencia o dolor abdominal; por cualquiera de ello debe retornar inmediatamente al establecimiento de salud.

5.5. ¿Cómo tratar a la niña o al niño con fiebre por Malaria, Bartonelosis o Dengue poco probable?

La niña o el niño se clasifica como fiebre por Malaria poco probable, cuando el resultado del examen de gota gruesa en menos de 4 horas es negativo y además, la niña o el niño no recibió ningún antimalárico por fiebre antes de la toma de muestra de sangre.

Estas niñas o niños no recibirán tratamiento antimalárico, porque es muy poco probable que tengan malaria. Existe aún menos probabilidad de Malaria si la niña o el niño tiene signos de otra infección que puede causar fiebre. En estos casos déle el tratamiento específico y contrólole al tercer día.

En su mayor parte las infecciones virales duran menos de una semana. La fiebre que persiste todos los días por más de 7 días puede ser un signo de fiebre tifoidea, o tuberculosis u otra enfermedad grave. Refiera a la niña o al niño a un Establecimiento de Salud de mayor complejidad para que reciba evaluación adicional. Adminístrele Paracetamol según dosis ya revisadas.

Si la niña o niño tiene también Bartonelosis aguda (procede o vive en área con riesgo de Bartonelosis), probable o confirmada, debería recibir tratamiento con amoxicilina / Acido clavulánico a la dosis de 20 mg/kg cada 12 horas hasta completar 14 días.

Una niña o un niño con probable Bartonelosis aguda debe regresar inmediatamente al establecimiento de salud ante un **signo de gravedad** como palidez intensa, convulsiones o coma. Al igual que en las otras enfermedades transmitidas por vectores, el tratamiento de las Bartonelosis es supervisado. En la visita domiciliaria asegúrese de hacer búsqueda de colaterales.

Para todos los casos, indíquele a la madre cuándo debe **volver de inmediato**:

- Difícil de despertar o no puede beber ni tomar el pecho
- Empeora

5.6. Área sin riesgo de Malaria, Bartonelosis o Dengue

Si determina que el área no tiene riesgo de Malaria, utilice el recuadro de clasificación para **área sin riesgo** de Malaria. Pero si la madre le dice que ha viajado con la niña o el niño en los últimos 2 meses a un **área con riesgo**, utilice el recuadro para **área con riesgo de Malaria**.

Recordemos que en el país existen también áreas con riesgo de Bartonelosis y áreas con riesgo de Dengue, tanto en áreas sin riesgo de malaria o con riesgo de malaria, por lo que debemos estar atentos para evaluar también por estos problemas a la niña o al niño con fiebre.

Hay dos posibles clasificaciones para la fiebre en una niña o un niño de un **área sin riesgo** de Malaria, Bartonelosis o Dengue.

- Enfermedad Febril Muy Grave.
- Enfermedad Febril.

¿CÓMO CLASIFICAR A LA NIÑA O AL NIÑO CON FIEBRE EN ÁREA SIN RIESGO DE MALARIA, BARTONELOSIS O DENGUE?

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier signo de peligro en general o • Rigidez de nuca. 	ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado. • Tratar la fiebre (38.5 °C o más) en el servicio de salud. • Internar o Referir URGENTEMENTE al establecimiento de salud de referencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre. 	ENFERMEDAD FEBRIL	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar la fiebre (38.5 °C o más) en el servicio de salud. • Tratar de identificar la causa probable de la fiebre y dar tratamiento específico. • Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato. • Hacer el control 2 días después si persiste la fiebre. • Si ha tenido la fiebre todos los días durante más de 7 días, referir al hospital para un examen.

5.6.1. ¿Cómo tratar a la niña o al niño con enfermedad febril muy grave?

Si la niña o el niño presenta algún signo de peligro en general o tiene rigidez de nuca y no existe riesgo de Malaria, Bartonelosis o Dengue clasifíquelo como ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE.

Tratamiento

Debe dar la primera dosis de un antibiótico apropiado, Cloranfenicol o Penicilina G Sódica, prevenir la hipoglicemia e internar o referir urgentemente al establecimiento de salud de referencia. Observe el cuadro siguiente para calcular la dosis del antibiótico.

EDAD O PESO	CLORANFENICOL	PENICILINA G SÓDICA
	Añadir 4.5 ml de agua estéril al frasco de 1gm para tener una solución de 200 mg/ml	Añadir 3.6 ml de agua estéril al frasco con 600 mg (1 millón de unidades) para tener una solución de 250,000 unidades por ml
	Dosis: 20 mg por kg o:	Dosis: 50,000 unidades por kg o:
2 meses a 3 meses (4 - <6Kg)	0.5 ml = 100 mg	1.0 ml
4 meses a 8 meses (6 - <8Kg)	0.7 ml = 140 mg	1.5 ml
9 meses a 11 meses (8 - <10Kg)	0.9 ml = 180 mg	2.0 ml
1 año a 2 años (10 - <14Kg)	1.1 ml = 220 mg	2.5 ml
3 años a 4 años (14 - 16Kg)	1.5 ml = 300 mg	3.5 ml

SI NO ES POSIBLE REFERIR A LA NIÑA O AL NIÑO:

- ➡ Repetir la inyección de cloranfenicol o penicilina G sódica cada 6 horas hasta que la niña o el niño pueda recibir cloranfenicol o amoxicilina por vía oral.
- ➡ Pasar después a un antibiotico oral apropiado para completar 10 días de tratamiento.

5.6.2. ¿Cómo tratar a la niña o al niño con enfermedad febril?

Si la niña o el niño no tiene ningún signo de ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE, mire a la hilera siguiente. Si la niña o el niño no ha viajado a un área con riesgo de malaria en los últimos 2 meses, debe ser clasificado como ENFERMEDAD FEBRIL. La fiebre puede ser debida a un problema incluido en otra clasificación como: resfriado o bronquitis, disentería, otitis media aguda o faringoamigdalitis aguda. También la fiebre puede ser debida a otras causas como absceso o celulitis.

Tratamiento

Si la fiebre es alta, dé Paracetamol según las dosis recomendadas.

Aconseje a la madre que vuelva para **control en 2 días**:

Cuando una niña o un niño procede de un área sin riesgo de Malaria, Bartonelosis o Dengue y la fiebre persiste después de 2 días, puede haber alguna causa que no era evidente en la primera consulta. Haga una reevaluación completa de la niña o el niño siguiendo el cuadro de procedimientos EVALUAR Y CLASIFICAR. Averigüe la causa de la fiebre. Considere también si la niña o el niño tiene algún otro problema causante de la fiebre, como Tuberculosis, infección de las vías urinarias, osteomielitis o un absceso.

- Si la niña o el niño presenta **algún signo de peligro en general o tiene rigidez de nuca**, trátelo como si tuviera ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE.
- Si la niña o el niño **tiene fiebre por alguna causa distinta de la Malaria**, administre la primera dosis de tratamiento y refiéralo al establecimiento de salud de referencia para que sea atendido por esa causa.
- Cerciórese que la niña o el niño no ha visitado un área con riesgo de Malaria en los 2 últimos meses. Si la ha visitado, si lo ha hecho trátelo según el esquema correspondiente.
- Si la niña o el niño ha tenido fiebre todos los días por 7 días, refiéralo al hospital. Se necesitan más pruebas de diagnóstico para determinar la causa de la fiebre persistente de esta niña o este niño.
- Si no hay una causa aparente de fiebre, asuma que es una infección viral. Indique a la madre que vuelva en 2 días si la fiebre persiste. Aconséjele que le dé cantidades adicionales de líquidos y que mantenga la alimentación.

Durante un episodio de enfermedad, la niña o el niño pierde líquido por fiebre, respiración acelerada o diarrea. La niña o el niño se sentirá mejor y se mantendrá más fuerte si bebe más líquido para prevenir la deshidratación y las madres deben dar de mamar a sus niñas o niños con más frecuencia. Es particularmente importante que las niñas o los niños con diarrea beban más líquidos, según el Plan A o B.

5.7. ¿Cómo clasificar y tratar a la niña o niño con enfermedad febril eruptiva?

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre y • Erupción máculo papular, no vesicular, y • Tos o coriza u ojos enrojecidos. 	<p>PROBABLE SARAMPIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar la fiebre (38.5 °C o más) en el servicio de salud. • Dar vitamina A. • Tomar muestra de sangre. • Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato. • Hacer el control 5 días después si persiste la fiebre.
<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre y • Otra erupción cutánea generalizada. 	<p>OTRA ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar la fiebre (38.5 °C o más) en el servicio de salud. • Tratar de identificar la causa probable de la fiebre y de la erupción.

5.7.1. ¿Cómo tratar a la niña o al niño con probable Sarampión?

A una niña o un niño con fiebre, erupción máculo papular no vesicular, tos, coriza u ojos enrojecidos se le clasifica como PROBABLE SARAMPIÓN. Es importante que diferenciamos el tipo de erupción cutánea y lo diferenciamos de la erupción del Dengue en niñas o niños pequeños.

Tratamiento

Todos las niñas o los niños con probable sarampión deberán recibir vitamina A porque les ayuda a prevenir complicaciones, ayuda a resistir la infección en los ojos, y en las mucosas del pulmón, el intestino, la boca y la garganta. La opacificación de la córnea, un signo de carencia de vitamina A, puede avanzar y causar ceguera si no se administra la vitamina A.

La vitamina A se administra a una niña o un niño con probable sarampión, DESNUTRICIÓN GRAVE o xeroftalmia (Ceguera nocturna).

► Dar vitamina A:

Para sarampión, marasmo ó kwashiorkor, diarrea persistente o xeroftalmia

► Dar tres dosis:

- Dar la primera dosis en el servicio de salud.
- Entregar dos dosis a la madre para que se la dé a la niña o al niño en casa al día siguiente y a los 14 días.

¿CÓMO ADMINISTRAR VITAMINA A?

Para sarampión, diarrea persistente, marasmo o kwashiorkor, o xeroftalmia

- Dar la primera dosis en el servicio de salud.
- Entregar dos dosis a la madre para que se la dé a la niña o al niño en casa al día siguiente y a los 14 días.

EDAD O PESO	CÁPSULAS DE VITAMINA A		
	200,000 UI	100,000 UI	50,000 UI
2 a 3 meses (4 - <6 kg)		1/2 cápsula	1 cápsula
4 a 11 meses (6 - <10 kg)	1/2 cápsula	1 cápsula	2 cápsula
1 a 2 años (10 - <14 kg)	1/2 cápsula	1 cápsula	2 cápsula
3 a 4 años (14 - <16 kg)	1/2 cápsula	1 1/2 cápsula	3 cápsula

Está disponible en cápsulas. Use la edad de la niña o el niño para determinar la dosis. Administre 3 dosis. Déle a la niña o al niño la primera dosis en el Establecimiento de Salud. Entregue la segunda y tercera dosis a la madre para que se la dé a su hija o hijo al día siguiente en la casa y a los 14 días.

Si la niña o el niño puede tragar, déle la cápsula de vitamina A y asegúrese que la pase entera. Si la niña o el niño no es capaz de tragar la cápsula entera o solamente necesita ½ cápsula, abra la cápsula. Desprenda o corte la punta con un instrumento limpio (hoja de afeitar, tijeras o cuchillo afilado). Si la cápsula de vitamina A no tiene punta, perforo la cápsula con una aguja estéril, entonces, vacíe el contenido de vitamina A en la boca abierta de la niña o el niño.

Asegúrese de que la niña o el niño se trague todo el líquido. No deje que lo escupa.

Registre la fecha cada vez que dé vitamina A a la niña o al niño. Es importante que lo haga porque si da dosis repetidas en poco tiempo, corre el riesgo de darle una sobredosis.

Muéstrele a la madre la cantidad que corresponde a una dosis. Si una niña o un niño necesita menos de una cápsula entera de vitamina A o no puede tragar una cápsula entera, enséñele a la madre a abrir la cápsula, oprima y eche el líquido en forma de chisquete en la boca de la niña o el niño.

- Es importante tomar una muestra de sangre y orina, según las indicaciones del Plan de Eliminación del Sarampión (**ver anexo 6**).
- Trate la fiebre si es > 38.5 °C.
- Es importante hacer el control 5 días después si persiste la fiebre.

5.7.2. ¿Cómo tratar a la niña o al niño con enfermedad febril eruptiva?

Es cuando además de fiebre, la niña o el niño presenta otra erupción cutánea generalizada.

Tratamiento

Tratar la fiebre si es ≥ 38.5 °C y tratar de identificar la causa probable de la fiebre y de la erupción.

En áreas con riesgo de Dengue, hacer la prueba del torniquete. Si es positivo referir a la niña o al niño.

En áreas con riesgo de Bartonelosis, hacer la gota gruesa y frotis de sangre periférica y definir si estamos ante un caso de Bartonelosis aguda probable o confirmada y, de ser el caso dar tratamiento como se ha indicado en el manejo de la niña o el niño con fiebre por malaria poco probable.

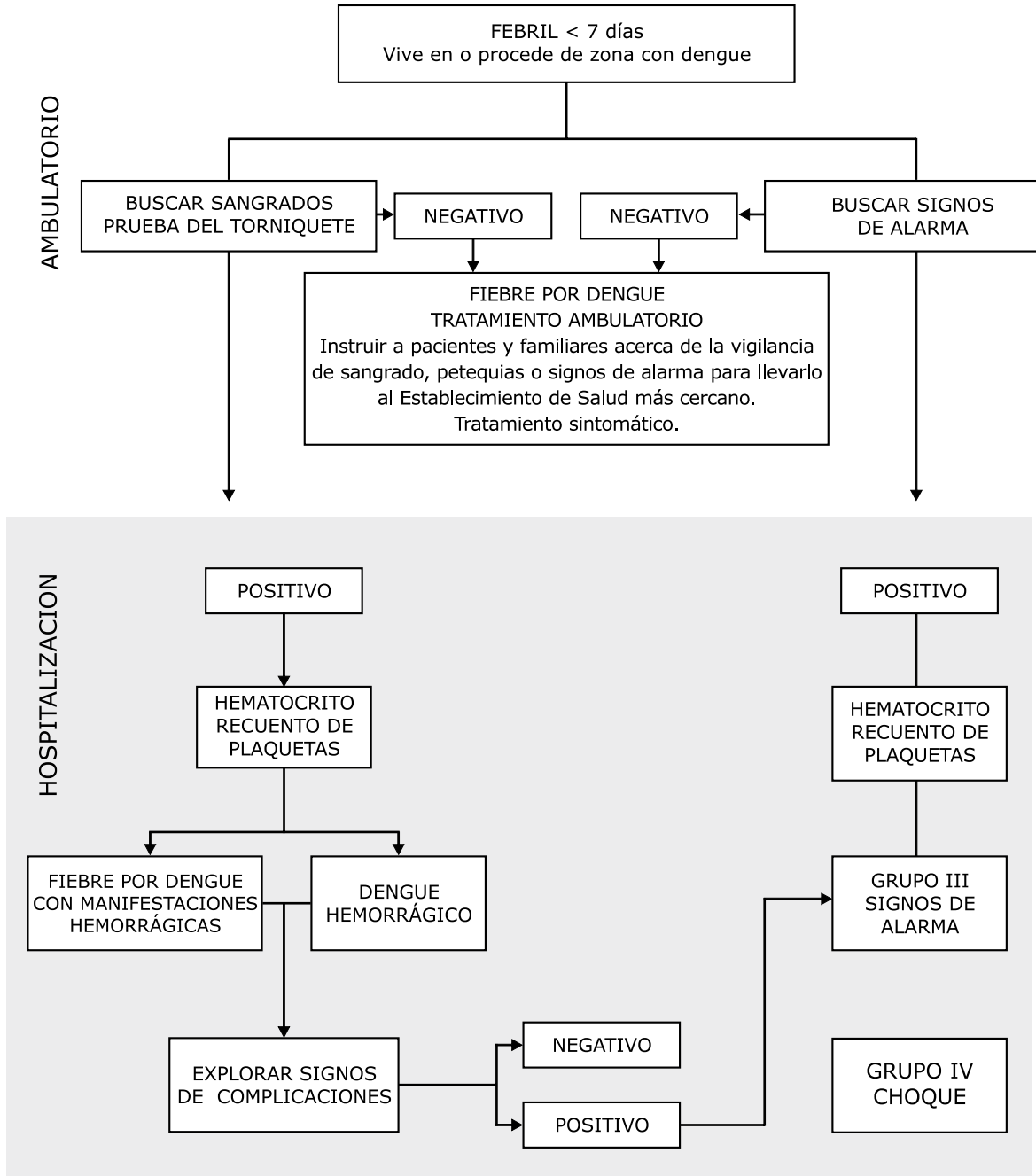


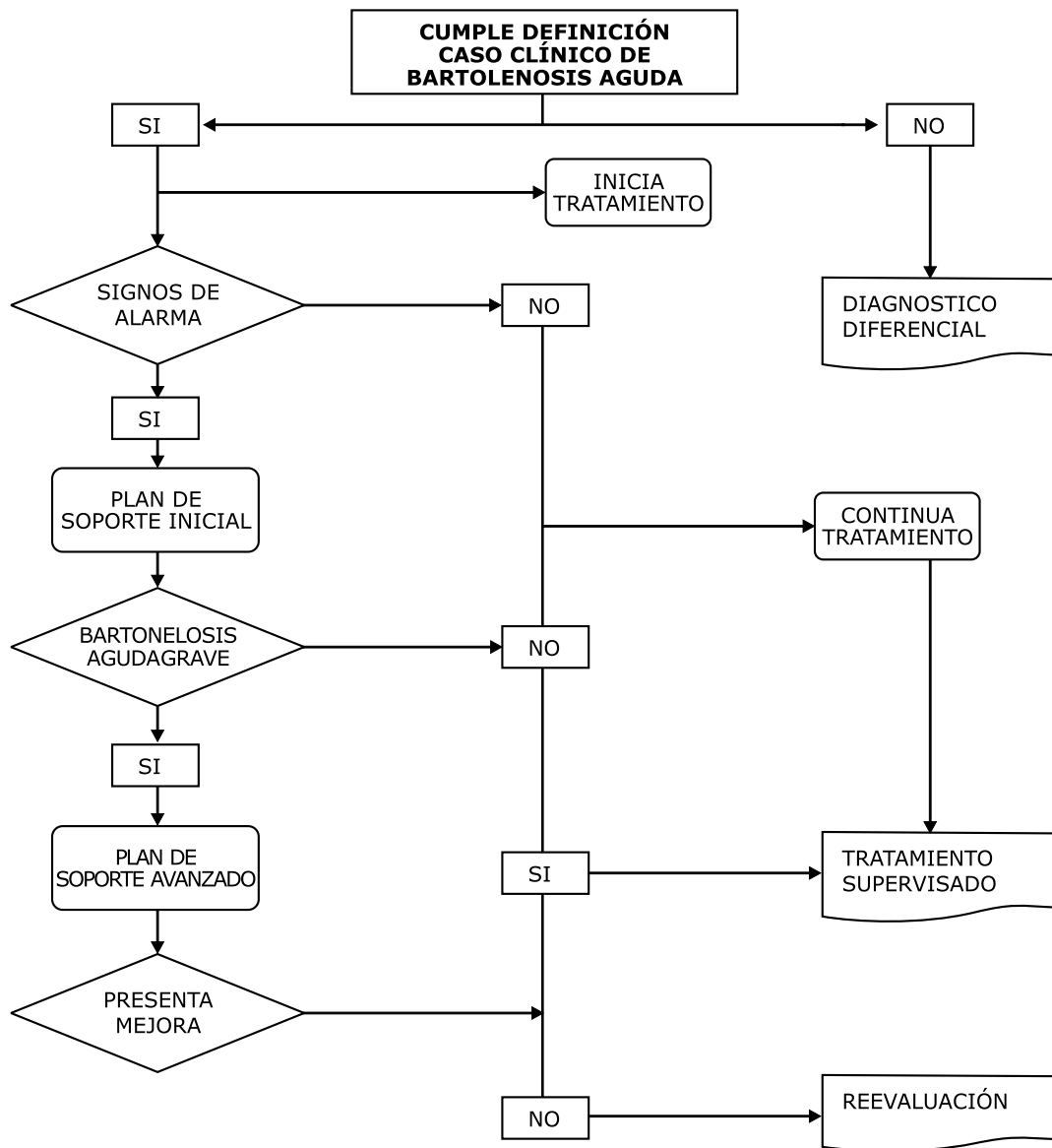
Lo invitamos a desarrollar el Ejercicio N° 8 que encontrará en su Cuaderno de Ejercicios.



¿Cuáles considera son las responsabilidades del gobierno, los proveedores de salud, la comunidad y la familia en el control y prevención de la Malaria en su región?

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A PACIENTES CON PROBABLE DENGUE



FLUJOGRAMA DE MANEJO DEL CASO PROBABLE DE BARTONELOSIS AGUDA


6. ¿CÓMO EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR A LA NIÑA O AL NIÑO CON PROBLEMAS DEL OÍDO?

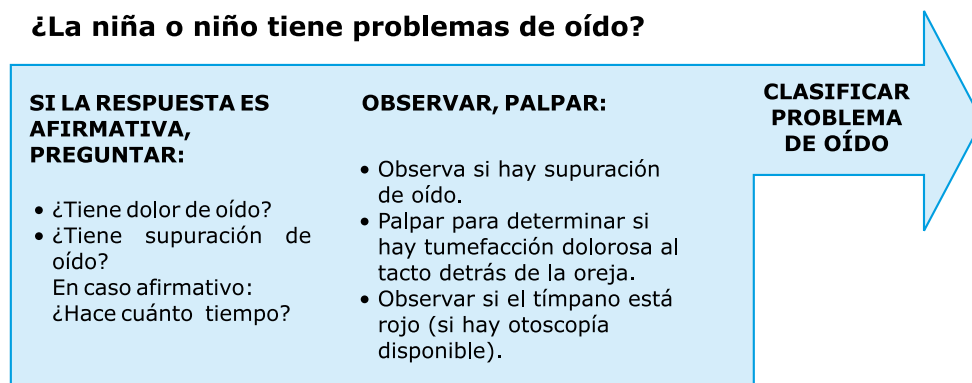
Una niña o un niño con un problema de oído puede tener una infección, es decir se acumula pus detrás del tímpano, causando dolor y a menudo, fiebre. Si no se trata la infección, el tímpano se perfora, presenta secreción purulenta y entonces el dolor puede disminuir. La fiebre y otros síntomas probablemente cesen, pero la niña o el niño no oye bien por la perforación del tímpano. Por lo común, el tímpano se sana solo. Otras veces la secreción continúa, el tímpano no se sana y se produce sordera en ese oído.

A veces la infección se extiende del oído al hueso mastoideo que está detrás de la oreja, causando mastoiditis. La infección también puede extenderse del oído al cerebro, causando meningitis. Estas son enfermedades graves. Requieren atención urgente y referencia del enfermo a un establecimiento de mayor complejidad.

Las infecciones del oído raramente causan la muerte. Pero son la causa de muchos días de enfermedad, de sordera en niñas o niños de países en desarrollo, y por lo tanto de problemas de aprendizaje en la escuela. El cuadro de procedimientos *EVALUAR Y CLASIFICAR* le ayudará a reconocer los problemas de oído debidos a infección.

6.1. ¿Cómo evaluar a la niña o al niño con problemas de oído?

En una niña o un niño con problemas de oído evalúa de acuerdo al siguiente cuadro:



Preguntar:

¿Tiene la niña o el niño un problema de oído?

Si la madre responde que NO, no evalúe el problema de oído. Pase a evaluar el siguiente problema.

Si la madre responde que SI, continúe con las otras preguntas:

¿Tiene dolor de oído?

El dolor de oído puede indicar que la niña o el niño tiene una infección de oído. Si la madre no está segura de que la niña o el niño tiene dolor de oído, pregúntele si la niña o el niño ha estado irritable y si se ha estado restregando la oreja.

¿Tiene supuración en el oído? En caso afirmativo, ¿hace cuánto tiempo?

La supuración del oído es también signo de infección. Cuando pregunte sobre la supuración del oído, use palabras que la madre entienda.

Pregunte desde cuándo. Déjele tiempo para que conteste la pregunta. Tal vez necesite recordar cuándo empezó la supuración. De acuerdo a la respuesta que obtenga, podrá clasificar y tratar el problema de oído.

- Una supuración del oído que ha estado presente por **2 semanas o más**, recibirá tratamiento como otitis media crónica.
- Una supuración del oído que ha estado presente por **menos de 2 semanas**, recibirá tratamiento como otitis media aguda.

Luego observe si hay supuración de oído

Mire dentro del oído de la niña o el niño para verificar si sale pus, inclusive si no hay dolor.

Palpe para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja

Palpa detrás de ambas orejas. Compárelas y decida si hay tumefacción dolorosa del hueso mastoideo. En los lactantes, la tumefacción puede estar por encima de la oreja. No confunda esta inflamación del hueso con los ganglios linfáticos inflamados.

Figura 18

Observe los signos de la Mastoiditis



Observa esta niña, en especial cómo tiene la oreja izquierda (la que se encuentra a la derecha en la fotografía). Compare con la otra oreja y nota que la oreja izquierda está desplazada hacia fuera.

La misma niña puede ser vista ahora por detrás. Observe cómo hay una zona enrojecida y aumentada de tamaño por detrás de la oreja izquierda, que además empuja la oreja hacia afuera y hacia adelante.

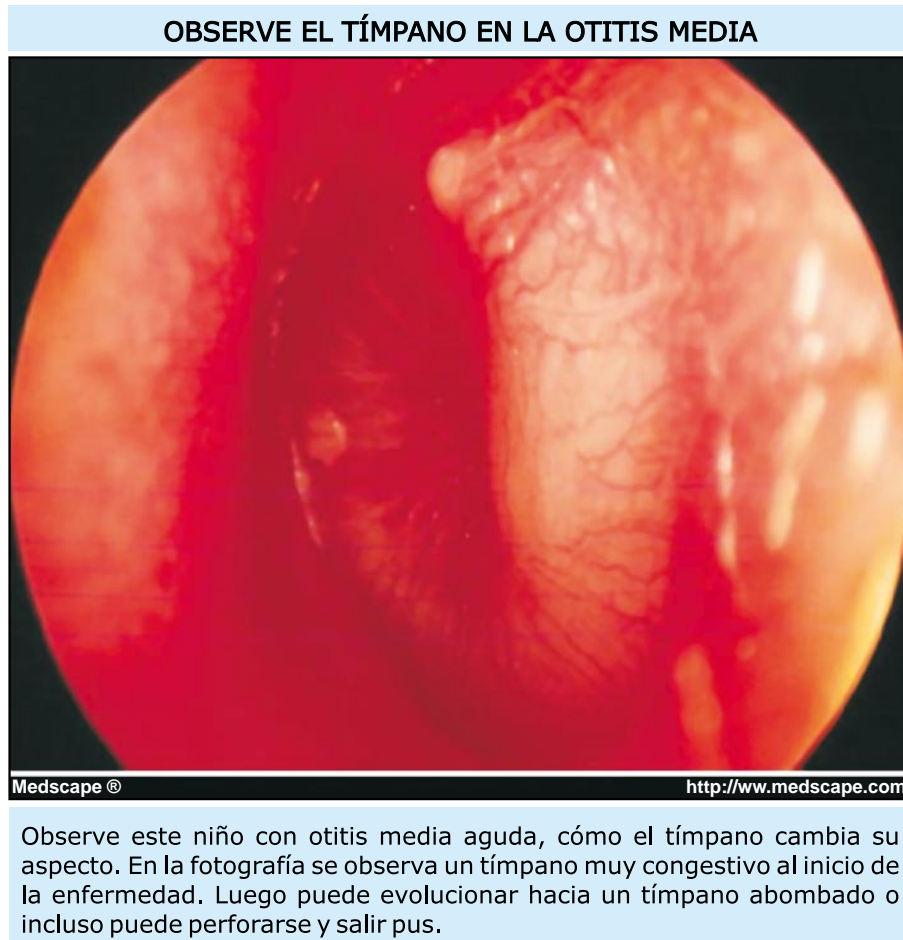
Fotografías reproducidas con autorización de: American Academy of Pediatrics. Pediatric Review and Education Program (PREP) on CDROM, 1998

Observe si el tímpano está rojo (mediante otoscopía)

La técnica de visualización del tímpano se realiza con el otoscopio. La niña o el niño debe ser sujetado por un familiar o ayudante.

El espéculo del otoscopio permitirá observar el conducto auditivo y luego el tímpano. Normalmente la membrana es transparente y brillante.

Figura 19



Fotografía reproducida con autorización de: Medscape (www.medscape.com)

El enrojecimiento intenso del mango del martillo, la periferia y la *pars flaccida* ocurren tempranamente en la otitis media. Cuando la infección está más avanzada se encuentra abombamiento de todo el tímpano.

6.2. ¿Cómo clasificar a la niña o al niño con problemas de oído?

Hay cuatro clasificaciones:

- Mastoiditis.
- Otitis Media Crónica.
- Otitis Media Aguda.
- No tiene problemas de oído.

Estas clasificaciones se pueden ver en el siguiente recuadro que se encuentra dentro del cuadro de procedimientos *EVALUAR Y CLASIFICAR*.

¿CÓMO CLASIFICAR A LA NIÑA O AL NIÑO CON PROBLEMAS DEL OÍDO?

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja. 	MASTOIDITIS	<ul style="list-style-type: none"> Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado. Dar la primera dosis de Paracetamol para el dolor. Internar o Referir URGENTEMENTE al establecimiento de salud de referencia.
<ul style="list-style-type: none"> Supuración visible del oído e información de que ésta comenzó hace 14 días o más. 	OTITIS MEDIA CRÓNICA	<ul style="list-style-type: none"> Secar el oído con mechas. Referir al establecimiento de salud de referencia.
<ul style="list-style-type: none"> Supuración visible del oído e información de que ésta comenzó hace menos de 14 días. Dolor de oído, o Tímpano está rojo (por otoscopia). 	OTITIS MEDIA AGUDA	<ul style="list-style-type: none"> Dar un antibiótico durante 7 días. Dar Paracetamol para el dolor. Secar el oído con mechas si hay supuración. Hacer el control 5 días después.
<ul style="list-style-type: none"> No hay tumefacción dolorosa detrás de la oreja, ni supuración visible, ni tímpano rojo. 	NO TIENE OTITIS NI MASTOIDITIS	<ul style="list-style-type: none"> Aconsejar a la madre sobre los cuidados de la niña y el niño en casa.

6.3. ¿Cómo tratar a la niña o al niño con Mastoiditis?

Es cuando la niña o el niño tiene tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja.

Tratamiento

Intérnelo o Refiéralo **URGENTEMENTE** al establecimiento de salud de referencia. Esta niña o este niño necesita tratamiento con antibiótico que debe ser aplicado antes de la referencia. Si no tolera vía oral, aplíquele Cloranfenicol o Penicilina G Sódica, de lo contrario use Amoxicilina o Cotrimoxazol, según los cuadros ya revisados anteriormente en otras enfermedades. Si hay mucho dolor adminístrele una dosis de Paracetamol. Muchas veces estos pacientes necesitan cirugía.

6.4. ¿Cómo tratar a la niña o al niño con Otitis Media Crónica?

Se usa esta clasificación, cuando la niña o el niño presenta supuración de oído por dos semanas o más.

Tratamiento

- Referir al hospital.
- Si no es posible la referencia inmediata enséñele a mantener el oído seco.

Casi todas las bacterias que causan la **OTITIS MEDIA CRÓNICA** son diferentes de las que causan infección aguda del oído. Por esta razón, los antibióticos de administración oral no

son generalmente eficaces contra las infecciones crónicas. No se recomienda que administre series reiteradas de antibióticos para un oído que supura.

El tratamiento más importante y eficaz para la **OTITIS MEDIA CRÓNICA** es mantener el oído seco mediante una mecha.

Para realizar este procedimiento la madre debe seguir las siguientes indicaciones:

- Usar un paño absorbente limpio, o papel de seda suave y fuerte, para formar la mecha. No usar un aplicador con algodón en la punta, un palo o papel delgado que se deshaga dentro del oído.
- Colocar la mecha en el oído de la niña o el niño hasta que la mecha se humedezca
- Cambiar la mecha húmeda por una limpia
- Repetir estos pasos hasta que la mecha salga seca. Entonces está seco el oído

Figura 20



Además debe informarle:

- Que debe limpiar el oído por medio de la mecha al menos 3 veces al día.
- Que debe usar este tratamiento cuantos días sea necesario hasta que la mecha ya no se humedezca y no salga pus del oído.
- *Que No* debe introducir nada en el oído (ni aceite o líquido ni otras sustancias) en el período entre los tratamientos con la mecha. *No* debe dejar nadar a la niña o al niño. *No* debe nadar, para evitar que le entre agua al oído.

Luego para corroborar si la madre entendió, debe hacer preguntas de verificación, tales como:

- «¿Qué materiales va a usar en la casa para hacer la mecha?»
- «¿Cuántas veces al día va a secar el oído con la mecha?»
- «¿Debe introducir algo distinto a la mecha en el oído?»

Si la madre piensa que tendrá problemas para secar el oído con la mecha, ayúdele a resolverlos.

Debe regresar a control en 5 días.

Después de 5 días:

- Reevaluar el problema de oído.
- Tomar la temperatura a la niña o al niño.

Luego elija el tratamiento de acuerdo con lo signos de la niña o el niño.

- Si palpa **tumefacción dolorosa detrás de la oreja** en comparación con el otro lado, la niña o el niño puede haber desarrollado Mastoiditis. Entonces ha empeorado y deberá ser internado o referido **URGENTEMENTE** al establecimiento de salud de referencia. Dar la 1ra. dosis de un antibiótico apropiado y paracetamol para el dolor.
- **Otitis media aguda:** si el enrojecimiento del tímpano o la secreción del oído persiste después de tomar un antibiótico por 5 días, trata a la niña o al niño con el mismo antibiótico por 5 días más. Pida a la madre que regrese después de 5 días para que pueda verificar si la infección del oído está mejorando.

Si el oído aún está supurando o ha comenzado a supurar después de la consulta inicial, muestre a la madre cómo secar el oído con mechas. Convénzala de la importancia de mantener el oído seco para que se cure.

- **Otitis media crónica:** verifique si la madre está secando el oído con una mecha de manera correcta. Para esto, pídale que describa o muestre cómo lo hace. Pregúntele con cuánta frecuencia puede secar el oído, qué problemas ha tenido al tratar de hacerlo y ayúdele a resolverlos. Aliéntela a continuar secando el oído con las mechas. Explíquele que es la única terapia eficaz para un oído que supura. Si no se seca el oído con las mechas, la audición podría disminuir. Referir a la niña o al niño al hospital.
- Si **no hay dolor de oído ni secreción**, elogie a la madre por sus cuidados y dígame que continúe administrándose hasta que complete los 7 días de tratamiento.

6.5. ¿Cómo tratar a la niña o al niño con Otitis Media Aguda?

Se usa esta clasificación cuando vea que sale pus del oído y ha habido supuración por menos de dos semanas, o si hay dolor de oído o el tímpano está rojo.

Tratamiento

Adminístrele un antibiótico apropiado, que en este caso puede ser cualquiera que se usa para tratar la neumonía: Paracetamol para aliviar el dolor de oído (o la fiebre alta). Seque el pus del oído por medio de una mecha.

Debe regresar a su control en 5 días. En esa consulta tiene que usar las mismas pautas que para Otitis Media Crónica.

6.6. ¿Cómo tratar a la niña o al niño que no tiene problemas en el oído?

Si no encuentra tumefacción dolorosa detrás de la oreja, ni supuración visible, ni tímpano rojo, entonces **NO TIENE PROBLEMAS EN EL OÍDO** y sólo aconseje a la madre sobre los cuidados de la niña o el niño en la casa.



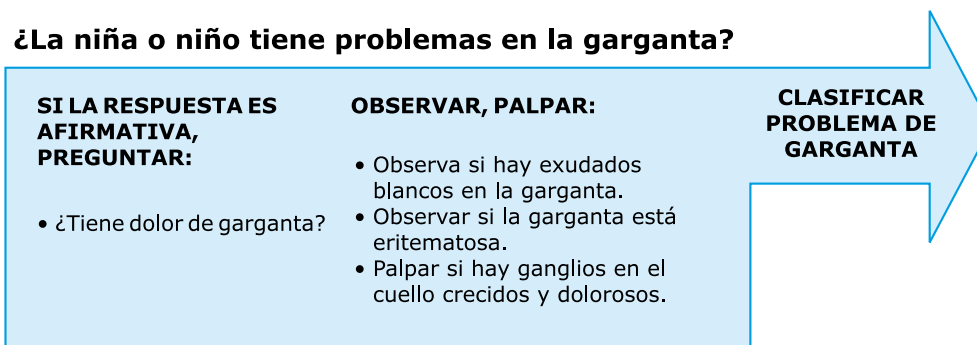
La Otitis Media Aguda puede llegar a afectar muy seriamente la salud de la niña o el niño. ¿Cuáles pueden ser las consecuencias de no diagnosticar y/o no tratar en forma adecuada y oportuna este problema? Discuta en grupo, cuáles derechos de las niñas y niños pueden ser vulnerados.

7. ¿CÓMO EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR A LA NIÑA O AL NIÑO CON PROBLEMAS EN LA GARGANTA?

La mayor parte de las infecciones Faringoamigdalinas agudas son de origen viral. La Faringoamigdalitis aguda supurada estreptocócica en general no es frecuente y no tiene complicaciones de fiebre reumática en niñas o niños menores de tres años. Esta complicación es más frecuente en niñas o niños en edad escolar. Para prevenirla es importante el tratamiento oportuno y adecuado.

7.1. ¿Cómo evaluar el problema de garganta?

Al iniciar la evaluación del Problema de Garganta, primero pregunta:



¿Tiene la niña o el niño dolor de garganta?

Si la madre responde que NO, anota su respuesta y NO evalúe en el niño el problema de garganta. Pasa al siguiente problema. Si la madre responde que SI, observe:

¿Hay exudados blancos en la garganta?

¿Está la garganta eritematosa?

Luego palpe para determinar si hay ganglios crecidos y dolorosos en el cuello

7.2. ¿Cómo clasificar a la niña o al niño con problemas en la garganta?

De acuerdo a los signos encontrados hay tres clasificaciones para el problema de garganta:

- Faringoamigdalitis aguda supurada.
- Faringitis viral.
- No tiene faringitis.

Observemos el siguiente cuadro:

¿CÓMO CLASIFICAR A LA NIÑA O AL NIÑO CON PROBLEMAS EN LA GARGANTA?

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Ganglios linfáticos del cuello crecidos y dolorosos, y • Exudado blanco en la garganta. 	FARINGO-AMIGDALITIS AGUDA SUPURADA	<ul style="list-style-type: none"> • Dar una dosis de Penicilina Benzatínica. • Dar un remedio inocuo para aliviar el dolor de garganta. • Si el dolor no cede o la niña o el niño tiene fiebre alta, dar Paracetamol.
<ul style="list-style-type: none"> • Garganta eritematosa o con exudados blancos, pero sin ganglios linfáticos crecidos y dolorosos. 	FARINGITIS VIRAL	<ul style="list-style-type: none"> • Dar un remedio inocuo para aliviar el dolor de garganta. • Si el dolor no cede o la niña o niño tiene fiebre alta, dar Paracetamol. • Aconsejar a la madre sobre los cuidados de la niña o niño en casa.
<ul style="list-style-type: none"> • No hay garganta eritematosa ni con exudados blancos, ni ganglios linfáticos crecidos y dolorosos. 	NO TIENE FARINGITIS	<ul style="list-style-type: none"> • Dar un remedio inocuo para aliviar la molestia de garganta.

7.3. ¿Cómo tratar a la niña o al niño con Faringoamigdalitis aguda supurada?

Administre una dosis de Penicilina Benzatínica, un remedio inocuo para aliviar el dolor de garganta y Paracetamol si hay dolor que no cede o fiebre alta.

Penicilina Benzatínica es una sal de Penicilina que es absorbida lentamente cuando se inyecta por vía intramuscular en una sola dosis, produciendo niveles en suero, prolongados (3 semanas) y bajos que son efectivos contra el estreptococo, que es el germen más frecuente en este tipo de patología. Sin embargo, estos niveles son ineficaces contra el *Haemophilus influenzae*, por lo cual no se debe usar para el tratamiento de la neumonía o de otitis media aguda. Se administra únicamente por vía intramuscular. Nunca se debe administrar por vía intravenosa. En las niñas o los niños de 2-4 años se da una dosis de 600,000 unidades.

- ▶ **Dar un antibiótico para Faringoamigdalitis aguda supurada**
- ▶ **Dar una dosis única intramuscular de Penicilina Benzatínica**

EDAD	DOSIS
2 años a 4 años	600,000 Unidades

- ▶ **La consulta de control es a los 5 días.**

7.4. ¿Cómo tratar a la niña o al niño con Faringitis viral?

Se clasifica así cuando se observa la garganta eritematosa, pero no se palpa ganglios linfáticos crecidos y dolorosos en el cuello.

Tratamiento

Estas niñas o estos niños necesitan un remedio inocuo para aliviar el dolor de garganta, pudiendo ser caseros o ser administrados en el Establecimiento de Salud o comprarse en la farmacia. Si el dolor no cede o la niña o el niño tiene fiebre alta debe recibir paracetamol.

Si una niña o un niño se alimenta exclusivamente de leche materna, no debe recibir otras bebidas o remedios.

Cuando explique cómo dar el remedio inocuo, no necesita observar a la madre cómo le da. La dosis exacta no es importante en este tratamiento.

7.5. ¿Cómo tratar a la niña o al niño que no tiene Faringitis?

En estos casos, la niña o el niño puede referir dolor, pero la garganta no está eritematosa. Debe recibir un remedio inocuo para aliviar esta molestia, como:

- Leche materna para niñas o niños alimentados exclusivamente con leche materna
- Para otras niñas o niños: remedios caseros inocuos, culturalmente aceptados en cada zona del país

No se recomiendan: Antitusígenos, antihistamínicos ni mucolíticos o expectorantes.



Lo invitamos a desarrollar los Ejercicios N° 9 y N° 10 que encontrará en su Cuaderno de Ejercicios.

8. ¿CÓMO EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR A LA NIÑA O NIÑO QUE TIENE DESNUTRICIÓN Y/O ANEMIA?

Una niña o un niño con desnutrición, aún la moderada, está más expuesto a numerosos tipos de enfermedades y a morir, por eso es importante su identificación y tratamiento. Los casos de desnutrición grave deben ser enviados a un centro de referencia para recibir tratamiento apropiado.

Un tipo de desnutrición es la **desnutrición proteíno-energética**. Esta se desarrolla cuando la niña o el niño no obtiene de sus alimentos suficiente energía o proteínas para satisfacer sus necesidades nutricionales. Una niña o un niño que ha tenido enfermedades con frecuencia también puede desarrollar desnutrición proteíno-energética. El apetito de la niña o del niño disminuye y el alimento que consume no se utiliza eficientemente.

En la desnutrición proteíno-energética:

- La niña o el niño puede sufrir emaciación grave, un signo de marasmo
- La niña o el niño puede desarrollar edema, un signo de kwashiorkor
- La niña o el niño puede tener talla baja para su edad o desnutrición crónica

Una niña o un niño cuya **dieta carece de las cantidades recomendadas de vitaminas y minerales esenciales** puede desarrollar deficiencia de estos micronutrientes.

- El consumo insuficiente de alimentos que contienen vitamina A puede traer como resultado la deficiencia de esta vitamina y en casos extremos causar ceguera. Si la niña o el niño además presenta sarampión y diarrea tiene mayor riesgo de morir.
- El consumo insuficiente de alimentos ricos en hierro puede llevar a la deficiencia de hierro y anemia. La **Anemia** consiste en la reducción de glóbulos rojos en la sangre y en la reducción de hemoglobina en cada glóbulo rojo. Una niña o un niño también puede desarrollar anemia como resultado de:
 - ◆ Infecciones
 - ◆ Parasitosis como uncinariasis o trichiuriasis. Estos pueden producir pérdida de sangre a través de los intestinos
 - ◆ Malaria, que puede destruir rápidamente los glóbulos rojos. Las niñas o los niños pueden desarrollar anemia lentamente si tienen episodios reiterados de Malaria, o si la Malaria se trató de manera inadecuada

La desnutrición y la anemia pueden afectar severamente la capacidad de aprendizaje de la niña y del niño, con lo cual pueden llevar a un bajo nivel de instrucción y a un empleo poco remunerado, reproduciendo la pobreza de generación en generación.

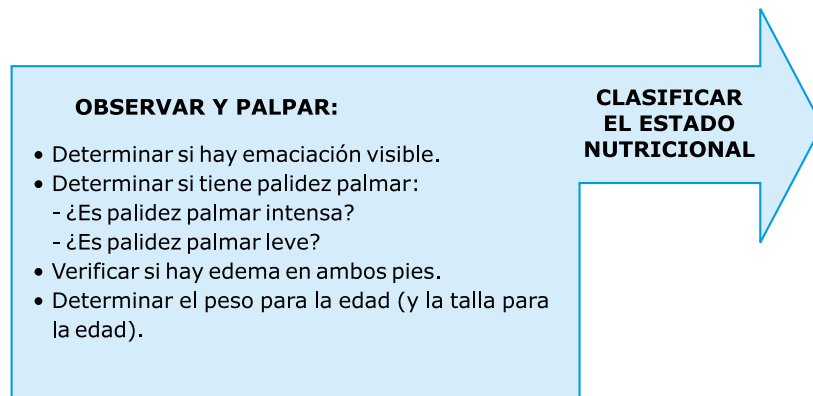
En el Perú 1 de cada 4 niñas o niños menores de 5 años tiene desnutrición crónica y 1 de cada 2 niñas o niños presenta anemia. Estos problemas difíciles de resolver, requieren de la acción coordinada de la familia, los servicios de salud y la comunidad.



Una de las Metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a las que el Perú se ha adherido, es la disminución de la desnutrición crónica en un 50% para el año 2015. ¿Qué comentarios tiene sobre la situación actual de la desnutrición infantil en nuestro país?

8.1. ¿Cómo evaluar si la niña o el niño tiene Desnutrición y/o Anemia?

En este recuadro **¿Cómo evaluar si la niña o el niño tiene desnutrición y/o anemia?**, que aparece en el cuadro de procedimientos EVALUAR Y CLASIFICAR, se describe cómo evaluar en una niña o en un niño la desnutrición y la anemia.



Determine si hay emaciación visible grave

Una niña o un niño con emaciación visible grave tiene marasmo, que es una forma de desnutrición grave. La niña o el niño está muy delgado y parece «hueso y pellejo». Las niñas o los niños con marasmo necesitan tratamiento y deben ser enviados a un centro de referencia. Algunas niñas o algunos niños son delgados pero no tienen marasmo

Para observar si hay marasmo, desvista a la niña o al niño. Observe si hay atrofia muscular en los hombros, brazos, nalgas y piernas y si se ve fácilmente el contorno de las costillas. Observe las caderas de la niña o el niño, parecen pequeñas si las compara con el tórax y el abdomen. Algunas veces el abdomen quizá esté grande y distendido.

Obsérvele de perfil para ver si falta grasa en las nalgas. Cuando la atrofia es extrema, hay numerosos pliegues de la piel en las nalgas y muslos: esta apariencia se conoce como el “signo del pantalón”, porque da la sensación que la niña o el niño está usando pantalones demasiado anchos.

Figura 21

Signos de emaciación visible grave (MARASMO)


Observe este niño con marasmo. Tiene brazos y piernas muy delgados. Además se observan los bordes de las costillas debido al adelgazamiento del niño.



Observe al mismo niño de costado. Los bordes de las costillas se observan más fácilmente. Además se ven las piernas muy delgadas y los brazos delgados.



Observe al mismo niño de espaldas. Las nalgas están tan pequeñas que se pueden ver los pliegues de la piel entre las nalgas y las piernas.

Fotografías adaptadas de: WHO, Integrated management of childhood illness, Photographs. WHO/CHD/97.3.L. Geneva: WHO, 1997

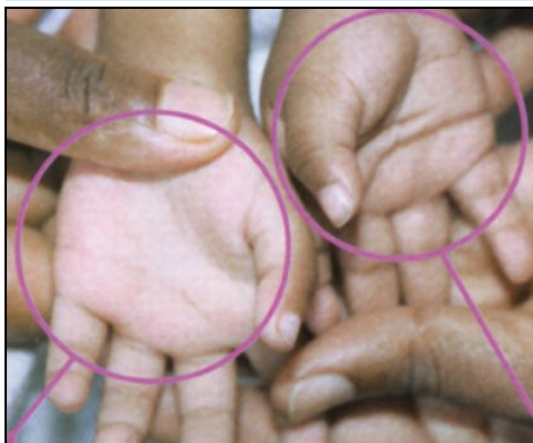
Determine si hay palidez palmar

La palidez de la piel es un signo de anemia

Para ver si la niña o el niño tiene palidez palmar, observe la palma de la mano manteniéndola ligeramente extendida. Si está pálida, la niña o el niño tiene palidez palmar leve. Si está tan pálida que parece blanca, la niña o el niño tiene palidez palmar intensa.

Figura 22

Cómo buscar si hay palidez palmar



La fotografía muestra dos palmas de manos extendidas, que son de dos niños diferentes. A la izquierda se observa una mano con palidez palmar. Este niño tiene anemia. A la derecha se observa en cambio, una mano con un color normal de la palma. Este niño no tiene anemia.

Fotografías adaptadas de: WHO. Integrated management of childhood illness. Photographs. WHO/CHD/97.3.L. Geneva: WHO, 1997



Lo invitamos a desarrollar el Ejercicio N° 11 que encontrará en su Cuaderno de Ejercicios.

Verifique si hay edema en ambos pies

Observe y palpe para determinar si la niña o el niño tiene edema en ambos pies. Presione suavemente con su dedo pulgar por unos segundos en el lado superior de cada pie. La niña o el niño tiene edema si le queda una marca en el pie cuando levanta su dedo pulgar. Puede tener Kwashiorkor, otra forma de desnutrición grave.

Figura 23

Cómo buscar si hay edema



Las fotografías muestran cómo se observan las piernas y los pies con edema. Además se observa cómo es el signo de la fóvea: se presiona unos segundos la piel y luego se suelta. Observe cómo se queda una zona deprimida donde estuvo el dedo presionando un rato antes.

Fotografías adaptadas de: WHO. Integrated management of childhood illness. Photographs. WHO/CHD/97.3.L. Geneva:WHO, 1997



Lo invitamos a desarrollar el Ejercicio N° 12 que encontrará en su Cuaderno de Ejercicios.

Después es importante que determine el peso para la edad y la talla para la edad

El peso para la edad permite detectar cambios nutricionales en el seguimiento de las niñas o los niños, siempre que se cuente con un número adecuado de controles. Es fácil de obtener; sólo necesita conocer el peso y la edad exacta de la niña o el niño.

La gráfica de peso para la edad que aparece en el Carné de Crecimiento y Desarrollo del Ministerio de Salud fue diseñada para evaluar en forma sistemática el crecimiento en peso de las niñas o los niños y se utiliza en combinación con la gráfica de talla para la edad, que permite evaluar si existe o no desnutrición crónica (enanismo nutricional).

Una vez determinado el peso y ubicándolo en la gráfica peso para la edad, se podrá definir si la niña o el niño tiene peso normal para la edad (> -2 Desviaciones Estándar (DE) y $< +2$ DE). Si el niño tiene registro de pesos previos, podrá también determinar si la curva está en

ascenso, si es plana, o si está en descenso, considerándose la curva plana o en descenso como RIESGO NUTRICIONAL, aún cuando los pesos se encuentren en el rango normal.

Nota: Para poder determinar si existe o no desnutrición aguda, es necesario evaluar el indicador de peso para la talla, lo que es recomendable hacer cuando hay desnutrición global (peso bajo para la edad).

Para determinar el peso para la edad:

- 1. Determine la edad de la niña o el niño en meses.**
- 2. Pese a la niña o al niño sin ropa o ropa muy liviana si aún no se le pesó ese día. Para ello use una balanza previamente calibrada.**
- 3. Utilice la gráfica peso para la edad del carné de crecimiento y desarrollo de la niña o el niño, recomendada actualmente por el Ministerio de Salud.**
 - Mire el eje vertical de la izquierda para ubicar la línea que muestra el peso de la niña o el niño.
 - Mire el eje horizontal del gráfico para ubicar la línea que muestra la edad de la niña o el niño en meses y días.
 - Mire el punto de la gráfica donde la línea para el peso se encuentra con la línea para la edad de la niña o el niño.
- 4. Decida su estado nutricional de acuerdo a los siguientes valores:**
 - Si el punto está entre $-2DE$ y $+2DE$, la niña o el niño tiene peso normal para su edad y no tiene desnutrición.
 - Si el punto está por debajo de $-2DE$, la niña o el niño tiene desnutrición.
 - Si el punto está por arriba de $+2DE$, la niña o el niño tiene sobre peso.
- 5. Si hay datos del peso en los controles anteriores, decida si la curva de peso para la edad está en ascenso, está plana, o está en descenso.**
 - Si la curva está en ascenso, **NO HAY RIESGO NUTRICIONAL.**
 - Si la curva está aplanada o en descenso, **HAY RIESGO NUTRICIONAL.**

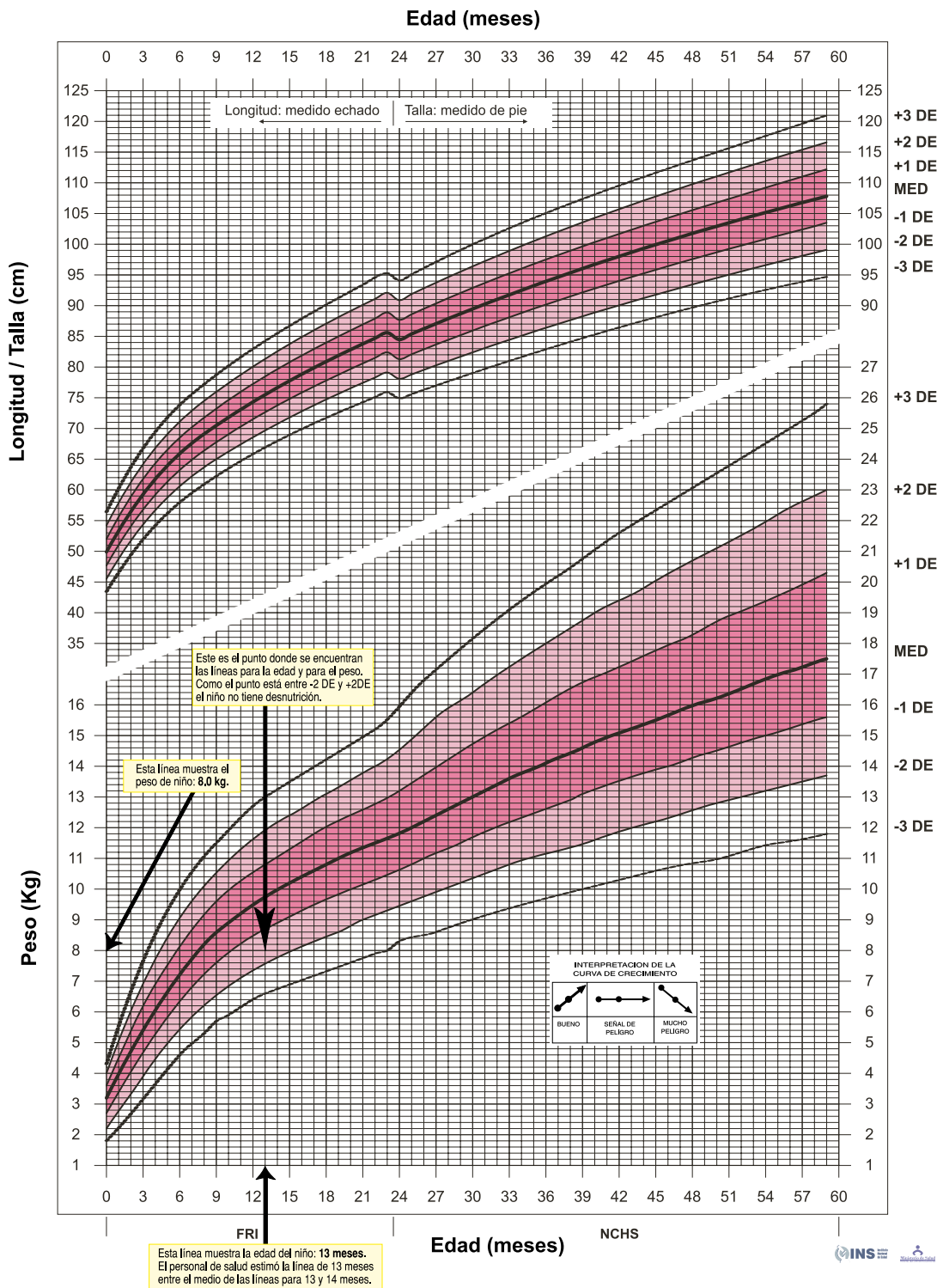
Ejemplo de cómo buscar en el carné de crecimiento el peso para la edad: Se trata de una niña que tiene 13 meses de edad y pesa 8.0 kg

Figura 24



CURVAS CRECIMIENTO NCHS

NIÑAS: LONGITUD/EDAD (0 a <2 años) y TALLA/EDAD (2 a <5 años) | PESO/EDAD (0 a <5 años)
Mediana y desviación estándar



8.2. ¿Cómo clasificar a la niña o al niño con Desnutrición y/o Anemia?

Es importante recordar que, aunque están frecuentemente asociados, no siempre una niña o un niño anémico tiene desnutrición y viceversa. Por ello se debe descartar ambos problemas en toda niña o todo niño menor de 5 años.

Hay tres clasificaciones para el estado nutricional de la niña o el niño. Ellas son:

- ▶ **Desnutrición Grave (Marasmo o Kwashiorkor) o Anemia Grave.**
- ▶ **Desnutrición Leve a Moderada o Anemia moderada o Riesgo Nutricional.**
- ▶ **No tiene Desnutrición, ni Riesgo Nutricional ni Anemia.**

Veamos en el recuadro de la siguiente página la clasificación de la niña o del niño con Desnutrición y/o Anemia.



Una niña o niño viviendo con desnutrición es la consecuencia de varios factores, entre ellos destacan el limitado acceso a alimentos nutritivos, las prácticas inadecuadas de alimentación en el hogar, inadecuada educación de la madre, servicios de salud deficientes y, políticas sociales poco efectivas.

¿CÓMO CLASIFICAR A LA NIÑA O AL NIÑO CON DESNUTRICIÓN Y/O ANEMIA?

SIGNOS	CLASIFICAR COMO	TRATAMIENTO (Los tratamientos de urgencia que se administran antes de la referencia del caso se indican en negritas)
<ul style="list-style-type: none"> • Emaciación visible grave o • Edema en ambos pies o • Palidez palmar intensa. • Desnutrición grave según la curva P/E en $< - 3DE$. 	<p>DESNUTRICIÓN GRAVE (MARASMO O KWASHIORKOR) O ANEMIA GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar vitamina A. • Internar o Referir URGENTEMENTE al establecimiento de salud de referencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Desnutrición según la curva de P/E: $< - 2DE$. • Curva de P/E aplanada o en descenso o • Palidez palmar leve. 	<p>DESNUTRICIÓN O RIESGO NUTRICIONAL O ANEMIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la alimentación de la niña o niño y aconsejar a la madre sobre la alimentación: <ul style="list-style-type: none"> - Si la alimentación es un problema, hacer consulta de control dos días después. - Si no es un problema, citar siete días después. • Incluir en un programa de complementación alimentaria, si tiene desnutrición moderada o grave. • Si hay palidez palmar leve (anemia leve): <ul style="list-style-type: none"> - Dar hierro previo tratamiento antiparasitario. - Dar mebendazol si la niña o el niño es mayor de 2 años y no ha tomado ninguna dosis en los últimos 6 meses. - Si existe riesgo de malaria, solicitar examen de gota gruesa y frotis. • Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato. • Si hay palidez, hacer una consulta de control 14 días después.
<ul style="list-style-type: none"> • No hay desnutrición según la curva P/E, ni riesgo nutricional, y no hay ningún otro signo de desnutrición, ni anemia. 	<p>NO TIENE DESNUTRICIÓN NI RIESGO NUTRICIONAL NI ANEMIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si la niña o niño es menor de 2 años, evaluar su alimentación y aconsejar a la madre sobre la alimentación: <ul style="list-style-type: none"> - Si la alimentación es inadecuada en cantidad, calidad y frecuencia, hacer una consulta de control 2 días después. • Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato.

8.3. ¿Cómo tratar a la niña o al niño con Desnutrición Grave (Marasmo o Kwashiorkor) o Anemia Grave?

Esta clasificación corresponde cuando la niña o el niño tiene emaciación visible grave (marasmo), edema en ambos pies (kwashiorkor) o palidez palmar intensa (anemia grave).

Tratamiento

Las niñas o los niños clasificados con **DESNUTRICIÓN GRAVE (MARASMO O KWASHIORKOR) O ANEMIA GRAVE** tienen mayor riesgo de muerte por neumonía, diarrea, sarampión y otras enfermedades graves. Estas niñas o estos niños necesitan ser referidos de urgencia al establecimiento de salud de referencia, donde el tratamiento puede vigilarse atentamente. Probablemente necesiten alimentación especial, antibióticos o transfusiones de sangre.

Antes que la niña o el niño sea referido, adminístrele una dosis de vitamina A, como ya se explicó anteriormente en el tratamiento de Probable Sarampión.

8.4. ¿Cómo tratar a la niña o al niño con Desnutrición leve a moderada o Riesgo Nutricional o Anemia?

Cuando la niña o el niño es clasificado como desnutrida(o) leve a moderado(a) de acuerdo a las gráficas de peso-edad del carné de crecimiento y desarrollo o presenta palidez palmar leve. Se incluye en esta clasificación al niño con Riesgo Nutricional, que presenta una curva de ganancia de peso plana o descendente o que esté entre -2DE y + 2DE .

Tratamiento

Estas niñas o estos niños también tiene el riesgo de desarrollar una enfermedad grave. Evalúe y aconseje a la madre sobre la alimentación de su hija o hijo de acuerdo con las recomendaciones siguientes:

- Debe preguntar a la madre para determinar cómo alimenta a su hija o hijo y así poder darle consejos pertinentes para su caso.
- Elógiela por las prácticas apropiadas y aconséjala si hubiera alguna de éstas que necesitan cambiar. Siempre utiliza lenguaje sencillo y al final haces preguntas de verificación para que se asegure que la madre aprendió. Los consejos acerca de la alimentación, los encontrará en “CONSEJOS ACERCA DE LA ALIMENTACION”.

Para evaluar la alimentación de la niña o el niño es muy útil seguir los pasos mostrados en el recuadro siguiente.

¿Cómo evaluar la alimentación de la niña o niño?

Hacer preguntas sobre la alimentación habitual de la niña o niño y, en particular, sobre la alimentación durante la enfermedad actual. Comparar las respuestas de la madre con los **Consejos para la alimentación**, según la edad de la niña o niño, que se presentan a continuación.

PREGUNTAR	<ul style="list-style-type: none"> ➔ ¿Cómo está alimentando a su bebe? <ul style="list-style-type: none"> • Si le da pecho a la niña o niño: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuántas veces le da de lactar durante el día? - ¿Le da pecho durante la noche? ¿Cuántas veces? • Si no le da pecho: ¿qué le da en lugar de su leche? ¿Cómo lo prepara? ¿Cuántas veces al día le da? ¿Usa biberón? ➔ ¿Come ya la niña o niño? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuántas veces por día? • ¿Qué comió el día de ayer: en la mañana, media mañana, mediodía, media tarde y en la noche? • ¿Consume carne, pescado o vísceras? ¿Con qué frecuencia en la semana? • ¿Consume frutas o verduras? ¿Con qué frecuencia en la semana? • ¿Qué usa para dar de comer a la niña o niño? ¿Usa biberón? • ¿De qué tamaño son las porciones que le da? ¿El niño recibe su propia porción? ¿Quién le da de comer a la niña o niño y cómo? ➔ ¿Durante la enfermedad, hubo algún cambio en la alimentación de la niña o niño? Si lo hubo, ¿cuál fue el cambio en relación a lo que come normalmente?
------------------	--

Si la niña o el niño tiene problemas de alimentación, debe retornar a su Control en 2 días.

Después de 2 días:

- Revalúe la alimentación de la niña o el niño mediante los pasos que figuran en el recuadro superior.
- Consulte la historia de la niña o el niño o la nota de consulta de control para obtener la descripción de cualquier problema de alimentación encontrado en la primera consulta y los consejos previos. Pregúntele a la madre cómo ha estado siguiendo los consejos.
- Aconséjele a la madre acerca de cualquier problema de alimentación nuevo o persistente. Si se recomienda a la madre que haga cambios importantes en la alimentación, citarla para una evaluación de control de su niña o niño.
- Si no hay un problema de alimentación debe regresar a los 7 días.

Después de 7 días:

Para evaluar a la niña o al niño, péselo y determine en la gráfica peso para la edad del carné de crecimiento y desarrollo si el peso está mejorando. También revalúe la alimentación haciéndole a la madre las preguntas que se encuentran en el recuadro superior.

- Si la niña o el niño **tiene una curva ascendente de peso o si no tiene desnutrición**, elogie a la madre, porque los cambios introducidos en la alimentación de la niña o el niño están ayudando. Aliéntela a que continúe alimentando así a su bebe.

- Si la niña o el niño tiene aún un peso bajo para la edad, aconseje a la madre acerca de cualquier problema de alimentación encontrado. Enséñele a alimentar a la niña o al niño con los alimentos apropiados para su edad y a ofrecérselos con suficiente frecuencia.

Pida a la madre que lleve otra vez a la niña o al niño al cabo de un mes. Es importante evaluar la nutrición y alimentación de la niña o niño todos los meses para aconsejar y alentar a la madre hasta que se esté alimentado bien y aumentando regularmente de peso o ya no tenga peso bajo.

Si continúa sin aumentar de peso o incluso está bajando de peso y no hay probabilidad de que se introduzcan cambios en la alimentación, refiéralo al establecimiento de salud de referencia y si es posible a un programa de apoyo a la alimentación.

Si la niña o el niño presenta palidez palmar leve puede tener anemia (no grave). Trate a la niña o al niño con hierro según el cuadro siguiente:

Dar Hierro

- Dar una dosis por día durante 6 meses (1 mg/Kg de hierro elemental) una hora antes de los alimentos.

EDAD O PESO	HIERRO EN JARABE Sulfato o glucomato ferroso 75 mg por 5 ml (15 mg hierro elemental por 5 ml)	HIERRO EN GOTAS 130 mg de sulfato ferroso por ml (26 mg de hierro elemental)
2 a 3 meses (4 - <6Kg)	3 ml	8 gotas
4 a 11 meses (6 - <10Kg)	6 ml	12 gotas
1 a 2 años (10 - <15Kg)	8 ml	18 gotas
3 a 4 años (15 - <16Kg)	10 ml	24 gotas

Entréguele a la madre hierro suficiente para asegurar el tratamiento. Dígale que le dé una dosis diaria a la niña o al niño durante los próximos 14 días y que luego regrese para su control y para recibir más hierro hasta completar 6 meses de tratamiento. Recuérdele que el hierro puede poner negras las heces de su niña o niño, y que eso no debe preocupar.

Dígale además, que guarde el hierro fuera del alcance de las niñas o los niños. Una sobredosis puede ser mortal o ponerlo muy enferma(o).

Recomiende a la madre que si la niña o el niño no tolera la dosis única, puede dividirla en dos tomas.

Si una niña o un niño con palidez palmar está recibiendo antimalárico Sulfadoxina-Pirimetamina (Fansidar), NO le dé comprimidos de hierro/folato hasta la consulta de control en dos semanas, ya que éste puede interferir con la acción del antimalárico.

Es importante que la madre entienda que debe traer a la niña o al niño para su control, ya sea por la palidez palmar leve como por el peso muy bajo, al cabo de 14 días. Para esta consulta debes seguir las siguientes instrucciones:

Después de 14 días:

- Evalúe la ganancia de peso y la mejora de la anemia.
- Pregunte sobre el cumplimiento de la toma de hierro. Si es mal tolerado, aconséjele que divida la dosis diaria en 2 tomas.
- Déle el suplemento de hierro.
- Déle instrucciones para que vuelva 14 días después para el seguimiento respectivo.
- Continúe administrando hierro cada 14 días durante 2 meses.
- Si presenta palidez palmar después de 2 meses, refiéralo al establecimiento de salud de referencia.

Si hay riesgo de Malaria, solicite examen de gota gruesa y frotis, ya que la anemia puede ser causada por ésta enfermedad.

También puede haber anemia por problemas de *uncinariasis* o *trichiuriasis*, que ocasionan pérdida de hierro a través del sangrado intestinal. Si la niña o el niño vive en una zona de selva o procede de esas zonas, administre **Mebendazol** 500 mg en dosis única, es decir un comprimido de 500 mg o cinco comprimidos de 100 mg ; y luego dar esquema terapéutico con Sulfato ferroso.

- Si la niña o el niño con anemia tiene 2 años o más y no ha recibido una dosis de Mebendazol en los últimos 6 meses

Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato.

Recuerde que la suplementación con hierro es por 6 meses.

8.5. ¿Cómo tratar a la niña o al niño que no tiene Desnutrición ni Riesgo Nutricional ni Anemia?

Si el peso para la edad de la niña o el niño se encuentra dentro de los límites normales en el carné (-2DS a +2DS), no tiene una curva de peso para la edad aplanada o en descenso, la ganancia de peso es adecuada y no hay otros signos de desnutrición ni palidez palmar, clasifíquelo como NO HAY DESNUTRICIÓN NI RIESGO NUTRICIONAL NI ANEMIA.

Tratamiento

Si la niña o el niño tiene menos de 2 años de edad, evalúe su alimentación ya que a esta edad corre un riesgo más alto que las niñas o los niños mayores de tener problemas de alimentación y desnutrición. Aconseje a la madre que alimente a su hija o hijo de acuerdo con las recomendaciones que aparecen en “CONSEJOS ACERCA DE LA ALIMENTACIÓN”. Si

las curvas de peso para la edad y talla para la edad tienen tendencia creciente, elogie a la mamá y anímela a traer a sus controles periódicos a la niña o al niño.

Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato si hay problemas.

8.6. Evaluación de la talla para la edad para identificar la Desnutrición Crónica

La evaluación de la talla de la niña o el niño permite identificar si tienen desnutrición crónica. La desnutrición crónica afecta tanto el crecimiento longitudinal de las niñas o niños, como su capacidad para el aprendizaje y el rendimiento de la actividad física.

Por esta razón es muy importante evaluar periódicamente la talla y compararlo con las curvas de crecimiento para niñas o niños. Se requiere prevenir la desnutrición crónica.

La magnitud de la desnutrición crónica es un marcador del desarrollo social y económico de una sociedad. En el país en los últimos 10 años la desnutrición crónica se ha mantenido estacionaria y alrededor de 25% de niños menores de 5 años tiene desnutrición crónica, la que es mucho más elevada en la población rural.

La reducción de la desnutrición crónica oficialmente forma parte de la política de estado a partir del año 2006 y se han fijado metas a alcanzar al finalizar el presente quinquenio. Para el año 2011 se espera reducir 9 puntos porcentuales en relación a lo encontrado en la ENDES 2004.

La determinación de la talla es un proceso más complejo que la determinación del peso de la niña o niño. Se requiere la participación activa de 2 personas entrenadas para una adecuada determinación de la talla. El Ministerio de Salud ha publicado la Guía para la Antropometría que debería consultarse con este propósito.

La atención integral de salud del niño está encaminada a evitar la desnutrición crónica o reducir su prevalencia, pues una vez que la niña o el niño la presenta, es muy poco lo que se puede hacer para rehabilitarlo.

¿Cuándo decimos que la niña o el niño tiene desnutrición crónica?

- Si la talla para la edad de la niña o el niño está por debajo de $-2DE$ se considera que presenta desnutrición crónica.

Es importante hacer el monitoreo sistemático de la talla para la edad. Para determinar la causa de que una niña o un niño esté creciendo por debajo de lo recomendado sería bueno que se le refiera a un establecimiento que pueda realizar la evaluación médica y los exámenes auxiliares pertinentes.



Lo invitamos a desarrollar los Ejercicios N° 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19 que encontrará en su Cuaderno de Ejercicios.

Sección 3

Atención de las niñas y los niños de cero a 2 meses de edad

1. ¿CUÁLES SON LOS PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN INMEDIATA A LA NIÑA O NIÑO AL NACER?

ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL

En todos los casos, antes del parto indagar sobre los antecedentes del embarazo y el trabajo del parto de ser posible asistir el parto o indagar inmediatamente después del mismo acerca de las condiciones en que ocurrió el nacimiento.

ANTES DEL NACIMIENTO:

- EN EL PARTO DEBE ESTAR PRESENTE AL MENOS DOS PERSONAS CAPACITADAS EN ATENCIÓN AL RECIEN NACIDO Y EN REANIMACIÓN NEONATAL.
- PREPARAR EL AMBIENTE Y LOS EQUIPOS: (VERIFICAR SU FUNCIONAMIENTO).

Ambiente de atención inmediata en sala de partos (T 24° C)

EQUIPAMIENTO

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Fuente de calor. • Mesa de reanimación. • Dos toallas con campos secos y tibios. • Perilla de goma y sonda nasogástrica. • Bolsa autoinflable con reservorio. • Mascarillas de resucitación. • Estetoscopio neonatal. | <ul style="list-style-type: none"> • Fuente de oxígeno. • Guantes. • Reloj con segundero. • Balanza pediátrica con platillo. • Tallimetro de mesa o cinta métrica. • Jeringa con aguja. • Laringoscopio pediátrico. • Hojas recta 1 y 0. • Tubo endotraqueal Nro 2, 2.5, 3 y 3.5 Fr. | <ul style="list-style-type: none"> • Oxímetro de pulso. • Incubadora de transporte. • Termómetro ambiental. • Termómetro clínico. <p>MEDICAMENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reactivos para Grupo-factor Rh, y para TSH. • Gotas oftálmicas: Solución de Credé. • Fitomenadiona (Vitamina K). |
|---|---|---|

LAVARSE LAS MANOS (REVISAR EL PROCEDIMIENTO ESPECIFICO EN LA SECCIÓN 3)

La disponibilidad de equipamiento y medicamentos es responsabilidad del personal de salud de acuerdo a categorización y funciones. (RM292-NTS040-2006: ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA Y EL NIÑO).

1.1. ¿Cómo evaluar la condición del la niña o niño al nacer?

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

¿Por qué atender el parto de la mamá significa atender a más de una persona?



Darle importancia al Bebé significa valorarlo en su real dimensión como ciudadano con derechos desde su nacimiento. El recién nacido también es un ser humano aunque sólo pese 3 kilos o menos. Su valor como persona no está en proporción a su peso.

Primero, **evalúe si la condición es grave.**

PREGUNTAR:

- **¿Hubo ruptura prematura de membranas?**

La vía ascendente es la principal vía de contaminación del feto antes y durante el trabajo de parto, por lo que la ruptura prematura de membranas (RPM) incrementa el riesgo de infección neonatal. Rupturas de membranas de más de 18 horas representan mayor riesgo.

- **¿La madre ha tenido o tiene fiebre?**

La fiebre materna se relaciona en un alto porcentaje con infección materna y también con sepsis neonatal y mortalidad elevada, principalmente en Bebés prematuros y / o de bajo peso al nacer.

- **¿La madre tuvo problemas de salud durante el embarazo?**

Existen patologías que no siempre son investigadas, debido a que no encuadran en la categoría de “graves”, pero pueden tener repercusión negativa en la condición del Bebé, como los problemas respiratorios o urinarios, desnutrición o anemia, entre otros.

- **¿Hubo líquido con meconio?**

En algunos casos en que el parto no fue observado, la madre puede referir que el líquido amniótico tuvo una coloración verdusca, lo que debe ser evaluado con la condición al nacer, porque la niña o el niño puede aspirar este líquido en condiciones de asfixia, y presentar dificultad respiratoria severa.

LUEGO, OBSERVAR:

- **Coloración azulada o muy pálida de la piel**

Los Bebés sanos pueden tener coloración rosada pero no es necesario que se observe en todo su cuerpo. La cianosis en manos y pies (denominada acrocianosis) o la palidez leve pueden ser transitorias en el proceso de adaptación. La cianosis en todo el cuerpo o la palidez severa SI ameritan reanimación urgente, estabilización y traslado inmediato.

- **Respiración ausente, dificultosa o jadeante**

No es urgente medir la frecuencia respiratoria, sino observar el tipo de respiración. Si la niña o el niño no respira espontáneamente, se debe iniciar reanimación urgente y si la respiración es irregular, dificultosa o jadeante, se le clasifica como condición grave y requiere estabilización (según capacidad resolutive del establecimiento) y traslado urgente.

- **Llanto ausente o débil**

El llanto del Bebé debe ser fuerte. Si está ausente o es débil debe considerarse como signo de condición grave. Este signo debe ser evaluado junto con la respiración.

- **Tono muscular ausente o disminuido**

Los Bebés a término (> 37 semanas de gestación), presentan un buen tono muscular, manteniendo las piernas y brazos en flexión. El tono muscular disminuido o flacidez se puede observar en los Bebés prematuros, y cuando se observa en los Bebés a término, se asocia generalmente con una condición grave al nacer.

- **Malformaciones congénitas mayores**

Algunas malformaciones congénitas son incompatibles con la vida o pueden producir alteraciones en el color y la respiración del Bebé, (hernia diafragmática o cardiopatía congénita), requiriéndose atención de urgencia, para su estabilización y traslado a un centro especializado.

- **Signos de infección intrauterina**

La infección intrauterina relacionada principalmente al TORCH (toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes y otras como sífilis y VIH) se puede manifestar con: microcefalia, petequias, equimosis, lesiones de piel, cataratas, etc. Si la niña o el niño tienen alguna de estas características deben ser referidos a un establecimiento de salud de referencia para su diagnóstico y tratamiento.

- **Si hubo trauma al nacimiento**

Cuando hay desproporción en el tamaño del feto (por ejemplo muy grande para su edad gestacional o macrosómico) o se encuentra en una posición anómala, puede sufrir traumas al nacimiento como: fracturas, parálisis, hemorragia intracraneana, cefalohematomas, hematomas y equimosis. El parto instrumentado (como el fórceps mal colocado) puede provocar heridas, laceraciones o fracturas en los puntos de presión.

DETERMINAR:

La frecuencia cardiaca

En un Bebé sano y vigoroso la frecuencia cardiaca debe ser mayor de 100 latidos por minuto. Una frecuencia menor de 100 o ausente requiere de reanimación urgente. Puede usar un estetoscopio para contar la frecuencia cardiaca o puede contar los latidos del cordón umbilical (haciendo una pinza con su pulgar e índice en la base del cordón). Al contar la frecuencia en 6 segundos y multiplicándolo por 10 tendrá un estimado rápido de las pulsaciones por minuto.

Ej. 8 en 6 seg = 80 x minuto.

El peso y la edad gestacional

Tanto el peso como la edad gestacional al nacimiento tienen una relación inversa con la morbilidad y mortalidad neonatal; es decir que: a menor peso y / o menor edad gestacional, hay generalmente mayor morbilidad y mayor mortalidad.

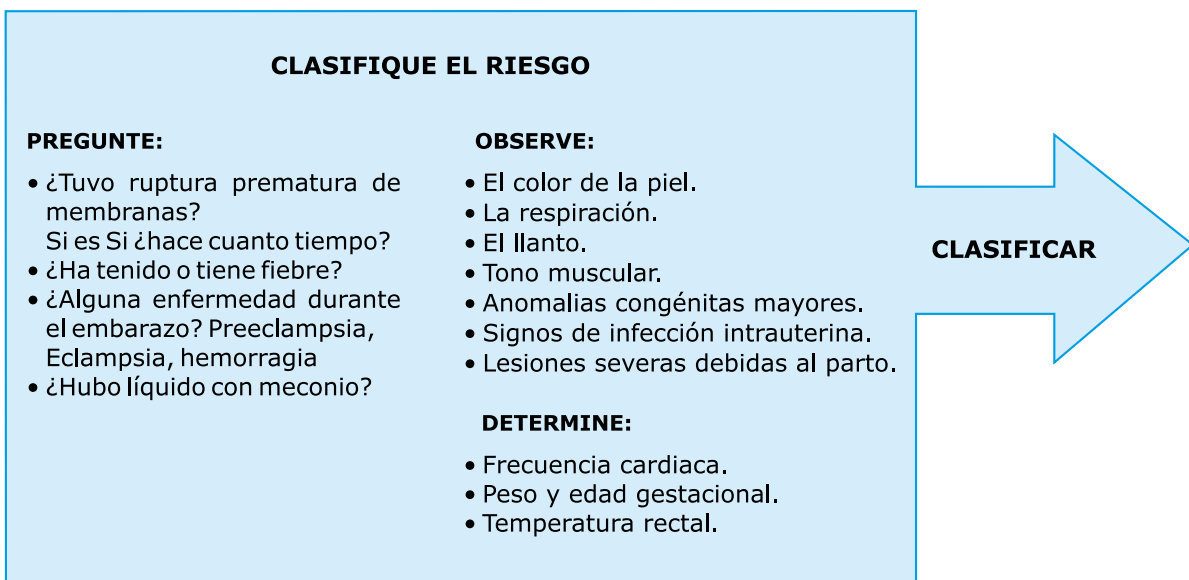
Temperatura rectal

Nota:

Existen exámenes auxiliares importantes, que deben ser solicitados de ser posible en la primera consulta de la madre al establecimiento de salud, durante sus controles prenatales, y que pueden tener repercusión en el Bebé: Grupo sanguíneo y Factor Rh, Hemoglobina / hematocrito, examen de orina, glicemia, RPR, VDRL, gota gruesa (en zona endémica de malaria), ELISA - VIH (con consentimiento de la gestante), Papanicolau (si corresponde), Ag. Superficie Hepatitis B.

PREGUNTE → OBSERVE → DETERMINE → CLASIFIQUE

Evaluar el riesgo al nacer



El ambiente térmico adecuado para el Bebé es de $> 24^{\circ}\text{C}$ sin corriente de aire en la sala de partos.

1.2. ¿Cómo clasificar la condición de la niña o niño al nacer?

Todos los Bebés tienen un riesgo al nacer, incluso aquellos que pesan más de 2,500 gramos y los que son mayores de 37 semanas de gestación.

Para realizar la clasificación, use los antecedentes y los signos de peligro, utilizando para ello el Cuadro de Procedimientos “**CUADRO DE CLASIFICACIÓN DE LA CONDICIÓN AL NACER**”.

CONDICIÓN GRAVE AL NACER (Hilera de color rojo)

Clasifique la condición al nacer de la o del Bebé como **CONDICIÓN GRAVE AL NACER** si presenta uno o más de los signos siguientes: Líquido amniótico con meconio, no respira espontáneamente ni llora vigorosamente, tono muscular disminuido, frecuencia cardíaca menor de 100 por minuto, cianosis central o palidez severa.

Si está atendiendo el nacimiento de un Bebé que es clasificado como **CONDICIÓN GRAVE AL NACER**, no pierda el tiempo en evaluarlo completamente. Si no respira, inicie reanimación de inmediato. En los otros casos, inicie oxigenoterapia y refiéralo **URGENTEMENTE** a una unidad de cuidados intensivos, según las Normas de Estabilización antes y durante el Transporte (Ver Cuadro de Procedimientos).

Si la o el Bebé no nacen vigorosas o vigorosos y existe presencia de líquido meconial espeso, es importante **NO** aspirar boca ni faringe en el canal del parto, sino proceder de inmediato a la intubación para aspirar el contenido traqueal (**ver esquema de reanimación neonatal**).

ALTO RIESGO AL NACER (Hilera de color rojo)

Las Bebés y los Bebés clasificados como de **ALTO RIESGO AL NACER** son aquellas o aquellos que aunque no han nacido deprimidos o con una condición grave tiene uno o más factores de riesgo que necesitan atención y referencia **URGENTE** para observación permanente y atención por personal entrenado.

Clasifique la condición de la o el Bebé como **ALTO RIESGO AL NACER**, si tiene: peso menor de 2500 gramos, edad gestacional menor de 37 semanas, alguna malformación congénita mayor, fiebre materna, RPM mayor de 18 horas (o líquido verde espeso), palidez moderada, signos de infección intrauterina, trauma al nacimiento, o si existen problemas de salud de la madre sin tratamiento.

MEDIANO RIESGO AL NACER (Hilera de color amarillo)

Clasifique la condición de la o el Bebé como **MEDIANO RIESGO** si recibió algún tratamiento de reanimación y se recuperó rápidamente, hay Ruptura de membranas entre 12 y 18 horas o si existen problemas de salud de la madre pero están en tratamiento.

Las niñas o los niños al nacer deben tener contacto piel a piel con su madre e iniciar alimentación con leche materna. Estas y estos Bebés pueden complicarse con una patología grave por lo que se les debe dar control adecuado, y ser referidos a consulta médica.

BAJO RIESGO AL NACER (Color verde)

Clasifique la condición de la o el Bebé como **BAJO RIESGO AL NACER** si se encuentran rosadas o rosados, con llanto fuerte, respiración regular, activo, con una frecuencia cardíaca mayor de 100 latidos por minuto, peso mayor de 2500 gramos, su edad gestacional es mayor de 37 semanas y que no ha sido clasificado en las filas roja o amarilla.

Estos Bebés necesitan contacto inmediato con su madre e inicio de alimentación con leche materna. Se orientará a la madre sobre estimulación y cuidados en el hogar, informarle sobre signos de peligro, y citar al bebé para su control en 7 días.

UTILIDAD DEL PUNTAJE APGAR PARA CLASIFICAR RIESGO AL NACER:

El puntaje de APGAR es considerado un criterio de diagnóstico de asfixia cuando permanece entre 0 a 3 en los primeros 5 minutos de vida. En las mismas Guías Neonatales del MINSA este puntaje también es considerado como factor de riesgo para neumonía congénita cuando es menor de 3 a los 5 minutos.

El Test o Puntaje de APGAR consta de 5 parámetros, cada uno con puntaje de 0, 1 ó 2 (máximo 10 puntos). Si es mayor o igual a 7 se registra al minuto y a los 5 minutos. Si es menor de 7, se registra también el puntaje a los 10 y 15 minutos.

PUNTAJE DE APGAR

SIGNO	0	1	2
Latidos cardíacos por minuto	Ausente	Menos de 100	100 ó más
Respiración	Ausente	Irregular	Regular ó llanto
Tono muscular	Flacidez	Flexión moderada de extremidades	Movimientos activos
Irritabilidad refleja	Sin respuesta	Muecas	Llanto vigoroso
Color de piel y mucosa	Palidez o cianosis generalizada	Cianosis distal	Rosado

CUADRO DE CLASIFICACIÓN DE LA CONDICIÓN AL NACER

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>UNO O MÁS SIGNOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Líquido amniótico con meconio. • No respira espontáneamente ni llora vigorosamente. • Tono muscular disminuido. • Frecuencia cardíaca menor de 100 x minuto. • Cianosis central o palidez severa. 	<p>CONDICIÓN GRAVE AL NACER</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar reanimación URGENTE según el cuadro «Procedimientos de Reanimación Neonatal». • Si hay líquido meconial: <ul style="list-style-type: none"> - Intraparto: Al salir la cabeza, NO ESTA INDICADO succionar boca, laringe y nariz. - Postparto inmediato: Si nace deprimido, aspiración y succión endotraqueal, antes de ventilación.
<p>UNO O MÁS SIGNOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso al nacer < 2,000 g ó > 4000 g. • Edad gestacional < de 36 sem. • Malformación congénita mayor. • Fiebre materna. • RPM > 18 horas (o líquido verde y espeso). • Palidez moderada. • Signos de infección intrauterina. • Trauma al nacimiento. • Problemas de salud materna sin tratamiento. 	<p>ALTO RIESGO AL NACER</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto piel a piel con la madre. • Iniciar lactancia materna, si es posible. • Mantenerlo abrigado. • Si hay RPM > 18 horas, inicie primera dosis de los antibióticos recomendados. • Referir URGENTEMENTE al establecimiento con capacidad resolutive, siguiendo las Normas de Estabilización y Transporte de RN. • Verificar cumplimiento de cuidados de RUTINA Y OBSERVACIÓN del RN.
<ul style="list-style-type: none"> • Edad gestacional 36-37 sem. • Peso de 2,000-2,500 g ó Mayor de 4000 g. • Procedimientos de reanimación con recuperación rápida. • Ruptura de membranas entre 12 y 18 horas. • Problemas de salud materna en tratamiento. 	<p>MEDIANO RIESGO AL NACER</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto piel a piel con la madre. • Iniciar lactancia materna. • Aconsejar a la madre que lo mantenga abrigado. • Verificar cumplimiento de cuidados de rutina del RN. • Referir a consulta médica luego del alta.
<ul style="list-style-type: none"> • Rosado. • Llanto fuerte. • Respiración regular. • Activo. • FC > 100 por minuto. • Peso > 2,500 gramos. • EG > 37 semanas. 	<p>BAJO RIESGO AL NACER</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto piel a piel con la madre. • Iniciar lactancia materna. • Verificar cumplimiento de cuidados de rutina del RN. • Orientar a la madre sobre estimulación y cuidados del RN en casa e informar sobre signos de peligro. • Vacunar al RN. • Citar a consulta para control en 7 días.

1.3. ¿Cómo proporcionar los Cuidados Inmediatos a toda niña o niño?

Los **Cuidados Inmediatos**, son los procedimientos que se deben proporcionar a **TODO** Bebé, en el momento al nacer. Estos cuidados incluyen,

Figura 25 (secuencia de 9 fotos)

PRIMERO:



Secarlo con una toalla o campo limpio y tibio y cambiarlo por otro.



Contacto inmediato piel a piel con su madre por 30 minutos.



Cortar y ligar el cordón umbilical con un instrumento esteril.

LUEGO:

24°C



Valorar el APAGAR al minuto y 5 minutos.



Bajo la fuente de calor, colocar pulsera de identificación y realizar pelmatoscopia.



Pelmatoscopia.



Aplicar un antiséptico oftálmico (de preferencia Nitrato de plata).



Aplicar 0.5 mg de vitamina K, IM en $\leq 2,500$ g y 1 mg en $> 2,500$ g.



Pesarlo, medir talla y circunf. cefálica.



Tomar temperatura
rectal.



Determinar la edad
gestacional.

El ambiente térmico adecuado para el Bebé es de $> 24^{\circ} \text{C}$ sin corriente de aire en la sala de partos. Es importante terminar con la identificación, credé, konakió, además de peso y talla de acuerdo a las normas de atención del recién nacido (*Consultar Guías de Atención del Recién Nacido – DGSP MINSA enero 2007*).



El uso de guía de la atención a la madre y el recién nacido le permitirá aplicar criterios uniformes, basados en evidencias científicas, y por tanto ofrecer un servicio de salud de buena calidad.

1.4. ¿Cuáles son los métodos para estimar la edad gestacional?


















Existen diferentes métodos para determinar la edad gestacional en los Bebés. El método más exacto para determinar la edad gestacional es la Fecha de la Última menstruación (FUM), sin embargo, muchas veces no se cuenta con esa información o ésta no es exacta.

En estos casos se pueden utilizar signos físicos y neurológicos en el RN, como el que se presenta en el Cuadro de Procedimientos, el cual es un método práctico y que no requiere de mucha experiencia para realizarlo. Es el método de Capurro, que se basa en la clasificación completa publicada por Dubowitz pero simplificado, utilizando únicamente 5 características físicas que estiman con buena precisión la edad gestacional.

Cada una de las características tiene varias opciones de puntuación de la que debe elegir la que corresponda. La suma de esos puntajes será la que determine la edad gestacional mediante el siguiente cálculo:

Se suman los puntajes totales de las 5 características. Al resultado obtenido se le suma 204 (que es una constante) y el resultado se divide entre 7 (que es el número de días).

MÉTODO DE CAPURRO PARA VALORAR EDAD DEL BEBÉ

DETERMINE LA EDAD GESTACIONAL POR FUM, O ESTIME:					
FORMA DE LA OREJA	Chata-deforme pabellón no incurvado.  0	Pabellón parcialmente incurvado en la parte superior.  8	Pabellón incurvado en toda la parte superior.  16	Pabellón totalmente incurvado.  24	
TAMAÑO DE LA GLÁNDULA MAMARIA	No palpable.  0	Palpable menor de 5 mm.  5	Palpable entre 5 y 10 mm.  10	Palpable mayor de 10 mm.  15	
FORMACIÓN DEL PEZON	Apenas visible, sin areola.  0	Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata.  5	Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada. Borde NO levantado.  10	Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada. Borde levantado.  15	
TEXTURA DE LA PIEL	Muy fina y gelatinosa. 0	Fina, lisa. 5	Más gruesa. Desacamación superficial discreta. 10	Gruesa. Grietas superficiales. Desacamación en manos y pies. 15	Grietas gruesas, profundas, apergaminadas. 20
PLIEGUES PARLANTES	Sin pliegues. 0	Marcas mal definidas en la mitad anterior. 5	Marcas bien definidas en la mitad anterior. Surcos en la mitad anterior. 10	Surcos en la mitad anterior. 15	Surcos en más de la mitad anterior. 20
Surcos. Líneas bien definidas. Líneas mal definidas.	 0	 5	 10	 15	 20

Fuente: Capurro H., Konichezky S. y col. Buenos Aires. Nov 1972. Tomado de Manual AIEPI neonatal (OPS/OMS)

Ejemplo, si un Bebé tiene las siguientes características:

CARACTERISTICAS	EL RECIEN NACIDO TIENE	SU PUNTAJE SERA
FORMA DE LA OREJA	Pabellón parcialmente incurvado en el borde superior	8
TAMAÑO GLANDULAR	Palpable entre 5 y 10 mm	10
FORMACIÓN DEL PEZÓN	Diametro mayor de 7.5 mm Aréola punteada, Borde	10
TEXTURA DE LA PIEL	Más gruesa descamación superficial discreta	10
PLIEGUES PLANTARES	Marcas mal definidas en la mitad anterior	5
TOTAL DE PUNTOS		43

Se utiliza la **fórmula:**

(Total de puntos + 204) / 7 (días) = Semanas de Gestación

$(43 + 204) \div 7 = \text{¿? Semanas}$

$247 \div 7 = 35 \text{ Semanas}$

(El método tiene un error de + / - una semana)



Lo invitamos a desarrollar el Ejercicio N° 20, que encontrará en su Cuaderno de Ejercicios.

1.5. ¿Cómo determinar el peso para la edad gestacional?

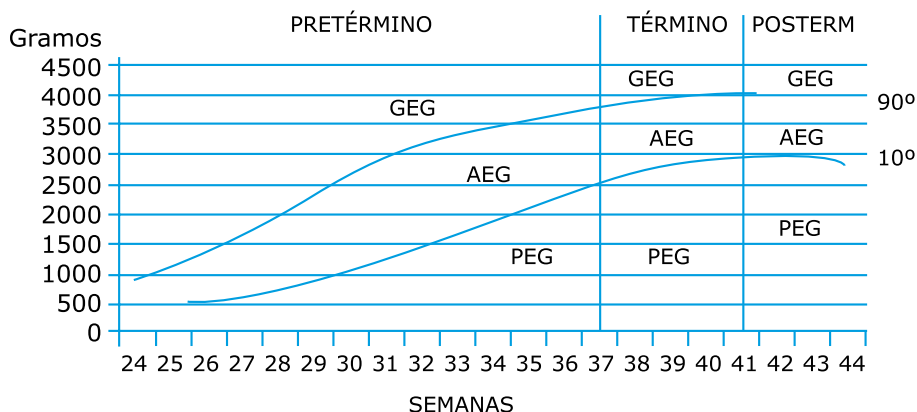
Para determinar el peso para la edad gestacional:

1. Estimar la edad gestacional en semanas por examen físico (Método CAPURRO).
2. Pesar al Bebé (con precisión hasta gramos).
3. Utilice la Tabla siguiente para clasificar al Bebé.
 - Mire el eje del costado izquierdo para ubicar la línea que muestra el peso del Bebé en gramos.
 - Mire el eje inferior del gráfico para ubicar la línea que muestra la edad gestacional del Bebé en semanas.
 - Busque el punto en el gráfico donde la línea del peso del Bebé se encuentra con la línea de edad gestacional.

TODO recién nacido, debe ser clasificado según su PESO y la EDAD GESTACIONAL

TABLA DE CLASIFICACIÓN DE ADECUACIÓN PARA LA EDAD DE GESTACIÓN SEGÚN PESO

CLASIFIQUE POR PESO Y EDAD GESTACIONAL



PEG= pequeño edad gestacional; AEG= adecuado edad gestacional; GEG= Grande edad gestacional

FUENTE: Fescina R, Schwarcz R, Díaz, AG. Vigilancia del crecimiento fetal. Manual de auto-instrucción. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Publicación científica CLAP 1261. Uruguay, 1992.

Este gráfico que indica el **Crecimiento Intrauterino** normal de los Bebés, basado en el crecimiento óptimo de una población. Esta curva de crecimiento sirve de base para evaluar el crecimiento de cualquier Bebé para poder clasificarlo y para compararlo con otras poblaciones.

La clasificación del Bebé por peso y edad gestacional es muy importante, ya que indica el grado de riesgo al momento del nacimiento. La morbilidad y la mortalidad neonatal son inversamente proporcionales al peso y edad gestacional, lo que quiere decir que entre menos peso o menor edad gestacional, mayor será la morbilidad y la mortalidad.

Con este método identificará al Bebé cuyo peso para la edad gestacional está adecuado, grande o pequeño.

Los Bebés que se encuentren por encima de la curva superior (90 percentil) se consideran grandes para la edad gestacional; aquellos que se encuentren entre las dos líneas (Percentiles 10 y 90) se consideran con un crecimiento adecuado para la edad gestacional y los que se encuentren por debajo de la línea inferior (10 Percentil) se consideran como un crecimiento pequeño para la edad gestacional.

1.6. ¿Cómo clasificar a la niña o niño utilizando el gráfico de Crecimiento Intrauterino?

Existen diferentes clasificaciones para la niña o niño, utilizando su peso y la edad gestacional:

1. Dependiendo de la **Edad Gestacional**, se clasifica de la siguiente manera:
 - **Pre-término**, cuando la niña o niño se ubica en la curva entre la semana 25 hasta la 36 de gestación, o sea menos de 37 semanas, independientemente del peso al nacer.

- **A Término**, cuando se ubica entre las 37 y 41 semanas con 6 días de edad gestacional, independientemente del peso al nacer.
- **Postérmino**, cuando se ubica en la semana 42 o más de gestación, independientemente del peso al nacer.

2. Dependiendo de su **Ubicación en la curva**, se clasificará de la siguiente manera:

- **Pequeño para su edad gestacional (PEG)**, cuando se ubica por debajo de la curva inferior (10° Percentil).
- **Adecuado para su edad gestacional (AEG)**, cuando se ubica entre las dos curvas (10° a 90° Percentil)
- **Grande para su edad gestacional (GEG)**, cuando se ubica por encima de la curva superior (90° Percentil).

3. Dependiendo de su **Peso al Nacer**, se clasificará de la siguiente manera:

- **Peso Extremadamente Bajo al Nacer (PEBN)**, cuando tiene menos de “1,000 g” de peso.
- **Peso Muy Bajo al Nacer (PMBN)**, cuando tiene de “1,000 g” a <“1,499 g” de peso, independientemente de su edad gestacional
- **Peso Bajo al Nacer (PBN)**, cuando tiene de “1,500 g” a <“2,499 g” de peso, independientemente de su edad gestacional.

Cabe señalar que, de modo general, se clasifica como Bebé de Peso Bajo (**RNPB**) a toda niña o todo niño con menos de 2,500 g de peso.

- **Peso Normal (PN)**, cuando tiene de 2500 g a 3999 g de peso, independientemente de su edad gestacional.
- **Macrosómico (M)**, cuando tiene peso mayor o igual a 4,000 g.

EJEMPLO: Cómo clasificar a la niña o niño por peso y edad gestacional

Niña o niño de 2,400 gramos y edad gestacional de 34 semanas. (Vea el Gráfico del Cuadro de Procedimientos).

En el ejemplo, la niña o niño se clasificará como:

- **Pretérmino** (por estar ubicado entre las semanas 25 y menos de 37 semanas de edad gestacional).
- **Adecuado para su Edad Gestacional** (por estar ubicado entre los percentiles 10o y 90°).
- **Bajo Peso al Nacer** (por tener menos de 2,500 g).

De esta manera, una niña o niño puede tener más de una clasificación:



Lo invitamos a desarrollar el Ejercicio N° 21 que encontrará en su Cuaderno de Ejercicios.

2. ¿CÓMO EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR A LA NIÑA O AL NIÑO ENFERMO, MENOR DE 2 MESES DE EDAD, CON ENFERMEDAD GRAVE O INFECCION BACTERIANA LOCAL?

El procedimiento de atención a las niñas y los niños enfermos de cero a 2 meses de edad es muy parecido al de las niñas o los niños mayores (Evaluar, Clasificar, Tratar). No obstante, el manejo de las niñas y los niños menores de 2 meses es diferente porque tienen características especiales que deben ser consideradas cuando se evalúa y clasifica la enfermedad. Así, con frecuencia las niñas y los niños menores de 2 meses presentan solo **signos generales (signos no muy específicos)** como: pobre succión, poco movimiento, fiebre o temperatura corporal baja. El tiraje subcostal leve es normal en esta edad, porque la pared torácica es blanda, y solo el tiraje subcostal grave y continuo es signo de gravedad.

Las niñas y los niños menores de dos meses pueden enfermarse y morir en corto tiempo por una enfermedad muy grave o por una infección local, que puede agravarse por falta de tratamiento oportuno y adecuado.

En el Cuadro de Procedimientos **EVALUAR Y CLASIFICAR A LA NIÑA Y AL NIÑO DE 0 A 2 MESES DE EDAD** hay una lista de los signos especiales que usted debe evaluar, así como también las clasificaciones y los tratamientos correspondientes.

2.1. ¿Cómo determinar si una niña o niño enfermo menor de 2 meses de edad tiene enfermedad muy grave o Infección Bacteriana local?

Recuerde que la niña y niño menor de dos meses de edad puede enfermarse y morir **muy rápido** por una **ENFERMEDAD MUY GRAVE**, como Neumonía, Septicemia o Meningitis. También recuerde que a menudo los síntomas son generales y es difícil llegar a diagnósticos precisos, salvo por personal con experiencia, por lo que estos problemas graves son considerados en una misma clasificación, y el tratamiento es el mismo.

¿De quiénes es la responsabilidad de salvar la vida del Bebé?



En el primer contacto que tenga usted con la madre y sus familiares, sea en el establecimiento de salud o la comunidad, debe informar que la vida del Bebé depende de los cuidados que debe tener la madre en todo el periodo prenatal y de una atención segura del parto en el establecimiento de salud. Así mismo, que tiene derecho la madre y su Bebé de recibir una atención más especializada si así lo necesitarán a partir de la referencia a un establecimiento de mayor complejidad.

Evalúe los signos en el orden presentado en el Cuadro de Procedimientos. La niña o niño **debe estar tranquilo** (o dormido) mientras usted evalúa los primeros signos: contar la frecuencia respiratoria, observar si hay tiraje subcostal grave y examinar la fontanela. Para evaluar los demás signos, se le debe quitar la ropa para poder mirar todo el cuerpo y tomar la temperatura. Para entonces probablemente esté despierto, y podrá observar sus movimientos.

Determinar la posibilidad de tener una **ENFERMEDAD MUY GRAVE**.

Observe el Cuadro de Procedimientos siguiente y evalúe cada signo.

¿CÓMO DETERMINAR SI UNA NIÑA O NIÑO ENFERMO MENOR DE 2 MESES DE EDAD TIENE ENFERMEDAD MUY GRAVE O INFECCION BACTERIANA LOCAL?

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

Determinar si es una primera consulta para el problema actual o si es una consulta para control del caso.

- Si es una consulta de control, seguir las instrucciones para **Proporcionar Atención de Control** del Cuadro **TRATAR A LA NIÑA O AL NIÑO**.
- Si es la primera consulta, atender a la niña o al niño del siguiente modo:

RECUERDE QUE DEBE LAVARSE LAS MANOS ANTES Y DESPUÉS DE ATENDER A LA NIÑA O NIÑO (Ver capítulo de procedimientos neonatales)

- Determinar si es la primera consulta por este problema o si es una consulta para una reevaluación del caso:
 - ◆ Si se trata de una consulta de reevaluación, seguir las instrucciones para “Reevaluación y Seguimiento” de los Cuadros en las páginas correspondientes.
 - ◆ Si es primera consulta examinar a la niña y al niño del siguiente modo:

PREGUNTE:	OBSERVE:	CLASIFIQUE
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Puede tomar el pecho o beber? • ¿Ha tenido vómitos? • ¿Tiene dificultad para respirar? • ¿Ha tenido fiebre o hipotermia? • ¿Ha tenido convulsiones? 	<ul style="list-style-type: none"> • Letargia, inconsciencia o flacidez o "no luce bien", "se ve mal". • Vómitos. • Tiraje subcostal grave. • Apnea. • Aleteo nasal. • Quejido, estridor o sibilancia. • Cianosis, palidez o ictericia. • Petequias, pústulas o vesículas en la piel. • Equimosis, petequias, hemorragia. • Secreción purulenta de ombligo u ojos. • Distensión abdominal. • Convulsiones. <p>DETERMINE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El peso. • La frecuencia respiratoria. • La temperatura axilar. • Si tiene placas blanquecinas en la boca. • Llenado capilar. • Otros problemas (ej: anomalías Congénitas). 	

Los Bebés PEG, GEG, con RCIU, prematuros y los que nacen deprimidos, tienen mayor riesgo de hipoglicemia, por lo que debe prevenirse y si es posible medir la glicemia sanguínea

PREGUNTAR A LA MADRE:

¿Toma bien el pecho?

Este es uno de los signos más frecuentes en la enfermedad muy grave en la niña o en el niño. Si la madre responde que el bebe no lacta bien, pídale que le ofrezca el pecho y observe como mama. Si la madre ha notado que ha disminuido el volumen con relación a lo que usualmente lacta y si usted lo constata, tiene este signo de peligro.

¿Vomita todo lo que lacta?

Los vómitos muy frecuentes son usuales en problemas graves como: infección intestinal, sepsis, meningitis, o un problema obstructivo en la vía digestiva. No debe ser confundido con la regurgitación, que se presenta ocasionalmente debido a la ingesta de aire con la leche, generalmente por una mala posición al lactar. En este caso el volumen regurgitado es pequeño.

¿Ha tenido convulsiones?

Pregunte a la madre si la niña o niño ha presentado temblores o movimientos parecidos a un ataque o espasmo durante la enfermedad actual. Cerciórese de que la madre entiende claramente qué es una convulsión. Explíquele que durante una convulsión, los brazos y piernas se ponen rígidos porque los músculos se contraen.

Los Bebés, muchas veces no presentan las convulsiones generalizadas de la niña o del niño mayor o del adulto. Puede tratarse de temblores finos de un brazo o una pierna que pueden pasar desapercibidos, si no se tiene acuciosidad para buscar y observar este signo.

LUEGO, OBSERVAR, ESCUCHAR, PALPAR:

Contar las respiraciones en un minuto y repetir el recuento si es 60 ó más

Las niñas o los niños menores de dos meses suelen respirar a un ritmo más rápido, por lo que el límite máximo es 60 respiraciones por minuto. Pida a la madre que, sin despertarlo levante la ropa del tórax para visualizar y contar mejor.

La manera de contar es similar que el niña y niño mayor de dos meses de edad, para lo que el niña y niño debe estar tranquilo. De ser posible otra persona puede controlar el tiempo mientras usted cuenta las respiraciones en un minuto completo. Si el primer recuento es 60 respiraciones o más por minuto, repita el recuento, porque la frecuencia respiratoria suele ser irregular: El niña y niño dejará de respirar ocasionalmente por unos pocos segundos, a lo que seguirá un período de respiración más rápida. Si el segundo recuento también es 60 o más por minuto, entonces tiene respiración rápida.

Observar si hay tiraje subcostal grave

Observe si existe tiraje subcostal grave. La niña o niño debe estar tranquilo. Observe si durante la inspiración se hunde la parte inferior de la parrilla costal (no entre las costillas). El tiraje subcostal leve es considerado normal en esta edad porque la pared torácica es blanda. Para considerarlo como signo de gravedad, el tiraje debe ser grave, es decir: **profundo, constante y fácil de ver**.

Observar y palpar si hay abombamiento de la fontanela

La fontanela es el espacio blando en la cabeza del bebe. Observe y palpe la fontanela, para lo cual la niña y niño debe estar acostado y tranquilo. Si la fontanela está abombada en lugar de estar plana, la niña y niño puede tener meningitis.

Observar si hay cianosis, palidez severa o ictericia

Debe examinar a la niña y al niño sin ropa para evaluar el color de la piel, que debe ser rosada (o tener acrocianosis). En cambio, si hay cianosis generalizada, se considera como una enfermedad muy grave.

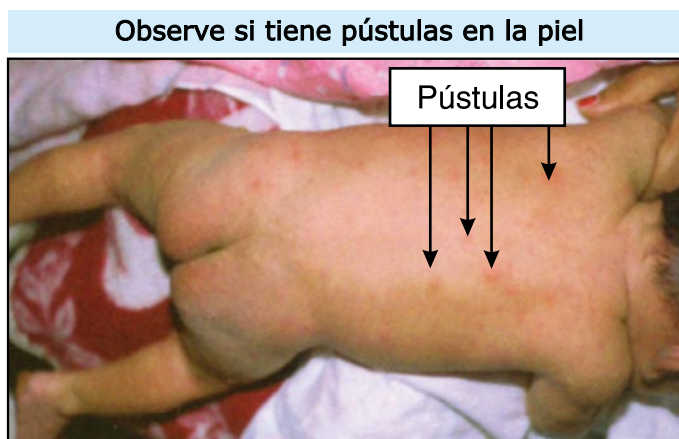
Asimismo, si se encuentra muy pálida(o), esto es señal de gravedad y es preferible realizar exámenes de laboratorio (si cuenta con esta posibilidad), para evaluar su Hemoglobina.

La ictericia “fisiológica” se localiza sólo en cara y tórax, que debe ser evaluada dos días después para ver si se ha extendido más abajo del ombligo. Si esto sucede, requiere tratamiento urgente. Por otro lado, toda ictericia que aparezca antes de las 24 horas de vida debe ser considerada patológica, mientras no se demuestre lo contrario, ya que puede tratarse de incompatibilidad sanguínea o infección.

Examinar si existen pústulas en la piel. ¿Son muchas o están extendidas?

Examine la piel de todo el cuerpo. Las pústulas cutáneas son manchas, vesículas o ampollas amarillentas porque contienen pus. Se considera un problema grave cuando son muy numerosas, grandes, tienen enrojecimiento alrededor y /o se extienden por todo el cuerpo.

Figura 26



Fotografía adaptada de: WHO. Integrated management of childhood illness. Photographs. WHO/CHD/97.3.L. Geneva: WHO, 1997.

Observar si hay distensión (hinchazón) abdominal

La distensión abdominal puede observarse si la niña y niño se encuentra boca arriba, con los brazos a los costados y las piernas extendidas. Puede ser signo de sepsis, obstrucción intestinal y en las niñas o los niños menores de 7 días de edad se debe pensar en enterocolitis necrotizante.

Examinar el ombligo para determinar: ¿Está enrojecido o presenta supuración?; ¿El enrojecimiento se extiende a la piel?

El cordón umbilical generalmente se desprende del ombligo una semana después del nacimiento. Puede haber algún enrojecimiento en la base del ombligo, y /o estar supurando (Onfalitis). La gravedad de la infección está determinada por la medida en que el enrojecimiento se extiende a la piel alrededor del ombligo, en cuyo caso se trata de una infección grave.

Figura 27



Fotografía adaptada de: WHO. Integrated management of childhood illness. Photographs. WHO/CHD/97.3.L. Geneva: WHO, 1997.

Tomar temperatura corporal o palpar para determinar si tiene fiebre o temperatura baja (hipotermia)

En los dos primeros meses de vida, la fiebre (temperatura axilar superior a 37.5° C o temperatura rectal superior a 38° C) es poco común, pero si se presenta, puede ser el **único** signo de enfermedad muy grave. Es más frecuente la hipotermia (temperatura axilar menor de 36° C ó temperatura rectal menor de 36.5° C).

Observar si se mueve menos de lo normal

Observe los movimientos de la niña o del niño durante la evaluación. Una niña o un niño de esta edad duermen mucho tiempo, pero se despierta y moviliza en forma activa los brazos y piernas y gira la cabeza varias veces en un minuto. Observe si el niño y niña no despierta cuando usted pide a la madre que lo despierte (cuando lo sacude suavemente o cuando aplaude) y /o mueve muy poco las extremidades y la cabeza

Observar si tiene secreción purulenta en uno o en ambos ojos

La conjuntivitis es la infección de uno o ambos ojos, que se manifiesta por secreción purulenta. Cuando ocurre en los tres primeros días de vida puede haber sido adquirida durante el pasaje por el canal del parto infectado. Los gérmenes más comunes son: Gonococo, Chlamydia, Estafilococo.

Examinar si tiene placas blanquecinas en la boca

Las placas blanquecinas en la boca de la niña o el niño son debidas generalmente a una infección por *Cándida albicans*, y se conoce como Candidiasis o Moniliasis oral. Si el niño y niña tiene estas placas blanquecinas y estas se encuentran diseminadas en la boca, requiere tratamiento en la casa.

2.2. ¿Cómo clasificar y tratar la enfermedad muy grave y la Infección Bacteriana local?

Compare los signos de la niña o el niño con los signos de la lista del Cuadro de Procedimientos, y elija la Clasificación apropiada. Si se presenta uno o más de los signos de la hilera superior (hilera roja), elija la clasificación **ENFERMEDAD MUY GRAVE**.

Si no presenta ningún signo de esta hilera, pero tiene alguno de la hilera amarilla, clasifique como **INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL**. Si la niña y niño no tiene ninguno de los signos de la hilera roja o amarilla, no tiene ninguna de estas clasificaciones. Elija solo **una** de las clasificaciones. Si tiene signos de ambas hileras, elija la más grave.

¿CÓMO CLASIFICAR Y TRATAR LA ENFERMEDAD MUY GRAVE Y LA INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL?

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>UNO o MÁS SIGNOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Se ve mal”. • No puede tomar el pecho. • Vomita todo. • Temp. axilar <36.0 ó >37.5°C • Convulsiones. • Letárgico/inconsciente o flácido. • Tiraje subcostal grave. • Apnea. • Aleteo nasal. • Quejido, estridor o sibilancia. • Cianosis central • Palidez severa • Ictericia por debajo del ombligo • Manifestaciones de sangrado equimosis, petequias, hemorragia. 	<p>ENFERMEDAD MUY GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir URGENTEMENTE a l establecimiento de salud de referencia, según las normas de estabilización y transporte. • Dar la primera dosis intramuscular de los antibióticos recomendados. • Administrar oxígeno si hay cianosis, tiraje o quejido. • Prevenir la hipoglicemia. • Dar acetaminofén por fiebre >38°C. • Mantenga al bebe abrigado. • Recomendar a la madre que siga dándole de mamar si es posible.
<p>UNO o MÁS SIGNOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secreción purulenta conjuntival. • Ombligo eritematoso o con secreción purulenta sin extenderse a la piel. • Pústulas en la piel (pocas o localizadas). • Placas blanquecinas en la boca. 	<p>INFECCIÓN LOCAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar el antibiótico recomendado por 7 días o Nistatina según corresponda. • Aplicar un tratamiento local (antibiótico tópico). • Enseñar a la madre a curar las infecciones locales en la casa . • Enseñar a la madre a reconocer signos de peligro y medidas preventivas. • Aconsejar a la madre para que siga dándole lactancia materna exclusiva. • Hacer el seguimiento 2 días después.
<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno de los signos anteriores. 	<p>NO TIENE ENFERMEDAD GRAVE, O INFECCIÓN LOCAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aconsejar a la madre para que siga dándole lactancia materna exclusiva. • Ningún tratamiento adicional. • Enseñar a la madre a reconocer signos de peligro y medidas preventivas. • Verificar Inmunizaciones. • Explicar a la madre cuándo debe volver a consulta.

2.3. ¿Cómo tratar a la niña o niño menor de dos meses con Enfermedad muy grave?

En forma simultánea al inicio del tratamiento es necesario identificar el grado de resignación de la madre. Muchas madres creen que si un Bebé no está “logradito”, no merece el esfuerzo de salvarle la vida. A veces el personal de salud puede pensar igual.



Los proveedores debemos promover la importancia de salvar la vida de un recién nacido, ello significa ofrecer a la sociedad un ser humano que en promedio puede llegar a vivir 70 ó más años de vida.

Una niña o un niño con uno o más signos de esta clasificación puede tener una enfermedad muy grave, como neumonía, septicemia o meningitis y correr el riesgo de morir. Es difícil distinguir entre estas infecciones por lo que no es necesario especificar el diagnóstico antes de decidir el tratamiento, el cual ya está determinado para cada clasificación.

Un Bebé con alguno de los signos de **ENFERMEDAD MUY GRAVE** debe ser referido inmediatamente al establecimiento de salud de referencia. Pero, antes de referirlo:

- Administre la primera dosis de antibióticos por vía intramuscular o endovenosa:** Ampicilina y Gentamicina ya que estos Bebés se infectan con una variedad más amplia de bacterias que las niñas y los niños mayores. Para la dosis mire el cuadro que sigue:

¿Cómo tratar a la niña o niño menor de 2 meses con enfermedad muy grave?

Una niña o niño menor de 2 meses con clasificación de ENFERMEDAD MUY GRAVE, debe ser referido inmediatamente, administrando la primera dosis de un antibiótico adecuado por vía intramuscular o intravenosa.

ANTIBIÓTICOS DE ELECCIÓN

PESO	AMPICILINA		GENTAMICINA	
	Dosis: 50 mg / kg Añadir 10 ml de agua esteril al frasco de 1000 mg (1 gramos), o 5 ml al frasco de 500 mg. Para aplicar una solución de 100 mg / ml.		Dosis: 4 mg / kg La amp. 20 mg no se diluye; a la de 40 mg se añade 2 ml y a la amp. 80 mg se añaden 6 ml de agua estéril para aplicar con una solución de 10 mg/ml.	
	Frecuencia		Frecuencia	
1 kg	50 mg	(0.5 cc)	4 mg	(0.4 cc)
2 kg	100 mg	(1.0 cc)	8 mg	(0.8 cc)
3 kg	150 mg	(1.5 cc)	12 mg	(1.2 cc)
4 kg	200 mg	(2.0 cc)	16 mg	(1.6 cc)
5 kg	250 mg	(2.5 cc)	20 mg	(2.0 cc)
6 kg	300 mg	(3.0 cc)	24 mg	(2.4 cc)

* Para una niña o un niño menor de 2 meses con clasificación de ENFERMEDAD MUY GRAVE, lo mejor es referirlo. Si la referencia puede demorar 6 horas o más, dé la primera dosis de Ampicilina/ Gentamicina según lo especificado en el cuadro anterior.

¿Cómo usar la Ampicilina?

Si usted tiene Ampicilina para uso endovenoso o intramuscular en su establecimiento, puede utilizarla indicando 50 mg/ kg/dosis por vía endovenosa o intramuscular. En este caso siga minuciosamente las instrucciones del fabricante para preparar la dilución adecuada (aproximadamente a 100mg/ml). Para menores de 7 días se aplica cada 12 horas. Para niñas o niños mayores de 7 días se puede aplicar cada 8 horas.

¿Cómo usar la Gentamicina?

Revise lo que dice la ampolla de Gentamicina para determinar su dilución. Verifique si deberá usarse sin diluir o diluida con agua estéril. Cuando esté lista para usar, la dilución deberá ser de 10mg/ml.

Elija la dosis de la hilera del cuadro más próximo al peso de la niña o del niño.

2. Si el Bebé clasificado con enfermedad muy grave no puede ser referido a un establecimiento de salud de referencia, se debe continuar con estos antibióticos de administración intramuscular o endovenosa.

La madre y padre del Bebé tienen el derecho de estar informados a cerca de la gravedad de su Bebé y el tratamiento que necesita; y al mismo tiempo, de saber que su bebé tiene el derecho de recibir tratamiento adecuado y en forma oportuna en el establecimiento de salud con la capacidad resolutive requerida.

¿De quién dependen las coordinaciones para la referencia y contrarreferencias oportunas?



El Estado tiene la responsabilidad de asignar los recursos necesarios a la red de servicios de salud, facilitando el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC) pensando en salvar vidas. Se requiere coordinaciones con las autoridades locales competentes otras instituciones y establecimientos del sector y para fortalecer el funcionamiento del SRC.

- Aconseje a la madre sobre la manera de mantener abrigado a la niña o al niño durante el viaje al Hospital, pues ellos tiene dificultad de mantener su temperatura corporal. La temperatura baja puede ser causa de muerte del Bebé.
- Asegure el transporte en condiciones de temperatura adecuada.
- Establezca un responsable del transporte dentro del servicio, de acuerdo a las normas del Sistema de Referencia y Contrarreferencia resumidas en el Anexo 2.

Si la madre está habituada arrojar a la niña o al niño junto a ella, esa es una buena manera de mantenerlo abrigado durante el camino al hospital.

- Prevención de la hipoglicemia.

Recuerde: ¿Cómo se previene la hipoglicemia en las niñas y los niños mayores?

De la misma manera se hace a este grupo etéreo.

- Prepare una nota haciéndose responsable por la referencia.
- Interne o Refiera a la niña o al niño **URGENTEMENTE** al establecimiento de salud de referencia. Si la niña o el niño tienen diarrea en el trayecto la madre le debe dar sorbos frecuentes de SRO. Aconseje a la madre que lo siga amamantando
- No administre vacunas antes de la referencia.

Si la madre no va a llevar a la niña y al niño al hospital, debe quedarse en el Establecimiento de Salud o en un centro cercano donde pueda ser observado varias veces al día.

2.4. ¿Cómo tratar a la niña o niño menor de dos meses con Infección Bacteriana Local?

Infección bacteriana local es cuando la niña o el niño tiene el ombligo infectado (enrojecido o con supuración) o una infección cutánea (pústulas escasas o aisladas), o secreción conjuntival purulenta en uno o en ambos ojos o placas blanquecinas en la boca (Candidiasis oral).

Tratamiento

Si se trata de ombligo infectado (Onfalitis) o infección cutánea, el tratamiento comprende:

- La administración de un antibiótico apropiado por vía oral durante 7 días, según el cuadro siguiente:

Dar un antibiótico oral apropiado para una infección bacteriana localizada:

Dicloxacilina (15mg /Kg./ dosis, cada 8 horas).

EDAD O PESO	DICLOXACILINA	
	Dosis: 15 mg/kg/dosis, cada 8 horas durante 7 días	
	Comprimido (250 mg)	Jarabe (125 mg en 5 ml)
Desde el nacimiento hasta un mes (<3 kg)		2 ml
Mayor de 1 mes (>3 kg)	1/4	2.5 ml

Para aquellos casos en que no tenga Dicloxacilina en el establecimiento de salud, utilice Cefalexina o Cefradina en las mismas dosis indicadas para Dicloxacilina, dadas 1/2 hora antes o después de la lactancia.

Para cumplir los pasos de este cuadro, debe enseñar a la madre cómo dar un antibiótico por vía oral en la casa, cómo medir la dosis. Guíela en lo que necesita para dar la primera dosis y enséñele el plan de administración. Observe a la madre y verifique mediante preguntas si realmente sabe cómo administrar el antibiótico.

Nota: Evite el uso de Cotrimoxazol en menores de 2 meses de edad, o en prematuros o si tiene ictericia. Administre, en cambio, Dicloxacilina, o Cefalexina o Cefradina a las mismas dosis que las indicadas en el cuadro para Dicloxacilina.

El tratamiento en la casa de las infecciones locales que pueden ser:

► **Pústulas en la piel o infección del ombligo:**

- **Lavarse las manos.**
- Lavar suavemente con agua y jabón para sacar el pus y las costras.
- Secar la zona.
- Aplicar antibiótico tópico con un hisopo.

► **Candidiasis oral (placas blancas en la boca):**

- **Lavarse las manos.**
- Lavar la boca de la niña o el niño con un paño suave enrollado en un dedo humedecido con agua bicarbonatada. (5cc de bicarbonato en 50cc de agua).
- Aplicar en la boca de la niña o el niño, Nistatina 1 gotero cada 6 horas, gota a gota. Alternativamente se puede usar pinceladas de Violeta de Genciana con una concentración equivalente a la mitad de lo normal (0.25%).

Explique y demuestre el tratamiento a la madre. **Recuérdale que debe regresar 2 días después** para seguir observando a la niña o al niño, o antes si la infección empeora. Deberá dejar de usar Nistatina o Violeta de Genciana después de 5 días. Verifique mediante preguntas si ella sabe administrar el tratamiento antibiótico y si sabe cuándo debe regresar.

► **Conjuntivitis** (secreción purulenta en uno o en ambos ojos):

- **Lavarse las manos.**
- Limpiar el ojo de la niña o el niño con agua hervida tibia, 3 a 6 veces al día, del canto interno hacia afuera.
- Abrir hacia abajo el párpado inferior del ojo.
- Aplicar 1 a 2 gotas o ungüento antibiótico sin corticoide 3 a 6 veces al día.
- Repetir en el otro ojo el mismo procedimiento.
- Seguir aplicando el tratamiento hasta que desaparezca la secreción purulenta.
- Lavarse las manos.

- ▶ **Es necesario que la madre regrese con la niña o el niño a los 2 días para asegurarse que la infección está mejorando.** Insistir que regrese antes si nota que la infección empeora, pues la infección bacteriana local puede avanzar rápidamente en las niñas o los niños de esta edad.

En la consulta de control siga estas instrucciones:

- Si la niña o el niño tuvo infección del ombligo o de la piel (pústulas):

Después de 2 días:

Examine el ombligo. ¿Esta enrojecido o presenta supuración? ¿El enrojecimiento se extiende a la piel?

Examinar las pústulas de la piel ¿Son muchas o extensas?. Luego elija el tratamiento adecuado.

- Si hay pus y/o enrojecimiento igual o peor o hay más pústulas que antes, refiera a la niña y niño al establecimiento de salud de referencia.
- Si el pus o el enrojecimiento han mejorado, dígame a la madre que siga administrando por 7 días el antibiótico que se le dio en la primera consulta. “Mejorado” quiere decir que hay menos pus y que se ha secado y que hay menos enrojecimiento; o que hay menos pústulas. Recuérdele que es importante continuar dando el antibiótico incluso cuando la niña o el niño están mejorando y, si está mejorando, debe seguir tratando la infección local en la casa por 7 días (limpiando las pústulas de la piel o el ombligo).

Si la niña o el niño tuvo Candidiasis (Moniliasis oral):

Después de 2 días:

Verificar si hay placas blancas en la boca.

Revaluar la alimentación.

- Si la Candidiasis ha empeorado o si la niña o el niño tiene problemas con el agarre o con la succión, referirlo a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive. Es muy importante que la niña o el niño se traten de manera que pueda volver a alimentarse bien a la brevedad posible.
- Si la Candidiasis está igual o ha mejorado y la niña o el niño se está alimentando bien, continúe el tratamiento con Nistatina o Violeta de Genciana hasta cumplir los 5 días de tratamiento.



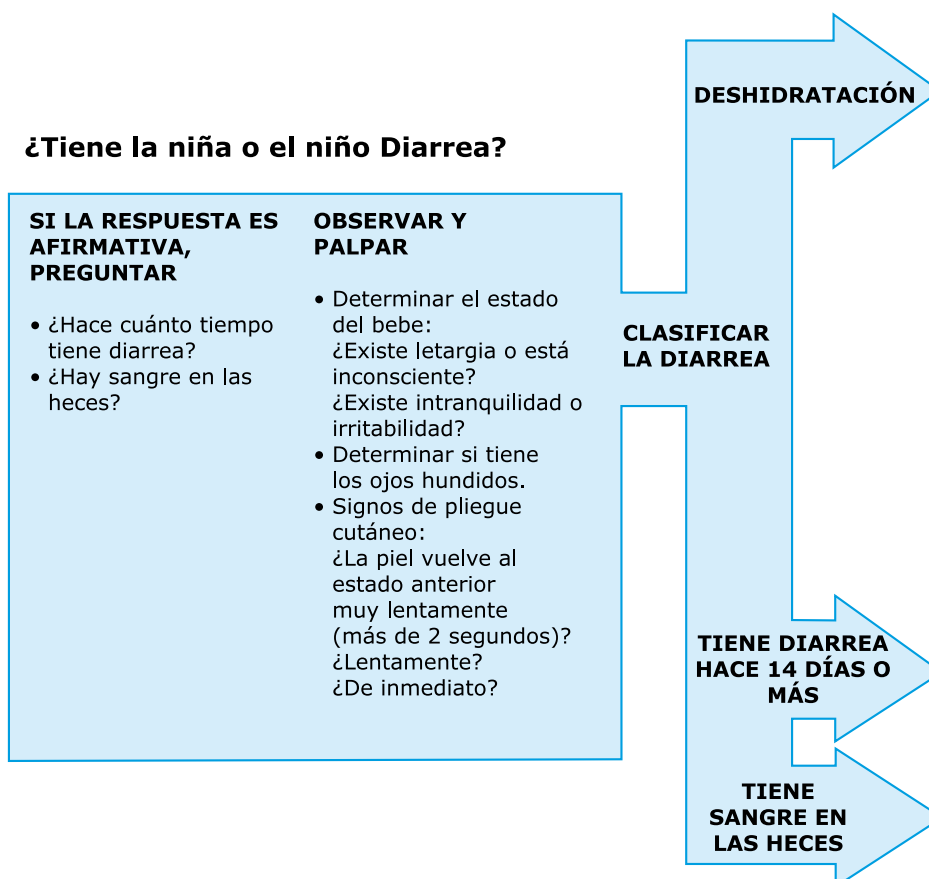
Lo invitamos a desarrollar los Ejercicios N° 22, y 23, que encontrará en su Cuaderno de Ejercicios.

3. ¿CÓMO EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR A LA NIÑA O AL NIÑO MENOR DE DOS MESES DE EDAD CON DIARREA?

3.1. ¿Cómo evaluar a la niña o niño menor de 2 meses de edad con Diarrea?

La evaluación en una niña o niño de 0 a 2 meses con diarrea es parecida a la que se hace en las niñas y los niños mayores, con la excepción de la “sed”, que no se evalúa en las niñas y los niños pequeños porque no es posible distinguirla del hambre. Las niñas y los niños con lactancia materna exclusiva tienen las deposiciones normalmente frecuentes o sueltas sin que exista diarrea.

Durante la evaluación, la opinión de la madre es muy importante. Ella puede reconocer la diarrea por la variación en la consistencia o en la frecuencia de las deposiciones. Por otro lado, ella puede indicar si la niña o el niño tienen problemas para tomar el pecho o si la niña o el niño no reaccionan adecuadamente (letárgico) o está irritable e intranquilo. También puede notar que los ojos de su bebé se encuentran hundidos.



3.2. ¿Cómo clasificar a la niña o niño menor de 2 meses de edad con Diarrea?

La diarrea de la niña o el niño de cero a 2 meses de edad se clasifica de la misma manera que la de la niña o el niño mayor. Compare los signos de la lista y elija la clasificación que corresponda según su estado de hidratación. Elija una clasificación adicional si la niña o el niño tiene diarrea por 14 días o más, o si hay sangre en las heces.

¿CÓMO CLASIFICAR A LA NIÑA Y AL NIÑO MENOR DE 2 MESES DE EDAD CON DIARREA?

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Dos de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letargia o inconsciencia. • Ojos hundidos. • Signo de pliegue cutáneo: la piel vuelve muy lentamente al estado anterior (más de dos segundos). 	<p>DESHIDRATACIÓN CON SHOCK</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar líquidos para la deshidratación grave. APLICAR PLAN "C". • Referir inmediatamente al establecimiento de salud de referencia, con la madre dando sorbos frecuentes de suero oral en el camino. • Aconsejar a la madre que continúe dándole el pecho.
<p>Dos de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intránquilo, irritable. • Ojos hundidos. • Signo de pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente al estado anterior. 	<p>DESHIDRATACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para la deshidratación, dar líquidos y leche materna (PLAN "B"). - Si adicionalmente presenta una clasificación grave: referir URGENTEMENTE al establecimiento de salud de referencia, con la madre dando sorbos frecuentes de suero oral en el camino. • Aconsejar a la madre que continúe dándole el pecho. • Enseñar a la madre signos de peligro y medidas.
<ul style="list-style-type: none"> • No hay signos suficientes para clasificar como algún grado de deshidratación o deshidratación grave. 	<p>SIN DESHIDRATACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar líquidos para tratar la diarrea en casa (PLAN "A"). • Indicar cuándo volver de inmediato. • Enseñar signos de peligro y medidas preventivas. • Si la diarrea continúa, hacer seguimiento 5 días.
<ul style="list-style-type: none"> • Tiene diarrea hace 14 días o más. 	<p>DIARREA PERSISTENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referirlo URGENTEMENTE a un hospital, con la madre administrándole sorbos frecuentes de SRO. • Recomendar a la madre que continúe dándole el pecho.
<ul style="list-style-type: none"> • Tiene sangre en las heces. 	<p>DIARREA CON SANGRE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referirlo URGENTEMENTE a un hospital, con la madre administrándole sorbos frecuentes de SRO. • Recomendar a la madre que continúe dándole el pecho.

Adverta que en el cuadro anterior hay sólo una clasificación posible para la diarrea persistente, que es siempre grave en la niña o en el niño menor de 2 meses de edad y deberá ser referida(o) al establecimiento de salud de referencia. En caso de Disentería también debe ser referida(o) al hospital pues en el menor de dos meses puede indicar sepsis, enterocolitis necrotizante o enfermedad hemorrágica del Bebé.



Lo invitamos a desarrollar el Ejercicio N° 24 que encontrará en su Cuaderno de Ejercicios.

¿De quién dependen la referencia oportuna de las o los recién nacidos complicados?



La supervivencia del Bebé es responsabilidad del servicio de salud. La madre y el padre tienen derecho a saber que existe el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, y que su Bebé tiene derecho a que lo atiendan en forma adecuada y oportuna en todo el sistema, ello implica la transferencia oportuna del Bebé a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive. Es responsabilidad de los padres /familia del Bebé, llevar oportunamente al servicio de salud al bebé.

3.3. ¿Cómo tratar a la niña o niño menor de 2 meses de edad con Diarrea?

Según el grado de deshidratación

Ya ha aprendido el plan A para tratar la diarrea en casa y los planes B y C para rehidratar a la niña o al niño. Pero hay algunos puntos especiales a recordar acerca de la administración de estos tratamientos en la niña o en el niño menor de 2 meses.

Plan A: Tratar la niña o el niño con diarrea en la casa

En las niñas y los niños que tienen diarrea se necesita prevenir la deshidratación y la pérdida de peso. La mejor manera de darle líquidos adicionales y continuar su alimentación es dándole de lactar más a menudo y por más tiempo cada vez. Si un Bebé lacta de su mamá de manera exclusiva, es importante **NO** introducir líquidos o panetela como sopas, caldos.

Si tiene que darle solución de SRO en la casa, le mostrará a la madre cuánto SRO debe darle después de cada deposición suelta (por gotero, jeringa o cucharita pero nunca en biberón). Ella deberá ofrecer primero el pecho y luego darle la solución de SRO hasta que termine la diarrea.

Plan B: Tratar la deshidratación en la niña o el niño

Si tiene **DESHIDRATACIÓN** necesita la solución de SRO como se describe en el plan B. Durante las primeras 4 horas de la rehidratación, aliente a la madre a hacer una pausa para amamantar a la niña y al niño cuando éste lo desee, para luego reanudar la administración de Sales de Rehidratación Oral (SRO).

Si la niña o el niño menor de 2 meses de edad tiene **DESHIDRATACIÓN CON SHOCK**, necesita ser rehidratado con líquidos endovenosos, conforme al plan C. Tomar en cuenta que en menores de dos meses la rehidratación con plan C puede requerir de **4 a 6 horas**. Si puede administrar terapia endovenosa, interne al Bebé, o refiéralo urgentemente al establecimiento de salud de referencia.



Lo invitamos a desarrollar el Ejercicio N° 25 y 26, que encontrará en su Cuaderno de Ejercicios.

4. ¿CÓMO VERIFICAR SI HAY UN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN O DESNUTRICIÓN?

NUTRICIÓN

Sabemos que una alimentación adecuada es esencial para el crecimiento y el desarrollo de la niña y el niño. La alimentación deficiente durante la infancia puede tener efectos durante toda la vida. De manera global, el estado nutricional se evalúa determinando el peso para la edad. No obstante, existen otros indicadores que son importantes: talla para la edad y peso para la talla.

La **lactancia materna exclusiva** es la mejor forma de alimentar a la niña y al niño menor de 6 meses de edad porque le da la mejor nutrición y protección posible contra las enfermedades. Se denomina exclusiva porque la niña o el niño se crían al pecho, sin ofrecerle alimentos, agua ni otros líquidos adicionales. (Excepto las medicinas y vitaminas si son necesarias).

Si las madres dieran lactancia materna en forma **exclusiva** ofrecerían la mejor probabilidad de crecimiento y desarrollo adecuados a sus hijas o hijos. Se sentirían más motivadas a amamantarlos para darles esta ventaja inicial, a pesar de las razones sociales o personales que llevan a considerar que la lactancia materna exclusiva es difícil o indeseable.

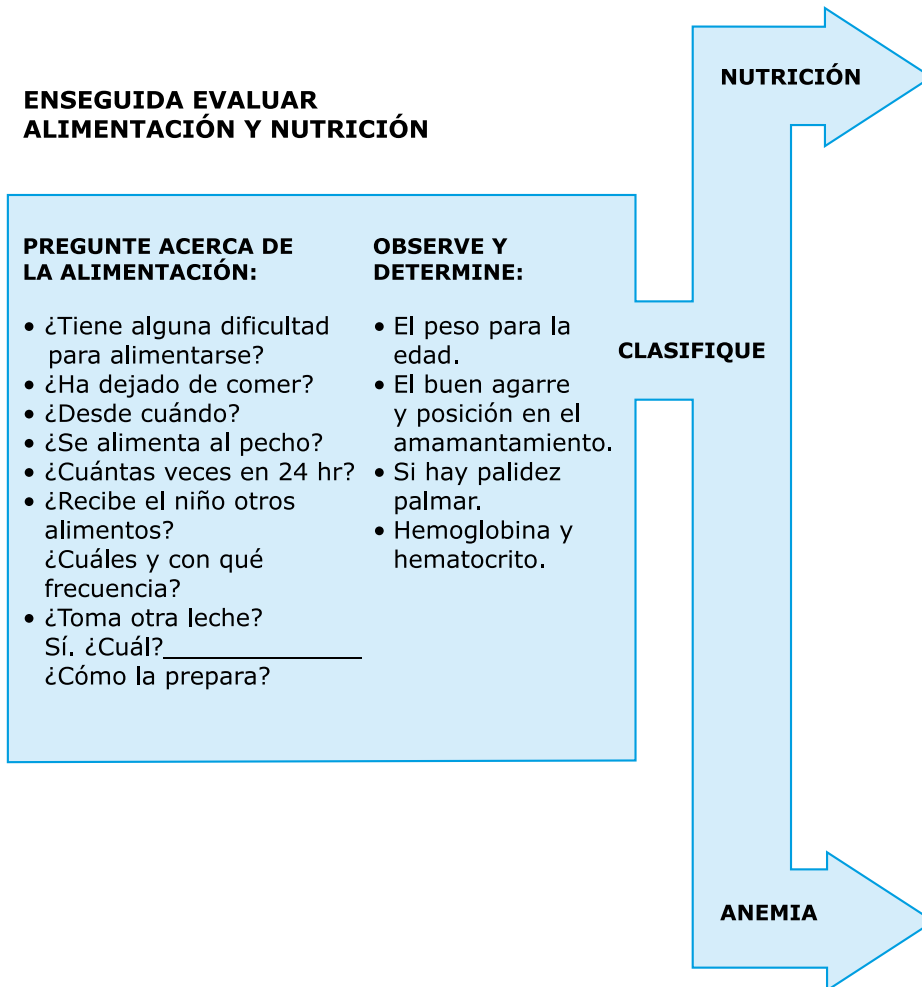
La evaluación tiene dos partes. En la primera parte, haga preguntas a la madre. Determine si ella tiene dificultad para alimentar al Bebé, con qué lo alimenta y cuán a menudo. También determine el peso para la edad y evalúe la ganancia de peso (ver **Anexos**).

En la segunda parte, si la niña o el niño ha tenido algún problema con la lactancia o tiene peso muy bajo para la edad, deberá evaluar cómo le dan de lactar a la niña o el niño.



Cuando exista algún programa de apoyo alimentario, identifique a la niña o niño de 6 meses a 3 años de edad y refiéralo al Programa vigente para su atención.

4.1. ¿Cómo evaluar y determinar si hay un problema de alimentación o peso bajo para la edad?



Preguntar:

¿Tiene alguna dificultad para alimentarse?

Con esta pregunta general usted explorará si la madre alimenta a la niña y al niño de cero a 2 meses de edad con leche materna o de otra manera.

¿Si la respuesta es que se alimenta al pecho?, ¿cuántas veces en 24 horas?

La recomendación es que a estos Bebés se les dé lactancia materna a libre demanda, tan a menudo y por tanto tiempo como quieran, día y noche. La frecuencia será al menos 8 veces o más en 24 horas.

¿Recibe la niña o el niño habitualmente otros alimentos o líquidos? Si la respuesta es afirmativa, ¿con qué frecuencia?

Se necesita saber si la niña o el niño se alimenta sobre todo tomando el pecho u otros alimentos, porque a esta edad debería recibir lactancia materna de manera exclusiva. Averigüe si está recibiendo *cualquier* otro alimento (papillas livianas o cereales diluidos) o líquido (jugos, té u otra leche) o incluso agua. Pregunte con cuánta frecuencia recibe ese alimento o líquido y la cantidad. Motive a la madre a brindar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad de su niña o niño.

¿Con qué le da leche al Bebé? ¿Usa biberón?

Si la niña o el niño toman otros alimentos o líquidos, averigüe si la madre usa biberón o una taza.

¿Tiene alguna dificultad para alimentarse?

Cualquier dificultad mencionada por la madre es importante. Si una madre dice que la niña o el niño **no pueden alimentarse**, evalúa el amamantamiento u observa a la madre cuando trata de alimentar a la niña o al niño ofreciéndole un poco de leche de otro modo, para ver como lacta y ver qué pasa. Una niña o un niño que **no puede alimentarse** pueden tener una infección grave u otro problema que pone en peligro su vida y deberá ser referido de urgencia al establecimiento de salud de referencia.

Observar:

Determinar el peso para la edad (y talla para la edad)

Use la gráfica de peso para la edad, para determinar el estado de nutrición de la niña o el niño.

Utilice también la curva de talla para la edad del carné de crecimiento y desarrollo de la niña o el niño para determinar cómo está su crecimiento.

Recuerde:

- Para la edad de la niña o el niño debe considerarse meses y días.
- Las niñas y los niños que nacen con peso bajo mantienen una curva bien diferenciada. Lo importante es que esta curva sea ascendente.
- Es recomendable utilizar el carné de crecimiento y desarrollo de la niña o el niño. Alternativamente, puede usar la tabla de ganancia de peso (**ver Anexos**) para tener una evaluación nutricional más adecuada.

4.2. ¿Cómo evaluar la lactancia?

Primero decida si la gravedad día niña o el niño no permite que evalúe la lactancia en ese momento:

- Si la niña o el niño tiene un serio problema que requiere la referencia urgente a un establecimiento de salud de referencia, no evalúe la lactancia.

En esta situación, clasifique la alimentación de acuerdo con la información que ya posee y continúe con el tratamiento urgente de la niña o el niño.

Si las respuestas de la madre o el peso día niña o el niño indican una dificultad, observe la lactancia como se describe a continuación. La desnutrición global se expresa con un peso bajo al nacer, lo cual también predispone a tener un problema de lactancia. En general todas las niñas y los niños deben tener una evaluación de la lactancia.

Evaluar la lactancia en toda niña o en todo niño que no presenta ningún signo por el cual deba ser internado o referido urgentemente al establecimiento de salud de referencia:

Evaluar la lactancia

- ¿La niña o el niño se alimentó al pecho durante la última hora?
 - Si la niña o el niño no se alimentó durante la última hora, dígame a la madre que dé el pecho a su niña o niño y observe la lactancia.
 - Si la niña o el niño se alimentó durante la última hora, preguntar a la madre si puede esperar y pedirle que avise cuando la niña o el niño quiera tomar el pecho otra vez.
- ¿Está la niña o el niño en posición correcta?
- ¿Logró la niña o el niño agarrarse bien?
 - No hay agarre / agarre deficiente / buen agarre.

PARA VERIFICAR EL AGARRE OBSERVAR SI:

- toca la mama con el mentón.
- tiene la boca bien abierta.
- tiene el labio inferior volteado hacia afuera.
- se ve más la areola arriba de la boca que debajo de la misma.

(todos estos signos deben estar presentes para que haya un buen agarre).

- ¿La niña o el niño mama bien (es decir, succiona en forma lenta y profunda, con pausas ocasionales)?
 - No mama nada / no mama bien / mama bien.
 - Limpiarle la nariz tapada si ello obstaculiza la lactancia.
- Determinar si tiene placas blancas en la boca (candidiasis).

La evaluación de la lactancia requiere una minuciosa observación.

Pregunte: ¿Ha tomado el pecho la niña o el niño durante la última hora?

En caso afirmativo, pida a la madre que espere y le avise cuando la niña o el niño quiera mamar otra vez. Mientras tanto, complete la evaluación verificando los antecedentes de vacunación día niña o el niño. También puede decidir dar inicio al tratamiento que la niña o el niño necesita, como administrarle un antibiótico para la **INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL** o solución de SRO para la **DESHIDRATACIÓN**.

Si la niña o el niño no se alimentaron durante la última hora probablemente desee tomar el pecho. Pida a la madre que ponga la niña o el niño al pecho. En lo posible, obsérvele todo el tiempo que está mamando.

Siéntese y observe mamar al Bebé.

Observe: ¿Está la niña o el niño en posición correcta?

La madre debe estar cómoda.

Una posición correcta la va a reconocer por los siguientes signos:

- El cuello de la niña o el niño está derecho o algo curvado hacia atrás.
- El cuerpo de la niña o el niño está vuelto hacia la madre.
- El cuerpo de la niña o el niño está próximo a la madre.
- Todo el cuerpo de la niña o el niño recibe sostén.

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

- El cuello de la niña o el niño está torcido o flexionado hacia adelante.
- El cuerpo de la niña o el niño está retirado de la madre.
- El cuerpo de la niña o el niño no está junto a la madre, o
- Sólo la cabeza y el cuello de la niña o el niño reciben sostén.

Observe: ¿Logró la niña o el niño agarrarse bien?

Los cuatro signos de un buen agarre son:

- El mentón toca el seno (o está muy próximo a tocarlo).
- La boca está bien abierta.
- El labio inferior esta vuelto hacia afuera.
- La aréola está más visible por arriba de la boca que por debajo.

Si están presentes estos cuatro signos, la niña o el niño tiene un **buen agarre**.

Figura 28



Cortesía: Dr. Wilfredo Ingar Armijo

Si el agarre no es bueno, probablemente vea:

- El mentón no toca el pecho.
- La boca no está bien abierta, los labios están llevados hacia adelante.
- El labio inferior está vuelto hacia adentro, o
- Más aréola (o partes iguales) visible debajo de la boca de la niña o el niño que arriba de ella.

Si ve alguno de estos signos, la niña o el niño **tiene agarre deficiente**.

Si un Bebé muy enfermo no puede poner el pezón en la boca y mantenerlo allí para succionar, **no hay nada de agarre**. No puede mamar en absoluto.

Si la niña o el niño no está bien agarrado, puede causar dolor y daño en los pezones, no puede extraer leche eficazmente, lo que a su vez puede causar congestión de los senos o puede quedar insatisfecho después de las mamadas y querer alimentarse muy frecuentemente o por muy largo rato. La niña o el niño probablemente obtengan poca leche y no aumente de peso. Todos estos problemas pueden mejorar si se logra un buen agarre.

Observe: ¿La niña o el niño mama bien? (Es decir, succiona en forma lenta y profunda con pausas ocasionales)

La niña o el niño están **lactando eficazmente** si toma con succiones lentas y profundas y pausas ocasionales. Puede ver u oír tragar a la niña o al niño. Si puede ver cómo termina la lactancia, observe si hay signos de que la niña o el niño están satisfechos. De ser así, suelta el pecho espontáneamente (es decir, la madre no es la causante, de ninguna manera, de que la niña o el niño deje de mamar). La niña o el niño parecen relajado, somnoliento y pierde interés por el pecho.

La niña o el niño **no están lactando eficazmente** si está tomando sólo con succiones superficiales y rápidas. También puede ver retracción de las mejillas. No lo ve ni lo oye tragar. La niña o el niño no están satisfechos al final de la mamada y puede estar intranquilo. Probablemente llore o trate de mamar otra vez, o continúe lactando por largo rato.

La niña o el niño que no **está succionando y no puede llevar** leche dentro de la boca y tragar, no es capaz de lactar en absoluto.

Si la nariz tapada parece interferir con la lactancia, limpie la nariz día niña o el niño. Luego verifique si puede lactar o mamar eficazmente.

Causas del mal agarre y lactancia ineficaz

Hay varias causas por las cuales un Bebé puede estar deficientemente agarrado al pecho o no lacta eficazmente:

- Tal vez se le haya alimentado con mamadera o biberón en varias ocasiones, especialmente los primeros días después del parto.
- La madre quizás no tenga experiencia o se sienta insegura de lograrlo. Puede haber tenido alguna dificultad y no hubo nadie que la ayudara o recomendara. Por ejemplo, tal vez la

niña o el niño es muy pequeño y débil y tiene poca fuerza en la succión. Los pezones de la madre son aplanados o umbilicados, o se retrasó el inicio del amamantamiento, o la madre pone un horario estricto para la lactancia.

- Puede deberse a una posición deficiente cuando se le pone al pecho y por consiguiente hay un agarre deficiente. Si la niña o el niño están colocados en una buena posición, el agarre probablemente también sea bueno.

Determine si tiene placas blancas en la boca (candidiasis, moniliasis)

Observe dentro de la boca, la lengua y la parte interior de la mejilla. La candidiasis (moniliasis) parece leche cuajada en el interior de la mejilla, o una gruesa capa blanca en la lengua. Trate de quitar la parte blanca.

¿Cómo clasificar la alimentación, estado de nutrición y anemia?

Compare los signos de La niña o niño menor de 2 meses de edad con los enumerados en cada hilera y escoja la clasificación apropiada.

PROBLEMAS EN LA ALIMENTACIÓN Y BAJO PESO

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Tendencia de crecimiento en descenso a partir del 10^o día de vida y/o • Palidez palmar severa. 	<p>DESNUTRICIÓN GRAVE O ANEMIA GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir URGENTEMENTE al establecimiento de salud de referencia. • Prevenir hipotermia. • Prevenir hipoglicemia.
<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tendencia del crecimiento horizontal. • Palidez, palmar leve. • Agarre deficiente o • No mama bien o • Se alimenta al pecho menos de 8 veces al día o • Recibe otros alimentos o líquidos o • Recibe otra leche. 	<p>PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN O DESNUTRICIÓN O ANEMIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • aconsejar a la madre que le dé el pecho las veces y el tiempo que el niño quiera de día y de noche, por lo menos 8 veces al día. • Si el niño tiene agarre deficiente o no mama bien, enseñar a la madre la posición y el agarre correctos. • Si recibe otros alimentos o líquidos: aconsejar a la madre que le dé el pecho más veces, reduciendo los otros alimentos hasta eliminarlos, o líquidos, y que use taza. <p>Si el bebe no se alimenta al pecho:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referir para asesoramiento sobre lactancia maternay posible relactancia o iniciarla. • Iniciar un suplemento vitamínico recomendado. • Iniciar sulfato ferroso vía oral
<ul style="list-style-type: none"> • El peso no es bajo para la edad y no hay ningún problema de alimentación. • Tendencia del crecimiento en ascenso. • No palidez palmar 	<p>NINGÚN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN O DESNUTRICIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar y reforzar consejos a la madre porque alimenta bien a su hija o hijo. • Hacer una visita de seguimiento según normas establecidas de Crecimiento y Desarrollo. • Enseñar a la madre medidas preventivas.



Lo invitamos a desarrollar el Ejercicio N° 27, que encontrará en su Cuaderno de Ejercicios.

ROL DEL PROVEEDOR DE SALUD PARA PROMOVER LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA:

Estrategias para fomentar la lactancia materna

- **Antes de la concepción:** Difundir por qué la leche materna es lo mejor.
- **En el control pre-natal:** Preparación para lactar.
- **En la sala de partos:** Parto sin complicaciones. Favorecer la comunicación de la familia en el parto. Facilitar la presencia de una persona familiar.
- **En la sala de cesáreas:** Insistir que no es la atención de la cesárea, sino del binomio madre-neonato. Efectivizar la identificación del neonato.
- **En la recepción:** No debe haber prisa para llevarse al bebe. Mantener el neonato en contacto precoz hasta el alumbramiento.
- **En el alojamiento conjunto:** Técnicas de lactancia.
- **En la hospitalización:** Extracción manual, Mama canguro, Leche de final.



Explique a la madre que su bebé tiene el derecho a ser alimentado en forma precoz con la leche materna y las ventajas que ello significa para la salud de su Bebé y de ella misma.

4.3. ¿Cómo tratar a la niña o niño menor de 2 meses de edad que no logra alimentarse (enfermedad muy grave) o Desnutrición grave o Anemia grave?

Si la niña o el niño menor de 2 meses no puede alimentarse podría deberse a una enfermedad muy grave (por una infección grave o por otra clase de problema), lo cual le pone en riesgo de morir. La niña o el niño requieren atención inmediata.

También se considera en esta clasificación a la niña y al niño que tiene peso para la edad en la zona roja en el carné de crecimiento y desarrollo y también la niña o el niño que tiene palidez palmar intensa.

El tratamiento es el mismo que para la clasificación **ENFERMEDAD MUY GRAVE:** Intérnelo o Refiéralo urgentemente al establecimiento de salud de referencia. Antes de referirlo

adminístrele una primera dosis de antibiótico por vía intramuscular. Trátelo, además, para prevenir hipoglicemia, alimentándolo con leche materna. Use sonda nasogástrica si la niña o el niño no puede alimentarse.

4.4. ¿Cómo tratar a la niña o niño menor de 2 meses de edad con problemas de alimentación o Desnutrición o Anemia leve?

Esta clasificación comprende a niñas o niños con peso para la edad en la zona por debajo de -2DS o que tiene palidez palmar leve o niñas o niños que presentan algún problema en su alimentación. Es probable que tengan más de uno de estos signos.

Recomiéndele a la madre de toda niña o niño incluidos en esta clasificación, que le de lactar o mamar a libre demanda, día y noche. Las mamadas cortas son una importante razón por la cual una niña o niño no obtiene bastante leche de la madre. La niña o niño deberá lactar hasta haber terminado. Aconseje a la madre cómo ayudar, a la niña y al niño a mamar, colocándolo, en una posición correcta para un mejor agarre, o cómo tratar las candidiasis (moniliasis).

¿Cómo mejorar la posición y el agarre?

Si en la evaluación de la lactancia encontró alguna dificultad con el agarre y lactancia, ayude a la madre a mejorar la posición y el agarre. Cerciórese de que la madre está cómoda y relajada, sentada por ejemplo, en un asiento bajo con la espalda derecha. Luego siga con los pasos siguientes:

1. Mostrar a la madre cómo sostener bien al Bebé:

- Con la cabeza y el cuerpo del Bebé erguidos.
- En dirección a su pecho, con la nariz del Bebé de frente al pezón.
- Con el cuerpo del Bebé cerca del cuerpo de ella.
- Sosteniendo todo el cuerpo del Bebé y no solamente el cuello y los hombros.

2. Mostrar a la madre cómo facilitar el agarre. La madre debe:

- Tocar los labios del Bebé con el pezón.
- Esperar hasta que el Bebé abra bien la boca.
- Mover a la niña y al niño rápidamente hacia el pecho y cerciorarse que el labio inferior del Bebé quede vuelto hacia afuera.
- Observar que la aréola esté más visible por arriba de la boca que por debajo.

3. Verificar los signos del buen agarre y la succión. Si no son buenos inténtelo nuevamente.

4. Observar si hay lesiones en los pezones:

Siempre observe a la madre mientras lacta antes de ayudarla, con el fin de entender claramente su situación. No se apresure a pedirle hacer algo diferente. Luego explíquelo qué es lo que podría ayudarla y pregúntele si le gustaría que le mostrara.

Cuando le muestre a la madre cómo colocar y agarrar al Bebé, tenga cuidado de no hacerlo por ella. Explíquelo y muéstrela qué es lo que quiere que haga. Luego deje que la madre se coloque en posición adecuada y poner a la niña y al niño al pecho ella misma.

Observe otra vez si hay signos de buen agarre y lactancia eficaz. Si el agarre o la lactancia no es buena, pida a la madre que retire a la niña y al niño del pecho y que pruebe de nuevo.

Cuando la niña o el niño estén mamando bien, explica a la madre que es importante darle de lactar por bastante tiempo en cada mamada. **No deberá dejar de lactar a la niña o al niño antes de que éste lo quiera.**

Consejos sobre otros problemas de alimentación:

- Si la madre está dando de lactar a la niña y al niño menos de 8 veces en 24 horas o no le da de lactar por la noche, aconséjela que aumente la frecuencia de las mamadas. Le dará de lactar tan a menudo y por tanto tiempo como el Bebé lo desee, día y noche.
- Si el Bebé recibe otros alimentos o bebidas, aconseje a la madre que le dé de lactar más, reduciendo la cantidad de otros alimentos o bebidas y en lo posible dejando de darlos por completo. Dele confianza de que ella puede producir la cantidad suficiente de leche que el Bebé necesita.
- Si la madre no da de lactar en absoluto, considere Informar y Acordar que reciba orientación sobre la lactancia y la posibilidad de relactación. Si la madre está interesada, un consejero sobre lactancia materna podría ayudarla a resolver las dificultades que pueda tener al comenzar a amamantar otra vez al Bebé. Se puede pedir apoyo a otras madres que han tenido éxito en la lactancia o relactación para que le transmitan sus experiencias. También se debe sensibilizar al padre y de ser posible a otros familiares para que apoyen a la madre en la lactancia y cuidados del Bebé.

Aconseje a la madre que no da de lactar, sobre la manera de elegir y preparar correctamente un sucedáneo apropiado de la leche humana y alimentarlo con una taza y no con biberón.

A los 2 días vuelva a ver a la niña y al niño con problemas de alimentación. Esto es especialmente importante si ha aconsejado cambios importantes en la manera de alimentar al Bebé.

Y si la madre no regresa con el Bebé a los 2 días... ¿Cuál es la actitud que debería tomar el personal de salud?



Recordarle a la madre y al padre que tienen la responsabilidad de retornar al control de su Bebé, es importante que ellos tomen conciencia de que en ese control se puede detectar en forma oportuna cualquier problema de salud de su Bebé y tratarlo a tiempo. Si el Bebé no retorna programe y realice el seguimiento domiciliario correspondiente.

En esta consulta de control siga estas instrucciones:

Después de 2 días: revalúe la alimentación

Pregunte sobre cualquier problema de alimentación detectado en la primera consulta o peso bajo. Evalúe la lactancia si el Bebé toma el pecho.

Consulte el cuadro de procedimientos para obtener una descripción del problema de alimentación encontrado en la primera consulta y las recomendaciones previas. Pregunte a la madre cuánto éxito ha tenido en llevar a cabo estas recomendaciones y qué problemas tuvo al hacerlo.

- Aconseje a la madre sobre los nuevos o continuos problemas de alimentación.
- Si tiene peso bajo para la edad, pida a la madre que regrese 7 días después de la primera consulta, ya que en esta edad las niñas y los niños crecen muy rápido y si no aumentan de peso son más vulnerables a la desnutrición y a las enfermedades.
- Si cree que la alimentación no va a mejorar o si el Bebé ha bajado de peso, refiéralo al establecimiento de salud de referencia.



La madre que da de lactar debe tener 3 comidas principales al día más 2 raciones adicionales: La consejería debe resaltar la importancia de la alimentación en la madre que da de lactar para proteger su salud y la de su niña o niño.

Si el Bebé está clasificado como Desnutrición siga estas instrucciones:

Después de 7 días:

Pese a la niña y al niño y determine si aún tiene desnutrición para la edad.

- Si ya no tiene peso muy bajo para la edad y la curva se encuentra en ascenso, elogíe a la madre por alimentarlo bien. Aliéntela a continuar alimentando a la niña y al niño como lo ha estado haciendo o añadiendo cualquier mejora que le haya sugerido.
- Si aún **Tiene Desnutrición**, pero se está alimentando bien y la curva es ascendente, elogíe a la madre. Pídale que haga pesar otra vez a la niña y al niño al cabo de un mes o cuando regrese para la vacunación, para verificar si continúa alimentándose bien y está aumentando de peso. Muchas niñas o muchos niños que tenían peso muy bajo al nacer todavía pesarán poco para su edad, pero se estarán alimentando bien y estarán aumentando de peso.
- Si **No tiene Desnutrición** y todavía tiene un problema de alimentación, aconseje a la madre acerca del problema. Pídale que regrese con su Bebé a los 7 días. Continúe viendo a la niña y al niño cada semana durante varias veces hasta que esté seguro de que se está alimentando bien y está aumentando de peso regularmente.

- Si cree que la alimentación no va a mejorar o si el Bebé ha bajado de peso, intéralo o refiérela URGENTEMENTE al establecimiento de salud de referencia.

4.5. ¿Cómo evaluar a la niña o niño menor de 2 meses de edad sin problemas de alimentación ni desnutrición ni anemia?

El Bebé menor de 2 meses de edad incluido en la clasificación NO HAY PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN; esto significa que el peso del Bebé es adecuado para su edad (y talla para la edad) y se está alimentando adecuadamente, por tanto aconseje a la madre a cuidar a la niña y al niño y elógiela por alimentar bien al Bebé.

4.6. ¿Cómo verificar los antecedentes de vacunación de la niña o del niño menor de 2 meses?

Calendario de Vacunación

EDAD	VACUNAS
Nacimiento	BCG
A los 2 - 4 - 6 meses	HVB (zonas priorizadas) PENTAVALENTE + VOP



Lo invitamos a desarrollar el Ejercicio N° 26, que encontrará en su Cuaderno de Ejercicios.

4.7 ¿Cómo evaluar otros problemas? (Lesiones en piel, problemas urinarios u otros)



Lo invitamos a desarrollar el Ejercicio N° 28, que encontrará en su Cuaderno de Ejercicios.

4.8. ¿Como ofrecer servicios de atención e informar y acordar con la madre sobre su propia salud?

- Si la madre está enferma, adminístrele tratamiento o refiérala.
- Si se identifican riesgos de salud en la madre, dar asesoramiento o referir (si corresponde). Evaluar, clasificar y tratar de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva. (Información adicional en Anexo 8).
- Si tiene algún problema en las mamas (como congestión, pezones adoloridos, infección), administre tratamiento o refiérala a un centro especializado.
- Recomendarle que coma de todos los alimentos variados disponibles en su casa y beba suficiente líquido para mantenerse sana y fuerte (consejería nutricional).
- Dar consejería sobre Salud Reproductiva, asesoramiento sobre prevención de cáncer uterino y de mamas, así como de Enfermedades de Transmisión Sexual y de SIDA.
- Dar consejos sobre higiene, autocuidado y estima.
- Determinar los antecedentes de vacunación de la madre, y si es necesario aplicar toxoide tetánico.
- Hacer control puerperal en el primer mes y dar suplemento de hierro y vitamina A.



Ofrecer un servicio de calidad y adecuado a la cultura de la población es una responsabilidad del personal de salud. Un criterio de calidad del servicio es brindar información de salud a las madres y padres en términos que sean fáciles de entender y con respeto a su estado emocional.

Verifique constantemente si la madre / padre entendió la dosis y forma en que administrará el tratamiento a su Bebé, y cuando debe retornar al establecimiento.

5. ¿QUÉ PROCEDIMIENTOS PARA RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES SON NECESARIOS CONOCER, DOMINAR Y PROMOVER?

¿Por qué es necesario seguir Guías de procedimientos para hacer las cosas que sabemos hacer?



La calidad en la atención de salud es un derecho de las usuarias y los usuarios de nuestros servicios. El uso de guías de práctica clínica establece criterios uniformes para hacer bien las cosas y mejora la calidad de nuestra atención.

5.1. ¿Cuáles son los procedimientos para la reanimación neonatal?

REANIMACIÓN NEONATAL

La reanimación neonatal es el conjunto de procedimientos que se realizan para iniciar o restablecer la actividad respiratoria cardíaca y metabólica del Bebé.

Alrededor del 90% de los Bebés tienen una transición de la vida intrauterina a la extrauterina sin ninguna dificultad y requieren muy poca o ninguna asistencia para iniciar una respiración espontánea y regular. En cambio, un 10% de Bebés requiere alguna asistencia y aproximadamente 1% necesita una reanimación más completa para poder sobrevivir. Por esta razón, cada nacimiento debe ser atendido por personal con habilidades en reanimación neonatal. En condiciones de riesgo, pueden necesitarse dos o más personas entrenadas.

Es posible que los mayores problemas ocurran en los embarazos de alto y mediano riesgo, sin embargo también pueden producirse complicaciones en cualquier momento del parto y ocurrir asfixia perinatal: La asfixia perinatal es una de las principales causas de muerte y de secuelas neurológicas irreversibles en nuestro país.

El ABC de la Reanimación se basa en:

A de Aire. Tener las vías aéreas libres: Posición y succión.

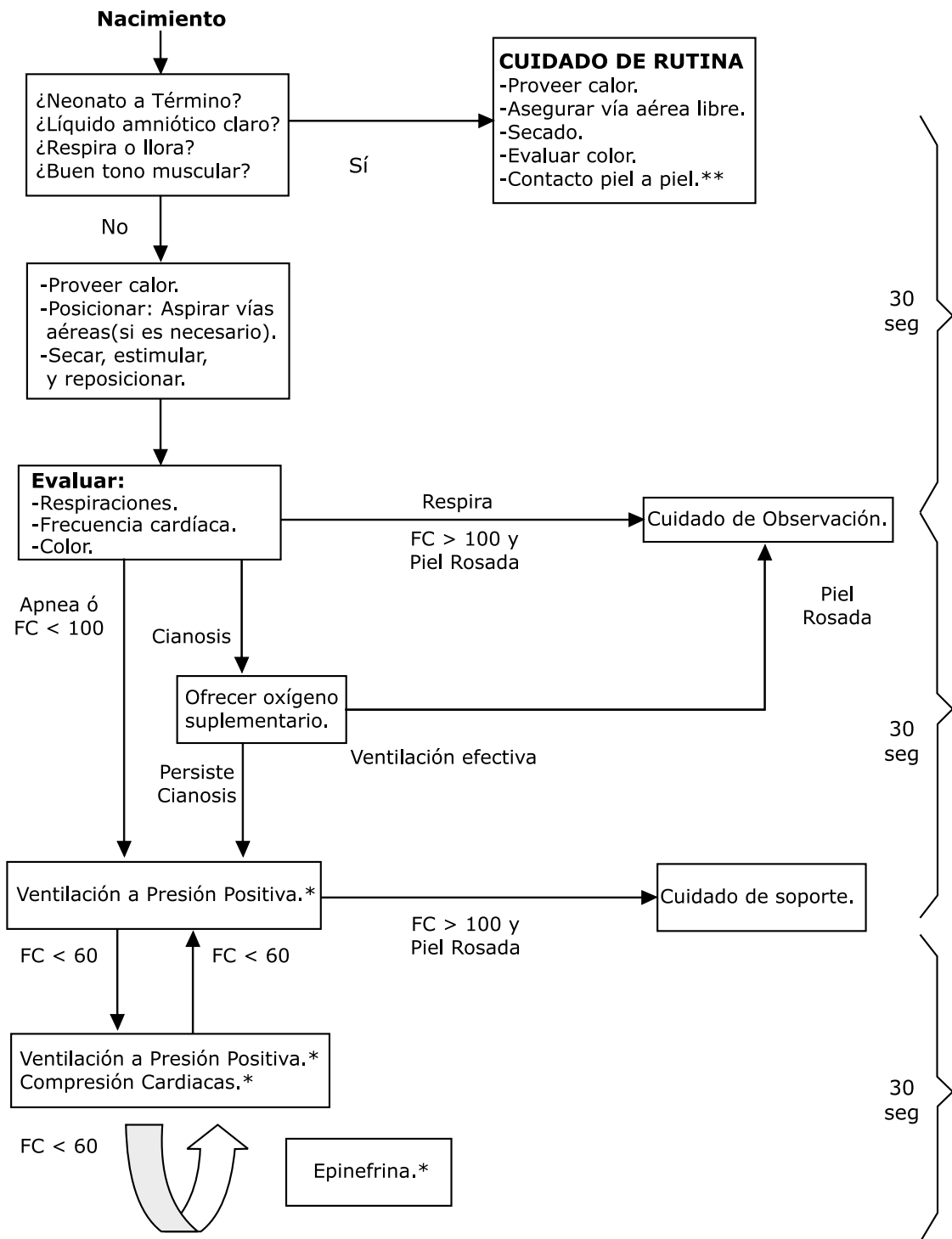
B de Buscar el inicio de la respiración: Respiración, estimulación.

C de Circulación: Frecuencia cardíaca y color. Incluye el uso de Drogas.

El Diagrama de Flujo de Reanimación neonatal, presenta una secuencia de pasos técnicamente sustentados de 30 segundos cada uno, en un proceso que incluye permanentemente la **EVALUACIÓN – DECISIÓN – ACCIÓN**, para evitar la confusión en la intervención y proporcionar al bebé las mejores condiciones para superar los problemas que pueda presentar.

A continuación se presenta el flujograma de la reanimación neonatal:

FLUJOGRAMA DE REANIMACIÓN NEONATAL



*La intubación Endotraqueal puede ser considerada en cualquier momento.

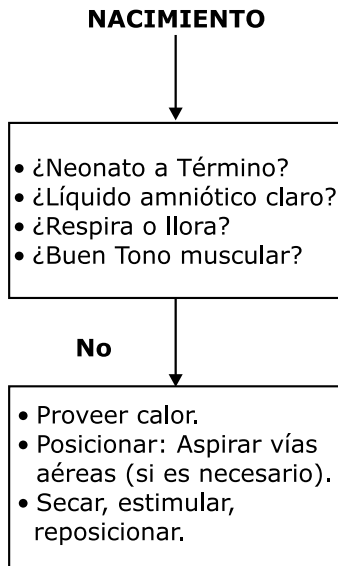
**Adaptación local.

International Liaison Committee on Resuscitation, American Heart Association, and European Resuscitation Council Neonatal Resuscitation guidelines, Circulation. 2005; 112: 111-91-111-99.

Fuente: Guías de Atención del Recién Nacido. Ministerio de Salud. Enero 2007.

5.1.1. ¿Cómo hacer la primera evaluación al nacimiento?

Apenas nace la niña o niño, usted se debe hacer las siguientes preguntas:



1. ¿Es un Bebé a término?

El proceso de reanimación tiene un reto especial en los **prematuros**, que son más susceptibles que los bebés a término, a tener asfixia perinatal u otras complicaciones debido a algunas características anatómicas y fisiológicas, como las siguientes:

- Sus pulmones tienen deficiente volumen de surfactante y son más difíciles de ventilar.
- Su piel delgada y permeable, mayor superficie corporal y muy poco tejido graso subcutáneo, les hacen más susceptibles de perder calor.
- Son más propensos a adquirir infección.
- Su cerebro tiene mucha fragilidad capilar y pueden sangrar muy fácilmente en estrés.

2. ¿Tiene un líquido amniótico claro? Es decir, ¿El Bebé está libre de meconio?

Si hay meconio en el líquido amniótico y el Bebé no se encuentra vigoroso, primero deberá proceder a **realizar intubación endotraqueal y succión de la tráquea antes de intentar otros pasos de reanimación**, para evitar que el líquido meconial pase a los pulmones, lo que usualmente provoca dificultad respiratoria severa e incrementa el riesgo de morir. Esta acción debe ser realizada en los primeros 5 segundos de vida.

En caso que el Bebé que no esté vigoroso y tiene presencia de líquido meconial espeso, **NO aspirar boca ni faringe en el canal del parto**, sino proceder de inmediato a la intubación para aspirar el contenido traqueal.

3. ¿Está respirando y llorando?

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

4. ¿Tiene buen tono muscular?

Los Bebés saludables y a término deben tener las extremidades flexionadas y estar activos.

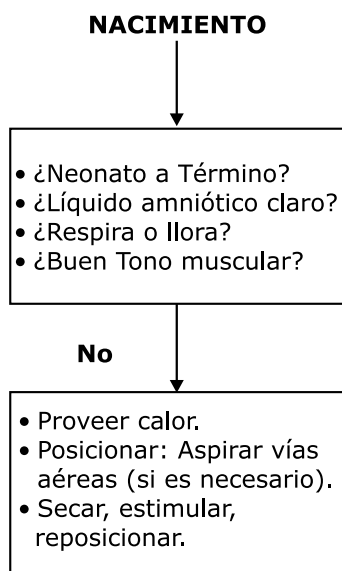
Si la respuesta a **TODAS** estas **cuatro** preguntas es “**SÍ**”, entonces se le debe administrar los **Cuidados de Rutina**: secado, abrigo y contacto piel a piel con la madre, lactancia, identificación, asepsia de muñón umbilical, administración de vitamina K, prevención de conjuntivitis neonatal, etc.

En cambio, si la respuesta a una o más de estas preguntas es “**NO**”, se deben **iniciar de inmediato los primeros pasos en la resucitación neonatal**. Sin embargo, antes de proseguir, preste atención a dos aspectos importantes:

1. En esta primera Evaluación – Decisión – Acción no es tan importante contar la frecuencia respiratoria o la frecuencia cardiaca. Las 4 preguntas iniciales permiten evaluar e intervenir rápidamente sin necesidad de detenerse a contar, lo que retrasa la acción, que debe ser inmediata (en segundos).

2. El Test de APGAR tampoco es usado para iniciar la evaluación y las acciones inmediatas, pues cuando el Bebé se encuentra grave no se debe esperar al primer minuto para hacer la primera evaluación y luego actuar.

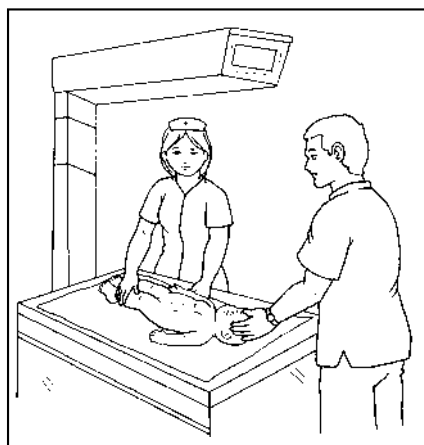
5.1.2. ¿Cuáles son los primeros pasos para iniciar la reanimación neonatal?



1. Proporcionar calor

Colocando al Bebé bajo una fuente de calor radiante (en condiciones óptimas una incubadora abierta o en todo caso una lámpara). Tener presente que los prematuros son especialmente sensibles a la pérdida de calor. Habiendo asegurado el calor, se suministran los siguientes cuidados.

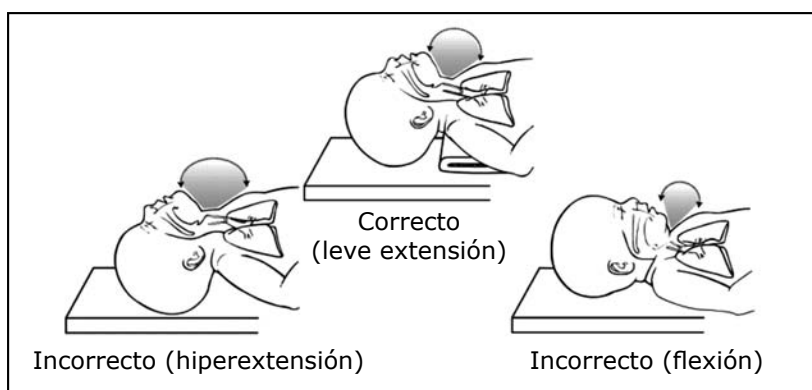
Figura 29



2. Posicionar; limpiar la vía aérea cuando sea necesario

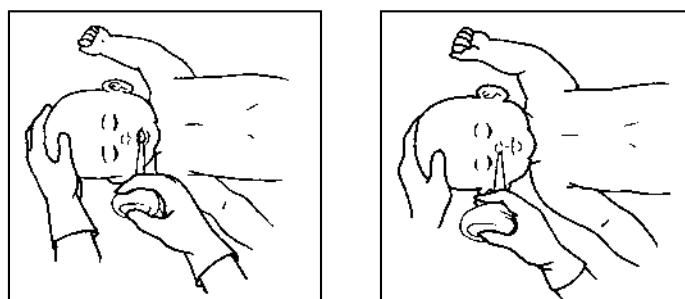
Una adecuada posición de la cabeza del Bebé puede permitir la succión y /o la ventilación (cuando estas deben ser administradas). La posición correcta es una ligera extensión de la cabeza, para lo cual ayuda colocar un campo o toalla pequeña enrollada debajo de los hombros del Bebé, colocado en decúbito dorsal. Esta posición también ayuda cuando es necesario intubar y succionar la tráquea antes de ventilar o estimular (si hay líquido amniótico meconial).

Figura 30



La limpieza de las secreciones de boca y nariz debe realizarse sólo si es necesario. Si la niña o el niño respira bien no requiere aspirar secreciones debido a que se puede inducir un nocivo reflejo vagal (y depresión respiratoria) innecesariamente. Sólo es necesario cuando el líquido está en la vía aérea superior y produce dificultad en la respiración. La manera adecuada de despejar la vía aérea superior es a través de una perilla de goma, succionando con ella **primero la boca y luego la nariz** del Bebé. (Evite el uso de sonda naso u oro gástrica, porque puede estimular la parte posterior de la faringe y ocasionar un reflejo vagal que puede producir bradicardia severa o apnea).

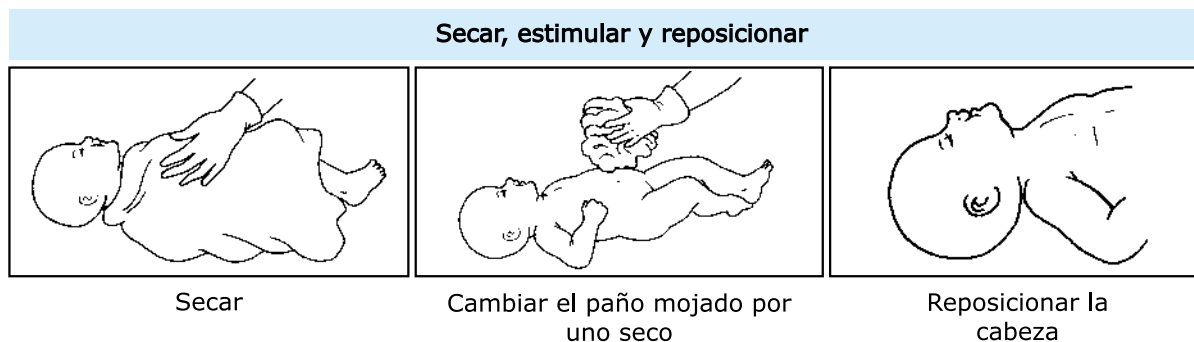
Figura 31



3. Secar, estimular, reposicionar

Se debe secar al Bebé con un campo o toalla seco y tibio, luego de lo cual se cambia por otro campo también seco y tibio.

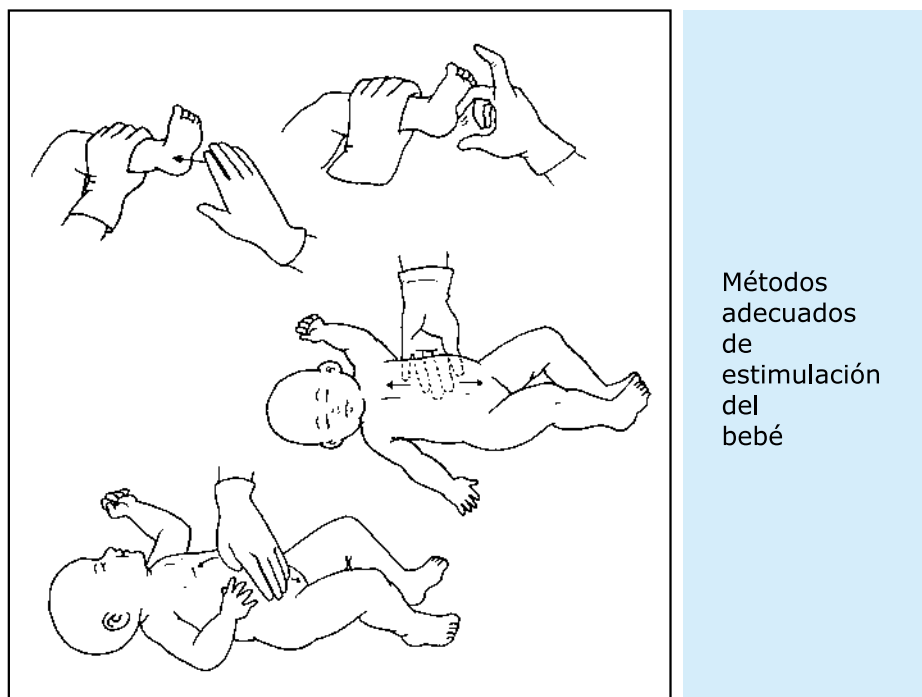
Figura 32



Otras formas adecuadas de estimular para ayudar a la reanimación del Bebé son las siguientes:

- 2 Palmadas o golpes **suaves** en las plantas de los pies.
- 2 Frotaciones **suaves** en la espalda, tronco o extremidades.

Figura 33



Hay algunas formas de estimulación que son peligrosas y deben evitarse porque pueden provocar lesiones en los Bebés, como las siguientes:

Maniobras peligrosas

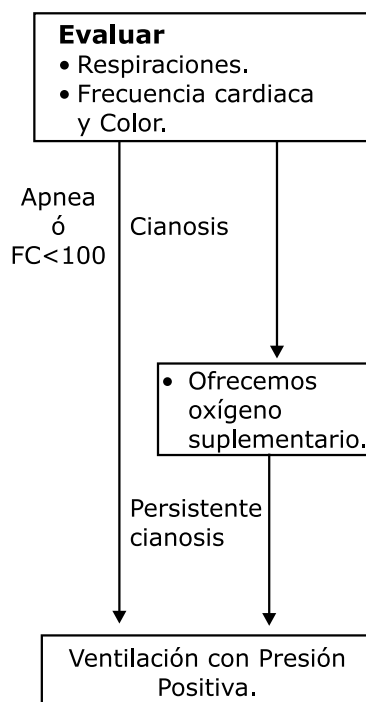
- Palmadas en la espalda.
- Compresión fuerte de la parrilla costal **(la prioridad es vía aérea, no el masaje)**.
- Flexión de extremidades inferiores.
- Dilatación del esfínter anal.
- Compresas o agua fría o caliente.
- Sacudidas bruscas.

Posible consecuencia

- Contusiones.
- Fracturas, neumotórax, dificultad respiratoria.
- Ruptura de hígado y /o bazo sobre el abdomen.
- Laceración del esfínter.
- Hipo o hipertermia, quemaduras.
- Daño al cerebro.

Se debe tener cuidado especial con los Bebés prematuros, quienes tienen en el cerebro un grupo de capilares (llamado matriz germinal) que son muy frágiles y pueden romperse fácilmente cuando se realizan acciones bruscas, lo que puede ocasionar hemorragia intracraneana y secuelas neurológicas irreversibles.

5.1.3. ¿Cómo hacer la segunda evaluación de la niña o niño al nacer? Respuesta a las etapas iniciales de la reanimación:



El siguiente paso será evaluar la respuesta del Bebé a la atención brindada, y decidir si se requieren o no medidas complementarias. Los signos a evaluar son los siguientes:

Respiraciones

Si el Bebé respira espontáneamente (movimientos inspiratorios eficaces), esto es un signo de mejoría. En cambio, si persiste el apnea o la profundidad de los movimientos inspiratorios es inefectiva (“jadeo” o respiración “boqueante”), se debe administrar **Ventilación con Presión Positiva**.

Frecuencia cardíaca

La frecuencia cardíaca debe ser mayor de 100 por minuto. Se puede sentir el pulso en la base del cordón umbilical, o escuchar el latido cardíaco con estetoscopio. Contando el número de pulsaciones en 6 segundos y multiplicándolo por 10 se puede tener un estimado rápido de las pulsaciones o latidos por minuto. Si existe frecuencia cardíaca menor de 100 por minuto, se debe iniciar **Ventilación con Presión Positiva**.

Color. Si la coloración de la piel (en el tórax) y las mucosas (en los labios o lengua) se encuentran rosados, esto es señal de que el bebe se encuentra mejor. Pero, si hay color azulado es signo de cianosis central y por tanto de hipoxemia, es decir falta de oxígeno en la sangre (y también en los órganos vitales). En este caso se puede ofrecer oxígeno suplementario, pero si persiste la cianosis, corresponde iniciar la **Ventilación con Presión Positiva**.

Figura 34



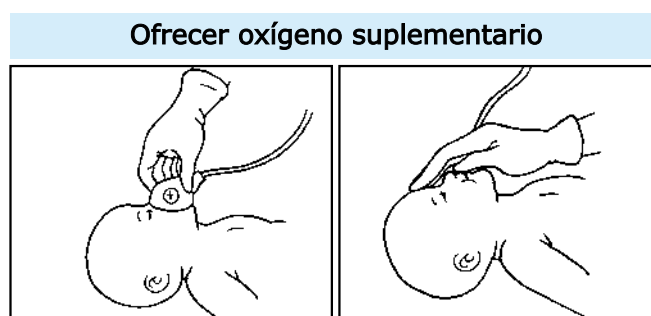
Cortesía: Dr. Wilfredo Ingar Armijo

Cómo ofrecer oxígeno suplementario

Cuando el Bebé presenta cianosis central, es necesario proporcionar oxígeno a flujo libre, para evitar la falta de oxígeno a sus órganos vitales. El oxígeno puede ser administrado de dos maneras diferentes:

- a. A través de una mascarilla que se adapte bien a la nariz y boca del bebé,
- b. A través de un espacio creado con la mano a modo de mascarilla

Figura 34 a



Cuando el color del Bebé empieza a mejorar, el suplemento de oxígeno debe ser retirado gradualmente. No es necesario desaparecer la acrocianosis. Se pone énfasis para no utilizar el oxígeno con este propósito. No se necesita volver rosado al Bebé.

Si persiste la cianosis, hay que continuar con los siguientes pasos de la reanimación neonatal, y considerar la posibilidad de que pueda tratarse de alguna enfermedad cardíaca congénita, hernia diafragmática u otra malformación.

El tiempo en que estos cuidados serán proporcionados, antes de hacer una segunda evaluación de la respuesta del bebe a estas acciones iniciales de reanimación es de **30 segundos**. Por esta razón, es conveniente que en este proceso intervengan dos (o más) personas entrenadas en reanimación neonatal. De esta manera, mientras una de ellas posiciona adecuadamente al bebe, despeja la vía aérea y administra oxígeno (si se requiere), la otra persona lo secará y estimulará, incrementándose así la eficiencia en los esfuerzos por reanimar al bebe.

RECUERDE: SI EN ESTA SEGUNDA EVALUACIÓN, ALGUNO DE ESTOS SIGNOS VITALES (RESPIRACIONES, FRECUENCIA CARDÍACA O EL COLOR) NO ESTÁ NORMAL, SE DEBE ADMINISTRAR VENTILACIÓN CON PRESIÓN POSITIVA (VPP)

En este momento, tiene muy poco o ningún valor y solo retrasa el tratamiento adecuado, si se sigue administrando oxígeno libre o se continúa con estimulación táctil a un bebe que no respira o que tiene una frecuencia cardíaca menor de 100 por minuto.

La Ventilación a Presión Positiva (VPP) debe ser administrada con bolsa autoinflable y máscara facial (v. figuras 35 y 37). La técnica incluye algunas acciones previas, las que deben ser realizadas tan rápidamente como sea posible:

- **Seleccionar la mascarilla adecuada**, que debe cubrir la boca, nariz y la punta de la barbilla, pero no los ojos.
- **Asegurarse de que la vía aérea esté limpia**. Para ello, debe succionar una vez más la boca y nariz, para estar seguro de que las secreciones no van a obstruir la ventilación.
- **Colocar la cabeza del bebé en una buena posición** (v. Figura 36). La nuca del bebe debe estar ligeramente extendida (no sobreextendida), para mantener una vía aérea abierta. Una manera de lograrlo es colocando un campo o toalla pequeña enrollada debajo de los hombros.

Figura 35

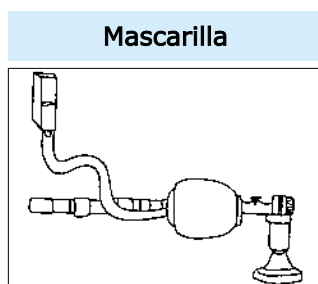


Figura 36



Figura 37

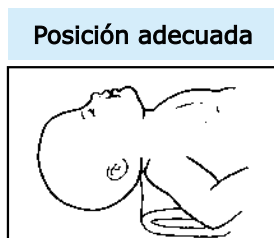
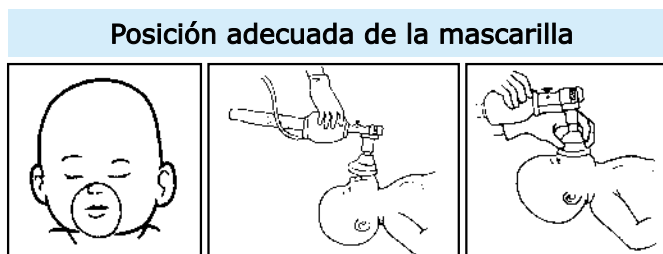


Figura 38

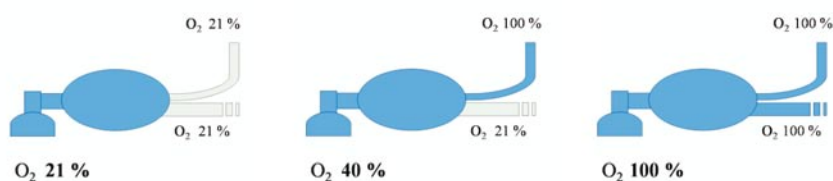


- **Colocarse en buena posición** (v. Figura 36): Usted debe colocarse a la cabecera del bebé para utilizar la bolsa de reanimación adecuadamente y para sostener la mascarilla en la cara del bebé de manera confortable. Si usted es diestro(a), la posición adecuada probablemente será: controlar la bolsa con la mano derecha y sostener la mascarilla con la mano izquierda. Usted debe ver la elevación y retracción del tórax durante cada ventilación.

Recuerde que la mascarilla debe cubrir la boca, nariz y barbilla del bebé pero no sus ojos. La mascarilla generalmente se sostiene en la cara del bebé con los dedos pulgar, índice y medio, haciendo un círculo en la orilla de la mascarilla, lo cual la mantiene más fija y no permite que escape el aire con cada insuflación.

Iniciar Ventilación **a Presión Positiva (VPP)** con cualquier concentración de oxígeno entre 21% (aire ambiental) ó 100%, si es que el Bebé se encuentra sin respiración espontánea o si presenta respiración jadeante o insuficiente. Si no mejora en 90 segundos administrar oxígeno al 100%. Ventilar al Bebé durante 30 segundos y controlar la frecuencia cardiaca.

Figura 39

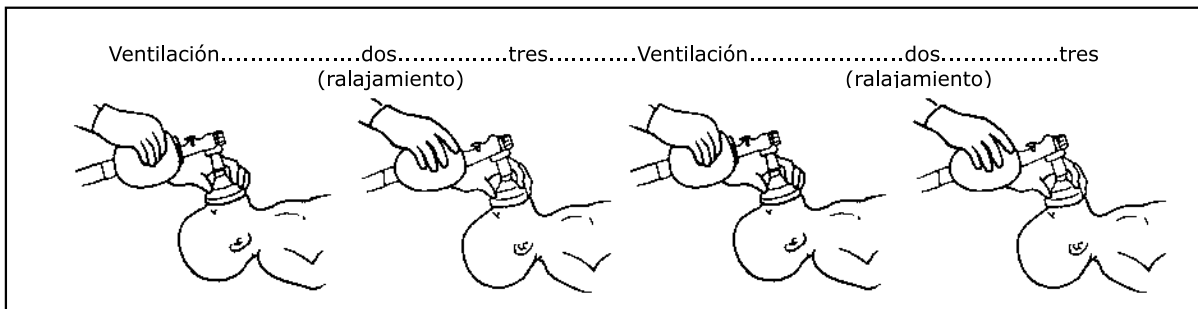


En la figura 39 se observa esquemas de la bolsa autoinflable¹⁴. A la izquierda se muestra como se alcanza una concentración de oxígeno al 21% (aire ambiental), sin conectar el suministro ni el reservorio de oxígeno. Al centro se muestra cómo lograr una concentración aproximada de 40%, con una bolsa conectada al suministro de oxígeno, pero sin reservorio. A la derecha con suministro y reservorio conectado se puede llegar a oxígeno al 100%.

Si el Bebé va a requerir ventilación a presión positiva por más de 2 min, se debe emplear sonda orogástrica, con la finalidad de disminuir el pasaje de aire al estómago y su sobre distensión.

La frecuencia con que usted realizará la ventilación es de 40 a 60 por minuto. Usted puede ir contando mentalmente el tiempo para la presión de la bolsa y para el relajamiento.

Figura 40



Si no se puede obtener una expansión torácica adecuada después de estar utilizando bolsa y mascarilla se requiere intubación endotraqueal.

A los 30 segundos de estar administrando la **Ventilación a Presión Positiva (VPP)** debe realizar una rápida evaluación y estimar si está teniendo buen resultado, lo que se puede conocer a través de la frecuencia cardíaca: Si es mayor de 60 por minuto, hay mejoría; pero si es menor de 60 por minuto, debe continuar **VPP** y simultáneamente iniciar **Masaje Cardíaco Externo**.

Si usted ha decidido que continuará con Ventilación a Presión Positiva (VPP) por más de dos minutos, es preferible colocar al bebé una sonda naso u orogástrica, porque parte del aire ventilado puede pasar por el esófago hasta el estómago y presionar el diafragma, limitando la distensión total de los pulmones. Asimismo, el aire en el estómago puede causar regurgitación del contenido gástrico, el cual puede ser aspirado a tráquea y pulmones durante la ventilación con bolsa y mascarilla.

¹⁴ La bolsa autoinflable es más conocida como "ambú" por las letras del acrónimo en inglés que describe esta marca registrada: Air-Shields Manual Breathing Unit. Ambú es sólo una marca comercial registrada, el nombre adecuado del dispositivo para ventilación es BOLSA AUTO-INFLABLE.

5.1.4. ¿Cuáles son las indicaciones para iniciar masaje cardiaco externo?

Los Bebés que tienen una frecuencia cardiaca por debajo de 60 por minuto después de estimulación y de 30 segundos de Ventilación con Presión Positiva, probablemente tienen niveles muy bajos de oxígeno en la sangre. Como resultado de esto, el miocardio se deprime y no es capaz de enviar con suficiente fuerza la sangre hacia los pulmones para su oxigenación. Por lo tanto, se necesita de una bomba mecánica sobre el corazón a través del masaje cardiaco, mientras se continúa con la ventilación a presión positiva con oxígeno al 100%. Esto ayuda a la oxigenación de los órganos vitales como el cerebro y el corazón, hasta que este pueda recuperar su función en forma espontánea.

RECUERDE:

El masaje cardiaco externo debe ser iniciado si la frecuencia cardiaca se mantiene por debajo de 60 por minuto después de 30 segundos de ventilación efectiva con presión positiva.

Sí se encuentra sólo, priorice la ventilación y solicite apoyo.

¿EN QUE CONSISTE EL MASAJE CARDIACO?

El corazón está colocado en el tórax entre el tercio inferior del esternón y la espina dorsal. El masaje cardiaco externo consiste en compresiones rítmicas sobre el esternón, lo que a su vez comprime el corazón e incrementa la presión en el tórax, provocando que la sangre sea bombeada dentro de las arterias. De esta manera circula la sangre hacia los órganos vitales del cuerpo.

La presión sobre el esternón debe ser la suficiente para deprimir el esternón a una profundidad aproximada de un tercio del diámetro antero posterior del tórax. Luego, disminuya la presión para que el corazón tenga tiempo de llenarse nuevamente de sangre, que regresa por las venas.

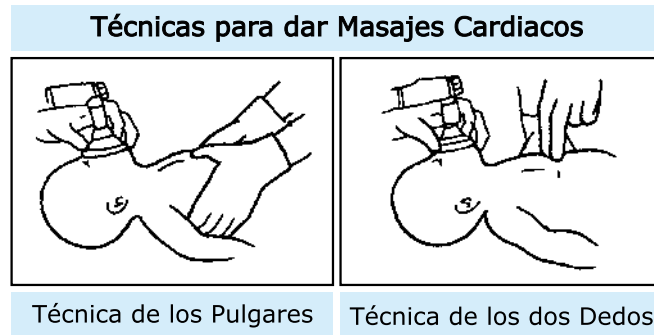
Hay dos técnicas adecuadas para dar masaje cardiaco externo:

- La técnica de los pulgares.
- La técnica de los dos dedos.

Cada técnica tiene ventajas y desventajas, aunque los datos de que se disponen indican que siendo ambas aceptables, es preferible la de los pulgares. Con esta técnica, se usa ambos pulgares para deprimir el esternón, colocando las manos alrededor del torso, mientras los otros dedos sostienen la espina dorsal. Si el torso es grande o sus manos son pequeñas, el bebé debe estar sobre una superficie firme.

En la técnica de los dos dedos, la compresión del esternón se realiza con los dedos índice y medio de una mano. La otra mano soporta la espalda del bebe, salvo que esta se encuentre sobre una superficie firme.

Figura 41

**RECUERDE:**

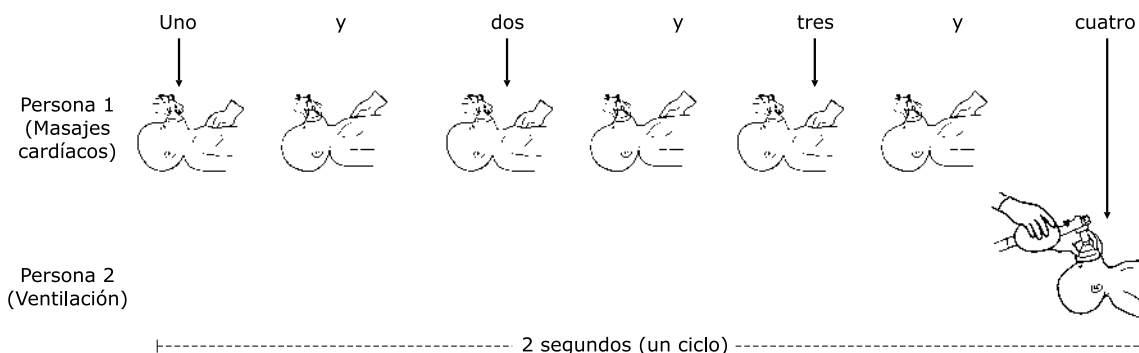
El masaje cardiaco tiene muy poco valor si los pulmones no están siendo bien ventilados con oxígeno. por lo tanto, se necesitan dos personas en la reanimación neonatal: una para dar masaje cardiaco y la otra para continuar dando ventilación. no se debe interrumpir la ventilación a presión positiva (vpp) para dar masaje cardiaco (son complementarios).

Figura 42



Las dos actividades deben estar coordinadas, dando una ventilación después de cada tres compresiones, **para un total de 30 ventilaciones y 90 masajes cardiacos por minuto**. Cada persona debe ir cantando en voz alta al momento de realizar su actividad. Así, al momento que la persona da masaje cardíaco dirá “uno, dos, tres”, y la otra persona al ventilar dirá “respira”, (el ciclo es “uno, dos, tres, respira”) y así sucesivamente.

Figura 43



5.1.5. ¿Cómo hacer la tercera evaluación? ¿Han sido efectivos la Ventilación a Presión Positiva (VPP) y el masaje cardíaco?

Aproximadamente después de 30 segundos de administración efectiva de VPP + masaje cardíaco, usted hará una rápida evaluación de esta intervención. Si el bebé continúa con FC < 60 por minuto y persiste la cianosis central se debe pasar a la siguiente etapa de la reanimación neonatal, que consiste en la administración de **Epinefrina**.

Si no ha habido respuesta efectiva, está indicada también **Intubación Endotraqueal**. Además de la ausencia de respuesta a VPP + Masaje Cardíaco, existen otras condiciones en que está especialmente indicada la Intubación endotraqueal, y son: prematuridad extrema, administración de surfactante y sospecha de hernia diafragmática. **Se requiere personal entrenado para realizar este procedimiento**

RECUERDE:

No se debe interrumpir la Ventilación a Presión Positiva (VPP) ni el masaje cardíaco más de 20 segundos para realizar intubación endotraqueal.

5.1.6. ¿Cuáles son las indicaciones para la administración de epinefrina?

Epinefrina es un medicamento estimulante cardíaco, que mejora la efectividad del latido cardíaco, así como incrementa la vasoconstricción periférica, que juega un rol en el flujo sanguíneo a través de las arterias coronarias y el cerebro (También se conoce como adrenalina: viene en ampollas de 1:1000, en 1mL).

Epinefrina está indicada cuando no han sido efectivos los pasos anteriores de la reanimación neonatal, es decir si la FC es menor de 60 por minuto después de la administración de Ventilación a Presión Positiva (VPP) por 30 segundos, así como después de otros 30 segundos en que han sido administrados simultáneamente VPP + masaje cardíaco.

Epinefrina debe ser instilada directamente en la tráquea a través del tubo endotraqueal o inyectada en la vena umbilical. La dosis es 0.1 ml/kg a 0.3 ml/kg de epinefrina diluida 1:10,000, (Diluir 0.1ml de Epinefrina con 0.9 ml de solución salina), procurando que no se quede en el tubo. Se debe contar la frecuencia cardiaca 30 segundos después. Una dosis adicional puede ser administrada 3 minutos después, de ser necesario.

Debido a que la dosis indicada puede incrementar la presión intra craneana y causar hemorragia cerebral en el prematuro, se considera que en este caso **debe ser administrada sólo en un centro especializado y por personal entrenado.**



Recuerde que el bebé tiene derecho a no recibir tratamientos y/o procedimientos inadecuados que puedan implicarle sufrimientos inútiles y riesgos para su vida o su salud futura.

“Los proveedores somos responsables de los pasivos (pasado) y los activos (futuro) de la salud de las niñas y los niños”.

De acuerdo a las Guías de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido (MINSA, 2007), la Reanimación Cardio Respiratoria se deberá realizar a todo recién nacido que **a los 30 segundos** de vida no respira o tiene respiración y circulación insuficiente. Esos primeros 30 segundos son decisivos y para cuando se puede contabilizar el primer puntaje de APGAR ya han transcurrido 60 segundos. Por este motivo se comprende que el **APGAR al minuto se realiza muy tarde** como para ser incluido dentro de los criterios de decisión en la Reanimación Neonatal: **No se toma en cuenta en la Guías del MINSA como criterio de Reanimación Cardio Pulmonar Neonatal.**

5.2. ¿Cómo se realiza el procedimiento de Cateterización Venosa Periférica?

DEFINICIÓN

Procedimiento invasivo que permite permeabilizar una vía venosa periférica colocando un catéter periférico de acceso a la circulación general del neonato, con fines terapéuticos, soporte metabólico e hidroelectrolítico, en condiciones asépticas, manteniéndose como máximo 72 horas.

MATERIALES Y EQUIPOS

- 01 riñonera estéril.
- 01 catéter intravenoso N° 24 - 25.
- 01 llave de triple vía.
- Guantes estériles 6 ½, 7, 7 ½.
- 01 equipo de microgotero.

- 01 frasco de Dextrosa al 5% y/o 10% de 1,000 ml.
- 01 jeringa descartable de 1 ml.
- 01 set de punción venosa (3 torundas de algodón, ligadura neonatal y 2 gasas estériles de 10 x 25 cm).
- 01 tira de esparadrapo hipoalergénico de 50 cm.
- 01 estampilla de gasa estéril.
- Alcohol al 70%.
- 02 lapiceros: rojo y azul.
- 01 porta suero.

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

- Preparar los materiales.
- Lavado de manos según técnica.
- Seleccionar una vena adecuada (dorso de la mano).
- Ligar a 2 cm por encima de la zona de inserción.
- Realizar asepsia de la piel de la zona de punción con torunda de algodón empapada con alcohol al 70%, en forma circular de adentro hacia fuera, dejar evaporar y no volver a palpar después de concluido el procedimiento.
- Inmovilizar la extremidad del neonato sujetando con la mano libre y con la otra, introducir lentamente el catéter intravenoso con el bisel hacia arriba en un ángulo de 30°, hasta que fluya la sangre por el mandril o guiador, luego retirar un tercio de la longitud del mandril e introducir lentamente todo el catéter en la vena.
- Comprobar la permeabilidad de la vena, mediante la administración de 1 ml de ClNa 9%, con la jeringa de 1 ml.
- Colocar la estampilla de gasa estéril en la zona de punción y fijar con el esparadrapo.
- Asegurar el catéter con el esparadrapo cubriendo totalmente el catéter y sujetándolo ambos lados del mismo.
- Retirar el mandril o guía del catéter y presionar el flujo de la sangre con el dedo pulgar por encima de la zona de inserción.
- Colocar la llave de triple vía previamente permeabilizada.
- Colocar el sistema de infusión.
- Envolver con gasa la zona de inserción y luego fijar con el esparadrapo totalmente la circunferencia del miembro (NO USAR FÉRULAS).
- Colocar la fecha de instalación con azul y el vencimiento con rojo.
- Dejar cómodo al neonato y regular el micro goteo según lo indicado.
- Retirar y ordenar los materiales utilizados.
- Lavarse las manos con las técnicas adecuadas.

RECOMENDACIONES

- Cambiar el catéter cada 72 horas.
- Si al primer intento no se logra instalar el catéter periférico, repetir el procedimiento, utilizando una vena más proximal. No debe repetirse más de 2 intentos.

- En caso de no visualizar la vena periférica, colocar suavemente paños con agua tibia en la zona de venopunción, para lograr vasodilatación.
- Verificar las soluciones con que se deben diluir los medicamentos que se van a aplicar.

CUMPLIR CON LOS CINCO CORRECTOS:

- Paciente correcto.
- Dosis correcta.
- Hora correcta.
- Medicamentos correctos.
- Vía correcta.

5.3. ¿Cómo se realiza el Transporte Neonatal?



Recuerde que el mejor medio de transporte del bebé es el útero materno. La detección precoz de los riesgos y complicaciones de la salud de la madre y el bebé, es el primer paso para el manejo médico oportuno y adecuado de ambas personas.

El transporte neonatal, se realiza de acuerdo a normas y procedimientos de la Norma Técnica del Sistema de Referencia y ContraReferencia¹⁵ (Ver información adicional en los anexos: ¿Cómo referir a la niña o al niño?).

INDICACIONES A SEGUIR PARA EL TRANSPORTE DE LA NIÑA O NIÑO MENOR DE 2 MESES

1. MANTENER EL AMBIENTE TÉRMICO ADECUADO (24 ° C) PARA MANTENER LA T° CORPORAL EN 36.5 - 37°C Y PREVENIR LA HIPOTERMIA (Incubadora, contacto piel a piel, ropa tibia, lámparas de calor).

2. PREVENIR O TRATAR LA HIPOGLICEMIA:
Prevenir: Leche materna o agua azucarada. Tratar: Solución intravenosa al 10% (60 - 80 ml/ Kg/ día).

3. MANTENER OXIGENACIÓN ADECUADA (Según requerimiento y disponibilidad),
(Casco cefálico, cánula nasal, mascarilla o bolsa autoinflable + mascarilla).

4. DAR LA PRIMERA DOSIS DE LOS MEDICAMENTOS RECOMENDADOS:
(Antibióticos, sales de rehidratación oral, Nistatina, antibiótico tópico).

5. OTROS CUIDADOS IMPORTANTES:

- Lavarse las manos antes de brindar atención al Bebé.
- Si el bebé tiene distensión abdominal, colocarle sonda naso u orogástrica y dejarla abierta.
- Todo bebé con dificultad respiratoria debe ser transportado con sonda naso u orogástrica.
- Si el bebé tiene alguna patología con exposición de vísceras, envolverlas con compresas con solución salina tibia.
- Si el bebé tiene fractura o trauma, inmovilizar el área afectada.
- Antes de la referencia, si es posible, colocar y mantener vía intravenosa.

* Siempre que sea posible, referir antes del nacimiento (cuando existen factores de riesgo materno - perinatales).

¹⁵ RM-751-260704 Sistema de referencia y contrarreferencia. Ministerio de Salud. Lima, 26 de Julio 2004.

¿A cargo de quien está la responsabilidad de referir a un Bebé enfermo?: La madre o padre, el Puesto de Salud de origen, o el Centro de Salud de destino?



La mejor forma de trasladar a un paciente, de la comunidad a un establecimiento de salud o de un establecimiento de salud a otro, es a través de un sistema de referencias y contrarreferencias. Lo ideal es que el establecimiento de destino del paciente se encargue de recogerlo desde el establecimiento de origen. Se requiere sistemas eficientes de comunicación y transporte asistido. Esta forma de transferencia se ha asociado con menor mortalidad.

5.4. ¿Cómo se realiza la oxigenoterapia en neonatología?

DEFINICIÓN

Tratamiento por el cual se mantiene o recupera la saturación de oxígeno a nivel sanguíneo.

USO DEL OXÍGENO EN EL RECIÉN NACIDO

Si bien en los últimos años han sido publicados trabajos que sugieren la utilidad del aire ambiental en la reanimación del neonato en sala de partos, en la actualidad sigue siendo de elección el suministro de O₂ al 100%, para la fase aguda de la reanimación. En cuanto mejore la frecuencia cardíaca, coloración y/o adecuada saturación de oxígeno (SpO₂), la concentración de oxígeno inhalado (FiO₂) debe ser descendida.

La administración de O₂ suplementario a estas niñas o estos niños en la sala de partos, debería ser regulada por satúrometría, medición de FiO₂, y regulación del aporte de oxígeno en la medida en que mejora la saturación de O₂.

En la sala de partos se establecerá la satúrometría lo más pronto posible y la FiO₂ debe ser disminuida rápidamente si la saturación de oxígeno es mayor de 93%.

El oxígeno: es un gas natural cuyos efectos adversos son potencialmente importantes en los recién nacidos pretérmino y en especial en los menores de 1,500 gr y/o menores de 32 semanas de edad gestacional.

Es necesario evitar la hipoxia, pero sin causar hiperoxia, que conduce a injuria y stress oxidativo en el neonato. Actualmente se sabe que niveles de FiO₂ suficientes para mantener saturación entre 95% y 100% son potencialmente peligrosos. Además, los episodios reiterados de hiperoxia/hipoxia producen alteración del tono vascular en neonatos inmaduros.

Límites de alarma de saturación de oxígeno:

- El monitor de SpO₂ debe ser usado inmediatamente después del nacimiento.
- La alarma mínima se programa en 85% y la máxima en 93% (ó, no más de 95% en los recién nacidos posttérmino, que son más grandes).

- No deben ser modificados los límites sólo porque la alarma suena frecuentemente.
- Nunca deben ser apagadas las alarmas.
- No debe demorarse la reanimación esperando que el monitor funcione adecuadamente.

Edad gestacional (EG) Peso al nacer (PN)	Saturación deseada	Alarma mínima de saturómetro	Alarma máxima de saturómetro
<De 32 semanas EG ó <1.200g PN	88a 92%	85%	93%
>De 32 semanas EG ó >1.200g PN	88a 94%	85%	95%

Nota: En caso de no contar con Saturómetro y FiO2 referirse al anexo 3.

5.5. ¿Cómo se realiza el lavado de manos?

DEFINICIÓN

El lavado de manos es el frote breve y enérgico de todas las superficies de las manos con una solución antimicrobiana, seguido de enjuague con chorro de agua. Busca remover la suciedad, el material orgánico y disminuir la concentración de la flora transitoria.

OBJETIVO

- Reducir riesgo de infección.
- Prevenir las Infecciones Intrahospitalarias.

MATERIAL Y EQUIPO

- Agua limpia.
- Jabón.
- Toalla descartable.
- Depósito para deshechos.

PROCEDIMIENTO

- Subir las mangas de la ropa hasta el codo, retirar aros, anillos, pulseras, reloj, etc. Adoptar una posición cómoda frente al lavadero.
- Abrir el caño o con agua disponible humedecer las manos y muñecas.
- Jabonar generosamente las manos hasta hacer abundante espuma.
- Realizar el lavado friccionando las palmas y dorso de las manos, espacios interdigitales, uñas, muñeca y antebrazo, entre 10 a 15 segundos.

- Enjuagar desde los dedos, continuar con las manos y muñecas; mantener siempre las manos levantadas para permitir que el agua se escurra.
- Secar las manos, muñecas y antebrazos utilizando toallas descartables.
- Usar la misma toalla de papel para cerrar la llave del caño y así evitar la contaminación con ésta.
- Desechar el papel toalla en el recipiente de residuos.

RECOMENDACIONES

- Mantener las uñas cortas y sin esmalte.
- Lavarse las manos antes y después de todo procedimiento.
- Lavarse las manos antes y después de atender al neonato.
- Después de haber realizado el lavado de manos evitar tocar otros objetos y partes del cuerpo.
- El recipiente para residuos debe tener tapa accionable a pedal para no contaminar las manos al desechar el papel, considerando las Normas de Bioseguridad vigentes.

Sección 4

**Pautas generales para la atención
de todas las niñas y los niños
menores de 5 años de edad**

¿CUÁLES SON LAS PAUTAS GENERALES PARA LA ATENCIÓN DE TODAS LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD?

A continuación se revisarán las pautas generales que deben considerar con todas las niñas o los niños de cero a 4 años de edad en los siguientes puntos:

1. Verificar los antecedentes de vacunación.
2. Evaluar la alimentación.
3. Detectar y evaluar el maltrato infantil.
4. Evaluar otros problemas.
5. Aconsejar cuándo volver.
6. Aconsejar a la madre sobre su propia salud.
7. ¿Cómo poner en práctica el enfoque de derechos en la atención de salud de la niña y del niño en el primer nivel?

1. ¿CÓMO VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN?

SIEMPRE que atienda a una niña o un niño, pida su carné de vacunación y verifique si ¿ha recibido todas las vacunas recomendadas para su edad?, ¿necesita ahora alguna vacuna?

¿CÓMO VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DE LA NIÑA O EL NIÑO?

Grupo de Edad	Edad de Aplicación	Vacuna
Menos de un año	Recién nacido	BCG + Hvb (zonas privadas)
	2 meses	Pentavalente +VOP
	4 meses	Pentavalente +VOP
	6 meses	Pentavalente + VOP
1 año	12 meses	SPR + Antiamarílica
18 meses	18 meses	Primer refuerzo DPT
4 años	4 años	Refuerzo SPR

Administre la vacuna recomendada cuando la niña o el niño tenga la edad apropiada para cada dosis.

Todas las niñas o niños deberán recibir todas las vacunas recomendadas para su edad.

Si la niña o el niño no es llevado para que le apliquen sus vacunas a la edad recomendada, adminístrele las vacunas necesarias en cualquier momento después que la niña o el niño alcance esa edad. Administre las dosis restantes en intervalos de 4 semanas por lo menos. No necesita repetir todo el plan.

1. Observe las contraindicaciones para la inmunización

Es muy importante inmunizar a todos las niñas o los niños.

Actualmente las vacunas están contraindicadas sólo en *tres* situaciones:

- BCG en una niña o un niño que se sabe que tiene SIDA.
- DTP-2 o DTP-3 en una niña o en un niño que ha tenido algún evento relacionado a la aplicación de la DPT dentro de los 3 días de la dosis más reciente.
- DTP en una niña o un niño con convulsiones recurrentes u otra enfermedad neurológica activa del sistema nervioso central.

En todas las demás situaciones, la siguiente es una buena regla:

No está contraindicado vacunar a una niña o niño enfermo que se encuentre lo bastante bien como para regresar a su casa.

Para decidir si la niña o el niño necesita una vacuna ahora, debe seguir los siguientes pasos:

2. Mire la edad de la niña o el niño en la historia clínica o pregunte la edad a la madre.

3. Pregunte a la madre si la niña o el niño tiene un carné de vacunación:

Si la madre dice que Sí, pregúntele si lo trae consigo.

- Si trae el carné consigo, pídale que se lo muestre.
- Compare los antecedentes de vacunación de la niña o el niño con el calendario de vacunación recomendado. Decida si la niña o el niño han tenido todas las vacunas recomendadas para su edad.

Si la madre dice que NO trae consigo el carné de vacunación:

- Pida a la madre que le diga qué vacunas ha recibido la niña o el niño.
- Decida si la madre le ha dado información fidedigna. Si tiene alguna duda, vacune a la niña o al niño. Administre a la niña o al niño las vacunas correspondientes de acuerdo a su edad.
- Entregue un Carné de Crecimiento y Desarrollo (que incluye el calendario de vacunación) a la madre, habiendo registrado en él los datos correctos de identificación de la niña o el niño,

y pídale que haga el favor de llevarla con ella cada vez que acuda con la niña o el niño al Establecimiento de Salud.

4. Ahora, repase los puntos siguientes acerca de la preparación y aplicación de las vacunas:

- Use una jeringa y aguja descartables para cada vacuna; de esta forma previene la transmisión de VIH y del virus de la Hepatitis B.
- Descarte las ampollas abiertas de las diferentes vacunas de acuerdo a la tabla del **Anexo 8**.
- Si una niña o un niño tiene diarrea y necesita VOP, aplíquela, pero no registre la dosis en la historia clínica ni en el Carné de Vacunación. Dígale a la madre que regrese en 4 semanas para recibir una dosis extra de la VOP. Esta dosis viene a ser la que le tocaba cuando estaba con diarrea. Anote la fecha en que administra la dosis repetida, en el calendario de vacunación y en su historia clínica, pues sólo la dosis aplicada cuando la niña o el niño está sin diarrea será válida.
- Registre todas las vacunas en el carné de vacunación de la niña o el niño. Anote la fecha en que le aplicó cada dosis. También lleve un registro de las vacunas en la historia clínica de la niña o el niño.
- Aconseje a la madre que se cerciore si las demás niñas o los demás niños de su familia están vacunados. De ser necesario, administre a la madre toxoide tetánico u otras vacunas que necesite; además es necesario explicarle qué vacuna va a recibir su niña o niño hoy y cuáles son los efectos secundarios posibles.

5. Seguidamente te damos una descripción breve de estos efectos secundarios:

- **BCG**: después de una a dos semanas en el lugar donde se aplicó, aparece una pequeña zona roja, hipersensible e hinchada que luego se convierte en una úlcera. La úlcera sana por sí sola y deja una pequeña cicatriz. Además debe recomendarle que la pequeña úlcera que aparece quede descubierta; si fuera muy necesario podrá cubrirla sólo con un apósito seco. Si se presentan tumoraciones en la axila, debe llevar a la niña o al niño al servicio de salud.
- **VOP**: si presenta dificultad para moverse, acudir al servicio de salud.
- **PENTAVALENTE**: fiebre, irritabilidad y dolor. Normalmente no son graves y no necesitan tratamiento especial. En el caso que tenga fiebre darle Paracetamol. No debe envolver a la niña o al niño ni arroparlo más de lo necesario. Si hay llanto persistente, acudir de inmediato al servicio de salud.
- **Antisarampionosa** (actualmente se usa la vacuna trivírica: Sarampión, Paperas y Rubéola –SPR-): fiebre y una leve erupción, que sucede una semana después de recibir la vacuna.

2. ¿ES POSIBLE EVALUAR EL DESARROLLO EN LA NIÑA O EL NIÑO ENFERMO?

No siempre es posible evaluar los aspectos relacionados al desarrollo de una niña o un niño enfermo. Por esa razón, una recomendación general es la de realizar esta evaluación en la consulta de control, si la niña o el niño está mejor, o en todo caso en su cita de seguimiento para control de crecimiento y desarrollo y/o para aplicación de vacuna.

3. ¿CÓMO EVALUAR LA ALIMENTACIÓN?

Antes de dar consejos es importante:

Para evaluar la alimentación haga las siguientes preguntas:

- ¿Le da pecho a la niña o al niño? ¿Cuántas veces le da durante el día? ¿Le da durante la noche?
- Si no le da pecho: ¿Qué le da en lugar de leche? ¿Cómo lo prepara? ¿Cuántas veces al día le da? ¿Usa biberón?
- ¿Come ya la niña o el niño?
- ¿Cuántas veces por día?
- ¿Qué comió el día de ayer en la mañana, media mañana, mediodía, media tarde y en la noche?
- ¿Consume carne, pescado o vísceras? ¿Con qué frecuencia en la semana?
- ¿Consume frutas o verduras? ¿Con qué frecuencia en la semana?
- ¿Qué usa para dar de comer a la niña o al niño? ¿Usa biberón?
- ¿Añade margarina, mantequilla o aceites a la comida de la niña o el niño?
- ¿De qué tamaño son las porciones que le da? ¿La niña o el niño reciben su propia porción? ¿Quién le da de comer y cómo?
- Durante esta enfermedad, ¿hubo algún cambio en la alimentación de la niña o el niño?
- Si lo hubo, ¿cuál fue el cambio en relación a lo que come normalmente?

Escuche atentamente para que determine cuáles son las prácticas de alimentación correctas y cuáles necesitan cambiarse. **Es importante acabar la evaluación de la alimentación y determinar todos los problemas al respecto antes de dar consejos.** Según las respuestas de la madre, determine las diferencias entre la alimentación dada realmente a la niña o al niño y lo aconsejable para su edad.

Además de indicar diferencias en cuanto a lo aconsejable sobre la alimentación, las respuestas de las madres pueden señalar algunos otros problemas. Por ejemplo:

- **Dificultad para el amamantamiento.**
- **Uso de biberón.**
- **Falta de alimentación activa.**

Las niñas o los niños pequeños necesitan a menudo estímulo y ayuda para comer. Eso suele suceder particularmente si una niña o un niño tienen peso muy bajo. Si una niña o un niño pequeño se alimenta solo o si tiene que compartir con sus hermanos la comida, tal vez no coma lo suficiente.

- **Falta de apetito durante la enfermedad:**

La niña o el niño cuando esta enferma puede perder el apetito. Sin embargo debe ser estimulado a comer los alimentos recomendados para su edad, ofreciéndole una comida extra hasta que recupere su peso y esté completamente restablecido. Conviene darles alimentos nutritivos que sean sus favoritos, si es posible para animarlos a comer.

Los consejos se enumeran en columnas correspondientes a 4 grupos de edad, son apropiados para cuando la niña o el niño está enfermo y sano. Necesita entender todos los consejos acerca de la alimentación, pero no tiene que explicárselos todos a la madre. Le dará solamente los consejos necesarios para la edad y la situación de la niña o del niño.

Durante una enfermedad es muy posible que las niñas o los niños no quieran comer mucho. Sin embargo, se les debe dar alimentos recomendados para su edad, con la frecuencia recomendada, aunque no puedan consumir mucho en cada comida.

Los principales problemas de alimentación infantil en el Perú, ocurren entre los 6 meses a 2 años de edad, período en el cual la madre usualmente acude al servicio sólo cuando su hija o hijo está enfermo. Esta es una muy buena oportunidad de aconsejar a la madre, que usualmente está motivada, acerca de la alimentación de la niña o el niño enfermo y sano.

3.1. ¿Qué consejos dar para la alimentación de las niñas y los niños hasta los 6 meses de edad?

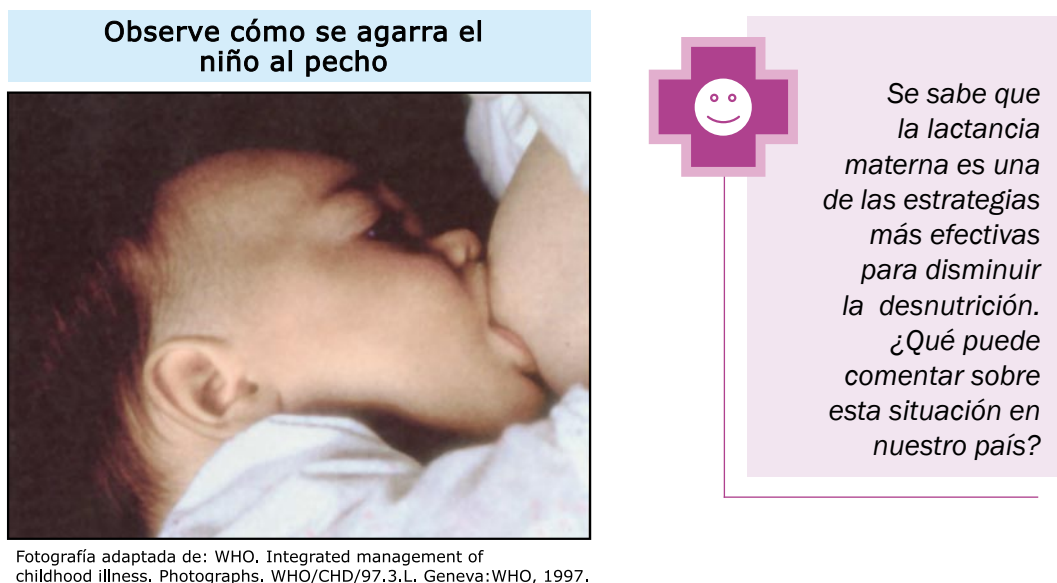
La mejor forma de alimentar a una niña o niño desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad es la **lactancia materna exclusiva**. Esto significa que la niña o el niño tome sólo leche materna cada vez que lo desee, de día y de noche; es decir, al menos 8 veces en 24 horas, siendo recomendable las primeras 2 semanas de vida darle el pecho más frecuentemente. La niña o el niño durante los 6 primeros meses de vida no debe recibir otros alimentos, ni agua, ni líquidos (con excepción de medicinas y vitaminas, si se necesitan).

Como parte de una adecuada alimentación para la madre y para la niña o el niño, toda madre debe recibir una **dosis única** de 200,000 unidades de vitamina A durante el **primer mes después del parto**, especialmente en las zonas de sierra y selva donde existe deficiencia de vitamina A en la población. Esta vitamina debería ser administrada por el personal del establecimiento de salud para asegurar su ingesta.

La madre que da de mamar debe recibir sulfato ferroso, 300 mg al día, por los dos meses siguientes al parto, si es posible lo debería consumir con jugos de frutas. No consumir junto con té o café, pues disminuyen la absorción del hierro.

Es importante asegurar a la madre que el mejor estímulo para la producción de leche materna es la succión del pezón. Mientras más mame la niña o el niño, más leche producirá la madre. Sin oponerse a creencias locales es importante conversar sobre este tema y tratar de convencer a la madre sobre la importancia de este hecho para su producción de leche materna.

Figura 44



- ▶ Si la niña o el niño tiene menos de 6 meses y toma otra leche u otros alimentos:
 - Infunda confianza a la madre de que puede producir toda la leche que su niña o niño necesita y sugiérala que le dé pecho con más frecuencia y por más tiempo, de día y de noche y que evite poco a poco otros tipos de leche u otros alimentos. Puede ser necesario enseñarle la técnica de relactación.
 - Enseñe a la madre la técnica de extracción manual de leche, así como las facilidades de conservación de la misma y la forma más adecuada de dársela: en taza, cuchara o vaso.
 - Asegúrese que la leche que se está utilizando sea sucedáneo apropiado de la leche materna; que sea preparada en forma correcta e higiénica y ofrecida en cantidades

suficientes. No usar los restos de leche para otra toma. Pídale a la madre que vuelva en 2 días.

En algunos casos, quizás sea imposible que la niña o el niño mame más o en forma exclusiva, sobre todo si la madre nunca le dio el pecho, si debe alejarse de su hija o hijo por períodos prolongados o si no le da de mamar por razones personales. En esos casos, es importante que se le enseñe la técnica de extracción manual de su leche y su conservación. Si esto no es posible, que use la cantidad correcta de agua hervida limpia para dilución. Si prepara leche entera de vaca en polvo para menores de 6 meses, coloque 6 cucharaditas colmadas de leche en polvo en 1 taza (250 ml), 2 cucharaditas de azúcar y complete con agua hervida. Si utiliza leche fresca, diluya 2 partes de leche en 1 de agua. En todos los casos, es necesario tener especial cuidado con la limpieza e higiene de los alimentos, vajilla y manos.

- **Si la madre usa biberón para alimentar a la niña o al niño: Aconséjele que emplee una taza en lugar de un biberón**

Para cualquiera de los problemas de alimentación detectados indique los consejos correspondientes y pídale a la madre que vuelva en 2 días.

3.2. ¿Qué consejos dar para la alimentación de las niñas y los niños de 6 hasta 12 meses de edad?

Figura 45



Cortesía: Programa REDESA CARE Perú

La madre debe seguir dando el pecho cada vez que la o el bebé lo desee. Sin embargo después de 6 meses de edad, la leche materna no cubre todas las necesidades de energía y nutrientes de la niña o el niño por lo que se debe introducir alimentos diferentes a la leche materna.

La niña o el niño deben comer cinco veces al día:

- De la olla familiar, separar los alimentos sólidos para preparar comidas espesas como purés, papillas, mazamorras.
- Incluir alimentos de origen animal (carne, pescado o vísceras) por lo menos 3 veces a la semana.
- Diariamente frutas o verduras locales de color verde o amarillo.
- Añadir una cucharadita de grasa o aceite a las comidas principales.
- Usar sal yodada en las preparaciones de las comidas.
- Incrementar la cantidad de comida que se ofrece a la niña o al niño conforme crece. Así debe consumir:
 - A partir de los 6 meses: 2 a 3 cucharadas de comida 2 veces al día.
 - Entre los 7 a 8 meses: media taza o 3 a 5 cucharadas 3 veces al día.
 - Entre los 9 a 11 meses: $\frac{3}{4}$ taza o 5 a 7 cucharadas 3 veces al día más una entre comida adicional.
 - A partir del año: la misma comida que la familia pero en menor cantidad.
Entre 12 a 24 meses: 1 taza o 7 a 10 cucharadas 3 veces al día más dos entre comidas adicionales.
- Ofrecerle leche materna después de las comidas.

Hasta que pueda comer solo, la madre o cualquier otra persona que lo cuide debe sentarse junto a ella o él y darle las comidas en su propio plato y con cuchara, colocándola en su boca. No debe usar biberón. Hay que animarlo a comer. No debe competir con sus hermanos mayores por los alimentos de un plato común por lo que **se le debe servir su propia ración**.

En la medida de lo posible, la madre debe preparar los alimentos al momento de darlos. Si sobra comida en el plato, no guardarlos para darlos después. Pueden haberse contaminado. Si le sobró en la olla y quiere darle más tarde, tiene que volverlos a hervir. De lo contrario la niña o el niño puede tener diarrea.

Algunas niñas o algunos niños entre 4 y 6 meses de edad pueden consumir otros alimentos además de la leche materna, si no ganan peso adecuadamente a pesar de estar siendo amamantado apropiadamente.

Además, se debe **dar suplemento de hierro diario por 6 meses**. (ver Cuadro de Procedimientos). En estos casos se pueden introducir alimentos complementarios como se indica a continuación:

Alimentación Complementaria

A partir de los seis meses de edad se inicia la alimentación complementaria a la leche materna, proceso que continúa hasta los dos años de edad. Luego la alimentación de la niña o niño depende exclusivamente de los alimentos de la olla familiar.

La alimentación complementaria se inicia con alimentos semisólidos (papillas, purés o mazamorras), evitando el uso de bebidas azucaradas por su bajo valor nutritivo; modificando gradualmente la consistencia de las comidas conforme el niño va creciendo y desarrollando, ofreciendo al comienzo los alimentos aplastados, luego triturados y finalmente picados, hasta que la niña o niño se incorpora a la presentación de la alimentación familiar.

La alimentación complementaria deberá distribuirse en varios tiempos de comida por día, que se irá incrementando gradualmente conforme crece y desarrolla la niña o niño, hasta alcanzar la frecuencia recomendada de tres comidas principales y dos entre comidas adicionales durante el día. A partir de los seis meses de edad se empezara con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a $\frac{1}{2}$ taza (100 g ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementará a $\frac{3}{4}$ de taza (150 g ó 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día, más una entre comida adicional; y, finalmente entre los 12 y 24 meses 1 taza (200g ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente, tres veces al día, más dos entre comidas adicionales.

La alimentación complementaria debe ser variada, porque una dieta monótona o poco diversificada no cubre los requerimientos nutricionales de la niña y el niño. La alimentación complementaria óptima se logra consumiendo diariamente al menos un alimento de cada grupo de alimentos. Los alimentos están clasificados en:

- a. **Alimentos energéticos** son los cereales (trigo, avena, arroz, maíz, quinua, kiwicha), las leguminosas (frijoles, arvejas, lentejas, pallares, garbanzos, tarwi) y los tubérculos (papa, ullucu, oca, mashua, yuca, camote) que constituyen la base de las papillas o purés. La quinua, quihuicha, tarwi y lentejas tienen también un buen contenido proteínico.
- b. **Alimentos proteicos** de origen animal deben ser incluidos diariamente en la alimentación: carnes, hígado, pescado, sangrecita y huevo. Leche y/o derivados lácteos deben ser incorporados en las comidas de la niña o niño. El consumo diario de estos alimentos es importante para atender las necesidades requeridas por el crecimiento rápido del lactante y porque previene la deficiencia de hierro, calcio y zinc.
- c. **Frutas y verduras** son muy efectivas para prevenir las deficiencias de vitaminas, como A y C, recomendándose el consumo diario de verduras de hojas verdes (espinaca, acelga), frutas y verduras de color amarillo o naranja (papaya, mango, plátano de la isla, zapallo, zanahoria).

El enriquecimiento de una de las comidas principales de la niña o niño con una cucharadita de grasa (aceite, mantequilla o margarina) favorece el aporte energético y la absorción de vitaminas liposolubles (A, D, E y K).

Tener en cuenta que los aceites, grasas y azúcares se debe usar con moderación, para evitar que las niñas o niños engorden demasiado.

Se debe utilizar sal yodada en las comidas para prevenir los desordenes por deficiencia de yodo (DDI).

3.3. ¿Qué consejos dar para la alimentación de las niñas y los niños de 12 meses hasta 2 años de edad?

Figura 46



Cortesía: Programa REDESA, CARE Perú

Durante este período, la madre debe continuar amamantando al bebé cada vez que éste lo desee, pero después de los alimentos.

La variedad y cantidad de alimentos debe aumentar.

Al cumplir un año la niña o el niño puede comer lo mismo que come la familia sin aderezos, ni condimentos fuertes.

La madre debe dar los alimentos cortados en pequeños trozos o desmenuzados, sin partículas óseas de las carnes, en 3 comidas principales al día y 2 comidas extras.

Debe comer un plato hondo de los alimentos en cada comida.

Advierta a la madre que una niña o un niño están comiendo lo suficiente, si está ganando peso adecuadamente en cada visita. Recomiéndele que lleve regularmente a su niña o niño a controlar el peso y la talla y que observe su registro en el Carné de Crecimiento y Desarrollo.

3.4. ¿Qué consejos dar para la alimentación de las niñas y los niños de 2 años de edad o más?

Figura 47



Ministerio de Salud del Perú

La niña o el niño de esta edad deben consumir los alimentos de la olla familiar en cuya preparación se ha incluido sal yodada.

Déle 3 comidas diarias principales y otras 2 comidas extras entre comidas en forma de mazamorras, papillas o frutas frescas.

El peso y la talla deben ser regularmente controlados y registrados en el Carné de Crecimiento y Desarrollo.

Recuerde:

Si la niña o el niño no están alimentándose bien durante la enfermedad, indíquelo a la madre que:

- Dé el pecho a la niña o al niño con más frecuencia y por más tiempo si es posible.
- Dé a la niña o al niño las comidas blandas, variadas y apetitosas, que más le gusten, para animarlo a comer tanto como sea posible y le dé pequeñas comidas con frecuencia.
- Limpie la nariz si la tiene tapada y si eso obstaculiza la alimentación.
- Cuente con que el apetito mejorará a medida que la niña o el niño se recupere.
- Dé una comida extra diaria hasta 2 semanas después de la enfermedad, que le permitirá compensar cualquier pérdida de peso y prevenir la desnutrición. Aunque las niñas o los niños suelen perder el apetito durante la enfermedad, deben comer los alimentos aconsejados para su edad.

Al aconsejar a las madres es importante que use los siguientes pasos:

Pregunte y escuche: Es importante hacer preguntas para evaluar la alimentación y sobre todo escuchar qué ha hecho ya la madre por su hija o hijo; de esa forma sabrá qué prácticas necesitan reforzarse.

Elogie: Elógiela por haber seguido los consejos de las prácticas apropiadas.

Aconseje: Use un lenguaje que la madre entienda. Aconséjele a la madre que abandone las prácticas perjudiciales. Explícale las ventajas que obtendrá tanto ella como su niña o niño. Limítese a darle consejos que sean pertinentes para ese momento.

Verifique que se haya dejado entender por la madre: Haga preguntas para determinar lo que entendió la madre y en qué necesita mayor explicación. No haga preguntas que puedan responderse sencillamente con un SÍ o un NO, sino con una breve explicación, con sus propias palabras.



Los niños de esta edad ya pueden comunicarse bien con otras personas. Es conveniente que al dar consejos a la madre, el personal de salud involucre a la niña o niño en los consejos que está dando sobre su alimentación. Tiene que usar mensajes muy breves y claros.

Aconseje a la madre sobre la actividad física del niño:

A esta edad es muy importante estimular a que el niño tenga bastante actividad física, para lo cual la familia debería buscar que:

- El niño camine bastante, evitando caídas u otros accidentes.
- Juegue con otros niños de su edad.
- Evite colocarlo en corralitos para niños, porque son de un área muy pequeña, lo que puede disminuir el tiempo que el niño debe tener para caminar.
- Evite o limite al máximo que el niño vea televisión o límitelo al mínimo tiempo posible.



Siempre que tenga la oportunidad, informe a las madres y padres que :

La salud integral no solo significa la atención cuando estamos enfermos, significa también la aplicación de medidas para prevenir las enfermedades. En el caso de las niñas y niños tiene también que ver con una buena alimentación, adecuado descanso, con los momentos de juego, con ambientes familiares y escolares que le brinden protección y seguridad, y en particular con el buen trato y afecto que reciban.

Hay estudios que indican que cuando una persona no se siente aceptada o cuando es humillada o maltratada, su propio cuerpo produce toxinas que le causan enfermedades. Por el contrario una persona que recibe buen trato se enfermará menos.

4. ¿COMO DETECTAR Y EVALUAR EL MALTRATO INFANTIL?

¿Existen lesiones físicas inexplicables?

Si al evaluar a la niña o al niño encuentra:

- Hematomas y contusiones inexplicables; o
- Cicatrices o quemaduras; o
- Fracturas sin explicación lógica; o
- Marca de mordeduras; o
- Lesiones de la vulva, del perineo o del recto; o
- Laceraciones inexplicables en la boca, mejilla, ojos; o
- Heridas abiertas por armas de fuego, objetos contundentes o armas punzo cortantes,

Puede estar ante un caso de maltrato físico de la niña o el niño.

¿Existen sospechas de abuso sexual?

Si al evaluar a la niña o al niño encuentra:

- Irritación, dolor o lesión genital;
- Hemorragia vaginal;
- Descensos sospechosos de una enfermedad de transmisión sexual,

Puede estar ante un caso de maltrato sexual de la niña o el niño.

¿Existe sospecha de maltrato por negligencia o abandono?

Si al evaluar a la niña o al niño encuentra que:

- Los padres, tutores o cuidadores no parece preocuparse por la niña o el niño; o
- La niña o el niño está muy descuidado en higiene y aseo personal; o
- Falta de peso y pobre ganancia de peso; o
- Falta de estimulación para el desarrollo,

Puede estar ante un caso de maltrato por negligencia o abandono de la niña o el niño.

¿Existe una conducta sospechosa de maltrato infantil por parte del familiar o cuidador?

Si al evaluar a la niña o al niño encuentra que:

- Los padres, familiares o cuidadores dan una versión de la enfermedad de la niña o el niño que contrasta con lo que encuentra al evaluarlo;
- Los padres, familiares o cuidadores refieren abiertamente que alguien ha ejercido violencia contra la niña o el niño;

- Los padres o personas a cargo del cuidado de la niña o el niño no muestran cariño o preocupación por él, o se irritan mucho cuando éste llora,

Puede estar ante un caso de maltrato infantil.

Si encuentra cualquiera de los signos de maltrato, NOTIFIQUE INMEDIATAMENTE al Módulo de Atención de Maltrato Infantil (MAMIS) del establecimiento de salud más cercano o DEMUNA (Defensoría Municipal del Niño y Adolescente de su localidad. Si dispones de la Ficha de Tamizaje de Maltrato, llénela y guárdela en el establecimiento.



¿Qué información tiene sobre la severidad del problema del maltrato infantil en su área de trabajo? ¿Qué se puede hacer para abordar este problema?

5. ¿CÓMO EVALUAR OTROS PROBLEMAS?

El recuadro “Evaluar otros problemas” del cuadro de procedimientos lo puede usar para evaluar CUALQUIER OTRO PROBLEMA que la niña o el niño pueda tener.

Como el cuadro de procedimientos *evaluar y clasificar* no aborda todos los problemas de una niña o un niño enfermo, evalúe ahora otros problemas que la madre le haya comunicado. Por ejemplo, puede haber dicho que la niña o el niño tenía una infección de piel, prurito o los ganglios del cuello inflamados. O quizás haya observado otro problema durante la evaluación. Es importante que reconozca y trate en el Establecimiento cualquier otro problema de acuerdo con su preparación, experiencia y criterio clínico; si no está capacitado, deberá referirlo a otro establecimiento de mayor complejidad.

Al finalizar la evaluación, recuerde:

CERCIORESE QUE LA NIÑA O EL NIÑO CON CUALQUIER SIGNO DE PELIGRO EN GENERAL SEA REFERIDO después de recibir la primera dosis de un antibiótico apropiado y cualquier otro tratamiento de urgencia.

Excepción: La rehidratación de la niña o el niño de acuerdo con el Plan C puede resolver los signos de peligro y evitar la necesidad de referirlo al establecimiento de salud de referencia.

DOS PROBLEMAS NEONATALES ADICIONALES: Tamizaje y VIH

Tamizaje Neonatal: El tamizaje permite detectar problemas o enfermedades metabólicas como hipotiroidismo o hiperplasia suprarrenal congénita. Las consecuencias graves de estas enfermedades se manifiestan progresivamente (en el hipotiroidismo ocurre retardo mental irreversible a partir del segundo mes de vida). La frecuencia del hipotiroidismo congénito es cercana a 1 en 3mil, y para la hiperplasia suprarrenal congénita es de 1 en 15mil. No obstante, debido a las ventajas de evitar las consecuencias si se detectan a tiempo, actualmente en nuestro país, a todos los Bebés que nacen en EsSalud y los que nacen en la Maternidad de Lima se les realiza el Tamizaje Neonatal.

¿Por qué es necesario realizar el tamizaje neonatal antes de los 22 días de edad?

En nuestro país el primer lugar donde se empezó a realizar el tamizaje fue en el Hospital del Niño (Hoy Instituto Nacional de Salud del Niño), a donde aún llegan niños referidos de todo el país, pero ya tardíamente y con manifestaciones de retardo mental. Por ello, es preferible detectar el Hipotiroidismo congénito antes de los 22 días de vida para iniciar reposición de Levotiroxina y evitar el retardo, logrando un resultado favorable sin secuelas en el Bebé.

Los cuidados del neonato son parte de la atención integral del recién nacido incluidos en el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias del SIS (RM316-2007). Actualmente existe la posibilidad de que el SIS financie la realización del tamizaje en establecimientos cercanos. Es importante establecer las coordinaciones necesarias para realizar estos análisis.

¿Por qué es necesario realizar el tamizaje neonatal antes de los 22 días de edad?



La prevención de secuelas en el Bebé es responsabilidad del sistema de salud. En los lugares donde ya se ha implementado el tamizaje neonatal, informe a las madres y padres sobre la importancia que sus bebés se realicen esos exámenes y que ello es parte de su seguro público en salud, enfatice en que debe recordar al personal de salud que el TAMIZAJE NEONATAL se realice antes de su niño cumpla 22 días de edad.

EVITAR TRANSMISION PERINATAL DE VIH

Existen muchos factores implicados en la transmisión vertical del VIH, dentro de los cuales destacan los virales, los inmunogenéticos y los farmacológicos. La transmisión vertical del VIH, es más frecuente durante el parto y la lactancia que durante el periodo intrauterino. Dentro de las medidas de prevención para disminuir la tasa de transmisión vertical se encuentran la atención prenatal y postnatal oportunas y adecuadas, la terapia antiretroviral adecuada tanto para la madre como para la niña o niño, la cesárea, el tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), el uso de suplementos vitamínicos y la sustitución de la lactancia.

El personal de salud que atiende a una mujer embarazada debe brindarle consejería sobre la conveniencia de efectuarse la prueba de descartar de la infección por VIH, de preferencia antes de cumplir el segundo trimestre de gestación, para realizar el tratamiento temprano y adecuado.

Así mismo, dado que no siempre se conoce, el estado serológico de la madre con relación al VIH, y el mayor riesgo de transmisión vertical por este virus ocurre durante el parto (50 a 70%), por el contacto directo del recién nacido con secreciones o con la sangre materna infectada; todo parto deberá ser atendido tomando en consideración las medidas de prevención de transmisión del VIH (por ejemplo la limpieza del canal del parto con antisépticos).

Una vez que la gestante ha sido diagnosticada de infección VIH, deberá instaurarse la terapia antiretroviral de acuerdo a las norma técnica para la prevención de la transmisión vertical (madre-niño) del VIH (RM 084-2005, N° 24-2005-MINSA/DGSP).

MANEJO ANTIRRETROVIRAL SEGÚN ESCENARIOS CLÍNICOS

ESCENARIO	TRATAMIENTO ARV
Gestante diagnosticada por primera vez durante el primer control prenatal y que no cumple los criterios para inicio de TARGA.	<ul style="list-style-type: none"> En la mujer <ul style="list-style-type: none"> - AZT desde las 28 semanas continuar hasta el parto. En la niña o niño: <ul style="list-style-type: none"> - AZT por una semana INICIAR 2mg/kg c/6h ANTES de 8 horas de vida.
Gestante diagnosticada por primera vez en control prenatal y cumple criterios de inicio de TARGA.	<ul style="list-style-type: none"> En la mujer <ul style="list-style-type: none"> AZT + 3TC + NVP o d4T + 3TC + NVP Continuar durante el parto y puerperio. En la niña o niño: <ul style="list-style-type: none"> - AZT por una semana INICIAR 2mg/kg c/6h ANTES de 8 horas de vida. - AZT por 6 semana si la mujer recibe d4T + 3TC + NVP o un esquema que no contenga AZT como parte de la terapia triple.
Gestante que estuvo recibiendo TARGA antes del embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> En la mujer <ul style="list-style-type: none"> Continuar con el tratamiento recibido, (sustituir EFV con NVP durante el primer trimestre) incluso durante el parto y el puerperio. En la niña o niño: <ul style="list-style-type: none"> - AZT por una semana INICIAR 2mg/kg c/6h ANTES de 8 horas de vida. - AZT por 6 semanas si la mujer recibe un esquema que no contenga AZT como parte de la terapia triple. INICIAR 2mg/kg c/6h ANTES de 8 horas de vida.
Gestante que acude al servicio en el momento del parto y que es diagnosticada por primera vez.	<ul style="list-style-type: none"> En la mujer <ul style="list-style-type: none"> NVP en una sola dosis En la niña o niño: <ul style="list-style-type: none"> - NVP en una sola dosis INICIAR 2mg/kg ANTES de 72 horas de vida.
La niña o el niño nacido de madre infectada por el VIH que no recibió tratamiento antiretroviral.	<ul style="list-style-type: none"> En la niña o niño: <ul style="list-style-type: none"> - NVP en una sola dosis + AZT por seis semanas INICIAR ANTES de 8 horas de vida.

Es importante mantener siempre el diagnóstico diferencial de otras enfermedades que también producen inmunosupresión: Prematuridad, Desnutrición, enfermedades crónicas y otras infecciones que pueden agregar problemas adicionales.

Está prohibida la lactancia materna a todo hijo de madre infectada por el VIH, considerándose esta como único causal de impedimento de la lactancia natural.

- Todo hijo de madre infectada por el VIH debe recibir sucedáneos de leche materna (leche artificial mal denominada maternizada) en forma gratuita por **seis meses** según el siguiente cuadro de programación:

MESES	1° mes	2° mes	3° mes	4° mes	5° mes	6° mes
N° DE LATAS (400-500gr)	9	11	13	14	14	15

En los establecimientos de salud, la leche maternizada será entregada a la madre o tutor de la niña o niño en forma quincenal y se llenará la *Tarjeta de distribución de leche artificial a hijas o hijos de madre VIH positivo*.

6. ¿CÓMO ACONSEJAR CUÁNDO VOLVER?



Informe a la madre y/o padre acerca de las ventajas de la Cobertura del seguro público en salud y la gratuidad de la mayoría de medicamentos.

A toda madre que lleve a su hija o hijo a la casa se le debe aconsejar cuándo volver a ver al personal de salud, por ejemplo:

- 1. Volver a una próxima consulta de la niña o el niño de seguimiento de su Crecimiento y Desarrollo y/o vacunación.**
- 2. Volver inmediatamente si aparecen signos de peligro.**
 - **En niñas o niños de 2 meses a 4 años de edad.**

Es muy importante enseñarle a la madre que reconozca los signos que indican la necesidad de regresar inmediatamente:

Aconsejar a la madre que vuelva de inmediato si la niña o niño presenta cualquiera de los siguientes signos:	
Cualquier niña o niño enfermo:	<ul style="list-style-type: none"> ● No puede beber o tomar el pecho. ● Vomita todo o ● Convulsiones o ● Letárgico-comatoso.
Si la niña o niño no tiene neumonía: RESFRIADO O GRIPE O BRONQUITIS, regresar si tiene:	<ul style="list-style-type: none"> ● Respiración rápida o ● Hundimiento de las costillas o ● Dificultad para respirar.
Si la niña o niño tiene DIARREA, regresar si tiene:	<ul style="list-style-type: none"> ● Sangre en las heces o ● Heces líquidas y abundantes.

- **En niñas o niños menores de 2 meses de edad**

También es importante **cuándo regresar inmediatamente**. Muestre el recuadro siguiente a la madre para explicarle los signos y ayudarle a recordarlos. Verifique mediante preguntas si sabe cuándo debe regresar inmediatamente.

Aconsejar a la madre que vuelva de inmediato si la niña o niño presenta cualquiera de los siguientes signos:

- No toma el pecho o no succiona
- Empeora
- Tiene fiebre
- Respiración rápida
- Dificultad para respirar
- Sangre en las heces

3. Volver para consulta de Control de una enfermedad a fin de determinar el progreso alcanzado por el uso de un medicamento o consejo dados a la madre.

En una consulta de control los pasos y tratamientos administrados son diferentes de la primera consulta.

Observe los siguientes cuadros:

- **En niñas o niños de 2 meses a 4 años de edad**

Si la niña o niño tiene:	Volver para la consulta de control en:
Neumonía Disentería Enfermedad Febril Problema de alimentación	2 días
Malaria por P. Falciparum o P. Malariae Probable Malaria Fiebre (Malaria poco probable)	3 días
Diarrea Persistente Otitis Media Aguda Otitis Media Crónica Cualquier otra enfermedad, si no mejora	5 días
Riesgo nutricional, Desnutrición leve, moderada	7 días
Malaria por V. Vivax o Malaria Mixta Anemia	14 días

- **En niñas o niños menores de 2 meses de edad**

También es importante cuándo regresar inmediatamente. Muestre el recuadro siguiente a la madre para explicarle los signos y ayudarle a recordarlos. Verifique mediante preguntas si sabe cuándo debe regresar inmediatamente.

Aconsejar a la madre que vuelva de inmediato si la niña o niño presenta cualquiera de los siguientes signos:

- No toma el pecho o no succiona
- Empeora
- Tiene fiebre
- Respiración rápida
- Dificultad para respirar
- Sangre en las heces

4. Volver para consulta de Control de una enfermedad a fin de determinar el progreso alcanzado por el uso de un medicamento o consejo dados a la madre.

En una consulta de control los pasos y tratamientos administrados son diferentes de la primera consulta.

Observe los siguientes cuadros:

Si la niña o el niño tiene:	Volver para la consulta de control en:
Infección Bacteriana Local Cualquier problema de alimentación Candidiasis Oral	2 días
Peso muy bajo	7 días

5. Para los controles relacionados con la nutrición:

- Si una niña o un niño tiene un problema de alimentación y ha aconsejado modificarla, recomiéndele a la madre que vuelva en 2 días para ver si ha hecho los cambios indicados. Debe darle más consejos si es necesario.
- Si presenta palidez palmar, que regrese en 14 días para darle más hierro.
- Si la niña o el niño de 2 meses a 4 años tiene riesgo nutricional o desnutrición, necesita un control en 7 días. En este control se pesará a la niña o al niño, se reevaluarán las prácticas de alimentación.
- Si la niña o el niño es menor de 2 meses y tiene desnutrición, necesita un control en 7 días. En este control se pesará a la niña o al niño, se reevaluarán las prácticas de alimentación

Siempre pregunte si se ha presentado, además, algún problema nuevo. Verifique si hay signos de peligro en general y evalúe los síntomas principales y el estado nutricional. Por ejemplo, si se trata de una consulta de control por neumonía, pero ha desarrollado diarrea, la niña o el niño tiene un nuevo problema. En este caso es necesario una evaluación completa. Clasifique y trate a la niña

o al niño por diarrea, como lo haría en una primera consulta. Si no tiene ningún problema nuevo, evalúe siguiendo los pasos para una consulta de control.

RECUERDE:

Si una niña o niño regresa para control tiene varios problemas, está empeorando y no hay disponibilidad de un medicamento de segunda línea o si está preocupado o no sabe qué hacer por él, REMÍTELO AL HOSPITAL. Si no ha mejorado con el tratamiento, tal vez tenga una enfermedad distinta de la sugerida por el cuadro de procedimientos.

Quizas necesite otro procedimiento.

SI TIENE ALGÚN PROBLEMA NUEVO, DEBERÁ EVALUARLO
COMO EN UNA PRIMERA CONSULTA

7. ¿COMO ACONSEJAR A LA MADRE SOBRE SU PROPIA SALUD?

Muchas veces la madre acude al establecimiento de salud buscando ayuda para su niña o niño, pero no busca atención para sus propias enfermedades y problemas. Cuando la madre acuda a consultar por la enfermedad de su niña o niño, debe aprovechar para aconsejarla sobre su propia salud.

- Si la madre está enferma administrar tratamiento o referirla.
- Si se identifican riesgos de salud en la madre, dar asesoramiento o referir (si corresponde).
- Si tiene algún problema de las mamas (como congestión, pezones doloridos, infección de las mamas), administrar tratamiento o refiérala a un centro especializado.
- Recomendar que coma todos los alimentos variados disponibles en su casa y beba suficiente líquido para mantenerse sana y fuerte (consejería nutricional).
- Determinar los antecedentes de vacunación de la madre y, si es necesario, aplicar toxoide tetánico.
- Asegurarse que tenga acceso a:
 - Asesoramiento sobre salud reproductiva;
 - Asesoramiento sobre prevención de enfermedades (Papanicolau, exploración de mamas, enfermedades de transmisión sexual y del SIDA);
 - Asesoramiento sobre detección precoz de cáncer de cuello uterino y de mama.
- Dar consejos sobre higiene, autocuidado y autoestima.
- Hacer control puerperal y dar suplemento de vitamina A en el primer mes y de hierro durante los primeros meses de la lactancia materna.
- Evaluar y determinar el riesgo en el embarazo. (Anexo 8).

Anexos

En esta sección se presentan contenidos adicionales útiles para resumir los procesos de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

ANEXO 1

¿Cuál es el flujograma de atención a la niña o al niño?

Toda niña o todo niño que llega a la consulta ambulatoria debe ser evaluado integralmente; en este sentido el Flujograma de atención resume los principales momentos de dicho proceso.

Evaluaciones obligatorias en AIEPI:

- **Edad de la niña o el niño.** La estrategia AIEPI agrupa a las niñas o los niños en dos grupos: De cero a 2 meses de edad y de 2 meses a 4 años de edad.
- **Motivo de la consulta,** es decir, qué problemas son los motivos de consulta para la niña o el niño.
- **Tipo de consulta:** es la primera atención motivo de consulta, o es una consulta de control.
- **Signos de peligro,** porque permiten determinar la existencia de una emergencia o no.

Evaluación de los principales motivos de consulta:

Después de las primeras cuatro evaluaciones obligatorias, usted debe pasar a un **bloque de preguntas obligatorias**, cuyo objetivo es identificar la presencia o no de signos o síntomas de una o más de las enfermedades que son motivo de consulta frecuente de las niñas o los niños menores de 4 años de edad. Se preguntará sucesivamente por la presencia de:

1. Tos y/o dificultad para respirar.
2. Diarrea.
3. Fiebre.
4. Problemas de oído, y
5. Problema de garganta.

Si la niña o el niño presenta cualquiera de estos signos o síntomas, usted está obligado a ingresar al recuadro y realizar la evaluación y clasificación correspondiente, debiendo priorizar en cada caso el estado de mayor gravedad; **ejemplo**, si tiene tos está obligado a descartar neumonía, si tiene diarrea está obligado a clasificar el estado de hidratación, determinar si estamos frente a una Diarrea Persistente o a una Disentería.

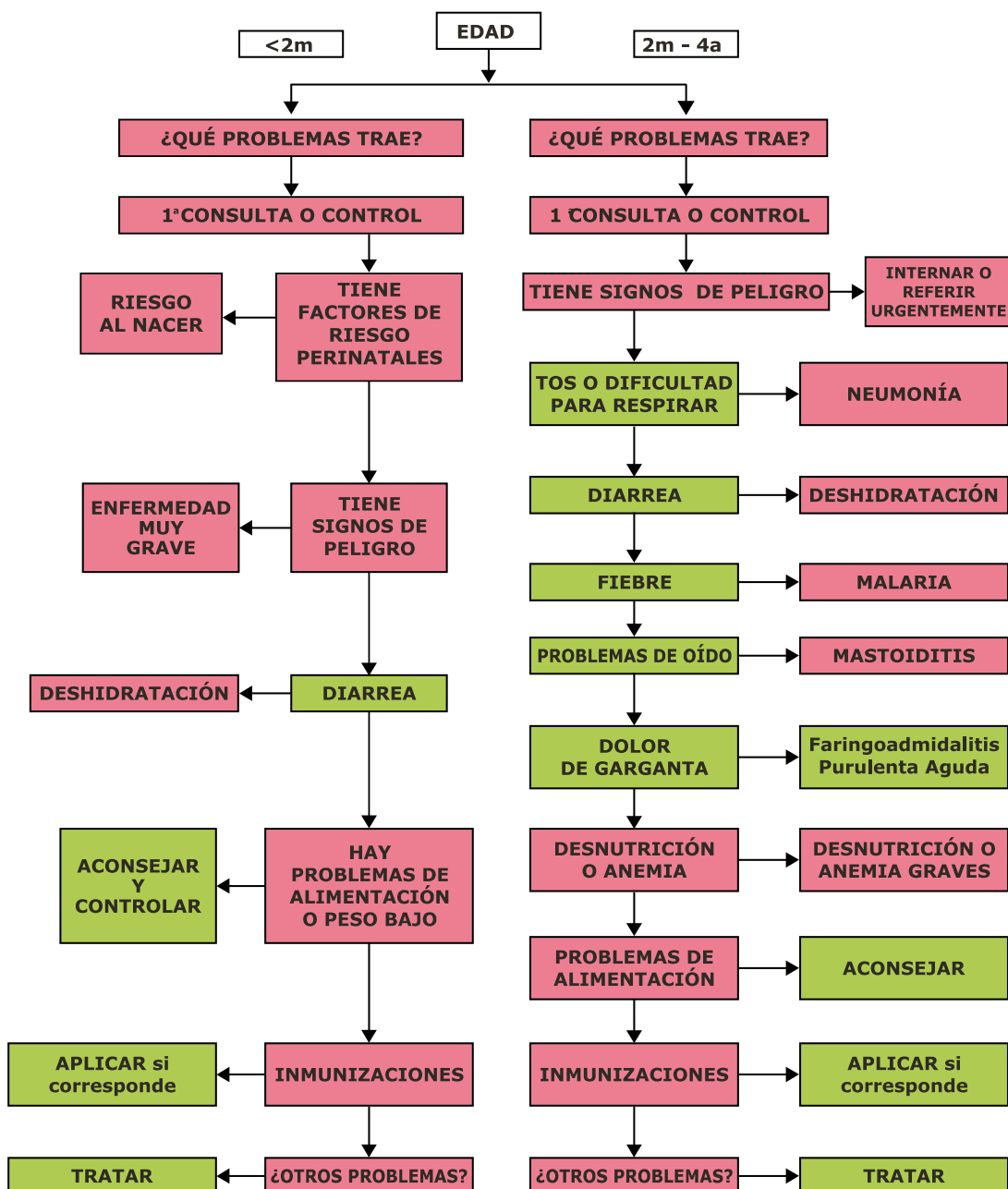
Luego de concluida la evaluación de este bloque de los cinco principales motivos de consulta usted debe **continuar con las evaluaciones obligatorias** que deben hacerse a todos las niñas o los niños:

- **Estado nutricional y anemia.** Evalúe y clasifique el estado nutricional y anemia en todos las niñas o los niños de 2 meses a 4 años de edad.
- **Problemas de alimentación.** Evalúe e identifique claramente los principales problemas de alimentación, para dar consejería al final de la consulta. Esta evaluación es prioritaria si la niña o el niño es menor de dos años, presenta anemia o bajo peso para su edad.
- **Estado de inmunizaciones.** Evalúe el estado de vacunación de la niña o el niño de acuerdo a su edad. Evite las oportunidades perdidas y aplique las vacunas que correspondan.
- **Otros problemas.** Finalmente evalúe e identifique otros problemas de salud, antecedentes de importancia que a su juicio deben ser tomados en cuenta para posteriormente dar el tratamiento y consejería correspondientes.

Observación: Como usted puede apreciar, en la niña o el niño de cero a 2 meses prácticamente todas las evaluaciones son obligatorias por lo que los recuadros están marcados con rojo.

Nota: El tratamiento y consejería final deben estar orientados a los principales problemas identificados. Si una niña o un niño presenta muchas clasificaciones y/o problemas que deben ser intervenidos, debe priorizar los más importantes para dar el tratamiento y consejería. Durante el control puede intervenir otros problemas identificados y no prioritarios.

FLUJOGRAMA



ANEXO 2

¿Cómo referir a la niña o al niño?

Muchas niñas o niños deben ser referidos a un establecimiento de mayor complejidad para recibir un tratamiento adecuado a su enfermedad, en estos casos usted debe conocer lo siguiente:

- En qué casos las niñas o los niños deben ser referidos
- Los cuatro pasos del proceso de referencia
- Llenar los formularios para la Referencia o Contrarreferencia



La madre y padre del Bebé tienen el derecho de estar informados a cerca de la gravedad de su Bebé y el tratamiento que necesita; y al mismo tiempo, de saber que su bebé tiene el derecho de recibir tratamiento adecuado y en forma oportuna en el establecimiento de salud con la capacidad resolutive requerida.

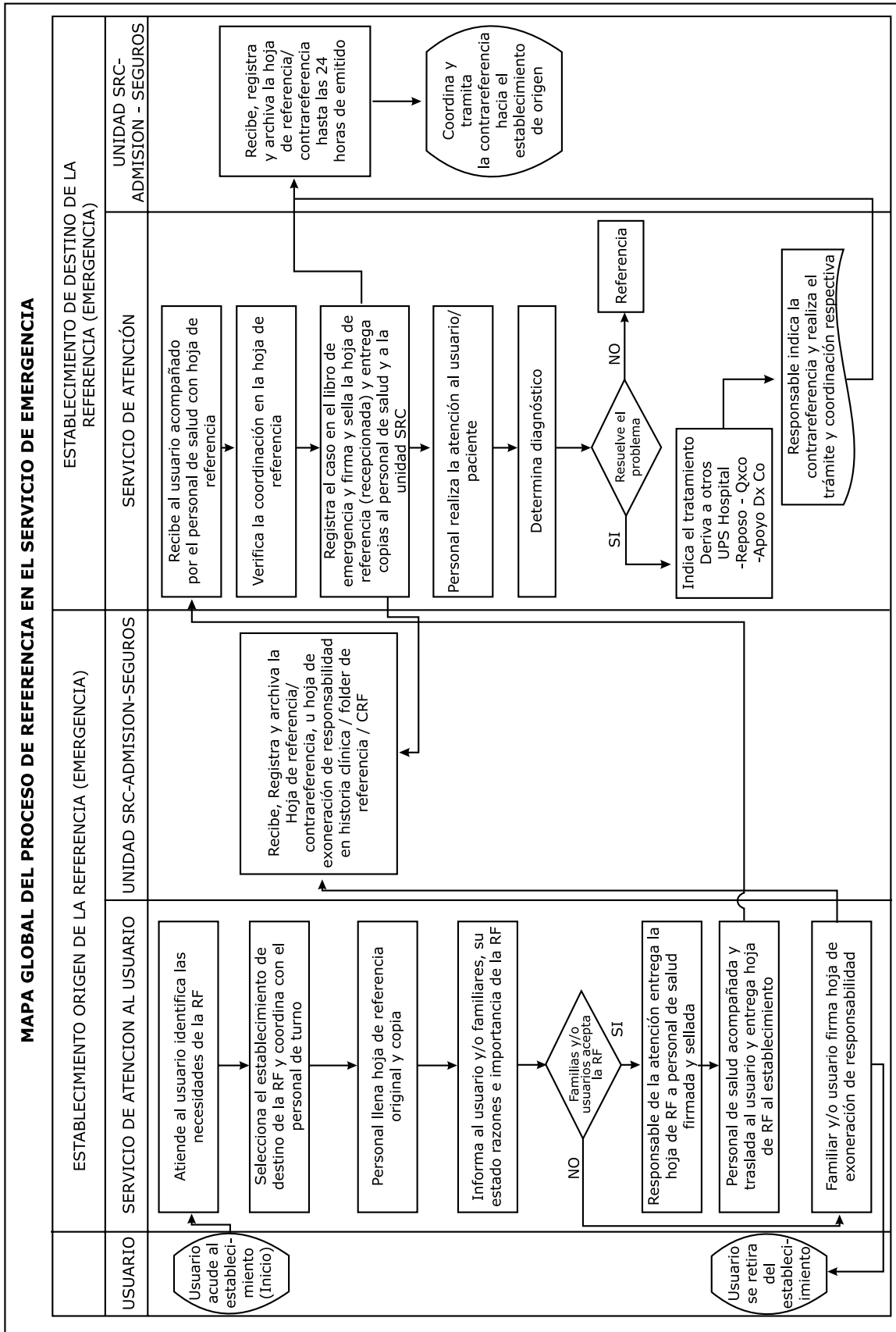
Cuando en el Establecimiento de Salud no se pueda internar u hospitalizar a una niña o un niño que presenta un signo de peligro en general (Por ejemplo; prematuridad, sepsis, meningitis); así, como toda niña o toda niño que presenta una clasificación que está dentro del recuadro de color rojo de su Cuadro de Procedimientos: Neumonía grave o Enfermedad muy grave, Enfermedad febril muy grave, Mastoiditis, Desnutrición grave (Marasmo o Kwashiorkor) o Anemia grave. Excepciones: Niñas o niños clasificados con Deshidratación Grave o con Shock y Diarrea Persistente Grave, que no presenten otra clasificación de gravedad. En estos casos se aconseja tratar primero la deshidratación.

Los cuatro pasos del proceso de referencia son:


1. Primero establezca al paciente. También explique a la madre o acompañante de la niña o el niño por qué es necesaria la referencia. Pregúntele si puede llevar a la niña o al niño ahora. Si ella dice que no puede, o tiene dudas, trate de averiguar la causa. Use las técnicas de consejería que hemos revisado anteriormente. Explique a la madre o acompañante de la niña o el niño por qué es necesaria la referencia. Explíquele que no es recomendable enviar al niño sólo con su mamá. Dígale que si no vienen a recogerlo del hospital de destino, debe ser acompañado por personal de salud entrenado en reanimación neonatal. Calme los temores de la madre o acompañante y ayúdele a resolver sus problemas que dificulten la referencia.
2. Coordine con el establecimiento a donde será referido. Es un imperativo ético y moral informar la verdadera condición del paciente. El sinceramiento de la condición y severidad del daño permite coordinar mejor el destino más adecuado para la referencia. Si el paciente está muy grave, entonces no requiere seguir toda la ruta de niveles de atención, sino debe ser enviado directamente al establecimiento con el nivel de resolución necesario para afrontar ese problema. La coordinación se realiza entre los responsables de establecimientos, DISA, hospitales respectivos y jefes de emergencia.

3. Llene datos en la hoja de referencia que se llevarán al hospital. Esa nota será entregada al personal de salud del establecimiento de destino. Si es posible indique el nombre de la persona a la que hay que buscar en el hospital, para lo cual debe haber coordinado con anticipación.
4. Refiera al Bebé. El derecho a la salud del niño es responsabilidad del personal de salud, más que de la madre que no está entrenada en reanimación neonatal. Entregue al responsable los suministros y las instrucciones necesarias para que se administren mientras se van al hospital.

En el primer nivel de atención se seguirá el flujograma de atención de emergencia el sistema de Referencias y Contra Referencias (RM751-2004).



SE USARÁN LOS FORMATOS ESPECÍFICOS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**HOJA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL**



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

HOJA DE REFERENCIA

N°

1. DATOS GENERALES

Fecha

día	mes	año
-----	-----	-----

 Hora

--	--

 Asegurado: SI NO
 Tipo: PLANES DE ATENCIÓN SIS

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

Establecimiento de Origen de la Referencia

Establecimiento Destino de la Referencia

2. IDENTIFICACION DEL USUARIO

CODIGO DE AFILIACION AL SIS	N° HISTORIA CLINICA
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres						
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>						
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Sexo	Edad Años <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table> Meses <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table> Dias <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>						
Dirección:	Distrito:	Departamento:						

3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Anamnesis: _____

Examen Físico T° _____ P.A. _____ F.R. _____ F.C. _____

Exámenes Auxiliares _____

Diagnóstico	1) _____	CIE - 10	D	P	R													
	2) _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>							<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>			
3) _____																		

Tratamiento _____

4. DATOS DE LA REFERENCIA

Coordinación de la Referencia	UPS Destino de la Referencia:						
	Emergencia <input type="checkbox"/>	Consulta Externa <input type="checkbox"/>	Apoyo al Diagnóstico (Adjuntar Orden) <input type="checkbox"/>				
Fecha en que será atendido:	<input style="width: 100%;" type="text"/>						
Hora en que será atendido:	<input style="width: 100%;" type="text"/>						
Nombres de quien lo atenderá:	<input style="width: 100%;" type="text"/>						
Nombre con quien se coordinó la atención:	<input style="width: 100%;" type="text"/>						
Especialidad de Destino:							
Pediatria <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Gineco-Obst. <input type="checkbox"/> Lab. <input type="checkbox"/> Dx Imag. <input type="checkbox"/> Otros. <input type="checkbox"/>							
Condiciones del Paciente al Inicio del Traslado							
Estable <input type="checkbox"/> Mal Estado <input type="checkbox"/>							
Responsable de la RF	Responsable del Establecimiento	Personal que acompaña	Personal que recibe				
Nombre Colegiatura Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro.....	Nombre Colegiatura Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro.....	Nombre Colegiatura Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro.....	Nombre Colegiatura Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro.....				
Firma y Sello	Firma y Sello	Firma y Sello	Fecha <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table> Hora <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table> Firma y Sello				
Condiciones del Paciente a la llegada al Establecimiento Destino de la Referencia							
<input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> Mal Estado <input type="checkbox"/> Fallecido							

Asegurar el acompañamiento del personal de salud, la movilidad al establecimiento destino en condiciones adecuadas y la necesidad de atención durante el traslado (oxígeno, ventilación a presión positiva, etc).



Las niñas y los niños tienen derecho al acceso a un servicio de salud de calidad. La continuidad de la atención es un atributo clave de la calidad del servicio, y está en relación a la forma como opera el sistema de referencia y contra referencia de los servicios de salud. ¿Qué se puede hacer para mejorar la referencia y la contra referencia de las niñas y niños complicados en su zona de trabajo?

ANEXO 3
¿Cómo administrar oxígeno a la niña o niño?


Si tiene en el establecimiento de salud alguna fuente de oxígeno (generalmente cilindros de oxígeno comprimido), considere la posibilidad de administrar oxígeno a la niña o al niño con alguna **Enfermedad Muy Grave**, con **Neumonía Severa** o con **SOB o Asma de Grado Severo**.

El oxígeno comprimido no es barato, y muchas veces es escaso o demora mucho en reponerse cuando se agota. Por eso, debe utilizar formas económicas de administrar oxígeno a la niña o al niño. La manera más sencilla es utilizando bigoterías nasales. Otra manera sencilla es utilizando una sonda nasal. Si no tiene bigoterías nasales ni sonda nasal, puede fabricarlas; o bien puede utilizar una mascarilla, pero la mascarilla utiliza mucho más oxígeno que la bigotería o la sonda.

¿Cómo usar la bigotería nasal?

Figura 48

Cómo usar correctamente la Bigotería Nasal



1. Limpie bien el moco de las fosas nasales
2. Escoja la bigotería de tamaño adecuado a la nariz de la niña o niño.
3. Introduzca cada tubito de la bigotería en cada fosa nasal (colóquelos curvados hacia abajo).
4. Si sólo dispone de bigoterías de adulto, recorte los tubos dejando sólo unos pedazos cortos que apenas entren en las fosas nasales de la niña o niño.
5. Lleve hacia atrás las tuberías de plástico de la bigotería, pegándolas a las mejillas con esparadrapo.
6. Acomode el resto de las tuberías detrás del cuello, para que la niña o niño no pueda alcanzarlas.

Fotografía adaptada de: ARI News 1994 Aug-Oct; 29:1

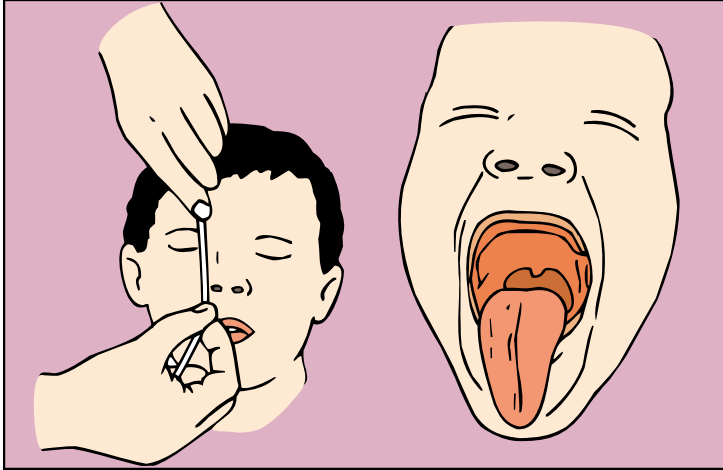
Más adelante se revisará cuánto oxígeno debe dar por la bigotería de acuerdo a la edad de la niña o el niño.

¿Cómo usar la sonda nasal?

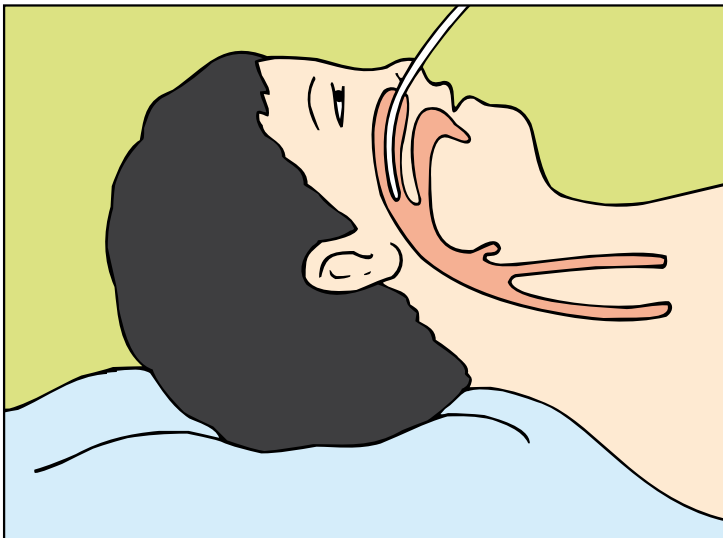
La sonda o cánula nasal permite una concentración algo mayor de oxígeno que las bigoterías. La concentración de oxígeno que recibe el paciente se altera menos cuando respira con la boca abierta, comparado con la bigotería nasal. La desventaja es que se tapa más fácilmente con moco y además puede dilatar el estómago si se introduce demasiado o si se aumenta mucho el flujo del oxígeno.

Figura 49

Forma de colocar la Sonda Nasal

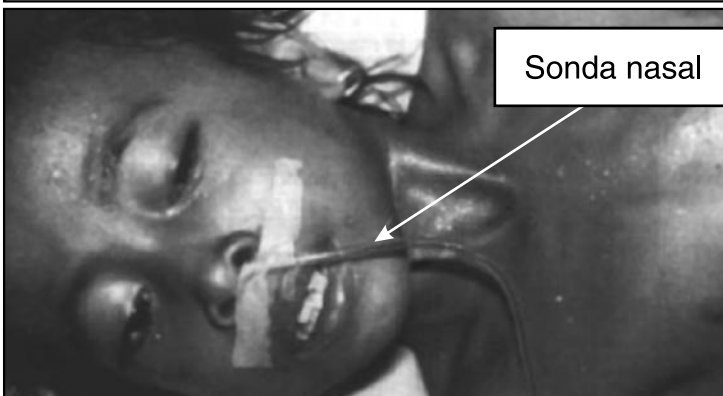


1. Usa una sonda de alimentación 6F u 8F.
2. Medir la distancia que debe introducir la sonda.
3. La distancia es la misma que desde las fosas nasales hasta las cejas, y marcar ese límite en la sonda.
4. Observar que **la sonda no debe verse** en la garganta cuando haya terminado de colocarla en la niña o niño.



5. Introducir la sonda por una de las fosas nasales, hasta la marca que colocaste en la sonda.
6. Recordar que la sonda no debe verse por la garganta, pero tampoco debe quedar muy afuera. Usar la marca que colocaste en la sonda como el límite.

Gráficos adaptados de: ARI News 1994 Aug Oct; 29:2.



7. Luego fijar la sonda con esparadrapo, dando una vuelta completa alrededor de la sonda.
8. La sonda se puede mover o ser jalada por la niña o niño. Revisar continuamente la posición de la sonda y cambiar la cinta si se moja.

Fotografía adaptada de: Noticias sobre IRA 1995 Mar-Jun;30:1

¿Cuánto oxígeno dar por bigotera o por sonda nasal?

Debe proporcionar oxígeno por la bigotera nasal o por la sonda nasal, de acuerdo a la edad de la niña o el niño (se utiliza el mismo flujo de oxígeno para la bigotera y la sonda).

Si no mejora la dificultad respiratoria luego de darle oxígeno, verifique si las fosas nasales y las bigoterías están limpias de moco, y si la niña o el niño está respirando por la nariz (con la boca cerrada). Si todo esto está bien, pruebe con aumentar el flujo de oxígeno. Si aún así no hay mejoría, considere cambiar a una mascarilla.

Flujo de oxígeno para la Bigotera Nasal y para la Sonda Nasal	
Edad	Flujo de oxígeno
Cero a 2 meses ó Menos de 5 Kg	1/2 litro por minuto
Mayor de 2 meses ó Más de 5 Kg	1 litro por minuto

- **No necesita humidificador** para el oxígeno con la bigotera nasal ni con la sonda nasal.
- **Si la niña o el niño no mejora** la dificultad respiratoria o la cianosis, revise si hay moco, si la niña o el niño respira por la nariz y si las bigoterías o la sonda están bien colocadas.
- **Si ha revisado** que todo esté bien y la niña o el niño no mejora, aumente el flujo de oxígeno en 1/2 a 1 litro por vez, hasta un máximo de 5 litros por minuto.

¿Cómo usar la mascarilla para dar oxígeno?

La mascarilla tiene la ventaja de ser fácil de colocar, pero también se mueve con facilidad. Además las niñas o los niños pequeños no la aceptan y se la quitan con frecuencia y gasta de 3 a 4 veces la cantidad de oxígeno que se necesita con bigoterías o sondas nasales; aunque pueden conseguirse concentraciones mayores de oxígeno a flujos muy altos (hasta 7 a 8 litros por minuto).

Las mascarillas tienen diferentes tamaños según sean para lactantes, niñas o niños mayores o adultos. No debe usar una máscara que no sea del tamaño adecuado para cubrir la nariz y la boca de la niña o el niño para pegarse completamente a la cara. Cualquier fuga alrededor de la mascarilla hace que la concentración de oxígeno sea menor.

¿Cuánto oxígeno dar por la mascarilla?

Debe dar oxígeno por lo menos a 4 litros por minuto. NUNCA dé menos oxígeno por mascarilla, pues no logrará dar más oxígeno que el aire normal, y puede empeorar el estado de la niña o el niño.

Siempre debe humidificarse el oxígeno por mascarilla, pero en zonas de clima muy frío la humidificación con botellas de agua no funciona bien. En estos casos, el oxígeno sale muy seco, y produce sequedad de todas las mucosas, irritación de la garganta y facilita la infección.

Flujo de oxígeno para la Mascarilla

- **Use 4 litros por minuto** de oxígeno como mínimo.
- **Utilice humidificador** para el oxígeno.
- **Si la niña o niño no mejora** la dificultad respiratoria o la cianosis, revise si la mascarilla está bien colocada.
- **No use nebulizador** para dar el oxígeno por mascarilla si la niña o niño tiene sibilancia.
- **Si ha revisado** que todo esté bien y la niña o niño no mejora, aumente el flujo de oxígeno en 1 litro por vez, hasta 7-8 litros por minuto.

ANEXO 4

¿Cómo administrar líquidos endovenosos para mantenimiento?

¿Qué niñas o niños deben recibir líquidos endovenosos para mantenimiento?

Aquellas niñas o niños con alguna **Enfermedad Muy Grave**, con **Neumonía Severa**, con **SOB o Asma de Grado Severo**, con **Deshidratación Grave o Shock**, o con **Enfermedad Febril Muy Grave**, los cuales deben ser **Internados o Referidos con URGENCIA al establecimiento de salud de referencia**. Generalmente no pueden alimentarse ni recibir líquidos por la vía oral al menos por algunas horas, debido a que su estado general no les permite beber o comer. En estos casos se debe administrar líquidos a la niña o al niño mediante soluciones endovenosas de agua, dextrosa y electrólitos.

Si en el establecimiento de salud tiene el personal y el equipo necesarios, debe administrar líquidos endovenosos en los casos descritos, ya sea que interne a la niña o al niño o que lo pueda referir con algún personal que conozca cómo administrar la solución hasta llegar al hospital.

¿Qué soluciones pueden utilizarse?

La solución preferida es dextrosa al 5% con electrólitos al 1/3 N. También puede utilizar Solución Polielectrolítica, Solución de dextrosa al 5% con cloruro de sodio al 0.9%, o solución de dextrosa al 5% en Lactato Ringer. No debe usar solución salina sola porque hay riesgo de hipoglicemia en la niña o el niño. La tabla siguiente explica cada solución.

Recuerde que debe registrar cada hora la cantidad de líquidos endovenosos que recibe el niño, y hacer un balance de ingresos y pérdidas para evitar darle a la niña o al niño mucho más líquido que el que necesita o por el contrario darle muy poco.

Tipos de soluciones recomendadas para mantenimiento por vía endovenosa	
Solución	Comentarios
Dextrosa 5% + Electrólitos al 1/3 Normal	La mejor opción. Se prepara con dextrosa 5% en agua, y se agrega 15 ml de cloruro de sodio al 20% y 10 ml de cloruro de potasio al 14.9% (ó 7.5 ml de cloruro de potasio al 20%).
Solución Polielectrolítica	Buena opción si la niña o el niño tiene diarrea severa o si no se puede preparar dextrosa 5% con electrólitos al 1/3 N.
Solución de dextrosa al 5% + Cloruro de sodio al 0.9%	Contiene más solido que el necesario y le falta el potasio. Buena si se usa sólo unas horas y no se tienen las otras soluciones mencionadas.
Solución de dextrosa al 5% en Lactato Ringer	También hay una presentación sin dextrosa al 5%. Tiene muy poco potasio, y si no viene con dextrosa al 5% también le falta suficiente dextrosa. Buena si se usa sólo por una horas y no se tiene mejor opción.

RECUERDE:

- Esta guía es sólo para dar líquidos de mantenimiento, es decir para darle a la niña o niño los líquidos y electrolitos que recibe normalmente por la boca al alimentarlo.
- En cuanto la niña o niño se encuentre en condiciones de recibir líquidos y alimentos por la boca (despierto y sin ningún signo de peligro), debe retirar, lo antes posible, los líquidos endovenosos.
- Al recibir estos líquidos la niña o niño no está recibiendo las proteínas, grasas, vitaminas ni los minerales esenciales que recibe con una buena alimentación. Pero se evita la hipoglucemia y la deshidratación por unas horas, hasta que la niña o niño mejore con el tratamiento y pueda alimentarse.

¿Cuánto volumen de líquidos administrar?

En la siguiente tabla tiene las recomendaciones de líquidos de acuerdo al peso del niño. Siempre debe hacer los cálculos pesando a la niña o al niño.

Recomendaciones para administrar líquidos endovenosos de mantenimiento	
Peso	Volumen de líquidos
< 10 Kg	120 - 100 ml / Kg / día
10 - 20 Kg	100 - 80 ml / Kg / día
> 20 Kg	1500 ml / día

Estas cantidades de líquidos no se aplican a las niñas o niños con edemas (kwashiorkor).

En el caso de niñas o niños con desnutrición severa o con edema (kwashiorkor) o con edema de otra causa, debe tener mucho cuidado con la administración de soluciones endovenosas. Estas niñas o estos niños necesitan menos volumen de líquidos y sobretodo menos sodio y más potasio que otras niñas o niños, además de estricta vigilancia de su balance hídrico.

ANEXO 5
¿Cómo administrar tratamiento para la Malaria a las niñas o niños?

Los esquemas de tratamiento antimalárico, establecidos para la atención curativa de la malaria por el Programa de Prevención y Control, corresponden a los contemplados en la Política Nacional de Medicamentos Antimaláricos aprobada por R.M. N° 076-2007-MINSA.

Tratamiento de la Malaria no complicada en niña o niño
5.1. Tratamiento de Malaria por *P. Vivax*

Medicamento	N° días	DÍAS						
		1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°
Cloroquina mg base/kg	3	10 mg base/kg	10 mg base/kg	5 mg base/kg	—	—	—	—
Primaquina mg/kg	7	0.50 mg/kg	0.50 mg/kg	0.50 mg/kg	0.50 mg/kg	0.50 mg/kg	0.50 mg/kg	0.50 mg/kg

Nota: A niñas o niños menores de 6 meses no se administra Primaquina.

5.2. Tratamiento de Malaria por *P. Malariae* en niñas o niños

Medicamento	N° días	Días		
		1°	2°	3°
Cloroquina mg base/kg	3	10 mg base/kg	10 mg base/kg	5 mg base/kg
Primaquina mg/kg	1	—	—	0.75 mg/kg

Nota: A niñas o niños menores de 6 meses no se administra Primaquina.

5.3. Tratamiento de la Malaria no complicada por *Plasmodium falciparum*
5.3.1. Tratamiento de Malaria por *P. falciparum* resistente a cloroquina

El área geográfico-poblacional con esta Resistencia corresponde a la Macro Región Norte del Perú: Departamentos de Tumbes, Piura, Lambayeque, La Libertad, Ancash, Amazonas y Cajamarca. Las líneas de tratamiento a ser utilizadas electiva y secuencialmente en la Macro Región Norte son:

- 1ra. Línea: Esquema Sulfadoxina + Pirimetamina + Artesunato
 2da. Línea: Esquema Mefloquina + Artesunato
 3ra. Línea: Esquema Quinina + Clindamicina + Primaquina

TRATAMIENTO DE MALARIA POR *P. FALCÍPARUM* RESISTENTE A CLOROQUINA EN NIÑAS O NIÑOS – COSTA NORTE

Medicamento	Nº días	Días		
		1º	2º	3º
Sulfadoxina 500 mg + Pirimetamina (Mg de Sulfadoxina + mg de Pirimetamina/kg)	1	25 + 1.25 mg base/kg	_____	_____
Artesunato 50 mg mg/kg	3	4 mg/kg	4 mg/kg	4 mg/kg

Nota: Este esquema que contiene Sulfadoxina - Pirimetamina no se administra a niñas o niños menores de 6 meses.

5.3.2. Tratamiento de Malaria por *P. Falciparum* resistente a Sulfadoxina - Pirimetana

Esta área geográfico-poblacional correspondiente a la Macro Región Amazónica, con los Departamentos de Loreto, San Martín y Ucayali. Las líneas de tratamiento a ser utilizadas electivamente en la Macro Región Amazónica son:

- ▶ 1ra. Línea: Mefloquina + Artesunato
- ▶ 2da. Línea: Quinina + Clidamicina + Primaquina

TRATAMIENTO DE MALARIA POR *P. falcíparum* RESISTENTE A SULFADOXINA - PIRIMETAMINA EN NIÑAS O NIÑOS

Medicamento	Vía	Nº días	Días		
			1º	2º	3º
Artesunato mg base/kg	Oral	3	4 mg/kg/día	4 mg/kg/día	4 mg/kg/día
Mefloquina mg base/kg	Oral	2	_____	12.5 mg/kg/día	12.5 mg/kg/día

Nota: No se administrará este tratamiento a gestantes y menores de 6 meses.

5.3.3. Tratamiento de malaria por *P. Falciparum* resistente a artesunato - mefloquina en niñas o niños

Horario	Medicamento	Nº días	Días						
			1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º
Mañana	Quinina mg/kg	7	10 mg/kg	10 mg/kg	10 mg/kg	10 mg/kg	10 mg/kg	10 mg/kg	10 mg/kg
	Clindamicina mg/kg	5	—	—	10 mg/kg	10 mg/kg	10 mg/kg	10 mg/kg	10 mg/kg
	Primaquina 15 mg/kg	1	—	—	0.75 mg/kg	—	—	—	—
Tarde	Quinina mg/kg	7	10 mg/kg	10 mg/kg	10 mg/kg	10 mg/kg	10 mg/kg	10 mg/kg	10 mg/kg
Noche	Quinina mg/kg	7	10 mg/kg	10 mg/kg	10 mg/kg	10 mg/kg	10 mg/kg	10 mg/kg	10 mg/kg
	Clindamicina mg/kg	5	—	—	10 mg/kg	10 mg/kg	10 mg/kg	10 mg/kg	10 mg/kg

Nota: No se administra Primaquina a menores de 6 meses.

5.4. Malaria grave complicada

ESQUEMA TERAPEUTICO DE PRIMERA ELECCIÓN

ARTEMETER (IM)

En servicios de primer nivel, antes de derivar al paciente con malaria grave, administrar ARTEMETER por vía intramuscular, a razón de 3.2 mg/kg, de preferencia en la cara anterior del muslo, como dosis de carga inicial. Si no es posible derivar se puede continuar con 1.6 mg/kg, por día, vía IM, hasta recuperar tolerancia oral.

ESQUEMA TERAPÉUTICO CON QUININA Y CLINDAMICINA INDICACIONES - ADMINISTRACIÓN

A. BICLORHIDRATO DE QUININA (SAL)

Considere que las dosis diarias totales de Quinina Intravenosa son:

- **Dosis de carga:** 20 mg/kg. En infusión endovenosa, diluida con dextrosa 5% (a razón de 10 ml/kg de peso corporal).
- **Día 1 y día 2:** 10 mg/kg por dosis cada 8 horas, diluida con dextrosa 5% (a razón de 10 ml/kg de peso corporal).

- **Después de 48 horas de tratamiento:** 7 mg/kg por dosis, cada 8 horas, diluida con dextrosa 5% (a razón de 10 ml/kg de peso corporal).
- No suele ser necesario administrar quinina más de 4 ó 5 días.
- Si por alguna razón no puede administrar la quinina por vía EV, adminístrela alternativamente por vía IM, en cuyo caso hay que diluir el medicamento en suero salino 9% a una concentración de 60 mg/ml, dividirlo en dos mitades y administrar cada mitad en la parte anterior de cada muslo.

B. CLINDAMICINA

Su forma de administración es la siguiente: Por vía endovenosa, administrar 10 mg/kg de Clindamicina Fosfato diluido a goteo continuo (mínimo en una hora) cada 12 horas, durante 5 días. Por vía oral, 10 mg/kg de Clindamicina Clorhidrato cada 12 horas, durante 5 días (o hasta completar 5 días de tratamiento).

ANEXO 6
¿Cuáles son las indicaciones del plan de eliminación del Sarampión?
Obtención de la muestra de orina

La muestra de orina debe ser tomada entre el primer y el séptimo día luego de producirse la erupción. Debe tomarse en condiciones de asepsia, de preferencia la primera orina de la mañana.

El volumen para enviar es de 50 a 100 ml de orina.

Se envía la orina en un frasco estéril, en condiciones de cadena de frío, hielo seco al Instituto Nacional de Salud.

La siguiente tabla explica con mayor detalle las condiciones de toma de muestra y de envío para procesamiento.

Obtención de muestra de orina para aislamiento de sarampión

Desde el 1er día de erupción hasta 7 días después de erupción


MUESTRA

- Orina 50 a 100 ml.
- Condición aséptica.
- De preferencia la primera orina de la mañana.


COLECTA Y ENVÍO

- Frasco estéril.
- Remitir en condiciones de cadena de frío, hielo seco o nitrógeno líquido al Instituto Nacional de Salud.



Rotular: NOMBRE


ETIQUETA

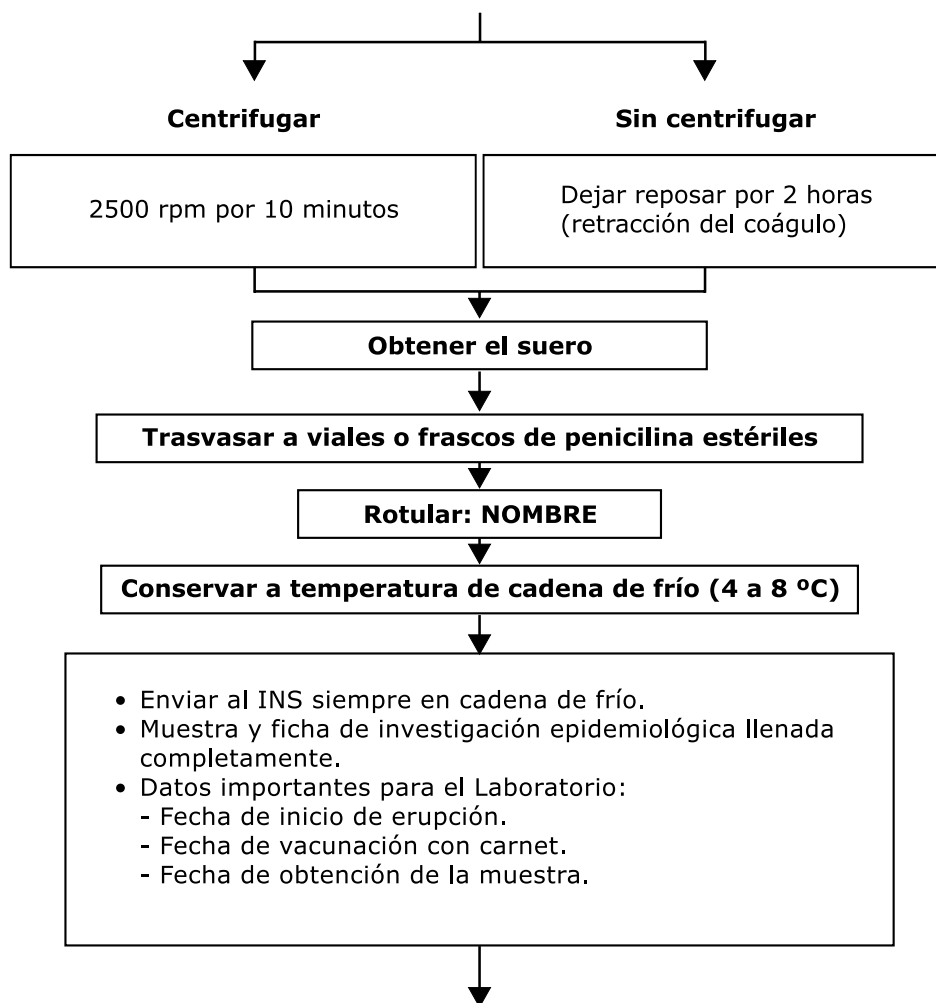
MATERIAL BIOLÓGICO PERECIBLE
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
 Cápac Yupanqui N° 1400 - Jesús María,
 Lima 11
 Teléfono 471-9920 (134 - 148)
 Fax 471-2529
 URGENTE

Obtención de la muestra de sangre

La muestra de sangre debe ser tomada entre el primer día y el día 30 después de la aparición de la erupción. Se toma una muestra de sangre venosa en condiciones de asepsia, en un volumen de 5 ml. Debe extraerse el suero de la sangre para su envío a temperatura de cadena de frío (4 a 8 °C) al Instituto Nacional de Salud. La siguiente tabla explica con mayor detalle las condiciones de envío y el procesamiento previo de la muestra.

Obtención de muestra de sangre

Desde el 1er día de erupción hasta 30 días después de erupción



ETIQUETA

MATERIAL BIOLÓGICO PERECIBLE
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
 Cápac Yupanqui N° 1400 - Jesús María,
 Lima 11
 Teléfono 471-9920 (134 - 148)
 Fax 471-2529
 URGENTE

ANEXO 7
¿Cuál es la Tabla para el descarte de las vacunas en uso?

Una vez que abra un frasco de dosis de cualquier vacuna, o una preparación de dosis de alguna vacuna, debe asegurarse de mantener los frascos a temperatura entre 0 y 8 °C. Descarte todas las dosis que queden luego de cumplido un tiempo que varía según el tipo de vacuna.

Tiempo máximo de uso de las vacunas reconstituidas o abiertas en el Establecimiento de Salud	
Vacuna	Tiempo máximo de uso (Directiva PAI N° 003 Dic 2000)
Antipolio	4 semanas
BCG	6 horas
DPT	4 semanas
Antisarampionosa	6 horas
Toxoide tetánico	4 semanas
Antiamarílica (Pasteur Merieaux*)	1 hora
Antihepatitis B	4 semanas
Td y Dt	4 semanas
(*) Pasteur Dakar=4 horas	
Si la administración de la vacuna es extramural, las dosis restantes del frasco abierto, deben ser eliminadas al finalizar la jornada diaria de trabajo.	

ANEXO 8

¿Cómo evaluar y determinar el riesgo en el embarazo?

8.1. ¿Cómo evaluar y clasificar a la gestante?

Si recorre hacia abajo en el extremo izquierdo del Cuadro de Procedimientos, encontrará el recuadro titulado **EVALÚE Y DETERMINE EL RIESGO EN EL EMBARAZO**. Formule las preguntas e intente identificar los signos clínicos descritos en el mencionado recuadro.

En primer lugar, averigüe **antecedentes** de importancia.

PREGUNTE:

¿Qué edad tiene?

Las madres adolescentes (< de 16 años) y las madres mayores de 35 años, tienen mayor riesgo durante el embarazo, pues se ha demostrado mayor morbilidad y mortalidad materna y perinatal en estos grupos de edad.

¿Cuántos embarazos ha tenido?

Las madres con su primer embarazo y las grandes multíparas (> de 5 embarazos) son consideradas de alto riesgo.

¿Cuándo fue su último parto?

Períodos ínter-genésicos muy cortos (menores de 3 años) se relacionan con mayor morbilidad y mortalidad materna y fetal.

¿Los partos han sido normales o por cesárea?

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

¿Ha tenido hijos prematuros (<37 semanas) o con peso bajo al nacer (<2500 gramos)?

Las madres que han tenido hijos prematuros o con peso bajo tienen mayor probabilidad de tenerlos nuevamente (si no se han modificado los factores contribuyentes como serían la desnutrición y /o la anemia), lo que incrementa el riesgo de mortalidad perinatal.

¿Ha tenido algún aborto o algún Bebé que nació muerto?

Estos antecedentes incrementan el riesgo de que vuelva a presentarse esta situación (si no han desaparecido las causas) y constituye un factor de riesgo para la madre y el Bebé.

¿Ha tenido hijos con alguna malformación al nacer?

Algunas malformaciones congénitas, como las relacionadas al tubo neural pueden repetirse en embarazos subsecuentes. Otras malformaciones son incompatibles con la vida (por

ejemplo malformaciones cardíacas o pulmonares), y el niño puede haber nacido muerto o haber fallecido poco tiempo después del nacimiento.

A continuación, debe **evaluar el embarazo actual**, para lo cual debe hacer algunas preguntas claves, después, debe realizar el control del estado de salud de la madre, y luego debe **solicitar exámenes auxiliares** importantes.

PREGUNTE:

¿Ha tenido atención prenatal?

La atención prenatal tiene la finalidad de culminar con un parto institucional y lograr una madre y un recién nacido saludables. Un control prenatal se considera eficiente si cumple con los siguientes requisitos: a) precoz o temprano (desde el primer trimestre del embarazo), b) periódico o continuo (seis o más), y c) completo o integral. Las gestantes sin atención prenatal tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal.

¿Padece de alguna enfermedad (de los pulmones, el corazón, riñones o diabetes)? ¿Está en tratamiento)?

Algunas enfermedades pueden complicar el curso del embarazo si no son tratadas adecuadamente. Incluso, algunas son causa de aborto temprano o de problemas neonatales.

¿Sufre de dolores de cabeza intensos o tiene visión borrosa?

Tener dolor de cabeza o visión borrosa puede ser por la elevación de la presión arterial. Todo ascenso de la presión sistólica por encima de 140 mm. de Hg. y / o de la presión diastólica por arriba de 90 mm. de Hg. debe ser investigado (puede tratarse de pre-eclampsia) y debe ser corregido prontamente.

¿Ha tenido convulsiones? ¿Ha perdido el conocimiento (desmayos)?

Las convulsiones (que la madre puede conocer como “ataques”), la pérdida del conocimiento (“desmayos”), e incluso el coma durante el embarazo pueden deberse a eclampsia.

¿Ha tenido fiebre?

La fiebre, aunque es un signo general, suele estar asociado a infección materna. Deben descartarse por ejemplo problemas respiratorios o infección de tracto urinario.

¿Ha tenido sangrado por la vagina?

La hemorragia vaginal puede producirse en el primer trimestre y deberse a aborto, embarazo ectópico o mola vesicular. Puede también producirse durante mitad del embarazo y ser secundaria a placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta o a rotura del útero.

¿Le han bajado descensos?

El flujo vaginal es frecuente durante el embarazo y suele ser inespecífico, pero también puede deberse a tricomoniasis o a candidiasis vaginal, por lo que debe ser investigado y tratado adecuadamente.

¿Le ha bajado líquido por la vagina?

La salida de líquido, cuando el desarrollo del parto es normal, se produce cuando la “bolsa de las aguas” (amniótica) se rompe, generalmente al final del período de dilatación. La rotura prematura de membranas tiene lugar antes del inicio del comienzo del parto y puede ocasionar una infección ascendente por la vagina y llegar a infectar al feto (más frecuentemente cuando transcurren 18 horas o más).

¿Se le han hinchado las piernas, las manos o la cara?

La hinchazón (edema) puede ocurrir generalmente en la segunda mitad del embarazo y corresponder a pre-eclampsia. Por ello este signo debe ser evaluado con la presión arterial, y de ser posible buscar pérdida de proteínas en la orina. Cuando además hay convulsiones, se denomina eclampsia del embarazo y es una condición grave.

¿Toma licor, fuma continuamente o consume drogas?

La historia de alcoholismo, tabaquismo y/o consumo de drogas constituyen factores que incrementan el riesgo de prematuridad, peso bajo al nacer e incremento de la morbilidad y mortalidad perinatal.

Luego de realizar estas preguntas claves acerca del embarazo actual, debe proceder a realizar un examen lo más completo posible del estado de salud (física y mental) de la madre y el bienestar fetal, lo que puede realizar el personal profesional de salud bien entrenado. Es importante controlar: El estado general, el peso y la talla, la temperatura y presión arterial, se debe determinar la edad gestacional, la altura y tono uterinos, la presentación fetal, corroborando si existe embarazo único o múltiple y los movimientos fetales (si corresponde).

Asimismo, es importante solicitar exámenes auxiliares para descartar problemas de salud que pueden no estar dando aún síntomas. Estos exámenes son: Hemoglobina/Hematocrito, Grupo Sanguíneo-RH, VDRL, Prueba de Coombs (si se sospecha Isoinmunización), Glicemia, Examen de orina, ELISA-VIH (previa consejería antes de la prueba), gota gruesa (en zona endémica de malaria) y Examen de Papanicolau (si corresponde).

En **TODOS** los casos en que una mujer consulta en el establecimiento de salud por ella o por su bebé, verificar si está embarazada y en tal caso **EVALUAR** de acuerdo a la siguiente tabla:

Cuadro 64

EVALUAR ANTECEDENTES Y SIGNOS DE PELIGRO EN EL EMBARAZO ACTUAL	
<p>PREGUNTAR:</p> <p>¿Qué edad tiene?</p> <p>Antecedentes</p> <p>¿Cuántos embarazos ha tenido? ¿Cuándo fue su último parto? ¿Los partos han sido normales o por cesárea? ¿Ha tenido bebés prematuros? (< 37 sem ó con peso bajo) (< 2,500 gramos) ¿ Ha tenido algún aborto o alguno de sus bebés nació muerto? ¿Ha tenido hijos con alguna malformación al nacer?</p> <p>Datos del embarazo actual</p> <p>¿Ha tenido algún control prenatal? ¿Padece de alguna enfermedad de los pulmones, el corazón, los riñones o diabetes? ¿Está en tratamiento? ¿Sufre de dolores de cabeza intensos o de visión borrosa? ¿Ha tenido convulsiones? ¿Ha perdido el conocimiento (o desmayos)? ¿Ha tenido fiebre? ¿Ha tenido sangrado por la vagina? ¿ Le han bajado descensos? ¿Le ha bajado líquido por la vagina? ¿Se le han hinchado las piernas, las manos o la cara? ¿Toma licor o fuma continuamente? ¿Consume drogas?</p>	<p>CONTROLAR:</p> <p>Peso. Talla. Temperatura. Presión arterial. Edad gestacional. Altura y tono uterinos. Embarazo único o múltiple. Presentación fetal. Movimientos fetales.</p> <p>EVALUAR:</p> <p>Adelgazamiento extremo. Palidez severa. Hinchazón (edema) de piernas, manos y/o en la cara. Hemorragia vaginal. Descensos. Pérdida de líquido amniótico.</p> <p>SOLICITAR EXÁMENES (O REFERIR):</p> <p>Hemoglobina/ Hematocrito. Grupo sanguíneo / Rh. VDRL.</p> <p>Otros:</p> <p>Glicemia. Examen de orina. Prueba de Coombs (si corresponde). ELISA-VIH (previo consentimiento). Gota gruesa (zona endémica). PAP (si corresponde).</p>

8.2. ¿Cómo clasificar el riesgo en el embarazo?

En décadas pasadas se consideraba que a través de la atención prenatal podría prevenirse los riesgos de padecer complicaciones al momento del parto. Esta interpretación dio paso más adelante al llamado enfoque de riesgo que hoy en día se ha reconocido que **no da resultados**, por cuanto las **complicaciones obstétricas pueden ocurrir en cualquier gestante**

y no pueden ser evitadas ni prevenidas. De ninguna manera esto niega las bondades de la atención prenatal, la misma que al ser reenfocada debe cumplir con los componentes básicos de una atención humanizada, basada en derechos humanos con enfoque de género que incluye a la pareja y a la familia, asegurando la atención institucional del parto.

Como no siempre se puede predecir la presentación de complicaciones en mujeres o en recién nacidos, **una alternativa para evitar y/o reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal es garantizar que las mujeres gestantes tengan acceso a los cuidados obstétricos y neonatales esenciales de calidad.** Es por ello, fundamental establecer la organización de los servicios en redes de atención con criterios de accesibilidad oportuna y efectividad puede ayudar a reducir significativamente la mortalidad materna y perinatal.

El Ministerio de Salud considera que “El eje fundamental de las intervenciones para reducir la mortalidad materna y perinatal es que las gestantes tengan acceso oportuno a la atención prenatal, al parto institucional y a la atención de las emergencias obstétricas y neonatales en establecimientos con capacidad resolutive adecuada”¹⁶.

Si fuera necesario, es preferible realizar la transferencia de la madre antes de que nazca el Bebé. Viajar en el útero de su madre sería la mejor incubadora de transporte para una referencia oportuna de un Bebé con potenciales problemas al nacer.

Esa transferencia de la gestante, se realiza buscando una mejor capacidad cuando el Bebé tiene problemas serios que fueron detectados intrauterino. De esta manera se ofrecería mejores oportunidades de afrontar en un lugar con mayor capacidad de resolución, cualquier problema de compleja severidad como podría ser el caso de Bebé prematuro, con riesgo de asfixia, infección o malformación congénita.

Una forma de organizar la estandarización del manejo de emergencias obstétricas es el uso de Claves Roja, Azul y Amarilla que son protocolos para el manejo inmediato del shock hipovolémico, eclampsia y shock séptico respectivamente, es decir una organización contra las principales causas de muerte materna.

Estas claves de colores fueron diseñados por el Dr Raúl Estuardo ARROYO TIRADO y el equipo técnico del Centro Materno Perinatal de Tarapoto, establecimiento referencial en el área materno perinatal de la Región San Martín. Considerando que era una estrategia exitosa que contribuía a evitar muertes maternas se procedió a difundirlas e implementarlas a nivel nacional.

Información adicional para el manejo de las Emergencias Obstétricas se puede revisar en la Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutive y sus 10 Anexos, difundida por el Ministerio de Salud en enero del 2007.

En esas guías¹⁷, que son el estándar de atención actualizado, se pueden encontrar el manejo de:

¹⁶ Ministerio de Salud. Avanzando hacia la maternidad segura en el Perú: un derecho de todas las mujeres. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Lima, 2006. 92 p.; ilus. Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2006-6001.

¹⁷ Ministerio de Salud. Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutive y sus 10 Anexos. Lima, Enero 2007.

- 1). Hemorragia en la Primera Mitad del Embarazo - Aborto.
- 2). Embarazo Ectópico.
- 3). Hemorragia de la Segunda Mitad del Embarazo.
- 4). Hemorragia Intraparto y Postparto.
- 5). Shock Hipovolémico Obstétrico.
- 6). Trastornos Hipertensivos en el Embarazo.
- 7). Sepsis en Obstetricia.
- 8). Aborto Séptico.
- 9). Rotura Prematura de Membranas (RPM).
- 10). Coriomanionitis.
- 11). Endometritis Puerperal.
- 12). Alteraciones del Trabajo de Parto - Trabajo de Parto Prolongado.
- 13). Incompatibilidad Feto Pélvica y Estrechez Pélvica.
- 14). Parto Podálico.