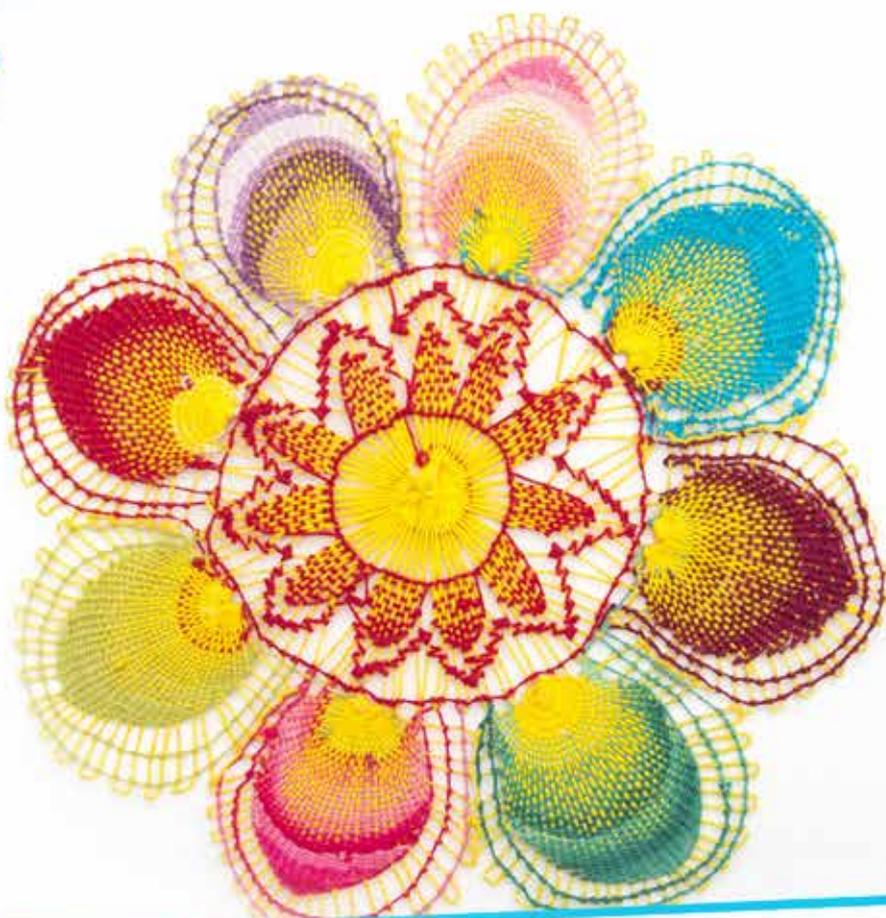




Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social  
Dirección General de Programas de Salud  
Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia

# Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

Manual Clínico de Capacitación  
para Profesionales de la Salud



La presente edición es el resultado de un proceso participativo liderado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con el apoyo de la OPS/OMS, basado en el Manual de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, los protocolos nacionales y la evidencia científica.

Están autorizadas la reproducción y divulgación del contenido de este material a través de cualquier medio, siempre y cuando se cite la fuente.

Este texto no tiene fines de lucro, por lo tanto no puede ser comercializado en el Paraguay ni en el extranjero.

Es propiedad:

© Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

2023

Asunción – Paraguay

# Autoridades

DRA. MARÍA TERESA BARÁN WASILCHUK  
Ministra de Salud Pública y Bienestar Social

DR. MIGUEL OLMEDO  
Vice-Ministro de Atención Integral a la Salud y Bienestar Social

DR. JOSÉ ORTELLADO  
Vice-Ministro de Rectoría y Vigilancia de la Salud

DRA. CAROLINA HAYDEE RUIZ ZORRILLA  
Directora General de Programas de Salud

DRA. MARÍA IRRAZÁBAL  
Directora de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia

2023

## **COLABORADORES EN LOS TALLERES DE REVISIÓN, ACTUALIZACIÓN Y VALIDACIÓN**

### **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL**

#### **Dirección General de Programas de Salud**

- Dra. Patricia Veiluva
- Dra. Carolina Ruiz Zorrilla
- Lic. Luz Torres

#### **Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia**

- Dra. Zully Suárez
- Prof. Dr. Roger Rolón
- Dra. María Irrazábal
- Dra. Norma Borja
- Dra. Marlene Martínez Pico
- Dra. Blanca Villalba
- Dra. Aurea Ortellado
- Dra. Vanessa Farina
- Dra. Mirian Ortigoza
- Dra. Jadiyi Filippini
- Lic. Angélica González Gaona
- Lic. Gloria López A.
- Lic. Alicia Cantero
- Lic. Marina Barrios
- Sra. Marta Silva
- Sra. Elsa Monjes

#### **Dirección de Salud Sexual y Reproductiva**

- Dr. Cesareo Saldívar
- Dr. Diego Núñez
- Dra. Andrea Díaz

#### **Dirección de Salud Mental**

- Dra. Mirtha Rodríguez
- Dra. Ana Iris Benítez Dos Santos

#### **Dirección de Género**

- Abog. Claudia Sanabria
- Lic. Silvia Ramos

#### **Dirección de Formación, Monitoreo y Gestión de Proyectos**

- Dra. Lilian Arza

## **Programa Nacional de Prevención de Defectos Congénitos – PNPDC**

- Dra. Marta Azcurra
- Lic. Andrea Núñez

## **Dirección de Atención Primaria de la Salud**

- Dra. Maida Barrios
- Lic. Damián Sedliak
- Lic. Aura Cuevas
- Lic. Daniela Chávez

## **Dirección Nacional de Obstetricia**

- Lic. Sandra Recalde
- Lic. Sonia Ruiz Díaz

## **Dirección Nacional de Enfermería**

- Mg. Esther Armoa
- Mg. Hivalia Rodríguez
- Lic. Sofía Achucarro

## **Servicio de Emergencia Médica Extrahospitalaria – SEME**

- Dr. Nelson Roa

## **Dirección de Salud Ocular**

- Dra. Sofía Maldonado

## **Dirección General de Gestión de Insumos Estratégicos en Salud**

- Dr. Derlis León

## **Dirección General de Promoción de la Salud**

- Lic. Mirian Benítez

## **Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición – INAN**

- Lic. Elsi Ovelar
- Lic. Nancy Schapt
- Lic. Alicia Rodas
- Lic. Nadia Martínez

## **Programa Nacional de Prevención Vigilancia y Control de Infecciones Hospitalarias**

- Dra. Carmen Almirón
- Dr. Adrián Coronel

**Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI**

- Dr. Héctor Castro
- Dra. Martha Von Horoch
- Dra. Silvia Battaglia
- Dra. Soraya Araya

**Programa Nacional de Control de Tuberculosis – PNCT**

- Dra. Sarita Aguirre
- Dra. Myriam Román

**Programa Nacional de Control del Sida/ITS – PRONASIDA**

- Dra. Patricia Ovelar
- Dra. Deisy Baruja

**Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia – INEPEO**

- Lic. Wilma Piris
- Lic. Aida Abdala
- Lic. Rossana Aguirre

**Centro Nacional de Toxicología**

- Prof. Dra. Stella Presentado de Núñez

**Instituto Nacional de Salud – INS**

- Dr. José Luis Molinas Noveri
- Dr. David Dionisio Ortiz
- Dra. Julia Noemi Mancuello Allum

**Programa de Desarrollo Infantil Temprano – DIT**

- Dra. Mabel Del Puerto
- Dra. Sonia Pereira

**IX Región Sanitaria Paraguari**

- Lic. Mirta Paniagua

**XI Región Sanitaria Central**

- Lic. Germán Aquino

**XII Región Sanitaria Ñeembucú**

- Dra. Mónica Riego

**XV Región Sanitaria Pdte. Hayes**

- Dra. Nilda Vázquez

## **XVI Región Sanitaria Boquerón**

- Dra. Ruth Fleitas

## **XVIII Región Sanitaria Capital**

- Dr. Alberto Rojas

## **Hospital Gral. Pediátrico “Niños de Acosta Ñu”**

- Dr. Marco Casartelli

## **Hospital Nacional de Itaugua**

- Dra. Marlene Rivarola

- Dra. Rosa Centurión

## **Hospital Regional de Caacupé**

- Dr. Cristian Yegros

## **Hospital Materno Infantil San Pablo**

- Dra. Rosanna Fonseca

## **Instituto de Medicina Tropical – IMT**

- Dr. Robert Cuellar

## **Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente – INERAM**

- Dra. Nydia Zelaya

## **UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN**

### **Cátedra y Servicio de Clínica Pediátrica – FCM**

- Prof. Dra. Marta Duarte de Chaparro

- Dra. Isabel Mattio

- Dra. Sol Aponte

- Dra. Elizabeth Céspedes

- Dra. Silvia Irala

- Dr. Víctor Zarza

### **Cátedra de Otorrinolaringología – FCM**

- Dr. Raúl Tornaco

### **Facultad de Enfermería y Obstetricia - FENOB**

- Lic. Antonio Medina

## **UNIVERSIDAD DEL NORTE**

- Dra. Stella Velázquez

## **SOCIEDADES Y ASOCIACIONES**

### **Sociedad Paraguaya de Pediatría – SPP**

- Prof. Dra. Ana Campuzano de Rolón
- Dra. Raquel Lovera
- Dra. Mabel Escobar
- Dra. Marta Bareiro

### **Asociación de Obstetras del Paraguay - AOP**

- Lic. Mirian Díaz

### **Otros Colaboradores**

- Prof. Dra. Susana Sánchez
- Dra. María Luisa Macchi
- Dra. Patricia Luraschi
- Lic. Elodia Vysokolán

## **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS**

### **Coordinación y Redacción**

- Dra. María Elena Presentado

### **Coordinación y Apoyo Técnico**

- Dra. Haydee Padilla

# Contenido

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1: TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN</b>	<b>17</b>
Buenas técnicas de comunicación	17
Recomendaciones para enseñar a administrar medicamentos por vía oral	24
Recomendaciones para los cuidados en el hogar	26
Recomendaciones para la comunicación ante la necesidad de referir al paciente a otro nivel de atención	28
Medidas de estabilización antes y durante el traslado	31
<b>CAPÍTULO 2: ATENCIÓN A LA MUJER EN EDAD FÉRTIL</b>	<b>42</b>
Evaluar, Clasificar y Tratar la condición de la Mujer en Edad Fértil en etapa preconcepcional	42
Evaluar, Clasificar y Tratar riesgos durante el Embarazo	53
Evaluar, Clasificar y Tratar riesgo materno y perinatal durante el Trabajo de Parto y Parto	76
Evaluar, Clasificar y Tratar posibles complicaciones en el Puerperio	84
<b>CAPÍTULO 3: ATENCIÓN AL NIÑO O NIÑA MENOR DE 2 MESES DE EDAD</b>	
<b>PARTE I</b>	<b>95</b>
Preparación antes del nacimiento	95
Evaluar al niño o la niña al nacer	99
Reanimación Neonatal	100
Cuidados esenciales de rutina en la Atención Inmediata del RN	109
Evaluar, Clasificar y Tratar el Riesgo al nacer	120
Recomendaciones para el cuidado del RN	129
Aconsejar a los padres sobre cuidados del RN en el hogar	132
Extracción de leche materna	137
<b>CAPÍTULO 4: ATENCIÓN AL NIÑO O NIÑA DE MENOR DE 2 MESES DE EDAD</b>	
<b>PARTE II</b>	<b>148</b>
Impresión Inicial. Triángulo de Evaluación Pediátrica	149
Evaluar, Clasificar y Tratar Enfermedad Grave o Posible Infección Bacteriana Grave o local	150
Cuenta las respiraciones por minuto	154
Evaluar, Clasificar y Tratar la Diarrea en el menor de 2 meses	166
Clasificar Problemas de Alimentación y/o Nutrición en el menor de 2 meses	184
Evaluar, Clasificar y Tratar Anemia en el menor de 2 meses de edad	190
Evaluar, Clasificar y Tratar Problemas de Desarrollo en el menor de 2 meses	196

## **CAPÍTULO 5: ATENCIÓN AL NIÑO O NIÑA DE 2 MESES A 5 AÑOS DE EDAD**

PARTE I _____	210
Verificar si hay signos generales de peligro _____	210
Evaluar Tos o Dificultad para respirar _____	214
Evaluar, Clasificar y Tratar Sibilancias _____	223
Evaluar, Clasificar y Tratar Gripe o Influenza _____	227
Evaluar, Clasificar y Tratar la Diarrea en el niño o niña de 2 meses a 5 años _____	228
Evaluar, Clasificar y Tratar Fiebre _____	245
Clasificar y Tratar Fiebre y/o Tos mayor de 15 días _____	260
Evaluar, Clasificar y Tratar Problemas de oído _____	262
Evaluar, Clasificar y Tratar Problemas de garganta _____	268

## **CAPÍTULO 6: ATENCIÓN AL NIÑO O NIÑA DE 2 MESES A 5 AÑOS DE EDAD**

Parte II _____	273
Evaluar, Clasificar y Tratar Problemas de Alimentación y/o Nutrición _____	273
Clasificación de la Desnutrición _____	274
Perímetro Cefálico para la edad _____	282
Evaluar, Clasificar y Tratar Anemia en el niño o niña de 2 meses a 5 años _____	308
Verificar esquema de vacunaciones _____	331
Evaluar otros problemas _____	342

# Introducción

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), presentada oficialmente en 1996 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a los países de las Américas, momento desde el cual se ha promocionado su aplicación teniendo en cuenta el impacto sobre la salud integral de la niñez y en la reducción de la morbimortalidad en niños y niñas menores de 5 años.

Esta estrategia otorga al profesional de la salud, los conocimientos y habilidades para sistematizar la evaluación clínica integral del estado de salud de niños y niñas menores de 5 años y de este modo, facilitar la detección precoz y tratamiento adecuado y oportuno de las enfermedades de mayor prevalencia en este grupo etario.

Incorpora un fuerte contenido de promoción de estilos de vida saludable y de prevención de las enfermedades como parte de la atención; y contribuye a aumentar la cobertura de vacunación, a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de menores de 5 años en el hogar y en la comunidad, favoreciendo su crecimiento armónico y el desarrollo pleno de sus capacidades.

La ejecución de la AIEPI contempla la participación tanto de los servicios de salud como de la comunidad y la familia, y se lleva a cabo por medio de tres componentes.

a) El primer componente - CLÍNICO, está destinado a mejorar el desempeño y habilidades del personal de salud para la atención de los niños y niñas menores de 5 años y sus familias, a fin de realizar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y categorizar la situación clínica para realizar el abordaje terapéutico apropiado.

b) El segundo componente - ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, se dirige a mejorar la organización y funcionamiento de los establecimientos de salud para que brinden una atención de calidad con calidez.

c) El tercer componente - COMUNITARIO, tiene el objetivo de orientar las prácticas familiares y comunitarias de cuidado y atención a la niñez. Este componente incluye la participación de los diferentes actores sociales locales, así como la interacción y articulación entre las instituciones que componen la red de apoyo y los programas, estrategias y proyectos dirigidos a la Primera Infancia.

La estrategia AIEPI se constituye en Modelo de Atención Integral en Salud pues enmarca la forma en que interactúan la población y el prestador de servicios, dentro de un marco de cumplimiento del derecho a la salud, con base en el territorio y la población, articulando redes de atención integradas e integrales tanto institucionales como comunitarias; haciendo énfasis en la participación de la población en el proceso generación de la salud en el marco de una respuesta intercultural y se pueda gestionar los recursos

a fin de garantizar la satisfacción de las necesidades en salud de forma equitativa, eficiente y de calidad.

Sustenta sus acciones en tres principios orientadores: Centralidad en las personas, Integralidad de la atención y Continuidad del cuidado.

La centralidad considera la corresponsabilidad del cuidado de la salud entre el equipo profesional, las personas (sus familias) y la comunidad. Enfatiza los derechos y deberes de los usuarios involucrados y focaliza la atención en la persona y sus necesidades, otorgándoles la información necesaria para participar en las decisiones relativas a su cuidado.

La continuidad se relaciona con la coherencia y conexión que la persona percibe en las distintas acciones relativas al cuidado de su salud, a lo largo de su vida y en distintos escenarios clínicos (desde el domicilio a los centros hospitalarios).

Finalmente, la integralidad se vincula a la priorización de acciones que garanticen la atención en los diferentes niveles de complejidad y que articulen acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación desde un abordaje integral de la persona y su familia<sup>4</sup>, lo que exige la disponibilidad de servicios para responder a estas necesidades de salud.

A más de lo mencionado, la estrategia AIEPI alinea sus acciones a los principios de la Política Nacional de Salud de Paraguay 2030.

## PRINCIPIOS DE LA ESTRATEGIA AIEPI

### Principios

### Definición

Equidad	La equidad en salud “se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a servicios de salud integrales, oportunos, y de calidad, en la contribución financiera, y en el acceso a entornos saludables”.
Eficiencia	Es la relación óptima entre los recursos utilizados y la obtención de buenos resultados en salud y calidad de vida de la población. Por eficiencia habría que entender la extracción del máximo provecho a los recursos disponibles. En términos sociales, eficiencia significa la maximización del bienestar social.
Integralidad	Este principio implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción de la salud, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa y apoyo para el autocuidado.
Intersectorialidad	Este principio significa que el sector de la salud debe trabajar con diferentes sectores y actores para velar por que las políticas públicas se alineen con el fin de maximizar su potencial contribución a la salud y al desarrollo humano. Para ello, es necesario que el sector de la salud participe cuando se tomen decisiones acerca de las políticas de desarrollo y contribuir con los objetivos de los demás sectores
Participación social	El principio de participación convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas. Implica reconocer que “todos somos parte” comprometida en el buen funcionamiento del sistema.
Sostenibilidad	Este principio apunta a que los avances deben ser estables en el tiempo y garantizar que se pueden mantener para futuras generaciones. La sostenibilidad del sistema de salud exige de planificación estratégica y compromiso a largo plazo
Ética	La ética estudia la moral y determina qué es lo bueno y, desde este punto de vista, cómo se debe actuar. Es decir, es la teoría o ciencia del comportamiento moral. Se incluye la confidencialidad, moral, veracidad, etcétera.
Enfoque de inclusión	Enfoque que responde positivamente a la diversidad de las personas y a las diferencias individuales, entendiendo que la diversidad no es un problema, sino una oportunidad para el enriquecimiento de la sociedad a través de la activa participación en la vida familiar, en la educación, en el trabajo y en general en todos los procesos sociales, culturales y en las comunidades. Implica aceptar el derecho que tiene cada uno de ser diferente.
Interculturalidad	Se considera que la diversidad cultural es un elemento constitutivo de la sociedad. Se refiere a la riqueza cultural, y las características de los grupos étnicos, lingüísticos, inmigrantes, campesinos/urbanos, orientaciones sexuales diversas, y afro descendientes. Tienen relación con la comunicación e interrelación entre culturas distintas. Lo esencial del enfoque de interculturalidad es asegurar que las diferencias no se conviertan en discriminaciones y que, además, sean reconocidas y aprovechadas como fuentes de saber, de pensamiento y de experiencias para la vida.
Igualdad	Reconoce que todas las personas en especial niñas, niños y adolescentes son iguales en dignidad y derechos, reafirmando la igualdad y el acceso a oportunidades sin discriminación alguna obligando a remover los obstáculos que mantengan o propicien la discriminación.

La implementación de la AIEPI ha sido fortalecida con la incorporación de la misma, a la malla curricular de pre y postgrado de varias instituciones formadoras en salud. Así las universidades e institutos pueden contribuir a garantizar el cumplimiento fundamental del derecho a la salud de los niños y niñas y a la formación integral del profesional de salud para una atención con calidad y calidez.

Las asociaciones y sociedades científicas tienen un papel trascendental como referencia científica de estudiantes y profesionales, para fomentar la adhesión a la estrategia AIEPI y pueden contribuir en la capacitación continua del profesional de los establecimientos de salud.

Este manual Clínico para capacitación del profesional de salud forma parte del conjunto de instrumentos con los cuales el profesional de salud cuenta para la implementación de la estrategia.

En cada capítulo del Manual Clínico se aprende a utilizar un método sencillo, sistematizado y eficiente, apoyado en la medicina basada en la evidencia para la atención integral e integrada de menores de cinco años de edad.

De manera innovadora, en el primer capítulo se ofrecen herramientas para la comunicación y la puesta en práctica de estas habilidades en diferentes situaciones. Los demás capítulos transcurren en coherencia con el principio orientador de la atención continua por curso de vida y la certeza de que la promoción y prevención son las mejores estrategias para mejorar los indicadores básicos de salud.

La atención por curso de vida inicia en el capítulo 2 con el abordaje de las diferentes etapas de la mujer en edad fértil, continúa con la atención y los cuidados del recién nacido, la atención del niño o niña menor de 2 meses hasta alcanzar el capítulo 6 que corresponde al grupo etario de los mayores de 2 meses hasta 5 años de edad. Todos estos capítulos han sido objeto de una extensa revisión con la incorporación de las actualizaciones correspondientes.

En cada uno de los capítulos se brindan las orientaciones para una atención integral a utilizando estrategias para **EVALUAR, CLASIFICAR y TRATAR** cada situación que se presente. Se detallan también recomendaciones para cada clasificación y consejos a ser entregados a los padres y la familia para el cuidado del niño y la niña en el hogar; promoviendo estilos de vida saludables y otras acciones para prevención de enfermedades o situaciones de violencia. Se aborda además el método para la reevaluación y el seguimiento en el establecimiento de salud y los posibles escenarios que pudieran presentarse.

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

El proceso de la Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI incluye:

**Evaluar:** la evaluación consiste en investigar y detectar, en primer lugar, signos gene-

rales de peligro, además de otros signos y síntomas de los principales problemas de salud del niño y de la niña. Ello se logra a través de la observación, entrevista, examen físico, verificación del estado nutricional, el desarrollo neurológico y el cumplimiento del esquema de vacunación. Incluye además la identificación de signos de sospecha de maltrato y la búsqueda de otros problemas de salud.

**Clasificar** se basa en la agrupación de los hallazgos obtenidos durante la evaluación en un sistema codificado por colores (semafórico). Dado que algunos niños y niñas podrán tener más de una condición, cada problema se clasifica dependiendo si requiere de:

- **Tratamiento y referencia urgente previa estabilización: ROJO**
- **Tratamiento médico específico y consejería: AMARILLO**
- **Consejería sobre tratamiento y cuidados en el hogar: VERDE**

Gráfica 1. Clasificación por colores



**Tratar** significa administrar la terapia que recomienda la estrategia para los problemas identificados, en el establecimiento de salud y/o en la casa. Ej. administrar la terapia esencial antes y durante el traslado en caso de pacientes cuyo problema o enfermedad haya sido clasificado como ROJO o administrar la primera dosis de los medicamentos en la unidad de salud y vacunas según esquema. Si necesita tratamiento, pero puede irse a la casa, elaborar un plan integrado de terapia proporcionando instrucciones prácticas para administrar la medicación en el hogar. Se debe explicar a la madre, padre o acompañante cómo deben ser suministrados medicamentos orales en casa, alimentos y líquidos durante la enfermedad, y cómo tratar en la casa infecciones locales, citar para el seguimiento con fecha específica y enseñar cómo reconocer signos de alarma para su regreso inmediato al establecimiento de salud.

Se debe brindar consejería a la familia en las prácticas claves que incluyen consejos sobre la alimentación, la lactancia materna y otras medidas preventivas y de promoción de la salud como cuidados en el hogar, estimulación del desarrollo, promoción de buen trato y la crianza amorosa, prevención de accidentes, entre otras.

La atención de seguimiento se realiza para determinar la evolución del niño o de la niña

después de haber iniciado un tratamiento, si está igual, mejor o peor se realizan recomendaciones según cada caso y se evalúan nuevos problemas.

La estrategia AIEPI abarca los motivos de consulta más frecuentes, pero existen problemas crónicos o enfermedades menos comunes que pueden requerir atención especial y que no se encuentran descritos en este material.

# CAPÍTULO 1

*Este capítulo desarrolla las (1) buenas técnicas de comunicación para la aplicación del proceso de atención de la estrategia AIEPI, desde la primera consulta hasta las consultas de seguimiento y en situaciones especiales como la referencia del paciente a otro establecimiento de salud. Por otra parte, expone (2) las principales medidas de estabilización antes y durante el traslado.*

## 1. BUENAS TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN

La relación clínica y la comunicación con el paciente y sus cuidadores, juegan un papel determinante en el resultado de todas las actividades relacionadas con la asistencia sanitaria.

Las habilidades comunicativas y ciertas actitudes y valores que deben mantener los profesionales con respecto a los pacientes y sus familias y a sí mismos, son competencias clínicas que, al ser integradas con otras como el conocimiento, las habilidades para solucionar problemas y tomar decisiones, las habilidades para usar recursos y las habilidades de exploración física, favorecen el que una consulta sea efectiva.

Una relación médico paciente deficiente se asocia con dificultades para detectar el problema del paciente y recoger información clínica, así como para explicar y plantear estrategias de manejo, problemas en el desarrollo y construcción de una relación terapéutica, uso inadecuado de los recursos, desgaste profesional, problemas médico-legales y una menor adherencia a los tratamientos.

### 1.1. GENERALIDADES SOBRE COMUNICACIÓN

En todo proceso comunicativo existe un emisor de la información, un medio por el que se transmite la misma, que puede ser visual, vocal, gestual, postural y un receptor, que interpreta esa información.

Entre emisor y receptor existen elementos condicionantes que modifican la misma como ruidos del entorno (escasa ventilación, sala de espera deficiente, llantos en la consulta, entradas y salidas de diferentes profesionales de la consulta, teléfono), interferencias de tipo cognitivo, emocional y social. Llamamos interferencia cognitiva a la incapacidad del paciente o de sus familiares, para expresarse de manera comprensible. La emocional se produce cuando el paciente o su acompañante, tiene un trastorno mental (depresión, ansiedad) o emociones extremas (resentimiento, agresividad). La interferencia social se da con una diferencia sociocultural importante entre paciente y profesional de la salud. Otro tipo de interferencia cada vez más frecuente en nuestro medio es la barrera lingüística.

## Comunicación no verbal

El poder de la comunicación no verbal es enorme. Gracias a este tipo de comunicación los humanos transmitimos la mayor parte de nuestros mensajes.

Con este tipo de comunicación se expresan sentimientos y emociones, se regula la interacción, se validan mensajes verbales, se mantiene la autoimagen y la relación. Entre algunos ejemplos de la comunicación no verbal podemos distinguir, la utilización de la mirada, angulación del cuerpo, los gestos y expresiones faciales, la pronunciación de las palabras, el tono, modulación, timbre de la voz cómo nos sentamos, el acercamiento al paciente y el contacto corporal.

### Características del buen entrevistador:

- La calidez. Dar a entender al niño, la niña y su acompañante (cuidador) consultante que son bienvenidos y que deseamos comunicarnos con ellos. Hacer un contacto visual facial adecuado, un recibimiento personalizado o una sonrisa oportuna.
- El respeto. Ser transparentes y honestos en la relación asistencial, preservando los puntos de vista del paciente y/o de su cuidador.
- La comprensión. Delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista, logrando que ésta se desarrolle en términos comprensibles para ambos, y de forma bidireccional.
- La baja reactividad. La reactividad es el tiempo que transcurre desde que el paciente o su familiar terminan de hablar hasta que el profesional lo hace.
- La empatía: Comprender las emociones del paciente y su familia y dar a entender esta comprensión.
- El asertividad. Cumplir de forma plena y segura los derechos y deberes correspondientes a nuestro rol profesional, sin mostrar inseguridad a la hora de tomar decisiones y haciéndole ver al paciente y a su familia, que se encuentra en buenas manos.

### Objetivos de la entrevista clínica

- a- Obtener la información necesaria para llegar a un diagnóstico y conocer el motivo por el que el paciente acude.
- b- Prescribir un tratamiento o recomendar una pauta de conducta.
- c- Establecer una relación asistencial satisfactoria.

## 1.2. RECOMENDACIONES PARA UNA BUENA COMUNICACIÓN

- Recibimiento cordial La forma habitual de iniciar una relación clínica en la consulta es mediante el recibimiento. Durante éste y en los primeros momentos de la consulta, tienen lugar reajustes conductuales que pueden determinar el resto de la consulta y de la relación. A continuación, vamos a describir algunas habilidades:

- a) Saludar al paciente de forma verbal.

- b) Contacto físico. No existe la obligación de dar la mano a todos los pacientes o familiares que entren en nuestras consultas, pero, si tenemos la posibilidad hagámoslo.
- c) Contacto visual-facial. Los aspectos no verbales en los primeros segundos son de gran importancia, entre ellos el mantener la mirada mientras se recibe, lo que indica el grado de atención e interés que ofrecemos.
- d) Sonreír. Recibir con una sonrisa es un gesto que demuestra buena disposición.
- e) Llamar al paciente y a los padres o cuidador por su nombre. Suele demostrar cierta familiaridad y facilita el establecimiento de la relación.
- f) Acomodar. La acomodación denota cortesía, interés y ayuda a transmitir nuestra disposición a compartir los siguientes minutos, sin prisas. La acomodación puede ser gestual o verbal.
- g) Clarificar papeles. Cuando vemos por primera vez a un paciente, la clarificación de nuestro papel en la consulta y en sus futuros cuidados suele ser de gran ayuda para la madre y el paciente.
- h) Recoger la apertura del paciente o del cuidador. “Apertura del paciente” es aquel comentario que realiza justo al entrar en la consulta. Es un comentario espontáneo que puede ser muy revelador y que puede o no estar relacionado con el motivo de consulta.
- i) Invitar a que el paciente exponga sus motivos de consulta, generalmente mediante una pregunta abierta.
  - Realice una pregunta abierta Es una pregunta sencilla, sin coletillas, pues éstas cierran las posibilidades de respuesta: “¿Qué le pasa?” “¿qué tal?” “cuénteme” “usted dirá”.
  - Utilice técnicas de apoyo narrativo Estas técnicas crean un clima de confianza: empatía, silencios adecuados y facilitaciones.

La empatía constituye una de las más importantes habilidades para construir y mantener una relación terapéutica. La enfermedad de un hijo, conlleva, generalmente, distintos sentimientos, como aislamiento, ansiedad, tristeza, miedo, ira, etc. Una comunicación basada en la empatía contribuye a mitigarlos y, por ello, es terapéutica. Es fundamental que el profesional le demuestre que los ha entendido y aceptado. La actitud de empatía implica una serie de conductas no verbales y otras verbales, siendo en este caso las no verbales de más trascendencia y efectividad.

Los silencios adecuados, consisten en una ausencia de comunicación verbal, sin mensajes no verbales que limiten la narrativa del paciente.

Las facilitaciones consisten en conductas, tanto verbales como no verbales, que ayudan a iniciar o proseguir un relato. No se indican ni sugieren contenidos; por ejemplo, “Continúe... sí...mmm...” Cabeceos.

Es importante preguntar y escuchar atentamente, para determinar cuáles son los problemas y que medidas fueron realizadas.

Preguntar sobre la presencia de signos y síntomas asociados al problema permitirá, al profesional de salud, discernir acerca de la situación clínica para la toma de decisiones, además de identificar las prácticas que deben ser elogiadas y aquellas que necesitan modificarse. Utilice las preguntas del Cuadro de Procedimiento como instrumento orientador y de apoyo.

Elogie a la madre, padre o acompañante por lo que ha hecho bien. Elogiar las buenas prácticas contribuye a que las mismas prosigan y esto favorece las condiciones de salud. Los consejos ofrecidos deben ser limitados a lo que es pertinente en ese momento, usando un lenguaje que se entienda. Si es posible, se emplearán fotografías u objetos reales para ayudar a explicar cómo tratar al niño o niña en el hogar. Más adelante, en este capítulo se detallarán los pasos a seguir para administrar medicamentos por vía oral o tratar en el hogar las afecciones localizadas.

Se debe recomendar el abandono de las prácticas perjudiciales a las que la madre, el padre o acompañante, pudo haber incurrido. Al corregir una práctica perjudicial, el profesional debe ser claro, pero también debe tener cuidado de no hacer sentir culpable ni incompetente al adulto responsable. El motivo por el cual es perjudicial esa práctica debe ser explicado y quedar bien claro.

-Emplee las técnicas para obtener información específica o concreta. Puede utilizar preguntas abiertas que obligan a responder con una frase y no encierra en sí misma sugerencias. Las preguntas abiertas dejan libertad para responder cómo se crea más conveniente sobre un determinado tema y permiten obtener una gran cantidad de información. Sin embargo, un menú de sugerencias, encierra en su formulación al menos dos sugerencias. Las preguntas cerradas son aquellas que se pueden responder con un sí o con un no. Estas preguntas son de mayor utilidad cuando se trata de ultimar detalles de una determinada información. Entre las preguntas abiertas y las cerradas, tenemos las preguntas dirigidas, como por ejemplo: “¿Cómo se ha aliviado en otra ocasión este dolor?”.

Generalmente, lo más eficaz es iniciar la recogida de información con preguntas abiertas, luego pasar a las preguntas dirigidas y, por último, acabar con las preguntas cerradas.

-Delimite la entrevista: “¿Algo más”? Conviene hacer esta pregunta tras la narrativa inicial del paciente y siempre antes de la exploración física.

-Compruebe e integre la información: Comprobar que la información que hemos obtenido es la apropiada constituye una habilidad esencial relacionada con la escucha activa. El profesional ordena en su cabeza la información y la integra con un enfoque biosico-social, y comprueba en qué medida ha comprendido lo que le ha explicado el paciente o su cuidador durante la consulta. Un esquema válido para exponer los diferentes problemas e integrar la información consiste en:

### **1. Delimitar los motivos de consulta.**

2. Explorar cada uno de los motivos de consulta mediante una secuencia de:

- a) Preguntas abiertas.
- b) Escucha activa de intervención mínima con facilitaciones.
- c) Preguntas cerradas.
- d) Resumen.

-Actualice problemas anteriores Siempre que haya tiempo suficiente, es recomendable preguntar por algún problema reciente para saber cómo ha evolucionado.

-Realice la exploración física Pedir permiso, explicar lo que vamos a hacer y respetar la intimidad. Aunque sean niños, no se nos debe olvidar.

- Cierre la entrevista algunas recomendaciones para que los cierres de las consultas sean adecuados:

- Avisar sobre el cierre.
- Resumir la sesión.
- Revisar los objetivos.
- Planificar próximas visitas y pasos.
- Establecer planes de contingencia o toma de precauciones.
- Preguntar si el paciente tiene otros temas.
- Animar y apoyar al paciente.
- Clarificar el plan.

### **Errores más frecuentes en la parte exploratoria:**

- Presuponer el motivo de consulta.
- Alta reactividad del profesional sanitario, sin dejar hablar al paciente.
- Mezclar la exploración con recomendaciones finales.
- Seguridad prematura.
- Antagonismos o culpabilizaciones.

Conviene evitar comentarios que critiquen, culpabilicen o pongan en cuestión la conducta o las emociones del paciente o de su cuidador. Las seguridades prematuras, que son respuestas prematuramente tranquilizadoras, también conviene evitarlas, pues sólo tranquilizan a quien las emite.

## **1.3. RECOMENDACIONES PARA ENSEÑAR UNA TAREA**

a. Proporcionar información: Explicar cómo realizar la tarea. Por ejemplo cómo:

- Preparar Sales de Rehidratación Oral (SRO);
- Realizar la dilución de un antibiótico cuya presentación es en polvo.

b. Demostrar con un ejemplo: Demostrar cómo se realiza la tarea. Por ejemplo mostrar:

- Cómo mezclar el contenido de un sobre de SRO con el volumen correcto de agua o mostrar la cantidad de líquido que debe beber el niño o la niña en una taza u otro recipiente;
- Cómo realizar la dilución del polvo de un antibiótico que debe ser administrado por vía oral. Mostrar la marca hasta donde debe llegar el nivel de agua.

c. Permitir que practique. Pedir a la madre, padre o acompañante que practique la tarea mientras se le observa. Por ejemplo, dejar que:

- Mezcle SRO;
- Diluya el antibiótico en polvo con agua potable hasta la marca señalada en el frasco y que agite hasta dejar una mezcla homogénea.

Cuando se enseña a la madre, padre o cuidador, se debe:

- Utilizar lenguaje y palabras que comprenda.
- Usar materiales auxiliares con los que ella esté familiarizada, tales como recipientes disponibles para mezclar SRO o preparar el suero casero.

- Hacer comentarios acerca de cómo lo está haciendo, mientras está practicando. Elogiar lo que hace bien y aclarar sus dudas.
- Permitir que siga practicando, si lo necesita.
- Alentar a hacer preguntas que deben ser contestadas.

Permitir que la madre, padre o acompañante, “practique” es la parte más importante de enseñar una tarea. Así se recordarán los pasos más fácilmente; si se le permite practicar, en lugar de escuchar simplemente.

Si la persona realiza la tarea mientras se le observa, se podrá identificar cuánto entendió, qué le resulta difícil y de qué manera se le puede ayudar a mejorar.

a- Cerciorarse que la madre, padre o acompañante ha entendido

Después de enseñar a realizar una tarea, se precisa estar seguro que la persona a cargo del niño comprendió cómo realizar la tarea en forma correcta. Las preguntas de verificación permiten averiguar lo que la persona ha aprendido.

Una aptitud importante de comunicación es saber formular buenas preguntas de verificación. Las buenas preguntas de verificación requieren que la persona que responda describa por qué, cómo o cuándo y cuánto dará el tratamiento.

El profesional de salud debe hacer preguntas para determinar lo que la persona entendió y lo que necesita mayor explicación. No debe formular preguntas inductivas (es decir, que sugieren la respuesta correcta) ni que puedan responderse con SÍ o con NO. Por la respuesta que dé la madre, el padre o el cuidador, usted sabrá si el mismo, entendió y aprendió lo que se le enseñó acerca del tratamiento. Si no pudo responder correctamente, debe proporcionar más información o aclarar las instrucciones. Si se le enseñó cómo administrar un antibiótico y luego le preguntan: “¿Sabe cómo darle el medicamento?” la persona probablemente conteste “SI”; haya comprendido o no, pues puede ser que se sienta avergonzada de decir que no entendió. Las “malas preguntas”, que se responden con un “sí” o un “no” NO demuestran cuánto sabe la madre, el padre o el cuidador.

Los siguientes son ejemplos de buenas preguntas de verificación: “¿qué alimentos le dará?”, “¿con qué frecuencia se los dará?”. “¿Cuándo le va a dar el medicamento?” “¿Cuánto le va a dar cada vez?” “¿Durante cuántos días le va a administrar el medicamento?”. Si se recibe una respuesta ambigua, se debe hacer otra pregunta de verificación. En caso de haber comprendido, debe elogiarse a la persona adulta y si no se encuentra segura se deben aclarar sus dudas.

Con este tipo de preguntas se está pidiendo a la madre, padre o cuidador que repita las instrucciones que se le ha dado. Las buenas preguntas de verificación ayudan a comprobar lo que la persona aprendió y así recordará cómo preparar y administrar correctamente la medicación.

Después de formular una pregunta, se hará una pausa dándole tiempo para pensar y luego responder. El profesional de salud no debe contestar la pregunta, ni hacer otra pregunta de inmediato. Se necesita paciencia para hacer preguntas de verificación. Tal vez la persona a cargo del niño sepa la respuesta, pero puede que responda lentamente. Puede que tenga miedo de dar una respuesta incorrecta. Tal vez sea tímida para hablar con una figura de autoridad. Debe esperarse su respuesta, alentando a que se anime a contestar.

Si la persona adulta responde incorrectamente o dice que no se acuerda, debe tener cuidado de no hacerla sentir incómoda. Se debe enseñar nuevamente a administrar el tratamiento, suministrar más información, ejemplos y oportunidad de practicar para estar seguros que comprendió. Luego se harán más preguntas de verificación.

Habrán casos en que la madre, padre o cuidador entienda, pero diga que no puede hacer lo que se le indica, puede tener problemas u objeciones. Los problemas más comunes son la falta de tiempo o de recursos para administrar el tratamiento. Puede haber objeciones para darle a su hijo un medicamento por vía oral, en lugar de una inyección, o de darle un medicamento en lugar de un remedio casero. Se debe ayudar a pensar en posibles soluciones a su problema y responder a sus objeciones.

Por ejemplo, al preguntar: “¿Qué recipiente va a usar para medir un litro de agua para mezclar SRO o suero casero?”.

Es posible que la madre, padre o acompañante responda que no tiene en su casa recipientes de un litro. Entonces se preguntará cuáles son los recipientes disponibles que posee y se enseñará a medir un litro de agua en el recipiente que tenga. Se le debe mostrar cómo poner una marca en el recipiente para medir un litro, con un instrumento apropiado, o cómo medir un litro usando varios envases más pequeños.

**PARA VERIFICAR QUE LA MADRE, PADRE O ACOMPAÑANTE HAYA ENTENDIDO:**

- *Hacer preguntas que obliguen a explicar qué, cómo, cuánto, cuándo o por qué. NO hacer preguntas que se pueden contestar simplemente con un “sí” o un “no”.*
- *Darle tiempo para pensar y, luego responder.*
- *Elogiar cuando responda correctamente.*
- *Si necesita ayuda, darle más información, ejemplos y oportunidad de practicar.*

**TABLA 1.1.**

<b>PREGUNTAS DE VERIFICACIÓN</b>	
<p><b>Buenas preguntas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Cómo preparará SRO?</li> <li>¿Cada cuánto debe amamantar a su niño o niña?</li> <li>¿Cuánto líquido más le va a dar cada vez que el niño o la niña tenga deposiciones diarreicas?</li> <li>¿Por qué es importante que se lave las manos?</li> </ul>	<p><b>Preguntas malas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Recuerda cómo mezclar SRO?</li> <li>¿Debe amamantar a su niño o niña?</li> <li>¿Sabe cómo dar más líquidos?</li> <li>¿Se acodará de lavarse las manos?</li> </ul>

## 1.4. RECOMENDACIONES PARA ENSEÑAR A ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL

Los medicamentos de administración oral generalmente están indicados para el tratamiento de categorías ubicadas en la fila amarilla. Debe utilizarse el Cuadro de Procedimientos en el apartado titulado TRATAR, para elegir el medicamento apropiado, calcular la dosis correcta y definir el tiempo que deberá ser administrado. Se incluyen en este instrumento, medicamentos, dosis y planes de tratamiento de acuerdo a cada situación clínica.

Aunque hay variaciones de dosis, de acuerdo al peso y la condición clínica, la manera de administrar cada medicamento es similar. En este apartado se indicarán los pasos básicos para enseñar a administrar medicamentos por vía oral. Si la madre, padre o cuidador acompañante aprende cómo administrar correctamente el medicamento, el niño o la niña podrá recibir el tratamiento apropiado. Deben seguirse estas instrucciones, para cada medicamento de administración oral que se entregue al adulto responsable, aplicando las buenas técnicas de comunicación, enfatizando el cuidado del niño o la niña en la casa, de la manera que se detalla a continuación:

**-Proporcionar información:** Explicar el motivo por el cual se está indicando el medicamento de administración oral y cuál es el problema que se está tratando, cuál será la medicación, cómo va a ser administrada y por cuánto tiempo.

-Demostrar cómo medir la dosis con un ejemplo: En el establecimiento de salud, demostrar cómo medir la dosis:

**-Si se está proporcionando comprimidos:** Mostrar la cantidad que debe ser administrada en una dosis. Si es necesario se debe enseñar a fragmentar un comprimido. En ocasiones se debe triturar el comprimido antes de administrarlo, agregar unas cuantas gotas de agua potable y esperar unos minutos. El agua ablandará el comprimido y será más fácil triturarlo.

**-Si se está indicando jarabe:** Enseñar a la madre, padre o cuidador, cómo medir la cantidad correcta de mililitros (ml) correspondientes a una dosis y cómo administrarla. Puede utilizarse la tapa del frasco o una cuchara común, como la que se usa para revolver el azúcar en el café o té. Una cucharadita equivale a 5,0 ml aproximadamente. Es más preciso medir la cantidad a ser administrada con vasito dosificador o una jeringa en ml, pudiendo dibujar un gráfico demostrativo en las indicaciones escritas.



-Si se está entregando cápsulas: Mostrarle la cantidad que corresponde a una dosis. Ejemplo: si un niño o una niña necesita menos de una cápsula entera de Vitamina A (o no puede tragar una cápsula entera), enseñar a la madre, padre o cuidador como abrir la cápsula y colocar parte del líquido en la boca del niño o niña. Si la cápsula contiene polvo en su interior, enseñar la manera correcta de hacer la dilución con agua potable.

-Permitir que practique:

- Observar a la madre, padre o acompañante, mientras practica como medir una dosis: Pedirle que mida una dosis. Si el medicamento viene en comprimidos y el niño o niña no lo puede tragar, debe indicarse que triture y diluya el comprimido. El profesional de salud debe observar mientras practica, elogiando lo que hace correctamente. Si NO midió correctamente la dosis, volver a enseñarle cómo medir.
- Pedir a la madre, padre o acompañante que le administre la primera dosis y explicarle que hacer si vomita: Decirle que administre al niño o a la niña la primera dosis y le observe durante 30 minutos después de ser administrada la medicación. Si vomita durante ese lapso de tiempo y se puede ver el comprimido o el jarabe en el vómito, debe repetirse la dosis 10 minutos después. Si el niño o niña está deshidratado/a y vomitando, se debe esperar hasta que se rehidrate y tolere la vía oral antes de administrar la dosis nuevamente. Debe quedar claro que la medicación no debe ser suspendida debido a los vómitos.

-Explicar en detalle cómo darle el medicamento: Indicar a la madre, padre o cuidador cuál es el medicamento que debe dar al niño o niña, además de la cantidad (dosis), la manera (con cucharita o vasito dosificador) y horarios a ser administrados. Decirle cuántas veces al día debe darle la dosis (por ejemplo; al amanecer, al mediodía, al atardecer, antes de dormir, antes o después de las comidas) y por cuántos días se realizará este esquema.

Las indicaciones deben estar escritas detallando el esquema de tratamiento. A continuación, se ilustra un ejemplo:

<b>NOMBRE:</b>		<b>FECHA:</b>	
<b>MEDICAMENTO</b>		<b>CANTIDAD:</b>	
			
<b>DOSIS:</b>			

- a. Escribir el nombre genérico del medicamento y la cantidad total de comprimidos, cápsulas, jarabe, necesarios para completar el esquema de tratamiento, durante el tiempo indicado (cantidad de días).
- b. Escribir la dosis correcta que debe tomar cada vez (número de comprimidos, cápsulas o medicamentos líquidos medidos en ml, si tiene jeringa, cucharita o vasito dosificador).
- c. Escribir cuándo o cada cuántas horas se debe administrar la dosis (al amanecer, al mediodía, con el almuerzo, al anochecer, antes o después de las comidas). Conocer la rutina del hogar ayudará a decidir los horarios apropiados para la administración de la medicación.

**Ej.: NOMBRE DEL MEDICAMENTO: 1/2 comprimido, dos veces al día, al amanecer y al atardecer, por 5 días.**

## **RECORDAR:**

- Si se dará más de un medicamento: Debe indicarse la menor cantidad posible de medicamentos, recomendando únicamente la administración de aquellos que sean necesarios. Si se indican varios medicamentos se debe mostrar cada uno y explicar a la madre, padre o acompañante el motivo por el cual están siendo indicados y cómo deben ser administrados. Las indicaciones serán escritas con letra clara y legible conteniendo un resumen de los medicamentos y los momentos del día en que serán administrados.
- Explicar la importancia de completar el esquema de tratamiento, aunque note mejoría. Todos los comprimidos o jarabes medicinales de administración oral deben darse hasta completar el esquema. Esto es particularmente importante porque las bacterias o los parásitos todavía pueden estar presentes, aunque hayan desaparecido los signos de la enfermedad.
- Recomendar a la madre, padre o cuidador que conserve todos los medicamentos en un lugar seco, fresco, oscuro y limpio, fuera del alcance de los niños.
- Cerciorarse que la madre, padre o cuidador ha comprendido las explicaciones antes de que se retire del establecimiento de salud, realizando buenas preguntas de verificación.
- Enseñar los signos de alarma y cuándo volver de inmediato, así como los cuidados a realizar en el hogar y cuando volver a consulta de seguimiento.

## **1.5. RECOMENDACIONES PARA LOS CUIDADOS EN EL HOGAR**

Si la situación clínica se ubica en la fila VERDE, habitualmente no se precisa de medicaciones. Debe aprovecharse la oportunidad para instruir a las personas que acuden al establecimiento de salud sobre acciones de promoción y prevención, de acuerdo al caso.

### • **Para el crecimiento físico y el desarrollo mental:**

1. Amamantar de manera exclusiva hasta los 6 meses de edad.
2. A partir de los 6 meses, agregar otros alimentos nutritivos recién preparados, según las recomendaciones para su edad y seguir con la lactancia materna hasta los 2 años o más. Ver: Guías alimentarias para Niñas y Niños menores de 2 años. INAN. MSPBS y Libreta de Salud del Niño y la Niña. MSPBS.
3. Dar al niño o a la niña alimentos que contengan cantidades suficientes de micronutrientes (Vitamina A, hierro), o administrarlos como suplemento según lo indicado por el profesional de salud, en el establecimiento de salud.
4. Promover y proteger el desarrollo mental y social de los niños y de las niñas desde la concepción. Los integrantes de la familia, deben hablarse con cariño, leer cuentos a los niños y niñas, sonreír entre ellos, mirarse a los ojos y establecer un tiempo de actividad recreativa e interrelación humana, promoviendo el buen trato, evitando el maltrato y la falta de cuidado de los niños y niñas.

### • **Para la prevención de enfermedades:**

1. Acudir a los establecimientos de salud en las fechas previstas para recibir el esquema completo de vacunas recomendado por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) MSPBS.
2. Realizar el lavado de manos con agua y jabón; antes de preparar los alimentos, antes de comer y dar de comer a los niños y niñas y después de ir al baño y cambiar los pañales. Desechar las heces en forma segura.
3. Mantener limpias las piezas de la casa, eliminar criaderos de mosquitos y cuidar que los niños y niñas duerman con mosquiteros. Realizar una buena disposición final de excretas y basuras. Evitar el humo y tóxicos en el ambiente, así como el uso de braseros en lugares cerrados.
4. Adoptar y mantener medidas de protección contra el VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual. Normas clínicas para la eliminación de la transmisión materno infantil de VIH, Sífilis Congénita, Hepatitis B y Chagas. MSPBS. 2021-2022.
5. Potabilizar el agua: hervirla por 5 minutos o agregar 2 gotas de hipoclorito de sodio al 4 % (lavandina) en un litro de agua y dejar en reposo durante 20 a 30 minutos antes de beberla. Guías Alimentarias del Paraguay para niñas y niños menores de 2 años. Guía 7.

### • **Para el cuidado apropiado en el hogar:**

1. Continuar alimentando y dando líquidos a los niños y a las niñas cuando están enfermos.
2. Administrar a los niños y niñas la medicación apropiada para el tratamiento de infecciones.
3. Tomar medidas adecuadas para prevenir lesiones y accidentes. Mantener fuera del alcance de los niños y niñas: elementos cortantes, punzantes, tóxicos, fármacos, fuego y otros elementos que puedan apelar su integridad. Libreta de Salud del Niño y la Niña. MSPBS.

4. Promover el buen trato, la crianza amorosa, respetuosa y un ambiente psicosocial libre de violencia. Evitar el maltrato y descuido a los niños y niñas. Vigilar que ellos se encuentren siempre al cuidado de un adulto responsable.
5. Fomentar la participación de ambos padres en el cuidado de sus hijos, asumiendo responsabilidades en cuanto a la crianza y salud de los integrantes de la familia. Esto implica que ambos deben asumir responsabilidades en el cuidado de la salud integral, generando un ambiente psicosocial de buen trato y libre de violencia.

● **Para buscar atención:**

1. Reconocer signos de alarma y cuando deben volver de inmediato al establecimiento de salud.
2. Seguir las recomendaciones dadas por el profesional de salud en el establecimiento de salud para el tratamiento y seguimiento necesarios, en caso de alguna enfermedad.
3. Aconsejar a toda mujer en edad fértil que acuda a consulta de evaluación integral, en cada una de las etapas; preconcepcional, embarazo, parto y puerperio, de manera que pueda recibir la atención y cuidados correspondientes. Explicar los efectos nocivos de alcohol, tabaco y drogas en integrantes de la familia y desaconsejar su consumo.
4. Promover que los integrantes de la familia, reciban las vacunas recomendadas por el PAI, ofrecidas por el establecimiento de salud.

En todos los casos, el profesional de salud debe aplicar los pasos de una buena comunicación.

## **1.6. RECOMENDACIONES PARA LA COMUNICACIÓN ANTE LA NECESIDAD DE REFERIR AL PACIENTE A OTRO NIVEL DE ATENCIÓN**

Una vez que se clasifica la enfermedad en la fila ROJA, la mayoría de las veces la decisión es REFERIR URGENTE, cuando el establecimiento de salud local no cuenta con la complejidad necesaria para el manejo del caso. En algunas situaciones puede decidirse la referencia para una interconsulta o un mejor seguimiento del paciente y en este caso la REFERENCIA NO ES URGENTE. Ej. Mujer en etapa preconcepcional con índice de masa corporal fuera de los rangos normales o enfermedad previa no tratada, embarazo gemelar sin trabajo de parto, Desnutrición moderada, Diarrea crónica, entre otros.

Tomada la decisión de referencia es importante exponer a los cuidadores del niño o la niña los motivos por los cuales se necesita realizar la REFERENCIA a otro establecimiento de salud, explicar que previo al traslado se llevarán a cabo MEDIDAS DE ESTABILIZACIÓN para disminuir los riesgos de complicaciones durante el mismo.

Si se sospecha que la madre, padre o cuidador no quiere o no puede trasladarse, se averiguarán las razones. Sus temores deben ser comprendidos y calmados, sugiriendo alternativas ante los problemas que pudieran manifestar, aplicando los pasos para una buena comunicación. Durante este tiempo se deben iniciar las medidas de estabilización, de acuerdo a cada caso.

**TABLA 1.2.**

<b>IDENTIFICAR LOS PROBLEMAS Y ACONSEJAR</b>	
<b>Averiguar cuál es la razón por la que la persona no quiere ir a otro establecimiento de salud</b>	<b>Calmar los temores de la persona y ayudarla a resolver sus problemas</b>
Piensa que los hospitales son lugares donde las personas suelen morir y teme que eso ocurra.	Tranquilizarle diciéndole que el Hospital tiene médicos, suministros, y equipos que pueden ayudar a la curación.
Piensa que el Hospital no le ayudará.	Explicarle lo que pasará en el Hospital y como le ayudarán.
No puede dejar su hogar durante la permanencia en el Hospital porque no hay nadie que se ocupe de los hijos que quedarán en la casa, la necesitan para cuidarlos, o para quehaceres domésticos o podría perder su trabajo	Hacerle preguntas y sugerencias acerca de quién podría ayudarlo. Por ejemplo, preguntarle si algún familiar podría ayudar con los hijos que se quedarán en el hogar.
No tiene dinero para pagar el transporte, las facturas del Hospital, medicamentos o su propia comida durante la estadía en el Hospital	Analizar cada situación y dar respuestas para que pueda ir al Hospital.

Ante un paciente con criterios de traslado a otro establecimiento de mayor complejidad, se debe comunicar del caso al Servicio de Emergencias Médicas Extrahospitalaria - SEME llamando a la línea gratuita 141 o al (021) 562901. El operador de guardia recabará los datos proporcionados y dará inicio a los procesos inherentes para de la referencia y contrarreferencia. Los datos proporcionados al operador deben ser veraces y concretos para decidir el tipo de ambulancia a ser utilizada y el personal paramédico a ser designado, a más de facilitar el traspaso de información al personal del establecimiento de salud receptor a fin que los profesionales de salud del mismo, puedan realizar la planificación y anticipación para garantizar una atención oportuna y adecuada al paciente. Los niveles asistenciales en las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS) del MSPBS coordinan acciones, junto con el Servicio de Emergencias Extrahospitalarias (SEME), para derivar a los pacientes que así lo requieran, a los distintos niveles de atención y complejidad, según la gravedad del caso.<sup>1</sup>

El modelo de atención de RIISS se aplica a todos los establecimientos que integran la red de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud (públicos, privados y mixtos), distribuidos en el primero, segundo, tercero y cuarto nivel de atención.

En todas las regiones sanitarias; desde el primer nivel de atención, hospitales básicos, distritales y especializados, se realiza el traslado de pacientes acorde a los criterios, las normas y los niveles de complejidad, garantizando la asistencia médica, según se requiera.

<sup>1</sup> Manual de Organización de los Servicios de Salud en el marco de las RIIS Paraguay. 2019. Disponible: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/planificacion/adjunto/17613e-ManualdeOrganizacinAprobadoORIGINAL.pdf>

Es fundamental completar la hoja de referencia y contrarreferencia o en su defecto redactar un detallado resumen con los datos del paciente y el estado clínico del mismo, aclarando la sospecha diagnóstica, el tratamiento instaurado y los motivos de traslado para garantizar la atención pronta del niño o la niña.

Aquello que suceda durante la estabilización y el traslado de un niño o de una niña, debe quedar registrado en la Historia Clínica.

### **El formato o la hoja de referencia debe contener información básica:**

- Nombres, apellidos y la edad del niño o niña que está siendo referido/a y el número de Cédula de Identidad, si posee.
- Fecha, hora de la referencia y nombre del establecimiento de salud al cual se va a referir y nombre del profesional que recepciona al paciente.
- Descripción de los problemas encontrados (clasificación de los problemas).
- Razón por la que es referido (síntomas y signos de clasificación grave).
- Tratamiento que fue administrado.
- Cualquier otra información que el Hospital necesite para la atención, como tratamiento inicial de la enfermedad.
- Nombres y apellidos, número de registro del profesional que decide la referencia, firma y sello.
- Nombre del establecimiento de salud y el número de teléfono y sello de la institución que remite al paciente, si se dispone.

En todos los casos de REFERENCIA URGENTE aplicar las “Medidas de estabilización antes y durante el traslado”.

La asistencia a todos usuarios, niños y niñas, incluye el uso correcto de Equipos de Protección Individual (EPI) según el nivel de atención, aplicando las precauciones básicas para el control y prevención de infecciones, principalmente el lavado de manos antes de cualquier interacción con cada usuario.<sup>2</sup>

Los niños o niñas graves precisan recibir medidas de estabilización, en lo posible en el establecimiento de salud local, inicialmente con los profesionales del lugar y posteriormente de manera conjunta con el equipo de traslado a cargo de SEME. La secuencia **evaluar- clasificar- tratar** es importante al asistir a la persona que padece enfermedades o lesiones graves, para determinar la mejor conducta o intervención en todo momento.<sup>3</sup>

Todos los recursos necesarios deberían estar disponibles para ser utilizados en el servicio de salud local y durante el traslado. De acuerdo al tiempo estimado para el traslado serán calculadas dosis adicionales de las medicaciones a ser administradas previendo medicaciones antes las complicaciones esperadas (extubación no programada, neumotórax, reanimación avanzada).

2 Manual de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. Disponible en: [https://dgvs.mspbs.gov.py/files/paginas/Manual\\_IAAS.pdf](https://dgvs.mspbs.gov.py/files/paginas/Manual_IAAS.pdf) 2017. Pg.75 y 76.

3 Guía de Transporte y Estabilización del paciente pediátrico y neonatal. Sociedad Paraguaya de Pediatría. Comité de Emergencias. Marzo 2019. Disponible en <https://www.spp.org.py/wp-content/uploads/2021/06/Transporte-SPP-julio-20191.pdf>

En ocasiones, debido a la patología propia del enfermo y/o la capacidad resolutive del establecimiento de salud u otros factores, no puede lograrse la estabilización o pueden necesitarse varias horas para el efecto. Estas situaciones deben ser explicadas a los padres y dejarlas documentadas en la Historia Clínica del niño o niña.

Una vez realizadas las medidas de estabilización, el traslado se concretará, con el paciente estabilizado o en las mejores condiciones clínicas posibles.

Se considera “paciente estabilizado” al enfermo en el cual se han puesto en marcha todos los procedimientos de soporte clínico, sus parámetros vitales se encuentran cercanos a la normalidad y se mantienen sostenibles en el tiempo como para iniciar el traslado de una manera segura.

Los parámetros o signos vitales de los niños y niñas varían de acuerdo a la edad y pueden ser difíciles de recordar si no se usan con asiduidad. Puede realizarse un cartel en la sala de urgencias, para recordarlos con mayor precisión.<sup>4</sup> Además, pueden aplicarse varios principios:<sup>5</sup>

1- La Frecuencia Respiratoria (FR) del niño o niña no debería superar las 60 respiraciones/ minuto de forma mantenida;

2- La Frecuencia Cardíaca (FC) normal es aproximadamente 2 a 3 veces la frecuencia respiratoria normal para la edad;

3- Una guía simple para la Presión Arterial (PA) pediátrica es que el límite inferior de la PA sistólica debería ser:

- mayor o igual de 60 mm Hg para los recién nacidos;
- mayor o igual de 70 mm Hg entre el primer mes y el año de vida;
- mayor o igual de  $70 \text{ mm Hg} + (2 \times \text{edad})$  entre el primer y décimo año de vida.

El manguito de presión arterial debería abarcar aproximadamente dos tercios del brazo. Un manguito demasiado pequeño proporciona lecturas de presión falsamente elevadas y los manguitos demasiado grandes lecturas falsamente bajas.

Durante el tiempo de estabilización y espera del móvil de traslado, es importante mantener la comunicación permanente con los familiares acerca de las medidas realizadas.

## 2. MEDIDAS DE ESTABILIZACIÓN ANTES Y DURANTE EL TRASLADO

Las medidas para la estabilización se refieren al mantenimiento del ABC; A: vías aéreas, B: respiración, C: circulación; acciones para prevenir la hipotermia y la hipoglicemia; y el tratamiento de las situaciones particulares que motivan el traslado (shock hipovolémico, insuficiencia respiratoria, politraumatismos, quemaduras graves, entre otras).

Se proponen acciones básicas a realizar antes del traslado y que deben ser mantenidas durante el trayecto, a fin de que el niño o la niña pueda llegar en las mejores condiciones posibles hasta el establecimiento de salud de mayor complejidad.<sup>6</sup> En ese contexto se detallan los siguientes puntos:

4 Manual de Procedimientos. Recepción Acogida y Clasificación (RAC). MSPBS. 2011. Pg. 96 y 97. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/34a465-ManualRecepcionacogidayclasificacinRAC2011.pdf>

5 Nelson. Tratado de Pediatría. 21ª. Edición.

6 Guía de Transporte y Estabilización del Paciente Pediátrico y Neonatal. Comité de Emergencias. Sociedad Paraguaya de Pediatría. Marzo 2019. Disponible en: <https://www.spp.org.py/wp-content/uploads/2021/06/Transporte-SPP-julio-20191.pdf>

## 1- Mantener vías áreas libres y ventilación adecuada

El factor que con mayor frecuencia precipita una inestabilidad cardíaca en los niños o niñas es la insuficiencia respiratoria. Por tanto, una valoración rápida de la dinámica respiratoria y el restablecimiento inmediato de la ventilación, sigue siendo la prioridad para estabilizarlos. Se debe valorar la permeabilidad de las vías respiratorias y la capacidad para mantener dicho estado.

- Liberar las vías aéreas para mantenerlas permeables, si es necesario realizar aspiraciones y posicionar adecuadamente la cabeza y el cuello.
- Instalar una cánula nasal con oxígeno suplementario, si la saturación es menos de 95 %. Si no se dispone de saturómetro, instalar 2 a 3 litros por minuto de oxígeno a través de cánula nasal y mantenerlo durante el trayecto. Se puede utilizar mascarilla conectada a una fuente de oxígeno y si se requiere, realizar ventilación manual con bolsa autoinflable (ambú) a través de un tubo endotraqueal bien posicionado y con una fijación segura.

Mantener al niño: POSICIONADO, ASPIRADO, OXIGENADO, VENTILADO.

## 2- Mantener la función cardiovascular

La función cardiovascular se valora examinando:

- el color de la piel y la temperatura.
- la frecuencia y el ritmo cardíacos, los pulsos periféricos
- el tiempo de relleno capilar.
- la Presión Arterial (PA).

En ambientes extrahospitalarios, gran parte de la información puede obtenerse sin medir la PA; la falta de datos sobre la PA no debería impedir que el profesional de salud determine la idoneidad de la circulación y ponga en marcha una respuesta que pueda salvar la vida.

La alteración del estado de conciencia, el aspecto moteado y la palidez de la piel, el relleno capilar enlentecido (más de 2 segundos), la cianosis, los pulsos débiles y la frialdad de las extremidades son signos de hipoperfusión y de compromiso del gasto cardíaco. La taquicardia es el primer signo de shock y el más fiable, pero suele ser bastante inespecífico y debería correlacionarse con otros componentes de la exploración, como debilidad de los pulsos o pulsos filiformes o ausencia de éstos. Debe plantearse que se encuentra ante un shock si el niño o niña se encuentra:

- Letárgico/a o inconsciente y con frialdad en las manos, y con UNO o más de los siguientes signos:
  - Llenado capilar lento: mayor de 2 segundos y/o
  - Pulso rápido y débil.
- Expansión vascular:

Si tiene choque o shock, debe administrarse por vía intravenosa Solución Fisiológica o Ringer Lactato a 10 a 20 ml/ kg/ en 30 a 60 minutos. Durante la administración debe

evaluarse la necesidad de realizar goteo más rápido o repetir la expansión de volumen, si no mejora. Cuando el volumen intravascular es restablecido, la mejoría clínica se ve evidenciada por:

- Normalización de la Frecuencia cardíaca y la Presión arterial.
- Mejoría de la perfusión, el llenado capilar es menor de 2 segundos.
- Mejoría de la diuresis.
- Mejoría del nivel de conciencia.

- Hidratación parenteral de mantenimiento

Culminada la fase de expansión vascular y una vez compensado el niño o niña debe indicarse hidratación parenteral de mantenimiento, por vía intravenosa con Dextrosa al 5% y electrolitos. Para calcular el volumen a ser administrado en 24 horas, se aplica la fórmula de Holliday - Segar.

- Letárgico/a o inconsciente y con frialdad en las manos, y con UNO o más de los siguientes signos:

- Llenado capilar lento: mayor de 2 segundos y/o
- Pulso rápido y débil.

- Expansión vascular:

Si tiene choque o shock, debe administrarse por vía intravenosa Solución Fisiológica o Ringer Lactato a 10 a 20 ml/ kg/ en 30 a 60 minutos. Durante la administración debe evaluarse la necesidad de realizar goteo más rápido o repetir la expansión de volumen, si no mejora. Cuando el volumen intravascular es restablecido, la mejoría clínica se ve evidenciada por:

- Normalización de la Frecuencia cardíaca y la Presión arterial.
- Mejoría de la perfusión, el llenado capilar es menor de 2 segundos.
- Mejoría de la diuresis.
- Mejoría del nivel de conciencia.

- Hidratación parenteral de mantenimiento

Culminada la fase de expansión vascular y una vez compensado el niño o niña debe indicarse hidratación parenteral de mantenimiento, por vía intravenosa con Dextrosa al 5% y electrolitos. Para calcular el volumen a ser administrado en 24 horas, se aplica la fórmula de Holliday - Segar.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Holliday MA, Segar WE. The maintenance need for water in parenteral fluid therapy. Pediatrics. Vol. 19, 1957 823-832. PubMed ID: 13431307

TABLA 1.3

FÓRMULA DE HOLLIDAY – SEGAR	
Peso en kilogramos	Volumen de mantenimiento: ml/ Kg de peso/ día
Menos de 10 kg	100 ml/ kg de peso/ día
10 a 20 kg	1.000 ml + 50 ml/ kg/ día: por cada Kg por encima de los 10 Kg
Más de 20 Kg	1.500 ml + 20 ml/ kg/ día: por cada Kg por encima de los 20 Kg

El goteo dependerá del volumen calculado para 24 horas. Ej. Si el niño o niña pesa 6 kilos, (peso x 100 ml/ kg/ día), el volumen a ser enviado es 600 ml para un día y dividiendo entre 24 horas, da como resultado un goteo de 25 ml/ hora que equivale a 25 microgotas por minuto:

$$\text{Hidratación de mantenimiento} = \frac{600 \text{ cc}}{24 \text{ h}} = 25 \text{ ml/hora}$$

Cuando se infunde hidratación parenteral debe controlarse el equipo de infusión disponible y recordar que cada macrogota es equivalente a 3 microgotas. Para los menores de 5 años se utiliza habitualmente el equipo de infusión de microgotero.

La administración de hidratación de mantenimiento para recién nacidos (hasta 28 días), difiere de la mezcla indicada para lactantes y niños o niñas mayores. Para mayor información y detalles se recomienda remitirse a la lectura del Manual de Atención Neonatal. Inicialmente se indica:

- Dextrosa al 10 %;
- sin electrolitos;
- con un volumen de 80 ml/ kg/ día; calculado según el peso y distribuido en goteo para 24 horas.

Mantener al niño: CANALIZADO, HIDRATADO y COMPENSADO.

### 3- Control continuo de los signos vitales

Si se dispone de equipos de monitorización de signos vitales, deberán ser conectados al paciente para evaluar la frecuencia cardíaca y respiratoria, la saturación y la presión arterial. La evolución de los mismos debe ser registrada en la Historia Clínica. Si no se dispone de monitores el profesional de salud debe evaluar constantemente.

- El pulso arterial

Colocando los dedos en el canal radial por encima de la muñeca, se percibe el latido del pulso arterial. Contando las pulsaciones durante un minuto, se obtendrá la frecuencia cardíaca. Si se dispone de un saturómetro digital, se registra, además, la saturación de oxígeno. En ocasiones, las pulsaciones están muy débiles y el instrumento no puede captar las mediciones. Si se perciben pulsos rápidos y débiles, o no pueden ser percibidos, es un signo de gravedad.

- Temperatura de las manos y pies

Palpando las manos y los pies del niño o la niña se podrá percibir la temperatura. Si se encuentran frías las extremidades, puede ser señal de mala circulación sanguínea y en ese caso es un signo de gravedad.

- Llenado capilar

Para obtener el dato del relleno o llenado capilar se ejercerá con el dedo del examinador, presión firme - durante unos segundos - sobre el pulpejo de los dedos de manos o pies del niño o la niña (posicionados sobre el nivel del corazón para evitar confusión con el llenado venoso). Luego, soltando la presión, se observará el tiempo en que la piel tarda para recuperar el color rosado. Si la piel presionada tarda más de 2 segundos en recuperar su color significa que hay un mal llenado capilar o llenado capilar lento. El relleno capilar enlentecido puede indicar la presencia de insuficiencia circulatoria secundaria a un shock.

Mantener al niño: MONITORIZADO, CONTROLADO.

#### **4- Prevenir la hipoglicemia**

El nivel de azúcar en la sangre disminuye ante la presencia de infecciones graves como meningitis o sepsis. También puede presentarse en aquellos niños o niñas que no han podido alimentarse en las últimas horas. La hipoglicemia puede producir daño cerebral irreversible.

- Acciones para prevenir la hipoglicemia

Cuando el niño o niña puede beber, se le ofrecerá pecho materno y si no es amamantado, se le puede ofrecer suero oral o agua azucarada (diluir 1 cucharadita de té colmada de azúcar en 3 ½ cucharadas de sopa de agua), durante el traslado al hospital. Si está muy débil para succionar y no es posible instalar un acceso venoso puede instalarse una sonda nasogástrica y administrar leche materna extraída, SRO o agua azucarada a través de la sonda

- Tratamiento de la hipoglicemia

Si se identifica hipoglicemia, (Dosaje de glicemia; para RN: 45 mg/ dl o menos y para lactantes y niños o niñas mayores: 60 mg/ dl o menos) y en caso que no pueda beber el niño o niña, está indicada la reversión inmediata con bolos de Dextrosa, seguida de una infusión continua de solución glucosada:<sup>8</sup>

- Dextrosa al 10 % (sin electrolitos) a 2 ml/ kg/ dosis por vía intravenosa, o su equivalente,

<sup>8</sup> Leiva Gea I, Ramos JM, Borrás Pérez V, López Siguero JP. Hipoglucemia. Protoc diagn ter pediatr. 2019; 1:171-82.

- Dextrosa al 5 %, (sin electrolitos) a 4 ml/ kg/ dosis por vía intravenosa.

La infusión por goteo de solución glucosada se continuará posteriormente de acuerdo al requerimiento y recomendaciones de la Hidratación parenteral de mantenimiento. El goteo continuo y regular de glucosa, así como la alimentación precoz cuando esté indicada, ayudará a prevenir nuevos episodios de hipoglicemia.

Mantener al niño: ALIMENTADO y/o COMPENSADO.

## 5- Prevenir la hipotermia

La temperatura de los niños o niñas enfermos/as, puede descender muy rápidamente si no se les proporciona calor adecuado. La hipotermia puede producir daño cerebral, incluso la muerte.

- Acciones para prevenir la hipotermia

El tratamiento previo a la referencia y durante el traslado, contempla la prevención de la hipotermia, para ello se seguirán las siguientes recomendaciones:

- Mantener el ambiente térmico neutro. Utilizar la incubadora de transporte, si es un recién nacido o lactante pequeño y el establecimiento de salud dispone de este equipo, para mantenerlo con temperatura adecuada durante el traslado.

- Colocar al niño o niña cerca de una fuente de calor, si no es posible utilizar la incubadora de transporte. Para prevenir quemaduras, se debe evitar el contacto directo de la fuente de calor con la piel del enfermo.

- Cerciorarse que el cuerpo esté cubierto con ropa seca: abrigo, guantes, medias, incluso la cabeza con gorros, asegurándose que el rostro esté descubierto.

- Recomendar el cambio de ropas y pañales cada vez que se encuentren mojados. El cambio debe ser rápido para prevenir el enfriamiento.

- Puede utilizarse la Técnica Canguro, colocando al niño o niña en contacto piel a piel con su madre, padre o acompañante y cubriendo a ambos con una frazada precalentada o ropa de abrigo.

- Evitar la exposición de los niños o niñas enfermos/as a corrientes de aire, especialmente durante los días fríos.

Mantener al niño: RESGUARDADO, ABRIGADO.

## 6- Administrar las primeras dosis de medicamentos

- Administrar antibióticos recomendados

Antes de la administración de la primera dosis de antimicrobianos, se recomienda la toma de 2 muestras de sangre para hemocultivos. La imposibilidad para realizar la toma de hemocultivos no debe impedir el inicio precoz de la terapia antimicrobiana.

Sin embargo, cabe resaltar la importancia del aislamiento del germen causal de la enfermedad, que podría obtenerse con la disponibilidad de los frascos para hemocultivo en el establecimiento de salud local y la toma del material previo a la administración de los antimicrobianos. Si no existe posibilidad de analizarlos en el primer nivel de atención, las muestras obtenidas pueden ser llevadas - junto con el enfermo - para su procesamiento

posterior en el centro de referencia.

El esquema inicial de tratamiento recomendado para NIÑOS O NIÑAS MENORES DE 2 MESES, con posible infección bacteriana grave, contempla la administración de dos antimicrobianos.

La primera opción de terapia antimicrobiana es una combinación de Gentamicina + Ampicilina. Las dosis deben ser calculadas de acuerdo al peso y una aproximación de ellas, se detallan en la Tabla 1.4. Si se dispone de acceso intravenoso deben ser administradas por esta vía.

**TABLA 1.4.**

PRIMERA OPCIÓN						
GENTAMICINA Dosis 4 a 5 mg/ kg/ día			AMPICILINA Dosis: 100 mg/ kg/ día			
Ampolla de 10 ml = 400 mg Concentración: cada 1 ml = 40 mg			Frasco ampolla de 1 gramo diluir en 5 ml Con esta dilución cada 1 ml = 200 mg			
Peso en Kg	Dosis en ml/ día	Frecuencia	Peso	Dosis/día	Cantidad/día	Fraccionar la cantidad/día, según edad
1 – 1,9	0,1 ml	Cada 48 horas	1.0 kg 1.5 kg	100 mg 150 mg	0,5 ml 0,75 ml	Menor de 1 semana Cada 12 horas
2. – 2,9	0,2 ml	Cada 24 horas	2.0 kg 2.5 kg	200 mg 250 mg	1 ml 1,25 ml	De 1 a 3 semanas Cada 8 horas
3 – 3,9	0,3 ml		3.0 kg 3.5 kg	300 mg 350 mg	1,5 ml 1,75 ml	Más de 3 semanas Cada 6 horas
4 – 4,9 5 – 5,9	0,4 ml 0,5 ml		4.0 kg 5.0 kg	400 mg 500 mg	2 ml 2,5 ml	

**Gentamicina:** se presenta en forma de solución líquida, lista para uso intramuscular. Si se decide administrar por vía intravenosa la dosis correspondiente al peso del niño o niña debe ser diluida en 5 ml de agua estéril para dilución a ser administrada en 60 minutos idealmente a través de una bomba de infusión. Al finalizar la administración se infundirá 3 ml de solución fisiológica por 30 minutos. En caso excepcional de no disponer de acceso venoso, la dosis para el niño podrá ser administrada por vía intramuscular (VIM). El sitio de la aplicación recomendado para VIM es la cara anterolateral externa y superior del muslo.

**Ampicilina:** es un antimicrobiano cuya presentación viene en polvo que precisa ser diluido para su administración. Existen varias presentaciones comerciales con diferentes concentraciones. Ej. el frasco que contiene 1 gramo de polvo de ampicilina será diluido en 5 ml de solución fisiológica; de esta manera 1 ml contiene 200 mg del antibiótico. Cuando se administra por vía intravenosa es recomendable volver a diluir y enviar lentamente en forma de goteo. En el caso excepcional de uso por vía intramuscular, no debe volver a diluirse.

La segunda opción de terapia antimicrobiana para menores de 2 meses es la combinación de Cefotaxima + Ampicilina. Ambos son antimicrobianos de uso intravenoso. La administración por vía intramuscular debe ser considerada como una situación excepcional, para ambos antimicrobianos, en caso de no contar con acceso venoso.

TABLA 1.5.

SEGUNDA OPCIÓN							
CEFOTAXIMA Dosis: 100 mg/ kg/ día				AMPICILINA Dosis: 100 mg/ kg/ día			
Frasco ampolla de 1 gramo diluir en 5 ml Con esta dilución cada 1 ml = 200 mg				Frasco ampolla de 1 gramo diluir en 5 ml Con esta dilución cada 1 ml = 200 mg			
Peso	Dosis/día	Cantidad/día	Fraccionar la cantidad/ día, según edad	Peso	Dosis/día	Cantidad/día	Fraccionar la cantidad/ día, según edad
1.0 kg	100 mg	0,5 ml	Menor a 1 semana cada 12 horas	1.0 kg	100 mg	0,5 ml	Menor a 1 semana cada 12 horas
1.5 kg	150 mg	0,75 ml		1.5 kg	150 mg	0,75 ml	
2.0 kg	200 mg	1 ml		2.0 kg	200 mg	1 ml	
2.5 kg	250 mg	1,25 ml		2.5 kg	250 mg	1,25 ml	
3.0 kg	300 mg	1,5 ml	De 1 a 3 semanas cada 8 horas	3.0 kg	300 mg	1,5 ml	De 1 a 3 semanas cada 8 horas
3.5 kg	350 mg	1,75 ml		3.5 kg	350 mg	1,75 ml	
4.0 kg	400 mg	2 ml	Mayor de 3 semanas cada 6 horas	4.0 kg	400 mg	2 ml	Mayor de 3 semanas cada 6 horas
5.0 kg	500 mg	2,5 ml		5.0 kg	500 mg	2,5 ml	

Cuando se decide la referencia de un NIÑO O NIÑA DE 2 MESES a 5 AÑOS, con sospecha de infección grave, se recomienda, previo al traslado; una dosis de Ceftriaxona. Con este antimicrobiano la vía intramuscular tendría uso potencial clínico para el tratamiento de pacientes con riesgo elevado de bacteriemia, celulitis bucal o periorbitaria, salmonelosis y shigelosis y neumonía con sospecha de etiología bacteriana<sup>9</sup>. Puede ser administrado también en caso de Otomastoiditis y Enfermedad Febril muy grave, por vía intravenosa (VIV) o vía intramuscular (VIM).

Para mayor información sobre Ceftriaxona, se recomienda consultar la información pertinente. Disponible en: [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2009/0550585s063lbl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2009/0550585s063lbl.pdf).

Se recomienda verificar la composición del diluyente y diluir el antibiótico con suero fisiológico para cualquiera de las vías de administración que se decida utilizar (VIV o VIM). Se debe dejar por escrito y documentado en la nota de referencia, el antibiótico utilizado, la dosis, vía y hora de administración.

9 Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Pediamécum. Edición 2015. ISSN 2531-2464. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/ceftriaxona>.

TABLA 1.6.

<b>CEFTRIAXONA</b>		
<b>80 a 100 mg/ kg/ dosis – Vía intramuscular (VIM) o intravenosa (VIV)</b>		
<b>Frasco ampolla 1 gramo diluir en 5 ml de suero fisiológico (1 ml contiene 200 mg)</b>		
<b>Edad y peso aproximado</b>	<b>Dosis ml / día</b>	<b>Frecuencia</b>
3 meses (5 kg)	2 ml	<b>CADA 24 HORAS</b>
5 meses (7 kg)	3 ml	
1 año (10 kg)	4 ml	
Más de 1 año (más de 10 Kg)	5 ml	

- Administrar corticoides

El profesional de salud, determinará la necesidad de administrar la dosis de corticoides por vía oral o parenteral, previo al traslado. Debe dejarse el registro escrito de la administración de la medicación realizada. Ej. crisis bronquial obstructiva.

TABLA 1.7

<b>CORTICOIDES POR VÍA INTRAVENOSA</b>	
<b>Corticoides</b>	<b>Dosis</b>
<b>DEXAMETASONA:</b>	0,6 mg/ kg/ día
<b>METILPREDNISOLONA</b>	1 a 2 mg/ kg/ día

TABLA 1.8

<b>PREDNISONA ORAL: Jarabe 5 ml = 5 mg</b>	
<b>DOSIS: 1 a 2 mg/ kg/ día</b>	
<b>Edad - Peso Aproximado</b>	<b>Dosis Cada 12 Horas</b>
2 a 6 meses – (4 a 6 kg)	3 ml
7 a 11 meses – (7 a 10 kg)	5 ml
1 a 2 años – (11 a 15 kg)	7,5 ml
3 a 4 años – (16 a 20 kg)	10 ml

- Administrar vitamina A

En casos con Desnutrición grave, Diarrea Crónica y/o Sospecha de Sarampión, se recomienda realizar una dosis única de Vitamina A y dejar por escrito en la nota de referencia la administración. Se dosifica según la edad y puede prevenir la rotura de la córnea por déficit de Vitamina A.

**TABLA 1.9.**

<b>VITAMINA A</b>	
<b>Cápsulas Blandas de 100.000 UI</b>	
<b>EDAD</b>	<b>DOSIS ÚNICA</b>
Menor de 6 meses	50.000 UI = ½ cápsula
De 6 meses a 11 meses	100.000 UI = 1 cápsula
De 1 año a 4 años	200.000 UI = 2 cápsulas

- Administrar paracetamol para el dolor o la fiebre

Puede indicarse la primera dosis de Paracetamol para calmar el dolor o la fiebre. El paracetamol se calcula por kilogramo / peso / dosis y podrá ser repetido cada 6 horas, solo en caso de persistir los síntomas.

**TABLA 1.10.**

<b>PARACETAMOL</b>				
<b>DOSIS: 10 a 15 mg / kg /dosis</b>				
<b>EDAD O PESO</b>	<b>JARABE 160 mg</b> 5 ml = 160 mg (0.3 ml = 10 mg)	<b>GOTAS 100 mg</b> 20 gotas = 100 mg (1 gota = 5 mg)	<b>GOTAS 200 mg</b> 20 gotas = 200 mg (1 gota = 10 mg)	<b>TABLETA</b> (500 mg)
2 a 11 meses (4 a 9 kg)	2,5 ml	15	8	
1 a 2 años (10 a 14 kg)	5 ml	25	12	¼
3 a 4 años (15 a 19 kg)	7,5 ml	30	15	½

Mantener al niño: MEDICADO.

### 7- Indicar otros cuidados importantes

Debe mantenerse al niño o a la niña en las mejores condiciones posibles, durante el traslado. De acuerdo a los signos que presenta, se recomiendan las acciones correspondientes:

***Para la REFERENCIA URGENTE:***

- Comunicar a los padres del niño o la niña sobre la necesidad de la referencia y obtener el consentimiento informado por escrito.
  - Comunicarse con el establecimiento de salud de mayor complejidad a donde se va a referir y al Servicio de Emergencias Médicas Extrahospitalaria (SEME).
  - Redactar una nota de remisión.
- Aplicar medidas generales de estabilización y antes y durante el traslado.

- Si hay distensión abdominal o dificultad respiratoria, colocar una sonda nasogástrica y dejar abierta.
- Si se constata algún defecto congénito con exposición de órganos internos, es recomendable envolverlos con bolsas de polietileno estériles, preferentemente bolsas que se utilizan para transfusión y evitar la contaminación con otro tipo de sustancias.
- Ante un trauma o fractura local, se debe inmovilizar el área afectada. Si hay politraumatismo y se dispone de collarín cervical, debe usarse durante el traslado. En lo posible el niño o la niña debe ser acostado/a sobre una superficie firme, evitando el giro del cuello.

Es muy importante que al realizar la contrarreferencia o retorno al establecimiento de salud local; el profesional de salud del Hospital, escriba un resumen de los diagnósticos, condiciones al alta e indicaciones recomendadas, para poder realizar el seguimiento en su comunidad.

# CAPÍTULO 2

## ATENCIÓN A LA MUJER EN EDAD FÉRTIL

*En los últimos años han surgido conocimientos afirmando que algunas influencias del ambiente, en un período crítico de la vida, pueden generar cambios transmisibles de generación a generación. Este período crítico llamado ventana epigenética, abarca el lapso de tiempo comprendido desde la concepción hasta los primeros dos años de vida postnatal y es lo que se conoce como los primeros 1000 días de vida.*

*Ante estas evidencias, el profesional de salud debe abocarse a las prácticas y medidas tendientes a lograr que la mujer, se encuentre en óptimo estado de salud durante toda su vida. De este modo, cuando se decida iniciar la gestación, la madre podrá encontrarse en condiciones propicias para alcanzar, junto con su hijo, el desarrollo pleno.*

*En este capítulo se abordarán aspectos relacionados a etapas por las que atraviesa la Mujer en Edad Fértil (MEF): preconcepcional, embarazo, parto y puerperio. Se realizarán las evaluaciones y clasificaciones correspondientes, así como recomendaciones para cada una de ellas.*

### 1. EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR LA CONDICIÓN DE LA MEF EN ETAPA PRE-CONCEPCIONAL

Es importante realizar la evaluación del estado de salud de la mujer en un ambiente amigable y brindar atención integral de calidad.

Durante la entrevista, es necesario emplear habilidades de comunicación, para establecer con ella y su acompañante un vínculo de respeto y confianza. Para ello, se requiere aplicar las recomendaciones descritas en el capítulo 1 de este documento.

Es importante recordar que muchas veces las mujeres consultan por un motivo, pero detrás del mismo, hay otro problema mayor que el profesional de la salud podría identificar. Por ejemplo los problemas de violencia, muchas veces están ocultos detrás de una consulta ginecológica como el dolor pélvico.

#### 1.1. EVALUAR A LA MEF EN ETAPA PRECONCEPCIONAL

Cuando una mujer en edad fértil en etapa preconcepcional, acude a la consulta por algún problema o desea planificar un embarazo, se debe evaluar y determinar cuál es su condición de salud preconcepcional y los potenciales factores de riesgo. La oportunidad es propicia para promocionar acerca de estilos de vida saludable y orientar sobre prevención de enfermedades.



**A toda MEF en ETAPA PRECONCEPCIONAL,  
PREGUNTE:**

## ANTECEDENTES PERSONALES:

- ¿Qué edad tiene?

Las mujeres adolescentes menores de 20 años y las que tienen más de 35 años, podrían pertenecer a un grupo de riesgo potencial, en caso de que hubiera posibilidad de embarazo.

- ¿Tiene enfermedades crónicas?

Existen enfermedades previas a la gestación que podrían afectar al feto por alteraciones de la fisiología materna o debido a la medicación que recibe. Entre ellas se citan Anemia, Malnutrición, Diabetes, Hipertensión arterial, Cardiopatía, Lupus, entre otros. Debe investigarse, además, si tuvo previamente cirugías del tracto reproductivo. Así mismo es necesario determinar si existe algún tipo de discapacidad.

- ¿Qué medicamentos usa o consume?

Algunos medicamentos pueden ser peligrosos y deben ser evitados o suspendidos si se planea un embarazo, evaluando previamente el riesgo fetal frente al beneficio materno de dicha medicación.

Entre los medicamentos peligrosos se citan: Vitamina A en altas dosis, isotretinoína (utilizada para el tratamiento del Acné Quístico), Talidomida, Antiepilépticos, Misoprostol todos ellos vinculados con efectos teratogénicos. Así mismo se mencionan al Litio (vinculado con la aparición de Anomalía de Eibstein), Estreptomina (sordera) y Antitiroideos (bocio, hipotiroidismo) y el consumo de anticonvulsivos como carbamacepina y ácido valproico.

- ¿Tiene o tuvo enfermedades tales como Rubéola, Toxoplasmosis, Citomegalovirus, Hepatitis B, Sífilis, VIH/Sida, Chagas, Zika u otras enfermedades infecciosas?

Cuando se detecta la presencia de alguna de estas enfermedades, la patología debe ser tratada antes de planificar un embarazo, ya que pueden interferir con el desarrollo embrionario y la salud fetal. En ocasiones, el patógeno en cuestión puede continuar su acción luego del período embrionario, incluso hasta después del nacimiento, por lo que cada caso debe ser evaluado en forma particular.

- ¿Cuál es su estilo de vida? Investigue sobre hábitos nutricionales (dieta vegetariana, consumo de café, mate, té), actividad física, laboral, sueño.

Es importante la identificación de malos hábitos como la vida sedentaria, trabajos que requieren de mucho desgaste dentro o fuera del hogar, dormir pocas horas (menos de 6 a 8 horas) y/o consumo de alimentación poco saludable. Así también, los antecedentes de exceso de peso o bajo peso.

La desnutrición materna al inicio del embarazo está asociada a prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), mortalidad perinatal y defectos del tubo neural. Por otra parte, la dieta vegetariana puede causar déficit de folatos y vitaminas del complejo B.

La ingesta de elevada cantidad de café, mate o bebidas cola, tienen efecto estimulante. En caso de intención de embarazo, se recomienda moderar el consumo de los mismos

debido a su posible asociación con aborto espontáneo.

- ¿Toma alcohol, fuma o consume drogas?

El consumo de alcohol o drogas, producen efectos nocivos en el ser humano. Debe prestarse especial atención a aquellas mujeres que planean un embarazo, considerando los potenciales efectos teratogénicos a cualquier dosis, así como también mayor riesgo de muerte intrauterina, restricción del crecimiento del feto, entre otros efectos.

De igual modo, el hábito de fumar, ya sea en forma activa o pasiva, provoca disminución de la fertilidad y mayores riesgos de sufrir abortos espontáneos, bajo peso del recién nacido, muerte fetal y perinatal.

Es prioritario evitar el consumo de alcohol, drogas o cigarrillos y orientar hacia un programa de ayuda para el tratamiento de estas adicciones.

- ¿Tiene antecedentes familiares de defectos congénitos mayores o de enfermedades hereditarias?

Los defectos congénitos mayores (gastrosquisis, un defecto del tubo neural, cardiopatías, entre otros) pueden volver a presentarse en próximos embarazos. Los factores de riesgo para malformaciones del tubo neural son varios: consumo de medicamentos anticonvulsivantes, diabetes materna, desnutrición materna, deficiencia de ácido fólico, hipertensión materna, contacto con plaguicidas durante el embarazo.

Se sabe que más de la mitad de los casos de defectos del tubo neural podrían ser prevenidos si la madre hubiera consumido la dosis recomendada de ácido fólico tres meses antes del embarazo y hasta los 3 primeros meses de gestación. La dosis de ácido fólico está sujeta al antecedente de un hijo con defectos del tubo neural. La presencia de antecedentes vinculados a transmisión hereditaria amerita la asesoría o consejo genético. Programa Nacional de Prevención de Defectos Congénitos (PNDC).

- ¿Ha tenido contacto con insecticidas y/o químicos?

Se debe investigar y evaluar sobre la exposición a plaguicidas, insecticidas o productos químicos e informar sobre los riesgos, ya que pueden causar defectos congénitos. La agricultura como actividad laboral, supone en algunos casos exposición a plaguicidas organoclorados (DDT, gamexan), así como contaminantes de algunos plaguicidas como dioxinas y compuestos orgánicos persistentes (COPs).

Aparte de los COPs, están otros elementos de uso cotidiano como los recipientes plásticos que almacenan bebidas (agua) o alimentos y pueden contener bisfenol A, ftalatos y alquifenoles (también utilizado como aditivo de plaguicidas y como jabón líquido), con demostrada acción tóxica sobre el desarrollo, mediante bioensayos, donde se observó una alteración importante en gónadas.

- ¿Con qué frecuencia visita al odontólogo?

La visita al odontólogo en forma regular permite la conservación de la salud bucodental. Las lesiones de las piezas dentarias y las encías pueden ser puerta de entrada de un proceso infeccioso, también se asocian con un mayor riesgo de parto prematuro, por lo que se debe recomendar controles odontológicos de rutina por lo menos dos veces al año.

- ¿Tiene todas las vacunas? Solicite el carnet de vacunación

El carnet de vacunas es el documento donde están registradas las vacunas recibidas y permiten conocer el estado de inmunización. Las personas en quienes se desconoce antecedentes de inmunización se consideran NO vacunadas. Todos los integrantes de la familia, deben recibir el esquema de vacunación recomendado por el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) del MSPBS. Al observar el carnet de vacunaciones, se podrá comprobar las vacunas recibidas y completar las dosis y refuerzos que sean necesarios. Si recibió vacunas a virus vivos atenuados (contra sarampión, parotiditis, rubéola, fiebre amarilla, varicela), se recomienda posponer la gestación durante los 3 meses posteriores a la aplicación de la vacuna.

## ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

- ¿Cómo es su ciclo menstrual?

Es importante definir el ciclo menstrual, su regularidad y frecuencia; así como también identificar sangrados abundantes y molestias relacionadas. La mujer precisa tener conocimientos sobre el ciclo menstrual y poder identificar señales de alarma como en caso de sangrados uterinos anormales. Un ritmo menstrual regular dura en promedio 28 días. La interrupción del ciclo menstrual podría deberse, además del embarazo, a otras causas como: estrés, alteraciones en la alimentación o alteraciones hormonales.

- ¿Ha tenido flujo vaginal?

Si la respuesta es afirmativa investigue sobre el olor y color de la secreción y si se acompaña de prurito y/o ardor.

La secreción vaginal transparente, sin olor, que no ocasiona picazón, ni irritación local y es ocasional, puede ser debido al moco cervical normal que se manifiesta en el momento de la ovulación y generalmente se presenta en la mitad del ciclo menstrual. Esta secreción vaginal debe diferenciarse de aquellas producidas por infecciones causadas por microorganismos. Las infecciones más comunes son la tricomoniasis, la moniliasis o candidiasis vaginal y la ocasionada por *Gardnerella Vaginalis*.

- ¿Ha tenido embarazos previos?

Si tuvo embarazos previos, investigue antecedentes de muertes perinatales, bajo peso al nacer, niños o niñas prematuros/as, macrosómicos, abortos previos o malformaciones congénitas del tubo neural u otras. La presencia de estos antecedentes conduce a la investigación de las posibles causas, a fin de realizar las medidas necesarias, previas a un siguiente embarazo.

Es necesario realizar preguntas acerca de la experiencia que tuvo en relación al amamantamiento en embarazos anteriores. Si hubo dificultades, se deben analizar los motivos y realizar orientaciones fomentando la lactancia materna exclusiva.

- ¿Tuvo hemorragias o complicaciones en parto y/o puerperio anterior?

Las hemorragias o complicaciones durante el parto o puerperio pueden volver a repetirse en un nuevo embarazo, por tanto, el antecedente de alguna de estas complicaciones es un factor de riesgo. Si se considera necesario, la mujer debe ser remitida a un especialista.

- ¿Tuvo alguna complicación relacionada a su grupo de sangre o factor Rh?

Es probable que, una mujer con factor Rh negativo haya sido sensibilizada previamente a través de una transfusión de sangre en algún momento de su vida, un aborto o un embarazo anterior. Es importante dialogar con la mujer sobre las complicaciones que se podrían presentar, si no recibió la inmunoglobulina anti D luego de los eventos mencionados. Se recomienda realizar Pesquisa de Anticuerpos Irregulares y la orientación correspondiente.

- ¿Tiene relaciones sexuales sin protección?

La toma de decisión de tener relaciones sexuales debe estar apoyada en educación en la salud sexual y reproductiva, que incluye el conocimiento sobre relaciones sexuales seguras, prevención de Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) y los riesgos de un embarazo no intencional.

- ¿Tiene pareja estable?

La presencia de una pareja estable, podría implicar un mayor apoyo psicoemocional para la mujer. En muchos casos existe la necesidad de incorporar a la pareja a tratamientos, tales como los indicados para las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) o medidas preventivas.

- ¿Cómo realiza la planificación familiar?

Es importante brindar información sobre los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad y anticoncepción, la efectividad y los efectos adversos que podrían presentarse.



**En todas las MEF en ETAPA PRECON-  
CEPCIONAL, OBSERVE:**

- **Palidez de piel y mucosas**

Las mujeres en edad fértil son más susceptibles de padecer anemia, que se manifiesta por palidez de piel y mucosas, debido a la pérdida de sangre a través de la menstruación que, sumado a otras causas (hemorragias, infecciones, alimentación no saludable y/o parasitosis, entre otras) pueden agravarla. Para determinar si hay palidez compare el color de la palma de la mano de la mujer con la del profesional de salud.

- **Características del flujo vaginal**

Cuando la mujer refiere secreción vaginal, observe y determine la coloración que presenta (blanquecina, amarillenta, marronada, verdosa). También consulte sobre la presencia de ardor, prurito y de olor fétido. En presencia de estas características se solicitará estudios de secreción vaginal para gérmenes comunes, en los lugares que cuenten con recursos disponibles para realizar estos exámenes.

- **Presencia de signos de violencia**

Esta situación no es favorable para el inicio de un embarazo. La presencia de hematomas (moretones) o cicatrices hacen sospechar que la mujer vive en un ambiente desfavorable. Existen mujeres que viven en ambientes de violencia y de riesgo psicosocial, estrés, depresión, ansiedad, disfunción familiar.

- **Estado de salud bucal (dolor, sangrado, inflamación, halitosis, caries)**

El examen buco-dental debe incorporarse al examen físico, no solo de la mujer en todas las etapas de su vida, sino también de los varones, además de los niños y las niñas. El examen periódico, cada 6 meses, permitirá identificar lesiones de piezas dentarias y encías, la presencia o no de enfermedad periodontal (EP), de boca y lengua y realizar el tratamiento correspondiente.

 **DETERMINE:**

- **Signos vitales: Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria, Presión Arterial y Temperatura**

Los signos vitales fuera del rango normal, son signos de alarma.

En ocasiones, la elevación de los niveles de la Presión Arterial (PA) son hallazgos casuales, porque pueden cursar sin síntomas manifiestos. La detección precoz de esta enfermedad y su control contribuyen a la calidad de vida. La hipertensión muchas veces va acompañada de obesidad, diabetes u otras enfermedades.

La Temperatura (T°) corporal de 37,5 grados o más, es un indicador de fiebre y necesariamente debe ser investigada la causa que origina la enfermedad febril.

La determinación de Frecuencia Cardíaca (FC) y la Frecuencia Respiratoria (FR) completan la exploración de los signos vitales. FC y FR elevadas son manifestaciones de alguna enfermedad.

- **Estado nutricional: Peso, Talla e Índice de Masa Corporal**

En todos los casos se deben medir el Peso y la Talla (estatura) y con estos datos calcular el Índice de Masa Corporal (IMC) para realizar la evaluación nutricional.

El IMC resulta de la división del Peso en kilogramos por el cuadrado de la Talla expresada en metros, según se muestra en la fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO (Kg)}}{\text{TALLA}^2 \text{ (m)}}$$

Por ejemplo: Si se evalúa a una persona que pesa 70 Kg y su Talla mide 1,70 m. y se aplica la fórmula citada, el cálculo será el siguiente:

$$\text{IMC} = \frac{70 \text{ kg}}{1,70 \times 1,70}$$

Así se obtiene el IMC de la persona evaluada:  $\text{IMC} = \frac{70}{2,89} = 24,22$

Para clasificar en una categoría, el estado nutricional de la persona que está siendo evaluada el valor de IMC resultante debe ser ubicado a la Tabla de Evaluación de IMC para adultos que se detalla seguidamente:

**TABLA 2.1.**

<b>EVALUACIÓN DE IMC DE ADULTOS</b>	
<b>Categoría</b>	<b>IMC rango Kg/m<sup>2</sup></b>
Bajo Peso o Insuficiencia ponderal	18,49 o menos
Normal	18,5 a 24,9
Sobrepeso o pre obesidad	25 a 29,9
Obesidad clase 1	30 a 34,9
Obesidad clase 2	35 a 39,9
Obesidad clase 3	40 o más

En caso de que la paciente sea una niña adolescente se recomienda recurrir a las tablas de la OMS correspondientes a la edad, disponibles en la Libreta de Salud del Niño y la Niña y del Adolescente.

**SOLICITE análisis de laboratorio:**

- Hemograma.
- Grupo sanguíneo y Factor Rh.
- Glicemia.
- TSH.
- Serología para Rubéola, Sífilis, VIH, Hepatitis B, Toxoplasmosis, Zika y Enfermedad de Chagas.
- Orina simple y sedimento. Urocultivo.

- Estudios de cuello uterino. PAP (estudio de Papanicolau).
- Mamografías anuales a partir de los 40 años de edad.
- Otros: de acuerdo a las enfermedades identificadas.

Si no fuera posible realizar los exámenes en el establecimiento de salud de su localidad remita a la mujer, a un servicio cercano al domicilio, donde puedan ser realizados los estudios solicitados

## VERIFIQUE EL ESQUEMA DE VACUNACIONES

### ESQUEMA RECOMENDADO POR EL PAI

**Vacuna Td (Tétanos y difteria):** verificar antecedentes de vacunación en la infancia y administrar las dosis que sean necesarias para completar el esquema.

**Vacuna SR (Sarampión y Rubéola):** 2 dosis

**Vacuna AA (Anti Fiebre Amarilla):** 1 sola dosis.

**Antinfluenza (Antigripal):** 1 dosis anual.

**Anticovid 19:** (en desarrollo): de acuerdo a recomendaciones del PAI. Se actualizará la información, número de dosis e intervalos, según plataforma utilizada.

## 1.2. CLASIFICAR LA CONDICIÓN DE LA MEF EN ETAPA PRECONCEPCIONAL

Con la ayuda del Cuadro de Procedimientos, se podrá clasificar la situación clínica de una mujer en etapa preconcepcional, de acuerdo a los datos obtenidos.

### **NO SE RECOMIENDA EL EMBARAZO O SE RECOMIENDA POSPONER EL EMBARAZO (ROJO)**

#### **Si presenta uno o más de los siguientes signos:**

- Edad: menor de 20 años.
- Enfermedad previa no controlada, incluidas las alteraciones de la salud mental (sin tratamiento o agudizadas).
- Consumo de alcohol, tabaco, drogas, uso de medicamentos peligrosos.
- Exposición a químicos.
- Violencia intrafamiliar o maltrato.
- Antecedentes de defectos congénitos mayores.
- IMC menor de 18,5 o de 30 y más.
- Hemoglobina menor a 7 g/dl o palidez palmar intensa.
- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS); incluyendo sífilis no tratada, VIH sin tratamiento, Hepatitis B, Enfermedad de Chagas, Toxoplasmosis y Zika.

## **ESTÁ EN CONDICIONES PARA EL EMBARAZO, PERO CON FACTORES DE RIESGO (AMARILLO)**

Si presenta uno o más de los siguientes criterios:

- Edad: 35 años o más.
- Enfermedad previa controlada.
- Antecedentes perinatales patológicos:
  - muertes perinatales, bajo peso al nacer, nacidos prematuros, fetos macrosómicos, abortos previos.
  - hemorragias y complicaciones en el parto y/o puerperio anterior.
  - antecedentes de defectos congénitos menores.
  - antecedentes de hipertensión inducida por el embarazo o diabetes gestacional.
- Parejas sexuales múltiples.
- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) con tratamiento.
- IMC entre 25 y 29,9.
- Hemoglobina entre 7 y 11 g/dl o palidez palmar.
- Mujer Rh negativa sensibilizada.
- Problemas de salud bucal.
- Calendario de vacunas incompleto.

## **ESTÁ EN CONDICIONES PARA EL EMBARAZO (VERDE)**

La mujer cumple los siguientes criterios:

- Ningún signo de la fila roja ni amarilla.
- Edad: entre 20 y 35 años.
- Hemoglobina mayor de 11 g/dl y no tiene palidez palmar.
- IMC entre 18,5 y 24,9.
- Serología negativa para Sífilis, VIH, Hepatitis B, Toxoplasmosis u otros.
- Mujer VIH en tratamiento antirretroviral y carga viral NO detectable en los últimos 6 meses.

### **1.3. TRATAR CONDICIÓN DE LA MEF EN ETAPA PRECONCEPCIONAL**

#### **NO SE RECOMIENDA EL EMBARAZO O SE RECOMIENDA POSPONER EL EMBARAZO (ROJO)**

Una vez identificado algún problema de salud, debe realizarse el tratamiento correspondiente - buscando estabilizar y controlar la enfermedad - de acuerdo a las normas nacionales<sup>10</sup>. De acuerdo a la complejidad del establecimiento de salud y la enfermedad que padece la mujer, se decidirá realizar el tratamiento en la localidad o realizar la referencia. Es necesario tratar de resolver los problemas actuales e informar sobre los riesgos potenciales, así como la importancia de posponer un embarazo o no embarazarse, brindando orientaciones sobre salud sexual y reproductiva, con énfasis en planificación familiar.

10 Normas de cuidados preconcepcional, prenatal, parto, nacimiento y puerperio, seguros e inclusivos. MSPBS. 2019

Cuando se identifica alteración del IMC debe realizarse consejería alimentaria nutricional y de ser necesario, seguimiento con profesionales del área de nutrición y un equipo multidisciplinario.

Al constatar palidez palmar intensa y/o si el nivel de hemoglobina está por debajo de 7 g/dl, se considera anemia grave y se debe realizar el tratamiento y los estudios correspondientes para identificar la causa.

Si existen antecedentes de hijos con Defectos Congénitos del Tubo Neural (DCTN), se debe administrar ácido fólico 5 mg/día, 3 meses antes del embarazo y hasta 3 meses después de la gestación, para prevenir la recurrencia. Algunas situaciones para consejo y estudio genético son las siguientes:

Historia de embarazos patológicos previos: abortos recurrentes o muerte fetal.

Hijos o historia familiar con alteraciones genéticas, cromosómicas (Sx de Down), estructurales (DCTN), metabólicas (muerte neonatal o infantil, genitales ambiguos), hematológicas (anemias y alteraciones de la coagulación, hemofilia), neurológicas (distrofia muscular), retraso mental (Sx del cromosoma X frágil), fibrosis quística.

Considerando la presencia de problemas de salud mental y patologías específicas: alcoholismo, drogadicción, tabaquismo, evidencia de violencia intrafamiliar (aplicar el protocolo del MSPBS<sup>11</sup>), se recomienda promover la atención multidisciplinaria. Contactar al Centro Nacional de Adicciones.

En caso de intoxicaciones con agrotóxicos, agroquímicos, plomo, mercurio y manipulación o inhalación de sustancias tóxicas en el trabajo o en el hogar, se recomienda posponer el embarazo y evitar en lo sucesivo la exposición a los mismos. (Centro Nacional de Toxicología: (021) 220418 cntox@mspbs.gov.py).

El tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) se realizará según protocolos nacionales vigentes. Normas Clínicas para la eliminación de la transmisión materno infantil de VIH, Sífilis Congénita, Hepatitis B y Chagas. MSPBS. 2021-2022. Se mencionan algunas recomendaciones:

Tratamiento para Sífilis, de elección para mujeres no embarazadas y gestantes, Penicilina Benzatínica 2.400.000 UI por vía intramuscular:

- Sífilis primaria, secundaria y latente precoz: 1 dosis única de penicilina.
- Sífilis terciaria, latente tardía o de duración desconocida: 3 dosis de penicilina, 1 dosis por semana.
- Identificar los contactos sexuales de los últimos 90 días para evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Tratamiento para mujeres con VIH: coordinar la consulta para tratamiento y seguimiento con el establecimiento de cabecera.

Tratamiento para Zika: orientar acerca del virus del Zika y sus vías de transmisión (vectorial, sexual, vertical, sanguínea) y las medidas de prevención. Recordar que cuando la pareja presenta síntomas, se recomienda posponer el embarazo.

11 Manual de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Sexual y de Género en el sistema de salud. MSPBS.2da Edición 2021. Disponible en: file:///C:/Users/USER/Downloads/Manual-de-Violencia\_WEB.pdf

## **ESTÁ EN CONDICIONES PARA EL EMBARAZO, PERO CON FACTORES DE RIESGO (AMARILLO)**

Las mujeres que se encuentran en esta condición, pueden estar cursando con enfermedades crónicas, pero controladas y sin descompensación, situación en la cual podrían planificar un embarazo con los cuidados correspondientes.

Se debe orientar sobre la importancia de planificar el momento apropiado, en el que la mujer se encuentre mejor preparada y en mejores condiciones de salud para iniciar un embarazo.

En relación al espaciamiento de los embarazos, se recomienda un intervalo mínimo de 2 años entre el final de un embarazo y el inicio de la siguiente gestación (período intergenésico).

Cuando las ITS han sido identificadas y tratadas, debe realizarse el seguimiento de acuerdo a los protocolos nacionales vigentes y orientar sobre la prevención de nuevas infecciones. Normas clínicas para la eliminación de la transmisión materno infantil de VIH, Sífilis Congénita, Hepatitis B y Chagas. MSPBS. 2021-2022.

Un valor de IMC entre 25 y 29,9, indica que la mujer se encuentra en sobrepeso, por lo que se debe orientar sobre alimentación acorde a las Guías Alimentarias del Paraguay, además de actividad física y hábitos saludables.

Así mismo, debe prestarse atención a la salud bucodental para la prevención y tratamiento de las lesiones.

Si existe anemia o palidez palmar leve, debe realizarse desparasitación con albendazol 400 mg, una sola dosis y tratamiento con sulfato ferroso 300 mg /día (60 mg de hierro elemental por día) dosis a ser administrada alejada de las comidas, y debe mantenerse hasta 2 meses después de haberse normalizado el hematocrito y la hemoglobina, en mujeres adultas.

A toda mujer con alto riesgo de tener un hijo con Defecto Congénito del Tubo Neural (DCTN) se recomienda que consuma ácido fólico 5 mg por día, 3 meses antes del embarazo y hasta 3 meses después del inicio de la gestación. Son consideradas mujeres con alto riesgo aquellas que tienen antecedentes de ocurrencia de DCTN en sus familiares de primer grado o de su pareja, así como las que padecen enfermedad celíaca, talasemia, anemia de células falciformes, diabetes tipo I o II y aquellas que se encuentran en tratamiento con anticonvulsivantes (ácido valproico, carbamacepina).

Para la detección oportuna de alguna patología mamaria se recomienda realizar mamografías anuales a partir de los 40 años de edad. Antes de esa edad y si no existen factores de riesgo se enseñará a la mujer la técnica del autoexamen de las mamas.

En relación a la prevención y diagnóstico oportuno del cáncer de cuello uterino, se recomienda realizar estudio de cuello uterino (PAP), una vez por año.

En caso de identificar que la mujer no recibió las vacunas recomendadas por el PAI, deben ser indicadas y administradas.

## **ESTÁ EN CONDICIONES PARA EL EMBARAZO (VERDE)**

Se felicitará a la mujer que se encuentra en estas condiciones, ofreciéndole todos los servicios disponibles en el establecimiento de salud local. Se registrarán los datos obte-

nidos en la Historia Clínica y se archivarán correctamente.

Esta situación es propicia para orientar sobre conductas que ayudarán a promocionar la salud de la mujer y la familia, a prevenir enfermedades a través de la educación en salud integral. Se debe aconsejar, en todos los casos, sobre estilos de vida saludables en relación a la alimentación, sueño (dormir en promedio 6 a 8 horas diarias), beber agua potable (enseñar cómo potabilizar el agua), higiene personal, salud bucodental, actividad física rutinaria y adecuada, descanso, actividades recreativas, reducir situaciones de estrés y labores que impliquen mucho esfuerzo físico (trabajos con más de 10 horas al día y permanencia de pie por más de 6 horas al día), promover el buen trato en las relaciones intrafamiliares, evitando el maltrato y cuidados de la salud mental.

Es necesario, orientar sobre salud sexual y reproductiva, maternidad y paternidad responsables, planificación familiar, informar sobre prácticas sexuales seguras para prevenir ITS, (VIH, Sífilis, Hepatitis B, Zika). Se recomienda estudio anual de cuello uterino y examen periódico de mamas por medio de autoexámenes.

Se debe evitar la exposición a tóxicos, drogas, tabaco, alcohol o químicos. Para prevenir la ocurrencia de Defectos de Cierre del Tubo Neural (DCTN), se indicará ácido fólico 0,4 a 1 mg por día, 3 meses antes del embarazo y hasta 3 meses después de iniciada la gestación.



## EJERCICIO: Caso MERCEDES

## 2. EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR RIESGOS DURANTE EL EMBARAZO

El enfoque actual de atención y calidad de servicios promueve la participación activa del entorno familiar y de la mujer como protagonista de su parto, siendo corresponsables del bienestar del binomio madre/hijo.

Con este objetivo, es necesario organizar el tiempo de las entrevistas debiendo destinarse al menos 40 minutos para la primera consulta prenatal y por lo menos 20 minutos para los controles siguientes, lo que debe considerarse a la hora de asignar pacientes por turnos, contemplando el tiempo necesario para garantizar la calidad de atención en la etapa prenatal.

La atención prenatal, es aquella que comprende un conjunto de acciones ejecutadas por el equipo de salud y que, ejercidas con la participación activa de la mujer embarazada y su entorno - en forma precoz, continua e integral - apunta a que tanto la madre como su pareja y su hijo tengan mejores posibilidades de salud, disminuyan los riesgos que puedan surgir durante el embarazo, el parto y el puerperio y reciban orientaciones adecuadas para cada una de estas etapas y para la crianza del recién nacido.

### La atención prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

1. Precoz: La primera visita debe realizarse tempranamente; en lo posible en las primeras 12 semanas. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección, recuperación de la salud y prevención de enfermedades. Además, torna factible

la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso.

2. Periódica: La frecuencia de las atenciones prenatales varía según el grado de detección de problemas o enfermedades identificadas. El mínimo de consultas recomendadas en las mujeres que no presentan factores de riesgo o complicaciones durante su embarazo, determinadas para nuestro país, es de 4 contactos, pero en caso de que existan factores de riesgo, las consultas serán más frecuentes. Desde hace unos años la OMS sugiere un número de 8 visitas como mínimo<sup>12</sup>.

**TABLA 2.2.**

<b>FRECUENCIA MÍNIMA DE CONSULTAS PRENATALES</b>	
<b>PRIMER TRIMESTRE</b>	
1ª Consulta	antes de la semana 12
<b>SEGUNDO TRIMESTRE</b>	
2ª Consulta	entre 22 y 26 semanas
3ª Consulta	entre 27 y 32 semanas
<b>TERCER TRIMESTRE</b>	
4ª Consulta	entre 36 y 38 semanas

Normas de cuidados preconcepcional, prenatal, parto, nacimiento y puerperio, seguros e inclusivos. MSPBS. 2019

3. Completa: Los contenidos mínimos de la atención prenatal deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; utilizando como hoja de ruta la Historia Clínica Perinatal Básica y registrando los hallazgos en la misma.

4. Amplia cobertura: En la medida que el porcentaje de la población controlada es más alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) mayor será el impacto positivo sobre la morbi-mortalidad materna y perinatal. Todos los establecimientos de salud deben contar con consultorios de atención prenatal, funcionando, acorde a la Resolución Ministerial SG N° 083 del año 2015.

Con la ayuda del Cuadro de Procedimientos en el apartado Evaluar y Clasificar Riesgos durante el Embarazo, se podrá clasificar la condición de la madre durante la gestación y así determinar la conducta correspondiente.

## **2.1. EVALUAR EL RIESGO DURANTE EL EMBARAZO**

El factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que al estar presente se asocia con aumento de la posibilidad de sufrir algún daño, tanto la madre, el feto, o ambos. El enfoque de riesgo no logra predecir quién desarrollará complicaciones

<sup>12</sup> Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

durante el embarazo, parto y puerperio, pero permite identificar a las embarazadas que presentan condiciones que requieren tratamiento y atención especializada por parte del médico gineco - obstetra.



**A toda mujer gestante, PREGUNTE acerca de:**

- **Antecedentes personales**
- **Antecedentes gineco-obstétricos**
- **Antecedentes del embarazo actual**

## **ANTECEDENTES PERSONALES:**

Estos antecedentes corresponden a la Historia Clínica general de la mujer. Si es la primera entrevista se obtendrán los datos que serán registrados en la Historia Clínica Perinatal Básica y el Carnet del CLAP (incluida en “Mi libreta de control prenatal).

- ¿Qué edad tiene?

Las madres adolescentes menores de 20 años y las madres añosas, mayores de 35 años, tienen mayores riesgos durante el embarazo. Se ha demostrado mayor morbilidad y mortalidad perinatal.

- ¿Padece alguna enfermedad previa? Investigue sobre la salud mental

Las enfermedades maternas previas a la gestación, tales como cardiopatías, neuropatías, isoimmunización Rh, diabetes, hipertensión arterial, hipo o hipertiroidismo etc., pueden complicar el curso del embarazo si no son tratadas oportuna y adecuadamente, algunas son causa de abortos tempranos o problemas neonatales.

Por otro lado, es necesario realizar estudios de laboratorio para determinar la presencia o no de algunas enfermedades, tales como: Hepatitis B, Sífilis, VIH, Citomegalovirus, Toxoplasmosis, Chagas, Zika. La mujer puede estar cursando con alguna de estas enfermedades de transmisión vertical - de la madre al feto - sin síntomas aparentes.

El ambiente donde habita una mujer embarazada, debería ser higiénico, afectuoso y seguro. El profesional de salud debe estar atento a algunos signos que podrían atribuirse a un ambiente de violencia física o psicológica. Es probable que la mujer no lo exprese explícitamente, pero debe llamar la atención por ej. la presencia de moretones, no asistencia regular a los controles prenatales, estrés, depresión, ansiedad, disfunción familiar, entre otros signos.

- ¿Consume o utiliza algún medicamento?

Existen drogas que podrían tener efectos teratogénicos, ocasionando defectos congénitos en el feto, si son utilizadas al inicio del embarazo. Otras sustancias son capaces de interferir con el desarrollo normal del embarazo.

Los medicamentos deben evitarse en lo posible durante el primer trimestre de embarazo cuando los órganos del bebé se están desarrollando. En el segundo trimestre, los medicamentos teratogénicos pueden causar trastornos del crecimiento y del funcionamiento de órganos del sistema nervioso, especialmente en el cerebro y la columna vertebral. Al final del embarazo, algunos medicamentos pueden producir problemas durante el naci-

miento o inmediatamente después.

Entre los medicamentos peligrosos se citan: Vitamina A en altas dosis, isotretinoína, (utilizada para el tratamiento del Acné Quístico), talidomida, antiepilépticos, misoprostol; todos ellos vinculados con efectos teratogénicos. El consumo de carbamacepina o ácido valproico durante el embarazo, puede producir defectos del tubo neural. Además, se menciona al litio (vinculado con la aparición de cardiopatía como por ejemplo la Anomalía de Ebstein), estreptomycin (sordera) y antitiroideos (bocio, hipotiroidismo), entre otros.

Es fundamental que todas las medicaciones que recibirá la mujer gestante sean prescritas por el profesional de salud.

- ¿Fuma, bebe alcohol o consume drogas?

El consumo de alcohol durante el curso del embarazo (bebidas preparadas, cerveza, vino u otros) puede ocasionar el Síndrome Alcohólico Fetal que se compone de alteraciones de la función cerebral, retraso del desarrollo, retardo en el crecimiento, alteraciones faciales externas tales como: microcefalia, tabique nasal bajo, mejillas aplanadas, ojos anormalmente pequeños, entre otras características. Es desconocida la dosis mínima necesaria para provocar daño fetal, por lo que la ingesta de alcohol debe ser prohibida durante la gestación.

Está demostrado que el hábito de fumar (tabaquismo activo y pasivo) durante el embarazo aumenta el riesgo de padecer afecciones. El alto consumo de cigarrillos (más de 10 al día) durante el embarazo ha sido asociado con mayor proporción de abortos espontáneos, muertes fetales, bajo peso al nacer, partos prematuros, muertes neonatales, complicaciones del embarazo, parto y puerperio. En ocasiones no es la mujer quien fuma en forma activa, pero puede estar expuesta al humo del tabaco en forma pasiva.

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

En caso de que se establezca alguno de estos diagnósticos, la atención deberá ser multidisciplinaria.

- ¿Ha visitado al odontólogo?

Es importante recomendar sobre hábitos de higiene bucal y técnicas de cepillado dental, así como la visita al odontólogo. Las enfermedades de la cavidad bucal pueden ser el punto de partida de una infección que podría afectar la salud de la madre y del ser humano en gestación.

- ¿Cómo está el esquema de vacunaciones?

La mujer embarazada debe recibir las vacunas recomendadas por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del MSPBS. Mujeres gestantes en las que se desconoce antecedentes de inmunización, se consideran NO vacunadas. Se mencionan algunas consideraciones:

- Vacunas a virus vivos atenuados (contra sarampión, paperas, rubeola, fiebre amarilla, varicela): NO son recomendadas durante el embarazo.

- Vacuna contra influenza: está indicada 1 dosis anual de vacuna antigripal estacional, cuando está disponible, independientemente de la edad gestacional en que se encuentra la embarazada.
- Vacuna Td o Tdpa: Tdpa se indica después de las 20 semanas de gestación.
- Gestante considerada NO vacunada:
  - Con menos de 20 semanas de gestación:
    - 1ª. Dosis: aplicar Td, ante el primer contacto con el servicio de salud.
    - 2ª. Dosis: aplicar Tdpa, después de cumplir 20 semanas de gestación.
    - Intervalo de tiempo mínimo de 4 semanas, entre la 1ª. y 2ª. dosis.
  - Con más de 20 semanas de gestación:
    - 1ª. Dosis: aplicar Tdpa, ante el primer contacto con el servicio de salud.
    - 2ª. Dosis: aplicar Td.
    - Intervalo de tiempo mínimo de 4 semanas, entre la 1ª. y 2ª. dosis.
- Gestante con antecedentes de vacunación: verificar la tarjeta de vacunación, el carnet perinatal u otro registro para identificar las vacunas recibidas e indicar las dosis necesarias para completar el esquema. Es pertinente tener presente la composición de las vacunas combinadas:
  - Pentavalente (Difteria, Pertussis, Tétanos, Haemophilus influenzae tipo b y Hepatitis B);
  - DPT (Difteria, Pertussis y Tétanos);
  - Td (Tétanos y difteria);
  - Tdpa: (Tétanos, difteria y pertussis acelular).
- Vacuna contra Hepatitis B: la vacuna Pentavalente que protege contra Difteria, Pertussis, Tétanos, Haemophilus Influenzae y Hepatitis B, fue introducida al Calendario regular de vacunación del PAI en noviembre del año 2002, por lo cual las embarazadas que cuentan con antecedente previo de vacunación completa con vacuna Pentavalente durante la infancia, no necesitan recibir la vacuna monovalente contra Hepatitis B durante el embarazo. En caso de no contar con antecedente de vacunación previa contra Hepatitis B, la vacuna monovalente contra Hepatitis B podrá ser administrada, si está disponible, en cualquier momento de la gestación. El esquema completo consiste en 3 dosis: 0 – 1 – 6 meses.
- Vacuna contra SARS CoV2: (en desarrollo). Actualmente la recomendación del Comité Técnico Asesor de Inmunizaciones de nuestro país (COTENAI), es iniciar la inmunización a partir de las 12 semanas de gestación. A medida que surjan nuevas evidencias científicas se irá actualizando la información sobre el número de dosis e intervalos, según la plataforma utilizada.

## **ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:**

Los antecedentes gineco-obstétricos deben ser obtenidos y actualizados en la primera consulta, independientemente de la edad gestacional.

- ¿Tuvo cirugías previas?

Es importante conocer los antecedentes quirúrgicos de la mujer, sobre todo de la columna vertebral y del área pélvica: tales como miomectomía, resecciones, conización, cerclaje cervical, cesárea clásica, etc.

- ¿Cuántos embarazos previos ha tenido?

Las madres con su primera gravidez son denominadas primigestas y si hubo otras gestaciones se las define como multigestas. Tanto las primigestas como las grandes múltiparas (más de 5 embarazos) son consideradas de alto riesgo y con mayor morbilidad y mortalidad perinatal.

Los antecedentes de 2 o más abortos espontáneos sucesivos, así como muerte fetal o antecedente de muerte neonatal, pueden ser indicadores de alguna patología. Por tanto, es importante conocer el número de embarazos y si todos llegaron a término o no.

- ¿Algún embarazo fue gemelar?

Los embarazos múltiples se acompañan de mayor riesgo de partos prematuros, pre-eclampsia, diabetes gestacional, transfusión feto-fetal, etc., por lo que la mujer debe ser referida a un establecimiento de salud especializado para su atención, al momento de realizarse el diagnóstico de embarazo múltiple o en caso de sospecha del mismo.

- ¿Cuántos partos ha tenido?

Las madres con un primer embarazo (primigesta) sin atención prenatal y las grandes múltiparas (con más de 5 embarazos) son consideradas de riesgo y con mayor morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

- ¿Cuándo fue su último parto?

El intervalo intergenésico es el período comprendido entre la finalización del último embarazo (parto o aborto) y el inicio del actual. Cuanto menor es el intervalo intergenésico, mayor es la incidencia de niños o niñas con bajo peso, con exámenes neurológicos anormales al año de vida y de mortalidad perinatal. Los períodos entre partos, muy cortos (menores de 2 años) se relacionan con mayor morbilidad y mortalidad materna y fetal.

- ¿Los partos han sido vaginales o por cesárea?

En toda intervención quirúrgica existen riesgos que pueden llevar a complicaciones que terminan con la muerte de la madre. La mortalidad por cesárea es generalmente secundaria a problemas de anestesia, sepsis, hemorragias, alteraciones tromboembólicas, complicaciones sistémicas o agravamiento de enfermedades previas. Como consecuencia de la operación cesárea, existe el riesgo de que en un futuro embarazo pueda presentarse ruptura a nivel de la cicatriz uterina durante el trabajo de parto, constituyéndose por lo tanto la cesárea previa, generalmente en indicación de una nueva cesárea. La operación cesárea como tal, presenta riesgos que pueden condicionar problemas y complicaciones que llevan a la muerte del recién nacido durante o después de la intervención, como la dificultad técnica para su extracción, infección, broncoaspiración y traumatismo. El riesgo de asfixia fetal puede ocurrir por hipotensión materna supina o

por hipotensión anestésica en la extracción fetal dificultosa y en los casos de aspiración de líquido amniótico. También se puede producir daño fetal por una incisión de pared uterina muy profunda que lesione alguna estructura del feto.

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

- ¿Ha tenido hijos anteriores, prematuros (menor de 37 semanas) o con peso de nacimiento menor a 2.500 gramos o mayor de 4.000 gramos?

Tanto la prematuridad (menos de 37 semanas de edad gestacional) como el bajo peso al nacer (menos de 2.500 g), se asocian con altas tasas de mortalidad perinatal. Las madres que han tenido hijos prematuros o de bajo peso anteriormente, son susceptibles de tenerlos nuevamente si no se han modificado los factores contribuyentes, como serían la anemia o la desnutrición. Por otro lado, el antecedente de niños y niñas nacidos con peso por encima de 4.000 g., implica mayor riesgo para la madre y el recién nacido.

- ¿Ha tenido hijos con algún defecto congénito?

Los defectos congénitos alteran en forma importante la salud, el crecimiento y el desarrollo físico y psicosocial de quien lo padece, además de interferir en el entorno familiar. Algunos defectos congénitos, como los relacionados al tubo neural (hidrocefalia, meningocele, espina bífida) pueden repetirse en embarazos subsecuentes. Las madres que han tenido hijos con una o varias malformaciones congénitas son susceptibles de tenerlos nuevamente si no se han tomado las medidas adecuadas, como la suplementación con ácido fólico antes de iniciar el embarazo actual.

- ¿Ha tenido algún hijo fallecido antes de nacer, o en la primera semana de vida?

Las muertes fetales durante el transcurso del embarazo o del recién nacido en las primeras horas de vida, pueden estar relacionados con alguna patología materna o neonatal. Es importante conocer estos antecedentes para tomar las medidas correctivas asociadas con estas patologías.

## **ANTECEDENTES DEL EMBARAZO ACTUAL:**

Los datos del embarazo en curso, deben ser actualizados en cada contacto de la mujer embarazada con el establecimiento de salud, a fin de realizar la detección precoz de cualquier problema nuevo que pudiera presentarse y ofrecer a la madre la resolución del mismo. Si ya se ha detectado un problema anterior, se debe dar seguimiento al mismo, además de verificar acerca de la adherencia que tiene la mujer a las instrucciones realizadas por el profesional de salud.

- ¿Cuándo fue su última menstruación?

La medición del tiempo transcurrido desde la Fecha de la Última Menstruación (FUM) es el método de elección para calcular la edad gestacional del embarazo, y la Fecha Probable de parto (FPP), en las mujeres con ciclos menstruales regulares y que no hayan usado anticonceptivos hormonales, en los últimos meses.

- ¿Ha tenido fiebre?

La fiebre durante el embarazo puede ser producida por virosis, infecciones bacterianas, principalmente del tracto genitourinario o por Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Los virus pueden atravesar la barrera coriónica e infectar el producto en gestación. Como consecuencia de la virosis materna puede ocurrir: aborto, parto prematuro o de término, con feto muerto. Así mismo puede presentarse parto prematuro o de término, con feto vivo que sufre el cuadro de la virosis materna. Este mismo mecanismo puede ser utilizado por otros microorganismos.

Ciertas características anatómicas de la mujer y las modificaciones fisiológicas que produce el embarazo sobre el aparato urinario, predisponen a la infección urinaria. Los gérmenes infectantes del tracto urinario, son generalmente bacterias gram negativas, principalmente *Escherichia coli* o gérmenes gram positivos como el *Staphylococcus aureus* y con menos frecuencia *Proteus*, *Aerobacter* y *Chlamydia trachomatis*.

En todos los casos debe averiguarse el tratamiento indicado, el tiempo de administración, si se automedica y qué medicamentos consume.

- ¿Ha tenido dolor de cabeza? ¿Tuvo visión borrosa y/o convulsiones (ataques)? ¿Ha estado somnolienta o ha perdido la conciencia?

El dolor de cabeza durante el embarazo puede ser secundario a elevación de la presión arterial. Todo ascenso de la presión sistólica igual o mayor a 140 mm Hg y/o de diastólica igual o mayor de 90 mm Hg es considerado como Hipertensión Arterial (HTA) que debe ser investigada y corregida.

La visión borrosa, las convulsiones y la pérdida de conciencia durante el embarazo son generalmente secundarias a enfermedad hipertensiva o toxemia. Se clasifica como Toxemia del embarazo a un síndrome de aparición exclusiva durante la gestación humana, generalmente después de las 20 semanas de gestación, caracterizado por hipertensión, edema y proteinuria. Si se asocia con convulsiones y/o coma, se denomina Eclampsia.

- ¿Percibe movimientos fetales?

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

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

- ¿Ha tenido molestias en bajo vientre?

Durante el curso del embarazo, antes del parto, no debería haber dolor en el bajo vientre. Las contracciones del parto durante el período de dilatación y de expulsión se acompañan habitualmente de dolor debido a la distensión de las estructuras del canal de parto. El dolor comienza después de iniciada la contracción y se extingue antes que el útero se haya relajado completamente; no existe dolor en los intervalos entre las contracciones uterinas, durante el parto.

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

Cuando el desarrollo del trabajo de parto es normal, se produce salida de líquido por la vagina en el momento en que las membranas ovulares se rompen, generalmente al final del período de dilatación. Cuando se produce pérdida de líquido sin trabajo de parto, dicha pérdida sugiere la Rotura Prematura de Membranas Ovulares y ésta ocurre generalmente, cuando hay amnionitis - cuya causa podría deberse a una infección urinaria - pudiendo sobrevenir una infección, por vía ascendente, de la cavidad ovular y el recién nacido desarrollar sepsis temprana si el parto no ocurre en pocas horas. Si transcurren más de 18 horas de pérdida de líquido, se habla de Rotura Prolongada de Membranas. Es necesario diferenciar la pérdida de líquido amniótico del flujo o secreción vaginal patológica (leucorrea) debido a infecciones locales.

- ¿Ha tenido flujo vaginal?

El flujo vaginal es sumamente frecuente durante el embarazo. Suele ser inespecífico, pero también puede obedecer a procesos vaginales infecciosos, entre los más comunes son: la tricomoniasis, la moniliasis o candidiasis vaginal o por Gardnerella Vaginalis, por lo que debe ser investigado y tratado adecuadamente. En estos casos presentan otras características tales como: olor fétido (maloliente), no son de color transparente o blanquecino, pudiendo acompañarse o no de prurito y ardor.

- ¿Ha tenido hemorragia vaginal?

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

- ¿Se han realizado las pruebas para detectar; Sífilis, Hepatitis B, VIH, Toxoplasmosis, Citomegalovirus, Chagas, Zika, durante este embarazo?

Los análisis de laboratorio deben ser solicitados durante el embarazo. Si no se realizaron previamente, se indicará realizar pruebas serológicas de las enfermedades más frecuentes como Sífilis, Hepatitis B, VIH, Toxoplasmosis, Citomegalovirus, Chagas, Zika. Sífilis es una enfermedad adquirida por transmisión sexual y a su vez transmitida al feto por vía transplacentaria. En la primera consulta de atención prenatal en el primer trimestre, deben solicitarse las pruebas de Sífilis (Test rápido (TR) y VDRL). Si este primer control retorna NEGATIVO, se vuelve a solicitar VDRL a las 28 semanas y, se solicitan en el parto en el parto si no se realizó durante el embarazo o si las pruebas tienen más de un mes de realización. También en toda embarazada que ha sufrido aborto y mortinato. En caso POSITIVO de las pruebas se debe iniciar tratamiento a la mujer embarazada de manera inmediata y a la pareja sexual con Penicilina G benzatínica para evitar la transmisión al feto. Para la prevención de la Sífilis Congénita, el tratamiento debe completarse 30 días antes del parto.

El virus de Hepatitis B (HB) puede transmitirse por vía sexual y en forma vertical, por tanto, si la madre es portadora, puede transmitir al recién nacido. En caso que las pruebas sean reactivas para HB en la mujer embarazada se debe evaluar el inicio de profilaxis

con antiviral en la mujer, dentro de las 28 a 32 semanas de gestación. Así mismo se debe aplicar al neonato al nacer; la vacuna e inmunoglobulina HB, en sitios diferentes (muslos) idealmente en las primeras 12 horas de vida.

En cuanto a la infección por VIH, se debe identificar lo más precozmente posible durante el embarazo. Para ello debe solicitarse el Test Rápido para VIH en el primer trimestre, en la primera consulta de atención prenatal. En caso de ser negativo se solicitará nuevamente en el tercer trimestre del embarazo o en período de parto si no se realizó durante el embarazo o no cuenta con un control en el tercer trimestre. Si la madre ya es conocida que vive con VIH, debe continuar con la medicación antirretroviral, evaluar la adherencia al tratamiento y solicitar control de carga viral plasmática basal al comienzo del embarazo y en el tercer trimestre de la gestación. El objetivo es evitar la trasmisión del VIH de la madre al niño, por lo que se deben aplicar las estrategias de prevención: hacer el diagnóstico precoz en la mujer embarazada, testeo a la pareja sexual, iniciar los medicamentos antirretrovirales en la embarazada, evaluar el requerimiento de antirretroviral EV en el parto, programar la cesárea, suprimir la lactancia materna y suministrar fórmula, administrar medicación antirretroviral al recién nacido, asegurar el seguimiento del binomio-madre hijo. A los hijos menores de 10 años de mujeres con VIH deben realizarse las pruebas de VIH.

La Toxoplasmosis es una infección adquirida a través de la ingesta de carne o productos cárnicos crudos o poco cocidos que contengan los quistes de *Toxoplasma Gondii*. El agua, la tierra o los vegetales contaminados también son fuente de infección. Se deben implementar medidas educativas de higiene para la prevención pues puede transmitirse durante la gestación de la madre al feto. En caso de diagnóstico, se debe realizar el tratamiento correspondiente.

La Enfermedad de Chagas es transmitida por el *Tripanozoma cruzi* que genera en el huésped una infección persistente, por lo cual este parásito puede hallarse en sangre tanto en la fase aguda como crónica. Este hecho determina que una embarazada puede transmitir el parásito en cualquier estadio de la infección y que una madre infectada puede transmitir la infección en uno o más embarazos. Para que se produzca la infección transplacentaria debe existir parasitemia en la embarazada.

- ¿Cómo piensa alimentar al recién nacido?

Es importante abordar sobre los conocimientos y las creencias que tienen las mujeres respecto a la alimentación que deben recibir los recién nacidos y aconsejar específicamente, el amamantamiento exclusivo. Es probable que haya tenido dificultades en la lactancia con hijos anteriores, o haya escuchado sobre experiencias negativas, lo que puede causar temor para ofrecer a su niño o niña, el pecho materno. El profesional de salud debe desarrollar y fortalecer en la madre la confianza para alimentar al niño o niña con leche materna exclusiva, informando sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva, riesgos y peligros al no amamantar, formas de amamantamiento, importancia del apego precoz y contacto piel a piel en los primeros minutos de vida, la buena posición y agarre, tratando de eliminar las creencias que no favorecen esta práctica.

Se debería dar a conocer las Leyes que amparan y protegen a la madre:

La Ley N° 5508/2015 de Promoción, Protección de la Maternidad y Apoyo a la Lactancia Materna y el Decreto 7550/2017 que la reglamenta, otorgan garantías a las madres

trabajadoras en el período de gestación, nacimiento y lactancia. Establecen entre otras cosas, disposiciones relativas a los permisos de maternidad, paternidad, adopción y lactancia.

La Ley N° 6453/2019 amplía garantías, aplicables a personas que trabajan ejerciendo cualquier modalidad laboral.

- ¿Qué piensa sobre el acompañamiento de una persona de su confianza - pareja, familia, amigos - durante este proceso (control prenatal, trabajo de parto, parto y nacimiento)?

Se ha señalado que el control prenatal tiene la finalidad de obtener el mejor estado de salud de la madre y su hijo. Las gestantes sin control prenatal o realizado en forma inadecuada, tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal.

El momento del control prenatal es oportuno para propiciar y elegir a una persona de confianza para el acompañamiento durante todas las etapas por las que atraviesa la mujer, para que le brinde compañía, apoyo, contención emocional y ayuda práctica (movilidad, alimentación, ayuda en la higiene personal) si ella así lo requiere.

- ¿Ha participado en un grupo de apoyo de club de madres para la preparación integral de la maternidad?

Se recomienda invitar a las mujeres embarazadas a participar de grupos de apoyo para preparación integral a la maternidad en los distintos establecimientos de salud. En los lugares donde esté disponible, se alentará su participación en los clubes de madres para la PIM-DIT (Preparación Integral para la Maternidad con Desarrollo Infantil Temprano).



### En todas las mujeres gestantes **OBSERVE:**

- Aspecto general: Palidez de piel y mucosas

La observación del aspecto general de la mujer embarazada es parte de la evaluación de la Escala de Alerta Precoz del Código Rojo Obstétrico - Neonatal que permite identificar y categorizar diferentes problemas de salud que pudieran estar presentes. Si se encuentra sudorosa o con cambios en la coloración de la piel (palidez, cianosis, ictericia), puede encontrarse en una situación grave o potencialmente grave.

La palidez puede evaluarse clínicamente mirando el color de la conjuntiva ocular y la coloración de las palmas de las manos y mucosa oral. Comparando la palma de la mano de la madre embarazada con la del examinador, se podrá determinar si existe palidez y si la palidez es intensa. Cuando la anemia es severa puede acompañarse de otros síntomas como cansancio, fatiga y aumento de la frecuencia cardíaca.

Se define como anemia cuando la concentración de Hemoglobina (Hb) en la gestante es menor de 11 g/dl. Se considera de alto riesgo cuando las concentraciones de Hb son inferiores a 9 g/dl y el hematocrito se halla por debajo de 30%, con mayor incidencia de hipoxia fetal, retardo del crecimiento y partos prematuros. Las concentraciones de

Hb inferiores a 6 g/dl aumentan al doble las cifras de mortalidad perinatal, aumenta la incidencia de toxemia e infección urinaria y el riesgo de infección puerperal es tres veces mayor.

- Estado de conciencia

Una madre con estado de conciencia alterado se encuentra en situación grave. La alteración se puede evidenciar por confusión y desorientación, o respondiendo únicamente al dolor o estar totalmente inconsciente sin respuesta alguna.

- Hinchazón en cara, manos y/o piernas

La primera manifestación sugestiva de Toxemia del embarazo es un exagerado aumento de peso, mayor de 2 kg por mes. Durante el último trimestre, debido a la retención anormal de agua, aparecen edemas o hinchazón de los miembros inferiores y/o párpados. En las primigestas la velocidad excesiva de aumento de peso constituye un rasgo característico de pre eclampsia gravídica.

- Signos de enfermedad sistémica o de Infección de Transmisión Sexual

Cualquier enfermedad sistémica que afecte a la gestante puede tener repercusiones en el feto. La Hipertensión arterial se asocia significativamente con restricción del crecimiento intrauterino y recién nacidos con bajo peso para la edad gestacional.

La evolución de la Diabetes durante el embarazo se hace inestable; los requerimientos de insulina aumentan y es probable que lleven a episodios de cetoacidosis, pudiendo ocasionar la muerte del feto y/o de la madre, si la enfermedad no es controlada.

La infección urinaria sin tratamiento se asocia con mayor incidencia de partos prematuros y toxemia gravídica. Puede presentarse como pielonefritis o como infecciones urinarias sin síntomas.

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son las que tienen como punto de partida la relación sexual y pueden ser producidas por múltiples agentes patógenos, ocasionando lesiones: locales en el aparato genital (uretritis, vulvovaginitis, etc.), o en la región inguinal (granuloma, chancro, condilomas) o en la cavidad pelviana (enfermedad pelviana inflamatoria) o en todo el organismo como Sífilis, Hepatitis B y VIH/Sida.

- Cavidad oral: presencia de Enfermedad Periodontal

La visita al odontólogo en forma regular permite la conservación de la salud bucodental. Las lesiones de las piezas dentarias y las encías pueden ser puerta de entrada de un proceso infeccioso, por lo que se debe recomendar controles odontológicos a todas las mujeres embarazadas. Se debe evaluar la presencia de caries dental, Enfermedad Periodontal (EP), lesiones de boca y lengua.

La enfermedad periodontal implica mayor riesgo perinatal, relacionado con mayor frecuencia de bajo peso al nacer, parto prematuro, aborto, muerte fetal y pre-eclampsia, por lo que es necesario realizar el tratamiento específico.

- Las mamas de la madre

A través del examen físico se observarán los cambios que normalmente se producen en las mamas durante el embarazo (aumento del tamaño de la glándula mamaria, cambios

en la areola y el pezón); también se pueden observar alteraciones como retracciones o cicatrices. Si se identifican nódulos a la palpación u otras alteraciones se requerirá atención del especialista para determinar la causa.

El examen de las mamas no tiene por objetivo calificar si las mismas son adecuadas o no para la lactancia, pues la evidencia disponible muestra que la forma de los pechos o pezones no influyen en la capacidad de amamantamiento.

Es fundamental reafirmar la capacidad de la madre para alimentar a su bebé, fomentando la lactancia materna exclusiva, informando sobre los beneficios, dando importancia al apego precoz, el alojamiento conjunto con el recién nacido, la buena posición y agarre, formas de amamantar; así como responder a las preguntas que tenga la gestante y abordar sobre las posibles dificultades para el próximo amamantamiento, conforme a las recomendaciones del Programa de Lactancia Materna del MSPBS.

### • **Signos de violencia**

El profesional de salud debe estar atento a algunos signos que en forma directa o indirecta pueden ser manifestaciones de violencia física o psicológica.



### **DETERMINE:**

#### • **Signos Vitales**

Para evaluar los signos vitales en las gestantes, se utilizará la ESCALA DE ALERTA PRECOZ - CÓDIGO ROJO OBSTÉTRICO NEONATAL<sup>13</sup>.

#### - **Saturación de oxígeno**

Con el saturómetro digital puede determinarse el nivel de saturación de oxígeno en la sangre. El valor está determinado en porcentajes y cuando se detecta una lectura menor de 95 %, es señal de alarma.

#### - **Frecuencia Cardíaca**

Con el mismo saturómetro generalmente se puede identificar la frecuencia cardíaca. Si no se dispone de este instrumento, se podrá contar el número de latidos cardíacos en un minuto a través del pulso radial o auscultar los latidos con el estetoscopio. Se considera taquicardia un valor de 100 latidos por minuto o más y bradicardia desde 59 latidos por minuto o menos. Ambas situaciones son de riesgo para la embarazada y el feto.

#### - **Frecuencia Respiratoria**

Para valorar la frecuencia respiratoria es necesario disponer de un reloj o un dispositivo que mida el tiempo y así poder contar el número de veces que la mujer gestante

13 Código Rojo Obstétrico y Neonatal. Manejo de las Principales Causas de Emergencias Obstétricas y Reanimación Neonatal en Sala de Partos. MSPBS. 2018. Disponible en: <https://bvs.org.py/wp-content/uploads/2019/07/4.-Gu%C3%ADa-de-C%C3%B3digo-Rojo-Materno-Neonatal.-Manejo-de-las-Principales-Causas-de-Emergencias-Obst%C3%A9tricas-y-Reanimaci%C3%B3n-Neonatal-en-Sala-de-Partos-2018-1.pdf>

está respirando en un minuto. Una frecuencia de 12 a 19 respiraciones en un minuto es considerada normal. Por encima de 20 respiraciones por minuto o por debajo de 11 o menos, es señal de alarma.

### - Presión Arterial

La presión arterial sistólica y la diastólica descienden en la primera mitad de la gestación en 5 a 10 mm Hg y hacia el término del embarazo alcanzan los valores que la mujer tenía antes de la gravidez. Todo ascenso de la presión sistólica a 140 mm Hg o más y/o de la presión diastólica a 90 mm Hg o más, debe ser investigado y corregido ya que es considerado como Hipertensión. Por otro lado, hay Hipotensión cuando los valores de la presión sistólica y diastólica están por debajo de 90 y 55 mm Hg respectivamente, pudiendo presentarse también complicaciones fetales.

### - Temperatura

Desde el comienzo del embarazo se registra un ligero ascenso térmico de 0,3 a 0,6 grados sobre la temperatura basal preovulatoria; esta elevación térmica se prolonga durante los tres primeros meses de gestación. Se inicia luego un descenso oscilante durante 40 días, y en la segunda mitad de la gravidez, la temperatura permanece dentro de los valores pre ovulatorios. Temperaturas por arriba de 37,5° C hacen sospechar una infección en la madre, que debe ser investigada. La hipotermia (T° por debajo de 36°C) también es un signo de alarma.

### ● Fecha Probable de Parto y Edad Gestacional

La Fecha Probable de Parto (FPP) se puede calcular fácilmente con:

- Calendario obstétrico o el Gestograma del CLAP<sup>14</sup>, para lo cual se debe ubicar la flecha roja en el primer día de la última menstruación; la semana 40 cumplida marcará la FPP.

**Regla de Wahl:** al primer día de la última menstruación se le agregan 10 días y al mes se restan 3 meses.

**Ecografía fetal:** Cuando la fecha de la última menstruación no está disponible, una posibilidad es estimar la FPP a partir de una ecografía fetal, realizada antes de las 20 semanas.

**Estado nutricional:** Peso, Talla e Índice de Masa Corporal (IMC)

La mujer experimenta un aumento de peso durante la gestación normal. Al término de ésta - 38 a 40 semanas - el aumento normal es de 11 kg, con una amplitud que se extiende desde 6 kg a 15,6 kg.

14 Centro Latinoamericano de Perinatología-Salud de la Mujer y Reproductiva / OPS-CLAP/SMR. Salud Sexual y Reproductiva. Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido focalizadas en APS. <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP1577.pdf>

La ganancia adecuada de peso en embarazadas está en relación al Índice de Masa Corporal que la mujer presenta en la etapa preconcepcional (IMC pregestacional). Para el calcular el IMC pregestacional se precisa conocer el peso pregravídico; en ocasiones la mujer conoce el peso previo a la gestación y se toma ese dato para realizar el cálculo de IMC, de no ser así y si la primera consulta ocurre en el primer trimestre, el peso determinado en ese momento, se asume como pregravídico y se toma como dato para calcular el IMC pregestacional.

El otro dato necesario es la Talla o estatura de la mujer que deberá medirse en el primer control. La técnica consiste en que la gestante se ubique con su espalda lo más cercana al tallímetro, bien erguida, con los hombros hacia atrás y con la vista al frente, de pie, sin calzado y con los talones juntos. Debe recordarse que una mujer gestante con talla menor de 145 cm, tiene que ser referida para atención con especialista.

Una vez obtenidos los datos de peso pregravídico y talla de la gestante, se puede realizar el cálculo del Índice de Masa Corporal pregestacional dividiendo el peso pregravídico en kilogramos entre la Talla en metros al cuadrado.

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO (Kg)}}{\text{TALLA}^2 \text{ (m)}}$$

Al obtener ese dato, se puede evaluar si existe ganancia adecuada de peso acorde al IMC pregestacional.

**TABLA 2.3.**

<b>GANANCIA ADECUADA DE PESO EN EMBARAZADAS SEGÚN IMC PREGESTACIONAL</b>		
<b>Categoría de peso</b>	<b>IMC pregestacional</b>	<b>Ganancia adecuada de peso (Kilos)</b>
Bajo peso	12.0 – 18.4	12.5 – 18.0
Peso normal	18.5 – 24.9	11.5 – 16.0
Sobrepeso	25.0 – 29.9	7.5 – 11.5
Obesidad	30.0 o más	6.0

Fuente: CLAP/SMR N°1562

La malnutrición por déficit (bajo peso) o por exceso (obesidad), constituyen situaciones de riesgo, tanto para la mujer como para su hijo, por ello, el estado nutricional siempre debe ser evaluado.

Para realizar la evaluación del estado nutricional de la embarazada, a partir de las 10 semanas de gestación, se aplica el Gráfico de Rosso - Mardones (ver Cuadro de Procedimientos). Este instrumento permite determinar el porcentaje de Peso/Talla de la Mujer y luego relacionarlo con el tiempo de gestación de la mujer evaluada.

Para hacer el diagnóstico nutricional, se establece primero la talla, peso y edad gestacional de la embarazada. Luego, usando el Normograma del Cuadro de Procedimientos, se calcula el porcentaje observado de peso correspondiente a la talla. Para esto, basta unir con una línea recta los valores de talla y peso y anotar el valor del punto en que la

prolongación de la recta, corta la línea “porcentaje de Peso/Talla”.

Posteriormente se ubicará en otro Gráfico el porcentaje obtenido (línea vertical) a partir de Normograma (porcentaje de Peso/Talla) y se relacionará con el tiempo de gestación al momento de la evaluación (línea horizontal) para obtener una categorización. Ej. para una mujer que mide 1,54 m y pesa 55 Kg., su porcentaje estándar corresponde a 104% en el control y si tuviera 25 semanas de gestación, se vería que la misma se halla en la zona de bajo peso del gráfico, por tanto, este es su diagnóstico.

#### • Cesárea anterior

Es preciso determinar si existen cicatrices en el abdomen y si alguna correspondería a cicatriz de una cesárea anterior. Actualmente se acepta que cuando la mujer ha tenido una cesárea previa, se puede ofrecer la posibilidad de un parto vaginal. Sin embargo, existen indicaciones absolutas para la finalización del embarazo a través de operación cesárea como: desproporción feto pélvica, placenta previa oclusiva o inminencia de rotura uterina.

#### • Altura uterina

A partir de las 12-13 semanas ya es posible comprobar el aumento del tamaño del útero por encima del pubis, al deprimir suavemente el abdomen por arriba de la sínfisis. A las 18 semanas el útero alcanza la mitad del trayecto entre el pubis y el ombligo; a las 22 semanas llega al ombligo; a las 30 semanas asciende hasta la mitad de la línea xifoumbilical, y a las 37 semanas el fondo uterino alcanza el apéndice xifoides del esternón. Cuando la medida del fondo uterino es más grande de lo esperado, puede tratarse de embarazo gemelar, polihidramnios, mola hidatiforme, malformación fetal o feto gigante. Cuando el fondo uterino es más bajo de lo esperado puede deberse a restricción del crecimiento fetal o muerte intrauterina.

#### • Embarazo múltiple

Se llama embarazo múltiple al desarrollo simultáneo de varios fetos. Todo embarazo múltiple debe ser considerado como de ALTO RIESGO, ya que la mortalidad perinatal es 4 veces mayor que en los embarazos únicos. La incidencia de retraso en el desarrollo físico y mental y de parálisis cerebral también está aumentada. En caso de detectar embarazo múltiple, se coordinará la referencia en el momento del diagnóstico.

#### • Presentación fetal

La presentación es la parte del feto que toma contacto con el estrecho superior, ocupándolo en gran parte y que puede evolucionar por sí misma dando lugar a un mecanismo de parto. La única presentación normal es la cefálica, cuando la cabeza del feto aparece primero en la pelvis materna. Cualquier otra presentación (pies, rodillas, nalgas, brazo, hombro, espalda) es una presentación anómala o mala presentación. Toda presentación anómala conlleva mucho riesgo para la vida de la madre y del bebé durante el trabajo de parto.

#### • Frecuencia Cardíaca Fetal

Los latidos fetales constituyen a la vez un signo de certeza del embarazo y también de

vitalidad del feto. Deben estudiarse su frecuencia, intensidad, ritmo y localización. En condiciones normales la frecuencia oscila entre 120 y 160 latidos por minuto. Si la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) es menor de 120 latidos por minuto se considera como bradicardia y es consecuencia de la depresión cardíaca producida por la hipoxia. Si la FCF es mayor de 160 latidos por minuto se considera taquicardia y es considerado como uno de los primeros signos de sufrimiento fetal.

### • Presencia de contracciones

Durante las 30 primeras semanas de gestación, el tono uterino oscila entre 3 y 8 mm Hg. Existen dos tipos de contracciones tipo a y tipo b:

Las contracciones de tipo a, son aquellas de poca intensidad (2 a 4 mm Hg), confinadas a pequeñas áreas del útero, su frecuencia es aproximadamente de una contracción por minuto y no son percibidas por la mujer gravídica ni por la palpación abdominal.

Las contracciones de tipo b, son las de Braxton Hicks que tienen una intensidad mayor (10-15 mm Hg) y se propagan a un área más grande del útero. Son percibidas por la palpación abdominal y la mujer embarazada puede sentirlas como un endurecimiento indoloro del útero. Tienen una frecuencia muy baja, la que va aumentando a medida que el embarazo progresa, llegando a una contracción por hora alrededor de la 30ª semana de gestación.

Se acepta que el parto comienza, cuando las contracciones uterinas tienen una intensidad promedio de 28 mm Hg y una frecuencia media de 2 o más contracciones cada 10 minutos.

### • Hemorragia vaginal

Toda hemorragia vaginal en cualquier etapa del embarazo debe ser considerada como una emergencia.

## SOLICITE PRUEBAS LABORATORIALES PARA LA GESTANTE

Se solicitarán métodos auxiliares de diagnóstico y seguimiento de acuerdo al Manual de Normas Nacionales<sup>15</sup>.

- Hemograma.
- Grupo sanguíneo y Factor Rh.
- Test de Pesquisa de Anticuerpos Irregulares a:
  - Gestantes Rh positivas: en la primera consulta y al tercer trimestre. Una de las exigencias es contar con la Pesquisa de Anticuerpos Irregulares, antes de eventuales transfusiones. (Estándares del Programa Nacional de Sangre, enmarcada en la Ley de Sangre N° 3.441).
  - Gestantes Rh negativas: en la primera consulta y en el segundo y tercer trimestre. En caso de que el resultado sea positivo, se establece el protocolo de controles seriados, con personal de salud de la Unidad de Medicina Transfusional (UMT) o se remite al Programa Nacional de Sangre.
- Para el fenotipo Rh y Kell: en cualquier momento del embarazo. Todas las determi-

15 Manual de Normas de Atención Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio, seguros e inclusivos. MSPBS. 2022.3ra Edición

naciones deben ser realizadas de manera exclusiva en la Unidad de Medicina Transfusional (UMT). En caso que el establecimiento de salud no cuente con la citada unidad, comunicar al Programa Nacional de Sangre, institución encargada de indicar el Centro Especializado más cercano, para su seguimiento.

**Glicemia en ayunas:** para detectar en forma precoz, la aparición de Diabetes gestacional.

**TSH:** Hormona Estimulante de la glándula Tiroides

**Pruebas para detectar:**

- Rubeola: se solicita IgM e IgG.
- Toxoplasmosis: debe solicitarse IgG e IgM para Toxoplasmosis.
- VIH: es obligatorio ofrecer la prueba de detección de la infección por VIH. Así mismo, es importante garantizar el acceso a las pruebas de tamizaje (test rápidos de muestras de sangre o saliva o prueba de ELISA) si éstas son reactivas, debe iniciarse el tratamiento antirretroviral en forma inmediata siguiendo las pautas del PRONASIDA.
- Sífilis: las pruebas de tamizaje son el test rápido y VDRL, las que se sugiere realizar en el primer control prenatal en el primer trimestre del embarazo y repetir VDRL a las 28 a 30 semanas de gestación y en el momento del parto si no se realizó durante el embarazo o no se repitió en el tercer trimestre. También debe realizarse si presenta aborto o mortinato. Si la embarazada tiene sífilis se recomienda el control de VDRL o RPR en forma mensual hasta el parto.
- Virus de Hepatitis B (VHB): todas las mujeres embarazadas deben realizarse la prueba para HbsAg en la primera visita prenatal y durante el parto, si la misma no se ha realizado previamente o no recibió las dosis recomendadas de vacuna contra Hepatitis B.
- Chagas: se recomienda realizar pruebas serológicas para detectar la enfermedad.
- Zika: las embarazadas que han estado expuestas al virus del Zika deben ser evaluadas solicitando la prueba de reacción en cadena de polimerasa con transcriptasa inversa en tiempo real (rRT-PCR), del suero y orina.

- En toda gestante con fiebre descartar infección por dengue o chikungunya solicitante el panel viral multiplex haciendo énfasis en el tercer trimestre

**Examen de orina:** debe solicitarse orina simple o realizar prueba con tira reactiva en todas las gestantes para evaluar la presencia de glucosuria, proteinuria, leucocitosis y nitritos en la primera consulta (antes de las 12 semanas), entre las 26 y 28 semanas y entre las 32 y 35 semanas y en cualquier momento que la mujer presente síntomas urinarios.

**Cultivo de orina:** se debe realizar por primera vez entre las 12 y 14 semanas de gestación a toda mujer embarazada y otro cultivo a las 28 semanas. Además, debe realizarse este estudio ante la aparición de síntomas urinarios, previamente a la administración de antibióticos y/o para seguimiento posterior al tratamiento.

Si se detecta tira reactiva alterada o urocultivo positivo y la mujer no refiere síntomas, es una bacteriuria asintomática y la mujer debe ser tratada según normas nacionales.

● Estudio de cuello uterino: (PAP) deberá ser realizado o solicitado en la primera visita de la embarazada. Se recomienda realizarlo en forma anual.

**Hisopado vaginal** y rectal para detección del Estreptococo del grupo B entre las 35 y 37 semanas de gestación.

Si el establecimiento de salud local no cuenta con la complejidad necesaria para realizar todas las pruebas mencionadas, la mujer embarazada será remitida a un centro especializado donde pueda realizarse los estudios correspondientes.

## VERIFIQUE CARNET DE VACUNACIONES:

### **ESQUEMA RECOMENDADO POR EL PAI PARA GESTANTES**

**Tdpa:** se aplica después de las 20 semanas de gestación.

- Gestante considerada no vacunada:

- Si tiene menos de 20 semanas de gestación, administrar:
  - 1<sup>a</sup>. dosis: Td, en el primer contacto con el servicio de salud.
  - 2<sup>a</sup>. Dosis: Tdpa (luego de las 20 semanas)
- Intervalo mínimo de 4 semanas, entre la 1<sup>a</sup>. dosis (Td) y 2<sup>a</sup>. dosis (Tdpa).
  - Si tiene más de 20 semanas de gestación, administrar:
    - 1<sup>a</sup>. dosis: Tdpa, en el primer contacto con el servicio de salud.
    - 2<sup>a</sup>. dosis: Td.
  - Intervalo mínimo de 4 semanas entre la 1<sup>a</sup>. dosis (Tdpa) y 2<sup>a</sup>. dosis (Td).
- Gestante con antecedentes de vacunación: verificar el carnet e indicar las dosis necesarias para completar el esquema.

**Antinfluenza (Antigripal):** 1 dosis anual, estacional, en cualquier etapa de la gestación, cuando está disponible la vacuna.

### **Hepatitis B (HB):**

- Gestante sin antecedentes de vacunación previa contra Hepatitis B: la vacuna monovalente contra Hepatitis B podrá ser administrada, si está disponible, en cualquier momento de la gestación. Esquema de 3 Dosis: 0 – 1 – 6 meses.
- Gestante con esquema completo (3 dosis) de vacuna Pentavalente durante la infancia: no necesita recibir vacuna monovalente contra HB durante el embarazo.

**Vacuna contra SARS CoV 2 (Anticovid 19, en desarrollo):** Se actualizará la información, número de dosis e intervalos, según plataforma utilizada, de acuerdo a recomendaciones del PAI.

## 2.2. CLASIFICAR EL RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

Al emplear el Cuadro de Procedimientos en el apartado “EVALUAR Y CLASIFICAR EL RIESGO DURANTE EL EMBARAZO”, se comienza leyendo, la columna EVALUAR situada en el extremo izquierdo, desde arriba hacia abajo. Si la madre presenta algún signo se clasificará según esa hilera; de esta forma, siempre se asignará a la madre el nivel de atención que requiere.

## **EMBARAZO DE ALTO RIESGO (ROJO)**

Se clasifica la condición de la gestante en esta categoría si presenta uno o más de los siguientes signos:

Alteración de uno o más signos de la Escala de Alerta Precoz.

Trabajo de parto en curso menor de 37 semanas de gestación.

Embarazo mayor de 41 semanas.

Embarazo múltiple en trabajo de parto y/o presentación anómala.

Enfermedad sistémica no compensada: cardiopatía, enfermedad renal, hiper/hipotiroidismo, lupus y otros.

Fiebre (infección urinaria u otra causa)

Diabetes no compensada.

Hipertensión arterial no compensada y/o presencia convulsiones, visión borrosa, pérdida de la conciencia, cefalea intensa o dolor abdominal (epigastralgia).

Hinchazón en cara, manos y/o piernas.

Hemorragia vaginal.

Rotura Prematura y/o Prolongada de Membranas.

Palidez palmar intensa y/o Hemoglobina menor a 7 g/dl.

Disminución o ausencia de movimientos fetales.

Cambios en la frecuencia cardíaca fetal: menor a 120 o mayor de 160 latidos por minuto.

Signos de violencia.

## **EMBARAZO DE RIESGO POTENCIAL (AMARILLO)**

Si la madre no tiene signos de la hilera roja, debe observarse la fila amarilla y verificar si tiene uno o más de los siguientes criterios:

Edad: menor de 20 años o mayor de 35 años.

Gestante sin control prenatal.

Disrelación entre Altura Uterina y Edad Gestacional.

Enfermedad sistémica compensada: cardiopatía, enfermedad renal, hiper/hipotiroidismo, lupus, otros.

Infección urinaria sin fiebre.

Diabetes compensada.

Hipertensión arterial compensada.

Antecedentes perinatales de 2 o más abortos repetidos, muerte fetal o neonatal temprana, prematuros, niños o niñas con bajo peso al nacer, defectos congénitos.

Ingesta o exposición a sustancias teratogénicas.

Consumo de alcohol, tabaco o drogas.

Primigesta o gran multípara.

Embarazo múltiple sin trabajo de parto.

Período intergenésico menor a 2 años.

Cesárea anterior.

Palidez palmar y/o Hemoglobina entre 7 y menos de 11 gr/dl.

Flujo vaginal fétido, no blanquecino con o sin prurito.

Ganancia inadecuada de peso: sobrepeso o desnutrición.

Presentación o situación anormal del feto.  
Madre con factor Rh negativo sensibilizada.  
Madre con serología positiva sin tratamiento para Sífilis, VIH y/o HB u otros.  
No tiene actualizado el esquema de vacunaciones.

## EMBARAZO DE BAJO RIESGO (VERDE)

Ninguno de los signos de la fila roja ni de la amarilla.  
Existen criterios para clasificar a la embarazada, a ser elegibles para el Componente Básico del Modelo de atención prenatal de la OMS<sup>16</sup>. Básicamente, debe utilizarse la tabla que contiene datos sobre los antecedentes personales, gineco-obstétricos y del embarazo actual. En el Cuadro de Procedimientos y en el Manual de Normas se encuentran el esquema de preguntas, cuando responde SI a alguna de las preguntas, no es elegible para el componente básico del modelo de atención prenatal de la OMS, por lo que debe ser asistida con profesional especializado. Es obligatorio registrar todos los hallazgos en la Historia Clínica Perinatal Básica.

### 2.3. TRATAR DE ACUERDO AL RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

El tratamiento de las afecciones más frecuentes durante el embarazo se encuentra establecido en las Normas de Atención de las Principales Patologías Obstétricas. 1<sup>a</sup>. Edición. MSPBS. Año. 2018.

## EMBARAZO DE ALTO RIESGO (ROJO)

Cuando se clasifica a una gestante en esta categoría, ella y el feto están en peligro y es necesario REFERIR URGENTEMENTE a un Hospital que cuente con la complejidad necesaria para tratar las patologías presentes. Antes que la madre deje el establecimiento de salud y sea referida, debe ser estabilizada, mientras se establece la comunicación con el establecimiento de salud donde será recibida, para informar el caso y garantizar la atención integral.

Para **COMPENSAR Y REFERIR**, se aplicarán los pasos descritos en el **Código Rojo Obstétrico y Neonatal**<sup>17</sup>. Algunas acciones básicas son:

Asegurar la permeabilidad de la vía aérea y la oxigenación. Administrar oxígeno suplementario y solicitar a la madre que se acueste apoyada hacia su lado izquierdo.

Instalar vía periférica para administración de fluidos que sean necesarios.

Estabilizar la presión arterial de acuerdo a los niveles encontrados: previniendo la hipotensión o tratando la hipertensión arterial.

Administrar primera dosis de antibiótico apropiado si hay rotura prematura de membra-

16 Manual de Normas de Cuidados Preconcepcional, Embarazo, Parto y Puerperio seguros e inclusivos. MSPBS. 2022. Estudio de Control Prenatal de la OMS dirigido por UNPDP/UNFPA/OMS/ Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación para la Investigación en Reproducción Humana (PRH) del Banco Mundial, 2001 y del CLAP/SMR 1562. Noviembre 2007

17 Código Rojo Obstétrico y Neonatal. Manejo de las Principales Causas de Emergencias Obstétricas y Reanimación Neonatal en Sala de Partos. MSPBS. 2018. Disponible en:

<https://bvs.org.py/wp-content/uploads/2019/07/4.-Gu%C3%ADa-de-C%C3%B3digo-Rojo-Materno-Neonatal.-Manejo-de-las-Principales-Causas-de-Emergencias-Obst%C3%A9tricas-y-Reanimaci%C3%B3n-Neonatal-en-Sala-de-Partos-2018-1.pdf>

nas, fiebre y/o sospecha de infección.

En caso de amenaza de parto prematuro:

- Inhibir las contracciones uterinas
- Indicar maduración pulmonar con corticoides

En caso de gestantes con anemia severa, menos de 7 g/dl, derivar a establecimiento de salud, con la complejidad necesaria para el manejo correspondiente.

Si se detectan signos de violencia, aplicar el protocolo del MSPBS, conforme al Manual de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Sexual y de Género en el sistema de salud. MSPBS.2da Edición 2021. Disponible en: file:///C:/Users/USER/Downloads/Manual-de-Violencia\_WEB.pdf

## **EMBARAZO DE RIESGO POTENCIAL (AMARILLO)**

Cuando la gestante se encuentra en esta clasificación necesita ser asistida en un establecimiento de salud que cuente con especialistas y recursos necesarios para realizar el seguimiento del embarazo de manera regular y periódica hasta concluir las 39 semanas de gestación. La decisión de referencia será tomada de acuerdo a los factores de riesgo y la capacidad resolutoria del establecimiento de salud local. La mujer y su familia deben ser informados sobre el motivo de la referencia y el lugar donde será remitida. Las acciones se realizarán de acuerdo a las normas nacionales descritas en el Manual Nacional de Normas de Atención de las Principales Patologías Obstétricas - 1ra Edición - MSPBS. 2018.

Debe recomendarse a la mujer que continúe el tratamiento instituido para las afecciones que fueron identificadas y compensadas en el establecimiento de salud local, hasta recibir nuevas orientaciones. En caso de un embarazo múltiple, sin trabajo de parto, se planificará la referencia una vez hecho el diagnóstico o ante la sospecha del mismo.

En caso de serología positiva para VIH, se coordinará la consulta y seguimiento con profesionales de salud, de acuerdo a las normas vigentes del PRONASIDA. El objetivo de la detección y el tratamiento es evitar la transmisión del VIH de la madre al niño o niña, para ello se deben aplicar las estrategias de prevención: haciendo el diagnóstico lo más precozmente en la mujer embarazada, testeó a la pareja sexual, iniciar los medicamentos antirretrovirales en la embarazada, evaluar el requerimiento de medicación antirretroviral endovenoso durante el parto, programar la cesárea, supresión de la lactancia materna y suministrar fórmula, administrar medicación antirretroviral al recién nacido, asegurar el seguimiento del binomio madre – hijo. A los hijos menores de 10 años, de mujeres con VIH, deben realizarse las pruebas de VIH. Las demás ITS deben ser tratadas de acuerdo con las normas nacionales. Normas Clínicas para la eliminación de la transmisión materno infantil de VIH, Sífilis Congénita, Hepatitis B y Chagas. MSPBS. 2021-2022.

Las embarazadas con exceso o bajo peso, deben ser atendidas en forma multidisciplinaria para consejería nutricional, y además las gestantes con bajo peso desnutridas, deben ingresar al Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI). Se debe proporcionar a las embarazadas informaciones acerca de: alimentación saludable conforme a las Guías Alimentarias del Paraguay (INAN); los riesgos del consumo de alcohol, tabaco, drogas;

y la exposición a insecticidas o tóxicos.

La anemia moderada requerirá tratamiento de la causa que la provoque. Además, se debería indicar:

- Sulfato ferroso: 600 mg por día, equivalente a 120 mg de hierro elemental.
- Ácido fólico: 5 mg diariamente, si hay antecedentes de defectos congénitos o factores de riesgo de ocurrencia de Defecto de Cierre del Tubo Neural, de acuerdo a las normas nacionales.

Al detectar bacteriuria asintomática o infecciones urinarias, debe administrarse el antibiótico apropiado, previa toma de urocultivo. El cultivo de muestras de orina tomadas a mitad de la micción es el método recomendado para diagnosticar la bacteriuria asintomática en embarazadas.

En el primer contacto con el servicio de salud y en cada visita, se solicitará el carnet de vacunaciones para verificar el cumplimiento del esquema recomendado por el PAI.

Se recomienda además que en cada visita se promocióne y fomente la lactancia materna.

## **EMBARAZO DE BAJO RIESGO (VERDE)**

Las madres clasificadas en este grupo pueden recibir atención prenatal en el establecimiento de salud local y debe planificarse el parto con la familia, en donde corresponda. Durante la consulta de atención prenatal, toda gestante debe recibir consejería en salud sexual y reproductiva, planificación familiar, lactancia materna, nutrición y alimentación saludable junto con los suplementos a ser administrados y cuidados a ser realizados durante el embarazo, parto y puerperio, tales como:

- Seguimiento de los controles prenatales hasta concluir el embarazo.
- Prevenir y aliviar la acidez gástrica. Aumentar la ingesta de agua y fibras para mejorar o prevenir la constipación intestinal.
- Indicar 300 mg de sulfato ferroso, que contiene 60 mg de hierro elemental por día desde las 12 semanas de gestación hasta 3 meses después del parto. El tiempo total de suplementación no debe ser menor a 6 meses. Indicar ácido fólico 0,4 a 1 mg por día, conforme a normas nacionales.
- Dormir como mínimo 8 horas por la noche.
- No levantar cosas pesadas ni realizar trabajos forzosos. Realizar actividad física moderada durante el embarazo, con el fin de que se mantenga sana y no aumente excesivamente de peso durante la gestación.
- Promover la participación de la madre en un grupo de apoyo para la preparación integral de la maternidad, e identificar a una persona de confianza que la acompañe durante las diferentes etapas.
- Verificar el carnet de vacunaciones.
- Enseñar los signos de alarma durante el embarazo.

## SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO:

- Alteración de la conciencia.
- Pérdida de líquidos por vagina, antes del trabajo de parto.
- Sangrado vaginal.
- El bebé se mueve menos de lo habitual (después de las 20 semanas de embarazo).
- Contracciones uterinas dolorosas y persistentes.
- Flujo vaginal maloliente, no blanquecino o que arde.
- Dificultad para respirar.
- Fiebre.
- Vómitos frecuentes y excesivos.
- Dolor o ardor al orinar.
- Hipertensión arterial y/o signos:
  - Dolor de cabeza intenso
  - Zumbido de oídos
  - Hinchazón de cara, manos y piernas
  - Visión borrosa
  - Dolor en la boca del estómago



### EJERCICIO: Caso CRISTINA

## 3. EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR RIESGO MATERNO Y PERINATAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

El Trabajo de Parto es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que tienen por objeto la expulsión del producto de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la vía natural o canal del parto.

Se establece que el Trabajo de Parto se ha iniciado, cuando se presentan contracciones uterinas periódicas y regulares; dos o más contracciones en 10 minutos, que duren aproximadamente entre 20 y 40 segundos, durante dos horas o más<sup>18</sup>.

### El Trabajo de Parto tiene 3 tiempos:

1- Primer período: de borramiento y dilatación del cuello uterino.

Según el grado de dilatación, puede dividirse en 2 fases:

- Fase latente: con dilatación del cuello uterino de 2 a 3 cm. No se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación y puede variar de una mujer a otra.

- Fase activa: con dilatación del cuello uterino igual o mayor a 4 cm. La fase activa del período de dilatación total del cuello uterino, generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos.

2- Segundo período: expulsivo. Es el que transcurre desde la dilatación completa (10 cm) hasta la expulsión total del feto por el canal de parto. Este período puede tener una duración de hasta 2 horas.

3- Tercer período: alumbramiento de la placenta. Se extiende desde la salida del recién nacido hasta la expulsión de la placenta.

Sin importar la edad gestacional al momento del parto, todos los fenómenos que acontecen durante el Trabajo de Parto deben ser registrados en el Partograma, ya que los datos pueden ir variando de un momento a otro. Un partograma es la representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del Trabajo de Parto. Las mediciones relevantes pueden incluir datos como la dilatación cervical en el tiempo, la frecuencia cardíaca fetal y los signos vitales de la madre. El uso del partograma disminuye las intervenciones innecesarias y las complicaciones perinatales e identifica las desviaciones del progreso del Trabajo de Parto normal para la toma oportuna de decisiones.

<sup>18</sup> Manual de Normas de Cuidados Preconcepcional, Embarazo, Parto y Puerperio seguros e inclusivos. MSPBS. 2022.

TABLA 2.4.

DIAGNÓSTICO DE PERÍODOS Y FASES DEL TRABAJO DE PARTO		
SIGNOS Y SÍNTOMAS	PERÍODO	FASE
Cuello uterino no dilatado	Trabajo de parto falso No hay trabajo de parto	-
Cuello uterino dilatado menos de 4 cm	Primer período	Latente
Cuello uterino dilatado de 4 a 9 cm Tasa de dilatación característica de 1 cm por hora o más Comienza el descenso fetal	Primer período	Activa
Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm) Continúa el descenso fetal No hay deseos de pujar	Segundo período	Temprana
Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm) La parte fetal que se presenta llega al piso de la pelvis La mujer tiene deseos de pujar	Segundo período	Avanzada Expulsiva

Fuente: Manual de Normas de Cuidados Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio, Seguros e Inclusivos. 2da Edición. MSPBS. Paraguay 2022.

### 3.1. EVALUAR RIESGO MATERNO Y PERINATAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

Cuando una mujer embarazada acude a un establecimiento de salud, deposita en el sistema, toda su confianza, debiendo recibir atención integral de calidad tanto ella, los integrantes de su familia o acompañantes y el hijo por nacer.

Todos los integrantes del equipo de salud, deben realizar una bienvenida cálida, aplicar buenas técnicas de comunicación y respetar las particularidades culturales y circunstancias personales y familiares. La mirada, gestos y tono de voz, son elementos de la comunicación que deben contribuir a generar confianza y seguridad.

En caso que la mujer haya sido controlada durante el embarazo, debe contar con el carnet perinatal, que será adjuntado a la Historia Clínica. Se verificarán los datos y en caso necesario se completará y registrará la información que falta. Puede acontecer que éste sea el primer contacto con el establecimiento de salud y entonces deben obtenerse todos los datos necesarios.

Es fundamental identificar situaciones especiales donde se recomienda hospitalización precoz y acompañamiento diferenciado: madres adolescentes, víctimas de violencia o con discapacidad física y/o mental. Del mismo modo, las mujeres embarazadas en trabajo de parto, fase latente y condiciones socioeconómicas desfavorables: domicilio alejado o pobreza extrema, cumplen con criterios de internación. Si la mujer desea, puede acompañarle una persona de su confianza, durante todas las etapas, si las condiciones así lo permiten.



## A toda gestante en Trabajo de Parto, PREGUNTE:

### • **¿Cuándo fue su última menstruación?**

Es primordial conocer este dato y aunque ya fue detallado en párrafos anteriores, lo volvemos a presentar por la envergadura que representa ya que estas técnicas permiten evaluar si se encuentra ante un probable parto prematuro, de término o tardío. La Fecha Probable de Parto (FPP) se puede calcular fácilmente con:

- Calendario obstétrico o el Gestograma del CLAP, para lo cual se debe ubicar la flecha roja en el primer día de la última menstruación y la semana 40 cumplida marcará la FPP.
- Regla de Wahl: al primer día de la última menstruación se le agregan 10 días y al mes se restan 3.
- Ecografía fetal: cuando la fecha de la última menstruación no está disponible, una posibilidad es estimar la FPP a partir de una ecografía fetal, realizada antes de las 20 semanas.

En caso que no haya una fecha última de menstruación confiable o una ecografía precoz realizada antes de las 20 semanas, debe confirmarse la edad gestacional con el examen físico gineco - obstétrico.

### • **¿Tiene alguna enfermedad previa?**

Es fundamental registrar la presencia de alguna enfermedad previa y si está estabilizada o no y qué tipo de medicaciones ha recibido.

### • **¿Tiene o tuvo fiebre?**

El antecedente de tener o haber tenido fiebre, obliga a buscar alguna causa infecciosa. Es un signo de alarma.

### • **¿Tiene o ha tenido dolor de cabeza, visión borrosa y/o ruidos en los oídos? ¿Ha tenido convulsiones? ¿Ha estado somnolienta o ha perdido la conciencia?**

La visión borrosa, las convulsiones y la pérdida de conciencia durante el embarazo son generalmente manifestaciones de empeoramiento de una enfermedad preexistente (por ejemplo, Hipertensión Crónica) o debido a una nueva enfermedad que aparece generalmente a partir de las 20 semanas de gestación, en cuyo caso se denomina Toxemia Gravídica o Pre eclampsia. La Preeclampsia se caracteriza por hipertensión, proteinuria y con frecuencia se acompaña de edema en cara, manos y miembros inferiores. Si se asocia con convulsiones y/o coma, se denomina Eclampsia.

### • **¿A qué hora comenzaron las contracciones más dolorosas?**

En la mayoría de los casos es difícil precisar el momento exacto del inicio del trabajo de parto. Generalmente la embarazada consulta porque percibe contracciones uterinas dolorosas. Se preguntará sobre las características de las contracciones: frecuencia, tiempo de duración e intensidad.

- **¿Cada cuánto tiempo siente los movimientos del feto?**

La madre generalmente sabe reconocer si su hijo se mueve o no y si la frecuencia de los movimientos de su hijo es menor que lo habitual.

- **¿Ha perdido líquido por la vagina?**

En caso de respuesta afirmativa, pregunte:

- ¿Hace cuántas horas?

Se define como Rotura Prematura de Membranas aquella que se presenta en el transcurso de la gestación antes del inicio del trabajo de parto. Se le da importancia, además, al “tiempo” transcurrido entre la rotura de la bolsa amniótica y el nacimiento del feto, estableciendo una relación directamente proporcional entre la mayor duración de la Rotura de Membranas y la Infección Neonatal. Se define como Rotura Prolongada de Membranas aquella pérdida de líquidos por vagina de 18 horas o más, antes del nacimiento.

- **¿Tiene o ha tenido hemorragia vaginal?**

La hemorragia pelagra la vida de la madre y el feto y es un signo de alarma. Debe interrogarse sobre la cantidad de sangre perdida, color, olor y momento de inicio.



**En todas las madres, durante el parto OBSERVE:**

- **Estado de conciencia y/o convulsiones**

La alteración del estado de conciencia, es un signo de alarma y puede deberse a muchas causas, una de las más frecuentes es la presión arterial elevada. La presencia de convulsiones también constituye un signo de gravedad.

- **Edema en cara, manos y piernas**

El edema puede ser un signo de gravedad y generalmente va acompañada de aumento de la presión arterial. Puede ser debido a problemas cardíacos o renales entre otras causas.

**DETERMINE:**

- **Signos vitales de la madre**

El control de los signos vitales y otros signos prioritarios en la mujer en trabajo de parto se realiza utilizando como guía la Escala de Alerta Precoz del Código Rojo:

**Temperatura (T°):** temperaturas por arriba de 37,5° C hacen sospechar una infección en la madre, que debe ser investigada. La hipotermia (T° por debajo de 36°C) también es un signo de alarma.

**Presión Arterial (PA):** la presión arterial no debería estar aumentada durante el embarazo ni el parto.

Hay Hipertensión Arterial (HTA) si:

- Presión sistólica es igual o mayor a 140 mm Hg

- Presión diastólica es igual o mayor a 90 mm Hg.  
(Si hay HTA determine proteinuria por tira reactiva)

Se considera Hipotensión cuando:

- Los valores de la Presión sistólica son menores a 95 mm Hg
- Los valores de la Presión diastólica son menores a 55 mm Hg.

**Frecuencia Respiratoria (FR):** la frecuencia respiratoria elevada o dificultad para respirar en forma persistente, puede ser debido a alguna enfermedad materna que requiere ser investigada. Durante el trabajo de parto y en ocasión de FR normal, se recomienda que la madre respire profundamente en los momentos en que no tiene contracciones, así el feto será oxigenado debidamente.

**Saturación de oxígeno:** el saturómetro digital permite reconocer el porcentaje de saturación de oxígeno. Si se encuentra menos de 95 %, es señal de alarma.

**Pulso radial o Frecuencia Cardíaca (FC):** si el pulso de la madre es menor a 60 o mayor a 100 latidos por minuto, se encuentra ante una situación grave.

#### • **Edad Gestacional y medición de la Altura Uterina (AU)**

Deben tener relación el cálculo de la edad gestacional y la altura uterina.

Cuando la altura uterina es mayor de lo esperado, puede deberse a un feto macrosómico, embarazo múltiple o alguna malformación fetal. Si la AU es menor a lo esperado, el feto no crece adecuadamente.

#### • **Situación y presentación del feto**

¿Es transversa, podálica o cefálica? La única presentación normal es la cefálica.

#### • **Dinámica uterina en 10 minutos: ¿Hay 2 o más contracciones?**

Se establece que se ha iniciado el trabajo de parto si las contracciones tienen una frecuencia de dos o más en 10 minutos y duran aproximadamente entre 20 y 40 segundos.

#### • **Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF)**

La frecuencia cardíaca fetal, debe ser determinada durante un minuto. Si se encuentra entre 120 y 160 latidos por minuto, es señal de buena vitalidad fetal. Cualquier alteración de la FCF fuera de estos rangos, es señal de alarma.

#### • **Dilatación cervical uterina**

Si el trabajo de parto está muy avanzado y la dilatación del cuello uterino es completa, es señal de un parto inminente.

#### • **Sangrado vaginal**

La presencia de sangrado genital, es altamente sugerente de una complicación grave durante el parto. Debe constatarse la cantidad, color y olor.

#### • **Salida de líquido amniótico y/o flujo con olor fétido**

El color del líquido amniótico durante el parto debe ser claro y transparente, sin olor fétido. En caso de estar teñido o presentar olor fétido, puede tratarse de una infección o sufrimiento fetal.

## **VERIFIQUE: Serología para Sífilis, Hepatitis B y VIH.**

### **3.2. CLASIFICAR RIESGO MATERNO Y PERINATAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO**

Una vez evaluada la situación de la mujer en trabajo de parto se pueden determinar las siguientes clasificaciones:

#### **PARTO INMINENTE CON ALTO RIESGO MATERNO Y PERINATAL (ROJO)**

El parto es inminente, tiene dilatación completa y existe ALTO RIESGO para la madre y el niño o niña por nacer, si presenta una o más de las siguientes características:

Feto en situación transversa,  
Presentación pelviana o podálica y/o  
Feto grande o macrosómico.

#### **TRABAJO DE PARTO CON ALTO RIESGO MATERNO Y PERINATAL (ROJO)**

Se clasifica como TRABAJO DE PARTO CON ALTO RIESGO MATERNO Y PERINATAL, si la madre presenta 2 o más contracciones en 10 minutos, tiene 2 o más cm de dilatación cervical o según control con el partograma, el parto NO es inminente y se identifican uno o más de los siguientes signos:

Alteración de uno de los signos en la Escala de Alerta Precoz: fiebre, taquicardia o bradicardia, dificultad para respirar o frecuencia respiratoria elevada, baja saturación, hipotensión o hipertensión arterial u otros signos categorizados en la fila roja.

Embarazo por FUM menor a 37 semanas o mayor de 41 semanas de edad gestacional.

Tiene o tuvo recientemente convulsiones o desmayos, dolor de cabeza, visión borrosa y/o ruidos en los oídos o edema en cara y manos.

Proteinuria (+), (++) , (++++).

Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) menor a 120 o mayor a 160 latidos por minuto.

Rotura Prolongada de Membranas mayor a 18 horas (bolsa rota).

Salida de líquido amniótico y/o flujo fétido por genitales.

Presentación podálica o situación transversa: salida del cordón umbilical, manos o pies antes que la cabeza del feto.

Disrelación entre Altura Uterina y Edad Gestacional.

Sangrado genital.

Serología positiva para Sífilis, VIH, Hepatitis B.

Síntomas compatibles con infección por ARBOVIROSIS

#### **TRABAJO DE PARTO CON BAJO RIESGO MATERNO Y PERINATAL (AMARILLO)**

Clasifique como TRABAJO DE PARTO CON BAJO RIESGO MATERNO Y PERINATAL cuando la mujer se encuentra en Trabajo de Parto (tiene 2 o más contracciones uterinas en 10 minutos y:

No se identifican signos de las filas rojas.

Es un embarazo único y de término.  
Presentación cefálica normal.

### **3.3. TRATAR RIESGO MATERNO Y PERINATAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO**

Se debe proceder a la atención del parto según las Normas Nacionales. El establecimiento de salud donde tendrá lugar el parto debe contar con todos los recursos necesarios y disponibles para realizar el parto y maniobras de reanimación neonatal.

#### **PARTO INMINENTE CON ALTO RIESGO MATERNO Y PERINATAL (ROJO)**

Si la madre se encuentra con dilatación cervical completa, debe procederse según las Guías de Atención del Parto. En el caso de una situación transversa, se compensará a la madre según Normas Nacionales (instalación de vía venosa periférica, sonda vesical etc.) mientras se activa el sistema de REFERENCIA urgente.

Si la presentación es pelviana o el feto es macrosómico se evaluará la posibilidad de compensación y remisión inmediata. Si se encuentra en cuarto plano o período expulsivo, el bebé está naciendo, probablemente no habrá tiempo para referir a la madre y debe realizarse el parto, según las Guías de Atención del Parto. El equipo de salud debe estar preparado para realizar reanimación neonatal y posteriormente - en el postparto inmediato - trasladar a la madre y al recién nacido a un Hospital.

#### **TRABAJO DE PARTO CON ALTO RIESGO MATERNO Y PERINATAL (ROJO)**

Tratar según las Normas de Estabilización<sup>19</sup>, COMPENSAR y si no existen las condiciones en el establecimiento de salud, REFERIR a un Hospital de mayor complejidad. Deben preverse los recursos humanos, equipamiento e insumos relacionados a maniobras de reanimación neonatal avanzada y realizar las indicaciones para compensar los signos alterados:

- Posicionar a la madre en decúbito lateral izquierdo, asegurando la permeabilidad de la vía aérea, administrar oxígeno suplementario e hidratación parenteral.
- Tratar la Hipertensión Arterial, según las normas nacionales.
- Si la Edad Gestacional es de 24 a 34 semanas y las membranas están íntegras, iniciar maduración pulmonar con corticoides.
- Indicar la primera dosis de antibiótico, si hay rotura prolongada de membranas, limitar el tacto vaginal y siempre usar guantes estériles.

#### **TRABAJO DE PARTO CON BAJO RIESGO MATERNO Y PERINATAL (AMARILLO)**

Se ejecutarán las acciones siguiendo las Guías de Atención del Parto, desde el primer contacto:

<sup>19</sup> Manual Nacional de Normas de Atención de las Principales Patologías Obstétricas - 1ra Edición- MSPyBS. 2018. Disponible en: <https://paraguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PATOLOGIAS%20WEB.pdf>

- Tranquilizar a la madre y a los familiares: estar atentos ante las necesidades fisiológicas que pueda tener la madre: hidratación oral, ingesta de alimentos livianos, paso a los sanitarios cuando lo desee, deambulación cuando está indicada, adoptar la posición que le sea más cómoda.
- Mantener una comunicación clara y fluida con la madre y los familiares, informando sobre los procedimientos a ser realizados cada vez que sea necesario. Propiciar el acompañamiento - a la madre - de una persona de su confianza durante todo el proceso.
- Mantener las medidas de bioseguridad: lavado de manos, uso de guantes.

A partir del primer período:

- Dar apertura al partograma cuando la madre presenta 4 cm de dilatación; realizar y registrar los controles de acuerdo a la frecuencia establecida en el mismo:

- Si los controles son normales se puede proseguir con el mismo plan de atención.  
 - Cuando los parámetros NO son normales, deben identificarse las complicaciones, registrar el diagnóstico y ajustar el plan de atención según los hallazgos para evaluar la vía de terminación del parto. Si es necesaria la REFERENCIA, debe efectuarse siempre que el parto no sea inminente. Si existen observaciones, éstas deben ser registradas.  
 Transcurrido el período expulsivo - segunda etapa del Trabajo de Parto - tiene lugar el nacimiento del neonato y se debe:

- Realizar los cuidados inmediatos al recién nacido.
- Fomentar el apego precoz con contacto piel a piel al nacer el niño o la niña, realizar el clampeo oportuno del cordón umbilical y el inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora después del parto.
- Registrar, en la hoja del Partograma, los datos del recién nacido: hora de nacimiento, sexo, peso al nacer, Apgar y Capurro y/o Ballard.

Desde el nacimiento del neonato hasta la expulsión de la placenta, transcurre el tercer período, durante el cual existe un potencial riesgo de hemorragia materna. Se plantea realizar el manejo activo del tercer período de trabajo de parto, que consiste en el desarrollo de un esquema de tratamiento profiláctico que incluye drogas uterotónicas, masajes y compresión uterina. Se recomienda:

- Descartar la presencia de un segundo feto, por palpación abdominal.
- Administrar 10 UI de oxitocina por vía intramuscular antes de que transcurra un minuto del nacimiento, o por vía endovenosa, la cual debe ser administrada durante un minuto.
- Aplicar tracción controlada y sostenida del cordón umbilical al aparecer una contracción y realizar una contra tracción uterina suprapúbica hasta la expulsión completa de la placenta y membranas ovulares.
- Controlar la integridad de la placenta y membranas ovulares y registrar los hallazgos.
- Aplicar masajes a nivel del fondo uterino sobre el abdomen después de la expulsión de la placenta hasta que se contraiga.
- Palpar el abdomen cada 15 minutos para confirmar que el útero está contraído y repetir el masaje las veces necesarias durante las 2 primeras horas.
- Controlar el globo de seguridad de Pinard.

## SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL PARTO:

- Alteración de los signos vitales maternos.
- Hemorragias.
- Salida del cordón, mano o pie, antes de la cabeza del feto.
- Alteración de la frecuencia cardíaca fetal.



### EJERCICIO: Caso ANA

## 4. EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR POSIBLES COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO

El período postparto, postnatal o puerperio comienza una vez que ha terminado el alumbramiento y se extiende hasta un año después del parto. Durante este tiempo, se espera que reviertan todos los cambios fisiológicos que se produjeron durante el embarazo, con la sola excepción de los cambios mamarios que se intensificarán para mantener el amamantamiento exitoso.

El puerperio cursa por varias etapas, y en cada una de ellas se deben evaluar factores o situaciones de riesgo para la salud de la madre y su hijo/a:

- Puerperio inmediato se refiere a las primeras 24 horas postparto y su importancia radica en que, durante este período, se inicia el amamantamiento. Por otra parte, pueden producirse complicaciones graves en la madre, especialmente relacionadas con hemorragias.
- Puerperio mediato comprende desde el 2° hasta el 10° día postparto.
- Puerperio alejado abarca desde el 11° al 42° día posterior al nacimiento; es el tiempo de recuperación e involución del útero después del parto.
- Puerperio tardío se extiende más allá del 42° día y no más de 1 año.

El Puerperio Inmediato tiene lugar, durante las primeras dos horas, en la Sala de Parto y posteriormente, si no se detectan signos de alarma, pasarán la madre y el recién nacido a la Sala de Alojamiento Conjunto. En cada sitio se requiere la evaluación conjunta de ambos - la madre y el neonato - después del parto, hasta el alta del establecimiento de salud.

**Para evaluar a la madre, se recomienda la utilización de la Escala de Alerta Precoz del Código Rojo a fin de realizar acciones oportunas, al detectar alguna alteración en los siguientes criterios:**

- **Estado general:** incluye el aspecto, color de la piel y si se encuentra sudorosa.
- **Signos vitales:** Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria, Temperatura, Saturación de oxígeno y Presión Arterial.
- **Respuesta neurológica:** alerta, desorientada o inconsciente.

- **Cantidad de orina:** mayor o menor de 30 cc/ hora en las últimas 6 horas.
- **Proteinuria:** cantidad de proteínas detectadas en orina, evidenciadas por número de cruces (+), (++) (+++) o más.
- **Sangrado vaginal:** abundante, manchado o ausente.
- **Flujo vaginal:** presencia o no de flujo purulento.
- **Presencia de síntomas y signos como:** cefalea y/o alteración visual y/o auditiva, convulsiones y dolor abdominal.

Cada uno de los parámetros se encuentran clasificados en colores, de acuerdo a los signos constatados. Aquellos que se encuentran con COLOR ROJO denotan una situación de peligro y/o gravedad. En el Cuadro de Procedimientos se encuentra la Escala de Alerta Precoz, con los criterios y colores correspondientes a cada situación.

**TABLA 2.5.**

<b>EVALUAR AL BINOMIO MADRE/HIJO EN SALA DE PARTOS</b>	
<b>las 2 primeras horas</b>	
<b>MADRE*</b>	<b>RECIÉN NACIDO**</b>
<b>Identificar signos de alarma con la Escala de Alerta Precoz del Código Rojo*** Evaluar cada 15 minutos</b>	<b>1er. Período de Reactividad en la primera hora de vida Evaluar cada 15 minutos</b>
1- Control de signos vitales: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frecuencia Cardíaca</li> <li>- Frecuencia Respiratoria</li> <li>- Saturación de oxígeno</li> <li>- Presión Arterial</li> <li>- Temperatura</li> </ul> 2. Evaluar si el útero está duro y con globo de seguridad de Pinard. Vigilar la cantidad de sangrado (retención de placenta, restos placentarios).           3. Evaluar la presencia o no de loquios fétidos.           4. Control del canal del parto y reparación de desgarros.           5. Contacto piel a piel y lactancia materna exclusiva.           6. Pasadas las 2 horas trasladar a la madre a Sala de Alojamiento Conjunto con el RN, si no se detectan signos de alarma.           7. En caso de identificar signos de alarma se activará el Código Rojo.	1. Control de signos vitales: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frecuencia Cardíaca.</li> <li>- Frecuencia Respiratoria.</li> <li>- Saturación de oxígeno.</li> <li>- Temperatura.</li> </ul> 2. Verificar ligadura de cordón umbilical: vigilar que no haya sangrados.           3. Evaluar actividad motora y tono muscular. El llanto debe ser vigoroso. Aspirar secreciones de boca y nariz solo si es necesario.           4. Baño indicado en caso de fetidez de líquido amniótico, sospecha de amnionitis, RN de madres con VIH y contaminación con materia fecal materna.           5. Contacto piel a piel y lactancia materna exclusiva.           6. En caso de identificar signos de alarma se activará el Código Rojo.

Fuente: \* Manual Nacional Normas de Cuidados Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio, Seguros e Inclusivos. 2da Edición. MSPBS. Año: 2022. \*\*Manual de Atención Neonatal 2da. Edición. MSPBS. 2016. \*\*\*Código Rojo Obstétrico Neonatal. Manejo de las principales causas de Emergencias Obstétricas y Reanimación Neonatal en Sala de Partos. MSPBS. 2018.

En el capítulo correspondiente a la atención del niño y la niña menor de 2 meses de edad, se desarrollará con más detalles los cuidados que requiere el recién nacido; pero, es recomendable que la evaluación del binomio madre – hijo se realice siempre de manera conjunta y por un mismo profesional de la salud.

**TABLA 2.6.**

<b>EVALUAR AL BINOMIO MADRE/HIJO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO</b>	
<b>Desde las 2 horas hasta el alta</b>	
<b>MADRE*</b>	<b>RECIÉN NACIDO**</b>
Identificar signos de alarma con la Escala de Alerta Precoz***: <b>Evaluar cada 6 horas</b>	Durante el segundo periodo de reactividad (hasta las 12 horas de vida) <b>evaluar cada 3 horas</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Control de signos vitales:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frecuencia Cardíaca</li> <li>- Frecuencia Respiratoria</li> <li>- Saturación de oxígeno</li> <li>- Presión Arterial</li> <li>- Temperatura</li> </ul> </li> <li>2. Evaluar si el útero está duro y con globo de seguridad de Pinard: vigilar la cantidad de sangrado genital.</li> <li>3. Vigilar la salida y características de los loquios.</li> <li>4. Control de alteraciones vulvoperineales: hemorroides, retención urinaria, edemas, hematomas y várices.</li> <li>5. En madres con cirugía (cesárea): control de herida operatoria, control de diuresis.</li> <li>6. Control de miembros inferiores.</li> <li>7. Hábitos fisiológicos e higiene materna y perineal.</li> <li>8. Contacto piel a piel y lactancia materna exclusiva.</li> <li>9. Evaluar el estado emocional. (Ver Escala de Edimburgo).</li> <li>10. Verificar resultados de: VDRL, Test de VIH y Hepatitis B.</li> </ol>	<p><b>Posterior a las 12 horas de vida y hasta el alta evaluar cada 6 horas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Control de signos vitales:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frecuencia Cardíaca</li> <li>- Frecuencia Respiratoria</li> <li>- Saturación de oxígeno</li> <li>- Temperatura.</li> </ul> </li> <li>2. Cuidados del cordón umbilical.</li> <li>3. Control de la higiene del RN: cambio de pañales e higiene por áreas sin inmersión.</li> <li>4. Control de hábitos fisiológicos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyar la lactancia materna exclusiva: utilizar el instrumento de observación de la mamada, enseñar a la madre a identificar las señales de hambre.</li> <li>- Diuresis: emite orina en las primeras 24 horas (90%)</li> <li>- Heces: elimina meconio en las primeras 24 a 48 horas.</li> </ul> </li> <li>5. Examen físico y neurológico completo, cada 24 horas, incluyendo:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peso diario.</li> <li>- Color de la piel: vigilar si aparece cianosis o ictericia en las primeras 24 horas de vida.</li> <li>- Realizar el tamizaje neonatal (test del piecito, búsqueda del reflejo rojo, otoemisiones acústicas, test del corazoncito)</li> </ul> </li> <li>6. Vacunación BCG</li> </ol>

Fuente: \*Manual Nacional Normas de Cuidados Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio, Seguros e Inclusivos. 2da Edición. MSPBS. Año: 2022

\*\*Manual de Atención Neonatal 2da. Edición. MSPBS. 2016.

\*\*\*Código Rojo Obstétrico Neonatal. Manejo de las principales causas de Emergencias Obstétricas y Reanimación Neonatal en Sala de Partos. MSPBS. 2018.



## 4.1. EVALUAR A LA MADRE DURANTE EL PUERPERIO: PREGUNTE:

### • ¿Tuvo fiebre o escalofríos?

En cualquiera de los períodos del puerperio o etapa postnatal se debe verificar la temperatura. La presencia de fiebre o el hallazgo de hipotermia, son señales de alarma.

### • ¿Sintió dolor de cabeza, visión borrosa, zumbido de oído? ¿Tuvo convulsiones (ataques)?

Se espera que - en todo momento - la mujer en su etapa postnatal se encuentre tranquila, consciente. En caso de presentar dolor de cabeza, visión borrosa, zumbido de oído o convulsiones (ataques) se debe prestar atención urgente e investigar posibles causas.

### • ¿Tiene sangrado abundante por vagina, salida de líquidos fétidos o dolor abdominal intenso?

Los loquios son las secreciones vaginales normales que se expulsan habitualmente por 4 a 6 semanas durante el puerperio. Esta secreción contiene sangre, moco y tejido placentario. Es necesario controlar la cantidad, aspecto, composición y olor de los loquios. La Hemorragia Posparto (HPP) se define como la pérdida de sangre mayor de 500 ml luego de un parto vaginal o mayor de 1000 ml después de una cesárea. La HPP masiva está definida como el sangrado mayor a 1000 ml en las primeras 24 horas. Con el fin de establecer medidas más objetivas se ha propuesto la definición de HPP masiva, ante un descenso mayor o igual al 10% del Hematocrito o si el sangrado se asocia a inestabilidad hemodinámica.

La hemorragia posparto se clasifica como temprana o tardía. La hemorragia temprana es la que se presenta durante las primeras 24 horas del puerperio, generalmente en las 2 primeras horas, siendo la más frecuente y grave; las causas son atonía uterina retención de restos placentarios, anormalidades placentarias y laceraciones del tracto genital. La hemorragia tardía es la que ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas del posparto y las causas más comunes son retención de restos placentarios, infecciones, laceraciones y la enfermedad trofoblástica<sup>20</sup>.

### • ¿Qué medicamentos está tomando?

Es probable que la madre se encuentre con alguna enfermedad previa y deba recibir alguna medicación indicada para el efecto o que la haya ingerido ocasionalmente. En general son muy pocos los medicamentos contraindicados durante la lactancia materna. Es recomendable consultar al sitio e-lactancia.org que contiene información sobre los medicamentos recomendados o no, en esta etapa.

<sup>20</sup> Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Montevideo: CLAP/SMR; 2012. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1594). Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51030/9789275317204-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

### • **¿Cómo se siente?**

Un entorno saludable y armónico es fundamental para la mujer y el recién nacido por lo que es aconsejable estar atentos para detectar cualquier alteración.

A pesar de que aparentemente todo esté evolucionando normalmente es posible que, durante el período postnatal, se presenten signos de depresión post parto. Se debe prestar atención ante la presencia de tristeza, llanto frecuente o fácil por parte de la madre. Se recomienda utilizar la herramienta de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y consultar las normas de la Dirección de Salud Mental del MSPBS.

Cualquier sospecha de violencia intrafamiliar debe ser notificada de manera urgente conforme al Manual de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Sexual, y de Género en el sistema de salud. MSPBS. 2da. Edición 2021. Disponible en:

file:///C:/Users/USER/Downloads/Manual-de-Violencia\_WEB.pdf

Ya que implica una situación de riesgo tanto para la madre como para su niño o niña y otros miembros de la familia.

### • **¿Cómo está mamando su bebé?**

El puerperio es una etapa fundamental y muy sensible, en la que el recién nacido y su madre inician cambios fisiológicos que tienen implicancias en la salud del binomio madre/hijo. Ambos necesitan crear un vínculo afectivo que favorezca el crecimiento, neurodesarrollo y salud psicológica del niño o la niña, junto con la satisfacción y salud de la madre. El profesional de salud debe tratar de identificar la existencia de problemas en relación a la madre o al neonato.

La madre debe sentir el apoyo del entorno familiar durante el cuidado de su hijo recién nacido y cumplir con el desarrollo de todos sus roles, recibiendo buen trato, afecto y la ayuda necesaria. Un ambiente positivo estimula la producción hormonal que favorece la instalación de la lactancia. La mujer debe sentirse cómoda y relajada en su nuevo rol. La lactancia materna debe ser agradable, no dolorosa y la madre debe aprender a interpretar las señales del recién nacido para responder a la demanda.

El neonato inicia el proceso de adaptación al nuevo medio ambiente en el que vive y empiezan a manifestarse nuevas sensaciones tales como el hambre que le impulsan a la búsqueda de alimento. Los signos precoces de hambre son, entre otros: incremento de los movimientos oculares, succión de la mano u otro objeto, abre la boca, estira la lengua y gira la cabeza buscando el pecho de su madre. Para mayor información ver el Curso de Lactancia Materna para profesionales del área materno infantil del MSPBS disponible en la Intranet del MSPBS.



**En todas las madres, durante el postparto OBSERVE:**

### • **Palidez cutánea**

Se espera que tanto la cara, como la piel y las mucosas estén rosadas. Si la mujer presenta palidez de piel y mucosas (mirar las conjuntivas), puede que haya empeorado una anemia previa, o que existan hemorragias en esta etapa. En algunas ocasiones puede ser manifestación de hipotensión o hipoglicemia.

### • Estado de los senos y pezones

Las grietas del pezón son el resultado del mal agarre y no son causadas por la lactancia frecuente. Los pezones pueden agrietarse desde los primeros días, por lo que es importante examinarlos e indicar buenas técnicas de amamantamiento para prevenir su aparición. Es importante examinar los senos para determinar la presencia de cambios en la coloración de la piel, la turgencia de los mismos o cualquier otro signo visible que denote alguna alteración.

### • Técnica de amamantamiento y bajada de la leche

En primer lugar, es importante incentivar la realización del “apego o contacto precoz” del recién nacido con la madre y el inicio de la lactancia materna durante la primera hora del nacimiento. Posteriormente debe mantenerse al neonato en Alojamiento Conjunto con su madre, sin separarlos, alentando a la puérpera a dar de mamar a su hijo/a cada vez que el niño o niña lo desee. Se debe ayudar a lograr una lactancia materna exitosa, enseñando buenas técnicas de agarre y posición para el amamantamiento. Se recomienda utilizar el instrumento de Evaluación de la mamada (que se explica en el siguiente capítulo) a fin de realizar las correcciones correspondientes sobre las situaciones problemáticas identificadas.

### • Estado de ánimo

Se debe tener presente que en esta etapa, la mujer se encuentra en una etapa de adaptación con cambios hormonales, físicos y psicológicos para el nuevo rol que debe desempeñar. Existe la posibilidad de que ella no reciba apoyo en su entorno familiar o que presente síntomas de depresión del postparto. La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo<sup>21</sup>, es el instrumento recomendado para la evaluación.

## **DETERMINE:**

### • Signos vitales

En el postparto se aplica la **Escala de Alerta Precoz** del Código Rojo<sup>22</sup>:

- Temperatura

La temperatura corporal normal debe encontrarse entre 36°C y 37,5 °C. Cuando presenta fiebre, se debe pensar en infección y requerirá de estudios y tratamiento adecuado. Otros signos de infección son: escalofríos a repetición, malestar general, dolor abdominal, taquicardia y loquios fétidos.

- Frecuencia Cardíaca

Se considera taquicardia por encima de 100 latidos por minuto y bradicardia por debajo de 60 latidos por minuto. La presencia de taquicardia puede ser debido a un proceso infeccioso y/o alteración hemodinámica.

21 Escala de Depresión Postparto de Edimburgh. British Journal of Psychiatry. Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky. Disponible en: [https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale\\_sp.pdf](https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf).

22 Escala de Alerta Precoz. Código Rojo Obstétrico y Neonatal. Manejo de las Principales Causas de Emergencias Obstétricas y Reanimación Neonatal en Sala de Partos. MSPBS. 2018. Disponible en: <https://bvs.org.py/wp-content/uploads/2019/07/4.-Gu%C3%ADa-de-C%C3%B3digo-Rojo-Materno-Neonatal.-Manejo-de-las-Principales-Causas-de-Emergencias-Obst%C3%A9tricas-y-Reanimaci%C3%B3n-Neonatal-en-Sala-de-Partos-2018-1.pdf>

#### - Frecuencia Respiratoria

El estado puerperal no debe alterar la dinámica ni la Frecuencia Respiratoria (FR). Se considera una FR normal entre 12 a 19 respiraciones por minuto.

#### - Presión Arterial

Los valores de la presión arterial deben ser iguales o similares a los que la mujer presentaba antes del embarazo. Si presenta presión arterial elevada, definida como una presión diastólica de 90 mm Hg o más, puede ser debido a varias situaciones clínicas que reciben sus correspondientes denominaciones y conductas.

#### ● **Llenado capilar**

Para evaluar el llenado capilar, con el dedo del examinador, se ejercerá presión firme por unos segundos sobre el pulpejo de los dedos de las manos o pies de la madre, que deben estar posicionados sobre el nivel del corazón para evitar confusión con el llenado venoso. Posteriormente al soltar la presión, se observará el tiempo que la piel tarda en recuperar el color rosado. Si la piel presionada tarda más de 2 segundos en recuperar su color significa que hay llenado capilar lento, que puede indicar insuficiencia circulatoria y es manifestación de gravedad.

#### ● **Altura, consistencia y sensibilidad del útero**

En las primeras 24 horas debe ocurrir la retracción del útero (globo de seguridad de Pinard). El fondo del útero no debe sobrepasar la cicatriz umbilical, la consistencia se palpa firme – elástica, y debe ser indoloro a la palpación. La madre puede percibir dolores abdominales cuando el bebé se prende al pecho y esto se denomina entuertos. Si el útero está blando, sin globo de seguridad existe el riesgo de una atonía uterina, que se manifiesta por hemorragia genital abundante; la madre puede desangrarse en poco tiempo y fallecer.

#### ● **Retención de placenta**

La retención de placenta puede prevenirse en gran medida utilizando Manejo Activo del Alumbramiento en el 100% de los nacimientos. En ausencia de hemorragia, y si no se produce el alumbramiento o expulsión de la placenta - luego de esperar 30 minutos - se habla de retención placentaria, la cual puede ser TOTAL cuando la totalidad de la placenta persiste adherida al útero o PARCIAL cuando quedan retenidos uno o más restos placentarios. Esta situación es causa de hemorragias. Al producirse el alumbramiento, se debe verificar que la placenta está completa.

#### ● **Estado del periné y suturas (si hubiera)**

Se examina el estado del periné buscando signos de inflamación o cualquier otro signo que oriente sobre la presencia de alteraciones, como por ejemplo la visualización de un hematoma en la vulva. Así mismo deben verificarse las suturas a ese nivel si hubo episiotomía o desgarró perineal y en caso de cesárea, se inspeccionará la herida operatoria evaluando las características.

## VERIFIQUE:

**Serología:** para Sífilis, Test de VIH y Hepatitis B.

**Carnet** de vacunaciones de la madre.

### 4.2. CLASIFICAR POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE EL PUERPERIO PUERPERIO CON COMPLICACIONES GRAVES (ROJO)

Cuando la madre presenta uno o más de los siguientes criterios, durante el puerperio:

Alteración de uno de los signos de la Escala de Alerta Precoz.

Signos de alteración hemodinámica: taquicardia, hipotensión, piel fría y llenado capilar mayor a 2 segundos, letargia.

Dificultad para respirar.

Fiebre.

Eclampsia o Preeclampsia severa: Cefalea intensa, visión borrosa, zumbido de oído, convulsiones (ataques).

Dolor abdominal intenso.

Retención placentaria.

Sangrado abundante por vagina.

Hemorragia por desgarro perineal o vulvar.

Salida de loquios con olor fétido.

### PUERPERIO CON COMPLICACIONES (AMARILLO)

Se clasifica en esta categoría cuando presenta uno o más de los siguientes signos:

Palidez de piel y mucosas (ver conjuntivas).

Suturas (si hubiera) con signos de infección en periné o cesárea.

Tristeza o llanto fácil.

Violencia intrafamiliar.

Hipertensión arterial: PA: sistólica de 140 o más, diastólica igual a 90 mm Hg o más; pero menos de 160/ 110 mm Hg, respectivamente.

Senos dolorosos, pezones agrietados u otras alteraciones.

VIH, Sífilis u otras enfermedades sin tratamiento.

### PUERPERIO SIN COMPLICACIONES (VERDE)

Si la mujer no presenta ninguno de los criterios antes citados, se clasifica como PUERPERIO SIN COMPLICACIONES.

### 4.3. TRATAR LAS COMPLICACIONES DURANTE EL PUERPERIO

Se debe proceder al tratamiento de las complicaciones durante el puerperio de acuerdo a las Normas Nacionales, establecidas en el Manual Nacional de Normas de Atención de las Principales Patologías Obstétricas. 1ª. Edición. MSPBS. 2018

## PUERPERIO CON COMPLICACIONES GRAVES (ROJO)

Las madres clasificadas en la fila roja, requieren de atención especializada y si el establecimiento de salud no cuenta con los recursos necesarios se debe COMPENSAR Y REFERIR A UN HOSPITAL con la complejidad necesaria. Se recomienda la aplicación de La Guía del Código Rojo Obstétrico Neonatal.

## PUERPERIO CON COMPLICACIONES (AMARILLO)

Las Normas Nacionales establecen:

- Indicar tratamiento de las enfermedades identificadas.
- Tratar la Hipertensión Arterial.
- Iniciar antibióticos si hay signos de infección de las suturas del periné o cesárea y realizar las curaciones.
- Atención multidisciplinaria para el abordaje de la depresión postparto.
- Comunicar a las entidades destinadas a la protección de la mujer y del niño o la niña en caso de violencia intrafamiliar. Ver Protocolo del MSPBS<sup>23</sup>.
- Recomendar una alimentación saludable y nutritiva rica en hierro, fibra y abundantes líquidos. Continuar administrando hierro.
- Evaluar técnica de la lactancia materna con el Instrumento de Evaluación de la mamá. Realizar las orientaciones precisas sobre los puntos problemáticos identificados, apoyando el amamantamiento exclusivo y ofreciendo ayuda práctica necesaria.
- Recomendar sobre la higiene personal y el aseo perineal.
- Orientar sobre los signos generales de peligro de la madre y/o del recién nacido. Indicar cuándo volver de urgencia en forma inmediata.
- Indicar cuándo volver a consulta de seguimiento.

TABLA 2.7.

CONSULTA POSTNATAL DE SEGUIMIENTO POR PROBLEMAS PUERPERALES	
Si el problema fue:	Consulta de seguimiento en:
- Infección o dolor perineal	- 2 días
- Hipertensión arterial	- 1 semana
- Anemia	- 2 semanas
- Dificultad para la lactancia	- 2 días
<b>CONDUCTA:</b>	
- Si hay mejoría: completar el tratamiento	
- Si se encuentra igual o ha empeorado: Referir a un Hospital.	

<sup>23</sup> Manual de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Sexual y de Género en el sistema de salud. MSPBS.2da Edición 2021. Disponible en: file:///C:/Users/USER/Downloads/Manual-de-Violencia\_WEB.pdf

## PUERPERIO SIN COMPLICACIONES (VERDE)

La Sala de Alojamiento Conjunto de la madre con el recién nacido debe mantenerse a una temperatura ambiental entre 26 °C y 28°C, y/o abrigar a la madre y al niño o la niña según temperatura ambiental.

El alta del establecimiento de salud del binomio, no debe ser indicado antes de las 48 horas para si el parto fue vía vaginal y debe ser indicado entre las 48 a 72 horas si el parto fue vía cesárea. Los criterios de alta para la madre, establecidos en el Manual Nacional de Normas de Cuidados Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio seguros e inclusivos, son:

- Signos vitales dentro de rango normal.
- Ausencia de hemorragias.
- Sin síntomas de infección puerperal.

### Se realizarán las siguientes recomendaciones al alta:

- Mantener la habitación donde residirán la madre y el neonato con temperatura ambiental entre 26°C y 28°C; y/o abrigarlos, según temperatura ambiente.
- Evaluar y orientar para la lactancia materna exclusiva. Solicitar apoyo familiar.
- Alentar a la madre a practicar hábitos saludables:
  - Alimentación saludable, según Guías Alimentarias del Paraguay, rica en hierro, fibras y tomar abundantes líquidos.
  - Ingesta de hierro según normas nacionales.
  - Descanso apropiado y evitar levantar cosas pesadas.
  - Caminar para facilitar la evacuación de los loquios (sangrado).
  - Aseo personal y la higiene perineal con agua tibia. Orientar sobre la necesidad de contar con paños higiénicos (paños limpios) para su sangrado genital. Es necesario recomendar baño de ducha (regadera) y no de inmersión, lavado externo de la región vulvoperineal con agua tibia y jabón, 2 veces al día. Se aconseja no realizar lavados ni duchas vaginales, ni usar algodón como apósitos.
- Orientar sobre Planificación familiar y espaciamiento intergenésico.
- Cuidados en el hogar y vacunas del recién nacido.
- Enseñar los signos de alarma en la madre y/o del recién nacido, que indican cuándo volver de inmediato.
- Evaluar e indicar las vacunas a la madre
- Citarle para control de su recién nacido a las 48 horas pos alta y luego a los 8 días para la evaluación de ambos (madre-hijo).

## VACUNAS PARA LA MADRE ANTES DEL ALTA

En caso de portar el carnet de vacunas, se completarán las dosis necesarias de acuerdo al esquema recomendado por el PAI. Si se desconoce el estado de inmunización, debe iniciar el esquema con:

- una dosis de Tdpa (vacuna contra Tétanos, difteria y pertusis acelular);
- SR (vacuna contra sarampión y rubéola) la primera dosis antes del alta y la segunda dosis al mes de la primera;

- vacuna antigripal una dosis anual estacional, cuando está disponible;
- la dosis correspondiente para SARS CoV 2, según recomendaciones;
- otras vacunas recomendadas por el esquema del PAI, según la edad.

<b>SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL PUERPERIO</b> <b>Debe volver de inmediato si tiene uno o más de los siguientes signos:</b>	
LA MADRE*	EL RECIÉN NACIDO**
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiebre</li> <li>- Sangrado vaginal abundante.</li> <li>- Salida de loquios fétidos.</li> <li>- Dolor abdominal intenso.</li> <li>- Dolor de cabeza fuerte.</li> <li>- Convulsiones (ataques).</li> <li>- Tristeza o llanto fácil.</li> <li>- Ardor o dolor al orinar.</li> <li>- Hinchazón y dolor de mamas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiebre: T°: mayor de 37, 5 °C o hipotermia T°: menor a 36,5°C.</li> <li>- Convulsiones o ataques.</li> <li>- Letargia o inconsciencia, se le ve mal o está con llanto débil o flaccidez.</li> <li>- Irritabilidad que no se debe a hambre, calor ni falta de higiene. No se calma en brazos de la madre</li> <li>- Rechazo para tomar el pecho, no puede beber o vomita todo.</li> <li>- Dificultad para respirar: aumento del esfuerzo o frecuencia respiratoria, 60 respiraciones por minuto o más</li> <li>- Cambios en el color de la piel: palidez intensa, cianosis generalizada (se pone azulado), piel amarillenta (ictericia)</li> <li>- Problemas en el cordón umbilical: sangrado activo, secreción amarillenta, olor desagradable, enrojecimiento que se extiende a la piel que le rodea o falta de caída más allá de los 15 días.</li> <li>- Manifestaciones de sangrado.</li> <li>- Rash o lesiones vesiculares, pustulosas o ampollares en piel: numerosas y extensas.</li> <li>- Diarrea con gleras y/o sangre en heces</li> <li>- Diuresis disminuida: cambio de pañales menor a 4 veces en 24 horas.</li> <li>- Distensión abdominal o falta de eliminación de heces en 48 horas.</li> <li>- Edema en miembros o en la cara</li> </ul>

Fuente: \* Manual Nacional Normas de Cuidados Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio, Seguros e Inclusivos. 2da Edición. MSPBS. Año: 2019. \*\*Manual de Atención Neonatal 2da. Edición. MSPBS. 2016.

Todos los hallazgos, tratamiento y procedimientos deben ser registrados en la Historia clínica de la madre. Los documentos para el alta, deben ser completados y entregados a la madre o la persona de su confianza.



### EJERCICIO: Caso ROSITA

# CAPÍTULO 3

## ATENCIÓN AL NIÑO O A LA NIÑA MENOR DE 2 MESES DE EDAD

### PARTE I

*El abordaje de atención integral al niño o a la niña, es fundamental desde los primeros minutos de vida. En este capítulo, nos referiremos a los cuidados del Recién Nacido (RN) desde el momento del nacimiento hasta sus primeros días, se orientará sobre la evaluación inicial, los pasos a seguir si requieren maniobras de reanimación y se definirá quienes podrán permanecer con sus madres en Alojamiento Conjunto. Se detallarán, además, los procedimientos que deberían ser realizados en cada una de estas circunstancias.*

### EL NEONATO EN SUS PRIMEROS DÍAS

Los profesionales de la salud y la familia tienen como objetivo común el nacimiento de un recién nacido de término sano. Este desenlace depende de múltiples factores tales como; el código genético, el estado de salud de la madre previo a la gestación y las condiciones en las cuales se desarrolla el embarazo y el parto.

Durante el embarazo, trabajo de parto y parto pueden acontecer eventos que alteren la salud materna y/o fetal. Al nacer el neonato sufre un conjunto de modificaciones hemodinámicas, respiratorias, de termorregulación, entre otras, de cuyo éxito depende fundamentalmente la adecuada transición de la vida intrauterina a la vida en el ambiente exterior. El sistema de salud debe estar preparado para dar respuestas efectivas en cada caso, con el fin de lograr el objetivo deseado.

### 1. PREPARACIÓN ANTES DEL NACIMIENTO

Así como la madre y la familia deben prepararse debidamente para el nacimiento del nuevo integrante del hogar, el establecimiento de salud donde tendrá lugar el parto y la atención al recién nacido, requiere de preparación con recursos humanos, equipamiento, insumos e infraestructura necesarios para la asistencia adecuada al binomio madre/hijo. La capacitación permanente permite al equipo de salud, estar preparado para evaluar y clasificar las situaciones clínicas que se presenten y decidir la conducta correcta. Por otra parte, es necesario dotar a los establecimientos de salud de salas apropiadas, sistemas de aspiración y de oxigenación, equipos en buen estado (servocuna o cuna radiante), así como mantener la cantidad de insumos necesarios para la recepción del recién nacido y el número suficiente de recursos humanos.

El profesional de salud debe verificar al inicio de su jornada laboral y antes de cada parto, la disponibilidad de los insumos y el funcionamiento de los equipos, a fin de que todo se encuentre en óptimas condiciones para una atención de calidad. En la tabla 3.1. se ofrece un listado básico de elementos necesarios para la atención al recién nacido.

TABLA 3.1.

<b>EQUIPOS E INSUMOS PARA LA REANIMACIÓN NEONATAL</b>	
<b>EQUIPO PARA:</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>PROPORCIONAR CALOR SECAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fuente de calor (servocuna o cuna radiante).</li> <li>• 2 o más compresas o toallas limpias tibias y secas.</li> <li>• Gorro de algodón.</li> <li>• Bolsa o envoltura de plástico estéril (&lt;32 semanas)</li> <li>• Medias de algodón.</li> </ul>
<b>LIMPIAR LAS VIAS AEREAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perita de goma.</li> <li>• Catéter de aspiración de: 6 - 8 - 10 - 12 F.</li> <li>• Vacío central o portátil (manómetro en 80 – 100 mm Hg)</li> <li>• Adaptador para aspirar meconio</li> </ul>
<b>AUSCULTAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estetoscopio pediátrico</li> </ul>
<b>VENTILAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flujómetro (con capacidad hasta en 10 lt/ min)</li> <li>• Bolsa autoinflable tamaño neonatal (con válvula de PEEP)</li> <li>• Máscara de reanimación de diferentes tamaños para RN</li> <li>• Sonda gástrica 8 F</li> <li>• Jeringa de 10 o 20 ml</li> </ul>
<b>OXIGENAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fuente de O2. Fuente de aire medicinal (aire comprimido)</li> <li>• Equipo para dar O2 a flujo libre</li> <li>• Mezclador o Blender</li> <li>• Saturómetro con sensor tamaño neonatal</li> <li>• Tabla de objetivo de saturación acorde a los minutos de vida</li> </ul>
<b>INTUBAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laringoscopio con hojas tamaños 0 y 1 (opcional tamaño 00)</li> <li>• Estilete o tutor (opcional)</li> <li>• Tubo endotraqueal (tamaños 2.5, 3, 3.5)</li> <li>• Esparadrapo para fijar TET</li> <li>• Cinta métrica</li> <li>• Tijeras</li> <li>• Máscara laríngea (tamaño 1)</li> <li>• Jeringa de 5 ml</li> </ul>
<b>ADMINISTRAR MEDICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Catéter umbilical venoso (3,5 y 5 F)</li> <li>• Ampollas de adrenalina 1:1.000</li> <li>• Suero fisiológico 0,9%</li> <li>• Jeringas de 1, 3, 5, 10 y 60 ml.</li> <li>• Llave de 3 vías</li> </ul>
<b>PROTECCIÓN PERSONAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipos de protección personal: tapabocas N95, bata, antiparra</li> </ul>
<b>OTROS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guantes estériles y de procedimiento</li> <li>• Compresas y gasas estériles</li> <li>• Solución antiséptica: clorhidrato de clorhexidina al 0,5 % y al 1 %, alcohol rectificado al 70%.</li> <li>• Clamp o cinta umbilical</li> <li>• Reloj con segundero</li> <li>• Cinta o pulsera para identificar al RN</li> </ul>

Fuente: Libro de Texto para la reanimación Neonatal 8º edición 2022 AHA

Como paso importante para la anticipación es fundamental una comunicación eficaz, con el equipo obstétrico para obtener los datos maternos que permitan prever cualquier situación que pueda presentarse y registrarlos en la Historia Clínica Neonatal.

Antes de cada parto se deben revisar los factores de riesgo existentes antes y durante el parto. Luego de evaluar los factores de riesgo utilizando las preguntas prenatales, el equipo que brindará atención al recién nacido debe intercambiar información, designar roles y funciones y verificar los equipos e insumos.

El esquema siguiente recuerda algunos datos imprescindibles en la Historia Clínica Neonatal.

**TABLA 3.2.**

<b>DATOS IMPRESCINDIBLES EN LA HISTORIA CLÍNICA NEONATAL</b>	
Datos de filiación de la madre y del padre	Nombres, apellidos, edad, N° de C.I., domicilio, escolaridad, ocupación, estado civil de los padres
Identificación	N° de Ficha Clínica o expediente de la madre e hijo (según instructivos del MSP y BS), fecha, hora y lugar de nacimiento, sexo, nombre del RN y apellidos.
Antecedentes maternos	N° de gesta, parto, aborto, (causas de aborto), o cesáreas anteriores, (motivo de las cesáreas anteriores). Antecedentes de enfermedades previas al embarazo y propias de éste, (bacteriuria), tratamientos recibidos durante este embarazo, hijos fallecidos en el primer mes de vida, (causa del fallecimiento). Hijos con peso mayor a 4500 gramos o con bajo peso de nacimiento o con malformaciones, consumo de bebidas alcohólicas, drogas, o cigarrillos durante este embarazo, (exposición a tóxicos). Número y lugar de los controles prenatales.
Estudios: - De Laboratorio - De Imágenes - Monitoreo	Grupo sanguíneo. Factor Rh. Serología para Sífilis, VIH/Sida, Chagas, Hepatitis B, Toxoplasmosis, otros, (fechas y titulación de serología, tratamiento recibido). Hallazgos de interés en las ecografías y monitoreo. Cultivo vaginal y rectal para <i>Estreptococo Agalactiae</i> (grupo B). Orina simple y cultivo.
Antecedentes del parto	Edad Gestacional (EG) por FUM y ecografías (consignar trimestre). Tiempo de rotura de membrana (en horas o días). Características del líquido amniótico. Tipo de parto (discriminar la indicación si fuese cesárea). Presentación, complicaciones. Fármacos recibidos durante el parto.
Datos para Riesgo de Infección Ovular	Fiebre materna pre, intra o post-parto. Bolsa rota mayor de 18 horas. Tratamiento recibido, tiempo, dosis. Infección urinaria en el último mes de embarazo. Bacteriuria. Trabajo de parto prematuro o rotura prematura de membrana sin causa que lo justifique.

Fuente: Manual de Atención Neonatal 2da. Edición. MSPBS. 2016

Tener presente que en cada parto debe estar presente al menos un profesional de la salud capacitado en reanimación neonatal, cuya única función sea la atención del recién nacido y tenga las destrezas para iniciar una ventilación a presión positiva eficaz.

Si existe al menos un factor de riesgo detectado, deben estar presentes en sala de parto dos profesionales de la salud con conocimientos, habilidades y destrezas en reanimación neonatal.

Existen factores de riesgo antes y durante el parto, que deben ser valorados en todos los casos, ya que aumentan la probabilidad de reanimación neonatal. En la siguiente tabla se enumeran aquellos factores de riesgo más frecuentes.

**TABLA 3.3.**

<b>FACTORES DE RIESGO PERINATAL QUE AUMENTAN LA PROBABILIDAD DE REANIMACIÓN NEONATAL</b>	
<b>ANTES DEL PARTO</b>	
Edad gestacional menor a 37 semanas Edad gestacional mayor de 41 semanas Preeclampsia o Eclampsia Hipertensión materna, Embarazo múltiple Anemia fetal Polihidramnios	Oligohidramnios Hidropesía fetal Macrosomía fetal Restricción del crecimiento intrauterino Defectos congénitos mayores Sin atención prenatal
<b>DURANTE EL PARTO</b>	
Parto por cesárea de emergencia Parto asistido con fórceps o ventosas Presentación de nalgas u otra presentación anormal Bradicardia fetal Anestesia general a la madre Terapia materna con magnesio Desprendimiento de placenta	Hemorragia durante el parto Corioamnionitis Administración de narcóticos a la madre dentro de las 4 horas previas al parto Distocia de hombros Líquido amniótico teñido con meconio Cordón umbilical prolapsado

Fuente: Neonatal Resuscitation. 8va. Edition. Academia Americana de Pediatría. Asociación Americana del Corazón.

¿Por qué los recién nacidos prematuros son de mayor riesgo?

Los niños y las niñas que nacen antes de las 37 semanas de gestación, tienen características anatómicas y fisiológicas que los hacen diferentes de los neonatos de término. Algunas de estas características son:

- Los pulmones son deficientes en surfactante y, por lo tanto, más difíciles de ventilar.

- La piel delgada y permeable, una superficie corporal más extensa y muy poco tejido graso subcutáneo, les hacen más susceptibles para perder calor.
- Son más propensos a padecer una infección.
- El cerebro tiene mucha fragilidad capilar y puede sangrar muy fácilmente durante los períodos de estrés.

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

## 2. EVALUAR AL NIÑO O LA NIÑA AL NACER

En el primer minuto del recién nacido (MINUTO DE ORO) se realizan evaluaciones e intervenciones de vital importancia con implicancias para toda la vida. La mayor parte de los recién nacidos tendrán una buena adaptación al nuevo ambiente y podrán permanecer junto a sus madres, pero algunos de ellos necesitarán de soporte y tratamiento adicional en forma rápida y eficiente.

### FLUJOGRAMA DE REANIMACIÓN NEONATAL

El instrumento a ser utilizado para la atención inmediata del recién nacido, en sala de partos es el diagrama de flujo o flujograma de reanimación neonatal, que describe los pasos a seguir para evaluar al recién nacido y proceder a la reanimación de ser necesario.

Se encuentra dividida en 5 bloques que describen las secuencias de evaluaciones (hexágonos) y acciones (rectángulos) que deben seguirse.

Las recomendaciones realizadas en este apartado están basadas en la 8<sup>a</sup>. Edición de Neonatal Resuscitation de la Academia Americana de Pediatría (AAP) y American Heart Association (AHA)<sup>24</sup>.

### EVALUACIÓN INICIAL RÁPIDA

En el momento del nacimiento, se realizan 3 preguntas claves para la evaluación inicial rápida del recién nacido:

- ¿Es una gestación de término?;
- ¿Tiene el RN buen tono?; y
- ¿Respira o llora?
- ¿Nació de Término?

Los recién nacidos que nacen antes de las 37 semanas tienen mayor riesgo de complicaciones y podrían requerir con mayor frecuencia reanimación urgente.

<sup>24</sup> Publicado por la Academia Americana de Pediatría en Pediatrics. Parte 5. Reanimación Neonatal 2020. Asociación Americana del Corazón. Reanimación cardiopulmonar y Cuidado Cardiovascular de Emergencias. DOI: 10.1542/peds.2020-038505E

- **¿Tiene buen tono muscular?**

La evaluación del tono se realiza teniendo en cuenta el ángulo de flexión de los miembros (brazos y piernas). La pérdida de tono muscular o flacidez se observa en los RN con una condición grave al nacer.

- **¿Respira o llora?**

La respiración debe estar presente al nacimiento, de forma regular y el llanto debe ser fuerte. Los períodos de apnea o llanto débil son signos de alarma. El neonato debe respirar en forma espontánea y sostenida. Si no respira (apnea), o tiene respiración “boqueante o gasping” (movimientos inspiratorios superficiales e inefectivos), los tejidos no recibirán el oxígeno necesario y esto puede ocasionar secuelas neurológicas severas e irreversibles.

Las respuestas a estas preguntas ayudan a determinar la conducta inmediatamente después del nacimiento.

## **LA RESPUESTA ES “SI”, a las tres preguntas**

Proseguir la atención con los cuidados esenciales de rutina. Tener presente que los recién nacidos sanos, vigorosos con edad gestacional entre 34 a 36 semanas pueden permanecer en contacto piel a piel con la madre.

Mientras se realiza el apego precoz y los pasos siguientes se sigue evaluando el RIESGO DEL NIÑO O NIÑA AL NACER, teniendo en cuenta los antecedentes maternos y del parto.

SI LA RESPUESTA ES “NO” a una de estas preguntas

Proceder al inicio de la REANIMACIÓN.

## **2.1. REANIMACIÓN NEONATAL**

### **LA IMPORTANCIA DE LA REANIMACIÓN NEONATAL**

Aproximadamente 10% de los recién nacidos requieren alguna asistencia para iniciar la respiración al nacer y aproximadamente 1% necesita una reanimación más completa para poder sobrevivir. El 90% de todos los recién nacidos tiene una transición de la vida intrauterina a la extrauterina sin ninguna dificultad y requiere muy poca o ninguna intervención para iniciar una respiración espontánea y regular.

Los recién nacidos tienen particularidades que le diferencian del adulto, ya que generalmente, la necesidad de reanimación en el neonato, se debe a un problema con la respiración, que causa un intercambio gaseoso inadecuado. La insuficiencia respiratoria puede deberse a causas previas o posteriores al parto. En cualquiera de las dos situaciones, el problema principal es la falta de intercambio gaseoso y por eso el objetivo de la reanimación neonatal, es la ventilación eficaz de los pulmones del bebé.

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

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

loración.

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



## EJERCICIOS: VARIOS CASOS

### 2.1.1. PASOS INICIALES:

Los pasos iniciales incluyen proveer Calor, disminuir la pérdida de calor (Secar), proporcionar Estimulación, Posicionar cabeza y cuello, y Aspirar secreciones según sea necesario. Estos pasos se inician durante el intervalo entre el parto y el pinzamiento del cordón umbilical y deben completarse en un lapso de aproximadamente 30 segundos. Para recordar el orden en que deben ser realizados tenga presente la siguiente nemotecnia:

**C** alentar  
**S** ecar  
**E** stimular  
**P** osicionar  
**A** spirar

Si el recién nacido se encuentra vigoroso, los pasos iniciales se llevan adelante sobre la madre; si el recién nacido no nace vigoroso, estos pasos se realizan bajo una fuente de calor radiante.

### CALENTAR

El bebé debe colocarse bajo un calentador radiante, posicionando la cabeza hacia el reanimador para un fácil acceso, dejándolo al descubierto, para ofrecer una total visualización y permitir que el calor radiante le llegue.

La servocuna donde se realizan los procedimientos, debe estar programada previamente a una temperatura de 36°C. El sensor de temperatura debe ser colocado en contacto con la piel del recién nacido y permanecer expuesto, de manera que el lector de temperatura del equipo, pueda captar la temperatura de la piel del bebé y así evitar hipotermia o sobrecalentamiento.



## SECAR

Los recién nacidos están mojados después de nacer y la pérdida calórica es elevada, por lo que es importante el secado y mantener la temperatura corporal. La piel mojada aumenta la pérdida de calor por evaporación. El secado de la cabeza y el resto del cuerpo pueden prevenir la pérdida calórica por evaporación.

Colocando al recién nacido sobre una manta o toalla cálida se realizará el secado suave iniciando por la cabeza y luego el resto del cuerpo. El secado, además de prevenir la pérdida de calor, también provee estimulación para el inicio de la respiración. Debe tenerse cuidado de no realizar secados muy vigorosos que puedan lastimar la piel del recién nacido.

Como parte de la preparación para la reanimación, se deberá contar con varias compresas, toallas o sábanas absorbentes pre-calentadas.

El recién nacido inicialmente puede ser colocado en una de estas toallas y utilizarla para remover la mayoría del líquido del cuerpo y cabeza. Si la primera toalla, compresa o sábana se moja, debe ser descartada y utilizar otras secas y calentadas previamente para continuar secando y estimulando.



## ESTIMULAR

Con frecuencia el secado proporcionará una estimulación suficiente para que empiece a respirar. Si el recién nacido no tiene respiraciones adecuadas, una breve estimulación táctil, puede estimular la respiración. El bebé no debe ser sacudido. El método seguro y apropiado para proporcionar estimulación táctil consiste en frotar suavemente la espalda, tronco o extremidades del recién nacido.

Otras maniobras han sido utilizadas para proveer estimulación táctil al recién nacido con apnea, pero actualmente son consideradas dañinas y no deben ser realizadas.

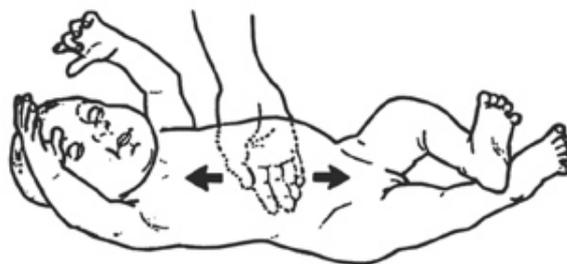


TABLA 3.4.

FORMAS DE ESTIMULACIÓN QUE PUEDEN SER PELIGROSAS	
MANIOBRAS NO RECOMENDADAS	CONSECUENCIAS
Palmas en la espalda	Contusiones
Exprimir la parrilla costal	Fracturas, neumotórax, dificultad respiratoria, muerte
Forzar las extremidades dentro del abdomen	Rotura de hígado o bazo
Dilatación del esfínter anal	Rasgaduras del esfínter anal
Utilizar compresas calientes o frías o bañarle precozmente	Hipertermia, hipotermia, quemaduras
Sacudirlo	Daño al cerebro

## POSICIONAR LA CABEZA Y EL CUELLO

El bebé debe ser colocado boca arriba, con la cabeza y el cuello en posición neutral o ligeramente extendidos en “posición de olfateo”. La posición de la cabeza y el cuello son fundamentales para permitir el paso de aire, sin restricciones, a través de la vía aérea, y la nuca debe estar ligeramente extendida - no sobre extendida ni en flexión- para mantener una vía aérea abierta. Una manera de lograrlo es colocando un pequeño rodillo por debajo de los hombros.



## ASPIRAR LAS SECRECIONES SOLO SI ES NECESARIO

Las secreciones deben ser removidas de la vía aérea solamente si el recién nacido no llora o no respira, tiene respiración entrecortada, hipotonía muscular, y si las secreciones están obstruyendo las vías aéreas y no puede eliminarlas, o si prevé iniciar Ventilación a Presión Positiva (VPP). Si tiene una secreción muy abundante saliendo de la boca, coloque la cabeza hacia un lado. Estas maniobras van a permitir que las secreciones se junten en la mejilla, de donde podrán aspirar más fácilmente. La boca se succiona antes que la nariz, para evitar que aspire sus secreciones al efectuar un jadeo o respiración cuando se le aspira la nariz. Usted debe recordar: “boca antes que nariz”.

Puede realizarlo con una perita de goma o succionando con un catéter. La succión breve y suave suele ser lo adecuado para retirar las secreciones.



Al aspirar, especialmente cuando utiliza un catéter, tenga cuidado de no aspirar vigorosamente y muy profundo. La estimulación de la faringe posterior puede producir una respuesta vagal, provocando bradicardia severa o apnea.

La succión delicada con una perita de goma es igualmente adecuada para remover las secreciones. Si se produce bradicardia durante la succión (frecuencia cardíaca menor a 100 latidos por minuto), pare de succionar.

## 2.1.2. EVALÚE LA RESPIRACIÓN (SI HAY APNEA O BOQUEO) Y LA FRECUENCIA CARDÍACA

Al finalizar LOS PASOS INICIALES, EVALÚE la respiración y la frecuencia cardíaca:

- Una gran parte de los recién nacidos van a recuperarse con los pasos iniciales, sin requerimiento de oxígeno y podrán permanecer con su madre, en Alojamiento Conjunto.
- Otro grupo, más reducido, no responderá a los pasos iniciales y maniobras realizadas. En este caso debe seguir los pasos que propone el Flujograma de Reanimación Neonatal. (Ver cuadro de procedimiento).

### • ¿Hay apnea o boqueo?

Observe el tórax del recién nacido, para ver si existen movimientos respiratorios o ausculte los sonidos respiratorios.

### • ¿Tiene frecuencia cardíaca menor de 100 latidos por minuto?

La Frecuencia Cardíaca (FC) de un recién nacido sano y vigoroso se determina auscultando los latidos con estetoscopio y debe ser mayor de 100 latidos por minuto. Una frecuencia cardíaca menor a 100 latidos por minuto o ausente, significa que existe RIESGO VITAL.

El número de latidos contados en 6 segundos de auscultación se multiplica por 10 para obtener un estimado de la frecuencia cardíaca. Por ejemplo: si ausculta durante 6 segundos 12 latidos, la frecuencia cardíaca es de 120 lpm.

La evaluación inicial rápida (3 preguntas), los pasos iniciales (CSEPA), la evaluación de la respiración y la frecuencia cardíaca y de considerarse necesario, el inicio de la Ventilación a Presión Positiva (VPP) se realizan en los primeros 60 segundos de vida o sea dentro del primer minuto conocido como el MINUTO DE ORO.

## ACCIONES A SER REALIZADAS DE ACUERDO A LA RESPUESTA:

El recién nacido NO tiene apnea, ni tiene FC menor de 100 latidos por minuto

Observar cómo respira el RN y evaluar la necesidad de oxígeno utilizando la tabla objetivo de saturación. (Ver cuadro de procedimiento).

El recién nacido SÍ tiene apnea o boqueo y/o FC menor de 100 latidos por minuto.

Realizar Ventilación a Presión Positiva (VPP) y colocar el saturómetro en la mano derecha. La VPP debe iniciarse con oxígeno ambiental (al 21%) e ir ajustando la concentración a medida que se avance en los pasos de la Reanimación.

TABLA 3.5.

CONCENTRACIÓN INICIAL DE OXÍGENO PARA VPP	
35 semanas y más	21 % (oxígeno ambiental)
Menos de 35 semanas	21 a 30 % de oxígeno

Fuente: Neonatal Resuscitation. 8va. Edition. Academia Americana de Pediatría. Asociación Americana del Corazón.

## RECOMENDACIONES PARA LA VENTILACIÓN A PRESIÓN POSITIVA (VPP):



- Seleccione el tamaño adecuado de la mascarilla: Recuerde que la mascarilla debe cubrir la boca, nariz y la punta de la barbilla, pero no los ojos.

- Coloque la mascarilla primero en la barbilla y luego desplácela hacia la boca y la nariz. La mascarilla generalmente se sostiene en la cara con los dedos pulgar e índice, haciendo un semicírculo simulando una letra C sobre la mascarilla y los otros dedos de la mano se colocan sobre la mandíbula simulando la letra E. Colocar los dedos sobre estructuras óseas sin comprimir el cuello.



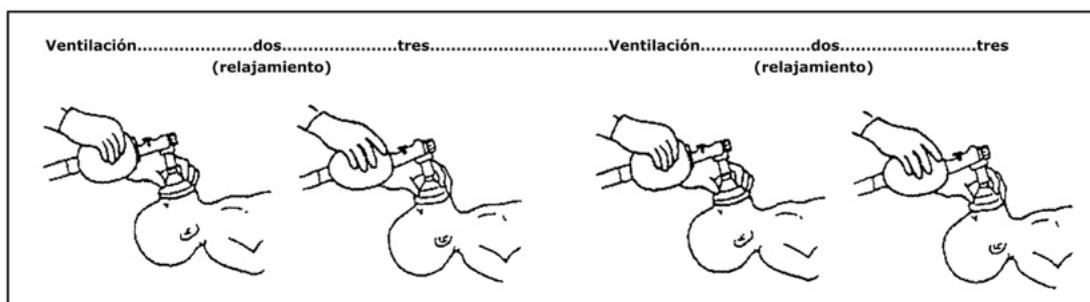
- Colóquese en buena posición: Usted también necesita colocarse al lado de la cabeza para utilizar la bolsa de reanimación adecuadamente. Esta posición le permite sostener la mascarilla en la cara del bebé, confortablemente. Si Ud. es diestro, probablemente la posición más confortable es controlar la bolsa con la mano derecha y la mascarilla con la mano izquierda. Es también importante que la bolsa se encuentre en una posición que no le obstaculice la vista del tórax y pueda observar la elevación y retracción del mismo durante cada ventilación.



- El ritmo para VPP que debe seguir corresponde a la siguiente secuencia:

### SECUENCIA DE LA VENTILACIÓN A PRESIÓN POSITIVA (VPP)

**Ventilo – dos – tres – Ventilo – dos – tres –**



Ventilo corresponde al uno, y luego las pausas al dos y al tres. Ventilación corresponde a la compresión de la bolsa autoinflable y dos y tres a la descompresión.

Ud. debe contar mentalmente la secuencia rítmica que simula una respiración y las pausas correspondientes.

### 2.1.3. EVALÚE LA FRECUENCIA CARDÍACA

Después de 15 segundos de iniciar la VPP, realice la primera evaluación de la frecuencia cardíaca.

## ACCIONES A SER REALIZADAS DE ACUERDO A LA RESPUESTA:

En esta primera evaluación de la FC pueden presentarse dos situaciones:

- La frecuencia cardiaca del recién nacido aumenta.

Si la frecuencia cardiaca del RN aumenta, mantenga la VPP por 15 segundos más y realice la segunda evaluación de la FC.

- La frecuencia cardiaca del recién nacido NO aumenta.

Si la frecuencia cardiaca del recién nacido no aumenta, verifique el movimiento del tórax.

- Si el tórax se mueve, mantenga la VPP por 15 segundos más y realice la segunda evaluación de la FC.

- Si el tórax NO se mueve, realice los pasos correctivos de la ventilación MR.SOPA. Si con los pasos correctivos de la ventilación, se logra el movimiento del tórax, realice la VPP por 30 segundos y realice la segunda evaluación de la FC.

### Pasos correctivos para garantizar una adecuada ventilación:

Pasos correctivos		Acciones
M	Máscara: ajústela	Vuelva a colocar la máscara. Considere el uso de la técnica de dos manos. Coloque la cabeza en una posición neutral o ligeramente extendida.
R	Reubicación de la vía aérea.	
<b>Realice 5 ventilaciones y verifique el movimiento del tórax</b>		
S	Succión en boca y nariz.	Use una pera de goma o un catéter de succión.
O	OPEN: boca abierta	Abra la boca y levante la mandíbula hacia adelante.
<b>Realice 5 ventilaciones y verifique el movimiento del tórax</b>		
P	Presión: aumentela.	Aumente la presión de la ventilación
<b>Realice 5 ventilaciones y verifique el movimiento del tórax</b>		
A	Vía aérea alternativa.	Coloque un tubo endotraqueal o una máscara laríngea.
<b>Realice 5 ventilaciones y verifique el movimiento del tórax y los sonidos respiratorios.</b>		

Luego de completar 30 segundos de ventilación que mueve el tórax, realice la segunda evaluación de la frecuencia cardiaca.

### Esta segunda evaluación de la FC puede dar origen a tres situaciones:

#### La frecuencia cardiaca del recién nacido es igual o mayor a 100 lpm.

Si la frecuencia del recién nacido es igual o mayor a 100 latidos por minuto, y las respiraciones son efectivas, espontáneas y sostenidas, suspenda la ventilación en forma gradual y verifique la necesidad de instalar oxígeno suplementario.

#### La frecuencia cardiaca del recién nacido es igual o mayor de 60 lpm pero menor a 100 lpm.

Si la FC del recién nacido se encuentra en este rango, evalúe la necesidad de instalar o aumentar el aporte de oxígeno teniendo en cuenta el rango objetivo de saturación. Verifi-

que la expansión torácica, optimice la ventilación con los pasos correctivos, examine en busca de alguna complicación (neumotórax), proceda a asegurar la vía aérea instalando un tubo endotraqueal.

### **La frecuencia cardiaca del recién nacido es menor a 60 lpm.**

En esta situación se recomienda enfáticamente la intubación previo al inicio de las compresiones torácicas.

### **RECOMENDACIONES:**

- Observe la expansión torácica con cada ventilación. Tenga cuidado con el uso de más de dos dedos ya que, con cada dedo, aumenta la presión de ventilación.
- Si un recién nacido requiere de ventilaciones con bolsa autoinflable y mascarilla por más de dos minutos, debe colocar una sonda orogástrica y dejarla abierta (sin jeringa conectada) y al declive, para evitar la distensión abdominal y la broncoaspiración del contenido gástrico.

### **2.1.4. EVALÚE SI LA FRECUENCIA CARDÍACA ES MENOR A 60 LATIDOS POR MINUTO**

Si luego de 30 segundos Ventilación a Presión Positiva que mueve el tórax la frecuencia cardiaca se encuentra menor a 60 latidos por minutos está indicado el inicio de las compresiones torácicas PREVIA intubación y con concentración de oxígeno al 100% (reservorio conectado y flujómetro a 10 litros por minuto).

¿Dónde se coloca para administrar las compresiones Torácicas?

Cuando se decide iniciar las compresiones torácicas, el profesional que proporciona la VPP a través de un tubo endotraqueal pasa a colocarse al costado y el profesional que realiza las compresiones torácicas se ubica a la cabecera.

### **RECOMENDACIONES PARA LAS COMPRESIONES TORÁCICAS:**

Se recomienda realizar compresiones torácicas con la técnica de los pulgares.

- Técnica de los pulgares: se colocan los dos pulgares ya sea uno al lado del otro o uno sobre el otro para comprimir el esternón y rodee el tórax del recién nacido con las manos, y los dedos brindan soporte a la columna vertebral. No es necesario que los dedos se toquen.
- Presión durante las compresiones: Con sus dedos y manos colocadas correctamente sobre el esternón, inmediatamente por debajo de una línea imaginaria que une ambas tetillas, comprimir lo suficiente para deprimir un tercio del diámetro antero-posterior del tórax, luego libere la presión, así el corazón tendrá tiempo para llenarse nuevamente de sangre.
- Secuencia de las compresiones torácicas y coordinación con la ventilación: Durante la reanimación cardiopulmonar, la compresión torácica debe ir siempre acompañada de ventilación con presión positiva a través de un tubo endotraqueal, pero no de manera simultánea, porque esto hace que disminuya la efectividad de la reanimación. Por lo

tanto, las dos actividades deben estar coordinadas, dando una ventilación después de cada tres compresiones torácicas, para un total de 30 ventilaciones y 90 compresiones torácicas por minuto. En este momento, una persona se encarga de la ventilación y otra de las compresiones torácicas.

## SECUENCIA DE LAS COMPRESIONES TORÁCICAS COORDINADAS CON LA VENTILACIÓN

Uno --- y --- dos --- y --- tres ---- y ---- ventilo --- y

### 2.1.5. EVALÚE LA FRECUENCIA CARDÍACA LUEGO DE 60 SEGUNDOS

La evaluación de la FC luego de 60 segundos de compresiones torácicas coordinadas con la ventilación a presión positiva, puede presentar dos situaciones:

#### **FRECUENCIA CARDIACA es igual o mayor a 60 latidos por minuto.**

En este momento está indicado suspender las compresiones torácicas y continuar la ventilación a presión positiva con el ritmo inicial de ventilo-2-3, ventilo-2-3.

#### **FRECUENCIA CARDIACA persiste menor a 60 latidos por minuto.**

Continuar con las compresiones torácicas coordinadas con la VPP y está indicado el inicio de la administración de drogas (adrenalina de primera elección). Por lo que el profesional de salud asignado se dispone a la instalación de un catéter umbilical. Administrar adrenalina: 1 ampolla diluida hasta 10 ml de solución fisiológica; de esta dilución se administra en bolo, 0,2 ml/Kg, por vía INTRAVENOSA, seguido de 3 ml de suero fisiológico. Se puede repetir luego de 3 a 5 minutos. El acceso venoso de preferencia para la administración de drogas durante una reanimación es la VÍA VENOSA UMBILICAL. ADRENALINA: ¿Cómo administrar?

**CONCENTRACIÓN: 1: en 10000 (0.1 mg/ml)**

#### **VÍAS**

**INTRAVENOSA:** Preferida, de rápida llegada a la circulación venosa central.

**ENDOTRAQUEAL:** opción mientras se establece acceso venoso, absorción no confiable, menos eficaz

#### **PREPARACIÓN:**

Preparar jeringa de 1 ml para la dosificación de adrenalina **ETIQUETAR**.

Preparar jeringa de 10 ml para diluir la ampolla de adrenalina en solución fisiológica hasta 10 ml. **ETIQUETAR**

Preparar jeringa de 3 - 5 ml para el lavado posterior a la administración de la adrenalina. **ETIQUETAR**

Preparar jeringa de 50 - 60 ml para expansor **ETIQUETAR**

#### **DOSIS**

**INTRAVENOSA:** 0.2 ml/kg.

Necesitará calcular el peso del recién nacido.

#### **ADMINISTRACIÓN:**

Rápida en bolo, seguido de lavado con solución fisiológica de 3 ml

## RECOMENDACIONES:

- Si no se dispone de acceso venoso, la adrenalina puede ser administrada por vía endotraqueal: 1 ml/kg de la dilución mencionada. Recordar que la absorción es errática y una vez que se obtenga un acceso venoso debe indicarse la dosis de adrenalina IV sin retraso.
- En los recién nacidos en quienes se sospecha de hipovolemia (por antecedente materno de sangrado o presencia de signos precoces de choque) se indica solución fisiológica a 10 ml/ kg, en forma de expansión de volumen, en 5 a 10 minutos.
- Evaluar la posibilidad de un neumotórax durante el proceso de reanimación, si no hay mejoría.
- Las maniobras de reanimación se suspenderán luego de 20 minutos de asistolia.

## IMPORTANTE:

- El establecimiento de salud debe disponer de todos los suministros y equipos necesarios, antes del nacimiento.
- La Sala de Partos debe encontrarse a una temperatura entre 26 ° C y 28° C sin corrientes de aire y la cuna radiante, donde el neonato será asistido, estará programada a 36 °C y las toallas precalentadas.
- El equipo de salud debe estar capacitado en competencias y habilidades para realizar estos pasos en cualquier momento.
- Se definirá un líder que será el encargado de la exposición informativa para el equipo previa a la reanimación y dirigir el procedimiento y la toma de decisiones durante la reanimación.
- Los pasos que se muestran en el Flujograma de Reanimación Neonatal deben ser ejecutados para definir las acciones a ser realizadas.(ver cuadro de procedimiento)
- La saturación objetivo de acuerdo a los primeros minutos de vida debe tenerse en cuenta y los valores (puestos en un gráfico) deben estar expuestos en un lugar visible.
- Las concentraciones iniciales de oxígeno para VPP, serán administradas de acuerdo a las semanas de gestación, teniendo presente la saturación objetivo de acuerdo al tiempo de vida.



## EJERCICIO: Caso MATÍAS

## 2.2. CUIDADOS ESENCIALES DE RUTINA EN LA ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

Después de haber realizado un buen seguimiento del embarazo, acudiendo a las consultas de atención prenatal, la familia y el equipo de salud se preparan para la atención al Recién Nacido (RN). La mayoría de los neonatos tienen una transición de la vida intrauterina a la extrauterina sin ninguna dificultad, requiriendo de todos modos cuidados esenciales de rutina.



## EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO, SE REALIZAN 3 PREGUNTAS:

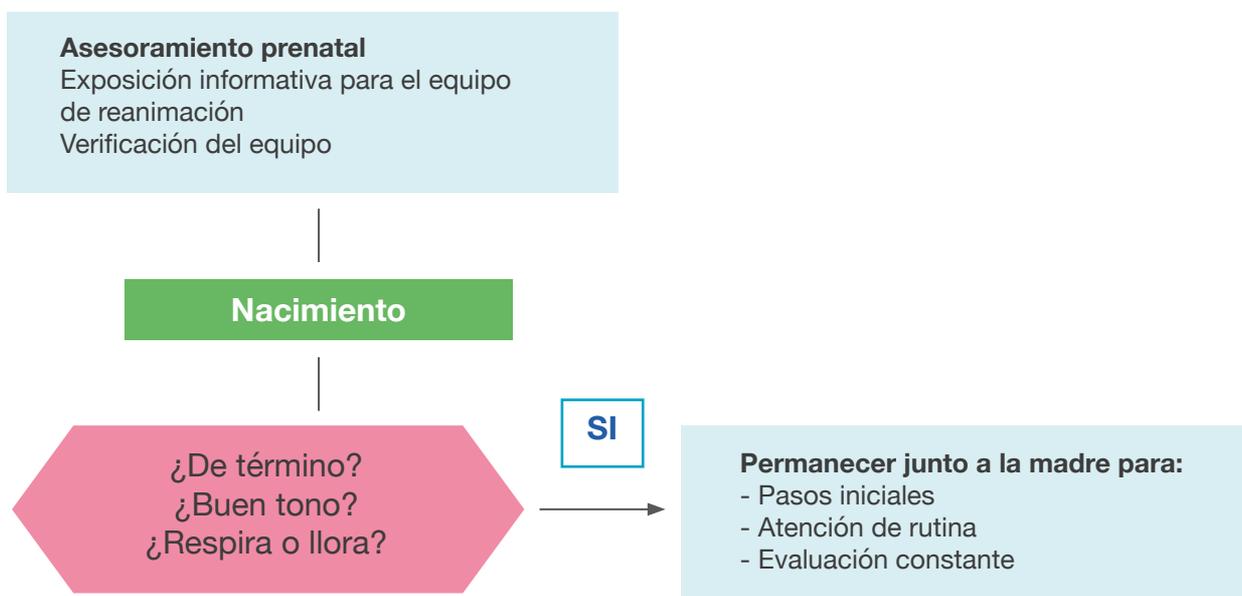
- ¿Es una gestación de término?;
- ¿Tiene el RN buen tono?; y
- ¿Respira o llora?

Cuando la respuesta a las 3 preguntas es SI el recién nacido será colocado en posición prona, en contacto piel a piel entre los pechos de su madre y ambos – madre e hijo - deben ser cubiertos con una manta tibia y se debe proceder a los pasos iniciales CALENTAR (piel de la madre) SECAR ESTIMULAR POSICIONAR ASPIRAR si es necesario. A medida que se cubre al RN con la toalla o manta precalentada, puede ser secado suavemente y así también es estimulado.

Luego de realizar el pinzamiento y corte oportuno del cordón umbilical (no antes del minuto y no después de los 3 minutos), el color del recién nacido se torna cada vez más rosado a medida que continúa con la transición de la circulación fetal a la neonatal. Este proceso puede tardar 10 minutos o más.

Para disminuir el riesgo de hipotermia, además de secar al recién nacido, cubrir su cabeza con un gorro de algodón, para disminuir la pérdida de calor. Un factor no menos importante es mantener el lugar donde se desarrolla el parto, con una temperatura ambiental entre 26 °C y 28 °C, sin corrientes de aire.

## PROCEDIMIENTOS EN LA ATENCIÓN INMEDIATA AL RECIÉN NACIDO



Durante el tiempo que se encuentra el recién nacido en contacto piel a piel con su madre - preferentemente por el lapso de 90 minutos y sin interrupciones - el neonato debe ser evaluado cada 15 minutos, vigilando el esfuerzo respiratorio, tono muscular, color y la termorregulación. Durante este tiempo, el recién nacido buscará espontáneamente alimentarse al pecho materno. Deben evitarse comentarios innecesarios en relación a la cantidad de calostro, el tiempo de succión, la técnica del agarre, el momento de la succión etc., antes bien alentar y elogiar a la madre al respecto.

Luego de 90 minutos de haber estado con su madre, el recién nacido será llevado a una cuna radiante para continuar con la atención de rutina y evaluación constante vigilando el proceso de transición. A fines didácticos, a continuación, se exponen los pasos de los cuidados esenciales de rutina, durante la atención inmediata del recién nacido.

### 2.2.1. PASOS DE LOS CUIDADOS ESENCIALES DE RUTINA

**1. Apego precoz.** El contacto temprano piel a piel del recién nacido con su madre evita la hipotermia y favorece la relación madre-hijo, la involución uterina y el inicio temprano de la lactancia materna, entre otras ventajas. El recién nacido debería permanecer en contacto con su madre entre ambos pechos, por espacio de 90 minutos, tiempo en el cual se puede iniciar la lactancia materna. Los RN nacidos por cesárea también deben beneficiarse con el apego precoz.



#### VENTAJAS DEL CONTACTO PIEL A PIEL

- Facilita el apego precoz.
- Facilita la instauración temprana y el éxito de la lactancia materna.
- Tranquiliza a la madre y al recién nacido.
- Ayuda a estabilizar la frecuencia cardíaca y respiratoria del recién nacido.
- Ayuda a mantener la temperatura del RN, por el contacto con la piel de su madre que le otorga calor.

- Ayuda con la adaptación metabólica y estabilización de la glicemia del neonato.
- Permite la colonización del intestino del RN con las bacterias normales que tiene la madre, siempre que ella sea la primera persona que sostenga al bebé, evitando así la posibilidad de colonización con bacterias resistentes que podría portar el personal de salud.
- Reduce el llanto, el estrés y el gasto energético del RN.

Fuente: Manual de Atención Neonatal 2da. Edición. MSPBS. 2016.

Tanto la madre como el niño o la niña deben estar en buen estado de salud para realizar el apego precoz. Si existe algún signo en el recién nacido que indique necesidad de reanimación, SE REALIZARÁ EL CLAMPEO INMEDIATO DEL CORDÓN UMBILICAL y se suspenderá el apego precoz. Si la madre requiere cuidados especiales que dificultan el apego precoz, podrá realizarse contacto piel a piel con el papá o con la persona de confianza designada por la madre.

**2. Secar el recién nacido.** El secado de cabeza y cara se debe realizar inmediatamente después de la expulsión de la cabeza. Una vez culminado el período expulsivo, se coloca al recién nacido sobre el vientre de la madre y se procede al secado general, con un paño o toalla limpia, suave y tibia sin retirar el unto sebáceo. Evitar secar las manos, pues el olor del líquido amniótico que permanece en ellas facilitará la búsqueda del pezón de la madre y favorecerá la lactancia. Luego se debe remover la toalla mojada y cubrir nuevamente al recién nacido con otra toalla seca y tibia.

**3. Realizar el pinzamiento** y corte del cordón umbilical. Estando el recién nacido en contacto con la madre y ambos en buen estado clínico, el pinzamiento del cordón umbilical se realiza entre los 1 y 3 minutos después del nacimiento (ligadura oportuna del cordón).

El objetivo del clampeo oportuno del cordón, es aumentar las reservas de hierro en el RN, de manera que el/la lactante pueda continuar con buenas reservas de este mineral en el segundo semestre de vida y prevenir la anemia ferropénica, incluso cuando no recibiera un buen aporte exógeno de hierro.

La ligadura del cordón se realiza a 2 cm de la piel con un clamp umbilical idealmente. Si se utiliza hilo de algodón, debe realizarse doble ligadura con 2 nudos y 2 vueltas, seccionando a 1 cm de la ligadura con tijera estéril o bisturí; luego realizar la desinfección del muñón umbilical con clorhidrato de clorhexidina al 0,5 o 1 % o alcohol rectificado al 70% en caso de no contar con la clorhexidina.



**Verificar la presencia de 2 arterias y 1 vena umbilical. En caso de faltar algún vaso dejar constancia del hallazgo y solicitar ecografía abdominal con énfasis en vías urinarias.**

Hay situaciones en las que debe realizarse la ligadura del cordón umbilical en forma inmediata:

### INDICACIÓN DE LIGADURA DE CORDÓN EN FORMA INMEDIATA

- Antecedentes de sufrimiento fetal intraparto.
- RN flácido o hipotónico o sin esfuerzo respiratorio.
- RN deprimido con líquido meconial.
- RN que necesite intervenciones médicas inmediatas.
- RN hijos de madres Rh negativas sensibilizadas.

- RN hijos de madres con VIH positivo.
- Presencia de circular de cordón con imposibilidad de deslizarla.
- Gemelos con placenta monocorial.
- RN con riesgo de poliglobulia.

Fuente: Manual de Atención Neonatal 2da. Edición. MSPBS. 2016.

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

TABLA 3.6.

VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON EL TEST DE APGAR			
Signos	Puntajes		
	0	1	2
<b>Frecuencia Cardíaca</b>	Ausente	Menos de 100 latidos por minuto	Más de 100 latidos por minuto
<b>Esfuerzo respiratorio</b>	Ausente	Llanto y respiración débil	Bueno, regular
<b>Tono muscular</b>	Flaccidez	Cierta flexión de las extremidades	Movimientos activos, extremidades bien flexionadas
<b>Irritabilidad refleja (respuesta a la estimulación de la planta del pie)</b>	Sin respuesta	Muecas	Llanto regular y/o vigoroso
<b>Color</b>	Cianosis generalizada o palidez	Cuerpo rosado, extremidades azules (acrocianosis)	Cuerpo totalmente rosado

**5. Valorar el Apgar a los 5 minutos:** Un Apgar menor de 7 requiere una evaluación de la adaptación neonatal; se deben realizar los procedimientos que se requieran para tratar de estabilizar al RN, evaluar el inicio o seguimiento del flujograma de reanimación y decidir la necesidad de referir a una institución con mayor nivel de complejidad, si el establecimiento de salud local no tiene capacidad resolutive para el caso.

**6. Identificar al recién nacido.** El procedimiento de identificación del recién nacido tiene importancia singular en todas las instituciones que atienden partos y nacimientos. Esto se realiza colocando una pulserita en la mano derecha (muñeca) con el nombre y apellido de soltera de la madre. Luego de 90 minutos del contacto piel a piel con la madre y de la primera lactancia, antes de separarlo de la madre, identificar al recién nacido y colocarlo en una cuna radiante, que debe estar programada a 36°C, para realizar el examen físico\* y continuar con los cuidados esenciales.

## \* EXAMEN FÍSICO DEL NEONATO EN SUS PRIMERAS EVALUACIONES

### **Cabeza:**

- Palpar fontanelas anterior y posterior.
- Identificar suturas, cabalgamientos, tumor serosanguíneo o cefalohematoma.
- Verificar la presencia del reflejo rojo (descartar opacidad de los medios transparentes).
- Observar la facies, describir la presencia de rasgos patológicos, presencia de malformaciones vasculares.
- Observar pabellones auriculares: forma, tamaño e implantación.
- Verificar integridad del paladar, la presencia de quistes o dientes en la arcada dentaria y macroglosia. Verificar la presencia de micro y/o retrognatia. Frenillo lingual.

### **Cuello:**

- Verificar región cervical (forma, simetría, presencia de tumoraciones, fístulas).
- Descartar la presencia de fracturas de clavícula.

### **Tórax y Abdomen:**

- Realizar la auscultación cardíaca y de los ruidos respiratorios. Verificar la FC y FR.
- Palpar el abdomen. Buscar masas abdominales. Control del muñón umbilical.

### **Región perineal**

- Observar genitales; las niñas pueden presentar flujo vaginal blanquecino que es normal; los niños pueden tener fimosis fisiológica. Palpar testículos. Verificar ubicación del meato urinario y del orificio anal.
- Evaluar todo el raquis; observar y palpar. Consignar anomalías en la pigmentación, presencia de fosisa pilonidal o implantación de pelo (descartar disrafias).

### **Miembros:**

- Ver integridad de miembros superiores e inferiores. Descartar polidactilia, sindactilia.
- Realizar reflejo de Moro, dejar constancia si el mismo está alterado.
- Realizar maniobra de Ortolani (descartar displasia del desarrollo de la cadera).

Fuente: Manual de Atención Neonatal 2da. Edición. MSPBS. 2016.

**7. Determinar la Edad Gestacional (EG).** La edad gestacional es importante para saber cuál será el pronóstico del recién nacido y poder instituir el tratamiento y la referencia oportuna a un establecimiento de salud de mayor nivel de complejidad. Recuerde que, a menor edad gestacional, mayor es el riesgo de morbilidad y mortalidad. Se recomienda determinar la EG por el Test de Capurro en los RN de 32 o más semanas de EG y por el Test de Ballard en los menores de 32 semanas de EG. El Test de Ballard debería ser realizado dentro de las 12 a 24 horas de vida.



**8. No se indica de rutina lavado gástrico ni paso de sonda orogástrica o nasogástrica, ni sondaje rectal, ni ningún otro sondaje en el período postnatal inmediato para confirmar permeabilidades a no ser que haya algún signo clínico que indique o haga sospechar la presencia de alguna malformación o patología.** Durante todo el tiempo que dure la estancia del recién nacido en el establecimiento de salud, se debe continuar la vigilancia para detectar algún signo que sugiera enfermedad. Si hay algún signo que

llame la atención, como por ejemplo sialorrea, se puede instalar una sonda orogástrica y verificar el pasaje.

**9. Pesar y medir la longitud corporal y el perímetro cefálico.** Los valores considerados como adecuados, para un recién nacido de término, son: Peso entre 2.500 y 4.000 gramos. Longitud corporal: 50 +/- 2 cm y perímetro cefálico 35 +/- 2 cm. Estas evaluaciones deben realizarse de rutina, registrarse en la Historia Clínica, e informar a la madre sobre los datos obtenidos.



**10. Administrar Vitamina K1 y Vacuna contra Hepatitis B.** La administración profiláctica de vitamina K1 y la aplicación de la vacuna contra el virus de la Hepatitis B (HB) debe realizarse de rutina en todos los recién nacidos.



Se ha demostrado que administrar Vitamina K1, previene el sangrado temprano por deficiencia (enfermedad hemorrágica del recién nacido) y también evita el sangrado posterior. Se debe aplicar 1 mg intramuscular de Vitamina K1, en el tercio superior

de la cara anterolateral del muslo izquierdo, en todos los recién nacidos de término. Para los recién nacidos de peso menor a 1.500 gramos se recomienda administrar 0.5 mg de Vitamina K1, una sola dosis.

En el muslo derecho, a nivel del tercio superior en la cara anterolateral externa, se administra por vía intramuscular la primera dosis de vacuna contra el virus de la Hepatitis B (HB). En caso que no sea realizada la administración de la vacuna, debe quedar registrado en el carnet.

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



**12. Realizar la impresión plantar del Recién Nacido** y la impresión digital materna en la Historia Clínica y en otro documento según las normas vigentes.

## MANEJO DE LA TEMPERATURA AL NACER

- Para mantener el ambiente térmico neutro, se debe asegurar que la temperatura ambiental donde se desarrolla el parto, se encuentre entre 26 y 28 ° C.
- La servocuna o cuna radiante, debe ser precalentada y programada a 36 grados. Luego la graduación se regula de acuerdo a la temperatura del neonato.
- El recién nacido debe mantener una temperatura entre 36,5°C y 37,5°C. El uso de gorros y envolturas con bolsas estériles de plástico (bolsas de transfusión) que lleguen hasta el cuello, para neonatos menores de 32 semanas, ayudan a prevenir la hipotermia.
- Se registrará la temperatura como factor pronóstico de resultados y como indicador de calidad.

### 2.2.2. DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL

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

#### MÉTODO DE CAPURRO

Este método valora la edad gestacional del recién nacido mediante exploración de parámetros somáticos y neurológicos. Utiliza cinco características físicas del recién nacido, cada una de las cuales tiene varias opciones y cada opción un puntaje que ha sido determinado a través de diferentes estudios; será al final, la suma de esos puntajes y la aplicación de una fórmula, los que determinen la edad gestacional.

Las 5 características físicas a ser valoradas, son las siguientes:

##### 1- Forma de la oreja:

Se trata de observar (no tocar) la incurvación que hace hacia afuera el pabellón de la oreja. Debe observarse situándose frente al neonato y observando en particular si el borde superior del pabellón forma un “techo” hacia los lados. Luego se evalúa el grado de incurvación para lo cual se observa cada pabellón volteando la cara del neonato hacia uno y otro lado. Si por la posición, al nacimiento el recién na-



cido mantiene aplanada una oreja no valore ésta. Si no estuvo ninguna aplanada, valore ambas. Asigne los valores de 0, 8, 16 o 24 dependiendo de la incurvación.

## 2- Tamaño de la glándula mamaria:

Antes de palpar la zona correspondiente al nódulo mamario pellizque suavemente el tejido celular subcutáneo adyacente de modo que permita valorar si lo que se mide es o no tejido mamario. Utilice una cinta métrica y con la otra mano palpe el tejido que se encuentra por debajo y alrededor del pezón tratando de especificar si se palpa o no tejido mamario y si el diámetro es menor a 5 mm, de 5 a 10, o mayor de 10 mm.



## 3- Formación del pezón:

Evalúe ambos pezones y observe si es apenas visible o se puede determinar con facilidad, si es así, con ayuda de una cinta métrica mida el diámetro; si es menor a 7,5 mm con areola lisa y chata, mayor de 7,5 mm, con areola punteada y borde no levantado o mayor de 7,5 mm, pero con areola punteada y borde levantado.



## 4- Textura de la piel:

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



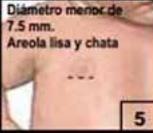
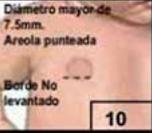
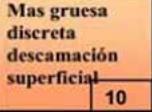
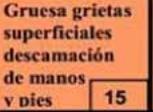
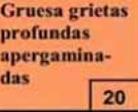
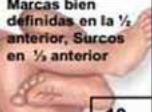
## 5- Pliegues plantares:

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



En la siguiente imagen se encontrará un esquema sobre las características que deben ser evaluadas y los puntajes a ser asignados a cada ítem, para poder realizar la evaluación de la edad gestacional.

## PUNTAJES DE CAPURRO PARA CALCULAR LA EDAD GESTACIONAL

<b>Forma de la OREJA (Pabellón)</b>	 Aplanada, sin incurvación <b>0</b>	 Borde superior parcialmente incurvado <b>8</b>	 Todo el borde superior incurvado <b>16</b>	 Pabellón totalmente incurvado <b>24</b>	
<b>Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA</b>	 No palpable <b>0</b>	 Palpable menor de 5 mm <b>5</b>	 Palpable entre 5 y 10 mm <b>10</b>	 Palpable mayor de 10 mm <b>15</b>	
<b>Formación del PEZÓN</b>	 Apenas visible sin areola <b>0</b>	 Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata <b>5</b>	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada. Borde no levantado <b>10</b>	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada. Borde levantado <b>15</b>	
<b>TEXTURA de la PIEL</b>	 Muy fina gelatinosa <b>0</b>	 Fina lisa <b>5</b>	 Mas gruesa discreta descamación superficial <b>10</b>	 Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies <b>15</b>	 Gruesa grietas profundas apergamina-das <b>20</b>
<b>PLIEGUES PLANTARES</b>	 Sin pliegues <b>0</b>	 Marcas mal definidas en la mitad anterior <b>5</b>	 Marcas bien definidas en la 1/2 anterior, Surcos en 1/2 anterior <b>10</b>	 Surcos en la mitad anterior <b>15</b>	 Surcos en mas de la mitad anterior <b>20</b>

### Pasos para calcular la edad gestacional:

1. Después de haber asignado un puntaje a cada ítem, se sumarán los puntajes de las 5 características, obteniéndose un total de puntos.

2. Aplicar la fórmula: 
$$\text{Edad Gestacional} = \frac{\text{Total de puntos} + 204}{7} = \frac{\text{Resultado}}{7}$$

- Al total de puntos, se le suma 204 (que es una constante).

- El resultado de esta suma será dividido entre 7 (que es el número de días de una semana), obteniéndose el número de semanas de gestación del recién nacido.

El método tiene un margen de error de  $\pm$  una semana. El resultado final debe ser expresado en decimales, si no es un número entero. Ejemplo: 35,2 semanas

A continuación, se detalla el ejemplo.

**TABLA 3.7.**

<b>CÁLCULO DE LA EDAD GESTACIONAL POR EL MÉTODO CAPURRO</b>		
<b>CARACTERÍSTICAS:</b>	<b>EL RECIÉN NACIDO TIENE:</b>	<b>PUNTAJE</b>
FORMA DE LA OREJA	Pabellón parcialmente incurvado en borde superior	8
TAMAÑO GLÁNDULA MAMARIA	Palpable entre 5 mm y 10 mm	10
FORMACIÓN DEL PEZÓN	Diámetro mayor de 7,5 mm. Areola punteada. Borde no levantado	10
TEXTURA DE LA PIEL	Más gruesa, descamación superficial discreta	10
PLIEGUES PLANTARES	Marcas mal definidas en la mitad anterior	5
<b>TOTAL DE PUNTOS</b>		<b>43</b>

## SE APLICA LA FÓRMULA

TOTAL DE PUNTOS + 204 = SEMANAS DE GESTACIÓN  
7 DÍAS

$43 + 204 = 247 = 35, 2$  SEMANAS  
7 7

### 2.2.3. CLASIFICAR AL RECIÉN NACIDO:

#### SEGÚN EDAD GESTACIONAL

Dependiendo de la EDAD GESTACIONAL, e independientemente del peso de nacimiento se clasifica de la manera siguiente:

- PRETÉRMINO, Cuando la edad gestacional es menor de 37 semanas.
- TÉRMINO, entre la semana 37 y 41 de gestación.
- POSTÉRMINO, después de la semana 41 de gestación.



#### EJERCICIO: DETERMINAR EDAD GESTACIONAL

#### SEGÚN EL PESO AL NACER

Es posible clasificar a los recién nacidos teniendo en cuenta el PESO AL NACER, en forma independiente de la edad gestacional:

- EXTREMO BAJO PESO AL NACER (EBPN), cuando el peso de nacimiento se encuentra entre 0 gramos a 999 gramos.
- MUY BAJO PESO AL NACER (MBPN), cuando el peso de nacimiento se halla entre 1.000 y 1.499 gramos, o sea es de menos de 1.500 gramos.
- BAJO PESO AL NACER (BPN), cuando el peso de nacimiento se halla entre 1.500 y 2.499 gramos, o sea es de menos de 2.500 gramos.

#### SEGÚN PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL

Recordamos que la morbilidad y la mortalidad neonatal son inversamente proporcionales al peso y edad gestacional, o sea entre menos peso o menor edad gestacional, mayor será la morbilidad y la mortalidad. La combinación de los dos parámetros, edad gestacional y peso al nacer, constituye uno de los indicadores del grado de riesgo al momento del nacimiento.

Se sugiere el uso de las curvas de crecimiento de la OMS para los neonatos nacidos de término (37 semanas o más de edad gestacional) y las curvas de Fenton y Kim para los menores de 37 semanas.

Las curvas de FENTON y KIM, pueden ser utilizadas para clasificar al recién nacido prematuro según su Peso y Edad Gestacional al momento del nacimiento y posteriormente durante el seguimiento. En los prematuros extremos también permite realizar la clasificación y seguimiento, ya que tiene disponibles los valores de crecimiento esperado, entre las 22 y 50 semanas de edad, para niños y niñas. Estas curvas incluyen además del peso, valores de crecimiento esperados con los percentiles correspondientes, para

la longitud corporal y el perímetro cefálico. Posteriormente al realizar el cálculo de la edad corregida, tiene buena correlación con el Gráfico de Crecimiento de Peso para la Edad de la OMS.

## MÉTODO PARA DETERMINAR PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL

1. Calcular la edad gestacional en semanas.
2. Obtener el Peso del recién nacido.
3. Utilizar el Gráfico de Peso para la Edad Gestacional, de acuerdo al sexo y:
  - a. Mirar el eje del costado izquierdo para ubicar la línea que muestra el peso en gramos.
  - b. Mirar el eje inferior del gráfico para ubicar la línea que muestra la edad gestacional en semanas.
  - c. Buscar el punto en el gráfico donde la línea para el peso se encuentra con la línea de edad gestacional.

La combinación de ambos parámetros, edad gestacional y peso al nacer, a través de las curvas de crecimiento, permite clasificarlos en:

- **GRANDE PARA SU EDAD GESTACIONAL:** el recién nacido se encuentra por encima de la curva superior: Percentil mayor de 90.
- **ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL:** se encuentra entre las líneas del Percentil 90 y Percentil 10.
- **PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL:** se encuentra por debajo de la línea inferior: Percentil 10 o menos.

### 2.3. EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR EL RIESGO AL NACER

Los antecedentes maternos, las características del parto y el examen físico al nacer posibilitan la clasificación del riesgo del neonato y la necesidad de hospitalización y traslado a una unidad de cuidados neonatales o la posibilidad de continuar en alojamiento conjunto con la madre.

#### 2.3.1. EVALUAR EL RIESGO AL NACER

Para Evaluar EL RIESGO AL NACER realice PREGUNTAS a la madre y OBSERVE y DETERMINE en el recién nacido, signos de riesgo para su salud.



#### PREGUNTE A LA MADRE:

- **¿Cuántas semanas de edad gestacional tiene?**

Las mujeres que siguieron las consultas de atención prenatal tienen conocimiento de la fecha probable de parto y pueden estar informadas acerca de las semanas de gestación. En caso que no sepa precisar, se calculará la edad gestacional de acuerdo a uno de los métodos explicados en el capítulo anterior.

- **¿Tuvo pérdida de líquidos por vagina?**

Si la respuesta es afirmativa se preguntará:

- ¿Hace cuánto tiempo?

La vía ascendente es el principal factor de contaminación del feto antes y durante el trabajo de parto, por lo que la Rotura Prolongada de Membranas, más de 18 horas, se relaciona directamente con la infección neonatal.

- ¿De qué color?

En condiciones normales el líquido amniótico es claro, pero si éste se tiñe de una coloración verdosa (meconio), sanguinolenta o purulenta constituye una situación de riesgo al nacer.

- **¿Ha tenido fiebre?**

La fiebre materna se relaciona en alto porcentaje con sepsis neonatal y morbimortalidad elevada, principalmente en recién nacidos prematuros y/o bajo peso al nacer (menor de 2.500 gramos o más aún si pesó menos de 2.000 gramos). El antecedente de infección bacteriana de la madre en tiempo cercano al parto, determina mayor riesgo para el recién nacido de desarrollar sepsis en el período inmediato.

- **Investigue patologías previas o detectadas durante el embarazo y factores de riesgo perinatal**

Existen patologías que pueden tener repercusión negativa en la condición del niño o la niña al nacer, como las enfermedades previas al embarazo o las detectadas y desarrolladas durante la gestación (diabetes, hipertensión, etc.). Se investigará acerca de antecedentes y serología positiva para Enfermedades del grupo TORCHS - VIH tales como: Toxoplasmosis, Rubéola, Chagas, Citomegalovirus, Hepatitis B, Herpes, Sífilis, VIH, Zika, Chikungunya, pues según cada caso, se debe realizar el tratamiento y/o profilaxis correspondiente.



**En todos los recién nacidos OBSERVE:**

- **La respiración y el llanto**

El llanto de los recién nacidos debe ser fuerte. Si está ausente o es débil debe considerarse como signo de condición grave y se evalúa junto con la respiración. El recién nacido debe respirar espontáneamente y llorar en forma vigorosa. Si su respiración es dificultosa debe clasificarse como CONDICIÓN GRAVE. Se debe estabilizar al RN (según pautas del Manual de Atención Neonatal)<sup>25</sup> y si el establecimiento de salud no tiene la complejidad necesaria para el manejo de estas situaciones, debe ser referido a un servicio con la complejidad que la patología neonatal requiere.

<sup>25</sup> Manual de Atención Neonatal. DIRSINA. MSPBS. 2da. Edición 2016. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/9fac93-MANUALDEATENCINNEONATAL.AUTORIZADOMSPBSRESOLUCINMINISTERIALSGN816.pdf>

- **El color**

La coloración azulada de piel o mucosas es definida como cianosis. La cianosis limitada a las manos y pies (acrocianosis) es habitual en el recién nacido en los primeros minutos y generalmente no indica mala oxigenación. El hallazgo de la coloración azulada de los labios, la lengua y el torso del bebé (cianosis central) en forma persistente podría deberse a enfermedades que requieren evaluación especializada.

La insuficiencia respiratoria se puede manifestar por palidez. Las hemorragias, la hipoxia, hemólisis intensa o el shock también se manifiestan con palidez.

- **Tono muscular**

El tono de los recién nacidos de término sanos, es en flexión. Un niño o niña hipotónico/a, flácido/a, es un/a recién nacido/a muy enfermo/a.

- **Presencia de defectos congénitos mayores**

Algunos defectos congénitos que pueden producir alteraciones en el color y la respiración del recién nacido son enfermedades graves, por lo que necesitan atención de mayor complejidad como es el caso de la hernia diafragmática o cardiopatía congénita compleja. Ellos deben ser referidos con urgencia y se debe completar la ficha de reporte y comunicar al Programa Nacional de Defectos Neonatales (PNDN).

- **Signos de infección intrauterina**

Los signos de infección intrauterina relacionados principalmente a patologías del grupo TORCHS - VIH tales como: Toxoplasmosis, Rubeola, Chagas, Citomegalovirus, Hepatitis B, Herpes, Sífilis, VIH, Zika, se manifiestan con microcefalia, petequias, equimosis, lesiones de piel, cataratas, hepatoesplenomegalia, bajo peso, etc. Si el neonato tiene alguna de estas características debe referirse a un Hospital para su diagnóstico y tratamiento. En caso de defectos congénitos asociados completar la ficha de reporte y comunicar al PNDN

Lesiones asociadas al parto o por traumatismo obstétrico

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

 **DETERMINE:**

- **La Frecuencia respiratoria y la saturación**

Se deberá contar - durante un minuto - las veces que respira el recién nacido. La frecuencia respiratoria normal es de 40 a 60 respiraciones por minuto. Además de la frecuencia, es importante la presencia o no de dificultad para respirar. El recién nacido tiene respiración rápida si presenta 60 o más respiraciones por minuto.

Si se dispone de saturómetro, se medirá la saturación de oxígeno preferentemente en la mano derecha (saturación preductal). Los recién nacidos sanos pueden tardar unos minutos en aumentar la saturación de oxígeno en sangre, que en el útero era de 60 %,

y al respirar aire ambiente debe llegar a 90% o más.

Evalúe la necesidad de oxígeno de acuerdo a la saturación objetivo esperada para los primeros minutos de vida.

En la Tabla 3.3. se encuentran los datos de Saturación objetivo, considerados normales de acuerdo a los primeros minutos de vida.

**TABLA 3.8.**

<b>VENTAJAS DEL CONTACTO PIEL A PIEL</b>	
<b>Tiempo de vida</b>	<b>Saturación preductal objetivo</b>
1 minuto	60-65%
2 minutos	65-70%
3 minutos	70-75%
4 minutos	75-80%
5 minutos	80-85%
10 minutos	85-95%
<b>Concentración inicial de Oxígeno para VPP</b>	
35 semanas de EG y más	21% de oxígeno
Menos de 35 semanas	21 % a 30 % de oxígeno

Fuente: Neonatal Resuscitation. 8va. Edition. Academia Americana de Pediatría. Asociación Americana del Corazón.

Si el neonato satura 90 por ciento o menos, después de los 10 minutos de vida requiere oxígeno y observación clínica estrecha, ya que a partir de ese momento el rango de saturación objetivo es de 90 a 95 por ciento.

#### ● **Frecuencia cardíaca**

La frecuencia cardíaca normal de los recién nacidos sanos es de 120 a 160 latidos por minuto. La frecuencia cardíaca mayor a 160 latidos por minuto se denomina taquicardia.

#### ● **La temperatura**

La temperatura que el recién nacido debe mantener es aquella en la cual su metabolismo se vea reducido al mínimo y así su producción de calor también es mínima. La temperatura axilar normal de un recién nacido de cualquier edad gestacional varía entre 36,5°C y 37,5°C. Debido a la inmadurez del centro termorregulador, la temperatura ambiental influye directamente en la temperatura del recién nacido, pudiendo sufrir hipotermias o hipertermias. Por este motivo, la temperatura del ambiente debe mantenerse entre 26°C y 28°C, sin corrientes de aire.

#### ● **El peso y la edad gestacional**

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

Los recién nacidos de postérmino (mayor de 42 semanas) también representan un grupo de riesgo.

### 2.3.2. CLASIFICAR EL RIESGO AL NACER

Todos los niños y niñas al nacer tienen algún riesgo, incluso aquellos de término y peso adecuado, por lo que deben ser evaluados constantemente durante la estadía en el establecimiento de salud.

#### ALTO RIESGO AL NACER (ROJO)

Se clasifica la condición como ALTO RIESGO AL NACER, cuando se detecta uno o más de los siguientes antecedentes o signos en el Recién Nacido (RN):

Requirió maniobras de reanimación con Ventilación a Presión Positiva (VPP).

Dificultad respiratoria, respiración rápida y/o saturación menor de 90 % después de 10 min de nacer.

Llanto débil y/o flacidez.

Temperatura menor a 36,5°C o mayor de 37,5°C.

Palidez intensa, plétora o cianosis persistente.

Peso menor a 2.000 gramos o mayor de 4.000 gramos.

Edad gestacional igual o menor a 34 semanas.

Defectos congénitos mayores.

Trauma obstétrico (lesiones severas ocurridas durante el parto).

Madre con antecedentes de rotura prolongada de membranas, pérdida de líquido teñido (sangre, pus, meconio); fiebre materna, o infección por TORCHS –VIH.

#### MEDIANO RIESGO AL NACER (AMARILLO)

La condición del neonato es de MEDIANO RIESGO AL NACER, si presenta uno o más de los siguientes antecedentes o signos:

Requirió maniobras de reanimación pero no requirió ventilación a presión positiva (VPP).

Peso al nacer entre 2.000 y 2.500 gramos y entre 3.800 a 4.000 gramos.

Edad gestacional entre 35 y 36 semanas o mayor de 42 semanas.

Anomalías congénitas menores.

#### BAJO RIESGO AL NACER (VERDE)

Se clasifica la condición como BAJO RIESGO AL NACER si el RN reúne los siguientes criterios:

Sin ningún signo de la fila roja ni amarilla.

Coloración rosada de piel y mucosas.

Llanto fuerte y vigoroso.

Tono muscular y movimientos normales.

Esfuerzo respiratorio adecuado desde el nacimiento. FR entre 40 y 60 respiraciones por minuto y saturación adecuada según esquema.

Frecuencia cardíaca entre 100 y 160 latidos por minuto.

Temperatura axilar entre 36,5°C y 37,5°C.

Peso entre 2.500 g y 3.800 g.

Edad gestacional entre 37 y 41 semanas.  
Longitud corporal: 50 cm  $\pm$  2.  
Perímetro cefálico: 35 cm  $\pm$  2.  
Examen físico y reflejos normales.

### 2.3.3. TRATAR SEGÚN LA CONDICIÓN DEL RIESGO AL NACER

#### ALTO RIESGO AL NACER (ROJO)

Los recién nacidos clasificados con ALTO RIESGO AL NACER necesitan atención y REFERENCIA URGENTE a un establecimiento de salud con la complejidad necesaria para el manejo de estas situaciones. La referencia se hará siguiendo las medidas de estabilización y traslado del Manual de Atención Neonatal del MSPBS.

#### Antes y durante el traslado se seguirán las siguientes recomendaciones:

- Informar a los padres sobre la situación.
- Monitorear los signos vitales.
- Evaluar la necesidad de oxígeno según saturación objetivo.
- Prevenir la hipotermia ya que puede causar daño cerebral e incluso la muerte. Mantener una temperatura normal, proporcionando calor a través del abrigo, contacto piel a piel, una lámpara de calor o en incubadora de transporte. Vestir al niño o niña y colocarle gorro, medias, guantes y cubrir hasta el cuello. En los menores de 32 semanas de gestación se puede utilizar una bolsa limpia de plástico estéril (preferentemente las bolsas utilizadas para transfusión).
- Prevenir la hipoglicemia ya que puede producir daño cerebral irreversible. De acuerdo a la situación clínica se elegirá la mejor estrategia:
  - Si puede succionar: iniciar la lactancia materna.
  - Si no puede mamar, instalar una sonda orogástrica para administración de leche materna extraída.
  - Si no es posible utilizar la vía oral, indicar administración de líquidos intravenosos con Dextrosa al 10 %, según esquema del Manual de Atención Neonatal<sup>26</sup>.
- Considerar el uso de antibióticos si hay antecedentes que sugieren una infección. En esa situación, está indicado realizar la toma previa de 2 muestras de sangre en frascos para hemocultivo, debiendo contener como mínimo 1 ml de sangre periférica en cada frasco. Las muestras serán trasladadas junto con el niño o niña hasta el lugar donde podrán ser procesadas. Posterior a la toma de hemocultivos se realizará la administración de dos antibióticos por vía parenteral para el tratamiento, preferentemente por vía intravenosa. La imposibilidad de la toma de hemocultivos, no debería retrasar el inicio de la terapia antimicrobiana.

<sup>26</sup> Manual de Atención Neonatal. DIRSINA. MSPBS. 2da. Edición 2016. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/9fac93-MANUALDEATENCINNEONATAL.AUTORIZADOMSPBSRESOLUCINMINISTERIALSGN816.pdf>

La primera opción de terapia antimicrobiana es la combinación de Gentamicina + Ampicilina.

Gentamicina: se presenta en forma de solución líquida, lista para uso intramuscular. Si se decide administrar por vía intravenosa (VIV) la dosis correspondiente al peso del niño o niña, debe ser diluida en 5 ml de solvente para dilución y ser administrada en 60 minutos a través de una bomba de infusión. Al finalizar la administración, se infundirá 3 ml de solución fisiológica por 30 minutos.

En caso de no contar con vía venosa y como situación excepcional, podrá ser utilizada la vía intramuscular (VIM). El sitio de la aplicación recomendado para VIM es la cara anterolateral externa y superior del muslo.

**TABLA 3.8.**

<b>PRIMERA OPCIÓN</b>						
<b>GENTAMICINA</b> Dosis 5 mg/ kg/ día			<b>AMPICILINA</b> Dosis: 100 mg/ kg/ día			
Ampolla de 10 ml = 400 mg Concentración: cada 1 ml = 40 mg			Frasco ampolla de 1 gramo de polvo diluir en 5 ml Con esta dilución cada 1 ml = 200 mg			
<b>Peso en Kg</b>	<b>Dosis en ml/ día</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Peso</b>	<b>Dosis/día</b>	<b>Cantidad/día</b>	<b>Fraccionar la cantidad/día, según edad</b>
1.0 – 1.9	0,1 ml	Cada 48 hs	1.0 kg 1.5 kg	100 mg 150 mg	0,5 ml 0,75 ml	Menor de 1 semana Cada 12 horas
2.0 – 2.9	0,2 ml	Cada 24 hs	2.0 kg 2.5 kg	200 mg 250 mg	1 ml 1,25 ml	
3.0 – 3.9	0,3 ml		3.0 kg 3.5 kg	300 mg 350 mg	1,5 ml 1,75 ml	De 1 a 3 semanas Cada 8 horas
4.0 – 4.9 5.0 – 5.9	0,4 ml 0,5 ml		4.0 kg 5.0 kg	400 mg 500 mg	2 ml 2,5 ml	Más de 3 semanas Cada 6 horas

La segunda opción es la combinación de Cefotaxima + Ampicilina. Ambos antimicrobianos son recomendados para uso por vía intravenosa (VIV), aunque en situaciones excepcionales podrían ser administrados por vía intramuscular.

**TABLA 3.9.**

SEGUNDA OPCIÓN							
CEFOTAXIMA				AMPICILINA			
Dosis: 100 mg/ kg/ día				Dosis: 100 mg/ kg/ día			
Frasco ampolla de 1 gramo de polvo diluir en 5 ml Con esta dilución cada 1 ml = 200 mg				Frasco ampolla de 1 gramo de polvo diluir en 5 ml Con esta dilución cada 1 ml = 200 mg			
Peso	Dosis/ día	Cantidad/ día	Fraccionar cantidad/ día según edad	Peso	Dosis/ día	Cantidad/ día	Fraccionar cantidad/ día según edad
1.0 kg	100 mg	0,5 ml	Menor a 1 semana cada 12 horas	1.0 kg	100 mg	0,5 ml	Menor a 1 semana cada 12 horas
1.5 kg	150 mg	0,75 ml		1.5 kg	150 mg	0,75 ml	
2.0 kg	200 mg	1 ml		2.0 kg	200 mg	1 ml	
2.5 kg	250 mg	1,25 ml		2.5 kg	250 mg	1,25 ml	
3.0 kg	300 mg	1,5 ml	De 1 a 3 semanas cada 8 horas	3.0 kg	300 mg	1,5 ml	De 1 a 3 semanas cada 8 horas
3.5 kg	350 mg	1,75 ml		3.5 kg	350 mg	1,75 ml	
4.0 kg	400 mg	2 ml	Mayor de 3 semanas cada 6 horas	4.0 kg	400 mg	2 ml	Mayor de 3 semanas cada 6 horas
5.0 kg	500 mg	2,5 ml		5.0 kg	500 mg	2,5 ml	

Ampicilina: Debe verificarse la concentración que contiene el frasco disponible, para determinar la dilución, ya que existen diferentes presentaciones comerciales. El frasco que contiene 1 gramo de polvo debe diluirse en 5 ml de agua estéril para dilución o suero fisiológico. De esta manera 1 ml contiene 200 mg del antibiótico. Es un preparado para administrar por VIV. En caso de no lograr acceso venoso, puede administrarse la primera dosis de ampicilina por vía intramuscular, en la cara anterolateral externa y superior del muslo, tratando de evitar al máximo las punciones múltiples. La dosis a ser administrada por vía intramuscular no requiere nueva dilución.

Cefotaxima: Antes de realizar la dilución debe verificarse la concentración que contiene el frasco. Se recomienda que el frasco que contiene 1 gramo de polvo se diluya en 5 ml de solvente para dilución o suero fisiológico, así por cada 1 ml se obtiene 200 mg del antimicrobiano.

### MEDIANO RIESGO AL NACER (AMARILLO)

Los neonatos clasificados en esta categoría requieren de condiciones apropiadas de atención y detección de alteraciones en forma temprana, pudiendo complicarse con alguna patología grave si no se les da seguimiento adecuado y tratamiento oportuno. Por esta razón, si el establecimiento de salud no tiene la complejidad necesaria para otorgar todos los cuidados que el recién nacido requiere, debe ser REFERIDO.

En todos los casos, recuerde:

- Controlar los signos vitales.
- Vigilar la respiración y la coloración.

- Mantener la oxigenación adecuada de acuerdo a la saturación
- Prevenir la hipotermia: se debe realizar el apego precoz favoreciendo el contacto piel a piel, brindando orientaciones sobre la conservación de la temperatura, prolongando el contacto piel a piel. Si se dispone de una incubadora de transporte, debe ser utilizada.
- Prevenir la Hipoglicemia: iniciar la lactancia en la primera hora de vida. Si la succión es débil, la madre puede extraerse la leche y ofrecerla en vasitos o por una sonda orogástrica.

Considerar la conducta particular, de acuerdo a cada caso.

Si el diagnóstico es de Sífilis congénita se realizará el tratamiento según las indicaciones en la Tabla 3.6.

**TABLA 3.10.**

<b>PENICILINA SÓDICA CRISTALINA</b>		
<b>50.000 U.I. por kp/dosis – Vía endovenosa</b>		
Frasco de 1.000.000 U.I. diluir con 3.6 ml de agua estéril (hasta 4 ml) para obtener 250.000 unidades/ml		
<b>PESO</b>	<b>Dosis</b>	<b>Frecuencia de acuerdo a la edad</b>
1 kg	0,2 ml	Menor a 1 semana c/ 12 horas De 1 a 4 semanas c/ 8 horas Mayor de 4 semanas c/ 6 horas
2 kg	0,4 ml	
3 kg	0,6 ml	
4 kg	0,8 ml	
5 kg	1 ml	

**Penicilina G Cristalina:** Lea la etiqueta de la ampolla de la Penicilina G cristalina para determinar su concentración. Esta deberá mezclarse con agua estéril. Elija la dosis que corresponde de acuerdo al peso del lactante en el cuadro TRATAR. El tratamiento debe realizarse por vía endovenosa, durante 10 días, incluso en caso de neurolúes.

El niño o niña que recibió tratamiento para Lúes o Sífilis Congénita, debe asistir a los controles establecidos para asegurar su curación:

- Seguimiento Clínico: 1, 2, 4, 6 y 12 meses.
- Seguimiento serológico (VDRL): 3, 6, 9 y 12 meses.
- Seguimiento de la visión y audición: cada 6 meses.
- Neurosífilis: Punción Lumbar cada 6 meses hasta normalización del citoquímico y/o negativización de VDRL.

### **BAJO RIESGO AL NACER (VERDE)**

Los recién nacidos que se encuentran en esta clasificación deben realizar el apego precoz, permanecer junto a su madre e iniciar la lactancia materna en la primera hora de vida. Se debe verificar en todos los casos el cumplimiento de los cuidados esenciales y continuar evaluando al niño y a la niña durante toda la estadía en el establecimiento de salud.



## EJERCICIO: Caso LUCAS

### 3. RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DEL RN

Los primeros minutos y las primeras horas de vida, hasta el alta del establecimiento de salud, deben ser vigilados en forma activa a fin de detectar posibles situaciones que pongan en riesgo la vida de la madre o del recién nacido y poder realizar la conducta apropiada y oportuna.

#### 3.1. EN SALA DE PARTOS

TABLA 3.11.

<b>EVALUAR AL BINOMIO MADRE/HIJO EN SALA DE PARTOS</b>	
<b>las 2 primeras horas</b>	
<b>MADRE*</b> Identificar signos de alarma con la Escala de Alerta Precoz del Código Rojo*** Evaluar cada 15 minutos	<b>RECIÉN NACIDO**</b> 1er. Período de Reactividad en la primera hora de vida Evaluar cada 15 minutos
<b>1- Control de signos vitales:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Frecuencia Cardíaca</li><li>- Frecuencia Respiratoria</li><li>- Saturación de oxígeno</li><li>- Presión Arterial</li><li>- Temperatura</li></ul> <ol style="list-style-type: none"><li>2. Evaluar si el útero está duro y con globo de seguridad de Pinard. Vigilar la cantidad de sangrado genital (retención de placenta, restos placentarios).</li><li>3. Evaluar la presencia o no de loquios fétidos.</li><li>4. Control del canal del parto y reparación de desgarros.</li><li>5. Contacto piel a piel y lactancia materna exclusiva.</li><li>6. Pasadas las 2 horas trasladar a la madre a Sala de Alojamiento Conjunto con el RN, si no se detectan signos de alarma.</li><li>7. En caso de identificar signos de alarma se activará el Código Rojo.</li></ol>	<b>1. Control de signos vitales:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Frecuencia Cardíaca.</li><li>- Frecuencia Respiratoria.</li><li>- Saturación de oxígeno.</li><li>- Temperatura.</li></ul> <ol style="list-style-type: none"><li>2. Verificar ligadura de cordón umbilical: vigilar que no haya sangrados.</li><li>3. Evaluar actividad motora y tono muscular. El llanto debe ser vigoroso. Aspirar secreciones orales y nasales solo en caso necesario.</li><li>4. Baño solo en caso de fetidez de líquido amniótico, sospecha de amnionitis, RN de madres con VIH y contaminación con materia fecal materna.</li><li>5. Contacto piel a piel y lactancia materna exclusiva.</li><li>6. En caso de identificar signos de alarma se activará el Código Rojo.</li></ol>

#### 3.2. EN SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO

Si no existen signos de alarma, la madre y el recién nacido pasarán a la Sala de Alojamiento Conjunto, ya que estando ambos en pleno estado de salud no deben ser separados y deben ser controlados en forma conjunta por un mismo profesional con la competencia para la atención del binomio.

**TABLA 3.12.**

<b>EVALUAR AL BINOMIO MADRE/HIJO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO</b>	
<b>Desde las 2 horas hasta el alta</b>	
<b>MADRE*</b>	<b>RECIÉN NACIDO**</b>
<p><b>Identificar signos de alarma con la Escala de Alerta Precoz***:</b>  <b>Evaluar cada 6 horas</b></p>	<p><b>Durante el segundo periodo de reactividad (hasta las 12 horas de vida) evaluar cada 3 horas</b>                      Posterior a las 12 horas de vida y hasta el alta evaluar cada 6 horas</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Control de signos vitales:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frecuencia Cardíaca</li> <li>- Frecuencia Respiratoria</li> <li>- Saturación de oxígeno</li> <li>- Presión Arterial</li> <li>- Temperatura</li> </ul> </li> <li>2. Evaluar si el útero está duro y con globo de seguridad de Pinard: vigilar la cantidad de sangrado genital.</li> <li>3. Vigilar la salida y características de los loquios.</li> <li>4. Control de alteraciones vulvoperineales: hemorroides, retención urinaria, edemas, hematomas y várices.</li> <li>5. En madres con cirugía (cesárea): control de herida operatoria, control de diuresis.</li> <li>6. Control de miembros inferiores.</li> <li>7. Hábitos fisiológicos e higiene materna y perineal.</li> <li>8. Contacto piel a piel y lactancia materna exclusiva.</li> <li>9. Evaluar el estado emocional. (Ver Escala de Edimburgo).</li> <li>10. Verificar resultados de: VDRL, Test de VIH y Hepatitis B.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Control de signos vitales:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frecuencia Cardíaca</li> <li>- Frecuencia Respiratoria</li> <li>- Saturación de oxígeno</li> <li>- Temperatura.</li> </ul> </li> <li>2. Cuidados del cordón umbilical.</li> <li>3. Control de la higiene del RN: cambio de pañales e higiene por áreas sin inmersión.</li> <li>4. Control de hábitos fisiológicos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyar la lactancia materna exclusiva: utilizar el instrumento de observación de la mamada, enseñar a la madre a identificar las señales de hambre.</li> <li>- Diuresis: orina en las primeras 24 horas (90%).</li> <li>- Heces: elimina meconio en las primeras 24 a 48 horas.</li> </ul> </li> <li>5. Examen físico y neurológico completo, cada 24 horas, incluyendo:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peso diario.</li> <li>- Color de la piel: vigilar si aparece ictericia en las primeras 24 horas de vida.</li> <li>- Tamizaje neonatal (test del piecito, búsqueda del reflejo rojo, otoemisiones acústicas, test del corazoncito)</li> </ul> </li> <li>6. Vacunación BCG</li> </ol>

Fuente: \*Manual Nacional Normas de Cuidados Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio, Seguros e Inclusivos. 2da Edición. MSPBS. Año: 2019.

\*\*Manual de Atención Neonatal 2da. Edición. MSPBS. 2016.

\*\*\*Código Rojo Obstétrico Neonatal. Manejo de las principales causas de Emergencias Obstétricas y Reanimación Neonatal en Sala de Partos. MSPBS. 2018.

### 3.3. EL ALTA DEL RN

El recién nacido aunque impresione estar sano no debería ser dado de alta antes de las 48 horas de vida, si nació por parto vaginal y dentro de las 48 a 72 horas si el nacimiento fue por cesárea.

#### A continuación, se señalan algunos aspectos a tener en cuenta para el alta del RN de 35 semanas o más:

- Regula temperatura estando en una cuna simple, vestido y con temperatura ambiente.
- Lactancia materna eficaz.
- Pérdida de peso acorde a los días de vida y edad gestacional.
- Vínculo madre/neonato establecido.
- Ausencia de patología y signos de alarma.
- Signos vitales en rango normal.
- Hábitos fisiológicos presentes y normales.
- Serología materna de HB, VDRL y HIV actualizada.
- Test neonatal para despistaje de enfermedades o “Test del piecito” debidamente realizado de acuerdo al Programa de Detección Neonatal.
- Otoemisiones acústicas realizadas o programadas.
- Reflejo rojo de los ojos realizado.
- Tipificación de la madre y del neonato.
- Vacunación BCG y contra Hepatitis B.
- Prueba de oximetría de pulso, “test del corazoncito” realizado. Permite detectar algunas cardiopatías congénitas críticas, midiendo la saturación en la mano derecha y en un pie a través de un sensor que se conecta a un monitor, mostrando el porcentaje de saturación de oxígeno y la diferencia entre ambos. Es normal que la saturación sea mayor a 95% en los miembros y que la diferencia sea menor al 3%. Si la prueba es anormal, se debe volver a repetir en una hora y si el resultado vuelve a ser anormal se debe realizar una Ecocardiografía.
- Entregar la Libreta de Salud del Niño y de la Niña, donde se detallen los antecedentes perinatales, datos del nacimiento, del alta y vacunación junto con el Certificado de Recién Nacido Vivo para su inscripción en el Registro Civil.
- Citar al 1er.control a las 48 a 72 horas después del alta; al 2do. control a los 10 días de vida; al 3er. control a los 28 días de vida.

#### Orientar a los padres sobre:

- Cuidados del RN en el hogar.
- Señales de alarma que le indican cuando debe volver de inmediato.

## SIGNOS DE ALARMA EL RN DEBE VOLVER DE INMEDIATO SI PRESENTA:

- Convulsiones o ataques
- Letargia o inconsciencia, le ve mal, está con llanto débil o flaccidez
- Irritabilidad que no se debe a hambre, calor ni falta de higiene. No se consuela en brazos de la madre.
- Problemas para alimentarse: rechazo para tomar el pecho, no puede beber o vomita todo.
- Dificultad para respirar: aumento del esfuerzo respiratorio o frecuencia respiratoria (60 resp. por minuto o más)
- Cambios en la coloración de la piel: palidez intensa, cianosis generalizada (se pone azulado) o piel amarillenta (ictericia) que abarca manos y pies. • Fiebre temperatura mayor de a 37,5°C; o hipotermia temperatura menor a 36, 5°C.
- Problemas del cordón: sangrado activo, secreción amarillenta, olor desagradable, enrojecimiento que se extiende a la piel que le rodea o falta de caída más allá de los 15 días.
- Diarrea con gleras y/o sangre en las heces.
- Manifestaciones de sangrado en la piel.
- Rash o lesiones vesiculares, pustulosas o ampollares en la piel, numerosas y extensas.
- Diuresis disminuida: cambio de pañales menor a 4 veces en 24 horas.
- Distensión abdominal o falta de eliminación de heces en 48 horas.

### 3.4. ACONSEJAR A LOS PADRES SOBRE CUIDADOS DEL RN EN EL HOGAR:

Como regla general para todas las personas es que, antes y después de tocar al RN y/o sus pertenencias, debe ser realizado el lavado de manos con agua y jabón.

#### **Ambiente saludable**

La habitación de la madre y el recién nacido debe ser limpia, ventilada y sin humedad. Se recomienda evitar el contacto con polvo, humo de tabaco y uso de braseros dentro del hogar.

En tiempos de circulación de virus respiratorios es recomendable evitar la asistencia a lugares muy concurridos y evitar las visitas de personas con cuadros respiratorios. Se aconseja el uso de mascarillas para las personas que incluso sin síntomas, se acercarán al RN. Utilizar mosquiteros, más aún en los periodos de alta circulación de arbovirosis.

#### **Prevenir el enfriamiento (hipotermia)**

La temperatura ambiental influye sobre la temperatura corporal del RN y ésta a su vez sobre las funciones de su organismo que se están adaptando al nuevo ambiente. Se recomienda mantener una temperatura ambiental entre 26°C y 28°C.

Deben vestir o abrigar al neonato según el clima y la temperatura ambiental. Si el clima es frío se recomienda el uso de guantes, medias y cubrir la cabeza del RN con una gorra, asegurándose que el rostro quede descubierto. Si hace mucho calor, no sobreabrigarlo. Se recomienda que las ropas que estarán en contacto con la piel del RN sean de algodón.

Si el RN es menor de 35 semanas o pesa menos de 2.500 gramos, puede ser colocado piel a piel en contacto con la madre usando la Técnica Canguro, con las siguientes

condiciones:

- RN estable, sin ninguna situación que apeligre su vida.
- Vestir gorra, medias y pañal
- Estar situado entre los senos de la madre, el pecho del padre u otra persona en posición vertical, con las piernas y brazos abiertos en posición de rana.
- Apoyar su mejilla contra el tórax de la madre, mirando de frente uno de sus senos. Cambiar de posición la cabeza hacia el otro seno cada cierto tiempo.
- Estar cubierto con la misma ropa que la madre o el padre.
- Asegurar el mantenimiento del contacto piel a piel en forma permanente, con el padre o la madre.

### **Controlar hábitos:**

- Alimentarios: el alimento para el RN es la leche materna. Debe apoyarse a la madre y a los familiares para lograr la lactancia materna exclusiva, dejando que el niño tome el pecho las veces que quiera, a libre demanda. No debe administrarse otros líquidos ni fórmulas.

Para facilitar el agarre, acercar al RN de tal modo que los labios del niño toquen el pezón de la madre, posteriormente esperar hasta que el RN abra bien la boca y cuando esto sucede, aproximarle rápidamente hacia el pecho y cerciorarse que su labio inferior quede por debajo del pezón.

En relación a la técnica, antes del alta el profesional de la salud puede hacer uso del instrumento de Evaluación de la Mamada para evaluar la lactada y a la vez instruir paso a paso a la madre, realizando las orientaciones pertinentes.

- Diuresis o micción: el RN que se encuentra en plan de alta, tuvo que haber presentado micción dentro de las primeras 24 horas de vida. Después del tercer día debe eliminar orina clara, aproximadamente 6 veces al día.

- Defecación: la primera eliminación de materia fecal es denominada meconio. El meconio es espeso, negruzco y acontece en las primeras 48 horas de vida. Posteriormente cambian las características haciéndose más blandas, de color amarillo oro, 5 a 6 veces por día o espaciadas cada 2 a 3 días, a veces abundantes.

- Sueño: la posición del neonato debe ser boca arriba sobre una superficie firme, no inclinada y sin almohadas. El sueño debe ser tranquilo, con una respiración sin ruidos. Durante el sueño, el abrigo no debe ser excesivo y la cabeza debe quedar descubierta. El abrigo con ropas es preferible al uso de mantas. Evaluar signos de sobrecalentamiento y evitarlos; sudoración, piel enrojecida, o piel del pecho caliente al tacto.

La cama o el lecho donde dormirá el neonato debe estar libre de almohadones o cualquier otro elemento que pueda causar asfixia. Debe evitarse el contacto del RN con superficies frías. Se recomienda compartir la habitación de la madre, por lo menos hasta los 6 meses, y en condiciones favorables, fomentar el colecho.

- Higiene: después del primer día de vida, puede realizarse un baño parcial, por sectores tratando de no mojar el cordón umbilical, hasta que se desprenda y caiga. Una vez que cae el cordón umbilical, puede realizar un baño diario de todo el cuerpo.

Cada vez que defeca el recién nacido debe realizarse una higiene de la zona perineal con agua. Se puede colocar sobre la piel una pomada protectora con vitamina A y zinc. La niña requiere de una higiene más cuidadosa, ya que deben separarse los labios mayores

para retirar suavemente toda la materia fecal, con movimientos de delante hacia atrás. La niña puede presentar un sangrado pequeño y flujo vaginal a través de los genitales, llamado pseudomenstruación, NO es un signo de alarma. Las mamas de los recién nacidos de término, pueden secretar un poco de leche y tampoco es un signo de alarma.

### **Cuidados del cordón umbilical**

No es necesario colocar ningún producto sobre el cordón umbilical ni manipularlo sin necesidad. Es recomendable que se vista al RN con ropa suelta para que el cordón esté libre. No debe utilizarse apósitos, ombligueros o polvos, ni cubrir con el pañal.

Si se percata que el cordón está sucio, lávese las manos con agua y jabón y luego limpie el cordón y séquelo cuidadosamente con alcohol rectificado al 70 %.

Si se constata la presencia de supuración y/o mal olor, debe recurrir al establecimiento de salud más cercano. La presencia de enrojecimiento que se extiende a la piel es signo de gravedad.

### **Cuidados de los ojos**

Después de lavarse las manos con agua y jabón, la persona a cargo del RN puede limpiar y secar suavemente los ojos del neonato con un paño limpio. En caso de constatar la aparición de secreciones en los ojos, se recomienda acudir a un establecimiento de salud.

### **Estimulación oportuna**

Al RN se le debe brindar estímulo y afecto, hablarle con voz suave y mirarle a los ojos, acariciarle cuando está despierto y si llora tratar de identificar el motivo (hambre, frío, calor, si está sucio el pañal, entre otros) y calmarle. Si no se logra calmar el llanto, debe acudir a un establecimiento de salud.

## **3.5. ASPECTOS BÁSICOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA**

La mejor manera de alimentar a un niño o a una niña es el amamantamiento exclusivo, desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad. Esto significa que toma solo leche materna, sin otros alimentos, agua ni líquidos (con excepción de medicamentos y vitaminas, si son necesarios). Los nutrientes que el/la lactante necesita para crecer y desarrollarse saludablemente se encuentran en la leche materna en perfecta cantidad y proporción: proteínas, grasas, lactosa, vitaminas, hierro. Los ácidos grasos esenciales, necesarios para el crecimiento del cerebro, de los ojos y de los vasos sanguíneos del niño y de la niña, están presentes en la leche humana. Estos ácidos grasos no se encuentran en otra clase de leche.

Debido a su efecto inmunológico protector, los/as lactantes alimentados exclusivamente con leche materna tienen menor ocurrencia de procesos infecciosos (incluyendo las infecciones de oído) y menos probabilidades de morir por diarrea, neumonía, meningitis, comparando con aquellos que no han sido amamantados.

La leche materna contiene probióticos, los cuales son “microorganismos vivos”, que confieren beneficios al bebé, además de prebióticos, que son sustancias no digeribles que estimulan selectivamente el crecimiento favorable de las bacterias pro-

bióticas. Al contener estos compuestos, la leche materna protege contra enfermedades infecciosas, permite el inicio de la maduración intestinal del neonato y confiere efectos inmunomoduladores en su vida futura, convirtiéndose en el mejor alimento para los lactantes.

El amamantamiento ayuda a la madre y al hijo/a a establecer una relación estrecha y cariñosa que favorece el desarrollo saludable. La madre necesita entender las señales que emite su hijo para satisfacer sus necesidades y el niño tiene que ser capaz de extraer la leche siguiendo sus reflejos innatos. El profesional de salud debe tener la habilidad de no interferir en el proceso, desarrollar la capacidad de observar y decidir en qué momento es necesario intervenir.

### **Es necesario enseñar a la madre algunas consideraciones:**

- Preparación: no es necesario el lavado de pezón antes de cada mamada, basta con el baño diario. Mantener las uñas cortas, limpias y sin esmaltes para evitar la colonización de gérmenes. Recogerse el cabello y retirar los accesorios como relojes, anillos y pulseras. Lavarse las manos con agua y jabón y secarlas con una toalla limpia si es posible desechable, antes de amamantar al niño o a la niña.

- Estimulación: realizar masajes con las yemas de los dedos desde la base de la mama hacia el pezón con movimientos circulares. Frotar suavemente las mamas desde las bases hasta el pezón.

- Prevención de grietas e infecciones: Antes y después de amamantar, la madre debe colocar unas gotas de leche materna alrededor de la areola y el pezón, porque ellas contienen sustancias que actúan como bactericidas y mantienen la elasticidad. Si por algún motivo la madre necesita suspender la mamada, puede interrumpir la succión introduciendo un dedo entre la boca del bebé y el pezón de la madre para que la mama sea liberada espontáneamente.

- Señales de hambre del RN: realiza movimientos de búsqueda, con apertura de la boca estirando la lengua, girando la cabeza buscando el pecho. En ocasiones gime suavemente y succiona sus manos y dedos. No es necesario que lllore para avisar a su madre la necesidad de alimentarse.

Es mejor no ofrecer al neonato ningún otro alimento que no sea leche materna. No le ofrezca leche de vaca, de cabra ni preparación para lactantes, cereales ni otras bebidas como té, jugo o agua, por las siguientes razones:

- Al dar otro alimento o líquido se reduce la cantidad de leche materna que toma el niño o la niña.

- Otros alimentos o líquidos pueden contener gérmenes causantes de procesos infecciosos o estar demasiado diluidos y causar desnutrición al niño o niña.

- Es posible que otros alimentos o líquidos no contengan suficiente vitamina A.

- El hierro contenido en la leche de vaca y de cabra no se absorbe bien.

- El niño o la niña tal vez tenga dificultad para digerir la leche de origen animal y ésta le cause diarrea, erupciones de la piel u otros síntomas. La diarrea puede llegar a ser crónica.

**A continuación, le presentamos un instrumento que sirve para evaluar la técnica y ajustar algunas prácticas que pueden ser mejoradas durante la lactancia.**

**TABLA 3.13.**

<b>INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA MAMADA</b>	
Nombre de la madre:	Fecha:
Nombre del bebé:	Edad del bebé:
<b>SIGNOS DE AMAMANTAMIENTO EFICIENTE</b>	<b>SIGNOS DE POSIBLES DIFICULTADES</b>
<b>Estado general</b>	
Madre: <input type="checkbox"/> Madre se ve sana <input type="checkbox"/> Madre relajada y en posición cómoda <input type="checkbox"/> Signos de apego entre la madre y el bebé Bebé: <input type="checkbox"/> Bebé se ve sano <input type="checkbox"/> Bebé tranquilo y relajado <input type="checkbox"/> Bebé busca el pecho si tiene hambre	Madre: <input type="checkbox"/> Madre se ve triste o deprimida <input type="checkbox"/> Madre se ve tensa o en posición incómoda <input type="checkbox"/> No existe contacto visual entre la madre y bebé Bebé: <input type="checkbox"/> Bebé se ve somnoliento o enfermo <input type="checkbox"/> Bebé agitado o con llanto persistente <input type="checkbox"/> No hay reflejo de búsqueda
<b>Pechos de la madre</b>	
<input type="checkbox"/> Los pechos se ven sanos <input type="checkbox"/> No hay dolor ni discomfort <input type="checkbox"/> Pechos bien sujetos con dedos alejados del pezón <input type="checkbox"/> Pezón protráctil	<input type="checkbox"/> Pechos se ven rojos, hinchados, con herida <input type="checkbox"/> Pecho y/o pezón adolorido <input type="checkbox"/> Pechos se sujetan con los dedos presionando la areola <input type="checkbox"/> Pezón plano, invertido, no protráctil
<b>Posición del bebé</b>	
<input type="checkbox"/> Cabeza y cuerpo del bebé bien alineados <input type="checkbox"/> Bebé pegado al cuerpo de la madre <input type="checkbox"/> Cuerpo entero del bebé bien sujeto <input type="checkbox"/> Bebé se acerca al pecho con la nariz hacia el pezón	<input type="checkbox"/> Cabeza y cuello del bebé torcidos <input type="checkbox"/> Bebé no está pegado al cuerpo de la madre <input type="checkbox"/> Se sujeta al bebé con la cabeza y cuello solamente <input type="checkbox"/> Bebé se acerca al pecho con el mentón o labio inferior
<b>Agarre del bebé</b>	
<input type="checkbox"/> Se ve más areola por encima del labio superior del bebé <input type="checkbox"/> Boca del bebé bien abierta <input type="checkbox"/> Labio inferior evertido <input type="checkbox"/> Mentón del bebé en contacto con el pecho	<input type="checkbox"/> Se ve más areola debajo del labio inferior del bebé <input type="checkbox"/> La boca del bebé no está bien abierta <input type="checkbox"/> Labios invertidos <input type="checkbox"/> Mentón del bebé no está en contacto con el pecho
<b>Succión del bebé</b>	
<input type="checkbox"/> Lenta, profunda con pausas <input type="checkbox"/> Mejillas del bebé redondas cuando succiona <input type="checkbox"/> Bebé suelta el pecho cuando termina <input type="checkbox"/> La madre advierte signos del reflejo de oxitocina o expulsión de la leche	<input type="checkbox"/> Succiones rápidas y superficiales <input type="checkbox"/> Se ven las mejillas hundidas cuando succiona <input type="checkbox"/> La madre retira al bebé del pecho <input type="checkbox"/> La madre advierte signos del reflejo de oxitocina o expulsión de la leche

Fuente: Manual de Atención Neonatal 2da. Edición. MSPBS. 2016

## EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA:

La madre puede necesitar en cualquier momento extraer leche materna: para aumentar su producción, prevenir o aliviar la congestión u obstrucción de conductos mamarios, para ingerir algún medicamento o cuando se separa de su RN por diferentes motivos. El entorno de la extracción debe ser favorable, para que la madre no se sienta “productora de leche antes que madre”, durante la internación se debe permitir el ingreso irrestricto de los padres a la unidad de cuidados neonatales y la extracción de leche al lado del RN, o en contacto físico con él, pues facilita todo el proceso y aumenta la producción de leche.

### Técnica de extracción

#### Preparación

- Mantener las uñas cortas y limpias. Evitar accesorios: reloj, anillos, pulseras y celulares.
- Reunir los materiales a utilizar: recipiente de vidrio o plástico duro libre de bifenol A con tapa de plástico, de boca ancha, limpios, rotulados; extractores de leche limpios para cada uso de acuerdo a las indicaciones del fabricante.
- Utilizar mascarilla durante la extracción si cursan con procesos respiratorios. Recoger el cabello.
- No es necesario el lavado del pezón antes ni después de cada extracción, basta con el baño diario.
- Lavarse las manos antes y después de cada extracción, con agua y jabón (de preferencia líquido con clorhexidina) y secarlas con una toalla limpia si es posible desechable

#### Estimulación

- Masaje con las yemas de los dedos desde la base hacia el pezón con movimientos circulares.
- Frotar suavemente las mamas desde la base hasta el pezón.
- Estimular puntos de oxitocina.
- Pensar en su bebé, mirar o ver su foto desencadena sentimientos de amor y provoca la bajada de la leche.

#### Extracción

- En caso de que el RN se encuentre internado, se aconseja iniciar la extracción cuando las condiciones físicas y psíquicas de la madre lo permitan, preferiblemente dentro de las 6 horas del parto, y cada 3 horas.
- Cuando se produzca la bajada de la leche lo aconsejable es realizarla cada 2 horas de día y cada 3 horas de noche. Cuando la lactancia está bien establecida el número de extracciones puede ser menor.
- Evitar hablar, manipular celulares y tocarse la cara durante la extracción manual o mecánica.
- Al terminar y al empezar la extracción manual o mecánica colocar algunas gotas de leche materna alrededor de la areola y el pezón de cada pecho, porque contiene sustancias que mantienen la elasticidad de la piel, y grasas que actúan como bactericidas, evitando infecciones y previniendo grietas.

### Extracción Manual

- Tomar el pecho rodeándolo con los dedos en C: el pulgar por encima, y el resto de los dedos por debajo, apoyando detrás de la areola.
- Empujar la mama hacia el tórax, sin separar los dedos.
- Presionar suavemente el pecho sin deslizar los dedos en forma intermitente: presionar, aflojar, presionar, en todo el contorno de la areola secuencialmente.
- Usar primero una mano y luego la otra en cada mama.
- Si la leche no sale no presionar más fuerte, sino más constante y rítmicamente.

### Extracción Mecánica

- Mantener el acoplamiento adecuado entre la copa del extractor y la mama.
- Usar sólo la presión necesaria para mantener el flujo.
- La frecuencia de la extracción varía según el uso de la leche extraída, idealmente cada 3 horas
- La duración de la extracción es de aproximadamente 7 a 10 min, por cada mama.
- Evitar extracciones prolongadas, suspender si el flujo de leche es mínimo o cesa.
- Lavar los accesorios del extractor después de cada uso, según las recomendaciones del fabricante

### Conservación de la leche materna extraída

- No se recomienda conservar la leche materna a temperatura ambiente para uso hospitalario.
- Para RN sanos, en la casa se puede conservar a temperatura ambiente menos de 26 °C por 2 horas.
- En la parte más fría de la heladera por 2 días (5 -8 °C), nunca en la puerta.
- En el congelador dentro de la heladera por 2 semanas (-15 °C).
- En el congelador separado o freezer por 3 a 6 meses (-20°C).
- En un termo de boca ancha con hielo en el fondo por 4 horas.

### Administración

Si la leche se encuentra a temperatura ambiente (dentro de las 2 horas) se utiliza directamente.

- Si la leche se encuentra en la heladera entibiar a baño maría (fuera del fuego).
- Si está congelada se descongela en la heladera y se usa en 24 horas, si se descongela a baño maría (fuera del fuego), se utiliza en el lapso de 1 hora.
- La leche descongelada y la no utilizada, se desecha.
- No se debe hervir la leche ni calentar en el microondas porque puede quemar la boca del RN.
- La leche materna se puede administrar por vasito, jeringa, por sonda oro-gástrica y suplementador dependiendo del peso, la edad gestacional, el estado general del recién nacido y su capacidad de coordinar la succión y la deglución.
- No se recomienda usar biberón, porque puede ocasionar confusión del pezón.

## 4. EVALUAR OTROS PROBLEMAS

## 4.1. HIJOS DE MADRE CON VIH/SIDA/ITS

Las pruebas de diagnóstico de ITS deben ser realizadas en cualquier momento de exposición de riesgo y/o violencia sexual. Durante el embarazo son recomendadas a fin de prevenir la transmisión vertical.

En los adultos la infección por VIH puede identificarse mediante pruebas de detección de anticuerpos contra el virus, detección de antígenos del virus y detección de ARN. En la práctica clínica las pruebas iniciales que se realizan en la sangre o el suero son de detección de anticuerpos y las más comunes de este tipo son: Pruebas o test rápidos y Enzimoimmunoanálisis (EIA o ELISA).

En los niños o niñas menores de 18 meses - debido a que los anticuerpos maternos contra el VIH pueden atravesar en forma pasiva la placenta - no se pueden utilizar estas pruebas de tamizaje serológico, por lo que se recurren a los estudios virológicos que detecten el virus o sus componentes: DNA Proviral y/o ARN Plasmático. Los anticuerpos maternos podrían tardar hasta 18 meses en desaparecer, por eso los niños o niñas nacidos de madres con VIH, pueden dar positivo a una prueba serológica de anticuerpos para el VIH, sin estar ellos infectados. Para el diagnóstico en menores de 18 meses nacidos de madres VIH se recomienda realizar como mínimo dos test virológicos realizados en momentos diferentes. En caso de tener 2 pruebas virológicas positivas en muestras de sangre diferentes se considera infectado por el VIH.

En niños o niñas mayores a 18 meses, para el diagnóstico de la infección por VIH, se realizan las mismas pruebas que en adultos. Las pruebas serológicas, inclusive las pruebas rápidas, pueden usarse de manera confiable, para diagnosticar la infección por el VIH. (Manual de manejo de la infección por VIH y tratamiento antirretroviral en adolescentes y adultos. PRONASIDA. 2016-2017).

### Recién Nacidos de madres con VIH/Sida

El objetivo principal del tratamiento antirretroviral (ARV) durante el embarazo es mantener la carga viral indetectable y así evitar la transmisión del VIH de la madre al niño o niña. Esta transmisión puede producirse; durante el embarazo, por el pasaje directo del virus a través de la placenta; en el momento del parto por el contacto con la sangre y fluidos vaginales y en el postparto, a través de la leche materna.

Para evitar la transmisión vertical existen intervenciones como el uso de medicamentos antirretrovirales durante el embarazo y el parto, la indicación de parto por cesárea a partir de las 38 semanas de gestación, el baño del RN al nacer, la inhibición de la lactancia materna y la medicación antirretroviral al recién nacido. Si se aplican estas intervenciones en forma oportuna el porcentaje de transmisión disminuye a menos del 2 %, mientras que si no se aplican o se desconoce la serología positiva de la madre, el riesgo de transmisión es del 25 al 40%.

Las gestantes deben realizarse la prueba de testeo y aquellas diagnosticadas con VIH - con cualquier metodología de prueba - deben ser derivadas a seguimiento prenatal y atendidas en el Servicio Integral en VIH, según la situación clínica, manteniendo el vínculo con el establecimiento de salud de atención primaria.

Todos los recién nacidos hijos de mujeres con VIH deben recibir profilaxis con antirretrovirales (ARV) después del nacimiento. Los esquemas de ARV difieren según las

situaciones clínicas, pero existen recomendaciones similares a seguir durante el parto y postparto inmediato:

1. Realizar el parto con la retirada del neonato manteniendo las membranas coriónicas íntegras, siempre que sea posible.
2. Clampar el cordón umbilical después del nacimiento en forma inmediata.
3. Realizar el baño del recién nacido, después del nacimiento (aún en sala de partos), limpiando con cuidado las secreciones que se encuentran sobre la piel, evitando una posible contaminación.
4. Aspirar delicadamente las vías aéreas del RN, evitando traumatismos de mucosas.
5. Aspirar delicadamente el contenido gástrico con sonda oral, evitando traumatismos. Si hay presencia de sangre, realizar lavado gástrico con suero fisiológico.
6. Colocar al recién nacido con su madre.
7. Iniciar la primera dosis de antirretrovirales por vía oral, preferentemente en sala de parto, luego de los cuidados inmediatos o dentro de las primeras 6 horas posteriores al nacimiento.
8. No ofrecer la lactancia materna y sustituirla por fórmula.
9. Administrar la vacuna monovalente de Hepatitis B, pero no la vacuna BCG.

Los antirretrovirales serán determinados en función a factores maternos y neonatales que influyen en la tasa de transmisión del VIH. Remitimos a la lectura del Manual de Normas Nacionales para el tratamiento antirretroviral en niños<sup>27</sup>.

Se realizarán controles periódicos y se administrará el esquema rutinario de vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) a excepción de la BCG, que no se recomienda aplicar hasta descartar la infección por VIH y la vacuna oral para la poliomielitis que será sustituida por la vacuna Salk. La triple viral (sarampión, paperas, rubéola) no será indicada en niños/as con inmunosupresión.

**El MSPBS brinda en forma totalmente gratuita los test diagnósticos, la medicación antirretroviral para la madre y el niño o la niña, además de la fórmula para lactantes durante 6 meses.**

### **Sífilis congénita o Lúes connatal**

La Sífilis o Lúes connatal es una patología transmitida en forma vertical, cuya aparición puede acontecer en cualquier trimestre del embarazo. El riesgo será mayor si la infección materna fue reciente y no se instauró tratamiento.

Un niño o niña con sospecha de Sífilis Connatal puede presentar algunos de estos signos:

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

<sup>27</sup> Normas Nacionales de Tratamiento Antirretroviral en niños. MSPBS. 2017-2018.

las lesiones maculo papulosas (sífilides) pueden ulcerarse en las zonas periorificiales.

- Hepato y esplenomegalia.
- Hepatitis neonatal.
- Síndrome nefrítico o nefrótico.
- Neumonitis.
- Meningoencefalitis.
- Anemia.
- Hidropesía no hemolítica.
- Osteocondritis/ periostitis.

### El diagnóstico se realiza con los siguientes criterios:

- Madre diagnosticada con sífilis sin tratamiento previo o con tratamiento que no haya culminado 30 días antes del parto, o que haya sido inadecuado (dosis y frecuencia), o realizado con medicación diferente a penicilina.
- Niño o niña con títulos de RPR/ VDRL cuatro veces mayor que los títulos de la madre, realizado en el momento del parto, o que presente prueba no treponémica positiva y algunas de las siguientes condiciones:
  - manifestaciones clínicas sugestivas de Sífilis congénita al examen físico.
  - evidencia de cambio en la serología, VDRL, anteriormente negativa que se hace positiva o elevación del título de VDRL en relación a títulos anteriores.
  - Evidencia radiográfica de Sífilis connatal (engrosamiento del periostio y/o signo de la bandera en huesos largos, fractura patológica)

La mayor parte de los niños o niñas son asintomáticos por lo que los antecedentes maternos y la serología, son decisivos para la sospecha y diagnóstico de Sífilis Connatal

### Hepatitis B

Se recomienda realizar la prueba HBsAg a las embarazadas en una visita de atención prenatal - idealmente en el primer trimestre – en cada embarazo. A las gestantes con esquema de vacunación completo, si el HBsAg sale negativo se le solicita anti HBsAg a fin de saber si la paciente cuenta con la inmunidad adecuada. Esta práctica ayudaría a garantizar que se identifique a los bebés que requieran una profilaxis oportuna.

A fin de reducir la transmisión perinatal, los recién nacidos hijos de madres HBsAg positivas - incluidos los de pretérmino o bajo peso al nacer - deben recibir vacuna contra Hepatitis B (HB) e Inmunoglobulina para Hepatitis B (IgHB) dentro de las 12 horas del nacimiento, en forma simultánea, pero en sitios diferentes. A esta medida se agrega, la administración del esquema completo de vacunas y la realización de las pruebas serológicas post-vacunación.

Con el esquema asociado de vacuna con inmunoglobulina, se puede evitar la transmisión de la infección en cerca de 95 % de los hijos de madres HBsAg positivas. La efica-

cia de la inmunoglobulina disminuye cuanto mayor es el tiempo entre la exposición y la administración de la misma. Este intervalo no debe superar los 7 días.

## 4.2. TEST NEONATAL PARA DESPISTAJE DE ENFERMEDADES

Para realizar la detección de algunas enfermedades que no presentan síntomas al nacer se toma una muestra de sangre extraída por punción del talón y colectada en papel de filtro, prueba conocida como “Test del piecito”. La muestra debe ser tomada a todo recién nacido vivo hospitalizado, o al momento del egreso del establecimiento de salud y en lo posible antes del 7° día, excepcionalmente hasta el mes de vida. Si el niño o la niña nació en el hogar, debe indicarse a los padres sobre la responsabilidad de realizar el test antes de los 7 días de vida, en algún establecimiento de salud donde se realice la prueba.

La edad ideal para la toma de muestras es entre las 40 horas y 7 días de vida. Si bien el hipotiroidismo congénito puede estudiarse incluso en sangre de cordón del recién nacido; para descartar la Fenilcetonuria se precisa que el niño o la niña haya sido alimentado/a por lo menos 4 a 6 veces como mínimo. En aquellos niños o niñas que no han sido alimentados, la prueba para la detección de fenilalanina puede dar un valor falso negativo<sup>28</sup>. En la ficha se consignará la información general del recién nacido y su madre. El buen llenado de los datos facilitará la localización del niño o la niña en el proceso de búsqueda activa, en los casos necesarios.

En la primera consulta de seguimiento del recién nacido, es importante verificar la información referente al Test del Piecito, ya que la realización de estos estudios tiene carácter obligatorio, gratuito y se halla respaldado jurídicamente<sup>29, 30</sup>.

### 4.2.1. HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO

Es una enfermedad causada por el déficit de hormonas tiroideas (baja producción o acción), ya sea por la ausencia, localización aberrante, malformación o disfunción de la glándula tiroidea. Es una de las causas frecuentes de retardo mental pasible de prevención; con una incidencia a nivel nacional de 1 por cada 2060 recién nacidos, mientras que a nivel mundial varía entre 1 en 2000 a 4000 recién nacidos.

#### Manifestaciones clínicas más frecuentes:

Ictericia prolongada	Fontanela posterior abierta	Estreñimiento
Macroglosia	Hernia umbilical	Caída tardía del cordón umbilical
Abdomen voluminoso	Hipoactividad, duerme mucho	Llora poco o llanto ronco o débil,
Piel seca o pálida	Succiona poco	Ganancia de peso inadecuada
Casi no sonrío	Retraso del desarrollo	Edema: cara, manos, pies, lengua

<sup>28</sup> Guía Nacional para la toma de muestra del Test del piecito. MSPBS. Octubre 2015. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/pndc/adjunto/d4f5e4-GUIANACIONAL2015compressed1.pdf>

<sup>29</sup> Ley 2138/ 2003. Crea el Programa de Prevención de la Fibrosis Quística y del Retardo Mental producido por el Hipotiroidismo Congénito y la Fenilcetonuria.

<sup>30</sup> Ley 5732/ 2016. Ley de la creación del Programa Nacional de Detección Neonatal y su ámbito de aplicación.

La mayoría de los recién nacidos con Hipotiroidismo Congénito (HC) no presentan síntomas al nacer, sino que van apareciendo en forma paulatina, por lo que es frecuente el diagnóstico clínico tardío.

Se sospecha de HC ante la presencia de niveles elevados de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) en sangre colectada en papel de filtro y la confirmación del diagnóstico se realiza a través del estudio en suero de T4 (hormona tiroidea) y de TSH.

Una vez confirmado el diagnóstico, todos los niños y las niñas deben ser referidos lo antes posible al Programa Nacional de Detección Neonatal para su evaluación por el especialista y posterior seguimiento.

El pronóstico está en relación directa con el momento de inicio del tratamiento. El retraso mental causado por el HC en un/a niño/a no tratado es irreversible, aun cuando la reposición hormonal sea la adecuada.

**Cuando el tratamiento se inicia antes de que el niño o la niña cumpla 1 mes de vida, no hay diferencia en cuanto al desarrollo neurológico con respecto a los que no tienen esta condición.**

El tratamiento consiste en la administración por vía oral de la hormona T4 desde el período neonatal o desde el momento del diagnóstico. Si el acceso al Programa no es posible de manera inmediata y si se dispone de la hormona antes citada, es fundamental administrar la dosis inicial y luego referir al niño o la niña con HC lo antes posible.

La dosis de inicio de hormona T4 recomendada es de 10 a 15 microgramos / kg/ día, a ser administrada en ayunas por vía oral, cada 24 horas. Esta dosis debe ser ajustada conforme al peso del niño o la niña y controles séricos de TSH y T4.

#### **4.2.2. FENILCETONURIA**

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

La fenilcetonuria forma parte de las denominadas hiperfenilalaninemias y se trata de una patología que también produce discapacidad intelectual y retraso del desarrollo de la motricidad que se instalan lentamente, con pérdida de habilidades logradas en el neurodesarrollo con anterioridad (Ej. lenguaje, sentarse, caminar). La hiperfenilalaninemia tiene una incidencia en el Paraguay de 1 por cada 6.328 recién nacidos vivos.

### Otras manifestaciones frecuentes de la Fenilcetonuria son:

- Orina y sudor con olor característico a “moho” o “humedad” o “ratón”
- Piel y cabellos llamativamente más claros que el resto de la familia
- Erupción cutánea seborreica o eczematosas: piel grasosa con descamación
- Dificultad para alimentarse, succión débil
- Vómitos intensos y frecuentes asociados a los síntomas anteriores
- Convulsiones que no ceden con medicación habitual
- Microcefalia
- Pérdida de habilidades logradas
- Temblores y movimientos incoordinados

En el niño o niña mayor además del retardo mental severo, si no es diagnosticado y tratado puede asociarse a agresividad, hiperactividad, atetosis y retraso del crecimiento. El diagnóstico de sospecha se establece por la presencia de niveles elevados de Fenilalanina (FA) en sangre impregnada en papel de filtro. La confirmación diagnóstica se realiza a través de la determinación de FA aumentada y de Tirosina normal o disminuida en sangre venosa.

Ante la confirmación del diagnóstico todos los niños y todas las niñas deben ser referidos/as lo antes posible al Programa Nacional de Detección Neonatal, para su evaluación por el especialista y posterior tratamiento y seguimiento.

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

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

#### Alimentos con elevado contenido de FA (prohibidos)

Carnes de todos los tipos: vacuna, pescado, pollo y otros.  
Leche y derivados (yogurt, queso).  
Huevos y mariscos.

#### Alimentos restringidos

Cereales (arroz, fideo, panificados y otros).  
Papa y otros tubérculos.  
Legumbres.

#### Alimentos libres de FA

Azúcares y productos azucarados, confituras. Almidón de maíz.  
Vegetales: aceites vegetales, verduras, manteca, margarina  
Jugo y frutas naturales.  
Condimentos

Además de estas consideraciones, se debe incorporar a la dieta una fórmula especial que, a diferencia de las habituales, no contiene FA o su contenido es mínimo y está suplementada con Tirosina para evitar su deficiencia. Esta fórmula es fundamental para

cubrir los requerimientos nutricionales del niño o niña, pues esto no se logra solo con la dieta restrictiva en base a los alimentos antes citados.

La lactancia materna suplementada con fórmulas especiales libre de FA se considera hoy un método indicado de alimentación para lactante afectos de fenilcetonuria,

### 4.2.3. FIBROSIS QUÍSTICA

Es una enfermedad autosómica recesiva de evolución crónica y progresiva que afecta a glándulas de secreción externa, con la producción de secreción mucosa exageradamente espesa y la consiguiente obstrucción de los conductos que la transportan. Por su carácter hereditario tiene un riesgo de repetición del 25% con cada embarazo por lo que se recomienda asesoramiento genético. A nivel mundial su incidencia es de 1 en cada 2500 recién nacidos y se destaca que una de cada 25 personas sería portadora del gen causante de la FQ. En el Paraguay la incidencia en el 2017 fue de 1 por cada 5.112 recién nacidos vivos.

Esta patología no produce discapacidad intelectual, pero su detección precoz y tratamiento oportuno permiten mejorar de manera notable la calidad y pronóstico de vida de las personas afectadas.

#### Síntomas y signos sugerentes de Fibrosis Quística

##### Antes del primer mes de edad

Eliminación tardía de meconio: después de 48 horas  
Obstrucción intestinal, íleo meconial.  
Sudor más salado que lo habitual.  
Edema de manos, cara, pies.  
Palidez importante.  
Ictericia persistente.

##### Después de 1 mes de edad

Diarrea crónica: heces pegajosas, voluminosas brillantes y muy fétidas, o episodios diarreicos frecuentes o taponamiento intestinal reiterado.  
Cuadros bronquiales obstructivos a repetición.  
Obstrucción nasal por presencia de pólipos.  
Sudoración excesiva y muy salada.  
Deshidratación a repetición incluso sin diarrea.  
Ganancia de peso inadecuada.  
Prolapso rectal o lesión anal recidivante.

Los órganos más afectados por la Fibrosis Quística (FQ) son: los pulmones, aparato digestivo, hígado, páncreas, sistema reproductor, además de las glándulas sudoríparas. Los recién nacidos pueden o no presentar síntomas sugerentes de la enfermedad.

El diagnóstico precoz es posible a través de la medición de la Tripsina Inmunoreactiva (TIR) en sangre, en papel de filtro. La confirmación diagnóstica debe realizarse con la Prueba o Test del Sudor (medición de niveles de cloro y sodio en sudor). El resultado negativo del mismo no excluye el diagnóstico.

El tratamiento del niño o niña con FQ debe ser multidisciplinario y se basa en el cuidado del aparato respiratorio y digestivo, junto con el aspecto nutricional y soporte psicológico del afectado y su familia. Por todo esto, un niño o niña con sospecha de FQ debe

ser referido a un establecimiento de salud que tenga la complejidad necesaria para el manejo adecuado de esta enfermedad.

### 4.3. DEFECTOS CONGÉNITOS

El Programa Nacional de Prevención de Defectos Congénitos (PNPDC) se ocupa de promoción de la salud, prevención y detección precoz de defectos congénitos, de tratamiento médico oportuno, soporte nutricional adecuado, tratamiento farmacológico, ortésico y/o quirúrgico que permita la rehabilitación integral del individuo afectado. Los detalles sobre el Manual Operativo del Registro Nacional de Defectos Congénitos del Paraguay (RENADECOPY)<sup>31</sup> se encuentran disponibles en:

<https://www.mspbs.gov.py/dependencias/pndc/adjunto/394b2c-manualoperativovigilanciadefectos.pdf>.

### TÓXICOS QUE AFECTAN EL DESARROLLO EMBRIOLÓGICO Y FETAL\*

Múltiples pueden ser las causas que provocan los defectos congénitos, desde antes de la fecundación afectando a las gónadas y durante el desarrollo embriológico y fetal. Algunos elementos han sido identificados como factores nocivos cuyo consumo o utilización deberían ser suprimidos. Entre éstos se destacan las sustancias tóxicas, cuyo uso debería ser desaconsejado, y en relación a éstas, nos referiremos en los próximos párrafos.

Dentro de los Principios Generales de la Teratología (Jim Wilson, 1959) se citan que “Las cuatro manifestaciones del desarrollo anormal son: la muerte, las malformaciones, el retraso del crecimiento y el déficit funcional”. Se ha comprobado que los agentes tóxicos pueden ser causantes de esas manifestaciones: muerte intrauterina, bajo peso al nacer, costillas supernumerarias, ensanchamiento de la pelvis renal, entre otras.

Algunos agentes tóxicos tendrán menor o mayor efecto de acuerdo a las dosis a las que ha sido expuesta la madre durante el embarazo, tales como:

- **Etanol:** produce el **síndrome alcohólico fetal** que implica una dismorfia craneofacial, retraso de crecimiento intrauterino y posnatal, retraso del desarrollo psicomotor e intelectual. La exposición durante la vida intrauterina a concentraciones de etanol inferiores a las que producen una fetopatía alcohólica completa, se asocia a una amplia gama de efectos, como la presencia de rasgos aislados del síndrome y trastornos neurológicos y del comportamiento de menor intensidad.

- **Humo del tabaco:** Se ha observado aborto espontáneo, muerte perinatal, Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL), bajo peso al nacer, alto riesgo de padecer trastornos del aprendizaje, del comportamiento y de la atención, además de la exposición

<sup>31</sup> Resolución S.G.M.S.P.B.S. N° 144/2022. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/pndc/adjunto/24ebf8-RESOLUCIONSG.N144.pdf>

perinatal de nicotina, que afecta a los pulmones. El humo del tabaco presente en el ambiente (pasivo), supone un riesgo para mujeres embarazadas que no fuman.

- **Cocaína:** En seres humanos se han demostrado: desprendimiento prematuro de la placenta, parto prematuro, microcefalia, alteración del desarrollo del prosencéfalo, bajo peso al nacer, SMSL (Síndrome de muerte súbita del lactante), síndrome neurológico neonatal consistente en trastornos en el sueño, temblores, dificultades para alimentarse, irritabilidad y en ocasiones convulsiones.

**Otros agentes tóxicos** de preocupación mundial son los disruptores endócrinos llamados también estrógenos ambientales, que afectan el desarrollo y actúan en cantidades menores que el Nivel sin efecto tóxico observable (NOAEL) como por ejemplo los plaguicidas organoclorados (DDT, gamexan) así como los contaminantes de algunos plaguicidas como Dioxinas y PCBs presentes en transformadores.

Aparte de los compuestos orgánicos persistentes (COPs) citados, están otros de uso cotidiano como los plásticos que pueden contener Bisfenol A, Ftalatos y Alquifenoles (también utilizado como aditivo de plaguicidas y como jabón líquido), con demostrada acción tóxica sobre el desarrollo, mediante bioensayos, donde se observó una alteración importante en gónadas.

Se observan además alteraciones en el desarrollo a través de la vía masculina por sustancias como etanol (malformaciones, bajo peso, síndrome alcohólico fetal), el plomo (malformaciones, abortos espontáneos), dioxinas (malformaciones, muerte neonatal, problemas de aprendizaje).

### Aporte del Centro de Toxicología con base en Bibliografía citada

- Casarett y Doull. Fundamentos de Toxicología. Klaassen Curtil. Watkins John. Mac Graw-Hill Interamericana.2003. España.
- Gómez Campoy y cols. "Toxicología y Sanidad Ambiental". En Ampliación de Postgrado en Toxicología -09. M. Repetto (ed.). CDROM. Ilustre Colegio Oficial de Químicos. Sevilla, 2009.
- Moreno Grau María Dolores. Toxicología ambiental. Edit. Mc Graw Hill Año 2.003.
- Salguero M. "Disruptores Endocrinos". En Ampliación de Postgrado en Toxicología -09. M. Repetto (ed.). CD-ROM. Ilustre Colegio Oficial de Químicos.
- "Salguero M. "Fisiopatología de Causa Tóxica"; En M. Repetto (ed) Postgrado de Toxicología. Ilustre Colegio Oficial de Químicos. Sevilla. CD-ROM. 2008".

# CAPÍTULO 4

## Atención al niño y a la niña menor de 2 meses de edad.

### PARTE II

*Una vez que el recién nacido es dado de alta del establecimiento de salud, sigue el proceso de crecimiento y desarrollo y comienza el contacto con su ambiente y comunidad. La mayoría de las veces la evolución es óptima, pero en ocasiones pueden manifestarse algunas enfermedades no diagnosticadas durante la gestación, podrían complicarse patologías preexistentes o desarrollar enfermedades nuevas, que en este grupo de edad adquieren particular relevancia debido al sistema inmunológico inmaduro. El profesional de la salud debe estar capacitado para dar respuestas acordes a cada situación.*

*La capacitación y preparación para brindar asistencia a todos los niños y niñas, incluye el uso correcto de los Equipos de Protección Individual (EPI) según el nivel de atención, aplicando las precauciones básicas para el control y prevención de infecciones, principalmente el lavado de manos antes de cualquier interacción con cada usuario<sup>32</sup>.*

<sup>32</sup> Manual de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.  
[https://dgvs.mspbs.gov.py/files/paginas/Manual\\_IAAS.pdf](https://dgvs.mspbs.gov.py/files/paginas/Manual_IAAS.pdf) 2017. Pg.75 y 76

## 1. IMPRESIÓN INICIAL: TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA



El Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP) es el primer examen que debe ser realizado en forma rápida a todos los niños y niñas que acuden a un establecimiento de salud, permite una evaluación fisiopatológica cuyo objetivo es reconocer rápidamente los signos de shock, dificultad e insuficiencia respiratoria que podrían apelar la vida. Requiere de pocos segundos y a través de la exploración visual y auditiva, permite reconocer a un niño o a una niña con riesgo vital y priorizar acciones e intervenciones inmediatas y oportunas. Incluye la evaluación del aspecto general o apariencia, del sistema respiratorio y del sistema cardiovascular. El MSPBS cuenta con un Manual de Procedimientos para Recepción, Acogida y Clasificación (RAC), donde se dispone de mayor información referente al tema<sup>33</sup>.

## 2. RECOMENDACIONES PARA INICIAR LA ENTREVISTA

Si no existe aparente riesgo vital y luego de la evaluación inicial, se determinará el motivo de la consulta y la edad, el peso, la longitud corporal, la temperatura que serán registrados en la Historia Clínica del niño o niña.

Antes y después de cada entrevista deben aplicarse las normas de bioseguridad como el lavado de manos.

<sup>33</sup> Manual de Procedimientos. Recepción Acogida y Clasificación (RAC). MSPBS. 2011. Pg. 29. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/34a465-ManualRecepcionacogidayclasificacinRAC2011.pdf>

## Para dar inicio a la consulta deben tenerse presente las siguientes recomendaciones:

- Recibir a la madre, padre o cuidador principal y al niño o niña con empatía.
  - Saludar en forma cortés a los adultos y al niño o la niña.
  - Utilizar el Cuadro de Procedimientos
  - Fijarse que los datos hayan sido obtenidos y registrados en la Historia Clínica, en caso contrario, se pesará y tomará la temperatura más tarde, al evaluar y clasificar los síntomas principales. El niño o la niña no debe ser molestado/a o desvestido/a en este momento.

- Preguntar a la madre, padre o acompañante si notó que el niño o niña tiene algún problema

Es necesario anotar lo que dice el adulto responsable sobre el o los problemas que identificó. Una razón importante para hacer esta pregunta es la necesidad de iniciar el diálogo. Una buena comunicación ayudará a convencer a la madre, padre o acompañante que el profesional de salud quiere ayudarlo a resolver algún problema que pudiera estar presente y que su hijo o hija recibirá la atención adecuada.

Más adelante, durante el desarrollo de la consulta, se tendrá que aconsejar sobre la manera de cuidar al niño o a la niña.

Es importante establecer una buena comunicación desde el primer momento poniendo en práctica las buenas técnicas de comunicación descritas en el CAPÍTULO 1.

- Determinar si es una consulta inicial o de seguimiento por este problema.
  - Si esta es la primera visita debido a este episodio de enfermedad o problema, entonces es una consulta inicial. Si el niño o niña ya fue visto/a unos días antes, por la misma enfermedad, es una consulta de seguimiento.
  - El propósito de la consulta de seguimiento es distinto al de la visita inicial. Durante una consulta de seguimiento, el profesional de salud determina si el tratamiento que le indicó durante la visita inicial le ha ayudado. Si no experimenta mejoría, o empeora después de algunos días, deberá evaluar la necesidad de remitir a un establecimiento de mayor complejidad para realización de estudios auxiliares del diagnóstico o evaluación por especialista.
  - Es necesario registrar en la Historia Clínica todos los datos del motivo de consulta, evaluación y tratamiento de la visita inicial, para poder evaluar adecuadamente la evolución del problema en una consulta de seguimiento y de acuerdo a ello, realizar la toma de decisiones.

### 3. EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE O LOCAL

En los niños o niñas menores de 2 meses, no es tarea sencilla identificar las enfermedades de manera eficaz y oportuna. Los signos pueden variar desde los muy sutiles como “no se ve bien”, o “no quiere tomar el pecho”, “se mueve menos que lo normal”, hasta signos graves como convulsiones.

A diferencia de los demás, en los menores de 2 meses y especialmente los recién nacidos, la presencia de INFECCIÓN LOCAL, ya sea de piel, ojos, boca y/u ombligo, amerita en cada caso, una evaluación y tratamiento particular pues implica un riesgo importante de salud. En esta franja de edad, los niños o niñas son muy susceptibles de padecer complicaciones y enfermedades graves.

El profesional de la salud debe estar consciente de la importancia de la prevención del contagio y propagación de infecciones, aplicando correctamente las medidas de precauciones estándar y adicionales, principalmente en la atención de niños o niñas con sospecha de enfermedades graves<sup>34</sup>. A continuación, se describen algunas entidades agrupadas dentro de la categoría de ENFERMEDAD GRAVE.

**SEPSIS:** es un síndrome clínico de origen bacteriano, viral o fúngico que se manifiesta por signos de afección sistémica (se ve mal, no puede tomar el pecho, está letárgico o irritable, con dificultad respiratoria, hipotermia o fiebre, mala coloración de la piel) que, si no es tratado, en pocas horas puede evolucionar a una infección severa con o sin afectación meníngea (meningitis) y riesgo de muerte. Los gérmenes causantes generalmente son: Estreptococo del grupo B agalactie, Estafilococo aureus, Estafilococo epidermidis, Escherichia coli, Enterococos, o Listeria monocytogenes).

La sepsis neonatal temprana se instala en las primeras 72 horas de vida y tiene una mortalidad elevada. La infección se produce por vía transplacentaria (virus, listeria, treponema), o por vía ascendente, por infección del amnios o rotura de membranas agravada por trabajo de parto prolongado, sufrimiento fetal y/o depresión neonatal. En estos casos, la infección es provocada por bacterias que conforman la flora vaginal o intestinal de la madre. Los focos infecciosos se instalan en la piel, ombligo, conjuntivas o nasofaringe del recién nacido y a partir de allí, la infección se disemina a órganos internos: pulmones, tubo digestivo, sistema nervioso central.

La sepsis neonatal tardía se presenta después de las 72 horas y hasta los 28 días, pudiendo ser afectado el sistema nervioso central (meningitis). En la sepsis asociada a los cuidados de la salud suelen encontrarse gérmenes que conforman la flora patógena del establecimiento de salud (Klebsiella, Proteus, Pseudomonas), por lo cual es fundamental aplicar las medidas de prevención de infecciones que incluyen lavado de manos y esterilización adecuada de equipos. Ver Manual de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud MSPBS Año 2017.

Ante la sospecha de sepsis, se debe administrar la primera dosis de los antibióticos recomendados, dentro de la primera hora (previa toma de 2 muestras de sangre para hemocultivos). La imposibilidad para realizar la toma de hemocultivos no debe impedir el inicio precoz de la terapia antimicrobiana.

**MENINGITIS:** es una infección severa del encéfalo y las meninges, generalmente acompañada de bacteriemia, que puede evolucionar a graves secuelas neurológicas o incluso la muerte. El riesgo de adquirir meningitis es mayor en los primeros treinta días de edad que en cualquier otro período de la vida.

<sup>34</sup> Manual de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. [https://dgvs.mspsbs.gov.py/files/paginas/Manual\\_IAAS.pdf](https://dgvs.mspsbs.gov.py/files/paginas/Manual_IAAS.pdf) 2017. Pg.75 al 82.

La infección se produce a partir de un foco infeccioso y su diseminación se realiza por el torrente sanguíneo. Mediante un proceso inflamatorio se altera la permeabilidad de la barrera hematoencefálica y de esta manera el germen penetra al sistema nervioso central ocasionando síntomas tempranos muy inespecíficos. Posteriormente por la misma inflamación, edema y/o hipertensión endocraneana, se producen síntomas graves como irritabilidad, rechazo del alimento y convulsiones. La meningitis puede ser causada por diferentes microorganismos, principalmente bacterias: Streptococo del grupo B agalactie, Escherichia Coli, Estafilococos aureus, Pneumococos, Listeria monocytogenes y Haemophylus influenza de tipo b, aunque este último germen ha disminuido considerablemente en nuestro medio, posterior a la administración de la vacuna pentavalente.

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

Las causas más frecuentes de insuficiencia respiratoria en la etapa neonatal son: asfixia perinatal, síndrome de dificultad respiratoria o enfermedad de membrana hialina, neumonía perinatal, Síndrome de Aspiración de Líquido Amniótico Meconial (SALAM), taquipnea transitoria y apnea recurrente. Menos frecuentes son: neumotórax y neumomediastino, hernia diafragmática, hemorragia pulmonar, cardiopatías congénitas. Son raras: quistes pulmonares, agenesia o hipoplasia pulmonar, atresia de coanas, enfisema lobar congénito.

Desde que el niño o la niña comienza el contacto con su entorno familiar, puede padecer enfermedades respiratorias por gérmenes adquiridos en la comunidad, bacterias o virus, de diferente evolución clínica, desde las más leves hasta aquellas que ponen en peligro la vida.

En el apartado EVALUAR CLASIFICAR Y TRATAR AL NIÑO O NIÑA ENFERMO/A MENOR DE 2 MESES, del Cuadro de Procedimientos, encontrará un listado de preguntas que deberá realizar a la madre, padre u otro cuidador y posteriormente observar los signos que presenta y así poder categorizar la enfermedad. En la columna TRATAR se mencionan las recomendaciones para cada clasificación.

### 3.1. EVALUAR POSIBLE ENFERMEDAD GRAVE O INFECCIÓN LOCAL



**En todos niños o niñas enfermos/as, menores de 2 meses, PREGUNTE:**

- ¿Ha tenido convulsiones o temblores?

Las convulsiones constituyen uno de los signos generales de peligro. El profesional de salud debe cerciorarse que la madre, padre o cuidador entienda lo que significa una convulsión explicando que durante la misma los brazos y las piernas se ponen rígidos porque los músculos se contraen, tal vez pierda el conocimiento o no responda a estímulos.

Los niños o niñas menores de 2 meses muchas veces no presentan las convulsiones típicas de los mayores; pueden ser simplemente temblores muy finos de un brazo o una pierna o simular una succión sin serlo en realidad (“chupeteo”), por lo que pueden pasar inadvertidas si no se busca este signo con cuidado.

- ¿Puede beber o tomar el pecho?

Un lactante menor de 2 meses puede estar muy débil para succionar y constituye uno de los principales signos de inicio de una posible enfermedad grave. La expresión “ndoi-pytei”, utilizada en el idioma guaraní, pretende referir que el niño o niña “no puede succionar el pecho” o beber ningún líquido que se le ofrece.

Si no hay seguridad sobre la respuesta, se solicitará a la madre que le ofrezca el pecho o leche materna extraída desde una taza o cuchara. Se observará como mama o bebe. El niño o niña presenta el signo de “No puede beber o tomar el pecho” si no es capaz de succionar el pecho o no es capaz de tragar el líquido que le ofrece la madre.

- ¿Vomita todo lo que toma?

La expulsión del alimento, en el menor de 2 meses puede ser debido a un exceso en la alimentación, pero si vomita todo lo que ingiere se considera que tiene un signo de gravedad, ya que puede ser secundario a una infección intestinal, sepsis o meningitis o estar relacionado con intolerancia a las proteínas de leche de vaca, así como un problema obstructivo que requiere cirugía de urgencia (obstrucción intestinal, atresia duodenal, estenosis hipertrófica del píloro, entre otras causas)

- ¿Tiene dificultad para respirar?

La dificultad respiratoria comprende toda forma inusual de respirar. La persona adulta a cargo del niño o niña puede describir esta instancia de diferentes maneras; tal vez diga que la respiración “es rápida o se cansa” (juku’a o kane’o = disnea), “se queja” (pyahê = quejido), “con ronquido” (kororõ = estridor) le chilla el pecho (pyti’a chiã = sibilancias) o “difícil” (py’a ho = tiraje). Cualquiera de estos signos indica gravedad.

- ¿Ha tenido fiebre o baja temperatura corporal (hipotermia)?

Cuando la fiebre (pireaku o akãundu) se presenta en menores de dos meses de edad, significa que existe un problema grave, generalmente una infección generalizada (sepsis) que puede acompañarse de otros signos como succión débil y letargia. La baja temperatura corporal (hipotermia = ho’ysamba) también es un signo de alarma.

- ¿Cuáles son los antecedentes del embarazo y parto?

Los datos de la madre sobre el embarazo y el parto orientan sobre la causa que provocó la enfermedad, ya que varias pueden ser transmitidas desde la madre al niño o a la niña. Se investigará sobre enfermedades maternas (fiebre materna, infección urinaria) número de consultas de atención prenatal y estudios realizados, serología materna y vacunas recibidas, antecedentes de parto domiciliario o institucional, asfixia perinatal, si el recién nacido lloró al nacer, si fue prematuro, estuvo internado, entre otros antecedentes.

- ¿Ha tenido el niño o la niña cambios en la coloración de su piel?

Los cambios de color en la piel pueden ser permanentes o no: cianosis, palidez o ictericia. Es necesario definir el momento de aparición, el tiempo de duración, la localización y si existen factores desencadenantes (succión o llanto).



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

- Estado general: letárgico o inconsciente, flácido, irritable o no luce bien  
Los niños o niñas con enfermedad grave, que no se han alimentado en las últimas horas, pueden estar muy decaídos, letárgicos o inconscientes. Este es un signo de gravedad que requiere tratamiento de urgencia ya que puede estar cursando con sepsis y/o meningitis. Uno de los primeros signos que refiere la madre, padre o cuidador es que el niño o niña “no luce bien” o “se ve mal”, sin tener una explicación del por qué. Otro de los signos que pueden referir es que notan al niño o niña irritable, sin motivo aparente. Antes de entrar en contacto con el niño o niña, aplique las medidas de precaución; el lavado de manos es crucial. Se recomienda la lectura de los tipos y técnicas de higiene de manos<sup>35</sup>.

- Frecuencia respiratoria



**CUENTE LAS RESPIRACIONES POR MINUTO**

El profesional de salud debe contar cuantas veces respira el niño o la niña que está siendo evaluado/a y explicar a la madre, padre o cuidador cada uno de los procedimientos que serán realizados, “en este momento, se contará cuántas veces respira el niño en un minuto” ... Este dato es fundamental para decidir si tiene respiración rápida. El niño o niña debe mantenerse tranquilo para observar y escuchar la respiración. Si el niño o niña está asustado/a, lloroso/a o enojado/a, no se podrá obtener un recuento preciso de las respiraciones. Cuando está dormido/a se realizará el conteo sin despertarlo/a.

A fin de contar el número de respiraciones por minuto se utilizará un reloj con segundero o un reloj digital. Se solicitará a la madre, padre o cuidador que levante la ropa del niño o niña. La mirada del examinador se fijará en cualquier sección del pecho o del abdomen donde puedan visualizarse los movimientos respiratorios. Si el niño o la niña llora, debe esperarse que se calme antes de empezar a contar las respiraciones. Si no hay seguridad sobre el número de respiraciones o el conteo sobrepasa 60 respiraciones por minuto, se repetirá el recuento.

Los niños o niñas menores de 2 meses de edad tienen la frecuencia respiratoria considerada como normal más elevada que los mayores de esta edad. Se considera que los menores de 2 meses de edad tienen respiración rápida, si la frecuencia respiratoria es

35 Manual de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. [https://dgvs.mspps.gov.py/files/paginas/Manual\\_IAAS.pdf](https://dgvs.mspps.gov.py/files/paginas/Manual_IAAS.pdf) 2017. Pg.122

de 60 o más por minuto, en condiciones basales, sin fiebre, sin llanto ni estimulación. La respiración rápida debe considerarse como enfermedad grave. Frecuencias respiratorias por arriba de 60 por minuto o por debajo de 30 por minuto son signos de mal pronóstico en el recién nacido.

- Saturación de oxígeno

Se controlará el porcentaje de saturación de oxígeno a través de un dispositivo denominado saturómetro. Si la saturación es menos de 95 por ciento, es un signo de alarma.

- Tiraje subcostal grave

En la respiración normal, toda la pared torácica (parte superior e inferior) y el abdomen se expanden cuando el niño o la niña inspira.

Existe tiraje subcostal grave si la parte inferior de la pared torácica se hunde profundamente durante la inspiración y se debe realizar un esfuerzo mucho mayor que lo normal para respirar.



Si no hay certeza sobre la presencia de tiraje subcostal, debe observarse nuevamente. Si el niño o niña está doblado/a a la altura de la cintura, es difícil detectar el movimiento de la parte inferior de la parrilla costal, por ello se debe solicitar a la madre, padre o cuidador que lo cambie de posición, de modo que el niño o la niña quede acostado/a boca arriba. Si aún no se detecta el hundimiento de la parte inferior del tórax cuando inhala, no hay tiraje subcostal.

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

- Aleteo nasal

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

- Apneas

La apnea es una condición que se presenta con mayor frecuencia en los recién nacidos de término menores de 15 días de vida y en prematuros. Se denomina apnea cuando el niño o la niña deja de respirar por un período de tiempo mayor de 20 segundos con disminución de la frecuencia cardíaca a menos de 100 latidos por minuto y/o cianosis.

La apnea puede ser de origen central debido a una pausa en los esfuerzos respiratorios por inmadurez del sistema nervioso central, o bien, obstructiva por bloqueo temporal de las vías aéreas superiores o por la combinación de ambas situaciones. La prematuridad es la causa más común de apneas de origen central, pero también están involucradas otras causas como la temperatura ambiental, la posición al dormir, etc.

- Quejido, estridor o sibilancias

La respiración consta de 2 fases, la inspiración (entra el aire a los pulmones) y la espiración (sale el aire de los pulmones). Por lo general, no deberían escucharse ruidos en

ninguna de las dos fases. El examinador debe identificar la inspiración y la espiración y escuchar si existen ruidos sobreagregados, que pudieran indicar gravedad:

- El quejido (pyahê) es un sonido grueso y entrecortado que se escucha durante la ESPIRACION. El quejido es secundario a un esfuerzo que se realiza para compensar algún problema respiratorio o una enfermedad grave o una infección en cualquier parte del aparato respiratorio ya sea la nariz, garganta, laringe, tráquea, bronquios y los pulmones mismos. Se debe poner atención cuando el niño o la niña espira (saca el aire de los pulmones) estando tranquilo y sin llorar, y al acercar el oído a sus vías respiratorias (nariz y boca) se podrá escuchar si hay quejido o no.

- Si el sonido que escucha es áspero y se produce durante la INSPIRACIÓN se trata de estridor (Kororõ).

- Las sibilancias (pyti'a chiã) son sonidos suaves, agudos, silbantes, que se presentan sobre todo durante la espiración, producidos por el paso del aire a través de las vías aéreas estrechadas.

- Abombamiento de la fontanela anterior

La fontanela anterior se encuentra en la parte superior de la cabeza del lactante, donde los huesos todavía no se han formado totalmente. Para poder realizar la exploración, se solicitará a la madre, padre o cuidador que coloque al niño o a la niña en posición vertical y estando tranquilo y sin llorar, se observará y palpará la fontanela anterior que tiene forma romboidal y debe estar plana. Si la fontanela anterior está tensa y abombada, es un signo de enfermedad grave; el niño o la niña puede estar padeciendo una meningitis bacteriana.

- Supuración de oído

La otitis media aguda en el niño o la niña menor de 2 meses presenta un problema de diagnóstico, pues los signos y síntomas de la enfermedad son inespecíficos y la exploración de la membrana timpánica es difícil. El niño o la niña menor de 2 meses puede estar irritable, letárgico, sin querer mamar o con signos respiratorios leves y elevaciones leves de la temperatura, así como puede estar asintomático.

Se examinarán ambos oídos para ver si existe secreción purulenta. La presencia de supuración de oído, es un signo grave ya que puede complicarse con una meningitis bacteriana.

- Placas blanquecinas en la boca

La boca del niño o de la niña debe ser examinada en forma cuidadosa para determinar si existen placas escamosas, blanquecinas que cubren parte o la totalidad de la mucosa de la lengua, labios, encías y boca y que al retirarlas dejan una base inflamada y brillante. Estas lesiones son causadas generalmente por *Cándida Albicans* y se conoce como candidiasis, muguet bucal o moniliasis oral.

Cuando existe muguet bucal, examine también los pezones de la madre para identificar si tiene lesiones de moniliasis y ofrecerle el tratamiento correspondiente.

- Color de la piel: cianosis, palidez o ictericia (piel amarillenta)

Para evaluar el color de la piel se pedirá a la madre, padre o cuidador que le quite toda

la ropa al niño o a la niña para observar el color que presenta:

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

La cianosis generalmente indica insuficiencia respiratoria debido a problemas pulmonares, aunque puede ser secundaria a causas extrapulmonares: cardiopatías, hemorragia intracraneal o lesión anóxica cerebral. Si la etiología es pulmonar, la respiración tiende a ser rápida, pudiéndose acompañar de retracción torácica; si la causa es hemorragia o anoxia del sistema nervioso central, las respiraciones tienden a ser irregulares, lentas y débiles. Una cianosis que persiste varios días y que no se acompaña de signos manifiestos de dificultad respiratoria, es sugestiva de cardiopatía congénita y es difícil de diferenciar de la provocada por una enfermedad respiratoria en los primeros días de vida. Palidez: Si la piel está pálida, evalúe la palma de la mano y compárela con la mano del examinador, para detectar anemia, o si es posible, realice exámenes de laboratorio para evaluar Hemoglobina y Hematocrito en sangre. La palidez severa se considera como enfermedad grave. La palidez también puede ser causada por pérdida aguda de sangre por la placenta o el cordón umbilical, transfusión feto materna o feto fetal, hemorragia intraventricular, por cefalohematomas gigantes, enfermedad hemolítica, pérdida iatrogénica de sangre (extracciones repetidas).

**Ictericia:** La coloración amarillenta de piel y mucosas, es clínicamente visible cuando el nivel plasmático de bilirrubina supera los 4 - 5 mg/ dl. Si el tinte icteríco se extiende desde la cara, tórax hasta por debajo del ombligo, se considera como una enfermedad neonatal muy grave y se necesita indicar tratamiento urgente. (zona 3, 4, 5).

Si el tinte icteríco se localiza solo en la cara y tórax (zona 1 y 2) puede tratarse de una ictericia fisiológica y necesitará ser evaluado 2 días después, para observar si el tinte icteríco no se ha extendido más, por debajo del ombligo hacia las extremidades. No se recomienda exponer al niño o niña menor de 2 meses al sol.

Las zonas de Kramer representan una estimación entre la relación de la extensión de la ictericia y los niveles de bilirrubina sérica, si bien la estimación visual de la ictericia puede darnos datos imprecisos. Manual de Atención Neonatal. Pg. 410.

### ZONAS DE KRAMER

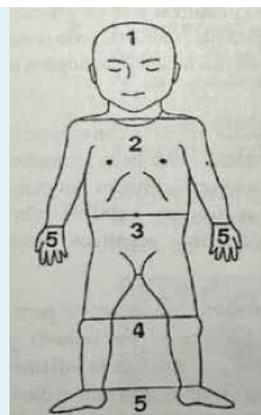
**ZONA 1:** Ictericia de cabeza y cuello = 4 - 9 mg/ dl.

**ZONA 2:** Tronco superior (ictericia hasta el ombligo) = 5 - 12 mg/ dl.

**ZONA 3:** Tronco inferior y muslos (ictericia hasta las rodillas) = 8 - 16 mg/ dl.

**ZONA 4:** Brazos y piernas (ictericia hasta los tobillos) = 11 -18 mg/ dl.

**ZONA 5:** Ictericia palmar y plantar 18 mg/ dl o más.



La ictericia fisiológica se produce principalmente debido a inmadurez hepática que retarda la formación de cantidades suficientes de una enzima llamada glucoroniltransferasa, que convierte por glucoronización, la bilirrubina de fracción indirecta y de excreción, a la forma directa y de fácil eliminación. La ictericia fisiológica aparece después de las 48 horas de vida y puede durar hasta 2 semanas principalmente en prematuros.

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

La ictericia en la enfermedad hemolítica por incompatibilidad ABO, se produce sin sensibilización previa, porque las madres del grupo sanguíneo "O", poseen ya aglutininas "A" y "B", las cuales pueden atravesar la barrera placentaria y ponerse en contacto con los eritrocitos "A" o "B" del recién nacido.

La ictericia por leche materna, se produce debido a la alta actividad de lipasa en la leche materna que una vez ingerida, libera grandes cantidades de ácidos grasos que intervienen con la captación y/o conjugación de la bilirrubina.

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

Otras causas de ictericia debidas a procesos patológicos son infecciones virales y bacterianas, defectos congénitos o metabólicos, enfermedades hemolíticas hereditarias. (defectos de la membrana eritrocitaria, esferocitosis, deficiencia enzimática de G6PD, hemoglobinopatías alfa y beta talasemias). El Manual de Atención Neonatal ofrece información sobre el manejo de estos casos.

#### • Petequias, sangrados, pústulas o vesículas en la piel

Las petequias pueden ser secundarias a infección intrauterina, sepsis o a un problema de coagulación. El hallazgo de este signo implica la presencia de una enfermedad grave. Puede verificarse al comprimir la piel; si se trata de petequias no desaparecerá con la compresión. Observe si hay presencia de equimosis y hemorragias.

Las pústulas o vesículas en la piel son ampollas pequeñas que contienen pus, generalmente secundarias a contaminación y el germen más comúnmente involucrado es el *Estafilococo Aureus*. Cuando las pústulas de la piel o vesículas son muchas y extensas por todo el cuerpo, se considera como posible infección bacteriana grave y requiere tratamiento parenteral inmediato. Si las pústulas son pocas y localizadas se puede tratar en la casa con un antibiótico recomendado y la aplicación de un tratamiento local.

#### • Secreción purulenta de ombligo u ojos

**La onfalitis** es una infección bacteriana aguda que rodea el anillo umbilical y se caracteriza por presentar signos de enrojecimiento alrededor del muñón y tejido periumbilical; se extiende a la piel de la pared abdominal, con o sin secreción purulenta y se produce generalmente como consecuencia de malas técnicas de asepsia o uso de instru-



mentos contaminados al cortar el cordón umbilical. La onfalitis puede ser el punto de origen de infección y finalmente llevar a una sepsis por diseminación hematológica o por contacto con el hígado o peritoneo.

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

**La conjuntivitis**, es la infección de uno o ambos ojos, generalmente con secreción purulenta. Cuando se presenta en los primeros días de vida, está relacionada con infecciones transmitidas de la madre al recién nacido, durante su paso a través del canal del parto y cuyos gérmenes más frecuentes son la *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*. Cuando la conjuntivitis se presenta después de las 48 horas de vida, debe pensarse en una causa infecciosa.



- **Distensión abdominal:**

En las primeras horas de vida, si se presenta este signo, debe investigarse sobre probables malformaciones del tracto digestivo, imperforación anal con o sin fístula, obstrucción intestinal por bridas congénitas, entre otras. Cuando el hígado y el bazo están aumentados de tamaño también puede impresionar como distensión abdominal. En los niños o niñas menores de 7 días la distensión abdominal puede ser secundaria a una enterocolitis necrotizante, enfermedad muy grave que requiere atención de urgencia y traslado a un hospital de alta complejidad. En los niños o niñas mayores puede ser secundaria a obstrucción intestinal, intolerancia a las proteínas de la leche de vaca o al inicio de una sepsis.

La distensión abdominal puede observarse mejor al acostar al niño o niña en decúbito dorsal (boca arriba), con los brazos a los costados del cuerpo y las piernas extendidas. El motivo de la distensión abdominal debe ser investigado en todos los casos.

- **Se mueve menos de lo normal**

Los niños o niñas menores de 2 meses de edad, duermen más horas que los de mayor edad. La madre puede no darse cuenta que su hijo se mueve menos de lo normal. Durante la evaluación se tiene la oportunidad de observar como respira, sacarle la ropa, mirar todo el cuerpo para ver si hay pústulas, lesiones en la boca etc. Al despertarse el niño o la niña, se puede observar los movimientos de los brazos, piernas y la cabeza y se podrá constatar si se mueve menos de lo normal.

- **Peso**

Todos los niños o niñas que tienen un peso inferior a los 2.000 gramos, deben ser referidos a un establecimiento de salud que cuente con la complejidad necesaria para el manejo de los mismos, ya que por su inmadurez y/o bajo peso, son muy susceptibles

de padecer enfermedades graves.

- **Temperatura axilar**

En los menores de 2 meses, no siempre las infecciones graves se manifiestan con fiebre (temperatura igual o mayor de 37,5°C), pero si el signo está presente, puede ser la única señal de enfermedad. Algunos niños o niñas con enfermedad grave o infección bacteriana grave pueden presentar temperatura corporal baja, que se denomina hipotermia (temperatura menor de 36,5 °C).

- **Llenado capilar**

Para evaluar este signo, el examinador ejercerá presión firme con su dedo por dos segundos, sobre el pulpejo de los dedos de manos o pies del niño o la niña, que deben estar posicionados a nivel del corazón para evitar confusión con el llenado venoso. Al soltar la presión ejercida se observará el tiempo que la piel tarda en recuperar el color rosado. Si la piel presionada tarda más de 2 segundos en recuperar su color significa que hay un mal llenado capilar o llenado capilar lento. El llenado capilar enlentecido puede indicar insuficiencia circulatoria secundaria a un shock hipovolémico como resultado de hemorragias agudas o shock séptico secundario a infección grave.

- **Otros problemas**

Siempre es necesario completar el examen físico y determinar si tiene otros problemas o signos que no aparecen en esta clasificación. Ej. defectos congénitos mayores, problemas quirúrgicos y otros. Muchos de estos problemas pueden ser considerados graves y el niño o niña tendrá que ser referido/a a un establecimiento con el nivel de complejidad necesario para el abordaje terapéutico.

## **3.2. CLASIFICAR ENFERMEDAD GRAVE O INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL**

### **ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE (ROJO)**

Si presenta UNO o más de los siguientes signos:

Convulsiones.

Letargia, inconsciencia, flacidez o irritabilidad.

No puede tomar el pecho o vomita todo.

Se ve mal o se mueve menos de lo normal.

Frecuencia respiratoria 60 o más por minuto.

Saturación menor a 95 por ciento .

Tiraje subcostal grave.

Aleteo nasal o apneas.

Quejido, estridor o sibilancias.

Fontanela anterior abombada.

Supuración de oído.

Secreción purulenta del ombligo y enrojecimiento que se extiende a la piel.

Distensión abdominal.

Fiebre o temperatura corporal baja. Temperatura axilar mayor de 37,5°C o menor de

36,5°C

Manifestaciones de sangrado: equimosis, petequias, hemorragias.

Pústulas o vesículas en piel: muchas o extensas.

Cambios en el color de la piel: palidez intensa, cianosis, ictericia (por debajo del ombligo).

Llenado capilar mayor de 2 segundos.

Peso menor a 2000 gramos.

Defectos congénitos mayores.

### **INFECCION BACTERIANA LOCAL (AMARILLO)**

El niño o niña no presenta ningún signo de la columna roja, pero tiene uno o más de los siguientes signos:

Secreción purulenta en los ojos.

Ombligo eritematoso o con secreción purulenta, que NO se extiende a la piel.

Pústulas o vesículas en la piel, pero pocas y localizadas.

Placas blanquecinas en la boca.

### **NO TIENE ENFERMEDAD GRAVE NI INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL (VERDE)**

Se clasifica en esta categoría cuando el niño o niña:

No presenta ningún signo de la fila roja ni amarilla,

Está vigil, con movimientos activos, coloración rosada de la piel, respira bien, sin dificultad ni ruidos sobre agregados, se alimenta sin inconvenientes y el examen físico es normal.



**EJERCICIO CON VIDEO: Evaluar posible enfermedad grave o infección bacteriana grave**

<https://youtu.be/MLWQcypVkrk>

### **3.3. TRATAR ENFERMEDAD GRAVE O INFECCIÓN LOCAL**

#### **ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE (ROJO)**

Un niño o niña que se encuentra categorizado en esta clasificación está muy enfermo/a. Necesita REFERENCIA URGENTE a un Hospital que cuente con la complejidad necesaria para el manejo adecuado. Debe informarse a los padres sobre el motivo por el cual se plantea el traslado. Siempre que sea posible, debe propiciarse el contacto cercano de los padres con su hijo.

Las medidas de estabilización antes y durante el traslado de niños o niñas enfermos/as se describieron en el apartado correspondiente. De todos modos, se citan a continuación aspectos básicos:

1. Mantener permeable la vía aérea, posicionar y administrar oxígeno.

2. Mantener estado cardiocirculatorio. Instalar vía venosa.

- Si hay shock: Expansión de volumen por vía intravenosa con suero fisiológico a 10 a

20 ml/ kg/ en bolo a pasar en 20 a 30 minutos y luego del shock, instalar Hidratación parenteral.

- Si no hay shock: Hidratación parenteral de mantenimiento para 24 horas con:.

3. Realizar monitorización constante de signos vitales, saturación y llenado capilar.

4. Prevenir la hipoglicemia:

- Hidratación con Dextrosa (concentración según la edad) u

- Ofrecer leche materna por succión o leche materna extraída por sonda orogástrica.

5. Prevenir la hipotermia: Ambiente térmico neutro, incubadora de transporte y/o mantener al niño o la niña abrigado/a ropa seca, con gorro, guantes, medias.

6. Administrar la primera dosis de antibióticos recomendados: en esta franja de edad se aceptan, internacionalmente como eficaces, una de las 2 opciones para el tratamiento empírico inicial:

- Primera opción: Ampicilina + Gentamicina o,

- Segunda opción: Ampicilina + Cefotaxima.

Ver cuadro de procedimientos en el apartado TRATAR AL NIÑO O NIÑA MENOR DE 2 MESES CON ENFERMEDAD GRAVE.



## EJERCICIO CON VIDEO: CASO GABRIELA

### INFECCION BACTERIANA LOCAL (AMARILLO)

Los niños o niñas menores de 2 meses con lesiones locales tales como; pústulas escasas y localizadas, infección del ombligo con secreción purulenta cuyo enrojecimiento NO se extiende a piel, secreciones purulentas en ojos y placas blanquecinas en la boca, pueden ser tratados en el hogar si no tienen los signos mencionados en la clasificación roja.

### TRATAR PÚSTULAS DE LA PIEL O INFECCIONES DE OMBLIGO

ACONSEJE a la madre, padre o cuidador para que realice lo siguiente:

- Lavarse las manos con agua y jabón, antes de iniciar el proceso de curación.
- Lavar la zona afectada suavemente con agua y jabón para sacar el pus y las costras. Realizar curaciones con clorhexidina.
- Secar la zona con una gasa estéril o un pañuelo limpio.
- Aplicar antibiótico tópico con un hisopo, de mañana, de siesta y de noche por 5 días.
- Lavarse nuevamente las manos, al terminar la curación.

Solicite a la persona a cargo del niño o niña, que practique. Observe mientras lava la piel o el ombligo y aplica el antibiótico tópico. Haga comentarios sobre los pasos que siguió bien, elogie, y realice consejos sobre lo que necesita mejorar.

Pregúntele si tendría algún problema para administrar el tratamiento; en tal caso, ayúdela a resolverlo.

Antes de que la madre, padre o encargado se vaya, se realizarán preguntas de verificación. Por ejemplo, pregúntele:

- “¿Qué usará para limpiarle la piel?”
- “¿Cuándo se lavará las manos?”
- “¿Cada cuánto tratará la piel?” “
- ¿Por cuántos días?”

CONSULTA DE SEGUIMIENTO: a los 2 días

### **PREGUNTAR:**

- En relación al ombligo:
  - ¿Está enrojecido o presenta supuración?
  - ¿El enrojecimiento se extiende a la piel?
- En relación a las pústulas de la piel:
  - ¿son muchas y/o extensas?

### **VERIFICAR:**

- El aspecto del ombligo y si presenta supuración o eritema que se extiende a la piel.
- Las lesiones de la piel, si son muchas y extensas, si existen lesiones nuevas, o están secas en proceso de curación.

### **DETERMINAR:**

- Si la supuración del ombligo o el enrojecimiento han empeorado y se extienden a la piel, refiera al niño o a la niña al Hospital. Así también, si presenta más pústulas que antes, el niño o niña debe ser REFERIDO al Hospital.
- Si hay menos supuración o se han secado las lesiones indique que sigan las mismas recomendaciones y que siga administrando el mismo antibiótico que está utilizando, hasta completar 5 días de tratamiento.
- También dígame que deberá regresar al establecimiento de salud si las pústulas o el pus del ombligo empeoran y si presenta signos de alarma.



## **EJERCICIO: Caso SANDRA**

### **TRATAR LAS INFECCIONES EN LOS OJOS**

ACONSEJE a la madre, padre o cuidador que realice lo siguiente:

- Lavarse las manos con agua y jabón, antes de iniciar el proceso.
- Abrir el párpado inferior del niño o niña con suavidad.
- Aplicar 1 a 2 gotas oftálmicas (tobramicina/eritromicina) cada 6 horas por 5 días, hasta que desaparezcan las secreciones.
- Repetir el procedimiento en el otro ojo, aunque no presente secreciones.
- Secar los ojos con una gasa estéril, sin frotarlos.

- Lavarse nuevamente las manos, al terminar el procedimiento. Recuerde observar mientras la madre, padre o cuidador practica; elogiar los procedimientos correctos y realizar preguntas de verificación.

### **CONSULTA DE SEGUIMIENTO: a los 2 días**

#### **PREGUNTAR:**

En relación a las secreciones de los ojos:

- ¿Está con menos secreción, está igual o ha mejorado?

#### **VERIFICAR:**

- El aspecto de ambos ojos y si sigue presentando supuración.

#### **DETERMINAR:**

- Si la supuración de los ojos ha empeorado, se planteará la REFERENCIA a un especialista.
- Si la supuración está igual o ha mejorado, se debe continuar con el tratamiento indicado hasta completar 5 días. Se citará para control al finalizar el tratamiento y debe volver antes si las secreciones aumentan o presenta signos de alarma.

### **TRATAR PLACAS BLANQUECINAS EN LA BOCA**

ACONSEJE a la madre, padre o cuidador para que realice lo siguiente:

- Lavarse las manos con agua y jabón, antes de iniciar el proceso.
- Lavar la boca del niño o la niña con una gasa estéril o un pañuelo limpio suave, enrollado en un dedo y humedecido con agua y sal fina o bicarbonato de sodio (1 cucharadita en medio vaso de agua).
- Desechar la gasa o lavar el paño que utilizó para limpiar la boca.
- Aplicar en la boca del niño o la niña 1 ml de Nistatina cada 6 horas por 5 días.
- Lavarse nuevamente las manos, al terminar la curación.
- Aplicar Nistatina sobre los pezones de la madre, después de cada mamada, para prevenir el contagio a sus mamas.

Solicite a la madre, padre o cuidador, que practique. Se observará mientras lava la boca del niño o la niña y aplica la Nistatina y se harán comentarios positivos sobre los pasos que realiza adecuadamente y orientando sobre aquellos que necesita mejorar.

Pregúntele si tendría algún problema para administrar el tratamiento; en tal caso, ayúdele a resolverlo.

Antes de que la madre, padre o cuidador vuelva a su casa, hágale preguntas de verificación. Por ejemplo, pregúntele:

- “¿Qué usará para limpiarle la boca?”
- “¿Cuándo se lavará las manos?”
- “¿Cuántas veces al día le limpiará la boca?”
- “¿Por cuántos días?”

### **CONSULTA DE SEGUIMIENTO: a los 2 días**

#### **PREGUNTAR:**

- En relación a las placas blanquecinas de la boca:
  - ¿Han mejorado las placas blanquecinas de la boca?
  - ¿Cómo mama el niño o niña? ¿Tiene dificultades para alimentarse?
- En relación al pecho materno:
  - ¿Hay enrojecimiento o lesiones a nivel del pecho materno?

### VERIFICAR:

- El aspecto de las lesiones de la boca, si hay úlceras o placas blanquecinas y si son más o menos extensas.
- Si existen lesiones en los senos de la madre.
- El peso del niño o niña y reevaluar la alimentación.

### DETERMINAR:

- Si las placas blancas están más extendidas o le dificulta la alimentación o el niño ha bajado de peso, se planteará la REFERENCIA a un Hospital.
- Si las placas están iguales o han mejorado y no le dificulta la alimentación, se recomienda continuar con Nistatina, con el mismo esquema, hasta completar 5 días de tratamiento.
- Cuando no existen lesiones en los senos de la madre, aliente a que siga colocando Nistatina sobre los pezones, antes y después de cada mamada, hasta finalizar el tratamiento de 5 días.
- Si existen lesiones en las mamas, indique el tratamiento conforme a las Guías Alimentarias del Paraguay para niñas y niños menores de 2 años. Guía 1.

Aconseje que vuelva de inmediato si presenta signos de alarma o las lesiones empeoran o presenta problemas de alimentación.

## NO TIENE ENFERMEDAD GRAVE NI INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL (VERDE)

Se debe felicitar a la madre, padre o cuidador y orientar sobre los cuidados generales que debe recibir el niño o la niña en el hogar, evaluando la alimentación (lactancia materna exclusiva), el crecimiento, neurodesarrollo y vacunas; y enseñando sobre los signos de alarma que indican cuándo volver de inmediato. Citarle para una consulta de control.

### SIGNOS DE ALARMA CUÁNDO DEBE VOLVER DE INMEDIATO:

- Signos generales de peligro:
  - Tiene o tuvo convulsiones.
  - No puede beber o tomar el pecho.
  - Vomita todo.
  - Está letárgico o inconsciente.
  - Irritabilidad.
  - Se mueve menos o se ve mal, llanto débil.
- Tiene dificultad para respirar.
- Cambios en el color de la piel: palidez, cianosis o piel amarilla.
- Fiebre o baja temperatura corporal (hipotermia).
- Manifestaciones de sangrado

## 4. EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR LA DIARREA EN EL MENOR DE 2 MESES

Cuando un niño o niña menor de 2 meses de edad es llevado a la consulta, es recomendable seguir la secuencia de evaluación que plantea la estrategia. Después de realizar el TEP, evaluar signos de una probable enfermedad grave o infección local, se preguntará a la madre, padre o acompañante sobre el siguiente síntoma principal:

### ¿Tiene el niño o la niña diarrea?

La Diarrea es una variación en el ritmo defecatorio habitual que se manifiesta por aumento de la frecuencia, la cantidad o volumen y/o alteración de la consistencia de las deposiciones, volviéndose más líquidas, sueltas o acuosas.

La madre de un lactante puede reconocer la diarrea porque la consistencia o la frecuencia de las heces son diferentes a lo habitual. Tal vez refiera que las heces son sueltas, acuosas o más líquidas, o utilice un término local para referirse a la diarrea: “hye”. Los niños o niñas que se alimentan exclusivamente con leche materna podrían tener heces blandas y en número variable, pero no son consideradas como diarrea.

En el menor de 2 meses, la enfermedad diarreica es poco frecuente ya que durante este período el niño o niña se encuentra protegido/a por la alimentación con leche materna. Algunos factores de riesgo para la ocurrencia de diarrea son: alimentación con otra leche que no sea la materna o con fórmula, ambiente con higiene deficiente, agua y utensilios contaminados, manipulación de alimentos sin los cuidados correspondientes. Si un episodio de diarrea dura menos de 14 días, es denominado Diarrea aguda. La diarrea aguda acuosa, provoca deshidratación y puede conducir a la muerte de un niño o niña, en poco tiempo.

Si la diarrea persiste durante 14 días o más, se denomina Diarrea crónica. Es necesario realizar intervenciones rápidas tratando de identificar la causa y plantear el tratamiento que corresponda a la etiología, ya que además de eliminar líquidos y sales que le causan desequilibrios en el medio interno, puede estar perdiendo nutrientes fundamentales para el crecimiento y desarrollo neurológico, que en esta etapa tiene un ritmo particularmente acelerado. Si no se resuelve la enfermedad, puede complicarse con desnutrición, agravando la situación clínica con riesgo de muerte.

La Diarrea con sangre en las heces, no es común a esta edad. Una de las causas puede ser la Enfermedad Hemorrágica del Recién Nacido, secundaria a la deficiencia de Vitamina K; también puede tratarse de una Enterocolitis Necrotizante u otros problemas de coagulación como la Coagulación Intravascular Diseminada (CID), todas estas entidades son de suma gravedad. En niños o niñas mayores de 15 días, la presencia de sangre en las heces puede ser secundaria a fisuras anales o por la alimentación con leche de vaca o alergia alimentaria. En ocasiones, puede deberse a un cuadro infeccioso por Shiguella y cuando se sospecha esta causa, debe ser indicado un antibiótico apropiado.

### 4.1. EVALUAR DIARREA EN EL MENOR DE 2 MESES



## PREGUNTE:

- ¿Tiene diarrea el niño o la niña?

El profesional de salud se referirá a la enfermedad con términos que la madre, padre o cuidador comprenda, preferentemente debe utilizarse un lenguaje con el que ellos estén familiarizados. Si responde que el niño o la niña NO tiene diarrea, se preguntará sobre el siguiente síntoma principal, ALIMENTACION Y NUTRICION; no se necesita evaluar otros signos relacionados con la diarrea. Cuando la respuesta es SÍ tiene diarrea, se detendrá y analizará el síntoma.

En general las madres pueden precisar si han variado las características de las heces. Se preguntará sobre la consistencia, el volumen y la frecuencia con que se presentan las deposiciones y se registrará la respuesta. Luego se evaluará el tiempo de evolución (diarrea aguda o crónica), el contenido (si hay sangre) y la presencia de signos de deshidratación asociados.

- ¿Cuánto tiempo hace?

La diarrea con una duración de 14 días o más es diarrea crónica. Debe otorgarse el tiempo suficiente para que la madre, padre o acompañante responda a la pregunta. Tal vez necesite tiempo para recordar el número exacto de días transcurridos desde el inicio del episodio.

- ¿Hay sangre en las heces?

Es importante que la madre, padre o cuidador, defina si ha visto sangre en las heces - en algún momento - durante este episodio de diarrea.

- ¿Orina menos que lo habitual?

Generalmente la persona a cargo del niño puede precisar si orina con menor frecuencia y cantidad. Si hay disminución de la diuresis, es una señal de deshidratación.

## A CONTINUACIÓN, EVALÚE SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN:

Cuando un niño o niña comienza a estar deshidratado, se muestra inquieto/a e irritable al principio y al ofrecerle líquidos bebe con avidez. Si la deshidratación persiste y se agrava, el niño o niña se torna letárgico/a o inconsciente. A medida que el cuerpo pierde líquidos, los ojos pueden impresionar hundidos y si se pellizca o pinza la piel del abdomen, la piel tarda en volver a su posición inicial.



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

- El estado general del niño o niña

En la primera observación se aplica el instrumento del Triángulo de Evaluación Pediátrica, con el cual se identifica la presencia de alguna alteración del estado general. Es importante identificar si el niño o niña se encuentra letárgico/a o inconsciente. Si está letárgico/a o inconsciente, presenta un signo general de peligro. Se utilizará este signo para clasificar la diarrea. Otros signos generales de peligro son: no puede tomar el pecho o no puede beber, vomita todo o tiene o tuvo convulsiones.

Un niño o niña presenta el signo inquieto/a o irritable cuando se manifiesta de esta manera todo el tiempo o cada vez que lo tocan o mueven. Si un lactante está tranquilo mientras mama, pero se torna nuevamente inquieto e irritable al dejar de tomar el pecho, presenta el signo “inquieto e irritable”. Si es posible consolarlo y calmarlo no tiene el signo “inquieto e irritable”.

- Cómo bebe el niño o niña

Un niño o niña puede estar ávido/a por beber porque tiene sed y eso indica que está deshidratado/a. Otros pueden estar letárgicos y no pueden beber ni tomar el pecho, aunque estén deshidratados. Ambos signos indican una situación grave.

- Si los ojos están hundidos

Los ojos de un niño deshidratado tal vez parezcan hundidos (hesa kuarẽ). Si los ojos impresionan hundidos, se preguntará a la persona adulta si cree que los ojos del niño o niña se ven diferentes. La opinión de la madre, padre o cuidador, ayuda a confirmar la sospecha.

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

- El “Signo del pliegue”: pellizque el pliegue del abdomen

Antes del contacto con el niño o niña, deben aplicarse las medidas de precaución estándar que incluye la higiene de manos, además de explicar a la madre, padre o cuidador, cada procedimiento que será realizado.

Se solicitará que coloque al niño o niña en la camilla acostado/a boca arriba con los brazos a los costados del cuerpo (no sobre la cabeza) y las piernas extendidas, o que le coloque sobre el regazo, acostado/a boca arriba.

Para determinar el signo del pliegue cutáneo, se localiza la región del abdomen del niño o niña ubicada entre el ombligo y el costado (región lateral), donde será pellizcada la piel. El pinzamiento debe realizarse de tal manera que se forme un pliegue longitudinal en relación al eje del cuerpo y no un pliegue transversal. Para el efecto, se utilizarán los dedos pulgar e índice; evitando emplear la punta de los dedos porque causará dolor. Luego se levantará suave y firmemente todas las capas de la piel y el tejido que se encuentra por debajo de ellas durante un segundo, y al soltar se observará el tiempo que tarda la piel en volver a su posición inicial:



- MUY LENTAMENTE (en más de 2 segundos)

- LENTAMENTE (la piel permanece levantada, aunque sea brevemente)
  - INMEDIATAMENTE (la piel vuelve inmediatamente a su lugar).
- Al inicio y al final de la evaluación, el examinador debe lavarse correctamente las manos.



## 4.2. CLASIFICAR LA DIARREA EN EL MENOR DE 2 MESES

Para clasificar la diarrea se tiene en cuenta:

- Presencia de deshidratación: DIARREA CON DESHIDRATACIÓN y DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN
- Presencia de sangre: DIARREA CON SANGRE
- Tiempo de evolución: si ha padecido diarrea por 14 días o más se clasifica como DIARREA CRÓNICA

Cuando el niño o niña tiene Diarrea, puede estar categorizado en más de una clasificación del Cuadro de Procedimientos. Por ejemplo: puede presentar DIARREA CON DESHIDRATACIÓN y además DIARREA CON SANGRE; DIARREA CRÓNICA Y DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN. En caso de dos o más clasificaciones, se elegirá el cuadro de mayor gravedad para decidir la conducta.

### DIARREA CON DESHIDRATACIÓN (ROJO)

El niño o niña presenta:

UNO o más de los signos generales de peligro:

Tiene o tuvo convulsiones

Está letárgico o inconsciente

Vomita todo

Bebe mal o no puede beber o tomar el pecho

y/o UNO de los siguientes signos:

Está intranquilo o irritable

Bebe ávidamente con sed

Orina menos que lo habitual

Tiene los ojos hundidos

Signo del pliegue cutáneo: la piel vuelve a su lugar lenta o muy lentamente.

### DIARREA CON SANGRE (ROJO)

Si hay sangre en las heces, clasifique como DIARREA CON SANGRE. La Diarrea con sangre se considera una enfermedad grave en el niño o niña menor de 2 meses, esté o no asociado con deshidratación.

### DIARREA CRÓNICA (ROJO)

Clasifique como DIARREA CRÓNICA si la duración de la diarrea ha sido de 14 días o más. El niño o la niña puede estar deshidratado/a, en ese caso tendrá más de una clasificación.

## DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN (AMARILLO)

Si no existen signos de las hileras rojas y no se identificaron signos de deshidratación, se clasifica como DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN.

### 4.3. TRATAR LA DIARREA EN EL MENOR DE 2 MESES

El objetivo principal del tratamiento de la diarrea es evitar la deshidratación, y si el niño o niña ya está deshidratado/a el fin de la terapia se basa en reponer las pérdidas - de agua y sales - causadas por las deposiciones líquidas.

Se recomienda continuar con la lactancia materna, ya que además de proporcionar agua, sales, glucosa y proteínas, contiene bacterias probióticas (lactobacillus, bifidobacterias), que junto con la presencia de componentes prebióticos (oligosacáridos) actúan como elemento inmunomodulador. Todo esto indica que la leche materna, además de ser un alimento simbiótico natural, actúa como elemento inmunomodulador y protector.

No se recomienda administrar antidiarreicos, antiespasmódicos o infusiones caseras a un niño o niña con diarrea, no ayudan a la terapia y pueden resultar peligrosos. (Ej: loperamida, derivados del opio). Estos medicamentos pueden causar íleo paralítico, o tornar somnoliento/a al niño o niña e incluso algunos pueden causar la muerte. Otros antidiarreicos, que no son eficaces para tratar la Diarrea son los absorbentes (Ej.: caolín, sulfa carbón).

Usar medicamentos antidiarreicos solo puede retrasar el tratamiento con Sales de Rehidratación Oral (SRO) y el restablecimiento del niño o niña.

## DIARREA CON DESHIDRATACIÓN y DIARREA CON SANGRE (ROJO)

Los niños o niñas menores de 2 meses con deshidratación, requieren ser hospitalizados para rehidratación y control de la evolución de la enfermedad, a fin de preservar las funciones vitales de su organismo. A esta edad, los mecanismos internos de compensación hemodinámica son muy lábiles y debido a un sistema inmune inmaduro puede estar iniciando una infección grave. La presencia de sangre, es un signo de gravedad.

Si el establecimiento de salud local no cuenta con la complejidad necesaria para el manejo de niños o niñas menores de 2 meses en las situaciones mencionadas se indicará la REFERENCIA URGENTE a un Hospital que cuente con los recursos necesarios. Debe comunicarse a los padres la necesidad de traslado.

### **Debe seguirse las medidas de estabilización antes y durante el traslado:**

1. Mantener la vía aérea permeable y con oxigenación adecuada.
2. Restablecer y mantener el estado cardiocirculatorio. Para ello se indica el Plan C de Rehidratación Parenteral que consiste en obtener un acceso venoso e indicar expansión de volumen con suero fisiológico o ringer lactato a 10 - 20 cc/ kg a ser administrado en 1 hora por vía intravenosa. Se puede repetir esta dosis hasta 3 veces, de acuerdo a la respuesta. Se controlarán signos de sobrecarga y la evolución del niño o la niña en forma constante:
  - Si no mejora se puede aumentar la velocidad del goteo intravenoso.

- Si se estabiliza antes de las 3 horas, no es necesario realizar las siguientes expansiones de volumen. Se debe tener cuidado en el tratamiento de la deshidratación para no someter al sistema circulatorio a una sobrecarga de volumen. Al finalizar la etapa de expansión de volumen, se reevaluará el estado de deshidratación y de acuerdo a ello se seleccionará el plan a seguir.

Si puede beber se debe indicar a la madre que siga dándole el pecho materno y/o sorbos de Sales de Rehidratación Oral (SRO) incluso mientras se instala el acceso venoso y durante el trayecto al hospital, si será trasladado.

Si no puede beber y no se logra el acceso venoso (tratar de no punzar más de 3 veces para evitar punciones múltiples), debe instalarse una sonda nasogástrica para la administración de SRO, a un volumen de 20 cc/ kg/ hora, mientras se activa el sistema de referencia.

3. Monitorizar cada 30 minutos los signos vitales - frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura axilar, presión arterial - y evaluar el pulso, el llenado capilar, y la presencia de miembros fríos.

4. Prevenir la hipoglicemia:

- Si el niño o niña puede beber, que siga tomando pecho materno o SRO.

- Cuando no puede beber, instalar Hidratación Parenteral con goteo de Dextrosa al 5% para 24 horas.

5. Prevenir la hipotermia: mantenerlo abrigado y con temperatura ambiente adecuada.

6. Administrar la primera dosis de antibióticos previa toma de 2 muestras de hemocultivo. La imposibilidad de tomar las muestras de hemocultivo no debe retrasar el inicio de antibióticos. Se recomienda la administración de Cefotaxima + Ampicilina por vía intravenosa. Ver tabla 4.3.

## **DIARREA CRÓNICA (ROJO)**

En el niño o niña menor de dos meses, siempre se considera una enfermedad grave cuando la diarrea tiene una duración de 14 días o más. Por ello debe realizarse la REFERENCIA URGENTE a un establecimiento de salud que cuente con la capacidad instalada para identificar y tratar la causa de la diarrea, además de reponer la pérdida de líquidos y prevenir la desnutrición.

Mientras se realiza la referencia, se indicará a la madre que siga dándole el pecho materno y sorbos de SRO en el trayecto al Hospital. Si hay deshidratación, se indicará rehidratación, según el esquema detallado.

## **DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN (AMARILLO)**

La estrategia de tratamiento es el Plan A y el objetivo es prevenir la deshidratación. El Plan A consiste en recomendar a la madre, padre o cuidador, las reglas del tratamiento en la casa. Por lo tanto, las habilidades de comunicación son muy importantes. Las cinco reglas de tratamiento en la casa son:

1. Administrar líquidos adicionales.
2. Continuar la alimentación.
3. Administrar Zinc.

4. Indicar cuándo debe volver de inmediato. Enseñar signos de alarma.
5. Indicar cuándo volver para consulta de seguimiento.

## **REGLA 1: ADMINISTRAR LÍQUIDOS ADICIONALES**

En los niños o niñas menores de 2 meses, la manera de dar más líquidos y continuar la alimentación es amamantar a demanda del bebé y administrar SRO. De esta manera se previene la deshidratación y la desnutrición.

En todos los casos debe decirse a la madre, padre o cuidador, que:

Debe darse el pecho materno a demanda del bebé. A los menores de seis meses alimentados exclusivamente con leche materna, primero se les debe ofrecer el pecho materno antes que el suero oral.

Se administrará todo el SRO que el niño o niña acepte. El propósito de dar más líquidos es reemplazar aquellos que se pierden con la diarrea y así prevenir la deshidratación. En general se recomienda que los menores de 2 meses ingieran 50 a 100 ml (media taza) de SRO después de cada deposición líquida, desde que se inicia y hasta que cese la diarrea.

En todos los casos debe enseñarse a la madre, padre o cuidador, cómo preparar la mezcla y cómo administrar el SRO. Debe retirar por lo menos dos paquetes de SRO para preparar en la casa.

Los pasos para preparar SRO son:

1. Lavarse las manos con agua y jabón.
2. Hervir agua en una cantidad mayor a 1 litro durante 10 minutos y dejar enfriar.
3. Medir, en un recipiente bien limpio, 1 litro del agua que fue hervida y enfriada.
4. Verificar la fecha de vencimiento del sobre de SRO.
5. Volcar el contenido de un sobre de SRO en el recipiente que contiene 1 litro de agua.
6. Mezclar bien hasta que el polvo se disuelva completamente.
7. Conservar el preparado en la heladera o en el lugar más fresco de la casa.

Si no se dispone de SRO, enseñar cómo preparar el suero oral casero:

- 1 litro de agua previamente hervida y enfriada.
- 8 cucharaditas de azúcar.
- 1 cucharadita de sal fina.
- 1 cucharadita de jugo de limón, naranja o pomelo (apepú).

## **EXPLICAR A LA MADRE, PADRE O CUIDADOR:**

- Debe preparar SRO o suero casero fresco todos los días, en un recipiente limpio, mantenerlo cubierto y si no es consumido dentro de las 24 horas de su preparación, debe desecharse todo lo que sobra en el recipiente.
- El SRO no debe mezclarse con otros líquidos: jugos, gaseosas, agua con electrolitos.
- El niño o la niña debe recibir mayor cantidad de líquidos, en relación a lo que habitualmente bebe a diario.
- El tratamiento con SRO no interrumpirá la diarrea. El beneficio es el reemplazo de los líquidos y sales que se pierden con la diarrea, impidiendo que se deshidrate y agrave.

- Si el niño o la niña vomita, indicarle que espere 10 minutos antes de darle más líquidos. Luego continuar dándole SRO, pero más lentamente en forma de sorbitos frecuentes desde una taza o con una cuchara.
- Si vomita todo lo que ingiere, debe acudir inmediatamente al establecimiento de salud.

**Cantidad de SRO a ser administrada:**  
**Se recomienda en los menores de 2 meses: 50 a 100 ml (media taza)**  
**después de cada deposición líquida, hasta que cese la diarrea.**

### **VERIFICAR:**

Que la madre, padre o cuidador, haya comprendido cómo administrar más líquidos según el Plan A.

Hacer preguntas como las siguientes:

- ¿Cuándo le dará de mamar?
- ¿Qué tipo de líquidos le dará?
- ¿Qué cantidad de agua utilizará para preparar el SRO?
- ¿Qué cantidad de SRO va a dar al niño o a la niña?
- ¿En qué momento le dará SRO?
- ¿Con qué elemento (utensilio) le dará de tomar SRO?
- ¿Qué hará si vomita?

Permitir que practique: Si se dispone de los insumos necesarios, se permitirá que la madre, padre o cuidador, demuestre como preparar el SRO. Si se expresa que en la casa no tienen un recipiente de 1 litro para mezclar los paquetes de SRO, se le mostrará cómo medir un litro usando un recipiente más pequeño. Si se dispone de un recipiente más grande, se marcará un nivel de referencia, con un instrumento apropiado.

Preguntar a la madre, padre o cuidador, qué problemas cree que pueda tener para darle más líquidos. Por ej. puede no tener tiempo, entonces se sugerirá que se enseñe a otra persona responsable, la forma de administrar los líquidos al niño o a la niña.

## **REGLA 2: CONTINUAR CON LA ALIMENTACIÓN**

Si el niño o niña toma pecho materno, éste debe ser administrado a demanda del bebé. Los niños o niñas que no son amamantados deben seguir con la preparación de fórmula u otras leches, de acuerdo a las recomendaciones de las Guías alimentarias del Paraguay. No es necesario diluir la leche que se le ofrece ni dar fórmula sin lactosa.

## **REGLA 3: ADMINISTRAR ZINC**

El aporte de Zinc disminuye la duración y severidad de la diarrea. Este mineral es importante para el sistema inmune del niño o la niña y ayudaría a enfrentar nuevos episodios en los 2 a 3 meses siguientes al tratamiento. El zinc ayuda a mejorar el apetito y el crecimiento.

**Dosis de Zinc: Niños o niñas menores de 6 meses: 10 mg por día durante 10 a 14 días**

Aunque haya cesado la diarrea, la madre, padre o cuidador, debe saber que es muy importante administrar la dosis total de Zinc durante los 10 a 14 días. El medicamento no debe ser guardado para casos posteriores o para otros.

#### **REGLA 4: INDICAR CUÁNDO DEBE VOLVER DE INMEDIATO**

La madre, padre o cuidador, precisa conocer los signos de alarma que le indican cuándo debe volver de inmediato. Estos signos están escritos en la Libreta de Salud del Niño y de la Niña.

#### **SIGNOS DE ALARMA EN DIARREA CUÁNDO DEBE VOLVER DE INMEDIATO:**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Si presenta signos generales de peligro: Convulsiones, vomita todo, está letárgico o inconsciente, no puede tomar el pecho, bebe mal o no puede beber.</li><li>• No mejora o aumenta la diarrea.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Presenta cualquier signo de deshidratación: bebe con avidez, está irritable, tiene ojos hundidos, orina poco.</li><li>• Fiebre.</li><li>• Hay sangre en las heces.</li></ul> |
|--|--|

#### **REGLA 5: INDICAR CUÁNDO VOLVER A SEGUIMIENTO: a las 24 horas**

Al volver a la consulta, se debe reevaluar la diarrea como se describe en el recuadro de seguimiento.

##### **PREGUNTAR Y OBSERVAR:**

- ¿Está letárgico/a, intranquilo/a o irritable?
- ¿Bebe mal o no puede beber?
- ¿Cuántas deposiciones tiene por día?
- ¿Hay sangre en las heces?
- ¿Tuvo fiebre?

##### **VERIFICAR:**

- ¿Tiene los ojos hundidos?
- ¿El pliegue cutáneo regresa lenta o muy lentamente?
- ¿Hay otros signos de deshidratación?

##### **DETERMINAR:**

- Si no está mejorando, REFERIR a un establecimiento de salud de mayor complejidad, con el esquema descrito para Infección Bacteriana Grave. El niño o la niña puede pre-

sentar alguna de las siguientes condiciones: algún signo general de peligro, algún signo de deshidratación, igual número de evacuaciones o en aumento, aparición o persistencia de la fiebre, o presencia de sangre en las heces.

- Si está mejorando, debe indicarse que se cumplan las mismas indicaciones y que traigan al niño o niña a la consulta de seguimiento cada 48 horas hasta que cesen las deposiciones líquidas.



## EJERCICIO: Caso GLORIA

### 5. EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN Y/O NUTRICIÓN EN EL MENOR DE 2 MESES

Después de haber evaluado los signos y síntomas de Enfermedad Grave o Posible Enfermedad Bacteriana Grave y de evaluar si hubo o no Diarrea, se pasa a evaluar la Alimentación y Nutrición.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva – sin té, agua ni otro nutriente - durante los primeros 6 meses de vida y posteriormente debe ser acompañada de otros alimentos conforme a su edad. La lactancia materna debe continuar hasta los 2 años de edad o más. La falta de cumplimiento de esta recomendación, salvo circunstancias especiales, constituye un factor de riesgo para el crecimiento y desarrollo armónicos de los niños y niñas, especialmente para los menores de 2 meses.

La leche materna, además de ser un alimento que contiene nutrientes para el crecimiento de la estructura corporal y de modo especial para el sistema nervioso del ser humano, también es un estímulo para el desarrollo neurológico y brinda protección contra enfermedades, entre otros tantos beneficios.

Si desde el nacimiento, los lactantes son amamantados en forma exclusiva y a libre demanda; y se realiza el apego precoz mediante el contacto piel a piel, ganarán peso muy pronto. Un niño o niña que no está ganando peso con un buen amamantamiento y buena transferencia de leche, puede estar afectado por alguna enfermedad.

Una madre puede consultar porque le preocupa que su leche no sea suficiente o porque le impresiona que su hijo no sube de peso adecuadamente, y solicitar algún suplemento. La tarea del profesional de la salud es identificar los motivos reales y plantear estrategias para resolver los problemas identificados, favoreciendo la lactancia materna exclusiva. La pérdida de peso del recién nacido durante la primera semana de vida no debe ser mayor del 10% de su peso al nacer. Cuando existe una pérdida mayor del 10% se considera un problema grave.

En cada contacto del niño o la niña con un profesional de salud del establecimiento, debe evaluarse la alimentación y la nutrición.

Los niños o niñas menores de 2 meses deben ser evaluados con los Gráficos de crecimiento para la edad de la OMS, disponibles en el Cuadro de Procedimientos.

## 5.1. EVALUAR PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN Y/O NUTRICIÓN



### PREGUNTE:

- ¿Cuál era el peso al nacer?

Para evaluar el estado nutricional, es fundamental conocer el peso del nacimiento y objetivar el progreso durante la etapa posnatal. Este dato debe estar correlacionado con la edad gestacional.

La mayoría de los recién nacidos de término, tendrán un peso adecuado al nacer, entre 2.500 y 3.800 gramos; pero un grupo de recién nacidos de término puede tener bajo peso al nacer o ser grandes para la edad gestacional por factores maternos, placentarios y/o fetales.

- ¿Nació antes de las 37 semanas de gestación? ¿Fue un parto prematuro?

Conocer la edad gestacional al nacimiento es importante pues los recién nacidos prematuros requieren ser evaluados con la edad cronológica corregida. Estas correcciones se realizan hasta los 1, 2 o 3 años de edad, dependiendo del peso al nacimiento, como se detalla en el siguiente cuadro:

TABLA 4.1.

PESO AL NACER	TIEMPO PARA CORREGIR
<b>Bajo peso al nacer (BPN)</b> Menos de 2500 g	Hasta los 1 año de edad
<b>Muy Bajo peso al nacer (MBPN)</b> Menos de 1500 g	Hasta los 2 años de edad
<b>Extremo Bajo peso al nacer (EBPN)</b> Menos de 1000 g	Hasta los 3 años de edad

Cuando el parto es institucional los datos de nacimiento (edad gestacional – peso) deben estar escritos en la Libreta de Salud del Niño y de la Niña o en el carnet perinatal. En caso de no contar con los documentos se preguntará sobre cuántos meses de gestación tuvo y si el niño o niña nació antes de la fecha estimada para el parto.

- ¿Toma pecho materno?

Si la respuesta es negativa, NO toma pecho materno se preguntará:

- ¿Por qué no toma el pecho?

Las respuestas a esta pregunta pueden ser diversas. Las causas pueden estar relacionadas a la madre, al niño o niña o a indicaciones realizadas por el profesional de la salud. Es posible que la madre no haya recibido consejería adecuada sobre la alimentación de su hijo, o pudo haber sufrido alguna enfermedad durante el puerperio (depresión materna). El niño o niña puede padecer una patología o haber cursado con algún problema que requirió internación, prematuridad, anomalías de la boca, malformaciones en

general, entre otras causas. Raramente existe contraindicación de la lactancia materna.

- ¿Recibe otro tipo de leche?

### Ante esta situación se preguntará:

- ¿Cuál es el tipo de leche que le está dando? (fórmula para lactantes o leche entera en polvo o fluida, fortificada o no.)
- ¿Cómo prepara la leche? Modo de preparación (manipulación, higiene, agua potable), si le agrega algún elemento a la leche o fórmula (azúcar o cereal), la concentración (dilución, más o menos agua que lo recomendado)
- ¿Cuánto toma? La pregunta evalúa la cantidad que consume el niño o niña por vez.
- ¿Cuántas veces en 24 horas? Junto con la información anterior, proporciona el dato del volumen de leche consumido por día.

- ¿Qué utiliza para alimentar al niño o niña? En la situación excepcional en que se indica un suplemento, se recomienda la alimentación con taza, porque la taza es fácil de limpiar, permite sostener al niño o niña y mirarlo/a mientras se le alimenta. No toma más tiempo que la alimentación con biberón. Los biberones no son aconsejables.

Si la respuesta es afirmativa, SI TOMA PECHO MATERNO, se felicitará a la madre y luego se preguntará:

- ¿Qué signos le indican que el bebé tiene hambre?

Es importante que la madre interprete las señales de hambre de su bebé. Algunas de ellas son:

- el bebé incrementa los movimientos oculares con los ojos cerrados o abiertos.
- succiona o chupa su mano, dedos, una sábana u otro objeto que toca su boca.
- abre su boca, estira la lengua y gira la cabeza, buscando el pecho de su madre.
- el bebé empieza a quejarse o se inquieta.
- ¿Cuántas veces al día amamanta a su hijo?

La duración y la frecuencia de las mamadas son determinadas por el hambre del bebé, los días de vida y por el tiempo transcurrido desde la última mamada. El amamantamiento no tiene un horario, se amamanta a libre demanda, lo cual se conoce como alimentación guiada por el bebé.

Cada lactante tiene su ritmo de alimentación que puede variar desde casi cada 1 hora hasta cada 3 horas en los primeros 7 días de vida, y una vez que la lactancia está establecida, 8 a 12 mamadas en 24 horas es lo más frecuente.

Mamadas muy largas (más de 40 minutos o 1 hora en la mayoría de las mamadas), mamadas muy cortas (menos de 10 minutos en la mayoría de las mamadas), o mamadas muy frecuentes (más de 12 mamadas en 24 horas en la mayoría de los días) pueden indicar que el bebé no está bien agarrado al pecho.

- ¿Recibe el niño o niña otros alimentos? ¿Cuáles son y con qué frecuencia?

Es importante conocer si el niño o niña recibe otro tipo de líquidos además de la leche materna (infusiones o té, agua, otra leche, alimentos sólidos) y la frecuencia con la que recibe. No es recomendable agregar otro tipo de alimento. En algunas circunstancias la madre pudo haber alimentado a su hijo con otra leche porque pensó que la suya era insuficiente o porque pensó que el niño o niña no subía de peso adecuadamente.

- ¿Tiene alguna dificultad para amamantarlo?

Algunos niños o niñas pueden tener trastornos para la succión, deglución y la coordinación de ambos. Es importante discriminar el problema real, para identificar si tiene o no dificultades con el amamantamiento y si verdaderamente el lactante no está creciendo en forma adecuada, en cuyo caso debe descartarse una enfermedad.

La madre puede notar que su hijo o hija se alimenta menos y es capaz de determinar desde cuándo ocurrieron esos cambios. La causa puede ser la presencia de lesiones en la boca que no le permiten alimentarse adecuadamente. Por otro lado, la madre puede estar enferma o tener lesiones en sus mamas que le dificultan el amamantamiento. El amamantamiento no debe ser doloroso en ningún momento y si hay dolor, lo más frecuente es que se deba a una mala técnica de lactancia.

- ¿Cómo le da de mamar?

Para evaluar la técnica de amamantamiento, se solicitará a la madre que ofrezca el pecho al bebé, utilizando como guía el Instrumento de Evaluación de la Mamada. Cap. 3 Pg.105.



## OBSERVE:

En este momento, se observa el proceso de amamantamiento y se enseña la técnica adecuada, elogiando los hechos que estén bien ejecutados y orientando sobre los puntos que precisan ser corregidos, cuidando de no hacer sentir culpable a la madre.

## LA TÉCNICA DEL AMAMANTAMIENTO

- Estado general del bebé y de la madre

Se observará con atención el estado de ánimo de la madre; si está triste, deprimida, tensa o incómoda y si existe o no contacto visual con la mirada de su hijo. Es importante constatar la presencia de enfermedades en la madre, tanto físicas (anemia, HTA, cáncer, lupus y otras) como psíquicas (depresión materna).

Existen muchas posiciones que la madre puede adoptar para dar de mamar. Lo más importante es que ella se sienta lo más cómoda posible, con la espalda apoyada.

El bebé debe estar tranquilo y relajado, buscando el pecho si tiene hambre.

- Los pechos de la madre

Los pechos de la madre pueden encontrarse rojos, hinchados y con heridas. Se constatará la presencia de pezones grandes, planos, no protractiles, grietas, congestión mamaria, obstrucción del conducto galactóforo, mastitis, candidiasis del pecho y se identificará si existe disconfort en la mamá al dar de mamar; no es normal que haya dolor durante el amamantamiento.

- La boca del lactante

Al observar la boca del lactante, se buscará la presencia de lesiones que puedan estar dificultando la alimentación como úlceras, candidiasis bucal u otros. Pueden existir pro-

blemas que requieran la intervención de especialistas como paladar hendido, frenillos, alteración de succión – deglución entre otros problemas.

- Posición adecuada del bebé durante el amamantamiento

1. La cabeza y el cuerpo del bebé deben estar bien alineados. El oído, hombro y cadera deben estar en la misma línea para evitar que el cuello esté torcido.

2. El cuerpo del bebé está pegado o próximo a la madre (panza con panza). El bebé es llevado al pecho y no el pecho hacia el bebé.

3. Todo el cuerpo del bebé debe estar bien sujeto.

4. El rostro del niño o niña queda frente al pecho de la madre. El bebé se acerca a la madre, con la nariz hacia el pezón.

- Si durante la lactancia existe un buen agarre

1. El bebé tiene la boca bien abierta.

2. Se ve más areola por encima de la boca que por debajo.

3. El labio inferior del bebé está evertido (volteado hacia fuera).

4. El mentón del bebé toca el pecho (o casi lo toca).

- Las señales de una succión efectiva son:

1. El bebé succiona lenta y profundamente, algunas veces con pausas cortas.

2. Se puede ver y escuchar la deglución.

3. Las mejillas están llenas, no hundidas, durante la succión.

4. El bebé termina de mamar y suelta el pecho por sí mismo.

5. La madre advierte signos de reflejo de oxitocina o expulsión de la leche.

## **DETERMINE:**

• Edad corregida, si es prematuro

Hasta las 50 semanas de edad postconcepcional se recomienda utilizar los Gráficos de crecimiento de Fenton y Kim<sup>36</sup>. La edad que se toma como referencia, es aquella que tiene el niño o niña, en forma ininterrumpida, desde la concepción en la vida intrauterina hasta la fecha de la evaluación. Se expresa en semanas.

Luego de las 50 semanas postconcepcionales, se utilizarán las curvas de crecimiento de la OMS; que toma como punto inicial el día del nacimiento y se expresa en meses.

En los prematuros, es necesario realizar el cálculo de la Edad Cronológica Corregida (ECC) y utilizar esa edad como dato de referencia para los Gráficos. La edad cronológica corregida permite evaluar al prematuro con los mismos gráficos que los nacidos de término, de lo contrario se sobreestimarían los problemas nutricionales.

Por ej. un niño o niña que nació con edad gestacional de 32 semanas, consulta con Edad Cronológica (EC) de 9 meses:

- En primer lugar, se calcula el Tiempo de Prematuridad (TP). Para ello se considera las 40 semanas como nacimiento de término y se resta de la edad gestacional al nacer. (Ej. 40 semanas – 32 semanas= 8 semanas).

<sup>36</sup> Nota: para mayor información, se recomienda la lectura del Manual Básico de Evaluación Nutricional Antropométrica del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición INAN del MSPBS.

- Luego, se convierten las semanas de prematuridad a meses. (Ej.  $8 \div 4 = 2$  meses). Se divide entre cuatro, considerando que existen en promedio 4 semanas por mes.
  - Posteriormente, se debe restar a la Edad Cronológica (9 meses), el Tiempo de Prematuridad (2 meses). En el ejemplo:  $9 \text{ meses} - 2 \text{ meses} = 7 \text{ meses}$ .
- De esta manera la Edad Cronológica Corregida es de 7 meses. Con esta edad se debe realizar la evaluación nutricional.

**TABLA 4.2.**

<b>CÁLCULO DE LA EDAD CORREGIDA</b>	<b>EJEMPLO</b>
<b>Cálculo de Tiempo de Prematuridad</b> 40 semanas - Edad Gestacional al nacer	40 semanas - 32 semanas = 8 semanas
<b>Convertir semanas de prematuridad a meses</b> Se obtiene así el tiempo de prematuridad en meses	$8 \text{ semanas} \div 4 = 2 \text{ meses}$
<b>Cálculo de la Edad Cronológica Corregida (ECC) =</b> Edad Cronológica - Tiempo de prematuridad	Edad Cronológica Corregida: $9 \text{ m} - 2 \text{ m} = 7 \text{ m}$

- **El Peso para la Edad**

Esto se refiere al peso de un niño o niña, en relación con la edad al momento de la evaluación.

**Cómo determinar el Peso para la Edad**

Para determinar el Peso para la Edad, se tendrán en cuenta los siguientes puntos:

1. Determinar la edad en meses. (Consulte el Manual Básico de Evaluación Nutricional Antropométrica. Capítulo 3. Tabla 2). Si es prematuro, utilizar el cálculo de la edad corregida.
2. Pesar al niño o niña si aún no se pesó en esta visita. Para ello usar una balanza precisa y verificar que esté sin ropa.
3. Utilizar el Gráfico de “Peso para Edad para menores de 2 años”, según se trate de un niño o una niña.
4. Ubicar la línea que muestra el Peso en kilos en el eje de la mano izquierda (vertical).
5. Mirar el eje inferior (horizontal) del Gráfico para ubicar la línea que muestra la edad en meses.
6. Buscar en el Gráfico el punto donde se encuentran (se cruzan) las líneas de peso y edad que presenta el niño o niña que se está evaluando.
7. De acuerdo a la ubicación del punto de encuentro podrá determinarse el Desvío Estándar (DE) correspondiente y realizarse la clasificación:
  - **DESNUTRICIÓN GRAVE:** cuando el punto se ubica por debajo de (-) 3 DE.
  - **DESNUTRICIÓN MODERADA:** cuando el punto se halla entre de (-) 2 DE y (-) 3 DE.
  - **RIESGO DE DESNUTRICIÓN** cuando el punto se encuentra entre (-) 1 DE y (-) 2 DE.
  - **PESO ADECUADO O NO TIENE DESNUTRICIÓN** si el punto se encuentra por encima de (-) 1 DE.

TABLA 4.3.

CLASIFICACIÓN DEL PESO SEGÚN LA EDAD	
UBICACIÓN EN EL GRÁFICO	CLASIFICACIÓN
Por debajo de (-) 3 DE	DESNUTRICIÓN GRAVE
Entre (-) 2 DE y (-) 3 DE	DESNUTRICIÓN MODERADA
Entre (-) 1 DE y (-) 2 DE	RIESGO DE DESNUTRICIÓN
Por encima de (-) 1 DE	NO TIENE DESNUTRICIÓN

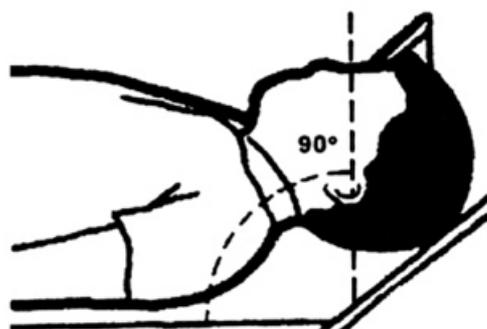
### ● Talla para la edad

Se continúa la evaluación nutricional en el niño o niña menor de 2 meses, con la medición de la longitud corporal, utilizando el Gráfico de Talla/Edad.

El instrumento para medir la longitud se denomina “infantómetro o antropómetro”. Si no se cuenta con este instrumento, puede utilizarse una cinta métrica inextensible, graduada en centímetros (cm) que debe estar en posición horizontal, apoyada sobre una superficie plana, firme y lisa.

Sea cual fuere el instrumento con que se cuente (infantómetro o cinta métrica) debe tenerse en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Eliminar todo tipo de elementos que puedan interferir en la medición. Antes de iniciar el procedimiento, el niño o niña debe estar descalzo/a y sin ningún tipo de accesorios en la cabeza.
- Colocar al niño o niña en decúbito dorsal (posición horizontal o boca arriba) con la parte posterior de su cabeza contra la base fija.
- La cabeza del niño o niña debe quedar en una posición de tal manera que los ojos estén mirando al techo. Se trazará una línea imaginaria entre el conducto auditivo externo y el borde inferior de la órbita del ojo, de modo que quede perpendicular a la superficie horizontal o al suelo.
- Solicitar a la madre, padre o acompañante, que se coloque detrás del infantómetro y sostenga la cabeza del niño o niña en la posición mencionada.
- Verificar que el niño o la niña esté acostado/a y recto/a en el infantómetro y que no cambie su posición. Los hombros, las nalgas y los talones del niño o niña deben estar bien apoyados sobre la superficie horizontal.
- Sujetar las piernas del niño o la niña con una mano. Aplicar presión suave sobre las rodillas para extender las piernas tanto como se pueda sin causar daño (no es posible extender las rodillas de los recién nacidos de la misma manera que en los niños o niñas mayores, sus rodillas son frágiles y pueden dañarse fácilmente, de manera que debe aplicarse una mínima presión).
- Empujar la base móvil contra las plantas de los pies, mientras se sostienen las rodillas.



Los talones deben estar sobre la superficie horizontal y los dedos de los pies, deben apuntar hacia el techo, colocándolos en posición perpendicular al plano horizontal.

- Anotar el número visible que quedó después de acercar la parte móvil del antropómetro a las plantas de los pies, que corresponde a la longitud corporal del niño o niña que está siendo evaluado/a en ese momento.

## GUÍA PARA DETERMINAR: Talla/Edad

1. Calcular la edad en meses. Si es prematuro, utilizar el cálculo de la edad corregida.
2. Medir la longitud del niño o la niña con la técnica mencionada.
3. Utilizar el Gráfico Talla para la Edad para el menor de 2 años, para el niño o la niña que está siendo evaluado.
4. Ubicar la línea que muestra la longitud en centímetros en el eje de la mano izquierda (vertical).
5. Mirar el eje inferior (horizontal) del Gráfico para ubicar la línea que muestra la edad en meses.
6. Buscar el punto donde se encuentran (se cruzan) las líneas de la talla y de la edad que presenta el niño o niña que se está evaluando.
7. De acuerdo a la ubicación del punto de encuentro podrá determinarse el Desvío Estándar (DE) correspondiente y realizar la clasificación:
  - TALLA BAJA: cuando el punto de encuentro se ubica por debajo de (-) 2 DE.
  - RIESGO DE TALLA BAJA cuando el punto de encuentro está entre (-) 1 DE y (-) 2 DE.
  - TALLA NORMAL O ADECUADA si el punto de encuentro se ubica por encima de (-) 1 DE.

TABLA 4.4.

CLASIFICACIÓN DE LA TALLA SEGÚN EDAD	
UBICACIÓN EN EL GRÁFICO	CLASIFICACIÓN
Por debajo de (-) 2 DE	TALLA BAJA
Entre (-) 1 DE y (-) 2 DE	RIESGO DE TALLA BAJA
Por encima de (-) 1 DE	TALLA NORMAL O ADECUADA

- Perímetro cefálico para la edad

El perímetro cefálico o circunferencia craneana en relación a la edad y sexo, es un buen indicador de crecimiento cerebral y debe incluirse en la valoración del neurodesarrollo y estado nutricional de los niños y niñas, además de detectar la presencia de otras patologías. Se recomienda su medición sistemática hasta los 3 años de edad.

Para realizar la medición se utiliza una cinta métrica, de preferencia inextensible, metálica o de fibra de vidrio por ser la más flexible y fácil de usar. Antes de realizar la medición, debe retirarse de la cabeza del niño o la niña todo tipo de hebillas, vinchas, cintas, peinados elaborados, gorras o cualquier tipo de obstáculo. El niño o niña debe estar en posición sentada, con la cabeza erguida y manteniéndola firme en forma delicada.

Se mide la circunferencia aplicando la cinta métrica alrededor del hueso frontal en su punto más prominente (inmediatamente por encima del arco superciliar, es decir por

encima de las cejas) rodeando la cabeza con la cinta, al mismo nivel a cada lado y apli-cándola en la parte posterior sobre la prominencia occipital u occipucio. Se realizará un poco de presión con la cinta métrica para comprimir los cabellos del niño o niña y así obtener una medición exacta de la circunferencia craneana. El dato obtenido debe ser registrado en el expediente clínico correspondiente.

## GUÍA PARA DETERMINAR: Perímetro Cefálico/Edad

1. Calcular la edad en meses. Si es prematuro, utilizar el cálculo de la edad cronológica corregida.
2. Medir la circunferencia del niño o niña con la técnica mencionada.
3. Utilizar el Gráfico Perímetro cefálico para la Edad de 0 a 3 años, para el niño o la niña según corresponda.
4. Ubicar la línea vertical que muestra el valor del perímetro cefálico en centímetros en el eje de la mano izquierda.
5. Mirar el eje inferior (horizontal) del Gráfico para ubicar la línea que muestra la edad en meses.
6. Buscar el punto donde se encuentran (se cruzan) las líneas de perímetro cefálico y de la edad que presenta el niño o niña que está siendo evaluado.
7. De acuerdo a la ubicación del punto de encuentro podrá determinarse el Desvío Es-tándar (DE) correspondiente y realizarse la clasificación del perímetro cefálico:
  - MACROCEFALIA cuando el punto se ubica por encima de (+) 2 DE.
  - RIESGO DE MACROCEFALIA cuando el punto de encuentro se ubica entre (+) 1 DE y (+) 2 DE.
  - ADECUADO cuando el punto de encuentro se ubica entre (-) 1 DE y (+) 1 DE.
  - RIESGO DE MICROCEFALIA cuando el punto se ubica entre (-) 1 DE y (-) 2 DE.
  - MICROCEFALIA cuando el punto de encuentro se halla por debajo de (-) 2 DE.

TABLA 4.5.

CLASIFICACIÓN DE PERÍMETRO CEFÁLICO SEGÚN EDAD	
UBICACIÓN EN EL GRÁFICO	CLASIFICACIÓN
Por encima de (+) 2 DE	MACROCEFALIA
Entre (+) 1 DE y (+) 2 DE	RIESGO DE MACROCEFALIA
Entre (-) 1 DE y (+) 1 DE	PERÍMETRO CEFÁLICO ADECUADO
Entre (-) 1 DE y (-) 2 DE	RIESGO DE MICROCEFALIA
Por debajo de (-) 2 DE	MICROCEFALIA

### • Tendencia del crecimiento

Las curvas de crecimiento utilizadas para el menor de 2 meses son las recomendadas por la OMS, disponibles en el Cuadro de Procedimientos. Si el niño o niña tiene regis-tros de pesos anteriores, deben ubicarse en el Gráfico de Peso/Edad para menores de 2 años y unidos estos puntos con el registro del peso actual, se obtendrá una curva y así podrá determinarse la tendencia de la curva de crecimiento.

- Si la tendencia de la curva de crecimiento es horizontal (plana) o en descenso, el niño o niña tiene un problema de nutrición y debe ser enviado a una consulta con el pediatra.
- Si la tendencia de la curva de crecimiento es en ascenso, el niño o niña no tiene ningún problema de nutrición, por lo tanto, debe elogiarse a la madre, padre o cuidador y reforzar los consejos sobre alimentación y medidas preventivas.

De esta manera se evalúa no solo el momento preciso de la consulta actual, sino también la evolución a través del tiempo. Actualmente se considera una buena evolución en los niños o niñas con bajo peso al nacer, cuando la curva de crecimiento dibuja una tendencia ascendente adecuada, aunque no alcance los canales de crecimiento esperados para la edad.

## 5.2. CLASIFICAR PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN Y/O NUTRICIÓN EN EL MENOR DE 2 MESES

En el Cuadro de Procedimientos, se encontrarán los Gráficos para realizar las clasificaciones y categorizar la situación clínica en relación a la alimentación y/o nutrición que son:

### DESNUTRICIÓN GRAVE (ROJO)

Se clasifica como Desnutrición grave cuando está presente uno de los siguientes criterios: El niño o niña ha perdido más del 10% de su peso al nacer, en la primera semana de vida. La evaluación del peso se encuentra por debajo de (-) 3 DE en el Gráfico de Crecimiento Peso/Edad.

La tendencia del crecimiento se dibuja con curva PLANA o en DESCENSO, a partir de los 10 días de vida.

### DESNUTRICIÓN MODERADA (ROJO)

El niño o niña presenta:

Peso para la edad entre (-) 2 DE y (-) 3 DE en el Gráfico de Crecimiento Peso/Edad.

### RIESGO DE DESNUTRICIÓN Y/O PROBLEMAS EN LA ALIMENTACIÓN (AMARILLO)

Un niño o niña tiene uno de los siguientes criterios:

Peso para la edad entre (-) 1 DE y (-) 2 DE en el Gráfico de Crecimiento Peso/Edad.

Problemas de alimentación que pueden estar relacionados a:

- Madre enferma: lesiones en las mamas, depresión, angustia u otras enfermedades que imposibilitan o dificultan la lactancia materna.
- Niño o niña enfermo/a: no mama bien, problemas con la succión o deglución o tiene problemas locales como úlceras o placas blanquecinas en la boca (candidiasis oral).
- Mala técnica de amamantamiento.
- Hábitos inadecuados: toma pecho materno menos de 8 veces al día, y/o recibe otros alimentos, líquidos o recibe otra leche.

## **NO TIENE DESNUTRICIÓN NI PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN (VERDE)**

El niño o niña **NO TIENE DESNUTRICIÓN** y tampoco se identifica algún **PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN** si cumple los siguientes criterios:

El peso para la edad se encuentra por encima de (-) 1DE en el Gráfico de Crecimiento.

La tendencia del crecimiento dibuja una curva en **ASCENSO**.

No hay datos de alimentación inadecuada.

### **5.3. TRATAR PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN Y/O NUTRICIÓN**

#### **DESNUTRICIÓN GRAVE O MODERADA (ROJO)**

Aquellos niños o niñas menores de 2 meses con Desnutrición Grave o Moderada, presentan un riesgo mayor de padecer enfermedades graves y morir, por lo tanto, se realizará la **REFERENCIA URGENTE** a un hospital con la complejidad necesaria para el abordaje terapéutico.

La pérdida de peso entre 7 a 10% durante la primera semana de vida, en los recién nacidos sanos, es un proceso fisiológico y esperable. En caso de una pérdida de peso mayor, se deberá evaluar el estado de hidratación del RN, además de indagar acerca de la alimentación. Es pertinente la derivación a un hospital.

A partir de los 10 días, si la curva de peso se mantiene plana o en descenso, se considera una situación grave. La pérdida de peso en los primeros meses de vida puede deberse a diversas causas, principalmente a problemas en la alimentación, a la alimentación con lactancia materna **NO** exclusiva, pero puede deberse a que el niño o niña ha tenido o cursa con alguna enfermedad que se manifiesta con pérdida de peso o ascenso inadecuado. También el niño o la niña puede estar débil para succionar, con el apetito disminuido y/o los alimentos consumidos no se utilizan eficientemente. Cuando se encuentra en esta condición, no debe suspenderse la lactancia materna, debe ser referido para ser evaluado y tratado.

#### **RIESGO DE DESNUTRICIÓN O PROBLEMAS EN LA ALIMENTACIÓN (AMARILLO)**

Si se categorizó como Riesgo de Desnutrición y/o Problemas de Alimentación deben tratarse los problemas identificados:

- Aconsejar a la madre sobre lactancia materna a libre demanda y si se identifican lesiones locales en las mamas, para aplicar el tratamiento se seguirán las orientaciones de las Guías Alimentarias del Paraguay para niñas y niños menores de 2 años. Guía 1. Pg. 24.
- Identificar y tratar lesiones locales que padece el niño o la niña enfermo/a (ej. muguet bucal). Si presenta problemas graves que requieren atención especializada, se remitirá a un establecimiento de salud de mayor complejidad.
- Orientar sobre la técnica correcta de amamantamiento que debe ser evaluada en la consulta y concomitantemente realizar las indicaciones pertinentes de acuerdo a los hallazgos, con la mayor empatía posible, sin hacer sentir culpable a la madre. La evaluación incluye el examen de las mamas y pezones de la madre. Si se identifican lesiones

locales en las mamas, siga las orientaciones de las Guías alimentarias del menor de 2 años. Guía 1 Pg. 24.

- aconsejar a la madre sobre el aumento de la frecuencia de la lactancia materna 8 a 12 veces al día o más, buena técnica de lactancia y reducción gradual de otros alimentos hasta eliminarlos totalmente, en el caso que el niño o la niña los haya ingerido.
- Alentar a la relactación, si la madre está de acuerdo, y ya no se alimenta al niño o niña, con pecho materno.

## **CONSULTA DE SEGUIMIENTO: a los 2 días**

### **PREGUNTAR:**

- ¿Cómo se está alimentando el niño o niña?
- ¿Cómo sigue el problema que tenía en la visita inicial?
- ¿Tuvo algún inconveniente para cumplir las indicaciones?
- ¿Se presentaron nuevos problemas?

### **VERIFICAR:**

- Evaluar la presencia de signos generales de peligro
- Si el problema identificado en la primera consulta se encuentra en vías de resolución.
- Señales confiables de buena ingesta de leche. Se puede enseñar a la madre algunos signos: el niño o niña está más activo/a, tiene succión vigorosa, orina mejor (moja 6 o más pañales al día) y heces con mayor volumen o frecuencia.
- El peso del niño y evaluar la evolución.

### **DETERMINAR:**

- Si no mejora, baja de peso o está igual y aparecen nuevos problemas, REFERIR AL HOSPITAL, para buscar la causa que justifique esta evolución desfavorable.
- Cuando se encuentra con el mismo peso, se han resuelto o mejorado los problemas de alimentación identificados y no se presentaron nuevos problemas; el niño se encuentra con buen estado general, con señales confiables de buena ingesta de leche; citar a control de peso, 7 días después de la primera visita.
- Si el peso se encuentra en ascenso, es una señal de que existe una buena evolución. El aumento de peso normal a esta edad es de 20 a 40 gramos por día. En este caso se debe alentar a la madre a seguir las mismas prácticas; construir su confianza y animarla, elogiando lo que ella está haciendo bien.
- El problema identificado en la primera consulta se encuentra en vías de resolución, aliente a la madre a seguir con las mismas indicaciones. Debe continuar el proceso de reducción de suplementos, si el niño o la niña los ingería anteriormente, aumentando el aporte de leche materna. Se recomienda seguir supervisando, cada 7 días, durante unas semanas después de que los suplementos se hayan retirado, para asegurar el suministro suficiente de leche materna.

Debe programarse una visita domiciliaria si el niño o la niña no es traído/a a las consultas de seguimiento.



## EJERCICIO: Caso ARTURO

### NO TIENE DESNUTRICIÓN NI PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN (VERDE)

Se felicitará a la madre porque alimenta bien a su hijo y se encuentra con buen ascenso de peso. La próxima visita será para control de niño sano. La oportunidad es propicia para reforzar consejos sobre lactancia materna.

**Se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses**

A continuación, se detallan algunas informaciones que pueden ayudar a fomentar la lactancia materna.

#### 1. PAUTAS QUE AYUDAN A MEJORAR LA PRODUCCIÓN DE LECHE.

- Conversar con la madre, sobre la manera de alimentar al niño o la niña con mayor frecuencia y tratar de lograr el apoyo de su núcleo familiar hablando con miembros de la familia para ver cómo ayudar a la madre a manejar las necesidades de amamantar a su niño o niña, con otras demandas de su tiempo.
- Ayudar a la madre para la posición y agarre durante el amamantamiento. La madre se debe encontrar cómoda y relajada, sentada en un lugar donde pueda apoyar su espalda. Luego se realizarán las orientaciones sobre la posición del bebé y agarre.
- Resaltar acerca de las señales que emite el bebé cuando quiere mamar; abre la boca, mueve la cabeza hacia los lados y busca el pecho, se estira, se mueve más, lleva la mano a la boca, se agita, se inquieta, se pone colorado. El llanto del lactante es una señal tardía del hambre, no debe esperarse este momento ya que el bebé se vuelve ansioso, nervioso y puede dificultar el agarre.
- Enseñar a la madre que amamante al niño o a la niña hasta que el lactante suelte el pecho para luego darle de mamar del lado opuesto. No debería guiarse por el tiempo que marca el reloj.
- Enseñar a reconocer señales de una succión efectiva:
  - El bebé succiona lenta y profundamente, algunas veces con pausas cortas.
  - Se puede ver y escuchar la deglución.
  - Las mejillas están llenas, no hundidas, durante la succión.
  - El bebé termina de mamar y suelta el pecho por sí mismo.
  - La madre advierte signos de reflejo de oxitocina o expulsión de la leche.
- Explicar a la madre que cuanto más se extrae la leche, mayor será el estímulo para la producción, evitará la congestión, el dolor y facilitará la succión del lactante.
- Enseñarle a realizar masajes suaves al pecho materno entre las mamadas para facilitar la salida de la leche desde todas las áreas de la glándula.
- Recuerde a la madre que, en situaciones particulares, puede extraerse la leche entre las mamadas y darle con taza o cucharita.

## 2. EVITAR AGUA, INFUSIONES O SUPLEMENTOS ALIMENTARIOS INNECESARIOS

Los suplementos pueden ocasionar algunos de estos riesgos:

- Llenar el estómago del niño o la niña,
- Reducir la producción de leche porque el niño o la niña no está succionando.
- Hacer que el niño o niña gane poco peso si se alimenta con agua, té con azúcar, en vez de leche materna.
- Reducir los efectos protectores de la lactancia materna incrementando el riesgo de diarrea, y otras enfermedades.
- Exponer al niño o a la niña a posibles alérgenos e intolerancias que pueden conducir al eccema, asma y diarrea crónica.
- Reducir la confianza de la madre, si se utilizan los suplementos para tranquilizar a un niño o niña que está llorando.
- Ser innecesario y un gasto potencialmente dañino.

No ofrezca otra bebida o alimento que no sea leche materna a no ser que esté médicamente indicado.

## 3. IDENTIFICAR LOS PROBLEMAS QUE LE PREOCUPAN A LA MADRE

Algunas de las dificultades que se pueden plantear son las siguientes:

- Ingesta insuficiente de leche.
- Baja transferencia de leche.
- Poca producción.
- Regreso a la actividad laboral.
- Ingesta insuficiente de leche

La razón más común para agregar otros alimentos además de leche materna o dejar de amamantar es que las madres creen que no tienen suficiente leche. Las señales confiables de que la ingesta de leche es suficiente son:

- Una buena ganancia de peso consistente, en un promedio de 150 gramos por semana. El rango puede ser de 100-200 gramos por semana. El ascenso de peso esperado en el primer trimestre de vida, es de 25 a 30 gramos por día.
- Que el niño o niña se encuentre activo/a y luzca saludable.
- Que presente buena micción; moja 6 o más pañales en 24 horas, con orina pálida y diluida, después del segundo día de vida.
- Causas de baja transferencia de leche

La madre puede tener una buena producción de leche, pero es posible que el niño o la niña no sea capaz de retirar la leche del pecho. La producción y transferencia de leche están relacionadas. Si la leche no está siendo retirada del pecho, la producción disminuirá. Si se ayuda a que el niño o la niña retire la leche más eficazmente entonces la producción de leche será suficiente.

La baja transferencia de leche puede deberse a que:

- Existe mala posición y agarre y el niño o niña no succiona eficazmente y puede parecer inquieto/a y aparta o tironea el pecho.
- Las mamadas son cortas, dadas de prisa o poco frecuentes.
- El niño o niña es alejado/a del pecho demasiado pronto, y no recibe la cantidad adecuada de leche.
- El niño o niña está enfermo/a o es prematuro/a y no es capaz de succionar eficazmente y por tiempo suficiente para obtener la leche que necesita.
- El niño o la niña se encuentra somnoliento/a o “callado/a” y no parece necesitar alimentación.

- Causas muy raras de baja producción de leche:

Las causas de baja producción de leche son muy raras. Se citan algunas:

- La retención de restos placentarios (progesterona), afectan las hormonas necesarias para la producción de leche (prolactina).
- Desarrollo inadecuado del pecho durante el embarazo, de tal manera que pocas o ninguna célula productora de leche se desarrolla.
- Desnutrición severa: la leche es producida con los nutrientes que la mujer consume, además de las reservas almacenadas en su cuerpo. Si una mujer ha agotado sus reservas corporales, se puede afectar su producción de leche. Sin embargo, ella necesita estar severamente desnutrida, y durante mucho tiempo, para alcanzar este estado. Un aporte muy restringido de líquido puede afectar el suministro de leche.

- Regreso a la actividad laboral

Si la madre manifiesta esta preocupación, se le instruirá acerca de la extracción de la leche materna, ya sea con la técnica manual o con extractores y su conservación.

Se debe informar acerca de las leyes que protegen a la madre y al niño o la niña. El profesional de salud debe emitir una constancia de lactancia materna para que la madre pueda acogerse a los beneficios legales contemplados. La Ley N° 5508/2015 de Promoción, Protección de la Maternidad y Apoyo a la Lactancia Materna y el Decreto 7550/2017 que la reglamenta, otorga garantías a las madres trabajadoras en el período de gestación, nacimiento y lactancia. Establece entre otras cosas, disposiciones relativas a los permisos de maternidad, paternidad, adopción y lactancia.

La Ley N° 6453/2019 amplía las garantías aplicables a personas que trabajan ejerciendo cualquier modalidad laboral, o que desempeñen funciones en las Gobernaciones y Municipalidades, en la Banca Pública, Fuerzas Armadas, Policía Nacional, y en cualquier entidad u organismo del estado, fueran de naturaleza pública, privada o mixta, además de los entes autárquicos y autónomos. Establece también que se incorpore a las mallas curriculares de las carreras afines a las disciplinas de la salud y educación la importancia y los beneficios de la lactancia materna exclusiva y complementada, así como también la implementación de salas de lactancia materna habilitadas por el MSPBS, coincidentes con las normativas vigentes.

#### 4. EVITAR EL USO DE BIBERONES Y CHUPETES

Algunos niños o niñas desarrollan preferencia por un chupete y luego rechazan el pecho

de la madre. Si un niño o niña tiene hambre y se le da un chupete en vez del pecho, toma menos leche, se alimenta menos y disminuye la producción de leche materna. Los chupetes y biberones transportan infecciones y no son necesarios, ni siquiera para aquellos niños o niñas que no maman. Las infecciones de oído y los problemas dentales son frecuentes con el uso de los chupetes y biberones, pudiendo estar relacionados con la función muscular oral anormal.

## 5. ACONSEJAR A LA MADRE INFECTADA CON VIH

Si la madre ha recibido orientaciones y el resultado de laboratorio es positivo, y ella ha decidido no amamantar, ésta es una razón médica aceptable para dar a su niño o niña la fórmula, en vez de leche materna (alimentación de sustitución). Refiera a la madre al referente local o regional del Programa Nacional de Control de Sida e ITS.



### EJERCICIOS: EVALUAR PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN

VER VIDEO: <https://www.youtube.com/watch?v=-JwdTTUfyT30>

## 6. EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR ANEMIA EN EL MENOR DE 2 MESES

La anemia puede ser causada por pérdida de sangre, aumento de la destrucción de glóbulos rojos o disminución de su producción. La anemia favorece a un aporte inadecuado de oxígeno a los tejidos (hipoxia), pudiendo dañar órganos vitales como el corazón y el cerebro.

En los recién nacidos, después de la prematuridad extrema y la hemorragia intracraneana, la anemia es el factor que más incide en la morbilidad neurológica. La anemia neonatal, puede ser asintomática o presentarse en forma aguda con mala perfusión sanguínea, hipotensión, taquipnea, taquicardia, es decir con las características de shock hipovolémico. Otras veces las manifestaciones de la anemia pueden ser más insidiosas con disminución de la actividad, letargia, succión débil, búsqueda inadecuada del pecho, entre otros signos.

Es posible que algunos niños o niñas impresionen que presentan palidez por mala perfusión sanguínea secundaria a algún proceso infeccioso. Otros, alrededor de los 2 meses pueden estar empezando el proceso de anemia fisiológica del lactante o pueden presentar leve palidez por el tipo de color de la piel.

En los niños o niñas menores de 2 meses es difícil detectar anemia, pero existen signos que pueden orientar. Algunos de ellos ya fueron evaluados en el momento de determinar si se encuentra o no con una ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE. En este apartado se vuelve a insistir sobre algunos de ellos, tratando de identificar la causa de la anemia. La clasificación de este problema, siempre que sea

posible, deber ser realizada con estudios laboratoriales, Hemograma con índices hematimétricos, Frotis de sangre periférica y Reticulocitos, ya que puede estar acompañada de alteración de los valores de las otras series sanguíneas, los glóbulos blancos y/o las plaquetas, y en ese caso deben ser remitidos a un Hospital.

La anemia significa que el número de glóbulos rojos está reducido y existe una disminución de la hemoglobina. Los menores de 2 meses pueden contraer anemia como resultado de:

- Hemorragias por deficiencia de vitamina K al nacer.
- Pérdida aguda de sangre por la placenta o por el cordón umbilical.
- Transfusión feto-materna o feto-fetal.
- Hemorragia intraventricular.
- Cefalohematomas gigantes.
- Infecciones.
- Problemas de alimentación.
- Anemias hemolíticas.
- Antecedentes de prematuridad.
- Pérdida iatrogénica de sangre (extracciones repetidas).

La identificación de la causa de anemia es fundamental ya que como se mencionó puede deberse a múltiples factores - además del déficit de nutrientes (hierro) - y el tratamiento oportuno contribuye a prevenir complicaciones.

## 6.1. EVALUAR ANEMIA EN EL MENOR DE 2 MESES



Para evaluar anemia en los menores de 2 meses, PREGUNTE:

- ¿Fue prematuro al nacer?

La transferencia de algunos nutrientes como el hierro, desde la madre al feto, se produce en mayor medida en el último trimestre del embarazo. Si el nacimiento fue prematuro, el bebé no tuvo la oportunidad de recibir esa transferencia, por tanto, tendrá menos depósito de ese mineral que un neonato de término. Por otra parte, debido a la fragilidad capilar a nivel del sistema nervioso central, el prematuro tiene mayor tendencia a sufrir hemorragias intracerebrales. Al evaluar la alimentación ya se identificó la edad gestacional del niño o niña al nacer y se determinó si el parto fue prematuro o no, pero debido a que esta información es relevante, al evaluar la anemia, se vuelve a resaltar.

- ¿Tiene antecedentes de sangrados?

Es necesario conocer antecedentes de pérdida de sangre, tanto del niño o niña como de la madre, durante el embarazo. Durante la última fase de la gestación y en el momento

del parto, la madre pudo haber sufrido hemorragias, y éstas afectar gravemente al feto. Si el parto fue domiciliario, es probable que el recién nacido no haya recibido la dosis profiláctica de Vitamina K, pudiendo presentar Enfermedad Hemorrágica del Recién Nacido.

El sangrado del cordón umbilical posterior al nacimiento, puede ser causa de anemia aguda; igualmente, un cefalohematoma gigante puede ocasionar anemia. Menos frecuentes son las hemorragias causadas por algún traumatismo o problema hematológico como las discrasias.

- ¿Fue producto de un embarazo gemelar?

Puede darse el caso de una transfusión feto-fetal dentro del útero, en caso de embarazos múltiples, resultando un feto con anemia y el otro con policitemia.

- ¿Estuvo internado?

Algunas enfermedades prolongadas requieren de extracciones frecuentes de muestras de sangre para estudios de laboratorio. Esto puede producir anemia en el menor de 2 meses.

- ¿Cuál es el grupo sanguíneo de la madre y del niño o la niña?

Las enfermedades hemolíticas pueden seguir evolucionando durante los primeros meses de vida, como la incompatibilidad de grupo sanguíneo o factor Rh, provocando anemia. También existen anemias diferentes a las causadas por incompatibilidad de grupo sanguíneo o factor Rh, como las hemolíticas hereditarias.

- ¿Existen causas para pensar en infecciones?

Las enfermedades infecciosas de la madre, si no fueron resueltas en el momento oportuno, pueden transmitirse a los recién nacidos y una de las manifestaciones puede ser la anemia o la ictericia no fisiológica. Así mismo, el lactante pudo haber adquirido alguna infección en su etapa postnatal. Debe verificarse el estado serológico de la madre en la pesquisa de enfermedades de transmisión perinatal.



**En el menor de 2 meses con sospecha de anemia, OBSERVE:**

- Palidez palmar

La palidez constituye un signo de anemia. Para verificar si el niño o niña tiene palidez palmar, se observará el color de la palma de la mano del niño o niña, manteniéndola abierta luego de extenderla suavemente. La extensión no debe ser forzosa dado que esto podría ocasionar palidez al bloquear el suministro de sangre.

El color será comparado con la palma de las manos de otros niños o niñas o con la del examinador. Si la piel de la palma del niño o niña impresiona más pálida que la de otros, tiene palidez palmar leve y si es tan pálida que hasta parece blanca, presenta palidez palmar grave.

## DETERMINE:

- Hemograma, Frotis de sangre periférica y Reticulocitos

Cuando se identifica palidez palmar, siempre que sea posible, debe solicitarse un Hemograma con índices hematimétricos, Frotis de sangre periférica y Reticulocitos. Al interpretar los valores se debe recordar que, en los niños y niñas, las cifras consideradas normales van variando con la edad.

En la tabla siguiente se presentan parámetros de laboratorio que de acuerdo al nivel de Hemoglobina (Hb) y Hematocrito (Hto), podrán categorizar el grado de anemia de los niños y niñas menores de 2 meses.

TABLA 4.6.

NIVELES DE HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO SEGÚN EDAD		
MENOR DE 28 DÍAS	1 A 2 MESES	CLASIFICACIÓN
Hb: menor a 10 g/dl Hto: menor a 30 %	Hb: menor a 9 g/dl Hto: menor a 27 %	ANEMIA GRAVE
Hb: menor a 13 g/dl Hto: menor a 39 %	Hb: menor a 12 g/dl Hto: menor a 36 %	ANEMIA
Hb: igual o mayor de 13 g/dl Hto: igual o mayor de 39 %	Hb: igual o mayor de 12 g/dl Hto: igual o mayor de 36 %	NO TIENE ANEMIA

## 6.2. CLASIFICAR ANEMIA EN EL MENOR DE 2 MESES

### ANEMIA GRAVE (ROJO)

Si el niño o niña:

Tiene palidez palmar intensa.

Es menor de 28 días y tiene Hb: menor a 10 g/dl y Hto menor a 30 %.

Tiene entre 1 a 2 meses de edad y Hb: menor a 9 g/dl y Hto: menor a 27 %.

### ANEMIA (AMARILLO)

El niño o niña:

Tiene palidez palmar leve.

Es menor de 28 días y tiene Hb menor a 13 g/dl y Hto menor a 39 %.

Tiene entre 1 a 2 meses de edad y Hb menor a 12 g/dl y Hto menor a 36 %.

### NO TIENE ANEMIA (VERDE)

El niño o niña:

No tiene palidez

Es menor de 28 días y tiene Hb igual o mayor de 13 g/dl y Hto: igual o mayor de 39 %,

Tiene entre 1 a 2 meses de edad y Hb igual o mayor de 12 g/dl y Hto igual o mayor de 36 %.

### 6.3. TRATAR ANEMIA EN EL MENOR DE 2 MESES

#### ANEMIA GRAVE (ROJO)

Un niño o niña menor de 2 meses con ANEMIA GRAVE debe ser REFERIDO URGENTEMENTE a un Hospital para determinar la causa de la anemia que, asociada a otros signos, puede ser manifestación de otras enfermedades. Es necesario realizar tratamiento específico para estas enfermedades asociadas que precisan ser identificadas, pudiendo requerir alimentación especial y/o recibir transfusiones de sangre.

#### ANEMIA (AMARILLO)

Los niños o niñas que se encuentran en esta categoría, deben recibir Hierro a dosis de tratamiento: 4 a 6 mg/ kg/ día, toda vez que no estén cursando con un proceso infeccioso. En ese caso, se indicará suplementos con hierro, una vez concluido el tratamiento para la enfermedad infecciosa.

La dosis de tratamiento es de 4 a 6 mg/ Kg/ día en forma de hierro elemental por el término de 4 meses.

#### RECOMENDACIONES:

- Posponer la administración de hierro, si existe infección de cualquier tipo y/o diarrea, hasta que ceda el cuadro y luego iniciar el tratamiento.
- Indicar a la madre, padre o cuidador, el número de frascos que contienen hierro en cantidad suficiente para un tratamiento y decirle que administre al niño o niña una dosis diaria durante los próximos 15 días.
- Mostrar la dosis que será administrada. Recomendar la mitad de la dosis durante las dos primeras semanas, con el fin de disminuir los efectos adversos tales como náuseas, constipación o diarrea.
- Explicar que el consumo de hierro puede tornar negras las heces del niño o niña.
- Consensuar con la madre, padre o cuidador un horario para la administración del hierro.
- Permitir que practique el modo de dosificación y elogiar lo que hizo bien.
- Guardar el frasco que contiene hierro fuera del alcance de otros niños o niñas ya que la ingesta de sobredosis puede causar daño.
- Citar para consulta de seguimiento en 15 días.

#### CONSULTA DE SEGUIMIENTO: 15 días

#### PREGUNTAR:

- ¿Cómo se está alimentando el niño o niña?
- ¿Cómo está su estado de ánimo?

- ¿Cómo sigue el problema que tenía en la visita inicial?
- ¿Tuvo algún inconveniente para cumplir las indicaciones?
- ¿Se presentó algún otro problema?

#### **VERIFICAR:**

- Evaluar la presencia de signos generales de peligro
- el estado general del lactante  
el color de la piel  
el peso

#### **DETERMINAR:**

Empeora o sigue igual y tiene otros problemas de alimentación, decaimiento, se encuentra sin ganas, no sube de peso, presenta signos de Enfermedad Grave. En estos casos se realizará la REFERENCIA URGENTE al Hospital.

Sigue igual, pero se alimenta bien y sube de peso. Se solicitará estudios de laboratorio, siempre que sea posible y que acuda con los resultados en una próxima consulta, 15 días después. Si en la segunda consulta de seguimiento, sigue igual, se realizará la REFERENCIA a un Hospital para determinar la causa.

Tiene mejoría, ve al niño o niña con buen estado de ánimo, alimentándose adecuadamente, subiendo de peso y el color de la piel ha mejorado; se felicitará la madre, recomendándole que siga con el esquema indicado y complete el tratamiento con Hierro por 4 meses.

#### **NO TIENE ANEMIA (VERDE)**

- aconsejar a la madre que siga con el mismo plan de cuidados y alimentación.
- Suplementar hierro a dosis profiláctica: 1 a 3 mg/ kg/ día, desde los 4 meses en el bebé nacido de término y a partir del primer mes de edad en el prematuro; durante todo el primer año de vida.
- Indicar a la madre, padre o cuidador, cuando volver de inmediato y cuando volver al control, siguiendo el esquema de controles de niño sano.

Se debe indicar Hierro como profilaxis en dosis de 1 a 3 mg/ Kg/ día a todos los niños y niñas de término a partir de los 4 meses de edad. A los prematuros/as se les indica a partir del primer mes. Esta suplementación debe realizarse hasta el año de vida.

## 7. EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR PROBLEMAS DE DESARROLLO EN EL MENOR DE 2 MESES

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

El modelo interactivo de los determinantes del Desarrollo Integral de la Niñez plantea la interrelación entre los diferentes ambientes (macro y micro ambiente social) y entornos, a través de los cuales interactúan.



Fuente: Molina H.; Bedregal P. & Margozzini P., 2001. Revisión sistemática sobre eficacia de intervenciones para el desarrollo biopsicosocial de la niñez. Santiago de Chile, Ediciones Terra Mía; 2002.

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

En resumen, el Desarrollo Infantil es un proceso que comienza desde la concepción y envuelve varios aspectos que van desde el crecimiento físico, hasta la maduración neurológica, cognitiva, social, afectiva y de comportamiento del niño o niña, a fin de que sea competente para responder a sus necesidades y a las de su medio.

### CARACTERÍSTICAS DEL NEURODESARROLLO EN EL NIÑO O NIÑA

- a) Es un proceso de adquisición de capacidades, habilidades y logros, tales como:
- La capacidad para moverse y coordinar el movimiento;
  - La capacidad para pensar y razonar;
  - La capacidad para relacionarse con los demás.

b) Es un proceso integral: las capacidades están relacionadas entre sí; de este modo, si se encuentra afectada algún área específica del desarrollo, este hecho también puede afectar a otras áreas.

c) Es un proceso continuo: comienza desde la concepción y continúa a lo largo de toda la vida. Puede haber condiciones positivas o negativas que influyen en la evolución del desarrollo. Estas condiciones o factores se encuentran presentes desde antes de la concepción y pueden presentarse o modificarse en cualquier momento de la vida.

## CONDICIONES QUE FAVORECEN EL NEURODESARROLLO

La construcción de la personalidad del niño o niña, sus capacidades e interacción con las personas y su entorno están estrechamente vinculadas entre sí. Por tanto, se requiere de condiciones favorables o factores protectores que estimulen el desarrollo de todas sus potencialidades.

Las condiciones favorables deben ser generadas a través de las personas que conviven con el niño o niña. Es indispensable lograr la atención de la familia y de otras personas del entorno que promuevan - en forma positiva - un vínculo afectivo seguro. Atender, significa responder a sus necesidades básicas, las cuales van más allá de la protección, alimentación y el cuidado de la salud, pues incluye la necesidad de afecto, estímulo, seguridad y juego, que permitan la exploración y el descubrimiento del mundo. Se incluyen entre las condiciones adecuadas del entorno, el espacio físico donde se desarrolla el niño o niña - casa, parques, guarderías y escuelas - que le proporcionen afecto, protección y el cumplimiento de sus derechos.

### **Uno de los roles del profesional de salud implica la promoción y la aplicación de los derechos de los niños. En la Libreta de Salud del Niño y de la Niña se citan algunos:**

- Derecho a la vida, a la igualdad sin distinción de raza, credo o color.
- Identidad: inscripción oportuna en el Registro Civil, con nombre y apellido y a una nacionalidad. Si no está inscripto, indicar que acuda al Registro Civil de su localidad con el certificado de recién nacido vivo. Si no tiene este documento, puede acudir al Registro Civil con 2 personas - cada una con una copia de su cédula de identidad - para iniciar el proceso.
- Salud y nutrición adecuadas, entre ellos la lactancia materna, como elemento fundamental de protección, estímulo y desarrollo del sistema nervioso. Este derecho incluye además los controles periódicos de su Crecimiento y Desarrollo, realizados por un profesional de salud.
- Educación de calidad y gratuita que garantice, además, cuidados especiales para niños o niñas con capacidades diferentes.
- Ambiente saludable y vivienda adecuada: oportunidad de moverse, jugar, disfrutar y explorar su entorno.
- Cuidado personal e higiene. Protección contra el abandono y explotación en el trabajo. Recibir ayuda en primer lugar en caso de desastres.
- El amor de todos los que le rodean, familia y sociedad: atención, comprensión y estimulación, para lograr el pleno desarrollo físico, mental y social.

Es importante identificar y fortalecer los factores protectores de la salud que pueden tener influencias positivas en el Desarrollo Infantil<sup>37</sup>:

- Estado de salud óptimo de la madre durante la gestación, parto y puerperio.
- Condiciones favorables al nacer.
- Lactancia materna exclusiva en los 6 primeros meses.
- Adecuada alimentación y buen crecimiento del niño o niña (peso, talla y perímetro cefálico adecuados).
- Vacunas al día para proteger al niño y a la niña de enfermedades.
- Vínculo afectivo y seguro. Ambiente psicosocial con buen trato y libre de violencia.

## **FACTORES DE RIESGO PARA EL NEURODESARROLLO**

Siendo el desarrollo del niño o la niña el resultado de una interacción entre las características biológicas y las experiencias ofrecidas por el medio ambiente, los factores adversos en alguna de estas dos áreas o en ambas, pueden alterarlo y producir daños. A la probabilidad que esto ocurra se denomina Factores de Riesgo para el neurodesarrollo. La mayoría de los estudios clasifican los riesgos para la ocurrencia de problemas en el neurodesarrollo en riesgos biológicos y ambientales.

Los riesgos biológicos son eventos, pre, peri y postnatales que resultan en daños biológicos entre los que se citan la prematuridad, la hipoxia cerebral grave, el kernicterus, las meningitis, las encefalitis, entre otras. También pueden existir riesgos biológicos establecidos, refiriéndose a desórdenes especialmente de origen genético como los errores innatos del metabolismo, defectos congénitos, síndromes genéticos como el Síndrome de Down.

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

Los niños o niñas pueden estar expuestos a varios riesgos biológicos y/o ambientales. Algunos podrán presentar trastornos del crecimiento y/o alteración del neurodesarrollo, que se pueden evidenciar durante la niñez o en el transcurso de sus vidas.

<sup>37</sup> La estrategia AIEPI en la comunidad. Mi Rotafolio: Factores protectores y medidas preventivas. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud de la Nación. Rca. Argentina. Impreso por la Fundación Garrahan. Agosto 2014.

TABLA 4.7.

## FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO

### FACTORES AMBIENTALES

- Hogar desintegrado.
- Muerte materna.
- Bajo nivel de educación materna
- Embarazo no deseado.
- Depresión postparto.
- Madre adolescente.
- Vínculo madre – hijo o con el padre, inadecuado.
- Discapacidad de la madre y/o cuidador principal (intelectual o física).
- Ausencia de un cuidador estable.
- Cuidador principal en situación de desempleo.
- Madre, padre o cuidador principal, privado de libertad.
- Cuidador principal con menos de 8 años de educación o analfabeto.
- Ningún integrante de la familia tiene educación escolar completa.
- Pertenencia a una comunidad indígena.
- Consumo de tabaco, drogas ilegales o consumo problemático de alcohol por cuidador principal o miembro de la familia.
- Violencia intrafamiliar (física o psicológica).
- Integrante de la familia con antecedente de ser victimario en caso de maltrato infantil.
- Niño o niña con antecedente de hermano víctima de maltrato (cualquier tipo).
- Niño o niña víctima de maltrato (físico, psicológico), negligencia o abuso sexual.
- Familia en condición de pobreza extrema.
- Vivienda precaria y en malas condiciones (paredes, piso, luz, ventilación).
- Hacinamiento del grupo familiar.
- Niño o niña vive en contexto contaminado (basurales).
- Cambios frecuentes de domicilio.
- Familia con dificultad para el acceso a un establecimiento de salud.
- Familia sin acceso a espacios culturales en su localidad y/o desvinculada de otros beneficios. (subsidios).
- Niño o niña sin documento de identidad.
- Niño o niña vive en contexto donde hay tráfico de drogas, prostitución, delincuencia.

### FACTORES BIOLÓGICOS

- Madre sin control de salud durante el embarazo.
- Madre menor de 18 años o mayor de 40 años.
- Enfermedad de transmisión sexual durante el embarazo u otras enfermedades transmisibles.
- Consumo de fármacos sin indicación médica de la madre durante el embarazo.
- Adicción de la madre al tabaco, alcohol o drogas ilegales.
- Antecedentes de consanguinidad de los padres.
- El niño o niña no recibe lactancia materna en los primeros meses.
- Prematuro (menos de 37 semanas de gestación). - Bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos).
- Enfermedades genéticas: metabolopatías.
- Defectos congénitos mayores.
- Asfixia neonatal.
- Hemorragia intracraneana.
- Hipoglicemia u otros problemas metabólicos.
- Convulsiones.
- Ictericia antes de las 48 horas.
- Sordera.
- Ceguera.
- Malnutrición por exceso o déficit.
- Talla baja.
- Antecedentes de discapacidad.
- Antecedentes de alteraciones en el Desarrollo.
- Antecedentes de padres o familiares de primer grado con trastornos mentales o trastornos del espectro autista.
- Niño o niña con alteración del sueño.
- Niño o niña con perímetro cefálico: **entre (-) 1 y (-) 2 DE, o entre (+) 1 DE y (+) 2 DE.**
- Niños o niñas sin controles de salud ni vacunas al día.
- Enfermedades crónicas: Ej. displasia broncopulmonar.

La identificación temprana de algunos problemas del Desarrollo como consecuencia de eventos o factores de riesgo previos a la gestación, durante el embarazo, el parto o después del nacimiento, ayudará a realizar orientaciones a la madre y a la familia sobre estimulación oportuna y los cuidados generales. Este hecho puede ayudar a disminuir las secuelas y lograr el máximo potencial de Desarrollo y una vida de calidad.

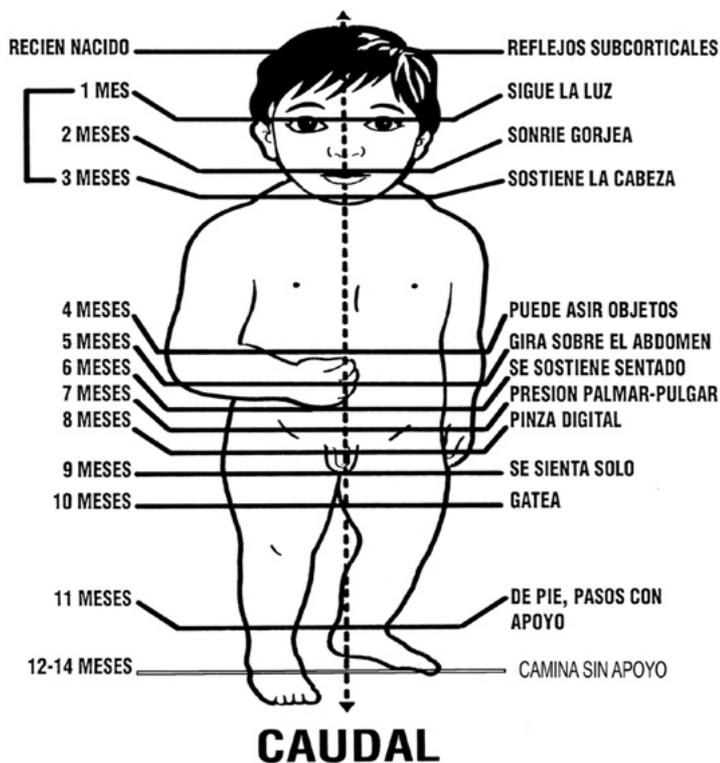
## ÁREAS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO

Como se ha mencionado, el desarrollo es un proceso continuo, ordenado y secuencial de cambios; tiene múltiples áreas, pudiendo analizarse mediante la observación de las siguientes: MOTORA GRUESA, COORDINACIÓN (MOTORA FINA), SOCIAL Y EMOCIONAL, LENGUAJE.

### ÁREA MOTORA GRUESA:

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

## DESARROLLO PSICOMOTOR (PRIMER AÑO DE VIDA) CEFALO



## ÁREA DE COORDINACIÓN (MOTORA FINA Y SENTIDOS):

Esta área está relacionada con la conducta adaptativa del ser humano y se refiere a la adquisición de funciones que permiten la solución de problemas, por ej. el uso funcional de la mano como pinzas en coordinación con otros sentidos, vista, tacto etc.

## ÁREA SOCIAL Y EMOCIONAL:

El desarrollo emocional como el desarrollo social suelen ser considerados como una unidad debido a su alta interdependencia. La emocionalidad se refiere a la habilidad que desarrolla el niño o niña para reconocer sus sentimientos y expresarlos de manera regulada, sobre sí mismo – quién soy yo, qué siento, cuánto me quiero - y sobre el contexto. El desarrollo social por su parte hace referencia a; la calidad de interacciones con otras personas adultas – conocidas y desconocidas - pares y niños o niñas más pequeños/as; la adquisición de roles sociales y de reglas de relación con el entorno (hábitos y costumbres).

A los 2 a 3 meses los niños y las niñas son capaces de compartir e intercambiar expresiones emocionales, respondiendo a señales, gestos y ritmos con las personas de su entorno. Estas relaciones van incrementándose a medida que el niño o niña avanza en edad.

## ÁREA DEL LENGUAJE:

La habilidad del lenguaje se refiere a la forma en que se comunica el niño o niña. Inicialmente esta comunicación se produce con conductas visibles (gestos) y audibles (sonidos variados) y luego se desarrolla la comunicación a través de la palabra. En esta área se evalúa:

- Audición (percepción de sonidos).
- Comprensión (ejecución de sonidos, respuesta con gestos a sonidos variados).
- Expresión (producción de sonidos verbales, palabras y frases).

## VIGILANCIA DEL DESARROLLO

La Vigilancia del Desarrollo de los niños y niñas es primordial en especial durante los primeros 5 años, ya que es en esta etapa cuando el tejido nervioso crece, madura y está más expuesto a sufrir daños. Debido a su gran plasticidad, es también en esta época cuando hay mejor respuesta a las terapias y a los estímulos que se reciben del medio ambiente.

El profesional de salud debe realizar un trabajo de acompañamiento a las familias ofreciendo a los padres; orientaciones sobre la promoción del desarrollo normal, detección precoz de aquellos niños o niñas con posibilidades de presentar algún problema en su desarrollo y la identificación de aquellos que necesitan ser referidos, a tiempo, para una evaluación especializada. El trabajo de acompañamiento implica la detección e intervención sobre los riesgos detectados y el fortalecimiento de los factores protectores. Desde el MSPBS se viene implementando el Modelo de Atención Integral en Desarrollo

llo Infantil temprano (MAIDIT) que propone un enfoque centrado en el niño o niña que requiere la coordinación entre los diversos actores que proveen servicios a los niños, niñas y sus familias, de modo a asegurar que estos servicios brinden respuesta a todas sus necesidades básicas para el desarrollo pleno de sus potencialidades. (Manual de Vigilancia del Desarrollo Integral del niño y niña menor de 5 años para Profesionales de la Salud).

## 7.1. EVALUAR EL NEURODESARROLLO EN EL MENOR DE 2 MESES

Evaluar el neurodesarrollo antes de los 2 meses de edad, puede constituirse una actividad difícil y algunos problemas podrían pasar desapercibidos. Antes de iniciar la evaluación, solicite los resultados de las pruebas realizadas en la etapa neonatal:

- Prueba oftalmológica: El reflejo rojo de ambos ojos, es una prueba de fundamental importancia, ya que cualquier factor que bloquee el pasaje de luz hasta la retina en las primeras 8 semanas de vida postnatal, no permitirá el desarrollo de la vía óptica, quedando inactivada en forma permanente y la agudeza visual, severamente lesionada.
- Prueba auditiva: el estudio realizado empleando las Otoemisiones Acústicas (OEA) contribuye a detectar problemas de la audición. La audición permite la percepción de los fenómenos sonoros del mundo, la comunicación con el mundo exterior, la interacción humana, el aprendizaje y fundamentalmente permite el desarrollo del lenguaje. Se recuerda que las OEA exploran la llegada del sonido a la cóclea, pero no informan si el sonido es captado por los centros cerebrales de la audición. El profesional de la salud debe consignar los factores de riesgo para hipoacusia<sup>38</sup>.
- Test neonatal para de despistaje enfermedades: Fibrosis Quística, Fenilcetonuria e Hipotiroidismo Congénito. (“test del piecito”).
- Pulsioximetría pre-postductal: para detección de cardiopatías congénitas (“test del corazoncito”).

Después de verificar los resultados de las pruebas realizadas en la etapa neonatal se iniciará el interrogatorio.



### PREGUNTE:

- ¿Cómo ve el desarrollo de su hijo?

Generalmente, la madre es quien más convive con el niño o niña y, por tanto, quién más le observa. Comparándolo con otros niños o niñas, la mayoría de las veces es ella quien percibe en primer lugar, que su hijo no está evolucionando bien. Se debe dar valor a su parecer, cuando ella cree que su hijo no va bien y redoblar la atención en la vigilancia del desarrollo de este hijo. En este sentido, la opinión de los padres tiene un buen valor

38 Manual de Vigilancia del Desarrollo integral del niño y niña menor de 5 años para profesionales de la salud. Anexo 13. Pg.121. MSPBS. Octubre 2016.

predictivo en la detección de problemas de desarrollo.

- ¿Existen factores de riesgo biológicos o ambientales?

Con la ayuda de la Tabla de Factores de Riesgo para el Desarrollo, se realizan preguntas abiertas de manera que la madre, padre o cuidador comprenda lo que se intenta averiguar, manteniendo en todo momento una actitud de respeto. En ocasiones es necesario interrogar de manera indirecta, tratando de no inculpar a los padres. El objetivo es identificar los riesgos específicos e intervenir sobre estos factores.

Mientras se realiza el interrogatorio debe observarse como sostiene la madre, padre o cuidador al niño o niña, si existe o no contacto visual o verbal y si estos son de forma afectuosa. A la vez, puede apreciarse la manera en que se relacionan los progenitores.



### OBSERVE:

- Si existen tres o más alteraciones fenotípicas

Un niño o niña que presenta 3 o más alteraciones fenotípicas menores, tiene altas probabilidades de padecer defectos mayores, asociados a alguna alteración genética que curse con trastorno del desarrollo. Para examinar al niño o niña se solicitará que quede sin ropa tratando de identificar si existe:

- Desproporción craneofacial.
- Aspecto facial atípico (no se parece a los padres o hermanos); frente amplia prominente, distancia entre los ojos más grande de lo normal (hipertelorismo ocular), oreja de implantación baja, micrognatia, pliegues epicánticos, hendiduras palpebrales oblicuas.
- Mamelones preauriculares.
- Hendidura palatina, labio leporino.
- Cuello corto, cuello largo.
- Alteraciones en las extremidades: pliegue simiano, clinodactilia, dedos cortos, campodactilia (quinto dedo corto o recurvado), sindactilia, polidactilia, etc.
- Desproporción de segmentos corporales.
- Fosa sacra, manchas de color café con leche en la piel, angiomas en la línea media y otras en la cara.

### DETERMINE:

- Edad cronológica corregida, si es prematuro

Al evaluar alimentación y nutrición en el menor de 2 meses, se obtiene el dato de la edad gestacional y la edad corregida. El método para calcular la edad cronológica corregida fue detallado, en este mismo capítulo. Esta información es necesaria para explorar los hitos del desarrollo según corresponda a la edad cronológica corregida, hasta los 24 meses de edad.

- Perímetro cefálico para la edad

La medición del perímetro cefálico es uno de los indicadores de crecimiento y también de desarrollo neurológico. Se recomienda medir la circunferencia craneana hasta los 36 meses, en los niños o niñas sanos/as y hasta los 5 años en aquellos/as con discapaci-

dad o alguna malformación (hidrocefalia).

Una vez realizada la medición y seleccionada la curva o Gráfico de Perímetro Cefálico (PC) para la edad que corresponda al niño o niña evaluado/a, debe verificarse cuál es el Desvío Estándar (DE) que corresponde al punto donde se cruzan los datos de la medición del PC y la edad. Ver Tabla 4.12.

### • La presencia de hitos del desarrollo

El recién nacido presenta reflejos arcaicos que deberían ir desapareciendo conforme se desarrolla la estructura neurológica. Durante este proceso se adquieren habilidades, comportamientos o destrezas a edades determinadas que son denominadas hitos del desarrollo.

El Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil en el contexto de AIEPI de la OPS<sup>39</sup>, propone la utilización de un instrumento de evaluación y de fácil aplicación, donde los comportamientos fueron tomados de 4 escalas de Desarrollo de utilización internacional, ya validadas por otros autores. La evaluación del niño o niña menor de 2 meses de edad, se divide en 2 grupos: el menor de 1 mes y los niños o niñas con 1 mes a menos de 2 meses de edad.

### **MENOR DE 1 MES:**

1. Reflejo de Moro.
2. Reflejo cócleo - palpebral.
3. Reflejo de succión.
4. Boca arriba: Brazos y piernas flexionados, cabeza lateralizada.
5. Manos cerradas.

#### **1- Reflejo de Moro:**

Existen varias maneras de verificar su respuesta; una de ellas consiste en colocar al niño o niña en decúbito dorsal sobre el brazo del observador y después dejar caer la cabeza varios centímetros. Otra manera es sostener al niño o niña de ambas manos, elevarlo unos centímetros y dejarlo caer en forma abrupta.

Respuesta esperada: extensión, abducción y elevación de ambos miembros superiores seguida de retorno a la habitual actitud flexora, en aducción y llanto. Debe ser simétrica y completa.

#### **2. Reflejo cócleo - palpebral:**

Para explorar este reflejo acueste al niño o niña, o colóquelo/a en decúbito dorsal (boca arriba). Aplauda a 30 cm de su oreja DERECHA y verifique la respuesta. Repita de la misma manera en la oreja IZQUIERDA y verifique su respuesta.

Respuesta esperada: el pestañeo de los ojos. Debe ser obtenido en un máximo de 2 a 3 intentos, en vista a la posibilidad de habituación al estímulo.

39 Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI. Washington, D.C.: OPS, © 2011. Segunda edición: 2011. Disponible en: <https://www1.paho.org/hq/dmdocuments/manual-vigilancia-desarrollo-infantil-aiepi-2011.pdf>

### **3. Reflejo de succión:**

Posición del niño o niña: pida a la madre que coloque al niño o niña al pecho y observe. Si mamá hace poco, estimule sus labios con el dedo y observe.

Respuesta esperada: el niño o niña deberá succionar el pecho o realizar movimientos de succión con los labios y lengua al ser estimulado con el dedo.

### **4. Brazos y piernas flexionadas:**

Boca arriba, cabeza lateralizada. Posición del niño o niña: acostado en decúbito dorsal (boca arriba).

Respuesta esperada: debido al predominio del tono flexor en esta edad, los brazos y las piernas del niño o niña deberán estar flexionados y su cabeza lateralizada.

### **5. Manos cerradas:**

Posición del niño o niña: en cualquier posición observe sus manos.

Respuesta esperada: las manos del niño o niña deben estar cerradas.

## **DE 1 MES A MENOS DE 2 MESES**

1. Vocaliza o emite sonidos.
2. Movimiento de piernas alternado (pedaleo).
3. Sonrisa social.
4. Abre las manos.

### **1. Vocaliza o emite sonidos:**

Posición del niño o niña: durante el examen, en cualquier posición, observe si el niño o niña emite algún sonido, como sonidos guturales o sonidos cortos de las vocales. No debe ser llanto. En caso que no sea observado, pregunte a la madre si el niño o niña hace estos sonidos en la casa.

Respuesta esperada: el niño o niña produce algún sonido o la madre dice que lo hace. Ej. aaa.

### **2. Movimiento de piernas alternado (pedaleo):**

Posición del niño o niña: acostado en decúbito dorsal, sobre la camilla o colchoneta, observe los movimientos de sus piernas.

Respuesta esperada: movimientos de flexión y extensión de los miembros inferiores, generalmente en forma de pedaleo o entrecruzamiento, algunas veces con descargas en extensión.

### **3. Sonrisa social:**

Posición del niño o niña: acostado en decúbito dorsal, sobre la camilla o colchoneta, sonría y converse con él, colóquese delante del rostro a unos 20 o 30 centímetros. No le haga cosquillas ni toque su cara.

Respuesta esperada: el niño o niña sonríe en respuesta. El objetivo es obtener una respuesta social más que física.

#### 4. Abre las manos:

Posición del niño o niña: acostado en decúbito dorsal (boca arriba), sobre la camilla o colchoneta observe sus manos.

Respuesta adecuada: en algún momento el niño o la niña deberá abrir sus manos de manera espontánea.



### EJERCICIOS: FACTORES DE RIESGO

## 7.2. CLASIFICAR EL DESARROLLO DEL MENOR DE 2 MESES

### PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO (ROJO)

Uno o más de los siguientes criterios:

Presencia de tres o más alteraciones fenotípicas.

Perímetro cefálico por debajo de (-) 2 DE o por arriba de (+) 2 DE.

Ausencia de uno o más hitos esperados para el grupo de edad anterior, en niños o niñas de 1 a 2 meses de edad.

Ausencia de uno o más hitos esperados para su edad, en el menor de 1 mes.

Preocupación del cuidador principal sobre el neurodesarrollo del niño o la niña.

### DESARROLLO CON FACTORES DE RIESGO (AMARILLO)

Presencia de los hitos del desarrollo esperados para su edad y,

Presencia de uno o más factores de riesgo para el desarrollo.

### ALERTA PARA EL DESARROLLO (AMARILLO)

Ausencia de 1 o más hitos esperados para su edad, en niños o niñas de 1 mes a 2 meses de edad y,

Presencia de los hitos del grupo de edad anterior.

### DESARROLLO NORMAL (VERDE)

Los hitos esperados para su edad están presentes, y

No se identifican factores de riesgo para el desarrollo.

## 7.3. TRATAR PROBLEMAS DE DESARROLLO EN EL MENOR DE 2 MESES

### PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO (ROJO)

Cuando se categoriza al niño o niña con PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO, debe realizarse la REFERENCIA. Se explicará a la madre, padre o cuidador que el niño

o niña está siendo derivado para una mejor evaluación. La derivación será realizada a un pediatra y/o a un Servicio de Intervención Temprana (SIT) y/o a un servicio de mayor complejidad.

La ocasión es propicia para indicar ejercicios de estimulación neurológica al niño o niña, según la Guía de estimulación oportuna del MSPBS. La intervención debe iniciarse lo antes posible, sin esperar definir la etiología. La mayoría de las veces no se puede identificar la causa y dependiendo de los recursos disponibles, se invierte mucho tiempo y se retrasa la estimulación. Son numerosas las experiencias que demuestran que la estimulación, durante los primeros años de vida, mejora el desempeño, por lo que se debe incentivar la aplicación de las actividades para estimulación oportuna.

En todos los casos, se promoverá la lactancia materna como factor protector y estimulación, manifestando el deseo de apoyar a la familia en esta situación y darle seguimiento.

## **DESARROLLO CON FACTORES DE RIESGO O ALERTA PARA EL DESARROLLO (AMARILLO)**

Si el niño o la niña fue clasificado/a con **DESARROLLO CON FACTORES DE RIESGO O ALERTA PARA EL DESARROLLO**, deben adoptarse las siguientes conductas:

- Realizar un plan de intervención de acuerdo a los factores de riesgo identificados en el establecimiento de salud, en articulación con los servicios intersectoriales que sean pertinentes. Consultar Pautas Técnicas para apoyo a las familias del Programa de Desarrollo Infantil Temprano (DIT).
- Educar a la familia y a otros actores del contexto del niño o niña sobre actividades de estimulación, especialmente en el/las área/s afectada/s. Para el efecto, se tiene disponible la Guía de actividades y juegos para niños y niñas de 1 mes hasta cumplir 5 años del Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia<sup>40</sup>.
- Citar para consulta de seguimiento en el establecimiento de salud o visitas domiciliarias. Se recomiendan controles cada 15 días.
- Indicar los signos de alarma para volver antes de su cita, destacando de manera especial la presencia de convulsiones, que el niño no se alimente adecuadamente o que se encuentre durmiendo en exceso o con extremada irritabilidad.

### **CONSULTA DE SEGUIMIENTO: 15 días**

#### **PREGUNTAR:**

- ¿Cómo sigue el problema que tenía en la visita inicial?
- ¿Tuvo algún inconveniente para cumplir las indicaciones?
- ¿Se presentaron nuevos problemas?

#### **VERIFICAR:**

- La evolución de las intervenciones realizadas para los factores de riesgo identificados.

40 Guía de Estimulación Oportuna para Niños desde el Nacimiento hasta cumplir 5 años. MSPBS. Setiembre 2019.

- La presencia de reflejos y habilidades correspondientes al grupo de edad al que pertenece el niño o niña en la fecha de la consulta de seguimiento.

#### **DETERMINAR:**

- En caso que esté ausente uno de los reflejos o habilidades esperados para la edad del niño o niña, se reclasifica como PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO y será realizada la REFERENCIA a un pediatra y/o al Servicio de Intervención Temprana (SIT) y/o a un servicio de mayor complejidad.
- Cuando están presentes todos los hitos esperados para su edad, la madre, padre o cuidador será felicitado y a la vez se darán orientaciones sobre la manera de seguir estimulando al niño o niña, de acuerdo a la edad. Luego se indicará la fecha de la próxima consulta y se informará sobre los signos de alarma que le indican cuándo se debe volver de inmediato.

#### **DESARROLLO NORMAL (VERDE)**

Cuando se clasifica como DESARROLLO NORMAL, felicite a la madre, padre o cuidador por la dedicación al cuidado y estimulación del niño o niña.

#### **ACONSEJAR:**

- Seguir la estimulación oportuna de acuerdo a las recomendaciones para la edad.
- Estar atentos ante la presencia de los signos de alarma, que le indican cuándo volver de inmediato.
- Que vuelva a la consulta de control.

#### **SIGNOS DE ALARMA PARA EL NEURODESARROLLO CUÁNDO DEBE VOLVER DE INMEDIATO:**

- Presencia de convulsiones (focales o tipo espasmo o ataques).
- Si la madre, padre o encargado, nota que el niño o niña está extremadamente irritable.
- Duerme en exceso.
- No se alimenta adecuadamente.

Fuente: Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI.  
Washington, D.C.: OPS, © 2011. Segunda edición: 2011

## Algunas orientaciones para estimular a niños o niñas de 0 a 2 meses de edad: (Ver Libreta de Salud del Niño y la Niña)

- Promover la lactancia materna exclusiva como factor protector y de estímulo. Amamantar, entre los innumerables beneficios, aumenta el grado de interacción y apego entre la madre y su hijo, aporta nutrientes para las estructuras cerebrales y contribuye al desarrollo de niños y niñas seguros/as y emocionalmente estables.
- Adiestrar a los padres y cuidador principal sobre las pautas de crianza amorosa y disciplina positiva.
- Educar a la familia acerca de los factores de riesgos que puedan presentarse. Promover la participación del padre en la crianza y cuidados del niño o niña.
- Orientar a la madre para que tanto ella como otros miembros de la familia o convivientes mantengan un diálogo con el niño o niña, buscando el contacto visual (ojo con ojo). Enseñar a los padres que deben hablarle mientras se lo amamanta con voz suave y apacible. El bebé pasa mucho tiempo del día alimentándose, y este tiempo es una oportunidad para mostrarle que su voz tiene un tono feliz que va de acuerdo a su sonrisa. Llamarlo por su nombre... “¿Qué te pasa?... ¿Estás con hambre?... Mamá te quiere mucho”. Promover que alce en brazos a su niño o niña todo el tiempo que desee, jugando con él o ella y dándole caricias.
- Evitar el uso del teléfono celular durante la lactancia, ya que es un elemento distractor que interfiere en el vínculo madre – hijo.
- Estimular visualmente al niño o niña con objetos coloridos, a una distancia mínima de 30 centímetros, realizando pequeños movimientos oscilatorios a partir de la línea media.
- Escuchar música suave y a un volumen bajo en la habitación del niño o niña.
- Colocar al niño o niña en posición decúbito ventral para estímulo cervical, cuando está despierto, y llamar su atención poniéndose al frente y estimularlo visual y auditivamente.
- Cambiar de posición al niño o niña, frecuentemente, cuando está despierto. Extender sus brazos con delicadeza hacia abajo, arriba y a los lados, luego cruzarlos sobre su pecho. Flexionar y extender suavemente sus piernas (a modo de bicicleta) cuando se encuentra en decúbito dorsal.



### EJERCICIOS: Casos FERNANDA- JUAN- JULIA

# CAPÍTULO 5

## Atención al niño o niña de 2 meses a 5 años de edad

### PARTE I

*La consulta inicial al establecimiento de salud puede ser debido a alguna enfermedad que aqueja al niño o niña, manifestada por un síntoma principal. Es preciso realizar la evaluación de forma integral ya que, en caso de analizar exclusiva e individualmente el síntoma principal por el cual acude, podrían pasar inadvertidos otros signos o factores de riesgo que puedan afectar la evolución de la enfermedad y aumentar el riesgo de morbi - mortalidad. El Formulario de Registros “EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR AL NIÑO O NIÑA DE 2 MESES A 5 AÑOS DE EDAD”, disponible en el Cuadro de Procedimientos, describe en forma sistematizada la evaluación y clasificación de los enfermos de este grupo de edad de manera integral, de modo a realizar la identificación y categorización de las enfermedades prevalentes.*

*Después de la evaluación inicial con el Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP), se verificará la presencia o no de signos generales de peligro. Luego, se analizarán los síntomas principales: tos o dificultad para respirar, diarrea, fiebre, problemas de oído o garganta. Es necesario evaluar, además; factores de riesgo, el estado nutricional, la presencia de anemia o no, y/o problemas de desarrollo, así como también verificar antecedentes de vacunaciones.*

*En este capítulo, nos referiremos al análisis de los cinco primeros síntomas principales, a fin de categorizar la enfermedad en cada uno de ellos y plantear las recomendaciones en cada caso. El profesional de salud debe aplicar las medidas de precauciones básicas para el control y prevención de infecciones, principalmente el lavado de manos y el uso de los Equipos de Protección Personal (EPI) a ser utilizados conforme al nivel de atención, en cada contacto con los usuarios.*

### 1. VERIFICAR SI HAY SIGNOS GENERALES DE PELIGRO

Todos los niños y niñas, independiente de su edad, deben ser evaluados en 30 a 60 segundos, con el primer contacto visual y auditivo mediante el TEP, cuya aplicación no precisa de instrumentos (requiere ver y escuchar) y tiene como objetivo identificar a aquellos que presentan inestabilidad clínica, evaluando la apariencia, la coloración de la piel y la respiración, permitiendo tomar medidas rápidas de soporte vital. Los profesionales de salud, deben estar entrenados en la aplicación de esta herramienta.

Una vez realizada la evaluación inicial, se iniciará la entrevista con la pregunta:

“¿Qué problema tiene el niño?”

De este modo la madre percibirá el interés por ayudarla. Mientras se responde la pregunta y durante toda la entrevista, el profesional de salud debe concentrar su atención en la presencia de signos generales de peligro.

Los niños y niñas que presentan uno o más signos generales de peligro necesitan ser identificados/as rápidamente porque tienen un problema grave de salud y precisan medidas de estabilización y hospitalización. Si el establecimiento de salud local no cuenta con los recursos necesarios y disponibles para garantizar el manejo apropiado de la situación, se realizará la REFERENCIA URGENTE a un Hospital de mayor complejidad. Mientras se realizan las medidas de estabilización, el profesional de salud debe completar el resto de la evaluación, preparar la referencia, comunicar a los padres el motivo por el cual se plantea la remisión.

En **TODOS** los niños y niñas enfermos/as  
**PREGUNTE** y **OBSERVE** si hay

**SIGNOS GENERALES DE PELIGRO**

Un signo general de peligro está presente si el niño o niña:  
NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO  
VOMITA TODO  
HA TENIDO CONVULSIONES  
ESTÁ LETÁRGICO/A O INCONSCIENTE

### 1.1. EVALUAR SI HAY SIGNOS GENERALES DE PELIGRO



#### **PREGUNTE:**

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

Un niño o niña tiene el signo “no puede beber o tomar el pecho”, si está demasiado débil para beber y no consigue succionar o tragar cuando se le ofrece el pecho materno o algo para beber. Cuando se pregunta a la madre, padre o cuidador, si el niño o niña puede beber; el profesional de salud debe cerciorarse que se comprendió la pregunta. Si dice que no es capaz de beber ni de mamar, se debe solicitar que describa qué ocurre cuando se le ofrece algo para beber. Si la respuesta es ambigua, debe pedirse a la madre, padre o cuidador que ofrezca al niño o niña un poco de agua o leche materna extraída para observar lo que acontece.

En ocasiones, cuando el niño o niña toma el pecho, puede tener dificultad para succionar si tiene la nariz obstruida por secreciones, de ser así en primer lugar, debe ser liberada la vía aérea higienizando o aspirando las fosas nasales. Si puede tomar el pecho después de haber liberado las fosas nasales, el niño o la niña no presenta el signo general de peligro “no puede beber o tomar el pecho”.

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

Si un niño o niña no retiene nada de lo que ingiere, ya sea alimentos sólidos o líquidos incluso agua o medicamentos de administración oral, tiene el signo “vomita todo”. Si vomita varias veces, pero puede retener algunos líquidos no tiene este signo general de peligro.

Esta pregunta debe ser realizada con palabras que se entiendan, dándole tiempo a la madre, padre o cuidador, para responder. Si no hay seguridad acerca de la respuesta se realizarán otras preguntas cómo: ¿con qué frecuencia vomita? ¿Vomita cada vez que ingiere alimentos o líquidos? Si aún así no hay seguridad de la presencia del signo, se solicitará a la madre, padre o cuidador que ofrezca algo de tomar al niño o niña y se observará si vomita o no.

- ¿Ha tenido el niño o niña convulsiones?

Debe preguntarse a la madre, padre o cuidador, si el niño o niña tuvo convulsiones durante esta enfermedad, usando palabras que se entiendan. Por ejemplo, es posible que para ellos las convulsiones sean sinónimos de “ataques” o “espasmos”, “oryryi” o “akuruchi”.

Para evaluar presencia de signos generales de peligro:



**OBSERVE: Si el niño o niña está letárgico/a o inconsciente**

Un niño o niña está “letárgico/a” cuando se encuentra adormecido/a y/o no muestra interés en lo que ocurre a su alrededor. Puede tener una mirada vacía, perdida, sin expresión y aparentemente, no darse cuenta de lo que está pasando a su alrededor. Se dice que un niño o niña está “inconsciente” cuando es difícil o imposible despertarlo/a. Se preguntará a la madre, padre o cuidador si le parece que el niño o niña está muy somnoliento/a o si no puede despertarlo. Se observará la reacción del niño o niña en el momento que le hablan, le mueven o cuando se realiza algún ruido al golpear las manos (aplauzo), se constatará si es capaz de despertarse.



**EJERCICIOS: Evaluar signos generales de peligro**

VIDEO: <https://youtu.be/ZINLJ2x0nDQ>

## 1.2. CLASIFICAR Y TRATAR:

### SI PRESENTA UN SIGNO GENERAL DE PELIGRO, TIENE: ENFERMEDAD MUY GRAVE:

- El niño o niña debe ser REFERIDO DE FORMA URGENTE A UN HOSPITAL, siguiendo las medidas generales de estabilización y tratamiento para un traslado seguro, cuando el establecimiento de salud local no dispone de los recursos necesarios para el manejo adecuado de estos casos.
- El resto de la evaluación será completada inmediatamente.
- Se realizarán las gestiones para que el niño o niña llegue al Hospital en el menor tiempo posible, manteniendo una comunicación abierta y permanente con los familiares.

**SI EL NIÑO O NIÑA NO PRESENTA SIGNOS GENERALES DE PELIGRO**, se continuará con el proceso de la estrategia, evaluando los síntomas principales.



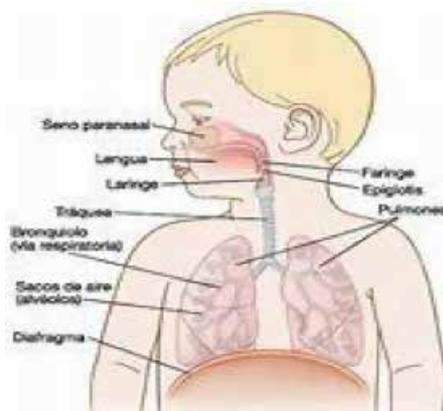
### EJERCICIO: Caso ADRIÁN

## 2. EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR

Después de descartar la presencia de signos generales de peligro, se iniciará la evaluación de la tos o dificultad para respirar, preguntando:

### ¿Tiene tos o dificultad para respirar?

La tos es uno de los mecanismos de defensa que posee el aparato respiratorio para depurar sustancias irritantes, patógenos y alérgenos que se encuentran en el ambiente. Cuando las defensas se ven sobrepasadas, pueden instalarse infecciones. Las infecciones respiratorias pueden localizarse en cualquier parte del tracto respiratorio: la nariz, senos paranasales, garganta, laringe, tráquea, bronquios o pulmones.



Las infecciones respiratorias agudas constituyen una de las principales causas de morbilidad infantil en la mayor parte del mundo. Pueden afectar tanto las vías aéreas superiores como las inferiores. Son factores predisponentes de la infección respiratoria aguda: las condiciones socioeconómicas bajas, desnutrición, carencias nutritivas, hacinamiento y la contaminación ambiental (especialmente la intradomiciliaria). Los patógenos pueden variar de acuerdo con la edad del paciente, su estado inmunitario y el ambiente en el cual se desenvuelve.

La gran mayoría de las infecciones respiratorias agudas son ocasionadas por virus (Virus sincicial respiratorio, parainfluenzae, influenza, adenovirus, paraneumovirus y SARS CoV 2) que producen bronquiolitis, laringotraqueitis y neumonitis.

Muchos niños y niñas son llevados al establecimiento de salud por infecciones respiratorias agudas que afectan las vías aéreas superiores y generalmente son benignas, transitorias y de remisión espontánea pudiendo presentarse con tos. Por ejemplo, el resfriado común con frecuencia produce tos por el goteo de las secreciones nasales por detrás de la garganta y no necesariamente produce una enfermedad grave. Estos niños o niñas no necesitan antibióticos y sus familias pueden realizar los cuidados en casa con controles en forma ambulatoria.

Por otro lado, la afección grave que comúnmente cursa con tos y dificultad respiratoria es la neumonía, que es la principal infección de las vías respiratorias inferiores, con características generalmente más graves que la mayoría de las infecciones agudas de las vías aéreas superiores. Puede ser producida por bacterias o virus y estos agentes varían en los distintos países.

En los países en desarrollo es frecuente la etiología bacteriana, siendo las bacterias más comunes: el *Stafilococcus aureus*, *Streptococo pneumoniae* (1 mes a 5 años) y *Haemophilus influenzae* (4 meses a 2 años), presentándose especialmente en aquellos niños o niñas que no recibieron vacuna antineumocócica (PVC13) y vacuna Pentavalente - que contiene antígenos contra el Hib - ya que estos últimos colonizan tempranamente las vías aéreas superiores de los lactantes. Los niños o niñas con neumonía pueden fallecer por hipoxia o por sepsis.

Cuando los niños o niñas desarrollan neumonía, los pulmones pierden elasticidad, se vuelven rígidos y aparece la hipoxia. El organismo responde desarrollando respiración rápida. Si la neumonía se agrava, la rigidez pulmonar aumenta y se produce tiraje subcostal. Este último es un signo de neumonía grave de alto valor predictivo. Cabe señalar, que también pueden padecer otras afecciones de las vías respiratorias inferiores, como obstrucción bronquial o tos ferina (coqueluche).

El profesional de salud precisa reconocer a los niños y niñas muy enfermos/as que consultan por tos y/o dificultad respiratoria, ya que necesitan tratamiento con antibióticos y referencia urgente a un Hospital.

Con la estrategia AIEPI se podrá reconocer a casi todos los casos de neumonía si se verifican los dos signos clínicos: respiración rápida y tiraje subcostal.

## 2.1. EVALUAR TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR



**PREGUNTE:**

- ¿Tiene tos o dificultad para respirar?

La “dificultad para respirar” es cualquier forma anormal de respiración. La madre, el padre o cuidador pueden describir esta instancia de diferentes maneras; tal vez digan que la respiración “es rápida o se cansa” (juku’a o kane’o = disnea), “se queja” (pyahē = quejido), “con ronquido” (kororō = estridor), le chilla el pecho (pyti’a chiã = sibilancias), “dificultosa” (py’a ho = tiraje), “entrecortada” (kyta’i) etc. Cualquiera de estos signos es un indicador de gravedad.

Si la madre, padre o cuidador contesta que “NO”, debe verificarse que el niño o niña no tiene tos o dificultad para respirar y una vez constatada la ausencia de dificultad respiratoria, se pasará al análisis del próximo síntoma principal: Diarrea.

Si la madre, padre o acompañante contesta que el niño o niña “SI” tiene tos o dificultad para respirar o se constata la presencia del signo, se realizarán las siguientes preguntas:

- ¿Desde cuándo tiene tos o dificultad para respirar?

Si el niño o niña ha tenido tos o dificultad para respirar por más de 15 días puede tratarse de un signo de tuberculosis, asma, tos ferina u otros problemas. Debe investigarse: contacto con tosedores crónicos, antecedentes de asma, atragantamiento por cuerpo extraño, tos paroxística y si se ha realizado la detección neonatal para Fibrosis Quística (test del piecito) y verificar el resultado.

- ¿Tiene algún factor de riesgo?

Existen varios factores de riesgo que podrían incidir en una evolución desfavorable del cuadro respiratorio; edad, menor de 3 meses, antecedentes de neumonías recurrentes; comorbilidades, tales como enfermedades neurológicas, pulmonares, cardiopatías congénitas, inmunodeficiencias, desnutrición, prematuridad, Sx de Down; alto riesgo social (padres analfabetos o dificultad para acceso rápido al establecimiento de salud). La presencia de alguno de estos factores requiere de asistencia en un servicio que cuente con la complejidad necesaria para el manejo adecuado del caso.



**En todo niño o niña con tos,  
OBSERVE y DETERMINE:**

- Aspecto general del niño o niña

Un niño o niña que impresiona en mal estado general, probablemente esté iniciando una infección grave, generalizada o se encuentra con alguna complicación. Estos niños deben ser identificados en el primer contacto, con el TEP: apariencia tóxica con cambios en la coloración de la piel (palidez, piel reticulada, cianosis), decaimiento o irritabilidad, alteración de la conciencia o dificultad para respirar.

- La frecuencia respiratoria

Antes de iniciar la determinación de la frecuencia respiratoria, se explicará a la madre, padre o cuidador, el procedimiento que será realizado, pidiéndole que trate de mantener tranquilo al niño o niña. Si está dormido no precisa que se le despierte. Debe identificarse cuándo INSPIRA y ESPIRA, ambos tiempos componen 1 (una) respiración.

Contar las respiraciones por minuto

Para decidir si el niño o niña tiene respiración rápida, debe contarse cuántas veces respira durante un minuto. Para ello, el niño o niña debe estar quieto/a y tranquilo/a, mientras se observa y escucha su respiración, pues si está asustado/a, llorando o enojado/a, no se podrá obtener un recuento preciso de las respiraciones.

### Para contar el número de respiraciones por minuto:

1. Debe utilizarse un reloj con segundero o un reloj digital.

- Solicitar a otro profesional de salud que mire el segundero y avise cuando haya alcanzado 60 segundos, mientras se observa el pecho del niño o niña y se cuenta el número de respiraciones.

- Si no puede lograrse la ayuda de otro profesional de salud, se deberá colocar el reloj en un lugar donde pueda ser visualizado, mientras se realiza el conteo de las respiraciones durante un minuto.

2. Los movimientos respiratorios serán observados en cualquier parte del pecho o el abdomen del niño o niña. Generalmente pueden verse estos movimientos incluso cuando el niño o niña está vestido/a, pero si no pueden ser identificados fácilmente, se solicitará a la madre, padre o cuidador, que levante la ropa del niño o niña para ver mejor su tórax o pecho. Si el niño o la niña llora, debe esperarse que se calme, antes de empezar a contar las respiraciones de nuevo.

Si no hay seguridad sobre el número de respiraciones identificadas, por ejemplo, si el niño o niña se estaba moviendo activamente y era difícil observar el pecho, o si estaba intranquilo/a o llorando, debe repetirse el recuento.

La frecuencia respiratoria normal, varía con la edad. Es más alta en los niños de 2 a 11 meses que en los de 1 año a 5 años de edad.

#### EDAD DEL NIÑO O NIÑA:

- De 2 meses a 11 meses
- De 12 meses a 5 años

#### Tiene RESPIRACIÓN RÁPIDA si usted cuenta:

- 50 respiraciones o más por minuto
- 40 respiraciones o más por minuto



### Ejercicios con Video: Evaluar respiración rápida

Manuel: <https://youtu.be/2UO5Q3K9TB>

Hugo: <https://youtu.be/D04VaC-0cf4 w>

#### ● Saturación de oxígeno

La oximetría de pulso proporciona información acerca del estado de oxigenación en forma rápida y confiable. Tiene algunas limitantes ya que no registra los datos en forma fidedigna cuando: las extremidades están frías, hay presencia de carboxi o metahemoglobina (intoxicación por humo de braseros) o presenta hipoperfusión como en los casos de choque.

Se recomienda medir la saturación de oxígeno en todo niño o niña con tos o dificultad para respirar. Una oximetría baja, menor a 95 por ciento, implica que el niño o niña requiere oxígeno suplementario y debe hospitalizarse.

- Si hay tiraje subcostal

La madre, padre o acompañante debe descubrir el pecho del niño o niña levantando la ropa para que el profesional de salud pueda observar la parte inferior de la pared torácica y así determinar si existe o no tiraje subcostal, en el momento en que INSPIRA.

Tiene tiraje subcostal, si la parte inferior de la pared torácica se HUNDE durante la inspiración y el niño o niña debe realizar un esfuerzo mucho mayor que lo normal para respirar. En la respiración normal, toda la pared torácica (parte superior e inferior) y el abdomen se expanden cuando inspira. En el tiraje subcostal (py'ahõ), la parte inferior de la pared torácica se hunde cuando el niño o niña INSPIRA.

Si el niño o niña está en posición flexionada a la altura de la cintura, es difícil detectar el movimiento de la parte inferior de la pared torácica y puede no haber certeza sobre la presencia de tiraje subcostal. En este caso debe solicitarse a la madre, padre o cuidador que le cambie de posición, de modo que el niño o la niña quede acostado/a boca arriba en su regazo, en una cama o camilla. Si aún así no se detecta el HUNDIMIENTO de la parte inferior de la pared torácica cuando INSPIRA, entonces no hay tiraje subcostal.

Si solo se hunde el tejido blando entre las costillas cuando inspira (denominado también tiraje intercostal o retracciones intercostales), entonces no tiene tiraje subcostal. El tiraje subcostal es la retracción de la parte inferior de la pared torácica.

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

### TIENE TIRAJE SUBCOSTAL



### NO ES TIRAJE SUBCOSTAL



#### Ejercicio con Video: Evaluar Tiraje subcostal

<https://youtu.be/CgLt-iin1Bw>



**En todo niño o niña con tos o dificultad para respirar, ESCUCHE**

- Si hay estridor (kororõ)

El estridor es un sonido áspero que el niño o niña produce cuando INSPIRA. Se produce por la obstrucción de la vía aérea superior debido a inflamación de la laringe, la tráquea o la epiglotis. La inflamación obstaculiza la entrada del aire a los pulmones. El estridor también puede deberse a la presencia de un cuerpo extraño. Puede ser una amenaza mortal cuando la obstrucción de las vías aéreas es severa. Si un niño o niña tiene estridor cuando está en reposo, tiene una enfermedad grave.

Para determinar si hay estridor, es necesario observar cuando el niño o niña INSPIRA y colocar el oído cerca de la boca del niño o niña, ya que a veces es difícil escuchar el estridor. Puede oírse un sonido de gorgoteo si la nariz está tapada o congestionada, entonces debe despejarse la nariz y escuchar de nuevo, cuando el niño o niña está tranquilo/a.

Si llora o se enoja puede presentar algún ruido o quizá se oiga un silbido al ESPIRAR, éste no es un estridor ya que el mismo debe ocurrir durante la INSPIRACIÓN.



### Ejercicios con Video: Evaluar estridor

<https://youtu.be/AYhIkxWJePg>

- Si hay sibilancias (pyti'a chiã)

Después de identificar las dos fases de la RESPIRACIÓN debe escucharse en qué momento se presentan ruidos. Las sibilancias simulan un sonido musical agudo que se produce, generalmente, al final de la espiración; aunque pueden presentarse en ambos tiempos respiratorios. Se tratará de escuchar las sibilancias acercando el oído a la espalda del niño o niña.

Las sibilancias son causadas por una disminución del calibre de las vías aéreas, que provoca obstrucción al flujo de aire produciendo una espiración prolongada y forzada, le toma más tiempo que lo normal y mayor esfuerzo al ESPIRAR.

Algunas veces la obstrucción bronquial es tan severa, que las sibilancias no pueden auscultarse, ni se produce ruido alguno, observándose que la ESPIRACIÓN requiere mucho esfuerzo y mayor tiempo que lo habitual. Estos signos indican una enfermedad muy grave.

Si el niño o niña está con sibilancias, se preguntará a la madre, padre o cuidador si ha tenido un episodio similar anterior, dentro del último año. Un niño o niña con “sibilancia recurrente” es aquel o aquella que ha tenido más de un episodio en un período de 12 meses. En estos casos, antes de decidir la clasificación debe hacerse el tratamiento previo para las sibilancias, para luego evaluar nuevamente el cuadro respiratorio a fin de realizar una correcta clasificación.

## 2.2. CLASIFICAR TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR

Para clasificar la tos o dificultad para respirar, se seguirán los pasos siguientes:

1. En el Cuadro de Procedimientos, se observarán los signos de la fila roja o superior.

¿Tiene el niño o niña un signo general de peligro? ¿Tiene tiraje subcostal o estridor en estado de reposo? Si presenta un signo general de peligro, un factor de riesgo o cualquier otro signo enunciado en la fila roja, se elegirá la clasificación grave de la fila roja: NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE. La tos o dificultad para respirar generalmente se debe a problemas del aparato respiratorio, pero estos signos se presentan, además, como manifestaciones de alteraciones de otros órganos o sistemas. Al categorizar, se plantea la posibilidad de una Enfermedad Muy Grave o Neumonía Grave.

2. Si el niño o niña no tiene la clasificación grave de la fila roja, se pasará a la segunda fila (amarilla). ¿Tiene el niño o niña una respiración rápida? Si tiene respiración rápida y no tiene clasificación grave, se clasifica en la fila amarilla: NEUMONÍA.

3. Cuando el niño o niña no presenta ninguno de los signos de las filas roja ni amarilla, se observará la fila verde o inferior, y se clasifica como: NO TIENE NEUMONÍA, TIENE TOS O RESFRIADO.

4. Si tiene sibilancias se indicará tratamiento según la sección TRATAR LAS SIBILANCIAS, antes de realizar la clasificación final de la enfermedad.

A continuación, se presenta la descripción de cada categoría para clasificar la tos o dificultad para respirar. Si el niño o niña evaluado/a presenta signos en más de una fila, siempre se elegirá la clasificación más grave.

## **NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE (ROJO)**

Un niño o niña con tos o dificultad para respirar y con UNO o más de los siguientes criterios, se clasifica NEUMONIA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE:

Cualquier signo general de peligro.

- Tiraje subcostal.
- Estridor en estado de reposo.
- Cianosis o Hipoxemia: saturación menor a 95 %.
- Apariencia tóxica.
- Presencia de factores de riesgo:
  - Edad menor de 3 meses;
  - Neumonía recurrente;
  - Comorbilidad: inmunodeficiencias, cardiopatías, desnutrición, Sx de Down, Fibrosis Quística;
  - Riesgo social: padres analfabetos, difícil acceso al establecimiento de salud.

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

## **NEUMONÍA (AMARILLO)**

Un niño o niña con tos, que tiene respiración rápida, sin ningún signo de la fila roja, se clasifica como NEUMONIA.

**NO TIENE NEUMONIA, TIENE TOS O RESFRIADO (VERDE)**

Un niño o niña con tos, que NO presenta criterios de Enfermedad muy grave, ni signos de Neumonía; NO TIENE NEUMONIA, TIENE TOS O RESFRIADO. Incluye catarro nasal, coriza, rinitis, resfriado común.

**2.3. TRATAR TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR  
NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE (ROJO)**

Un niño o niña clasificado/a como NEUMONIA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE necesita asistencia en un Hospital con la complejidad necesaria para hacer el diagnóstico preciso y administrar el tratamiento correspondiente, por lo que debe realizarse la REFERENCIA URGENTE. Deben seguirse las recomendaciones básicas de estabilización para un traslado seguro:

1. Mantener las vías aéreas libres y una oxigenación adecuada.
2. Mantener el estado cardiocirculatorio.
3. Monitorizar constantemente
4. Administrar la primera dosis parenteral del antibiótico recomendado, previo a la referencia. El antimicrobiano contribuye a evitar el empeoramiento de la Neumonía Grave y también ayuda en el tratamiento de otras infecciones bacterianas serias, como sepsis o meningitis.
5. Prevenir la hipotermia y la hipoglicemia.

**NEUMONÍA (AMARILLO)**

Un niño o niña con tos y respiración rápida, sin signos generales de peligro, ni factores de riesgo, puede ser tratado en el hogar:

- Alimentación acorde a la edad y ofrecer líquidos con mayor frecuencia.
- Administrar con un antibiótico apropiado por vía oral:

TABLA 5.1.

<b>AMOXICILINA o AMOXICILINA + ÁCIDO CLAVÚLANICO O SULBACTAM</b>				
<b>Dosis de Amoxicilina: 100 mg/ Kg/ día fraccionado cada 8 horas</b>				
<b>EDAD o PESO (Kg)</b>	<b>PRIMERA OPCIÓN AMOXICILINA Dosis a ser administrada</b>		<b>SEGUNDA OPCIÓN AMOXICILINA + ÁCIDO CLAVULÁNICO O SULBACTAM Dosis a ser administrada</b>	
	<b>Susp (250 mg/ 5 ml)</b>	<b>Susp (500 mg/ 5 ml)</b>	<b>Susp (400 mg/ 5 ml)</b>	<b>Susp (1000 mg/ 5 ml)</b>
2 a 3 meses (4 a 6 kg)	3 ml c/ 8 horas	1,5 ml c/ 8 horas	2 ml c/ 8 horas	0,5 ml c/ 8 horas
4 a 11 meses (7 a 10 kg)	5 ml c/ 8 horas	2,5 ml c/ 8 horas	3 ml c/ 8 horas	1 ml c/ 8 horas
1 a 3 años (11 a 14 kg)	7,5 ml c/ 8 horas	4 ml c/ 8 horas	5 ml c/ 8 horas	2 ml c/ 8 horas
3 a 4 años (15 a 19 kg)	10 ml c/ 8 horas	5 ml c/ 8 horas	6 ml c/ 8 horas	2,5 ml c/ 8 horas

- Amoxicilina sigue siendo el antibiótico de elección. Dosis: 100 mg/ kg/ día, fraccionada en 3 dosis - una dosis cada 8 horas – por 10 días.
- Amoxicilina asociada a ácido clavulánico o sulbactam (inhibidor de betalactamasa) se considera como segunda opción, que será utilizada únicamente en caso de no contar con el antimicrobiano de primera línea.

### RECUERDE:

- Observar la presentación comercial disponible y las dosificaciones correspondientes. En la Tabla se detallan las más frecuentes.
- Enseñar a la madre, padre o cuidador, la manera de administrar el tratamiento en el hogar.
- Preparar el medicamento y mostrarle la dosis a ser administrada, permitirle que practique. Hacer preguntas de verificación.
- Administrar los medicamentos, de acuerdo al ciclo del sol: al amanecer, al mediodía, al anochecer. De esta manera le será más fácil recordar a la madre, padre o cuidador los horarios correspondientes a la medicación.
- Enseñar los signos de alarma.
- Citarle a una consulta de seguimiento en 2 días.

### SIGNOS DE ALARMA PARA NEUMONÍA DEBE VOLVER DE INMEDIATO SI PRESENTA ALGUNO DE ESTOS SIGNOS:

- Algún signo general de peligro:
  - Letárgico/a o inconsciente,
  - Tiene o tuvo convulsiones,
  - Vomita todo
  - No puede beber ni tomar el pecho.
- No mejora o empeora
- Tiene fiebre o persiste la fiebre
- Tiraje subcostal
- Estridor en reposo

### CONSULTA DE SEGUIMIENTO: 2 días

Algunos niños o niñas pueden tener secreciones en las vías respiratorias, en ese caso, debe liberarse la vía aérea antes de la evaluación. Después de descartar la presencia de signos generales de peligro:

### PREGUNTAR:

- ¿Cómo se está alimentando el niño o niña? ¿Está comiendo mejor?
- ¿Qué temperatura tuvo? ¿Persiste la fiebre?
- ¿Cómo respira? ¿Respira más lentamente?

### VERIFICAR:

- Estado general del niño o niña: TEP y signos generales de peligro.
- Evaluar tos o dificultad para respirar de acuerdo al cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR.

### **DETERMINAR:**

- Si el niño o niña tiene algún signo general de peligro, no se alimenta bien, persiste la fiebre, tiene tiraje subcostal, respiración rápida, quejido, está igual o empeora, precisa hospitalización y se debe realizar la REFERENCIA.
- Cuando el niño o niña está en buen estado general, comiendo bien, pasó la fiebre y la respiración es normal, se recomendará que continúe realizando las medicaciones como se le había indicado, hasta completar 10 días de tratamiento.
- Se recordará a la madre, padre o cuidador que vuelva de inmediato, si presenta alguno de los signos de alarma.

### **NO TIENE NEUMONÍA, TIENE TOS O RESFRIADO (VERDE)**

Si se clasifica al niño o niña en esta categoría, no es necesario indicar antibióticos. Se enseñará a la madre, padre o cuidador sobre los cuidados que debe realizar en el hogar, como liberar las vías aéreas de las secreciones y a identificar los signos de alarma.

Si es menor de 6 meses y se alimenta exclusivamente con leche materna, NO se indicarán otras bebidas o medicamentos. La leche materna tiene componentes antiinflamatorios y calma al niño o niña. Si no toma leche materna puede ofrecerle los alimentos recomendados para la edad, de acuerdo a las Guías Alimentarias del Paraguay.

Evitar incluir en las indicaciones aquellos medicamentos que contengan ingredientes dañinos tales como atropina, codeína o derivados de la codeína. Estos elementos pueden sedar al niño o niña e interferir con la alimentación y la capacidad para expectorar las secreciones de los pulmones.

### **ACONSEJAR:**

- Despejar las vías aéreas realizando aspiraciones suaves de las fosas nasales, con solución fisiológica. En su defecto se puede realizar un preparado casero hirviendo un poco de agua con sal (salmuera) y cuando se enfríe la solución, utilizar 1 o 2 gotitas de ese líquido para irrigar las fosas nasales y luego aspirar suavemente.
- Lavarse las manos con frecuencia, especialmente antes y después de tocar al niño o niña y/o sus secreciones.
- Ofrecer al niño o niña mayor cantidad de líquidos. El agua es el mejor fluidificante de las secreciones. Evitar antitusígenos y descongestivos.
- Colocar al niño o niña en posición semisentada, la mayor parte del tiempo.
- Abrigar al niño o niña de acuerdo al clima.
- Evitar ambientes fríos, con humo de tabaco, braseros en la habitación, quema de basuras, humedad.
- Solicitar que se limpie y ventile la habitación donde estará el niño o niña y que se laven, en forma frecuente, las pertenencias y juguetes que utiliza.
- Evitar el contacto con animales, alfombras y peluches.
- Verificar que las vacunas recomendadas por el PAI, según edad, estén al día.
- Citar a control en 5 días si no mejora la tos, para reevaluación.
- Enseñar cuándo debe volver de inmediato, si presenta signos de alarma.

## SIGNOS DE ALARMA PARA TOS O RESFRIADO DEBE VOLVER DE INMEDIATO SI PRESENTA ALGUNO DE ESTOS SIGNOS:

- Algún signo general de peligro:
  - Letárgico/a o inconsciente,
  - Tiene o tuvo convulsiones,
  - Vomita todo
  - No puede beber ni tomar el pecho.
  - No mejora o empeora
- Tiene fiebre o persiste la fiebre
- Respiración rápida
- Dificultad para respirar
- Tiraje subcostal
- Estridor en reposo



### EJERCICIO: Caso NELSON

Video: Evaluar tos o dificultad para respirar  
<https://youtu.be/UClkdeZt-MA>



### Video: Benjamín

<https://youtu.be/gRX6Uk5ylzs>

## 3. EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR SIBILANCIAS

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) pueden manifestarse con obstrucción bronquial y por tanto con sibilancias asociadas con tos y dificultad respiratoria. Algunos niños o niñas tienen sibilancias y también tiraje subcostal. Si tienen tiraje subcostal y se trata del primer episodio de sibilancias, pueden estar cursando con una Enfermedad Grave o Neumonía Grave. Sin embargo, otros niños y niñas, tienen antecedentes de episodios anteriores de sibilancias y cursan con sibilancias y tiraje subcostal que mejora al instalar el tratamiento broncodilatador. En estos casos, antes de decidir la clasificación, se procederá a realizar el tratamiento de las sibilancias, para luego evaluar nuevamente el cuadro respiratorio para una correcta clasificación.

La presencia de sibilancias es un motivo frecuente de consulta en los establecimientos de salud y su presencia se considera como sinónimo de obstrucción bronquial. En este apartado serán considerados dos cuadros clínicos que se presentan frecuentemente con obstrucción bronquial, como la Bronquiolitis (de causa viral) o el Asma (de origen atópico o alérgico).

Para evaluar criterios de gravedad en menores de 2 años, se recomienda tener en cuenta los factores de riesgo y utilizar el puntaje clínico de Tal y cols.

FACTORES DE RIESGO	
- Edad menor de 3 meses.	- Desnutrición grave.
- Cardiopatía congénita.	- Prematuridad.
- Inmunodeficiencia.	- Enfermedad pulmonar crónica.
- Enfermedad neurológica.	- Alto riesgo social.

TABLA 5.2.

PUNTAJE DE TAL Y COLS					
PUNTAJE	Frecuencia Cardíaca	Frecuencia Respiratoria		Sibilancias	Retracción costal
		< 6 meses	> 6 meses		
0	< 120	< 40	< 30	No	No
1	120 - 140	40 – 55	30 – 45	Al final de la inspiración	Leve intercostal
2	140 - 160	56 – 70	46 – 60	Inspiración y espiración	Tiraje Generalizado
3	> 160	> 70	> 60	Audible sin estetoscopio o ausentes	Tiraje Generalizado y aleteo nasal
<b>Leve: 1 a 4; Moderada: 5 a 8; Grave: 9 o más</b>					

Fuente: Protocolo de manejo para Bronquiolitis, Neumonía, Influenza, Laringitis y Crisis Asmática. MSPBS. Revista: Pediatría. (Asunción), Vol. 43; N° 2. Agosto 2016; pág. 151 – 157. Disponible en: <https://doi.org/10.18004/ped.2016.agosto.151-157>

En caso de que el niño o niña tenga una edad igual o mayor de 2 años, se propone utilizar la Escala de Downes, modificada por Ferrés, para evaluar la gravedad, ya que tiene una buena correlación con la condición clínica y es de fácil aplicación<sup>41</sup>. En ese contexto, es necesario identificar los niños o niñas que tienen factores de riesgo para desarrollar crisis asmática grave.

FACTORES DE RIESGO DE CRISIS ASMÁTICA GRAVE	
- Visitas a Urgencias en el mes previo.	- tas a Urgencias en el último año.
- Uso reciente de corticoides sistémicos.	- Seguimiento inadecuado o incumplimiento del tratamiento.
- Antecedentes de ingreso a Cuidados Intensivos, crisis grave o de inicio brusco.	- Problemas psicosociales.
- Dos o más hospitalizaciones o 3 o más visi-	

41 García-Sosa A, Orozco-Romero DP, Iglesias-Lebo-reiro J, Bernárdez-Zapata I, Rendón-Macias ME. Escala Wood Downes-Ferrés, una opción útil para identificar la gravedad en crisis asmática. Rev Mex Pediatr 2018; 85(1):11-16.

**TABLA 5.3.**

ESCALA DE WOOD DOWNES – FERRÉS						
PUNTAJE	Frecuencia Respiratoria	Frecuencia Cardíaca	Ventilación Entrada aire	Sibilancias	Tiraje	Cianosis
0	< 30	< 120	Buena Simétrica	NO	NO	NO
1	31 a 45	> 120	Regular Simétrica	Final de la espiración	Subcostal e intercostal inferior	SI
2	46 a 60		Muy disminuida	En toda la espiración	+ supraclavicular y aleteo nasal	
3	> 60		Tórax silente	Inspiración y espiración	+ supraesternal e intercostal superior	
<b>Leve: 1 a 3; Moderada: 4 a 7; Grave: 8 o más.</b>						

### 3.1. TRATAR SIBILANCIAS

El tratamiento de las sibilancias está basado en la administración de la primera dosis de corticoides, si no es el primer episodio de sibilancias y un broncodilatador de acción rápida, de acuerdo al Protocolo del MSPBS<sup>42</sup>.

Indicar primera dosis de corticoides:

De acuerdo al estado clínico del niño o niña y los recursos disponibles, si no es el primer episodio de sibilancias, administrar la primera dosis de corticoides:

Dexametasona: 0,6 mg/ kg/ día por vía intravenosa,

o

Metilprednisolona: 1 a 2 mg/ kg/ día por vía intravenosa,

o

Prednisona: dosis 1 a 2 mg/ kg/ día, por vía oral.

- Indicar dosis de broncodilatador de acción rápida

Se utilizará un broncodilatador de acción rápida para tratar al niño o niña que presenta sibilancias. El uso de un agonista beta, como es el salbutamol, es lo recomendado para el manejo apropiado del broncoespasmo que provoca SIBILANCIAS. Este broncodilatador se administra por vía inhalatoria mediante inhaladores con aerocámaras o espaciadores, ya que es la vía más eficaz, rápida y con menos efectos colaterales.

Cada dosis corresponde a 100 ug por inhalación, lo cual significa hacer 2 inhalaciones o disparos o puff, separados por un minuto entre ellas, usando espaciador o aerocámara. Puede repetir la dosis cada 20 minutos, hasta 3 veces según necesidad.

Si se decide referir al niño o niña porque presenta algún signo general de peligro u otra

42 Protocolo de manejo para Bronquiolitis, Neumonía, Influenza, Laringitis y Crisis Asmática. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Publicado en Revista: Pediatría. (Asunción), Vol. 43; N° 2. Agosto 2016; pág. 151 – 157. Disponible en: : <https://doi.org/10.18004/ped.2016.agosto.151-157>

clasificación grave que amerita referencia URGENTE, en caso de presentar sibilancias, administre las dosis del broncodilatador de acción rápida inhalado, según esquema, mientras se activa el sistema de referencia.

Se realizará el tratamiento a nivel local, basándose en el esquema siguiente:

- Primera dosis de Salbutamol por inhalación:

Broncodilatador de acción rápida por vía inhalatoria, dos disparos a ser administrados en aerocámara y evaluar luego de 20 minutos. Al evaluar se confirmará si respira mejor, la frecuencia respiratoria ha bajado, se siente o se observa mejor.

Si luego de la evaluación está mejor, se indicará tratamiento para el hogar con Salbutamol inhalado, cada 6 horas durante 7 días, más Prednisona por vía oral, cada 12 horas durante 3 - 5 días.

- Segunda dosis de Salbutamol por inhalación:

Después de 20 minutos de la primera dosis, se reevaluará y si no ha mejorado, se repetirá por segunda vez el esquema del broncodilatador de acción rápida por inhalación.

Se volverá a evaluar 20 minutos después de la segunda dosis y si el niño o niña se encuentra mejorado/a, se indicará tratamiento para el hogar con el mismo esquema que ya fue explicado.

- Tercera dosis de Salbutamol por inhalación:

Si no ha mejorado, se realizará una tercera dosis después de 20 minutos de la segunda dosis.

Se volverá a reevaluar 20 minutos después de la tercera dosis:

- Ha mejorado y se constata que se encuentra:

SIN RESPIRACIÓN RÁPIDA: se indicará tratamiento en el hogar con Salbutamol y Prednisona como ya fuera explicado y se citará para control en 24 horas.

Si presenta RESPIRACIÓN RÁPIDA se clasifica el caso como NEUMONÍA y se iniciará tratamiento antibiótico con Amoxicilina, junto al esquema de Salbutamol y Prednisona como ya fuera explicado. Citar para control en 24 horas.

- NO ha mejorado:

Sigue con sibilancias, presenta tiraje subcostal, estridor en reposo o algún signo general de peligro, se clasifica como NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD GRAVE y el niño o niña debe ser REFERIDO/A URGENTEMENTE al hospital.

### **ACONSEJAR:**

En caso de realizar tratamiento en el hogar, enseñar a la madre, padre o cuidador:

- A administrar los medicamentos en el hogar.
- La técnica para el uso de inhaladores.
- A mantener el ambiente sin corrientes de aire frío, ni irritantes de las vías respiratorias (humo, braseros).
- Los signos de alarma que le indican cuándo debe volver de inmediato.

## **SIGNOS DE ALARMA**

### **DEBE VOLVER DE INMEDIATO SI PRESENTA ALGUNO DE ESTOS SIGNOS:**

- Algún signo general de peligro:
  - Letárgico/a o inconsciente,
  - Tiene o tuvo convulsiones,
  - Vomita todo
  - No puede beber ni tomar el pecho.
  - No mejora o empeora
- Tiene fiebre o persiste la fiebre
- Respiración rápida
- Dificultad para respirar
- Tiraje subcostal
- Estridor en reposo

### **Técnica para el uso de inhaladores**

Debe realizarse la primera demostración en el establecimiento de salud, administrando la primera dosis de Salbutamol en aerosol, permitiendo que la madre, el padre o acompañante practique, dándole las siguientes instrucciones:

1. Sentar al niño o niña en el regazo de la madre, padre o cuidador o sobre una silla.
2. Agitar el aerosol presurizado y conectarlo a la aerocámara.
3. Colocar la mascarilla de la aerocámara sobre la boca y la nariz asegurando un sellado hermético (bien ajustada a la cara).
4. Administrar 1 disparo (puff) y dejar que respire 10 veces dentro de la aerocámara para que pueda aspirar la medicina.
5. Dejarlo descansar por 1 minuto.
6. Repetir la operación, aunque el niño o niña esté llorando.

### **CONSULTA DE SEGUIMIENTO: 24 horas**

#### **PREGUNTAR:**

- ¿Respira más lentamente?
- ¿Está comiendo mejor?

#### **VERIFICAR:**

- Estado general del niño o niña: realizar la evaluación inicial con el TEP y evaluar la presencia de los signos generales de peligro.
- Evaluar tos o dificultad para respirar de acuerdo al cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR.

#### **DETERMINAR:**

- Si tiene algún signo general de peligro o signos de alarma, no se alimenta bien, sigue igual o ha empeorado, realizar la REFERENCIA al Hospital.
- Si está mejorado, continuar el tratamiento hasta completar el esquema.

## **4. EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR GRIPE O INFLUENZA**

La influenza es una enfermedad respiratoria contagiosa, que se transmite de persona a persona a través de la tos y por los fómites, provocada con mayor frecuencia por los virus de Influenza A y B. Puede ser causa de cuadros leves hasta cuadros muy severos

que requieren hospitalización en unidades de cuidados intensivos. Los cuadros graves se presentan sobre todo en los extremos de la vida, mayores de 60 años y menores de 2 años, así como en las personas que tienen alguna comorbilidad y en embarazadas. Otros virus respiratorios pueden causar síntomas similares. En la Tabla se esquematizan los probables escenarios clínicos que pudieran presentarse.

**TABLA 5.5.**

PRESENCIA DE SIGNOS / GRUPOS	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C	GRUPO D
¿Tiene cuadro compatible con influenza?	SI	SI	SI	SI
¿Tiene algún factor de riesgo?	NO	SI	SI o NO	SI o NO
¿Tiene signos de Alarma?	NO	NO	SI	SI
¿Tiene insuficiencia respiratoria o trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica?	NO	NO	NO	SI

Fuente: Guía de Manejo Clínico para Influenza 2012.

La descripción de la clasificación y el tratamiento se encuentra en la Guía de Manejo Clínico para Influenza del MSPBS<sup>43</sup>.

## 5. EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR LA DIARREA EN EL NIÑO O NIÑA DE 2 MESES A 5 AÑOS

Luego de evaluar tos o dificultad para respirar, se continúa con el esquema que propone la estrategia, iniciando con la pregunta:

### ¿Tiene el niño o niña Diarrea?

La Diarrea se define como la presencia de tres o más deposiciones flojas, desligadas o líquidas en un período de 24 horas. Las deposiciones frecuentes pero normales en consistencia no constituyen Diarrea. Los niños o niñas que son amamantados en forma exclusiva con leche materna pueden tener deposiciones blandas, pero el caso no es considerado como Diarrea. Las madres generalmente reconocen la presencia de diarrea porque la consistencia o la frecuencia de las evacuaciones son diferentes; ellas pueden percibir que cambiaron las características habituales de las deposiciones.

La Diarrea es más frecuente en menores de 2 años que no son amamantados y más aún en los menores de 6 meses de edad; pues la leche materna, es un factor de protección. Cuando las deposiciones son flojas, desligadas, abundantes y/o líquidas pueden causar deshidratación en pocas horas.

Cuando se identifica diarrea con sangre en las heces, con o sin moco, se llama Disen-

43 Guía de manejo clínico de la Influenza. MSPBS. Julio 2012. Disponible en: [https://dgvs.mspbs.gov.py/files/documentos/30\\_06\\_2016\\_20\\_48\\_02\\_Influenza-Guia-de-manejo-clinico.pdf](https://dgvs.mspbs.gov.py/files/documentos/30_06_2016_20_48_02_Influenza-Guia-de-manejo-clinico.pdf)

tería o Diarrea con sangre. La causa más común es debido a una infección ocasionada por una bacteria denominada Shigella. La diarrea con sangre amebiana no es común en los más pequeños. Un niño o niña puede tener diarrea líquida y diarrea con sangre y puede estar deshidratado o no.

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

Si la diarrea dura 14 días o más, se la denomina Diarrea crónica. Esta puede causar problemas nutricionales y contribuir a la morbilidad de niños y niñas, si no se interviene en forma oportuna y eficaz.

El Cuadro de Procedimientos, muestra en forma resumida los pasos para evaluar y clasificar la Diarrea.

## 5.1. EVALUAR LA DIARREA



### PREGUNTE:

- ¿Tiene Diarrea?

Cuando se realiza esta pregunta, la misma debe ser enunciada con palabras que la madre, padre o cuidador, comprenda (hye). Si la respuesta es, NO tiene diarrea, se preguntará sobre el siguiente síntoma principal: FIEBRE.

Si la respuesta es afirmativa, SÍ tiene diarrea, se registrará su respuesta y se evaluará el síntoma. Se determinará si existen signos de deshidratación, diarrea con sangre (disentería), o diarrea crónica.

- ¿Cuánto tiempo hace?

En ocasiones la madre, padre o cuidador necesitará que se le otorgue un poco de tiempo para responder a esta pregunta. Tal vez demore un poco en recordar el número exacto de días. Es preciso definir este dato ya que del tiempo de evolución depende una de las clasificaciones.

- ¿Hay sangre en las heces?

La madre, padre o cuidador podrá contestar si identificó la presencia de sangre en las heces, en algún momento, durante este episodio de diarrea.

- ¿Orina menos que lo habitual?

El flujo urinario disminuye a medida que la deshidratación empeora. La disminución de la frecuencia o cantidad de orina puede indicar una disminución de los líquidos del cuerpo; y en este caso, es un signo de deshidratación.

## A CONTINUACIÓN, VERIFIQUE SI HAY SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN



### En todo niño o niña con Diarrea, OBSERVE:

- Estado general del niño o niña

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

Cuando se evalúa, debe determinarse si hay signos generales de peligro. Si el niño o la niña está letárgico/a o inconsciente, presenta un signo general de peligro. Recuerde utilizar este signo general de peligro, para clasificar la diarrea.

El niño o niña presenta el signo de inquieto e irritable, si se manifiesta de esta manera todo el tiempo o cada vez que lo tocan o mueven. Si se encuentra tranquilo/a mientras está amamantando, pero se torna nuevamente inquieto/a e irritable al dejar de tomar el pecho, presenta el signo de “inquieto e irritable”. Muchos niños o niñas están molestos/as por el hecho de estar en el establecimiento de salud; por lo común es posible consolarlos y calmarlos, en cuyo caso no presentan el signo “inquieto e irritable”.

- Si los ojos están hundidos.

Los ojos pueden impresionar hundidos. En ese caso, se preguntará a la madre, padre o cuidador si notaron que los ojos del niño o niña se ven diferentes a lo habitual. La opinión de la madre, padre o cuidador ayudará a confirmar si los ojos del niño o niña están hundidos.

Los ojos de los niños o niñas con desnutrición grave, enflaquecimiento visible (emaciación o marasmo) siempre pueden parecer hundidos, aunque no estén deshidratados. A pesar de que el signo de los ojos hundidos es menos claro o confiable en un niño o niña visiblemente emaciado/a, debe ser usado de todas maneras para clasificar la deshidratación.



### Ejercicios con Video: Evaluar si tiene los ojos hundidos

[https://youtu.be/5\\_WYUDvKj-I](https://youtu.be/5_WYUDvKj-I)

**OFREZCA LÍQUIDOS AL NIÑO O NIÑA:** ¿No puede beber? ¿bebe mal? ¿Bebe ávidamente, con sed?

No puede beber significa que el niño o niña no puede tragar el líquido que se le ofrece o no es capaz de llevar el líquido a la boca.

Bebe mal se define como aquel niño o niña que está débil y necesita ayuda para hacerlo. Solo puede tragar si se le pone el líquido en la boca.

Bebe ávidamente, con sed cuando es evidente que desea beber. El niño o niña trata de alcanzar la taza o la cuchara cuando se le ofrece agua y cuando se le retira, se enoja o llora porque quiere beber más. Si toma un solo sorbo porque se le insiste y no quiere más, no tiene el signo bebe ávidamente, con sed.

### En todo niño o niña con Diarrea DETERMINE:

- Signos vitales

Al evaluar tos o dificultad para respirar, se determinó la frecuencia respiratoria. En este

momento se determinará la frecuencia cardíaca y la presión arterial, si no se realizó previamente.

La Frecuencia Cardíaca puede ser determinada por saturómetro digital, por auscultación directa con estetoscopio a nivel de la región anterior e izquierda del tórax durante un minuto o mediante palpación del pulso periférico (radial). La presión arterial debe ser determinada con el manguito adecuado. Debe recordarse que los valores normales de los signos vitales varían según la edad.

- **Llenado capilar**

Se verifica el estado circulatorio con las técnicas para medir el llenado capilar y pulso arterial; ejerciendo presión firme con el dedo, por unos segundos, sobre el pulpejo de los dedos de manos o pies del niño o niña, que estarán posicionados sobre el nivel del corazón para evitar confusión con el llenado venoso. Al soltar la presión, se observará el tiempo que la piel tarda en recuperar el color rosado.

Si la piel presionada tarda más de 2 segundos en recuperar su color significa que hay un mal llenado capilar o llenado capilar lento. El mal llenado capilar puede ser debido a insuficiencia circulatoria secundaria a un choque hipovolémico. Esta situación es grave y requiere intervención urgente.

- **“Signo del pliegue cutáneo”**

Debe explicarse a la madre, padre o cuidador el procedimiento que será realizado, pidiendo que le mantenga en el regazo, en posición acostada, boca arriba, o sobre una camilla. Una vez posicionado se visualizará la región del abdomen, entre el ombligo y el borde inferior de las costillas, donde se podrá pellizcar la piel, usando los dedos pulgar e índice. No deberá utilizarse la punta de los dedos porque causará dolor.

Cuando se pellizca la piel, el pliegue que se forma debe quedar en sentido longitudinal en relación con el cuerpo y no en forma transversal. Se levantarán con cuidado todas las capas de la piel y el tejido que está por debajo de ellas, durante un segundo y posteriormente serán soltados. En ese momento debe observarse el tiempo en que la piel tarda en volver a su lugar original:

- **MUY LENTAMENTE** (en más de 2 segundos).
- **LENTAMENTE** (la piel permanece levantada, aunque sea brevemente).
- **INMEDIATAMENTE** (la piel regresa inmediatamente a su lugar).

En un niño o niña con marasmo (desnutrición grave), la piel puede volver a su lugar lentamente incluso cuando no está deshidratado. Si tiene sobrepeso o está con edema, la piel puede volver a su lugar inmediatamente incluso si está deshidratado. Si bien, el signo del pliegue cutáneo es menos claro en estos casos, será utilizado igualmente, para clasificar la deshidratación. Debe recordarse que el lavado de manos será realizado antes y después de cada contacto con el niño o niña.





## Ejercicios con Video: Evaluar signo del pliegue cutáneo

<https://youtu.be/MTdXH06IHpY>

### 5.2. CLASIFICAR LA DIARREA

Hay tres criterios de clasificación para Diarrea:

- Por la DESHIDRATACIÓN.
- Por la PRESENCIA DE SANGRE EN LAS HECES.
- Por el TIEMPO DE DURACIÓN DE LA DIARREA.

Un niño o niña con diarrea puede tener una o más clasificaciones para este síntoma principal. Ejemplo: DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN Y DIARREA CON SANGRE O DISENTERÍA. Con ayuda del Cuadro de Procedimientos, se podrán realizar las clasificaciones. Para ello, siempre se comenzará con la hilera roja.

#### DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE (ROJO)

Se clasifica en esta categoría a todo niño o niña con Diarrea que presenta DOS de los siguientes signos:

Letárgico o inconsciente.

Bebe mal o no puede beber.

Ojos hundidos.

El pliegue cutáneo vuelve a su lugar muy lentamente.

#### DIARREA CON ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN (AMARILLO)

Se clasifica en este grupo si presenta DOS o más de los signos siguientes:

Inquieto o irritable.

Bebe ávidamente con sed.

Ojos hundidos.

Pliegue cutáneo vuelve a su lugar lentamente.

#### DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN (VERDE)

En esta categoría el niño o niña no presenta suficientes signos para clasificar el caso como ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN O DESHIDRATACIÓN GRAVE.

#### DIARREA CRÓNICA (AMARILLO)

Un niño o niña que ha padecido diarrea durante 14 días o más tiene DIARREA CRÓNICA. Deben evaluarse igualmente los signos de deshidratación y considerar particularmente la evaluación del estado nutricional, cuya afectación es una de las consecuencias de esta enfermedad.

## DIARREA CON SANGRE (AMARILLO)

Un niño o niña que tiene diarrea con sangre se clasifica como **DISENTERÍA O DIARREA CON SANGRE**. Los signos de deshidratación pueden estar presentes y de acuerdo a ellos se decidirá la clasificación y conducta correspondiente.

### 5.3. TRATAR LA DIARREA

Después de haber clasificado la diarrea según la Deshidratación, se seleccionará uno de los planes de tratamiento:

- **PLAN A:** Tratar la diarrea en casa.
- **PLAN B:** Tratar la deshidratación con Sales de Rehidratación Oral o Suero de Rehidratación Oral (SRO), en el establecimiento de salud.
- **PLAN C:** Tratar rápidamente la deshidratación grave, administrando líquidos por vía intravenosa, previamente a la referencia a un establecimiento de salud con la complejidad necesaria para el manejo de estos casos.

Los tres planes que se describen tienen como objetivo proporcionar líquidos para reemplazar el agua y las sales que se pierden con la diarrea. Administrar SRO, es una forma de prevenir y tratar la deshidratación.

Los antibióticos no deben ser usados rutinariamente para el tratamiento de la diarrea. La mayoría de los episodios son autolimitados, causados por agentes para los cuales los antimicrobianos no son efectivos.

Medicamentos antidiarreicos – incluyendo agentes antiperistálticos (loperamida), absorbentes (caolín, atapulgita) y carbón activado – no producen beneficios la Diarrea aguda y algunas medicaciones pueden tener efectos colaterales peligrosos. Estos medicamentos no deben ser administrados a niños o niñas menores de 5 años de edad. Los antieméticos tampoco deben ser usados para el tratamiento de la Diarrea.

## DIARREA SIN DESHIDRATACIÓN (VERDE)

### PLAN A: TRATAR LA DIARREA EN LA CASA

El Plan A se indica en la Diarrea SIN DESHIDRATACIÓN y consiste en recomendar a la madre, padre o cuidador las medidas a ser implementadas en el hogar para prevenir la deshidratación. El Plan A también es particularmente importante en otras 2 situaciones:

1. Cuando el niño o niña – que estaba con diarrea sin deshidratación - continúa con Diarrea y ésta empeora y no puede regresar inmediatamente al establecimiento de salud (lejanía, falta de acceso u otro motivo); la administración del SRO repone líquidos y sales, mientras se garantiza su llegada al establecimiento de salud
2. En caso de haber requerido Plan B o C, se administrará SRO hasta que la diarrea finalice, evitando así que el niño o niña vuelva a deshidratarse.

En todos estos casos debe enseñarse a la madre, padre o cuidador a preparar la mezcla y cómo administrar SRO. Se le debe indicar por lo menos dos paquetes de SRO para utilizar en la casa.

Las cinco reglas de tratamiento del PLAN A, en la casa son:

1. Administrar líquidos adicionales.
2. Continuar la alimentación.
3. Administrar Zinc.
4. Regresar inmediatamente si el niño o la niña presenta algún signo de alarma.
5. Indicar cuándo volver para consulta de seguimiento.

## REGLA 1: ADMINISTRAR LÍQUIDOS ADICIONALES

En todos los casos la madre, el padre o cuidador debe recibir orientaciones para administrar todo el líquido que el niño o niña acepte. El propósito de dar más líquidos es reemplazar lo que se pierde con la diarrea y así, prevenir la deshidratación. La medida fundamental es dar más líquidos de lo habitual, tan pronto como comience la diarrea y hasta que cese. El SRO es la solución que se recomienda para prevenir la deshidratación en la casa.

- Continuar la alimentación con leche materna.
  - A los menores de seis meses alimentados exclusivamente con leche materna, en primer lugar, se ofrecerá el pecho materno antes que el SRO. Debe recomendarse que tome pecho materno a demanda.
  - Los mayores de 6 meses deben seguir tomando pecho materno y luego ofrecerle otros líquidos que pueden ser agua o jugo de frutas naturales; evitando el uso de bebidas gaseosas e infusiones caseras a excepción del suero oral casero.
- Administrar la cantidad necesaria de SRO, para reponer los líquidos que se pierden con la diarrea. Se estima que la reposición debería ser de 10 a 20 ml/ kg, después de cada deposición. La recomendación es:
  - Hasta los 2 años de edad: 50 a 100 ml (media taza) después de cada deposición diarreaica.
  - Desde los 2 años de edad o más: 100 ml a 200 ml (una taza) después de cada deposición diarreaica.

**La cantidad de SRO a ser administrada, después de una deposición diarreaica es:**

- Hasta los 2 años de edad: 50 a 100 ml (media taza)
- Desde los 2 años de edad o más: 100 ml a 200 ml (una taza)

Los pasos para preparar la solución de SRO son:

1. Lavarse las manos con agua y jabón.
2. Hervir agua en una cantidad un poco mayor a 1 litro durante 10 minutos y dejar enfriar.
3. Medir 1 litro del agua, que fue hervida y enfriada, en un recipiente bien limpio.
4. Verificar la fecha de vencimiento que está escrita en el envase de SRO.
5. Vaciar el contenido de un paquete de SRO en el recipiente con el agua medida.
6. Mezclar bien hasta que el polvo se disuelva completamente.
7. Conservar el SRO en la heladera o en lugar fresco de la casa hasta 24 horas después de haber sido preparado.

Si no se dispone de SRO, se enseñará a la madre, padre o cuidador, cómo preparar el suero oral casero:

1 litro de agua previamente hervida y enfriada.

8 cucharaditas de azúcar.

1 cucharadita de sal fina.

1 cucharadita de jugo de limón, naranja o pomelo (apepú).

### **ACONSEJAR:**

- Todos los días debe ser preparado el suero casero fresco o el SRO, en un recipiente limpio, manteniéndolo cubierto. Debe desecharse el resto, si no es consumido en su totalidad dentro de las 24 horas de haber sido preparado.
- Si se acabó la primera preparación, debe prepararse otro litro de SRO adicional, si el niño o niña lo precisa.
- El tratamiento con SRO no interrumpirá la Diarrea. El objetivo es reemplazar los líquidos y las sales que se pierden con la Diarrea e impedir que el niño o niña se deshidrate y se agrave.
- Si el niño o niña vomita, indicar a la madre, padre o cuidador que espere 10 minutos antes de darle más líquidos. Luego, que continúe dándole SRO, pero más lentamente en forma de sorbitos frecuentes, desde una taza o con una cuchara.
- Si vomita todo lo que ingiere, indicar que acuda inmediatamente al establecimiento de salud.

VERIFIQUE que la madre, padre o cuidador entendió cómo dar más líquidos según el Plan A. Para ello siga los siguientes pasos:

- Realizar preguntas de verificación:

- ¿Qué tipo de líquidos le dará?

- ¿Cuánto líquido le va a dar?

- ¿Qué cantidad de agua utilizará para mezclar los paquetes de SRO?

- ¿Cómo le dará el suero casero o SRO?

- ¿Con qué frecuencia le dará SRO?

- ¿Qué hará si vomita?

- Permitirle que practique: si se dispone de los insumos necesarios, la madre, el padre o cuidador, debe preparar el SRO en el establecimiento de salud. Si refieren que no disponen de un recipiente de un litro para mezclar los paquetes de SRO, se mostrará cómo medir un litro usando un recipiente más pequeño o más grande, marcándolo con un instrumento apropiado.

- Preguntar a la madre, padre o acompañante qué problemas cree que va a tener para darle líquidos, por ejemplo, si dice que no tiene tiempo, sugerirle que enseñe a otra persona como preparar el SRO y administrar los líquidos al niño o a la niña.

## **REGLA 2: CONTINUAR CON LA ALIMENTACIÓN**

Si el niño o la niña toma pecho materno, se le debe administrar a demanda. Si tiene más de 6 meses, además de la leche materna, debe consumir la alimentación complementaria de acuerdo a la edad; por ejemplo, cereales y tubérculos (arroz, maíz, papas etc.)

además de carne vacuna o pollo, pescados y huevo. Para mayor información puede consultar a la Guía 8 de Guías Alimentarias del Paraguay para niñas y niños menores de 2 años o La Libreta de Salud del Niño y la Niña.

Se puede agregar aceite vegetal para aumentar la cantidad de calorías que ingiere el niño o niña y ofrecer frutas frescas, licuadas o coladas y banana, que aportan potasio.

#### **ACONSEJAR:**

- Evitar alimentos ricos en fibras como frutas y vegetales enteros, en trozos gruesos o con cáscara y granos de cereales enteros que son más difíciles de digerir. Igualmente, alimentos con alto contenido de todo tipo de azúcar; gaseosas o jugos envasados, pueden empeorar la diarrea.
- Las sopas diluidas o caldos, son recomendados como fluidos, pero no como alimentos, debido a que satisfacen momentáneamente a los niños y niñas, pero no proveen suficientes nutrientes. Para más información puede consultar las Guías Alimentarias del Paraguay para niñas y niños menores de 2 años. Guía 8.

### **REGLA 3: ADMINISTRAR ZINC**

El aporte de Zinc disminuye la duración y severidad de la diarrea. Este mineral es importante para el sistema inmune del niño y de la niña y ayudaría a enfrentar nuevos episodios en los 2 a 3 meses siguientes al tratamiento. El zinc ayuda a mejorar el apetito y el crecimiento.

#### **Dosis de Zinc para niños y niñas:**

- Menores de 6 meses: 10 mg por día durante 10 a 14 días
- Mayores de 6 meses: 20 mg por día durante 10 a 14 días

#### **ACONSEJAR:**

- Es muy importante administrar la dosis total de Zinc durante los 10 a 14 días, aunque haya pasado la diarrea.
- El medicamento no debe ser guardado para casos posteriores o para otros niños o niñas.

### **REGLA 4: Indique CUANDO DEBE VOLVER DE INMEDIATO**

La madre, padre o acompañante debe comprender claramente, cuáles son los signos de alarma que le indican que debe volver rápidamente al establecimiento de salud, sobre todo si el niño o niña no mejora, empeora o se agrega fiebre.

### **REGLA 5: CUANDO VOLVER A CONSULTA DE SEGUIMIENTO**

Se cita para una visita de seguimiento a los 5 días, si persiste la diarrea, para reevaluar, reclasificar y verificar si existe un nuevo problema.

## SIGNOS DE ALARMA SI HAY DIARREA CUANDO DEBE VOLVER DE INMEDIATO:

- Algún signo general de peligro:
  - Letárgico o inconsciente
  - Tiene o tuvo convulsiones
  - No puede beber ni tomar el pecho.
  - Vomita todo.
- Persiste o aparece fiebre.
- No mejora o empeora.
- Cualquier signo de deshidratación:
  - Ojos hundidos.
  - Signo del pliegue vuelve lentamente a su lugar.
  - Orina menos de lo habitual.
  - Hay sangre en las heces o aumenta la cantidad de sangre.
  - Tiene dificultad para beber



**Demostración con Video: Preparación del SRO**

### DIARREA CON ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN (AMARILLO)

#### PLAN B: TRATAR LA DIARREA CON DESHIDRATACIÓN CON SRO, EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

El Plan B está indicado para el tratamiento de un niño o niña con DIARREA CON ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN pero que tolera la vía oral, en el establecimiento de salud, por un periodo de 4 (cuatro) horas. Durante esas 4 horas la madre, padre o cuidador, debe suministrar lentamente al niño o niña, la cantidad recomendada de SRO o suero casero. Esta administración puede ser realizada en forma de sorbos o con cucharadas. Cuando un niño o niña tiene ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN y además otro problema clasificado en la FILA ROJA que necesita referencia urgente, no se debe retrasar la referencia esperando que culmine el Plan B. Se debe iniciar el plan B y proporcionar el SRO para ser administrado durante el trayecto por medio de sorbos frecuentes, si el niño o niña puede beber.

Si tiene otros problemas NO clasificados en la FILA ROJA, se debe empezar el tratamiento de la deshidratación y luego administrar la terapia para los otros problemas identificados..

A continuación, se analizarán con detalles los siguientes interrogantes:

¿Qué cantidad de SRO deberá ser administrado en las primeras 4 horas?

¿Cómo será administrado el SRO y qué hacer si vomita?

¿Qué hacer al finalizar las primeras 4 horas de tratamiento?

¿Qué conducta tomar si la madre, padre o cuidador debe abandonar el establecimiento de salud antes de las 4 horas?

Determinar la cantidad de SRO que se administrará en las primeras cuatro horas:

La manera de determinar la cantidad necesaria de SRO (en ml), para el niño o niña, es aplicando la fórmula  $\text{Peso} \times 75$ . Multiplicando el peso del niño o niña (en kilogramos) por 75, se obtiene el volumen de SRO que deberá ser administrado en 4 horas. Por ejemplo, si pesa 8 kg necesitaría 600 ml de SRO, pues  $8\text{Kg} \times 75 \text{ ml} = 600 \text{ ml}$ .

## PLAN B

Fórmula para calcular la cantidad recomendada de SRO:

$$\text{PESO} \times 75 \text{ ml}$$

Para administrar en 4 horas en el establecimiento de salud

Esta cantidad se encuentra dentro de los límites consignados, en la Tabla del Cuadro de Procedimientos: PLAN B: TRATAR LA DESHIDRATACIÓN CON SRO. Las cantidades que se muestran en el recuadro se utilizarán a modo de guía. La Tabla orienta acerca de la cantidad recomendada de SRO de acuerdo a la edad o peso del niño o niña. Ejemplo: un lactante menor de 4 meses o que pesa menos de 6 Kg generalmente necesita 200 a 400 ml de solución de SRO durante las primeras 4 horas.

La edad o el peso, el grado de deshidratación y el número de deposiciones durante la rehidratación afectarán la cantidad necesaria de solución de SRO. Por lo general, el niño o niña querrá beber más, cuánto necesite mayor cantidad de líquidos; por ello debe administrarse lo que desee.

La administración de SRO no debería interferir con la alimentación de leche materna. La madre debe hacer pausas para dejar que el niño o niña tome el pecho materno siempre que lo desee. Cuando termina de mamar, debe darle nuevamente SRO.

Para los niños o niñas que no toman pecho materno, la madre, padre o cuidador puede dar 100-200 ml de agua potable durante las primeras 4 horas además de la solución de SRO. Se recomienda no suministrar otros alimentos durante las primeras 4 horas de tratamiento con SRO.

### **Demostrar a la madre, padre o cuidador cómo administrar la solución de SRO:**

Después de explicar a la madre, padre o cuidador, la cantidad necesaria de solución de SRO que debe ser administrada en las primeras 4 horas, se mostrará cómo y con qué instrumento administrar.

Se recomendará la administración en pequeños sorbos o en forma fraccionada. Si se dispone de vasitos dosificadores de medicamentos pueden ser utilizados o puede dársele directamente desde el vasito, taza o por medio de cucharitas.

Para mostrarle cómo administrar SRO, el profesional de salud, se sentará con la madre, padre o cuidador, mientras le administra los primeros sorbos con el vasito dosificador, una taza o una cuchara, para verificar si tiene alguna duda o dificultad:

- Para el niño o niña menor de 2 años de edad, se recomienda darle SRO por medio de cucharaditas frecuentes.
- Si es mayor de 2 años, puede tomar sorbos frecuentes desde una taza o vaso.

Si vomita el niño o la niña:

- la madre, padre o cuidador debe esperar aproximadamente 10 minutos antes de darle más solución de SRO. Después debe dársela más lentamente.

Evaluar cada 30 minutos. Si no está bebiendo bien la solución de SRO, debe intentarse otro método de administración, a través de un gotero o una jeringa (sin aguja).

Durante las primeras 4 horas en que la madre, padre o cuidador administra SRO en el establecimiento de salud, el objetivo principal es la rehidratación del niño o niña. Cuando está mejorando, la madre, padre o cuidador, puede concentrarse en aprender las orientaciones sobre los cuidados en el hogar. En este momento se enseñará a preparar y administrar SRO y las reglas del Plan A.

### **Después de 4 horas de administrar el tratamiento del PLAN B:**

Usando el cuadro de Procedimientos volver a EVALUAR Y CLASIFICAR y decidir el plan adecuado para continuar el tratamiento:

- Si está mejor y NO tiene deshidratación se elegirá el Plan A. Se enseñará a la madre, padre o acompañante el Plan A si no se hizo durante las 4 horas anteriores. Antes de que se retiren del establecimiento de salud, se harán algunas preguntas de verificación y se ayudará a resolver cualquier problema que puedan tener para dar al niño o niña más líquidos en la casa.
- Si todavía tiene ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN, se repetirá el Plan B. Se inicia alimentando al niño o niña en el establecimiento de salud, ofreciéndole comida, leche o jugo. Después de alimentarlo, se reinicia el tratamiento con la misma cantidad de SRO por 4 horas. Los niños o niñas alimentados al pecho materno deben seguir recibiendo pecho materno a libre demanda.
- Si el estado de salud del niño o niña empeora, en cualquier momento y tiene DESHIDRATACIÓN GRAVE, se debe aplicar el Plan C.
- Si el niño o niña presenta edema bpalpebral, es signo de sobrehidratación y no necesita mayor cantidad de solución de SRO, por el momento. Se le debe dar de beber agua potable o leche materna y otros alimentos. La madre, padre o cuidador, puede volver a darle la solución de SRO de acuerdo con el Plan A cuando haya desaparecido el edema de párpados.

### **La madre, padre o cuidador debe retirarse antes de finalizar el tratamiento:**

Si la madre, el padre o cuidador tiene imperiosa necesidad de retirarse del establecimiento de salud sin haber acabado la terapia con el Plan B, antes de que el niño o niña se rehidrate totalmente, se precisa ACONSEJAR:

- Mostrar cómo preparar la solución de SRO en el hogar. Verificar que comprendió y hacer que practique antes de irse.
- Mostrar la cantidad de solución de SRO que deberá dar al niño o niña para finalizar el tratamiento de 4 horas en el hogar.
- Entregar paquetes suficientes de SRO para completar la rehidratación. También se debe dar otros dos paquetes como se recomienda en el Plan A.
- Explicar las 5 reglas del tratamiento en la casa del Plan A:
  1. Dar más líquidos.
  2. Continuar la alimentación.
  3. Suplementar con Zinc.
  4. Cuándo debe volver de inmediato.
  5. Cuándo regresar para seguimiento.

## CONSULTA DE SEGUIMIENTO: 24 horas

Un niño o niña que requirió de Plan B, significa que estuvo con algún grado de deshidratación y necesita ser reevaluado a las 24 horas.

### PREGUNTAR:

- ¿Hay signos generales de peligro?
- ¿Está tranquilo o irritable?
- ¿Bebe mal o no puede beber?
- ¿El número de deposiciones está igual o ha empeorado?
- ¿Hay sangre en las heces?
- ¿Tuvo fiebre?
- ¿Orina menos de lo habitual?
- ¿Se alimenta bien?

### VERIFICAR:

- El estado de conciencia
- ¿Tiene los ojos hundidos?
- ¿El signo del pliegue vuelve lenta o muy lentamente?

### DETERMINAR:

- Si hay signos generales de peligro, o signos de deshidratación, o el número de las heces sigue igual o ha empeorado, o existen problemas para alimentarse o beber, se debe REFERIR al niño o niña a un establecimiento de salud para ser hospitalizado.
- Si aparece sangre o fiebre, se debe administrar la primera dosis de antibiótico recomendado antes de REFERIR al Hospital.
- Si está mejor, felicitar a la madre, padre o cuidador, recordando los signos que indican cuándo debe volver de inmediato y recomendar que continúe con el Plan A hasta que cese la diarrea. Si la diarrea persiste a los 5 días debe volver al establecimiento de salud para una nueva evaluación.



## EJERCICIOS: Caso JOSÉ

## DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE (ROJO)

### PLAN C: TRATAR RÁPIDAMENTE LA DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE

Los niños o niñas clasificados con DIARREA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE necesitan recuperar rápidamente el agua y las sales perdidas. Con este fin, debe administrarse de inmediato líquidos por vía intravenosa (IV). Si el niño o niña puede beber, podrá administrarse SRO por vía oral incluso mientras se instala el acceso venoso y la hidratación parenteral, mientras se activa la REFERENCIA URGENTE, si el servicio de salud local no dispone de los recursos necesarios, aplicando previamente las medidas de estabilización para un traslado seguro.

Para ejecutar el Plan C, debe lograrse un acceso venoso e iniciar la administración de solución salina (suero fisiológico) o Ringer Lactato 10 ml a 20 ml/ Kg/ hora. Se puede repetir hasta 3 veces.

### PLAN C SOLUCIÓN FISIOLÓGICA O RINGER LACTATO POR VÍA INTRAVENOSA

#### 1ra Hora

20 ml / kg / hora

#### 2da Hora

20 ml / kg / hora

#### 3ra Hora

20 ml / kg / hora

Ejemplo: niño de 6 kilos x 20 ml = 120 ml de Solución Salina o Ringer Lactato, administrar por vía intravenosa en 60 minutos; goteo: 120 microgotas por minuto. (Recordar la equivalencia: 1 macrogota corresponde a 3 microgotas).

#### **Se evaluará la evolución del niño o niña cada 30 minutos:**

- Si la deshidratación no mejora: aumentar la velocidad del goteo intravenoso.
- Si mejora la deshidratación y el volumen intravascular es adecuado: planificar la hidratación parenteral para las próximas 24 horas, con Dextrosa al 5% (mantenimiento) + reposición de líquidos.

El volumen de líquidos para 24 horas (hidratación de mantenimiento) se calcula con la Fórmula de Holliday Segar - con solución de Dextrosa al 5 % - por vía intravenosa. El volumen de reposición de líquidos perdidos debe calcularse de acuerdo al grado de deshidratación.

Cuando el niño o niña es capaz de beber y no existen los recursos disponibles para la hidratación parenteral, se le ofrecerá sorbos de SRO durante el traslado a un Hospital donde podrá ser realizado el tratamiento por vía intravenosa.

En ocasiones el niño o niña no puede beber y no es posible establecer un acceso vascular, en este caso se debe instalar una sonda nasogástrica y determinar si el niño o niña se encuentra o no, en estado de shock. Los signos de shock son: alteración de la conciencia (letárgico o inconsciente), frialdad de manos y pies acompañado de UNO de los siguientes signos: pulso rápido y débil y/o llenado capilar mayor de 2 segundos:

El estado de shock requiere, con urgencia, acciones rápidas que restablezcan el estado cardiocirculatorio. Ante la imposibilidad de un acceso venoso periférico, shock y riesgo vital, se plantea la instalación de una vía intraósea en la tuberosidad de la tibia, con un campo quirúrgico previo a la punción, con la técnica y medidas de asepsia correspondientes, para administrar expansión de volumen con solución fisiológica a la dosis mencionada. La sonda nasogástrica quedará abierta y al declive. En casos extremos, podrá realizarse la rehidratación a través de la sonda nasogástrica. Esta última posibilidad es una opción transitoria mientras se logra el acceso venoso y/o se activa el sistema de referencia.

Si el niño o niña no tiene signos de shock puede iniciarse la rehidratación con SRO por SNG a un volumen de 20 ml/ kg/ hora.

La evolución debe ser registrada. Los signos de mejoría clínica son:

- normalización de la frecuencia cardíaca,

- normalización de la presión arterial,
- mejoría del nivel de conciencia,
- mejoría de la perfusión, el llenado capilar y la diuresis.

Para aplicar el Plan C, consulte el Diagrama de flujo del Cuadro de Procedimientos en su apartado PLAN C: TRATAR RÁPIDAMENTE LA DESHIDRATACIÓN GRAVE.



### Ejercicios con Video: Caso JUAN

[https://youtu.be/7AB\\_rjsEMkw](https://youtu.be/7AB_rjsEMkw)

## DIARREA CRÓNICA (AMARILLO)

Cuando el niño con Diarrea Crónica tiene Desnutrición, u otra enfermedad clasificada en la fila ROJA, debe ser REFERIDO a un establecimiento de salud que cuente con atención especializada (pediatra o especialista en el área).

La evaluación minuciosa de la alimentación de los niños y niñas con Diarrea crónica es esencial. El régimen alimentario que se ofrece a los niños y niñas con Diarrea crónica a menudo es inadecuado, contribuyendo a la desnutrición. Por ello, es fundamental enseñar a la madre, padre o cuidador, el esquema de alimentación recomendado para su edad e informarle sobre la importancia que supone que el niño o niña esté bien nutrido/a. Ver las Guías Alimentarias del Paraguay para niñas y niños menores de 2 años. Guía 8. Además de la alimentación, se recomienda la administración de antiparasitarios de acuerdo al esquema detallado en el Capítulo 6; junto a la administración de Zinc, con las mismas dosis citadas para Diarrea Aguda, ya que se han visto efectos beneficiosos en las Diarreas Crónicas. Se recomienda además administrar 1 dosis única de Vitamina A según la edad.

Con las deposiciones diarreicas, además de nutrientes se pierden agua y sales, pudiendo estar cursando con deshidratación. Se procederá a aplicar el Plan que corresponda para prevenir o tratar la deshidratación.

### CONSULTA DE SEGUIMIENTO: 5 días después

#### PREGUNTAR:

- ¿Paró la Diarrea?
- ¿Cuántas veces por día tiene el niño o niña una evacuación acuosa?
- ¿Ha tolerado la alimentación?

#### VERIFICAR:

- Estado general del niño o niña: TEP y signos generales de peligro y de alarma.
- El peso: si ha aumentado, ha bajado de peso o está igual.
- Presencia de signos de deshidratación.

#### DETERMINAR:

- Si la diarrea no ha cesado (continúa con 3 o más evacuaciones acuosas por día), rea-

lizar una nueva evaluación completa y administrar el tratamiento necesario y enseguida REFERIR AL HOSPITAL. Múltiples enfermedades pueden causar Diarrea crónica y, por tanto, los niños o niñas que padecen esta enfermedad deben ser referidos a un nivel de atención especializada con el pediatra o un especialista en el área, a fin de identificar la causa que la produce y realizar el tratamiento de la etiología.

- Si la Diarrea paró (tiene menos de 3 evacuaciones por día), aconsejar que siga con las indicaciones realizadas, enseñarle los signos de alarma y citarle a otra visita de seguimiento 15 días después.
- Si el niño no acude a la visita de seguimiento, se recomienda la búsqueda activa con la ayuda de otros profesionales de la salud.



### Ejercicios con Video: Caso ELVA

## DIARREA CON SANGRE (AMARILLO)

Cuando existe diarrea con sangre, debe pensarse en infección bacteriana intestinal por lo que se recomienda el uso de antibióticos. La shiguella ocasiona la mayoría de los casos de disentería que llegan a los establecimientos de salud y puede poner en peligro la vida.

Se recomienda el uso de uno de los antibióticos mencionados a continuación:

1<sup>a</sup>. opción: Cefixima: 8 mg/ kg/ día, administrar una dosis diaria por 5 días.

2<sup>a</sup>. opción: Azitromicina: 10 mg/ kg/ día, una dosis diaria por 5 días.

Siempre que esté disponible será administrada la primera opción: cefixima.

TABLA 5.9.

ANTIBIÓTICO ORAL APROPIADO PARA LA DISENTERÍA O DIARREA CON SANGRE		
EDAD o PESO	PRIMERA OPCIÓN <b>CEFIXIMA</b> 8 mg/ kg/ día c/ 24 h por 5 días Suspensión: 100 mg por 5 ml	SEGUNDA OPCIÓN <b>AZITROMICINA</b> 10 mg/ kg/ día c/ 24 h por 5 días Suspensión: 200 mg por 5 ml
3 m a 5 meses 5 kg	2 ml cada 24 horas	-----
6 m a 11 meses 7,5 Kg	3 ml cada 24 horas	2 ml cada 24 horas
1 año a 1 a 11m 10 kg	4 ml cada 24 horas	2,5 ml cada 24 horas
2 años a 2 a 11 m 12,5 kg	5 ml cada 24 horas	3 ml cada 24 horas
3 años a 3 a 11 m 15 kg	6 ml cada 24 horas	4 ml cada 24 horas
4 años a 5 años 17,5 Kg	7 ml cada 24 horas	4,5 ml cada 24 horas

Un niño o niña con disentería además del antibiótico recomendado para la shiguella, debe recibir Plan de prevención o tratamiento para la deshidratación, conforme a la clasificación realizada.

## CONSULTA DE SEGUIMIENTO: 2 días

### PREGUNTAR:

- ¿Cuántas veces al día tiene deposiciones? ¿Disminuyó la frecuencia de las deposiciones?
- ¿Hay menos sangre en las heces, sigue igual o ha aumentado?
- ¿Disminuyó el dolor abdominal?
- ¿Bajó la fiebre?
- ¿Cómo se está alimentando? ¿Está comiendo mejor? ¿Toma los líquidos recomendados?

### VERIFICAR:

- Estado general del niño o niña: TEP y signos generales de peligro y signos de alarma.
- Evaluar la Diarrea de acuerdo al cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR.

### DETERMINAR:

- Si el niño está deshidratado, tratar la deshidratación y REFERIR AL HOSPITAL.
- Si la cantidad de evacuaciones, o la cantidad de sangre en las heces o la fiebre o el dolor abdominal o la alimentación sigue igual o ha empeorado: REFERIR AL HOSPITAL.
- Si el niño o niña evacua menos, hay menos sangre en las heces, ha disminuido la fiebre, le duele menos el abdomen y está comiendo mejor: continuar administrando el mismo antibiótico y tratamiento hasta completar el esquema. Cite para una nueva consulta de seguimiento a los 7 días.

### ACONSEJAR:

Cuando un niño o niña tiene diarrea, la acción inmediata es tratar la deshidratación. Después de haber hidratado debidamente al niño o niña, se establecerá un diálogo con la madre, padre o cuidador acerca de las posibles causas de esta enfermedad, a fin de prevenir nuevos episodios<sup>44</sup>. Para ello ACONSEJE:

**Consumir agua potable.** Si el agua no es potable debe ser hervida por 5 minutos y enfriada previamente para beberla o agregar 2 gotas de lavandina (hipoclorito al 4%) por cada litro de agua, agitar y dejar en reposo durante 20 a 30 minutos antes de beberla. Guías Alimentarias del Paraguay para niñas y niños menores de 2 años. Guía 7.

**Lavar las frutas y verduras con agua potable.** Guías Alimentarias del Paraguay para niñas y niños menores de 2 años. Guía 7.

**Lavado de manos** antes de la preparación e ingesta de alimentos, después de ir al baño, cambiar pañales o manejar la basura.

**Disposición final de excretas** forma correcta, en hoyo, pozo ciego o red pública. Desinfección frecuente de los baños con agua y lavandina.

44 <https://www.mspbs.gov.py/portal/18067/diarrea-puede-darse-por-falta-de-higiene-o-por-intoxicacion-alimentaria.html>

**Limpiar los productos** enlatados o con envases de vidrio antes de abrirlos.

**Observar la fecha** de vencimiento de los alimentos y no consumirlos después de esa fecha.

**Refrigerar los alimentos** o si no es posible refrigerar, evitar el consumo si pasaron más de 2 horas en el ambiente.

**Hervir la leche** por 3 minutos y enfriar antes de ser consumida, en caso de consumir leche no pasteurizada.

**Cocinar bien las carnes**, especialmente los pescados.

Mantener las **vacunas al día**.



### EJERCICIO: Caso MARÍA



### Dramatización Video: Tratar con Plan B y luego Plan A

<https://www.youtube.com/watch?v=jzZy1ifP1ME>

## 6. EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR FIEBRE

La elevación de la temperatura corporal es un signo inespecífico, pero la importancia radica en que su presencia, generalmente, indica la respuesta del organismo a procesos inflamatorios - como mecanismo de defensa - cuyo origen puede ser infeccioso o no. Por este motivo es preciso evaluar este síntoma y se inicia con la pregunta:

### ¿Tiene el niño o niña, Fiebre?

La fiebre es uno de los motivos de consulta más frecuentes, especialmente en los niños y niñas con edades comprendidas entre 3 meses y 3 años de vida coincidiendo, a menudo, con epidemias de virus respiratorios y gastrointestinales. Cada niño o niña presenta, en promedio, entre cuatro a seis episodios de fiebre al año y en la mayoría de los casos son procesos virales benignos y autolimitados. Sin embargo, otros pueden presentar Infección Bacteriana Grave (IBG) - infección urinaria, neumonías, bacteriemia oculta, meningitis, infecciones osteoarticulares, celulitis o enteritis - pudiendo complicarse e incluso tener riesgo vital.

Algunos niños o niñas no tendrán una causa aparente que explique la presencia de fiebre. Se denomina Fiebre sin Foco (FSF) cuando se presenta con una duración menor de 7 días y su origen no puede determinarse mediante una anamnesis y exploración física minuciosa. La edad, el estado inmunitario y el aspecto general, son factores muy importantes en el enfoque del niño o niña con FSF aparente. Es importante observar la evolución de las primeras 12 horas de la presentación de la Fiebre sin foco aparente, especialmente en los menores de 3 años, en busca de la aparición de signos o síntomas

sugerentes de infección meningocócica, ya que en una media de 8 horas aparecen, en casi dos tercios de los niños, síntomas sugerentes en esta enfermedad<sup>45</sup>. En las primeras horas puede debutar como FSF y en pocas horas desarrollar la enfermedad con graves secuelas, como amputaciones, sordera neurosensorial o alteraciones psicomotoras e incluso la muerte.

La presencia de fiebre de más de 7 días de duración sin causa identificada después de una correcta anamnesis y exploración física, se conoce como Fiebre de Origen Desconocido (FOD). Estudios sugieren que las causas más frecuentes serían: infecciones bacterianas en más del 50% de los casos (osteomielitis, tuberculosis, fiebre tifoidea, brucelosis, enfermedad por arañazo de gato), 10% enfermedades del colágeno, 5 a 6 % enfermedades oncológicas y miscelaneas. En general, entre el 25 y 40 % de los casos no se llega al diagnóstico de la etiología<sup>46</sup>.

Los neonatos y lactantes menores de 3 meses, son más susceptibles de padecer Infección Bacteriana Grave - IBG y las manifestaciones clínicas pueden no ser muy evidentes, favorecidas por un sistema inmune inmaduro, por lo que se requiere identificación temprana de la causa de la fiebre para realizar intervenciones oportunas. La evaluación de los niños y niñas menores de 3 meses con FSF debería ser acabada, realizando pruebas auxiliares de diagnóstico. Una de las escalas más difundidas para determinar el riesgo de infección bacteriana grave en lactantes menores de 90 días con FSF contiene los criterios de Rochester, que requiere valores de laboratorio.

Para niños y niñas de 3 meses a 3 años, con FSF se propone desde hace varios años la escala de YALE para valoración clínica de riesgo de padecer IBG.

A partir de los 3 años decae el riesgo de asociación de FSF con IBG, ya que la mayoría de los niños y niñas cursan con síntomas de focalidad: neumonías, meningitis, infecciones osteoarticulares, ITU. El riesgo de infección bacteriana grave disminuye con la edad. Otra de las escalas recomendadas es la de Step – by – step, protocolo que incluye valores clínicos y criterios analíticos, elaborado en forma de árbol de escenarios posibles que orienta a la toma de decisiones. Existe un esquema para los lactantes menores de 3 meses con FSF y otro para los niños y niñas de 3 meses a 36 meses de edad, previamente sanos y FSF. Siempre va precedido de una evaluación inicial que clasifica a los pacientes en estables o inestables según el TEP.

Otros aspectos importantes a tener en cuenta son el entorno epidemiológico y el estado de salud del niño o niña previo a la aparición de fiebre. Es importante definir el ambiente donde se desarrolla el niño o la niña; contacto con otros enfermos en la casa, asistencia a guarderías, circulación de virus respiratorios en su comunidad, brote de enfermedad meningocócica, chikungunya, dengue, sarampión, fiebre amarilla, u otra enfermedad infectocontagiosa. Así mismo, es fundamental conocer antecedentes sobre enfermedades o medicaciones que alteran la inmunidad, hospitalizaciones previas y la presencia

45 Ruiz Contreras J, Albañil Ballesteros MR. Abordaje del niño con fiebre sin foco. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2015. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 31-8.

46 Ruiz Contreras J, Muñoz Ramos A. Fiebre de origen desconocido y fiebre prolongada (v.2/2022). Guía\_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 24/01/2022; Disponible en <http://infodoctor.org/gipi/>

de dispositivos médicos internos (válvula de derivación ventrículo-peritoneal, catéteres permanentes) que aumentan el riesgo de padecer infección bacteriana invasiva. En Paraguay cobran importancia, como causantes de fiebre, las enfermedades transmitidas por vectores y entre ellas el Dengue, considerado endémico desde el 2009, año desde el cual no se observa interrupción de la circulación viral en el país, registrándose períodos epidémicos e interepidémicos en relación al período del año o en función a su circulación. A partir del año 2012, están en circulación los 4 serotipos del virus, causantes de la enfermedad.

Sin lugar a dudas, cualquiera de las enfermedades transmitidas por mosquitos, tales como Fiebre amarilla, Paludismo, Chikungunya y Zika, pueden tener lugar mientras los índices de infestación larvaria y circulación de los vectores sean elevados en determinada región geográfica. En relación al virus de Zika, cabe mencionar que la transmisión también puede realizarse de la madre al feto, por contacto sexual, transfusiones de sangre y otros productos sanguíneos y trasplantes de órganos.

Existe prevalencia de enfermedades transmitidas por vectores en relación a las regiones geográficas. Es necesario tener presente y actualizada la información<sup>47</sup>.

**TABLA 5.10.**

<b>ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR LOCALIDAD</b>		
<b>LOCALIDAD</b>	<b>AGENTE</b>	<b>ENFERMEDAD</b>
	<b>Fiebre menor de 7 días</b>	
Todo el país	Virus Dengue	Dengue sin signos de alarma, con signos de alarma y Dengue grave
Áreas boscosas en departamentos fronterizos con el Brasil.	Virus de Fiebre Amarilla	Fiebre Amarilla
Todo el país	Virus Chikungunya	Enfermedad por Virus Chikungunya
Chaco Central (casos esporádicos en Itapúa, Alto Paraná, Caaguazú, Concepción)	Virus Hanta	Síndrome Pulmonar por Hantavirus
Localidades riverseñas y zonas inundadas	Leptospira interrogans	Leptospirosis
Todo el país (casos importados)	Plasmodium (vivax, falciparum, malariae, ovale)	Malaria o Paludismo
	<b>Fiebre mayor de 7 días</b>	
Todo el país (Chaco con transmisión vectorial por Triatoma infestans)	Tripanosoma cruzi	Enfermedad de Chagas
Todo el País (endémica en el área metropolitana de Asunción)	Leishmania donovani	Leishmaniasis visceral humana

47 Guía Nacional de Vigilancia y Control de Enfermedades. DGVS. MSPBS. Mayo 2022. Disponible en: [https://dgvs.mspbs.gov.py/files/guiaNacional/Guia\\_de\\_Vigilancia\\_2022\\_act\\_6\\_junio.pdf](https://dgvs.mspbs.gov.py/files/guiaNacional/Guia_de_Vigilancia_2022_act_6_junio.pdf)

## 6.1. EVALUAR FIEBRE



En todos los casos, **PREGUNTE:**

- ¿Tiene o tuvo fiebre?

Cuando se pregunta si hubo fiebre durante esta enfermedad, el profesional de salud debe dirigirse a la madre, padre o cuidador usando palabras sencillas y comprensibles (en guaraní, fiebre = akãñundu o pire aku). Si la madre, padre o cuidador percibió que la piel del niño o niña estaba caliente, el antecedente relatado, es suficiente para detenerse y evaluar este signo, incluso si no tiene fiebre al momento de la visita.

Palpando con el dorso de la mano, el abdomen o axila del niño o de la niña, se determinará si la piel está caliente. La temperatura pudo haber sido registrada al inicio de la visita. Si no se ha tomado la temperatura previamente, se realizará la determinación y el registro correspondiente. Si tiene una temperatura axilar de 37,5° C o más, tiene fiebre. La magnitud de la fiebre no se correlaciona adecuadamente con el riesgo de presentar una Infección Bacteriana Grave. Sin embargo, el grado de temperatura en niños o niñas con FSF, ayuda a estratificarlos y determinar quiénes correrían mayor riesgo y qué pruebas se indicarán de acuerdo a los escenarios clínicos.

Por otro lado, es indudable el valor de los registros de la temperatura a fin de evaluar la evolución de la enfermedad.

- ¿Cuánto tiempo hace?

En la mayoría de los casos, la fiebre desaparece en pocos días, pero si persiste por más de 7 días el niño o niña puede estar cursando con: paludismo, leishmaniasis visceral, fiebre tifoidea, enfermedades virales o parasitarias de evolución prolongada u otras. Por tanto, deben ser remitidos a un establecimiento de salud con la complejidad necesaria para realizar los estudios correspondientes.

El paludismo o malaria es una enfermedad infecciosa aguda febril, producida por parásitos del género Plasmodium transmitida a través de la picadura de un mosquito del género Anopheles o ñati'u akua que se cría en ríos, arroyos, lagos, aguas estancadas. Es potencialmente mortal. Los síntomas de la enfermedad pueden incluir fiebre, vómitos y/o dolor de cabeza. La forma clásica se manifiesta con "fiebre, sudoración y escalofríos" que aparecen 10 a 15 días después de la picadura del mosquito. Pican con más frecuencia al amanecer y al anochecer. La evaluación, clasificación, diagnóstico y tratamiento deberá hacerse según Normas Nacionales de Manejo de Paludismo o Malaria del MSPBS.

Las leishmaniasis son enfermedades antropozoonóticas (del ser humano y los animales) endémicas y de transmisión vectorial. La leishmaniasis visceral se manifiesta con: fiebre prolongada que dura semanas a meses, abdomen prominente (debido a esplenomegalia: agrandamiento del bazo), decaimiento, enflaquecimiento, a veces tos seca, anemia, glóbulos blancos y plaquetas bajas (sangrados y moretones). Pueden instalarse enfer-

medades oportunistas como neumonías y diarreas. Las personas que no son tratadas a tiempo fallecen debido a las complicaciones.

- ¿Hay otros casos febriles en su comunidad?

Se debe investigar si existen otros casos febriles con enfermedad confirmada en el entorno del niño o niña o su comunidad.

El Dengue y la Chikungunya son enfermedades transmitidas por vectores que se encuentran en todo el país.

De acuerdo al momento epidemiológico, se debe evaluar si “vive o procede de una zona de riesgo” para fiebre amarilla, paludismo, leishmaniasis, zika, hantavirus, leptospirosis u otras enfermedades prevalentes. Del mismo modo es recomendable investigar acerca de alguna visita realizada por el niño o la niña, en los últimos 3 meses, a una zona de riesgo. En caso de visitas al Chaco, puede establecerse la sospecha de Enfermedad de Chagas o de Enfermedad causada por Hantavirus, que al inicio podría manifestarse como un síndrome febril y que en 4 a 10 días puede evolucionar al Síndrome Pulmonar por Hantavirus, con tos y falta de aliento con sensación de opresión torácica (edema pulmonar), de elevada mortalidad.

Debe investigarse, además, sobre la posibilidad de contacto con personas que están o estuvieron con procesos febriles en el entorno domiciliario o la guardería, como enfermedad meningocócica, enfermedad febril eruptiva, tuberculosis, o tosedores crónicos. En relación a la tuberculosis, se recomienda consultar la Guía Nacional para el Manejo de la Tuberculosis (TB)<sup>48</sup> del MSPBS a fin de obtener mayor información. Los niños y niñas menores de 5 años, más aún; los menores de 1 año y los inmunocomprometidos tienen mayor riesgo de padecer Enfermedad Tuberculosa Grave.

- ¿Cómo ve al niño o niña?

En ocasiones es la madre o el padre el que refiere que “no le ve bien a su hijo o hija”; esa preocupación de los progenitores debe ser tomada en cuenta ya que puede ser predictiva de una enfermedad grave. En los niños o niñas febriles muy pequeños/as, la cefalea, mialgias y otros dolores o molestias se manifiestan como llanto o irritabilidad.

- ¿Ha tenido vómitos?

La presencia de vómitos persistentes tres o más episodios en una hora o cinco o más en seis horas, constituye un signo de alarma. El contenido de sangre en los vómitos es signo de gravedad.

- ¿Presentó signos de sangrado?

La madre, el padre o cuidador, pudo haber constatado la presencia de sangre en heces o en orina, sangrado nasal o de encías o signos de sangrado en piel. Cualquiera de estos signos es señal de gravedad.

48 Guía Nacional para Manejo de Tuberculosis. Disponible en: [https://dgvs.mspbs.gov.py/webdgvs/views/paginas/webtb/docs/guia\\_nacional\\_tb\\_2018.pdf](https://dgvs.mspbs.gov.py/webdgvs/views/paginas/webtb/docs/guia_nacional_tb_2018.pdf)

- ¿Cómo está su esquema de vacunación?

La introducción de las vacunas conjugadas frente a *Neumococo*<sup>49</sup> y *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) ha reducido la prevalencia de bacteriemia oculta en niños y niñas correctamente vacunados. Se considera inmunización correcta cuando el niño o la niña ha recibido, al menos 2 dosis de vacuna contra *Neumococo* (PVC 13) y de Hib (esta última incluida en la vacuna Pentavalente)<sup>50</sup>.

- ¿Existen factores de riesgo?

Debe determinarse el estado de salud previo al evento febril y el ambiente donde se desenvuelve el niño o la niña. Aquellos con enfermedades concomitantes tales como; desnutrición grave, cardiopatías, inmunodepresión primaria o secundaria, pacientes oncológicos y/o con tratamiento con corticoides en forma prolongada, diabetes mellitus, hipertensión arterial, falla renal, enfermedades hemolíticas, entre otras, presentan mayor riesgo de padecer complicaciones cuando tienen una enfermedad febril.

El niño o niña menor de un año tiene inmadurez inmunológica, por tanto, constituye un factor de riesgo mayor en cuanto menor sea la edad. Existen situaciones de riesgo social que podrían dificultar la atención oportuna del niño o la niña; dificultad para adherirse a las indicaciones del profesional de salud, imposibilidad de acceso a un establecimiento de salud con servicio de urgencias, falta de transporte en horario nocturno, distancia, padres analfabetos o adolescentes.



**En todo niño o niña con antecedentes de fiebre, OBSERVE y DETERMINE:**

- Triángulo de Evaluación Pediátrica y Signos generales de peligro (vomita todo, está letárgico o inconsciente, no puede beber o tomar el pecho o ha tenido convulsiones)

Al primer contacto con el niño o niña, el profesional de salud realiza una evaluación rápida teniendo en cuenta el Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP). Esta herramienta cobra particular importancia en el momento de evaluar y clasificar la fiebre<sup>51</sup>.

El TEP es una herramienta rápida y útil para la valoración inicial del paciente pediátrico, proporcionando una apreciación del estado fisiológico del niño o niña y de sus necesidades urgentes. Considera la apariencia general, la respiración y el color de la piel. Si está inestable, se tomarán decisiones e intervenciones urgentes.

La mala perfusión sanguínea, la irritabilidad, el llanto inconsolable, el tono disminuido o aumentado, la disminución de la actividad o el letargo pueden ser signos de una infección grave.

49 Greenhow Tara, Hung YY, Herz A. Bacteremia in children 3 to 36 months old after introduction of conjugated pneumococcal vaccines, *Pediatrics*. Abril 2017.139 (4)

50 Ares Álvarez J, Morillo Gutiérrez B. Fiebre sin foco. *Rev Pediatr Aten Primaria*. Supl. 2021(30):19-28.

51 Manual de Procedimientos. Recepción, Acogida y Clasificación RAC. Disponible en: <https://www.msps.gov.py/dependencias/portal/adjunto/34a465-ManualRecepcionacogidayclasificacinRAC2011.pdf>

## TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA

### APARIENCIA

Actitud  
Tono  
Llanto  
Capacidad de consuelo  
Mirada  
Interés por el entorno

### RESPIRACIÓN

Postura  
¿Ruidos respiratorios audibles?  
Tiraje subcostal, intercostal, supraesternal  
Aleteo nasal  
Taquipnea



### CIRCULACIÓN

Palidez  
Piel moteada  
Cianosis

- Aspecto general del niño o niña

En un niño o niña con fiebre sin foco (FSF) aparente, el estado general alterado tiene un alto valor para predecir una enfermedad grave. Debe considerarse que algunos niños y niñas menores de 3 meses, al inicio de la enfermedad, pueden impresionar con buen estado general y estar cursando con Infección Bacteriana Grave (IBG).

- Cambios de color de la piel

La alteración de la apariencia, así como los cambios de coloración en la piel, son evaluados en el TEP, pero se resaltan de nuevo como signos importantes para la clasificación. El niño o niña puede estar muy pálido/a, debido a mala perfusión sanguínea o a la enfermedad que padece. La madre, el padre o cuidador puede responder acerca de los cambios de color de la piel que se evidenciaron en forma generalizada (en todo el cuerpo) o localizados en una zona del cuerpo. Debe diferenciarse la ictericia de la palidez.

Si la piel tiene color amarillento, el niño o niña tiene ictericia. La fiebre amarilla se presenta con fiebre de menos de 7 días de duración e ictericia; es una enfermedad viral que se adquiere por la picadura de mosquitos de los géneros Aedes y Haemagogus. La fiebre amarilla puede prevenirse con una vacuna eficaz y segura. Una sola dosis de la vacuna es suficiente para conferir inmunidad y protección durante toda la vida.

La leptospirosis es una enfermedad causada por la bacteria *Leptospira interrogans* y puede ser adquirida a través de contacto con orina (u otros líquidos corporales, excepto la saliva) de animales infectados; al ponerse en contacto con el agua, suelo o alimen-

tos contaminados con la orina de animales infectados. Las bacterias pueden entrar al cuerpo a través de la piel y mucosas (ojos, nariz, boca), sobre todo si la piel presenta excoriaciones o heridas. Beber agua contaminada también puede causar infección. Los brotes de leptospirosis generalmente son causados por la exposición al agua contaminada, como puede suceder durante las inundaciones. La transmisión de persona a persona es rara. Puede manifestarse en el ser humano con fiebre, dolor de cabeza, escalofríos, dolores musculares, enrojecimiento de los ojos, dolor abdominal, diarrea, vómitos, erupciones, ictericia (piel y ojos amarillos).

En ocasiones existen procesos inflamatorios de origen infeccioso que cursan con dolor, cambios de coloración de la piel, enrojecimiento y tumefacción en forma localizada: tumefacción orbitaria (alrededor de los ojos), tumefacción retroauricular (detrás de las orejas), o enrojecimiento y tumefacción en algún otro sitio de la piel (celulitis cutánea), que requieren de tratamiento inmediato.

Si la fiebre va acompañada de impotencia funcional de alguno de los miembros, con o sin síntomas inflamatorios visibles, debe realizarse una evaluación exhaustiva ya que puede tratarse de lesiones óseas o articulares que revistan gravedad.

- **Abombamiento de la fontanela**

En los niños o niñas menores de 18 meses de edad, la fontanela anterior puede permanecer abierta, siendo imperiosa la exploración de la misma, palparla con el niño o niña sentado/a y tranquilo (no llorando). Si se constata que la fontanela anterior está abombada, en un niño o niña febril, hay alta sospecha de meningitis. En este caso deben aplicarse las medidas de estabilización, administrar la primera dosis del antibiótico y activar los mecanismos de referencia urgente a un Hospital según nivel de complejidad.

- **Rigidez de nuca**

Un niño o niña con fiebre y rigidez de nuca, probablemente tiene meningitis. La meningitis necesita tratamiento hospitalario con antibióticos parenterales y debe realizarse la referencia urgente a un Hospital, previa administración de la primera dosis del antibiótico recomendado y la instalación de las medidas de estabilización para un traslado seguro. Mientras se interroga a la madre, padre o cuidador durante la evaluación, deben observarse los movimientos del niño o niña. Si mueve y dobla el cuello fácilmente cuando mira a su alrededor, no tiene rigidez de nuca. Si no hay seguridad de la presencia del signo, se puede iluminar con una linterna los dedos de los pies o el ombligo o hacerle cosquillas en los dedos del pie para incitarlo a mirar hacia abajo. Si aún así, no se ha podido constatar la ausencia de rigidez de nuca, se debe pedir a la madre, padre o cuidador que acueste al niño o niña boca arriba para explorar los signos meníngeos.

Para la exploración de los signos meníngeos, el examinador debe colocarse del lado derecho del niño o niña y sostener con delicadeza la parte anterior del tórax del niño o niña, con su mano derecha. Con la mano izquierda, el profesional de salud debe flexionar con cuidado la cabeza del niño o niña en dirección frontal y lateral. Si el cuello se moviliza fácilmente, no tiene rigidez de nuca. Si el cuello se siente rígido y se resiste a arquearse, tiene rigidez de nuca. Generalmente el niño o niña con rigidez de nuca, llora cuando se intenta flexionar la cabeza hacia adelante.

Si durante la maniobra antes citada, al flexionar la cabeza en dirección frontal, el niño

o niña dobla sus piernas se dice que tiene un signo meníngeo denominado Signo de Brudzinski.



### Ejercicios con Video: Evaluar Rigidez de nuca

<https://youtu.be/-hzRiWqV37w>

- Manifestaciones de sangrado: petequias, equimosis

Observe todo el cuerpo para verificar si hay lesiones de sangrado en piel y mucosas (petequias, equimosis). Para diferenciar una erupción cutánea maculopapular de las petequias, el examinador debe presionar suavemente las lesiones con el pulpejo de los dedos y deslizarlos sobre la piel extendida. Si los puntos rojos no desaparecen, corresponden a petequias.

Las manifestaciones de sangrado constituyen una señal de alarma. Puede ser evidenciado también en forma de equimosis, epistaxis, hematemesis, melena, gingivorragias, sangrado genital o hematurias y estando acompañados de fiebre, corresponden a enfermedades muy graves: dengue severo o dengue con signos de alarma, sepsis con coagulopatía de consumo, enfermedad meningocócica, entre otras entidades. Una vez identificados estos signos, debe realizarse la estabilización y referir al niño o niña en forma urgente a un Hospital.

- Erupción cutánea generalizada maculopapular

Muchos virus pueden manifestarse como enfermedad febril con erupciones cutáneas generalizadas maculopapulares. Las enfermedades febriles eruptivas son eventos de notificación obligatoria (ENO), siendo fundamental la vigilancia epidemiológica y la información oportuna del profesional de la salud a su referente local o regional.

Cuando las coberturas de vacunación se encuentran por debajo de lo recomendado, existe riesgo de brote de enfermedades que fueron controladas con la inmunización, como el sarampión. Esta enfermedad es causada por un virus que afecta el sistema inmunitario, incluso hasta varias semanas después de su aparición, por lo que aquellos niños o niñas afectados/as quedan expuestos a otras infecciones. Debe plantearse la sospecha de esta enfermedad si existen otros casos en la comunidad, o contacto con viajeros no inmunizados que adquirieron la enfermedad. El niño o niña con sospecha de sarampión por lo general tiene antecedentes de fiebre, tos, coriza y ojos enrojecidos. El hacinamiento y la desnutrición contribuyen a aumentar el riesgo de complicaciones. La rubéola es una enfermedad exantemática aguda, de etiología viral, de alta contagiosidad. Su importancia se acrecienta ante el riesgo de producir Síndrome de Rubéola Congénita (SRC), que afecta al feto y recién nacidos de madres infectadas durante el embarazo. Es causa de numerosas complicaciones como abortos, mortinatos y cardiopatías congénitas entre otras patologías.

Si hay erupción maculopapular generalizada y manifestaciones hemorrágicas, el niño o niña puede estar con dengue severo. La fiebre por dengue puede tener características clínicas de diferente presentación y gravedad.

Otros virus pueden manifestarse con lesiones cutáneas, incluyendo el SARS CoV 2, la chikungunya o la viruela símica. Entidades nosológicas como Escarlatina o Síndrome de Kawasaki, también presentan erupciones cutáneas.

- **Abdomen prominente**

Los niños y niñas con Dengue pueden tener acumulación de líquidos en pleura o abdomen. Si padecen paludismo o leishmaniasis visceral humana, pueden presentar abdomen prominente debido al crecimiento del bazo (esplenomegalia) que puede estar acompañado del crecimiento del hígado (hepatomegalia). Estos niños y niñas deben ser referidos para identificar la causa y realizar el tratamiento correspondiente.

- **Dolor abdominal intenso**

En el momento de la evaluación del estado general en los niños y niñas menores de 1 año, se podrán identificar a aquellos que se encuentran con irritabilidad o llanto inconsolable, que puede deberse a un dolor intenso. Los niños y niñas mayores ya podrán expresar su dolencia e incluso señalar la ubicación del dolor. La presencia de dolor abdominal intenso es una señal de alarma.

## **6.2. CLASIFICAR FIEBRE**

### **ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE O SOSPECHA DE MBA (ROJO)**

Se categoriza como Enfermedad Febril muy grave o Sospecha de Meningitis Bacteriana Aguda (MBA), a los niños y niñas que presentan Fiebre y uno o más de los siguientes criterios:

Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP) inestable.

Cualquier signo general de peligro.

Mal estado general, o refieren que “no se le ve bien”.

Abombamiento de fontanela anterior y/o rigidez de nuca.

Manifestaciones de sangrado o petequias.

Cambios en la coloración de la piel; palidez intensa, cianosis, ictericia (Sospecha de Fiebre amarilla, Sospecha de Leptospirosis entre otras).

Tumefacción orbitaria y/o celulitis cutánea.

Dolor óseo y/o articular, cojera o impotencia funcional de una extremidad, con o sin inflamación visible.

Acumulación de líquidos (edema), derrame pleural y/o ascitis.

Dolor abdominal intenso y/o abdomen prominente.

Fiebre de 7 días o más (Sospecha de Leishmaniasis visceral, Enfermedad de Chagas, entre otras).

Edad: menor de 3 meses

Comorbilidades: Oncológicos, inmunodeprimidos, entre otros.

## **ENFERMEDAD FEBRIL SIN FOCO APARENTE CON FACTORES DE RIESGO (AMARILLO)**

Se clasifica en esta categoría al niño o niña con TEP estable y Fiebre sin foco aparente, sin signos de Enfermedad Febril muy grave, con uno o más de los siguientes factores de riesgo:

Edad menor de 1 año.

Temperatura igual o mayor de 39° C.

Asistencia a guarderías.

Esquema de vacunación con PENTAVALENTE (incluye Hib) y antineumocócica (PVC 13), incompleto.

Difícil acceso a un establecimiento de salud con servicio de urgencias.

Dudosa adherencia de la madre, padre o encargado a las indicaciones.

Procedencia o visita a zona de riesgo de enfermedades infecciosas, en los últimos 3 meses (Sospecha de Enfermedad por Hantavirus, Sospecha de Paludismo, entre otras)

## **ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA (AMARILLO)**

TEP estable y Fiebre sin signos de Enfermedad Febril muy grave, sin factores de riesgo mencionados en la fila anterior, con erupción cutánea maculopapular generalizada, que puede acompañarse o no de tos, coriza o conjuntivitis. Debe tenerse en cuenta la situación epidemiológica que orienta sobre la posible causa. (Sospecha de Dengue, Chikungunya o Zika, Sospecha de Sarampión o Rubeola, Sospecha de Covid 19, entre otros).

## **ENFERMEDAD FEBRIL SIN FOCO APARENTE (AMARILLO)**

TEP estable y Fiebre y los siguientes criterios:

No presenta signos de Enfermedad Febril muy grave.

No tiene factores de riesgo mencionados.

No presenta erupción cutánea.

Tiene condiciones para recibir tratamiento en el hogar:

- tolera volúmenes adecuados de líquidos por vía oral.
- presenta micción por lo menos 1 vez cada 6 horas.

### **6.3. TRATAR FIEBRE**

## **ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE O SOSPECHA DE MBA (ROJO)**

Los niños y niñas clasificados en esta categoría se encuentran en estado grave y pueden estar cursando con IBG y probable sepsis. Existen algunas orientaciones claves para sospechar la presencia de Meningitis Bacteriana Aguda (MBA), tales como la fontanela anterior abombada y la rigidez de nuca, acompañado o no de vómitos e irritabilidad. Es imperioso realizar la primera dosis de antibiótico recomendado y realizar la REFERENCIA URGENTE, ejecutando las medidas de estabilización para un traslado seguro:

1. Mantener la vía aérea libre y permeable, con buena oxigenación. Instalar oxígeno, si

hay necesidad.

2. Mantener el estado cardiocirculatorio, con hidratación parenteral.
3. Monitorizar al niño o niña de forma clínica o con los equipos disponibles.
4. Indicar primera dosis de antibiótico recomendado por vía intravenosa, previa toma de hemocultivos, en lo posible. Si el niño o niña tiene manifestaciones hemorrágicas, la recomendación es NO administrar medicaciones por vía intramuscular.
5. Indicar una dosis de paracetamol: 15 mg/ Kg/ día, para la fiebre.
6. Prevenir la hipotermia y la hipoglicemia.

En caso de sospecha de Dengue, Fiebre Amarilla, Leptospirosis, Paludismo, Leishmaniasis o Enfermedad de Chagas entre otras enfermedades, debe procederse según Normas Nacionales de la Dirección General de Vigilancia de la Salud del MSPBS.

### ACONSEJAR:

- Lavado de manos: antes y después del contacto con el enfermo.
- Prevención de infección por gérmenes de transmisión aérea
- Saneamiento ambiental.

Para la promoción y prevención se debe proceder de acuerdo a protocolos del MSPBS.



### EJERCICIO: Caso RODOLFO

## ENFERMEDAD FEBRIL SIN FOCO APARENTE CON FACTORES DE RIESGO (AMARILLO)

Los niños o niñas que se encuentran en esta categoría requieren ser observados preferentemente por 12 horas para evaluar la evolución de la enfermedad, en un establecimiento de salud que cuente con la complejidad necesaria. En caso que el establecimiento de salud no cuente con los recursos requeridos, se realizará la REFERENCIA.

Durante el tiempo de observación se debe: disminuir la fiebre con paracetamol, verificar la tolerancia por vía oral, la micción, el estado de alerta y la aparición de nuevos signos, realizando controles cada 1 hora, además de realizar pruebas de laboratorio, en los casos que se considere necesario. Algunas pruebas que pueden resultar de utilidad en determinados pacientes son<sup>52</sup>:

- Tira Reactiva de Orina y urocultivo por técnica estéril: Es la prueba inicial para descartar Infección del Tracto Urinario (ITU) como causa bacteriana más frecuente de Fiebre sin Foco (FSF). Generalmente se recomienda en niñas y niños menores de 1 año, con fiebre igual o mayor a 39 grados, en aquellos con uropatías o nefropatías previas o en caso de FSF de duración mayor de 48 horas, aunque el pico febril sea menor de 39 grados. Si se detecta infección urinaria a través de tira reactiva de orina o análisis de orina simple y sedimento, indique la recolección de orina en un frasco estéril con técnica apropiada

52 Ares Álvarez J, Morillo Gutiérrez B. Fiebre sin foco. Rev Pediatr Aten Primaria. Supl. 2021(30):19-28.

para urocultivo, previo al inicio del tratamiento antimicrobiano.

- Hemograma: no está recomendado en las primeras horas, salvo en los que fueron clasificados en la fila roja, en inmunosuprimidos y en los niños y niñas que no están correctamente vacunados (no tienen por lo menos 2 dosis de PENTA y PVC13) por tener mayor riesgo de bacteriemia oculta.

- Reactantes de fase aguda: los marcadores más utilizados en la actualidad son la Proteína C Reactiva (PCR) y la Procalcitonina (PCT). La Procalcitonina sobre todo es útil para predecir Infección Bacteriana Grave, porque se eleva más rápidamente, pero es de difícil acceso para todos los niveles de atención.

- Hemocultivos: cuando se decide realizar tratamiento antibiótico empírico inicial, especialmente ante la sospecha de infecciones graves, en lo posible debería realizarse la toma previa de sangre para hemocultivo, en los establecimientos de salud que cuentan con frascos especiales para el efecto, a fin de obtener las muestras de sangre previamente a la administración de los antibióticos. Al referir a un niño o niña al hospital, puede ir acompañado de las muestras obtenidas para que sean procesadas posteriormente. La falta de medios para realizar la toma de hemocultivos no debe retrasar el inicio de la terapia antimicrobiana en los casos graves.

- Test de influenza o de otros virus respiratorios, especialmente en temporada epidémica, se pueden realizar para evitar otras pruebas más invasivas. Dada la aparición de la pandemia por SARS-CoV 2, se recomienda proceder de acuerdo a las Normas Nacionales de la Dirección General de Vigilancia de la Salud del MSPBS.

Una vez descartada la enfermedad grave y dado de alta el niño o niña, debe ser evaluado/a cada 24 horas para seguimiento. En todos los casos, debe enseñarse los signos de alarma, que indican cuándo debe volver de inmediato. Si no regresa, se recomienda la búsqueda activa.

En caso de sospecha de Enfermedad por Hantavirus, se procederá de acuerdo a las Normas Nacionales del MSP y BS.



## EJERCICIO: Caso ELOIDA

### ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA (AMARILLO)

Muchas enfermedades febriles eruptivas son virales y tendrán resolución espontánea. En estos casos debe ofrecerse medidas de sostén, realizar seguimiento a los 2 días y enseñar los signos de alarma que le indican cuándo debe volver de inmediato.

Es fundamental tener presente que existen enfermedades febriles eruptivas prevenibles por vacunas como Sarampión, Rubéola, Fiebre Amarilla, Varicela, entre otros. Los niños o niñas no inmunizados están en riesgo de padecerlas por lo que es fundamental

mantener las coberturas de vacunaciones recomendadas por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del MSPBS. La evaluación, clasificación y tratamiento del Manejo del Sarampión o Rubéola debe realizarse según Normas Nacionales del MSPBS.

En caso de sospecha de Dengue en Pediatría, la Guía de Manejo Clínico del Dengue del MSPBS<sup>53</sup> ofrece orientaciones acerca de la evaluación, clasificación, diagnóstico y conducta que se debe aplicar a cada una de los posibles escenarios clínicos de la enfermedad, además de orientar sobre los signos de alarma. Del mismo modo ante la sospecha de Chikungunya o sospecha de Zika se procederá según Normas Nacionales del MSPBS.

El SARS CoV 2, puede presentarse en los niños o niñas de manera diversa afectando otros sistemas además del árbol respiratorio, pudiendo presentarse con manifestaciones cutáneas diversas y como Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico (SIM-P), hasta varias semanas después de la enfermedad. En caso de sospecha de infección por SARS CoV 2, se debe proceder según protocolos del MSPBS.

### **SEGUIMIENTO: a los 2 días**

El niño o niña que se encuentra con enfermedad febril eruptiva y tratado en forma ambulatoria, debe ser evaluado/a con el esquema inicial y ser reclasificado/a en cada oportunidad.

En Dengue, la evaluación diaria debe realizarse hasta por 24 a 48 horas después del descenso de la fiebre ya que, paradójicamente en esta enfermedad, cuando baja la fiebre es el momento en el que pueden aparecer las complicaciones. Siempre que sea posible y se considere necesario, se debe solicitar un hemograma cada 48 horas y controlar la evolución del hematocrito hasta 48 horas después del descenso de la fiebre.

Si el niño o niña no es llevado a consulta de seguimiento, se recomienda realizar la búsqueda activa de los mismos.



### **EJERCICIO: Caso PAULO**

### **ENFERMEDAD FEBRIL SIN FOCO APARENTE (AMARILLO)**

En caso de los niños o niñas clasificados en este grupo y que no presentan criterios de las filas anteriores, se debe enfatizar la importancia de vigilar la aparición de signos de alarma, con indicación de volver rápidamente al establecimiento de salud en caso de presentar alguno de ellos.

Toda vez que el niño o la niña reúna condiciones para ser tratado/a en el hogar, se indicarán medidas de sostén:

Reposo.

Líquidos por vía oral: leche, jugos de frutas naturales, suero oral (sales de rehidratación oral). Debe tenerse precaución con la administración de abundante cantidad de agua en

<sup>53</sup> Guía de Manejo Clínico del Dengue del MSPBS Disponible en [https://www.mspbs.gov.py/dependencias/imt/uploads/Documento/dengue\\_2012.pdf](https://www.mspbs.gov.py/dependencias/imt/uploads/Documento/dengue_2012.pdf)

forma exclusiva, sin sales, ya que puede causar desequilibrio hidroelectrolítico.

Paracetamol: dosis de 10 a 15 mg/ kg/ dosis, se puede repetir hasta cada seis horas, si persiste la fiebre. Se puede sustituir el paracetamol, en caso de antecedentes de convulsiones febriles o extremo disconfort por la fiebre, por Diprofona: 10 a 15 mg/ kg/ dosis. La administración se puede repetir hasta cada 6 horas, si persiste la fiebre.

Medios físicos: cuando se decide colocar paños húmedos o realizar un baño, éste debe ser realizado con agua templada (tibia), buscando el bienestar del niño o la niña. No se debe sobreabrigar, pero tampoco desabrigar, vestirlo de acuerdo a la temperatura ambiental. El ambiente debe ser confortable, sin corrientes de aire en los días fríos y en los días calurosos tratar de permanecer en lugares frescos; en lo posible debe mantenerse una temperatura entre 22°C y 24°C.

Debe enseñarse a la madre, padre o cuidador, cómo identificar los signos de alarma que le indican cuándo debe volver inmediatamente.



## EJERCICIO: Caso MAURICIO

### CONSULTA DE SEGUIMIENTO

Citar para consulta de seguimiento

-Niños y niñas con Fiebre sin Foco aparente y CON factores de riesgo, a quienes se haya indicado tratamiento en el hogar serán citados a las 24 horas.

-Niños con Fiebre sin foco aparente y SIN factores de riesgo, serán citados a los 2 días.

#### PREGUNTAR:

- ¿Cómo ve el estado de ánimo del niño o niña?
- ¿Cuántos días de fiebre tiene desde el inicio de la enfermedad?
- ¿Cómo se está alimentando? ¿Toma los líquidos recomendados?

#### VERIFICAR:

- Estado general del niño o niña y signos generales de peligro (vomita todo o no puede beber, tiene o tuvo convulsiones, está letárgico o inconsciente)
- Evaluar en forma completa de acuerdo a la estrategia AEIPI y verificar la presencia de signos de alarma (manchas o sangrados en la piel, rigidez de nuca, abombamiento de la fontanela anterior, fijación de la mirada).

#### DETERMINAR:

- Si el niño o niña presenta cualquier signo general de peligro, algún signo de alarma o presenta criterios para ser clasificado/a como ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE, se lo debe REFERIR URGENTEMENTE al Hospital, aplicando las medidas de estabilización para un traslado seguro.
- Cuando persiste la fiebre después de 48 horas y no puede identificarse un foco aparente, se realizará la REFERENCIA AL HOSPITAL.

- Si ya se completaron 7 días desde el inicio de la fiebre, se realizará la REFERENCIA AL HOSPITAL.
- Al identificar la causa de la fiebre, administrar el tratamiento correspondiente a la enfermedad.

## SIGNOS DE ALARMA EN UN NIÑO O NIÑA CON FIEBRE

Al explicar los signos de alarma, debe utilizarse un lenguaje claro y sencillo para explicar cuáles podrían ser las manifestaciones que requieren una consulta urgente. Es preciso dejarlo por escrito, junto con las indicaciones médicas y las dosis de los fármacos, para evitar errores. Es aconsejable cerciorarse que la madre, padre o cuidador haya entendido esta información.

### SIGNOS DE ALARMA CUÁNDO DEBE VOLVER DE INMEDIATO:

- Algún signo general de peligro:
  - bebe mal o no puede beber ni tomar el pecho.
  - está letárgico/a o inconsciente.
  - tiene o tuvo convulsiones o ataques.
  - vomita todo.
  - No mejora o empeora.
- Persiste la fiebre.
- Mal estado general (no le ve bien).
- Fijación de la mirada.
- Abombamiento de la fontanela anterior.
- Aparición de sangrados espontáneos: hematomas o petequias (puntos rojos en la piel).

Nota: Casi todas las patologías mencionadas anteriormente son Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO), debiendo reportarse el caso al referente epidemiológico local o regional y realizar el llenado completo y correcto de la ficha de notificación correspondiente.

## 6.4. CLASIFICAR Y TRATAR FIEBRE Y/O TOS MAYOR DE 15 DÍAS

Se ha señalado que el niño o niña con fiebre mayor de 7 días debe ser referido a un establecimiento de salud que cuente con la complejidad necesaria para ser estudiado debidamente a fin de determinar la causa y realizar el tratamiento correspondiente. Una de las causas puede ser la Tuberculosis (TB) que es un problema muy importante de Salud Pública. El MSPBS a través del Programa Nacional de Control de Tuberculosis cuenta con protocolos de manejo, evaluación, clasificación y tratamiento de los casos. La administración de la medicación antibacilar debe realizarse por un profesional de la salud, en el establecimiento de salud más cercano al domicilio del paciente. En casos excepcionales, se permitirá la administración de los antibacilares por un familiar responsable. Si la enfermedad no es tratada oportunamente, puede llegar a ser mortal. El diagnóstico de la tuberculosis en los niños y niñas se basa en la evaluación exhaustiva de todas las pruebas derivadas de la historia clínica, antecedente de contacto con tosedores crónicos, el examen físico y la Prueba de Genexpert, que detecta la presencia de micobacterias y confirma la sospecha clínica. Esta prueba puede ser realizada con

muestras de secreciones bronquiales y de otros sitios anatómicos tales como aspirado de ganglios, líquido gástrico, heces, LCR, líquido pleural, líquidos articulares, teniendo en cuenta que la enfermedad en los niños y niñas puede ser de localización extrapulmonar.

En general en los adultos se pueden obtener muestras de secreción bronquial a través de la expectoración. Los niños y niñas no saben expectorar, por lo que en menores de 10 años se recomienda obtener muestras de líquido gástrico aspirado, para ser evaluados con la prueba Genexpert. La baciloscopia sigue siendo un método útil para detectar Bacilos Ácido Alcohol Resistentes (BAAR), aunque con menor sensibilidad que el Genexpert.

### **ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE O PROBABLE ENFERMEDAD POR TUBERCULOSIS O TUBERCULOSIS ACTIVA (ROJO)**

La enfermedad por Tuberculosis o TB activa, significa que la infección se ha activado y el niño o niña presenta síntomas y signos. Cuando se localiza en los pulmones el enfermo es transmisor del bacilo de la TB a otras personas, a través de las secreciones bronquiales, por tanto, es muy importante la evaluación de los contactos.

Se clasifica en esta categoría cuando presenta cualquier signo general de peligro y/o DOS o más de los siguientes criterios:

Historia de contacto con TB.

Fiebre mayor de 15 días.

Tos mayor de 15 días.

Adenopatía periférica.

No ganancia adecuada o pérdida de peso

Afectación de otros órganos

Rigidez de nuca.

Los niños y niñas clasificados en esta categoría deben ser REFERIDOS URGENTEMENTE al Hospital, para ser evaluados, hospitalizados si tienen criterios e iniciar la terapia antibacilar. Para evaluación, diagnóstico y tratamiento se aplicará la Guía Nacional para el manejo de la Tuberculosis<sup>54</sup>.

### **PROBABLE INFECCIÓN POR TB, TB LATENTE**

La infección por TB, denominada primoinfección tuberculosa o fase latente, significa que el *Mycobacterium tuberculosis* ha ingresado al organismo, pero la infección no se ha activado. Los criterios para clasificar a estos niños y niñas son:

Tiene antecedentes de contacto con TB

No presenta ningún criterio de la fila roja.

No tiene un proceso pulmonar activo o reciente.

Se debe remitir a un establecimiento de salud de referencia para estudios (Genexpert) y según la Guía Nacional para el Manejo de la Tuberculosis, decidir la administración de

54 Guía Nacional para el manejo de la Tuberculosis. MSPBS. DGVS. PNCT. XV Edición. Marzo 2018. Disponible en: [https://dgvs.mspbs.gov.py/webdgvs/views/paginas/webtb/docs/guia\\_nacional\\_tb\\_interior\\_2018.pdf](https://dgvs.mspbs.gov.py/webdgvs/views/paginas/webtb/docs/guia_nacional_tb_interior_2018.pdf)

fármacos, seguimiento, indicar signos de alarma para volver de inmediato y cuidados en el hogar.

## **NO TIENE TUBERCULOSIS (AMARILLO)**

Se clasifica en este grupo a los niños y niñas con tos y/o fiebre de más de 15 días, con los siguientes criterios:

No tiene historia de contacto con TB.

No presenta ninguno de los criterios anteriores.

Los niños y niñas con fiebre y/o tos de más de 15 días deben ser REFERIDOS a un establecimiento de salud, que cuente con la complejidad necesaria para investigar la causa. Deben investigarse neoplasias, colagenopatías, enfermedades autoinmunes, cardiopatías, además de otros procesos infecciosos.

## **7. EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR PROBLEMAS DE OÍDO**

Un niño o niña con problema de oído puede tener una infección que provoca la inflamación del mismo, produciendo lo que se denomina OTITIS. Esta inflamación puede ocurrir en los diferentes compartimientos del oído: oído externo, oído medio y oído interno. Cada sección tiene características estructurales y funcionales diferentes.

Cuando ocurre una infección en el oído, puede acumularse pus detrás del tímpano (oído medio), causando dolor y a menudo fiebre. La fiebre y otros síntomas acompañantes probablemente cesen con el correr de los días, pero el niño o la niña puede quedar con secuelas: hipoacusia - no oír bien - porque el tímpano está perforado e incluso, sordera. También pueden presentarse otras complicaciones, cuando no se realiza el tratamiento de la infección, pudiendo extenderse a tejidos vecinos y estructuras del encéfalo.

Si la infección se extiende desde el oído al hueso mastoideo - apófisis mastoidea, ubicada detrás de la oreja - causa MASTOIDITIS (osteomielitis del hueso mastoides). La infección del oído también puede extenderse a otras estructuras vecinas y causar sinusitis, absceso cerebral y meningitis. Estas dos últimas, son consideradas enfermedades graves, que requieren atención urgente y la necesidad de referir al niño o niña a un establecimiento de salud con la complejidad de atención necesaria.

Salvo que haya alguna complicación, la OTITIS rara vez causa la muerte, pero ocasiona muchos días de enfermedad y es la causa principal de sordera en los países en desarrollo, lo que ocasiona al niño o niña problemas de desarrollo y de aprendizaje en la escuela.

En este módulo, se tratarán principalmente las afecciones del oído medio (OTITIS MEDIA) y de estructuras contiguas a él, MASTOIDITIS (infección del hueso o apófisis mastoides). En el Cuadro de Procedimientos, lo descrito en las columnas EVALUAR y CLASIFICAR, sirven de ayuda para reconocer los problemas debidos a infecciones del oído.

### **7.1. EVALUAR PROBLEMAS DE OÍDO**

En un niño o niña con problemas de oído se deben evaluar:  
Dolor de oído

Presencia o no de supuración del oído.

Tiempo de supuración, si presenta.

Presencia de tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja (signo de mastoiditis).



### En todos los casos, PREGUNTE:

- ¿Tiene un problema de oído?

Si la respuesta es NO, será registrada en la Historia Clínica, pero no debe dejar de evaluarse el oído. Si la respuesta es SÍ, se proseguirá con la siguiente pregunta.

- ¿Tiene dolor de oído?

El dolor de oído (en guaraní: apysa rasy) puede indicar que tiene una infección de oído. Si la madre, padre o cuidador de el niño o la niña no está seguro si hubo o hay dolor de oído, pregúntele si el niño o niña ha estado irritable (llanto más frecuente de lo habitual) y si se ha estado restregando la oreja o la cabeza.

- ¿Le está supurando el oído?

La supuración del oído es también un signo de infección y generalmente se debe a que la infección tiene su origen por detrás del tímpano, lo cual corresponde al oído medio y se denomina entonces, OTITIS MEDIA.

Al preguntar sobre la presencia o no de supuración del oído en el niño o niña, debe utilizarse un lenguaje sencillo, con palabras que la madre, el padre o cuidador pueda comprender. En caso afirmativo pregunte:

- ¿Desde cuándo supura el oído?

Tal vez la madre, el padre o cuidador necesite tiempo para recordar desde cuándo empezó a supurar el oído y por ello, se le debe otorgar el tiempo necesario para que pueda responder. Se podrían nombrar fechas importantes, como feriados o festividades como referencia reciente, para ayudar a recordar desde cuándo inició la supuración. Con base al tiempo en que haya estado supurando, se clasificará y tratará el problema de oído:

- Una supuración de oído con duración menor a 2 semanas se considera como OTITIS MEDIA AGUDA.

- Una supuración de oído con una duración mayor o igual a 2 semanas se considera como OTITIS MEDIA CRÓNICA.

Es probable que el episodio sea a repetición, por lo cual es importante determinar si hubo eventos similares en los últimos 4 meses.



### En todo niño o niña OBSERVE y DETERMINE:

- Si hay supuración de oído

La supuración que sale del oído es un signo de infección, incluso si el niño ya no siente dolor. Se observará el oído para ver si presenta supuración y se realizará de ser posible, una revisión con el otoscopio, si el instrumento está disponible en el establecimiento de salud local.

- Si hay tumefacción dolorosa detrás de la oreja

Palpando por detrás de ambas orejas y comparando entre ambas, se podrá decidir si hay tumefacción dolorosa del hueso mastoideo. Este signo debe ser diferenciado de la inflamación de ganglios linfáticos ubicados en esa zona.

- Si el tímpano está rojo y/o con pérdida del triángulo luminoso, opaco y/o abombado

La técnica de visualización del tímpano se realiza con el otoscopio. Primero debe ser examinado el oído no doloroso.

Para determinar infección del oído usando otoscopio es necesaria la capacitación del profesional de salud y la disponibilidad del equipo en el establecimiento de salud.

### 7.3. CLASIFICAR PROBLEMAS DE OÍDO

#### MASTOIDITIS (ROJO)

Cuando se palpa una tumefacción dolorosa detrás de la oreja, se clasifica como MASTOIDITIS. Debe haber tumefacción y dolor en el hueso mastoideo para clasificar un caso como MASTOIDITIS, que es manifestación de infección profunda del hueso (osteomielitis).

#### OTITIS MEDIA AGUDA (AMARILLO)

Si se determina que hay afección de oído por menos de dos semanas; se observa supuración en el oído del niño o niña, o hay dolor de oído, o con la otoscopia se observa que el tímpano está rojo, opaco y/o con pérdida del triángulo luminoso y/o abombado, se clasifica la enfermedad como OTITIS MEDIA AGUDA.

#### OTITIS MEDIA CRÓNICA (AMARILLO)

Al observar que el oído del niño o niña presenta supuración y que ha estado así durante dos semanas o más, o que ha sido el segundo episodio en menos de 4 meses, aunque no presente dolor al momento de la evaluación, se clasifica el problema como OTITIS MEDIA CRÓNICA.

## 7.3. TRATAR PROBLEMAS DE OÍDO

### MASTOIDITIS (ROJO)

Al clasificar al niño o niña con mastoiditis, el profesional de salud debe:

- REFERIR URGENTEMENTE al niño o niña a un Hospital siguiendo las medidas de estabilización para un traslado seguro.
- Administrar la primera dosis de antibiótico apropiado.
- Calmar el dolor y/o la fiebre con paracetamol: 10 a 15 mg/ kg/ dosis.

### OTITIS MEDIA AGUDA (AMARILLO)

La amoxicilina sigue siendo el antibiótico de elección, de primera línea. Se recomienda porque es un antimicrobiano efectivo, fácil de administrar y de bajo costo. Dosis: 100 mg/ kg/ día, fraccionada en 3 dosis al día (una dosis cada 8 horas) por 10 días.

La amoxicilina asociada a un inhibidor de la betalactamasa (ácido clavulánico o sulbactam), se considera como segunda opción y se indica toda vez que no se encuentre disponible en el establecimiento de salud o haya fracaso con el antibiótico de primera línea, siempre y cuando no se evidenciaron complicaciones o enfermedades graves.

En caso de alergia a la Amoxicilina se optará por uno de los macrólidos, que se encuentre disponible:

MACRÓLIDOS		
EDAD o PESO	CLARITROMICINA Dosis: 15 mg/ kg/ día, por 10 días	AZITROMICINA Dosis: 10 mg/ kg/ día, por 5 días
	Suspensión: 250 mg en 5 ml	Suspensión: 200 mg en 5 ml
6 m a 11 meses 7,5 Kg	1 ml cada 12 horas	2 ml cada 24 horas
1 año a 1 a 11 m 10 Kg	1,5 ml cada 12 horas	2,5 ml cada 24 horas
2 años a 2 a 11 m 12,5 Kg	2 ml cada 12 horas	3 ml cada 24 horas
3 años a 3 a 11 m 15 Kg	2,5 ml cada 12 horas	4 ml cada 24 horas
4 años a 5 años 20 kg	3 ml cada 12 horas	5 ml cada 24 horas

Los macrólidos pertenecen a un grupo de antibióticos, entre los cuales se encuentran:

- Eritromicina: 50 mg/ kg/ día, fraccionado en 4 dosis por 10 días, o
- Claritromicina 15 mg/ kg/ día fraccionada en 2 dosis diarias (una dosis cada 12 horas) por 10 días, o
- Azitromicina: 10 mg/ Kg/ día cada 24 horas por 5 días.

### Además del antibiótico **ACONSEJAR:**

- Calmar el dolor con paracetamol: 10 a 15 mg/ kg/ dosis. Se puede repetir cada 6 horas, según necesidad.
- Secar el oído, superficialmente, con un paño suave, limpio, de tela de algodón; por lo menos 3 veces al día, hasta que el oído quede seco. Así mismo se indicará el cambio y lavado de los paños de tela, cada vez que sean utilizados.
- Para la higiene o secado del oído, no utilizar ningún instrumento, palillo o aplicador con algodón en la punta (cotonete) ,ni papel delgado que pueda deshacerse y quedar dentro del oído.
- No utilizar gotas, aceites ni otras sustancias.
- Evitar que se sumerja en el agua durante el tratamiento, pues no debe entrar agua al oído.
- Orientar sobre los signos de alarma, que indican cuándo volver de inmediato.
- Volver a consulta de seguimiento a los 5 días.

### **SIGNOS DE ALARMA CUÁNDO DEBE VOLVER DE INMEDIATO:**

- Cualquier signo general de peligro.
- Tumoración dolorosa detrás de la oreja.
- Irritabilidad
- Persistencia o aparición de fiebre de 38°C o más.

### **CONSULTA DE SEGUIMIENTO: 5 DÍAS**

#### **PREGUNTAR:**

- ¿Cómo sigue el dolor?
- ¿Cómo sigue la supuración?
- ¿Qué inconvenientes tuvo para administrar la medicación?
- ¿Cuántos grados de temperatura tuvo? ¿Tuvo fiebre?

#### **VERIFICAR:**

- Presencia de signos generales de peligro y si está irritable.
- Presencia de dolor y/o tumefacción detrás de la oreja
- Temperatura axilar.

#### **DETERMINAR:**

- Si ha mejorado el dolor y/o la supuración, se elogiará a la madre, padre o cuidador y se aconsejará que continúe con la misma medicación hasta completar el tratamiento por 10 días.
- Si continúa igual, recibiendo el tratamiento con Amoxicilina; entonces se debe indicar la medicación de segunda línea: Amoxicilina asociada al Ácido clavulánico o sulbactam, si no fue administrada previamente.
- REFERIR AL NIÑO O NIÑA con una dosis previa de antibiótico recomendado por vía parenteral, si presenta:
  - Persistencia de síntomas después de 48 horas de la administración del antibiótico de segunda línea.
  - Presencia de tumefacción dolorosa detrás de la oreja: MASTOIDITIS. Al palpar detrás

de las orejas, se percibe tumefacción dolorosa, comparando con el lado opuesto.  
- Aparición o persistencia de fiebre: puede ser manifestación de una complicación por extensión de la infección a estructuras vecinas (meningitis o absceso cerebral).



## EJERCICIO: Caso AMADO

### OTITIS MEDIA CRÓNICA (AMARILLO)

Casi todas las bacterias que causan infección crónica de oído, son diferentes de las que causan infección aguda de oído. Por esta razón, los antibióticos de administración oral no son generalmente eficaces contra las infecciones crónicas de oído. Un niño o niña con OTITIS MEDIA CRÓNICA, requiere de atención especializada.

- Remita al niño o niña, en forma programada, a un Hospital donde podrá ser atendido/a por el especialista, ya que la audición podría disminuir si no se resuelve la enfermedad.
- Aconseje a la madre, padre o cuidador que mantenga seco el oído enfermo y enseñe los pasos a seguir.

#### ACONSEJAR:

SECADO DE LA PARTE EXTERNA DEL OÍDO CON UN PAÑO DE ALGODÓN, SUAVE Y LIMPIO:

- Lavarse las manos.
- Con un paño limpio, secar la secreción que sale del oído, en la parte externa, hasta que esté seco.
- No introducir el paño en el conducto auditivo.
- Repetir el procedimiento, por lo menos 3 veces al día, hasta que el oído esté limpio y seco.
- Lavarse las manos.

#### VERIFIQUE:

- Que la madre, padre o cuidador, comprendió las indicaciones realizadas, enunciando preguntas de verificación:
  - ¿Qué materiales usará para secar el oído en casa?
  - ¿Cuántas veces al día secará el oído?
  - ¿Qué otro elemento podrá introducir al oído?
- Si comprendió el procedimiento; en ese caso permita que practique, elogie lo que hace bien y corrija si hace falta.
- Si existe algún problema para realizar el procedimiento, ofrezca opciones para resolver la dificultad.
- Cuál sería el lugar más cercano para llevar al niño o niña a la consulta especializada.



## EJERCICIO: Caso CARMEN

## 8. EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR PROBLEMAS DE GARGANTA

Cuando los niños o niñas presentan una infección de garganta o faringe, la mayoría de las veces, el agente causal es un virus. Sin embargo, en algunos casos, la infección de garganta puede ser causada por bacterias y la más frecuente es el Estreptococo Beta Hemolítico del grupo A (EBHA). Estas infecciones de garganta de origen bacteriano suelen presentarse, principalmente, en los niños o niñas mayores de 2 años de edad y es muy poco probable que ocurra en menores de 2 años, en los que frecuentemente tienen origen viral.

La infección de garganta de causa bacteriana es menos frecuente de lo que se piensa y cuando se presenta en los niños o niñas pequeños/as - especialmente en menores de 2 años - no lleva por lo general, a la aparición de una de sus complicaciones más temidas que es la Fiebre Reumática. Esta complicación es tardía y posterior a la infección de garganta por EBHA y se presenta con más frecuencia en la edad escolar.

Si la infección bacteriana no es tratada adecuadamente, puede haber complicaciones purulentas que incluyen otitis media aguda, sinusitis, abscesos periamigdalinos y retrofaríngeos y adenitis cervical supurada.

Aunque se sabe que las infecciones de garganta son en su mayoría virales, siguen siendo una de las principales causas de uso indiscriminado o abuso de antibióticos. Por ello, es importante realizar el diagnóstico adecuado de los problemas de garganta y realizar la indicación de antibióticos únicamente en los casos necesarios.

### 8.1. EVALUAR PROBLEMAS DE GARGANTA

Para evaluar problemas de garganta en los niños o niñas, se podrá recurrir al Cuadro de Procedimientos, en el cual se encuentran las indicaciones para preguntar, observar, determinar y luego CLASIFICAR.

Todo niño o niña con problema de garganta debe ser evaluado para determinar si presenta:

- Exudados blancos en la garganta.
- Garganta eritematosa o roja.
- Inflamación de la garganta con placas y/o membranas grisáceas.
- Ganglios linfáticos del cuello, aumentados de tamaño y dolorosos.



**En todos los casos, PREGUNTE:**

- ¿Tiene algún problema de garganta?

Cuando un niño o niña tiene algún problema de garganta, por lo general la manifestación o el síntoma más frecuentemente referido por la madre, padre o cuidador es el dolor de garganta (en guaraní = ahy'o rasy).

La respuesta podrá ser que NO tiene problemas de garganta y en ese caso se registrará

la respuesta y se seguirá la secuencia de la estrategia, pasando a evaluar el estado nutricional. Si la respuesta es SÍ, entonces se procederá a evaluar el problema de garganta. El profesional de salud debe utilizar Elementos de Protección Individual (EPI), recomendados para cada caso.



### Si tiene problemas de garganta, **OBSERVE y DETERMINE**

- ¿Tiene la garganta exudados blancos o está eritematosa (roja)?

Los niños y niñas pequeños/as no podrán realizar una apertura bucal apropiada para visualizar la garganta, por ello es necesario utilizar instrumentos descartables - baja lengua o depresor lingual - de extremos redondeados, limpios, lisos, suaves y firmes, para realizar la observación.

Los niños y niñas más grandes podrán colaborar realizando una buena apertura de la boca y apoyado con suficiente iluminación, se podrá observar la presencia de exudados blancos, especialmente en la parte posterior y a los lados de la garganta, y/o visualizar un enrojecimiento difuso. En este último caso, se dice que la garganta está eritematosa (roja), lo cual sugiere inflamación.

- ¿Tiene la garganta placas o membranas?

Al examinar la garganta del niño o niña, podrá determinarse si además de inflamación, existen placas o membranas que pueden ser de aspecto delgado y color grisáceo como una telaraña y que - si están adheridas a las paredes de la garganta y provocan sangrado al tratar de separarlas - sugieren **SOSPECHA DE DIFTERIA**.

- ¿Tiene en el cuello ganglios dolorosos y aumentados de tamaño?

Al palpar el cuello del niño o niña con problemas de garganta se tratará de identificar los ganglios que se encuentran en la parte anterior del cuello para determinar si están aumentados de tamaño y si son dolorosos.

Cuando los ganglios son dolorosos y la inflamación se extiende a los tejidos vecinos provocando un aumento en el diámetro del cuello, dando el aspecto de “cuello de toro”, probablemente es un caso de **DIFTERIA**.

Si los ganglios no están tumefactos (aumentados de tamaño) ni dolorosos y la garganta está roja o eritematosa, el problema de garganta se clasifica como **FARINGITIS VIRAL**.

## **8.2. CLASIFICAR PROBLEMAS DE GARGANTA**

Existen 3 clasificaciones para el problema de garganta:

## **SOSPECHA DE DIFTERIA (ROJO)**

Cuando un niño o niña presenta inflamación de la garganta junto con placas y/o membranas grisáceas con las características descritas, y aspecto de cuello de toro, se debe sospechar de inmediato que es un probable caso de DIFTERIA.

## **FARINGOAMIGDALITIS AGUDA SUPURADA (AMARILLO)**

Si además del dolor de garganta, se observa en la misma un exudado blanco y se palpan en la parte anterior del cuello, ganglios linfáticos dolorosos y aumentados de tamaño, se clasifica la enfermedad como FARINGOAMIGDALITIS AGUDA SUPURADA. Debe tenerse en cuenta que esta clasificación es muy rara antes de los 2 años de edad.

### **FARINGITIS VIRAL (VERDE)**

Cuando se encuentra la garganta eritematosa o roja, hay dolor, pero no se palpan en el cuello ganglios linfáticos dolorosos o aumentados de tamaño, clasifique el problema como FARINGITIS VIRAL.

## **8.3. TRATAR PROBLEMAS DE GARGANTA**

### **SOSPECHA DE DIFTERIA (ROJO)**

Ante un caso sospechoso de Difteria, se realizará la REFERENCIA URGENTE al Hospital más cercano, ya que es una enfermedad grave que puede progresar y causar daño en órganos internos. Se debe comunicar la sospecha diagnóstica al profesional de salud que va a recibir al niño o niña.

A la vez se comunicará al referente local o regional de epidemiología para que puedan realizarse las medidas correspondientes; pesquisa de otros casos posibles en la comunidad o contactos con el niño o niña enfermo/a, verificando la situación de salud y el estado de vacunación de cada uno de ellos.

En todo momento deben tomarse precauciones de bioseguridad y seguir las medidas de estabilización para un traslado seguro.

### **FARINGOAMIGDALITIS AGUDA SUPURADA (AMARILLO)**

El tratamiento de la Faringoamigdalitis aguda supurada se basa en:

- Indicar antibióticos:
  - Primera opción: Amoxicilina y segunda opción: Amoxicilina + inhibidor de betalactamasa. Dosis de amoxicilina: 100 mg/ kg/ día, fraccionado cada 8 horas por 10 días.
  - Otra opción terapéutica, es la Penicilina Benzatínica, para los niños y niñas mayores de 2 años de edad y con más de 14 kilos de peso; siempre que no sea conocido como alérgico a la penicilina. El tratamiento se realiza con una sola dosis, por vía intramuscular, en el servicio de salud.
  - Si es alérgico a la penicilina o sus derivados (ej. amoxicilina, ampicilina o cefalosporinas) se recomienda el uso de MACRÓLIDOS. Las opciones son:
    - Eritromicina: 40 mg/ Kg/ día, fraccionado cada 6 horas, por 10 días, o

- Claritromicina: 15 mg/ kg/ día, fraccionado cada 12 horas, por 10 días, o
- Azitromicina: 10 mg/ kg/ día, dosis única diaria, por 5 días.

Otras medidas incluyen:

- Aliviar el dolor de garganta o la fiebre con paracetamol.
- Enseñar los signos de alarma para volver de inmediato.
- Citar a consulta de seguimiento a los 7 días.

### SIGNOS DE ALARMA CUÁNDO DEBE VOLVER DE INMEDIATO:

- Cualquier signo general de peligro.
- No puede alimentarse.
- Persiste la fiebre.
- Aumenta la inflamación de los ganglios del cuello.
- Tiene dificultad para respirar.

### CONSULTA DE SEGUIMIENTO: 7 días

#### PREGUNTAR:

- ¿Cómo se alimenta?
- ¿Cómo está respirando?
- ¿Sigue la fiebre?
- ¿Cómo realizó el tratamiento indicado?
- ¿Qué inconvenientes tuvo para realizar el tratamiento?

#### VERIFICAR:

- Estado general del niño o niña y signos generales de peligro (vomita todo o no puede beber, tiene o tuvo convulsiones, está letárgico o inconsciente)
- Presencia o no de exudados blanquecinos en la garganta.
- Palpación de ganglios del cuello, verificar si están aumentados de tamaño y son dolorosos.

#### DETERMINAR:

Si la madre, padre o cuidador refiere que el niño o niña recibió el tratamiento indicado, pero la fiebre persiste, los ganglios están aumentados de tamaño o no puede alimentarse bien; se debe REFERIR al Hospital para determinar si no existe otra entidad nosológica que cause la persistencia de los síntomas.

Si el niño o niña ya no tiene fiebre, los ganglios no son dolorosos ni aumentaron de tamaño y se alimenta adecuadamente, debe felicitar a la madre, padre o cuidador y decirle que complete el tratamiento antibiótico 10 días, enseñarle los signos de alarma y citarle a una siguiente consulta de control al término del tratamiento.

### FARINGITIS VIRAL (VERDE)

La Faringitis viral puede ir o no acompañada de otros síntomas respiratorios como tos o resfriado. En general, los síntomas ceden en pocos días.

## ACONSEJAR: ALIVIAR EL DOLOR DE GARGANTA Y LA TOS:

- Lavarse las manos frecuentemente, sobre todo antes y después de tocar al niño o niña y/o sus secreciones.
- Limpiar la nariz obstruida, si tiene secreciones. Para ello, puede preparar salmuera con agua natural y sal, para poner una gotita en cada fosa nasal.
- Indicar la posición semisentada para el reposo del niño o niña.
- Indicar alimentación según la edad y aumento de líquidos. En los menores de 1 año dar leche materna a demanda. Es el mejor calmante. En los niños y niñas que no reciben alimentación con leche materna, se puede ofrecer leche tibia.
- Administrar una dosis de paracetamol: 10 mg /kg/ dosis para calmar el dolor o la fiebre. Se puede repetir cada 6 horas.
- No administrar otras medicaciones. Evitar antitusígenos, mucolíticos y descongestivos o gotas nasales que contienen medicamentos.
- Eliminar focos de contaminación ambiental: cigarrillos y braseros (encenderlos y apagarlos fuera de la vivienda).
- Enseñar los signos de alarma para volver de inmediato.
- Citar para consulta de seguimiento a los 7 días.



### EJERCICIO: Caso ANDRÉS

# CAPÍTULO 6

## Atención al niño o niña de 2 meses a 5 años de edad

### PARTE II

*En el Capítulo 5 se presentó la evaluación de cinco síntomas principales, a continuación, se dan instrucciones para evaluar el estado nutricional y la alimentación del niño o niña, la presencia o no de anemia, vigilar el proceso de desarrollo neurológico y aconsejar sobre el esquema de vacunación propuesto por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Al finalizar la evaluación, se tendrá una visión objetiva y completa del estado de salud del niño o niña permitiendo realizar orientaciones precisas de acuerdo a cada caso en particular.*

### 1. EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN Y/O NUTRICIÓN

Los hábitos alimentarios saludables son importantes a lo largo de toda la vida, en la madre, su estado nutricional es importante antes y durante la gestación y en el niño o la niña, desde los 2 primeros años de edad, iniciando con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses y luego continuada y acompañada de otros alimentos recomendados para la edad.

Siendo la nutrición un factor crítico para el buen crecimiento y desarrollo del niño o niña, su deficiencia o su exceso en calidad y cantidad durante ese tiempo, tiene consecuencias a menudo irreversibles<sup>55</sup>.

El profesional de salud es un actor social clave para el logro de un entorno saludable en la comunidad, donde los integrantes puedan desarrollarse en equilibrio y plenitud propiciando el rol protagónico de los mismos, en acciones que les beneficien. Debe estar atento ante cualquier condición que establezca un problema de salud y entre ellos la malnutrición que abarca tanto el déficit en el crecimiento (desnutrición), como el exceso de peso (sobrepeso u obesidad) de los niños y niñas, ya que generan repercusiones en la salud a corto y largo plazo.

### DESNUTRICIÓN

Desde hace unas décadas, existe un marco conceptual de las relaciones entre pobreza, inseguridad alimentaria y otros determinantes de desnutrición materno-infantil y sus consecuencias a corto y largo plazo. Entre ellos se citan como determinantes inmediatos del estado nutricional del niño o niña, la alimentación y el estado de salud, ambos muy interrelacionados entre sí, ya que un niño o niña enfermo/a se alimenta poco y cuando se alimenta en poca cantidad y calidad, se desnutre.

<sup>55</sup> Introducción de las Guías Alimentarias del Paraguay para el niño menor de 2 años.

Estos determinantes inmediatos están a su vez influenciados por determinantes subyacentes que se manifiestan a nivel del hogar; seguridad alimentaria, influenciada por la pobreza, prácticas adecuadas de alimentación, cuidado, crianza y estimulación: a través de un vínculo seguro, cercano y sano con los padres o cuidadores del niño o niña, sobre todo en los primeros años de vida, entorno y medio ambiente saludables: agua, saneamiento, higiene, atención médica, vivienda adecuada.

Finalmente, ellos están influenciados por determinantes básicos que incluyen: acceso del grupo familiar a recursos adecuados en educación, empleo, ingresos, acceso a la tecnología, adecuado capital humano, financiero, físico y social, contexto socio-cultural, económico y político.

La desnutrición infantil refleja una problemática compleja y difícil de resolver. Los niños y niñas con desnutrición tienen más riesgo de enfermarse gravemente y morir; y aquellos que sobreviven, no podrán alcanzar el máximo potencial de sus habilidades, con riesgo de presentar retrasos motores, cognitivos y del comportamiento, ya que el desarrollo cerebral - sobre todo en los primeros años - se ve afectado de acuerdo a la gravedad de la desnutrición. Esto último se expresa en una disminución de la capacidad de aprendizaje y desarrollo, así como también en el déficit de otras funciones necesarias para lograr la salud y una vida productiva.

La desnutrición en todas sus formas, tempranamente en la vida, tiene consecuencias importantes para futuros resultados educativos, de ingresos, de productividad y desarrollo humano.

## **CLASIFICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN:**

### **POR ETIOLOGÍA:**

- **Primaria:** causada por carencia exógena de alimentos. El niño o niña recibe un insuficiente aporte de proteínas y/o calorías necesarias para satisfacer las necesidades fisiológicas de su organismo.
- **Secundaria:** a enfermedades, como las que se manifiestan con Síndrome de malabsorción, que interfieren con la digestión, absorción o utilización de los nutrientes (Enfermedad celíaca, Fibrosis quística, Alergia a las proteínas de la leche de vaca, Parasitosis Intestinal, etc.) o que generan pérdidas excesivas de nutrientes como algunos casos de cardiopatías congénitas, entre otras.
- **Mixta:** cuando coexisten ambas situaciones.

### **POR EVOLUCIÓN Y CAPACIDAD ADAPTATIVA DEL NIÑO O NIÑA:**

- **Desnutrición Global:** es el déficit de peso en relación a la edad:  $\text{Peso/Edad}$ . Se produce como resultado de desequilibrios nutricionales pasados y recientes. Se considera que un niño o niña de determinada edad tiene peso insuficiente, cuando su peso está por debajo del mínimo esperado para esa edad, de acuerdo a los patrones de crecimiento establecidos para una determinada población.

En este caso el puntaje  $z$   $\text{Peso/Edad}^{56}$  es inferior a (-) 2 Desviaciones Estándar<sup>57</sup> (DE) con respecto a la mediana de peso de la población de referencia, o percentil<sup>58</sup> 3 en niños o niñas menores de 5 años. Se la conoce también por bajo peso.

- **Desnutrición Aguda:** La desnutrición aguda es el resultado de desequilibrios nutri-

cionales recientes y se refleja en la relación entre el peso del niño o niña y su talla. Se considera que existe desnutrición aguda, si el puntaje z de Peso/Talla es inferior a (-) 2 DE con respecto a la mediana de la población de referencia. Se la conoce también por emaciación.

- **Desnutrición Crónica:** La desnutrición crónica es el resultado de desequilibrios nutricionales sostenidos en el tiempo y se refleja en la relación entre la talla del niño o niña y su edad: Talla/Edad. Se considera que existe desnutrición crónica, esto es insuficiencia de talla, si el puntaje z talla/edad es inferior a (-) 2 DE con respecto a la mediana de talla de la población de referencia. Se la conoce también por talla baja.

**POR GRADO DE AFECTACIÓN: se define de acuerdo a las Tablas antropométricas, si no hay edema:**

- Riesgo de desnutrición: entre menos (-) 1 DE y menos (-) 2 DE
- Desnutrición moderada: entre menos (-) 2 DE y menos (-) 3 DE
- Desnutrición grave: por debajo de menos (-) 3 DE

**POR TIPO DE CARENCIA Y FORMAS CLÍNICAS de presentación que son: Marasmo y Kwashiorkor, ambas formas muy graves de desnutrición, con riesgo de problemas potencialmente mortales como hipoglicemia, hipotermia, infecciones graves y trastornos hidroelectrolíticos severos.**

- **Marasmo:** emaciación severa, de evolución crónica.
- **Kwashiorkor:** de instalación más aguda, caracterizado por el edema.
- **Kwashiorkor marasmático:** emaciación grave asociado a edema.

Es de suma importancia vigilar el estado nutricional del niño y la niña en cada visita, por medio de los Gráficos de Crecimiento, a fin de graficar y evaluar la tendencia de la curva de crecimiento, realizar la clasificación y el tratamiento correspondiente. El tratamiento oportuno de la desnutrición puede ayudar a prevenir numerosas enfermedades graves y la muerte.

## EXCESO DE PESO

Si bien la desnutrición es un problema de salud que debe ser atendido de manera inmediata, también el EXCESO DE PESO constituye una forma de malnutrición que trae consigo una serie de complicaciones para la vida del niño o niña y del futuro adulto.

En relación al exceso de peso se pueden dar dos situaciones, la primera es el sobrepeso siendo más bien una condición de riesgo y no de enfermedad o problema grave. La otra situación es la obesidad, considerada como un problema o enfermedad nutricional. Es decir, que sobrepeso y obesidad se refieren al exceso de peso, pero no son la misma cosa.

56 Puntaje z: Es una medida lineal que permite su trato estadístico y matemático, e iguales puntos de corte frente a cualquier indicador antropométrico, ambas cosas no realizables con los percentiles. Se obtiene desarrollando la fórmula:  $(\text{valor observado} - \text{valor promedio estándar}) / \text{Desviación estándar del valor promedio}$

57 Desvío Estándar: es una medida de dispersión que muestra cómo se distribuye los valores alrededor de un promedio (variabilidad). En una distribución simétrica o curva de Gauss, el 95% de la población se encuentra entre +2 y -2 DE. Es un número fijo, calculado, que siempre se mueve a una distancia constante a cada lado del promedio o mediana.

58 Percentil: es una medida de dispersión que corresponde a la posición de una medición determinada dentro de una ordenación por tamaño. Por ejemplo: P° de talla para una determinada edad, significa que el 10% de los niños de esa edad son más altos y el 90% más bajos que el valor encontrado.

La obesidad es una enfermedad crónica que está relacionada principalmente, en más del 90 % de los casos, a hábitos de vida poco saludables como; el consumo excesivo de comidas con alto contenido de grasas y azúcares simples (comidas rápidas, dulces, galletitas, gaseosas, productos envasados como jugos, papas fritas, entre otros) y el sedentarismo. Este último es un factor que favorece la aparición de sobrepeso y obesidad. En menos del 5% de los casos está asociado a problemas orgánicos (Hipotiroidismo, enfermedades congénitas, etc.).

## 1.1. EVALUAR ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN



En **TODOS** los casos, **PREGUNTE:**

- Sobre las características de la alimentación y si existe algún problema.

Un problema es toda situación que impida realizar las recomendaciones alimentarias. Las Guías Alimentarias del Paraguay para Niños y Niñas Menores de 2 Años, ofrecen recomendaciones basadas en la evidencia; para el menor de 6 meses (Guía 1), desde 6 meses a 1 año (Guía 2), y a partir del primer año (Guía 3). Las Guías Alimentarias del Paraguay contienen información y recomendaciones nutricionales para niños y niñas de 2 a 5 años. Las preguntas pertinentes se realizarán de acuerdo al grupo etario del niño o niña que está siendo evaluado/a.

Para niños o niñas menores de 2 años:

- ¿Toma pecho materno?
  - ¿Cuántas veces al día?
  - ¿Toma otros líquidos?
- ¿Recibe otro tipo de leche o fórmula láctea?
  - ¿Cuál?
  - ¿Qué volumen consume por día?
  - ¿Cómo se prepara la leche?
  - ¿Qué le agrega a la leche y en qué cantidad?
- ¿Qué otros alimentos, consume?
  - ¿Cuántas veces al día se alimenta?
  - ¿Qué cantidad consume de cada comida?
  - ¿Quién y cómo lo alimenta?
  - ¿Comparte la mesa familiar?

Para niños o niñas de 2 años a 5 años:

- ¿Qué consume durante el día?
  - ¿Consume verduras y frutas, con qué frecuencia?
  - ¿Consume leche y derivados, con qué frecuencia?
  - ¿Consume carnes, huevos, legumbres?
  - ¿Consume gaseosas o jugos artificiales? ¿Cuántas veces a la semana?

- ¿Consume agua? ¿Cuántas veces al día?
- ¿Cuántas veces al día se alimenta?
- ¿Qué cantidad consume en cada comida?

- Evalúe sobre la actividad física, el comportamiento sedentario y las horas de sueño que realizan los niños y niñas:

Los niños y niñas sanos/as son activos desde muy pequeños, por lo que es importante evaluar la actividad física. Se realizarán preguntas para averiguar cuántas horas de actividad física tiene el niño o niña, como, por ejemplo: ¿Cuánto tiempo pasa el niño o niña en su cuna? Evalúe el tiempo de exposición a pantallas. ¿Cuántas horas dedica a ver televisión, utiliza la computadora o el celular, juega videojuegos? Se preguntará también sobre las oportunidades que tiene el niño o niña para realizar actividad física y/o para jugar y con qué frecuencia.

Se ha establecido que la inactividad física es un importante factor de riesgo de mortalidad a nivel mundial y un elemento que contribuye al aumento del sobrepeso y la obesidad. La primera infancia es un período de desarrollo físico y cognitivo rápido, y una etapa durante la cual se forman los hábitos de los/las niños/as y los hábitos en la vida familiar están abiertos a cambios y adaptaciones. Para cumplir las recomendaciones de tiempo diario de actividad física, en particular en la población de niños/as, debe considerarse el patrón de actividad general a lo largo de un período de 24 horas, ya que el día está constituido por tiempo u horas de sueño, tiempo dedicado a actividades sedentarias y tiempo dedicado a actividad física de intensidad moderada o enérgica.

Para evaluar este aspecto se deben tener en cuenta las Directrices de la OMS sobre la actividad física, el comportamiento sedentario y el sueño para menores de 5 años disponible en el siguiente enlace <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51805>

### Los lactantes (menores de 1 año) deben:

Estar físicamente activos varias veces al día de diversas maneras, en particular mediante el juego interactivo en el suelo; cuanto más, mejor. Para los que todavía no son capaces de desplazarse, esto incluye al menos 30 minutos en posición prona (tiempo acostado de barriguita) distribuidos a lo largo del día mientras están despiertos.

No permanecer inmovilizados más de 1 hora seguida (por ejemplo, en cochecitos, sillitas altas para bebés o sujetados a la espalda de un cuidador). No se recomienda que permanezcan ante una pantalla. Cuando estén quietos, se anima a que participen en la lectura y narración de historias con un cuidador.

Tener de 14 a 17 horas (entre los 0 y 3 meses de edad) o de 12 a 16 horas (entre los 4 y los 11 meses de edad) de sueño de buena calidad, incluidas las siestas.



### Los/las niños/as de 1 a 2 años de edad deben:

Permanecer al menos 180 minutos haciendo diversos tipos de actividad física de cualquier intensidad, incluida la actividad física de intensidad moderada a enérgica, distribuidos a lo largo del día; cuanto más, mejor.

No permanecer inmovilizados más de 1 hora seguida (por ejemplo, en cochecitos, sillitas altas para bebés o sujetos a la espalda de un cuidador) o sentados largos períodos de tiempo. En los lactantes de 1 año, no se recomienda que permanezcan inmóviles ante una pantalla (por ejemplo, viendo la televisión o videos, jugando con la computadora). En las/los niñas/os de 2 años, no deben permanecer inactivos ante una pantalla más de 1 hora; menos es mejor. Cuando estén quietos, se recomienda que participen en la lectura y narración de historias con un cuidador.

Tener entre 11 y 14 horas de sueño de buena calidad, incluidas las siestas, con períodos regulares de sueño y vigilia.



### Las/los niñas/os de 3 a 4 años de edad deben:

Permanecer al menos 180 minutos haciendo diversos tipos de actividad física de cualquier intensidad, de los cuales al menos 60 minutos serán de actividad física de intensidad moderada a enérgica, distribuidos a lo largo del día; cuanto más, mejor.

No permanecer inmovilizados más de 1 hora seguida (por ejemplo, en cochecitos) o sentados por largos períodos. No se recomienda que permanezcan inmóviles ante una pantalla más de 1 hora; cuanto menos, mejor. Cuando estén quietos, se recomienda que participen en la lectura y narración de historias con un cuidador.

Tener entre 10 y 13 horas de sueño de buena calidad, lo que puede incluir una siesta, con períodos regulares de sueño y vigilia.



En todos los niños y niñas, **OBSERVE:**

- Si hay emaciación visible grave.

El niño o niña con emaciación visible grave tiene **MARASMO**, una forma de desnutrición grave. Tiene apariencia muy delgada, con pérdida de grasa subcutánea, lo cual hace que la piel de los hombros, brazos, nalgas y muslos sean redundantes (cuelgan) y el contorno de las costillas se torne visible. Parece como si sólo tuviera piel y huesos. El rostro de un niño o niña con marasmo tiene “cara de viejo”.

### Al desvestir al niño o niña, observe:

- El rostro y la apariencia del niño o niña.
- Si hay atrofia muscular en los hombros, brazos, nalgas y piernas.
- El contorno de las costillas, se ve fácilmente.
- Las caderas, pueden parecer pequeñas si se las compara con el tórax y el abdomen.
- Estando el niño o niña de perfil, debe determinarse si no tiene grasa en las nalgas. Cuando la atrofia es extrema, hay numerosos pliegues de la piel en las nalgas y muslos. Da la impresión de estar usando “pantalones flojos” (signo del calzón).
- El abdomen quizás esté grande y distendido.



Al utilizar el indicador de Peso/Talla, el valor se encuentra por debajo de (-) 3 DE. Es decir que, cuando un niño o niña tiene el peso para la talla menor a -3 DE, tiene el diagnóstico de **MARASMO**.



### EJERCICIO: Evaluación de MARASMO por imágenes

- Si hay edema en ambos pies

Un niño o una niña con edema en ambos pies puede tener **KWASHIORKOR** otra forma de desnutrición grave. En este caso el peso solo sirve para realizar el seguimiento de la evolución, pues la característica principal es la presencia de edema que comienza en miembros inferiores y progresa - si no recibe tratamiento - hasta extenderse a miembros superiores y ser generalizado. El edema se produce cuando se acumula líquido en el tejido celular subcutáneo, debido a la baja concentración de proteínas en sangre (hipoproteïnemia). Se debe tener presente que el edema también puede ser producido por problemas cardíacos o renales. Para determinar la presencia de edema, se examinarán los pies del niño o niña.

Niño con kwashiorkor

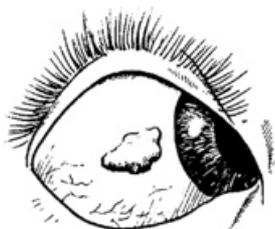


- Usando el dedo pulgar, el profesional de salud, presionará suavemente el dorso de ambos pies, aproximadamente 10 segundos.

- Hay edema si queda la marca del dedo (fóvea), cuando se deja de presionar. Se buscará signos de edema en otros sitios como por ejemplo en la cara anterior de la tibia. (Signo de Godet).

### Otros signos de Kwashiorkor incluyen:

- Cabello seco, fino, ralo y descolorido que cae fácilmente (Signo de la Bandera)
- Piel seca, escamosa especialmente en brazos y piernas.
  - Rostro hinchado o en forma de “luna”.
  - Lesiones en la piel, sobre todo en zonas de pliegues (flexura del codo, nalgas, región inguinal) y lesiones periorificiales (peribucales), debido a la carencia de vitaminas y minerales.
  - Úlcera de córnea.
  - Manchas de Bitot (**Xerosis conjuntival**): signo de deficiencia de Vitamina A.



### EJERCICIO: Evaluación de EDEMA por imágenes

## DETERMINE PESO, TALLA Y PERÍMETRO CEFÁLICO, PARA LA EDAD:

La evaluación nutricional de los niños y niñas se realiza a través de varios instrumentos. Entre ellos se encuentran los Gráficos - recomendados por la OMS - que representan patrones de crecimiento esperados para niños y niñas, con parámetros para Peso, Talla y Perímetro Cefálico de acuerdo a la edad. Estos Gráficos se encuentran categorizados en Desviaciones Estándar (DE): menos (-) 1 DE, menos (-) 2 DE y menos (-) 3 DE, o más (+) 1 DE, más (+) 2 DE y más (+) 3 DE, que permiten ubicar y clasificar el estado nutricional.

En el Cuadro de Procedimientos se podrán visualizar los diferentes Gráficos de Crecimiento, para evaluar el estado nutricional del niño o la niña.

## EN LOS NIÑOS O NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS EVALÚE:

### 1. PESO PARA LA EDAD

Los niños y niñas menores de 2 años de edad deben ser evaluados con el parámetro Peso/ Edad. En el Cuadro de Procedimientos, encontrará los Gráficos de Peso/ Edad para NIÑOS y NIÑAS menores de 2 años.

#### Observaciones:

- Si el niño o la niña se halla con deshidratación, evalúe el estado nutricional una vez que esté normohidratado.
- En el niño o la niña con edema no debe utilizarse el indicador Peso/Edad para clasificar el estado nutricional.

## Guía para DETERMINAR: Peso/ Edad

1. Calcular la edad en meses para menores de 2 años (0 a 23 meses).
2. Pesar al niño o niña sin ropa. Para ello usar una balanza de bandeja donde pueda estar acostado/a o sentado/a. La balanza debe ser higienizada y calibrada previamente. Luego anotar el peso.
3. Utilizar el Gráfico de Peso para la Edad para menores de 2 años según el sexo del niño o niña evaluado/a.
4. Mirar el eje de la mano izquierda (vertical) para ubicar la línea que muestra el Peso en kilos.
5. Mirar el eje inferior (horizontal) del Gráfico para ubicar la línea que muestra la Edad en meses.
6. Buscar el punto donde se encuentran, la línea del peso, con la línea de la edad correspondiente.
7. Determinar en qué DE se ubica el punto de encuentro entre el peso y la edad; de acuerdo a ello, clasificar.



TABLA 6.1.

CLASIFICACIÓN DEL MENOR DE 2 AÑOS, SEGÚN PESO/ EDAD	
UBICACIÓN EN EL GRÁFICO	CLASIFICACIÓN
Por debajo de (-) 3 DE	DESNUTRICIÓN GRAVE
Entre (-) 2 DE y (-) 3 DE	DESNUTRICIÓN MODERADA
Entre (-) 1 DE y (-) 2 DE	RIESGO DE DESNUTRICIÓN
Por encima de (-) 1 DE y más	NO TIENE DESNUTRICIÓN

## 2. TALLA PARA LA EDAD

Se prosigue la evaluación nutricional en el niño o niña menor de 2 años, con la medición de la longitud corporal, utilizando el Gráfico de Talla/Edad.

Técnica para medición de la longitud corporal del niño o niña menor de 2 años

Se realiza estando el niño o niña en decúbito dorsal (posición horizontal o boca arriba).

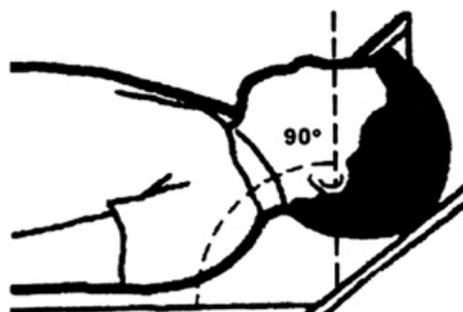
El instrumento para medir la longitud se denomina “infantómetro, podómetro o antropómetro”. Si no se cuenta con este instrumento, puede ser utilizada una cinta métrica inextensible, graduada en centímetros (cm) que debe estar en posición horizontal, apoyada sobre una superficie plana, firme y lisa.

Sea cual fuere el instrumento con que se cuente (infantómetro o cinta métrica) deben tenerse en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Eliminar todo tipo de elementos que puedan interferir en la medición. Antes de iniciar el procedimiento, el niño o niña debe estar descalzo y sin ningún tipo de accesorios en

la cabeza.

- Acostar al niño o niña boca arriba con la parte posterior de su cabeza contra la base fija.
- Colocar la cabeza del niño o niña de manera que los ojos estén mirando al techo. Trazar una línea imaginaria entre el conducto auditivo externo y el borde inferior de la órbita del ojo, de tal forma que quede perpendicular a la placa horizontal o al suelo.
- Solicitar a la madre, padre o acompañante que se coloque detrás del infantómetro y sostenga la cabeza del niño o niña en esa posición.
- Verificar que el niño o niña esté acostado y recto en el infantómetro y que no cambie su posición. Los hombros, las nalgas y los talones del niño o niña deben estar bien apoyados sobre la superficie horizontal.
- Sujetar las piernas del niño o niña con una mano. Aplicar presión suave sobre las rodillas para estirar las piernas tanto como se pueda sin causar daño.
- Empujar la base móvil contra las plantas de los pies, mientras se sostienen las rodillas. Los talones deben estar sobre la superficie horizontal y los dedos de los pies, deben apuntar hacia el techo.
- Anotar el número visible que queda después de acercar la parte móvil del antropómetro a las plantas de los pies.



### Guía para DETERMINAR: Talla/ Edad

1. Medir al niño o niña con la técnica correspondiente para el menor de 2 años, teniendo presente lo especificado anteriormente.
2. Utilizar el Gráfico Talla para la Edad para el menor de 2 años, de acuerdo al sexo del niño o niña que es evaluado/a.
3. En el Gráfico, mirar el eje vertical para ubicar la línea que muestra la Talla en centímetros (cm).
4. Luego, mirar el eje horizontal del Gráfico para ubicar la línea que muestra la Edad.
5. Buscar el punto donde se encuentran (se cruzan) las líneas de la talla y de la edad.
6. Determinar la ubicación del punto de encuentro de la talla y la edad; y clasificar.

TABLA 6.2.

CLASIFICACIÓN DEL MENOR DE 2 AÑOS, SEGÚN TALLA/ EDAD	
UBICACIÓN EN EL GRÁFICO	CLASIFICACIÓN
Por debajo de (-) 2 DE	TALLA BAJA
Entre (-) 1 DE y (-) 2 DE	RIESGO DE TALLA BAJA
Por encima de (-) 1 DE	TALLA NORMAL O ADECUADA

### 3. PERÍMETRO CEFÁLICO PARA LA EDAD

La circunferencia o perímetro cefálico refleja el tamaño del cerebro y se usa para detec-

tar potenciales problemas de salud, nutrición y desarrollo en los niños y niñas desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad.

## Guía para DETERMINAR: Perímetro cefálico/ Edad

Una vez realizada la medición de acuerdo a la técnica señalada en el Capítulo 4 al evaluar el perímetro cefálico del menor de 2 meses, se deben ejecutar los siguientes pasos:

1. Seleccionar el Gráfico de perímetro cefálico de 0 a 36 meses, que corresponda al sexo del niño o niña evaluado/a.
2. Identificar el eje vertical que indica los centímetros del perímetro cefálico.
3. Mirar el eje horizontal y ubicar la edad del niño o niña.
4. Verificar en que DE se encuentra el punto donde se cruzan la edad del niño o niña y el resultado de la medición del perímetro cefálico y clasificar.

TABLA 6.3.

CLASIFICACIÓN DEL MENOR DE 2 AÑOS, SEGÚN PERÍMETRO CEFÁLICO/ EDAD	
UBICACIÓN EN EL GRÁFICO	CLASIFICACIÓN
Por encima de (+) 2 DE	MACROCEFALIA
Entre (+) 1 DE y (+) 2 DE	RIESGO DE MACROCEFALIA
Entre (-) 1 DE y (+) 1 DE	PERÍMETRO CEFÁLICO NORMAL
Entre (-) 1 DE y (-) 2 DE	RIESGO DE MICROCEFALIA
Por debajo de (-) 2 DE	MICROCEFALIA

## EN LOS NIÑOS O NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS DE EDAD EVALÚE:

### 1. PESO PARA LA TALLA

Los niños o niñas que tienen 2 a 5 años de edad deben ser evaluados/as con los Gráficos de Peso/ Talla que se encuentran en el Cuadro de Procedimientos. Con este parámetro se evalúa el peso que deben tener los niños o niñas, para una talla o estatura determinada. Debe elegirse el Gráfico que corresponda al sexo del niño o niña evaluado/a.

### Técnica para medición de la Talla del niño o niña de 2 a 5 años de edad

Se realiza estando el niño o niña en posición de pie. El instrumento para medir se denomina Tallímetro, que consta de una superficie plana rígida, puede ser una pared o madera en posición vertical. En ella se coloca una cinta métrica inextensible graduada en centímetros. La parte superior consta de una pieza horizontal móvil que se desplaza de arriba hacia abajo y mantiene un ángulo recto con la superficie vertical.

**Para medir la estatura o talla del niño o niña de 2 a 5 años de edad, se realizarán los siguientes pasos:**

- Asegurar que el niño o niña esté descalzo/a y sin ningún tipo de accesorios en la cabeza.

- Ayudar al niño o niña, a pararse en la base del tallímetro con los pies ligeramente separados.
- La parte de atrás de la cabeza, el omóplato, los glúteos, las pantorrillas y los talones deben tocar la tabla vertical del tallímetro o la pared o superficie que contiene la cinta métrica.
- Solicitar a la madre, padre o cuidador que sujete las rodillas y los tobillos para ayudar a mantener las piernas estiradas y los pies planos sobre la superficie del suelo.
- Colocar la cabeza de manera que una línea horizontal imaginaria, pase por el conducto auditivo externo y el borde inferior de la órbita del ojo en forma perpendicular a la pared (plano de Frankfort). Sujetar el mentón con el dedo pulgar y el índice, para mantener la cabeza en esa posición.
- Mientras se mantiene la cabeza en esa posición con una mano, con la otra mano se empujará la pieza móvil, hasta que esté apoyada firmemente sobre la cabeza. Se pedirá al niño o niña que haga una inspiración profunda y en ese momento se efectuará la lectura de la cinta métrica.
- Registrar el valor de la talla, que corresponde al número visible que queda en la pared, al hacer contacto la parte móvil con la cabeza.

### Guía para DETERMINAR: Peso/ Talla

1. Pesar al niño o niña, con la menor cantidad posible de ropa. Como ya tiene 2 años o más, podrá determinarse el peso estando en posición de pie.
2. Medir la talla del niño o niña, siguiendo la técnica especificada para los niños o niñas de 2 a 5 años.
3. Utilizar el Gráfico Peso/Talla para NIÑOS o NIÑAS de 2 a 5 años de edad, según corresponda.
4. Mirar el eje de la mano izquierda (eje vertical), para ubicar la línea que muestre el peso en kilos.
5. Mirar el eje inferior (eje horizontal) del Gráfico para ubicar la línea que muestra la talla expresada en centímetros (cm).
6. Buscar el punto donde se encuentran (se cruzan) las líneas del peso y la talla que presenta el niño o niña al momento de la evaluación.
7. Determinar las DE donde se ubica el punto de encuentro y clasificar.



TABLA 6.4.

CLASIFICACIÓN DEL NIÑO O NIÑA DE 2 A 5 AÑOS SEGÚN PESO/ TALLA	
UBICACIÓN EN EL GRÁFICO	CLASIFICACIÓN
Por debajo de (-) 3 DE	DESNUTRICIÓN GRAVE
Entre (-) 2 DE y (-) 3 DE	DESNUTRICIÓN MODERADA
Entre (-) 1 DE y (-) 2 DE	RIESGO DE DESNUTRICIÓN
Entre (-) 1 DE y (+) 1 DE	NO TIENE DESNUTRICIÓN
Entre (+) 1 DE y (+) 2 DE	SOBREPESO
Por encima de (+) 2 DE	OBESIDAD

## 2. TALLA PARA LA EDAD

Todos los niños y niñas independientemente de la edad, deben ser evaluados con el parámetro Talla/ Edad, pues este dato ayuda a determinar la presencia o no de desnutrición crónica. La desnutrición crónica es el resultado de desequilibrios nutricionales sostenidos en el tiempo y se refleja en la relación entre la talla y la edad.

Se considera que un niño o niña de una determinada edad presenta deficiencia de talla, cuando su altura es menor a la Talla promedio esperada para su Edad, según los patrones de crecimiento de referencia. El indicador se construye al comparar la talla del caso evaluado, con la talla correspondiente a niños o niñas de referencia de su misma edad y sexo.

### Observaciones:

- En el caso de que no fuera posible medir al niño o niña de 2 años o más en posición de pie, se realizará la medición en posición horizontal y a la medida obtenida se restará 0,7 cm, para equiparar el efecto de la gravedad sobre la medición que se hubiera conseguido si se realizaba estando el niño o niña de pie.
- En caso contrario, si al menor de 2 años se lo mide de pie, entonces se sumará 0,7 cm a la medida determinada.

### Guía para DETERMINAR: Talla/ Edad

1. Identificar correctamente la edad del niño o niña a evaluar, antes de elegir el Gráfico que se utilizará. En el Cuadro de Procedimientos se encontrará Gráficos de Talla para Edad para niños y niñas entre 2 a 5 años de edad.
2. Medir la talla del niño o niña con la técnica correspondiente a su edad, teniendo presente lo especificado anteriormente.
3. En el Gráfico, mirar el eje vertical para ubicar la línea que muestra la talla en centímetros (cm).
4. Luego, mirar el eje horizontal del Gráfico para ubicar la línea que muestra la edad.
5. Buscar el punto donde se encuentran (se cruzan) las líneas de la talla y de la edad.
6. Determinar donde se ubica el punto de encuentro y luego clasificar.

TABLA 6.5.

CLASIFICACIÓN DEL NIÑO O NIÑA DE 2 A 5 AÑOS SEGÚN TALLA/ EDAD	
UBICACIÓN EN EL GRÁFICO	CLASIFICACIÓN
Por debajo de (-) 2 DE	TALLA BAJA
Entre (-) 1 DE y (-) 2 DE	RIESGO DE TALLA BAJA
Por encima de (-) 1 DE	TALLA NORMAL O ADECUADA

## 1.2. CLASIFICAR ESTADO NUTRICIONAL

• En relación a PESO/ EDAD y PESO/ TALLA se podrá clasificar el estado nutricional de los niños y niñas en:

### DESNUTRICIÓN GRAVE (ROJO)

Se clasifica como DESNUTRICIÓN GRAVE, cuando el niño o niña presenta una de las siguientes características:

Emaciación visible grave.

Edema de ambos pies.

El punto de ubicación, está por debajo de (-) 3 DE (por debajo de la última línea de la zona roja), del Gráfico:

- Peso/ Edad; para menores de 2 años de edad, o
- Peso/ Talla; para niños o niñas entre 2 a 5 años.

### DESNUTRICIÓN MODERADA (ROJO)

El estado nutricional de un niño o niña se encuentra en esta categoría cuando:

El punto de encuentro de las variables medidas, se ubica entre (-) 2 DE y (-) 3 DE, del Gráfico:

- Peso/ Edad: para menores de 2 años de edad, o
- Peso/Talla: para niños o niñas de 2 a 5 años de edad.

### RIESGO DE DESNUTRICIÓN (AMARILLO)

Se categoriza como RIESGO DE DESNUTRICIÓN cuando un niño o niña presenta uno de los siguientes criterios:

Tendencia de la curva de crecimiento recta, plana o descendente.

El punto de encuentro de las variables medidas se ubica entre (-) 1 DE y (-) 2 DE, del Gráfico:

- Peso/ Edad: para menores de 2 años de edad, o
- Peso/Talla: para niños o niñas de 2 a 5 años de edad.

En este grupo se incluyen a aquellos niños y niñas, que habiendo estado con un ritmo de crecimiento normal, dibujan en el Gráfico una línea con tendencia de crecimiento recta o descendente, situación que amerita la evaluación más exhaustiva, pues podría sugerir una situación de enfermedad y el inicio de un cuadro de desnutrición.

Si la tendencia de la curva de crecimiento es ascendente, realice atención regular al niño o niña, en su establecimiento de salud.

### NO TIENE DESNUTRICIÓN (VERDE)

El niño o niña NO TIENE DESNUTRICIÓN cuando el punto de encuentro de las variables medidas se ubica entre (-) 1 DE y (+) 1 DE, del Gráfico:

- Peso/ Edad: para menores de 2 años de edad, o

- Peso/ Talla: para niños o niñas de 2 a 5 años de edad.

Los niños y niñas clasificados en esta categoría, deben ser atendidos de acuerdo al esquema de controles para el niño sano.

### **SOBREPESO (AMARILLO)**

Clasifique como SOBREPESO si en el Gráfico de Peso/ Talla del niño o niña mayor de 2 años el punto de encuentro de las variables medidas, se ubica entre (+) 1 DE y (+) 2 DE. Aconseje a la madre, padre o cuidador del niño o niña clasificado con Sobrepeso, en relación a la alimentación adecuada para cada edad y recomiende realizar actividades físicas.

### **OBESIDAD (ROJO)**

Si en el Gráfico Peso/Talla, para el niño o niña mayor de 2 años, el punto de encuentro de las variables medidas, se ubica por encima de (+) 2 DE, clasifique como OBESIDAD. Estos niños o niñas tienen necesidad de referencia NO urgente a un Hospital, pero sí en la mayor brevedad, para ser evaluados y recibir atención especializada (pediatra, nutriólogo endocrinólogo).

Cada caso precisa de una evaluación más profunda y de pruebas laboratoriales, para descartar complicaciones como dislipidemias o problemas ortopédicos.

- En relación a la TALLA PARA LA EDAD se podrá clasificar a los niños y niñas de todas las edades, según los patrones de crecimiento de referencia en:

### **TALLA BAJA (ROJO)**

Cuando en el Gráfico de Talla para la Edad el punto de encuentro de las variables medidas, se ubica por debajo de (-) 2 DE, se clasifica como TALLA BAJA. Estos niños y niñas deben ser derivados a un centro de referencia para ser evaluados por un especialista (nutriólogo, endocrinólogo).

### **RIESGO DE TALLA BAJA (AMARILLO)**

Se clasifica como RIESGO DE TALLA BAJA cuando, en el Gráfico de Talla para la Edad, el punto de encuentro de las variables medidas, se sitúa entre (-) 1 DE y (-) 2 DE. Estos niños y niñas se encuentran por debajo de lo esperado en cuanto a su crecimiento lineal y deben ser evaluados en el control ambulatorio de manera sistemática.

### **TALLA ADECUADA (VERDE)**

La clasificación TALLA ADECUADA, corresponde cuando el punto de encuentro de las variables medidas se ubica en el Gráfico Talla para la Edad entre (-) 1 DE y (+) 1 DE. En estos casos se continuará el esquema de controles para el niño sano, en el establecimiento de salud local.

**Observaciones:**

1. En todos los casos, independientemente de la clasificación, se tendrá en cuenta la tendencia de la curva del peso o de la talla, comparando los valores actuales con respecto a evaluaciones anteriores.
2. Al unir el punto correspondiente al peso o talla actual, con el del peso o talla medidos en visitas anteriores se obtiene una línea en el Gráfico:

**Si la línea es ascendente;** o sea, va para arriba, el niño o niña está con un buen crecimiento.

**Si la línea está en posición horizontal o recta;** significa que el niño o niña está frenando el crecimiento y necesita que se evalúen las posibles causas.

**Si la línea va hacia abajo o sea es descendente;** significa que hay algún problema de crecimiento.

3. Si el punto se ubica exactamente sobre una línea que define una situación nutricional, por ejemplo: sobre la línea de -2 DE, evalúe la tendencia de la curva de crecimiento y si la misma es plana o hacia abajo clasifique al niño o niña en el canal que se encuentra por debajo, o sea

**DESNUTRICIÓN MODERADA**

- En relación al PERÍMETRO CEFÁLICO PARA LA EDAD se podrá clasificar a los niños y niñas con:

**MICROCEFALIA (ROJO)**

El niño o niña tiene MICROCEFALIA cuando el punto de encuentro entre los valores de perímetro cefálico y la edad, se halla por debajo de (-) 2 DE.

**RIESGO DE MICROCEFALIA (AMARILLO)**

Existe RIESGO DE MICROCEFALIA cuando el punto de encuentro entre el valor del perímetro cefálico y la edad se ubica entre (-) 1 DE y (-) 2 DE.

**PERÍMETRO CEFÁLICO ADECUADO (VERDE)**

El perímetro cefálico es ADECUADO cuando el punto de encuentro de ambas mediciones, perímetro cefálico y edad, se ubica entre (-) 1 DE y (+) 1 DE.

**RIESGO DE MACROCEFALIA (AMARILLO)**

Existe RIESGO DE MACROCEFALIA cuando el punto de encuentro entre el valor del perímetro cefálico y la edad se ubica entre (+) 1 DE y (+) 2 DE.

## MACROCEFALIA (ROJO)

El niño o niña presenta MACROCEFALIA o aumento del perímetro cefálico para la edad, cuando el punto de encuentro entre ambas mediciones, perímetro cefálico y edad, se halla por encima de (+) 2 DE.

### 1.3. TRATAR PROBLEMAS DE NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN

#### DESNUTRICIÓN GRAVE (ROJO)

Los niños y niñas clasificados/as con DESNUTRICIÓN GRAVE, sobre todo si presentan una desnutrición de tipo Kwashiorkor, o una Desnutrición Moderada asociada a otra enfermedad, precisan de REFERENCIA URGENTE, previa comunicación con el establecimiento de salud donde será referido (ya sea por radio, teléfono u otro medio de comunicación disponible) y llenado de la hoja de referencia que contiene los datos. Deben seguirse las medidas generales de estabilización para un traslado seguro:

1. Mantener la vía aérea libre y permeable, con oxigenación adecuada.

2. Mantener el estado cardiocirculatorio:

Si NO PUEDE BEBER debe evaluarse rápidamente signos de choque: letargia, miembros fríos, llenado capilar mayor a 2 segundos, pulsos rápidos y débiles:

- Si tiene signos de choque: Debe instalarse una vía venosa y administrar solución fisiológica o Ringer Lactato a 10 a 15 ml/ kg/ en 1 hora, previo se produce el traslado. Debe evaluarse con cautela, la necesidad de repetir la expansión de volumen, para evitar la sobrecarga de volumen.

- Si no tiene signos de choque y no puede beber, se indicará Hidratación Parenteral con Dextrosa al 5 % con electrolitos.

Si el niño o la niña PUEDE BEBER se debe ofrecer pecho materno y sorbos de SRO, antes y durante el traslado.

3. Monitorizar los signos vitales del niño o niña constantemente, en forma clínica o con los equipos disponibles.

4. Prevenir la hipoglicemia: los niños y niñas que están gravemente desnutridos tienen riesgo de padecer hipoglucemia. La alimentación frecuente es importante para prevenirla; por lo tanto y siempre que sea posible, en el establecimiento de salud y durante su traslado debe alimentarse al niño o niña de inmediato (pecho materno, SRO, leche, agua azucarada). Si el niño o niña está deshidratado, debe realizarse la rehidratación antes de ser alimentado.

Si no puede alimentarse está indicada la hidratación parenteral con Dextrosa al 5% con electrolitos. Si no se dispone de acceso venoso, debe instalarse una sonda nasogástrica para administración de SRO.

5. Prevenir la hipotermia: La temperatura corporal baja (hipotermia) se asocia con una mayor mortalidad en los niños y niñas que están gravemente desnutridos, por consiguiente, es necesario controlarla. La ingesta frecuente de alimentos es una manera importante de prevención.

Si la temperatura axilar es 35 °C o no se registra, es señal de hipotermia. Si el termóme-

tro registra bajas temperaturas axilares, tome la temperatura rectal (menor de 35,5 °C) para confirmar la hipotermia.

**Algunas medidas para prevenir la hipotermia son:**

- Evitar el enfriamiento.
- Abrigar al niño o niña con ropa seca y tibia (incluso la cabeza con gorros, medias y guantes). Cubrirlo con una manta abrigada.
- Mantener caliente la habitación evitando corrientes de aire.
- Poner al niño o niña sobre el tórax o el abdomen desnudo de la madre, padre o acompañante (contacto de piel con piel) y cubrir a ambos con una frazada tibia y ropa de abrigo.
- Realizar cambios frecuentes y rápidos de ropa del niño o niña y ropa de cama si se encuentran mojados o húmedos.
- Alimentar al niño o niña, de día y de noche.

**6. Administrar los medicamentos correspondientes antes del Traslado:**

**- Vitamina A:**

Se recomienda administrar en el establecimiento de salud local, la dosis única de Vitamina A, de acuerdo a la edad. La Vitamina A previene la ceguera nocturna y ayuda a los niños y niñas a defenderse de infecciones intestinales y respiratorias.

Se recomienda verificar la presentación: se disponen de cápsulas de 100.000 UI, y de 200.000 UI. En el cuadro se muestran dosificaciones para cápsulas que contienen 100.000 UI.

**TABLA 6.6.**

<b>VITAMINA A</b>		
<b>Cápsulas Blandas de 100.000 UI</b>		
<b>EDAD</b>	<b>DOSIS ÚNICA</b>	
Menor de 6 meses	50.000 UI = ½ cápsula	2 gotas = 50.000 UI
De 6 meses a 11 meses	100.000 UI = 1 cápsula	4 gotas = 100.000 UI
De 1 año a 4 años	200.000 UI = 2 cápsulas	8 gotas = 200.000 UI

**- Antibióticos:**

Debe considerarse que el niño o niña con desnutrición grave es un huésped con alteración del sistema inmune y que, incluso padeciendo una infección grave, puede que ésta no sea clínicamente muy evidente. Con frecuencia, la hipoglucemia y la hipotermia persistentes suelen ser signos de infección. Siempre que sea posible, se recomienda que antes de la administración de los antibióticos se realice la toma previa de hemocultivos, si se decide la instalación de tratamiento antimicrobiano. Carecer de medios para la toma de cultivos no debe retrasar ni impedir el inicio del tratamiento antibiótico.

Si hay lesiones en piel, debe aplicarse crema de barrera (ungüento de zinc) sobre las zonas afectadas y cubrirlas con gasa estéril.



**EJERCICIO: Caso LUCERO**

## DESNUTRICIÓN MODERADA (ROJO)

Cuando un niño o niña con DESNUTRICIÓN MODERADA tiene alguna enfermedad asociada, se recomienda el traslado a un hospital con la complejidad necesaria para el manejo de estos casos. Si no presenta otro problema o enfermedad, además de la desnutrición moderada, puede ser tratado en forma ambulatoria y debe ser incluido en el Programa de Asistencia Nutricional Integral (PANI).

**Se plantea el tratamiento para Desnutrición Moderada, con los siguientes pilares:**

1. Alimentación adecuada:
  - Opciones lácteas.
  - Frecuencia y cantidad de leche.
  - Alimentos complementarios.
2. Indicación de vitaminas y minerales
3. Antiparasitarios

**TABLA 6.7**

<b>TRATAMIENTO PARA DESNUTRICIÓN MODERADA</b>			
<b>Recomendaciones según Edad</b>	<b>MENORES DE 6 meses</b>	<b>6 meses a 1 año</b>	<b>MAYORES DE 1 año</b>
<b>Alimentación adecuada</b>	Pecho materno o Fórmula 1 para lactantes	Pecho materno o Fórmula 2 + alimentación complementaria	Pecho materno o Fórmula 3 + alimentación saludable de la olla familiar
<b>Vitamina A</b>	50.000 UI ½ cápsula	100.000 UI 1 cápsula	200.000 UI 2 cápsulas
<b>Vitaminas y Minerales</b>	Multivitamínicos: 2,5 ml cada 24 horas Sulfato ferroso: 4 a 6 mg/ Kg/ día Zinc: 5 mg por día Ácido fólico: 1 mg por día Sulfato de Cobre: 0,5 mg por día		Multivitamínicos: 5 ml c/ 24 h Sulfato ferroso: 4 a 6 mg/ kg/ día Zinc: 10 mg por día Ácido fólico: 2 mg por día Sulfato de cobre: 1 mg por día
<b>Antiparasitarios</b>	No recomendado de rutina		Mebendazol Metronidazol - Albendazol

Al PREGUNTAR acerca de la alimentación que recibe el niño se podrá DETERMINAR si existen diferencias entre el régimen alimentario recomendado para la edad y la alimentación que recibe el niño. Estas diferencias constituyen problemas de alimentación que deben ser abordados otorgando las orientaciones nutricionales conforme a las Guías Alimentarias del Paraguay para niñas y niños menores de 2 años o Guías Alimentarias del Paraguay en el caso de los niños de 2 a 5 años.

Al inicio de la terapia alimentaria es posible que el niño o niña esté muy frágil y no pueda recibir todos los nutrientes necesarios, por lo que se sugiere iniciar la alimentación en forma progresiva de acuerdo a la tolerancia del niño o niña. Se aconseja iniciar con la in-

gesta de leche para asegurar el aporte de líquidos y nutrientes y posteriormente indicar la alimentación complementaria recomendada para su edad. El niño o la niña con Desnutrición moderada debe ser incluido/a en el Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI) para apoyo nutricional.

TABLA 6.8

OPCIONES LÁCTEAS SEGÚN EDAD				
OPCIONES/ EDAD	OPCIÓN 1 LECHE MATERNA	OPCIÓN 2 FÓRMULA PARA LACTANTES	OPCIÓN 3 LECHE ENTERA EN POLVO (PANI)	OPCIÓN 4 LECHE ENTERA FLUIDA
Menos de 6 meses	Desde el nacimiento hasta los 2 años	FÓRMULA 1 DE INICIO 13,5 % o al 15 %  3 medidas dosificadoras por cada 100 ml de agua  Sin azúcar  Sin aceite	CONCENTRACIÓN al 7,5 %  Igual a 7,5 gramos de leche en polvo por cada 100 ml de agua o 1½ medida dosificadora por cada 100 ml de agua + Azúcar al 5 % = 5 gramos, o 1 medida dosificadora por cada 100 ml + Aceite vegetal al 2 % = 2 ml o un poco menos de ½ medida dosificadora por cada 100 ml	CONCENTRACIÓN DILUIDA AL MEDIO ½ de leche fluida + ½ de agua + Azúcar al 5 % = 5 gramos o 1 medida dosificadora por cada 100 ml + Aceite al 2 % = 2 ml o un poco menos de ½ medida dosificadora por cada 100 ml
De 6 meses a 11 meses	Desde el nacimiento hasta los 2 años	FÓRMULA 2 DE CONTINUACIÓN 13,5% o al 15 %  3 medidas dosificadoras por cada 100 ml de agua  Sin azúcar  Sin aceite	CONCENTRACIÓN al 10 %  Igual a 10 gramos de leche en polvo por cada 100 ml de agua o 2 medidas dosificadoras por cada 100 ml de agua + Azúcar al 5 % = 5 gramos, o Cereal al 5 % = 5 gramos, o 1 medida dosificadora por cada 100 ml	CONCENTRACIÓN DILUIDA A TRES CUARTOS ¾ de leche fluida + ¼ de agua + Azúcar al 5 % = 5 gramos, o Cereal al 5 % = 5 gramos, o 1 medida dosificadora por cada 100 ml
Más de 1 año	Desde el nacimiento hasta los 2 años	FÓRMULA PARA MAYORES DE 1 AÑO al 10 %  2 medidas dosificadoras por cada 100 ml de agua  Sin azúcar  Sin aceite	CONCENTRACIÓN al 10 %  Igual a 10 gramos de leche en polvo en 100 ml de agua, o 2 medidas dosificadoras por cada 100 ml de agua + Azúcar al 5% = 5 gramos, o Cereal al 5 % = 5 gramos, o 1 medida dosificadora por cada 100 ml	CONCENTRACIÓN SIN DILUIR  No necesita preparación  Sin azúcar  Sin cereal

- Opciones lácteas según edad

En la Tabla se muestran las diferentes opciones que pueden ser indicadas de acuerdo a la edad. La lactancia materna siempre es la primera y mejor opción, en los menores de 2 años. Cuando no se dispone de leche materna; debe prepararse una fórmula modificada, con la técnica correcta:

- Lavarse bien las manos con jabón y agua potable.
- Hervir o potabilizar el agua. No es recomendable el uso de agua mineral en botella, tampoco el uso de microondas para calentar el agua.
- Colocar en el recipiente que será utilizado para preparar la fórmula, la mitad de la cantidad de agua a ser utilizada.
- Agregar sobre el agua la cantidad de polvo de la fórmula modificada, según la indicación médica. Siempre el polvo sobre el agua. Usar de preferencia la cucharita con medida dosificadora de 5 gramos, limpia y seca con la que cuenta el recipiente. El polvo no debe ser comprimido en la cucharita.

- Agitar para mezclar bien el contenido (que no queden grumos).

- Agregar el resto del agua hasta completar el volumen deseado.

Todas las fórmulas deben ser preparadas con agua potable. Para potabilizar el agua se recomienda hervirla por 5 minutos o agregar 2 gotas de lavandina (hipoclorito al 4%) por cada litro de agua; agitar el frasco, dejar reposar durante 20 a 30 minutos antes de ser utilizada.

Cuando se indica el cereal, éste puede ser sustituido por otro suplemento de hidratos de carbono (avena, arroz, harina de trigo, harina o almidón de maíz o mandioca o similar), manteniendo siempre la misma concentración al 5 % = 5 gramos (g) o 1 medida dosificadora por cada 100 ml de agua.

Antes de administrar la fórmula debe comprobarse que la temperatura del líquido preparado sea apropiada para la administración, dejando caer unas gotas de la preparación en el dorso de la mano de la persona a cargo de la alimentación.

Una vez que el niño o niña con Desnutrición tolera la cantidad y concentración adecuada de leche y se pretende aumentar el aporte de calorías se sugiere, además del cereal, agregar aceite vegetal (maíz, girasol, soja), 1,5 % = 1,5 ml o aproximadamente un cuarto (¼) de la medida dosificadora por cada 100 ml de leche.

- Frecuencia y Cantidad de leche

Al principio, se recomienda que los volúmenes por cada toma sean más reducidos y frecuentes. Gradualmente, puede aumentarse el volumen de las tomas de leche y disminuir la frecuencia. En el cuadro se realizan sugerencias que están sujetas a variaciones individuales, dependiendo del estado clínico y la edad del niño o la niña. Algunos niños o niñas estarán ávidos de alimentarse; ellos podrán ir avanzando en el esquema, más rápidamente incluso cada 24 horas.

TABLA 6.9.

### ESQUEMA DE REALIMENTACIÓN PARA NIÑOS/AS DESNUTRIDOS/AS CUADRO DE FRECUENCIA Y VOLUMEN DE ALIMENTACIÓN

DÍAS	FRECUENCIA	Volumen/ Kg/ toma	Volumen/ kg/ día
1 a 2	Cada 2 horas	11 ml	130 ml/ kg/ día
3 a 5	Cada 3 horas	16 ml	130 a 150 ml/ kg/ día
6 a 7	Cada 4 horas	22 ml	130 a 180 ml/ kg/ día

Si hay buena tolerancia al esquema planteado, se programará la ingesta de 5 comidas recomendadas para un día, con la alimentación complementaria, asegurando el aporte de leche en el desayuno y merienda y como postre después del almuerzo y cena. Se puede ofrecer una toma de leche adicional antes de dormir.

- Alimentos complementarios

La alimentación complementaria es el proceso de consumir alimentos distintos de la leche materna, a partir de los 6 meses de edad. Una vez que el niño o niña tolera los volúmenes de leche programados debe recibir alimentación complementaria en forma gradual:

- Si el niño o niña tiene entre 6 meses a 1 año: debe recibir alimentos complementarios, tales como papillas espesas que contengan; carne vacuna, de pollo o pescado (molida o desmenuzada), así como también menudencias (hígado, corazón u otros) junto con cereales (arroz o derivados como fideos o harina de maíz), o bien tubérculos (papa, mandioca, batata) y todas las verduras.

Se sugiere comenzar a los 6 meses con 1 a 2 cucharadas y aumentar gradualmente hasta alcanzar 1 plato pequeño al año de vida. También es importante indicar el consumo de agua potable, 50 ml de 2 a 3 veces al día, desde el momento que se inicia la alimentación complementaria. Una vez que se incorporan las comidas, se debe ofrecer frutas correctamente lavadas, conforme a las Guías Alimentarias para niñas y niños menores de 2 años.

- Si el niño o niña es mayor de 1 año puede recibir alimentación de la olla familiar. Cuidar que los alimentos sean picados, que exista una buena combinación de alimentos (Ej.: porotos o lentejas con arroz o fideos), que contengan proteínas de alta calidad (leche, carne vacuna o de pollo, huevos, pescado).

Al plato servido se sugiere agregar una a dos cucharaditas de aceite vegetal crudo (Ej.: aceite de canola, soja, maíz o girasol). Si el niño o niña desea, puede tomar la leche que corresponde a ese horario de comida, como postre, para no perder la toma indicada. Es probable que el niño o niña, en etapa de recuperación, tenga más apetito que lo habitual.

## 2. VITAMINAS Y MINERALES:

- Indicar la administración de Vitamina A

El niño o niña con Desnutrición moderada debe recibir 1 dosis única de Vitamina A, de

acuerdo a la edad, según el esquema presentado anteriormente para el Desnutrido grave. Debe verificarse el contenido de jarabes multivitamínicos que pueden contener entre sus componentes Vitamina A. En ese caso se dosificará, teniendo en cuenta la concentración de la Vitamina A en ese preparado, para administrar un aporte 5.000 UI de Vitamina A por día por vía oral.

- Indicar la administración de Zinc: por 3 a 4 meses

Dosis: - Menores de 12 meses: 5 mg por día

- Mayores de 1 año: 10 mg por día

- Indicar la administración de Ácido fólico: por 3 a 4 meses.

Dosis: - Menores de 12 meses: 1 mg por día

- Mayores de 1 año: 2 mg por día

- Si fuera posible, indicar la administración de sulfato de cobre: por 3 a 4 meses.

Dosis: - Menores de 12 meses: 0,5 mg por día.

- Mayores de 1 año: 1 mg por día.

**TABLA 6.10.**

<b>DOSIS RECOMENDADAS DE ZINC, COBRE Y ÁCIDO FÓLICO</b>				
<b>EDAD</b>	<b>ZINC</b>	<b>AC. FÓLICO</b>	<b>COBRE</b>	<b>DURACIÓN</b>
Menores de 12 meses	5 mg	1 mg	0.5 mg	3 a 4 meses
Mayores de 1 año	10 mg	2 mg	1 mg	

En caso de recibir la leche entera fortificada, ofrecida por el PANI, debe verificarse la composición de la misma ya que en la actualidad, contiene los minerales recomendados y de ser así, no deben volver a ser indicados.

- Indicar la administración de Hierro

Cuando el niño o niña tiene una infección de cualquier tipo o Diarrea, se debe postergar la administración del hierro hasta que ceda el cuadro. Al decidir el inicio de la terapia con hierro se seguirán las siguientes recomendaciones:

- Administrar hierro en un horario diferente a la administración del preparado de zinc y cobre para disminuir el riesgo de interferencia de absorción tanto del zinc como del hierro (formación de quelatos).

- El hierro (sulfato ferroso) no debe administrarse con leche o algún derivado lácteo (queso, yogurt), para disminuir el riesgo de interferencia de absorción (formación de quelatos). Si es posible, se indicará una preparación con hierro quelado disponible en plaza.

- Indicar al inicio de la terapia la mitad de la dosis durante las 2 primeras semanas y luego aumentar a la dosis total a fin de disminuir el riesgo de aparición de efectos adversos como náuseas, constipación, dolores abdominales o diarrea.

- La dosis plena es de 4 a 6 mg/ kg/ día y el tiempo de duración recomendado es de 4 meses de tratamiento, que se debe ajustar conforme vaya variando el peso del niño o niña.

### 3. ANTIPARASITARIOS

Es probable que el niño o niña con desnutrición, se encuentre con parásitos. Se recomienda indicar los siguientes esquemas contra vermes y protozoarios, si es mayor de 1 año, padece de desnutrición y/o anemia, y no ha recibido antiparasitarios en los últimos 6 meses.

3.1. Indicar Mebendazol: con uno de los siguientes esquemas:

TABLA 6.11.

MEBENDAZOL				
EDAD	DOSIS	VÍA	FRECUENCIA	DURACIÓN
Mayores de 1 año	100 mg	Oral	cada 12 horas	3 días
	500 mg	Oral	única dosis	---

3.2. Una opción antiparasitaria a partir de los 2 años, es el Albendazol: 400 mg dosis única, para combatir los vermes.

3.3. Indicar Metronidazol: Dosis: 20 mg/ kg/ día por 7 días por vía oral.

TABLA 6.12.

METRONIDAZOL				
Dosis: 20 mg/ kg/ día				
	125 mg en 5 ml	250 mg en 5 ml	FRECUENCIA	DURACIÓN
<b>4 a 11 meses</b> 7 a 10 kg	2 ml	1 ml	Cada 8 horas	7 días
<b>1 a 2 años</b> 11 a 14 kg	3 ml	1,5 ml		
<b>3 a 4 años</b> 15 a 19 kg	4 ml	2 ml		

Los niños y niñas que se encuentran con Desnutrición pueden estar parasitados con Giardia Lamblia, por lo que se recomienda la administración de Metronidazol en mayores de 1 año.

El niño o niña debe ser citado a una consulta de seguimiento 7 días después.

#### CONSULTA DE SEGUIMIENTO: 7 días después

Si el niño o niña no es traído a la consulta de seguimiento, se debe iniciar la búsqueda activa a través del servicio social, promotores de salud u otros aliados comunitarios. El

niño o niña con DESNUTRICIÓN MODERADA puede no responder al tratamiento establecido e ir deteriorándose hasta llegar a una desnutrición grave y poner en riesgo su vida.

Al volver el niño o niña a la consulta de seguimiento debe ser reevaluado/a:

### **PREGUNTAR:**

- ¿Cómo se alimentó el niño o la niña?
- ¿Cómo ve el estado de ánimo del niño o niña?
- ¿Tuvo vómitos?
- ¿Tuvo diarrea?
- ¿Qué inconvenientes tuvo para realizar el tratamiento?

### **VERIFICAR:**

- Estado general del niño o niña y signos generales de peligro (vomita todo o no puede beber, tiene o tuvo convulsiones, está letárgico o inconsciente)
- Presencia o no de distensión abdominal.
- Peso actual y tendencia de la curva de crecimiento.
- Presencia de otro problema o complicación

### **DETERMINAR:**

- Si el niño o niña no puede alimentarse según lo indicado, o no recupera las ganas de comer, o está decaído o no mejora el peso, o la curva sigue plana o en descenso, o presenta diarrea, o vómitos o distensión abdominal, o tiene alguna complicación o enfermedad asociada, debe ser REFERIDO al Hospital.
- Si el peso del niño o niña aún se encuentra por debajo de (-) 2 DE, pero la curva de peso tiene tendencia ascendente, y se encuentra en buen estado general sin complicaciones ni otros problemas, debe alentarse a la madre, padre o cuidador para que siga las mismas indicaciones realizadas en la primera consulta. El seguimiento se realizará cada 7 días hasta que el peso se encuentre entre (-) 1 DE y (-) 2 DE.
- Si mejora el peso y se ubica entre (-) 1 DE y (-) 2 DE, se debe felicitar y alentar a la madre, padre o acompañante, para que siga con las mismas instrucciones. La consulta de seguimiento se realizará cada 15 días, hasta lograr parámetros de crecimiento adecuados para la edad.

En todos los casos se indicará a la madre, padre o cuidador cuando debe volver de inmediato y los signos de alarma para un niño o niña con desnutrición.

## **SIGNOS DE ALARMA CUÁNDO DEBE VOLVER DE INMEDIATO:**

- Hay signos generales de peligro.
- No mejora o empeora.
- No se alimenta de acuerdo al esquema indicado.
- Presenta fiebre
- Presenta diarrea.
- Tiene distensión abdominal.
- Está irritable o decaído.



## EJERCICIO: Caso VANESA

### RIESGO DE DESNUTRICIÓN (AMARILLO)

Después de descartar una enfermedad que puede estar aquejando al niño o niña y que no le permite subir de peso en forma adecuada, debe determinarse si hay problemas de alimentación. Una vez identificados los problemas de alimentación, se realizan las orientaciones según las Guías Alimentarias del Paraguay para niñas y niños menores de 2 años o Guías Alimentarias del Paraguay, en caso de los niños y niñas de 2 a 5 años. El niño o niña debe ser incluido/a en el Programa de Asistencia Nutricional Integral (PANI).

TABLA 6.13.

#### TRATAMIENTO PARA RIESGO DE DESNUTRICIÓN

Recomendaciones según Edad	MENORES DE 6 meses	6 meses a 1 año	MAYORES de 1 año
Alimentación	Pecho materno o Fórmula para lactantes	Pecho materno o Fórmula + alimentación complementaria	Pecho materno o Fórmula + alimentación saludable de la olla familiar
Multivitamínico y Sulfato ferroso	Multivitamínicos: 2,5 ml cada 24 horas Sulfato ferroso: 4 a 6 mg/ Kg/ día		Multivitamínicos: 5 ml cada 24 h Sulfato ferroso: 4 a 6 mg/ kg/ día
Antiparasitarios	No recomendado de rutina		Mebendazol Metronidazol

El niño o niña con Riesgo de Desnutrición debe recibir, multivitamínicos, hierro y anti-parasitarios, con el mismo esquema que los niños o niñas con DESNUTRICIÓN MODERADA.

#### SEGUIMIENTO: 15 días después

##### PREGUNTAR:

- ¿Cómo se alimentó el niño o la niña?
- ¿Cómo ve el estado de ánimo?
- ¿Tuvo vómitos?
- ¿Tuvo diarrea?
- ¿Tuvo algún inconveniente?

##### VERIFICAR:

- El estado general.

- Presencia o no de distensión abdominal.
- El peso actual y la tendencia de la curva de crecimiento.
- Presencia de otro problema o complicación.

#### **DETERMINAR:**

- Si tiene un peso entre (-) 1DE y (-) 2DE, y la curva de peso es plana o descendente, el niño o niña debe ser REFERIDO/A al Hospital.
- Si tiene un peso entre (-) 1DE y (-) 2DE, y la curva de peso es ascendente se debe alentar a la madre, padre o cuidador a seguir el mismo esquema alimentario y aconsejar acerca de cualquier problema de alimentación que pudo haberse presentado durante el tratamiento indicado. Con las recomendaciones nutricionales se enseñará cómo alimentar al niño o niña con los alimentos apropiados para su edad, la frecuencia, porciones y la manera de alimentarlo activamente. Indicar la cita de seguimiento cada 15 días, hasta alcanzar los parámetros de crecimiento adecuados para la edad.
- Si logra peso entre (+) 1DE y (-) 1DE, debe elogiar a la madre, padre o cuidador. Los cambios introducidos en la alimentación están ayudando. Se indicará que siga el plan nutricional de acuerdo con las recomendaciones para su edad y que realice los controles de salud según esquema de seguimiento del niño o la niña sano/a.



#### **EJERCICIO: Caso SOLEDAD**

#### **OBESIDAD (ROJO)**

Como se ha señalado, los niños o niñas clasificados en esta categoría, son mayores de 2 años y tienen necesidad de referencia NO urgente a un Hospital, pero sí en la brevedad posible para ser evaluados y recibir atención especializada (pediatra, nutriólogo, endocrinólogo).

Cada caso precisa de una evaluación más profunda y probablemente de pruebas laboratoriales, para descartar complicaciones como dislipidemias o problemas ortopédicos. Mientras se realiza la referencia, realice las mismas sugerencias alimentarias que para un niño o niña con sobrepeso. Si identifica algunas prácticas que no son adecuadas, aconseje de acuerdo al esquema recomendado para su edad.

#### **SOBREPESO (AMARILLO)**

Para las clasificaciones de sobrepeso y obesidad se utiliza el indicador Peso/Talla y se realiza en los mayores de 2 años.

No se recomienda un plan nutricional de restricción o cambios de la alimentación habitual que corresponde según la edad, a niños y niñas menores de 2 años.

Para niños y niñas mayores de 2 años de edad, se debe realizar consejería sobre alimentación saludable, actividad física, comportamiento sedentario y horas de sueño, según la edad.

## ACONSEJAR SOBRE EL EXCESO DE PESO

### 1- HÁBITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES

Debe ofrecer a la familia un plan nutricional con una variedad de alimentos nutritivos en base a las Guías Alimentarias del Paraguay para niñas y niños menores de 2 años o Guías Alimentarias del Paraguay, en caso de niñas o niños de 2 a 5 años. Aprovechar el encuentro para promover hábitos y estilos de vida que puedan sostenerse a largo plazo y favorecer el mantenimiento de un peso saludable<sup>59</sup>: Se realizarán las siguientes recomendaciones:

- Horarios:
  - Realizar las 5 comidas del día en horarios estables (desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena)
  - Evitar el picoteo entre comidas.
- Porciones:
  - Adecuar las cantidades a la edad y requerimientos del niño o niña.
  - Ofrecer un solo plato por cada comida. No ofrecer la repetición de la comida una vez que ha consumido la totalidad del contenido del plato. No obligar al niño o niña a comer.
  - Incorporar 2 platos de verduras crudas o cocidas en los horarios de almuerzo y cena.
  - Incorporar 3 porciones de frutas por día. Promover el consumo de frutas.
- Bebidas:
  - Tomar agua como bebida principal.
  - Suspender el consumo de gaseosas y otras bebidas azucaradas.
- Tipos de alimentos:
  - Limitar el consumo de panificados.
  - Reemplazar las frituras por alimentos elaborados con otros métodos de cocción.
  - Disminuir o suspender el consumo de alimentos ultra procesados.
  - Evitar alimentos con mucha grasa (frituras, embutidos, crema de leche, helados entre otros), dulces y cereales refinados.
  - Ajustar los alimentos hipercalóricos según situaciones especiales, por ejemplo: cumpleaños, fiestas familiares.
- Ambiente:
  - Crear un ambiente positivo durante las comidas, permitiendo conversaciones placenteras evitando discusiones.
  - Evitar tener disponibles en el hogar, los alimentos que el niño o niña no debe consumir .
  - Siempre motivar al niño o niña a sentarse a la mesa y evitar que coma frente al televisor u otro tipo de pantalla (teléfono móvil, tableta, laptop, entre otras).
  - Evitar usar la comida como recompensa o para calmar una decepción o aburrimiento.

<sup>59</sup> Manual de manejo de la obesidad Infanto Juvenil. Prevención, intervenciones y tratamiento en Atención Primaria de Salud. Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

## 2- ACTIVIDAD FÍSICA

En cuanto a la consejería para actividad física en niños o niñas menores de dos años: Aconsejar a la madre, padre o cuidador:

- Permitir que los niños o niñas gateen y se muevan de un lado a otro en un entorno seguro.
- Limitar el tiempo de televisión o juegos de video, según las recomendaciones mencionadas en las Directrices de la OMS sobre la actividad física, el comportamiento sedentario y el sueño para menores de 5 años
- Proveer oportunidades y motivar para que jueguen con el niño o niña, juegos y movimientos activos como marchar, saltar, tirar, patear y dar brincos.
- Buscar actividades físicas que el niño o niña disfrute.
- Involucrar al niño o niña en las tareas de la casa, por ejemplo: barrer el patio.
- Motivar el involucramiento familiar en actividades físicas regulares, por ejemplo, caminatas o juegos de pelota.

Los niños o niñas mayores de 2 años pueden:

- Pedalear un triciclo o bicicleta.
- Saltar en un pie e ir saltando.
- Realizar actividades movidas, divertidas durante 30 a 60 minutos acumulados de la mayoría de los días de la semana.
- Iniciar actividades de iniciación deportiva como fútbol, vóley, tenis, bailes de variados ritmos, todos con carácter lúdico.



### EJERCICIO: Caso GUADALUPE

#### NO TIENE DESNUTRICIÓN (VERDE)

Hemos señalado las alteraciones nutricionales que sufren los niños y niñas, sin indagar a profundidad sobre los determinantes causales subyacentes y determinantes básicos. La práctica de esquemas alimentarios inadecuados, al principio, puede no evidenciarse con alteraciones antropométricas; pero identificando estos casos durante el interrogatorio, se podrá ayudar a la madre, padre o cuidador, a corregir los problemas de alimentación antes que el niño o niña enferme. De allí la importancia de evaluar la alimentación de todos los niños y niñas, poniendo énfasis especial en aquellos que ya padecen desnutrición, anemia o exceso de peso.

Además de las dificultades para cumplir los esquemas recomendados, puede identificarse con frecuencia el uso de instrumentos inadecuados para la alimentación, la falta de alimentación activa y poco interés por comer, entre otros problemas. En caso de identificar problemas de alimentación, se recomienda citar para consulta de seguimiento 7 días después.

- Dificultades para cumplir los esquemas recomendados

Las dificultades pueden ser múltiples y las orientaciones respectivas se han menciona-

do, en el Capítulo del niño y la niña menor de 2 meses, algunas preocupaciones que manifiestan las madres al iniciar la lactancia como: ingesta insuficiente o baja transferencia de leche, poca producción, regreso a la actividad laboral . Como ejemplo se presentan algunas situaciones que pueden manifestarse:

- Tiene dificultades para la lactancia: debe utilizarse el Instrumento de Evaluación de la mamada. Si se identifican dificultades en la técnica, se realizan los consejos correctivos, permitiendo que la madre practique.
- El niño o niña toma otro tipo de alimentos o líquidos, antes de los 6 meses: se debe infundir confianza en la madre, informando que ella puede producir toda la leche que el niño o la niña necesita, aconsejando que amamante a su bebé a demanda, eliminando progresivamente otros líquidos o alimentos (fórmula, otro alimento o líquido) hasta suspenderlos totalmente. Utilizando el Instrumento de Evaluación de la mamada, evalúe la lactancia. Enseñe a la madre las señales de hambre del bebé.

Conforme el niño o niña va creciendo, van planteándose nuevos esquemas alimentarios y se presentan diversas problemáticas:

- Después de los 6 no se introdujo alimentación complementaria: Probablemente el niño o niña se encuentre con buen peso en los primeros meses, pero es necesario desarrollar hábitos alimentarios y el proceso de masticación - deglución en forma gradual. Debe aconsejarse que inicie la alimentación complementaria.
- Se alimenta 3 veces al día, después del primer año. A esa edad, el niño o niña debe recibir 5 comidas al día (desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena). Se deben agregar más horarios de alimentos, de acuerdo con las recomendaciones.

- **Uso del biberón:**

No se recomienda el uso del biberón por múltiples motivos: la limpieza puede no ser correcta facilitando la transmisión de gérmenes, predispone a caries dental, deforma el paladar, puede contener residuos líquidos que pronto se alteran o se ponen agrios y el lactante al beber el líquido descompuesto puede enfermar. Además, al alimentarlo con biberón puede confundir al niño o niña y acabar con el deseo de mamar, ya que es una forma diferente de succión.

Se aconseja el uso de la taza y cucharita en lugar del biberón y mostrar a la madre, padre o cuidador cómo alimentar al niño o niña con estos instrumentos. Para alimentar con taza:

- El niño o niña debe ser sostenido/a estando sentado/a, erguido/a o casi erguido/a en su regazo.
- Acercar una tacita a los labios del niño o niña e inclinarla para que el líquido apenas toque los labios. El niño o niña se despertará y abrirá la boca y los ojos.
- Un lactante puede tomar la leche con la lengua o succionar la leche y derramar una parte. La leche no debe ser vertida en la boca del niño o niña, solo debe acercarse la taza con la leche a sus labios y dejar que tome.
- Una vez que ha tomado lo suficiente, el niño o niña cierra la boca y no toma más.

Una taza es más fácil de mantener limpia y no es un obstáculo para el amamantamiento.

- **Falta de alimentación activa:**

Los niños y niñas pequeños/as necesitan a menudo estímulo y ayuda para comer. Esto sucede particularmente con aquellos que tienen muy bajo peso. Si se deja que un niño o niña pequeño/a se alimente solo o si tiene que competir con sus hermanos por la comida, tal vez no coma lo suficiente. Al preguntar, “¿quién y cómo lo alimenta?“, se podrá averiguar si es necesario animarle a comer activamente.

### **ACONSEJAR a la madre, padre o cuidador que:**

- Anime al niño o niña para que coma y le sirva una porción adecuada en un plato o recipiente propio.
- Deje que el niño o niña explore el alimento con todos sus sentidos. Los colores, la textura, los olores y sabores hacen que el niño o niña descubra y guste de cada alimento.
- Siga ofreciendo todos los alimentos recomendados, aunque al principio puede rechazar algunos.
- Ofrezca el alimento con una cuchara, diferente a la que utiliza el adulto, mientras el niño o niña explora.
- Enseñe al niño o niña a llevar la cuchara a la boca y festejar sus intentos.
- Debe evitar distractores como Tv, pantallas, celulares etc.
- No ofrezca al niño o niña alimentos no nutritivos y fuera de horario como gaseosas, golosinas, jugos azucarados.

- **Falta de apetito durante la enfermedad:**

Algunos niños y niñas pueden perder el apetito cuando están enfermos y comer en menor cantidad. Debe tranquilizar a la madre, padre o cuidador porque probablemente el niño o niña tendrá más apetito a medida que vaya mejorando la enfermedad que le aqueja.

Mientras tanto, debe recibir alimentación al pecho materno a demanda y comer todos los grupos de alimentos recomendados para la edad, en los horarios habituales, aunque no coma mucho. Conviene preparar y darle comidas blandas, variadas y apetitosas, alimentos nutritivos, en lo posible sus favoritos, para animarle a comer; ofrecerle comidas en pequeñas porciones y con mayor frecuencia.

Después de una enfermedad, la buena alimentación permite recuperar las pérdidas de peso y prevenir la desnutrición.

### **ACONSEJAR SOBRE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE DEL NIÑO O LA NIÑA (SANO/A O ENFERMO/A)**

#### **RECOMENDACIONES GENERALES:**

- El cariño es un ingrediente importante en la alimentación, por ello es fundamental alimentarlo con paciencia.
- En todo momento es necesario evitar peleas familiares, a la hora de comer. Ese momento debe ser agradable, eliminando los distractores como televisores, radios, celulares.
- Debe permitir al niño o niña que se alimente activamente, es decir animarle a que se sirva con la mano o cuchara, si se ensucia, no debe haber reproches. Se debe aplaudir su habilidad de comer solo.

- Compartir la mesa con los demás miembros de la familia, es un buen hábito ya que es un momento social donde los niños y niñas aprenden a comer y a establecer sus rutinas alimentarias
- El niño o niña debe contar con su propio plato, para identificar la cantidad y variedad de alimentos que consume, además de desarrollar su independencia. No debe competir con sus hermanos mayores por los alimentos. Se le debe servir su propia porción.
- Una porción suficiente significa que el niño o niña no come más después de haber realizado una alimentación adecuada. Se inicia con 1 a 2 cucharadas a los 6 meses y aumenta paulatinamente hasta llegar a un plato pequeño, 200 gramos, al cumplir 1 año.
- La persona que cuida al niño o a la niña debe sentarse con él en la mesa durante las comidas y ayudarlo con cariño a colocar la cuchara en la boca.
- Debe cuidar la higiene de las manos, los utensilios y de los lugares donde se alimenta el niño o la niña.
- Los alimentos no deben ser utilizados como premio, castigo o distractor (para que el niño o niña se entretenga).
- No es bueno dar a los niños o niñas y menos aún a los menores de 2 años, jugos o bebidas azucaradas o con edulcorantes artificiales. Estos últimos no se usan en ningún caso.
- Excepcionalmente deberían consumir fórmulas lácteas, en ese caso el profesional de salud debe cerciorarse que la misma sea apropiada para la edad y se prepare en forma correcta: cantidad, concentración adecuada y preparación higiénica. Enseñar a la madre, padre o cuidador que no guarde restos de la preparación para usarlos en la próxima comida. Debe recomendarse que el niño o niña tome la fórmula preparada en el lapso de una hora y que, al cumplirse ese plazo, se deseche el resto.

## **RECOMENDACIONES POR GRUPO DE EDAD**

### **DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 6 MESES:**

- Dar el pecho todas las veces que el bebé quiera, durante el día y la noche, a libre demanda.
- No ofrecer ninguna otra comida o líquidos. La leche materna brinda todas las sustancias nutritivas y aporta suficiente cantidad de agua, incluso cuando hace mucho calor.
- No dar chupetes ni biberones.

### **RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS DESDE LOS 6 MESES A 11 MESES:**

- Seguir con pecho materno y dar inicio a la alimentación complementaria.
- Comenzar con 1 a 2 cucharaditas por día, e ir aumentando gradualmente a 2 a 3 cucharaditas por día, hasta llegar a un plato pequeño al año de vida.
- Ofrecer agua limpia (potable) comenzando con pequeñas cantidades e ir aumentando gradualmente hasta 50 ml 2 a 3 veces al día. Se puede ofrecer mayor cantidad en épocas muy calurosas.
- Usar una pizca de sal yodada al preparar sus comidas y agregar 1 cucharadita de aceite vegetal crudo (girasol, maíz, soja) en su porción de comida.

- Evitar dar miel de abeja o de caña a los niños y niñas menores de 1 año.
- Desde los 6 meses:
  - Ofrecer al niño o niña alimentos variados.
  - Comenzar con el almuerzo: los primeros alimentos deben ser de una consistencia suave como puré, sin grumos. Los caldos o jugos de las comidas, por sí solos no alimentan, por ello se recomienda que la consistencia de las comidas que se ofrecen sea espesa, para que en poca cantidad, reciba una alimentación nutritiva:
    - tubérculos: papa, batata o mandioca.
    - verduras cocidas de todos los colores: zapallo, zanahoria, calabaza, espinaca, acelga, repollo, tomate, cebolla, etc.
    - cereales: papilla de arroz, polenta de maíz, locro, fideo.
    - carne molida o desmenuzada: vacuna o pollo y luego, alternando con el consumo de las carnes, puede ofrecer:
      - legumbres: toda clase de porotos, garbanzos o lentejas en forma de puré combinadas con cereales como arroz, fideo o locro 1 a 2 veces por semana.
      - se puede incluir además menudencias como hígado de vaca o pollo, riñón o corazón y otros tipos de carne como cabra, cordero o cerdo sin grasa visible y pescados, cuidando que no tenga espinas para evitar el atragantamiento.
      - las frutas (banana, mango, aguacate, mamón, pera, manzana, entre otros) que pueden darse en forma de puré o rallados al principio.
- Entre los 7 y 8 meses
  - Debe estar comiendo almuerzo y cena.
- A partir de los 9 meses:
  - Consumo de huevos, hasta 3 veces por semana. Debe estar bien cocinado, cuando se ofrece por sí solo (huevo duro) o cuando está agregado a otras preparaciones. La clara del huevo es la parte más nutritiva (parte de color blanco).
  - También se incorporan las frutas en forma de trocitos (banana, mango, aguacate, mamón, pera, manzana, entre otros), a media mañana o después de las comidas.

**Es importante que el niño o la niña participe de la mesa familiar porque:**

- Es un momento social.
- Aprende a comer.
- Se logra una rutina alimentaria.
- Con su propio plato reconoce las porciones que consume y ejercita su independencia.



## EJERCICIO: Caso MARÍA PAZ

### RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS DESDE 12 MESES A 24 MESES:

El niño o niña ya puede comer la comida de la olla familiar, ofreciendo una rutina de alimentación de 5 comidas al día: desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena.

- Es importante continuar dándole pecho materno si es posible.
- A estas edades es recomendable que coma:
  - Cereales, tubérculos y derivados: fideo o arroz o harina de maíz o harina de trigo o mandioca o batata o papa, en el almuerzo y cena, todos los días. Cuando el niño o niña come panificados, cuidar que no reemplace en cantidad a otro cereal y a otra comida. Es recomendable hasta 1 pan por día.
  - Carnes: vacuna, pollo, pato, pavo, pescado, cerdo sin grasa visible, menudencias como hígado, corazón y riñón, 4 a 5 veces a la semana.
  - Legumbres secas (porotos, lentejas, garbanzos) que pueden reemplazar a las carnes 2 a 3 veces en la semana, combinado siempre con cereal (arroz o fideo o locro).
  - Leche y derivados (yogur o queso): 3 porciones todos los días.
  - Verduras y frutas: 2 porciones de frutas y 1 porción de verduras, todos los días.
  - Aceite en pequeña cantidad en las comidas, todos los días.
  - Azúcares o mieles en poca cantidad.
  - Se debe cocinar con sal yodada en pequeña cantidad, todos los días.
  - Agua potable: 200 ml, 3 vasos, todos los días.

En cada horario de comida ofrecerle un plato pequeño de alimentos recién preparados (tibios) de la olla familiar, cortados en trocitos pequeños y poco condimentados.



## EJERCICIO: Caso ALEJANDRA

### RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS:

Es importante que el niño o niña realice 5 comidas al día:

**Desayuno:** 1 taza de leche con 1 pan (puede acompañar con 1 cucharadita de mermelada o margarina) o con cereales.

**Media mañana:** 1 huevo duro (hasta 3 veces por semana) o frutas de estación o yogur.

**Almuerzo:** aproximadamente medio plato de arroz o pastas o papas con porotos o carne (1 presa chica de pollo o carne vacuna o pescado), acompañado siempre con ensalada de verduras crudas. Ejemplo: soyo de carne con verduras, guiso de arroz o fideo con carne o pollo, locro, poroto con fideos y queso, cualquiera de éstos con ensalada de lechuga y tomates u otras verduras. Postre: frutas o ensalada de frutas.

**Merienda:** 1 taza de leche con 1 pan, o calabaza (andai) con leche, o arroz con leche o licuado de leche con frutas.

**Cena:** igual que el almuerzo. Ejemplo: arroz con queso, bife de hígado con arroz, guiso de fideo, y carne molida; siempre con ensalada de verduras. Postre: frutas o ensalada de frutas.



## EJERCICIO: Caso ELÍAS

En la Escuela para el recreo es recomendable:

- Una fruta de estación, yogur o leche, o sándwich de queso.
- Evitar completamente las papas fritas, gaseosas, golosinas o galletitas dulces rellenas o saladas.

### TALLA BAJA (ROJO)

Los niños y niñas que presentan talla baja serán derivados al médico del nivel local con el objeto de evaluar la presencia de algún factor patológico asociado. Esta clasificación pertenece a la hilera ROJA, pero no significa referencia URGENTE pero sí lo antes posible, ya que nos demuestra que existe una Desnutrición Crónica.

Deben ser derivados a un nivel secundario para ser evaluados por especialistas (nutriólogo, endocrinólogo pediatra) todos aquellos niños y niñas con talla baja y si además presentan:

- Asociación con: dismorfias, obesidad, retardo mental.
- Crecimiento menor del 75% de lo esperado para su edad en más de 2 controles sucesivos.
- Sospecha de enfermedad crónica (cuadros diarreicos o bronquiales a repetición, mal incremento ponderal, entre otros).

### RIESGO DE TALLA BAJA (AMARILLO)

Como se mencionó anteriormente, estos niños y niñas se encuentran por debajo de lo esperado en cuanto a su crecimiento lineal y deben ser evaluados en el control ambulatorio de manera sistemática, para poder dibujar la curva de crecimiento de acuerdo a los hallazgos en sucesivas visitas. Se realizará el seguimiento y medición de la Talla cada 30 días.

Si la tendencia del crecimiento es ascendente, aunque permanezca en esta franja, no se tomará ninguna conducta adicional, pues probablemente esa será su evolución natural. De lo contrario, cuando habiendo estado en esta franja, su tendencia de crecimiento sufre un estancamiento y la línea se vuelve recta, entonces informe a la madre, padre o cuidador que el niño o niña no está creciendo bien y debe ser referido a un especialista para evaluación más exhaustiva.

## MICROCEFALIA (ROJO)

La falta de aumento de la circunferencia craneana, según los parámetros esperados, traduce la falta de crecimiento del encéfalo que puede ser la manifestación de déficit de nutrientes durante mucho tiempo, aunque puede ser debido a otras causas. Es el último parámetro antropométrico que se altera, cuando hay déficit de nutrientes.

## MACROCEFALIA (ROJO)

La macrocefalia, generalmente, traduce problemas no asociados a la desnutrición. Tanto la macro como la microcefalia son condiciones graves que requieren una evaluación especializada y deben ser referidos con neurólogo/a pediatra, para determinar la causa y realizar el tratamiento adecuado.



### EJERCICIO: Caso ROSSANA

## 2. EVALUAR CLASIFICAR Y TRATAR ANEMIA EN EL NIÑO O NIÑA DE 2 MESES A 5 AÑOS

La anemia se produce por la reducción de la cantidad de glóbulos rojos y una disminución del contenido de hemoglobina. Una dieta sin alimentos ricos en hierro puede llevar a deficiencia de hierro y anemia.

Un niño o niña también puede desarrollar anemia como resultado de:

- Infecciones, sobre todo si son repetitivas.
- Parásitos como uncinarias o tricocéfalos. Estos pueden producir pérdida de sangre intestinal.
- Ocupación de la médula ósea por tumores y disminución en la producción de los elementos de la sangre: glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas.
- Destrucción de los glóbulos rojos por enfermedades hemolíticas.
- El paludismo, puede destruir rápidamente los glóbulos rojos. Si se tienen episodios reiterados de paludismo, o si fue tratado de manera inadecuada, la anemia puede desarrollarse lentamente.

### 2.1. EVALUAR ANEMIA EN EL NIÑO o NIÑA DE 2 MESES A 5 AÑOS

Después de haber analizado la alimentación, poniendo énfasis especial en el consumo de los grupos de alimentos que contienen hierro: carnes rojas, vegetales verdes, vísceras prosiga el interrogatorio.



### PREGUNTE:

- ¿Cuál es la fuente de agua que utiliza para beber o preparar los alimentos?

El agua para beber o preparar alimentos debe ser potable. Las verduras y frutas crudas lavadas con agua contaminada con excrementos humanos o de animales, pueden transmitir parásitos y otras enfermedades.

- En relación a los sanitarios (baños) de la vivienda:

La disposición final de las excretas incide en la posibilidad de infestación por parásitos y la posibilidad de infección por bacterias que sumados a una alimentación deficiente pueden empeorar el estado de salud del niño o niña.

- ¿Dónde está ubicado?

Existen baños sin redes cloacales que además de generar contaminación es probable que, durante las lluvias, las excretas se distribuyan en el suelo donde habita el niño o niña y los integrantes de su familia. Esto puede ocurrir, sobre todo, si los sanitarios están ubicados en un lugar más elevado que la vivienda.

- ¿Cuál es la disposición final de las excretas?

Se recomienda que el baño esté conectado a una red cerrada. Si es pública, debería ser tratada la disposición final. Si es una red cloacal de la vivienda, se recomienda construir un pozo ciego.

- ¿El niño o niña usa calzado?

Existen parásitos que viven en el suelo y pueden penetrar la piel sobre todo a nivel de las plantas de los pies. Algunos de ellos pueden parasitar a las personas, ocasionar pérdida de sangre inaparente por las heces y causar anemia. Recomiende que el niño o niña use calzados, el mayor tiempo posible.

- ¿Tuvo pérdida de sangre?

En ocasiones puede notarse la presencia de sangre en orina o heces. Puede haber equimosis o petequias en la piel. La anemia puede presentarse por pérdida aguda de sangre por algún traumatismo, por ejemplo, o puede no ser evidente cuando ocurre pérdida crónica, como sangre oculta en heces por parásitos, entre otras causas.



## OBSERVE:

- Si tiene palidez palmar

La palidez extrema de la piel constituye un signo de anemia. Para verificar si hay palidez palmar, se observará el color de la palma de la mano del niño o niña, manteniéndola abierta y tomándola suavemente desde el costado. No debe extenderse exageradamente los dedos hacia atrás, dado que esto podría ocasionar palidez al bloquear el suministro de sangre.

Al comparar el color de la palma del niño o niña con la del profesional de salud o con la palma de las manos de otros niños, podrá notarse, si la palma del niño o niña evaluado/a

está pálida. En este caso tiene palidez palmar leve. En caso que la palma del niño o niña esté tan pálida que parece blanca, presenta palidez palmar grave.

**DETERMINE, si es posible:**

- Nivel de Hemoglobina (Hb) y Hematocrito (Hto)
- Los niveles de Hemoglobina y Hematocrito le ayudarán a clasificar la anemia. Si el establecimiento de salud dispone de recursos, solicite un Hemograma junto con Frotis de Sangre Periférica y Reticulocitos.
- Si la Hemoglobina es menor a 7 g/dl, la anemia es grave. Se considera Anemia por debajo de los valores que se encuentran en el siguiente cuadro, de acuerdo a la edad:

**TABLA 6.14.**

POBLACIÓN	HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO
Niños o niñas de 6 meses a 59 meses	11,0 g/ dl	33 %



**EJERCICIO: Evaluación de Anemia por imágenes**

**2.2 CLASIFICAR ANEMIA EN EL NIÑO O NIÑA DE 2 MESES A 5 AÑOS**

**ANEMIA GRAVE (ROJO)**

Si se determinó que el niño o niña tiene uno o más de los siguientes signos:  
 Palidez palmar intensa, y/o  
 Hemoglobina menor a 7 g/dl, y/o  
 Hematocrito menor a 21 %.

**ANEMIA (AMARILLO)**

En caso de que el niño o niña presente uno o más de los siguientes signos:  
 Palidez palmar leve, y/o  
 Hemoglobina entre 7 y 11 g/dl, y/o  
 Hematocrito entre 21 % y 33 %.

**NO TIENE ANEMIA (VERDE)**

Se identifican uno o más de los siguientes criterios:  
 No presenta palidez palmar y/o  
 Hemoglobina igual o mayor a 11 g/dl, y/o  
 Hematocrito mayor de 33 %.

## 2.3 TRATAR ANEMIA EN EL NIÑO O NIÑA DE 2 MESES A 5 AÑOS.

### ANEMIA GRAVE (ROJO)

Cuando un niño o niña es clasificado/a con ANEMIA GRAVE, se realizará la REFERENCIA URGENTE, a un Hospital donde pueda estudiarse la causa y vigilar la evolución. Probablemente necesite transfusiones de sangre y presente otras enfermedades graves asociadas.



#### EJERCICIO: Caso FELIPE

### ANEMIA (AMARILLO)

Los niños o niñas clasificados con ANEMIA precisan tratamiento con antiparasitarios, suplementos de hierro, además de recibir consejos sobre la alimentación y el ambiente donde viven.

#### El profesional de salud debe:

- Indicar Hierro a dosis de tratamiento: 4 a 6 mg/ kg/ día, por 4 meses.
- Administrar Mebendazol si es mayor de 1 año y no recibió la medicación en los últimos 6 meses. A partir de los 2 años se puede indicar Albendazol 400 mg una sola dosis por vía oral.
- Indicar cuidados básicos en el hogar: potabilizar el agua para la ingesta y lavado de manos y alimentos crudos y preparación higiénica de los mismos.
- Si se identificó un problema de alimentación, realizar las orientaciones al respecto y citar a una consulta de seguimiento a los 7 días, para evaluar si las indicaciones pudieron ser cumplidas.
- Recomendar el uso de calzados, disposición correcta de basuras y excretas y mantener limpio el ambiente donde habita el niño o niña.



#### EJERCICIO: Caso ROQUE

### CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA ANEMIA: 30 días

La anemia puede ser la manifestación de otras enfermedades, por lo que requiere de seguimiento a los 30 días. Al volver a la consulta de seguimiento, debe evaluarse de la misma manera que en la visita inicial.

#### PREGUNTAR:

- ¿Cómo estuvo el estado de ánimo del niño?
- ¿Cómo se está alimentando?

- ¿Qué inconvenientes tuvo para realizar el tratamiento?

#### **VERIFICAR:**

- Estado general del niño o niña y los signos generales de peligro (vomita todo o no puede beber, tiene o tuvo convulsiones, está letárgico o inconsciente)
- Presencia o no de palidez palmar.

#### **DETERMINAR:**

- Si no mejora, el niño o niña debe ser referido/a al Hospital para determinar la causa de la enfermedad.
- Si el niño o niña está mejor, debe elogiar a la madre, padre o cuidador y aconsejar que complete el tratamiento por 4 meses, reforzando los consejos básicos para el hogar y el ambiente.

### **NO TIENE ANEMIA (VERDE)**

Si el niño o niña es menor de 12 meses debe realizarse suplementación oral de hierro elemental a dosis profiláctica, 1 a 3 mg/ Kg/ día, durante todo el primer año de vida. Debe iniciarse este esquema desde el primer mes en los niños o niñas prematuros/as y a partir del 4º. mes en los bebés nacidos de término.

Durante la evaluación es probable que se haya identificado algún problema de alimentación, aunque no presente anemia ni desnutrición. Si se detecta algún problema de alimentación, debe enfatizarse sobre la ingesta de alimentos ricos en hierro: carnes rojas, vegetales verdes, hígado y alimentación saludable según la edad del niño o niña. A los 7 días, en una consulta de seguimiento para los problemas de alimentación, se debe verificar si se pudieron ejecutar las indicaciones realizadas.

Es importante completar las recomendaciones acerca de los cuidados básicos en el hogar y el ambiente. (uso de calzados, lavado de manos y alimentos con agua potable, ingesta de agua potable, disposición correcta de basuras y excretas).



## **EJERCICIO SOBRE ALIMENTACIÓN**

### **3. EVALUAR CLASIFICAR Y TRATAR PROBLEMAS DE DESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA DE 2 MESES A 5 AÑOS**

El desarrollo neurológico es un proceso continuo e individual para la adquisición de comportamientos, capacidades y habilidades de una persona, sustentadas por el desarrollo de estructuras cerebrales, influenciadas por el entorno ambiental y mecanismos epigenéticos.

Los 1000 primeros días comprendidos desde el momento de la concepción hasta los dos años, y la primera infancia; constituyen períodos trascendentes porque es cuando se configuran las bases estructurales del cerebro que permiten el neurodesarrollo en

toda su expresión. Sobre todo hasta los 3 años, es el período de mayor plasticidad cerebral cuando se forma entre un 80 a 90 % del cerebro. Es en esta etapa, cuando se refuerzan o debilitan las conexiones neuronales, dependiendo de la influencia del ambiente. Se trata de un verdadero período crítico y una ventana de oportunidades para el desarrollo pleno de las personas.

Para que el niño o la niña, tenga un buen neurodesarrollo es necesario, ante todo, que sea amado/a, y deseado/a por su familia y que en la medida de lo posible la familia intente comprender sus sentimientos y sepa satisfacer sus necesidades.

Un concepto importante es el de resiliencia, o sea la capacidad de enfrentar y superar adversidades y situaciones de riesgo de manera positiva y constructiva. La resiliencia no es una capacidad que nace con las personas, sino que es construida a lo largo de su formación a través de la construcción de su personalidad, su interacción con las personas y su ambiente o entorno.

Eso significa que el niño o la niña precisa tener en su entorno, condiciones que lo estimulen a que desarrolle toda su potencialidad. Estas condiciones pueden ser humanas – personas que promuevan en forma positiva esa interacción –, y físicas – casa, parques, guarderías y escuelas – que le permitan vivir experiencias diferentes y sumatorias que le proporcionen protección, estímulo y sensación de conquistas y realizaciones.

Además de las características externas están también las internas, que son los aspectos relacionados a las características personales. Dentro de ellas se destacan principalmente la autoestima, la creatividad, el humor y la autonomía. Todas ellas están íntimamente relacionadas.

### 3.1. EVALUAR EL NEURODESARROLLO

Se plantea la evaluación del niño o niña de 2 meses a 5 años, con la misma estrategia que fue evaluado el menor de 2 meses de edad. Si se han recabado los datos previamente, no es necesario repetir las mismas preguntas realizadas en consultas anteriores, acerca de los antecedentes del niño o niña. Si aún no se posee toda la información, debe interrogarse debidamente y con cautela. Antes de iniciar la evaluación se verificarán los resultados de las pruebas realizadas en la etapa neonatal (reflejo rojo, otoemisiones acústicas, test de despistaje neonatal para enfermedades, pulsioximetría pre y postductal).



**Para evaluar el desarrollo neurológico,  
PREGUNTE:**

- ¿Cómo ve el desarrollo de su hijo o hija?

Debe recordarse que la madre generalmente, es quien más convive con el niño o niña y quién realiza la observación con mayor detenimiento. En ocasiones, el niño o niña puede estar a cargo de otra persona con la que se relaciona la mayor parte del tiempo; a esta persona se la denomina cuidador principal. Se debe dar valor a la opinión de la madre, padre o del cuidador principal, cuando refiere su preocupación debido a que el niño o

niña no está evolucionando bien, comparándolo con otros niños o niñas de la misma edad. En este caso se recomienda realizar las pruebas de tamizaje.

- ¿Cuáles son los antecedentes biológicos y ambientales del niño o niña?

En todos los casos se debe investigar si existen o no factores de riesgo.

En la Tabla se muestra un listado de factores de riesgo que podrían influenciar en el desarrollo neurológico del niño o niña. Deberán realizarse las preguntas referentes a cada aspecto mencionado en forma prudente y con respeto.

En ocasiones se podrán detectar uno o más factores de riesgo, pudiendo estar interrelacionados, siendo necesario abordar cada uno de ellos para establecer un plan de intervención sobre aquellos que fueron identificados.

- ¿Qué edad gestacional tuvo al nacer?

Todos los factores de riesgo influyen en alguna medida en el desarrollo neurológico, pero en el caso de niños o niñas prematuros/as, es fundamental conocer la edad gestacional al nacer ya que ese dato permitirá realizar el cálculo de la edad corregida.

El método para calcular la edad corregida fue detallado en el capítulo 4. Al evaluar a los niños prematuros, deben explorarse los hitos del desarrollo de acuerdo al grupo de edad que corresponde a la edad corregida, durante los 24 meses de edad cronológica (postnatal).

**TABLA 6.15.**

## FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO

### FACTORES AMBIENTALES

- Hogar desintegrado.
- Muerte materna.
- Nivel de educación materna
- Embarazo no deseado.
- Depresión postparto.
- Madre adolescente.
- Vínculo madre – hijo, o con el padre, inadecuado.
- Discapacidad de la madre y/o cuidador principal (intelectual o física).
- Ausencia de un cuidador estable.
- Cuidador principal en situación de desempleo.
- Madre, padre o cuidador principal, privado de libertad.
- Cuidador principal con menos de 8 años de educación o analfabeto.
- Ningún integrante de la familia tiene educación escolar completa.
- Pertenencia a una comunidad indígena.
- Consumo de tabaco, drogas ilegales o consumo problemático de alcohol por cuidador principal o algún miembro de la familia.
- Violencia intrafamiliar (física o psicológica).
- Integrante de la familia con antecedente de ser victimario en caso de maltrato infantil.
- Niño o niña con antecedente de hermano/a víctima de maltrato (cualquier tipo).
- Niño o niña víctima de maltrato (físico, psicológico), negligencia o abuso sexual.
- Familia en condición de pobreza extrema.
- Vivienda precaria y en malas condiciones (paredes, piso, luz, ventilación).
- Hacinamiento del grupo familiar.
- Niño o niña vive en contexto contaminado (basurales).
- Cambios frecuentes de domicilio.
- Familia con dificultad para el acceso a un establecimiento de salud.
- Familia sin acceso a espacios culturales en su localidad y/o desvinculada de otros beneficios. (subsídios).
- Niño o niña sin documento de identidad.
- Niño o niña vive en contexto donde hay tráfico de drogas, prostitución, delincuencia.

### FACTORES BIOLÓGICOS

- Madre sin control de salud durante el embarazo.
- Madre menor de 18 años o mayor de 40 años.
- Enfermedad de transmisión sexual durante el embarazo u otras enfermedades transmisibles.
- Consumo de fármacos sin indicación médica de la madre durante el embarazo.
- Adicción de la madre al tabaco, alcohol o drogas ilegales.
- Antecedentes de consanguinidad de los padres.
- El niño o la niña no recibe lactancia materna en los primeros meses.
- Prematuro (menos de 37 semanas de gestación). - Bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos).
- Enfermedades genéticas: metabopatías.
- Defectos congénitos mayores.
- Asfixia neonatal.
- Hemorragia intracraneana.
- Hipoglicemia u otros problemas metabólicos.
- Convulsiones.
- Ictericia antes de las 48 horas.
- Sordera.
- Ceguera.
- Malnutrición por exceso o déficit.
- Talla baja.
- Antecedentes de discapacidad.
- Antecedentes de alteraciones en el Desarrollo.
- Antecedentes de padres o familiares de primer grado con trastornos mentales o trastornos del espectro autista.
- Niño o niña con alteración del sueño.
- Niño o niña con perímetro cefálico:

**entre (-) 1 DE y (-) 2 DE, o  
entre (+) 1 y (+) 2 DE.**

- Niño o niña sin controles de salud ni vacunas al día.
- Niño o niña con enfermedades crónicas: Ej. displasia broncopulmonar.



**OBSERVE:**

- Interacción entre el niño o niña y el cuidador principal

El cuidador principal puede ser la madre, el padre, u otro adulto responsable del cuidado del niño o niña. Observe cómo se relacionan entre ellos, la forma en que lo toman, desvisten y hablan. Identifique si el cuidador responde adecuadamente al llanto del niño o niña y si logra calmarle y consolarle durante la visita al establecimiento de salud. Evalúe si el niño o niña busca interactuar con el adulto a través de la mirada.

- Presencia de dismorfismos o alteraciones fenotípicas:

Un individuo que presenta 3 o más alteraciones fenotípicas menores tiene altas probabilidades de padecer alteraciones mayores y que estén asociadas a alguna alteración genética que curse con trastorno del desarrollo. Examine al niño o niña sin ropa y observe si existe:

- Desproporción craneofacial.
- Aspecto facial atípico (no se parece a los padres o hermanos): frente amplia, ojos separados (hipertelorismo ocular), oreja de implantación baja, micrognatia, pliegues epicanáticos, hendiduras palpebrales oblicuas.
- Mamelones preauriculares
- Hendidura palatina, labio leporino.
- Cuello corto, cuello largo.
- Alteraciones en las extremidades: pliegue simiano, clinodactilia, dedos cortos, campodactilia (quinto dedo corto o recurvado), sindactilia, polidactilia, etc.
- Desproporción de segmentos corporales, fosilla sacra
- Hemangiomas, manchas de color café con leche, en la piel, etc.

El valor de su reconocimiento sirve como indicador de una morfogénesis globalmente alterada.



### **DETERMINE:**

- Perímetro cefálico

La circunferencia craneana o perímetro cefálico se utiliza para detectar problemas de salud, nutrición y desarrollo en los niños y niñas, desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad. Las alteraciones del perímetro cefálico se asocian a un mayor riesgo de presentar trastornos o retraso del desarrollo.

- Presencia de hitos del desarrollo

Para evaluar el grupo de edad de 2 meses a 5 años, se utilizaron hitos esperados (comportamientos, habilidades y destrezas) - de fácil observación - divididos en grupos de edad, presentes en el 90% (percentil 90) de los niños o niñas de cada uno de esos grupos. Las dimensiones escogidas para cada edad fueron cuatro: área motora gruesa, área motora fina, lenguaje e interacción personal-social y han sido validadas por 4 escalas internacionales<sup>60</sup>.

Como el número de hitos esperados a ser observados es pequeño, apenas cuatro áreas para cada grupo de edad, la ausencia en el cumplimiento de uno solo de esos marcos es considerada significativa, para tomar alguna decisión.

Si en la exploración se identifica que el niño o la niña no cumple con uno o más de los

hitos esperados para su grupo de edad, entonces se procede a evaluar los comportamientos esperados para el grupo de edad anterior. De este modo se podrá realizar la clasificación.

**TABLA 6.16.**

<b>HITOS ESPERADOS SEGÚN GRUPOS DE EDAD</b>	
<p><b>LACTANTES</b></p> <p><b>De 2 a &lt; 4 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mira el rostro.</li> <li>• Sigue a un objeto con la mirada en la línea media</li> <li>• Reacciona a un sonido.</li> <li>• Eleva la cabeza.</li> </ul> <p><b>De 4 a &lt; 6 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responde al examinador.</li> <li>• Agarra objetos.</li> <li>• Emite sonidos (balbucea).</li> <li>• Sostiene la cabeza.</li> </ul> <p><b>De 6 a &lt; 9 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intenta alcanzar un objeto.</li> <li>• Lleva objetos a la boca.</li> <li>• Localiza un sonido.</li> <li>• Muda de posición activamente (gira).</li> </ul> <p><b>De 9 a &lt; 12 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Juega a taparse y descubrirse.</li> <li>• Transfiere objetos de una mano a la otra.</li> <li>• Duplica sílabas.</li> <li>• Se sienta sin apoyo.</li> </ul> <p><b>De 12 a &lt; 15 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imita gestos (ej. aplaude).</li> <li>• Agarra objetos haciendo pinza superior.</li> <li>• Produce jerga.</li> <li>• Camina con apoyo.</li> </ul> <p><b>De 15 a &lt; 18 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejecuta gestos a pedido.</li> <li>• Coloca cubos en un recipiente.</li> <li>• Dice una palabra, que no sean mamá o papá.</li> <li>• Camina sin apoyo.</li> </ul> <p><b>De 18 a &lt; 24 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica dos objetos.</li> <li>• Garabatea espontáneamente.</li> <li>• Dice tres palabras.</li> <li>• Camina hacia atrás.</li> </ul>	<p><b>PRE- ESCOLARES</b></p> <p><b>De 2 años a &lt; 2 años 6 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se quita la ropa.</li> <li>• Construye una torre de 3 objetos (cubos).</li> <li>• Señala 2 figuras.</li> <li>• Patea una pelota.</li> </ul> <p><b>De 2 años y 6 meses a &lt; 3 años</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se viste con supervisión.</li> <li>• Construye una torre de 6 objetos (cubos).</li> <li>• Construye oraciones de dos palabras.</li> <li>• Salta con ambos pies.</li> </ul> <p><b>De 3 años a &lt; 3 años y 6 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dice el nombre de un amigo.</li> <li>• Imita una línea vertical.</li> <li>• Reconoce dos acciones.</li> <li>• Tira la pelota.</li> </ul> <p><b>De 3 años y 6 meses a &lt; 4 años</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pone una camiseta.</li> <li>• Mueve el pulgar con la mano cerrada.</li> <li>• Comprende dos adjetivos.</li> <li>• Se equilibra en cada pie por 1 segundo.</li> </ul> <p><b>De 4 años a &lt; 4 años y 6 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparea colores.</li> <li>• Copia y/o traza un círculo.</li> <li>• Habla claro, inteligible.</li> <li>• Salta en un solo pie.</li> </ul> <p><b>De 4 años y 6 meses a &lt; 5 años</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se viste sin ayuda.</li> <li>• Copia y/o traza una cruz.</li> <li>• Comprende 4 preposiciones.</li> <li>• Se para en cada pie por 3 segundos.</li> </ul>

60 Organización Panamericana de la Salud. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI. Washington, D.C.: OPS, © 2011. 2ª. edición. Disponible en: <https://www1.paho.org/hq/dmdocuments/manual-vigilancia-desarrollo-infantil-aiepi-2011.pdf>

## TÉCNICAS PARA EVALUAR LOS HITOS ESPERADOS PARA LA EDAD

A continuación, se detalla la técnica para evaluar cada uno de los hitos esperados para la edad. Cuando en el texto se hace referencia a la madre, se entenderá que el término también hace alusión al padre y al cuidador principal.

### • DE 2 MESES A MENOS DE 4 MESES:

#### 1. Mira el rostro del examinador o de la madre

Posición del niño o niña: acostado/a en decúbito dorsal (boca arriba) en una camilla o colchoneta. Ubíquese frente al niño o niña, de manera que él pueda ver su rostro. Converse con él: “Oh, qué lindo bebé” o algo semejante. Observe la reacción del niño (sonrisa, vocalización o llanto). En caso que el niño o niña, no le responda pida a la madre que se posicione frente a él y le hable. Observe la respuesta del niño o niña.

Respuesta adecuada: el niño o niña mira el rostro del examinador o de la madre, sonrío o emite sonidos intentando “conversar”.

#### 2. Sigue los objetos en la línea media

Posición del niño o niña: decúbito dorsal (boca arriba). Ubíquese detrás del niño o niña, coloque un pompón rojo a 20 o 30 centímetros por encima del rostro del niño o niña. Balancee suavemente el pompón para atraer su atención. Cuando el niño o niña esté mirando el pompón, muévalo lentamente para el lado derecho. En caso que el niño o niña pierda de vista el pompón, reinicie el movimiento. (3 oportunidades).

Registre la respuesta del niño o niña. Nuevamente comience la prueba, pero ahora del lado izquierdo. Recuerde que en caso de que el niño o niña pierda de vista el pompón, debe repetir el movimiento. (3 oportunidades).

Respuesta adecuada: el niño o niña acompaña al pompón hacia los dos lados, solamente con los ojos o con los ojos y la cabeza.



#### 3. Reacciona a los sonidos

Posición de niño o niña: acostado/a boca arriba, en una camilla o colchoneta. Ubíquese detrás del niño o niña, sostenga un sonajero a lado de la oreja derecha (20 a 30 cm.) de tal modo que el niño o niña no pueda verlo. Sacuda el sonajero suavemente por breves segundos y luego pare (primera tentativa). Repita la prueba, ahora en la oreja izquierda. Recuerde que, si el niño o niña no responde, puede repetir el estímulo hasta tres veces. Respuesta adecuada: el niño o niña muestra cualquier cambio de comportamiento, tal

como: movimiento de los ojos, cambios en la expresión del rostro o variaciones en la frecuencia respiratoria.

#### **4. Eleva la cabeza**

Posición del niño o niña: decúbito ventral (boca abajo) en una camilla o colchoneta.

Respuesta adecuada: el niño o niña levanta la cabeza en la línea media, elevando el mentón de la superficie sin girar para uno de los lados.

### **• DE 4 MESES A MENOS DE 6 MESES:**

#### **1. Responde al examinador**

Posición del niño o niña: sentado/a en la falda de la madre, de frente al examinador. Ubíquese frente al niño o niña de manera que pueda ver su rostro. Converse con él: “Oh, qué lindo bebé” o algo semejante. Observe la reacción del niño o niña (sonrisa, vocalización o llanto). En caso que el niño o niña no responda, pida a la madre que se posicione frente a él/ella y le hable. Observe la respuesta del niño o niña.

Respuesta adecuada: el niño o niña mira el rostro del examinador o de la madre, sonrío o emite sonidos intentando “conversar”.

#### **2. Agarra objetos**

Posición del niño o niña: acostado/a o en el regazo de la madre. Toque el dorso o la punta de los dedos del niño o niña con un objeto por ejemplo un juguete.

Respuesta adecuada: el niño o niña agarra el objeto por algunos segundos.

#### **3. Emite sonidos**

Posición del niño o niña: en decúbito dorsal (boca arriba) sobre la camilla o una colchoneta. Ubíquese frente al niño de manera que pueda ver su rostro. Converse con él/ella: “¡Oh, qué bebé tan lindo!” o cosas semejantes. Observe si el niño o niña ríe emitiendo sonidos.

Respuesta adecuada: el niño o niña emite sonidos, balbucea (aguú, grrr) o la madre dice que lo hace en casa.

#### **4. Sostiene la cabeza**

Posición del niño o niña: coloque al niño o niña sentado/a manteniendo sus manos como apoyo en los costados o pídale a la madre que lo haga.

Respuesta adecuada: el niño o niña mantiene la cabeza firme sin movimientos oscilatorios. Si lo hace durante algunos segundos, considere que cumple con esta condición.

### **• DE 6 MESES A MENOS DE 9 MESES:**

#### **1. Intenta alcanzar un objeto**

Posición del niño o niña: sentado/a en la falda de la madre, de frente al examinador. Agarre un cubo rojo y colóquelo al alcance del niño o niña (sobre la mesa o en la palma de la mano de su madre). Llame la atención del niño o niña hacia el cubo, tocando al lado

del mismo. No debe darle el cubo en la mano.

Respuesta adecuada: el niño o niña intenta agarrar el cubo extendiendo su brazo o adelantando su cuerpo. No es necesario que agarre el cubo.

## 2. Lleva objetos a la boca

Posición del niño o niña: sentado/a en la falda de la madre, de frente al examinador. Agarre un cubo rojo y colóquelo al alcance del niño o niña (sobre la mesa o sobre la palma de la mano de su madre). Llame la atención del niño o niña hacia el cubo, tocando al lado del mismo. En caso de que el niño o niña no lo agarre, usted debe colocarlo en su mano.

Respuesta adecuada: el niño o niña lleva el cubo a la boca.

## 3. Localiza un sonido

Posición del niño o niña: sentado/a en la falda de la madre, de frente al examinador. Ofrezca un juguete al niño o niña para que se distraiga, colóquese detrás del niño o niña, fuera de la línea de su visión y balancee un sonajero suavemente cerca de su oreja derecha. Observe la respuesta del niño o niña y registre. Repita el estímulo en la oreja izquierda.

Respuesta adecuada: el niño o niña responde girando la cabeza hacia el sonido. Debe responder en ambos lados.

## 4. Muda de posición activamente (gira)

Posición del niño o niña: decúbito dorsal (boca arriba). Coloque al lado del niño o niña un juguete llamando su atención. Observe si el niño o niña consigue girar sólo para agarrar el juguete (pasando de posición decúbito dorsal a decúbito ventral - de boca arriba a boca abajo).

Respuesta adecuada: el niño o niña consigue cambiar de posición, girando totalmente.

### • DE 9 MESES A MENOS DE 12 MESES:

#### 1. Juega a taparse y descubrirse

Posición del niño o niña : sentado/a en una colchoneta o en la falda de la madre. Colóquese frente al niño o niña y juegue a desaparecer y aparecer detrás de un paño o detrás de la madre.

Respuesta adecuada: el niño o niña intenta mover el paño de su cara o mirar por atrás de la madre.

#### 2. Transfiere objetos entre una mano y otra

Posición del niño o niña: sentado/a. Ofrezcale un cubo para agarrar. Observe si el niño o niña lo transfiere de una mano a la otra. En caso contrario, ofrezca otro cubo extendiendo su mano en dirección de la línea media del niño o niña y observe.

Respuesta adecuada: el niño o niña transfiere el primer cubo para la otra mano.

#### 3. Duplica sílabas

Posición del niño o niña: sentado/a en una colchoneta o en la falda de la madre. Observe si el niño dice “papa”, “dada”, “mama”, durante la consulta. Si no lo hiciera, intente

hablar con él/ella o diga a la madre que hable con él/ella. En caso de que no lo haga, pregunte a la madre si lo hace en casa. Las palabras no precisan necesariamente tener algún significado.

Respuesta adecuada: el niño o niña duplica sílabas o la madre le menciona que lo hace.

#### **4. Se sienta sin apoyo**

Posición del niño o niña: siente al niño o niña sobre una camilla o sobre una pierna de la madre. Entregue al niño o niña un sonajero o una taza en las manos y verifique si consigue quedarse sentado/a sin apoyarse en las manos.

Respuesta adecuada: el niño o niña consigue mantenerse sentado/a manteniendo un objeto con las manos, sin ningún otro apoyo.

### **• DE 12 MESES A MENOS DE 15 MESES:**

#### **1. Imita gestos**

Posición del niño o niña : sentado/a o en una colchoneta o en la falda de la madre. Pregunte a la madre qué tipo de gestos ella hace a su niño. Ejemplo: aplaudir, tirar besos o decir adiós (chau). Frente al niño o niña haga algunos de esos movimientos y verifique si el niño o la niña los imita. En el caso que el niño o niña no quiera hacerlo, pídale a la madre que lo estimule. Si incluso así el niño o niña no lo hace, pregunte a la madre si lo hace en la casa.

Respuesta adecuada: el niño o niña imita el gesto. Si la madre dice que lo hace en casa, registre.

#### **2. Pinza superior**

Posición del niño/a: sentado/a en una colchoneta o en la falda de la madre. Coloque un objeto pequeño del tamaño de una semilla encima de una superficie lisa o sobre la palma del examinador y estimule al niño o niña a agarrarlo. Observe y verifique cómo el niño o niña agarra el objeto.

Respuesta adecuada: el niño o niña agarra la semilla haciendo un movimiento de pinza, empleando su pulgar e índice.

#### **3. Produce jergas**

Posición del niño o niña: sentado/a en una colchoneta, en la falda de la madre o acostado en la camilla. Observe si el niño o niña produce una conversación ininteligible consigo mismo, utilizando pausas e inflexiones (esto es jerga, en la cual el patrón de voz varía y pocas o ninguna palabra es distinguible). Si no fuera posible observar esto, pregunte a la madre si el niño o niña emite este tipo de sonidos en la casa y registre.

Respuesta adecuada: el niño o niña emite estos sonidos, o si la madre informa que lo hace en la casa.

#### **4. Camina con apoyo**

Posición del niño o niña: pare al niño o niña apoyado/a en un mueble o en una pierna de la madre. Estando el niño o niña de pie, pídale a la madre que le ofrezca un apoyo (como una mano, una silla, etc.) y lo estimule a caminar.

Respuesta adecuada: el niño o niña da algunos pasos con este apoyo.

## • DE 15 MESES A MENOS DE 18 MESES

### 1. Ejecuta gestos a pedido

Posición del niño o niña: sentado/a en una colchoneta o en la falda de la madre. Pregunte a la madre qué tipo de gestos ella hace a su niño o niña. Ejemplo: aplaudir, tirar besos o decir adiós (chau). Solicite verbalmente al niño o niña que los ejecute y verifique si lo hace. En el caso de que el niño o niña no quiera hacerlo, pídale a la madre que lo estimule verbalmente a hacerlos. Si incluso así el niño o niña no lo hace, pregunte a la madre si lo hace en la casa.

Nota: usted o la madre no deben demostrar el gesto al niño o niña. Solo hay que pedirle verbalmente que lo haga.

Respuesta adecuada: el niño o niña hace el gesto solicitado. Si la madre dice que lo hace en casa registre.

### 2. Coloca cubos en un recipiente

Posición del niño o niña: sentado/a en una colchoneta o en la falda de la madre. Coloque tres cubos y una taza frente al niño sobre la mesa o colchoneta. Certifique que el niño o niña esté atento a lo que está haciendo. Agarre los cubos e introduzcalos en la taza, demostrándole cómo hacerlo y explicándolo. Retire los cubos y pida al niño o niña que haga lo mismo, indicando con el dedo índice el interior de la taza. La demostración puede repetirse tres veces.

Respuesta adecuada: si el niño o niña coloca por lo menos un cubo dentro del recipiente y lo suelta.

### 3. Dice una palabra

Posición del niño o niña: sentado/a en una colchoneta o en la falda de la madre. Observe si durante la consulta el niño o niña dice palabras en forma espontánea. Registre. En caso de que el niño o niña no lo haga, pregúntele a la madre cuántas palabras dice el niño o niña y cuáles son.

Respuesta adecuada: el niño o niña dice una o más palabras que no sean “papá”, “mamá”, o dice el nombre de algún miembro de la familia o de animales que convivan con él, o si la madre informa que lo hace en casa.

### 4. Camina sin apoyo

Posición del niño o niña: Estando el niño o niña de pie, pídale a la madre que lo estimule a caminar. Observe caminar al niño o niña. Quédese cerca para ofrecer apoyo en caso de que el niño lo necesite.

Respuesta adecuada: si camina bien, con buen equilibrio, sin apoyarse.

## • DE 18 MESES A MENOS DE 24 MESES

### 1. Identifica dos objetos

Posición del niño o niña: sentado/a en la falda de la madre o en una colchoneta. Coloque tres objetos sobre la colchoneta o mesa: un lápiz, una pelota y una taza, uno al lado del otro y cerca del niño o niña. Solicite al niño o niña: “dame la pelota”. Registre la respuesta del niño o niña: si apunta o agarra otro objeto, tome el objeto –sin que parezca reprobación- y póngalo nuevamente en el lugar inicial. Solicite nuevamente al niño o niña “dame el lápiz”. Registre la respuesta. Acepte el objeto sin mostrar aire de reprobación y recoloque en el lugar inicial. Solicite nuevamente al niño o niña “dame la taza”. Registre la respuesta. Acepte el objeto sin mostrar aire de reprobación y recoloque en el lugar inicial.

Respuesta adecuada: el niño o niña alcanza o señala correctamente dos o tres objetos. Si la madre dice que lo hace en casa, registre.

## **2. Garabatea espontáneamente**

Posición del niño o niña: sentado/a en la falda de la madre o en una colchoneta. Coloque una hoja de papel (sin rayas) y un lápiz sobre la mesa, frente al niño o niña. Puede colocar el lápiz en la mano del niño o niña, y estimularlo a garabatear, pero no puede mostrarle cómo hacerlo.

Respuesta adecuada: el niño o niña hace garabatos en el papel de manera espontánea. No considere garabatos aquellos accidentales, causados por golpear el papel con el lápiz.

## **3. Dice tres palabras**

Posición del niño o niña: sentado/a en una colchoneta o en la falda de la madre. Observe si durante la consulta el niño o niña produce palabras en forma espontánea. Registre. En caso de que el niño o niña no lo haga, pregúntele a la madre cuántas palabras dice habitualmente en la casa y cuáles son.

Respuesta adecuada: el niño o niña dice tres palabras que no sean “papá”, “mamá”, o el nombre de algún miembro de la familia o de animales que convivan con él, o la madre informa que lo hace en casa.

## **4. Camina para atrás**

Posición del niño o niña: de pie. Observe si durante la consulta el niño o niña camina para atrás o, en caso de que esto no ocurra, pídale al niño o niña que abra la puerta de la sala de examen y verifique si el niño o niña camina para atrás.

Respuesta adecuada: el niño o niña da dos pasos para atrás sin caerse, o la madre refiere que lo hace en su casa.

# **• 2 AÑOS A MENOS DE 2 AÑOS 6 MESES**

## **1. Se quita la ropa**

Posición del niño o niña: cualquier posición. Durante el examen del niño o niña, solicite que se quite cualquier pieza de ropa excepto las medias o zapatos que son fáciles de quitar. El objetivo de esta condición es verificar la independencia del niño o niña. Si el niño o niña no quiere quitarse una de las prendas con las que está vestido, pregúntele a

la madre si lo hace en la casa.

Respuesta adecuada: el niño o niña fue capaz de quitarse cualquiera de sus prendas, tales como pantalón, camisa, camiseta, vestido, etc., o si la madre indica que lo hace en casa.

## 2. Construye una torre de tres cubos

Posición del niño o niña: sentado/a en la falda de la madre o en el piso. Coloque tres cubos sobre la mesa o en el piso frente a él/ella. Agarre otros tres cubos para usted y haga una torre con ellos. Dígale al niño o niña “haz una torre como la mía”. Reforzando “construye una torre como la mía”. Son permitidas tres tentativas.

Respuesta adecuada: el niño o niña coloca por lo menos tres cubos, uno sobre otro, y estos no se caen cuando él retira la mano.

## 3. Señala dos figuras

Posición del niño o niña: sentado/a en la falda de la madre o en una colchoneta. Muestre al niño o niña una hoja de papel con cinco figuras de elementos con los que él/ella convive, tales como una muñeca, un perro, una pelota, un gato o una flor. Pida al niño o niña: “Muéstreme a la niña” o “¿Dónde está la niña?”. Repita el mismo procedimiento para todas las figuras. Registre la respuesta del niño o niña.

Respuesta adecuada: el niño o niña señala correctamente por lo menos dos de las 5 figuras.

## 4. Patea una pelota

Posición del niño o niña: de pie. Ponga una pelota, más o menos a 15 centímetros del niño o niña o empuje la pelota hacia el niño o niña. Verifique si el niño o niña patea la pelota. Puede demostrarle cómo hacerlo.

Respuesta adecuada: el niño o niña patea la pelota sin apoyarse en otros objetos, entonces cumple con esta condición.

## DE 2 AÑOS 6 MESES A MENOS DE 3 AÑOS

### 1. Se viste con supervisión

Posición del niño o niña: cualquier posición. Durante el examen, solicite al niño o niña que se ponga cualquier prenda de vestir exceptuando un sombrero o sandalias que son fáciles de colocar. El objetivo es verificar que el niño o niña es capaz de vestir una prenda de ropa tales como calzoncillos, medias, zapatos, abrigo, etc. demostrando independencia. Los zapatos no necesariamente deben estar atados o en los pies correctos. Un gorro colocado casualmente sobre la cabeza no debe ser considerado. Si no lo hace pregunte a la madre si lo hace en la casa.

Respuesta adecuada: el niño o niña viste una prenda o su madre relata que lo hace en casa.

### 2. Construye torre de 6 cubos

Posición del niño o niña: sentado/a de frente con los codos y manos sobre la mesa. Coloque los cubos frente al niño o niña y aliéntelo/a a apilarlos. Haga una demostración

previa. Son permitidas hasta tres tentativas.

Respuesta adecuada: el niño o niña apila seis cubos y estos no se caen al retirar su mano.

### 3. Forma oraciones con dos palabras

Posición del niño o niña: cualquier posición. Preste atención al lenguaje del niño o la niña durante la consulta, si no es posible, pregunte a los padres cómo hace para comunicarse. Si la descripción de los padres no fuera suficiente, pregunte si une dos palabras formando una frase con significado que indique una acción.

Respuesta adecuada: el niño o niña crea una frase uniendo dos palabras compuestas por un sustantivo y un verbo. Ejemplo: nene come.

### 4. Salta con ambos pies

Posición del niño o niña: de pie. Pida al niño o niña que salte con ambos pies. Hágale una demostración.

Respuesta adecuada: salta con ambos pies, elevándolos al mismo tiempo, pero no necesariamente en el mismo lugar. No puede correr antes de saltar o agarrarse de algún objeto.

## 3 AÑOS A MENOS DE 3 AÑOS 6 MESES

### 1. Dice el nombre de un amigo

Posición del niño o niña: en cualquier posición. Pregunte al niño o niña el nombre de algunos de sus amigos o compañeros que no vivan con él.

Respuesta adecuada: si el niño o niña dice el nombre de un amigo. Los nombres de hermanos o primos son aceptados mientras no vivan con él. No se aceptan nombres de mascotas ni amigos imaginarios.

### 2. Imita una línea vertical

Posición del niño o niña: sentado/a de frente a la mesa en una posición cómoda para escribir. Coloque un lápiz y una hoja en blanco frente al niño o niña y realice unas líneas verticales. Indíquele que dibuje unas líneas como la que usted hizo. No guíe la mano del niño o niña. Pueden ser hechas tres demostraciones.

Respuesta adecuada: el niño o niña hace una línea o más sobre el papel de por lo menos 5 cm de largo. Las líneas NO deberán tener una inclinación mayor de 30 grados. Las líneas pueden ser onduladas.



**Correctas**



**Incorrectas**

### 3. Reconoce dos acciones

Posición del niño o niña: cualquier posición. Muestre una hoja de figuras. Pídale que señale quién hace cada acción. “¿Quién dice miao?, ¿Quién ladra o hace guau?, ¿Quién corre o galopa?, ¿Quién habla?”.

Respuesta adecuada: señala 2 o 3 figuras correctamente.

### 4. Tira la pelota

Posición del niño o niña: parado. Dé la pelota al niño o niña y colóquese a 90 cm. Solicite que arroje la pelota a sus brazos. Demuestre cómo debe ser hecho. Permita tres tentativas.

Respuesta adecuada: el niño o niña tira la pelota encima de los brazos al alcance del examinador (entre la rodilla y la cabeza) directamente sin que se forme un arco. No puede ser lanzada de lado o por abajo.

## 3 AÑOS 6 MESES A MENOS DE 4 AÑOS

### 1. Se pone una camiseta

Posición de niño o niña: en cualquier posición. Pregunte a los cuidadores si el niño o niña es capaz de colocarse su camiseta o pulóver sin ayuda.

Respuesta adecuada: es capaz de ponerse la camiseta o pulóver por la cabeza y colocar los brazos en las mangas. La camiseta o pulóver puede estar invertida o al revés.

### 2. Mueve el pulgar con la mano cerrada

Posición de niño o niña: cualquier posición. Demuestre al niño o niña con una o ambas manos la señal de OK. Con el pulgar hacia arriba. Inste al niño o niña para que lo haga de la misma forma. No lo ayude poniendo la mano en la misma posición.

Respuesta adecuada: si el niño o niña mueve el pulgar hacia arriba con una o ambas manos sin mover cualquiera de los otros dedos.

### 3. Comprende dos adjetivos

Posición de niño o niña: en cualquier posición. Realice las siguientes preguntas, una por vez:

- “¿Qué haces cuando estás con frío?”
- “¿Qué haces cuando estás cansado?”
- “¿Qué haces cuando estás con hambre?”

Respuesta adecuada: el niño o niña responde correctamente 2 o 3 palabras. Ejemplo de respuestas correctas:

- Frío: “me coloco una camiseta”, “me voy adentro”, “me tapo”. No son consideradas las respuestas referentes a estar resfriado: “tengo tos” o “tomo remedio”.
- Cansado: “duermo”, “voy a la cama”, “me acuesto”.
- Con hambre: “como”, “almuerzo”, “agarro algo para comer”.

### 4. Se para en cada pie por 1 segundo

Posición de niño o niña: de pie. Muestre al niño o niña cómo pararse en un solo pie sin apoyarse en ningún objeto. Demuestre hasta tres tentativas. Pida luego que repita el

mismo procedimiento con uno y otro pie (tres tentativas).

Respuesta adecuada: el niño o niña permanece sobre un pie por lo menos un segundo.

Realice la prueba en primer lugar con un pie y posteriormente con el lado opuesto.

## 4 AÑOS A MENOS DE 4 AÑOS 6 MESES

### 1. Aparea colores

Posición del niño o niña : frente a una mesa y a los cubos. Ofrezca al niño o niña todos los cubos y solicite que junte los que se parecen, sin inducir un criterio de clasificación “rojo con rojo”. Ej.: “¿Podes colocar los cubos que se parecen uno al lado del otro?”.

Respuesta adecuada: el niño o niña agrupa los cubos por colores, uno o más pares.

### 2. Copia círculos

Posición del niño o niña: sentado/a en una mesa, en un nivel confortable para escribir. Dé una hoja de papel en blanco y un lápiz al niño o niña. Muestre el dibujo de un círculo. No nombre la figura ni dibuje la misma para demostrarle. Solicite al niño o niña que copie o dibuje la figura.

Respuesta adecuada: cualquier forma de aproximación con un círculo, que esté cerrada o casi cerrada. Considerar fallo si hay espirales.



Adecuada



No adecuada

### 3. Habla inteligible

Posición del niño o niña: en cualquier posición. Durante la situación de examen, observe o escuche la inteligibilidad del habla del niño o niña (articulación y verbalización de ideas en secuencias).

Respuesta adecuada: tiene habla inteligible.

### 4. Salta en un solo pie

Posición del niño o niña: de pie. En un área donde haya suficiente espacio pida al niño o niña que salte en un solo pie. Demuestre cómo debe hacerlo.

Respuesta adecuada: el niño o niña salta en un solo pie una o más veces en una fila, en el mismo lugar o en saltos, sin apoyarse en nada.

## 4 AÑOS 6 MESES A MENOS DE 5 AÑOS

### 1. Se viste sin ayuda

Posición del niño o niña: en cualquier posición. Pregunte al adulto que acompaña al niño o niña si este/a se viste y desviste solo/a. Debe ser capaz de vestirse completa y

correctamente, sin ayuda. Él/ella debe ser capaz de, habitualmente, retirar sus propias ropas (al menos aquellas que usa día a día para jugar).

Respuesta adecuada: el niño o niña es capaz de vestirse y desvestirse solo.

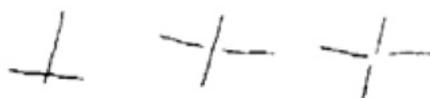
## 2. Copia una cruz

Posición del niño o niña: sentado/a en la mesa, a un nivel que pueda escribir. Entregue al niño o niña un lápiz y una hoja de papel en blanco. Muéstrole una ficha con el dibujo de la cruz, sin nombrarla ni mover el dedo o lápiz para demostrar el dibujo. Diga al niño o niña: “haz un dibujo como este”. Pueden ser realizadas 3 tentativas.

Respuesta adecuada: el niño o niña dibuja dos líneas que se cruzan próximo a su punto medio. Las líneas pueden ser onduladas pero el cruzamiento de las líneas debe ser hecho usando dos trazos continuos:



**Adecuada**



**No adecuada**

## 3. Comprende 4 preposiciones:

Posición del niño o niña: de pie. Dele un cubo y diga: “coloca el cubo encima de la mesa”, “coloca el cubo debajo de la mesa”, “coloca el cubo frente a mí”, “coloca un cubo detrás mío”.

Respuesta adecuada: el niño o niña realiza 4 órdenes de 4.

## 4. Se para en cada pie por 3 segundos

Posición de niño o niña: de pie. Muestre al niño o niña cómo pararse en un solo pie sin apoyarse en ningún objeto. Demuestre hasta tres tentativas. Pida luego que repita el mismo procedimiento con uno y otro pie (tres tentativas).

Respuesta adecuada: el niño o niña permanece sobre un pie por lo menos tres segundos.

## 3.2. CLASIFICAR EL NEURODESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA

### PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO (ROJO)

Si el niño o niña que está siendo evaluado/a tiene UNO de los siguientes criterios:

Ausencia de uno o más de los hitos esperados para el grupo de la edad anterior.

Presencia de 3 o más alteraciones fenotípicas.

Perímetro cefálico menor a (-) 2 DE o mayor a (+) 2 DE.

Preocupación de la madre o el cuidador principal sobre la evolución del desarrollo del niño o niña.

## DESARROLLO CON FACTORES DE RIESGO (AMARILLO)

El niño o niña tiene las siguientes características:  
Presencia de los hitos esperados para su edad y,  
Presencia de uno o más factores de riesgo.

## ALERTA PARA EL DESARROLLO (AMARILLO)

Se identifican los siguientes parámetros:  
Ausencia de uno o más hitos esperados para su edad y,  
Los hitos del grupo de la edad anterior están presentes.

## DESARROLLO NORMAL (VERDE)

Se clasifica en este grupo al niño o niña que presenta los siguientes criterios:  
Presencia de los hitos esperados para su edad.  
No se identifican factores de riesgo para el desarrollo.

### 3.3. TRATAR PROBLEMAS DE DESARROLLO

#### PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO (ROJO)

Si el niño o niña fue clasificado/a como PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO, debe ser REFERIDO a un Hospital con la complejidad necesaria para evaluación con Pediatra, o al Servicio de Intervención Temprana (SIT). Se debe realizar la Prueba de Tamizaje del desarrollo, Battelle. Se explicará a la madre, padre o cuidador que la referencia se realiza para una mejor evaluación y que no necesariamente el niño o niña tiene un retraso del desarrollo. Esto será determinado por un equipo especializado que va a atenderlo y luego de un examen cuidadoso, se determinará la situación. De confirmarse algún problema, el niño o niña estará recibiendo los cuidados y orientaciones, precozmente. El profesional de salud debe tratar de realizar un plan de intervención en el establecimiento local, en articulación con servicios intersectoriales que sean pertinentes.

La madre, el padre o cuidador, debe recibir orientaciones sobre las actividades a ser realizadas para estimulación oportuna, según la edad del niño o niña, que no debe ser retrasada esperando la referencia o la identificación de la causa.



**EJERCICIOS: Casos IVO - MARIANA  
- FABRICIO**

## **DESARROLLO CON FACTORES DE RIESGO Y ALERTA PARA EL DESARROLLO (AMARILLO)**

Si el niño o niña fue clasificado con **DESARROLLO CON FACTORES DE RIESGO** o **ALERTA PARA EL DESARROLLO**, se realizará un plan de intervención en el establecimiento de salud, en articulación con servicios intersectoriales que sean pertinentes, acerca de las áreas afectadas y/o los factores de riesgo identificados.

La madre, el padre o cuidador deben recibir orientaciones acerca de las actividades que deberán ser realizadas para la estimulación del desarrollo del niño o niña, con énfasis en las áreas afectadas. Se debe explicar que tendrá que regresar para una consulta de seguimiento y control a los 30 días, e indicar que debe volver antes de la fecha acordada si se presentan signos de alarma. Entre estos signos se destacan las convulsiones o si notan que el niño o niña se encuentra extremadamente irritable, o duerme en exceso, o no se alimenta adecuadamente, o deja de realizar alguna de las pautas ya alcanzadas (pérdida de pautas).

### **SEGUIMIENTO: 30 DÍAS**

#### **PREGUNTAR:**

- Acerca del problema identificado en la visita inicial, en caso de haber detectado Factores de Riesgo:

- ¿Cómo sigue el problema identificado en la visita inicial?

- ¿Qué problemas nuevos se presentaron?

- Acerca de las actividades realizadas para la estimulación del desarrollo:

- ¿Dejó de presentar o no presentó alguno de los hitos establecidos para su edad? Se pueden nombrar las habilidades y destrezas esperadas para el grupo de edad que tiene el niño o niña, en la fecha de la consulta de seguimiento.

- ¿Qué inconvenientes se presentaron para realizar la estimulación del desarrollo?

#### **VERIFICAR:**

- La evolución de las intervenciones realizadas para los factores de riesgo identificados.

- Hitos del desarrollo esperados para el grupo de edad del niño o niña.

#### **DETERMINAR:**

- Si hay pérdida de habilidades logradas o no logra uno de los hitos esperados para su grupo de edad, se reclasifica como **PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO**; debe ser realizada la prueba de Tamizaje y **REFERIR** al niño o niña a un Hospital con la complejidad necesaria para evaluación con Pediatra o un Servicio de Intervención Temprana (SIT), orientando que siga la estimulación del niño o niña de acuerdo a la edad.

- En el caso que estén presentes los hitos esperados para el grupo de edad del niño o niña en el momento de la consulta de seguimiento:

- Felicitar a la madre, padre o acompañante

- Orientar para que sigan realizando la estimulación oportuna de acuerdo a la edad del niño o niña.

- Recomendar que asistan a controles mensuales durante tres meses o más, depen-

diendo de la problemática o los factores de riesgo identificados.

- Enseñar sobre los signos de alarma para consultar de inmediato. Ver Señales de alarma en el niño o la niña desde el nacimiento hasta cumplir 5 años. DIT. MSPBS. 2019.



## EJERCICIO: Caso VICTORIA

### DESARROLLO NORMAL (VERDE)

Si el niño o niña fue clasificado/a como DESARROLLO NORMAL, la madre, padre o cuidador deben ser felicitados por su dedicación al cuidado y estimulación del niño o niña. Se realizarán las siguientes acciones:

- Orientar sobre estimulación de acuerdo a la edad. Ver Libreta de Salud del niño y la niña y/o Guía de Estimulación Oportuna para Niños desde el nacimiento hasta cumplir 5 años. DIT. MSPBS.2019.
- Fomentar el vínculo afectivo entre padres/cuidadores y el niño o niña, y una buena relación entre la familia y el establecimiento de salud.
- Organizar la consulta de control y evaluación de crecimiento y desarrollo.
- Indicar los signos de alarma que le indican cuándo volver de inmediato. En caso de identificarse signos de alarma, se realizarán las pruebas de tamizaje.

Ver Pautas Técnicas para apoyo a las familias. Señales de alarma en el niño desde el nacimiento hasta cumplir 5 años. DIT. MSPBS. 2019

- Aplicar las pruebas de tamizaje a niños o niñas con desarrollo normal, a las edades correspondientes: 9 meses, 18 meses y 30 meses.



## EJERCICIO: Caso NOELIA

### 4. VERIFICAR ESQUEMA DE VACUNACIONES

Las vacunas representan un hito fundamental en la prevención de las enfermedades infectocontagiosas, con importante repercusión en la salud mundial. La vacunación significa una protección del individuo que se traduce en una menor susceptibilidad individual a la infección.

La inmunidad colectiva constituye una protección que se manifiesta en una reducción de la infectividad en el grupo. Si en una población se logra un elevado número de sujetos protegidos por vacunación, (altas coberturas) el efecto protector puede extenderse a personas no vacunadas, originando inmunidad de grupo o de rebaño.

Para lograr este objetivo es necesario obtener coberturas mayores a 95% en cada municipio, con todos los biológicos. Si dentro del municipio existen sectores o grupos de población en donde la cobertura es menor a 95% (investigado por el monitoreo de cobertura) será necesario realizar acciones prioritarias específicas que garanticen el au-

mento hasta el nivel esperado en el menor tiempo posible.

Se calcula que en 2002 se produjeron 1,5 millones de muertes en menores de 5 años a causa de enfermedades evitables mediante vacunación. Los principales agentes causales fueron el neumococo y el rotavirus, seguidos por el *Haemophilus influenzae* de tipo b (Hib), el sarampión, la tos ferina y el tétanos. El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha logrado una sensacional reducción de las muertes, enfermedades y discapacidades provocadas por muchas de estas enfermedades, así como la erradicación de la poliomielitis. Las recomendaciones sobre las vacunaciones sistemáticas han ido aumentando con el desarrollo de nuevas vacunas por su importante capacidad de salvar vidas humanas.

El MSPBS ofrece un calendario de inmunización muy cercano al ideal desde hace unos años y ha socializado un material didáctico - Normas Nacionales de Vacunación, Técnico Administrativas y de Vigilancia del Programa Nacional de Enfermedades Inmunoprevenibles y PAI 3<sup>a</sup>. Edición 2017 - en el marco de una acción conjunta de los países de la región y el mundo para apoyar actividades tendientes a mejorar coberturas de vacunación, a fin de disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad causadas por enfermedades prevenibles por vacunas. Los esquemas y recomendaciones son revisados constantemente, por lo que se sugiere ingresar al portal del MSPBS - PAI, a fin de obtener información actualizada. Nos remitimos a algunos conceptos generales.

**Vacuna:** es una suspensión de microorganismos vivos, inactivos o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas, que al ser administrados inducen una respuesta inmune que previene la enfermedad contra la que está dirigida.

**Inmunización:** consiste en la inducción y producción de una respuesta inmunitaria específica protectora (anticuerpos y/o inmunidad mediada por células) por parte de un individuo sano susceptible como consecuencia de la administración de un producto inmunobiológico, la vacuna.

**Edad para la administración de las vacunas:** existen edades recomendadas para la administración de las diferentes vacunas. Así en la etapa neonatal están autorizadas la vacuna BCG, contra tuberculosis, y primera dosis de vacuna contra Hepatitis B.

El lactante tiene una adecuada respuesta inmunitaria, respondiendo eficazmente a partir de las 6 semanas de vida frente a antígenos proteicos y polisacáridos conjugados. En niños y niñas prematuros/as, aunque la respuesta a la vacuna es variable, se deben aplicar las vacunas correspondientes a la edad cronológica, al momento de la vacunación, sin tener en cuenta ningún tipo de ajuste en cuanto a su edad por el antecedente de su prematuridad.

### **Intervalos de tiempo recomendados:**

- Entre dosis de la misma vacuna: es el tiempo que debe transcurrir entre múltiples dosis del mismo antígeno. Los intervalos mínimos se utilizan en circunstancias tales como viajes o esquemas incompletos o atrasados. Algunas vacunas requieren la administración de varias dosis para obtener una adecuada respuesta inmunológica. Existen recomendaciones sobre intervalos mínimos entre dosis, para cada vacuna, que deben respetarse.

- La administración de vacunas a intervalos menores del mínimo recomendado puede disminuir la respuesta inmune, por lo que estas dosis NO se considerarán válidas. Deben reportarse como Eventos Adversos supuestamente asociados a Vacunación e Inmunización (ESAVI) completando la planilla de notificación y comunicando al referente local y regional de PAI. Por otro lado, algunas vacunas pueden dar lugar a un aumento de las reacciones adversas locales o sistémicas (p. ej., vacunas DPT, Td y T), probablemente debido a la formación de complejos antígeno-anticuerpo. La administración antes del intervalo recomendado entre las dosis de vacuna, así como la aparición de los efectos adversos deben ser reportados a [esavi.pai@mspbs.gov.py](mailto:esavi.pai@mspbs.gov.py).

- Los intervalos de tiempo superiores a lo establecido en el calendario no reducen las concentraciones finales de anticuerpos, por lo que la interrupción del programa estándar de vacunación no supone que se necesite reiniciar la pauta completa de la vacuna ni que se deban administrar dosis adicionales, simplemente se ha de completar la serie establecida. Además, como la mayoría de las vacunas son linfocitos T dependientes existe memoria inmunológica. Por tanto:

- En caso de interrupción de los esquemas de cualquier vacuna, se continuará con las dosis faltantes sin interesar el tiempo transcurrido desde la última dosis.

- Los intervalos superiores a los recomendados entre dosis no disminuyen la respuesta inmunológica.

- NO es necesario reiniciar el esquema, debido al mayor tiempo transcurrido, si se cuenta con el carnet de vacunas que certifica la administración de las mismas.

- Entre diferentes vacunas: Este intervalo es necesario de acuerdo a la composición de cada una, para eliminar la interferencia entre las vacunas y lograr así la mejor eficacia. Para ello es necesario fijarse y cerciórese sobre los componentes de las diferentes vacunas. Se presentan algunas combinaciones y recomendaciones:

- Vacunas con antígenos inactivados con vacunas con antígenos inactivados. Se pueden administrar simultáneamente (pero deben aplicarse en lugares anatómicos diferentes), o con cualquier intervalo entre dosis. Si fuera necesario aplicarlas en el mismo miembro, deben estar suficientemente separadas, al menos 2,5 a 5 cm una de la otra.

- Vacunas con antígenos inactivados con vacunas con antígenos vivos atenuados. Se pueden administrar simultáneamente (en lugares anatómicos diferentes) o con cualquier intervalo entre dosis. La única excepción a esta norma es la administración simultánea o en un intervalo de tiempo corto de la vacuna anti-fiebre amarilla con la vacuna anticolérica inactivada, produciéndose una disminución de la respuesta inmunitaria por lo que siempre que sea posible ambas vacunas deben administrarse con un intervalo de 3 semanas como mínimo. En nuestro país actualmente no se cuenta con la vacuna anticolérica.

- Vacunas con antígenos vivos atenuados con vacunas con antígenos vivos atenuados.

Se pueden administrar simultáneamente o separadas al menos 4 semanas, porque pueden interferir en la respuesta inmune.

- Vacunas vivas atenuadas orales (OPV) con vacunas vivas atenuadas parenterales. No existe interferencia con otras vacunas vivas parenterales en caso de no ser dadas simultáneamente. Las vacunas vivas inyectables no tienen efecto sobre las vacunas vivas orales, es decir que se puede administrar la vacuna OPV sin tener en cuenta ningún tipo de intervalo con respecto a las vacunas vivas inyectables.

- Entre vacunas virales atenuadas e inmunoglobulinas: Un problema habitual en la práctica diaria es la correcta indicación de vacunas cuando los niños o niñas han recibido anticuerpos es decir gammaglobulinas o bien tienen anticuerpos circulantes por el pasaje a través de la placenta durante el embarazo. La conducta a seguir es totalmente diferente si las vacunas son vivas o inactivas. Investigue acerca de cada caso particular.

- Las vacunas inactivas generalmente NO son afectadas por los anticuerpos circulantes de ese antígeno.

- Las vacunas vivas atenuadas pueden ser afectadas por los anticuerpos circulantes de ese antígeno.

### **Certificación de la vacunación:**

Se considerarán válidas las dosis que estén correctamente registradas o identificadas. En los casos en los que no hubiese ninguna prueba documentada de las vacunas administradas se aplicarán todas las vacunas recomendadas para la edad como si se tratase de un niño o niña no vacunado/a, a excepción de la BCG, .

En todos los casos el carnet de vacunación o la Libreta de Salud, debe llevar anotada la fecha de la dosis aplicada, el número de lote de la vacuna, y el establecimiento de salud en el que se vacunó.

### **Oportunidades perdidas**

Es toda visita a un establecimiento de salud realizada por el niño o niña que no tiene esquema de vacunación completo, no presenta contraindicación y no se utiliza ese momento propicio para que reciba la/as dosis necesaria/ s de vacunas.

Toda vez que el niño o niña deba ser referido a un Hospital por un grave estado de salud, debe diferirse la vacuna, para el momento en que el niño o niña se encuentre estabilizado/a, de acuerdo a la indicación del profesional de salud del Hospital donde fue referido. En este caso, no es una oportunidad perdida.

Consultando la página web del MSPBS en el sitio del Programa Ampliado de Inmunizaciones (P.A.I.), se podrá actualizar en relación a las normas y vacunas recomendadas. El Manual del PAI, Normas Nacionales de Vacunación 2017, le ofrece información acerca de cada vacuna, su composición, indicaciones, intervalos mínimos y vías de administración, dosis, sitios de aplicación, efectos colaterales, contraindicaciones y precauciones, entre otras informaciones.

Se procederá siempre siguiendo las normas del PAI. Si se vacuna a los niños o niñas con la vacuna correcta, adecuadamente conservada y en el momento indicado, se previenen las formas graves de tuberculosis, Hepatitis B, poliomielitis, difteria, tos ferina, tétanos, Haemophilus Influenzae tipo b, sarampión, rubéola, paperas, varicela, rotavirus, enfermedades producidas por serotipos de neumococos incluidos en la vacuna, virus de influenza, fiebre amarilla, covid 19.

### **Preparación y administración de vacunas**

Es importante señalar algunos puntos referentes a la preparación y aplicación de vacunas:

- Si un niño o niña no está gravemente enfermo, y al revisar su esquema de vacunación en “la Libreta de salud del niño y la niña”, se constata la falta de alguna vacuna, ésta debe ser suministrada antes de que se retire del establecimiento de salud.
- Si se necesita abrir un frasco de vacuna de dosis múltiple, aunque sea un solo niño o niña que precisa de la dosis, se deberá abrir el frasco, para no perder la oportunidad de vacunar.
- Si tiene diarrea, pero necesita la bOPV, la vacuna será administrada y considerada como dosis adicional, (NO será considerada como parte del esquema), debiendo recibir la dosis correspondiente del esquema 4 semanas después, respetando el intervalo mínimo entre ambas dosis.
- No existe contraindicación para la administración simultánea de múltiples vacunas rutinariamente recomendadas en personas de cualquier grupo de edad; no altera la producción de anticuerpos ni favorece las reacciones adversas. Deben ser inyectadas separadamente y en diferentes sitios anatómicos. En esta circunstancia se debe asegurar una distancia mínima de 2,5 cm entre los lugares de aplicación.
- Debe usarse aguja y jeringa descartable para cada inyección. De esta manera se previene la transmisión de infecciones locales o generalizadas como el VIH y el virus de la hepatitis B.
- Las jeringas y agujas usadas deben ser descartadas en una caja o bidón destinado al efecto, asegurando su correcta eliminación final.
- El amamantamiento no interfiere en la inmunización satisfactoria de la vacuna contra Rotavirus (Rotarix). Si el usuario escupe inmediatamente, no traga o regurgita, no es necesario repetir la dosis.
- Las vacunas administradas deben ser registradas en el sistema nominal “RVE”, Registro Electrónico de Vacunación, teniendo en cuenta la fecha de nacimiento del niño o niña, el número de la dosis que se aplicó, en el espacio que corresponde y actualizando en “la Libreta de salud del niño y la niña”. Se programará la próxima fecha de vacunación. Debe prestarse especial atención en los casilleros correspondientes al Haemophilus Influenzae tipo b (componente de la vacuna Pentavalente) y al virus de influenza, ya que los nombres son parecidos, pero son vacunas diferentes.

- Cuando se deba administrar una vacuna y una gammaglobulina al mismo tiempo, deben inyectarse en extremidades distintas.
- Las reacciones locales pueden disminuirse garantizando la correcta administración del preparado, el sitio de inyección o respetando los intervalos mínimos entre dosis del mismo antígeno (tétanos).
- El uso de antitérmicos antes o inmediatamente después de la administración de vacunas no está generalmente recomendado. Se reservará la administración de paracetamol, en los casos de fiebre, junto a medidas locales como la aplicación de paños fríos, en aquellos casos en los que se aprecie en la zona de la inyección, dolor local o tumefacción importante.
- Al finalizar la jornada de trabajo, deben descartarse los frascos abiertos de BCG y antisarampionosa. Pueden conservarse los frascos abiertos de las vacunas OPV y DPT para las siguientes sesiones de trabajo hasta 4 semanas cuando:
  - Tienen un tapón de goma
  - La fecha de vencimiento no ha pasado y
  - Las vacunas están etiquetadas claramente y almacenadas en condiciones apropiadas de refrigeración.



## EJERCICIO: Caso SALVADOR

### Contraindicaciones para las vacunas

Una contraindicación es el motivo para no vacunar. Hasta hace algún tiempo algunos profesionales de la salud no vacunaban a los niños o niñas con enfermedades leves y decían a las madres que volvieran para la vacunación en otra oportunidad. De este modo, esos niños y niñas quedan expuestos a contraer las enfermedades prevenibles por las vacunas. La madre, padre o cuidador, probablemente haya llegado al establecimiento de salud sorteando muchas dificultades y posiblemente no le resultará fácil traer de nuevo al niño o niña para recibir las vacunas.

Actualmente las vacunas están contraindicadas en contadas situaciones como por ej. cuando un niño o niña tiene una enfermedad grave, está clasificado en la fila ROJA y precisa ser hospitalizado; o presentó una reacción anafiláctica, a alguno de los componentes de la vacuna.

*En todas las demás situaciones, la siguiente es una buena regla:  
**Se debe vacunar a un niño o niña enfermo/a que está  
suficientemente bien, como para irse a su casa.***

Si se va a referir al Hospital, no será vacunado previamente; con esto se evitará retrasar la referencia y además evitaría que la enfermedad que presenta, sea relacionada con la vacuna. El profesional de salud que recibe al niño o niña en los hospitales deberá tomar una decisión sobre la vacunación. Se recomienda que al alta del hospital, se verifique el estado de inmunización para administrar las dosis recomendadas por el PAI, de acuerdo a la edad del niño o niña.

**En todos los casos VERIFIQUE:**

- Si el esquema de vacunación está completo

Se solicitará a la madre, padre o cuidador, la Libreta de Salud del Niño y la Niña para observar si está completo el esquema recomendado por el P.A.I. del MSPBS. Las vacunas citadas en el esquema propuesto, son gratuitas, enteramente proveídas por el P.A.I., y se hallan disponibles en todos los establecimientos de salud del MSP y BS.



**EJERCICIO: Caso MARGARITA**

## ACONSEJAR

Se debe informar a la madre, padre o cuidador, sobre las vacunas que recibirá el niño o niña, en la fecha. También se le debe explicar sobre las posibles reacciones que pueden presentarse después de la vacunación, el porqué de ellas y cómo debe manejarlas. El Manual del PAI es una herramienta para obtener mayor información.

## CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)<sup>61</sup>

# ESQUEMA REGULAR DE VACUNACIÓN



LAS VACUNAS PARA RECIÉN NACIDOS Y HASTA LOS 14 AÑOS DE EDAD SON:

RECIÉN NACIDO	2 MESES	4 MESES	6 MESES	12 MESES	15 MESES
<b>BCG</b> FORMAS GRAVES DE TUBERCULOSIS	<b>ROTAVIRUS</b> DIARREA POR ROTAVIRUS	<b>ROTAVIRUS</b> DIARREA POR ROTAVIRUS	<b>HEXAVALENTE<sup>1</sup></b> DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA, HEPATITIS B, POLIOMIELITIS (INACTIVADA), HAEMOPHILUS INFLUENZAE DE TIPO B.	<b>NEUMOCOCCO CONJUGADA 13 VALENTE</b> NEUMONÍA, MENINGITIS, OTITIS	<b>INFLUENZA ESTACIONAL<sup>2</sup></b> (DOSIS ANUAL) <b>INFLUENZA GRAVE Y ENFERMEDADES GRAVES POR INFLUENZA</b>
<b>HEPB</b> TRANSMISIÓN PERINATAL DE HEPATITIS B	<b>HEXAVALENTE<sup>1</sup></b> DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA, HEPATITIS B, POLIOMIELITIS (INACTIVADA), HAEMOPHILUS INFLUENZAE DE TIPO B.	<b>HEXAVALENTE<sup>1</sup></b> DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA, HEPATITIS B, POLIOMIELITIS (INACTIVADA), HAEMOPHILUS INFLUENZAE DE TIPO B.	<b>INFLUENZA ESTACIONAL<sup>3</sup></b> (DOSIS ANUAL) INFLUENZA GRAVE Y ENFERMEDADES GRAVES POR INFLUENZA	<b>INFLUENZA ESTACIONAL<sup>2</sup></b> <b>INFLUENZA GRAVE Y ENFERMEDADES GRAVES POR INFLUENZA</b>	<b>VARICELA (1ª DOSIS)</b> <b>VARICELA</b>
<b>MARCA LA CASILLA EN CADA APLICACIÓN</b> 	<b>NEUMOCOCCO CONJUGADA 13 VALENTE</b> NEUMONÍA, MENINGITIS, OTITIS	<b>NEUMOCOCCO CONJUGADA 13 VALENTE</b> NEUMONÍA, MENINGITIS, OTITIS	<b>INFLUENZA GRAVE Y ENFERMEDADES GRAVES POR INFLUENZA</b>	<b>SPR<sup>4</sup></b> SARAMPIÓN, PAPERAS, RUBÉOLA	<b>HEPATITIS A</b> <b>HEPATITIS A</b>
				<b>AA<sup>5</sup></b> FIEBRE AMARILLA	

18 MESES	2 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS	PREADOLESCENTES Y ADOLESCENTES (9 A 14 AÑOS)
<b>HEXAVALENTE<sup>1</sup></b> DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA, HEPATITIS B, POLIOMIELITIS (INACTIVADA), HAEMOPHILUS INFLUENZAE DE TIPO B.	<b>INFLUENZA ESTACIONAL<sup>2</sup></b> (DOSIS ANUAL) <b>INFLUENZA GRAVE Y ENFERMEDADES GRAVES POR INFLUENZA</b>	<b>IPV</b> POLIOMIELITIS	<b>VARICELA (2ª DOSIS)</b> <b>VARICELA</b>	<b>VPH<sup>3</sup></b> VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO
<b>INFLUENZA ESTACIONAL<sup>3</sup></b> (DOSIS ANUAL) <b>INFLUENZA GRAVE Y ENFERMEDADES GRAVES POR INFLUENZA</b>		<b>DPT</b> DIFTERIA, TOS FERINA O TOS CONVULSA, TÉTANO		<b>Tdpa (NIÑAS Y NIÑOS)</b> DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA O TOS CONVULSA
<b>SPR<sup>4</sup> (2ª DOSIS)</b> SARAMPIÓN, PAPERAS, RUBÉOLA				



1. La vacuna hexavalente será utilizada a partir de la cohorte de recién nacidos en el mes de abril del 2023, en reemplazo de la vacuna pentavalente, y vacuna contra la poliomielitis.  
2. La dosis en niños de 6 a 35 meses que la reciben por primera vez la constituyen 2 dosis de 0,5 ml con un intervalo mínimo de 1 mes. Los niños de 12 a 35 meses reciben 0,5 ml, si el año previo ha recibido un esquema primario en su completitud.  
3. Se administrará de manera sucesiva a pasos con rotación del virus del sarampión. Se recomienda completar esquema tablarlo: 1 dosis si recibió 1 dosis previa, o 2 dosis si no posee antecedentes de vacunación.  
4. Dosis única de por vida.  
5. Se aplica a los niños para prevenir el cáncer de cuello uterino. Se recomienda dos dosis con un intervalo de 5 meses entre sí.



Ministerio de **SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL**



Colaboración de Pueblo Japonés

**GOBIERNO NACIONAL**

Paraguay de la gente

61 Esquema Regular de Vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). MSPBS. 2022. <https://pai.mspbs.gov.py/esquema-de-vacunacion/>

## VACUNAS:

**BCG:** Bacilos de Calmette Guérin, conformados por bacterias vivas atenuadas, obtenidas de una sub cepa derivada a partir del cultivo de bacilos bovinos (*Mycobacterium bovis*). En el lugar donde se aplicó la vacuna intradérmica, aparece una pequeña zona roja, sensible e hinchada que a partir de dos semanas se convierte en una úlcera que sana por sí sola y deja una pequeña cicatriz. Se informará a la madre, padre o cuidador, que aparecerá una úlcera pequeña, que no debe ser manipulada y debe ser dejada al descubierto.

- **Hepatitis B:** La vacuna HB monovalente contiene el antígeno de superficie (HBsAg) depurado del Virus de Hepatitis B, elaborado por ingeniería genética, utilizando la técnica de ADN recombinante (rADN). Después de la vacunación pueden ocurrir efectos secundarios transitorios leves, incluyendo dolor en el sitio de la inyección, irritabilidad y fiebre.

- **Vacuna contra Rotavirus:** Vacuna monovalente de virus vivos atenuados (Rotarix®) De origen humano, obtenida originalmente por purificación en células Vero. Se trata del serotipo P1A [8]G1 y presenta protección cruzada debido a los múltiples antígenos acompañantes. Los síntomas más frecuentemente reportados posterior a su administración por vía oral son: fiebre menor de 39 °C, vómitos, irritabilidad, hiporexia y diarrea.

- **Hexavalente:** Se trata de una vacuna combinada acelular que protege a los lactantes contra seis enfermedades las cuales son: Difteria, Tétanos, Tos Ferina, Hepatitis B, Haemophilus Influenzae B y Poliomiélitis. Esta Vacuna se incorpora al esquema regular de vacunación y se aplica a los nacidos a partir de abril del año 2023 en adelante. Se aplica en la cara anteroexterna del muslo, a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y Primera dosis de Refuerzo a los 18 meses de vida. Los efectos secundarios son leves, pueden ser, fiebre, dolor, enrojecimiento o tumefacción en el sitio de aplicación. No tiene un tratamiento específico, puede administrarse Paracetamol.

- **Vacunas antipoliomielíticas:** IPV se aplica por vía intramuscular y está compuesta por Virus Polio Inactivado (IPV). La vacuna antipoliomielítica oral (bOPV) es una suspensión acuosa de cepas de virus vivos y atenuados de los tipos Polio I y III obtenidas en cultivos de tejidos de riñón de mono o de células diploides humanas.

- **Antisarampionosa y SPR:** La vacuna contra el sarampión (S), se aplica sola o combinada con la vacuna contra el virus de la rubéola (SR) y el virus causal de parotiditis (SPR). Son vacunas a virus vivos atenuados y se aplican por vía subcutánea. Fiebre y una leve erupción sarampionosa son efectos secundarios posibles de esta vacuna. Una semana después de recibir la vacuna, el niño o niña puede tener fiebre de 1 a 3 días. La fiebre significa que la vacuna está actuando. Se puede administrar paracetamol si hay fiebre.

- **Vacuna contra el virus de la Fiebre amarilla o antiamarílica (AA):** Es una suspensión liofilizada de virus vivos atenuados de la cepa 17D obtenida en huevos embrionados de pollo, envasada al vacío. Se aplica por vía subcutánea. Las reacciones adversas a la vacuna contra la Fiebre Amarilla generalmente son leves; 2 a 5 % de los vacunados pueden presentar cefaleas o mialgias entre el 5 al 10 día luego de la vacunación. Las reacciones inmediatas de hipersensibilidad se caracterizan por erupciones, urticarias, o broncoespasmos y son poco frecuentes.

- **Anti Neumocócica:** La vacuna neumocócica conjugada 13-valente (PVC13) es una solución estéril de sacáridos de los antígenos capsulares de *Streptococcus pneumoniae*, serotipos 1,3,4,5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19 A, 19F y 23F individualmente conjugados por aminación reductiva a proteína de difteria CRM197 no tóxica. Las reacciones locales fueron más frecuentes en niños y niñas mayores de 12 meses.

El niño o niña puede presentar fiebre de más de 39°C, vómitos y diarrea y menos frecuentemente reacciones de hipersensibilidad. Se coloca por vía intramuscular.

- **Vacuna contra virus de Hepatitis A (VHA):** Las vacunas contra el VHA contienen virus de Hepatitis A inactivados. Se presentan actualmente como dosis únicas y la mayoría no contienen conservantes. El calendario del PAI recomienda una dosis a partir de los 15 meses de edad. Los ESAVI relacionados a la vacuna contra el VHA y en individuos inmunocompetentes son inusuales, sin embargo, se reportan dolor y enrojecimiento en el sitio de la aplicación, fatiga, irritabilidad y cefalea y menos frecuentemente náuseas, vómitos y pérdida de apetito.

- **Vacuna contra el Virus Varicela Zoster (VVZ):** Vacuna de virus vivos atenuados de varicela. La vacuna de virus vivo atenuado frente al VVZ está aprobada para ser utilizada a partir de los 12 meses de edad, en adolescentes y adultos. Se aplica por vía subcutánea. Los efectos adversos relacionados a la vacuna contra el VVZ, en individuos inmunocompetentes son inusuales. Entre ellos mayormente son hallados trastornos de tipo local como eritema, tumefacción y dolor en el 10-20 % de los niños o niñas y en el 20-30 % de los adultos; y vesículas tipo varicela que se presentan en número de 1 a 5, en la primera semana, en menos del 2 % de los vacunados.

- **Vacuna contra el virus Influenza (vacuna antigripal):** La mayor parte de las vacunas actuales contra la gripe estacional incluyen 2 cepas de virus de la gripe A y 1 cepa de virus de la gripe B. Se dispone de vacunas trivalentes inactivadas. La composición antigénica de las vacunas se examina dos veces al año y se ajusta en función de las características antigénicas de los virus gripales circulantes. Se aplica por vía intramuscular. Efectos adversos relacionados a la vacuna frente al Virus Influenza son: dolor de cabeza, sudoración, dolor muscular (mialgia), dolor en las articulaciones (artralgia), fiebre, malestar general, escalofríos, fatiga. Reacciones locales: enrojecimiento, hinchazón, dolor, equimosis, y endurecimiento en el área de la inyección. Estas reacciones desaparecen generalmente en 1 o 2 días sin tratamiento.

- **Vacuna triple bacteriana acelular (Tdpa):** Vacuna combinada de toxoides tetánico y diftérico purificados, a partir de los cultivos de *Clostridium tetani* y *Corynebacterium diptheriae* absorbidos en hidróxido o fosfato de aluminio, asociados con 3 a 5 antígenos purificados de *Bordetella pertussis* (toxina pertussis inactivada, hemaglutinina filamentososa tratada con formaldehído, pertactina, fimbrias tipo 2 y 3). La eficacia de la vacuna para prevención de tos ferina es de 74%, se aplica por vía intramuscular en el músculo deltoides. Conforme al Calendario Regular de Vacunación del PAI de Paraguay, se aplica a los adolescentes pertenecientes a la cohorte de 10 años de edad. Los ESAVI relacionados a la vacuna triple bacteriana acelular son inusuales, en su mayoría leves tales como: dolor en el sitio de la inyección, enrojecimiento o inflamación pasajera en el sitio de aplicación fiebre, cefalea y dolor abdominal.

- **Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH):** Es una vacuna recombinante tetravalente contra el VPH tipos 6,11,16 y 18. Previene lesiones precancerosas relacionadas causalmente con ciertos tipos oncogénicos del VPH y verrugas genitales (condiloma acuminado). Conforme al Calendario Regular de Vacunación del Paraguay, pueden recibirla las niñas de 9 a 14 años de edad. La vacuna se aplica por vía intramuscular en la región deltoidea del brazo izquierdo. Actualmente el esquema es de 2 dosis con intervalo de 6 meses entre las dosis, siendo la eficacia 98 – 100 % en la prevención del cáncer de cuello uterino, cuando se administra antes de los 15 años de edad. Es una vacuna segura, los ESAVI descritos fueron en su mayoría leves: reacciones locales como induración, dolor local, fiebre, náuseas, vómitos, dolor muscular y articular. La anafilaxia es poco frecuente, 1 caso por millón de dosis administradas; el síncope también ha sido poco frecuente 0,3 casos por millón de dosis administradas.

En relación a las vacunas, es necesario que el profesional de la salud se cerciore que el recién nacido cuenta con las vacunas BCG y Hepatitis B antes del alta hospitalaria. Así mismo deberá verificar el carnet de vacunación del niño o niña en cada consulta de seguimiento y aconsejar a la madre, padre o cuidador, la verificación del estado de vacunación de los demás niños y niñas de la familia, para ponerlos al día. De ser necesario, serán administradas a la madre, padre o cuidador las vacunas disponibles y recomendadas por el PAI.



## EJERCICIO: VARIOS CASOS

## 5. EVALUAR OTROS PROBLEMAS

Antes de que la madre, padre o acompañante se retire del establecimiento de salud y luego de realizar la verificación sobre la comprensión de las orientaciones realizadas, debe preguntarse sobre la posible existencia de otros problemas que no fueron mencionados.

Durante la evaluación, pudo haberse constatado otros problemas que no fueron abordados; infecciones en piel o picaduras, pediculosis, etc. Al reconocer otro problema, el mismo debe ser tratado. Si el niño o niña tiene algún problema que no puede ser resuelto en el establecimiento de salud local, debe ser REFERIDO al Hospital.

El contacto de los integrantes de una familia con el profesional de salud, debe ser una oportunidad para prevenir eventos que pudieran afectar la integridad del niño o niña y su familia. Existen medidas de eficacia probada para evitar lesiones no intencionadas como son; los asientos de seguridad para los niños o niñas en los automóviles, los cascos de ciclista, los envases de medicamentos con cierre de seguridad a prueba de niños y niñas, el cercado de las piscinas, la regulación de la temperatura del grifo del agua caliente y las protecciones para las ventanas, por mencionar algunas.

Los niños y niñas son particularmente más vulnerables que los adultos ya que sus capacidades y comportamientos son distintos. Las capacidades físicas y mentales de los niños o niñas, su grado de dependencia, el tipo de actividades que realizan y sus comportamientos arriesgados van cambiando a medida que crecen. Pero mientras los niños y niñas se desarrollan, su curiosidad y su necesidad de experimentar no siempre van aparejadas con su capacidad de comprender o de responder al peligro, con el consiguiente riesgo de padecer lesiones.

En este aspecto se dispone, en la Libreta de Salud del niño y la niña, de información pertinente acerca de algunos consejos que pueden prevenir lesiones no intencionadas, llamadas accidentes. Las lesiones están relacionadas al tipo de actividad que realiza el niño o niña. Muchas de ellas son prevenibles y con las medidas adoptadas podrían evitarse muertes o discapacidades físicas, mentales o psicológicas permanentes, con repercusiones negativas para su vida y su familia.

Los consejos han sido agrupados en cuatro bloques que, aunque no abarcan la totalidad de las causas, incluyen más de la mitad de los eventos reportados: traumatismos - que incluyen las caídas y accidentes de tránsito - ahogamientos, quemaduras e intoxicaciones. No se incluyen en este esquema las lesiones originadas por causas intencionadas, que de ser identificadas deben ser atendidas y reportadas a las instituciones pertinentes.

### ACONSEJAR SOBRE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

#### TRAUMATISMOS:

- No dejar solo al niño o niña, tampoco dejarle al cuidado de otro menor.
- Mantener fuera de su alcance todo objeto cortante, filoso o con puntas.
- Mantener altas las varillas de la cuna, o la hamaca bien segura y a poca altura.
- Colocar rejas o un seguro en las ventanas.

- Viajar en el asiento trasero del auto con el niño o niña, en brazos de un adulto o de ser posible en asientos especiales para su edad.
- Evitar el uso de andador.
- Usar siempre casco para andar en triciclos o bicicletas que deben ser de tamaño apropiado para la edad del niño o niña.
- Los animales domésticos como gatos, perros y otros pueden ser agresivos en algún momento. Se debe tener cuidado y estar atentos cuando están cerca de los niños o niñas. Las mascotas deben ser vacunadas.

## AHOGAMIENTOS:

- Mantener tapados pozos, tanques de agua, piscina, latonas y baldes etc. y no dejar solos a los niños y niñas.
- Dar alimentos en forma de puré o cortados en pequeños trocitos para evitar el atragantamiento, evitar caramelos o chicles en los menores de 1 año. Cuando manipulan objetos pequeños, el adulto debe estar alerta sobre la posibilidad que lleve el objeto a la boca y haya obstrucción por cuerpo extraño. En lo posible se debe evitar esta situación.
- No usar sábanas sueltas, ni almohadas, ni colchones con forro plástico.
- Enseñarle a nadar y flotar. Usar flotadores.

## QUEMADURAS:

- Enseñarle el peligro de acercarse al fuego.
- Mantener fuera de su alcance todo objeto caliente: cacerolas, braseros, calentadores, estufas, fósforos, encendedores u otros utensilios calientes.
- Evitar la manipulación de juegos pirotécnicos: ajitos, estrellitas.
- La temperatura del agua del baño debe ser tibia (ni caliente ni fría), si es muy caliente puede quemar la piel del niño o niña.
- Mantener las instalaciones eléctricas en buena forma. Proteger los enchufes. Enseñarle a no tocar enchufes y electrodomésticos en general.
- Proteger al niño o niña de radiaciones solares y evitar su exposición en horarios no permitidos: de 10:00 a 16:00 horas los días de mucho calor.

## INTOXICACIONES:

- Guardar los medicamentos en un armario con llave.
- Mantener fuera de su alcance venenos, insecticidas, detergentes, bebidas alcohólicas.
- No poner venenos ni productos tóxicos en botellas de gaseosas o frascos de alimentos.
- No dejar brasas de fuego encendidas dentro de las habitaciones, pueden causar incendios o intoxicación por monóxido de carbono y la muerte.

Por otro lado, es probable que la madre, padre, cuidador u otras personas que viven en el hogar no estén acudiendo en forma regular para sus cuidados y el profesional de salud, puede ofrecer servicios de atención y aconsejar sobre la salud.

Para ello es importante cerciorarse que tengan acceso a asesorías acerca de:

- Salud sexual reproductiva y sus derechos. Toda mujer tiene derecho a planificación familiar, atención preconcepcional, prenatal y atención calificada del parto institucional y lactancia materna; si está embarazada, orientar y citar para el prenatal; si ya ha tenido un parto, averiguar cuando se realizó el control posterior y si no lo ha hecho, recomendarle que lo haga; darle suplementos recomendados; si tiene algún problema en las mamas, (congestión, pezones adoloridos, infecciones) administrar tratamiento o referir a un centro especializado; entre otras orientaciones.
- Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/Sida, cáncer cervicouterino, cáncer de mama, entre otros.
- Hábitos saludables: alimentarios, higiene, autocuidado, orientaciones sobre autoestima.
- Los esquemas de vacunación propuestos por el PAI.
- Pasos a seguir para proteger su salud, si se identifican riesgos.

Es importante que los integrantes de una familia perciban el interés por ayudarlos a resolver sus problemas, en relación a situaciones que puedan afectar su salud y se retiren con la convicción de que todos tienen una misma meta, la salud y el bienestar de los niños, las niñas y sus familias.

## **ATENCIÓN INTEGRAL A LAS SITUACIONES DE VIOLENCIA:**

La respuesta integral al problema de la violencia significa ir más allá de la recuperación física, de las heridas o las lesiones. Significa aplicar los medios que garanticen la seguridad física, emocional, sexual, social y de protección al niño y la niña víctimas desde una perspectiva de la restitución de derechos. El abordaje integral implica una mirada interdisciplinaria desde la asistencia en el ámbito de la salud, del entorno social, jurídico y psicológico que dé cuenta de las diferentes necesidades (biopsicosociales) de las víctimas.

La atención clínica de las víctimas de violencia requiere la activación de la red de apoyo: familiar, institucional y social, identificando los escenarios en los cuales se podrían establecer vínculos significativos que afecten de forma positiva la sobrevivencia real al evento.

Los niños y niñas pueden ser víctimas de violencia intrafamiliar, sexual y de género y se requiere detectar y atender las distintas formas desde el Sistema Nacional de Salud. Durante la primera infancia, el niño y la niña dependen en mayor medida de un adulto facilitador para el cumplimiento de sus derechos por lo que, se debe actuar de inmediato antes una vulneración.

Son aplicables las leyes especiales sancionadas al efecto, específicamente Ley N. 6202/2018 “Que adopta normas para la prevención del abuso sexual y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual”.

La atención integral a la salud debe brindarse de manera inmediata en cumplimiento del principio de prevalencia de derechos, clasificando y atendiendo los casos como emergencia médica.

En todos los niveles de atención se debe seguir el protocolo establecido en la norma ministerial “Manual de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Sexual y de

Género en el Sistema de Salud. 2da edición. 2021”. En el protocolo se detallan los pasos a seguir ante la detección desde el examen físico, la contención, profilaxis, diagnóstico y otros.

Igualmente se debe tener en cuenta y aplicar el documento “Ruta de Intervención Interinstitucional para la Atención Integral del Abusos Sexual hacia niños, niñas y adolescentes” aprobado por el Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia.

El profesional de salud está obligado a brindar atención integral detectando, clasificando y atendiendo los casos en cumplimiento estricto del protocolo vigente.



## EJERCICIO: Caso ROCÍO

## RESOLUCION SG. N° 412-2023



Poder Ejecutivo  
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Resolución S.G. N° 412-

**POR LA CUAL SE APRUEBAN EL MANUAL CLÍNICO DE CAPACITACIÓN PARA PROFESIONALES DE LA SALUD Y SU CUADRO DE PROCEDIMIENTOS, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIPEI), Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN.**

Asunción, 07 de agosto de 2023.-

### VISTO:

La Nota DGPS N° 89, de fecha 21 de abril de 2023, por medio de la cual la Dirección General de Programas de Salud pone a consideración del Viceministerio de Atención Integral a la Salud, el Manual Clínico de Capacitación para Profesionales de la Salud y su Cuadro de Procedimientos; y

### CONSIDERANDO:

Que la Constitución de la República del Paraguay, en su Artículo 4º Del Derecho a la Vida expresa cuanto sigue: El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Se garantiza su protección, en general, desde la concepción (...); Artículo 54 De la Protección al Niño: La familia y el Estado tienen la obligación de garantizar al niño su desarrollo armónico e integral, así como el ejercicio pleno de sus derechos protegiéndolo contra el abandono, la desnutrición, la violencia, el abuso, el tráfico y la explotación. Cualquier persona puede exigir a la autoridad competente el cumplimiento de tales garantías y la sanción de los infractores. Los derechos del niño, en caso de conflicto, tienen carácter prevaeciente; el Art. 68 encomienda al Estado paraguayo la protección y promoción de la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad; y el Art. 69 enuncia que se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.

Que la Ley N° 836/80, Código Sanitario, establece que: "...Art. 3º El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social... es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social. Art. 4º La autoridad de Salud será ejercida por el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, con la responsabilidad y atribuciones de cumplir y hacer cumplir las disposiciones previstas en este Código y su reglamentación..."

Que la misma Ley en el Artículo 14 establece: La salud del grupo familiar es derecho irrenunciable que se reconoce a todos los habitantes del país. El Estado promoverá y realizará las acciones necesarias en favor de la salud familiar; y en su Artículo 22: El Estado por su parte, protegerá y asistirá sanitariamente al niño desde su concepción hasta la mayoría de edad.

Que la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIPEI) es una estrategia que otorga al profesional de la salud, los conocimientos y habilidades para sistematizar la evaluación clínica integral del estado de salud de niños y niñas menores de 5 años y, de este modo, facilitar la detección precoz y tratamiento adecuado y oportuno de las enfermedades de mayor prevalencia en este grupo etario.

Que la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, ratificado por la República del Paraguay por Ley N° 57/1990, menciona en su Artículo 6º: "1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida; 2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño"; asimismo, en su Artículo 24 destaca que "Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se reforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios"; 2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y,





Poder Ejecutivo  
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Resolución S.G. N° 422-

**POR LA CUAL SE APRUEBAN EL MANUAL CLÍNICO DE CAPACITACIÓN PARA PROFESIONALES DE LA SALUD Y SU CUADRO DE PROCEDIMIENTOS, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIPEI), Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN.**

Asunción, 07 de agosto de 2023.-

en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: **a)** Reducir la mortalidad infantil y en la niñez; **b)** Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud; **c)** Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de tecnologías de fácil acceso y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente; **d)** Asegurar atención sanitaria apropiada a las mujeres embarazadas; **e)** Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos; **f)** Desarrollar la atención preventiva de la salud, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia (...)."

Que en el proceso de revisión del documento han participado todas las dependencias competentes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, contándose con el parecer favorable de la Dirección Nacional de Enfermería, de la Dirección de Atención Primaria de la Salud, de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, de la Dirección General de Promoción de la Salud, de la Dirección de Género, del Instituto Nacional de Salud, de la Dirección de Formación, Monitoreo y Gestión de Proyectos, del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, del Programa Ampliado de Inmunizaciones, del Servicio de Emergencias Médicas Extrahospitalarias, del Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia, de la Dirección de Salud Mental, del Programa Nacional de Prevención de Defectos Congénitos, del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, del Programa Nacional de Control del sida/its, de la Dirección de Enfermedades Transmisibles, del Viceministerio de Rectoría y Vigilancia de la Salud y del Viceministerio de Atención Integral a la Salud.

Que el Manual Clínico y su Cuadro de Procedimientos propuestos por la Dirección General de Programas de Salud, a través de su Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia, se enmarca en la interacción de la población y el prestador de servicios, en el cumplimiento del derecho a la salud y en la articulación de las redes de atención integradas e integrales, tanto institucionales como comunitarias, con base en el territorio y la población, a fin de garantizar la satisfacción de las necesidades en salud de forma equitativa, eficiente y de calidad.

Que en concordancia con lo preceptuado en el Art. 242 de la Constitución de la República del Paraguay, el Decreto N° 21376/1998, en su Art. 19, dispone que compete al Ministro de Salud Pública y Bienestar Social ejercer la administración de la Institución; y en su Art. 20, establece las funciones específicas del Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, en el numeral 6) la de ejercer la administración general de la Institución como Ordenador de Gastos y responsable de los recursos humanos, físicos y financieros, y en el numeral 7) le asigna la función de dictar resoluciones que regulen la actividad de los diversos programas y servicios, reglamente su organización y determine sus funciones.

Que la Dirección General de Asesoría Jurídica, según Dictamen A.J. N° 603, de fecha 10 de mayo de 2023, ha emitido su parecer favorable para la firma de la presente Resolución.





**Poder Ejecutivo**  
**Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social**

**Resolución S.G. N° 4120-**

**POR LA CUAL SE APRUEBAN EL MANUAL CLÍNICO DE CAPACITACIÓN PARA PROFESIONALES DE LA SALUD Y SU CUADRO DE PROCEDIMIENTOS, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIPEI), Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN.**

Asunción, 07 de agosto de 2023.-

**POR TANTO;** en ejercicio de sus atribuciones legales,

**EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL**  
**R E S U E L V E:**

- Artículo 1°.** Aprobar el Manual Clínico de Capacitación para Profesionales de la Salud y su Cuadro de Procedimientos, en el marco de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIPEI), conforme al documento Anexo que forma parte de la presente Resolución.
- Artículo 2°.** Disponer la implementación del Manual Clínico de Capacitación para Profesionales de la Salud y su Cuadro de Procedimientos, en el marco de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIPEI), a través de las Direcciones Regionales y Direcciones de Establecimientos de Salud que forman parte del Sistema Nacional de Salud, y en la malla curricular de las Instituciones Formadoras de Recursos Humanos en Salud, a partir de la fecha de la firma de la presente Resolución.
- Artículo 3°.** Encomendar la implementación del Manual Clínico de Capacitación para Profesionales de la Salud y su Cuadro de Procedimientos, en el marco de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIPEI) a la Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud, a la Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud, al Instituto Nacional de Salud y al Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia.
- Artículo 4°.** Establecer que la supervisión del cumplimiento de la presente Resolución estará a cargo de la Dirección General de Programas de Salud, a través de la Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia.
- Artículo 5°.** Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.



*[Signature]*  
**DR. JULIO CÉSAR BORBA VARGAS**  
**MINISTRO**

/smra.  
SIMESE N° 67099/2023





Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud

Con el Apoyo de:

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD



ISBN: 978-99925-11-37-4



9 789992 511374