

Dirección General de Salud, Programa Nacional de Salud Integral de Niñez y Adolescencia

# Guías para la atención integrada de niños y niñas, desde el nacimiento hasta los 9 años de edad

Con el apoyo financiero del Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud y del apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)



Noviembre 2013



# Autoridades

Dr. Franklin J. Vergara  
Ministro de Salud

Dr. Serafín Sánchez  
Vice Ministro de Salud

Dr. Eduardo Lucas Mora  
Director General de salud

Dra. Yadira Carrera  
Coordinadora Nacional Salud Integral de Niñez y Adolescencia

# Créditos

## *Comisión Técnica Revisora de la Norma*

*Yadira Carrera, MINSA (Coordinadora Nacional del Programa) (q.d.e.p)*  
*Max R. Ramírez, MINSA (Coordinador de la Revisión de la Norma)*  
*Amoy Chong Ho, MINSA (Coordinadora Nacional del Programa (q.d.e.p.))*  
*Dora Polanco, Niñez y Adolescencia, Trabajo Social, MINSA*  
*Flavia Fontes, Salud Nutricional, MINSA*  
*Lorena Romero, Policlínica Presidente Remón, CSS*  
*Lucía Medina, Hospital Especialidades Pediátricas, CSS*  
*Vitalia Muñoz Pinzón, Facultad de Enfermería, Universidad Panamá*  
*Aracellys G. de Filós, Facultad de Enfermería, Universidad Panamá*  
*Aminta Gálvez, Jefa de Departamento de Salud Bucal, MINSA*

## *Participantes del taller de revisión y validación.*

*Abraham Abouganem, MINSA*  
*Adela de Ayarza, CSS*  
*Alcibíades Batista, Hospital José Domingo De Obaldía*  
*Aldacira de Bradshaw, MINSA*  
*Aminta Gálvez, MINSA*  
*Ana Cecilia Montenegro, MINSA*  
*Anayansi Tejada, MINSA*  
*Aracellys G. de Filós, Facultad de Enfermería, Universidad Panamá*  
*Beatriz Díaz, MINSA*  
*Brenda de Araúz, MINSA*  
*Caroline Niles, MINSA*  
*Corina de Mosquera, MINSA*  
*Cristina Gómez, MINSA*  
*Damaris Berroa, MINSA*  
*Débora Clarke de Rose, MINSA*  
*Delfina Rueda, MINSA*  
*Denia de Gómez, MINSA*  
*Domingo Chávez, MINSA*  
*Dora Polanco, MINSA*  
*Eligia Camargo, CSS*  
*Eric Díaz, CSS*  
*Eva Saurí, MINSA*  
*Fanny G. Castañeda, MINSA*  
*Flavia Fontes, MINSA*  
*Fredy K. Hidalgo, MINSA*  
*Fulvia de Lasso De La Vega, CSS*  
*Gloria M. De Gracia, Udelas*  
*Héctor Moreno, CSS*  
*Irina Alvarado, OPS/OMS*  
*Itzel de Hewitt, MINSA*

*Ivonne A. de Regalado, MINSA*  
*John Morais, MINSA*  
*José A. Dopeso, CSS*  
*José C. Almario, CSS*  
*Julia Domínguez, MINSA*  
*Julissa M. Caballero, MINSA*  
*Lía Changmarín, Udelas*  
*Libia Jiménez, MINSA*  
*Lorena Romero, CSS*  
*Lucía Medina, HEP, CSS*  
*Manuel Samaniego, MINSA*  
*Margarita de Villarreal, MINSA*  
*Max R. Ramírez, RSSM, MINSA*  
*Mitzila Rosas, MINSA*  
*Montserrat Tello, MINSA*  
*Noris Moreno de Flagge, Hospital del Niño*  
*Norma Villarreal, MINSA*  
*Ofelina Jiménez, MINSA*  
*Ricaurte Iván García, MINSA*  
*Rita Tejada de Modelo, MINSA*  
*Sara Campana, CSS*  
*Sheila Cortés, CSS*  
*Vielka Campos, MINSA*  
*Vielka Ramírez, MINSA*  
*Virginia B. Valdés, MINSA*  
*Vitalia Muñoz Pinzón, Facultad de Enfermería, Universidad Panamá*  
*Xiomara Santana, MINSA*  
*Yadira V. Carrera, MINSA*  
*Yodalis López de Batista, MINSA*

*Igualmente agradecemos los valiosos aportes de*

*Odalís Sinisterra, MINSA*  
*Yeny Carrasco, MINSA*  
*Basilio Dobras, CSS*  
*Sara Díaz de Casis, CSS*  
*Gladys Cossio, Hospital del Niño*  
*Paul Gallardo, Sociedad Panameña de Pediatría*  
*Jorge Rodríguez, Hospital del Niño*

*El apoyo técnico de:*

*Maritza Romero, OPS/OMS Panamá*  
*Ana Atencio, INCAP/OPS/OMS Panamá*  
*Francisco Martínez-Guillen, OPS/OMS Nicaragua*  
*Christopher Drasbek, OPS/OMS Washington*  
*Domingo Stanziola, Consultor OPS/OMS, revisión y adecuación del documento*

*Y la exhaustiva labor secretarial de la Sra. Corina de Mosquera.*

# Índice

	Página
Autoridades	2
Créditos	4
Índice	5
Acrónimos y abreviaciones utilizados	6
Presentación	7
Introducción	8
Objetivos	9
Marco contextual y conceptual.	10
Capítulo I. Atención ambulatoria de la morbilidad desde el nacimiento hasta los 2 meses de edad.	16
Capítulo II. Atención ambulatoria de la morbilidad desde los 2 meses hasta los 5 años.	28
Capítulo III. Los controles de salud	62
Capítulo IV. La atención durante el nacimiento.	203
Capítulo V. Normas para la Atención Integral a las Personas con VIH: Prevención de la transmisión vertical.	219
Capítulo VI. Abordaje para la detección temprana, referencia y atención del cáncer infantil	243
Glosario de términos	231
Índice de cuadros, tablas, figuras y gráficas	233
Referencias	240
Anexos	244

# Acrónimos y abreviaciones utilizados

BHC	Biometría hemática completa
bid	Dos veces al día
cc	Centímetro cúbico
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición.
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.
cm	Centímetro
DU	Dosis única
Evidencia 1-A	Es la evidencia, obtenida por una revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados, homogéneos, de estudios de calidad. Es el mayor grado de evidencia o pruebas obtenidas en estudio de alta calidad.
EG	
Hb	Hemoglobina
HCP	Historia Clínica Pediátrica
HTA	Hipertensión arterial
ID	Intradérmica
IM	Intramuscular
IMC	Índice de masa corporal
IMC/E	Índice de masa corporal para la edad
IRC	Insuficiencia renal crónica
IV	Intravenoso
Kg, kgs	Kilogramo, kilogramos
L-T/E	Longitud o talla para la edad
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
P/E	Peso para la edad
P/L-T	Peso para la longitud o la talla
PA	Presión arterial
PAD	Presión arterial diastólica
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PAS	Presión arterial sistólica
qd	Cada día
qid	Cuatro veces al día
RS	Revisión Sistemática. Resumen de la literatura médica que utiliza métodos explícitos para buscar sistemáticamente valorar de forma crítica y sintetizar la literatura mundial sobre un problema específico. Su objetivo es minimizar tanto el sesgo como el error de aleatorización.
SC	Subcutáneo
SRO	Sales de rehidratación oral
tid	Tres veces al día
Unicef	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VO	Vía oral

# Presentación

Los que trabajamos con niños y niñas en las instituciones de salud del Estado, reconocemos la gran responsabilidad que reposa en nuestras manos de ofrecerles lo mejor de nosotros. No se trata solamente de mejorar nuestras estadísticas de mortalidad y morbilidad. No se trata solo de preservar la salud de un individuo que en el futuro contribuirá al crecimiento económico de la nación. No son solo indicadores en una floreciente nación. Se trata de ofrecer y empeñar nuestros más caros esfuerzos para garantizar que cada niño y cada niña en nuestro país experimenten en su propia vida el significado de la salud, visto como un completo bienestar.

Para canalizar de manera fructífera los esfuerzos de los colaboradores que participan en la atención de la niñez, la Dirección General de Salud, a través de la Sección de Niñez y Adolescencia, con el apoyo de un equipo multidisciplinario de profesionales nacionales y la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, han desarrollado estas guías para la atención de los menores de 9 años, en el marco del alcance de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, la implementación del Plan Nacional de Salud de Niñez y Adolescencia 2008 – 2012 y de las Normas Integrales para la Atención de la Niñez desde el Nacimiento a los 9 años de edad.

Las guías ofrecen cambios importantes en la atención que ofrecemos. Plantean un enfoque integrador de la atención, la búsqueda activa de condiciones de peligro, la participación multidisciplinaria del equipo de salud y un ordenamiento en la atención.

Lo novedoso de sus contenidos implicará que al momento de ponerlas en manos de cada uno de nuestros colaboradores, será necesario un proceso intenso de capacitación de recursos humanos y adecuación de los servicios. Este proceso entre otras cosas, se espera que genere elementos para el mejoramiento del documento y por ende de la atención de nuestra población objetivo.

Finalmente, como resultado de un trabajo conjunto en beneficio de la infancia, hay un impacto que se espera alcanzar y que deberá reflejarse en un mediano plazo. Me refiero al mejoramiento de la calidad de la atención, la detección temprana de alteraciones en el desarrollo y otros problemas de la salud, su atención oportuna y por consiguiente, la reducción de la mortalidad y morbilidad infantil. Porque será al trabajar de corazón en pro de la niñez, con los argumentos técnicos y científicos correctos, poniendo nuestro empeño y con el apoyo de los recursos institucionales, como últimamente podremos inclinar nuestros indicadores de salud a favor de la niñez de Panamá.

# Introducción

Los programas de salud enfocados en la niñez tienen el propósito de proveer una serie de servicios desde las instalaciones de salud que contribuyan de manera sensible y sostenible a mejorar la salud de este segmento poblacional. Atender las enfermedades y los problemas de salud ya no es suficiente. Los problemas de salud y sus factores condicionantes han cambiado, por lo que es imperante que las estrategias de salud existentes sean fortalecidas y actualizadas, respondiendo a las necesidades de la población.

Las Guías para la atención integrada de niños y niñas, desde el nacimiento hasta los 9 años de edad, son un conjunto de instrucciones y recomendaciones cuyo objetivo es apoyar la toma de decisiones del personal de salud orientándose al desarrollo de una buena práctica clínica. Estas guías surgen de la necesidad de ofrecer al personal de salud un instrumento técnico que facilite la puesta en práctica de las Normas integrales para la atención de la niñez desde el nacimiento a los 9 años de edad, siendo un complemento de las mismas.

Se pretende que estas guías aporten elementos para contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad desde el nacimiento. Se presentan cuadros de procedimientos para la atención del neonato incorporando los conceptos más novedosos de la medicina basada en evidencias. Para los menores de 5 años se presenta el abordaje dirigido a identificar las principales condiciones que amenazan la salud del niño y la niña y se integra la consejería a los familiares, fundamental para el empoderamiento en la salud del individuo.

La elaboración de esta guía es producto de la revisión de la bibliografía científica más reciente, la experiencia de expertos nacionales e internacionales y el consenso de profesionales de la salud en nuestro país.

Este documento es una labor en proceso. Al fortalecerse los sistemas de información, identificarse mejor las necesidades de la población y con el avance del haber científico, segmentos del mismo deberán ampliarse y mejorarse para cumplir mejor su fin de ser directriz para el profesional de la salud. Para esto, será necesario contar con los aportes de cada colaborador del sector que trabaje con estas guías y los pequeños, que son su razón de ser.

# Objetivos

## Objetivo general:

- Contribuir a la reducción de la morbilidad, mortalidad y mejorar la salud de los niños y niñas menores de 9 años de edad.

## Objetivos específicos:

- Contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud dirigidos a niños y niñas menores de 9 años de edad.
- Presentar a los profesionales de la salud un instrumento técnico que oriente la atención en los servicios de salud dirigidos a niños y niñas menores de 9 años de edad, en la República de Panamá.

# Marco contextual y conceptual.

Desde la década de los 60, cuando las tasas de mortalidad infantil y neonatal estaban por encima de 55 y 25 por 1.000 nacidos vivos respectivamente, las condiciones de salud de la población infantil han experimentado cambios importantes. Para el año 2007, la tasa de mortalidad infantil registrada alcanzó 14,7 defunciones, las neonatales 7,7 defunciones y la post neonatal 7,0 defunciones por 1.000 nacidos vivos<sup>1</sup>. La mitad de las muertes del primer año de vida ocurren durante los primeros 28 días de nacidos. De continuar las tendencias actuales en el descenso de la mortalidad infantil, el país no alcanzará las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el 2015.

Hay importantes diferencias dentro del país en el nivel de salud alcanzado por la población. El riesgo de morir para los menores de 5 años es mayor en la provincia de Bocas del Toro y en las Comarca Indígenas, reflejando la precariedad de sus condiciones.

En Panamá, las principales causas de muerte durante el primer año son<sup>2</sup>:

- Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
- Neumonía
- Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
- Accidentes, agresiones y otra violencia

Cerca del 80% de las muertes neonatales ocurren en los primeros 10 días de vida. Las condiciones que se asocian a ellas son la prematuridad, el bajo peso al nacer, y condiciones de la madre como el estado civil (mortalidad aumentada en madres solteras, viudas y divorciadas, que esté en los extremos de la edad reproductiva (adolescentes y mayores de 40 años).

En las áreas rurales e indígenas, estas muertes son causadas principalmente por neumonía, diarrea, desnutrición y los accidentes, mientras que en las áreas urbanas son las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas.

En el grupo de 1 a 4 años de edad, las principales causas de defunción son:

- Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
- Accidentes, homicidios y otras violencias

---

<sup>1</sup> Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud, con datos provistos por la Dirección Nacional de Estadísticas y Censos, de la Contraloría General del República, Panamá.2007

<sup>2</sup> Ibidem.

- Desnutrición
- Neumonía
- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

De los 5 a los 14 años de edad, las principales causas de defunción son:

- Accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias
- Tumores malignos
- Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
- Desnutrición

Los principales motivos de consulta<sup>3</sup> para menores de 9 años de edad, en los servicios de salud del país son:

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| - Anemias                         | - Asma  |
| - Bronquiolitis aguda             | - Conjuntivitis   |
| - Dermatitis                      | - Desnutrición  |
| - Diarrea y Gastroenteritis       | - Enfermedades dentales y de la cavidad oral              |
| - Escabiosis                      | - Ictericia neonatal                                      |
| - Infección de las vías urinarias | - Infecciones agudas de las vías Respiratorias Superiores |
| - Piodermitis e impétigo          | - Obesidad  |
| - Parasitosis intestinal          | - Rinitis crónica y alérgica                              |

En el monitoreo de la calidad de atención de las enfermedades prevalentes en la infancia, realizada por el Ministerio de Salud en el 2004<sup>4</sup>, a través del expediente clínico, se encontró que la atención a niños(as) de 1 a 5 años con infecciones respiratorias agudas, ha mejorado con relación al año 2003 pero su valoración sigue siendo de **Escasa Calidad**. Al evaluar la atención del niño (a) con enfermedad diarreaica, igualmente presentan **Escasa Calidad** en la atención.

La utilización de Antibióticos en las infecciones respiratorias agudas fue del 55,0% de todos los casos al nivel nacional, con cifras extremas en Bocas del Toro (81.6%) y la Región de San Miguelito (37.8%). En cuanto a la utilización de Antibióticos en la enfermedad diarreaica, la proporción de casos tratados con antibióticos fue del 44.3% al nivel de nacional, con cifras extremas en Darién (68.2%) y la Región de Panamá Metro (18.0%)

La Primera Encuesta Nacional de Discapacidad (PENDIS) mostró que el 11,3% de la población del país y el 3,0% de los menores de 5 años presenta algún tipo de discapacidad. Al ingresar al sistema escolar la prevalencia aumenta 4,8% alcanzando el 5,9% en la adolescencia, lo cual pone en evidencia que muchos

---

<sup>3</sup> FUENTE: Estadísticas de Salud 2007. Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud. Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. MINSA. Panamá, junio 2008. NOTA: Basados en los 20 principales diagnósticos en las consultas. Se agruparon las infecciones de las vías respiratorias superiores y las dentales y de la cavidad oral. Se listan en orden alfabético. El orden varía de un grupo de edad a otro.

<sup>4</sup> Evaluación de la Atención a las Enfermedades de Prevalencia en el Menor de 1 a 5 años Año 2004. Dirección Nacional de Provisión de Servicios, Ministerio de Salud, Panamá 2005.

de los niños, niñas y adolescentes menores de 20 años con discapacidad son identificados tardíamente. Por lo tanto, se asume que la tasa real de discapacidad en este grupo de edad, es de alrededor del 6%. Los tipos de discapacidad más frecuentes son las intelectuales (7,8%).

Los censos nacionales del año 2000 identificaron 47.796 niños, niñas y adolescentes de entre 5 y 17 años de edad incluidos en el mercado laboral, representando el 6,4% de este grupo poblacional, el 29,7% de ellos en edades por debajo de la permitida para trabajar. Aproximadamente, el 42,6% de los niños, niñas y adolescentes trabajadores de Panamá se encuentran en una situación de trabajo infantil por abolir.

La transmisión del VIH tiene características de una epidemia concentrada con una prevalencia inferior al 1% de la población general. En el 2006, el 3,6% de los casos eran adquiridos por transmisión perinatal<sup>5</sup>.

**Entre los retos que enfrenta hoy el sector salud en relación a los menores de 9 años, hay que señalar:**

- Reducir la mortalidad neonatal, infantil y en menores de 5 años de edad.
- Reducir las brechas de inequidad en salud.
- Desarrollar un enfoque dirigido al mejoramiento de la salud en lugar de uno centrado en la morbilidad.
- Detección y atención temprana de enfermedades crónicas.
- Detección y atención temprana de la discapacidad visual y auditiva.
- Introducir avances que contribuyan a tener un impacto en la salud.
- Dar cumplimiento a compromisos internacionales de los cuales el país es signatario, entre ellos, los derechos del niño y la niña, la erradicación de las peores formas del trabajo infantil y la erradicación de la explotación sexual comercial en niños, niñas y adolescentes.
- Detección y prevención del maltrato infantil y el abuso sexual.
- Manejo adecuado de la malnutrición.
- Promover la estimulación temprana del desarrollo infantil.
- El uso eficiente de los recursos del sector salud.
- Reducir la transmisión vertical del VIH.

Las guías introducen elementos que procuran contribuir a sufragar estos retos. Entre ellos, el proceso llamado “continuo de atención” o “continuo de cuidados”, implica el uso racional y apropiado de las nuevas y mejores evidencias disponibles y ponerlas al servicio de los individuos y comunidades durante todas las etapas del ciclo vital. Siguiendo la lógica del continuo de atención, se fomenta la consulta preconcepcional de las mujeres, para conseguir un embarazo en las mejores condiciones y disminuir el riesgo de enfermar o morir. Una vez conseguido el embarazo se pretende dar el cuidado de mayor calidad, durante el embarazo, el parto y el puerperio. A partir de este momento continúa el compromiso con los cuidados de la mujer y comienzan los cuidados del recién nacido y el niño, hasta llegar nuevamente a la adolescencia.

El concepto de continuo de cuidados y de ciclo vital adquiere relevancia cuando se integra en la nueva estrategia de atención primaria en salud (APS) bajo el enfoque de Salud Familiar y comunitaria trabajando en tres dimensiones hogar-comunidad-servicios<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> MINSAs. Resumen ejecutivo de vigilancia del VIH, septiembre 1984 a septiembre 2006. Departamento de Epidemiología, MINSAs, Panamá, 2006.

<sup>6</sup> OPS/OMS. Salud Sexual y Reproductiva. Guías para el Continuo de la Atención de la Mujer y el Recién Nacido focalizadas en APS. Publicación Científica CLAP/SMR N° 1562.

Uno de sus elementos, implantado por estas guías, es la estrategia de Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (Aiepi), elaborada por la OMS y Unicef, cuyos componentes han sido elementos claves en la lucha contra la mortalidad infantil en muchos países del mundo.

El componente clínico de la estrategia de Aiepi tiene el propósito de fortalecer las habilidades técnicas de los profesionales de la salud, por medio de guías y manuales técnicos para el desarrollo estructurado de sus funciones. Sus contenidos se enfocan a la detección y atención temprana de condiciones que pueden amenazar la vida y la salud del niño, por medio de la búsqueda del menor número posible de signos clínicos específicos que permiten hacer una clasificación rápida de casos, que se orienta a identificar las acciones que se tienen que aplicar de inmediato, cubriendo en cada categoría las enfermedades más probables, y la definición inmediata de tratamientos.

El proceso de AIEPI incorpora acciones de atención, promoción de la salud y prevención de enfermedades. La OMS/OPS ha elaborado diversos materiales de apoyo que han sido el principal sustrato para la elaboración de este documento, adaptado a las condiciones del país por profesionales nacionales de la salud.

## La atención integrada del niño y la niña en Panamá

Los niños y niñas que son llevados a instalaciones de salud del primer nivel de atención en nuestro país acuden primordialmente por:

1. Atención de morbilidad y asesoría en salud.
2. Seguimiento de casos
3. Controles de salud

En cada una de estas circunstancias es necesario que el personal de salud aplique intervenciones que faciliten que el individuo se empodere del cuidado de su salud y de su familia. El punto de partida es el establecimiento de una adecuada relación médico paciente, en un marco de confidencialidad, ética y respeto al paciente (Ver cuadro N°1).

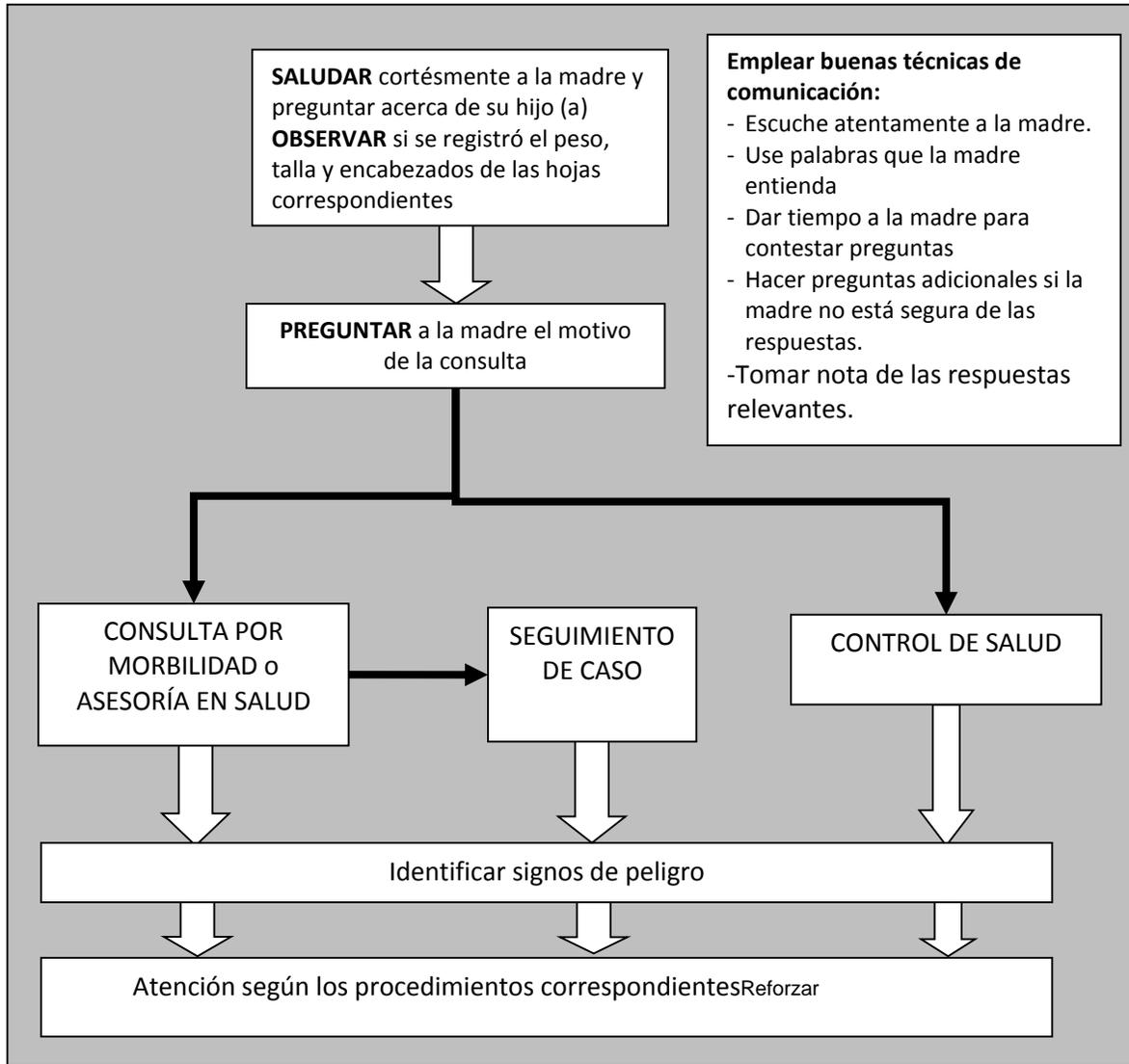
Para cada una de las tres causas de atención se han desarrollado una serie de cuadros de procedimientos donde se describen las actividades que han de aplicarse, según las necesidades del paciente. Se incluyen además los cuadros de procedimientos para la atención del recién nacido durante el parto y los algoritmos para la reanimación neonatal.

**La atención de la morbilidad en los niños de 5 a 9 años y de otros padecimientos frecuentes no descritos en estas guías, se detalla en los “Protocolos de atención ambulatoria de las principales morbilidades en la niñez”<sup>7</sup>.**

---

<sup>7</sup> MINSA. Protocolos de atención ambulatoria de las principales morbilidades en la Niñez. 2009

**Cuadro N° 1. Atención ambulatoria de pacientes del nacimiento a los 9 años de edad**



FUENTE: Modificado de "Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes graves de la infancia, 2da edición. OPS/PALTEX, Washington DC, 2004."

En los cuadros de procedimientos se aplica un ciclo iterativo de 3 pasos:

**1. Evaluación:** Se realiza a través de PREGUNTAR y OBSERVAR signos de alta sensibilidad y especificidad.

**2. Clasificación:** con los hallazgos de la evaluación se clasifican los pacientes aplicando una codificación de colores que se interpreta así:

ROJO: Se requiere de una intervención inmediata y/o referir urgentemente.
AMARILLO: Requiere de tratamiento médico específico y consejería.
VERDE: ofrecer consejería simple sobre tratamiento y cuidados en la casa.

Este abordaje no exime al personal de salud de anotar el diagnóstico según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10) en la Hoja de Registro Diario. **En los diagnósticos referidos para el proceso de atención se cita la clasificación de la CIE-10 entre paréntesis. Ejemplo:** Convulsiones del Recién nacido (**P90**)

**3. Tratamiento:** específico según la clasificación.

En los siguientes capítulos se describirá el proceso de la atención de los niños y niñas menores de 5 años, abordando por separado los menores y los mayores de 2 meses.

**La atención de la morbilidad de los niños de 5 a 9 años de edad se desarrollará en los Protocolos de Atención de la Niñez.**

**Los conceptos presentados en esta guía no son de aplicación para cuartos de urgencia.**

Los niños y niñas que acuden por **problemas crónicos o enfermedades menos comunes** pueden requerir atención especial no descrita en estas guías, que dependiendo del perfil del profesional que atiende, significaría la referencia del paciente. Los contenidos de las guías se ampliarán e incrementarán en función de las necesidades de la población y de los servicios de salud.

# Capítulo I.

## Atención ambulatoria de la morbilidad desde el nacimiento hasta los 2 meses de edad.

La atención ambulatoria del niño o niña menor de 2 meses de edad se enfoca a la identificación de condiciones que representen un riesgo para la vida en esta etapa y la promoción de acciones para mantener la salud. Con este el propósito, el proceso de atención se da de la siguiente forma:

**Tabla N°1. Pasos en la atención del menor de 2 meses.**

<b>Actividades</b>	<b>Página</b>
1. Determinar la presencia de alguna enfermedad grave (En caso de presentar una enfermedad grave, es referido de inmediato. Si no es así, se continúa el proceso de atención)	18
2. Completar la evaluación del paciente	28
a. Evaluar el estado de las vacunas	72
b. Evaluar el estado nutricional	97
c. Evaluar el desarrollo psicomotor	
d. Evaluar la presencia de otras enfermedades y problemas de la salud	
3. Ofrecer consejería a la madre o familiares	27

**Recordar verificar resultados de tamizaje metabólico y auditivo.**

# 1. Determinar la presencia de una enfermedad grave.

En la prevención de la mortalidad y la morbilidad de menores de 2 meses, uno de los elementos fundamentales es la **anticipación**. Los niños pequeños pueden pasar muy rápidamente de un estado con mínimos síntomas a un estado de descompensación, arresto cardiorrespiratorio o muerte. El personal de salud debe estar alerta para reconocer e identificar señales que pronostiquen una posible catástrofe. Es por esto que el primer paso en la atención de cualquier niño es identificar a los que pueden estar desarrollando una enfermedad grave y requieran atención especial o una referencia inmediata y distinguirlos de aquellos que presenten un problema que puedan manejar ambulatoriamente.

Los principales síndromes clínicos que pueden causar enfermedades severas en los recién nacidos son la SEPSIS, NEUMONÍA y MENINGITIS. Estas enfermedades tienen mejor pronóstico si son detectadas y tratadas tempranamente.

El abordaje es diferente en los menores de 2 meses de edad, en comparación a otros grupos de edad. Ante la sospecha clínica de que pueda tener una enfermedad grave o infección severa, no se debe perder tiempo haciendo exámenes o procedimientos para confirmar el diagnóstico. Debe procederse de tal forma que se garantice un inicio rápido del tratamiento. Si no se cuenta con los recursos necesarios, el paciente debe ser trasladado lo más pronto posible, siguiendo los principios de estabilización antes y durante el transporte.

## A. EVALUACION

El personal de salud involucrado en la atención primaria debe tener la capacidad de reconocer, con la aplicación de métodos sencillos y a su alcance, a los niños y niñas que estén en grave estado de salud y/o que requirieran ser referidos para atención hospitalaria inmediata. El Grupo de Estudio para Signos Clínicos en Infantes Pequeños<sup>8</sup> evaluó 12 signos clínicos, de los cuales encontró 7 de ellos, que al ser aplicados independientemente o en combinación permitieron identificar estos niños con el mismo juicio que un Pediatra experimentado, con una sensibilidad y especificidad del 85% y 75% respectivamente, para menores de 7 días de edad y del 74% y 79% para los niños (as) de 7 días a dos meses de edad. El listado de estos signos, incluyendo la ictericia, aparece en la tabla N°2.

### Tabla N°2. Signos clínicos predictores de enfermedad

---

<sup>8</sup> The Young Infants Clinical Signs Study Group. Clinical signs that predict severe illness in children under age 2 months: a multicentre study. Lancet 2008; 371: 135–42. El estudio incluyó 3.177 niños(as) de 0–6 días de edad y 5-712 niñas (as) de 7–59 días de edad, procedentes de Bangladesh, Bolivia, Ghana, India, Pakistán y Sudáfrica.

## severa\* en menores de 2 meses de edad.

- 1) Historia de dificultad para alimentarse
- 2) Historia de convulsión
- 3) Se mueve solamente cuando es estimulado
- 4) Frecuencia respiratoria de 60 o más por minuto
- 5) Retracción torácica severa
- 6) Temperatura mayor o igual de 37,5°C
- 7) Temperatura menor de 35,5°
- 8) Ictericia

FUENTE: The Young Infants Clinical Signs Study Group. Clinical signs that predict severe illness in children under age 2 months: a multicentre study. Lancet 2008; 371: 135–42.

\*Sensibilidad y especificidad del 85% y 75% respectivamente, para menores de 7 días de edad y de 74% y 79% para los niños (as) de 7 días a dos meses de edad.

## 1) Historia de dificultad para alimentarse

Los familiares pueden expresar que el bebé rechaza su alimento, tiene pobre succión, “está muy somnoliento para alimentarse”, tiene vómitos frecuentes, o la presencia de malformaciones congénitas (labio leporino, paladar hendido u otras malformaciones de la boca, paladar, tubo digestivo o respiratorio) que dificultan su alimentación.

Si el estado general del bebé lo permite, se indica a la madre que intente alimentar al bebé, verificando la técnica de alimentación. Si el bebé está estuporoso o inconsciente no se debe intentar.

Al referir o trasladar un paciente en estas condiciones, el diagnóstico que se puede consignar en la hoja de registro diario y de referencia, pueden incluir *problemas de la ingestión de alimentos del recién nacido (P92)* y el motivo DESCARTAR SEPSIS.

## 2) Historia de convulsión

Las CONVULSIONES DEL RECIEN NACIDO (P90) pueden manifestarse como movimientos anormales muy sutiles, como parpadeos rápidos y movimientos anormales de los ojos, movimientos bucales de chupeteo y temblores de las extremidades que no ceden al sujetarlos. En los más grandes pueden presentarse movimientos tónicos clónicos

generalizados. Después del primer mes de vida, el niño o niña que presenta fiebre y convulsiones se denomina CONVULSIONES FEBRILES (R56.0).

### **3) Se mueve solamente cuando es estimulado**

Al evaluar al bebé se estimulará como se recomienda durante la reanimación al nacer y se observará su respuesta.

### **4) Frecuencia respiratoria de 60 o más por minuto**

La frecuencia respiratoria del menor de 2 meses ha de contarse sobre un minuto completo, observando el tórax y abdomen descubierto. El niño (a) debe estar tranquilo.

### **5) Retracción torácica severa**

Estando el tórax y abdomen descubiertos se observan sus movimientos.

### **6) Temperatura axilar mayor o igual de 37,5°C.**

### **7) Temperatura axilar menor de 35,5°C.**

Si el bebé ha estado cubierto de manera excesiva y en climas cálidos, se deberá dejar con ropa ligera por algunos minutos antes de tomar la temperatura.

Para la toma de la temperatura axilar con termómetro de mercurio, se debe:

- a. Bajar la columna de mercurio
- b. Colocar en axila de tal forma que el bulbo del termómetro no quede expuesto.
- c. Mantener 5 minutos en esa posición.
- d. Hacer lectura de la temperatura.

Si se usan termómetros digitales, se deberán verificar las instrucciones sobre el manejo y lectura correctos. Si es necesario se corroborará la temperatura con un termómetro de mercurio.

El registro de la temperatura timpánica corresponde a la temperatura oral.

La temperatura axilar es 0,5°C menor a la temperatura oral y 1,0°C menor a la temperatura rectal.

}

## 8) Ictericia

### **Evaluación de la Ictericia.**

La ictericia es la coloración amarilla de piel y escleras por efecto del aumento de las bilirrubinas séricas. Es clínicamente visible cuando existen niveles superiores a 4 – 5 mg/dl de bilirrubina. Se inicia en el rostro y aumenta en dirección cefalocaudal.

Todas las ictericias en las primeras 24 horas de vida deben ser investigadas. Si después de las primeras 24 horas, el tinte icterico se localiza sólo en el rostro y tórax puede tratarse de una ictericia fisiológica y necesitará ser evaluado dentro de los siguientes dos días para observar si no se ha extendido más.

Un tinte icterico que se extiende desde la cara, el tórax y hasta por debajo del ombligo (afectando zonas 3, 4 o 5 de Kramer), coincide con valores de bilirrubina altos y se considera una enfermedad neonatal muy grave que necesitará tratamiento urgente.

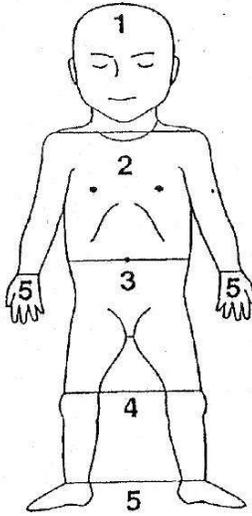
**La ictericia en la enfermedad hemolítica por incompatibilidad ABO**, se produce sin sensibilización previa, porque las madres del grupo sanguíneo “O” poseen ya aglutininas “A” y “B”, las cuales pueden atravesar la barrera placentaria y ponerse en contacto con los eritrocitos A ó B del recién nacido.

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

**La ictericia por leche materna**, Se produce porque esta leche tiene una actividad de lipasa alta, que una vez ingerida por el niño se liberan grandes cantidades de ácidos grasos, los que interfieren con la captación y/o conjugación de la bilirrubina.

Cuando es referido, el diagnóstico se consigna en el expediente y la hoja de referencia como ICTERICIA NEONATAL (P59.9).

**Figura N°1. Zonas de ictericia de Kramer.**



ZONA 1.	Ictericia de cabeza y cuello	=	6 mg/dl
ZONA 2.	Ictericia hasta el ombligo	=	9 mg/dl
ZONA 3.	Ictericia hasta las rodillas	=	12 mg/dl
ZONA 4.	Ictericia hasta los tobillos	=	15 mg/dl
ZONA 5.	Ictericia plantar y palmar	=	18 mg/dl o más

FUENTE: Adaptado de Kramer: AJDC 1069; 118:454 y Finn: Acta Obstet Gynecol Scand 1975; 54:329, tomado de "Manual clínico AIEPI Neonatal en el contexto del continuo materno-recién nacido-salud infantil". Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C: OPS, © 2005. (Serie OPS/FCH/CA/06.2.E)

NOTA: Existe variabilidad subjetiva en la interpretación de la ictericia.

## B. CLASIFICACION

**Cuadro N°2. Determinar enfermedad grave en el menor de 2 meses de edad.**

Determinar si es la primera consulta por este problema o si es una consulta para una reevaluación del caso		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se trata de una consulta de reevaluación, seguir las instrucciones para reevaluación y seguimiento.</li> <li>• Si es la primera consulta, examinar al niño(a) del siguiente modo:</li> </ul>				
<b>Determine signos y síntomas de peligro</b>		<b>UNO</b> de los siguientes signos:	<b>Enfermedad grave</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referir <b>URGENTEMENTE</b> al hospital, según procedimientos de estabilización y transporte</li> <li>• Administrar oxígeno si es necesario.</li> <li>• Prevenir la hipoglicemia</li> <li>• Dar acetaminofén por fiebre &gt; 38°C</li> <li>• Mantener al niño(a) abrigado</li> <li>• Recomendar a la madre que siga dándole de mamar si es posible</li> </ul>
<b>PREGUNTE</b> - ¿Tiene dificultad para alimentarse?  - ¿Ha tenido movimientos anormales o convulsiones?  - ¿El bebe se mueve solamente cuando es estimulado?	<b>OBSERVE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letargia, inconsciencia o flaccidez, irritable o "no luce bien" , "se ve mal"</li> <li>• Vómitos</li> <li>• Tiraje subcostal</li> <li>• Ictericia</li> <li>• Movimientos anormales</li> </ul>			
<b>DETERMINAR</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El peso</li> <li>• La frecuencia respiratoria</li> <li>• La temperatura axilar</li> <li>• Llenado capilar</li> <li>• Otros problemas de salud</li> </ul>		Tiene otros problemas de salud:	<b>Enfermedad no grave</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar tratamiento indicado (REFERIRSE A PROTOCOLOS DE ATENCION)</li> <li>• Completar evaluación</li> </ul>
Los recién nacidos PEG, GEG, con RCIU, prematuros y los que nacen deprimidos, tienen mayor riesgo de hipoglicemia. Ésta debe prevenirse y si es posible medir la glicemia sanguínea.		• No hay signos de enfermedad	<b>Sin enfermedad</b>	• Completar evaluación

## C. TRATAMIENTO

### 1) Referencia URGENTE al hospital

Para un adecuado transporte de pacientes es necesario que exista una organización previa que anticipe los problemas y necesidades que se van a presentar. Deben definirse previamente:

- Los recursos disponibles para el transporte: ambulancia local o como parte de la red de servicios, incubadora, oxígeno, equipo de reanimación, personal necesario para el traslado.
- Rol de la comunidad para el transporte de pacientes, principalmente en lugares distantes y/o de escasos recursos.

- Definir cómo regresará el paciente a su hogar al terminar la atención: LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN INCLUYE EL VIAJE DE VUELTA DEL PACIENTE Y SU FAMILIAR A SU LUGAR DE ORIGEN, cuando finalice su estancia hospitalaria.
- Si es un lugar alejado, cómo se ofrecerá hospedaje a los familiares en el área hospitalaria.

## **2) Traslado de pacientes.**

El niño y la niña menor de 2 meses requieren de un traslado especial, para evitar que se desestabilice durante el mismo. Los principios básicos a seguir son:

### **a) MANTENER AMBIENTE TÉRMICO NEUTRAL PARA PREVENIR LA HIPOTERMIA.**

Contacto piel a piel, ropa tibia, envolver con algodón comprimido, lámparas de calor, incubadora u otro método seguro.

### **b) PREVENIR LA HIPOGLICEMIA.**

Debe recibir un adecuado aporte calóricos y de líquidos, VO / IV, leche materna o agua azucarada, solución intravenosa. En el menor de 2 meses de edad, el mejor mecanismo para prevenir la hipoglicemia, es continuar la alimentación al seno materno. Durante el traslado debe acompañarlos LA MADRE para continuar la lactancia materna.

En caso de no poder alimentarse, sea por intolerancia a la vía oral o por lo debilitante de la enfermedad, se debe proceder a dar líquidos por vía endovenosa o sonda orogástrica. En todos los casos, cuando el niño o niña presente deshidratación, los líquidos que se administrarán serán igual a las dosis de mantenimiento agregando el total de los líquidos requeridos para recuperarse de la deshidratación.

#### **i) Líquidos endovenosos para**

##### **- Menores de 2 meses:**

Dextrosa al 10%                      80-100 mL/kg/día

##### **- De 2 meses a 5 años:**

- La preparación correcta de los líquidos endovenosos debe ser con Dextrosa al 5% + electrolitos (NaCl + KCL). Donde se cuente con estos insumos se deberá proceder con su administración según protocolos.

- Alternativas:
  - Dextrosa al 5%
  - Dextrosa al 5% en solución salina normal 0,9%
- Cantidad: líquidos a dosis de mantenimiento,
  - Peso < 10 kg                      4 – 5 ml / kg / hora
  - Peso 10 – 20 kg                    3 – 4 ml /kg / hora
  - Peso > 20 kg                        60 – 70 ml / hora
- ESTAS CANTIDADES DE LIQUIDOS NO SE APLICAN PARA NIÑOS O NIÑAS CON EDEMA O KWASHIORKOR.

**ii) Líquidos por sonda enteral.**

- Coloque la sonda por boca (orogástrica) en menores de 1 mes.
- Para los mayores de 1 mes, coloque por nariz (nasogástrica)
- Administre los líquidos igual a la vía parenteral o en su lugar, leche materna.
- Si el paciente presenta DISTENCIÓN ABDOMINAL, no se podrán administrar líquidos por sonda y esta debe quedar a caída libre.

**c) MANTENER OXIGENACIÓN ADECUADA**

Administre oxígeno si es necesario. Cuando sean enfermedades que cursen con hipoxemia, deberá recibir un aporte de oxígeno, por cámara cefálica, cánula nasal o mascarilla, bolsa autoinflable o ventilación mecánica, según las necesidades y la disponibilidad.

**i. Indicaciones para la administración de oxígeno:**

Dificultad respiratoria  
 Cianosis o acrocianosis de origen cardíaco o respiratorio  
 Estado de choque  
 Alteración del nivel de conciencia  
 Estado post reanimación

**ii. Administración de oxígeno por catéter nasal:**

<u>Edad</u>	<u>Flujo de oxígeno</u>
Cero a 2 meses de edad o menor de 5 kg	½ litro por minuto
Mayor de 2 meses o más de 5 kg de peso	1 litro por minuto

Al utilizar catéter nasal:

- No necesita humidificador

- Si el niño o niña continua con cianosis, verifique la posición del catéter sea correcta, que no haya obstrucción por secreciones y que el niño o niña pueden respirar por la nariz.

Si continua con cianosis, incremente el flujo de oxígeno en ½ litro hasta alcanzar 5 litros por minuto

iii. Administración de oxígeno por máscara facial:

- Siempre debe utilizarse con humidificador
- Coloque una máscara del tamaño adecuado al rostro del niño o niña.
- Administre flujos de oxígeno inicialmente de 4 litros por minuto
- Si el niño o niña aun continua con cianosis,
  - verifique la colocación de la mascarilla. Si la mascarilla no se ajusta bien al rostro, se perderá mucho del oxígeno.
  - aumente el flujo de oxígeno 1 litro por minuto, hasta un máximo de 8 litros por minuto.

iv. DAR ANTIPIRÉTICOS POR FIEBRE > 38°C

**PARACETAMOL o ACETAMINOFEN:** medicamento de elección, se usa a dosis de 10 mg/kg/dosis cada 6 – 8 horas en jarabe (120 – 140 mg/5ml) o gotas (100 mg/ml).

**PRECAUCIONES EN EL CONTROL DE LA FIEBRE**

- No aplique supositorios a niños (as) con diarrea.
- No fraccione o parta los supositorios.
- NO ADMINISTRE ASPIRINAS A UN NIÑO PARA EL CONTROL DE LA FIEBRE.

**d) SI PRESENTA DISTENCIÓN ABDOMINAL, colocar sonda OROGÁSTRICA A CAIDA LIBRE.**

**e) OTROS CUIDADOS IMPORTANTES**

- Todo niño(a) con dificultad respiratoria debe ser transportado con sonda orogástrica abierta.
- Si el niño(a) tiene alguna patología con exposición de vísceras o mielomeningocele, envolverlas con compresas estériles con solución salina tibia.

## 2. Completar la evaluación del paciente.

- a) Evaluar el estado de las vacunas: referirse a página
- b) Evaluar el estado nutricional: referirse a página
- c) Evaluar el desarrollo psicomotor: referirse a página
- d) Indicar tratamientos: según protocolos de atención específicos.

## 3. Ofrecer consejería a la madre.

Más allá de la mera entrega de información, la consejería es un proceso interactivo que involucra a una persona capacitada para ofrecer consejería y a un cliente, con el propósito de mejorar el nivel de funcionamiento del cliente. El consejero y el cliente trabajan en conjunto como aliados, ayudando al primero a crecer al segundo y cambiar a través de la fijación de metas, el desarrollo de nuevas maneras de interpretar y manejar situaciones problemáticas, enseñándoles a utilizar recursos internos y externos de una manera más efectiva

En el caso particular, es necesario que los familiares desarrollen habilidades para el cuidado y la atención del niño. Para ello, el profesional de la salud deberá confrontarse con las tradiciones, prejuicios y creencias de ellos, sin transgredir los límites del respeto y sus derechos.

La consejería ofrecida deberá guiar a los cuidadores del paciente para que sepan cómo atender al niño en el hogar y cuándo llevarlo nuevamente a los servicios de salud, de manera específica:

- a) Los cuidados del niño enfermo en la casa.
- b) Cuando presenta lesiones o infecciones en la piel u otra área, enseñar a curar las infecciones en la casa.
- c) Prevención de enfermedades.
- d) Reconocer signos de peligro en el niño o niña, que ameriten la búsqueda inmediata de atención médica.
- e) Explicar sobre las consultas de seguimiento.
- f) Fomentar la lactancia materna.

La visita de seguimiento es muy importante para asegurarse de que el tratamiento se está administrando adecuadamente, para vigilar la evolución del niño y a su vez sirve para dar otro u otros tipos de tratamientos y consejerías si es requerido. Si se necesitan más de una visita de seguimiento, indíquelo a la madre o al acompañante, en forma muy clara, cuando debe regresar a la próxima cita y anótelos en el expediente.

Instruya a la madre sobre la aparición de los signos de alarma que determinarán que traiga nuevamente a su hijo para un control inmediato. Esto es sumamente importante y deberá darle suficiente tiempo para que la madre lo comprenda.

Las visitas de seguimiento son especialmente importantes para un lactante menor de 2 meses. Si recibe antibióticos ambulatoriamente, debe regresar para seguimiento en 2 días. Si en la visita de seguimiento descubre que la afección del lactante empeoró, refiera al hospital.

# Capítulo II.

## Atención ambulatoria de la morbilidad desde los 2 meses hasta los 5 años.

La atención ambulatoria de la morbilidad de los 2 meses a 5 años se enfoca a la identificación de condiciones que representen un riesgo para la vida y la promoción de acciones para mantener la salud. Con este el propósito, el proceso de atención se da de la siguiente forma:

**Tabla N°3. Pasos en la atención de niños (as) de los 2 meses a los 5 años de edad.**

<b>Actividades</b>	<b>Página</b>
1. Determinar la presencia de enfermedad grave	
a. En caso de presentar una enfermedad grave, es referido.	
b. En caso de no ser enfermedad grave, se continúa el proceso de atención.	
2. Evaluación del niño con tos	
3. Evaluación del niño con sibilancias	
4. Determinar la presencia de diarrea	
a. Evaluar deshidratación	
b. Evaluar duración de la diarrea	
c. Evaluar presencia de sangre	
5. Evaluación del niño con fiebre	
6. Evaluación del niño con dolor de oído	
7. Evaluación del niño con dolor de garganta	
8. Evaluar por anemia	
9. Evaluar el estado de las vacunas	
10. Evaluar el estado nutricional	
11. Evaluar el estado de las psicomotor	
12. Evaluar la presencia de otras enfermedades.	
13. Indicar tratamientos	
14. Ofrecer consejería a la madre o familiares	

# 1. Determinar la presencia de enfermedad grave

## 1. EVALUACION

Para identificar a los niños y niñas con problemas de salud graves, se evalúan:

- Tolerancia oral
- Alteraciones del nivel de conciencia.
- Historia de convulsiones

**Si se identifica algún signo de peligro, se procede al traslado del paciente. De no encontrarse, se continúa la atención.**

## 2. CLASIFICACION

**Cuadro N°3. Determinar la presencia de enfermedad grave.**

<p><b>Preguntar a la madre por el nombre de la niña o niño y por el problema que tiene.</b>          Determinar si es la primera consulta para este problema o si es una consulta para un control del caso.          - Si es consulta de control, seguir las instrucciones para TRATAR AL NIÑO SANO.          - Si es la primera consulta, atender del siguiente modo:</p>					
<b>Evaluar signos de peligro.</b>			<b>Clasificar y tratar al niño que presenta uno o más signos de peligro</b>		
<b>Preguntar</b>	<b>Observar</b>		<b>Evaluar</b>	<b>Clasificar</b>	<b>Tratamiento</b>
- ¿Puede el niño beber o tomar el pecho? - ¿Vomita el niño todo lo que ingiere? - ¿Ha tenido el niño convulsiones?	- Verificar si el niño está letárgico o inconsciente	<b>Clasificar</b>	<b>Uno o más signos:</b> - No puede beber o tomar el pecho, o - Vomita todo, o - Convulsiones, o - Letárgico o comatoso.	<b>Niño o niña grave</b>	<b>Hospitalizar o Referir URGENTEMENTE;</b> completar de inmediato el examen y administrar el tratamiento indicado antes de referirlo, sin demoras

## 2. Evaluación del niño con tos

Un niño o niña con tos y/o dificultad respiratoria, puede tener una infección, viral o bacteriana, en cualquier parte del tracto respiratorio (nariz, garganta, laringe, tráquea, bronquios o pulmones). La mayoría de las veces, en los niños que solamente tienen tos, se trata de una infección leve que puede tratarse ambulatoriamente. Los signos claves para identificar aquellos que requieren antibióticos son: **respiración rápida y tiraje subcostal.**

### A. EVALUACION

#### 1) Duración de los síntomas

Es importante establecer si se trata de un padecimiento agudo o crónico. Cuando hay tos por más de 30 días, han de considerarse entre las causas a un padecimiento crónico, como:

RINITIS ATÓPICA (**J30**): secreciones nasales mayormente claras y/o estornudos persistentes, exacerbados al exponerse ante alérgenos ambientales o con patrón estacional. Con frecuencia se asocia a dermatitis atópica, conjuntivitis alérgica y asma.

ASMA (**J45**): tos persistente de predominio nocturno o asociada a esfuerzos, muchas veces con patrón estacional.

TUBERCULOSIS (**A16**): se acompaña de fiebres vespertinas, compromiso del estado general y hay historia de contacto con persona bacilífera.

Otras causas de tos crónica son reflujo gastroesofágico, exposición crónica a contaminantes ambientales, malformaciones congénitas del árbol traqueo bronquial y/o pulmonar, fibrosis quística, cuerpo extraño en las vías aéreas e infecciones de las vías respiratorias por hongos.

#### 2) Estridor

El estridor es un ruido ronco, en fase inspiratoria, que se produce por la obstrucción de la vía aérea al nivel de la laringe. La causa más común es el CRUP (J05), en el que el paciente, característicamente durante la noche, presenta un episodio de “tos perruna” y estridor. En algunas ocasiones progresa rápidamente hacia la obstrucción total de la vía aérea con insuficiencia respiratoria aguda. En los casos más severos de crup es posible que no se escuche estridor. El tratamiento consiste en la aplicación de una nebulización de adrenalina 1:1000 a dosis de 0,5 ml/kg (**dosis máxima**: menores de 4 años = **2 ml**; mayores de 4 años = **4 ml**) diluido en 2,5 ml de solución salina normal y dexametasona 0,6 mg/kg/dosis IM, DU.

Otras causas de estridor laríngeo son epiglotitis (se acompaña de un cuadro febril, el paciente tiene aspecto séptico y progresa rápidamente a la insuficiencia respiratoria), cuerpo extraño en la vía aérea, traqueomalacia o laringotraqueomalacia (debilidad congénita de los anillos bronquiales, el paciente nace con estridor, el cual desaparece la mayoría de las veces al rededor de los 8 meses de edad) y tumores laríngeos.

### **3) Sibilancias**

Las sibilancias son un sonido musical audible en el tórax con el estetoscopio o sin él (en casos más severos) causado por cualquier proceso que ocasione estrechamiento de las vías aéreas. Las principales enfermedades que se acompañan de sibilancias son:

**BRONQUIOLITIS AGUDA (J21):** Infección viral de las vías respiratorias, frecuente en menores de 2 años de edad, que cursa con tos, disnea y sibilancias.

**ASMA (J45):** Enfermedad crónica inflamatoria de las vías respiratorias caracterizada por episodios de disnea, tos y/o sibilancias. El primer episodio de asma puede ser muy difícil distinguirlo de uno de bronquiolitis, por lo cual, la primera y segunda vez que un niño presenta sibilancias, antes de cumplir los dos años de edad, suele diagnosticarse como Bronquiolitis aguda.

El manejo de ambas suele ser similar, enfocado a mantener la oxigenación tisular, reducir el broncoespasmo y la inflamación de las vías respiratorias.

Otras causas de sibilancias son: cuerpo extraño en las vías aéreas, compresión extrínseca del árbol respiratorio, malformaciones congénitas, síndromes aspirativos, displasia broncopulmonar, infecciones virales, bacterianas y/o por hongos.

#### **Tabla N°4. Diagnóstico de asma en niños (as) menores de 5 años de edad.**

---

Considerar asma si alguno de los siguientes síntomas o signos está presente:

---

Episodios recurrentes de sibilancias – usualmente en más de una ocasión por mes.

Tos o Sibilancias inducidas con el ejercicio.

Tos nocturna durante los períodos agudos sin virosis asociada.

Ausencia de sibilancias que varían con estaciones

Síntomas que persisten luego de los 3 años.

Síntomas que ocurren o empeoran con la presencia de:

- Animales con pelos
- Sustancias químicas en aerosol
- Cambios de temperatura
- Ácaros en el polvo casero
- Medicamentos (aspirina, beta-bloqueadores)
- Ejercicio
- Pólenes
- Infecciones Respiratorias (virales)
- Fumado
- Estados emocionales muy marcados

Historia de que el resfriado “se le va al pecho” o que dura más de 10 días sin mejorar.

Síntomas que mejoran cuando se inicia tratamiento para el asma.

---

FUENTE: Global Initiative for Asthma (GINA). Guía de Bolsillo para el Manejo y Prevención del Asma en Niños, 2006. Disponible en: <http://www.ginasthma.org>.

## B. CLASIFICACION

**Cuadro N°4. El niño o niña que tiene tos o dificultad respiratoria.**

Preguntar	Observar, escuchar		Signos	Clasificar	Tratamiento
¿Hace cuanto tiempo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contar las respiraciones en un minuto.</li> <li>- Observar si hay tiraje subcostal</li> <li>- observar y escuchar si hay estridor</li> <li>- Observar y escuchar si hay sibilancias.</li> <li>- Determinar si es el primer episodio o es recurrente</li> </ul>	<b>CLASIFICAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cualquier signo de peligro en general o estridor en reposo o</li> </ul>	Enfermedad muy grave	Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiraje sub costal</li> </ul>	Neumonía grave	
			Tiene sibilancias		Pase al cuadro de procedimientos del niño (a) con sibilancias
	<b>LA NIÑA O NIÑO TIENE QUE ESTAR TRANQUILO/A DURANTE LA EVALUACION</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respiración rápida</li> </ul>	<b>Neumonía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar un antibiótico apropiado durante 7 días.</li> <li>- tratar las sibilancias si tiene</li> <li>- indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato</li> <li>- indicar a la madre que vuelva para el control 2 días después.</li> </ul>
<b>Si el niño tiene:</b>	<b>El niño tiene respiración rápida si usted cuenta</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ningún signo de neumonía o de enfermedad muy grave</li> </ul>	<b>No es neumonía:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si hace más de 30 días que el niño (a) tiene tos, referirlo para evaluación por pediatría.</li> <li>- Aliviar el dolor de garganta y mitigar la tos con un medicamento inocuo.</li> <li>- Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato.</li> <li>- Si no mejora, hacer una consulta de seguimiento.</li> </ul>
2 a 11 meses	<b>50</b> o más por minuto			<b>resfriado, gripe o bronquitis</b>	
12 meses a 5 años	<b>40</b> o más por minuto.				
<b>Nota:</b> El niño que tiene exactamente 12 meses de edad tiene respiración rápida si se cuentan 40 respiraciones o más por minuto.					

# C. Tratamiento

## 1. Antibióticos para el tratamiento ambulatorio de la neumonía.

Los casos en los que trasladar al paciente se requiera de más de 3 horas por los medios convencionales, se deberá dar la primera dosis del antibiótico antes de trasladarlo. (Tabla N°5)

**Tabla N° 5. Antibióticos para el tratamiento ambulatorio de la neumonía**

Medicamento	Presentación	Dosis	Observaciones
Amoxicilina	Suspensión 250 mg/5ml	80- 90 mg/kg/día dividido bid, tid	Completar 8 – 10 días de tratamiento ambulatorio
Azitromicina	Suspensión 200 mg/5ml	10 mg/kg/día qid	Completar 5 días de tratamiento ambulatorio

## 2. Recomendaciones al familiar cuando se ofrece tratamiento ambulatorio:

- Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato
  - Para reevaluación de control 2 días después de la atención.
  - En caso de presentar signos de peligro.
- Si hace más de 30 días que el niño (a) tiene tos, referirlo para evaluación por pediatría.
- Alimentación:
  - Continuar lactancia materna en menores de 2 años
  - Ofrecer abundantes líquidos
  - Dieta blanda fraccionada a tolerancia
- Evitar exposición a contaminantes ambientales (humos de cualquier clase, polvos, olores fuertes o de sustancias químicas).
- Explicar la forma de aplicar terapia percutiva y drenaje postural.

# 3. Evaluación del niño (a) con sibilancias<sup>9</sup>

## A. EVALUACIÓN

**Primero:** Identificar la presencia de factores de riesgo y/o signos de peligro (Cuadro N°5) preguntando a los familiares por:

- Antecedentes de hospitalización por infección respiratoria baja.
- Antecedentes de enfermedad pulmonar crónica: displasia broncopulmonar, fibrosis quística, otras.
- Prematurez: ¿Pesó menos de 2500 gr. al nacer?
- Enfermedad crónica del corazón, inmunodeficiencia o desnutrición.

**Segundo:** Aplicar la escala de “Clasificación de la gravedad de la crisis” (Tabla N°6) y obtener el puntaje. Esta escala se basa en cuatro parámetros clínicos (tirajes, sibilancias, frecuencias cardíaca y respiratoria) a los que, según la severidad de los síntomas, se aplica una puntuación de 0 a 3, con lo que se totaliza el puntaje total, que puede ser entre 0 y 12.

**Tercero:** examine buscando signos de peligro (letárgico, inconsciente, irritable, habla palabras aisladas o frases entrecortadas, tiraje generalizado, estridor en reposo, saturación de oxígeno menor del 90% (si está disponible)

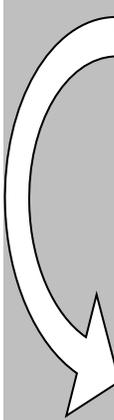
## B. CLASIFICACION

**Tabla N°6. Clasificación de la gravedad de la crisis**

Tiraje	Sibilancias	Frecuencia Respiratoria	Frecuencia Cardíaca	Puntos
Ausente	Ausente	<30	<120	0
Intercostal leve	Fin de espiración	30 – 45	120 – 140	1
Generalizado	Inspiración y espiración	45 – 60	140 – 160	2
Tiraje + aleteo nasal	Audible sin estetoscopio	>60	>160	3

<sup>9</sup> FUENTE: Modificado de: Salud del Niño y del Adolescente Salud Familiar y Comunitaria. Módulo Asma y enfermedades bronco-obstructivas Draft-enero 2007. OPS/OMS. Washington DC, 2007. <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-asma1.pdf>

**Cuadro N°5. El niño o niña que tiene SIBILANCIAS.**

		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<p><b>PREGUNTAR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Estuvo alguna vez hospitalizado por infección respiratoria baja?</li> <li>• ¿Tiene alguna enfermedad pulmonar crónica (displasia broncopulmonar, fibrosis quística)?</li> <li>• ¿Pesó menos de 2500 gr. al nacer?</li> <li>• ¿Tiene alguna enfermedad crónica del corazón, inmunodeficiencia o desnutrición?</li> </ul> <p><b>Signos de peligro:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letárgico, inconsciente, irritable o</li> <li>• Habla solo palabras aisladas o</li> <li>• Tiraje generalizado o</li> <li>• Estridor en reposo o</li> <li>• Saturación de oxígeno menor del 90% (si está disponible)</li> </ul>	<p><b>Clasificar</b></p> 	<p>Uno de los siguientes signos: Cualquier signo de peligro Puntaje &gt;= 9 Puntaje &lt; 9 con factores de riesgo</p>	<p><b>CRISIS DE SIBILANCIA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE</b></p>	<p>Referir <b>URGENTEMENTE</b> al hospital Administrar oxígeno Administrar broncodilatador inhalado (cada 20 minutos #3) Dar la primera dosis de un corticosteroide vía oral o intravenoso</p>
		<p>Puntaje de 5 a 8</p>	<p><b>CRISIS DE SIBILANCIA MODERADA</b></p>	<p>Administrar un broncodilatador inhalado (cada 20 minutos #3) Administrar oxígeno si el puntaje es &gt; 7 Reevaluar después de 1 hora (ver cuadro abajo)</p>
		<p>Puntaje de 4 o menor</p>	<p><b>CRISIS DE SIBILANCIA LEVE</b></p>	<p>Enviar a domicilio Recetar un broncodilatador inhalado por 5 días + corticoide vía oral si se trata de sibilancias recurrentes Indicar a la madre: - Cómo proceder en casa durante una crisis de sibilancias - Cuándo volver de inmediato Seguimiento en 24 – 48 horas</p>
		<p><b>REEVALUACION LUEGO DEL TRATAMIENTO INICIAL</b></p>		
		<p>• Puntaje &gt;= a 6</p>	<p>Crisis de sibilancias grave</p>	<p>Referir <b>URGENTEMENTE</b> al hospital Administrar oxígeno Continuar broncodilatador inhalado Administrar la primera dosis de un corticosteroide vía oral o intravenoso si no se administró antes.</p>
		<p>• Puntaje de 5 o menos</p>	<p><b>CRISIS DE SIBILANCIA LEVE</b></p>	<p>Enviar a domicilio Tratar como se indica en Crisis de sibilancias leve</p>

FUENTE: Modificado de: Salud del Niño y del Adolescente Salud Familiar y Comunitaria. Módulo Asma y enfermedades bronco-obstructivas Draft-enero 2007. OPS/OMS. Washington DC, 2007. <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-asma1.pdf>

# C. TRATAMIENTO

Una vez realizada la clasificación se decide el tratamiento de la siguiente forma:

- **Traslado URGENTE del paciente (según los protocolos y normas de traslado de pacientes) luego de terapia inicial.**
- **Tratamiento de las sibilancias y reevaluación según cuadro de procedimiento.**
- **Se da manejo ambulatorio**
- **Luego del recibir tratamiento inicial, se decide traslado URGENTEMENTE o continuar manejo ambulatorio.**

## 1. Medicamentos para tratar las sibilancias. (Tabla N°7)

Esencialmente, existen dos tipos de medicamentos para el tratamiento del asma y las sibilancias, los broncodilatadores y los antiinflamatorios.

Broncodilatadores: hay diferentes tipos, siendo los preferidos los beta-2 adrenérgicos por su selectividad y efectividad en el músculo liso bronquial. De estos, el más utilizado es el SALBUTAMOL. Otras alternativas de no contar con esto, son la adrenalina y las xantinas (teofilina y aminofilina). El uso de los broncodilatadores es principalmente para el manejo de las crisis agudas y a mitigar los síntomas.

Antiinflamatorios: los principales son los corticoesteroides. En la crisis aguda se puede administrar VO, IV, IM

**Tabla N°7. Medicamentos para el tratamiento del paciente con sibilancias.**

Medicamento	Presentación	Dosis	Observaciones
<b>Broncodilatadores</b>			
<b>Beta-2 adrenérgicos</b>			
Salbutamol	Inhalador 100 ug/dosis	Crisis aguda: 2 inhalaciones cada 15 minutos #3	Reevaluar para decidir manejo
		Terapia de sostén posterior a crisis aguda: 2 inhalaciones cada 4 – 6 horas por 2 – 5 días	Droga de elección para el bronco espasmo agudo. La ruta inhalada tiene una acción más rápida y es más efectiva que las tabletas o el jarabe.
	Solución para nebulizar	1 gota/kg/dosis diluido en 2,5 - 3,0 ml de SSN, cada 20 minutos #3	Para uso en crisis aguda. Si puntaje de asma >8, debe nebulizarse con oxígeno
	Jarabe 2 mg/5 ml Tabletas 4 mg	0,10 – 0,15 mg/kg/dosis sin exceder 4 mg/dosis	Utilizar si no hay o se puede utilizar inhalador
<b>Metilxantinas</b>			
Teofilina	Tabletas o jarabe	5 mg/kg/dosis c/6 horas, VO	Alternativa si no se puede utilizar salbutamol
Aminofilina	Solución inyectable	5 mg/kg/dosis c/6 horas, IV	
<b>Corticoesteroides</b>			
Prednisona	Tableta 50 mg	0,5 – 1,0 mg/kg/día VO, por 3 a 10 días	A corto plazo: ciclos de 3-10 días son eficaces para un control rápido
Prednisolona	Tableta 5 mg Jarabe 5 -15 mg/5ml		
Hidrocortisona	Solución inyectable	5 mg/kg dosis IV c/6 horas	Uso en crisis agudas.
Metilprednisolona	Solución inyectable	Primera dosis a 2mg/kg/dosis, IV o IM, y continuar siguientes dosis a 1mg/kg/dosis cada 4 – 6 horas	Uso en crisis agudas.
Dexametasona	Solución inyectable	0,1 – 0,6 mg/kg/dosis IM	Uso en crup.
Beclometasona	Inhalador 50 ug/dosis	Terapia de sostén 100 – 400 ug/día dividido en 2 – 4 dosis, inhalado	La eficacia compensa el posible pequeño riesgo de efectos secundarios. Las cámaras de inhalación y el enjuague bucal tras las inhalaciones disminuyen el riesgo de candidiasis oral. Las distintas preparaciones no son equivalentes ni por inhalaciones ni por microgramos. No utilizar en crisis agudas

## 2. Indicaciones para el manejo ambulatorio de casos de sibilancias o asma.

Cuando el paciente ha terminado su atención por sibilancias y es referido a su domicilio, se debe ofrecer lo siguiente:

- Recetar broncodilatador inhalado + corticoide vía oral (si se trata de sibilancias recurrentes) por 5 días, a las dosis indicadas.
- Indicaciones para la madre o el familiar:
  - Cómo proceder en casa durante una crisis de sibilancias:
    - ▶ Se debe explicar al familiar que el niño (a), en las citas de seguimiento, debe recibir un tratamiento preventivo que le permita mantenerse libre de síntomas. Si a pesar de esto llega a presentarlos, debe ofrecerse un **tratamiento de rescate en casa:**
      - **Salbutamol inhalador, 2 puff, cada 4 horas.**
  - Cuándo volver de inmediato
    - ▶ Si existe franca dificultad respiratoria o lenguaje entrecortado,
    - ▶ Si presenta una crisis asmática severa o se encuentra asustado,
    - ▶ Si requiere de medicamentos de rescate más frecuente de cada 4 horas y aun así no nota mejoría alguna.
  - Acudir a seguimiento en 24 – 48 horas

## D. Seguimiento de casos

### CONSULTAS DE REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA

Los niños atendidos por crisis de sibilancias o asma deben ser **reevaluados dentro de las siguientes 24 a 48 horas**. El lugar y el momento en donde recibirán el seguimiento, debe ser informado durante la atención de la crisis por el personal de salud.

Posterior a la cita de reevaluación, el paciente deberá ser citado nuevamente **a los 2 y 4 meses para dar seguimiento** al tratamiento del asma. En este **seguimiento**, el profesional de salud podrá ver si el niño está mejorando con la medicación utilizada. Algunos niños tal vez no respondan al tratamiento y necesiten ser referidos a un sub especialista.

### 1) **Reevaluación posterior a crisis de sibilancias o asma (24 – 48 horas)**

Los niños que han tenido una crisis moderada deben recibir una cita de reevaluación a corto plazo. El propósito de esta cita es identificar la respuesta al tratamiento. Muchos niños en esta etapa pueden presentar exacerbación de los síntomas. El profesional de salud tendrá que evaluar y clasificar el estado del niño con los cuadros de procedimiento de evaluación de los niños con sibilancias, en forma similar a la consulta inicial.

## **Pregunte:**

- Pregunte sobre la evolución de los síntomas desde su atención, hasta ese momento. Si tiene algún problema nuevo, evaluarlo de acuerdo con los cuadros de procedimiento correspondientes.
- Evalúe si hay síntomas o signos de peligro
- Clasifique y trate el o los problemas que haya detectado según los cuadros de procedimiento correspondientes (de sibilancias u otros).
- De ser necesario, puede citarse para una nueva reevaluación en las siguientes 24 a 48 horas
- Si no tiene ningún problema nuevo, evalúe al niño con el **Cuadro de procedimiento para clasificación y tratamiento del asma y aplique los tratamientos y el seguimiento indicados.** (Cuadro N°6)

**Cuadro N°6. Clasificación y tratamiento del asma.**

PREGUNTE	DETERMINE		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Es esta la primera crisis de sibilancias?</li> <li>• ¿Se despierta en la noche con tos o disnea?</li> <li>• ¿Estuvo alguna vez internado por asma?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La frecuencia de las crisis</li> <li>• La frecuencia de los síntomas de asma</li> </ul>	Clasifique	Uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crisis frecuentes (mensuales ó cada 15 días)</li> <li>• Síntomas de asma diarios</li> <li>• Se despierta la mayoría de las noches por tos o dificultad para respirar</li> <li>• Estuvo hospitalizado por asma en los últimos 12</li> </ul>	<b>ASMA SEVERA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Referir a un especialista para evaluación y tratamiento</li> <li>- Si no es posible la referencia:</li> <li>- Administrar corticoide inhalado</li> <li>- Indicar a la madre cómo proceder durante la crisis de asma y cuándo volver de inmediato</li> <li>- Hacer el seguimiento en un mes.</li> </ul>
			Uno de los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crisis cada 2 meses</li> <li>• Síntomas de asma 2 veces por semana o más</li> <li>• Se despierta de noche una o dos veces por semana a causa de tos o dificultad para respirar</li> </ul>	<b>ASMA MODERADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar corticoide inhalado</li> <li>- Indicar a la madre cómo proceder durante la crisis de asma y cuándo volver de inmediato</li> <li>- Aconseje medidas de control ambiental</li> <li>- Haga una consulta de seguimiento y control a los dos meses</li> </ul>
			Todos los siguientes signos: Crisis esporádicas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas de asma menos de 2 veces por semana</li> <li>• Se despierta de noche menos de una vez por semana a causa de tos o dificultad para respirar</li> </ul>	<b>ASMA LEVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicar a la madre cómo proceder durante la crisis de asma y cuándo volver de inmediato</li> <li>- Aconseje medidas de control ambiental</li> <li>- Hacer seguimiento en cada consulta de control</li> </ul>

## 2) Recomendaciones para el niño (a) asmático

### ENSEÑAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE A ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS INHALADOS EN CASA

Seguir las instrucciones que se indican a continuación para todos los medicamentos inhalados que se administrarán en la casa.

Seguir la tabla de dosificación para cada uno de los medicamentos escogidos.

- Determinar el medicamento y la dosis recomendada para la edad del niño.
- Informar a la madre la razón por la cual se le debe administrar los medicamentos al niño.
- Demostrar a la madre cómo utilizar correctamente el espaciador y el inhalador.
- Pedir a la madre que administre la primera dosis del medicamento.
- Explicar cómo aplicar correctamente el medicamento.
- Explicar que debe administrar el medicamento por 2 meses consecutivos hasta la próxima consulta.
- Certificar que no hay confusión entre el tratamiento preventivo diario y la medicación de rescate broncodilatadora para casos de crisis de sibilancias.
- Asegurarse que la madre entendió todos los procesos anteriores antes que ella deje el servicio de salud

### PREVENCIÓN DEL ASMA Y DE LOS FACTORES DESENCADENANTES

#### **CUIDADOS EN LA CASA (PRINCIPALMENTE EN LA HABITACIÓN DONDE DUERME EL NIÑO):**

- Evitar el humo del cigarrillo.
- Evitar el moho o manchas de humedad en la habitación del niño.
- Ventilar las habitaciones
- Limpiar la casa evitando levantar polvillo. Evitar barrer o sacudir polvo. Aspirar el polvo o pasar un trapo húmedo.
- Los animales domésticos deben permanecer fuera del hogar.
- Lavar los juguetes de peluche y otros objetos que acumulen polvo.
- Evitar el uso de productos de limpieza con olor muy fuerte como perfume, desodorante de ambiente, cloro, insecticidas, etc.

#### **CUIDADOS DIARIOS:**

- Evitar el humo del cigarrillo.
- Si fuese posible no utilizar cocinar con leña o que utilizan derivados del petróleo como el kerosene.
- No limitar la actividad física del niño.
- Prestar atención a los aspectos emocionales.
- Mantener la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- Forrar con plástico los colchones y almohadas.

#### **CUIDADOS INDIVIDUALES:**

- Mantener seguimiento médico periódico.

### **3) CONSULTA DE SEGUIMIENTO PARA EL PACIENTE CON ASMA (a los 2 y 4 meses)**

Los niños que deben recibir corticoides inhalados (beclometasona o budesonide) para prevenir la aparición de los síntomas de asma, Deben volver al servicio de salud en 2 y 4 meses para una consulta de seguimiento y control de la enfermedad.

Siga las siguientes instrucciones:

#### **CITA DE LOS 2 MESES:**

##### **Preguntar:**

- ¿Está el niño haciendo uso de del corticoide inhalado como fue indicado?
- ¿Está siendo utilizado correctamente el medicamento?
- ¿Cuál es la frecuencia de las crisis de sibilancias?
- ¿Cuál es la frecuencia de los síntomas de asma?
- ¿Con qué frecuencia el niño se despierta de noche a causa de la tos o falta de aire?
- ¿Fue hospitalizado el niño a causa de esta enfermedad en los últimos 2 meses?

**Tratamiento ASMA MODERADA** (el niño clasificado como “Asma moderada” está utilizando 500 µg. de beclometasona o 400µg. de budesonide)

- Si presenta signos de empeoramiento en la clasificación, aumentaron la frecuencia de las crisis y los síntomas nocturnos o se internó por asma, clasifique como “Asma grave” y refiera a un especialista.
- Si mantienen la misma frecuencia de las crisis y de los síntomas nocturnos y la clasificación se mantiene como “Asma moderada”, a pesar del uso del tratamiento preventivo con corticoide inhalado desde hace 4 meses, refiera a un especialista.
- Si el cuadro mejoró con disminución de la frecuencia de las crisis y de los síntomas nocturnos, clasifique como “Asma leve” y disminuya la dosis de beclometasona para 250 µg. o 400µg. de budesonide. Indicar que regrese a los 2 meses y reforzar la educación en asma y control ambiental (si al retornar a la consulta del sexto mes se mantiene la clasificación de “Asma leve”, suspenda la medicación).

**Tratamiento ASMA LEVE** (el niño clasificado como “Asma leve” está utilizando 250 µg. de beclometasona o 200µg. de budesonide)

- Si presenta signos de empeoramiento en la clasificación, aumentó la frecuencia de las crisis y de los síntomas nocturnos, clasifique como “Asma moderada”. Vuelva a la dosis anterior de beclometasona (500µg. o 400µg. de budesonide). Indicar que regrese a los 2 meses y reforzar la educación en asma y control ambiental.

- Si el cuadro mejoró con disminución de la frecuencia de las crisis y de los síntomas nocturnos, clasifique como “Asma leve”. Suspenda la medicación y de alta para el seguimiento. Mantener la educación en asma y control ambiental.

### **CITA DE LOS 4 MESES:**

#### **Preguntar:**

- ¿Está el niño haciendo uso de del corticoide inhalado como fue indicado?
- ¿Está siendo utilizado correctamente el medicamento?
- ¿Cuál es la frecuencia de las crisis de sibilancias?
- ¿Cuál es la frecuencia de los síntomas de asma?
- ¿Con qué frecuencia el niño se despierta de noche a causa de la tos o falta de aire?
- ¿Fue hospitalizado el niño a causa de esta enfermedad en los últimos 2 meses?

**Tratamiento ASMA MODERADA** (el niño clasificado como “Asma moderada” está utilizando 500 µg. de beclometasona o 400µg. de budesonide)

- Si presenta signos de empeoramiento en la clasificación, aumentaron la frecuencia de las crisis y los síntomas nocturnos o se internó por asma, clasifique como “Asma grave” y refiera a un especialista.
- Si mantienen la misma frecuencia de las crisis y de los síntomas nocturnos y la clasificación se mantiene como “Asma moderada”, a pesar del uso del tratamiento preventivo con corticoide inhalado desde hace 4 meses, refiera a un especialista.
- Si el cuadro mejoró con disminución de la frecuencia de las crisis y de los síntomas nocturnos, clasifique como “Asma leve” y disminuya la dosis de beclometasona para 250 µg. o 400µg. de budesonide. Indicar que regrese a los 2 meses y reforzar la educación en asma y control ambiental (si al retornar a la consulta del sexto mes se mantiene la clasificación de “Asma leve”, suspenda la medicación).

## 4. Determinar la presencia de diarrea

### A. EVALUAR

1. **Estado de hidratación del paciente**, y proceder a la restitución de líquidos si es necesario,
2. **Duración de la enfermedad**: establecer si es un cuadro agudo o prolongado. La mayoría de los cuadros agudos no requieren de tratamiento adicional. La enfermedad diarreica prolongada requerirá de exámenes de laboratorio y seguimiento.
3. **Presencia de sangre en las heces**, lo cual indicaría la necesidad de exámenes complementarios y tratamiento con antibióticos.

Una vez definidos estos tres aspectos de la enfermedad, el tratamiento se enfocará primeramente a la recuperación de la deshidratación y en la reducción de la severidad y duración del episodio, ya sea que deban trasladar al paciente o darle el manejo en la misma instalación de salud.

El tratamiento de la deshidratación se basa en tres planes de manejo:

PLAN A: para el paciente no deshidratado que se manejará ambulatoriamente y consiste en:

1. Ofrecer suero oral PRN
2. Ofrecer más líquidos y alimentos
3. Identificar signos de peligro y enviar a reevaluación PRN
4. Dar Zinc en el tratamiento de la diarrea.

# B. CLASIFICAR

**Cuadro N°7. El niño o niña que tiene diarrea**

Preguntar	Clasificar la diarrea	Signos	Clasificar como	Tratamiento
<p>¿Cuánto tiempo hace?</p> <p>¿Hay sangre en las heces</p> <p><b>Observar y explorar</b></p> <p>- Determinar el estado general del niño.</p> <p>- El niño está:</p> <p>¿Letárgico o inconsciente?</p> <p>¿Intranquilo, irritable?</p> <p>- Determinar si tiene los ojos hundidos</p> <p>- Determinar si la boca y la lengua están secas</p> <p>- Ofrecer líquidos al niño.</p> <p>¿Bebe mal o no puede beber?</p> <p>¿Bebe ávidamente, con sed? O ¿Bebe normal?</p> <p>- Signo de pliegue cutáneo: La piel vuelve al estado anterior:</p> <p>¿Muy lentamente (más de 2 segundos)?</p> <p>¿Lentamente?</p> <p>¿De inmediato?</p>	<b>Evaluar estado de deshidratación</b>	<p>Dos de los signos siguientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letárgico o inconsciente.</li> <li>• Bebe mal o no puede beber</li> <li>• Ojos hundidos</li> <li>• Signo de pliegue cutáneo.</li> <li>• La piel vuelve muy lentamente al estado anterior.</li> </ul>	<b>DESHIDRATACION GRAVE</b>	<p>Si el niño no encuadra en ninguna otra clasificación grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar: líquidos para la deshidratación grave (Plan C) o.</li> <li>• Si el niño encuadra en otra clasificación grave:</li> <li>• Referir <b>URGENTEMENTE</b> al hospital, con la madre dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto. Aconsejar a la madre que continúe dándole el pecho.</li> <li>• Si el niño es mayor de 2 años y si hay casos de cólera en la zona, administrar un antibiótico contra el cólera.</li> </ul>
		<p>Dos signos de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intranquilo,</li> <li>• Irritable</li> <li>• Ojos hundidos</li> <li>• Bebe ávidamente, con sed</li> <li>• Signo del pliegue cutáneo, la piel vuelve lentamente al estado anterior.</li> </ul>	<b>ALGUN GRADO DE DESHIDRATACION</b>	<p>Administrar Plan B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el niño se encuentra en una clasificación grave: Referir <b>URGENTEMENTE</b> al hospital, con la madre dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto. Aconsejar a la madre que continúe dándole el pecho. Dar Zinc según norma</li> <li>• Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato.</li> <li>• Consulta de seguimiento 2 días después.</li> </ul>
		<p>No hay suficientes signos para clasificar el caso como algún grado de deshidratación o deshidratación grave.</p>	<b>NO TIENE DESHIDRATACION</b>	<p>Dar Plan A.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato</li> <li>Dar Zinc según norma</li> <li>- Si la diarrea continua, hacer una consulta de seguimiento 5 días después</li> </ul>
	<b>Evaluar la diarrea Persistente (14 o mas días)</b>	<p>Hay deshidratación</p>	<b>DIARREA PERSISTENTE GRAVE</b>	<p>Tratar la deshidratación antes de referir al niño, salvo que encuadre en otra clasificación grave.</p> <p>Dar Zinc según norma</p> <p>Referir al hospital</p>
		<p>No hay deshidratación</p>	<b>DIARREA PERSISTENTE</b>	<p>Explicar a la madre cómo debe alimentar a un niño que tiene DIARREA PERSISTENTE.</p> <p>Dar Zinc según norma</p> <p>Hacer el seguimiento 5 días después.</p>
		<p>Sangre en las heces</p>	<b>DISENTERÍA</b>	<p><b>Administrar un antibiótico oral apropiado durante 5 días.</b></p> <p>Dar Zinc según norma</p> <p>Hacer el seguimiento 5 días después.</p>

Los tratamientos de urgencias que se deben administrar antes de la referencia del caso se indican en negrita

## C. TRATAMIENTO

### 1) Tratar la deshidratación\*.

#### Cuadro N°8. Plan A

PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIARREA: Tratamiento de la diarrea en el hogar

Asesorar a la madre sobre las reglas del tratamiento en el hogar, como aumentar la ingesta de líquidos, seguir dando el pecho y cuándo regresar.

**1. Aumentar la ingesta de líquidos** (tanto como el niño(a) quiera tomar). Decirle a la madre que:

- Amamante al niño con frecuencia y durante más tiempo en cada toma
- Si el niño es amamantado exclusivamente, adminístrele SRO o agua limpia además de la leche materna
- Si el niño no es amamantado exclusivamente, dele uno o más de los siguientes líquidos: solución de SRO, líquidos a base de alimentos (como por ejemplo agua de arroz) o agua limpia Es especialmente importante que se administre las SRO en la casa cuando:
  - El niño fue tratado con el Plan C durante esta visita
  - El niño no puede regresar a un consultorio si la diarrea empeora

**2. Enseñar a la madre cómo preparar y administrar las SRO y el zinc.** Darle dos paquetes de SRO y la cantidad correcta de zinc para 10 días según la edad del niño, para usar en casa.

- Mostrar a la madre como dar las SRO
  - Las SRO deben ofrecerse además de la leche materna.
  - Ofrezca ½ a 1 taza después de cada deposición o vómito.
  - Dé de beber al niño con una taza en sorbos pequeños y frecuentes
  - Si el niño vomita, esperar 10 minutos. Luego, continuar más lentamente
  - Siga dándole más líquidos que lo usual hasta que cese la diarrea
- Mostrar a la madre como dar el zinc:
  - Si la madre le ofrece zinc en solución oral se recomienda:
  - Si el niño tiene de **2 a 5 meses cumplidos**: ofrecer 5ml o ½ vaso dosificador por vía oral cada día por 10 días consecutivos junto con SRO, este último mientras persista la diarrea
  - Si el niño tiene de **6 a 59 meses cumplidos** ofrecer 10 ml o 1 vaso dosificador de solución de zinc por vía oral cada 10 días consecutivos junto con SRO, este último mientras persista la diarrea.
  - Si la madre le ofrece zinc en comprimidos dispersables se recomienda:
  - Si el niño (a) **tiene de 2 a 5 meses cumplidos** ofrecer *medio comprimido de 20 mg, cada día por 10 días consecutivos (5 comprimidos en total) junto con SRO, esto último mientras persista la diarrea.*
  - Si el niño tiene **6 a 59 meses cumplidos** la madre debe ofrecer *1 comprimido de 20 mg cada día por 10 días consecutivos (10 comprimidos en total) junto con SRO, esto último mientras persista la diarrea.*

\* Al tratamiento de la diarrea se añade Zinc para acortar la duración y severidad del episodio.

# Cuadro N°9. Plan B

PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIARREA: Tratar la deshidratación.

Todo niño o menor de dos meses con diarrea deberá referirse urgentemente al hospital o ingresarlo.

1

Administrar SRO durante 4 horas, en el servicio de salud, a libre demanda usando taza y cucharita. La cantidad aproximada es de 50 a 100 ml/kg.

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

Administrar zinc en solución oral o comprimidos dispersables .

Si es oral, adminístre de la siguiente forma:

- Si el niño tiene de **2 a 5 meses cumplidos**: ofrecer 5ml o ½ vaso dosificador por vía oral, cada día, por 10 días consecutivos junto con SRO, este último mientras persista la diarrea.
- Si el niño tiene **de 6 a 59 meses cumplidos** ofrecer 10 ml o 1 vaso dosificador por vía oral, cada día, por 10 días consecutivos junto con SRO, este último mientras persista la diarrea.

Si es comprimidos dispersables de la siguiente forma:

- Si el niño (a) **tiene de 2 a 5 meses cumplidos** ofrecer *medio comprimido de 20 mg, cada día, por 10 días consecutivos (5 comprimidos en total) junto con SRO, este último mientras persista la diarrea.*
- Si el niño tiene **de 6 a 59 meses cumplidos** la madre debe ofrecer *1 comprimido de 20 mg cada día, por 10 días consecutivos (10 comprimidos en total) junto con SRO, este último mientras persista la diarrea.*

2

Muestre a la Madre cómo se administra el suero:

- Le dará pequeños sorbos de líquido con una taza, aproximadamente una cucharita por minuto.
- Si la niña o niño vomita, esperar diez minutos y después continuar pero más lentamente.
- Si los vómitos persiste el suero se puede administrar por sonda nasogástrica de preferencia por gotero.
- Continuarán dándole pecho, siempre que la niña o niño lo desee

Muestre a la madre cómo se prepara el comprimido de zinc dispersable y cómo se administra la solución de zinc o el zinc dispersado. En el caso de la solución de zinc mostrar cómo: (1) medir con un gotero de 5 ml la dosis de 5 ml o 10 ml o (2) medir con vaso dosificador la dosis de 5 ml o 10 ml; (3) dar todo el contenido del gotero o del vaso dosificador al niño o a la niña. En el caso del comprimido mostrar cómo: (1) colocar el comprimido en una cuchara pequeña; (2) agregar un poco de agua o leche materna; (3) dejar que el comprimido se disuelva (aproximadamente 45 segundos) y (4) dar todo el contenido de la cuchara al niño. Si el niño o la niña vomita en los 30 minutos después del tratamiento, dar otro tratamiento de solución de zinc o de zinc dispersado (mitad de una tableta para los niños entre 2 y 5 meses de edad y una tableta para niños de 6 a 59 meses) Continuar dándole pecho, siempre que el niño o la niña lo desee.”

3

Reevalúe 4 horas después:

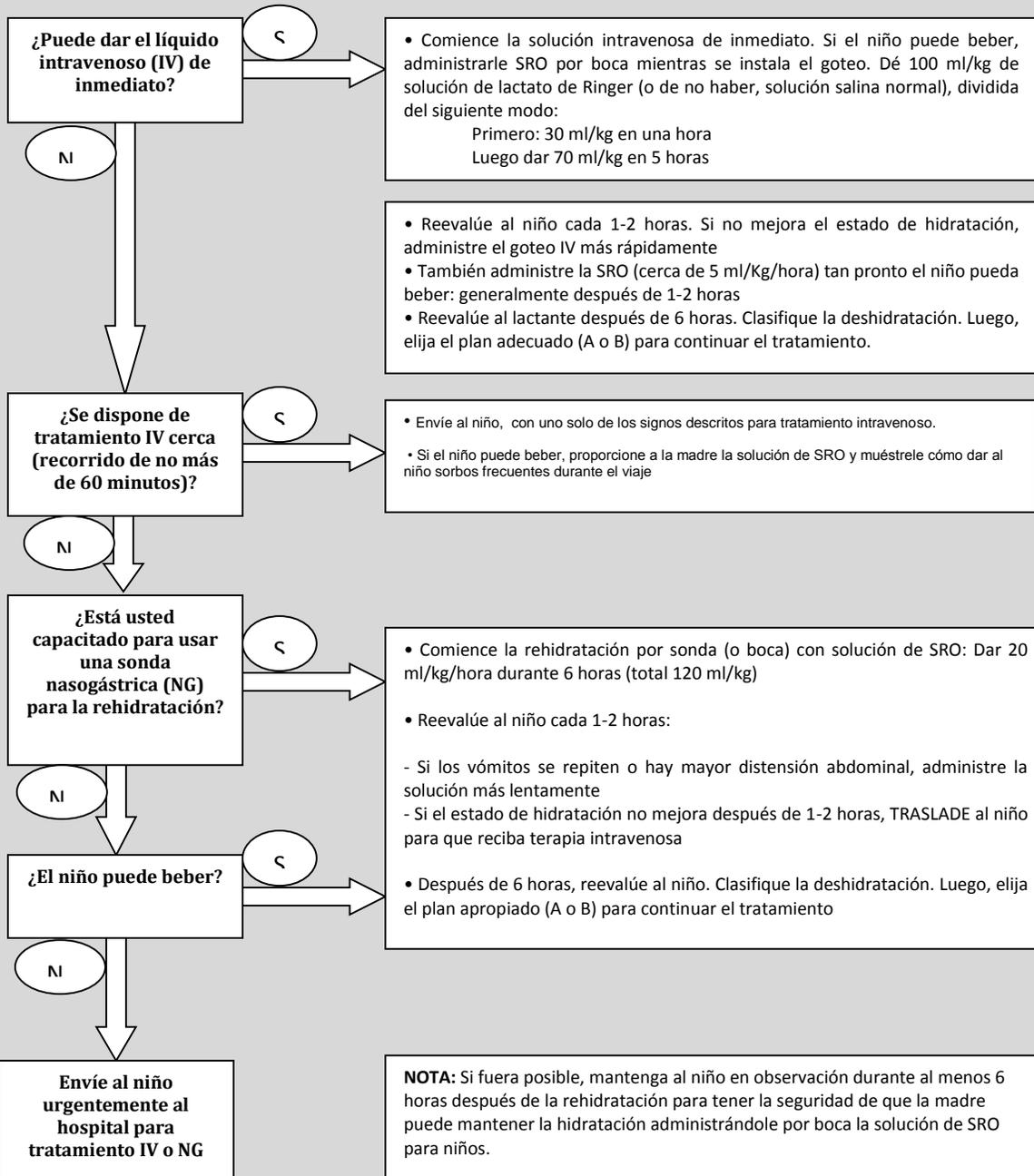
- Reevaluar a la niña o niño y clasificar la deshidratación.
- Seleccionar el plan apropiado para continuar el tratamiento.
- Comenzar a alimentar a la niña o niño en el servicio de salud.

Importante: al dar de alta, indicar el plan A para la casa.

# Cuadro N°10. Plan C

## PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIARREA: Tratar la deshidratación grave rápidamente

Siga las flechas. Si la respuesta es "sí", en sentido transversal. Si es "no", hacia abajo.



## 2) Tratar la diarrea prolongada

Las principales causas de diarrea prolongada son la intolerancia a la lactosa o la leche y las infecciones parasitarias.

Si se cuenta con laboratorio clínico se indicará prueba de heces para la identificación de parásitos y azúcares reductores y el tratamiento será específico según los hallazgos.

Si el lactante es alimentado con fórmula se deberá insistir en la lactancia materna e indicar una fórmula adecuada libre de lactosa y las recomendaciones alimentarias correspondientes a su edad.

Si no se cuenta con laboratorio clínico y las posibilidades de referencia no son apropiadas al caso, se ofrece tratamiento antiparasitario empírico según las características epidemiológicas del área.

Dar Zinc según se indica en el tratamiento de la diarrea.

## 3) Tratamiento de la diarrea con sangre (disentería)

Si se cuenta con laboratorio clínico se indicará prueba de heces para la identificación de parásitos y el tratamiento será específico según los hallazgos.

Metronidazol (suspensión 125 mg/5 ml):

Amebiasis: 35 mg/kg/día dividido tid por 6 días

Giardiasis: 25 mg/kg/día dividido tid por 6 días

Dar Zinc según se indica en el tratamiento de la diarrea ( Plan A y Plan B)

### ANEXO

A continuación se presenta un resumen de los resultados de las revisiones sistemáticas de los ensayos clínicos controlados sobre el impacto de la suplementación con zinc en conjunto con solución de rehidratación oral (SRO) para el tratamiento de la diarrea (2)

- **Impacto de la suplementación con zinc junto con SRO para el tratamiento de diarrea en ensayos controlados:** El efecto de la suplementación con zinc junto con SRO para reducir la duración y la severidad de la diarrea en niños menores de 5 años de edad es significativo y consistente. Destacan que las acciones biológicas de este efecto no están aún del todo conocidas.
- **Efecto sobre morbilidad, mortalidad e incidencia de episodios futuros:** La evidencia apunta a que la suplementación con zinc reduce de manera significativa la proporción de los casos de diarrea que duran más de 7 días y el riesgo de hospitalización debido a la diarrea. Se reduce también la mortalidad medida ya sea como mortalidad por toda causa o como mortalidad debido a la diarrea.

- ***Algunos hallazgos sobre el mecanismo biológico de impacto del zinc para el tratamiento de la diarrea y otras alternativas para la administración del zinc:*** El beneficio de la suplementación con zinc para el tratamiento de diarrea es significativo y por lo tanto es apropiado implementar programas para su utilización, aún hay mucho que no se sabe sobre el mecanismo de impacto. Es posible que a medida que se realicen más investigaciones y aumenten nuestros conocimientos sobre el tema, también se use Zinc para mejorar el crecimiento físico de los menores.

A. *Esquema de la Suplementación con Zinc en el tratamiento de diarrea en menores de 5 años:*

1. Se recomienda el tratamiento de la diarrea en infantes, niños y niñas entre **2 y 59 meses de edad cumplidos** con zinc y terapia de rehidratación oral (SRO), conjuntamente.
2. Se recomienda que cada episodio de diarrea infantil en infantes de 2 a 5 meses cumplidos se trate con una dosis diaria de 10 mg de zinc durante 10 días consecutivos y con SRO, éste último mientras persista la diarrea.
3. Se recomienda que cada episodio de diarrea infantil en infantes, niños y niñas entre 6 meses y 59 meses cumplidos se trate con una dosis diaria de 20 mg de zinc durante 10 días consecutivos y con SRO, éste último mientras persista la diarrea.

B. *Características de la fórmula de zinc:*

La fórmula de zinc para tratamiento de la diarrea debe contener zinc solamente como ingrediente activo en forma de sulfato de zinc (ZnSO<sub>4</sub>).

C. *Dosificación:*

Existen dos presentaciones solución y comprimidos dispersables, ambas son igualmente efectivas y aceptadas.

***Zinc en solución oral:***

***-Niños de 2 a 5 meses cumplidos:*** 5ml o medio vaso dosificador por vía oral, cada día, por 10 días consecutivos, junto con SRO, éste último mientras persista la diarrea.

***- Niños de 6 a 59 meses cumplidos:*** 10 ml o un vaso dosificador por vía oral, cada día, por 10 días consecutivos, junto con SRO, éste último mientras persista la diarrea.

***Zinc en comprimidos dispersables:***

***Niños de 2 a 5 meses cumplidos:*** medio comprimido de 20mg, cada día por 10 días consecutivos (5 comprimidos en total), junto con SRO, éste último mientras persista la diarrea.

***Niños de 6 a 59 meses cumplidos:*** Un comprimido de 20mg, cada día por 10 días consecutivos (10 comprimidos en total), junto con SRO, éste último mientras persista la diarrea.

#### D. Ciclo:

En niños y niñas de 2 a 5 meses cumplidos, **Cada episodio de diarrea** debe ser tratado con la dosis definida, durante un ciclo de 10 días consecutivos completos, aunque la diarrea desaparezca antes de haber terminado el ciclo de tratamiento, junto con SRO, éste último mientras persista la diarrea.

En niños y niñas entre 6 y 59 meses cumplidos, Cada episodio de diarrea debe ser tratado con la dosis definida, durante un ciclo de 10 días consecutivos completos, aunque la diarrea desaparezca antes de haber terminado el ciclo de tratamiento, junto con SRO, éste último mientras persista la diarrea.

#### E. Modo de empleo:

Orientar a la madre según las siguientes recomendaciones:

En caso de comprimido:

- Colocar el comprimido en una cuchara pequeña
- Agregar un poco de agua o leche materna
- Dejar que el comprimido se disuelva (aproximadamente 45 segundos)
- Dar todo el contenido de la cuchara al niño.

**Observación:** Si el niño vomita en los 30 minutos después del tratamiento, dar otra pastilla (o la mitad de una tableta para los niños entre 2 y 6 meses de edad)

En caso de solución oral:

- Dar 5 ml es igual a 1 cucharadita o ½ vaso dosificador y 10 ml es igual a 2 cucharaditas o 1 vaso dosificador.

**Observación:** Si el niño (a) está tomando hierro en el mismo período, se recomienda que un intervalo de cuatro horas, se deje entre los dos tratamientos para asegurar que el organismo obtiene el beneficio completo de ambos productos.

#### ***Bibliografía:***

1. Tratamiento Clínico de la Diarrea Aguda. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Ginebra.2004.
2. Neufeld, Lynnette. *Bibliografía anotada sobre el efecto de la suplementación con zinc en conjunto con solución de rehidratación oral para el tratamiento de diarrea en niños menores de 5 años. Enero 2012.*
3. *Salud Mesoamérica 2015. Especificaciones Técnicas para la adquisición de zinc para el tratamiento de la diarrea infantil.*
4. *Diarrhoea Treatment Guidelines including new recommendations for the use of ORS and zinc supplementation or Clinic- Based Healthcare Workers. USAID. 2005.*

# 5. El niño con fiebre

## A. EVALUACION

Se define fiebre como una temperatura axilar mayor de 37,5°C o 38,0 rectal. La fiebre en sí misma NO ES UNA ENFERMEDAD. La fiebre es un síntoma que puede resultar de infecciones virales (rinitis, faringitis, neumonía) o bacterianas (otitis, amigdalitis, infecciones de la piel) que suelen tener una evolución benigna al administrarse tratamiento ambulatorio adecuado.

En algunas ocasiones, la fiebre puede representar una enfermedad grave (meningitis, sepsis, pielonefritis, neumonía). La mayoría de las veces estos cuadros febriles pueden ser distinguidos basándose en el interrogatorio y el examen físico. A pesar de ello, ciertos pacientes, usualmente personas con respuesta inmune disminuida, tienen un riesgo aumentado de presentar infecciones bacterianas severas sin la expresión regular de síntomas de severidad. Estos requerirán de exámenes y pruebas adicionales para confirmar el diagnóstico y por lo tanto, ser referidos a una instalación de salud con capacidad para su evaluación y manejo, entre ellos, recién nacidos y menores de 3 meses de edad, niños con anemia falciforme, infección por VIH, cardiopatías congénitas, neoplasias y deficiencias inmunes congénitas.

Para la medición de la temperatura se preferirá el uso de dispositivos digitales. Indistintamente del que se utilice, el personal de salud deberá estar familiarizado con los cuidados del equipo, la medición y la interpretación correcta de la temperatura registrada. De no contarse con termómetro, se puede asumir por la palpación (caliente al tacto) y deberá consignarse así en el expediente.

**A través del interrogatorio y el examen físico, deben buscarse síntomas focalizados en alguna parte del cuerpo que orienten la causa de la fiebre. En niños pequeños y aquellos que no pueden expresar sus síntomas, se debe proceder a un examen físico detallado para identificar la posible causa de la enfermedad.**

**Si el niño o niña tiene fiebre acompañado solamente de síntomas generales (malestar, cefalea, dolores musculares o articulares, fatiga), entonces se debe proceder a identificar el riesgo de padecer malaria, dengue, sarampión.**

## B. CLASIFICACIÓN

**Cuadro N°11. El niño o niña con fiebre.**

<b>Cuadro N°11-A. Definir el riesgo de malaria.</b>					
<b>Determinar si procede o ha estado en los últimos 15 días en una zona de riesgo de malaria:</b>			<b>Signos</b>	<b>Clasificar como</b>	<b>Tratamiento</b>
De alto riesgo: _____ De bajo riesgo: _____					
<b>Enseguida preguntar:</b>  ¿Cuánto tiempo hace?  Si hace más de 7 días, ¿Ha tenido fiebre todos los días?  ¿El niño tuvo sarampión en los últimos 3 meses?  ¿El niño ha estado en contacto con personas con erupción y fiebre?	<b>Evaluar:</b>  Observar para determinar si tiene rigidez de nuca  Observar si tiene coriza	<b>Clasificar la fiebre</b>	-Cualquier signo general de peligro. -Rigidez de nuca -Alguna manifestación de sangrado.	Enfermedad febril muy Grave	-Dar la primera dosis de antibióticos apropiados. -Tratar al niño para evitar la hipoglicemia. -Referir <b>urgentemente</b> al hospital.
			-Fiebre y si vive o procede de una zona de riesgo de malaria.	Sospechoso de Malaria	-Toma de muestra. -Tratar con antimalárico oral.* -Dar en el servicio de salud una dosis de acetaminofén para fiebre alta (38,5°C). - Toma de muestra* - Indicar cuándo debe volver de inmediato. - Hacer el seguimiento 2 días después si persiste la fiebre - Notificar a epidemiología y al SNEM
			-Fiebre	Enfermedad febril	-Dar una dosis de acetaminofén. -Indicar a la madre cuando volver. -Si ha tenido fiebre todos los días durante más de 7 días referir al hospital.
* Si el resultado de la muestra se puede confirmar de inmediato, espere antes de clasificar, tratar y notificar al SNEM.					

\*Para el tratamiento de la malaria referirse a la norma de epidemiología correspondiente.

### Cuadro N°11-B. Definir el riesgo de dengue.

Determinar si procede de una zona de dengue:			Signos	Clasificar como	Tratamiento
<b>Enseguida preguntar:</b>  ¿Cuánto tiempo hace?  ¿Ha tenido fiebre todos los días?	<b>Evaluar:</b>  - Si hay manifestaciones de sangrado	<b>Clasificar manifestaciones de dengue</b>	-Petequias o -Equimosis o -Hemorragia Gingival -Epistaxis – hematuria -Dolor abdominal intenso -Además de signos sospechosos de Dengue clásico	Sospechoso de dengue hemorrágico	-Referir urgentemente al hospital -Notificar inmediatamente a epidemiología. -Realizar prueba de torniquete. -Tomar muestra de sangre
			-Cefalea -Dolor retro orbital -Dolor Muscular y articular -Exantema	Sospechoso de Dengue Clásico	-Tratar la fiebre con acetaminofén. Evitar administrar aspirina. -Dar líquidos. -Notificar a epidemiología. -Prueba de Torniquete -Tomar muestra de sangre

Nuestro país está en vías de declararse libre de sarampión. Uno de los pasos previos es el reporte e investigación de los casos sospechosos. Por lo tanto, las enfermedades febriles exantemáticas deben ser reportadas e investigadas.

### Cuadro N°11-C. Definir el riesgo de sarampión.

Evaluar si tiene erupción cutánea generalizada		Signos	Clasificar como	Tratamiento
- Erupción maculopapular generalizada  - Determinar la presencia de uno de los siguientes: tos o coriza u ojos enrojecidos	<b>Clasificar erupción cutánea generalizada</b>	- Erupción maculopapular Generalizada Y - Tos o coriza - Ojos enrojecidos	Sospechoso de Sarampión	-Dar vitamina A. -Notifique inmediatamente a epidemiología. -Investigación inmediata (llenar ficha epidemiológica) -Realice medidas de Control -Tome muestra de sangre -Tome muestra de orina* -Indicar a la madre cuando debe volver. -Hacer el seguimiento 2 días después.
		-Erupción maculopapular Generalizada -No tiene tos o coriza u ojos enrojecidos.	Otra enfermedad Febril eruptiva	-Dar tratamiento sintomático. -indicar a la madre cuando debe volver de inmediato.
La muestra de orina debe ser enviada en recipiente estéril y en frío. Puede tomarse la muestra hasta 7 días después del exantema.				

## C. TRATAMIENTO

## **Tratamiento de la fiebre (> 38°C)**

**PARACETAMOL o ACETAMINOFEN:** medicamento de elección, se usa a dosis de 10 a 15 mg/kg/dosis cada 6 horas en jarabe (120 – 140 mg/5ml), gotas (100 mg/ml) o supositorios (300 mg).

No aplique supositorios a niños con diarrea. No fraccione o parta los supositorios.

**IBUPROFENO:** medicamento alternativo (niños/as con pobre control con acetaminofén) en niños mayores de 6 meses de edad, en dosis de 5 – 10 mg/kg/dosis cada 6 – 8 horas.

**NO ADMINISTRE ASPIRINAS A UN NIÑO PARA EL CONTROL DE LA FIEBRE.**

**MEDIOS FÍSICOS PARA EL CONTROL DE LA FIEBRE:** Luego de administrar un medicamento para la fiebre, bañe al niño o niña con agua (no utilizar alcohol ni otras sustancias) frotándolo suavemente con un toalla húmeda, durante 20 – 30 minutos. No utilice agua con hielo ni agua caliente.

El tratamiento de la malaria se realizará según las guías y normas de atención epidemiológicas.

## 5. El niño con dolor de oído

### A. EVALUACIÓN

El examen de los oídos empieza con la inspección y palpación del pabellón de la oreja, su periferia y el meato auditivo externo. Para evaluar el canal auditivo, debe utilizarse el otoscopio con el cono de mayor tamaño que pueda acomodarse, para lo cual es necesario contar con el equipo adecuado

Las principales patologías agudas del oído son la otitis media, otitis externa, celulitis e impétigo del pabellón de la oreja. Otras menos comunes pero que deben alertar al personal de salud son, adenitis retroauricular, mastoiditis, abscesos.

La otoscopia permitirá identificar si la membrana timpánica está hiperémica, abombada o con secreciones, lo cual respalda el diagnóstico de otitis media aguda. La presencia de niveles hidroaéreos tras la membrana timpánica, coincide con la otitis media serosa la cual al ser de resolución espontánea no requiere de antibióticos.

En niños pequeños que aun no pueden hablar y/o expresarse con claridad, debe sospecharse la otitis en todos los casos con historia de fiebre e irritabilidad (llanto persistente). En ellos se deberá realizar la otoscopia.

## B. CLASIFICACIÓN

**Cuadro N°12. El niño o niña con enfermedad del oído.**

Enseguida preguntar:	Evaluar:		Signos	Clasificar como	Tratamiento
- ¿Tiene dolor de oído?  - ¿Tiene supuración del oído? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace?	- Determinar si hay supuración de oído.  - Palpar para determinar si hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja.	<b>Clasificar problema de oído</b>	- Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja	Mastoiditis	- Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado. - Dar la primera dosis de paracetamol para el dolor. - Referir <b>URGENTEMENTE</b> al hospital.
			- Supuración visible del oído e información de que ésta comenzó hace menos de 14 días o,  - Dolor de oído	Otitis media aguda	- Dar un antibiótico durante 7 días. - Dar paracetamol para el dolor. - Secar el oído con mechas si hay supuración. - Hacer seguimiento en 5 días después.
			- Supuración visible del oído e información de que ésta comenzó hace 14 días o más.	Otitis media crónica	- Secar el oído con mechas si hay supuración. - Hacer seguimiento en 5 días después.
			- No tiene dolor de oído y no se ha notado supuración de oído	No tiene otitis media	- Ningún tratamiento adicional

## 6. El niño con dolor de garganta

### A. EVALUACIÓN

El dolor de garganta es un síntoma frecuente en la consulta infantil. La mayoría de las infecciones de la garganta no necesitan ser tratadas con antibióticos. El propósito principal de la evaluación es identificar aquellos niños con dolor de garganta en los que es necesario el uso de antibióticos.

Las principales causas de dolor de garganta son:

**RINITIS VIRAL, RINITIS AGUDA, RINOFARINGITIS AGUDA, RESFRIADO COMUN (J00).**

Es la enfermedad infecciosa más común en niños. Su etiología es viral (rinovirus, virus influenza y parainfluenza, coronavirus, enterovirus). Cursa con fiebre, malestar general, secreciones nasales, estornudos, dolor de garganta, tos. Su resolución es espontánea, aunque los síntomas pueden persistir más de 2 semanas.

**FARINGITIS AGUDA (J02) y AMIGADALITIS AGUDA (J03).** Mas del 90% son de origen viral. Diferenciar clínicamente los cuadros virales de los bacterianos no es fácil. Los que más se han asociado a infección bacteriana son la presencia de exudado y/o ganglios cervicales aumentados y dolorosos, con ausencia de síntomas nasales.

**ESTOMATITIS Y GINGIVOESTOMATITIS (B00.2).** Se caracteriza por múltiples lesiones dolorosas en la mucosa oral, labial, encías, paladar y garganta, que se asocian a fiebre que puede durar de 7 a 10 días, ganglios cervicales e hiporexia. La complicación más frecuente es la deshidratación.

## B. CLASIFICACIÓN

**Cuadro N°13. El niño o niña con enfermedad de garganta.**

Enseguida preguntar:	Evaluar:		Signos	Clasificar como	Tratamiento
- ¿Tiene dolor de garganta	- Palpar para determinar si hay ganglios en el cuello crecidos y dolorosos. - Determinar si en la garganta hay: * Exudados blancos (pus) * Enrojecimiento - Determinar presencia de lesiones en las encías, mucosa oral y/o lengua	<b>Clasificar problema de garganta</b>	- Ganglios linfáticos de cuello crecidos y dolorosos o - exudado blanco en la garganta (pus).	Faringo-amigdalitis estreptocócica	- Dar antibiótico indicado. - Tratar el dolor de garganta y la fiebre. - Indicar a la madre cuando debe volver.
			- Garganta enrojecida y/o - Dolor de garganta o con exudados blancos pero sin ganglios en el cuello crecidos o dolorosos.	Faringo-amigdalitis viral	- Tratar el dolor de garganta y la fiebre - Indicar a la madre cuando debe volver. - Aconsejar a la madre sobre los cuidados del niño en casa
			Lesiones en mucosa oral, encías y/o lengua	Gingivo estomatitis herpética	- Tratar el dolor y la fiebre
			- No hay garganta enrojecida, ausencia de ganglios linfáticos del cuello dolorosos y de exudado blanco (pus)  - No hay dolor de garganta	No tiene faringo-amigdalitis	- Tratar el dolor de garganta y la fiebre

## C. Tratamiento

La mayoría de las veces el tratamiento es sintomático. El uso indiscriminado de antibióticos contribuye a la aparición de la multirresistencia bacteriana.

### Tratamiento sintomático:

**Control de la fiebre:** uso de antipiréticos y aplicación de medios físicos.

**Remedios para el dolor de garganta: algunos remedios caseros**

**Antibióticos:** en el 10% de los casos será necesario el uso de antibióticos, los cuales serán del menor espectro posible. De continuarse el cuadro febril por más de 3 días con la antibioticoterapia, si el cuadro es consistente con infección de la garganta, se deberá asumir su etiología viral. En caso de duda clínica y la posibilidad de otro diagnóstico se deberá referir al

paciente para estudios complementarios. No se justifica el cambio a antibióticos de mayor espectro sin contar con un diagnóstico que lo justifique.

- Penicilina V potásica 250mg/5ml, 250 mg bid por 10 días
- Amoxicilina 250mg/5ml, 250 mg tid por 10 días
- Eritromicina 250mg/5ml, 20 mg/kg/dosis bid por 10 días
- Penicilina Benzatínica    Si < 27kg – 600.000 U DU  
   Si > 27kg – 1,2 millones U DU

#### **Indicaciones al familiar:**

Controlar la fiebre con acetaminofén y medios físicos (ver página 57).

Tratar del dolor de garganta con remedios caseros.

Hay remedios caseros que pueden ser utilizados con seguridad y efectividad para ayudar a aliviar los síntomas de las infecciones de la garganta. Entre ellos están los gargarismos con soluciones antisépticas y tomas de miel con limón.

Acudir a consulta nuevamente en caso de presentar signos de alerta.

No puede tragar  
Aparición de nuevos síntomas o que empeora  
No hay mejoría luego de 3 días

## 7. Evaluar por anemia

En todos los niños se ha de evaluar clínicamente la posibilidad de anemia. Para ello, en todos los grupos étnicos, se observa el color de la palma de las manos y de ser posible se compara con la tabla de tonos para evaluación por anemia.

**Cuadro N°14. Verificar la presencia de anemia**

Observar	Auscultar		Signos	Clasificar como	Tratamiento
Determinar si tiene palidez palmar:  - palidez palmar intensa  - palidez palmar leve	Determinar si hay falla cardíaca, FC>120xmin	<b>Identificar anemia</b>	- Palidez palmar intensa. - taquicardia	Anemia grave	- Referir <b>URGENTEMENTE</b> al hospital.
			- Palidez palmar leve	Anemia leve	- Dar terapia de recuperación de hierro (Tabla N°21) - Dar antiparasitario (Tabla N°23). - Evaluar la alimentación del niño(a) y recomendar a la madre sobre la alimentación tal como se indica en la sección de CONSEJERIA NUTRICIONAL. - Indicar a la madre cuando regresar de inmediato. - Hacer seguimiento en 30 días después.
			- No hay palidez palmar	No tiene anemia	- Dar terapia preventiva de hierro (Tabla N°20).

# Capítulo III.

## Los controles de salud

**E**l Control de crecimiento y desarrollo es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas por personal de salud calificado mediante las cuales se garantiza la atención periódica y sistemática de los niños y niñas, con el propósito de detectar enfermedades oportunamente, promover la salud y las condiciones de vida del individuo. Esto se logra por medio de acciones como la consejería, asesoría y educación, focalizados en temas prioritarios, la evaluación integral del paciente y la prescripción de medicamentos con potencial de prevenir o reducir la aparición de enfermedades, como la aplicación de vacunas y la administración de suplementos nutricionales.

La atención es prestada por el conjunto de profesionales que integra el equipo de salud, esencialmente, el/la Médico(a) General, profesionales y especialistas en Medicina Familiar, Pediatría, Enfermería, Odontología, Nutricionista, Trabajo Social, con el apoyo de los/las Asistentes y Técnicos de Enfermería, en el marco de sus respectivas normativas y regulaciones. Se integran a la atención otros especialistas y subespecialistas que participan en la referencia y contrarreferencia de pacientes.

Las acciones a realizar durante los controles de salud se establecen en las **“Normas integrales para la atención de la niñez desde el nacimiento a los 9 años de edad”** 2009, y cada una de ellas forma parte de un todo en la atención, con una estructuración lógica para el abordaje integral de la salud del niño y la niña, que facilite su ejecución por parte de los profesionales de la salud.

En estas guías, las **25 actividades del control de salud** se aplican utilizando el proceso de Aiepi, de tal forma que en el abordaje del paciente, el primer paso, luego de identificar el motivo de consulta, es la identificación de **signos de peligro** en el paciente. De existir alguno de estos signos, se interrumpe el control de salud para dar referencia al paciente para que reciba la atención apropiada. De no encontrarse **signos de peligro**, se procede a las actividades del control de salud, según el cronograma de actividades y el profesional responsable de la atención (ver tablas N°8 y 9).

**Tabla N°8. Cronograma de actividades en los controles de salud de los niños y niñas de 0 a 9 años de edad**

Actividades		Edad																								
		Días		Meses												Años										
		RN	3	15	1	2	3	4	6	8	10	12	15	18	24	2½	3	3½	4	4½	5	6	7	8	9	
Profesional	Médico	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Enfermera	*		A	A	*	*	*	*	*	*	*	*	A	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Odontólogo							*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Nutricionista			*				*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
1	Preparación y llenado del Expediente clínico		*																							
2	Historia Clínica	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
3	Revisión de Tarjeta de Vacunas	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
4	Examen Físico	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
5	Peso, Talla	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
6	Perímetro Cefálico	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
7	IMC				*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
8	Presión Arterial	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
9	Eval. Nutricional	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
10	Eval. Desarrollo Psicomotor	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
11	Eval. de Audición	*				*		R			R			R			R				*	*	*			
12	Eval. de Visión	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
13	Eval. Psico Social	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
14	Eval. Salud Bucal							*			*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
15	Tamizaje Metab.		*																							
16	BHC							P	*		P	*		P	*					P	*					
17	Urinálisis							P	*		P	*		P	*					P	*					
18	Solubilidad Hb / Electroforesis										P	*														
19	Perfil Lipídico														R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
20	Vacunación	*			*		*	*		*		*		*				*		*		*		*	*	
21	Hierro							*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
22	Vitamina A							*			*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
23	Desparasitación									*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
24	Consejería y seguimiento	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
25	Est. Desarrollo	*			*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Fuente: Normas integrales para la atención de la niñez del nacimiento a los 9 años de edad. MINSA, 2008.

\* Para ser realizado en las citas de control o en oportunidades de contacto con el paciente, si ha perdido alguna cita.

A: Será atendido por Enfermera en ausencia de Médico.

P: Entregar Papeletas de Laboratorio

R: Realizar en población de RIESGO

\*→ Rango en el que se debe realizar la actividad a partir de la edad donde está el asterisco

**Tabla N°9. Actividades del control de salud por grupos de actividades y profesional responsable.**

Grupos de actividades	T	#	Actividades	Profesional responsable*		
Preparación y llenado del expediente clínico e historia clínica	5'	1	Preparación y llenado del expediente clínico	Asistente / Auxiliar de enfermería		
	5'	2	Historia Clínica	Médico, Enfermera		
Revisión de tarjeta de vacunas	2'	3	Revisión de Tarjeta de Vacunas	Médico, Enfermera		
Antropometría y evaluación del paciente	15'	4	Examen Físico	Médico		
		5	Peso, Talla	Asistente / Auxiliar de Enfermería		
		6	Perímetro Cefálico	Médico		
		7	IMC	Médico, Enfermera		
		8	Presión Arterial	Médico		
		9	Evaluación Nutricional	Médico, Enfermera, Nutricionista		
		10	Evaluación del desarrollo Psicomotor	Médico, Enfermera		
		11	Evaluación de Audición	Médico, Técnico Audiometría		
		12	Evaluación de Visión	Médico, Técnico Optometría		
		13	Evaluación Psicosocial	Médico, Enfermera, Trabajador Social		
		14	Evaluación de Salud Bucal	Odontólogo, equipo multidisciplinario odontol.		
		Pruebas de laboratorio	5'	15	Tamizaje Metabólico	Médico
				16	BHC	
				17	Urinálisis	
18	Solubilidad Hb / Electroforesis					
19	Perfil de Lípidos					
Inmunizaciones Medicamentos	5'	20	Aplicación de vacunas	Enfermera		
		21	Hierro	Médico		
		22	Vitamina A	Enfermera		
		23	Desparasitación	Médico		
Consejería	5'	24	Consejería y seguimiento	Médico, Enfermera, Odontólogo, Nutricionista		
		25	Estimulación de desarrollo	Médico, Enfermera, Técnico en estimulación del desarrollo		

T = tiempo programado para la actividad

\*según la disponibilidad de recursos, el Médico puede ser de Medicina General, Medicina Familiar o Pediatra.

# Preparación y llenado del expediente clínico e historia clínica.

## Actividad #1 Preparación y llenado del expediente clínico.

### Formularios de ingreso al programa.

A. El ingreso al programa de salud de niñez se realizará con la confección del Expediente Clínico con los siguientes formularios:

- 1) Anamnesis Pediátrica (HCP 15) se completa al hacer la captación del recién nacido, sea por demanda espontánea de la atención o por medio de visitas domiciliarias. La información se obtiene de la hoja de referencia o el carné Perinatal, que debe llegar de las maternidades o por la madre.
- 2) Hoja de evolución Infantil (HCP 16)
- 3) Libreta de estado y control de salud infantil.
- 4) Curvas para evaluación de Crecimiento Físico del nuevo patrón de crecimiento de la OMS adoptadas por el país.
- 5) Curvas para niños con bajo peso al nacer, para seguimiento desde 0-6 meses: HCP 17: Canales de Crecimiento Post-natal para recién nacido de bajo peso al nacer (<2.5Kg), para el seguimiento de 0 a 6 meses de edad, ambos sexos.
- 6) Curvas para niños con peso normal al nacer. En la edad de 0 – 5 años.
  - (i) Curvas Longitud/estatura para la edad de 0 – 5 años.
    1. HCP 18 A: Celeste Curva para sexo masculino
    2. HCP 18 B: Rosado Curva para sexo femenino
  - (ii) Curvas Peso para la Edad de 0-5 años
    1. HCP A 19: Celeste Curva para sexo masculino
    2. HCP B 19: Rosado Curva para sexo femenino
  - (iii) Curvas de Peso para Longitud de 0-2 años
    1. HCP 20 A: Celeste Curva para sexo masculino
    2. HCP 20 B: Rosado Curva para sexo femenino.
  - (iv) Curvas de Peso para la estatura 2-5 años

1. HCP 21 A: Celeste Curva sexo masculino
2. HCP 21 B: Rosado Curva sexo femenino
- (v) Curvas de Índice de masa Corporal (IMC) para edad de 0-5 años
  1. HCP 22 A: Celeste Curva para Niño
  2. HCP 22 B: Rosada Curva para Niña.
- (vi) Curvas de Perímetro cefálico de 0-3 años
  1. HCP 23 A: Celeste Curva de Perímetro cefálico para niños
  2. HCP 23 B: Rosado Curva de Perímetro cefálico para niñas
- (vii) Curvas de estatura para la edad 5-19 años
  1. HCP 24 A: Celeste Curva para sexo masculino
  2. HCP 24 B: Rosado Curva para sexo femenino
- (viii) Curvas de Índice de masa corporal (IMC) para 5-19 años
  1. HCP 25 A: Celeste Curva para sexo masculino
  2. HCP 25 B: Rosado Curva para sexo femenino
- 7) Formulario para evaluar el desarrollo Infantil:
  - (i) HCP 26: Perfil para la evaluación de desarrollo infantil 0-2 meses, 2 meses a 2 años, 2 a 5 años y 5 a 9 años.
- 8) Hoja: Expediente clínico odontológico (ficha para la evaluación de salud oral)
- 9) Hojas en blanco para pegar exámenes de laboratorios.

# Actividad #2. Llenado del expediente clínico.

- A. El personal de salud se acogerá a las ordenanzas establecidas en la ley 68 de 2003, que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada y que así mismo establece los requisitos de la información que debe aparecer en el expediente clínico.
- B. El expediente clínico recoge el conjunto de documentos relativos al proceso asistencial de cada paciente, identificando a los médicos y demás profesionales de la salud que han intervenido en él. En el expediente debe procurarse la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente. Esta integración debe hacerse, como mínimo, en el ámbito de cada instalación de salud, donde debe existir un expediente único para cada paciente.
- C. Los expedientes clínicos se pueden elaborar mediante soporte papel, audiovisual e informático, siempre que se garantice la autenticidad de su contenido y su plena reproducibilidad futura. En cualquier caso, debe garantizarse que quedan registrados todos los cambios e identificados los médicos y profesionales que los han realizado.
- D. Los expedientes clínicos deberán ser claramente legibles, evitándose, en lo posible, la utilización de símbolos y abreviaturas, y estarán normalizados en cuanto a su estructura lógica, de conformidad con lo que se disponga en las normas de atención. Cualquier información incorporada al expediente clínico debe ser datada y firmada, de manera que se identifique claramente la persona que la realice.
- E. En el llenado del expediente clínico participan los diferentes miembros del equipo de salud según su disponibilidad en la instalación, de la siguiente forma:
  - 1) La Secretaria, el/la Auxiliar o Técnico de Registros Médicos u otro personal capacitado según la disponibilidad en la instalación de salud, llenarán los datos de identificación de los siguientes formularios del expediente clínico:
    - (i) Tarjeta de Estado y Control de Salud Infantil. Esta tarjeta SE HARÁ EN TODO CASO NUEVO Y AL QUE NO TENGA Y SERÁ ÚNICO, VALIDO Y OBLIGATORIO PARA TODO EL SECTOR SALUD DEL PAIS, PÚBLICO Y PRIVADO.
    - (ii) Formularios de Anamnesis Pediátrica (HCP 15) llenará: nombre, sexo, número de historia clínica, seguro social o cédula de identidad personal, datos de la madre y el padre, hasta datos de la vivienda.
    - (iii) Formularios Evolución Infantil (HCP 16): Llenará en el encabezado de la hoja, institución, nombre, sexo, número de historia clínica, seguro social o cédula de identidad personal
    - (iv) Llenarán el encabezamiento de los siguientes formularios según la edad del paciente:
      - Canales de crecimiento post-natal para recién nacido de bajo peso (HCP 17).
      - Curva longitud/estatura para la edad 0 – 5 años talla (HCP 18).
      - Curva peso para la edad de 0 – 5 años (HCP 19).
      - Curva peso para longitud de 0 – 2 años (HCP 20).
      - Curva peso para estatura 2 – 5 años (HCP 21).
      - Curva IMC para la edad de 0 – 5 años (HCP 22).
      - Curva perímetro cefálico para la edad de 0 – 5 años (HCP 23).

- Curva Peso para la edad de 5 – 9 años (HCP 24).
  - Curva IMC para la edad de 5 – 9 años (HCP 25).
  - Perfil para evaluación del desarrollo infantil de 0 a 2 meses, 2 meses a 2 años, 2 a 5 años y 5 a 9 años (HCP 26).
  - Tarjeta de archivo de vacunación (formulario 7).
  - Tarjeta de seguimiento de caso.
- 2) Los profesionales de la salud que participen en la atención del niño y la niña registraran los hallazgos de la evaluación, diagnósticos, plan de atención, tratamientos y el seguimiento que se dará del caso, así como los datos de carácter obligatorios que se consignan en las normas de atención.

## **Llenado de la historia clínica.**

- A. Los profesionales de la salud correspondientes llenarán la historia clínica del paciente al ingresarse al programa y la actualizarán anualmente, utilizando el formulario establecido en las normas de atención correspondientes.

# Revisión de Tarjeta de Vacunas y vacunación.

## Actividades #3 y 20.

Todos los miembros del personal de salud deberán enfatizar a los familiares del paciente la importancia del cumplimiento de la aplicación de las vacunas., según se estipula en la LEY No. 48 de 5 de diciembre de 2007 “Que regula el proceso de vacunación en la República de Panamá y dicta otras disposiciones”.

- En cada contacto con los servicios de salud la tarjeta de vacunas será evaluada y en caso necesario, programar su inmediata actualización.

La actualización del esquema de vacunas se harán de acuerdo al esquema oficial de vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones

**Tabla N°10. Esquema Nacional de inmunización para niños (as) menores de 1 año de edad.**

Tipo de vacuna	Edad a vacunar	N° de dosis	Intervalo entre cada dosis	Dosis, vía y lugar de aplicación
<b>Hepatitis B<sup>i</sup></b>	Recién Nacido antes de las 12 horas de vida.	1	-	0,5 c.c. IM, área antero lateral del muslo
<b>BCG<sup>ii</sup></b>	Recién Nacido	1	-	0,1 c.c. ID, inserción del músculo deltoides izquierdo.
<b>Neumococo Conjugado<sup>iii</sup></b>	2, 4 y 6 meses de edad	3	4 - 8 Semanas	0,5 c.c. IM, área antero lateral del muslo
<b>Polio</b>	2, 4 y 6 meses de edad	3	8 Semanas	2 – 3 gotas, según la casa comercial, VO
<b>Pentavalente<sup>iv</sup> (DPT, Hib y HpB)</b>	2, 4 y 6 meses de edad	3	8 Semanas	0,5 c.c. IM área antero lateral del muslo
<b>Influenza<sup>v</sup> (Gripe)</b>	6 - 11 meses	2	4 Semanas	0,25 c.c. IM, área antero lateral del muslo.
<b>Rotavirus<sup>v</sup></b>	2 – 6 meses	2	4 – 8 semanas	1 c.c. VO

FUENTE: PAI, Revisión de mayo 2009.

<sup>i</sup> Si el RN tiene más de 12 horas no aplicarla e iniciar esquema a los dos meses.

<sup>ii</sup> Puede aplicarse hasta los 15 años de edad.

<sup>iii</sup> Sólo se aplicará a niños de alto riesgo y en los niños sanos en las 3 áreas comarcales Kuna Yala, Ngäbe Buglé y Emberá

<sup>iv</sup> Se puede aplicar hasta los 24 meses, una dosis si el niño le llega después de los 15 meses sin haber sido vacunados antes

<sup>v</sup> La primera vez se colocarán 2 dosis en el menor de 24 meses, iniciar desde los 6 meses y completar las dosis requeridas. Si se aplica Neumococo y Pentavalente, aplicar Influenza en el Deltoides

<sup>vi</sup> No debe aplicarse a niños mayores de seis meses.

**Tabla N°11. Esquema Nacional de Inmunización para niños (as) de 12 meses hasta 5 años de edad.**

Tipo de vacuna	Edad a vacunar	N° de dosis	Intervalo entre cada dosis	Dosis, vía y lugar de aplicación
<b>Neumococo Conjugado<sup>i</sup></b>	12 a 15 meses	1 dosis	6 a 9 meses después de la tercera dosis.(mínimo dos meses de la tercera)	0.5 c.c. IM, cara antero lateral del muslo
<b>Polio</b>	18 meses	1er Refuerzo	12 meses después de la tercera dosis de polio	2 – 3 gotas, según casa comercial, VO
	Entre 4- 5 Años	2do refuerzo	De 3 a 4 años después del 1er refuerzo	
<b>Tetralente<sup>ii</sup> (DPT - Hib)</b>	18 meses	1er. Refuerzo	-	0.5 c.c. IM, cara antero lateral del muslo
<b>DPT</b>	Entre 4 y 5 años	2do. Refuerzo	De 3 a 4 años luego del 1er refuerzo con tetralente	0.5 c.c. IM, cara antero lateral del muslo
<b>Triple Viral (MMR ó SPR)</b>	12 Meses	1 dosis	De 3 a 4 años después de la 1ra dosis	0.5 c.c. SC, en el Área de Deltoides.
	Entre 4 y 5 años	1 refuerzo		
<b>Influenza (Gripe)<sup>iii</sup></b>	De 12 meses a 4 años 11 meses	2 dosis	4 Semanas	0.25 c.c. IM, área antero lateral del muslo.
<b>Fiebre Amarilla<sup>iv</sup></b>	12 meses	1 dosis		0.5 c.c. SC, área del deltoides
<b>Hepatitis A</b>	12 meses	1 dosis	6 – 12 meses	0.5 c.c. IM, cara antero lateral en el muslo
	18 meses	1 refuerzo	6 – 12 meses	

FUENTE: PAI, Revisión de mayo 2009.

<sup>i</sup> Sólo se aplicará a niños de alto riesgo y niños sanos en las 3 áreas Comarcales Kuna Yala, Ngäbe Buglé y Emberá

<sup>ii</sup> La tetralente idealmente se debe aplicar a los 18 meses, pero puede aplicarse hasta las 59 meses (4 11/12) como primer refuerzo, si el niño no llega oportunamente

<sup>iii</sup> Si ya fue previamente vacunado, sólo se colocará una dosis. Si se aplica 2 o más vacunas, aplicar Influenza en el Deltoides.

<sup>iv</sup> Sólo se aplica en las regiones de Darién, Panamá Este, Kuna Yala y en Vacunación Internacional

**Tabla N°12. Esquema Nacional de inmunización para escolares de 6 hasta 12 años de edad.**

Tipo de vacuna	Edad a vacunar	N° de dosis	Intervalo entre cada dosis	Dosis, vía y lugar de aplicación
<b>Polio<sup>i</sup></b>	6 años (Primer Grado)	Refuerzo	Ninguno	2 – 3 gotas, según la casa comercial, VO.
<b>Hepatitis B</b>	10 años (quinto grado) 1ra y 2da dosis 11 años (Sexto grado refuerzo)	Dos dosis y un Refuerzo	4 semanas entre la primera y la segunda y un refuerzo 6 meses después de aplicada la segunda.	0,5 c.c. IM, en el músculo deltoides.
<b>TD Adulto<sup>i</sup></b>	6 años (Primer Grado)	Refuerzo	Ninguno	0,5 c.c. IM.
<b>MMR<sup>ii</sup></b>	11 años (Sexto Grado)	Refuerzo	Ninguno	0,5 c.c. SC, en área del deltoides.
<b>Fiebre Amarilla<sup>iii</sup></b>	11 años (Sexto Grado)	Refuerzo	Cada 10 años	0,5 c.c. SC, en área del deltoides
<b>Tdap (adacel)</b>	11 años (Quinto y Sexto Grado)	Refuerzo	Ninguno	0,5 c.c. IM, en el músculo deltoides.
<b>Papiloma Virus</b>	10 años (10 a 1 día a 10 a 11 meses 29 días).	3 dosis	Mes cero, 1 mes después de la primera, 6 meses después de la primera.	0,5 c.c. IM, en el músculo deltoides.

FUENTE: PAI, Revisión de mayo 2009.

<sup>i</sup> Este refuerzo le será administrado en caso de que no recibió su 2do. Refuerzo Antipolio y DPT

<sup>ii</sup> Si no recibió el 1er refuerzo.

<sup>iii</sup> Sólo se aplica en las regiones de Darién, Panamá Este, Kuna Yala y Vacunación Internacional

**Tabla N°13. Esquema Nacional de Inmunización para Mujeres en Edad Fértil (MEF), Gestantes y Población en General.**

Tipo de vacuna	Población a Vacunar	N° de dosis	Intervalo entre cada dosis	Dosis, vía y lugar de aplicación
<b>HEPATITIS B</b>	Estudiantes de Ciencias de la Salud y Funcionarios de Salud.	Dos dosis y un Refuerzo	4 Semanas entre la Primera y la Segunda y un refuerzo 6 meses después de aplicada la segunda.	1 c.c. IM, en músculo deltoides.
<b>POLIO</b>	Estudiantes de Ciencias de la Salud y Funcionarios de Salud.	Refuerzo	Ninguno	2 – 3 gotas (según la casa comercial) VO.
<b>Td Adulto <sup>i</sup></b>	Mujeres de edad fértil incluyendo a las gestantes y a la población en general expuesta al riesgo y que no han sido vacunados.	Dos dosis y un Refuerzo al año de la última dosis	4 Semanas entre la Primera y Segunda y un refuerzo un año después de aplicada la segunda. Luego cada 10 años	0.5 c.c. IM en músculo deltoides
<b>MMR</b>	Adolescentes (15-19 años)	si nunca ha sido vacunado(a)	Ninguno	0.5 c.c. SC en área del deltoides
<b>M.R.</b>	Trabajadores y estudiantes de la Salud, M.E.F, Hombres y Otros grupos específicos priorizados.	si nunca ha sido vacunado(a)	Ninguno	0.5 c.c. SC en área del deltoides.
<b>INFLUENZA (Gripe)</b>	Mayores de 60 años, Funcionarios de salud, pacientes con patologías crónicas del aparato circulatorio, respiratorio, riñón, metabólicas, inmunosuprimidos, etc.	1 dosis	Anualmente	0.5 c.c. IM en músculo deltoides.
<b>NEUMOCOCO POLISACARIDO</b>	Mayores de 60 años .con o sin patologías Crónicas.	1 dosis	Cada 5 años	0.5 c.c. IM en músculo Deltoides
<b>F. AMARILLA<sup>ii</sup></b>	Población en general mayor de 20 años	Refuerzo	Cada 10 años	0.5 c.c. SC en área del deltoides
<b>Tdap (adacel)<sup>iii</sup></b>	Funcionarios de salud prioritariamente los que laboran en salas de Pediatría y Neonatología En el puerperio inmediato a la pareja, En el control Pre-natal a la pareja de la embarazada.	Refuerzo	Ninguno	0.5 c.c. IM en músculo deltoides.

FUENTE: PAI, Revisado a Mayo 2009.

<sup>i</sup> La Comisión Nacional de Revisión de Normas e Inmunización, recomienda utilizar el TD de Adultos aún en los Cuartos de Urgencia, debido a la protección contra dos enfermedades (Difteria y Tétanos) en lugar de una (Tétanos). Recordar que si nunca fue vacunado, aplicar dos dosis a intervalos de cuatro semanas entre cada una y una dosis de refuerzo un año después de aplicada la última dosis, esto brindara una protección mínima de 10 años y en los cuartos de urgencia debe haber permanentemente inmunoglobulina para cuando se requiera (partos en casa, etc)

<sup>ii</sup> Sólo se aplica en las regiones de Darién, Panamá Este, Kuna Yala y Vacunación Internacional

<sup>iii</sup> Se aplicará en vacunación peri focal a contactos de casos sospechosos de Tosferina/Síndrome Coqueluchoide de 4 a 64 años de edad

**Tabla N°14. Esquema Nacional de inmunizaciones para niños de 4 meses a 5 años de edad (niños atrasados).**

Primera dosis (Edad Mínima)	Intervalo mínimo entre cada dosis			
	Primera a segunda dosis	Segunda a tercera dosis	Tercera dosis a 1 ref.	Primer refuerzo a segundo refuerzo.
Hepatitis B <sup>i</sup> (al nacer) si a los 18 meses no ha recibido ninguna dosis	4 semanas	6 meses después de aplicada la segunda		
BCG (al nacer) aplicar al primer contacto desde nacimiento hasta los 15 años de edad				
Polio (2 meses)	4 semanas	4 semanas	12 meses después de la tercera dosis	3 a 4 años después del primer refuerzo
Pentavalente (2 meses)	<b>4 semanas:</b> si la primera dosis se administró antes de los doce meses  <b>8 semanas:</b> (cómo la última dosis): si la primera dosis se administró entre los 12 y 14 meses de edad  No se necesitan más dosis: si la primera dosis se administró después de los 15 meses	<b>4 semanas:</b> si la edad actual es menos de 12 meses.  <b>8 semanas</b> (como dosis final) <sup>ii</sup> : 2 si la edad actual es de 12 meses en adelante y la segunda dosis se administró antes de los 15 meses  No se necesitan más dosis: si la dosis previa se administró después de cumplidos los 15 meses		
Tetralente (18 meses)			8 semanas (Como dosis final): niños entre 18 meses y 5 años que hayan recibido tres dosis de pentavalente antes de los 12 meses de edad	
D.P.T. (18 meses)	4 semanas después de la primera penta, tetra o D.P.T.	4 semanas	12 meses después de la tercera dosis	3 a 4 años después del primer refuerzo.
MMR (12 meses)	De 3 a 4 años después de la primera dosis			

FUENTE: PAI, Revisado a mayo 2009.

<sup>i</sup> Hepatitis B: Todos los niños menores de cinco años que no han sido inmunizados contra hepatitis B deben iniciar la serie de vacunaciones contra la hepatitis B durante cualquier visita.

<sup>ii</sup> Si el bebé tiene menos de 12 meses de edad y las primeras dosis fueron de tetralente, la tercera (y última) dosis debe administrarse entre los 12 y 15 meses de edad y por lo menos 8 semanas después de la segunda dosis.

# Actividad #4. Examen físico.

El examen físico es un procedimiento regular realizado por los profesionales de la salud como parte de sus actividades de atención. Algunas de las cosas que deben tenerse presente son:

- El lugar debe reunir las condiciones adecuadas para la privacidad y seguridad del paciente y su familiar
- El personal de salud deberá hacer provisión para respetar los valores y tradiciones de los pacientes y sus familias. Al desvestir al paciente debe contarse con batas o sábanas para cubrirlo(a) convenientemente.
- El personal de salud debe estar alerta y ante la sospecha, buscar activamente la presencia de lesiones sugestivas de maltrato físico o abuso sexual.

# Antropometría y evaluación del paciente.

## Actividad #5. Peso y la talla<sup>1</sup>

**E**l peso y la talla están entre los datos más importantes que se obtienen durante la evaluación del niño y la niña. A partir de ellos el personal de salud hará diagnósticos y tomará decisiones sobre el tratamiento y seguimiento del niño. Es por ello que el personal de salud responsable de medir el peso y la talla o longitud debe reconocer la importancia de registrar el dato lo más preciso posible.

Durante la elaboración del nuevo patrón de crecimiento de OMS se desarrolló un protocolo para la antropometría que garantizara el registro más fidedigno posible de datos. Este mismo protocolo se ha recomendado que se aplique durante la evaluación rutinaria del niño y la niña.

## Pesar al niño o niña

### Características de la balanza.

Balanza: Se recomienda pesar a los niños usando una balanza con las siguientes características:

- Sólidamente fabricada y durable
- Electrónica (lectura digital)
- Permite mediciones hasta 150 kg
- Permite mediciones con precisión de 0,1 kg (100g)
- Permite la toma de pesos reprogramados (función de tara)

---

<sup>1</sup> Capítulo modificado del Curso de Capacitación sobre la Evaluación del Crecimiento del Niño. Versión 1 — Noviembre 2006. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, OMS, 2006.

Los niños que pueden pararse solos pueden ser pesados de pie en la balanza. Si no, puede pesarse primero a la madre sola, luego la madre y el niño pueden pesarse juntos y restar el peso de la madre para determinar el peso del niño. **Las balanzas de baño no se recomiendan ya que tienden a no ser confiables.**

## **Preparación para la medición de peso**

Explique a la madre las razones de pesar al niño, por ejemplo, para ver cómo está creciendo, cómo se recupera de una enfermedad reciente, o cómo responde el niño a los cambios que se han hecho en su alimentación o cuidado.

**Si el niño tiene menos de 2 años de edad o no es capaz de ponerse de pie**, usted aplicará la toma de peso en la pesa mecánica para bebés con bandeja. Explique a la madre el procedimiento a seguir. Enfatice a la madre que debe permanecer cerca a la balanza hasta que se haya hecho la toma del peso del niño.

**Si el niño tiene más de 2 años de edad**, usted pesará al niño solo si ya es capaz de pararse sin moverse. Explíquelo que el niño deberá pararse en la balanza y permanecer de pie sin moverse. Desvista al niño. Explíquelo que es necesario que el niño se quite la ropa exterior más pesada a fin de obtener un peso exacto. Un pañal húmedo, zapatos o pantalones de lona pesan más de 0,5 kg. Los bebés deben pesarse con la camisa o blusa solamente. Los niños mayores deben despojarse de la ropa, dejándole un suéter y la ropa interior. Si está demasiado frío como para desvestir al niño o si el niño se niega a permitir que se le quite la ropa y se inquieta, puede pesar al niño vestido, pero anote en el *Registro del Crecimiento* que el niño estaba vestido. Es importante evitar que el niño se irrite para que permita que también se le tomen la medición de longitud/talla.

Si cultural o socialmente no es aceptable desvestir al niño, quítele tanta ropa como sea posible.

Nota: Si en el caso de las niñas tienen trenzas o accesorios de pelo que interferirán con la medición de la longitud/talla, deshágales las trenzas o quíteles los accesorios de pelo **antes de la toma del peso** para evitar retraso entre la toma de las mediciones. Es importante pasar rápidamente y sin titubeos de la balanza al infantómetro/tallímetro para evitar que el niño se irrite; especialmente en el caso de la medición de longitud en los niños pequeños.

## **Pese a un niño usando una balanza reprogramable (con función de tara)**

Asegúrese que la balanza sea colocada en una superficie plana, sólida y pareja. No debe colocarse sobre una superficie deslizante. Es aceptable colocarla sobre una alfombra firme que esté pegada sobre una superficie.

- Encienda la balanza. Cuando aparezca el número 0,0, la balanza está lista.
- Asegúrese que la madre se haya quitado sus zapatos. Usted o alguien más debe sostener al bebé desnudo envuelto en una sábana.
- Pídale a la madre que se pare en el centro de la balanza sin moverse, con los pies ligeramente separados (sobre la huella de pies, si es que la balanza ha sido marcada). La ropa de la madre no deberá cubrir el mostrador. Recuérdele que se quede en la balanza aún después que aparezca su peso, hasta que el bebé haya sido pesado en sus brazos.
- Mientras la madre está parada en la balanza sin moverse y se observa su peso en el mostrador, re programe la balanza para llevarla a cero. La balanza se ha reprogramado cuando muestre el número 0,0.
- Entregue gentilmente el bebé desnudo a su madre y pídale que se mantenga sin moverse.
- El peso del bebé aparecerá en el mostrador. Registre el peso. Sea cuidadoso de leer los números en el orden correcto.

Nota: Si la madre tiene demasiado sobrepeso (por ejemplo, más de 100 kg) y el peso del bebé es relativamente bajo (por ejemplo menos de 2,5 kg), puede que el peso del bebé no se registre en la balanza. En ese caso, pídale a una persona más delgada que sostenga al niño en la balanza.

## **Pese a un niño solo**

Si un niño tiene 2 años de edad o más y es capaz de pararse sin moverse, pese al niño solo. Pida a la madre que le ayude al niño a quitarse los zapatos y la ropa exterior. Explique al niño que es necesario que se pare sin moverse. Comuníquese con el niño amablemente en una forma que no lo asuste.

- Verifique que la pesa este en zero (0). Encienda la balanza, si es de tipo digital. Cuando aparezca el número 0,0, la balanza está lista.
- Pida al niño que se pare en el centro de la balanza con los pies ligeramente separados (sobre la huella de pies, si es que la balanza ha sido marcada) y que se mantenga sin moverse hasta que el peso aparezca en el mostrador.
- Registre el peso del niño hasta el 0,1 kg. más cercano. Si el niño comienza a saltar en la balanza o si no es capaz de mantenerse sin moverse, tendrá que aplicar el procedimiento de peso reprogramado (función de tara).

# Medir la longitud o talla del niño y la niña.

Dependiendo de la edad del niño y de su habilidad de pararse, mida longitud o talla del niño. La **longitud** de un niño se mide en posición acostado boca arriba (decúbito supino). La **talla** se mide de pie en posición vertical.

- Si un niño es menor de 2 años de edad, mida la longitud en posición acostado boca arriba.
- Si el niño tiene 2 años de edad o más y es capaz de pararse, mida la talla de pie.

En general, la talla de pie es alrededor de 0,7 cm menos que la longitud en posición acostada boca arriba. Esta diferencia fue tomada en cuenta al desarrollar los nuevos patrones de crecimiento de la OMS usados para elaborar las curvas en el *Registro del Crecimiento*. Por lo tanto, es importante ajustar las mediciones si se tomó la longitud en lugar de la talla y vice versa.

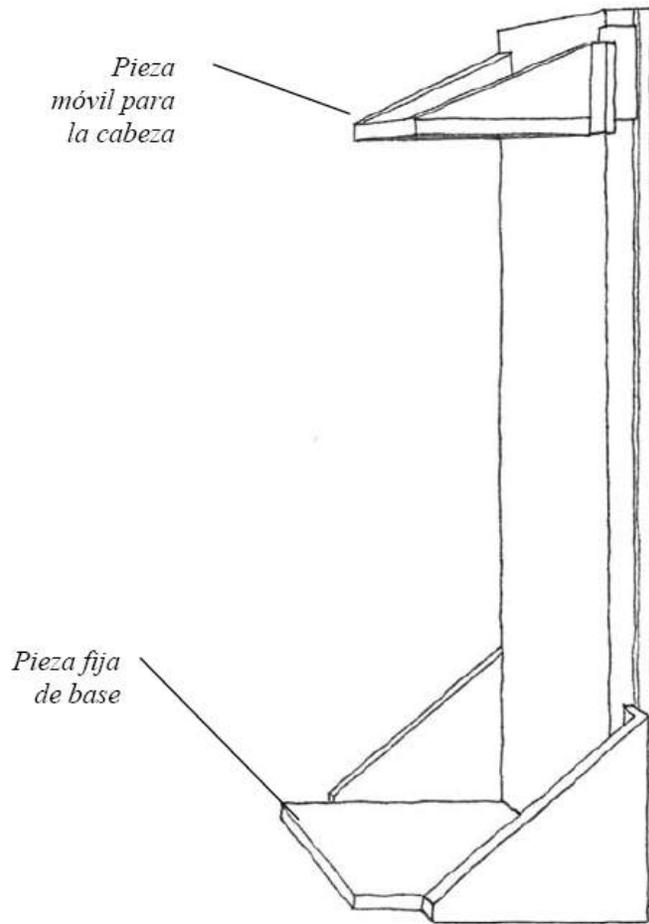
- Si un niño menor de 2 años de edad no permite ser acostado boca arriba para medirle la longitud, mídale la talla en posición de pie y **sume 0,7 cm** para convertirla a longitud.
- Si un niño tiene 2 años de edad o más y no es capaz de ponerse de pie, mida la longitud en posición acostado boca arriba y **reste 0,7 cm** para convertirlo a talla.

## Equipo para medir talla o longitud

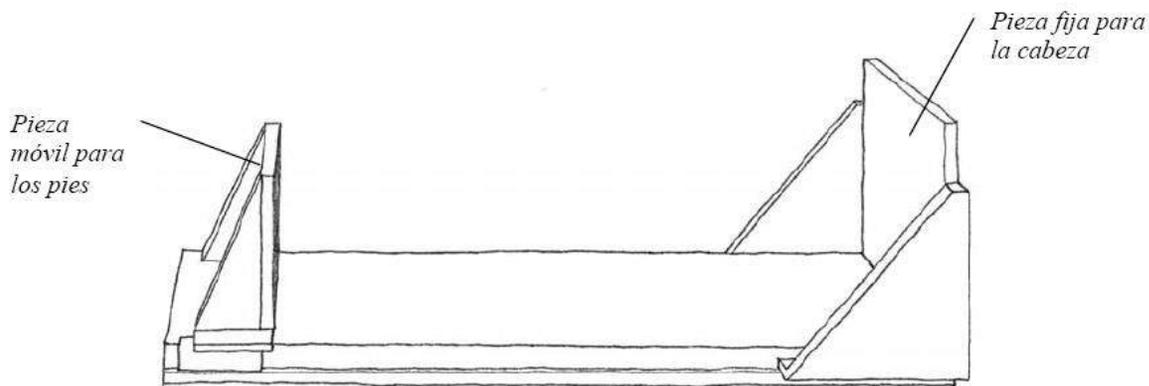
El equipo necesario para medir la longitud es el infantómetro (una tabla de medición de longitud) el cual debe colocarse en una superficie plana y sólida como una mesa. Para medir la talla use un tallímetro (una tabla de medición de talla) montado en un ángulo recto entre el nivel del piso contra una superficie vertical recta como una pared o un pilar.

### Características del equipo:

Un buen infantómetro/tallímetro debe estar hecho de un tipo de madera lisa y resistente a la humedad (barnizada o pulida). Las piezas horizontales y verticales deben estar unidas firmemente a ángulos rectos. Una pieza móvil funciona como tabla para los pies cuando se mide la longitud o como tabla para la cabeza cuando se mide la talla. A menos que se cuente con un instrumento digital que mida la talla, una cinta métrica debe pegarse firmemente a lo largo de la tabla a fin de que las partes móviles no la dañen o borren los números y marcas.



**Figura N°2. Tallímetro**



**Figura N°3. Infantómetro**

### **Preparación para la medición de longitud o talla**

Prepárese para medir la longitud/talla inmediatamente después de la toma de peso mientras el niño todavía está desvestido. Asegúrese que se le ha quitado al niño los zapatos, medias y los accesorios para el pelo. Deshaga las trenzas si éstas interfieren con la medición de la longitud/talla. Si el niño está desnudo durante la medición del peso, se le puede poner un pañal seco para evitar que el niño lo moje durante la medición de la longitud. Si el cuarto está frío y se da algún retraso, mantenga al niño caliente envolviéndolo con una sábana hasta que sea posible la medición de la longitud/talla.

Durante la medición de la longitud o la talla, es necesario que la madre colabore con la toma de mediciones y para mantener al niño tranquilo y cómodo. Explique a la madre las razones para la toma de mediciones y los pasos a seguir en el procedimiento de la medición. Responda las preguntas que la madre pueda tener. Explique y demuéstrele la forma en que puede ayudarle. Explíquele que es necesario mantener al niño sin moverse y calmado para obtener una buena medición.

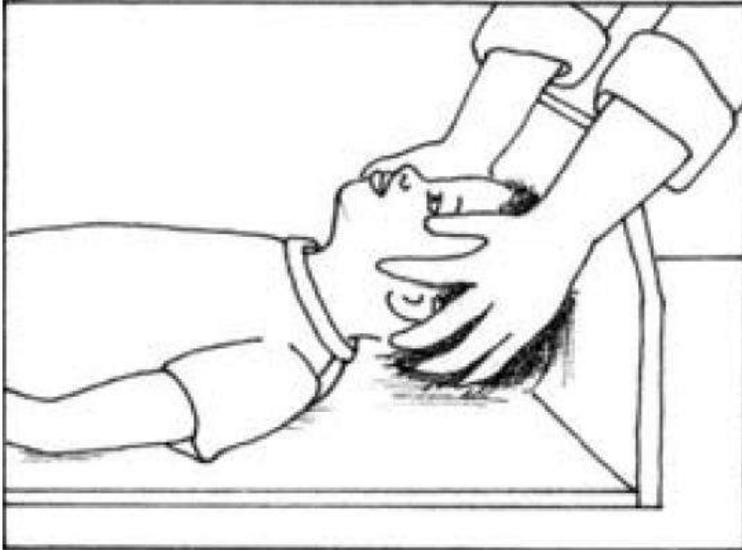
### **Mida la longitud**

Cubra el infantómetro con una tela delgada o papel suave por higiene y para la comodidad del niño. Explique a la madre que será necesario que ella misma coloque al bebé en el infantómetro y que ayude a mantener la cabeza del bebé en la posición correcta mientras usted toma la medición. Indíquele el lugar donde debe pararse mientras acuesta al bebé, por ejemplo opuesto a usted, del lado del infantómetro del otro lado de la cinta métrica. Enséñele además el área en la que tiene que colocar la cabeza del bebé (contra la pieza fija para la cabeza) de manera que pueda hacerlo rápido con la seguridad de que no inquiete al bebé.

#### **Cuando la madre entienda sus instrucciones y esté lista para ayudarle:**

- Pídale que acueste al niño boca arriba con su cabeza contra la pieza fija para la cabeza, presionando el pelo.
- Posicione la cabeza rápidamente de manera que una línea vertical imaginaria entre el conducto auditivo externa y el borde inferior de la órbita del ojo esté perpendicular a la tabla.

(Los ojos del niño deben estar mirando recto). Pida a la madre que se coloque por detrás de la pieza fija para la cabeza y que mantenga la cabeza del niño en esta posición. **La rapidez es importante. Párese del lado de la tabla para longitud donde usted pueda ver la cinta métrica y mover la pieza para los pies.**



**Figura N°4. Posición correcta para medir la longitud del niño o niña.**

- Revise que el niño esté acostado rectamente a lo largo de la tabla y que no cambie su posición. Los hombros deben tocar la tabla, y la espina dorsal no debe estar arqueada. Pídale a la madre que le avise si el niño arquea su espalda o si cambia de posición.
- Sujete las piernas del bebé con una mano y mueva la pieza para los pies con la otra mano. Aplique presión suave sobre las rodillas para estirar las piernas tanto como se pueda sin causar daño.

*Nota: No es posible estirar las rodillas de los recién nacidos tanto como es posible para niños mayores. Sus rodillas son frágiles y pueden dañarse fácilmente, de manera que debe aplicar el mínimo de presión. Si un niño está demasiado inquieto y no es posible mantener ambas piernas en la posición correcta, tome la medición con una sola pierna.*

- Mientras sostiene las rodillas, empuje la pieza para los pies contra los pies del niño. Las plantas de los pies deben estar planas contra la pieza, los dedos deben apuntar hacia arriba. Si el niño dobla los dedos y no permite que la pieza para los pies toque las plantas, haga un poco de cosquillas y cuando el niño estire los dedos deslice rápidamente la pieza para los pies.
- Lea la medición y registre la longitud del niño en centímetros hasta el último 0,1 cm **completado**, el cual es la última línea que usted es capaz de ver. (0,1 cm = 1 mm) Recuerde: Si el niño al que usted le toma la longitud tiene 2 años de edad o más, reste 0,7 cm de la medición de longitud y registre el resultado como talla en las Notas de Visita.

## Mida la talla de pie

Asegúrese que el tallímetro está a nivel del piso. Revise que el niño o niña se haya quitado los zapatos, medias y accesorios para el pelo.

### Trabajando con la madre y arrodillándose a fin de bajar al nivel en que se encuentra el niño:

- Ayude al niño a pararse en la base del tallímetro con los pies ligeramente separados. La parte de atrás de la cabeza, omóplato, glúteos, pantorrillas, talón deben tocar la tabla vertical.
- Pídale a la madre que sujete las rodillas y los tobillos para ayudar a mantener las piernas estiradas y los pies planos, con talones y pantorrillas tocando la tabla vertical. Pídale que capte la atención del niño, que lo mantenga tranquilo mientras sea necesario y que le avise si el niño cambia de posición.
- Coloque la cabeza del niño de manera que una línea horizontal desde el conducto auditivo externo y el borde inferior de la órbita del ojo esté perpendicular a la tabla vertical. Sujete la barbilla del niño entre el espacio que se forma entre su dedo pulgar y el índice, para mantener la cabeza del niño en esta posición.
- Si es necesario, presione suavemente el estómago del niño para ayudarle al niño a pararse erguido hasta alcanzar su máxima talla.
- Mientras mantiene la cabeza en esta posición, use su otra mano para empujar la pieza para la cabeza hasta que se apoye firmemente sobre la cabeza y presione el pelo.
- Lea la medición y registre la talla del niño en centímetros hasta el último 0,1 cm **completado**, el cual es la última línea que usted es capaz de ver. (0,1 cm = 1 mm). Recuerde: Si el niño al que usted le toma la talla tiene menos de 2 años de edad, sume 0,7 cm a la medición de talla y registre el resultado como longitud en las Notas de Visita. Lea las cintas de medición abajo y registre las mediciones hasta el 0,1 cm. más cercano.

## Cuidados del equipo de medición

A fin de asegurar que las mediciones sean lo más exactas posible es importante asegurar el debido cuidado de la balanza y el infantómetro/tallímetro. Mantenga el equipo limpio y guárdelo a temperatura ambiente, protegido de la humedad.

Si utiliza balanzas UNISCALE, recuerde que no funciona si la temperatura está demasiado elevada o si no hay suficiente luz. Si la balanza está caliente, déjela enfriar. Si no hay suficiente luz, acérquese a una fuente de luz. Cuando reinicie la balanza, no frote el panel solar con su pie porque puede desgastarse; simplemente bloquee la luz cubriéndolo por un momento.

La exactitud del equipo debe revisarse al momento de su compra. Posteriormente, revise **semanalmente** la balanza y los infantómetros/tallímetros, por ejemplo, cada lunes o viernes.

### Para revisar la balanza:

- Tome pesos conocidos de 3, 5, 10 y 20 kg.
- Revise la toma de peso con función de tara, poniendo un peso de 20 kg, reiniciando la balanza y agregando 3 kg al peso. Debe mostrarse el peso de 3 kg.

- Si los pesos no son exactos, calibre la balanza si es posible. De lo contrario, si el error es consistente (por ejemplo, arriba por +0,2 kg consistentemente), ajuste las mediciones de acuerdo a esta cantidad (por ejemplo, restando 0,2 kg). Monitoree la situación, dado que el margen de error puede cambiar. Si las mediciones resultan con errores variables, solicite al oficial responsable que sustituya la balanza.

**Para revisar los infantómetros y tallímetros:**

Cuando arme los infantómetros/tallímetros, mida una vara de longitud conocida para revisar que estén montadas correctamente.

Revise que las uniones estén apretadas y rectas. Si no, apriételas o enderécelas.

Revise que la cinta métrica pueda ser leída. Si está demasiado desgastada para ser leída, debe sustituirse.

# Actividad #6. Medición del Perímetro Cefálico.

La medición del perímetro cefálico permite identificar la presencia de alteraciones en el crecimiento de la cabeza e indirectamente del cerebro. Con mediciones aisladas se puede establecer la presencia de una cabeza más grande de lo normal o más pequeña y por mediciones seriadas, establecer tendencias anormales en el crecimiento.

## Materiales para la medición:

- Cinta métrica plástica no distensible.
- Gráficas para evaluación del perímetro cefálico de la OMS según el sexo.

## Procedimiento

1. La medición se realiza en todos los niños y niñas menores de 2 años de edad al acudir a sus controles de salud o, si han faltado a los controles, en cualquier contacto con los servicios de salud.
2. Coloque la cinta en la parte media de la frente. Se extiende siguiendo el perímetro cefálico y pasando por encima de las orejas para incluir la porción más prominente del occipucio, de modo que se mida el diámetro máximo.
3. Haga la medición en centímetros y anote en la hoja de evolución.
4. Marque el punto en la gráfica.
5. Interprete los resultados de la medición e informe a los padres o familiares del niño.

## Alteraciones del tamaño de la cabeza:

### Macrocefalia:

Macrocefalia significa “cabeza grande” y es definida por mediciones del perímetro cefálico por encima de 2 DE de la mediana. Alrededor del 2% de la población NORMAL puede presentar macrocefalia y aunque el estudio de estos niños puede demostrar las causas, la mayoría son normales y a menudo existe una tendencia a tener cabezas grandes. Al valorar una cabeza grande, lo primero a considerar es el tamaño de las cabezas de sus padres. Las principales patologías asociadas a macrocefalia son la

hidrocefalia, megalencefalia, el engrosamiento del cráneo y las hemorragias intracraneales (subdural o epidural).

**Microcefalia:**

Microcefalia significa “cabeza pequeña” es definida por mediciones del perímetro cefálico por debajo de -2 DE de la mediana. Las causas de microcefalia son múltiples, clasificándose en primarias y secundarias.

No existe un tratamiento para la microcefalia que normalice el tamaño o la forma de la cabeza del bebé. Dado que este trastorno es una enfermedad que dura toda la vida y que no se puede corregir, el tratamiento se centra en prevenir o minimizar las deformidades y en maximizar las capacidades del niño en casa y en la comunidad.

La magnitud de la enfermedad con frecuencia no se aprecia inmediatamente después del nacimiento, pero puede ponerse de manifiesto a medida que el niño crece y se desarrolla.

**Tendencias anormales en el crecimiento:**

Las mediciones seriadas del perímetro cefálico permiten identificar la tendencia en el crecimiento de la cabeza. Normalmente, la curva de crecimiento debe ser paralela a las curvas de la gráfica. En caso de encontrarse que los puntos se alejan o acercan de la media, debe procederse de inmediato, antes de llegar a los límites de lo anormal.

**Tratamiento:**

Todo niño y niña con alteraciones en el perímetro cefálico deberá ser referido a la consulta externa de Pediatría para completar estudios (ultrasonido cerebral, tomografía, serologías por sífilis, toxoplasma, CMV y otros), evaluaciones (referencia a Neurología Pediátrica, Neurocirugía, Infectología y otros) y definir el manejo.

# Actividad #7. Determine el índice de masa corporal<sup>2</sup>

**E**l IMC es un número que relaciona el peso de la persona con su talla/longitud. El IMC puede ser un indicador de crecimiento útil cuando está marcado en una gráfica relacionándolo con la edad del niño. El IMC se calcula de la siguiente forma:

$$\text{IMC} = \frac{(\text{Peso en kg})}{(\text{talla/longitud en metros}) \times (\text{talla/longitud en metros})}$$

Ó

$$\text{IMC} = \frac{(\text{Peso en kg})}{(\text{talla/longitud en metros})^2}$$

Si las mediciones se registran en libras y pulgadas, conviértalas a unidades métricas antes de calcular el IMC.

1 pulgada = 2,54 cm

1 pulgada = 0,0254 m

1 libra = 0,4536 kg.

El resultado del IMC se aproxima a un punto decimal.

Es muy importante usar la medición de longitud para un niño menor de 2 años de edad y la medición de talla para un niño de 2 años de edad o mayor. **Si es necesario, convierta la talla a longitud (sumando 0,7 cm) o longitud a talla (restando 0,7 cm) antes de calcular el IMC del niño.**

---

<sup>2</sup> Modificado del Curso de Capacitación sobre la Evaluación del Crecimiento del Niño. Versión 1 — Noviembre 2006. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, OMS, 2006.

# Actividad #8. Toma e interpretación de la Presión Arterial<sup>3</sup>

## 1. ¿Cuándo y a quién tomar la presión arterial?

- A. Todos los niños y niñas después de los 3 años de edad, al menos una vez al año.
- B. Todos los niños <3 años con las siguientes condiciones especiales:
  - 1.) Prematuridad, muy bajo peso al nacer o complicaciones neonatales que requirieron atención en cuidados intensivos.
  - 2.) Cardiopatías congénitas
  - 3.) Infecciones urinarias, hematuria, proteinuria
  - 4.) Enfermedad renal o malformaciones urológicas
  - 5.) Historia familiar de enfermedad renal.
  - 6.) Trasplante de órgano sólido.
  - 7.) Tumor o trasplante de médula
  - 8.) Tratamiento con medicamentos que aumentan la presión arterial
  - 9.) Enfermedades sistémicas: neurofibromatosis, esclerosis tuberosa.

## 2. ¿Cómo tomar la presión arterial en niños?

### A. Preparación del paciente

- 1.) Debe estar en un ambiente tranquilo
- 2.) Estar en reposo por al menos 5 minutos
- 3.) Explicar y tranquilizar al niño
- 4.) El niño debe estar sentado con la espalda apoyada
- 5.) El brazo derecho al nivel del corazón

### B. Equipo necesario

- 1.) Esfigmomanómetro.
- 2.) Brazaletes para esfigmomanómetro de diferentes tamaños.
- 3.) Estetoscopio infantil
- 4.) Tablas de talla para la edad en percentiles del National Center for Health Statistics (NCHS) del 2000 (Gráficos N°1 y 2).
- 5.) Tablas de presión para la talla y edad (Tablas N°15-A y 15-B).

### C. Método

- 1.) El método auscultatorio es el preferido

---

<sup>3</sup> Basado en el Cuarto Reporte del Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento de Hipertensión en Niños y Adolescentes, del Grupo de Trabajo de Hipertensión en Niños y Adolescentes del Programa Nacional de Educación en Hipertensión (Pediatrics 2004; 114: 555-576).

- 2.) Utilizar un esfigmomanómetro estándar
- 3.) Utilizar un brazalete adecuado
  - a.) El ancho del brazalete debe corresponder aproximadamente al 40% de la circunferencia del brazo, medida en el punto medio entre el acromion y el olecranon.
  - b.) También puede utilizarse un brazalete cuyo ancho corresponda a dos terceros partes de la distancia entre el acromion y el olecranon,
- 4.) El centro de la escala de mercurio debe estar al nivel de los ojos
- 5.) El estetoscopio se coloca sobre arteria braquial.

#### **D. Medición**

- 1.) Palpar el pulso radial o braquial.
- 2.) Insuflar el brazalete 20 mm de Hg por encima de pulso
- 3.) Desinflar a 2 - 3 mm de Hg por segundo
- 4.) La presión arterial sistólica (PAS) corresponderá a la aparición del primer ruido de Korotkof (K1) y la presión arterial diastólica (PAD) al cuarto ruido de Korotkof (K4)
- 5.) Anotar las mediciones

#### **E. Determinación del percentil de PAS y PAD**

- 1.) Medir la talla o longitud del niño
- 2.) Establecer el percentil de la talla para la edad al que corresponde utilizando las tablas de NCHS del 2000 (Gráficos N°1 y 2).
- 3.) Seleccionar la tabla de PA según sexo (Tablas N°15-A y 15-B).
- 4.) Establecer el percentil de la PAS y PAD de acuerdo a su edad y percentil para talla.
  - a. Busque la edad del niño o niña en la columna de la izquierda.
  - b. Al llegar a la fila de la edad, busque horizontalmente hasta intersecar la línea del percentil de la talla (columna vertical).
  - c. Encuentre el percentil al que corresponde el registro de la presión arterial obtenida.

### **3. ¿Cómo se define hipertensión arterial (HTA) en niños?**

Se define como el promedio de la presión arterial sistólica y/o diastólica que es igual o mayor al percentil 95 para el sexo, edad y talla tomada en tres ocasiones diferentes.

### **4. Clasificar la presión arterial.**

Una vez se ha identificado el percentil de la presión arterial del niño, debe definirse la categoría a la que corresponde, basados en el cuadro N° 15. A través de dicha categorización se establece la intervención médica o conducta a seguir. De confirmarse el diagnóstico de hipertensión arterial se procederá a completar la evaluación clínica tal como se señala en la tabla N°15-C, con el propósito de identificar posibles causas de la hipertensión, la comorbilidad y daños a órganos blanco.





**Tabla N° 15-A. Niveles de presión arterial para niños según edad y percentil de longitud – talla.**

Años de Edad	Percentil de PA	PA sistólica (mm de Hg)							PA diastólica (mm de Hg)						
		Percentil de talla							Percentil de talla.						
		5p	10 p	25 p	50 p	75 p	90p	95 p	5 p	10 p	25 p	50 p	75 p	90 p	95 p
1	50p	80	81	83	85	87	88	89	34	35	36	37	38	39	39
	90p	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
	95p	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58
	99p	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
2	50p	84	85	87	88	90	92	92	39	40	41	42	43	44	44
	90p	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
	95p	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
	99p	109	110	111	113	115	117	117	66	67	68	69	70	71	71
3	50p	86	87	89	91	93	94	95	44	44	45	46	47	48	48
	90p	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95p	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67
	99p	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75
4	50p	88	89	91	93	95	96	97	47	48	49	50	51	51	52
	90p	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67
	95p	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71
	99p	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79
5	50p	90	91	93	95	96	98	98	50	51	52	53	54	55	55
	90p	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70
	95p	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74
	99p	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82
6	50p	91	92	94	96	98	99	100	53	53	54	55	56	57	57
	90p	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72
	95p	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
	99p	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84
7	50p	92	94	95	97	99	100	101	55	56	57	58	58	59	99
	90p	106	107	109	111	113	114	115	70	71	72	73	73	74	74
	95p	110	111	118	115	117	118	119	74	75	76	77	77	78	78
	99p	117	118	120	122	124	125	126	82	83	84	85	85	86	86
8	50p	94	95	97	99	100	102	102	56	57	58	59	60	60	61
	90p	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
	95p	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80
	99p	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88
9	50p	95	96	98	100	102	103	104	57	58	59	60	61	61	62
	90p	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77
	95p	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81
	99p	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89

FUENTE: Cuarto Reporte del Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento de Hipertensión en Niños y Adolescentes, del Grupo de Trabajo de Hipertensión en Niños y Adolescentes del Programa Nacional de Educación en Hipertensión (Pediatrics 2004; 114: 555-576).

**Tabla N°15-B .Niveles de presión arterial para niñas según edad y percentil de longitud – talla.**

Años de Edad	Percentil de PA	PA Sistólica (mm de Hg)							PA Diastólica (mm de Hg)						
		Percentil de talla							Percentil de talla.						
		5 p	10 p	25 p	50 p	75 p	90 p	95 p	5 p	10 p	25 p	50 p	75 p	90 p	95 p
1	50p	83	84	85	86	88	89	90	38	39	39	40	41	41	42
	90p	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95p	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99p	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	50p	85	85	87	88	89	91	91	43	44	44	45	46	46	47
	90p	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95p	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99p	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	50p	86	87	88	89	91	92	93	47	48	48	49	50	50	51
	90p	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95p	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99p	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	50p	88	88	90	91	92	94	94	50	50	51	52	52	53	54
	90p	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95p	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99p	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	50p	89	90	91	93	94	95	96	52	53	53	54	55	55	56
	90p	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95p	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99p	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	50p	91	92	93	94	96	97	98	54	54	55	56	56	57	58
	90p	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95p	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99p	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	50p	93	93	95	96	97	99	99	55	56	56	57	58	58	59
	90p	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95p	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99p	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	50p	95	95	96	98	99	100	101	57	57	57	58	59	60	60
	90p	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95p	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99p	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	50p	96	97	98	100	101	102	103	58	58	58	59	60	61	61
	90p	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95p	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99p	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87

FUENTE: Cuarto Reporte del Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento de Hipertensión en Niños y Adolescentes, del Grupo de Trabajo de Hipertensión en Niños y Adolescentes del Programa Nacional de Educación en Hipertensión (Pediatrics 2004; 114: 555-576).

**Cuadro N°15. Clasificación de la presión arterial**

Definición	Categoría	Intervenciones		
		Cambios de estilo de Vida	Tratamiento Farmacológico	Seguimiento
Mayor de p95 + síntomas (cefaleas, náuseas, vómitos, disnea)	<b>Emergencia Hipertensiva</b>			Referir de inmediato a manejo hospitalario
Mayor de 5 mm Hg sobre p99	<b>Hipertensión Estadio 2</b>	Manejar sobrepeso; Introducir dieta, actividad física.	Iniciar Tratamiento (puede requerir más de 1 medicamento)	Proceder a evaluación clínica (Tabla N°15-C) o referir (atención en no más de 1 semana).
Desde p95 hasta 5 mmHg sobre p99	<b>Hipertensión Estadio 1</b>	Manejar sobrepeso; Introducir dieta, actividad física.	Insuficiencia cardíaca congestiva Iniciar TX según Tabla.	P/A en 1-2 semanas; si persiste elevada en 2 ocasiones más, proceder a evaluación clínica (Tabla N°15-C) o referir (atención en no más de 1 mes).
Entre p90 y p95	<b>Pre hipertensión</b>	Introducir dieta, actividad física.	Ninguno excepto en Insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus.	P/A en 6 meses
Menor de p90	<b>Normal</b>	Animar alimentación saludable, descanso y actividad física adecuados.		P/A en 1 año

FUENTE: Modificado del Cuarto Reporte del Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento de Hipertensión en Niños y Adolescentes, del Grupo de Trabajo de Hipertensión en Niños y Adolescentes del Programa Nacional de Educación en Hipertensión (Pediatrics 2004; 114: 555-576).

p=percentil, P/A= presión arterial

**Tabla N°15-C. Evaluación clínica del niño con hipertensión confirmada.**

<b>1. Determinar causas identificables</b>		
<b>Propósito</b>	<b>Procedimiento</b>	
Descartar enfermedad renal	Historia de sueño, historia familiar, Factores de riesgo, dieta, tabaquismo o alcohol. Nitrógeno de urea, creatinina, electrolitos, urinálisis, cultivo de orina.	
Descartar anemia consistente con insuficiencia renal crónica.	Hemograma completo	
Descartar anomalías congénitas	Ultrasonograma renal	
<b>2. Evaluación de comorbilidad</b>		
<b>Población objetivo</b>	<b>Propósito</b>	<b>Evaluación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sobrepeso y P/A 90 -94 p</li> <li>○ PA &gt;95 p</li> <li>○ HTA familiar</li> <li>○ Niño con IRC</li> </ul>	Identificar: hiperlipidemia, anormalidades metabólicas	Perfil lipídico, glicemia
Historia de posibles sustancias o drogas	Identificar sustancias que pueden causar HTA	Tamizaje por Drogas
Historia de fuertes y frecuentes zumbidos	Identificar desordenes del sueño.	Polisomnografía
<b>3. Evaluación de órganos blanco</b>		
<b>Población objetivo</b>	<b>Propósito</b>	<b>Evaluación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sobrepeso y PA 90 -94 P</li> <li>○ P/A &gt; 95 p</li> <li>○ HTA familiar</li> <li>○ Niño con IRC</li> </ul>	Identificar hipertrofia de ventrículo izquierdo	Ecocardiograma
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Paciente con factores de riesgo comorbilidad y PA 90 A 95P</li> <li>○ Paciente con PA &gt;p95</li> <li>○ Paciente con factores de riesgo, comorbilidad y P/A 90 a 95p.</li> <li>○ Paciente con P/A&gt; P95.</li> </ul>	Identificar cambios vasculares en la retina	Examen de Retina

FUENTE: Modificado del Cuarto Reporte del Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento de Hipertensión en Niños y Adolescentes, del Grupo de Trabajo de Hipertensión en Niños y Adolescentes del Programa Nacional de Educación en Hipertensión (Pediatrics 2004; 114: 555-576).

# Actividad #9. Evaluación y manejo nutricional.

La **evaluación del estado nutricional** se basa en la medición y evaluación del peso, el crecimiento lineal y su comparación con los estándares de crecimiento. En 2005 la OMS presentó los nuevos estándares de crecimiento desarrollados a partir del Estudio Multicéntrico de Referencias de Crecimiento (EMRC)<sup>1</sup>. El estudio fue diseñado para proveer datos que describieran la forma en que los niños deben crecer, dando seguimiento a niños y niñas de diversas partes del mundo que han crecido en ambientes con las mejores condiciones posibles para el desarrollo pleno de su potencial genético.

## Propósito de la evaluación nutricional:

1. Asegurar un adecuado crecimiento y estado nutricional en todo niño y niña.
2. Determinar si existe algún problema nutricional y ofrecer tratamiento oportuno.
3. Intensificar las intervenciones nutricionales en los periodos cruciales de la vida.
4. Brindar recomendaciones para la alimentación del niño y la niña a través de sesiones de consejería individualizada.

## Interpretación de los indicadores de crecimiento:

Los índices de crecimiento, que se consideran en conjunto con la edad y el sexo, son:

- Longitud o talla para la edad (**L-T/E**)
  - ▶ HCP 18-A y HCP 18-B ( Nacimiento a 5 años)
  - ▶ HCP 24-A y HCP 24-B ( De 5 a 19 años)
- Peso para la edad (**P/E**)
  - ▶ HCP 19-A y HCP 19-B ( Nacimiento a 5 años)
- Peso para la longitud o talla (**P /L-T**)
  - ▶ HCP 20-A y HCP 20-B ( Nacimiento a 2 años)
  - ▶ HCP 21-A y HCP 21-B ( De 2 a 5 años)
- Índice de masa corporal para la edad (**IMC**)
  - ▶ HCP 22-A y HCP 22-B (Nacimiento a 5 años)
  - ▶ HCP 25-A y HCP 25-B (5 a 19 años)

---

<sup>1</sup> de Onis M, Garza C, Victora CG, Bhan MK, Norum KR, editores. OMS Estudio Multicéntrico de Referencias de Crecimiento (EMRC): justificación, planificación e implementación. Food Nutr Bull 2004; 25 (Suppl 1):S1–89.

### **Longitud o talla para la edad**

Refleja el crecimiento alcanzado en longitud o talla para la edad del niño en una visita determinada. Este indicador permite identificar niños con retardo en el crecimiento (longitud o talla baja) debido a un prolongado aporte insuficiente de nutrientes o enfermedades recurrentes. Es el índice de elección para valoraciones a largo plazo. También puede identificarse niños que son altos para su edad; sin embargo, la longitud o talla alta en rara ocasión es un problema a menos que sea excesivo y pueda estar reflejando desórdenes endocrinos.

### **Peso para la edad**

Refleja el peso corporal en relación con la edad del niño. Es un indicador útil para evaluar el bajo peso y el bajo peso severo. No se usa para clasificar a un niño con sobrepeso u obesidad. Su déficit está en relación con situaciones de corto y largo plazo.

### **Peso para la longitud o talla**

El peso para la longitud o talla refleja el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en longitud o talla. Ayuda a identificar niños con bajo peso para la talla que pueden estar emaciados o severamente emaciados. Sirve para identificar a niños con peso para la longitud o talla elevado que pueden estar en riesgo de presentar sobrepeso u obesidad.

### **Índice de masa corporal (IMC) para la edad:**

Es un índice especialmente útil cuando se examina por sobrepeso u obesidad. La curva de IMC y de Peso para la longitud o talla, tienden a mostrar resultados similares.

## **Interpretación de los puntos marcados en las curvas de crecimiento:**

- La línea marcada como 0 representa la mediana, lo cual es generalmente el promedio. Las otras líneas trazadas son líneas de puntuación Z (o Desviación estándar), las cuales indican la distancia de la mediana.
- Las líneas de puntuación Z de las de crecimiento están descritas positivamente (+1, +2, +3) o negativamente (-1, -2, y -3). En general, un punto marcado que está lejos de la mediana puede representar un problema sin embargo; debe considerarse otros factores como la tendencia en el crecimiento, las condiciones de salud del niño y la talla de los padres.
- La curva de crecimiento de un niño que crece normalmente sigue un canal más o menos paralelo a la mediana, el cual puede estar por encima o debajo de la mediana.
- Todo cambio rápido de la tendencia (elevación o disminución) debe ser investigado para encontrar la causa y remediar el problema.
- Una línea plana indica que el niño no está creciendo. Esto se llama estancamiento y también puede que necesite ser investigado.

- Una curva de crecimiento que cruza una línea de puntuación Z puede indicar riesgo. Se debe interpretar el riesgo de acuerdo a donde (con relación a la mediana) comenzó el cambio en la tendencia y cuál es la velocidad del cambio.

**Cuadro N°16. Clasificación del estado nutricional**

Puntuaciones z	Indicadores de Crecimiento			
	Longitud/talla para la edad (L-T/E)	Peso para la edad (P/E)	Peso para la longitud/talla P/L-T	IMC para la edad IMC/E
Por encima de +3	Un niño en este rango es muy alto. Raras veces es un problema, a menos que sea un caso extremo que indique la presencia de desórdenes endocrinos como un tumor productor de hormona del crecimiento. Si sospecha un desorden endocrino refiéralo a Pediatría o Endocrinología.	Un niño cuyo peso para la edad cae en este rango puede tener un problema de crecimiento, pero esto puede evaluarse mejor con el peso para la longitud/talla o IMC para la edad.	<b>Obeso</b>	<b>Obeso</b>
Por encima de +2			<b>Sobrepeso</b>	
Por encima de +1			<b>Posible riesgo de sobrepeso</b>  Un punto marcado por encima de 1 muestra un posible riesgo.  Una tendencia hacia la línea de puntuación Z de +2, muestra un riesgo definitivo de sobrepeso.	
0 (mediana)				
Por debajo de -1				
Entre <- 2 y -3	<b>Talla baja moderada</b>	<b>Bajo peso moderado</b>	<b>Emaciado</b>	
Por debajo de -3	<b>Talla baja severa</b>	<b>Bajo peso severo</b>	<b>Severamente Emaciado</b>	

FUENTE: Organización Mundial de la Salud. Curso de Capacitación sobre la Evaluación del Crecimiento del Niño. Versión 1. Noviembre 2006. Ginebra, OMS, 2006.

**CRITERIOS QUE USARÁ EL PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE NIÑOS EN CONSULTA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO PARA LA CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL ( CUADRO N° 16)**

Toda valoración del estado nutricional en niños de 2 meses a niños de 4 años 11 meses 29 días, debe hacerse usando 2 (dos) indicadores **L-T/E** y **P/T**

- ▶ Si en los dos indicadores señalados la valoración cae en área verde ■, el estado nutricional es **NORMAL**
- ▶ Si en alguno de los dos indicadores señalados la valoración cae en área roja ■, clasifique como **DESNUTRIDO** y refiérase al **Cuadro N° 18**
- ▶ Si en alguno de los dos indicadores señalados, la valoración cae en área amarilla ■, es necesario evaluar con **P/L-T** y/o **IMC/E**. Para esta valoración refiérase al **Cuadro N° 20**.

**Cuadro N°17. Evaluación del estado nutricional desde el nacimiento a los 2 meses de edad.**

PREGUNTE	OBSERVE Y DETERMINE		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
¿Tiene alguna dificultad para alimentarse? • ¿Ha dejado de comer? • ¿Desde cuándo? • ¿Se alimenta al pecho? • ¿Cuántas veces en 24 horas? • ¿Recibe el niño(a) otros alimentos? ¿Cuáles y con qué frecuencia? • ¿Toma otra leche? ¿Cuál? _____ ¿Cómo la prepara?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Longitud para la edad</li> <li>• El peso para la edad</li> <li>• Peso para la talla</li> <li>• El buen agarre y posición en el amamantamiento</li> </ul>	<b>Clasifique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de peso mayor del 10% en la primera semana</li> </ul>	<b>Problema severo de Alimentación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referir urgentemente al hospital</li> <li>• Prevenir hipotermia</li> <li>• Prevenir hipoglucemia</li> </ul>
<b>TENDENCIA DEL CRECIMIENTO FÍSICO</b>			Uno de los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tendencia horizontal o descenso del crecimiento</li> <li>• Peso/edad menos dos D.E (-2 D.E)</li> <li>• Agarre deficiente del pecho</li> <li>• No mama bien</li> <li>• Se alimenta al pecho menos de 8 veces al día</li> <li>• Recibe otros alimentos o líquidos</li> <li>• Recibe otra leche</li> </ul>	<b>Problemas de alimentación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si peso/edad menor del &lt; 2 D.E. o tendencia horizontal o en descenso, referir a consulta por pediatra.</li> <li>• Aconsejar a la madre que le dé el pecho las veces y el tiempo que el niño quiera de día y de noche, 8 veces al día</li> <li>• Si el niño tiene agarre deficiente o no mama bien, enseñar a la madre la posición y el agarre correctos</li> <li>• Si recibe otros alimentos o líquidos aconsejar a la madre que le dé el pecho más veces, reduciendo los otros alimentos o líquidos hasta eliminarlos y que no use biberón</li> <li>• Si el niño/niña no se alimenta al pecho:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referir para asesoramiento sobre lactancia materna y posible relactancia o iniciarla</li> <li>• En caso necesario enseñar a preparar correctamente otras fórmulas y a usar una taza</li> <li>• Hacer el seguimiento para cualquier problema de alimentación 2 días después.</li> <li>• Hacer el seguimiento de peso a los 7 días</li> <li>• Si la madre presenta molestias en las mamas, identificarlas, tratarlas</li> <li>• Enseñar a la madre medidas preventivas</li> </ul> </li> </ul>
TENDENCIA <ul style="list-style-type: none"> <li>→ ELOGIE</li> <li>→ ACTÚE</li> <li>→ REFIERA</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay ningún problema de alimentación y:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Longitud / talla normal</li> <li>- Peso / talla normal</li> <li>- Peso/edad normal</li> </ul> </li> <li>• Tendencia del crecimiento en ascenso</li> </ul>	<b>No tiene problemas de alimentación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elogiar y reforzar consejos a la madre ya que alimenta bien a su hijo</li> <li>• Hacer una visita de seguimiento según normas establecidas de crecimiento y desarrollo</li> </ul>

**Cuadro N°18. Evaluación por deficiencias del crecimiento para niños de 2 meses a 4 años de edad.**

Observar	Hallazgos	Clasificar como	Tratamiento
<p>Determinar si hay signos de marasmo, Kwashiorkor o emaciación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Severamente emaciado:</b> por debajo de puntuación Z -3 de peso para la longitud/talla o IMC para la edad.</li> <li>• <b>Signos clínicos de marasmo:</b> apariencia de estar severamente emaciado, como “piel y huesos”</li> <li>• <b>Signos clínicos de Kwashiorkor:</b> edema generalizado; pelo fino y disperso; piel con manchas oscuras o agrietadas/ descamadas.</li> </ul> <p>Verificar si hay edema en ambos pies.</p> <p>Determinar peso, talla y graficar P/E, T/E, P/T Ó IMC/E</p> <p>Determinar si la ganancia de peso y talla es inadecuada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de peso</li> <li>• Estancamiento</li> <li>• Insuficiente ganancia de peso</li> <li>• Obesidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P/T o IMC por debajo de -3</li> <li>• Signos clínicos de marasmo</li> <li>• Signos clínicos de Kwashiorkor</li> <li>• Edema en ambos pies</li> </ul>	Desnutrición severa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar vitamina A</li> <li>- Referir URGENTEMENTE al hospital</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P/E por debajo de -2 Ó</li> <li>• P/T entre -2 y -3</li> </ul>	Desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar vitamina A</li> <li>- Enviar a programa de alimentación complementaria.</li> <li>- Dar recomendación para la madre sobre la alimentación según las guías alimentarias.</li> <li>- Si la alimentación es un problema, hacer una consulta de seguimiento en 5 días, si no hay problemas de alimentación regresar en 15 días.</li> <li>- Dar antiparasitario.</li> </ul>
	T/E por debajo de -2	Baja Talla	Referir a especialista
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descenso en la línea de crecimiento en dirección contraria a la mediana.</li> <li>• La línea de crecimiento se mantiene plana (estancada por debajo de la mediana) , no hay ganancia de peso o longitud/talla.</li> </ul>	Riesgo nutricional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar recomendación para la madre sobre la alimentación según las guías alimentarias.</li> <li>- Si la alimentación es un problema, hacer una consulta de seguimiento en 5 días, si no hay problemas de alimentación regresar en 15 días.</li> <li>- Dar antiparasitario.</li> <li>OBSERVACIÓN: ENVIAR AL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crecimiento adecuado o</li> <li>- Una sola determinación del peso y la talla.</li> </ul>	Crecimiento adecuado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Felicitar a la madre o responsable.</li> <li>- Evaluar su alimentación y aconsejar a la madre sobre la alimentación adecuada para su edad</li> <li>- Evaluar el desarrollo</li> <li>- Administrar micronutrientes de acuerdo a la edad</li> <li>- Indicar a la madre cuando debe regresar de inmediato</li> </ul>	

**Cuadro N°19. Evaluación del estado nutricional para niños de 5 a 9 años de edad.**

Observar	Hallazgos	Clasificar como	Tratamiento
Determinar peso, talla y graficar IMC/E	IMC mayor de +2	OBESO	Referir a Especialista
	IMC entre >+1 y +2	SOBREPESO	- Observar tendencia en 30 días
	IMC entre +1 y -2	NORMAL	Felicitar a la madre Evaluación del desarrollo
	IMC por debajo de -2	BAJO PESO	- REFERIR A ESPECIALISTA

## Cuadro N°20. Evaluación por exceso de peso

PREGUNTAR:	OBSERVAR:	DETERMINAR:	HALLAZGOS	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Existe obesidad en los padres y/o hermanos?</li> <li>• ¿Le preocupa el peso al paciente o a la familia?</li> <li>• ¿Ha notado últimamente un gran aumento en el peso?</li> <li>• ¿Está recibiendo o ha recibido alguna medicación? (ej. corticoides)</li> <li>• Edad de menarquia: ¿Cada cuánto tiempo está menstruando? ¿Ha habido algún cambio?</li> </ul>	<p><b>Estado general</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado de nutrición</li> <li>• Hiperpigmentación y/o hipertrofia de la piel del cuello y pliegues (acantosis nigricans)</li> <li>• Hirsutismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso</li> <li>• Talla</li> <li>• IMC</li> <li>• Presión arterial</li> <li>• Una clasificación amarilla asociada como neumonía, diarrea y deshidratación, malaria, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P/T ó IMC/E puntuación Z + 3</li> </ul>	<b>Obeso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Referir a consulta especializada de inmediato</li> </ul>
			<p>En menores de 5 años</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• P/T ó IMC/E entre +2 y +3 y uno de los siguientes:</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia familiar positiva por obesidad</li> <li>- Acantosis nigricans</li> <li>- Hirsutismo</li> <li>- Amenorrea secundaria u oligomenorrea</li> <li>- Aumento brusco de peso</li> <li>- Preocupación por el peso</li> <li>- Características de otra patología o síndrome</li> <li>- Presión arterial elevada</li> </ul>	<b>Sobrepeso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Referir a consulta especializada de pediatría y nutrición</li> <li>- Iniciar educación alimentaria</li> <li>- Reforzar la actividad física</li> <li>- Evitar hábitos sedentarios</li> <li>- Control en 30 días.</li> </ul>
			<p>Para niños de 5 a 9 años</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• P/T ó IMC/E entre +1 y +2</li> <li>• Hay un pronunciado incremento en la línea de crecimiento.</li> </ul>	<b>Sobrepeso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación alimentaria</li> <li>- Reforzar la actividad física</li> <li>- Evitar los hábitos sedentarios</li> <li>- Control en 30 días</li> </ul>

**Patologías o síndromes más comunes que se asocian con Obesidad:**

- Diabetes tipo 2.
- Hipotiroidismo: retraso de crecimiento y desarrollo, constipación, piel seca, disfonía, astenia, pobre rendimiento escolar.
- Enfermedad de Cushing: estrías violáceas y prominentes, hirsutismo, obesidad en tronco, cara de luna llena, joroba de búfalo.
- Prader Willi: baja talla, testículos no palpables en escroto, apetito.

## **TRATAMIENTO DEL EXCESO DE PESO.**

### **OBESO DE ALTO RIESGO**

El niño clasificado en la fila roja como OBESO DE ALTO RIESGO debe ser referido lo antes posible a un a consulta especializada. Es importante captar a este niño e informar a la madre que debe volver al servicio de salud después de la consulta por el especialista. Allí, debe iniciarse un seguimiento estricto del peso y acompañar los tratamientos iniciados en el nivel de referencia.

### **OBESO O SOBREPESO DE ALTO RIESGO**

El niño clasificado en la fila amarilla, debe ser referido a consulta especializada por pediatría y nutrición. En algunos casos deberá ser directamente referido a un servicio sub-especializado como endocrinología. Administrar los tratamientos y seguir los procedimientos indicados en el cuadro Evaluar y clasificar. En general, el plan de tratamiento tiene varios tópicos que se separan para una mejor comprensión pero en realidad todos se relacionan entre sí:

- Dieta con reducción energética
- Incremento de la actividad física
- Apoyo psicológico
- Apoyo familiar
- Prevención

Debemos controlar al niño cada 30 días para hacer un seguimiento cercano del peso. El niño obeso o con sobrepeso no se puede dejar solo durante el tratamiento porque cuando no existe un seguimiento cercano, los tratamientos fallan.

### **SOBREPESO O EN RIESGO**

Tratamiento del niño clasificado como SOBREPESO O EN RIESGO Son fundamentales las medidas preventivas, pero hay que hacer algunas modificaciones:

#### **1. Educación alimentaria o alimentación saludable:**

La restricción alimentaria es el instrumento más eficaz y por lo tanto, imprescindible en el manejo del niño obeso, pero se debe tener algunos detalles en cuenta para evitar iatrogenia.

En cuanto al régimen alimentario, es muy importante recordar que estamos en presencia de niños que están en pleno crecimiento y desarrollo. Por lo tanto, la meta es lograr en primer lugar que dejen de aumentar de peso ya que si el niño crece normalmente, la relación peso para la talla se acercará gradualmente hacia la normalidad.

En los más pequeños se indicaría dieta normocalórica para su edad pero en los adolescentes podemos recomendar dietas restrictivas. La labor más importante es educativa: si se enseña a

las familias hábitos alimentarios sanos y adecuados, se logrará una prevención de la obesidad que es en realidad la forma más eficiente de combatirla. Existen algunas pautas que se pueden recomendar a todos los pacientes, adaptándolas según la necesidad:

- Las cantidades deben ser variables y no fijas. No deben medirse cantidades ni limitar porque existirán momentos en que se querrá comer más y en algunos menos. Lo importante es que no se debe comer nunca hasta quedar completamente lleno. Eso significa que se comió en exceso.
- Realizar 4 comidas diarias (desayuno, almuerzo, merienda y cena). Estas son fundamentales y no se debe eliminar ninguna.
- No comer nada entre las 4 comidas excepto agua.
- No tener en casa alimentos hipercalóricos de fácil acceso.
- La alimentación debe ser parecida para toda la familia.
- Siempre comer formalmente en la mesa, sin discusiones durante la comida.
- No comer mientras se realizan otras actividades como leer, estudiar, ver televisión, etc.
- Servir la comida en platos pequeños. La vista influye notablemente, no solo en lo apetitoso sino también en la valoración subjetiva de la cantidad.
- Masticar despacio.
- Si algún día es indispensable algo de comer entre comidas, elegir frutas o vegetales
- Utilizar siempre preparaciones culinarias sencillas, evitando frituras y salsas con grasa.
- Evitar alimentos ricos en grasas de cualquier tipo.
- Evitar alimentos ricos en azúcar refinado.
- Evitar siempre la repetición de platos.

Alimentos aconsejables:

- Vegetales: pueden ingerirse libremente, crudos o cocidos, sin agregar grasas de tipo vegetal o animal.
- Frutas: prácticamente todas. Mejor entera que jugos con azúcar donde se pierde el poder vitamínico.
- Carne/pescado/aves: todos para crear una dieta variada, menos el cerdo. Evitar las preparaciones con grasa.
- Huevo: uno diario evitando freírlo.
- Leche/yogurt: preferir semidescremados o descremados, hasta 2 porciones por día.
- Bebidas: idealmente agua cada vez que exista sed. Las bebidas dietéticas son dulces y acostumbran al niño a este sabor.
- Leguminosas (menestras o frijoles, lentejas, arvejas) una porción diaria, preparados sin grasa o carne de puerco.
- Arroz o pastas: 1 taza al día.
- Papas, verduras o plátanos: una porción al día, pero sin grasa. Nunca fritos.
- Cereal, galletas: en pocas cantidades evitando los que contengan crema o chocolate, deben ser galletas sencillas

## **2. Actividad Física:**

Es fundamental que se combine una alimentación saludable con el ejercicio. Algunas pautas para conseguir éxito en la actividad física son:

- Aumentar gradualmente la actividad física, comenzando por ejercicio muy suave.
- Lograr evitar que el niño se sienta ridículo haciendo ejercicio.
- El ejercicio debe ser diario, nunca esporádico.
- Buscar el más idóneo.
- No se debe depender de nadie para hacer ejercicio, porque si ese alguien falla, se pierde toda la rutina de ejercicio.
- Buscar pares con fines parecidos.
- Buscar un aspecto lúdico en el ejercicio o juego.
- Evitar el carro para salidas cerca.
- Evitar en los apartamentos el uso de ascensor y volver a las escaleras.

Quizá, uno de los aspectos más importantes para fomentar la actividad física es limitar las actividades sedentarias. Se recomienda la limitación de la televisión, el computador y los videojuegos, etc. a una o dos horas máximo por día.

## **3. Aspectos familiares y psicológicos importantes:**

En primer lugar, una historia clínica amplia y detallada que recoja: características de la alimentación, hábitos de ejercicio, nivel socioeconómico, antecedente de obesidad, hipertensión, diabetes, hiperlipidemia, o síndromes con obesidad y la actitud ante la obesidad del niño y la familia. Esta información ayudará a personalizar más el tratamiento. Además, recogerá las características de la familia en relación con el peso corporal, ¿se trata de una familia de obesos?, ¿cómo son los padres?, ¿cómo son los hermanos? Otros detalles claves son: peso y talla al nacer y durante las consultas previas, antecedente de enfermedades que requirieron reposo, conducta social del niño, situaciones de estrés, tratamientos previos. En este contexto, también existen algunas pautas para tener en cuenta:

- La sobreprotección o rigidez de los padres influye en la manera de ser y comer. Algunos padres sobrealimentan por factores culturales y educacionales.
- El primer cambio es la automonitorización. El niño debe evaluar su ingesta y gasto calórico y todo lo que lo afecte sin tener que tener un conocimiento profundo del tema. Debe conocer qué come, cómo y el ejercicio que hace.
- Los padres llevan todo el peso del tratamiento en el menor de 5 años. Entre 5 y 9 años se da responsabilidad a los niños, pero la familia vigila y es responsable. Al mayor de 9 años se da más responsabilidad y en el adolescente disminuye notablemente la participación de la familia.
- Deben prevenirse situaciones que hacen que fallen los esfuerzos:
  - Falta de interés: especialmente cuando uno de los padres es obeso.
  - Resistencia al cambio: desean seguir patrones alimentarios diferentes a los recomendados.
  - Un familiar que sabotea los esfuerzos: usualmente un abuelo.

## **NO TIENE SOBREPESO**

El tratamiento del niño clasificado como NO TIENE SOBREPESO es preventivo. Usted debe estimular hábitos de vida saludable.

## **SEGUIMIENTO DE NIÑOS (AS) CON PROBLEMAS DE NUTRICIÓN**

### **Evaluación**

- Evaluar estado nutricional, peso, talla, peso/talla, IMC.
- Reevaluar la alimentación y determinar si hay problemas de alimentación.
- Preguntar sobre problemas de alimentación detectados en la primera consulta y como los ha resuelto.

### **Tratamiento:**

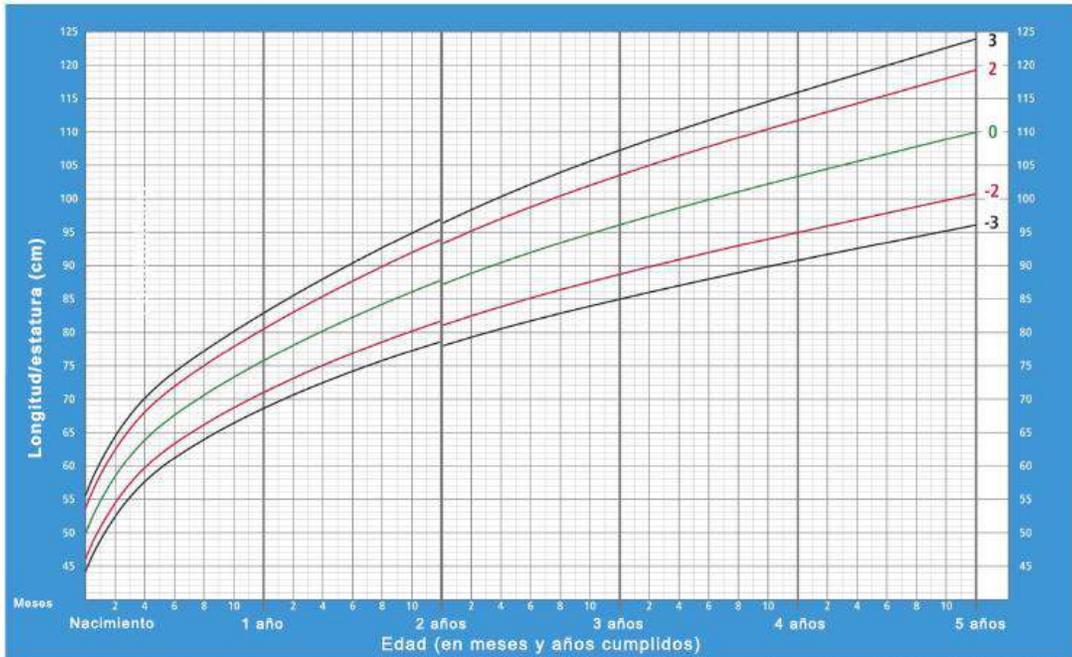
- aconsejar a la madre acerca de cualquier problema nuevo o persistente. Si se le recomienda que haga cambios importantes en la alimentación, decirle que vuelva a traer al niño(a). Es fundamental trabajar con la persona que cuida el niño (a) todo el día (abuela, tía, nana u otro familiar)
- Si el peso del menor de 2 meses es bajo para la edad, decirle a la madre que vuelva 7 días después de la primera consulta para determinar si el niño ha aumentado de peso
- Si cree que la alimentación no ha mejorado o si el niño menor de 2 meses ha bajado de peso, refiéralo.
- Continuar citando cada 14 – 30 días hasta recuperación. Si es una desnutrición severa, debe evaluarse semanalmente.

HCP 18-A

## Longitud/estatura para la edad Niños



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



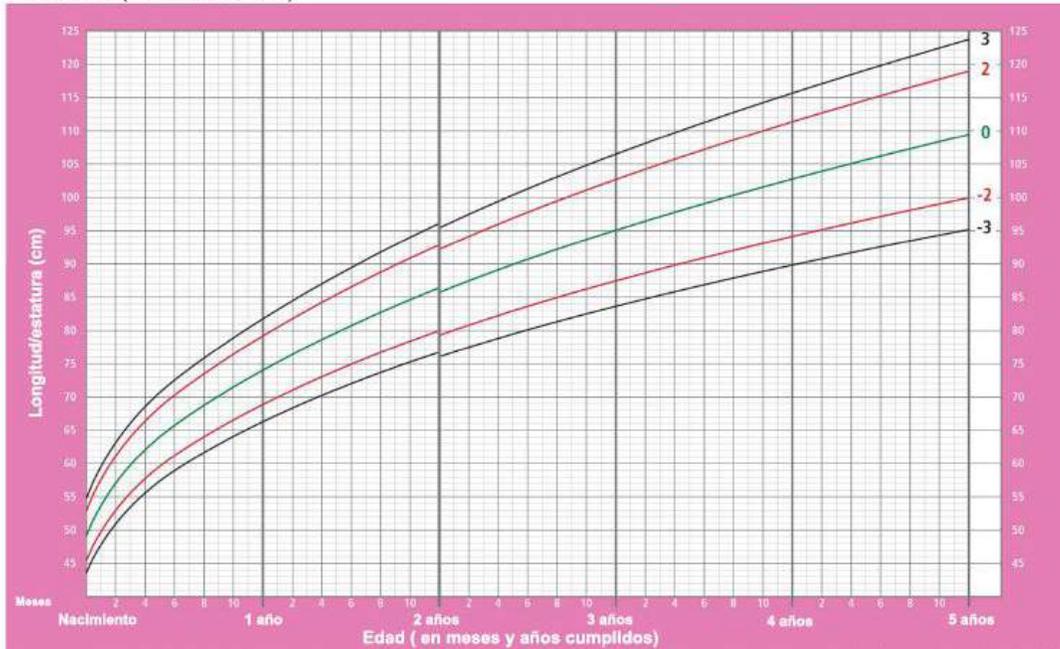
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 18-B

## Longitud/estatura para la edad Niñas



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

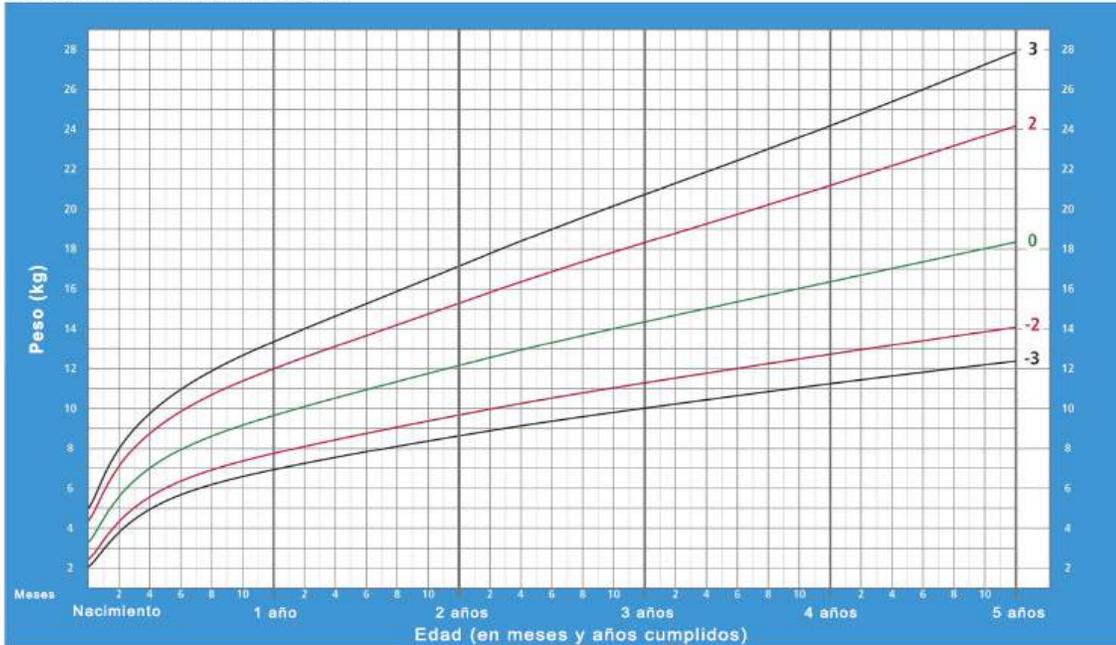


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 19-A

## Peso para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

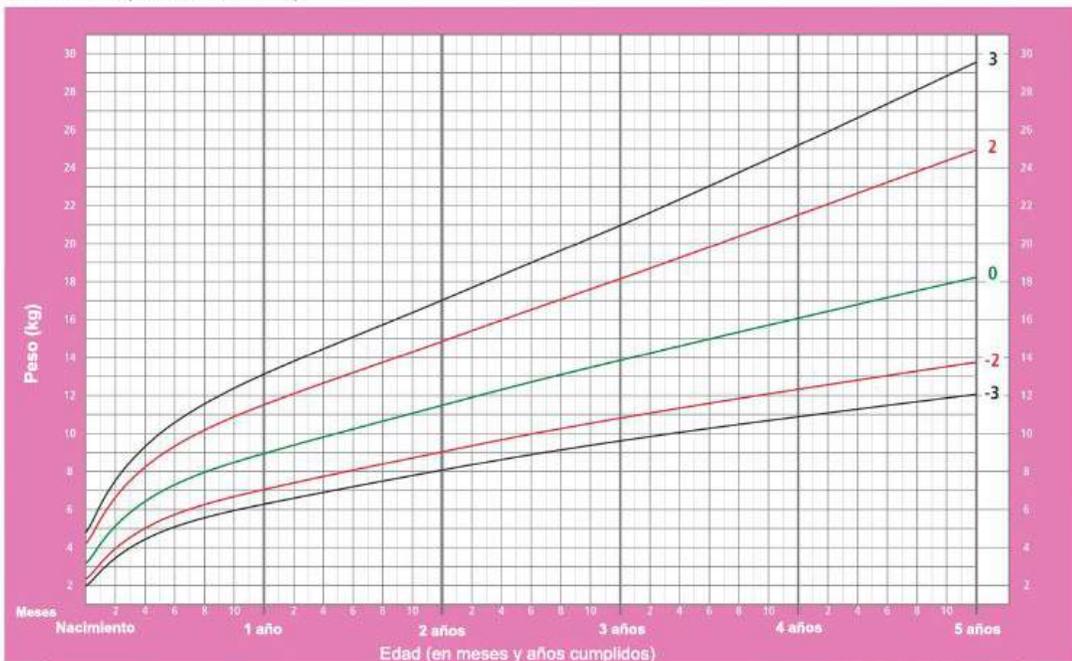


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 19-B

## Peso para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

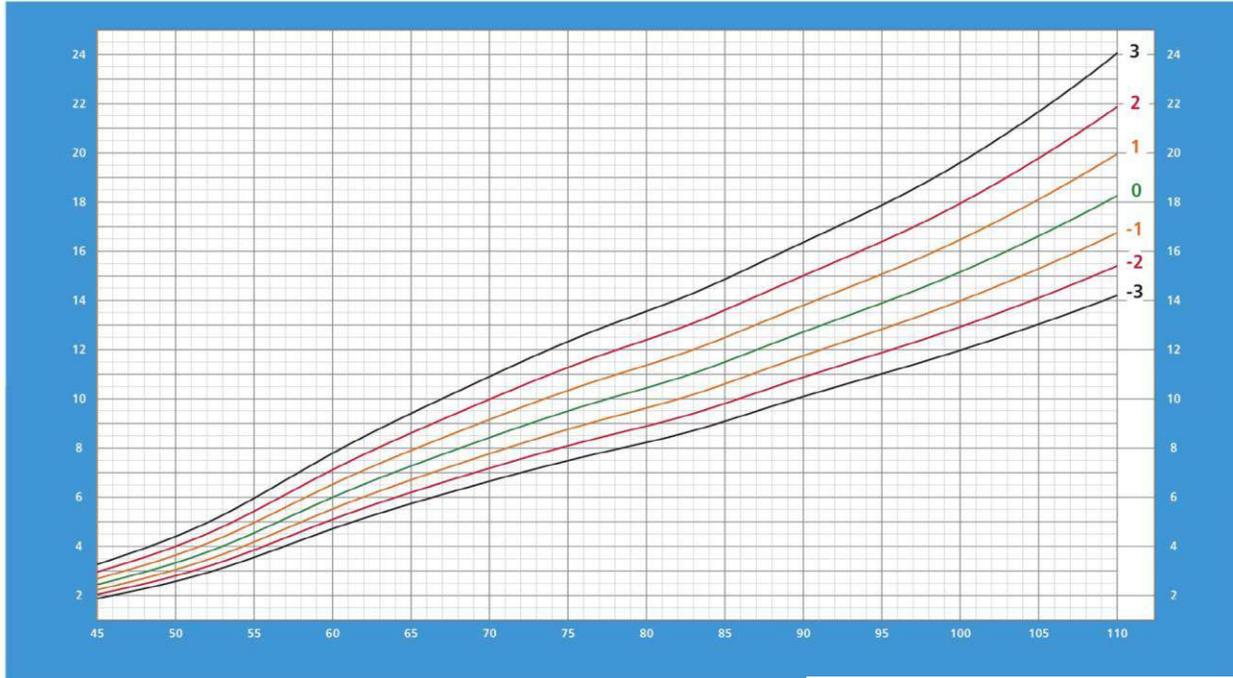
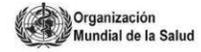


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 20-A

## Peso para la longitud Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 20-B

## Peso para la longitud Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)

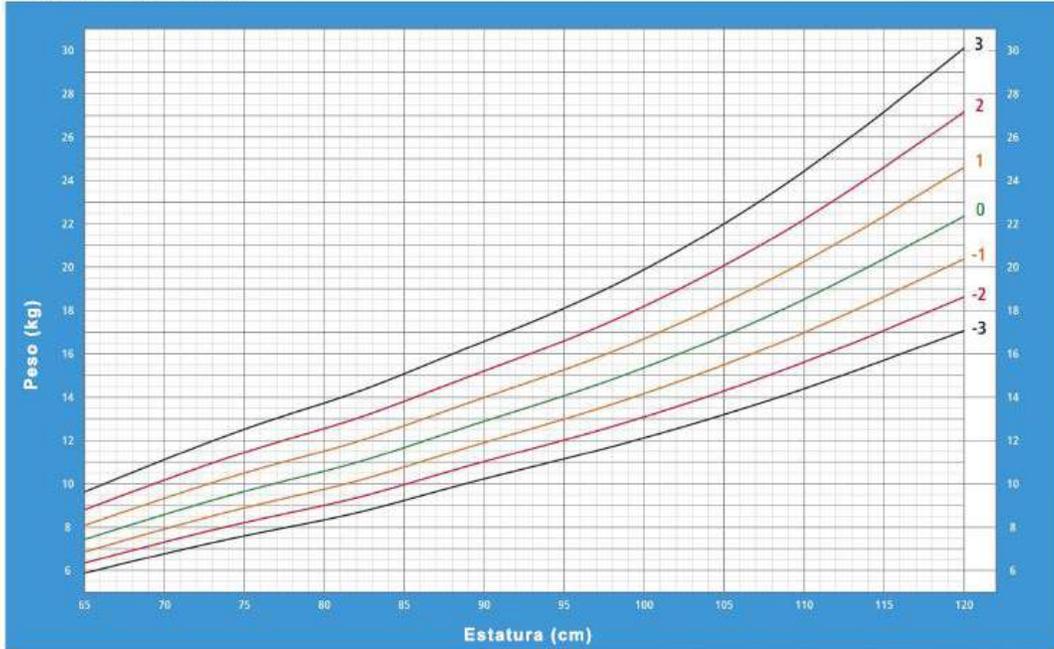
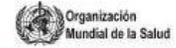


HCP 21-A

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

## Peso para la estatura Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

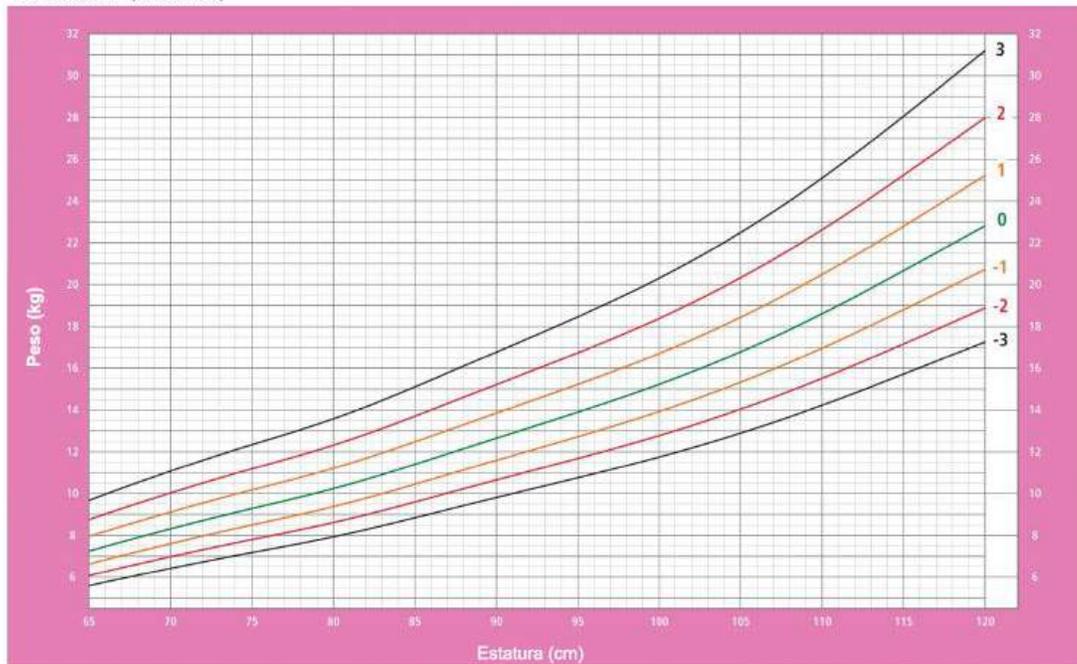


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 21-B

## Peso para la estatura Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

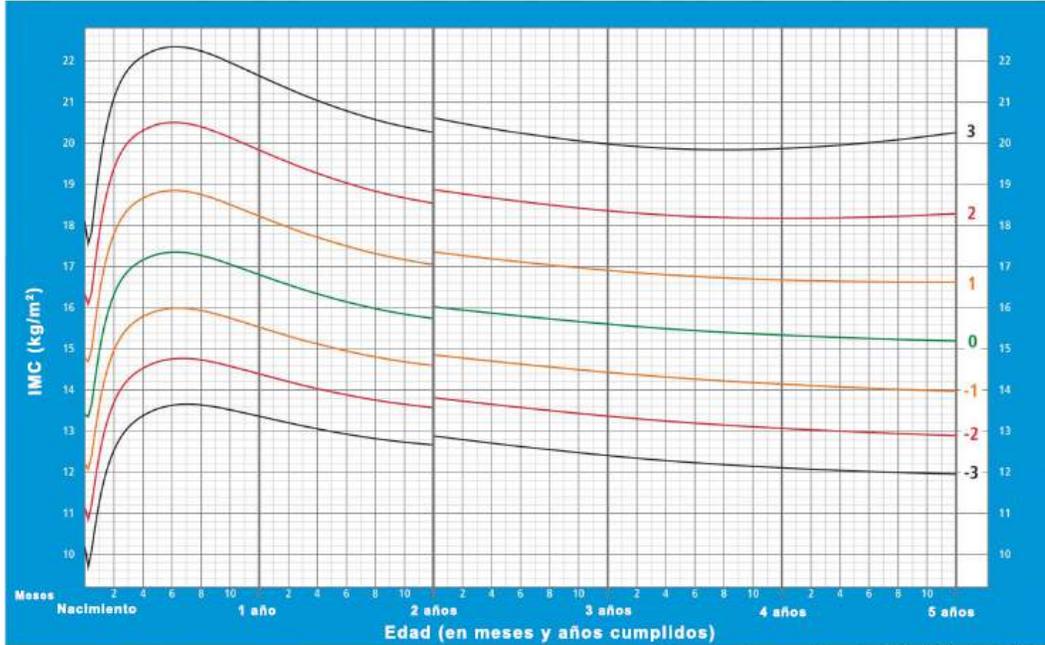


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 22-A

## IMC para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

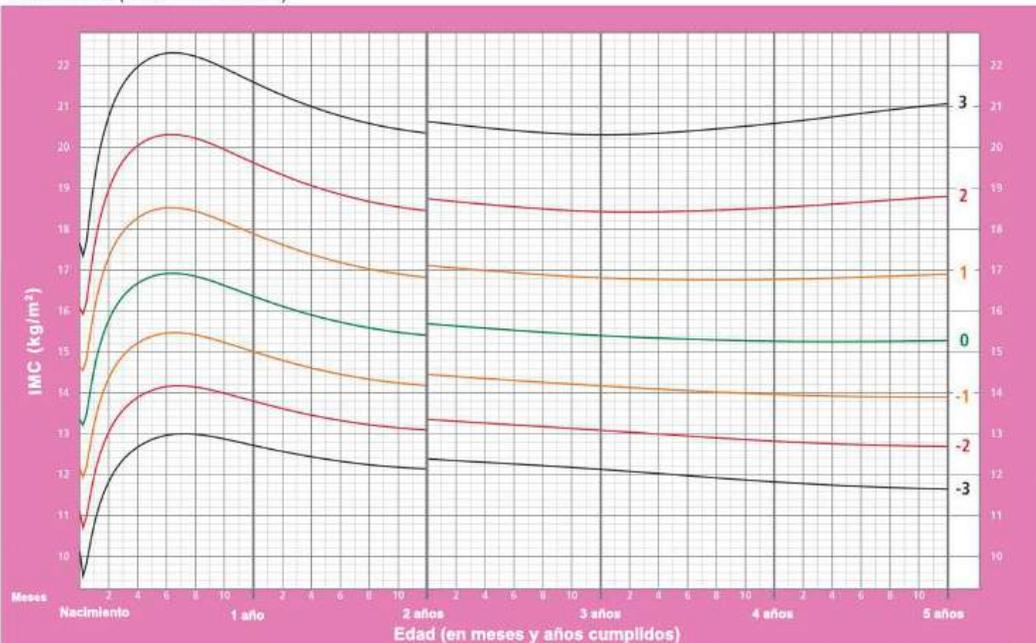


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 22-B

## IMC para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

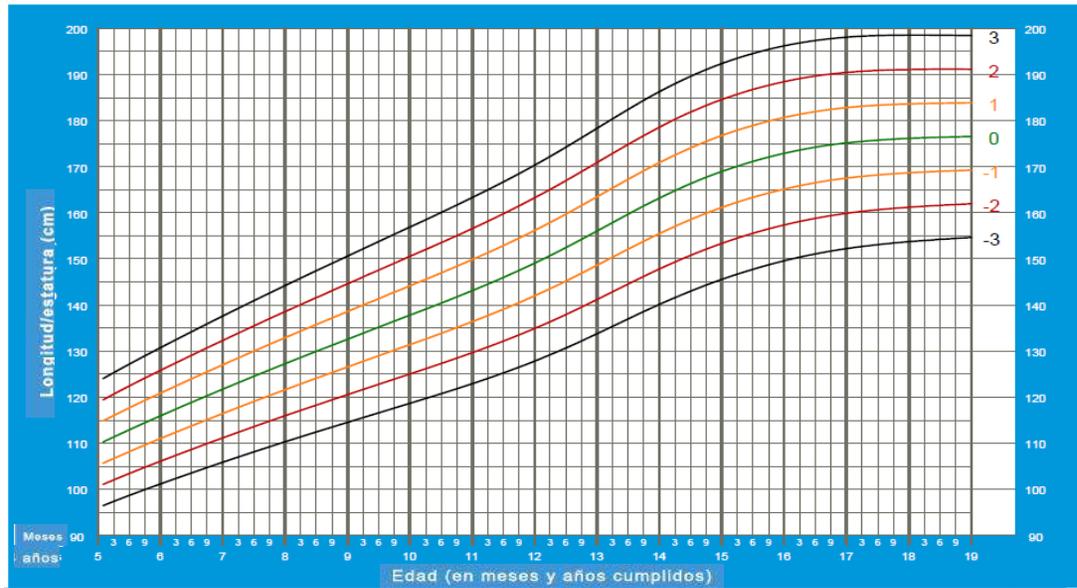


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 24-A Estatura para la edad Niños 5 a 19 años

# Longitud/estatura para la edad Niños

Puntuación Z ( 5 to 19 años)

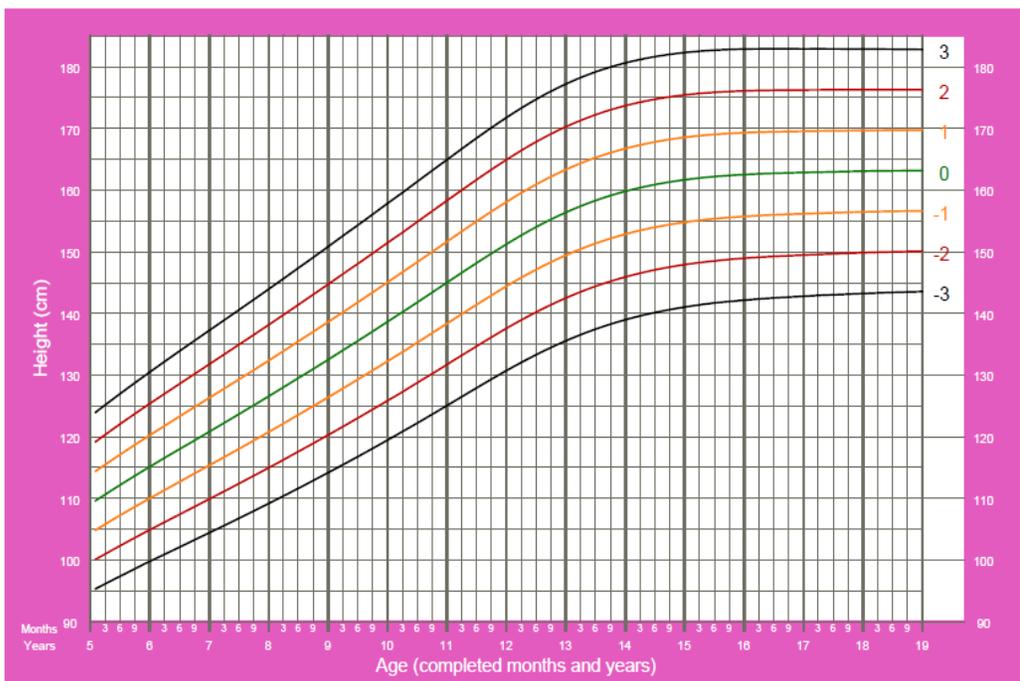


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

## HCP 24-B Estatura para la edad Niñas 5 a 19 años

# Longitud/estatura para la edad Niñas

Puntuación Z ( 5 a 19 años)



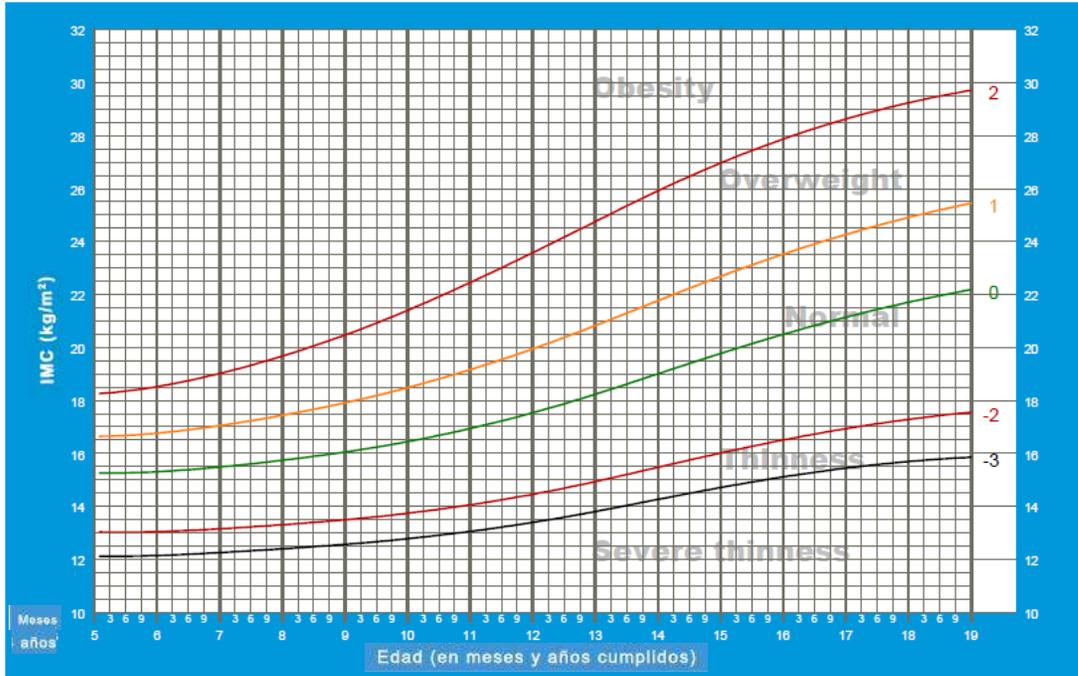
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 25-A

## IMC para la edad Niños



Puntuación Z (5 a 19 años)

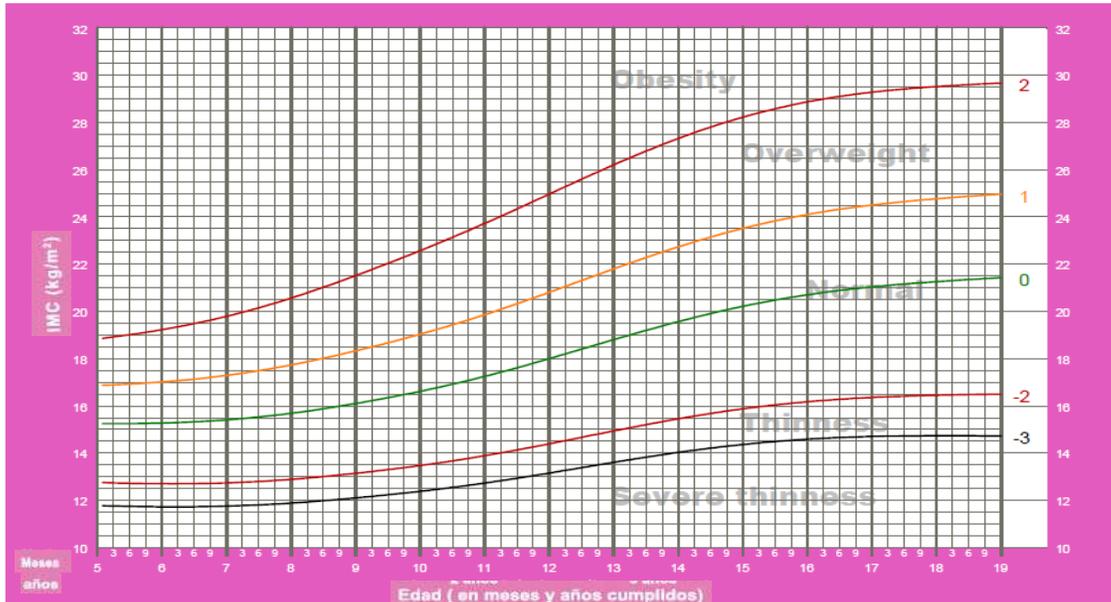


HCP 25-B

## IMC para la edad Niños



Puntuación Z (5 a 19 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

# Actividad #10. Evaluación del Desarrollo<sup>2</sup>.

## Evaluación del menor de 2 años: Instrucciones.

En la primera consulta de evaluación del desarrollo de un niño menor de dos años es importante preguntar a la madre o acompañante (cuidador primario) sobre hechos asociados al desarrollo, y observar al niño en la realización de comportamientos esperados para su grupo de edad. Aproveche para observar a la madre en su interacción con el niño (vínculo madre-hijo), por ser éste un importante factor de protección para el desarrollo humano.

Observe la forma como la madre sostiene al niño y si existe contacto visual y verbal afectuoso entre ambos. Vea también los movimientos espontáneos del niño, si presenta interés por objetos próximos a él o por el ambiente en que se encuentra. Es importante también verificar los cuidados que la madre o el cuidador le brindan, observando su higiene y la atención de éstos a lo que el niño está haciendo o deseando. Todas son observaciones previas que pueden auxiliar la evaluación.

### Haga preguntas relacionadas con el desarrollo del niño

#### > Pregunte a la madre:

- ¿Cómo fue el embarazo de su niño? ¿Cuánto tiempo duró?

Utilice palabras simples que ella pueda entender. Verifique cuántos meses duró el embarazo, si durante el mismo se hicieron controles prenatales (cuántas consultas), si presentó algún problema de salud (ej. infecciones), si utilizó algún medicamento, si presentó problemas como hemorragias o eclampsia, si el embarazo fue deseado o no, si tuvo variaciones exacerbadas en su estado de ánimo (depresión o irritabilidad), y otras informaciones que se juzguen importantes. Si hubiera sospechas de infecciones tipo rubéola, toxoplasmosis, sífilis, Sida o citomegalovirus, pregunte si la madre se hizo algún examen para confirmar alguna de estas patologías. Si es posible, solicite los exámenes.

#### > Enseguida, pregunte:

- ¿Cómo fue el parto de su niño?

Indague si el parto fue en la casa o en el hospital, si demoró muchas horas en el trabajo de parto, si fue normal, si fue por cesárea o si se realizó con fórceps.

---

<sup>2</sup> Tomado de: Figueiras, Amira Consuelo. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI. Washington, D.C: OPS, 2007.

|> Continúe investigando:

- ¿Cuánto pesó su niño al nacer?
- ¿Presentó el niño algún problema después del nacimiento?

Verifique si la madre tiene alguna información por escrito del hospital sobre el nacimiento y el parto. Anote el peso del niño y el perímetro cefálico al nacer. Pregunte si el niño lloró al nacer, si presentó algún problema que requirió el uso de oxígeno, medicamentos, fototerapia, transfusión de sangre o cualquier otra intervención; si necesitó permanecer hospitalizado en neonatología, en la unidad de cuidados intensivos o en alojamiento conjunto. En caso afirmativo, pregunte por cuántos días y por qué tipo de problemas, y si la madre acompañó al niño durante la internación o si lo visitaba esporádicamente. Es importante saber también si ella realizaba algún cuidado al niño (alimentación, higiene, etc.), si había contacto físico, verbal y/o visual entre madre e hijo y si el padre participó en estos momentos.

> Continúe preguntando:

- Pregunte también sobre los antecedentes del niño hasta el momento de la consulta.
- ¿Ha presentado el niño algún problema de salud más serio hasta el día hoy?

Algunas enfermedades comunes de la infancia pueden alterar el desarrollo del niño, tales como convulsiones, meningitis, encefalitis, traumatismos de cráneo, infecciones respiratorias y otitis a repetición, etc. También es importante saber sobre algunos problemas familiares que puedan interferir en el desarrollo del niño. Esto incluye, por ejemplo, los padres consanguíneos, que tienen mayor probabilidad de tener niños con alteraciones genéticas cuya herencia sea autosómica recesiva.

> Pregunte:

- ¿Usted y el padre del niño, son parientes?
- ¿Existe alguna persona en su familia que tenga un problema mental o físico?

Las condiciones de vida de un niño pueden favorecer o dificultar su pleno desarrollo.

> Pregunte:

- ¿Cómo y con quién acostumbra jugar su niño?
- ¿Dónde y con quién está él la mayor parte del día?

Investigue si el niño concurre a una guardería o si permanece en casa. Pregunte a la madre si pasa mucho tiempo en el corralito, si convive con otros niños o solo con adultos y si éstos le dan atención o juegan con él. En caso afirmativo investigue, qué tipo de juguete que se le ofrece.

**Investigue ahora sobre:** Escolaridad materna, convivencia familiar, hacinamiento, violencia doméstica, existencia de usuarios de drogas o alcohol en convivencia con el niño, etc.

Hasta aquí usted realizó preguntas para la investigación inicial, y que es parte del contexto más amplio de la primera consulta del niño en el servicio de salud. Antes de iniciar la observación de las condiciones de desarrollo, pregunte:

- **¿Cómo ve el desarrollo de su hijo?**

En general, la madre es la persona que convive más con el niño, por lo tanto, es la persona que más lo observa. La mayoría de las veces, comparándolo con otros niños, la madre es la primera que percibe que su hijo no se desarrolla bien. Valore la opinión de la madre, y si ella dice que su niño no se está desarrollando bien, observe con mayor atención para detectar si existen problemas de desarrollo.

Realizada las preguntas para investigar los factores de riesgo y la opinión de la madre sobre el desarrollo de su hijo, observe y examine al niño. No deje de verificar la forma de la cabeza y medir el perímetro cefálico. Verifique también si existen alteraciones fenotípicas, tales como implantación baja de oreja, u ojos separados.

Certifique que el ambiente de la evaluación sea lo más tranquilo posible y que el niño esté en buenas condiciones emocionales y de salud para iniciar el examen. Si por algún motivo no se puede evaluar el desarrollo del niño en esa consulta o quedaron dudas en cuanto a algún comportamiento o ítem, cite nuevamente a control lo más pronto posible y proceda a una evaluación para mayor seguridad.

Verifique la condición de desarrollo del niño. Siga las pautas propuestas para la vigilancia del desarrollo en los niños. Observe y verifique si el menor cumple con el conjunto de comportamientos o hitos que servirán para clasificar su desarrollo. Si el niño tiene de una semana a menos de dos meses de edad, utilice el cuadro “Vigilancia del desarrollo del niño menor de dos meses” (Cuadro N°21). Si tiene de dos meses a dos años de edad, utilice el cuadro “Vigilancia del desarrollo del niño de dos meses a dos años de edad” (Cuadro N°22). Para los prematuros utilice la edad corregida hasta los 12 meses de edad cronológica

## Vigilancia de desarrollo del niño y niña menor de dos meses.

En el grupo de niños de menos de dos meses de edad vamos a observar los siguientes comportamientos:

## Menor de un mes

- Reflejo de Moro
- Reflejo cocleo-palpebral
- Reflejo de succión
- Brazos y piernas flexionados
- Manos cerradas

### Reflejo de Moro

*Posición del niño:* acostado en decúbito dorsal (boca arriba). Existen varias maneras de verificar su respuesta; una de ellas consiste en colocar al niño decúbito dorsal sobre una manta, la que debe ser bruscamente retirada. Otra manera es aplaudiendo sobre la cabeza del niño.

*Respuesta esperada:* extensión, abducción y elevación de ambos miembros superiores seguida de retorno a la habitual actitud flexora en aducción. Ésta debe ser simétrica y completa.

### Observa el rostro:

*Posición del niño:* coloque el niño de frente o en decúbito dorsal (boca arriba). Coloque su rostro a aproximadamente 30 cm frente o encima del rostro del niño.

*Respuesta esperada:* si el niño lo mira, de forma evidente.

### Reflejo cocleo-palpebral

*Posición del niño:* acostado en decúbito dorsal (boca arriba).

Aplauda a 30 cm. de la oreja DERECHA del niño y verifique la respuesta. Repita de la misma manera en la oreja IZQUIERDA y verifique su respuesta. Debe ser obtenido en un máximo de dos ó tres intentos, en vista de la posibilidad de la habituación del estímulo.

*Respuesta esperada:* pestañeo de los ojos.

### Reflejo de succión

*Posición del niño:* pida a la madre que coloque al niño en el pecho y observe. Si mamá hace poco, estimule sus labios con el dedo y observe.

*Respuesta esperada:* el niño deberá succionar el pecho o realizar movimientos de succión con los labios y lengua al ser estimulado con el dedo.

### Brazos y piernas flexionadas

*Posición del niño:* acostado en decúbito dorsal (boca arriba).

*Postura esperada:* debido al predominio del tono flexor en esta edad, los brazos y las piernas del niño deberán estar flexionados.

### Manos cerradas

*Posición del niño:* en cualquier posición observe sus manos.

*Postura esperada:* sus manos, en este grupo de edad, deberán estar cerradas.

## Un mes a menos de dos meses

- Vocaliza
- Movimiento de piernas alternado
- Sonrisa social
- Abre las manos

### **Vocaliza**

Posición del niño: durante el examen, en cualquier posición, observe si el niño emite algún sonido, como sonidos guturales o sonidos cortos de las vocales. No debe ser llanto. En caso que no sea observado, pregunte a quien lo acompaña si el niño hace estos sonidos en casa.

Respuesta esperada: si el niño produce algún sonido o el acompañante dice que lo hace, entonces él ha alcanzado esta condición.

### **Movimiento de piernas alternado**

Posición del niño: acostado en decúbito dorsal, sobre la camilla o colchoneta, observe los movimientos de sus piernas.

Respuesta esperada: movimientos de flexión y extensión de los miembros inferiores, generalmente en forma de pedaleo o entrecruzamiento, algunas veces con descargas en extensión.

### **Sonrisa social**

Posición del niño: acostado en decúbito dorsal, sobre la camilla o colchoneta, sonría y converse con él. No le haga cosquillas ni toque su cara.

Respuesta esperada: el niño sonríe en respuesta. El objetivo es obtener más una respuesta social que física.

### **Abre las manos**

Posición del niño: acostado en decúbito dorsal, sobre la camilla o colchoneta observe sus manos. Postura esperada: en algún momento el niño deberá abrir sus manos de manera espontánea.

## **Clasifique y adopte conductas sobre la condición de desarrollo del niño y niña menor de 2 meses**

Si el niño presenta reflejos y son normales, sus posturas y habilidades están presentes y son de acuerdo a su grupo de edad de menor de 1 mes o de un mes a menor de dos meses, su perímetro cefálico está entre menos 2 D.E. y más 2 D.E. o lo que equivaldría, no presenta tres o más alteraciones fenotípicas y no presenta factores de riesgo, entonces el niño se clasifica como **DESARROLLO NORMAL** (fila verde).

Si el niño presenta reflejos y son normales, sus posturas y habilidades están presentes y son de acuerdo a su grupo de edad de menor de 1 mes o de 1 mes a menor de dos meses, su perímetro cefálico está entre menos 2 D.E. y más 2 D.E., no presenta tres o más alteraciones fenotípicas pero existen uno o más factores de riesgo, entonces el niño se clasifica como **DESARROLLO NORMAL CON FACTORES DE RIESGO** (fila amarilla).

Si el niño presenta ausencia o alteración de uno o más reflejos/posturas o habilidades para su grupo de edad de menor de un mes o de un mes a menor a dos meses, o su perímetro cefálico es menor que el Menos 2 D.E. o mayor que 2 D.E., o presenta tres o más alteraciones fenotípicas, entonces el niño se clasifica como **PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO** (fila roja).

Una vez que usted clasificó la condición de desarrollo del niño menor de un mes o de un mes a menor de dos meses, deberá dar las indicaciones de tratamiento.

Si el niño es clasificado como **Desarrollo normal**, felicite a la madre por su dedicación al cuidado y estimulación del niño, aconseje para que lo continúe estimulando, organice la consulta de seguimiento y control, e indique los signos de alarma para consultar antes de lo indicado. Entre éstas destaque las convulsiones, o si la madre nota que el niño está extremadamente irritado, duerme en exceso o no se alimenta adecuadamente.

Si el niño es clasificado como **Desarrollo normal con factores de riesgo**, aconseje a la madre sobre la estimulación de su hijo, explique que tendrá que regresar con el niño para una consulta de seguimiento y control a los 15 días, e indíquele los signos de alarma para volver antes. Si hubiera sospecha de infecciones congénitas como rubéola, sida, citomegalovirus o toxoplasmosis, solicite investigación serología al niño.

Si el niño es clasificado como **Probable retraso del desarrollo**, refiera al niño para orientación y evaluación neuropsicomotora por Pediatría o Neurología Pediátrica, según disponibilidad de recursos, quienes integrarán la atención y referencias adicionales necesarias. Si el niño presenta alteraciones fenotípicas, puede ser referido al servicio de genética para diagnóstico y consejería a la familia. Explique a la madre que el niño está siendo referido para una mejor evaluación y que no quiere decir que necesariamente tenga un retraso del desarrollo. Esto será determinado por un equipo especializado que va a atenderlo y, luego de un detallado examen, determinará su situación. Si el niño presenta un retraso estará recibiendo los cuidados y orientación necesarios precozmente.

## Cuadro N°21. Verificar el desarrollo del niño menor de 2 meses de edad.

En TODOS los casos indagar sobre los antecedentes del embarazo y el trabajo de parto y si hubo necesidad de reanimación u hospitalización.

DETERMINAR	OBSERVAR Y EXPLORAR		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<p><b>PREGUNTAR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tuvo control prenatal?</li> <li>• ¿Hubo algún problema durante la gestación, parto o nacimiento del niño?</li> <li>• ¿Nació prematuro?</li> <li>• ¿Cuánto pesó al nacer?</li> <li>• ¿Ha tenido su hijo alguna enfermedad grave como meningitis, traumatismo craneano o convulsiones?</li> <li>• ¿Es pariente del padre de su hijo?</li> <li>• ¿Existe algún caso de deficiencia en la familia?</li> <li>• ¿Qué piensa usted del desarrollo de su hijo?</li> </ul> <p><b>¿Estuvo en Cuidado Intensivo pediátrico?</b></p> <p><b>¿Uso de medicamentos ototóxicos?</b></p> <p><b>¿Se le realizó tamizaje?</b></p> <p><b>HAGA PREGUNTAS ADICIONALES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Existe algún otro factor de riesgo como violencia doméstica, depresión materna, alcoholismo, etc.?</li> </ul> <p><b>OBSERVE Y DETERMINE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perímetro cefálico</li> <li>• Presencia de alteraciones fenotípicas</li> </ul> <p><b>RECUERDE</b></p> <p>Si la madre dice que el niño tiene algún problema de desarrollo o que existe algún factor de riesgo, esté más atento a la evaluación de su desarrollo</p>	<p><b>Menor de 1 Mes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflejo de Moro</li> <li>• Reflejo cocleo palpebral</li> <li>• Reflejo de succión</li> <li>• Brazos y piernas flexionados</li> <li>• Manos cerradas</li> </ul>	<b>Clasificar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de uno o más reflejos/posturas/habilidades para su grupo de edad, o</li> <li>• Perímetro cefálico menor de menos 2D.E. (-2D.E.) ó mayor de 2D.E (+2D.E.) , o</li> <li>• Presencia de 3 o más alteraciones fenotípicas</li> </ul>	<p><b>Probable atraso del desarrollo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refiera para evaluación por especialista según disponibilidad de recursos (Pediatria, Neurología)</li> </ul>
	<p><b>1 Mes a Menos de 2 Meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vocaliza</li> <li>• Movimiento de piernas alternado</li> <li>• Sonrisa social</li> <li>• Abre las manos</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflejos /posturas /habilidades presentes para su grupo de edad; o</li> <li>• Perímetro cefálico entre - 2D.E y + 2D.E; o</li> <li>• Ausencia o presencia de menos de 3 alteraciones fenotípicas;</li> <li>• Existe uno o más factores de riesgo</li> </ul>	<p><b>Desarrollo normal con factores de riesgo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aconseje a la madre sobre la estimulación de su hijo.</li> <li>• Haga una consulta de seguimiento y control a los 15 días.</li> <li>• Indique a la madre los signos de alarma para volver antes</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflejos/posturas /habilidades presentes para su grupo de edad; o</li> <li>• Perímetro cefálico entre - 2D.E y + 2D.E; o</li> <li>• Ausencia o presencia de menos de 3 alteraciones fenotípicas;</li> <li>• No existen factores de riesgo</li> </ul>	<p><b>Desarrollo normal</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Felicite a la madre</li> <li>• Aconseje a la madre para que continúe estimulando a su hijo</li> <li>• Haga seguimiento en cada consulta de control.</li> <li>• indique a la madre los signos de alarma para volver antes</li> </ul>

**Observaciones:** En la consulta de seguimiento del niño clasificado como **Desarrollo normal con factores de riesgo**, observe y verifique la presencia y simetría del Reflejo de Moro, así como la presencia del Reflejo cocleo palpebral. En el caso que ambos estén presentes, felicite a la madre y aconséjela sobre la estimulación de su hijo. Luego indique la fecha de la próxima consulta según la rutina del servicio, e informe sobre los signos de alarma para consultar antes de lo indicado. En caso de que tanto el Reflejo de Moro como el Reflejo cocleo palpebral estén ausentes, reclasifique como **Probable retraso del desarrollo** y derive para una evaluación por Pediatría o Neurología Pediátrica, según disponibilidad de recursos. Si al retorno el niño ya tiene dos meses o más, utilice para su evaluación el Cuadro N°22.

## Vigilancia de desarrollo de niños y niñas de dos meses a dos años de edad.

Realizadas las preguntas sobre factores de riesgo y la opinión sobre cómo ve la madre el desarrollo de su hijo, observe y verifique señales de alerta en el examen físico del niño. Después, verifique la edad del niño y encuadre como sigue:

- Si el niño tiene de dos meses a menos de cuatro meses de edad, observe el grupo de edad de dos meses.
- Si tiene cuatro meses a menos de seis meses de edad, observe el grupo de edad de cuatro meses.
- Si tiene de seis meses a menos de nueve meses de edad, observe el grupo de edad de seis meses, y así en adelante.
- Siempre evalúe al niño en el grupo de edad de su edad o en la inmediatamente inferior a su edad. Vea los marcos para cada grupo de edad.

Si usted encuentra que el niño no cumple una o más de las condiciones de su grupo de edad, entonces evalúe con el grupo anterior. De este modo usted podrá clasificar el desarrollo del niño.

En los niños de dos meses de edad, vamos a observar los siguientes comportamientos:

### DOS MESES

- Mira el rostro del examinador o el de la madre
- Sigue un objeto con la mirada
- Reacciona al sonido
- Eleva la cabeza

#### **Mira al rostro del examinador o el de la madre**

Posición del niño: decúbito dorsal (boca arriba). Coloque su rostro de frente al rostro del niño a una distancia de aproximadamente de 30 cm. Y observe si el niño fija la mirada. En caso que el niño no mire su rostro, pida a la madre que repita el procedimiento.

Respuesta adecuada: si el niño mira la cara del examinador o el de la madre de forma evidente.

#### **Sigue los objetos en la línea media**

Posición del niño: decúbito dorsal (boca arriba). Colóquese detrás del niño, coloque un pompón rojo encima del rostro a 20 ó 30 centímetros. Balancee suavemente el pompón para atraer su atención. Cuando el niño esté mirando el pompón muévelo lentamente para el lado derecho. En caso que el niño lo pierda de vista, reinicie el movimiento. (Tres oportunidades).

Registre si el niño lo realizó. Nuevamente comience la prueba, ahora del lado izquierdo. Recuerde que en caso de que el niño pierda de vista el pompón, debe repetir el movimiento (tres tentativas). Respuesta adecuada: si el niño acompaña el pompón hacia los dos lados, solamente con los ojos o con los ojos y la cabeza.

#### **Reacciona a los sonidos**

Posición del niño: acostado, boca arriba, en una camilla o colchoneta. Colóquese detrás del niño y sostenga un sonajero al lado y cerca de la oreja derecha (20 a 30 cm.) de tal modo que no pueda verlo. Sacúdalo suavemente y pare (primera tentativa). Nuevamente comience la prueba, ahora en la oreja izquierda. Recuerde que si el niño no responde, puede repetir el estímulo hasta tres veces. Respuesta adecuada: si el niño muestra cualquier cambio de comportamiento, tal como movimiento de los ojos, cambio de expresión o de frecuencia respiratoria.

#### **Eleva la cabeza**

Posición del niño: decúbito ventral (boca abajo) en una camilla o colchoneta. Respuesta adecuada: Si el niño levanta la cabeza en la línea media, elevando el mentón de la superficie sin girar para uno de los lados. Observe las condiciones de desarrollo en los niños de cuatro meses de edad

En los niños de cuatro meses de edad, vamos a observar los siguientes comportamientos:

#### **CUATRO MESES:**

- Responde al examinador
- Agarra objetos
- Emite sonidos
- Sostiene la cabeza

#### **Responde al examinador**

Posición del niño: acostado en decúbito dorsal (boca arriba) en una camilla o colchoneta. Colóquese de frente al niño de manera que él pueda ver su rostro. Converse con él: Oh, qué lindo bebé o algo semejante. Observe la reacción del niño (sonrisa, vocalización o llanto). En caso que el niño no responda pida a la madre que se posicione frente a él y le hable. Observe la respuesta del niño. Respuesta adecuada: si el niño mira el rostro del examinador o de la madre, sonrío o emite sonidos intentando “conversar”.

#### **Emite sonidos**

Posición del niño: en decúbito dorsal (boca arriba) sobre la camilla o una colchoneta. Colóquese frente del niño de manera que él pueda ver su rostro. Converse con él: “¡Oh, qué bebé tan lindo!” o cosas semejantes. Observe si el niño responde a su conversación con vocalizaciones.

Respuesta adecuada: si el niño emite sonidos (gugu, aaaa, eeee, etc.). En el caso de que usted no lo observe, pregunte a la madre si el niño lo hace en casa. Si lo hace, registre pero no compute.

#### **Agarra objetos**

Posición del niño: con el niño acostado o en el regazo de la madre. Toque el dorso o la punta de sus dedos con un objeto que puede ser un juguete.

Respuesta adecuada: si el niño agarra el objeto por algunos segundos.

#### **Sostiene la cabeza**

Posición del niño: coloque al niño sentado manteniendo sus manos como apoyo en los costados de ella, o pídale a la madre que lo haga.

Respuesta adecuada: si el niño mantiene la cabeza firme -sin movimientos oscilatorios- durante algunos segundos, considere que cumple con esta condición.

En los niños de seis meses de edad, vamos a observar los siguientes comportamientos:

## **SEIS MESES:**

- Intenta alcanzar un juguete
- Lleva objetos a la boca
- Localiza un sonido
- Gira

### **Intenta alcanzar un juguete**

Posición del niño: sentado en la falda de la madre, de frente al examinador. Agarre un cubo rojo y colóquelo al alcance del niño (sobre la mesa o en la palma de la mano de su madre). Llame la atención del niño hacia el cubo tocando al lado del mismo. No debe darle el cubo en la mano.

Respuesta adecuada: si el niño intenta agarrar el cubo extendiendo su brazo o adelantando su cuerpo. Él no precisa agarrar el cubo.

### **Lleva objetos a la boca**

Posición del niño: sentado en la falda de la madre, de frente al examinador.

Agarre un cubo rojo y colóquelo al alcance del niño (sobre la mesa o sobre la palma de la mano de su madre). Llame la atención del niño hacia el cubo, tocando al lado del mismo. En caso que el niño no lo agarre, usted debe colocarlo en su mano. Respuesta adecuada: si el niño lleva el cubo a la boca.

### **Localiza el sonido**

Posición del niño: sentado en la falda de la madre, de frente al examinador. Ofrezca un juguete al niño para que se distraiga, colóquese detrás del niño, fuera de la línea de su visión y balancee un sonajero suavemente cerca de su oreja derecha. Observe la respuesta del niño y registre. Repita el estímulo en la oreja izquierda.

Respuesta adecuada: Si el niño responde girando la cabeza hacia el sonido en ambos lados.

### **Gira**

Posición del niño: decúbito dorsal (boca arriba). Coloque al lado del niño un juguete llamando su atención. Observe si el niño consigue girar sólo para agarrar el juguete (pasando de posición decúbito dorsal a decúbito ventral) (de boca arriba a boca abajo).

Respuesta adecuada: si el niño consigue cambiar de posición, girando totalmente.

En los niños de nueve meses de edad vamos a observar los siguientes comportamientos:

## **NUEVE MESES:**

- Juega a taparse y descubrirse
- Transfiere objetos entre una mano y otra
- Duplica sílabas
- Se sienta sin apoyo

### **Juega a taparse y descubrirse**

Posición del niño: sentado en una colchoneta o en la falda de la madre. Colóquese al frente del niño y juegue a desaparecer y aparecer atrás de un paño o atrás de la madre.

Respuesta adecuada: si el niño intenta mover el paño de su cara o mirar atrás de la madre.

### **Transfiere objetos entre una mano y la otra**

Posición del niño: con el niño sentado. Dele un cubo para agarrar. Observe si el niño lo transfiere de una mano a la otra. En caso contrario, ofrezca otro cubo extendiendo su mano en dirección de la línea media del niño y observe.

Respuesta adecuada: si el niño transfiere el primer cubo para la otra mano.

**Duplica sílabas**

Posición del niño: sentado 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 o diga a la madre que hable con él. En caso de que no lo haga, pregunte a la madre si lo hace en casa. Las palabras no deben necesariamente tener algún significado.

Respuesta adecuada: Si el niño duplica sílabas o si la madre le menciona que lo hace.

**Se sienta sin apoyo**

Posición del niño: coloque al niño en una colchoneta o camilla. Entréguele un sonajero o una taza en las manos y verifique si consigue quedarse sentado sin apoyarse en las manos.

Respuesta adecuada: si el niño consigue mantenerse sentado manteniendo un objeto con las manos, sin cualquier otro apoyo.

En los niños de 12 meses de edad vamos a observar los siguientes comportamientos:

**12 MESES:**

- Imita gestos
- Pinzas superior
- Jerga o jerigonza
- Camina con apoyo

**Imita gestos**

Posición del niño: sentado en una colchoneta o en la falda de la madre. Pregunte a la madre qué tipo de gestos hace a su niño. Ejemplo: aplaudir, tirar besos o decir chao. Frente al niño haga algunos de esos movimientos y verifique si el niño lo imita. En el caso que el niño no quiera hacerlo, pídale a la madre que lo estimule. Si incluso así el niño no lo hace, pregunte a la madre si lo hace en la casa.

Respuesta adecuada: si el niño imita el gesto. Si la madre dice que lo hace en casa, registre pero no compute.

**Pinza superior**

Posición del niño: sentado o en una colchoneta o en la falda de la madre. Coloque encima de una superficie lisa o la palma del examinador un objeto pequeño, del tamaño de una semilla, y estimule al niño a agarrarlo. Observe y verifique cómo el niño agarra el objeto.

Respuesta adecuada: si el niño agarra la semilla haciendo un movimiento de pinza, empleando su pulgar e índice.

**Jerga o jerigonza**

Posición del niño: sentado o en una colchoneta, en la falda de la madre, o acostado en la camilla. Observe si el niño produce una conversación ininteligible consigo mismo, utilizando pausas e inflexiones (esto es jerga, en la cual el patrón de voz varía y pocas o ninguna palabra es distinguible). Si no fuera posible observar esto, pregunte a la madre si el niño emite este tipo de sonidos en la casa y registre.

Respuesta adecuada: si el niño emite estos sonidos, o si la madre informa que lo hace en la casa.

**Camina con apoyo**

Posición del niño: pare al niño apoyado en un mueble o en una pierna de la madre. Estando el niño de pie, pídale a la madre que le ofrezca un apoyo (como una mano, una silla, etc.) y lo estimule a caminar.

Respuesta adecuada: si el niño da algunos pasos con este apoyo.

En los niños de 15 meses de edad vamos a observar los siguientes comportamientos:

## **15 MESES:**

- Ejecuta gestos a pedido
- Coloca cubos en un recipiente
- Dice una palabra
- Camina sin apoyo

### **Ejecuta gestos a pedido**

Posición del niño: sentado 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 chao. Solicite verbalmente que el niño los ejecute y verifique si lo hace. En el caso de que el niño no quiera hacerlo, pídale a la madre que lo estimule verbalmente a hacerlos. Si incluso así el niño no lo hace, pregunte a la madre si lo hace en la casa. Atención: usted o la madre no deben demostrar el gesto al niño. Solo hay que pedirle verbalmente que lo haga.

Respuesta adecuada: Si el niño hace el gesto. Si la madre dice que lo hace en casa registre, pero no compute.

### **Coloca cubos en un recipiente**

Posición del niño: sentado 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 esté atento a lo que está haciendo. Agarre los cubos y colóquelos dentro de la taza, demostrándole cómo hacerlo y explicándoselo. Retire los cubos y pida que haga lo mismo, indicando con el dedo índice el interior de la taza. La demostración puede repetirse tres veces.

Respuesta adecuada: si el niño coloca por lo menos un cubo dentro del recipiente y lo suelta.

### **Dice una palabra**

Posición del niño: sentado en una colchoneta o en la falda de la madre. Observe si durante la consulta el niño dice alguna palabra. Registre. En caso de que el niño no lo haga, pregúntele a la madre cuántas palabras dice el niño y cuáles son.

Respuesta adecuada: si el niño dice por lo menos una palabra que no sea “papá”, “mamá”, o el nombre de algún miembro de la familia o de animales que convivan con él.

### **Camina sin apoyo**

Posición del niño: niño de pie. Estando el niño de pie, pídale a la madre que lo estimule a caminar. Observe caminar al niño. Quédese cerca para ofrecer apoyo en caso de que el niño lo necesite.

Respuesta adecuada: si camina bien, con buen equilibrio, sin apoyarse.

En los niños de 18 meses de edad, vamos a observar los siguientes comportamientos

## **18 MESES:**

- Identifica dos objetos
- Garabatea espontáneamente
- Dice tres palabras
- Camina para atrás

### **Identifica dos objetos**

Posición del niño: sentado 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. Solicite al niño: “muéstrame la pelota”. Registre la respuesta del niño: si el niño apunta o agarra otro objeto, tome el objeto –sin que parezca reprobación y póngalo nuevamente en el lugar inicial. Solicite nuevamente al niño “muéstrame el lápiz”. Registre la respuesta del niño. Acepte el objeto sin mostrar aire de reprobación y recoloque en el lugar inicial. Solicite nuevamente al

niño “muéstrame la taza”. Registre la respuesta del niño. Acepte el objeto sin mostrar aire de reprobación y recoloque en el lugar inicial.

Respuesta adecuada: si el niño alcanza o señala correctamente dos o tres objetos. Si la madre dice que lo hace en casa, registre pero no compute.

### **Garabatea espontáneamente**

Posición del niño: sentado en la falda de la madre o en una colchoneta. Coloque una hoja de papel (sin rayas) y un lápiz sobre la mesa, enfrente del niño. Puede colocar el lápiz en la mano del niño, y estimularlo a garabatear, pero no puede demostrarle cómo hacerlo.

Respuesta adecuada: si el niño hace garabatos en el papel de manera espontánea. No considere garabatos aquellos accidentales, causados por golpear el papel con el lápiz.

### **Dice tres palabras**

Posición del niño: sentado en una colchoneta o en la falda de la madre. Observe si durante la consulta el niño produce palabras en forma espontánea. Registre. En caso de que el niño no lo haga, pregúntele a la madre cuántas palabras dice el niño y cuáles son.

Respuesta adecuada: si el niño dice tres palabras que no sean “papá”, “mamá”, ni 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.

### **Camina para atrás**

Posición del niño: niño de pie. Observe si durante la consulta el niño camina para atrás o, en caso de que esto no ocurra, pídale al niño que abra la puerta de la sala de examen y verifique si el niño camina para atrás.

Respuesta adecuada: si el niño da dos pasos para atrás sin caerse, o si la madre refiere que lo hace en su casa.

En los niños de 24 meses vamos a observar los siguientes comportamientos:

## **24 MESES:**

- Se quita la ropa
- Construye una torre de tres cubos
- Señala dos figuras
- Patea una pelota

### **Se quita la ropa**

Posición del niño: cualquier posición.

Durante el examen del niño, solicite que se quite cualquier pieza de ropa excepto las medias o sandalias que son fáciles de quitar. El objetivo de esta condición es verificar la independencia del niño. Si el niño no quisiera quitarse una de las prendas con las que está vestido, pregúntele a la madre si lo hace en la casa.

Respuesta adecuada: si el niño fue capaz de quitarse cualquiera de sus prendas, tales como zapatos, pantalón, camisa, camiseta, vestido, etc., o si la madre indica que lo hace en casa.

### **Construye una torre tres cubos**

Posición del niño: sentado en la falda de la madre o en el piso. Coloque tres cubos sobre la mesa o el piso enfrente de él. Agarre otros tres cubos para usted y haga una torre con ellos. Dígale al niño “haz una torre como la mía”. Reforzando “construye una torre como la mía”. Son permitidas tres tentativas.

Respuesta adecuada: si el niño coloca por lo menos tres cubos, uno sobre otro, y estos no se caen cuando el retira la mano.

### **Señala dos figuras**

Posición del niño: sentado en la falda de la madre o en una colchoneta. Muestre al niño una hoja de papel con cinco figuras de elementos con los que el convive, tales como una muñeca, un perro, un gato o una flor. (Anexo

cuadro de figuras). Pida al niño: “Muéstrame a la niña” o “¿Dónde está la niña?”. Repita el mismo procedimiento para todas las figuras. Registre la respuesta del niño.

Respuesta adecuada: si el niño señala correctamente por lo menos dos de las cinco figuras.

#### **Patea una pelota**

Posición del niño: de pie. Ponga una pelota a más o menos 15 centímetros del niño o empuje la pelota hacia el niño. Verifique si el niño patea la pelota. Puede demostrarle cómo hacerlo.

Respuesta adecuada: si el niño patea la pelota sin apoyarse en otros objetos, entonces cumple con esta condición.

Terminada la observación del niño, usted podrá clasificar su desarrollo de acuerdo al Cuadro N°22. Si el niño cumple con todas las condiciones del grupo de edad al que pertenece y además no está presente ningún factor de riesgo, entonces clasifica como **Desarrollo normal** (franja verde). Si el niño no cumple con alguna de las condiciones para su grupo de edad, es posible que presente un retraso de desarrollo. Verifique entonces las condiciones del grupo anterior. Si las condiciones del grupo anterior estuvieran presentes y solo las de su grupo de edad estuvieran ausentes, clasifica como:

**Posible retraso de desarrollo** (franja amarilla). Si todas las condiciones para su grupo de edad están presentes pero existen factores de riesgo, clasifica como **Desarrollo normal con factores de riesgo** (franja amarilla). Si el niño presenta ausencia de una o más condiciones para el grupo de edad anterior, o presenta signos de alerta al examen físico (tres o más alteraciones fenotípicas, o perímetro cefálico con alteración de 2 o más desviaciones estándar por arriba o debajo de la media normal, clasifique como **Probable retraso de desarrollo** (franja roja). Una vez hecha la clasificación del desarrollo, tome las decisiones de tratamiento de acuerdo con el Cuadro N°22.

Si el niño fue clasificado como **Desarrollo normal**, felicite y aconseje a la madre para que continúe estimulando a su hijo. Oriente para volver a un control de desarrollo de acuerdo a la rutina del servicio de salud. Una sugerencia es que sea cada dos meses en el grupo entre cuatro a seis meses, cada tres meses en el grupo entre seis a 18 meses y una vez cada seis meses en el grupo comprendido entre los 18 a los 24 meses.

Si el niño fue clasificado como **Posible retraso en el desarrollo**, o como **Desarrollo normal con factores de riesgo**, aconseje a la madre sobre la estimulación del niño y haga una consulta de seguimiento y control a los 30 días. Indique a la madre los signos de alarma para consultar antes de la fecha programada. Entre estos signos destacamos las convulsiones, o si el niño deja de realizar alguna de las pautas ya alcanzadas (pérdida de pautas).

Si el niño es clasificado como **Probable retraso del desarrollo**, refiera al niño para orientación y evaluación neuropsicomotora por Pediatría o Neurología Pediátrica, según disponibilidad de recursos, quienes integrarán la atención y referencias adicionales necesarias. Si el niño presenta alteraciones fenotípicas, puede ser referido al servicio de genética para diagnóstico y consejería a la familia. Explique a la madre que el niño está siendo referido para una mejor evaluación y que no quiere decir que necesariamente tenga un retraso del desarrollo. Esto será determinado por un equipo especializado que va a atenderlo y, luego de un detallado examen, determinará su situación. Si el niño presenta un retraso estará recibiendo los cuidados y orientación necesarios precozmente.

En la consulta de control del niño clasificado como **Desarrollo normal con factores de riesgo**, observe y verifique si ya presenta las condiciones que estaban ausentes. Caso afirmativo, elogie a la madre y oriente sobre la estimulación del niño. Invítela a concurrir a un control de acuerdo a la rutina de cada servicio de salud. Si no alcanzó las condiciones, reclasifique como **Probable Retraso de desarrollo** y refiera para una evaluación neuropsicomotora por Pediatría o Neurología Pediátrica, según disponibilidad de recursos.

Si fue clasificado como **Desarrollo normal con factores de riesgo** y continua presentando las condiciones de su grupo de edad, elogie a la madre y oriéntela sobre la estimulación y sobre cuándo retornar para un control de

acuerdo a la rutina del servicio de salud. Informe sobre los signos de alerta para concurrir antes. Si deja de presentar alguna de las condiciones para su grupo de edad, refiera para evaluación neuropsicomotora por Pediatría o Neurología Pediátrica, según disponibilidad de recursos.

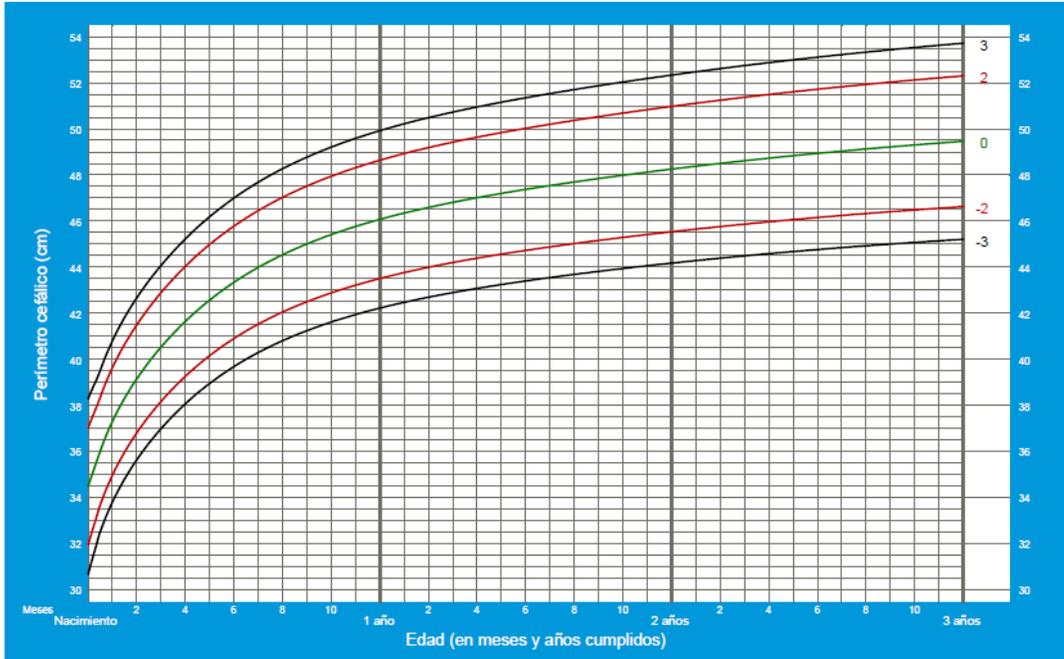
**Cuadro N°22. Verificar el desarrollo de un niño de 2 meses a 2 años de edad.**

<p><b>PREGUNTAR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Realizó algún control prenatal?</li> <li>• ¿Hubo algún problema durante la gestación, parto o nacimiento del niño?</li> <li>• ¿Nació prematuro?</li> <li>• ¿Cuánto pesó al nacer?</li> <li>• ¿Ha tenido su hijo alguna enfermedad grave como meningitis, traumatismo craneano o convulsiones?</li> <li>• ¿Es pariente del padre de su hijo?</li> <li>• ¿Existe algún caso de deficiencia en la familia?</li> <li>• ¿Qué piensa usted del desarrollo de su hijo?</li> </ul> <p><b>HAGA PREGUNTAS ADICIONALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Existe algún otro factor de riesgo como violencia doméstica, depresión materna, alcoholismo, etc.?</li> </ul> <p><b>OBSERVE y DETERMINE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perímetro cefálico</li> <li>• Presencia de alteraciones fenotípicas</li> </ul> <p><b>RECUERDE:</b></p> <p>Si la madre dice que el niño tiene algún problema de desarrollo o que existe algún factor de riesgo, esté más atento a la evaluación de su desarrollo.</p>	<p><b>OBSERVAR:</b></p> <p><b>2 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mira el rostro del examinador o el de su madre</li> <li>• Sigue un objeto en la línea media</li> <li>• Reacciona al sonido</li> <li>• Eleva la cabeza</li> </ul> <p><b>4 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responde al examinador</li> <li>• Agarra objetos</li> <li>• Emite sonidos</li> <li>• Sostiene la cabeza</li> </ul> <p><b>6 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intenta alcanzar un juguete</li> <li>• Se lleva objetos a la boca</li> <li>• Localiza un sonido</li> <li>• Gira</li> </ul> <p><b>9 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Juega a taparse y descubrirse</li> <li>• Transfiere objetos de una mano a otra</li> <li>• Duplica sílabas</li> <li>• Se sienta sin apoyo</li> </ul> <p><b>12 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imita gestos. (Ej. aplaudir)</li> <li>• Pinzas superior</li> <li>• Jerga</li> <li>• Camina con apoyo</li> </ul> <p><b>15 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</li> <li>• Camina sin apoyo</li> </ul> <p><b>18 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica 2 objetos.</li> <li>• Garabatea espontáneamente</li> <li>• Dice tres palabras</li> <li>• Camina para atrás</li> </ul> <p><b>24 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se saca la ropa</li> <li>• Construye una torre con tres cubos</li> <li>• Señala dos figuras</li> <li>• Patea una pelota</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perímetro cefálico - 2 DE o + 2 DE o;</li> <li>• Presencia de 3 o más alteraciones fenotípicas;</li> <li>• Ausencia de una o más condiciones de su grupo de edad anterior.</li> </ul>	<p><b>PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refiera para evaluación por Pediatría o Neurología</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de una o más condiciones de su grupo de edad.</li> </ul>	<p><b>POSIBLE RETRASO EN EL DESARROLLO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aconseje a la madre sobre la estimulación de su hijo de acuerdo a su edad.</li> <li>• Haga una consulta de seguimiento y control a los 30 días.</li> <li>• Indique a la madre los signos de alarma para volver antes.</li> </ul>
		<p>Todas las condiciones de su grupo de edad están presentes, pero existen uno o más factores de riesgo</p>	<p><b>DESARROLLO NORMAL CON FACTORES DE RIESGO</b></p>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las condiciones de su grupo de edad están presentes</li> </ul>	<p><b>DESARROLLO NORMAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Felicite a la madre.</li> <li>• Aconseje a la madre para que continúe estimulando a su hijo de acuerdo a la edad.</li> <li>• Indique a la madre los signos de alarma para volver antes.</li> </ul>

HCP 23-A

### Perímetro cefálico para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 3 años)

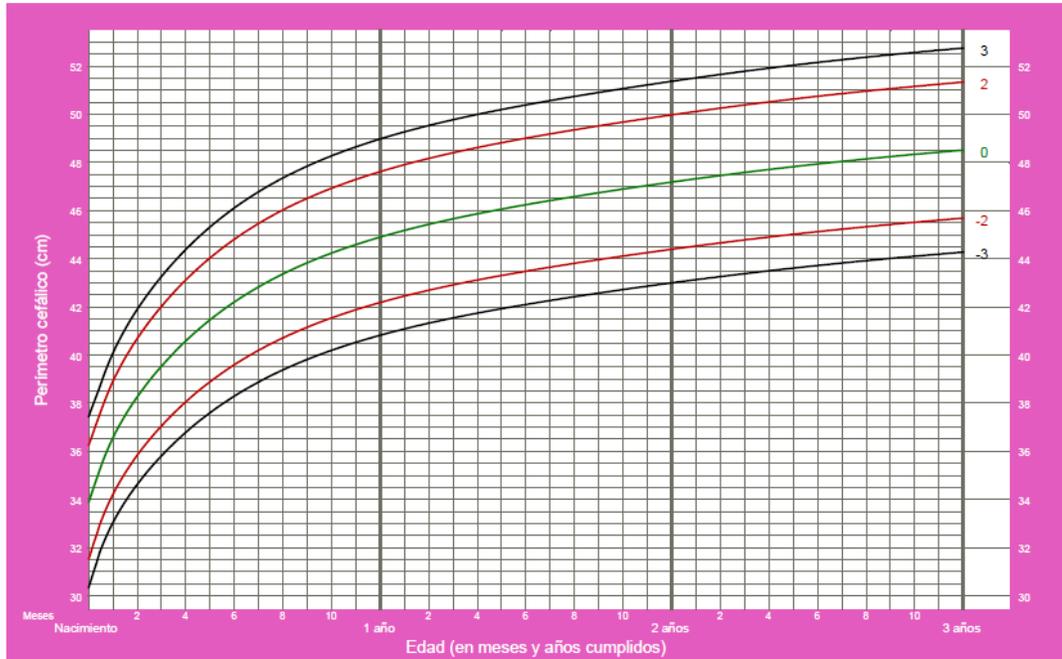


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

HCP 23-B

### Perímetro cefálico para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 3 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

## Vigilancia del desarrollo de niños de 2 a 5 años de edad.

La vigilancia del desarrollo del niño de 2 a 5 años de edad se basa en monitorear el alcance de los principales hitos. Basados en la Escala simplificada de evaluación del desarrollo en los niños menores de 5 años<sup>3</sup>, se contemplan cuatro esferas en el desarrollo del niño: área motora, área de coordinación, área socio-afectiva y área del lenguaje.

**Cuadro N°23. Evaluación del desarrollo en niños y niñas de 2 a 5 años de edad.**

		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<b>VERIFIQUE:</b>  Si el niño tiene alteraciones fenotípicas (malformaciones congénitas)  Presencia factores de riesgo que puedan afectar el desarrollo	<b>OBSERVE:</b>  2 - 3 años  Se para en un solo pie con ayuda. Construye torre de 4 a 5 objetos Dice nombre y apellidos El niño habla bien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de 3 o más alteraciones fenotípicas;</li> <li>o</li> <li>• Ausencia de una o más condiciones de su grupo de edad anterior.</li> </ul>	<b>PROBABLE ATRASO EN DESARROLLO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referir para evaluación Por Pediatría o Neurología.</li> </ul>
	3 - 4 años  Salta en un pie Copia una cruz Controla los esfínteres Cumple ordenes complejas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de una o más condiciones de su grupo de edad</li> </ul>	<b>POSIBLE ATRASO EN EL DESARROLLO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a la madre sobre la estimulación a su hijo</li> <li>• Realizar una nueva consulta en 30 días</li> <li>• Informar a la madre sobre los signos de alerta que hacen necesario volver anticipadamente</li> </ul>
	4 - 5 años  Caminar hacia atrás Cuentan con los dedos de una mano Gusta de juegos competitivos Emplea verbos en pasado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las condiciones para su edad están presentes, pero existen uno o más factores de riesgo</li> </ul>	<b>DESARROLLO NORMAL CON FACTORES DE RIESGO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Felicitar a la madre</li> <li>• Aconsejar a la madre para que continúe estimulando a su hijo</li> <li>• Hacer seguimiento en cada consulta de control</li> <li>• Informar a la madre sobre los signos de alerta que hacen necesario volver anticipadamente.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las condiciones de su grupo de edad están presentes</li> </ul>	<b>DESARROLLO NORMAL</b>	

<sup>3</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía de atención integral a niños y niñas menores de 5 años. Ministerio de Salud, El Salvador, octubre 2007.

## Evaluación del desarrollo emocional y social del niño de 5 a 9 años de edad.

Durante el período escolar, el niño y la niña confrontan nuevos retos en su desarrollo. Adquieren más independencia de sus padres y buscan aceptación de otros adultos y sus pares. El desarrollo de la autoestima es un tema central. La escuela ofrece nuevas demandas en las áreas motoras, cognitivas y del lenguaje, que requieren de factores emocionales para determinar su desempeño, enfocados principalmente al alcance de habilidades sociales y conductas adaptativas que evolucionan y progresan durante la adolescencia hasta la edad adulta.

En esta etapa los hitos claves de debe alcanzar el escolar son:

- Independencia
- Aprendizaje satisfactorio
- Desarrollar conductas y respuestas emocionales adecuadas
- Adaptarse a su entorno social

**Cuadro N°24. Evaluación del desarrollo en niños y niñas de 5 a 9 años de edad.**

Pregunte	Evalúe	Clasifique	Actúe
<p>¿Cómo está el desarrollo de su independencia?</p> <p>¿Cómo es su cuidado personal?</p> <p>¿Cómo es la imagen de sí mismo?</p> <p>¿Cómo es su relación con la familia?</p> <p>¿Cómo es su relación con otras personas?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sospecha o evidencias de consumo de sustancias, alcohol o actividad sexual.</li> <li>- Pérdida de control frecuente, conductas peligrosas.</li> <li>- Distorsión de su imagen corporal, conductas regresivas o compulsivas.</li> <li>- Conducta agresiva o violenta.</li> <li>- Rechaza a su familia o muestra falta de respeto.</li> <li>- Se siente presionado por otros para hacer cosas que no quiere. Es agresivo o intimidado a otros niños.</li> <li>- No quiere ir a la escuela, esta con compañeros que lo meten en problemas. Tiene pobre desempeño</li> </ul>	Trastorno del desarrollo psicossocial.	Referir a Pediatría, Salud Mental, Trabajo Social para abordaje multidisciplinario, para su atención lo más pronto posible (no más de 1 semana).
<p>¿Cómo se siente, se comporta y desempeña en la escuela?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiende a ser más dependiente, temeroso, o inseguro.</li> <li>- Trastornos del sueño, enuresis, pobre higiene.</li> <li>- Pobre autoestima, problemas para manejar la ira.</li> <li>- No participa de las actividades familiares</li> <li>- No tiene compañeros o amigos de juego</li> <li>- Tiene temor a ir a la escuela, se porta mal, tiene problemas.</li> </ul>	Puede estar desarrollando trastorno del desarrollo psicossocial	Referir a Pediatra y/o Salud mental.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se hace más independiente y responsable</li> <li>- Cuida su cuerpo y su salud</li> <li>- Se siente bien con su apariencia. Respetado a otros y se respeta a sí mismo</li> <li>- Se siente amado, valorado y aceptado en la familia</li> <li>- Tiene amigos y compañeros de juego y se lleva bien con ellos</li> <li>- Se siente bien en la escuela, con los maestros y compañeros, buen desempeño.</li> </ul>	No hay problemas psicossociales aparentes	<p>Felicitar al niño y a los familiares</p> <p>Ofrecer recomendaciones adecuadas para la edad.</p> <p>Participar en actividades de promoción de la salud de la instalación de salud.</p>

# Actividad #11. Evaluación de Audición

La hipoacusia es el defecto congénito más frecuente. En las diversas series se encuentra de 1-3:1000 nacidos vivos con una pérdida neurosensorial severa siendo más frecuente que alteraciones como la fenilcetonuria e hipotiroidismo. La etiología genética corresponde al 50% de los casos y puede ser sindrómica o no sindrómica. En las sorderas sindrómicas puede asociarse a insuficiencia renal-Síndrome de Alport; a episodios de síncope como en el Síndrome de Jervell-Lange-Nielsen; a bocio en el Síndrome de Pendred, alteración de pigmentación como en el Síndrome de Waardenburg y otros. La no sindrómica es difícil de diagnosticar por presentarse aislada. Otras etiologías son las infecciones como la rubeola congénita, el citomegalovirus que es responsable del 15 al 20% de los casos con la característica de que pueden ser asintomáticos al nacer, la hipoacusia se desarrolla posteriormente; virus del herpes simple, toxoplasmosis, sífilis. Otra causa la constituye el uso de drogas fototóxicas utilizadas durante el embarazo como aminoglicósidos, quinina etc.

Con el tamizaje auditivo neonatal universal estos casos pueden detectarse antes del primer mes permitiendo realizar un diagnóstico preciso antes de los tres meses y la intervención con estimulación precoz y adaptación de audífonos o preparación para cirugía de implante coclear antes de los seis meses. Diversos estudios demuestran que si un niño con deficiencia auditiva es diagnosticado y tratado antes de los 6 meses de vida, su desarrollo global, incluyendo lenguaje, será como el de un niño normo oyente cuando tenga 3 años. Esto se debe a que existe un período en el que es crucial la estimulación de las vías auditivas para lograr su completo desarrollo.

Aunque existen factores de riesgo para el desarrollo o la presencia de hipoacusia en el recién nacido, del total de los niños con hipoacusia, sólo el 50 % de ellos corresponde al grupo de alto riesgo, y el resto proviene de los niños sanos". Es por esto que el tamizaje auditivo neonatal debe ser universal<sup>4</sup>.

## Tabla N°16. Factores de riesgo de hipoacusia en el recién nacido.

1. Historia familiar de hipoacusia sensorio neural hereditaria.
2. Infección in útero: TORCH
3. Anomalías craneofaciales.
4. Peso al nacimiento menor a 1500gr.
5. Hiperbilirrubinemia a un nivel grave o muy grave , mayor de 20 mg/Hb
6. Medicamentos ototóxicos.
7. Meningitis bacteriana.
8. Apgar 0-4 al minuto o 0-6 a los 5 minutos.
9. Ventilación mecánica por 5 o más días.
10. Estigmas u otros hallazgos de un síndrome que incluya hipoacusia sensorio neural o conductiva.
11. Síndrome de alcoholismo fetal
12. Septicemia neonatal
13. Consanguinidad de los padres (Mc Connell 1982)
14. Síndrome de distress respiratorio aspiración de meconio
15. Prematuridad

<sup>4</sup>Bustos L. Evaluación Auditiva. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina Otorrinolaringología. [http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Otorrino/Otorrino\\_A011.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Otorrino/Otorrino_A011.html)

La Academia Americana de Pediatría y la Comisión Conjunta para estudio de hipoacusia infantil han propuesto que la estrategia de detección precoz de la hipoacusia debe tener las siguientes características: estudiar ambos oídos en al menos el 95 % de todos los recién nacidos; detectar todos los casos (o al menos el 80 %) de déficit auditivo bilateral superior a 40 dB HL; tener una tasa de falsos positivos (FP) menor de 3% y una tasa de falsos negativos (FN) de 0 %; tener una tasa de remisión para estudio audiológico y confirmación del diagnóstico inferior a 4 %; y que el diagnóstico definitivo y la intervención se realicen no más allá de los 6 meses de edad. Para el tamizaje auditivo neonatal se utilizará la prueba de Potenciales evocados auditivos de tallo cerebral automáticos, una prueba objetiva, rápida que cumple con las características previas, Deberá realizarse antes del egreso hospitalario en niños sanos y niños que hayan estado en unidades de cuidado intensivo. En caso de nacimientos fuera del área hospitalaria o que por alguna razón no se haya realizado antes del egreso, se realizara antes del primer mes de vida y se documentará en su expediente.

. El resultado deberá estar presente en la hoja de salida o epicrisis de cada recién nacido en hospitales de todo el país, públicos o privados y cuando sea un nacimiento fuera de una instalación sanitaria se enviara al niño al centro donde pueda realizarse la prueba. La evaluación auditiva tiene el propósito de corroborar tempranamente la deficiencia auditiva e instaurar las medidas correctivas oportunas.

## Evaluación.

En todas las citas de control con el Médico, se deben explorar los oídos. Debe complementarse con preguntas a la madre sobre la capacidad del niño (a) de escuchar y la respuesta ante sonidos de diferentes características.

## Potenciales evocados auditivos de tallo cerebral automáticos en el recién nacido-Prueba de tamizaje auditivo neonatal universal

1. En la instalación de salud en donde se realice el estudio, se seleccionará y capacitará al personal necesario para la utilización del equipo, de preferencia será un(a) fonoaudiólogo(a)
2. Se realizará una evaluación auditiva a todos los recién nacidos sin excepción a partir de las 24 hrs de nacido y en lo posible antes del egreso.
3. Cuando los servicios de salud captan niños y niñas nacidos extrahospitalariamente, deben referirlos para realización de la prueba antes de los 30 días de vida.
4. La prueba se reportará en términos de:
  - a) PASA: la prueba es normal
  - b) NO PASA: la prueba es anormal.
5. Si la prueba se reporta NO PASA, se deberá referir para confirmación diagnóstica al centro más cercano que cuente con Otorrinolaringólogo y/o Médico Foniatra Audiólogo, Fonoaudióloga(o) capacitado para realizar estudios en paciente pediátrico, equipo de Potenciales evocados auditivos

de tallo cerebral, emisiones otacústicas e impedanciometría de alta frecuencia, Potenciales de Estado Estable. Éste periodo de diagnóstico no debe ultrapasar los 3 meses de edad.

6. De confirmarse la hipoacusia se realizarán las pruebas de laboratorio para enfermedades infecciosas, evaluación por Otorrinolaringología y Oftalmología y las especialidades que se consideren necesarias (Neuropediatría, Cardiología etc.) y referencia a Genética para determinar la etiología y aconsejamiento a los padres o cuidadores.
7. El niño(a) confirmado con hipoacusia será referido a Médico Otorrinolaringólogo y /o Médico Foniatra Audiólogo para adaptación con audífonos antes de los 6 meses y/o referido para preparación para cirugía de implante coclear u otros.
8. Referencia a Programas de estimulación precoz ,
9. La evaluación para indicar la adaptación de audífono deberá estar firmada por un Médico Otorrinolaringólogo o Médico Foniatra Audiólogo.

## Evaluación en recién nacidos con factores de riesgo:

1. En recién nacidos con factores de riesgo de hipoacusia progresiva o de comienzo tardío aunque hayan tenido un resultado de PASA en la prueba de tamizaje auditivo neonatal universal, se realizarán evaluaciones auditivas cada 6 meses hasta los tres años de edad.
2. Niños y niñas de mayor edad expuestos a condiciones que pueden provocar hipoacusia:  
Factores de riesgo en niños desde recién nacidos a los 28 días de vida
  - a) Enfermedades o condiciones que requieren admisión de 48 horas o más en una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal
  - b) Estigmas u otros hallazgos asociados con un síndrome que incluya la hipoacusia neurosensorial o conductiva
  - c) Historia familiar de hipoacusia neurosensorial permanente en la infancia
  - d) Anormalidades craneo faciales incluyendo aquellas con anomalías morfológicas del pabellón auricular y conducto auditivo
  - e) Infecciones intrauterinas como el citomegalovirus (CMV), herpes, toxoplasmosis o rubeola
  - f) Tratamiento con medicación ototóxica como gentamicina , lasix y otros
  - g) Meningitis bacteriana

## Factores de riesgo en niños de 28 días a 2 años de edad

- h) Historia familiar de hipoacusia permanente en la infancia
- i) Estigmas u otros hallazgos asociados con síndromes que incluyen hipoacusia neurosensorial o conductiva o disfunción de tuba auditiva
- j) Infecciones en el período post natal asociadas con hipoacusia neurosensorial incluyendo la meningitis bacteriana
- k) Infecciones intraútero como el citomegalovirus(CMV), herpes, rubeola, sífilis y toxoplasmosis
- l) Indicadores neonatales como hiperbilirrubinemia, hipertensión pulmonar persistente en el recién nacido asociado a ventilación mecánica.
- m) Uso de drogas ototóxicas
- n) Síndromes asociados con hipoacusia progresiva como la neurofibromatosis, osteopetrosis y síndrome de Usher

- o) Enfermedades neurodegenerativas como el Síndrome de Hunter o neuropatías motoras como la ataxia de Friedreich's y el Síndrome de Charcor-Marie-Tooth
  - p) Trauma craneal
  - q) Otitis media recurrente o persistente
  - r) Detección de una alteración en relación al habla, lenguaje o alteración del desarrollo, por parte del padre o quien cuida del niño
3. Se referirá a Medico Otorrinolaringólogo en un periodo no mayor de 1 mes y se realizaran evaluaciones auditivas diagnosticas para determinar tempranamente la presencia de hipoacusia.

# Actividad #12. Evaluación de Visión

El propósito de la evaluación de la visión es detectar tempranamente la presencia de ambliopía, estrabismo, problemas de refracción y otras anomalías.

## Intervenciones a realizar en las citas de control según edad:

### **Recién nacido hasta 5 meses:**

- Inspección detallada de los ojos
- Reflejo rojo del fondo de ojo.

### **6 meses a 2 años:**

- Inspección detallada de los ojos
- Reflejo rojo del fondo de ojo.
- Alineación de los movimientos oculares.

### **De 3 a 4 años de edad:**

- Inspección detallada de los ojos
- Prueba de agudeza visual

### **Mayores de 5 años:**

- Prueba de agudeza visual anual

## Evaluación ocular

### **a.) Pregunte.**

En todas las citas de control con el Médico, se debe preguntar a la madre sobre problemas de visión, antecedentes familiares de enfermedades oculares y la capacidad de ver y/o identificar objetos por el niño (a).

### **b.) Equipo necesario.**

- Oftalmoscopio
- Cartilla de Snellen.

### **c.) Inspección detallada de los ojos.**

El profesional de la salud deberá buscar alteraciones o anomalías en las estructuras oculares y/o secreciones anormales.

Los principales problemas (dacriocistitis, conjuntivitis infecciosa y atópica, chalazión, orzuelo, hemorragias subconjuntivales) y sus tratamientos están descritos en los protocolos de atención.

### **d.) Evaluación e interpretación del reflejo rojo del fondo de ojo<sup>5</sup>.**

La evaluación del reflejo rojo del fondo de ojo, debe aplicarse como parte de la evaluación del recién nacido antes de su egreso y posteriormente en todas las visitas de control de salud.

#### **Técnica**

El observador coloca el oftalmoscopio cerca de su ojo con el lente del oftalmoscopio en "0". En una sala a media luz se proyecta la luz del oftalmoscopio en ambos ojos del paciente (simultáneamente) a una distancia de aproximadamente 18 pulgadas. Se observa el color del reflejo, su intensidad, la claridad y se comparan las características del reflejo entre ambos ojos.

#### **Resultado de la evaluación**

**Normal:** los reflejos de ambos ojos son de color, intensidad y claridad equivalente y sin opacidades (el color rojo puede variar según rasgos étnicos).

**Anormal:**

1. Ausencia de reflejo rojo en uno o ambos ojos
2. Manchas oscuras en el reflejo rojo
3. Reflejo marcadamente disminuido
4. Presencia de un reflejo blanco (leucocoria)
5. Asimetría de los reflejos (reflejo de Bruckner)
6. Historia familiar de retinoblastoma; cataratas congénita, infantil o juvenil; glaucoma; displasia de retina u otras anomalías en la retina (aunque el reflejo sea normal).

#### **Tratamiento**

- Se debe referir URGENTEMENTE a OFTALMOLOGÍA a todos los niños y niñas con evaluación anormal del reflejo.

---

<sup>5</sup> American Academy of Pediatrics, Section on Ophthalmology, Red Reflex Examination in Neonates, Infants, and Children. Pediatrics 2008;122;1401-1404. Documento disponible en internet en <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/122/6/1401>

- Para los niños y niñas con historia familiar positiva se deberá coordinar su evaluación en menos de 3 meses.

### **e.) Alineación de los ojos.**

A partir de los 6 meses de edad se espera que el niño (a) pueda coordinar los movimientos oculares. Por lo tanto, **TODO NIÑO (A) DE 6 O MÁS MESES DE EDAD QUE AUN NO COORDINE LOS MOVIMIENTOS OCULARES, DEBERÁ SER REFERIDO A OFTALMOLOGÍA POR ESTRABISMO (H50.9).**

### **f.) Evaluación de agudeza visual**

La evaluación de la agudeza visual se debe realizar con una cartilla de Snellen adecuada para la edad del paciente.

Los niños (as) detectados con alteraciones de la agudeza visual deberán ser referidos a oftalmología u optometría según la disponibilidad del recurso.

### **g.) Detección temprana del Retinoblastoma**

El Retinoblastoma es un tumor del ojo que ocurre en las primeras etapas de la vida. Por ello es muy importante que las madres, padres, los familiares en general estén pendientes de algunos signos que pueden estar relacionados con este tumor. Es imprescindible contar con la participación directa de los médicos que realizan la atención en el primer nivel de atención, para su sospecha temprana y referencia oportuna.

**Criterios de Referencia: Debe ser referido al Servicio de Oftalmología todo niño o niña en el que se encuentre:**

**Leucocoria:** principal signo de peligro a investigar en Retinoblastoma. Reflejo blanco en la pupila.

**Figura N°5. Niña con leucocoria por retinoblastoma.**

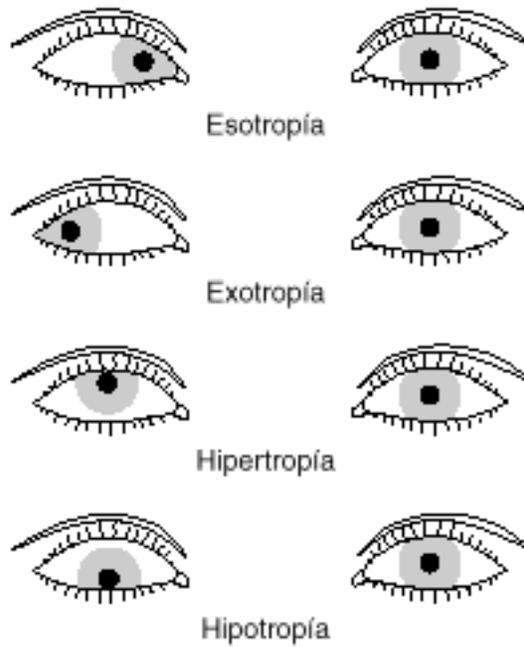


**Estrabismo:** desviación de la mirada de uno o ambos ojos. Si persiste después de los tres (3) meses de edad, o aparece como hallazgo nuevo después de esta edad.

**Figura N°6. Niña con estrabismo (esotropía)**



**Figura N°7. Tipos de estrabismo**



**Dificultad para seguir un objeto con la mirada:** En particular cuando esto persiste después de dos o más controles.

**Dificultad para tomar un juguete que se ofrece:** particularmente después de los seis (6 meses), ya que normalmente los niños y niñas adquieren esta habilidad entre el cuarto y quinto mes de vida.

No todos los niños en quienes se presenten estos signos tienen el diagnóstico de Retinoblastoma, en todos los casos se deben descartar otras causas. Sin embargo es recomendable que se les realice un examen oftalmológico completo de manera inmediata, ya que si el tumor se logra captar tempranamente, es posible ofrecer manejo más conservador.

## **h.) Detección temprana del Glaucoma congénito**

Bajo el término de Glaucoma Congénito se consideran una serie de enfermedades, la mayoría de origen hereditario, que se caracterizan por existir una anomalía ocular en el nacimiento responsable de un aumento de la Presión Intraocular (PIO).

El más frecuente de los Glaucomas Congénitos es el Glaucoma Congénito Primario (50%), pero es, de todas maneras, una enfermedad excepcional. Su incidencia es de 1 caso por cada 10,000 nacimientos. Se presenta en los tres primeros años de vida, con edad de comienzo un 30% al nacimiento y un 85% en el primer año de vida. Es causa importante de ceguera infantil.

**Figura N°8. Niño con glaucoma congénito**



Hay un desarrollo defectuoso de las vías de salida del humor acuoso. En las primeras semanas o meses de la vida se va a presentar lagrimeo y el niño no es capaz de mantener los ojos abiertos cuando hay luz (fotofobia). La córnea pierde transparencia y se ve blanquecina. Simultáneamente, el ojo, como consecuencia del aumento de presión en su interior, va aumentando de tamaño. Hay que tener especial cuidado con los niños que tienen los ojos mucho más grandes que el resto de los niños de su misma edad, especialmente si les molesta mucho la luz.

Es importante referir de inmediato a niños que presentan estos signos a Oftalmología, para su tratamiento, ya que éste es quirúrgico y el realizarlo a tiempo es fundamental para preservar la visión.

# Actividad #13. Evaluación Psicológica y Social.

La evaluación psicosocial tiene el propósito de identificar condiciones que puedan afectar la salud y bienestar del niño o niña y que requieran del apoyo de otros miembros del equipo de salud o referencia a otras instancias. El personal de salud, dentro de la evaluación que realiza debe hacer preguntas y observar por las siguientes condiciones:

1. Trabajo infantil y explotación sexual comercial en niños y niñas.
2. Maltrato infantil y abuso sexual.
3. Salud de la madre y la familia.

## 1. Trabajo infantil

Se define el trabajo infantil como todo trabajo o actividad económica que realiza cualquier persona, por debajo de la edad mínima de admisión al empleo o al trabajo establecida en el país (14 años). En Panamá, los niños de 5 a 9 años que trabaja representan el 0,9% de los menores de edad. En las comunidades indígenas esta proporción de niños y niñas que trabajan, triplica el promedio nacional (3,2%)<sup>6, 7</sup>. Se ocupan principalmente en la agricultura, silvicultura, caza y pesca (81,8%) y dedican al trabajo, en promedio 15,1 horas a la semana.

Un avance importante lo constituyen los compromisos internacionales a los cuales Panamá se ha suscrito: la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), Convenio 138 sobre la Edad Mínima de Admisión al Empleo, fijada en el país en los 14 años de edad, y el Convenio 182 sobre la Prohibición de las Peores Formas de Trabajo Infantil y la acción inmediata para su eliminación (2000). Otro de los

<sup>6</sup> Oficina Internacional del Trabajo. Síntesis de los resultados de la encuesta de trabajo infantil en Panamá. Oficina Internacional del Trabajo (OIT). Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (IPEC), Programa de Información Estadística y Seguimiento en Materia de Trabajo Infantil. Panamá, mayo 2004.

<sup>7</sup> Olguín Martínez, Gabriela. El trabajo infantil que desempeñan los niños y niñas indígenas. El caso de Panamá. San José, Oficina Internacional del Trabajo, 2006.

avances en nuestro país en relación a este tema, es la aprobación de la Ley 19 de 2006, que aprueba la lista del trabajo infantil peligroso, en el marco de las peores formas del trabajo infantil. Gaceta Oficial N°25569, junio 2006. (Tabla N°17)

Las formas de trabajo en las que participan los menores de edad se han dividido en categorías. Están las actividades permitidas o aceptables, se refieren a aquellas que pueden contribuir a su evolución, desarrollo integral, y a la transmisión de habilidades de una generación a otra, siempre y cuando se realicen por pocas horas, haciendo esfuerzos y asumiendo responsabilidades según la edad, y no afecten su salud física y mental; no interfieran con su educación; o no obstruyan su tiempo libre para el descanso y actividades lúdicas. Ejemplos de tales actividades pueden ser las de apoyo a los progenitores y a la familia: cuidando el hogar o a familiares, tareas domésticas ligeras, colaborando con el negocio familiar fuera del horario escolar, en vacaciones, o en ambientes sanos y seguros que no perjudiquen su salud, seguridad o moralidad.

Por otro lado están todas las formas de trabajo que atentan contra el desarrollo normal y el bienestar del menor o ponen en peligro su integridad física, mental, moral, social o espiritual. Estas formas de trabajo están incluidas en la lista de las peores formas de trabajo infantil, contra las cuales se han de enfocar esfuerzos para su erradicación.

Si bien, la lucha contra las peores formas del trabajo infantil por erradicar, requiere de la participación de múltiples sectores, los profesionales de la salud tienen un papel importante y un compromiso adquirido en ella, en la promoción de la prevención y eventual erradicación del trabajo infantil, así como una formación intensiva en la comprensión, detección, atención y rehabilitación de los niños y niñas afectados.

## **Pregunte:**

**¿El niño o la niña realiza alguna clase de trabajo, remunerado o no?**

A todo niño o niña que acuda a los servicios de salud se deberá preguntar si realiza alguna clase de trabajo, sea este remunerado o no. De realizar alguna de las formas de trabajo infantil por erradicar, se ofrecerá orientación sobre los riesgos que implican para la salud del niño y se referirá a Trabajo Social, Salud Mental, y/o Pediatría.

**Tabla N°17. Las peores formas del trabajo infantil por erradicar.**

Trabajos peligrosos por su naturaleza
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Trabajos bajo tierra o con riesgo de quedar bajo tierra.</li><li>2. Trabajos bajo el agua</li><li>3. Trabajos en alta mar, ríos y medios fluviales</li><li>4. Trabajos en alturas</li><li>5. Trabajo e áreas con topografía o superficie irregular</li><li>6. Trabajos a la intemperie o a campo abierto</li><li>7. Trabajos en estanques</li><li>8. Trabajos que se desarrollen en espacios físicamente limitados o confinados</li><li>9. Trabajos con utilización de equipo, maquinaria, vehículos y herramientas</li><li>10. Trabajos con exposición a manejo manual o mecánico de carga</li><li>11. Trabajos en objetos o animales en movimiento, para transportar o trasladar pasajeros o mercancías.</li><li>12. Trabajos relacionados con la prestación de servicios auxiliares y de índole diversa en el transporte colectivo de pasajeros o de carga terrestre</li><li>13. Trabajos en la construcción que demanden que las personas menores realicen por si solas y directamente, tareas de complejidad</li><li>14. Trabajos en el traslado de objetos de valor</li><li>15. Trabajos en la calle y en las vías públicas</li><li>16. Trabajos en la venta de licor, productos ilícitos o afines con exposición a comportamientos disociales e inmorales</li></ol> <p>Trabajos que implican asumir la responsabilidad por la propia seguridad y la de terceras personas</p>
Trabajos peligrosos por sus condiciones
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Trabajos con exposición a absorción cutánea, respiratoria y digestiva de agentes químicos de toxicidad aguda y crónica</li><li>2. Trabajos con exposición directa o indirecta a contacto manipulación e inhalación de agentes biológicos con potencial infeccioso y contaminante</li><li>3. Trabajos con exposición a sustancias explosivas o inflamables</li><li>4. Trabajos con exposición a muy baja o alta temperatura (frio o calor), o con continua alternancia, o manejo de sustancias o metales a altas temperaturas.</li><li>5. Trabajos con exposición a los efectos de radiaciones.</li><li>6. Trabajos con exposición a ruidos y vibraciones.</li><li>7. Trabajos con exposición a contacto directo con energía eléctrica, de alto voltaje y sin medidas de seguridad.</li><li>8. Trabajos con exposición a realizar tareas especializadas y muy complejas</li><li>9. Trabajos en el sector agropecuario que demanden que las personas menores de edad realicen por si solas y directamente tareas de alto riesgo sin supervisión, medidas de seguridad, protección y entrenamiento.</li><li>10. Trabajos relacionados con la recolección, la comercialización, y la utilización de productos de desechos.</li><li>11. Trabajos del servicio domestico en hogares de terceros.</li></ol> <p>Trabajos en lugares de hospedaje temporal, o que se relacionen con servicios turísticos, en los que se comprueben riesgos nocivos a la salud, la seguridad y la moralidad de las personas menores de edad.</p>

FUENTE: Asamblea Nacional. Ley 19 de 2006, que aprueba la lista del trabajo infantil peligroso, en el marco de las peores formas del trabajo infantil. Gaceta Oficial N°25569, junio 2006.

## 2. Detección y prevención del maltrato infantil y abuso sexual en la niñez<sup>8</sup>.

La detección del maltrato se debe introducir sistemáticamente en la atención de todos los niños por las siguientes razones:

- Está enmarcado dentro de la Convención sobre los derechos de la niñez. El artículo 19 protege a todos los niños contra toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos u otra explotación, incluido el abuso sexual.
- Es un problema universal.
- Las cifras epidemiológicas reales y el subregistro justifican evaluar a todos los niños en busca de maltrato.
- Es un problema oculto o sea que la madre pocas veces mencionará de manera espontánea la existencia del problema y pocos niños tienen evidencia clara de maltrato.
- Involucra formalmente a las entidades de salud pública y a todo el sector salud en la detección, prevención y tratamiento del problema.
- Algunas prácticas de crianza que son maltrato son consideradas por los padres como un beneficio y un bien que le hacen al niño, por factores culturales.
- Para prevenir las consecuencias y secuelas que el maltrato deja en los niños, y consecuentemente disminuir los costos sociales y económicos asociados a ellas.
- La evaluación sistemática, no solo permite detectar el maltrato sino que introduce el tema y los factores protectores (promoción del buen trato), lo cual beneficia a todos los niños.
- Estimula estilos de vida saludable, ya que la prevención y detección del maltrato del niño sirve como puerta de entrada para disminuir y enfrentar la violencia intrafamiliar.
- Este abordaje rescata el aspecto social y humano de la medicina.
- Es necesario trabajar el maltrato para tratar en forma adecuada otros problemas tales como desnutrición, vacunas atrasadas, etc.

### 1. EVALUAR Y CLASIFICAR EL MALTRATO EN EL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS

#### 1.1. DEFINICIÓN:

Existen muchas definiciones para maltrato infantil siendo una de estas, la elaborada por la OMS:

**“El abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.**

---

<sup>8</sup> TOMADO DE: Detección y Prevención del Maltrato Infantil y Abuso Sexual en la niñez en el marco de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI. OPS/OMS, 2003.

## **1.2. TIPOS DE MALTRATO**

El maltrato puede ser clasificado como físico, psicológico o emocional, sexual, explotación y negligencia-abandono.

### *Maltrato físico*

Es toda forma de agresión no accidental infligida al menor, producida por el uso de la fuerza física, incluyendo dos categorías:

- a) traumas físicos que producen lesiones severas entre las que se incluyen quemaduras, hematomas, fracturas, envenenamientos y otros daños que pueden llegar a causar la muerte, y
- b) traumas físicos provocados por palmadas, sacudidas, pellizcos o prácticas similares que a pesar del daño psicológico, no constituyen un riesgo substancial para la vida del niño.

El niño zarandeado es un tipo de maltrato infantil. Cuando se sacude fuertemente a los bebés, pueden presentarse secuelas severas como daño cerebral y aún la muerte.

El castigo físico es un tipo de maltrato usado por muchos padres como método de disciplina. La mayoría de las personas que golpean a sus hijos con la intención de corregirlos no son conscientes de que los golpes son poco eficaces para educar, que producen daño real o potencial sobre la salud, desarrollo, la dignidad y la autoestima del niño; y la mayoría de los padres ni siquiera se da cuenta que por culpa de los golpes que recibieron de sus progenitores, tienen conductas agresivas o dañinas para la sociedad. El uso regular del castigo físico como forma de disciplina es maltrato.

### *Maltrato Psicológico o Emocional*

Es el daño que de manera intencional se hace contra las actitudes y habilidades de un niño; afecta su autoestima, su capacidad de relacionarse, la habilidad para expresarse y sentir, deteriora su personalidad, su socialización y, en general, el desarrollo armónico de sus emociones y habilidades. Existen varias categorías de Maltrato Psicológico y Emocional:

- a) Ignorar al niño, lo que hace referencia al niño fantasma donde sus emociones, ansiedades, miedos y necesidades afectivas son totalmente imperceptibles para sus padres o cuidadores.
- b) El rechazo, por los adultos, de las necesidades, valores y solicitudes del niño.
- c) El aislamiento, cuando el niño es privado de su familia y/o comunidad, negándole la necesidad de contacto humano
- d) El terrorismo, por el que el niño está expuesto a ataques verbales y amenazas con objetos, creando un clima de miedo, hostilidad y ansiedad.
- e) La corrupción, cuando el niño está expuesto a situaciones que transmiten y refuerzan conductas destructivas y antisociales, alterando de esta manera el desarrollo adecuado de conductas sociales.

- f) La agresión verbal, que es el uso continuo de una forma de llamar al niño de manera áspera y sarcástica, que día a día va disminuyendo su autoestima.
- g) La presión, que es la constante exigencia para lograr un desarrollo rápido esperando logros y aprendizajes a un nivel que no corresponde con su desarrollo neurológico ni mental, de tal forma que este niño sentirá que nunca será lo suficientemente bueno.

#### *Abuso sexual*

El abuso sexual de menores consiste en la participación de un niño en una actividad sexual que no comprende plenamente, a la que no es capaz de dar un consentimiento, o para la que por su desarrollo no está preparado y no puede expresar su consentimiento, o bien que infringe las leyes o los tabúes sociales. El abuso sexual de menores se produce cuando esta actividad tiene lugar entre un niño y un adulto, o bien entre un niño y otro niño o adolescente que por su edad o desarrollo tiene con él una relación de responsabilidad, confianza o poder. La actividad tiene como finalidad la satisfacción de las necesidades de la otra persona.

Puede incluir diversas prácticas sexuales con o sin contacto físico tales como exhibicionismo, tocamientos, manipulación, corrupción, sexo anal, vaginal u oral, pornografía y explotación sexual comercial de niños y niñas.

#### *Explotación*

La explotación comercial o de otro tipo se refiere a la utilización de menores en el trabajo o en otras actividades en beneficio de otras personas. Esto incluye, aunque no se limite a ello, el trabajo infantil y la explotación sexual comercial de niños y niñas. Estas actividades van en detrimento de la salud física y mental del niño, de su educación o de su desarrollo espiritual, moral o socio-emocional.

#### *Abandono y trato negligente*

Se produce abandono cuando en el contexto de los recursos razonablemente disponibles de la familia, o los cuidadores no se proporciona al niño todo lo necesario para su desarrollo en todas las esferas: salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, protección y condiciones de vida seguras, y como consecuencia de ello se perjudica o se corre un alto riesgo de perjudicar la salud del niño o su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Cabe incluir aquí el hecho de no vigilar a los niños y no protegerlos de daños en la medida de lo posible.

### **1.3. FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO:**

Es fundamental conocer algunos factores de riesgo, para una adecuada intervención ya que predisponen a que se presente el maltrato. Algunos de los principales son:

- **Factores inherentes al niño:** niños no deseados, prematuros, bajo peso, con enfermedades crónicas, hiperactivos, etc. El niño discapacitado es de mucho riesgo para ser maltratado por lo tanto se debe ser extremadamente cuidadoso en buscar signos en ellos, usualmente estos niños son irritables o por su discapacidad no realizan la función que el adulto espera y son causa de frustración o culpabilidad en muchos padres o cuidadores, lo que lleva a maltratarlos. Si los niños son indefensos frente a los adultos, los que presentan alguna discapacidad lo son más y por lo tanto se debe estar alerta para detectar maltrato en ellos.
- **Factores inherentes a la familia:** padres jóvenes, familia monoparental, embarazo no deseado, exposición precoz a la violencia, abuso de sustancias, atención prenatal inapropiada, enfermedad física o mental, problemas relacionales, familia numerosa conviviendo en un espacio reducido, aislamiento social, situación de estrés, etc.
- **Factores inherentes a la comunidad y a la sociedad:** leyes de protección al niño inexistente o incumplidas, disminución del valor de los hijos (discapacidad, sexo), desigualdades sociales, violencia organizada, alta aceptabilidad social de la violencia, normas culturales, etc.

**El personal de salud tradicionalmente ha presentado poca atención al problema del Maltrato y Abuso Sexual y los casos de maltrato son detectados y reportados solo cuando se producen lesiones muy severas.**

**Sólo cuando nosotros, como trabajadores del sector salud, asumamos una posición responsable frente a la práctica de cualquier tipo de violencia hacia los niños, así sea bajo el pretexto de corregirlos, será posible conocer la verdadera dimensión del problema, tomar acciones preventivas contundentes y empezar su manejo temprano.**

#### **1.4. EVALUAR AL NIÑO BUSCANDO MALTRATO:**

En todos los niños que se evalúen por cualquier causa, se debe investigar si existe maltrato. Para verificar si hay maltrato evalúe:

- Si hay lesión física sugestiva de maltrato.
- Si hay lesión en genitales o ano.
- Si el niño expresa espontáneamente que es víctima de cualquier tipo de maltrato.
- Si hay evidencia de alteración en el comportamiento del niño.
- Si hay evidencia de alteración en el comportamiento de los cuidadores.
- Si el niño está descuidado en su higiene.

- Si el niño está descuidado en su salud.
- Discrepancia entre una lesión y la historia relatada como origen de la lesión.
- Consulta tardía con lesiones graves.

**OBSERVAR Y PREGUNTAR** POR LAS LESIONES FÍSICAS: ¿son sugestivas de maltrato? ¿son inespecíficas?

Debe observarse la piel de todo el cuerpo en busca de lesiones como equimosis, hematomas, quemaduras, laceraciones, cicatrices o fracturas. Las lesiones físicas sugestivas de maltrato pueden evidenciar la forma o la huella de un objeto (generalmente un objeto de uso cotidiano) con el cual el niño fue agredido. Además es muy frecuente que la localización de las lesiones se diferencie de las lesiones accidentales porque se encuentran principalmente en zonas posteriores, dorso de las manos, espalda y glúteos.

Las fracturas en menores de 3 años están frecuentemente asociadas a maltrato; sin embargo, aunque existen fracturas accidentales en los mayores de 3 años también debe pensarse en maltrato. Por esta razón en todos los menores de 5 años se considera que cualquier fractura es sugestiva de maltrato, cuando no concuerda con la anamnesis.

Es frecuente que los niños menores de 5 años tengan lesiones causadas por traumas accidentales. En general estas lesiones físicas están localizadas en áreas expuestas, en general son pocas, no tienen forma limitada, no tienen un patrón definido. Por esta razón se consideran como lesiones inespecíficas.

**OBSERVAR Y DETERMINAR** si presenta lesiones en genitales o ano:

En el área genital y anal debe buscarse la presencia de flujo, secreción, sangrado, lesiones o cicatrices, que en este grupo de edad son sugestivos de abuso sexual. Por otro lado el enrojecimiento debido a lesiones por uso del pañal, irritación por uso de jabón de baño, irritación y molestia debido a constipación o infestación por enterobios, pueden ser considerados lesiones inespecíficas.

**PREGUNTAR** cómo y cuándo se produjeron las lesiones y **DETERMINAR** si existe discrepancia entre la historia/desarrollo y las lesiones:

Para ayudar a esclarecer si las lesiones son accidentales o causadas por maltrato es importante que se pregunte cómo y cuándo se produjeron las lesiones. De la correlación entre la historia clínica referida por los cuidadores, el grado de desarrollo psicomotor del niño y las lesiones encontradas, el profesional de salud deberá decidir si existe discrepancia entre la historia y las lesiones.

Cuando lesiones inespecíficas que no son típicas de maltrato están asociadas a una historia que no es compatible con las lesiones encontradas o con el desarrollo del niño debe pensarse en maltrato.

**DETERMINAR** si el niño expresa espontáneamente que es víctima de maltrato:

Un aspecto importante que orienta al diagnóstico de maltrato, es cuando el mismo niño dependiendo de su desarrollo y lenguaje expresa espontáneamente la agresión. **A los niños hay que creerles.**

**DETERMINAR** si hay evidencia de alteración en el comportamiento del niño:

El comportamiento del niño debe ser cuidadosamente observado durante toda la consulta, ya que puede dar elementos claves para sospechar o detectar que este niño está siendo maltratado de alguna manera, aún sin tener una lesión evidente. Niños muy agresivos o por el contrario demasiado temerosos, retraídos, o que evitan el contacto visual y/o físico, así como aquellos que presentan conductas autodestructivas o alteraciones del sueño pueden estar siendo maltratados.

Es importante resaltar que las alteraciones del comportamiento pueden ser la manifestación de cualquier tipo de maltrato (físico, sexual, psicológico o negligencia).

**DETERMINAR** si hay evidencia de alteración en el comportamiento de los cuidadores.

Es muy difícil decir que exista un tipo particular de persona abusadora o que esta se reconozca por algún rasgo específico. Una persona que abusa de un niño puede ser de muy bajo o muy alto nivel educativo y por supuesto el estatus social no se relaciona con su capacidad para proteger adecuadamente a sus hijos.

El comportamiento de los cuidadores debe ser cuidadosamente observado durante toda la consulta, ya que puede dar elementos claves para sospechar o detectar que de alguna manera maltratan a los niños. Padres o cuidadores descuidados, castigadores, que tienen comportamiento agresivo o a la defensiva, deben ser considerados como con alteración en el comportamiento.

**PREGUNTAR** a los cuidadores cómo corrigen a su hijo y cómo solucionan los conflictos familiares.

Estas dos preguntas sirven para conocer algunas prácticas educativas y la manera en que son solucionados los conflictos familiares. Muchos padres que usan con frecuencia el castigo físico para corregir a sus hijos tienen la creencia de que el castigo físico es efectivo para ejercer disciplina. Algunos también piensan que usar el castigo físico es un derecho de los padres, sin reconocer que los niños tienen derecho a que se les respete su cuerpo y no se les golpee. Otros padres recurren a la tradición como argumento y dicen que a ellos así los “educaron”, creyendo que eso los ayudó y sin reconocer que la mayoría podrían ser personas más felices y exitosas si no los hubieran golpeado cuando niños.

En muchas familias los conflictos son solucionados a través del uso de la violencia y para ellas es la única forma conocida de solucionar problemas. Con esta pregunta se pueden detectar algunas prácticas que afectan a los niños y que es importante corregir.

**OBSERVAR Y DETERMINAR** si el niño está descuidado en su higiene.

La observación del cuidado del niño marca una pauta importante para determinar el grado de interés de sus padres o cuidadores, por lo que es importante durante la evaluación del niño observar su aseo, aspecto del cabello, uñas, genitales y en caso de tener dientes, examinar el buen o mal estado de los mismos.

**DETERMINAR** si el niño está descuidado en su salud:

¿La consulta es tardía para la causa?

¿El esquema de vacunación está incompleto?

¿El niño se encuentra desnutrido?

Una consulta tardía al servicio de salud puede representar una actitud de poco interés ante las necesidades o afecciones del niño, subvalorando o minimizando dichas necesidades. Puede también deberse a la necesidad de los padres de ocultar una lesión que han producido.

No existe una regla para determinar cuándo es tardía una consulta, por lo tanto de la valoración que realice el personal de salud depende determinar si considera que es tardío el momento de consultar para la enfermedad del niño y las condiciones geográficas, económicas y culturales de la familia.

Otros indicadores de descuido en la salud del niño son el esquema de vacunación incompleto y la desnutrición.

El Cuadro N°25, para la prevención y detección del maltrato en la niñez, muestra como evaluar al niño para verificar si tiene maltrato.

### **1.5. CLASIFICAR AL NIÑO BUSCANDO MALTRATO.**

Existen cuatro posibles clasificaciones que orientan a la toma de decisiones para el maltrato. Todo niño en el que se identifica la posibilidad de maltrato y se evalúa por este motivo debe tener una de estas clasificaciones. Estas son clasificaciones de riesgo y NO UN DIAGNOSTICO. Son ellas:

- COMPATIBLE CON MALTRATO FISICO Y/O ABUSO SEXUAL.
- SOSPECHA DE MALTRATO.
- FALLA EN LA CRIANZA.
- NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO.

#### **1.5.1. COMPATIBLE CON MALTRATO FISICO Y/O ABUSO SEXUAL.**

Todos los niños que presentan lesión física sugestiva de maltrato, o lesiones en genitales o ano, o expresan espontáneamente que son víctima de maltrato físico o abuso sexual deben clasificarse como COMPATIBLE CON MALTRATO FISICO Y/O ABUSO SEXUAL.

Recuerde que usted está clasificando y no haciendo un diagnóstico. No todos los niños que usted clasifique como Compatible con Maltrato Infantil y/o Abuso sexual serán realmente niños maltratados o con abuso sexual. Sin embargo, cuando usted detecte estos casos, es conveniente que los refiera para que se haga una evaluación adicional y se trate el problema.

Al niño que presenta lesiones o dolor debe garantizársele tratamiento de las mismas y, si corresponde, su referencia y la notificación a la autoridad competente según estipula la legislación sobre violencia intrafamiliar y maltrato al menor (Ley N° 38 de 10 de julio de 2001). Este niño también debe ser referido a la Secretaría de Niñez, adolescencia y familia, del MIDES, para su inclusión en la red de protección al menor maltratado.

Los niños clasificados como Compatible con Maltrato Infantil y/o Abuso Sexual deben ser referidos con urgencia porque los niños maltratados que no son atendidos oportunamente y son devueltos a sus hogares sin las mínimas garantías, en un 50% son vueltos a maltratar y de un 5 a 7% tienen riesgo de morir a manos de sus agresores. Además es una forma de proteger al menor, ya que mientras se analiza el caso y al agresor, el niño se aísla temporalmente del escenario donde es violentado.

#### **1.5.2. SOSPECHA DE MALTRATO.**

Todos los niños que presentan dos o más de los siguientes signos: lesiones físicas inespecíficas; comportamiento alterado del niño; comportamiento alterado de los cuidadores; niño descuidado en su higiene; niño descuidado en su salud; el niño expresa espontáneamente que es víctima de maltrato emocional o negligencia, deben ser clasificados como SOSPECHA DE MALTRATO.

Esta clasificación requiere que el profesional de salud que está haciendo la historia refiera al niño a un profesional de trabajo social y a una psicóloga para que realicen una evaluación más completa y decidan sobre la necesidad de referir al niño a la red de protección del niño maltratado.

Independientemente de que se confirme posteriormente el maltrato en este niño, los signos encontrados durante la consulta hacen necesario que el profesional de salud refuerce comportamientos positivos de buen trato; promueva medidas preventivas; y refuerce el respeto y garantía de los derechos de la niñez. Además, deberá notificarse a la autoridad competente, según se estipula en legislación sobre violencia intrafamiliar y maltrato al menor (Ley N° 38 de 10 de julio de 2001).

Debe controlarse en 14 días con el fin de confirmar si asistió a la valoración de trabajo social y a una psicóloga y en el caso de haber asistido a una o a ambas profesionales se deberá reforzar lo recomendado durante esas visitas.

### **1.5.3. FALLA EN LA CRIANZA.**

Un niño que no presenta sospecha de maltrato y que tiene uno solo de los signos mencionados se clasifica como FALLA EN LA CRIANZA y el profesional de salud debe reforzar comportamientos positivos de buen trato, ya que estos comportamientos pueden representar prácticas culturalmente aceptadas para disciplinar pero no deseables y pueden convertirse en maltrato. Se deberá promover medidas preventivas, reforzar el respeto y garantía de los derechos de la niñez, asegurar que los padres están llevando al niño a la consulta de crecimiento y desarrollo y referir al equipo de salud mental y trabajo social.

### **1.5.4. NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO.**

Cuando durante la evaluación no se encuentra ninguno de los signos se clasifica como NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO. En estos casos se debe felicitar a la madre o a quién llevo al niño a la consulta y al grupo familiar conviviente, reforzar comportamientos positivos de buen trato y promover medidas preventivas.

En el Cuadro N°25 para la prevención y detección del maltrato en la niñez, se presenta un resumen de los signos, clasificación y recomendaciones de tratamiento enumeradas antes. Las clasificaciones están colocadas en filas de diferente color según su gravedad y la recomendación de tratamiento: rojo para la clasificación grave que requiere referencia a un nivel superior, amarillo para la clasificación moderada que puede ser manejada desde el servicio de salud del primer nivel con seguimiento y que requiere intervención de otro personal de salud (por ejemplo, trabajadores sociales, equipo de salud mental), y verde para las clasificaciones que pueden ser manejadas desde el servicio de salud y que no requieren intervenciones ulteriores.

## **2. TRATAR AL NIÑO CON MALTRATO Y/O ABUSO SEXUAL**

Si el niño fue clasificado como COMPATIBLE CON MALTRATO FÍSICO Y/O ABUSO SEXUAL INFANTIL, se requiere "referir urgentemente al hospital" y, además, notificar a la autoridad competente según se estipula en legislación sobre violencia intrafamiliar y maltrato al menor (Ley N° 38 de 10 de julio de 2001). El personal de salud también deberá realizar y/o indicar el tratamiento apropiado para las lesiones que presenta el niño víctima de maltrato.

Si el niño fue clasificado como "SOSPECHA DE MALTRATO", se debe referir a un profesional de trabajo social y de psicología quien decidirá la necesidad de contactar a la red de protección del maltrato infantil. También se deben reforzar comportamientos positivos de buen trato, promover medidas preventivas, y reforzar el respeto y garantía de los derechos de la niñez. En los casos de sospecha de maltrato y/o abuso, también se deberá hacer la notificación según se estipula en legislación sobre violencia intrafamiliar y maltrato al menor (Ley N° 38 de 10 de julio de 2001)

Si el niño es clasificado como "FALLA EN LA CRIANZA", se deberán reforzar comportamientos positivos de buen trato, promover medidas preventivas, reforzar el respeto y garantía de los derechos de la niñez, referir a trabajo social y salud mental y citar para la siguiente consulta de crecimiento y desarrollo.

Finalmente, si el niño es clasificado como “NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO”, se deberá felicitar a la madre por el cuidado que está brindando a su niño, se deberán también reforzar comportamientos positivos de buen trato, promover medidas preventivas y recordar a la madre la próxima visita de control para la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño.

El Cuadro Nº25 resume los contenidos de la evaluación, clasificación y tratamiento del maltrato, abuso sexual, negligencia y falla en la crianza.

### **3. ACTITUD DEL PROFESIONAL DE SALUD ANTE CASOS DE SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL**

En caso de sospecha de maltrato infantil es importante tener las siguientes actitudes:

- Garantizar un trato digno y respetuoso a la víctima y a su familia durante todo el proceso de atención con énfasis en la protección del niño. Ser accesible y receptivo, escuchar cuidadosamente y con seriedad la historia y registrar textualmente de manera cuidadosa todo lo que le confían. Es importante mantener la calma y garantizar ayuda en la medida de las posibilidades.
- El personal de salud no debe tratar de concluir rápidamente sobre los hechos, ni especular o acusar a cualquiera. Es un error intentar identificar o definir de manera rápida al responsable del maltrato o definir la intencionalidad de las acciones.
- Durante la consulta por sospecha de maltrato, en la conversación con el afectado o la familia se debe:
  - Evitar un estilo interrogativo o confrontativo.
  - Evitar comentarios sobre lo que se dice y no inducir respuestas a las preguntas.
  - Evitar hablar mucho y no dejar hablar.
  - Si se trata de un pre púber, contar con la presencia de un adulto de confianza durante la consulta y conversación para evaluar la sospecha de maltrato.
  - Si se trata de un adolescente, brindarle la posibilidad de elegir la presencia de un adulto de su confianza.
- Un equipo de trabajo multidisciplinario es importante y permite además brindar apoyo a cada uno de sus integrantes. El equipo no debe necesariamente encontrar al culpable, tarea que le pertenece a la justicia, pero tiene entre sus responsabilidades la de proteger la integridad y la vida del niño o niña afectado por el maltrato.

### **4. ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE**

La base de una buena relación entre padres e hijos está en el reconocimiento de que los niños tienen los mismos derechos de los adultos. Se debe enfatizar y recordar que los niños no son propiedad de los

padres. Los padres tienen la responsabilidad de que se **respeten los derechos fundamentales de los niños** (Anexo 1: Declaración y Convención de los Derechos del Niño y Adolescente).

#### **La madre y el padre deben tener claro que:**

- Deben estimular a sus hijos por sus logros con expresiones o gestos de aprobación y amor, con lo cual obtendrán respeto y confianza.
- Los niños aprenden observando a sus padres y de sus comportamientos aprenden los principios y valores.
- Deben aprovechar el mayor tiempo posible para conversar con sus hijos, desarrollar actividades juntos y conocer sus sentimientos, ideas y aspiraciones.

#### **¿Es la madre(o el padre) consciente del problema?**

- Si la respuesta es SI, y la madre o el acompañante son conscientes del problema del maltrato, por parte de algún adulto, explíquelo que una forma directa de defenderlo, es acudiendo a la autoridad competente en su barrio, localidad o región, para solicitar información o ayuda.

Refuerce la importancia del compromiso y la defensa de los niños, e informe sobre la legislación existente para la protección de los niños en caso de maltrato o abuso sexual, así como sobre las instituciones que pueden ayudar para la atención. Es fundamental hacerles saber de la importancia como ciudadanos de denunciar los casos de abuso sexual. Los padres deben además trabajar para desarrollar en el niño habilidades para detectar y rechazar de manera firme, cualquier intento de abuso sexual.

- Si la respuesta es NO, el primer paso es ayudarlos a que reconozcan que el uso del castigo físico y el maltrato psicológico causan mucho daño.

Es importante que sepan que tienen el derecho y la obligación de corregir a los hijos, pero el castigo físico, la humillación y las amenazas deben evitarse.

#### **4.1. RECOMENDACIONES PARA LOS PADRES Y CUIDADORES SOBRE LA DISCIPLINA PARA LOS NIÑOS**

Existen algunos comportamientos positivos que los padres deben adoptar para prevenir el maltrato:

- **Reconozca** que los niños son personas con derechos, como los adultos y los padres y que dichos derechos deben ser respetados. Los niños no son propiedad de los padres.
- **La base de una buena relación con los niños** es la expresión permanente de afecto y amor por parte de los padres o cuidadores y la familia. Debe aprovechar el mayor tiempo posible para conversar con sus hijos, desarrollar actividades juntos y conocer sus sentimientos, ideas y aspiraciones.

- **Los niños aprenden** la mayoría de sus comportamientos observando a los adultos que tienen a su alrededor.
- **Educar o reprender a los niños por sus faltas** no implica que sea con dolor o agresión física o verbal. El uso del castigo físico y del maltrato causan mucho daño en ellos.
- **Establezca reglas claras para la crianza del niño.** Es mucho mejor si son pocas y básicas.
- **Aplique siempre las mismas reglas.** Cuando al niño se le permite un día una cosa y otro día no, se confunde. Cuando tenga que hacer una excepción de la regla, explíquelo al niño por qué lo hace. Las reglas no pueden estar cambiando ni aplicarse de acuerdo a la conveniencia de los padres.
- **Establezca un acuerdo sobre la aplicación de las reglas** de modo que todos los adultos de la casa que conviven o están al cuidado del niño las cumplan.
- **Explique siempre al niño las razones por las cuales una conducta o comportamiento es negativo.** Cuando un niño comete una falta, explíquelo por qué lo que hizo estuvo mal. No importa si el niño aún no habla, ellos desde muy temprana edad entienden las razones e interpretan las expresiones de los padres.
- **Escuche lo que el niño tenga que decir** sobre una acción o comportamiento antes de reprenderlo por haberlos realizado.
- **Cuente hasta diez antes de reprender al niño por algo que hizo** y piense un momento cual será la forma más adecuada de corregir la conducta o comportamiento incorrecto. No reprenda a un niño con rabia, porque puede generarle daño físico y psicológico.
- **No reprenda al niño por algo que pasó mucho tiempo antes,** especialmente si es muy pequeño, ya que él no sabrá por qué lo están reprendiendo.
- **No reprenda al niño dos veces por un mismo hecho.** Si el niño tuvo una conducta o comportamiento inadecuado y un padre ya lo reprendió por ese hecho, el otro no necesita reprenderlo nuevamente por el mismo hecho. Asimismo, si fue reprendido en la escuela, no debe volverse a reprender en la casa. Los padres o uno de ellos pueden optar por reflexionar con el niño sobre la falta cometida, los acontecimientos que la rodearon, las razones que el niño pueda explicar, los motivos por los que ese comportamiento no es adecuado, y cómo prevenir otros hechos similares.
- **Jamás trate despectivamente a un niño.** Los niños, como todos los adultos, pueden equivocarse y cometer faltas. Cuando así sucede, estas faltas deben corregirse, pero no de manera violenta. Todas las personas cometen errores y no por eso deben ser tratadas despectivamente, por ejemplo diciéndoles que son tontas o brutas.
- **Nunca amenace a los niños,** las amenazas no son formas efectivas de promover una conducta positiva y de lograr una adecuada disciplina. Por ejemplo, nunca amenace a un niño con que lo va a abandonar o regalar; los niños creen esto y les puede producir un gran daño psicológico.

- **No emplee el castigo físico, los gritos o los insultos** como una forma de generar respeto y corregir un comportamiento inapropiado de un niño. Este tipo de acciones sólo infunden miedo, no fomentan la autoconfianza del niño y no promueven habilidades constructivas y conductas positivas en los niños. La mejor manera de infundir respeto es manteniendo las reglas muy claras, escuchar y explicar las razones y tratar de ser justo en el momento de corregir una conducta o reprender a un niño.
- **Converse con sus hijos** sobre la prevención del abuso sexual, explicándoles la diferencia entre caricias y expresiones de afecto y comportamientos de personas que lo hacen con el propósito de abusarlos, aún cuando sean conocidas de ellos, familiares o amigos.

## 5. PROPORCIONAR ATENCION DE REEVALUACION Y SEGUIMIENTO

### 5.1. CONSULTA DE CONTROL DEL NIÑO CLASIFICADO COMO SOSPECHA DE MALTRATO

Un niño con SOSPECHA DE MALTRATO deberá regresar a consulta de control en 14 días y proceder de la siguiente forma:

#### SOSPECHA DE MALTRATO

Después de 14 días:

Realizar la evaluación completa del niño nuevamente y preguntar si asistió a consulta con el profesional de trabajo social y a psicología y decidir:

- Si existe alguno de los criterios para clasificar como COMPATIBLE CON MALTRATO FISICO Y/O ABUSO SEXUAL trate como está recomendado.
- Si no asistió a consulta con un profesional de trabajo social y a psicología, contacte con la red de protección del niño maltratado.
- Si asistió a consulta con el profesional de trabajo social y a psicología, estimule que siga las recomendaciones dadas y refuerce comportamientos positivos.

### 5.2. CONSULTA DE CONTROL DEL NINO CLASIFICADO COMO FALLA EN LA CRIANZA O COMO NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO

Un niño clasificado como FALLA EN LA CRIANZA o como NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO no necesita ser citado para una visita de control específica sobre el problema. El niño puede ser nuevamente evaluado en la consulta de control del crecimiento y desarrollo y, en esa ocasión, el personal podrá evaluar si los padres están siguiendo las recomendaciones dadas sobre la crianza y educación de sus niños.

Esto podrá realizarse con la evaluación completa del niño para verificar si la clasificación ha mejorado, continúa igual o ha empeorado.

Si el niño continúa siendo clasificado como FALLA EN LA CRIANZA converse nuevamente con la madre sobre la mejor forma de educar al niño y la importancia de mejorar la higiene, su cuidado y educación.

Si el niño ha empeorado (por ejemplo, si un niño clasificado como NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO es clasificado como FALLA EN LA CRIANZA en la siguiente consulta) proceda de acuerdo con los cuadros de procedimiento y el tratamiento indicado en las páginas anteriores.

## **6. REPORTE DE CASOS.**

La situación real sobre el maltrato infantil es limitada debido a múltiples causas, entre ellas el subregistro, problemas culturales, situaciones históricas, problemas de definición en su clasificación, falta de priorización del problema, etc.

Esta falta de información favorece el mantener en "silencio" este problema, llevando a la acción de omisión por parte de los individuos, la sociedad civil y las autoridades de gobierno, perpetuándose esta cruel y difícil situación de la niñez.

Toda vez que el personal de salud tenga contacto con un niño o niña con sospecha de maltrato o violencia infantil está en la obligación de llenar y presentar el reporte de sospecha de casos. Todas las instalaciones de salud deben contar con el mismo, según se estipula en la Ley 38 de 2001, que reforma y adiciona artículos al código penal y judicial, sobre violencia doméstica y maltrato al niño, niña y adolescente,

### **6.1. Registro, consolidación y análisis de la información**

El profesional de salud, quien a través del llenado de la historia clínica clasifica a un niño como compatible con MALTRATO FÍSICO Y/O SEXUAL, debe llenar el formulario "Informe de sospecha de violencia intrafamiliar y maltrato al menor", enviará el original al Instituto de Medicina Legal y entregará copia al funcionario de registros médicos y estadísticas, quien tabulará la información y presentará los informes correspondientes.

Una vez conocido los datos, el equipo de salud responsable del abordaje del problema del maltrato infantil así como miembros de las organizaciones civiles y autoridades gubernamentales realizarán el análisis de la información a efectos de establecer e implementar un plan de intervención tanto a nivel de seguimiento de casos así como acciones de información, educación y comunicación en la comunidad.

## Cuadro N° 25. Procedimientos para la prevención y detección del maltrato en la niñez

¿Tiene el niño signos compatibles con maltrato, abuso, negligencia o falla en la crianza?

### PREGUNTAR:

- Si el niño presenta alguna lesión:
  - ¿Cómo se produjeron las lesiones?
  - ¿Cuándo se produjeron las lesiones?
- ¿Cómo corrige a su hijo?
- ¿Cómo solucionan los conflictos en su hogar?

### OBSERVAR Y DETERMINAR:

- Determinar si presenta lesión física:
  - Sugestiva de maltrato: lesiones con la forma o huella de un objeto o lesiones en zonas posteriores, dorso de las manos, espalda y glúteos o cualquier fractura.
  - Inespecíficas: localizadas en áreas expuestas, (en general son pocas, no tienen forma limitada, no tienen un patrón definido).
- Determinar si presenta flujo, secreción, sangrado, lesiones o cicatrices en genitales o ano.
- Determinar si el niño expresa espontáneamente que es víctima de maltrato.
- Determinar si existe discrepancia entre la historia/desarrollo y las lesiones.
- Observar si hay evidencia de alteración en el comportamiento del niño: agresivo, temeroso, retraído, evita el contacto visual y físico, presenta conductas autodestructivas o alteraciones del sueño.
- Observar si hay evidencia de alteración en el comportamiento de los cuidadores: descuidados, castigadores, a la defensiva, agresivos.
- Determinar si el niño está descuidado en su higiene: aseo, dientes, cabello, uñas.
- Determinar si el niño está descuidado en su salud:
  - La consulta es tardía para la causa; o
  - El esquema de vacunación está incompleto, o
  - El niño se encuentra desnutrido.

CLASIFICAR

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lesión física sugestiva de maltrato; o</li> <li>▪ Lesiones en genitales o ano; o</li> <li>▪ El niño expresa espontáneamente que es víctima de maltrato físico o abuso sexual</li> </ul>	<p><b>COMPATIBLE CON MALTRATO FÍSICO Y/O ABUSO SEXUAL RETRASO DEL DESARROLLO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tratar las lesiones y el dolor.</li> <li>➤ Referir al nivel superior.</li> <li>➤ Notificar a la autoridad competente.</li> <li>➤ Contactar con la red de protección del niño maltratado.</li> </ul>
<p>Dos o más de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesiones físicas inespecíficas.</li> <li>• Comportamiento alterado del niño.</li> <li>• Comportamiento alterado de los cuidadores.</li> <li>• Niño descuidado en su higiene.</li> <li>• Niño descuidado en su salud.</li> <li>• El niño expresa espontáneamente que es víctima de maltrato emocional o negligencia.</li> </ul>	<p><b>SOSPECHA DE MALTRATO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Referir a un profesional de trabajo social y a psicología, y si existen fundamentos contactar con la red de protección del niño maltratado.</li> <li>➤ Reforzar comportamientos positivos de buen trato.</li> <li>➤ Promover medidas preventivas.</li> <li>➤ Reforzar el respeto y garantía de los derechos de la niñez.</li> <li>➤ Control en 14 días.</li> </ul>
<p>Uno solo de los signos descritos en la fila anterior.</p>	<p><b>FALLA EN LA CRIANZA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reforzar comportamientos positivos de buen trato.</li> <li>➤ Promover medidas preventivas.</li> <li>➤ Reforzar el respeto y garantía de los derechos de la niñez.</li> <li>➤ Citar para la próxima consulta de crecimiento y</li> </ul>
<p>No tiene ninguno de los signos anteriores.</p>	<p><b>NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Felicitar a la madre.</li> <li>➤ Reforzar comportamientos positivos de buen trato:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promover medidas preventivas.</li> <li>▪ Recordar la próxima visita de crecimiento y desarrollo.</li> </ul> </li> </ul>

### 3. Evaluación de Factores de Riesgo asociados a la Salud de la madre y la familia.

La importancia de la salud materna durante los primeros años se enfatiza con las preguntas que giran en torno a ella.

Algunas de las condiciones de riesgo asociadas a la madre son:

- 1) Problemas de salud en la madre
  - a) Depresión post parto
  - b) Falta de apego materno
  - c) Consumo o abuso de sustancias
  - d) Enfermedades crónicas, debilitantes o con discapacidad
- 2) Madres adolescentes,
- 3) Madres solteras, viudas, divorciadas o separadas.
- 4) Violencia intrafamiliar
- 5) Madre Trabajadora , tipo y horario de trabajo

Las preguntas se deben adecuar según si es la madre u otra persona la que lleva al niño o niña al servicio de salud. Para cada una de las situaciones se ofrecen alternativas de intervención, que pueden ampliarse o modificarse, según los recursos existentes en la instalación de salud.

**Cuadro N°26. Evaluación social de la madre y la familia.**

Pregunte	Clasifique	Intervención
¿La madre está muy triste, con llanto fácil, deseos de morir?	Sospecha de depresión materna	Referir a Salud Mental, Trabajo Social
¿La madre presenta alguna enfermedad crónica, deficiencia o discapacidad?	Madre con discapacidad	Referir a Salud Mental, Trabajo Social, Atención Médica específica
¿La madre tiene problemas de consumo de sustancias o alcohol?	Consumo de sustancias	Referir a Salud Mental, Trabajo Social, Atención Médica específica
¿La madre es adolescente?	Madre adolescente	Referir a Salud Mental, Trabajo Social
¿La madre es soltera, viuda, separada, divorciada o tuvo un embarazo no deseado?	Disfunción familiar	Referir a Salud Mental, Trabajo Social
¿La madre muestra poco o ningún interés en cuidar del bebe?	Falta de apego materno	Referir a Salud Mental, Trabajo Social
¿La madre o el bebe son objeto de golpes, gritos, insultos u otras formas de violencia para solucionar problemas o disciplinar? ¿Alguno es sometido a relaciones sexuales forzadas o por dinero?	Violencia intrafamiliar	Evaluación por pediatría y/o salud mental, Trabajo Social. Se completa el formulario de sospecha de maltrato y es enviado a: Policía de Menores, MIDES, Instituto de Medicatura Forense, Juzgado de Niñez y Adolescencia o de Familia

# Actividad #14. Evaluación de la Salud Bucal.

En nuestro país, las enfermedades dentales y de la cavidad oral son las principales causas de morbilidad desde el segundo quinquenio de edad y continúan siendo un problema durante toda la vida. Por este motivo, el Programa Nacional de Salud Bucal, implementa diferentes estrategias de promoción, prevención, atención y rehabilitación, desde edades muy tempranas e incluso desde antes del nacimiento, con la atención de una adecuada salud oral de la madre gestante.

Para el desarrollo de las actividades de evaluación en salud bucal en los niños y niñas desde el nacimiento hasta los 9 años de edad, el Programa Nacional ha suministrado las Normas de Atención en Salud Bucal<sup>1</sup> para este grupo de edad.

## NORMAS DE ATENCION EN SALUD BUCAL

**Estrategia:** Conjunto de acciones de promoción de la salud dirigidas a los responsables de esta población (madre, padre o tutor) de 0 a 5años y de 6 a 9 años de edad con el objeto de concienciar en la gestión y cuidado de la salud bucal a su familia, comunidad y el ambiente.

**Promoción en salud** es el conjunto de actividades dirigidas a estimular y desarrollar estilos de vida saludables en los diferentes grupos de población, mediante el desarrollo de procesos de educación, comunicación para la salud y participación social, de modo que los individuos y la comunidad asuman la responsabilidad del auto cuidado de la salud.

**Responsables del componente de Promoción de la salud:** equipo multidisciplinario de odontología.

**Universo:** población estimada para las edades específicas de 0-5años y de 6-9 años de edad.

**Cobertura:** se establecerá durante la programación entre el coordinador regional y el equipo de salud liderados por el director médico contemplando los siguientes Grupos:

Población de 0-5años

Población de 6-9 años escolarizada

Población de 6-9 años que acuden a la instalación de salud

Población no escolarizada y que no acuden a la instalación

**Concentración:** realizar 2 actividades de promoción y educación al año en esta población y/o dependiendo de los factores de riesgo de cada paciente.

---

<sup>1</sup> Ministerio de Salud. Normas Técnicas, Administrativas y Protocolos de Atención en Salud Bucal. Panamá.

## NIÑOS Y NIÑAS DE 0 - 5 AÑOS

### NORMA

Todo niño o niña debe ser referido a la consulta odontológica para ser evaluado integralmente desde los seis meses de edad y determinar los factores de riesgos de la salud bucodental, de crecimiento y desarrollo por lo menos dos veces al año.

### Intervenciones:

- Referir al niño o a la niña a la consulta odontológica según el flujograma.
- Realizar el Diagnostico y Plan de Tratamiento.
- Historia Clínica y Examen
- Control de higiene oral-técnica de cepillado
- Profilaxis
- Aplicación de Flúor según riesgo cariogénico
- Plan de Tratamiento
- Establecer el Sistema de Atención por citas según normas de Salud Bucal.
- El odontólogo (a) realizará el Plan de Tratamiento según los riesgos del paciente.
- Orientar a la madre, padre o tutor sobre el cuidado de la salud bucal del niño (a).
- Aplicar las técnicas preventivas descritas en las normas y protocolos de atención según riesgos.
- Realizar las acciones clínicas y terapéuticas necesarias para rehabilitar la funcionalidad de los tejidos orales.
- Todo paciente debe tener su expediente clínico odontológico y las actividades serán anotadas en la hoja de registro diario.

### Promoción y Educación (ver normas de salud bucal).

- Promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.
- Importancia de la lactancia materna en el desarrollo estomatognático.
- Cuidado de higiene bucal desde su nacimiento.
- Se indicará la utilización de pañitos con agua limpia o hervida para la limpieza de la cavidad bucal, antes de la erupción de los dientes.
- Explicar a la madre sobre la salivación excesiva y molestias de la erupción dentaria.
- Utilización de objetos fríos específicos para mitigar y aliviar la irritabilidad propia de las encías por la erupción de los primeros dientes.
- Educar sobre la transmisibilidad de la flora microbiana del adulto al niño (a).
- No compartir los utensilios personales o darle besos en la boca al niño.
- Orientar a los padres sobre el proceso de destete del niño (a).
- Control de hábitos de succión de dedo, chupete, labio, lengua biberón u objetos.
- Prevención de la caries por el uso prolongado del biberón.
- Educación sobre las medidas preventivas de higiene bucal, técnica de cepillado, uso del hilo dental, uso de fluoruros según normas de atención, acudir al odontólogo.
- Educar sobre dieta cariogénica y no cariogénica.
- Alimentación Complementaria después de los seis meses de edad.

- Importancia de los dientes deciduos y permanentes.
- Prevención de accidentes bucales.
- Se realizarán actividades de promoción en la comunidad tanto a grupos, familias o en visitas domiciliarias.

**Realizar las acciones clínicas, terapéuticas y oportunas para rehabilitar la funcionalidad de los tejidos orales: restauraciones, pulpotomias, exodoncias, entre otras. (Descritas en las Normas Técnicas, Administrativas y Protocolos de Atención en Salud Bucal).**

## **NORMAS INTEGRALES DE SALUD BUCO-DENTAL EN LOS NIÑOS (AS) DE 6 A 9 AÑOS DE EDAD**

### **NORMA**

Todo niño o niña de 6 a 9 años de edad que acuda a la instalación de salud debe ser referido a la consulta odontológica para su evaluación integral y determinar los factores de riesgo cariogénico, de la condición de salud de sus encías y cavidad bucal y de crecimiento y desarrollo por lo menos dos veces al año, según las normas de atención en salud buco dental.

### **Intervenciones**

- Referir al niño o niña a odontología según el flujograma de atención.
- Realizar el examen bucal, diagnóstico y plan de tratamiento.
- Control de higiene oral- Técnica de Cepillado
- Profilaxis
- Aplicación de Flúor según riesgo cariogénico
- Establecer el Sistema de Atención por citas según riesgo del paciente y normas de atención.
- Todo niño(a) debe tener su expediente clínico odontológico y las actividades serán anotadas en la hoja de registro diario.

### **Promoción y Educación: (ver normas de salud bucal).**

- Orientar a los padres, madres o tutores en el cuidado de la salud bucal del niño (a)
  - Enseñanza de técnica de cepillado
  - Importancia de la dentición decidua y permanente
  - Erupción dentaria
  - Importancia del primer molar permanente
  - Riesgo cariogénico y periodontal.
- 
- Educar sobre el uso de aparatología en el caso de pérdida prematura de dientes temporales o por malformaciones producidos por hábitos o traumas en los niños

- Prevención de accidentes orales
- Educación alimentaria: dieta cariogénica y no cariogénica
- Reuniones de Coordinación del Equipo Multidisciplinario
- Educación sobre la importancia de acudir al odontólogo
- Desarrollar actividades de promoción en la comunidad, tanto grupos, escuelas, familias y en visitas domiciliarias.

### **Actividades Preventivas**

- Control de higiene oral
- Práctica de Técnica de cepillado
- Controles de placa bacteriana
- Profilaxis
- Uso del hilo dental
- Aplicación de flúor en los controles y según riesgo
- Aplicación de Sellantes de Fosas y Fisuras
- Evaluación del Crecimiento y Desarrollo de los Maxilares
- Controles de Salud buco-dental según riesgo
- Toma de muestra de agua para el monitoreo del ión flúor

**Realizar las acciones clínicas, terapéuticas y oportunas para rehabilitar la funcionalidad de los tejidos orales: inactivación de caries, restauraciones, exodoncias, apexogenesis, entre otras. (Descritas en las Normas Técnicas, Administrativas y Protocolos de Atención en Salud Bucal).**

# PRUEBAS DE LABORATORIO.

## Actividad #15. Tamizaje Neonatal

El tamizaje neonatal tiene el propósito de contribuir a la reducción de la mortalidad, morbilidad y discapacidad infantil. Es sustentado por la Ley 4 del 8 de enero de 2007, que crea el Programa Nacional de Tamizaje Neonatal, con el propósito de detectar tempranamente enfermedades metabólicas, endocrinológicas y otras; para implementar un tratamiento adecuado precoz y de bajo costo que permite prevenir retardo mental, otros tipos de discapacidad y también la muerte.

El tamizaje neonatal debe realizarse a todo neonato en la República de Panamá, por ley, desde el nacimiento hasta los 28 días de vida. Pero preferentemente entre el **3ero** y **7mo** día de vida, para iniciar un tratamiento precoz en los que resulten afectados.

### SE REALIZARÁN LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN PARA LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS:

- a) **Fenilcetonuria:** trastorno en el metabolismo hepático de la fenilalanina, que ocasiona la acumulación de este aminoácido en diferentes órganos, principalmente el cerebro. Clínicamente al nacer son completamente sanos. A las pocas semanas pueden presentar síntomas inespecíficos y desarrollar un progresivo retraso en el desarrollo psicomotor que se hace evidente en los primeros 6 a 9 meses de vida. En la mayoría de los casos llegan a alcanzar una deficiencia mental profunda.

El tratamiento consiste en restringir la ingesta de alimentos con fenilalanina, permitiendo cantidades suficientes que garanticen el crecimiento sin causar elevaciones anormales. Dependiendo de la severidad de la enfermedad, al nacer se debe reemplazar la leche materna por una fórmula baja en fenilalanina. La restricción dietética de alimentos con alto contenido de fenilalanina se debe mantener de por vida.

Alimentos que contienen fenilalanina: leche materna, leche de vaca, huevos, pollo, cerdo, ternera, salmón, sardinas, camarones y otros peces y mariscos, cereales, papas, harina, espárragos, zanahorias, habas, arroz, coca cola (de todos los tipos), Nutra Sweet o Equal (edulcorantes artificiales que tienen fenilalanina), alimentos dietéticos con aspartamo.

- b) **Galactosemia:** Enfermedad hereditaria que se caracteriza por una incapacidad de convertir la galactosa en glucosa. Esta se acumula produciendo lesiones en hígado, riñones y sistema nervioso central. El tratamiento es la supresión completa de galactosa en la dieta. Los afectados deben mantener una dieta libre de galactosa.
- c) **Hiperplasia suprarrenal congénita:** representa un grupo de alteraciones congénitas de la síntesis del cortisol. Dependiendo del defecto enzimático puede mostrar diferentes cuadros clínicos. En el 90% de los casos la falta de la 21 hidroxilasa produce insuficiencia de cortisol y aldosterona, que en las primeras 2 semanas de vida ocasionará un cuadro clínico de “perdida de sal” (pérdida de peso, anorexia, vómitos, deshidratación, debilidad, hipotensión, hipoglicemia, hiponatremia e hiperkalemia) que sin tratamiento adecuado pueden llevar a la muerte en días o semanas. La deficiencia enzimática ocasiona también la acumulación de precursores esteroideos que llevan a un aumento en la producción de andrógenos que pueden afectar al feto desde la 8va a 10ma semana y llevar a la aparición de anomalías en los genitales femeninos.

El tratamiento de reemplazo es con glucocorticoides (hidrocortisona). Las dosis requieren aumentarse en situaciones de estrés como enfermedad aguda o cirugía.

- d) **Deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa:** Es la deficiencia enzimática más común del mundo. Se trasmite de forma hereditaria ligada al cromosoma X, por lo tanto las mujeres son portadoras y los hijos varones son los que llegarán a presentar síntomas.

Las personas que tienen deficiencia de G6PD deben consultar con su médico antes de tomar cualquier medicamento. Algunos medicamentos que pueden ser perjudiciales incluyen los siguientes: Antimaláricos (primaquina, pamaquina, cloroquina), aspirina, fenacetina, sulfas (sulfanilamida, sulfapiridina, sulfadimidina, sulfacetamida, glucosulfonato de sodio, nitrofurantoína, furazolidona, nitrofurazona, dapsona, sulfoxona, sulfisoxazol), antihelmínticos (b-naftol, estibofén, niridazol) y otros (probenecid, diuréticos tiazídicos, fenotiazina, cloranfenicol, dimercaprol, azul de metileno, vitamina k, habas, bolitas de alcanfor o naftalina).

- e) **Hipotiroidismo congénito:** el 85% de los casos es causado por alguna forma de disgenesia tiroidea. La mayoría de los afectados no presenta síntomas al nacer, evolucionando a falla en el crecimiento y el desarrollo. La terapia de reemplazo es con tiroxina.
- f) **Hemoglobinopatías:** Se describe en la actividad #18.

**PROTOCOLO:**

1. En el Hospital del Niño de Panamá se toma la muestra de sangre por punción en área específica del talón, entre el 4to 7mo día de vida del neonato. Estas 4 gotas de sangre se colocan en 4 círculos pe papel de filtro Whatman No. 903.
2. Se consigna toda la información demográfica en la boleta de papel de filtro con los datos que la madre aporta. Posteriormente colocamos la boleta con las muestras de papel de filtro en un racket por espacio de 4 a 6 horas para secar la muestra.
3. Las boletas con la información demográfica del neonato y las muestras secas adjunta a ésta, se envían colocadas en sobres de papel en una valija vía correo al Laboratorio de Genética del Hospital del Niño de Panamá. (Laboratorio de referencia para los Hospitales del MINSA en las 14 regiones de salud de Panamá).
4. En el Centro de referencia se localiza a los padres de los recién nacidos con tamizaje positivos para cualesquiera de las 6 enfermedades contempladas por Ley en el Programa de Tamizaje Neonatal, a fin de confirmar estos resultados. Si son de los Hospitales de las Regiones de Salud se localiza a los familiares para que acudan a la prueba de confirmación.
  - a. En los Hospitales del área metropolitana y alrededor (Hospital del Niño, Hospital Integrado San Migue Arcángel y Nicolás Solano), las muestras se recibirán en el laboratorio de Genética y Tamizaje Neonatal del Hospital de Niño.
  - b. En los Hospitales Regionales de provincia, el familiar debe acudir preferentemente al Hospital del Niño para el estudio de confirmación. Si el resultado es positivo se remite ese mismo día a la clínica de Tamizaje Neonatal ó consulta de Genética para la evaluación, tratamiento y/o recomendaciones si así lo amerita.
5. Todos los casos de tamizaje positivos con prueba de confirmación positiva, que hayan presentado sintomatología de la enfermedad (Ejm. Hipotiroidismo congénito, déficit de G-6-P-D, etc.). Se les dará seguimiento en la Clínica de Tamizaje Neonatal por el equipo multidisciplinario que hemos conformado para esta actividad.
6. Los padres de los recién nacidos diagnosticados en el Programa de Tamizaje neonatal de Hospital del Niño de Panamá, deberán acudir a clínica de asesoría genética tan pronto se les de la fecha de cita de esta importante actividad.
7. Es importante que todo médico o médica que atiende recién nacidos verifique en la tarjeta de vacunación si está tamizado. Si tiene menos de 28 días y no ha sido tamizado debe ser canalizado al Hospital del Niño ó a los Hospitales Regionales para la realización de la prueba del talón, independientemente si el parto ocurrió en una instalación de salud privada ó pública.

En la Caja de Seguro Social se están realizando las pruebas de Tamizaje Neonatal con el siguiente protocolo:

1. Se toma muestra de sangre por punción capilar en el talón del recién nacido, el 3er o 4to día de vida: 5 gotas en papel filtro especial (tienen marcados 5 círculos, en cada uno de los cuales se pone una gota de sangre).
2. Se llenan los formularios y se envían DIARIAMENTE, por medio del laboratorio local, al Laboratorio de Genética del Complejo Hospitalario Metropolitano AAM de la CSS.
3. El laboratorio de genética envía el informe al laboratorio de la unidad de origen.
4. Los casos positivos se notificaran por vía telefónica inmediatamente y serán referidos a la Clínica de Genética de la CSS.

# Actividad #16. Monitoreo de hematocrito y hemoglobina.

El monitoreo de la hemoglobina y hematocrito tiene el propósito de identificar niños y niñas con deficiencia de hierro y/o trastornos hematológicos. Las deficiencias de hemoglobina tienen un efecto deletéreo en el desarrollo del niño cuyo impacto puede dejar secuelas a largo plazo.

Pueden existir diversos valores de referencia para establecer la hemoglobina normal, los cuales variarán dependiendo de la edad, el sexo, altura del lugar sobre el nivel del mar y la salud del individuo. El punto de corte para definir anemia en Panamá se ha establecido en **11,0 mg/dl**. Valores por debajo de este se consideran anemia.

Existen diversos equipos para la medición de la hemoglobina. El personal de salud coordinara con el personal técnico sobre los requisitos para el procesamiento de muestras y entrega de resultados de manera oportuna.

## Resultados:

La prevención y el tratamiento de la anemia son descritos en las normas de suplementación de hierro (Tablas N°20 y 21).

En caso de reportarse niveles de hemoglobina menor o iguales de 7 mg/dl (anemia severa) deberá referirse a evaluación y manejo hospitalario.

**Cuadro N°27. Verificar la presencia de anemia  
(según niveles de hemoglobina\*)**

Observar	Niveles de Hemoglobina	Clasificar como	Tratamiento
<b>Determinar</b> valor de hemoglobina  <b>Auscultar</b> Determinar si hay falla cardíaca, FC>120xmin	< 7,0 mg/dl	Anemia grave	- Referir <b>URGENTEMENTE</b> al hospital.
	7,0 a 8,9 mg/dl	Anemia moderada	- Dar terapia de recuperación de hierro (Tabla N°21) - Dar antiparasitario (Tabla N°23) - Evaluar la alimentación del niño(a) y recomendar a la madre sobre la alimentación tal como se indica en la sección de CONSEJERIA NUTRICIONAL.
	9,0 a 10,9 mg/dl		- Indicar a la madre cuando regresar de inmediato. - Hacer seguimiento en 30 días después.
	>/= 11,0 mg/dl	No tiene anemia	- Dar terapia preventiva de hierro (Tabla N°20)

\*Los valores del hematocrito son iguales a tres veces los niveles de hemoglobina por ciento.

# Actividad #17. Urinálisis

Las pruebas de orina rutinarias que se realizan durante los controles de salud, tienen el propósito de identificar patologías que puedan afectar la función renal del niño o la niña en su presente y futuro. La patología más frecuentemente encontrada son las infecciones de vías urinarias. En todo niño o niña menor de 4 años de edad, la IVU no solo debe ser tratada sino, que debe recibir seguimiento y en casos específicos ampliar los estudios para la identificación de malformaciones del tracto urinario. Las infecciones a repetición están asociadas a daño renal e insuficiencia renal en la vida adulta.

## VALORES DE REFERENCIA PARA EL URINALISIS

El personal de salud deberá coordinar con el de laboratorio clínico, para que se informe sobre los valores de referencia según la prueba y el quipo que estén utilizando.

## TRATAMIENTO RECOMENDADO:

a). El paciente no tóxico puede ser tratado ambulatoriamente por 7 a 14 días con:

TRIMETROPIN CON SULFAMETOXAZOL (electiva): 8 – 12 mg/kg/día de trimetropin, dividido c/12 hrs. VO.

AMOXICILINA (2da. opción): 50 – 80 mg/kg/día dividido bid o tid.

b). Recomendaciones al familiar sobre medidas de higiene

## SEGUIMIENTO:

Todo niño o niña menor de 5 años con infección de vías urinaria deberá ser objeto de seguimiento por un año, al menos.

- Urinálisis de control durante un año a los meses 1, 2, 3, 6, 12,
- De encontrarse alguna de las pruebas anormales se deberá referir para:
  - o Ultrasonido renal
  - o Urocultivo
  - o Evaluación por urología, en caso necesario

# **Actividad #18. Solubilidad / Electroforesis de Hemoglobina: Tamizaje de hemoglobinopatías.**

La anemia falciforme es un trastorno genético autosomal recesivo que afecta la síntesis de los glóbulos rojos, en el que la hemoglobina normal del adulto (hemoglobina A) es modificada por la hemoglobina S. Es la más común de las hemoglobinopatías.

Al nacer, la presencia de la hemoglobina fetal (Hb F) permite que los afectados se mantengan asintomáticos. La expresión clínica de la enfermedad se da en la primera infancia, posterior a los 6 meses de edad, cuando la Hb F es reemplazada por la Hb S. En condiciones de disminución del oxígeno, esta hemoglobina modifica la forma de los eritrocitos y aumenta su adhesión al endotelio lo que facilita oclusiones vasculares (crisis vaso oclusivas). Además, las personas con anemia falciforme presentan una respuesta inmunológica alterada que los hace más susceptibles de infecciones y sepsis.

La frecuencia entre la población afro descendiente es de 1:400 y el 10% tienen el rasgo heterocigoto (Hb AS), los cuales suelen ser asintomáticos, pueden transmitir el rasgo a su descendencia. En poblaciones con más de 15% de afro descendientes se debe realizar el tamizaje neonatal universal por anemia falciforme. El tamizaje se realiza por electroforesis de hemoglobina.

El diagnóstico neonatal contribuye a mejorar el manejo del paciente. Permite ofrecer consejería a los familiares sobre los cuidados del niño y aplicar intervenciones preventivas.

## **Tamizaje Neonatal por Hemoglobinopatías.**

La prueba de tamizaje es la electroforesis de hemoglobina, que puede ser aplicada en cualquier momento después de nacer. Por esta prueba se identifica el tipo de hemoglobina que tiene el paciente. Después de los 6 meses de edad se puede encontrar los valores de hemoglobina propios de adultos normales, en los que se espera que tengan Hb A1 del 95% a 98%, Hb A2 de 2% a 3% y Hb F de 0,8% a 2%. La Hb S y la Hb C deben ser del 0%.

**Tabla N°18-A. Concentración de hemoglobina fetal (Hb F) según la edad.**

Edad	Concentración de Hb F
Recién nacido:	50% a 80%
6 meses:	8%
Después de 6 meses:	1% a 2%

**Tabla N°18-B. Tamizaje Neonatal por Hemoglobinopatías: Resultados de la Prueba**

Electroforesis de Hemoglobina	Hemoglobinopatía
A	Normal
AS	Portador Anemia Falciforme
SA	Talasemia
SS	Anemia Falciforme
SC	Enfermedad SC

## TRATAMIENTO.

### **Hemoglobina AS, portador de la anemia falciforme:**

Estos pacientes suelen ser asintomáticos.

Al interpretar la prueba debe darse asesoría a los familiares.

- Anotar en el expediente y la tarjeta de vacunas el resultado de la prueba.
- Si los padres no saben su tipo de hemoglobina, deben hacerse la prueba y más si están considerando tener más hijos.
- Explicar las implicaciones para el futuro del hijo (a).

### **Hemoglobina SS, anemia falciforme:**

Estos pacientes pueden empezar síntomas muy tempranamente. La atención de estos pacientes debe ser multidisciplinaria con el apoyo de un hematólogo pediatra, siempre que sea posible.

- El paciente debe tener controles de salud estrechos, al menos cada 2 a 4 meses, con el apoyo del personal de la atención primaria. Durante la infancia, además de las intervenciones regulares, el foco de atención es la identificación temprana de complicaciones.
- Desde los 2 meses hasta los 5 años de edad deben recibir antibióticos profilácticos:
  - o penicilina V potásica 125 mg bid, aumentar a 250 mg bid a los 3 años de edad.
  - o Eritromicina
- Esquema de vacunación debe incluir:
  - o Vacuna contra el neumococo
  - o Vacuna contra la influenza aplicada anualmente, antes del inicio de la temporada.
  - o Es recomendable aplicar la vacuna contra el meningococo.
- Los familiares deben recibir educación sobre la enfermedad.
  - o Comprender los síntomas de la enfermedad
  - o Identificar como han de proceder en caso de enfermedad aguda.
  - o Importancia de recibir atención médica si presenta fiebre.
  - o Importancia de la medicación preventiva
  - o Importancia del consumo de una dieta adecuada, abundantes líquidos y evitar la deshidratación.

# Actividad #19. Perfil de Lípidos

Los altos niveles de lípidos en sangre están claramente asociados con la aparición temprana de arterioesclerosis y enfermedades cardiovasculares. Este proceso se ha identificado que tiene sus raíces a edades muy tempranas, por lo que es necesario la identificación de las personas con mayor riesgo e iniciarles un monitoreo y tratamiento oportuno.

La detección de los trastornos en el metabolismo de los lípidos se realiza por medio de la medición periódica de los niveles de colesterol, triglicéridos y lipoproteínas.

Según se establece en las “Normas Técnicas y Administrativas del Programa de Salud Integral del Niño y la Niña”:

- a.) Se realizará la prueba de colesterol y triglicéridos a todo paciente de dos o más años de edad con antecedentes familiares positivos de tener (Cuadro N°28):
  - 1. Familiar de primer o segundo grado de consanguinidad con enfermedad cardiovascular prematura (antes de los 55 años de edad).
  - 2. Familiar de primer grado de consanguinidad con hipercolesterolemia.
  - 3. Niños y niñas cuya historia familiar no puede ser obtenida.
- b.) Si la prueba es negativa, se repetirá cada 5 años.
- c.) Si es positiva se dará el manejo según guías de atención (Cuadro N°28, Tablas N°19 A y B).

**Cuadro N°28. Evaluación del paciente con riesgo de hipercolesterolemia.**

FACTORES DE RIESGO	CLASIFIQUE	TRATAMIENTO
<p>1. Niños y niñas cuyos padres o abuelos tuvieron antes de los 55 años de edad alguno de los siguientes diagnósticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Arteriosclerosis coronaria corroborada por angiografía o han requerido de angioplastia o cirugía de "by pass" de arterias coronarias.</li> <li>b. Infarto agudo del miocardio</li> <li>c. Angina de pecho</li> <li>d. Enfermedad vascular periférica</li> <li>e. Enfermedad cerebro vascular</li> <li>f. Muerte súbita cardiaca.</li> </ul> <p>2. Alguno de los padres con un colesterol sérico mayor de 240 mg/dl</p> <p>3. Niños y niñas en los que por alguna razón no se pueda obtener historia familiar, especialmente si tiene otros factores de riesgo.</p> <p>4. Otros factores de riesgo que sugerirían la necesidad de evaluar el colesterol sérico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Historia familiar de enfermedad cardiaca, cerebro vascular o vascular periférica oclusiva de inicio temprano (antes de los 55 años de edad, en hermanos o tíos).</li> <li>b. Tabaquismo</li> <li>c. Hipertensión arterial</li> <li>d. HDL bajo (&lt;35 mg/dl)</li> <li>e. Obesidad severa (&gt;percentil 95 del peso para la talla)</li> <li>f. Diabetes Mellitus</li> <li>g. Inactividad física</li> </ul>	<p><b>Colesterol &lt;170</b></p>	<p>Control cada 5 años</p> <p>Recomendar hábitos de vida saludable</p>
	<p><b>Colesterol 170 a 199:</b></p>	<p>Repetir prueba y promediar con el resultado previo:</p>
	<p>Promedio de colesterol &lt;170</p>	<p>Control cada 5 años</p> <p>Recomendaciones hábitos de vida saludable</p>
	<p>Promedio de colesterol &gt;/=170</p>	<p>Evaluar promedio de LDL</p>
	<p><b>Colesterol &gt;/= 200</b></p>	<p>Evaluar promedio de LDL</p>
	<p>Promedio de LDL &lt;110 mg/dl</p>	<p>Repetir prueba en 5 años</p> <p>Recomendaciones sobre hábitos de vida saludable</p>
	<p>Promedio de LDL 110-129 mg/dl</p>	<p>Recomendaciones Estilo de vida terapéutico</p> <p>Evaluación por nutrición</p> <p>Repetir prueba cada año</p>
	<p>Promedio de LDL &gt;/=130 mg/dl</p>	<p>Referir a Pediatría, Nutrición</p> <p>Recomendaciones Estilo de vida terapéutico</p>

**Tabla N°19-A. Recomendaciones sobre hábitos de vida saludable para la prevención de hipercolesterolemia.**

• Mantener un peso corporal saludable (IMC < +2 DE)
• Reducir el consumo de grasas saturadas a menos de un 10% de las calorías totales
• Consumir al menos 3 raciones de vegetales al día, con al menos 1/3 de color verde oscuro o anaranjado.
• Ingerir al menos 2 raciones de frutas por día
• Ingerir al menos 6 raciones por día de cereales o granos con
• al menos 1/3 de cereales integrales
• Cesar de fumar (adolescentes que fumen)
• Actividad física regular de intensidad moderada

**Tabla N°19-B. Estilo de vida terapéutico para pacientes con Hipercolesterolemia.**

Componente	Recomendaciones
Alimentos que aumentan LDL Ácidos Grasos Saturados: se encuentran principalmente en los productos animales, incluyendo la carne y los alimentos lácteos.	Menos del 7% de las calorías totales
Colesterol en la dieta: carne, productos lácteos, yema de huevo y mariscos	Menos de 200 mg/día
Opciones terapéuticas para reducir LDL	Tratamiento bajo supervisión médica especializada (Endocrinología, Nutrición)
Estanoles y Esteroles	2 gramos por día
Incrementar fibra soluble: avena y cebada	10–25 gramos por día
Calorías Totales	Ajustar la ingesta calórica total para mantener peso corporal ideal y prevenir aumentos de peso
Actividad Física	Incluir suficiente ejercicio moderado para gastar por lo menos 200 kcal. por día

# Medicamentos.

## Actividad #21. Suplemento de Hierro

Tabla N°20. Normas de Suplementación Preventiva con Sales de Hierro – 2013.

Población Objetivo	Dosis Preventiva	Duración del tratamiento preventivo
Lactantes de bajo peso al nacer (<2,500 g) y Lactantes prematuros (< 37 semanas)	Iniciar la suplementación con hierro a los dos meses de edad. Dosis: 10 mg/ día de hierro elemental (4 gotas por día) <b>Suplemento: Hidróxido de hierro polimaltosado</b>	9 meses
Niños(as) de 4 a 11 meses	1mg/k de peso/día de hierro elemental (4 gotas por día) <b>Suplemento: Hidróxido de hierro polimaltosado</b> (1 hora antes de la leche materna u otro alimento).	7 meses
Niños(as) de 12 a 23 meses	1mg/k de peso/día de hierro elemental (5 gotas por día). <b>Suplemento: Hidróxido de hierro polimaltosado</b> (1 hora antes de cualquier alimento, acompañado de jugo o agua)	12 meses
Niños(as) de 24 a 59 meses	25 mg/hierro 1 cucharadita por semana <b>Suplemento: Fumarato ferrosos en suspensión</b> (1 hora antes de cualquier comida, acompañado de jugo o agua).	3 meses consecutivos; descansar 3 meses y nuevamente administrar por 3 meses consecutivos, durante cada año cumplido
Niños(as) en edad escolar (5 –11 años)	45 mg de hierro elemental 1 tableta por semana <b>Suplemento: Fumarato ferroso</b> (1 hora antes de cualquier comida, con agua o jugo)	3 meses consecutivos; descansar 3 meses y nuevamente administrar por 3 meses consecutivos, durante cada año cumplido
Adolescentes del sexo femenino y mujeres en edad fértil	60 mg de hierro elemental y 2.8 mg de ácido fólico. 1 tableta por semana <b>Suplemento: Fumarato ferroso + ácido fólico</b> (1 hora antes de cualquier comida, con agua o jugo)	3 meses consecutivos; descansar 3 meses y nuevamente administrar por 3 meses consecutivos, durante cada año cumplido
Embarazadas y madres lactantes	60 mg de hierro elemental y 400 mcg de ácido fólico/día. 1 tableta por día (Iniciar a las 15 semanas de gestación) <b>Suplemento: Fumarato ferroso + ácido fólico.</b> (1 hora antes de las comidas con agua o jugo).	Iniciar tan pronto como sea posible, durante todo el embarazo.

**Referencia:** World Health Organization. Guideline: Daily Iron and folic acid supplementation in pregnant women. 2012.

World Health Organization. Guideline: Intermittent Iron supplementation in preschool and school-age children. 2011.

World Health Organization. Guideline: Intermittent Iron and folic supplementation in menstruating women.2011

**Tabla N°21. Tratamiento de la anemia**

Niños(as) menores de 2 años:	25 mg de hierro por día por tres meses.
Niños(as) de 2 a 5 años:	60 mg de hierro por día por tres meses.
Escolares de 6 a 11 años:	60 mg de hierro + 400 µg de ácido fólico/día durante tres meses.
Adolescentes y embarazadas	120 mg de hierro + 400 µg de ácido fólico/día durante tres meses.
Después de completar los tres meses de tratamiento, continuar con tratamiento preventivo.	

**Referencia:** Anemia Prevention and Control: What Work; Part II. Tools and Resources: USAID, Word Bank, UNICEF, OPS, OMS, FAO, The Micronutrient Initiative. June, 2003.

# Actividad#22 Suplemento de Vitamina A

**Tabla N°22. Administración de megadosis de vitamina A**

Puérperas	200,000 UI, inmediatamente del parto o 40 días post parto, dosis única
Niños (as) de 6 a 11 meses	100,000 UI, dosis única
Niños (as) de 12 a 59 meses	200,000 UI cada 6 meses (dos veces al año)

Fuente: Normas de distribución de megadosis de vitamina A, MINSA, Panamá, 2001.

# Actividad #23. Desparasitación

La desparasitación es definida como la entrega de antihelmínticos orales, de seguridad comprobada, administrados en dosis única para la reducción de la morbilidad sutil o evidente que acompaña a las infecciones parasitarias<sup>2</sup>.

Todas las instalaciones que brinden servicios de atención primaria de salud a poblaciones indígenas, rurales, urbanas marginales y/o con alta prevalencia de infestación por helmintos, deberán ofrecer de manera gratuita la desparasitación **bianual** con Albendazol<sup>3</sup>, a todos los niños de 1 a 9 años de edad, sin mediar la necesidad de pruebas o exámenes de laboratorio previos.

**Tabla N°23. Medicamentos y dosis para la desparasitación.**

Medicamento	Dosis Vía Oral para pre escolares y escolares	
	12–23 meses	24 y más meses
<b>Albendazol</b> <i>Suspensión fcos 200 mg/5 ml</i>	5 ml (200mg) Dosis única	10 ml (400 mg) Dosis única
<b>Albendazol</b> <i>Tableta 400 mg</i>	½ tableta (Dosis Única)	1 tableta (Dosis Única)
<b>Mebendazol</b> <i>Tableta de 100 mg</i>	2 tabletas/día por 3 días	2 tabletas/día por 3 días

<sup>2</sup>Organización Mundial de la Salud. Report of the third global meeting of the partners for parasite control: Deworming for Health and Development. OMS, Geneva, 29–30 Noviembre, 2004.

<sup>3</sup> Medicamento brindado de manera gratuita a través del Programa Nacional de Nutrición.

# Actividad #24. Consejería y seguimiento.

## 1. Temas para desarrollar en la consejería

- Abandono de prácticas tradicionales que pueden tener un efecto negativo en la salud y desarrollo del niño y la niña.
- Apoyo de la familia en el cuidado del niño en el hogar
- Importancia de la atención hospitalaria del parto.
- Atención precoz en la morbilidad.
- Cuidados del ambiente y ambientes saludables
- Cuidados del recién nacido.
- Cuidados en el hogar de los niños y niñas que han estado hospitalizados.
- Cuidados del lactante.
- El vínculo familiar y desarrollo infantil
- Eliminación de las peores formas del trabajo infantil y la explotación sexual infantil.
- Estimulación temprana del desarrollo.
- Higiene: cuidados del cordón.
- Higiene: el cuidado del niño,
- Identificación de señales de peligro en la embarazada, la puérpera y el recién nacido y su referencia oportuna.
- Importancia de la relación afectiva con el niño y la estimulación temprana del desarrollo.
- Importancia de la salud de la madre, la organización del tiempo, las relaciones dentro de la familia y las expresiones afectivas
- Importancia de las inmunizaciones y el control de las enfermedades prevenibles por vacuna.
- Inscripción del nacimiento en el registro civil.
- La asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo
- Nutrición y alimentación
- Nutrición: Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses, recomendaciones sobre signos de buena posición y agarre, extracción y conservación de la leche materna
- Nutrición: Lactancia materna continua hasta los dos años de edad
- Nutrición: Alimentación complementaria a partir de los 6 meses
- Nutrición: Uso de productos locales de alto valor nutricional
- Prevención de accidentes
- Prevención de enfermedades prevalentes de la niña y el niño, detección de signos de alarma y búsqueda de atención oportuna
- Prevención del maltrato infantil, abuso sexual y otros tipos de violencia
- Prevención y actitud inicial en el manejo de urgencias en el hogar
- Salud bucal, higiene bucal mediante el uso de cepillo y pasta dentales fluoradas, hábitos que producen problemas odontológicos y consulta odontológica periódica.
- Signos de peligro en el recién nacido y como proceder.
- Violencia intrafamiliar y maltrato al menor

## **2. Dieciséis prácticas familiares clave para el crecimiento y desarrollo infantil saludable.**

La OMS y el UNICEF, sobre la base de pruebas científicas y de la experiencia existente, promueven a través de la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) prácticas clave para fomentar el crecimiento y desarrollo saludables de los menores de cinco años.

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

1. Amamante a los lactantes de manera exclusiva por lo menos seis meses. (Las madres que son VIH positivas deberán recibir asesoramiento sobre otras opciones para alimentar al bebé, teniendo presente las normas y recomendaciones de OMS/UNICEF/ONUSIDA sobre infección por VIH y alimentación del lactante).
2. A partir de los seis meses de edad, suministre a los niños alimentos complementarios recién preparados, de alto contenido nutricional y energético, continuando al mismo tiempo con la lactancia materna hasta los dos años o más.
3. Proporcione a los niños cantidades suficientes de micronutrientes (vitamina A y hierro, en particular), ya sea en su régimen alimentario o mediante el suministro de suplementos.
4. Promueva el desarrollo mental y social del niño, respondiendo a su necesidad de atención, y procure estimularlo mediante la conversación, juegos y otras interacciones físicas y emocionales apropiadas.

### **Para la prevención de enfermedades**

5. Lleve a los niños en las fechas previstas a que reciban el esquema completo de vacunas (BCG, DPT, polio y antisarampionosa) antes de que cumplan un año.
6. Deseche las heces (inclusive las de los niños) de manera segura y lávese las manos con agua y jabón después de la defecación y antes de preparar los alimentos y dar de comer a los niños.
7. Proteja a los niños en las zonas donde la malaria es endémica, asegurándose que duerman con mosquiteros tratados con insecticida.
8. Adopte y mantenga los hábitos apropiados para la prevención y atención de las personas infectadas por el VIH/SIDA, especialmente los huérfanos.

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

9. Continúe alimentando y dando líquidos a los niños, especialmente leche materna, cuando están enfermos.

10. Administre a los niños enfermos el tratamiento casero apropiado para las infecciones.
11. Tome las medidas adecuadas para prevenir y controlar lesiones y accidentes en los niños.
12. Evite el maltrato y descuido de los menores y tome medidas adecuadas cuando ocurran.
13. Asegure que los hombres participen activamente en el cuidado de sus hijos y se involucren en los asuntos relacionados con la salud reproductiva de la familia.

**Para buscar atención**

14. Reconozca cuándo los niños enfermos necesitan tratamiento fuera del hogar y llévelos al personal de salud apropiado para que reciban atención.
15. Siga las recomendaciones dadas por el personal de salud en relación con el tratamiento, seguimiento y la referencia del caso.
16. Asegúrese que toda mujer embarazada reciba atención prenatal adecuada, consistente en un mínimo de cuatro visitas prenatales con un proveedor de servicios de salud apropiado y la administración de las dosis recomendadas de toxoide tetánico. La madre necesita contar con el apoyo de la familia y la comunidad para buscar atención apropiada, especialmente en el momento de dar a luz y durante el posparto y período de lactancia.

# Principios para la protección y fomento de la lactancia materna exclusiva.

- 1) Toda instalación de salud que ofrezca atención obstétrica deberá tener criterios técnicos y procedimientos para la protección y fomento de la lactancia materna exclusiva, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.
- 2) Estos criterios técnicos y procedimientos deben ser la base para la capacitación del personal e información a las madres.
- 3) Toda instalación de salud que ofrezca atención obstétrica deberá tener criterios técnicos y procedimientos para el alojamiento conjunto del recién nacido normal y la madre, durante su permanencia en ésta.
- 4) La atención a la madre durante la lactancia, debe comprender la vigilancia estrecha de la prescripción y uso de medicamentos con efectos indeseables en el niño. El médico responsable de la atención de la madre debe informar al médico responsable de la atención del recién nacido, cuando sean diferentes, del empleo de cualquier medicamento en la madre durante el puerperio.
- 5) Las unidades médicas deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados.
- 6) Deberá informarse diariamente a embarazadas y puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y los riesgos derivados del uso del biberón y fórmulas adaptadas.
- 7) En las instalaciones de salud, no se permite la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna.
- 8) Sólo se indicarán y/o entregarán sucedáneos de la leche materna en aquellos casos con plena justificación médica, con base en evidencia, para contraindicar la alimentación al pecho materno (madre VIH + por ejemplo).
- 9) En cumplimiento a los compromisos y leyes nacionales e internacionales sobre lactancia materna y la comercialización de sucedáneos de la leche, se deben cumplir las siguientes indicaciones:
  - a) En las unidades de salud, no se emplearán representantes de servicios profesionales, de enfermeras de maternidad o personal análogo remunerado por los fabricantes o los distribuidores de los productos lácteos.
  - b) Los fabricantes o distribuidores de sucedáneos de la leche materna no ofrecerán incentivos financieros o materiales al personal de las unidades de salud con el propósito de promover sus productos.
  - c) Queda sujeta la entrega y/o indicación de sucedáneos de la leche materna a menores de cuatro meses, únicamente bajo prescripción médica y con justificación por escrito, en las unidades de atención de parto y en las de consulta externa. Debe ser producto de una justificación MEDICA O POR COMUN ACUERDO CON LA MADRE

### 3. Consejería Nutricional.

#### Alimentación infantil en el primer y segundo año de vida (0 a 24 meses)<sup>4</sup>

La leche materna cubre todas las necesidades nutricionales del niño (a) y le da la protección inmunológica por lo cual debe darse en forma exclusiva hasta los seis meses de edad y continuarse por lo menos hasta los 24 meses, junto con otros alimentos.

Es importante observar la técnica de la madre que lacta, el bebé debe introducir en su boca el pezón y 2 centímetros de la areola para poder extraer la cantidad suficiente de leche y evitar el déficit de ganancia de peso y/o de talla. Cuando hay un incorrecto “agarre” el niño es capaz de obtener la primera leche pero no la segunda leche, que es más nutritiva y rica en grasas, lo que repercute en el crecimiento.

Durante los primeros 6 meses de vida es importante vigilar el crecimiento infantil a través del aumento del peso y de la talla y en caso de ganancia inadecuada observar la técnica de amamantamiento. Una vez agotadas todas las posibilidades de lograr una lactancia materna exclusiva efectiva, se podría sugerir la alimentación complementaria a partir de los 6 meses.

Un niño que mame adecuadamente, solamente puede cubrir sus necesidades energéticas y proteicas hasta los 6 meses de edad a través de la lactancia materna exclusiva. La bibliografía científica ha documentado que un niño con lactancia materna exclusiva tiene un riesgo de 14.2 veces menos de morir por diarrea, 3.6 veces menos de morir por infección respiratoria aguda, 2.5 veces menos de morir por otra infección, que los que no han sido amamantados.

A los 6 meses empieza la secreción de Amilasa pancreática, la cual es funcional a partir de esta edad. También a partir de los 6 meses el reflejo de deglución está bien definido, facilitándose la ingestión de preparaciones semi-sólidas, desaparece el reflejo de protrusión de la lengua que hace que el niño (a) empuje el alimento sólido hacia afuera. Se debe ofrecer los alimentos con una cucharita para enseñarlo a deglutir, lo que requiere la coordinación del desarrollo neuro muscular para adquirir la habilidad de mordisquear (movimiento de la mandíbula hacia arriba y abajo), masticar (movimientos laterales) y deglutir. La importancia del cambio gradual de la consistencia hacia alimentos sólidos grumosos y con fibra reside en que existe una ventana crítica de tiempo de aprendizaje hasta los 9 meses. Si no se educa al niño (a) a comer alimentos sólidos en este periodo, aumenta el riesgo de dificultades de alimentación en el futuro.

La introducción de alimentos distintos a la leche materna en forma temprana puede ocasionar:

- Aumento de la carga renal de solutos
- Predisposición a la obesidad
- Infecciones y diarreas si no se manejan higiénicamente los alimentos
- Ruptura temprana de la relación madre-hijo (a)

---

<sup>4</sup> MINSa. Documento Básico de la Alimentación en el menor de 2 años. Departamento de Salud Nutricional – Departamento de Salud Integral de la Niñez.

La introducción tardía de alimentos ocasiona:

- Déficit calórico, proteico y de vitaminas (A y C) y minerales (hierro)
- Retraso en la formación de buenos hábitos alimentarios
- Demora en el establecimiento de los mecanismos de masticación-deglución

## Recomendaciones durante el primer año de vida

### Del nacimiento a los 6 meses

El niño (a) debe ser alimentado exclusivamente con leche materna; al suministrarla a libre demanda, se estimula la producción láctea. El niño a medida que crece establece por sí solo su horario. No es necesario dar agua, ni otros líquidos. La leche materna se puede extraer de forma manual o mecánica con extractor, para dársela posteriormente en vaso o taza plástica con cucharita. Esta leche se mantiene en envases plásticos, a temperatura ambiente, de 8 a 12 horas; en refrigeración, en la primera tablilla de la nevera, hasta por 3 días y en el congelador de la misma refrigeradora, hasta 15 días. En un congelador tipo freezer, que no se abre con frecuencia la leche materna puede mantenerse en buenas condiciones hasta por 1 año, a  $-20^{\circ}\text{C}$ . No calentar al fuego, ni en microondas. Permita que se descongele a temperatura ambiente y agítela antes de usar. No se debe volver a refrigerar o congelar.

### A partir de los 6 meses

El niño debe tener su propio plato y vaso y se inicia la alimentación complementaria ofreciendo puré de frutas (papaya, guineo, mango, melón, manzana), con pequeñas porciones al inicio hasta completar media taza (4 onzas). Se inician también preparaciones semi sólidas como la papilla de cereales tales como arroz, maíz, avena y cebada, preparadas con leche materna de preferencia. Estas preparaciones se darán con cucharitas evitando el uso de biberones, aumentando gradualmente la cantidad hasta llegar a media taza (4 onzas).

Si es posible, mantener la lactancia materna, según horario (ver ejemplo).

Después de iniciar las frutas y los cereales, empezar las preparaciones de comidas en forma de purés espesos hechos con vegetales, carnes y verduras o papas. El niño (a) debe comer todos los días, un tiempo de comida a la hora del almuerzo, aumentando las cantidades gradualmente hasta llegar a media taza (4 onzas). Para preparar el almuerzo cocinar un vegetal (zanahoria, zapallo o espinaca), una porción de carne (1 onza), res, pollo o hígado y un carbohidrato como ñame, otoo, yuca, papa o plátano. Picar muy finito la carne y majar los vegetales muy bien o licuar todo sin el líquido y agregar una cucharadita de aceite vegetal crudo. No agregar sal. No permita que el niño(a) chupe y bote las carnes, por lo que éstas deben ser picadas en pedazos muy pequeños o raspadas y mezcladas con los vegetales para que se puedan deglutir adecuadamente.

### A los 8 meses

A partir de los 8 meses, el niño (a) debe comer 3 comidas diarias: desayuno, almuerzo y cena. Se inician las menestras majadas y coladas para quitar la cascarita, mezcladas con arroz bien suave.

Siguen las carnes con los vegetales, en mayores cantidades (3/4 de taza = 6 onzas), en el almuerzo y la cena. Además una merienda de puré de frutas. La mezcla de menestras con cereal puede sustituir las carnes.

### A los 9 meses

En el desayuno agregar una porción pequeña de pan (1 rebanada) o tortilla (media unidad). Es el periodo de iniciar alimentos más duros para estimular la masticación. Además incluir la yema del huevo, bien cocida, majada con un poco de leche para permitir deglutirla mejor. Recordar utilizar algún vegetal, zapallo, zanahoria, hojas de mostaza, espinaca, calabacita, remolacha, habichuela, cebolla bien cocidos, majados o licuados, mezclados con las menestras, pastas o arroz y carnes. La capacidad gástrica del niño (a) ha aumentado y ya se le puede dar una taza de los alimentos mencionados en el almuerzo y en la cena. También debe comer frutas en forma de puré o pedacitos, que pueden ser dadas como meriendas, entre comidas, tales como papaya, melón, sandía, guineo, naranja, mandarina, piña, pera, manzana, uvas, etc.

### Al cumplir 1 año

Al cumplir un año el niño (a) debe participar de la comida de toda la familia, desayuno, almuerzo y cena, con meriendas a base de frutas mas la leche materna. La leche materna no sustituye una comida, por lo que se debe observar si las cantidades y número de veces que el niño come corresponden a estas indicaciones. La leche materna o las otras leches no cubren las necesidades de nutrientes en volumen o en calidad, sino que pasan a ser complemento de las 3 comidas diarias que el niño (a) debe realizar.

**Tabla N°24. Horario de comidas y ejemplo de menú para niños y niñas durante el primer año de vida según grupo de edad.**

Horario	6 a 7 meses	8 meses	9 a 10 meses
5:00-6:00 am	Leche materna	Leche materna	Leche materna
8:00 am <b>DESAYUNO</b>	Media taza de papilla de cereal o crema nutricional y media taza de puré de frutas	Media taza de papilla de cereal o crema nutricional y media taza de puré de frutas	- 1 yema de huevo cocida o 1 rebanada de queso - Media taza de papilla de cereal o crema nutricional - pan (1 rebanada) o media tortilla
10:00 am	Leche materna	Leche materna	Media taza de puré de frutas y Leche materna
12:00 md <b>ALMUERZO</b>	Media taza de puré de vegetal, verduras y carne molida	Tres cuartos de taza de puré de vegetal, verduras y carne molida	Una taza de puré de vegetales, verduras y carne molida
3:00 pm	Leche materna	Leche materna	Leche materna
5:00-6:00 pm <b>CENA</b>	Media taza de puré de frutas	Tres cuartos de taza de puré de vegetal, verduras y carne molida	- Una taza de puré de frijoles, arroz y vegetales - 1 muslo de pollo en trocitos
8:00 pm	Leche materna	Leche materna	Leche materna
10:00 pm	Leche materna	Leche materna	Leche materna

**Observación importante:** El niño(a) debe tomar agua entre comidas y no junto con las comidas. También se deben evitar los jugos y chichas azucarados que son de bajo valor nutritivo.

## Recomendaciones para la alimentación del niño y de la niña durante el primer año de vida (0 a 12 meses).

1. Revisar los antecedentes de alergias alimentarias en la familia antes de iniciar la alimentación complementaria. Es vital determinar, especialmente, las alergias en la madre.
2. Si se encuentran antecedentes de alergia alimentaria, retardar el inicio de la alimentación complementaria con ese tipo de alimentos hasta el año de edad. Los 9 potenciales alérgicos alimentarios son: proteína de leche de vaca, de frijol de soya, puerco, embutidos de puerco, pescado, mariscos, nueces, fresas y clara de huevo.
3. La complementación alimentaria debe realizarse en forma progresiva ofreciendo un alimento de cada vez, que se van dando poco a poco, según demanda. El alimento debe darse antes de la leche.
4. Continuar hasta los 24 meses la alimentación al pecho.

5. Si el niño rechaza un alimento por 1° vez, insista varios días. Cambie la forma de presentación y la consistencia.
6. Los alimentos en un inicio rechazados, deben ser reintroducidos en un tiempo prudencial, preferiblemente mezclados con alimentos de buena aceptación.
7. Los cereales deben ser ofrecidos en papilla, dados en platito, con cucharita y una sola vez al día. No lo use para espesar la leche durante todo el día.
8. Después de los 8 meses se deben combinar los alimentos denominados “mezclas dobles” para mejorar la calidad nutricional y ofrecer proteína de origen vegetal de alta biodisponibilidad, como *cereal con leguminosa*, ejemplos: *arroz con porotos*, *arroz con lentejas*, *arvejas con pan*, *tortilla de maíz con frijoles*. Ejemplos: tres cuartos de taza de arroz con un cuarto de frijoles o media taza de arvejas en crema con 2 rebanadas de pan.
9. Se deben ofrecer alimentos variados en olor, color, sabor y consistencia, así como ofrecerlos con cariño y paciencia. Recordar que el momento de la comida es de aprendizaje, para adquirir hábitos adecuados de alimentación.
10. Aumentar la consistencia de la papilla a majado sin afrecho, majado con afrecho, trocitos hasta llegar a trozos más grandes según la costumbre de la familia.
11. Las preparaciones deben hacerse bien cocidas y no se deben agregar sal, azúcar ni otros condimentos.
12. En la preparación de los alimentos se deben seguir reglas de higiene personal (lavado de manos, evitar estornudar o soplar sobre los alimentos), higiene de los utensilios y del sitio de preparación de los alimentos.
13. No se deben dar chupetes, ni biberones a los niños (as).
14. El niño debe comer de su propio plato desde los 6 meses de vida.
15. Durante la enfermedad los niños (as) disminuyen el apetito, por lo que se debe insistir que tomen más leche materna y líquidos (agua u otros líquidos hidratantes).
16. Después de la enfermedad, alentar al niño a que coma alimentos suaves, apetecedores y que sean sus favoritos, de forma repetitiva y en mayor número de veces. Cuando regrese el apetito, aumentar el volumen y la frecuencia de alimentos más de lo usual, para que recupere la pérdida energética que tuvo durante la enfermedad.
17. Al cumplir un año, el niño y la niña deben participar de la comida de toda la familia.

**Tabla N°25. Horario de comidas y ejemplo de menú para niños y niñas después de los 12 meses de edad.**

<b>7:00 am</b> <b><u>DESAYUNO</u></b>	- 1 huevo revuelto con leche - media taza de papilla de cereal o crema nutricional - pan (1 rebanada) o media tortilla - media taza de leche (o pecho materno)
<b>10:00 am</b>	- una fruta (1 guineo pequeño o 1 naranja o 1 pedazo de papaya)
<b>12:00 md</b> <b><u>ALMUERZO</u></b>	- media taza de arroz - media taza de frijoles majados - 2 cucharadas de carne picada muy finito - 2 cucharadas de vegetales cocidos y majados (zanahoria, zapallo, espinacas, habichuela)
<b>3:00 pm</b>	- una fruta (media taza de melón picadito o 1 manzana pequeña picada en trocitos) - media taza de leche con cereal (o pecho materno)
<b>5:00-6:00 pm</b> <b><u>CENA</u></b>	- una taza de coditos con leche - 1 muslo de pollo en trocitos - media taza de tomate picadito
<b>8:00 pm</b>	- un vaso de leche (o pecho materno)

## Recomendaciones generales para la alimentación después de los 12 meses

1. Ofrecer los alimentos en un lugar adecuado, silla y mesa si es posible, con paciencia y amor.
2. El niño (a) debe ser asistido cuando come por sí solo, animarlo a comer pero sin forzarlo y sin peleas. Se debe estimular al niño para que use su propia cuchara. Tampoco debe competir con sus hermanos mayores por los alimentos de un plato común. Se le debe servir en su propio plato.
3. Si el niño (a) rechaza varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlo a comer.
4. Minimizar las distracciones durante la hora de la comida, (televisión, juegos) ya que el niño pierde interés rápidamente. La velocidad del crecimiento después de cumplir un año bajo, comparado con el primer año de vida, lo que sumado a las características de desarrollo motor hace que el niño pierda interés en el periodo de comida.
5. Recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor. Es el momento para que la familia converse y hable con los niños (as), manteniendo el contacto visual.

6. El niño tiene un estómago proporcional a su tamaño, pequeño, por lo que se satisface muy rápidamente. Al dar bebidas o “cositas de picar” una hora antes de la comida, rechazará los alimentos antes de completar la porción que le corresponde.
7. De igual forma, se llenará muy rápido si el alimento tienen grandes volúmenes de líquido (agua, jugo, caldo o leche).
8. Los niños (as) de esta edad deben consumir varios alimentos de la familia en 3 comidas diarias. Además deben consumir otras 2 meriendas.
9. Si el niño (a) toma leche materna, darle en momentos que no interfieran ni reemplacen las 5 (cinco) comidas diarias, en la mañana temprano y en la noche, antes de dormir.
10. El estómago tiene la propiedad de aumentar su capacidad. Si enseñamos al niño (a) a comer un volumen excesivo, llenándolo demasiado, se adquiere el hábito de comer más de lo necesario. Si no le damos las cantidades que le corresponde, no consume los nutrientes que necesita para su crecimiento y desarrollo adecuados. Las cantidades y el número de veces que come el niño (a) durante su segundo año de vida deben ser vigilados.
11. Los niños serán lo que les enseñemos a ser con el ejemplo y con las actitudes. El cariño y el amor se transmiten en cada momento que tratamos al niño (a) y en cada gesto. Permitir que el alimento sea el vehículo del afecto afianzará su auto confianza.

**Tabla N°26. Cantidades totales de alimentos en 24 horas para niños y niñas de 1 hasta los 4 años de edad**

<b>Alimentos</b>	<b>Cantidades</b>
Leche, yogurt o queso	1 vaso ( o 2 rebanadas)
Carne (res, pollo, hígado o pescado)	3 onzas
Huevo	1 unidad
Arroz, macarrones o verduras	1 taza y media
Frijoles (lentejas, arvejas, guandú, porotos)	Media taza
Vegetales (cocidos, majados o picados)	1 taza
Frutas	3 porciones
Pan o tortilla	1 rebanada (media tortilla o media michita)

## Recomendaciones para la alimentación del escolar (5 a 9 años)

Los requerimientos nutricionales del niño y de la niña a partir de los 5 años varían según la jornada escolar que tenga y el incremento de las actividades no sólo físicas, sino también intelectuales. Muchos problemas de aprendizaje o de falta de atención pueden provenir de una alimentación desequilibrada. Los niños pasan más tiempo fuera del hogar, y la provisión y supervisión de los alimentos que reciben en esas horas es más difícil.

En la etapa escolar las necesidades de alimentos en promedio corresponden a:

- 2 vasos de leche o equivalente en yogur o queso
- 3 onza de pollo, carne, pescado o vísceras
- 1 huevo
- 1 taza de arroz o pastas
- 1 taza de frijoles o menestras
- media taza de verduras, plátanos o papas
- 2 rebanadas de pan o 1 taza de cereal (como equivalente)
- 1 taza de vegetales cocidos o crudos
- 4 porciones de frutas

La merienda para llevarse a la escuela debe incluir alimentos con alto nivel de nutrientes ya que el periodo escolar tiene una gran demanda y la capacidad gástrica del escolar todavía no es muy grande.

Los escolares necesitan consumir frutas y vegetales ya que son ricos en vitaminas, minerales y fibra. Además, se debe tener en cuenta, que si ha tenido actividad física, requiere de hidratación adicional. En la medida del posible se debe evitar el consumo de jugos o chichas. Se puede considerar el consumo de 1 jugo al día para llevarse en la merienda escolar, con el fin de cumplir con un requisito calórico y de líquidos con buen valor nutritivo. En los demás tiempos de comida y entre las comidas ofrecer agua al escolar, es la mejor recomendación.

## 4.Recomendaciones para evitar accidentes.

Todos los niños/as merecen vivir en un ambiente seguro. Los accidentes representan la causa más importante de lesiones temporales, permanentes y muerte de niños/as en todos los grupos de edad. La mayoría de los accidentes son prevenibles y la educación sobre la prevención de accidentes debe ser una parte esencial en la atención integral proporcionada a todos los infantes, niños/as, y adolescentes. Estas intervenciones han mostrado efectividad para reducir la morbilidad y mortalidad por accidentes en la población.

Las recomendaciones deben ser apropiadas para la edad y el origen del niño/a. Inicialmente el asesoramiento se dirigirá hacia el padre/madre como modelo para el niño/a y la persona más capaz de modificar su ambiente. Con la maduración del niño/a, el asesoramiento se debe dirigir cada vez más hacia el niño/a o adolescente mientras llegan a ser responsables de su propio comportamiento. El servicio debe contar con material didáctico para proveer al familiar o al paciente en el área de espera, para ampliar solo los conceptos de los que tenga duda durante la atención.

Durante la atención debe enfatizarse que:

- Los accidentes son una causa muy importante de lesiones y muerte.
- Muchos de los accidentes ocurren porque los padres no son conscientes de lo que su hijo puede hacer.
- La mayoría de los accidentes pueden ser prevenidos con la práctica de hábitos sencillos.

## INFANTES Y PRE ESCOLARES.

### SEGURIDAD VIAL

- Se recomienda el uso de asientos de seguridad para niños, colocados en la parte posterior de los autos.
- Por ninguna razón lleve niños en brazos en los asientos delanteros.
- Nunca deje a su hijo/a sólo en un automóvil.
- Nunca deje a niños/as pequeños fuera del alcance de sus brazos en áreas con circulación vehicular, aunque sea lenta (vecindarios, estacionamientos, etc.). Recuerde que los niños no se pueden ver por un espejo retrovisor.
- Seleccione áreas seguras para que los niños puedan montar triciclos o bicicletas. Evite que jueguen en las calles o aceras.
- Instrúyalo para que no cruce la calle solo.

## **PREVENCION DE CAIDAS**

- NUNCA DEJE A SU BEBÉ SOLO EN CAMAS, SOFAS, SILLAS, MESAS. Si no lo puede sostener, colóquelo en un lugar seguro.
- NUNCA UTILICE ANDADERAS.
- Mantenga barreras seguras que eviten el acceso del niño/a a escaleras, balcones, salidas, calles o cualquier otro sitio peligroso.
- Quite muebles con ángulo filosos en las áreas donde juega el niño.
- Mantenga al niño/a siempre dentro de su rango de visión.

## **PREVENCION DE QUEMADURAS**

- NUNCA CARGUE A SU BEBÉ MIENTRAS TIENE LIQUIDOS U OBJETOS CALIENTES EN SUS MANOS
- NUNCA DEJE TAZAS CON LÍQUIDOS CALIENTES EN LA ORILLA DE MESAS, EL PISO O LUGARES A LOS QUE EL NIÑO PUEDA ALCANZAR.
- Mientras usted cocina o no pueda atender al bebe colóquelo en una cuna, silla alta con correa de seguridad o en un corralito.
- La cocina es un lugar peligroso para su niño mientras se preparan los alimentos. Líquidos o alimentos que salpiquen al niño pueden producir lesiones severas. Igualmente si se apoya en un horno caliente. Mantenga a su hijo/a lejos de la cocina mientras están cocinando.
- Tape los tomacorrientes con protectores o impida su acceso con muebles

## **PREVENCION DE AHOGAMIENTO Y ASFIXIA**

- La posición en que duerme el bebe es importante para reducir el riesgo de asfixia y muerte súbita del infante. Los bebes deben dormir siempre acostados BOCA ARRIBA.
- Nunca acueste a su bebe sobre una superficie blanda que cubra su rostro y bloquee el aire a la boca y la nariz.
- Los niños/as pequeños exploran su entorno metiéndose todo lo que encuentran en la boca. NUNCA DEJE OBJETOS PEQUEÑOS AL ALCANCE DE SU BEBE: monedas, aretes, alfileres, tornillos, baterías y otros (NI POR UN MOMENTO).
- Bolsas plásticas o cualquier otra envoltura de plástico puesta sobre la cabeza del niño puede producir asfixia. NUNCA deje bolsas plásticas o cosas parecidas cerca de su bebe.
- No alimente al bebe con pedazos duros y grandes de alimentos (zanahorias, salchichas, manzanas, maní, palomitas de maíz, uvas, etc.). Igualmente NUNCA le ofrezca frutas como el “mamón” que tienen una semilla grande. Corte todos los alimentos en pedazos pequeños.
- A los niños/as les gusta jugar con agua. Un niño pequeño se puede ahogar en 5 cm. de agua. NUNCA deje solo a su niño cerca de una tina, cubo, tanque, estanque, pozo, río, piscina o cualquier lugar o cosa donde se colecciona agua. Aunque el niño sepa nadar, no debe hacerlo sin supervisión directa.
- Mantenga las puertas de baños cerradas. Cuando esté en un balneario mantenga su hijo/a a una distancia no mayor que el alcance de sus brazos.

## **PREVENCION DE ENVENENAMIENTO**

- Los niños se meten todo en la boca aunque no tenga buen sabor. Mantenga toda sustancia química o medicamentos en casa, completamente fuera del alcance de sus hijos.
- Use picaportes, seguros o candados para guardar sustancias potencialmente tóxicas.
- NUNCA guarde en casa sustancias tóxicas como PLAGUICIDAS, DESTAPADOR DE CAÑERIAS, ACIDOS FUERTES y otras sustancias que puedan ser letales.
- No guarde sustancias químicas o potencialmente tóxicas en envases en los que se guardan alimentos (botellas de soda, envases de helado, etc.)

### **OTROS PELIGROS.**

- Cables, cuerdas, alambres, herramientas, objetos punzo cortantes, bolsas de plástico no son juguetes. Mantenga todos estos artículos fuera del alcance de los niños.
- Evite tener en casa armas de fuego.
- Las mordeduras por perros y otros animales domésticos son causa importante de consultas en los cuartos de urgencias. Las mordeduras son prevenibles, recuerde que aun el perro más lindo puede ser peligroso si uno no tiene cuidado. Es muy importante que los niños aprendan a ser cautelosos con los perros.
  - Nunca deje solo a un bebé o a un niño pequeño con un perro.
  - No permita que sus perros salgan de la casa sin correa.
  - Si sus vecinos tienen perros, pídale que igualmente los controlen y eviten que anden sueltos.
  - Si aún no tiene un perro, espere hasta que su niño alcance una edad suficiente para comprender cómo comportarse con un perro, usualmente después de los 6 años de edad. No adquiera un perro que pertenezca a razas peligrosas (dobermann, pitbull, rottweiler, dogo argentino)
  - Evite que el niño se acerque a perros extraños.
  - Nunca persiga o moleste a los perros. Nunca se acerque a un perro que esté comiendo, durmiendo o vigilando algo. Los perros por naturaleza vigilan a sus cachorros, alimentos, huesos y juguetes.
  - Vacune periódicamente a su perro y solicite a sus vecinos que hagan lo mismo.

# ESCOLARES.

## **SEGURIDAD VIAL.**

- Instruya al niño en prácticas de seguridad peatonal: uso de la línea de seguridad, mirar ambos lados antes de cruzar la calle, no caminar por las calles, si no hay acera transitar en sentido contrario a los vehículos, observe callejones y salidas de estacionamientos de donde pueda salir un auto antes de cruzar, no cruzar las calles en una curva.
- UTILICE SIEMPRE LOS PASOS ELEVADOS. Enséñeles dando el ejemplo.
- Enséñele a movilizarse en el transporte público con seguridad.
- En los automóviles es importante el uso del cinturón de seguridad.
- Se recomienda que los niños/as usen cascos de protección cuando monten bicicleta al igual que equipo protector para patinar.
- No permita que sus hijos anden en bicicleta al anochecer.

## **SEGURIDAD EN EL AGUA**

- Los niños mayores de 5 años de la edad deben aprender a nadar y, a la vez, enseñarles reglas apropiadas para el juego en el agua.
- Los niños deben nunca nadar sin supervisión.
- Nunca permita que un niño entre en ríos de corrientes rápidas o muy profundas.
- En toda actividad de canotaje los niños deben utilizar salvavidas adecuados.

## **PREVENCIÓN DE QUEMADURAS**

- Enseñe al niño a no jugar con fuego, encendedores ni otras fuentes de calor.
- Mantenga los fósforos y cualquier sustancia inflamable fuera del alcance de los niños.
- No permita que los niños utilicen juegos pirotécnicos, bombitas o cualquier otro artículo inflamable o explosivo.

## **OTROS**

- Evite que jueguen con objetos punzo cortantes.
- No les permita que jueguen en sitios peligrosos como construcciones, edificios abandonados o en ruinas, áreas que están restringidas al público en general como las de uso militar, y otros.
- No permita que los niños/niñas coman frutas como el “mamón”. El atragantamiento con la semilla de esta fruta ha sido y podrá seguir siendo mortal.
- No trepar árboles ni lugares altos peligrosos.

# Actividad #25. Estimulación del desarrollo<sup>5</sup>

## 1. Orientaciones para la promoción del desarrollo infantil saludable.

Para que el niño tenga un buen desarrollo es necesario, ante todo, que él sea amado y deseado por su familia, que en la medida de lo posible ésta intente comprender sus sentimientos y sepa satisfacer sus necesidades.

Un concepto importante que todo profesional de la salud debe conocer es el de **resiliencia**, que es la capacidad de enfrentar y superar adversidades y situaciones de riesgo de manera positiva y constructiva, trabajando las raíces de la violencia. 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 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 den 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, las que están íntimamente relacionadas.

Los profesionales de la salud deben ofrecer recomendaciones a los familiares del niño y la niña sobre como estimular su desarrollo y darles oportunidad de aclarar sus dudas. Siempre que sea posible deben ofrecerse las explicaciones con demostraciones y en las citas subsiguientes preguntarles cómo les fue con las instrucciones pasadas.

A continuación se presentan algunas características y maneras de promover el desarrollo de los niños y sus familias, teniendo como objetivo una mejora en su condición y calidad de vida. También se indican aspectos que deben ser evitados para que éstos se tornen resilientes.

---

<sup>5</sup> MODIFICADO DE: Figueiras, Amira Consuelo. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI. Washington, D.C: OPS, © 2007. (Serie OPS/FCH/CA/07.16.E)

**Tabla N° 27. Características y maneras de promover el desarrollo infantil**

<b>CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES</b>	
<b>Lo que hay que hacer</b>	<b>Lo que se debe evitar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siempre apoyar y amar al niño (incondicionalmente)</li> <li>- Felicitar al niño siempre que haga algo correcto o se esfuerce en hacerlo.</li> <li>- Dejar al niño que exprese su voluntad y deseos, y respetarlos.</li> <li>- Darle oportunidad de hacer cosas solo.</li> <li>- Realizar actividades con placer y alegría.</li> <li>- Dar ambientes alegres y festivos.</li> <li>- Dejar que el niño cree y juegue libremente.</li> <li>- Ofrecer materiales (seguros) para que juegue.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de atención, cariño, amor y cuidados.</li> <li>- Ser autoritario con el niño.</li> <li>- Sobreprotección del niño.</li> <li>- No dejar que experimente cosas nuevas.</li> <li>- Falta de espacio para jugar.</li> <li>- Valorizar situaciones negativas y trágicas.</li> <li>- No estimular al niño.</li> <li>- Reglas rígidas o severas.</li> </ul>
<b>CARACTERÍSTICAS FAMILIARES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorizar un ambiente familiar armonioso y de confianza.</li> <li>- Saber escuchar al niño y observar su bienestar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conflictos familiares constantes.</li> <li>- Violencia y/o maltratos con el niño.</li> <li>- Abandonar al niño en caso de muerte o separación de seres queridos</li> </ul>
<b>CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importancia de rescatar y valorizar la cultura local.</li> <li>- Gestores y comunidades con intereses por el niño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de espacios para jugar y descansos del niño.</li> <li>- Falta de conexión y solidaridad en la comunidad.</li> </ul>

FUENTE: Figueiras, Amira Consuelo. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI. Washington, D.C: OPS, © 2007. (Serie OPS/FCH/CA/07.16.E)

## **2. Orientaciones para ofrecer a los padres:**

### **• Niños de dos meses de edad**

- Orientar a la madre para que tanto ella como otros miembros de la familia o convivientes mantengan un diálogo con el niño o niña buscando un contacto visual (ojo con ojo).
- Estimular visualmente al niño con objetos coloridos, a una distancia mínima de 30 centímetros, realizando pequeños movimientos oscilatorios a partir de la línea media.
- Colocar al niño o niña en posición decúbito ventral para estímulo cervical, y llamar su atención poniéndose al frente y estimulándolo visual y auditivamente.

### **• Niños de dos a cuatro meses de edad**

- Interactuar con el niño o niña estableciendo contacto visual y auditivo (conversar con el bebé).
- Darle oportunidad de quedar en una posición sentada con apoyo, para que pueda ejercitar el control de la cabeza.
- Tocar las manos del niño con pequeños objetos, estimulando a que él o ella los tomen.

### **• Niños de cuatro a seis meses de edad**

- Poner juguetes a pequeña distancia del niño, dando la oportunidad para que intente alcanzarlos.
- Darle al niño objetos en la mano, estimulándolo para que se los lleve a la boca.
- Proporcionarle estímulos sonoros, fuera de su alcance visual, para que localice el sonido.
- Estimular al niño batiendo palmas o jugando para que pase solo de la posición supina a la pronación.

• Niños de seis a nueve meses de edad

- Jugar con el niño o niña a taparse y descubrirse, utilizando paños para cubrir el rostro del adulto. Dar al niño o niña juegos fáciles de ser manejados para que pueda pasarlos de una mano a otra.
- Mantener un diálogo constante con el niño, introduciendo palabras de fácil sonorización (da-da, pa-pa).
- Dejar al niño o niña jugar sentada en el suelo (en una colchoneta o estera) o dejarlo en decúbito ventral, estimulando que ella o él se arrastre y posteriormente gatee.

• Niños de nueve a 12 meses de edad

- Jugar con el niño con música, haciendo gestos (batir palmas, decirle chao con la mano) y solicitando que responda.
- Promover el contacto del niño con objetos pequeños (semillas de maíz, porotos, cuentas) para que pueda tomarlos con los dedos utilizándolos como una pinza (observar que no se lleve los objetos a la boca).
- Conversar con el niño estimulando y que domine el nombre de las personas y objetos que lo rodean.
- Dejar al niño en un sitio en que pueda cambiar de posición (de estar sentado a estar de pie con apoyo por ejemplo, al lado de una mesa, un sofá o una cama) y donde pueda desplazarse tomándose de estos objetos.

• Niños de 12 a 15 meses de edad

- Estimular al niño para que salude con la mano (diga chao), tire besos, aplauda, atienda el teléfono, etc.
- Dar al niño recipientes y objetos de diferentes tamaños para que desarrolle la función de encajar un objeto en un molde y de colocar un objeto en un recipiente.
- Enseñarle al niño palabras simples a través de rimas, músicas y sonidos comúnmente hablados.
- Posibilitar que el niño pueda desplazarse pequeñas distancias tomándose de objetos para promover que camine sin apoyo.

• Niños de 15 a 18 meses de edad

- Solicitar al niño objetos diversos, pidiéndoselos por el nombre y ayudando de este modo a aumentar su repertorio de palabras y conocimiento, así como las funciones de dar, traer, soltar, y siempre que sea posible demostrarle cómo hacerlo.
- Darle al niño papel y crayones para fomentar su auto expresión (garabateo espontáneo). Jugar con el niño pidiéndole que camine para adelante y para atrás, inicialmente con ayuda.

• Niños de 18 a 24 meses de edad

- Estimular al niño a ponerse y sacarse sus vestimentas en los momentos indicados, inicialmente con ayuda.
- Jugar con el niño con objetos que puedan ser apilados, demostrando cómo hacerlo.
- Solicitar al niño que señale figuras de revistas y juegos que ya conoce.
- Jugar con el niño a patear la pelota (hacer gol).

## **4.Recomendaciones para evitar accidentes.**

Todos los niños/as merecen vivir en un ambiente seguro. Los accidentes representan la causa más importante de lesiones temporales, permanentes y muerte de niños/as en todos los grupos de edad. La mayoría de los accidentes son prevenibles y la educación sobre la prevención de accidentes debe ser una parte esencial en la atención integral proporcionada a todos los infantes, niños/as, y adolescentes. Estas intervenciones han mostrado efectividad para reducir la morbilidad y mortalidad por accidentes en la población.

Las recomendaciones deben ser apropiadas para la edad y el origen del niño/a. Inicialmente el asesoramiento se dirigirá hacia el padre/madre como modelo para el niño/a y la persona más capaz de modificar su ambiente. Con la maduración del niño/a, el asesoramiento se debe dirigir cada vez más hacia el niño/a o adolescente mientras llegan a ser responsables de su propio comportamiento. El servicio debe contar con material didáctico para proveer al familiar o al paciente en el área de espera, para ampliar solo los conceptos de los que tenga duda durante la atención.

Durante la atención debe enfatizarse que:

- Los accidentes son una causa muy importante de lesiones y muerte.
- Muchos de los accidentes ocurren porque los padres no son conscientes de lo que su hijo puede hacer.
- La mayoría de los accidentes pueden ser prevenidos con la práctica de hábitos sencillos.

## **INFANTES Y PRE ESCOLARES.**

### **SEGURIDAD VIAL**

- Se recomienda el uso de asientos de seguridad para niños, colocados en la parte posterior de los autos.
- Por ninguna razón lleve niños en brazos en los asientos delanteros.
- Nunca deje a su hijo/a sólo en un automóvil.
- Nunca deje a niños/as pequeños fuera del alcance de sus brazos en áreas con circulación vehicular, aunque sea lenta (vecindarios, estacionamientos, etc.). Recuerde que los niños no se pueden ver por un espejo retrovisor.
- Seleccione áreas seguras para que los niños puedan montar triciclos o bicicletas. Evite que jueguen en las calles o aceras.
- Instrúyalo para que no cruce la calle solo.

## **PREVENCION DE CAIDAS**

- **NUNCA DEJE A SU BEBÉ SOLO EN CAMAS, SOFAS, SILLAS, MESAS.** Si no lo puede sostener, colóquelo en un lugar seguro.
- **NUNCA UTILICE ANDADERAS.**
- Mantenga barreras seguras que eviten el acceso del niño/a a escaleras, balcones, salidas calles o cualquier otro sitio peligroso.
- Quite muebles con ángulo filosos en las áreas donde juega el niño.
- Mantenga al niño/a siempre dentro de su rango de visión.

## **PREVENCION DE QUEMADURAS**

- **NUNCA CARGUE A SU BEBÉ MIENTRAS TIENE LIQUIDOS U OBJETOS CALIENTES EN SUS MANOS**
- **NUNCA DEJE TAZAS CON LÍQUIDOS CALIENTES EN LA ORILLA DE MESAS, EL PISO O LUGARES A LOS QUE EL NIÑO PUEDA ALCANZAR.**
- Mientras usted cocina o no pueda atender al bebe colóquelo en una cuna, silla alta con correa de seguridad o en un corralito.
- La cocina es un lugar peligroso para su niño mientras se preparan los alimentos. Líquidos o alimentos que salpiquen al niño pueden producir lesiones severas. Igualmente si se apoya en un horno caliente. Mantenga a su hijo/a lejos de la cocina mientras están cocinando.
- Tape los tomacorrientes con protectores o impida su acceso con muebles

## **PREVENCION DE AHOGAMIENTO Y ASFIXIA**

- La posición en que duerme el bebe es importante para reducir el riesgo de asfixia y muerte súbita del infante. Los bebes deben dormir siempre acostados BOCA ARRIBA.
- Nunca acueste a su bebe sobre una superficie blanda que cubra su rostro y bloquee el aire a la boca y la nariz.
- Los niños/as pequeños exploran su entorno metiéndose todo lo que encuentran en la boca. **NUNCA DEJE OBJETOS PEQUEÑOS AL ALCANCE DE SU BEBE:** monedas, aretes, alfileres, tornillos, baterías y otros (NI POR UN MOMENTO).
- Bolsas plásticas o cualquier otra envoltura de plástico puesta sobre la cabeza del niño puede producir asfixia. **NUNCA** deje bolsas plásticas o cosas parecidas cerca de su bebe.
- No alimente al bebe con pedazos duros y grandes de alimentos (zanahorias, salchichas, manzanas, maní, palomitas de maíz, uvas, etc.). Igualmente **NUNCA** le ofrezca frutas como el “mamón” que tienen una semilla grande. Corte todos los alimentos en pedazos pequeños.
- A los niños/as les gusta jugar con agua. Un niño pequeño se puede ahogar en 5 cm. de agua. **NUNCA** deje solo a su niño cerca de una tina, cubo, tanque, estanque, pozo, río, piscina o cualquier lugar o cosa donde se colecciona agua. Aunque el niño sepa nadar, no debe hacerlo sin supervisión directa.
- Mantenga las puertas de baños cerradas. Cuando esté en un balneario mantenga su hijo/a a una distancia no mayor que el alcance de sus brazos.

## **PREVENCION DE ENVENENAMIENTO**

- Los niños se meten todo en la boca aunque no tenga buen sabor. Mantenga toda sustancia química o medicamentos en casa, completamente fuera del alcance de sus hijos.
- Use picaportes, seguros o candados para guardar sustancias potencialmente tóxicas.
- NUNCA guarde en casa sustancias tóxicas como PLAGUICIDAS, DESTAPADOR DE CAÑERIAS, ACIDOS FUERTES y otras sustancias que puedan ser letales.
- No guarde sustancias químicas o potencialmente tóxicas en envases en los que se guardan alimentos (botellas de soda, envases de helado, etc.)

## **OTROS PELIGROS.**

- Cables, cuerdas, alambres, herramientas, objetos punzo cortantes, bolsas de plástico no son juguetes. Mantenga todos estos artículos fuera del alcance de los niños.
- Evite tener en casa armas de fuego.
- Las mordeduras por perros y otros animales domésticos son causa importante de consultas en los cuartos de urgencias. Las mordeduras son prevenibles, recuerde que aun el perro más lindo puede ser peligroso si uno no tiene cuidado. Es muy importante que los niños aprendan a ser cautelosos con los perros.
  - Nunca deje solo a un bebé o a un niño pequeño con un perro.
  - No permita que sus perros salgan de la casa sin correa.
  - Si sus vecinos tienen perros, pídeles que igualmente los controlen y eviten que anden sueltos.
  - Si aún no tiene un perro, espere hasta que su niño alcance una edad suficiente para comprender cómo comportarse con un perro, usualmente después de los 6 años de edad. No adquiera un perro que pertenezca a razas peligrosas (dobermann, pitbull, rottweiler, dogo argentino)
  - Evite que el niño se acerque a perros extraños.
  - Nunca persiga o moleste a los perros. Nunca se acerque a un perro que esté comiendo, durmiendo o vigilando algo. Los perros por naturaleza vigilan a sus cachorros, alimentos, huesos y juguetes.
  - Vacune periódicamente a su perro y solicite a sus vecinos que hagan lo mismo.

## ESCOLARES.

### **SEGURIDAD VIAL.**

- Instruya al niño en prácticas de seguridad peatonal: uso de la línea de seguridad, mirar ambos lados antes de cruzar la calle, no caminar por las calles, si no hay acera transitar en sentido contrario a los vehículos, observe callejones y salidas de estacionamientos de donde pueda salir un auto antes de cruzar, no cruzar las calles en una curva.
- UTILICE SIEMPRE LOS PASOS ELEVADOS. Enséñeles dando el ejemplo.
- Enséñele a movilizarse en el transporte público con seguridad.
- En los automóviles es importante el uso del cinturón de seguridad.
- Se recomienda que los niños/as usen cascos de protección cuando monten bicicleta al igual que equipo protector para patinar.
- No permita que sus hijos anden en bicicleta al anochecer.

### **SEGURIDAD EN EL AGUA**

- Los niños mayores de 5 años de la edad deben aprender a nadar y, a la vez, enseñarles reglas apropiadas para el juego en el agua.
- Los niños deben nunca nadar sin supervisión.
- Nunca permita que un niño entre en ríos de corrientes rápidas o muy profundas.
- En toda actividad de canotaje los niños deben utilizar salvavidas adecuados.

### **PREVENCIÓN DE QUEMADURAS**

- Enseñe al niño a no jugar con fuego, encendedores ni otras fuentes de calor.
- Mantenga los fósforos y cualquier sustancia inflamable fuera del alcance de los niños.
- No permita que los niños utilicen juegos pirotécnicos, bombitas o cualquier otro artículo inflamable o explosivo.

### **OTROS**

- Evite que jueguen con objetos punzo cortantes.
- No les permita que jueguen en sitios peligrosos como construcciones, edificios abandonados o en ruinas, áreas que están restringidas al público en general como las de uso militar, y otros.
- No permita que los niños/niñas coman frutas como el “mamón”. El atragantamiento con la semilla de esta fruta ha sido y podrá seguir siendo mortal.
- No trepar árboles ni lugares altos peligrosos.

# Actividad #25. Estimulación del desarrollo<sup>1</sup>

## 1. Orientaciones para la promoción del desarrollo infantil saludable.

Para que el niño tenga un buen desarrollo es necesario, ante todo, que él sea amado y deseado por su familia, que en la medida de lo posible ésta intente comprender sus sentimientos y sepa satisfacer sus necesidades.

Un concepto importante que todo profesional de la salud debe conocer es el de **resiliencia**, que es la capacidad de enfrentar y superar adversidades y situaciones de riesgo de manera positiva y constructiva, trabajando las raíces de la violencia. 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 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 den 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, las que están íntimamente relacionadas.

Los profesionales de la salud deben ofrecer recomendaciones a los familiares del niño y la niña sobre como estimular su desarrollo y darles oportunidad de aclarar sus dudas. Siempre que sea posible deben ofrecerse las explicaciones con demostraciones y en las citas subsiguientes preguntarles cómo les fue con las instrucciones pasadas.

A continuación se presentan algunas características y maneras de promover el desarrollo de los niños y sus familias, teniendo como objetivo una mejora en su condición y calidad de vida. También se indican aspectos que deben ser evitados para que éstos se tornen resilientes.

---

<sup>1</sup> MODIFICADO DE: Figueiras, Amira Consuelo. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI. Washington, D.C: OPS, © 2007. (Serie OPS/FCH/CA/07.16.E)

**Tabla N° 27. Características y maneras de promover el desarrollo infantil**

<b>CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES</b>	
<b>Lo que hay que hacer</b>	<b>Lo que se debe evitar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siempre apoyar y amar al niño (incondicionalmente)</li> <li>- Felicitar al niño siempre que haga algo correcto o se esfuerce en hacerlo.</li> <li>- Dejar al niño que exprese su voluntad y deseos, y respetarlos.</li> <li>- Darle oportunidad de hacer cosas solo.</li> <li>- Realizar actividades con placer y alegría.</li> <li>- Dar ambientes alegres y festivos.</li> <li>- Dejar que el niño cree y juegue libremente.</li> <li>- Ofrecer materiales (seguros) para que juegue.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de atención, cariño, amor y cuidados.</li> <li>- Ser autoritario con el niño.</li> <li>- Sobreprotección del niño.</li> <li>- No dejar que experimente cosas nuevas.</li> <li>- Falta de espacio para jugar.</li> <li>- Valorizar situaciones negativas y trágicas.</li> <li>- No estimular al niño.</li> <li>- Reglas rígidas o severas.</li> </ul>
<b>CARACTERÍSTICAS FAMILIARES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorizar un ambiente familiar armonioso y de confianza.</li> <li>- Saber escuchar al niño y observar su bienestar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conflictos familiares constantes.</li> <li>- Violencia y/o maltratos con el niño.</li> <li>- Abandonar al niño en caso de muerte o separación de seres queridos</li> </ul>
<b>CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importancia de rescatar y valorizar la cultura local.</li> <li>- Gestores y comunidades con intereses por el niño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de espacios para jugar y descansos del niño.</li> <li>- Falta de conexión y solidaridad en la comunidad.</li> </ul>

FUENTE: Figueiras, Amira Consuelo. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI. Washington, D.C: OPS, © 2007. (Serie OPS/FCH/CA/07.16.E)

## **2. Orientaciones para ofrecer a los padres:**

### **• Niños de dos meses de edad**

- Orientar a la madre para que tanto ella como otros miembros de la familia o convivientes mantengan un diálogo con el niño o niña buscando un contacto visual (ojo con ojo).
- Estimular visualmente al niño con objetos coloridos, a una distancia mínima de 30 centímetros, realizando pequeños movimientos oscilatorios a partir de la línea media.
- Colocar al niño o niña en posición decúbito ventral para estímulo cervical, y llamar su atención poniéndose al frente y estimulándolo visual y auditivamente.

### **• Niños de dos a cuatro meses de edad**

- Interactuar con el niño o niña estableciendo contacto visual y auditivo (conversar con el bebé).
- Darle oportunidad de quedar en una posición sentada con apoyo, para que pueda ejercitar el control de la cabeza.
- Tocar las manos del niño con pequeños objetos, estimulando a que él o ella los tomen.

• Niños de cuatro a seis meses de edad

- Poner juguetes a pequeña distancia del niño, dando la oportunidad para que intente alcanzarlos.
- Darle al niño objetos en la mano, estimulándolo para que se los lleve a la boca.
- Proporcionarle estímulos sonoros, fuera de su alcance visual, para que localice el sonido.
- Estimular al niño batiendo palmas o jugando para que pase solo de la posición supina a la pronación.

• Niños de seis a nueve meses de edad

- Jugar con el niño o niña a taparse y descubrirse, utilizando paños para cubrir el rostro del adulto. Dar al niño o niña juegos fáciles de ser manejados para que pueda pasarlos de una mano a otra.
- Mantener un diálogo constante con el niño, introduciendo palabras de fácil sonorización (da-da, pa-pa).
- Dejar al niño o niña jugar sentada en el suelo (en una colchoneta o estera) o dejarlo en decúbito ventral, estimulando que ella o él se arrastre y posteriormente gatee.

• Niños de nueve a 12 meses de edad

- Jugar con el niño con música, haciendo gestos (batir palmas, decirle chao con la mano) y solicitando que responda.
- Promover el contacto del niño con objetos pequeños (semillas de maíz, porotos, cuentas) para que pueda tomarlos con los dedos utilizándolos como una pinza (observar que no se lleve los objetos a la boca).
- Conversar con el niño estimulando y que domine el nombre de las personas y objetos que lo rodean.
- Dejar al niño en un sitio en que pueda cambiar de posición (de estar sentado a estar de pie con apoyo por ejemplo, al lado de una mesa, un sofá o una cama) y donde pueda desplazarse tomándose de estos objetos.

• Niños de 12 a 15 meses de edad

- Estimular al niño para que salude con la mano (diga chao), tire besos, aplauda, atienda el teléfono, etc.
- Dar al niño recipientes y objetos de diferentes tamaños para que desarrolle la función de encajar un objeto en un molde y de colocar un objeto en un recipiente.
- Enseñarle al niño palabras simples a través de rimas, músicas y sonidos comúnmente hablados.
- Posibilitar que el niño pueda desplazarse pequeñas distancias tomándose de objetos para promover que camine sin apoyo.

• Niños de 15 a 18 meses de edad

- Solicitar al niño objetos diversos, pidiéndoselos por el nombre y ayudando de este modo a aumentar su repertorio de palabras y conocimiento, así como las funciones de dar, traer, soltar, y siempre que sea posible demostrarle cómo hacerlo.
- Darle al niño papel y crayones para fomentar su auto expresión (garabateo espontáneo). Jugar con el niño pidiéndole que camine para adelante y para atrás, inicialmente con ayuda.

• Niños de 18 a 24 meses de edad

- Estimular al niño a ponerse y sacarse sus vestimentas en los momentos indicados, inicialmente con ayuda.
- Jugar con el niño con objetos que puedan ser apilados, demostrando cómo hacerlo.
- Solicitar al niño que señale figuras de revistas y juegos que ya conoce.
- Jugar con el niño a patear la pelota (hacer gol).

# Capítulo IV.

Con correcciones del Dr. Gallardo 19oct2010

## La atención durante el nacimiento

Las primeras horas en la vida de un individuo tienen un impacto que puede trascender toda su existencia. Es una etapa altamente vulnerable, en la que necesita de un ambiente adecuado y condiciones óptimas para adaptarse exitosamente a la vida extrauterina. Es responsabilidad del personal de salud y de las estructuras que coordinan los servicios obstétricos el garantizar una respuesta integral y efectiva, que permita alcanzar los mejores resultados para la madre y su bebe. En este capítulo se abordarán las acciones a seguir en la atención del recién nacido al momento de nacer, que incluye:

- cómo prepararse para atender el nacimiento,
- evaluación inicial para definir la necesidad de reanimación y los algoritmos para la atención del neonato que no presenta datos de asfixia,
- definir el riesgo del neonato, y
- completar la atención para sus primeras horas de vida.

Existen textos y cursos para la capacitación en reanimación neonatal. Desarrollar un documento como tal no es el objetivo de estas guías. Principalmente, lo que se intenta es definir las intervenciones mínimas que se deben ofrecer al momento de nacer en todas las instalaciones de salud que ofrezcan este servicio en el país y contribuir a que el sistema de salud pueda dar respuestas adecuadas. Cónsono con lo estipulado en las normas técnicas y administrativas, se anima a todo el personal de salud a que participen en procesos de capacitación, certificación y re-certificación en reanimación neonatal.

La evaluación del riesgo del embarazo es un elemento fundamental en la atención de la madre y el recién nacido. La presencia o sospecha de problemas en la salud de la madre durante el embarazo permite plantear la referencia o traslado oportuno a instalaciones de mayor complejidad. Estos aspectos, sobre la atención de la mujer durante el embarazo y el parto no se abordarán en estas guías, ya que se encuentran descritos en las Normas de Salud Integral de la Mujer<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Ministerio de Salud. Normas técnico administrativas y de procedimientos. Programa de Salud Integral de la Mujer: Atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, atención integral de la mujer, planificación familiar, vigilancia de la mortalidad materna y perinatal. Ministerio de Salud. Panamá, 2009.

# 1. Preparación para el nacimiento:

- El principio más importante para la atención del recién nacido es anticiparse a posibles complicaciones. Siempre se deberá indagar de condiciones de salud de la madre o eventos en el embarazo que alerten sobre la necesidad de reanimación.
- Indistintamente de sus antecedentes, todos los neonatos tienen el riesgo potencial de llegar a presentar complicaciones. Por lo que habrá casos en los que no se pueda anticipar la necesidad de reanimación. Es por ello que en toda instalación de salud donde se atiendan nacimientos debe mantenerse siempre todo el equipo necesario y estar disponible en la atención de cada nacimiento.
- En el parto deben estar presente al menos dos (2) personas capacitadas en atención al recién nacido y en reanimación neonatal.

## 1.1. Prepare el ambiente y los equipos: verificar su correcto funcionamiento.

- **Ambiente:** temperatura en sala de partos debe estar entre 26°- 30°C, no menor de 25°C.
- **Equipamiento:**
  - Fuente de calor
  - Mesa de reanimación
  - Dos toallas con campos secos y tibios
  - Perilla de goma y sonda nasogástrica
  - Bolsa auto inflable con reservorio
  - Mascarillas de resucitación
  - Estetoscopio neonatal
  - Fuente de oxígeno
  - Guantes
  - Reloj con segundero
  - Balanza pediátrica con platillo
  - Tallímetro de mesa o cinta métrica
  - Jeringa con aguja
  - Laringoscopio pediátrico
  - Hojas rectas número uno y cero
  - Tubos endotraqueales números 2, 2.5, 3.0 y 3.5 Fr
  - Oxímetro de pulso
  - Incubadora de transporte
  - Termómetro ambiental
  - Termómetro clínico

- **Medicamentos**

- Gotas oftálmicas (Nitrato de plata al 1%, eritromicina ungüento oftálmico 1%)
- Vitamina K
- Alcohol 70%

## **1.2. Factores asociados con la necesidad de reanimación neonatal.**

- **Factores antes del parto**

- Diabetes materna
- Hipertensión inducida por el embarazo
- Hipertensión crónica
- Anemia o isoimmunización
- Muerte fetal o neonatal anterior
- Hemorragia en el segundo o tercer trimestre
- Infección materna
- Enfermedad materna cardíaca, renal, pulmonar, tiroidea o neurológica
- Polihidramnios
- Oligohidramnios
- Gestación post término
- Gestación múltiple
- Discrepancia en fecha-tamaño
- Terapia con drogas, ejm:
  - Carbonato de litio
  - Sulfato de magnesio
  - Drogas bloqueadoras adrenérgicas
- Abuso materno de sustancias
- Malformaciones fetales
- Actividad fetal disminuida
- No control prenatal
- Edad <16 ó > 35 años
- Ruptura prematura de membrana

- **Factores durante del parto**

- Operación cesárea de emergencia
- Bradicardia fetal
- Parto asistido con fórceps
- Actividad cardíaca fetal
- Presentación podálica u otras presentaciones anormales
- Uso de anestesia general
- Tetania uterina
- Parto prematuro
- Administración de narcóticos a la madre dentro de las 4 horas antes del parto
- Parto precipitado

- Corioamnionitis o ruptura prolongada de membranas (>18 horas antes del parto)
- Líquido amniótico teñido de meconio
- Parto prolongado (>24 horas)
- Abruption placentae
- Segundo período del parto prolongado (> 2 horas)
- Placenta previa

## 2. Evaluación de la Necesidad de Reanimación.

El primer paso en la atención al momento del nacimiento es identificar la necesidad de reanimación. Aproximadamente:

- 90% de los recién nacidos tienen una transición sin ninguna dificultad.
- 10% de los recién nacidos requieren alguna asistencia para iniciar su respiración al nacimiento.
- 1% necesitan una reanimación más avanzada para poder sobrevivir

### Procedimiento:

#### 2.1. Apenas nace el bebé, defina:

1. ¿El líquido amniótico es claro?
2. ¿Es un embarazo de término?

Luego, OBSERVE:

3. ¿Está respirando y llorando?
4. ¿Tiene buen tono muscular?

#### **ACCIÓN:**

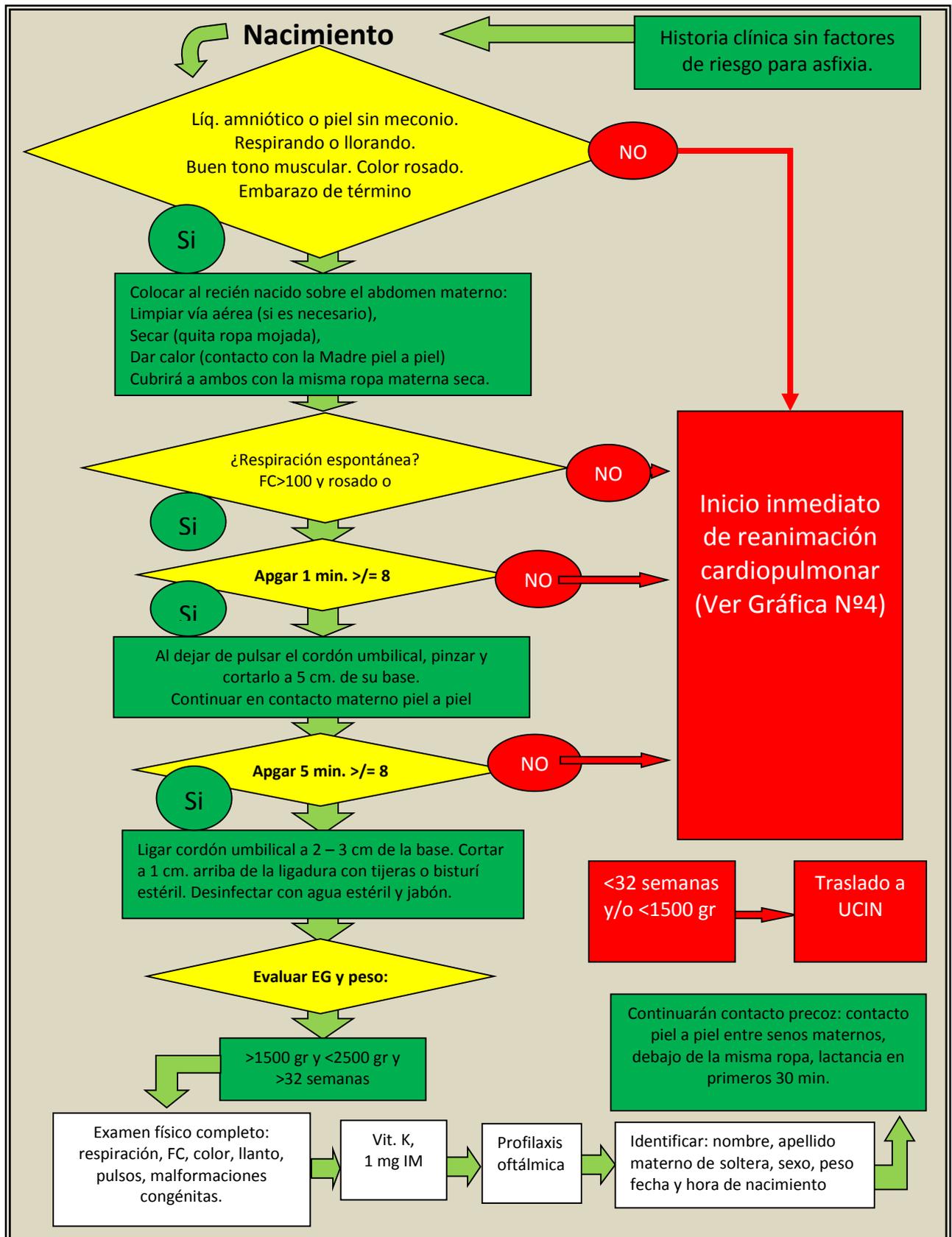
**Si la respuesta a TODAS estas preguntas es SI, entonces proceder con la atención del recién nacido sin asfixia. Si alguna de ellas es NO, hay que proceder de inmediato con la reanimación neonatal. Estas acciones se resumen en el Cuadro N°29 y las Gráficas N°3 y N°4.**

### CUADRO N°29. EVALUAR NECESIDAD DE REANIMACIÓN AL NACER.

PREGUNTE	OBSERVE	EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO		
<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Embarazo de término?</li> <li>¿Líquido amniótico es claro?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Respira o llora</li> <li>el tono muscular</li> </ul> <p><b>DETERMINE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluar Respiraciones</li> <li>Frecuencia Cardíaca</li> <li>Color</li> <li>Presencia de Líquido Amniótico meconial</li> <li>El tiempo transcurrido en segundos</li> </ul>	Uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>No respira o no llora ó</li> <li>Cianótico o pálido ó</li> <li>Flacidez ó</li> <li>Pretérmino</li> </ul>	<b>REANIMACIÓN URGENTE</b>	Iniciar <b>REANIMACIÓN</b> (a nivel de periné materno) <ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcionar calor</li> <li>Posición de olfateo, limpiar vía aérea si es necesario</li> <li>Secar con ropa tibia, estimular, reposicionar</li> <li>Reevaluar a los 30 segundos</li> </ul>		
		No respira y Líquido amniótico con meconio	<b>REANIMACION EN PRESENCIA DE MECONIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Corte el cordón y coloque al RN en la mesa de reanimación:</li> <li>Aspire faringe, intube y succione tráquea, antes de iniciar reanimación.</li> <li>Continuar reanimación neonatal</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Recién nacido de término</li> <li>Líquido amniótico claro</li> <li>Respira o llora</li> <li>Buen tono muscular</li> <li>Color rosado</li> </ul>	<b>NO REANIMACION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Séquelolo, póngalo boca abajo en contacto piel-piel en el abdomen materno.</li> <li>Pinzar el cordón Umbilical a los 3 min ( cuando ya no pulse)</li> <li>Apego precoz e <b>inicie la lactancia</b> en la primera (1ª) hora de vida</li> <li>Cuidados de rutina</li> <li>Clasifique el riesgo al nacer</li> </ul>		
<b>REEVALUACIÓN A LOS 30 SEGUNDOS</b>						
<p><b>Preparar antes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mesa de reanimación</li> <li>Fuente de calor o , cuna de calor radiante</li> <li>Oxígeno</li> <li>Sabanas tibias</li> <li>Perilla</li> <li>Sonda orogástrica</li> <li>Bolsa de reanimación</li> <li>Medicamentos</li> <li>Reloj con segundero</li> <li>Tener completo el equipo para la reanimación neonatal</li> </ul> <p><b>Recuerde siempre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lávese las manos con agua y jabón antes y después de reanimar al recién nacido.</li> <li>Evite la hipo e hipotermia</li> </ul>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>Clasificar</b></p>	*Respirando *FC > 100 lpm *Cianosis central (oral, lengua, o generalizada)	<b>Hipoxemia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oxígeno a flujo libre (tubo O<sub>2</sub> a 1.5 cm de la nariz) a 5 lpm.</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>No respira o jadea ó</li> <li>Frecuencia cardíaca &lt; 100 lpm ó</li> <li>Cianosis central persistente</li> </ul>	<b>Ventilar con bolsa de reanimación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ventilación con presión positiva (AMBU y mascarilla) con O<sub>2</sub> al 100 % o Aire ambiente</li> <li>Reevaluar en <b>30 segundos</b></li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Respirando o llorando</li> <li>Frecuencia cardíaca &gt;100 lpm</li> <li>Rosado</li> </ul>	<b>SUSPENDA REANIMACION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidados de Observación</li> <li>Clasificar riesgo al nacer</li> </ul>		
		<b>REEVALUACIÓN A LOS 30 SEGUNDOS</b>				
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Frecuencia cardíaca &lt; 60 lpm</li> </ul>	<b>REANIMACION CON MASAJE CARDIACO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ventilación con presión positiva (mascarilla y bolsa de reanimación) con O<sub>2</sub> 100 % o Aire ambiente</li> <li>Dar masaje cardíaco</li> <li>Reevaluar en 30 segundos</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Frecuencia cardíaca entre 60 y 100 lpm</li> </ul>	<b>CONTINUE REANIMACION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ventilación con presión positiva (mascarilla y bolsa de reanimación) con O<sub>2</sub> al 100 % o Aire ambiente</li> <li>Reevaluar en 30 segundos</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Frecuencia cardíaca &gt;100 lpm</li> <li>Respirando o llorando</li> <li>Rosado</li> </ul>	<b>SUSPENDA REANIMACION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidados postreanimación <b>en UCIN</b></li> <li>Observar mínimo dos horas</li> <li>Dar oxígeno o mantener oxígeno</li> <li>Traslado si es necesario</li> </ul>				
<b>SI EL RN NO RESPONDE (Frec. Cardíaca = 0) DESPUES DE 10 MINUTOS DE REANIMACIÓN EFECTIVA, SUSPENDER PROCEDIMIENTO</b>						

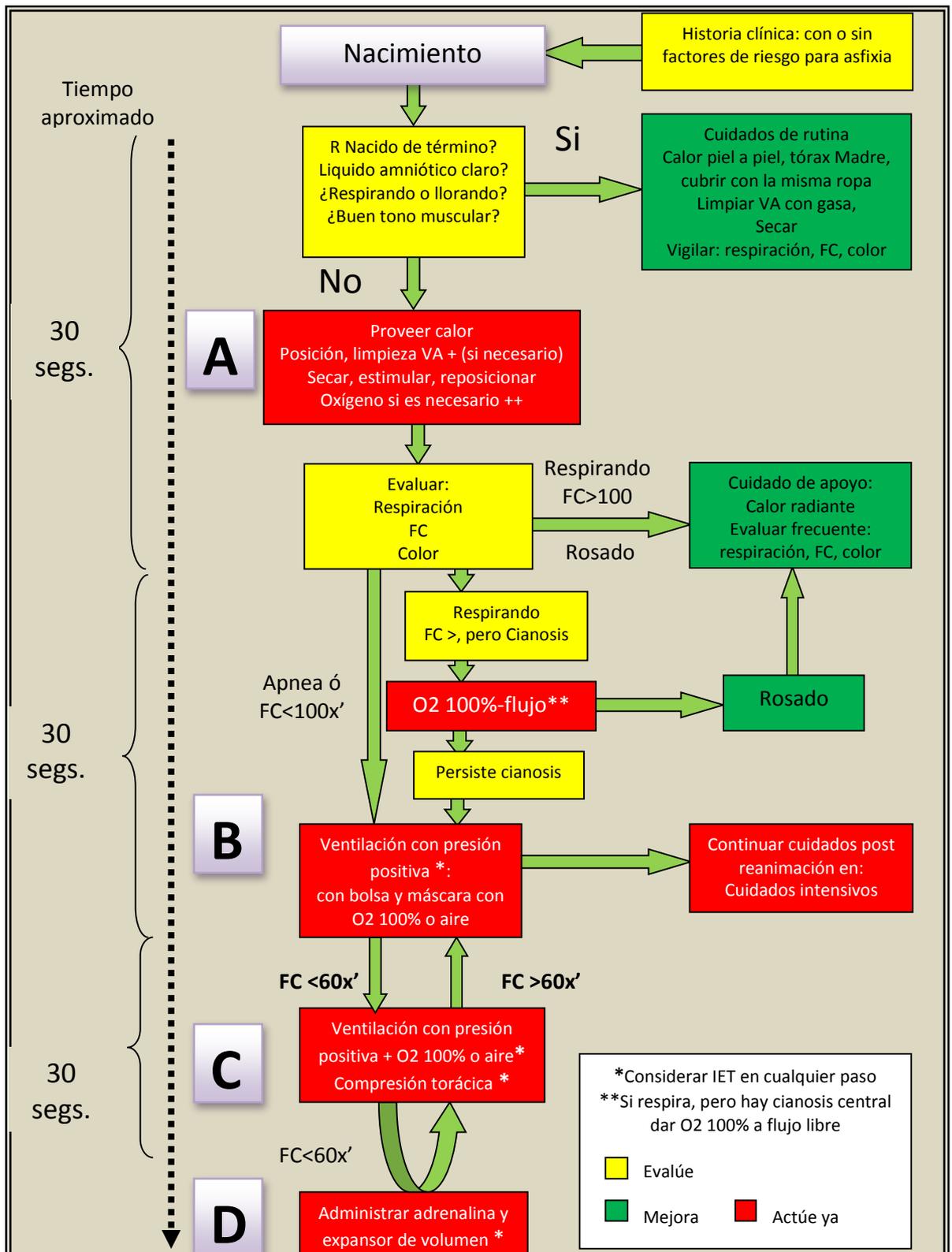
Fuente: Martínez Guillen Francisco. Guías de atención neonatal.

**Gráfica N°3. Atención del recién nacido sin asfisia.**



Fuente: Adaptado de Martínez Guillén F. Intervenciones basadas en evidencia para reducir la Mortalidad Neonatal. Sociedad Nicaragüense de Perinatología, Ministerio de Salud de Nicaragua. 2ª Edición. 2009

**Gráfica N°4. Reanimación Cardiopulmonar Neonatal.**



Fuente: Adaptado de Martínez Guillén F. Intervenciones basadas en evidencia para reducir la Mortalidad Neonatal. Sociedad Nicaragüense de Perinatología, Ministerio de Salud de Nicaragua. 2ª Edición. 2009

## 2.2. Pasos de la Reanimación Cardiopulmonar Neonatal (RCPN)<sup>3</sup>.

- A. (Air) Vía área Abierta o permeable, Pasos iniciales de Estabilización** (provee calor, posición de la cabeza, limpieza de vías aéreas, secar, estimulación)
- B. (Breathing) , iniciar respiración. Ventilación**
- C. (Circulation), circulación. Compresión torácica (masaje cardíaco)**
- D. (Drug) Medicamentos o expansión de volumen**

Cada paso de la RCPN se completa en 30 segundos y al final de cada paso se debe cumplir el ciclo: evaluación-decisión-acción, para continuar con el siguiente paso de la RCPN. La evaluación se hace con los tres signos: respiración, frecuencia cardíaca, color y en esa secuencia, iniciando siempre con la respiración (Gráfico N°4)

La gran mayoría de Recién nacidos con asfixia al nacer solo requieren el **paso A** de la RCPN, que es la **Estabilización inicial**. En los recién nacidos que requieren de otras acciones, la intervención más importante es lograr una adecuada ventilación con la **Ventilación con Presión Positiva (VPP)**

En un estudio en 100,000 Recién nacidos con peso mayor de 2,500 g, el 1% necesitaron ventilación. De estos que requirieron ventilación, el 80% respondieron con VPP con bolsa (bolsa de reanimación) y mascarilla facial y el 20% necesitaron intubación endotraqueal. El masaje cardíaco y/o adrenalina fue necesario solamente en el 0.12%<sup>4</sup>.

**Inmediatamente al momento de nacer todo recién nacido requiere una evaluación rápida**, para determinar si hay necesidad de una RCPN, evaluando de una manera rápida, simultánea e integralmente por **inspección visual** un grupo (más que individualmente) de signos: **¿es recién nacido de término? ¿el líquido amniótico es claro?, ¿respira o llora?, ¿tiene buen tono muscular?**

Si la respuesta es **Sí** a todas estas preguntas, es un Recién Nacido sin asfixia al nacer y solo **requiere de cuidados de rutina (Gráfica N°3)**. En este recién nacido debe favorecerse el contacto inmediato piel-piel entre la madre e hijo.

A todos los otros recién nacidos con respuesta **NO** a la evaluación rápida se les debe iniciar el **Paso A, paso de estabilización inicial** (calor, posición del recién nacido boca arriba con la cabeza en extensión ligera (olfateo), limpieza de las vías aéreas si es

<sup>3</sup> Martínez Guillén F. Intervenciones basadas en evidencia para reducir la Mortalidad Neonatal. Sociedad Nicaragüense de Perinatología, Ministerio de Salud de Nicaragua. 2009.

<sup>4</sup> Frazier MD, Werthamer J. Post-resuscitation complications in term neonates. J Perinatol (2007) 27, 82-84. doi: 10.1038/sj.jp.7211644.

necesario, secado, estimulación para iniciar o mejorar las respiraciones, reposicionar (cumplir) lo ya señalado en posición del recién nacido). (Gráfica N°4). Una consideración importante es que **nunca debemos esperar al resultado del puntaje de Apgar para iniciar la reanimación.**

## **Paso A de RCPN: Vía Aérea Abierta o Permeable. Estabilización Inicial**

**La vía aérea se abre** (permeabiliza) por la **posición adecuada de la cabeza en extensión ligera** (vías aéreas rectificadas) y la **aspiración de las secreciones.**

Estas acciones se llevan a cabo en un medio ambiente tibio y limpio.

### ***Proveer calor, evitar pérdida de calor***

La temperatura ambiente (sala de partos) donde nace el recién nacido, debe estar entre 26-30°C, no menor de 25°C y la temperatura en la cuna o mesa donde se reanima de 36°C. La mesa debe ser firme y limpia.

Se coloca al Recién Nacido sobre la mesa bajo una fuente de calor radiante (u otras fuentes), **se seca la piel del recién nacido**, sin restregarla, con toalla o material absorbente limpio y tibio (precalentado) iniciando por la cara y cabeza, luego tronco y extremidades; se retira la ropa húmeda y se cubre con una sabana seca y tibia (precalentada), dejando descubierta la cara. Se debe prevenir **la hipotermia y la hipertermia**, pues ambas son **dañinas** para el recién nacido, aumentan el consumo de Oxígeno e impiden una **RCPN** efectiva y se asocian con depresión respiratoria.

Si el Recién Nacido está sano se coloca en contacto piel a piel, sobre el tórax o el abdomen de la madre, cubriéndolo con la misma sabana de ésta. Esta técnica es tan o más eficiente que cualquier incubadora en Recién Nacido mayor de 1,200 g<sup>5</sup>. La piel y sabana de la madre debe estar seca y limpia.

### ***Abrir (permeabilizar) la vía aérea***

#### **Posición**

Al Recién Nacido se le coloca boca arriba, con la cabeza ligeramente extendida (posición de olfateo) que rectifica las vías aéreas. Si los esfuerzos respiratorios están presentes pero no producen una ventilación regular efectiva, a menudo la vía aérea está obstruida, **inmediatamente debe corregirse la flexión o sobre extensión de la cabeza o aspirar las secreciones iniciando por la boca, faringe y después nariz.**

---

<sup>5</sup> Mc Call EM, Alderdice FA, Halliday HL et al. Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/ or low birthweight babies. Cochrane Reviews 2008 Issue 3. Published by John Wiley and Sons, Ltd.

## Aspiración de secreciones

- Los Recién Nacidos vigorosos, generalmente no requieren de la aspiración de secreciones después del nacimiento, éstas pueden ser limpiadas de la nariz y la boca con una gasa o toalla limpia.
- Si en las vías aéreas hay sangre, secreciones abundantes o espesas, materia fecal o líquido amniótico fétido, la succión debe efectuarse en el orden siguiente: boca, faringe y nariz con una pera o catéter de succión 8F o 10F.
- Cuando hay abundantes secreciones, la aspiración se facilita rotando la cabeza del recién nacido hacia un lado, colectando las secreciones en la cara interna de la mejilla, de donde se extrae sin riesgo.
- Se debe evitar la succión faríngea profunda, agresiva y mayor de 5-10 segundos, porque puede causar espasmo laríngeo, bradicardia vagal y retardar el inicio de la respiración espontánea.
- Se debe tener cuidado que la presión negativa del aparato de succión no debe exceder los 100 mm de Hg (136 cm H<sub>2</sub>O)

## Meconio en el Líquido Amniótico<sup>6</sup>.

- **Aspiración intraparto:** Ya no se recomienda la aspiración intraparto (cuando sale la cabeza) cuando hay Meconio en el líquido amniótico, no reduce el síndrome de aspiración de meconio (SAM). (Evidencia 1-A)
- **No se recomienda la intubación y aspiración traqueal** cuando hay meconio en el líquido amniótico cuando el recién nacido nace vigoroso, no hay beneficio para el recién nacido. (Evidencia 1-A)
- Cuando hay Meconio en el líquido amniótico y el recién nacido nace deprimido, patea, hipotonía muscular o frecuencia cardíaca menor de 100 latidos por minuto, se aspira faríngea y debe hacerse intubación y aspiración traqueal inmediatamente después de nacer y antes de ser estimulado, usando tubo N° 4 mm de diámetro interno (DI), y si se extrae meconio, se debe intubar/aspirar con nuevo tubo hasta que salga limpio o si la frecuencia cardíaca es menor de 100 latidos por minuto, debe continuarse la RCPN.

## Estimulación Táctil

En general, el secado y la succión son ya un estímulo efectivo para iniciar la respiración; si esto no fuera suficiente, se procedería a efectuar unas dos palmadas suaves en la planta de los pies o a frotar la espalda. Si no hay respuesta, debe pensarse que está en apnea secundaria e iniciar VPP.

Después del paso A de la Reanimación, la progresión de los siguientes pasos se basa en la evaluación de los tres (3) signos vitales claves: **Respiración (R)**, **Frecuencia Cardíaca (FC)** y **Color (C)**. Se continúa al siguiente paso, solamente después de completar el paso precedente. Aproximadamente en 30 segundos se puede

---

<sup>6</sup> The International Liaison Committee and Resuscitation (ILCOR) Consensus Science with treatment recommendations for Pediatric and Neonatal Patients: Neonatal Resuscitation. PEDIATRICS Vol 117 N° 5 May 2006 pp e 978-e988.

completar 1 (un) paso exitosamente, reevaluar y decidir si se debe proseguir al siguiente paso de la RCPN.

### **Respiración (R):**

- Tras el llanto o el esfuerzo respiratorio inicial el recién nacido debe ser capaz de mantener una respiración regular suficiente para conseguir buena coloración y FC mayor a 100 latidos por minuto.
- La ausencia de respiración (apnea) o la aparición de boqueadas (gasping), son signos que indican la necesidad de la **Ventilación con Presión Positiva (VPP) con máscara y bolsa de reanimación.**

### **Frecuencia cardíaca (FC):**

- La evaluación de la Frecuencia cardíaca puede hacerse en la base del cordón umbilical (es fácilmente accesible y no interrumpe las maniobras de ventilación) o bien mediante auscultación en el precordio. Si no se palpa pulso en la base del cordón umbilical se debe auscultar el precordio siempre, porque la palpación del cordón umbilical solo identifica el 55% de las FC mayores de 100 latidos por minuto, el 25% de las FC menores de 100 latidos por minuto y el 20% de las no detectables al compararlas con la auscultación en el precordio.<sup>7</sup>
- La FC debe mantenerse estable mayor de 100 latidos por minuto si el niño está bien. Se cuentan los latidos en 6 segundos y se multiplica por 10, el resultado son los latidos por minuto o FC. Este conteo lo hace la segunda persona del equipo de RCPN, golpeando la cápsula del estetoscopio, con el dedo índice de la mano que sostiene el estetoscopio en el precordio, cada vez que escuche un latido, para mostrarle a la persona que reanima. Al terminar el conteo, debe decirlo en voz alta y repetir el conteo cada vez que sea necesario.

### **Color**

- El Recién Nacido que no tiene problemas presenta un color **rosado** en piel y mucosas sin necesidad de oxígeno suplementario.
- Una discreta acrocianosis (subungueal, manos y pies) es normal en los primeros momentos (respuesta vascular al frío) y **no traduce hipoxemia (falta de O<sub>2</sub> en sangre)** por lo que no requiere O<sub>2</sub> suplementario.
- Por el contrario, la **cianosis central** (cara, tronco o mucosas oral y lengua) **indica hipoxemia (falta de oxígeno) y requiere O<sub>2</sub> suplementario.**
- Si la piel aparece **pálida** puede ser debido a anemia grave, hipovolemia, acidosis, hipotermia o shock, entre otros.

---

<sup>7</sup> Martínez Guillén F. Reanimación Neonatal. En Medicina Perinatal basada en evidencias. Publicación auspiciada por OPS/OMS. Litografía Nicaragüense. Managua, Nicaragua 2005.

**Después de los primeros 30 segundos de nacido, se evalúa la Respiración, Frecuencia Cardíaca y el Color.**

- Si presenta **Apnea (o respiración boqueante o de pescado o gasping)** o la FC es menor de **100 latidos por minuto**, iniciar **Paso B: VPP con máscara y bolsa de reanimación con O<sub>2</sub> 100% o aire**.
- Si el Recién Nacido está respirando, la FC es mayor de 100 latidos por minuto, pero presenta **cianosis central**, se le administra Oxígeno a 5 litros/minuto, directo con el tubo del **O<sub>2</sub>** a **1 cm** de la nariz, o con mascarilla facial o colocando el tubo de oxígeno entre dos dedos, haciendo con esa mano una mascarilla alrededor de la nariz. Si después de darle **O<sub>2</sub>** la coloración se vuelve rosada, este recién nacido puede pasar a cuidados de Observación, disminuyéndole progresivamente la concentración de **O<sub>2</sub>** si lo tolera y vigilándole la **temperatura, respiración, frecuencia cardíaca, color**.

**Paso B de RCPN: Ventilación con Presión Positiva (VPP)**

Con máscara y bolsa de reanimación con O<sub>2</sub> al 100%, pero si no hay O<sub>2</sub> iniciarlo con AIRE ambiente. Los recién nacidos ventilados con AIRE tienen menor mortalidad y menos estrés oxidativo. Pero aún se recomienda iniciar la VPP con O<sub>2</sub> y si no hay, usar aire. (30,31)

**Ventilación:**

- La gran mayoría de recién nacidos que requieren de VPP, pueden ser ventilados con una bolsa (Bolsa de reanimación) y máscara.
- Las indicaciones para VPP son: **Apnea** (respiración boqueante, jadeante o gasping) o **Frecuencia Cardíaca** menor de 100 latidos por minuto (**bradicardia**) y **cianosis central persistente** después de haberle dado 30 segundos de Oxígeno a flujo libre.
- Establecer una Ventilación efectiva es el objetivo primario en el manejo de un recién nacido con Apnea o bradicardia.
- Cuando se hace adecuadamente la VPP sola, es efectiva para REANIMAR a casi todos los recién nacidos con **Apnea o bradicardia**. **En el niño con bradicardia la pronta mejoría de la frecuencia cardíaca es el principal indicador de una adecuada ventilación.**
- El Reanimador se coloca a la cabecera del recién nacido, con un ritmo de 40-60 ventilaciones por minuto (30 si se combina la ventilación con masaje cardíaco). Si al ventilar no se observa desplazamiento del tórax puede deberse a alguna de las siguientes razones: sellado cara-mascarilla inadecuado, vía aérea obstruida (por secreciones o mala posición de la cabeza) o presión de insuflación insuficiente. Si tras corregir la maniobra no hay una buena expansión del tórax, debe valorarse la intubación traqueal.
- El tamaño de la bolsa para prematuros es de 250 mL y de 450-500 mL para niños a término. El tipo de bolsa recomendada es la autoinflable (bolsa de reanimación), por su más fácil manipulación (después de exprimida se

recupera independientemente del flujo, a diferencia de la de anestesia). Esta bolsa debe llevar incorporado un reservorio lo que permite ventilar al niño con casi 100% de concentración de **O<sub>2</sub>** y una válvula liberadora de presión, que se abrirá si la presión generada supera los 30-40 cm H<sub>2</sub>O, impidiendo la sobredistensión y la rotura alveolar.

### **Mascarilla Facial:**

- Debe ser del tamaño adecuado (que cubra mentón, boca, nariz) y existen para Recién Nacido a Término y para Recién Nacido Pretérmino, para que una vez colocada sobre la cara del niño no se apoye sobre los ojos ni sobrepase el mentón.
- La forma de las mascarillas puede ser redonda u ovalada, esta última es mejor para los niños más grandes. Debe llevar un rodete almohadillado que favorezca el sellado y evite lesiones en la cara por la presión y deben ser transparentes, para ver la coloración labial y si en la boca hay secreciones.
- Si la ventilación con bolsa y mascarilla se prolonga más allá de 2 minutos (RCPN prolongada) conviene colocar una sonda orogástrica para evitar la distensión gástrica.

***El objetivo de la ventilación es conseguir un adecuado intercambio de gases con el mínimo baro o volutrauma***

El **signo más importante** que indica una buena ventilación es la mejoría de la frecuencia cardíaca. La expansión bilateral de los pulmones dado por una buena expansión de la pared torácica y buena entrada de aire a ambos lados, pueden ayudar a evaluar una adecuada ventilación.

***Después de 30 segundos de dar VPP, se evalúa nuevamente y si presenta:***

- Ventilación efectiva, frecuencia cardíaca mayor de 100 latidos por minuto y color rosado, ese recién nacido requiere solamente cuidados de post-reanimación.
- **Si la frecuencia cardíaca es menor de 60 latidos por minuto, se inicia el PASO C de RCPN**

## **Paso C de RCPN: Continúa la Ventilación con Presión Positiva (VPP) con máscara y bolsa de reanimación y se inicia compresión torácica (masaje cardíaco).**

La compresión torácica debe ser iniciada si la frecuencia cardíaca se mantiene por debajo de **60 por minuto, después de 30 segundos** de ventilación efectiva con presión positiva

**Masaje cardíaco:** Se coloca el que da el masaje a un costado del recién nacido.

**Técnica:** Existen dos formas de aplicar el masaje cardíaco en el recién nacido.

- 1. Técnica de los dos pulgares:** Se colocan ambas manos abrazando al tórax, con la yema de los pulgares sobre el esternón uno encima del otro (prematuros) o paralelos (niños grandes), por debajo de la línea intermamilar y los otros dedos abrazando la cara posterior del tórax.
- 2. Técnica de los dos dedos:** medio y anular. La técnica de los dedos consiste en colocar los dedos segundo y tercero perpendiculares al esternón, con la otra mano apoyando la espalda.

El área óptima de aplicación de las compresiones es el tercio inferior del esternón y la profundidad de la depresión debe ser un tercio del diámetro antero posterior del tórax. El ritmo compresión/ventilación es de 3 compresiones torácicas por cada ventilación (3:1) alcanzando 90 compresiones y 30 respiraciones por minuto.

**Después de 30 segundos de VPP + Compresión torácica, se evalúa al Recién Nacido:**

- Si la Frecuencia Cardíaca es mayor de 60 latidos por minuto, se suspende el masaje cardíaco y continúa la VPP con Oxígeno al 100%.
- Si la Frecuencia Cardíaca es menor de 60 latidos por minuto, se inicia el PASO D de RCPN.

## **Paso D de RCPN: Medicamentos o expansión de volumen**

- Se agrega al tratamiento anterior (Paso C) adrenalina (epinefrina) intravenosa, inyectada en la vena umbilical, a la dosis de 0.01-0.03 mg/kg (0.1-0.3 ml/kg de peso de una dilución 1:10,000) diluida en 0,5 a 1 ml de solución salina. Se puede repetir cada 3-5 minutos por dos veces de ser necesario.
- Se puede administrar la adrenalina por vía endotraqueal a una dosis más alta de hasta 0.1mg/kg (0.3-1.0 ml/kg de peso de una dilución 1:10,000).
- No debe darse altas dosis de adrenalina por vía intravenosa. Si se usa la vía endotraqueal, debe darse la siguiente dosis por vía intravenosa en cuanto sea posible.

- **Menos de 1% de los recién nacidos que requieren RCPN necesitan medicamentos como la adrenalina.**

### **Intubación traqueal (IT)**

Menos del 1% de los neonatos que requieren RCPN, necesitan intubación traqueal. Si no está presente una persona capacitada en intubación, es preferible continuar la VPP con máscara y bolsa de reanimación mientras llega la persona capacitada.

La intubación traqueal puede estar indicada en diferentes momentos de la reanimación (Ver Gráfica N° 4):

1. Si se precisa aspirar la tráquea en caso de meconio.
2. Si la ventilación con bolsa y mascarilla es ineficaz o prolongada (mayor de dos minutos).
3. Situaciones especiales: uso de adrenalina, hernia diafragmática, prematuridad extrema y administración de surfactante.
4. Recomendada si se precisa masaje cardíaco.

***El equipo para la intubación debe estar preparado y completo en todas las salas de reanimación.***

El tamaño del **tubo traqueal** es de:

- 2.5 mm de diámetro interno (DI) en menores de 28 semanas de edad gestacional (EG) o menor de 1,000 g.
- 3.0 mm de DI para 1,000 – 2,000 g o 28 - 34 semanas de EG.
- 3.5 mm de DI para 2,000 – 3,000 g o 34 – 38 semanas de EG.
- 3.5 – 4 mm en mayores de 3,000 g o mayor de 38 semanas de EG.

El tamaño del tubo (el número indica en milímetros el diámetro de la luz interna del tubo, DI) y la longitud que se va a introducir están relacionadas con la edad de gestación y el peso del niño. **La longitud** se calcula con la fórmula: **peso en kg + 6 = cm a nivel del labio (preferible) y (kg + 7) si es por la nariz.**

El **laringoscopio** debe ser de hoja recta (del **N° 00** para el prematuro menor de 750 gramos al nacer, **N° 0** para prematuros mayor de 750 gramos y **N° 1** para RN a término) y conviene verificar que esté funcionando bien.

La intubación se realizará preferiblemente por vía oral. El niño debe estar boca arriba con la cabeza en posición neutra o ligera extensión (“posición de olfateo”). Se toma el laringoscopio con la mano izquierda y se introduce por el ángulo derecho de la boca desplazando la lengua hacia el lado contrario mientras avanzamos la hoja del laringoscopio. Con la punta del laringoscopio en la valécula vemos la epiglotis y se eleva suavemente, sin hacer palanca, en dirección perpendicular al cuerpo del niño, para visualizar La cuerdas vocales. Insertar después el tubo con la mano derecha, hasta introducirlo 1 o 2 centímetros pasadas las cuerdas vocales, (o dejando la línea guía del tubo endotraqueal frente a las cuerdas vocales) fijar el tubo y retirar el

laringoscopio. La correcta posición del tubo en la tráquea se confirma observando el desplazamiento simétrico del tórax por auscultación, o por la mejoría de la FC, el color y el tono muscular.

**Para minimizar la hipoxemia durante la intubación es necesario ventilar con bolsa y mascarilla en las siguientes situaciones:**

- 1. Antes de iniciar la intubación**
- 2. En caso de fracaso de la intubación ó**
- 3. Si la FC desciende a menos de 100 latidos por minuto durante la maniobra de intubación, la cual debe suspenderse.**

**CADA INTENTO DE INTUBACIÓN NO DEBE DURAR MÁS DE 20 SEGUNDOS**

### **Expansores de Volumen: Cristaloides y Coloides**

Pueden ser necesarios en recién nacidos hipovolémicos. Se deben considerar cuando hay pérdida perinatal de sangre, o el niño está en shock (palidez, llenado capilar lento mayor de 2 segundos, pulsos débiles) y mala respuesta a las maniobras previas de RCPN.

En 3 Estudios Controlados Aleatorizados <sup>8</sup> en neonatos, se demostró que las soluciones cristaloides isotónicas son tan efectivas como la albúmina para el tratamiento de la hipotensión. En consideración a los riesgos (infecciones y muerte con albúmina) y el costo, las soluciones cristaloides isotónicas (solución salina normal o lactato de ringer) más que la albúmina, deben ser el líquido de elección en RCPN.

La **dosis de Solución Salina Normal (SSN)** es de **10 ml/kg de peso** IV en 5-10 minutos. Esta dosis se puede repetir, si persiste el shock. En los Recién Nacidos con Asfixia y el Recién Nacido pretérmino, las dosis mayores a las señaladas se asocian a sobrecarga de volumen y hemorragia intracraneal

### **Bicarbonato de Sodio**

No está recomendado su uso sistemático en RCPN, dado que produce hiperosmolaridad y favorece la formación de CO<sub>2</sub>, lo cual tiene efectos perjudiciales sobre el miocardio y el cerebro.

<sup>8</sup> The International Liaison Committee and Resuscitation (ILCOR) Consensus Science with treatment recommendations for Pediatric and Neonatal Patients: Neonatal Resuscitation. PEDIATRICS Vol 117 N° 5 May 2006 pp e 978-e988.

#### **Indicaciones para su uso:**

1. Si la reanimación se prolonga y siempre después de establecer una correcta ventilación y una adecuada circulación.
2. Acidosis metabólica mantenida documentada por gasometría o bioquímica.

**Vías de Administración:** la vía de elección es la vena umbilical, de fácil acceso y se pueden administrar por ella todos los medicamentos y soluciones. En situaciones de reanimación es suficiente introducir el catéter sólo unos 2-4 cm (hasta que fluya sangre)

#### **Terapia de Apoyo**

Mantener la temperatura corporal. En la piel entre 36-36.5°C. En los menores de 28 semanas, además de la cuna de calor radiante, cubrirlo con polietileno (plástico, resistente al calor), disminuye la hipotermia. (Evidencia 1-A). Evitar la hipo e hipertermia.

#### **Cuidados post reanimación**

En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, vigilando estrechamente la Respiración, Frecuencia Cardíaca, Color, Temperatura corporal (manteniéndolo eutérmico), oxigenación, presión arterial, glucemia y una adecuada evaluación diagnóstica e iniciar el tratamiento necesario. Más del 60% de los Recién Nacidos que fueron reanimados con VPP, al menos un minuto, requieren tratamiento en Cuidados Intensivos Neonatales, por diferentes complicaciones: dificultad respiratoria, hipoglucemia, 25%, taquipnea transitoria, requerimiento de Oxígeno, Síndrome de Aspiración de Meconio<sup>9</sup>.

#### **Glucosa**

Mantener la glucemia entre 75-100 mg/dl, para dar sustrato adecuado al metabolismo cerebral. Tanto la hipo como la hiperglucemia pueden aumentar las lesiones cerebrales en asfixia. Se debe monitorear la glucemia y mantenerla en rangos normales, en los niños con Asfixia y RCPN.

### **Cuando Suspender la RCPN**

La morbilidad y mortalidad neonatal varía según las regiones del mundo. Cuando la Edad Gestacional, el peso o las anomalías congénitas están asociadas con la casi certeza de muerte temprana o unas inaceptablemente altas secuelas en los raros sobrevivientes, **la RCPN no está indicada**. Como ejemplo, en los países desarrollados, los recién nacidos pretérmino extremos con edad gestacional menor de 23 semanas o peso menor de 400 g, anencefálicos, o trisomías 13 y 18 confirmadas.

Si no hay signos de vida después **de diez (10) minutos** de una adecuada y continua RCPN, es justificable descontinuar la Reanimación.

---

<sup>9</sup> Frazier MD, Werthamer J. Post-resuscitation complications in term neonates. J Perinatol (2007) 27, 82-84. doi: 10.1038/sj.jp.7211644.

## 2.3. Evaluación del puntaje de Apgar

El puntaje de Apgar cuantifica y resume la respuesta del recién nacido al ambiente extrauterino y a la reanimación. Cada uno de los cinco signos es calificado con un valor de 0,1 ó 2. Los cinco valores se suman y el total se convierte en el puntaje de Apgar. El puntaje de Apgar debe ser asignado al minuto y a los cinco minutos después del nacimiento.

Cuando el puntaje de cinco minutos es menor de 7, deben asignarse puntajes adicionales cada 5 minutos hasta por 20 minutos. Estos puntajes no se deben emplear para dictaminar las acciones apropiadas de reanimación, como tampoco se deben retrasar las intervenciones para recién nacidos deprimidos hasta la valoración de 1 minuto.

**Tabla N°28. Puntaje de Apgar**

Signo	Puntaje		
	0	1	2
Frecuencia cardiaca	Ausente	Lenta (<100 lpm)	>100 lpm
Respiración	Ausente	Débil, irregular	Buena, llora
Tono muscular	Flácido	Leve flexión	Movimiento activo
Irritabilidad refleja	Sin respuesta	Quejido	Tos, estornudo, llanto
Coloración	Azul ó pálido	Cuerpo rosado, extremidades azules	Completamente rosado

## 2.4. Transporte Neonatal

Cuando se amerite realizar el transporte de los neonatos enfermos, debe realizarse en incubadora de transporte y cumpliendo los principios básicos para el traslado de pacientes descritos en el capítulo 1.

## 2.5. Lactancia Materna temprana y exclusiva<sup>10</sup>.

Todo Recién Nacido, sano y los que necesitaron solo el paso A de reanimación incluyendo los nacidos por cesárea, deben ser colocados boca abajo en contacto piel a piel con la madre, a nivel de los senos maternos para iniciar lactancia, inmediatamente después de cortar el cordón umbilical. La piel de ambos debe estar seca y se le debe cubrir con la misma sabana.

Se debe estimular a la madre y **lograr la lactancia materna dentro de la primera hora de vida. Se pueden evitar el 22% (casi 1 de cada 4) muertes neonatales iniciando la lactancia materna en la primera hora de vida<sup>11</sup>**

<sup>10</sup> Martínez Guillén F. Intervenciones basadas en evidencia para reducir la Mortalidad Neonatal. Sociedad Nicaragüense de Perinatología, Ministerio de Salud de Nicaragua, 2009, p66-68.

<sup>11</sup> Edmonton KM, Zandoh Ch, Quigley MA, et al . Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. Pediatrics Vol 117, N° 3 march 2006, ppe 380-e 386.

## Evidencias de la Intervención

Retrasar la lactancia materna e iniciarla después de la primera hora de vida, incrementa el riesgo de mortalidad neonatal en un **45%**, pero puede aumentarla hasta en un poco más del **200%**. Iniciar la lactancia después del 1er día de vida (iniciando el día 2) incrementa el riesgo de mortalidad en **270%** y hasta un **430%** (**OR 2.70, 1.70 a 4.30**). Iniciarla después del día 3, incrementa el riesgo de mortalidad neonatal entre 4.5 hasta 11 veces (OR: 4.42, 1.76 a 11.09). La lactancia materna parcial del neonato incrementa el riesgo de muerte por infecciones, en casi 6 y hasta doce (12) veces (OR: 5.73, 95% IC: 2.75, 11,91)<sup>12</sup>

En un estudio sobre lactancia materna en países desarrollados, que revisó<sup>13</sup> 29 Revisiones Sistemáticas (RS) o meta- análisis, 400 estudios individuales y 9,000 resúmenes, se encontró que la Lactancia Materna se asoció a una reducción estadísticamente significativa en el riesgo de: Otitis Media, Gastroenteritis, infección severa del tracto respiratorio, Diabetes Tipo I y II, Leucemia en niños, síndrome de muerte súbita infantil y enterocolitis necrotizante.

Otro estudio<sup>14</sup> encontró una relación inversa entre lactancia materna y cáncer pediátrico. El cáncer se asoció significativamente a alimentación con biberón (OR 1.8; 95% IC 1.1-2.8)

En RS<sup>15</sup> el contacto temprano piel-piel, madre e hijo, se encontró aumento significativo estadísticamente 82%, sobre lactancia materna entre 1-4 meses de vida (OR 1.82, 95% IC 1.08- 3.07), y más duración de la lactancia. Los prematuros tuvieron mayor estabilidad cardiorespiratoria. No se encontraron efectos adversos.

### Riesgo de Mortalidad Neonatal de acuerdo al tiempo de inicio de lactancia materna en nacimientos únicos que iniciaron lactancia materna y sobrevivieron al día 2.

Inicio de Lactancia	No.(%) de Neonato	No. de Muertes (%de riesgo <sup>a</sup> )	<sup>a</sup> OR 1 (95% IC) <sup>b</sup>	<sup>a</sup> OR 2 (95% IC) <sup>c</sup>
Dentro de 1 hora	4763 (43)	34 (0.7)	1	1
De 1 hora final del día 1	3105 (28)	36 (1.2)	1.45 (0.90,2.35)	1.43 (0.88,2.31)
Día 2	2138 (20)	48 (2.3)	2.70 (1.70,4.30)	2.52 (1.58,02)d
Día 3	797 (7.3)	21 (2.6)	3.01 (1.70,5.38)	2.84 (1.59,5.06)d
Después del día 3	144 (1.3)	6 (4.2)	4.42 (1.76, 11.09)	3.64 (1.43,9.30)d
Total	10 947 (100)	145 (1.3)		

<sup>12</sup> Edmonton KM, Kirkwood BR, Amenga-Etego S, Owusu Agyei S, Hurt Ls. Effect of early infant feeding practices on infection specific neonatal mortality: an investigation on the causal links with observational data from rural Ghana. Am J Clin Nutr 2007 Oct 86 (4): 1126-31.

<sup>13</sup> Stanley IP, Mei Chung M, Raman G. Breastfeeding and Maternal and Infant. Health Outcome in Developed Countries. Tufts New England Medica Center Evidence Based Practice Center, Boston, Massachusetts 2007 april (153): 1-186.

<sup>14</sup> Ortega – García JA, Ferris-Tortajada J, Torres canter AM, et al. Full breastfeeding and paedriatic cáncer. JPaediatr Child Health . 2007 Nov 12.

<sup>15</sup> S

**a % de riesgo: N° de muertes/ N° de infantes en categoría de expuestos**

**b Ajuste por género, tamaño al nacimiento, edad gestacional, presencia de anomalía congénita, salud en el día de nacimiento, salud al momento de la intervención, salud de la madre al momento del nacimiento, edad de la madre, paridad, nivel de educación de la madre,**

### **3.Continuación de la atención.**

Luego de completar la evaluación de la necesidad de reanimación y dar la atención indicada, se procede a evaluar el RIESGO AL NACER (Cuadro N°30).

La evaluación por Síndrome de Rubéola Congénita (Cuadro N°31), es motivo de vigilancia epidemiológica en nuestro país, habiéndose presentado el último reporte de caso en el año el año 2000.

### 3.1. Evaluación del riesgo al Nacer

Al completar la evaluación y atención inicial del Bebe, debe pasarse de inmediato a la evaluación del riesgo al nacer.

Cuadro N°30. Evaluar el riesgo al nacer

Determine signos y síntomas de peligro		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO	
PREGUNTE	OBSERVE				
<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Tuvo ruptura prematura de membranas?</li> <li>¿Hace cuánto tiempo?</li> <li>¿La madre ha tenido o tiene fiebre?</li> <li>Por patologías durante el embarazo (ver cuadro 1)</li> <li>¿Necesitó procedimiento de reanimación?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El color</li> <li>La respiración</li> <li>El llanto</li> <li>Vitalidad</li> <li>Anomalías congénitas</li> <li>Signos de infección intrauterina (TORCH/VIH)</li> <li>Lesiones severas debidas al parto</li> </ul>	<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Peso al nacer &lt; 2,000 gr o &gt; 4000 gr</li> <li>Edad gestacional &lt; 35 semanas</li> <li>Temperatura rectal &lt; 36.5°C o &gt; 37.5°C</li> <li>Dificultad respiratoria</li> <li>Fiebre materna o corioamnionitis</li> <li>Ruptura prematura de membranas mayor de 18 horas</li> <li>Palidez o plétora</li> <li>Infección intrauterina (TORCH/VIH)</li> <li>Anomalías congénitas mayores</li> <li>Lesiones severas debidas al parto</li> <li>Reanimación con bolsa o masaje</li> </ul>	Alto riesgo al nacer	<ul style="list-style-type: none"> <li>Referir urgentemente al hospital según las normas de estabilización y transporte</li> <li>Favorecer el contacto piel a piel cuando las condiciones del niño(a) y la madre lo permitan</li> <li>Iniciar calostro de ser posible</li> <li>Mantener al recién nacido abrigado</li> <li>Si la ruptura prematura de membranas se registró hace más de 18 horas, inicie la primera dosis de los antibióticos recomendados</li> <li>Verificar cumplimiento de cuidados rutinarios</li> <li>Orientar a la madre sobre los motivos del traslado</li> </ul>	
	<p>DETERMINE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Peso y edad gestacional</li> <li>Temperatura Rectal</li> </ul>	<p>Clasificar</p>	<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Peso al nacer entre 2,000 y 2,500 gr</li> <li>Edad gestacional entre 35 y 37 semanas</li> <li>Edad gestacional ≥ 42 semanas</li> <li>Anomalías congénitas menores</li> <li>Procedimiento de reanimación sin presión positiva o masaje cardíaco</li> </ul>	Mediano riesgo al nacer	<ul style="list-style-type: none"> <li>Referir a consulta médica especializada</li> <li>Colocarlo en contacto piel a piel con su madre</li> <li>Iniciar calostro</li> <li>Aconsejar a la madre que debe mantener al recién nacido abrigado</li> <li>Verificar cumplimiento de cuidados rutinarios</li> <li>Enseñar a la madre signos de peligro</li> </ul>
				Bajo riesgo al nacer	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colocarlo en contacto piel a piel con su madre</li> <li>Iniciar calostro desde el nacimiento</li> <li>Aconsejar a la madre que debe mantener al recién nacido abrigado</li> <li>Verificar cumplimiento de cuidados rutinarios</li> <li>Orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido en casa</li> <li>Enseñar a la madre signos de peligro</li> <li>Indicar a la madre o al acompañante que el Recién nacido debe volver a consulta de seguimiento al tercer día de vida o 2 días después del egreso.</li> <li>Iniciar vacunación según esquema</li> </ul>

Lávese las manos antes y después de reanimar al recién nacido. Evite la hipotermia

### 3.1.1. Determinación de la edad gestacional del recién nacido a término por el método de Capurro.

El método de Capurro (Figura N°9) es aplicable para recién nacidos de 37 semanas de edad gestacional o más. Utiliza cinco características físicas, cada una de ellas con varias opciones y un puntaje que al sumarlo y aplicar un cálculo sencillo, se determina la edad gestacional (Tabla N°29). El método tiene un error de +/- 1 semana.

$$\text{Semanas de Gestación} = \frac{\text{Total de puntos} + 204}{7}$$

Figura N°9. Método de Capurro para determinación de la edad gestacional.

<b>FORMA DE LA OREJA.</b>	Chata-deforme pabellón no incurvado.  0	Pabellón parcialmente incurvado en la parte superior.  8	Pabellón incurvado en toda la parte superior.  16	Pabellón totalmente incurvado.  24	
<b>TAMAÑO DE LA GLÁNDULA MAMARIA.</b>	No palpable.  0	Palpable menor de 5 mm  5	Palpable entre 5 y 10 mm.  10	Palpable mayor de 10 mm.  15	
<b>FORMACIÓN DEL PEZON.</b>	Apenas visible, sin areola.  0	Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata.  5	Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada. Borde NO levantado.  10	Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada. Borde levantado.  15	
<b>TEXTURA DE LA PIEL.</b>	Muy fina y gelatinosa.  0	Fina, lisa.  5	Más gruesa. Desacamación superficial discreta.  10	Gruesa. Grietas superficiales. Desacamación en manos y pies.  15	Grietas gruesas, profundas, apergaminadas.  20
<b>PLIEGUES PLANTARES.</b>	Sin pliegues.  0	Marcas mal definidas en la mitad anterior.  5	Marcas bien definidas en la mitad anterior. Surcos en la mitad anterior.  10	Surcos en la mitad anterior.  15	Surcos en más de la mitad anterior.  20
<b>Surcos</b> Líneas bien definidas Líneas mal definidas.					

Fuente: Capurro H, Konichezky S y col. Buenos Aires, Nov 1972. Tomado de Manual de Aiepi Neonatal (OPS/OMS).

**Tabla N°29.** Cálculo de las semanas de gestación según puntuación obtenida por método de Capurro.

Puntaje	Semanas
6	30
12	31
19	32
26	33
33	34
40	35
47	36
56	37
61	38
68	39
75	40
82	41
90	42
94	43

### 3.1.2. Determinación de la edad gestacional del recién nacido prematuro por el método Ballard

#### PARÁMETROS NEUROMUSCULARES Ver Figura 9-A

**Postura:** observada cuando el bebé está quieto y colocado en posición supina.

**Ventana cuadrada:** flexione la mano a nivel del antebrazo entre el pulgar y el dedo índice del examinador. Aplique una presión suficiente para conseguir la mayor flexión que se pueda, mida y clasifique el ángulo entre la eminencia hipotenar y el aspecto ventral del antebrazo de acuerdo con el dibujo (tenga cuidado de no rotar la muñeca del bebé mientras realiza esta maniobra).

**Retroceso del brazo:** con el bebé situado en posición supina flexione primero los antebrazos durante 5 segundos, después extiéndalos completamente tirando de las manos y suéltelos; mida a continuación el ángulo.

**Ángulo poplíteo:** con el niño colocado en posición supina y la pelvis horizontal a la cuna de exploración, flexione la pierna contra el muslo y el muslo contra el abdomen durante 5 segundos. Luego extienda la pierna ejerciendo una presión suave detrás del tobillo con el dedo índice derecho y mida el ángulo poplíteo.

**Signo de bufanda:** con el bebé situado en posición supina coja su mano e intente colocarla alrededor del cuello y llevándola posteriormente tan lejos como sea posible alrededor del hombro contrario. Vea lo lejos que cruza el codo y clasifíquelo en base a las ilustraciones.

**Maniobra talón–oreja:** con el bebé colocado en posición supina lleve el pie lo más cerca que pueda a la cabeza sin forzarlo. Observe la distancia entre el pie y la cabeza, así como el grado de extensión de la rodilla. Clasifíquelo según el dibujo. Es importante que la cadera permanezca en contacto con la camilla.

### **PARÁMETROS SOMÁTICOS Ver Figura 9-B**

Asigne el valor en base a lo que usted examine.

**Piel:** Con la madurez la piel se vuelve más gruesa, menos translúcida, más seca y descamativa.

**Lanugo:** Este es un vello fino, no pigmentado que eventualmente se distribuye alrededor del cuerpo y es más acentuado entre las 27 y 28 semanas de gestación y gradualmente va desapareciendo.

**Superficie plantar:** La presencia de surcos es reflejo de la actividad intrauterina y la madurez.

**Glándulas mamarias:** se evalúa en base a la areola y el pezón.

**Ojos/Orejas:** Ver apertura de los ojos y fusión de los párpados. Observar y evaluar el grado de madurez del cartílago de las orejas.

**Genitales externos, Masculino:** Palpar el grado de descenso de los testículos, y ver la pigmentación y las arrugas de los escrotos.

**Genitales externos, Femenino:** Evaluar el tamaño y las características de los labios mayores, menores y el clítoris.

**Figura N°9.A Método Ballard para la determinación de la edad gestacional del Recién Nacido Prematuro. Signos de Maduración Neuromuscular**

SIGNO DE MADURACIÓN NEUROMUSCULAR	PUNTAJE						ANOTE	PUNTEO Neuromuscular: FISICO: Total:																												
	-1	0	1	2	3	4			5																											
POSTURA								<b>Evaluación de maduración</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Punteo</th> <th>Semanas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>- 10</td><td>20</td></tr> <tr><td>- 5</td><td>22</td></tr> <tr><td>0</td><td>24</td></tr> <tr><td>5</td><td>26</td></tr> <tr><td>10</td><td>28</td></tr> <tr><td>15</td><td>30</td></tr> <tr><td>20</td><td>32</td></tr> <tr><td>25</td><td>34</td></tr> <tr><td>30</td><td>36</td></tr> <tr><td>35</td><td>38</td></tr> <tr><td>40</td><td>40</td></tr> <tr><td>45</td><td>42</td></tr> <tr><td>50</td><td>44</td></tr> </tbody> </table>	Punteo	Semanas	- 10	20	- 5	22	0	24	5	26	10	28	15	30	20	32	25	34	30	36	35	38	40	40	45	42	50	44
Punteo	Semanas																																			
- 10	20																																			
- 5	22																																			
0	24																																			
5	26																																			
10	28																																			
15	30																																			
20	32																																			
25	34																																			
30	36																																			
35	38																																			
40	40																																			
45	42																																			
50	44																																			
ÁNGULO DE MUÑECA																																				
POSTURA DE BRAZO																																				
ÁNGULO POPLITEO																																				
SIGNO DE BUFANDA																																				
TALÓN DE OREJA																																				
PUNTEO DE MADURACIÓN NEUROMUSCULAR																																				

MADUREZ	PUNTEO	ANOTE	PUNTEO
---------	--------	-------	--------

**Figura N°9.B Método Ballard para la determinación de la edad gestacional del Recién Nacido Prematuro. Signos de Maduración Física**

FÍSICA	-1	0	1	2	3	4	5		
PIEL	Pegajosa Friable transparente	Gelatinosa Roja translúcida	Rosada, suave Venas visibles	Descamación superficial, pocas venas	Quebradiza, áreas pálidas, venas raras	Áreas en parches, más quebradiza, no vasos	Aspecto de cuero quebrada, arrugada		Neuromuscular: FÍSICO: Total:  <b>Evaluación de maduración</b>
LANUGO	No hay	Escaso	Abundante	Delgado	Áreas claras	Casi todo claro			<b>Punteo</b> <b>Semanas</b>
SUPERFICIE PLANTAR	Dorso-pie <u>40-50 mm: -1</u> <u>≤40 mm: -2</u>	>50 mm sin pliegue	Débiles marcas rojas	Sólo pliegue transversal anterior	Pliegue anterior 2/3	Pliegues en toda la planta			- 10    20 - 5    22 0    24
PECHO	imperceptible	Muy poco perceptible	Areola plana, no pezón	Areola punteada área 1-2 mm	Areola levantada 3-4 mm	Areola completa 5-10 mm			5    26 10    28 15    30 20    32 25    34 30    36 35    38 40    40 45    42 50    44
OJO/OIDO	Párpados cerrados flojos -1 apretados -2	Párpados abiertos; pabellón de oreja plano	Pabellón ligero curva suave, regresa despacio a su posición	Pabellón con buena curvatura; suave pero regresa rápido a su postura	Firme y formado regresa a su postura inmediatamente	Cartílago formado			
GENITALES (masc)	Escroto plano suave	Escroto vacío, no pliegues	Testículos en canal superior, raros pliegues	Testículos descendiendo pocos pliegues	Testículos descendidos buenos pliegues				
GENITALES (fem)	Clítoris prominente y labios planos	Clítoris prominente y labios menores pequeños	Clítoris prominente y labios menores más grandes	Labios mayores menores igualmente prominentes	Labios mayores grandes y menores pequeños	Labios mayores sobre clítoris y labios menores			
TOTAL									

### 3.1.3. Clasificación según el peso y edad gestacional

La clasificación del recién nacido según el peso y edad gestacional son muy importantes, ya que indica el grado de riesgo al momento del nacimiento. La morbilidad y la mortalidad neonatal son inversamente proporcionales al peso y la edad gestacional: a menor peso y menor edad gestacional, mayor será la morbilidad y la mortalidad.

**Tabla N°30. Clasificación del recién nacido según edad gestacional.**

Denominación	Definición
<b>Pretérmino</b>	Entre 24 y 36 semanas de gestación.
<b>Término</b>	Entre 37 y 42 semanas de gestación.
<b>Postérmino</b>	Más de 42 semanas de gestación.

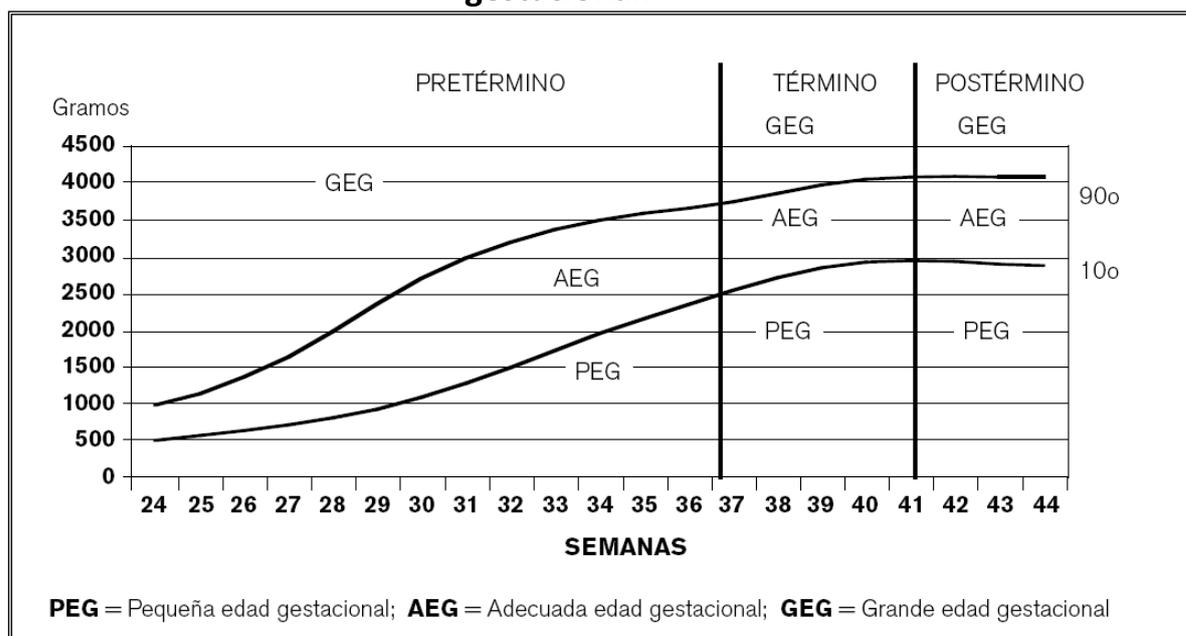
**Tabla N°31. Clasificación del recién nacido según el peso para la edad gestacional.**

Denominación	Siglas	Definiciones
<b>Pequeño para su edad gestacional</b>	PEG	Bajo la curva inferior (10º Percentil)
<b>Adecuado para su edad gestacional</b>	AEG	Entre las curvas (10ª a 90ª Percentil)
<b>Grande para su edad gestacional</b>	GEG	Sobre la curva superior (90ª Percentil).

**Tabla N°32. Clasificación del recién nacido según su peso al nacer.**

Denominación	Siglas	Definiciones
<b>Bajo peso al nacer</b>	BPN	menos de 2,500 gr
<b>Muy bajo peso al nacer</b>	MBPN	entre 1,000 y 1,499 gr
<b>Extremado bajo peso al nacer</b>	EBPN	menos de 1,000 gramos.

**Gráfica N°5. Clasificación del recién nacido según el peso para la edad gestacional.**



## 3.2. Evaluación por Síndrome de Rubéola Congénita

**Cuadro N°31. Síndrome de Rubéola Congénita (SRC)**

Si el niño(a) tiene 0-11 meses de edad:					
PREGUNTAR	OBSERVAR	Clasificar	EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>¿La madre durante el embarazo presentó RUBÉOLA, erupción cutánea y/o fiebre?</li> <li>¿Ha tenido contacto con un caso de erupción y fiebre?</li> <li>¿Qué edad tiene el niño(a)?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Respuesta a los sonidos</li> <li>Signos de enfermedad cardíaca (agitación al alimentarse, cianosis)</li> <li>Presencia de opacidad(es) de la córnea</li> <li>Manchas purpúreas en piel, petequias y/o equimosis</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>Antecedentes de sospecha de rubéola en la madre o uno o más de los siguientes signos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Deficiencia auditiva</li> <li>Signos de enfermedad cardíaca</li> <li>Opacidad(es) de la córnea</li> <li>Circunferencia cefálica &lt; p 10</li> <li>Hepatoesplenomegalia en &lt; de 2 meses de edad</li> <li>Manchas purpúreas en la piel, petequias y/o equimosis</li> </ul> </li> </ul>	<b>Caso sospechoso de SRC</b>
	<p><b>DETERMINAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Circunferencia cefálica</li> <li>Hepatoesplenomegalia en menores de 2 meses de edad</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>No hay antecedentes de rubéola en la madre o posibles contactos</li> <li>Anomalías congénitas</li> </ul>	<b>Otra enfermedad congénita</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Investigar la causa de la o las anomalías congénitas</li> <li>Indicar a la madre signos de peligro</li> <li>Aconsejar a la madre que siga dando lactancia materna</li> <li>Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato</li> </ul>

# Capítulo V.

## CONSIDERACIONES SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH<sup>16</sup>.

### A. La mujer embarazada y la prevención de la transmisión vertical

#### 1. Los principios de la transmisión vertical del VIH

Se llama transmisión vertical a la transmisión del VIH de la madre a su hijo. Desde el principio de la epidemia, se reconoció la transmisión vertical como una vía relevante de adquisición del virus y que viene representando hasta el 90% de la vía de adquisición del VIH en niños. La infección puede transmitirse durante el embarazo (prenatal) en el momento del parto (intraparto) o posteriormente por la lactancia postnatal.

Para una correcta prevención de la transmisión vertical es imprescindible el conocimiento del estatus serológico de la mujer embarazada por lo que es básico la realización de la serología de VIH a toda mujer embarazada.

#### 2. Recomendaciones

- Toda mujer embarazada debe estar sujeta a la consejería sobre VIH, con el objetivo de que decida hacerse la prueba para detección temprana de la infección por el VIH.
- Toda mujer embarazada con prueba negativa en la primera mitad del embarazo se deberá efectuar una segunda prueba en la segunda mitad

---

<sup>16</sup> Panamá, Ministerio de Salud, Programa Nacional de VIH. Normas para la atención integral a las personas con VIH / MINSA, OPS/OMS/. Panamá : Editora Sibauste, 2006.

del embarazo, para confirmar su estado después del periodo de ventana inmunológica.

- Toda mujer embarazada VIH positiva (ELISA y/o prueba rápida) será referida a la clínica de alto riesgo o clínica de TARV para evaluación de su status virológico e inmunológico (CD4/CD8 y carga viral) e inicio de terapia.
- Toda mujer embarazada debe estar sujeta a la realización de pruebas para detección temprana de la infección por VIH.

### 3. Criterios de la vía del parto

La cesárea se efectuará si la paciente está iniciando la labor de parto o si presenta ruptura de membrana en menos de cuatro horas. Si está en labor de parto avanzada y la ruptura de membrana es de más de cuatro horas se procederá al parto vaginal.

Es importante recordar la práctica de normas de bioseguridad y evitar procedimientos invasivos al feto y la instrumentación en la atención del parto así como las normas de atención del recién nacido de madres con infección de VIH (ver apartado siguiente).

La decisión de la vía del parto se hará según la evaluación del trabajo de parto y la carga viral. Con el propósito de garantizar mayor respuesta a la madre y al producto de la embarazada con VIH se requiere que la prueba de CD4 y de carga viral sean realizadas inmediatamente después del diagnóstico de positividad al VIH y a más tardar un segundo ciclo de pruebas a las 34 semanas de gestación, con el fin de que el personal médico, de acuerdo a las condiciones de la embarazada, puedan decidir la vía óptima de parto según los criterios establecidos en estas normas, la cual no debe de exceder las 38 semanas para la interrupción del embarazo.

Toda prueba de VIH al igual que las de CD4 y Carga Viral debe ser realizada en forma gratuita a las embarazadas que acudan a consultas del sistema público de salud y en la Caja de Seguro Social con el propósito de garantizar el acceso y gratuidad, con el fin de disminuir el riesgo de transmisión madre – hijo en todas las regiones del país.

**A todas las embarazadas con VIH se les administrará terapia antirretroviral, según las Normas del Programa Nacional de VIH/Sida, desde el inicio de la labor de parto hasta la ligadura del cordón**

## B. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

1. En el recién nacido el hemograma con diferencial debe ser realizado de forma basal antes de la administración de AZT y repetir en seis semanas posterior a la administración.
2. Se debe repetir el hemograma a las 12 semanas de encontrarse resultados anormales a las seis semanas.
3. Uso del Trimetropin con Sulfa (TMP-SMX) a partir de la 6ª semana, sujeto en aquellos niños con status inmunológico indeterminado.
4. Niño nacido de madre con VIH que no ha recibido TARV durante el embarazo e intraparto:
  - Deberá darse tratamiento con AZT por seis semanas al recién nacido. La madre debe ser informada del régimen a iniciarse en el recién nacido.
  - AZT debe ser iniciada tan pronto como sea posible entre las 6 y 12 horas del nacimiento

**La lactancia materna amerita ser evaluada en caso de una madre con VIH.**

**Para el detalle del manejo terapéutico actualizado para la embarazada, recién nacido y niños y niñas, referirse a la “Norma para el manejo terapéutico de las personas con VIH en la República de Panamá”, Ministerio de Salud. 2007**

## C. INMUNIZACIÓN

1. Los niños con infección por VIH deben recibir todas las vacunas que tendría un niño normal de la misma edad de acuerdo al esquema nacional (ver Manual del Programa Ampliado de Inmunizaciones, Panamá 1998, esquema revisado y actualizado en 2002). Sin embargo, existen algunas recomendaciones especiales:
2. La vacuna BCG no está contraindicada en el recién nacido hijo de madre con VIH.
3. No aplicar la MMR (sarampión, parotiditis y rubeola) o la monovalente con antisarampión a los niños con inmunosupresión grave (CD4 menor de 15%).
4. La vacuna antipoliomielítica oral de virus vivos atenuados OPV (Sabin) se debe sustituir por una inyectable de virus inactivados VPI (Salk). Se aconseja que el niño infectado no esté en contacto con otros niños que hayan recibido la vacuna Sabin en las últimas dos semanas.
5. Valorar el riesgo-beneficio de no vacunar contra la poliomielitis y administrar la vacuna Sabin a los niños con el diagnóstico de exposición perinatal infectados por el VIH y no aplicarla en pacientes con inmunosupresión grave.
6. Es indispensable la vacunación contra *Haemophilus influenzae* y neumococo, por la gran frecuencia de estos gérmenes en niños con VIH. Dado que los niños con VIH tienen un mayor riesgo de morbilidad secundaria a varicela y herpes zoster, se recomienda considerar la administración de la vacuna contra la varicela en niños asintomáticos o con sintomatología leve, clase N1 o A1. Se aconseja aplicar dos dosis de vacuna con un intervalo de tres meses (valorar el riesgo beneficio).
7. Administrar vacuna contra Influenza (virus muertos) anualmente.

**Nota: Es importante no diferir innecesariamente la vacunación ya que el deterioro inmunológico progresivo que se produce a medida que van pasando los meses puede incrementar la pérdida de la eficacia vacunal.**

# Capítulo VI.

## ABORDAJE PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ATENCIÓN DEL CÁNCER INFANTIL<sup>17</sup>.

Alcanzar a la niñez vulnerable, ofreciéndoles la posibilidad de vivir sanamente, con un ambiente que proteja a nuestros niños y adolescentes, en un marco de equidad, es un objetivo vital para la OPS. Bajo esta filosofía nace la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

El abordaje AIEPI implica una visión integral del niño, como ser biopsicosocial, particularmente cuando entra en contacto con directamente con el sistema proveedor de salud en su comunidad.

La etiopatogenia de las enfermedades oncológicas de la niñez nos coloca en una difícil situación en cuanto a la prevención, pues en la mayoría de los casos, el cáncer de los niños viene como un proceso de origen génico-molecular. Sin embargo, la alta susceptibilidad del cáncer infantil al tratamiento con quimioterapia, cuando se logra detectarlo en una etapa temprana de su evolución, es precisamente el motor que nos debe mover a buscar estrategias para que nuestro nivel de atención primario sea capaz de sospecharlo y detectarlo tempranamente.

En este sentido procuramos ofrecer una serie de guías para los actores sociales principales, orientadas hacia la atención integral de los niños que padecen cáncer, situándonos en momentos de la evolución natural de esta enfermedad que van desde la prevención, a la sospecha clínica y abordaje oportuno; y se extienden luego al seguimiento durante el proceso normal de crecer con una enfermedad, curarse y convertirse luego en un sobreviviente, o bien ofrecer calidad de vida en todo momento incluso hasta la muerte para aquellos casos en los que no es posible una curación.

¿En qué momentos de la historia natural están nuestros pacientes oncológicos en contacto con la medicina primaria? La respuesta a esta pregunta nos coloca ante cinco momentos o situaciones hacia las que podríamos dirigir nuestro actuar:

---

<sup>17</sup> Este Capítulo ha sido incluido en la presente Guía gracias al aporte de la Dra. Sabina Chu, Médica Peditra Oncóloga del Hospital del Niño de Panamá.

1. Cuando acuden a sus puestos de salud, centros de salud, policlínicas durante su crecimiento y desarrollo podemos desarrollar en ellos comportamientos saludables
2. Cuando acuden por primera vez con un signo o síntoma que ha alertado a los cuidadores sobre algo que está sucediendo
3. Cuando luego del diagnóstico de cáncer y están ya recibiendo quimioterapia, regresan a casa entre uno y otro ciclo de tratamiento
4. Cuando han terminado el tratamiento y continúan su crecimiento y desarrollo dentro de los que se incluyen aquellos niños que han quedado con una secuela luego de tratamiento y viven con alguna necesidad especial
5. Aquellos pacientes en quienes las medidas curativas no han surtido efecto, o en quienes, no existiendo una posibilidad de curación desde el momento en que se hace el diagnóstico, requieren de un cuidado paliativo

Ahora, ocupándonos de cada uno de estos momentos, podemos diseñar estrategias de la atención. Dichas estrategias, siguiendo la filosofía de la AIEPI serán multidisciplinarias y enfocadas siempre en todo el actuar biológico, antropológico, sociodemográfico y clínico del paciente y su familia.

**Cuadro N°32 MARCO SITUACIONAL Y TEMAS PARA DESARROLLAR AL RESPECTO DE LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ATENCIÓN DEL CÁNCER INFANTIL**

<b>Situación</b>	<b>Características situacionales</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Temas para desarrollar</b>	<b>Actores Sociales</b>
<b>Crecimiento y desarrollo del niño sano en la prevención del cáncer</b>	<p>Existen comportamientos que todos los niños pueden interiorizar desde las etapas tempranas de su vida, para evitar los factores de riesgo de cáncer.</p> <p>Esta es la etapa preventiva, no del cáncer de la niñez, sino del cáncer en general, así como otras enfermedades.</p>	<p>1. Instaurar desde la temprana infancia comportamientos que ayuden al niño a evitar factores que facilitan la aparición del cáncer</p> <p>2. Promover un ambiente de salud integral</p> <p>3. Adecuación del tema del cáncer al actuar social de la niñez y la adolescencia</p>	<p>Promoción de comportamientos saludables que protejan al niño desde que nace de posibles factores relacionados con la aparición del cáncer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de alimentación saludable</li> <li>• Promoción de la actividad física</li> <li>• Promoción de la higiene mental</li> <li>• Protección de la luz solar</li> <li>• Prevención y Control de infecciones</li> <li>• Educación antitabaquismo</li> <li>• Cánceres hereditarios y comunicación familiar</li> </ul>	<p>Autoridades sanitarias</p> <p>Promotores de salud</p> <p>Familia</p> <p>Educadores</p> <p>Medios de comunicación</p> <p>Asociaciones</p>
<b>Consulta motivada por un signo o síntoma de alarma</b>	<p>El cáncer infantil puede tener cuadro clínico de aparición muy característico, o bien tener una sintomatología que mimetiza a otras enfermedades prevalentes de la niñez.</p> <p>Dentro de este marco es importante hacernos conscientes de la importancia de realizar diagnósticos diferenciales que nos permitan detectar oportunamente los casos de cáncer infantil.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporcionar material educativo en lenguaje sencillo que permita a las personas que están en contacto con los niños, estar atentos ante la aparición de un cáncer</li> <li>2. Hacer más efectiva la referencia de casos probables de cáncer</li> <li>3. Aumentar las probabilidades de curación mediante la detección más temprana</li> <li>4. Facilitar la comunicación entre las entidades comunitarias y el sistema de salud</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Divulgación de las señales de alarma de cáncer infantil entre las personas que atienden al niño en su comunidad, ya sea en el sector de salud <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Médicos</li> <li>○ Enfermeras</li> <li>○ Promotores de salud</li> <li>○ Médicos tradicionales</li> </ul> </li> </ul> <p>como en el de su actividad diaria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Familia</li> <li>○ Educadores</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integración del sistema de referencia y contra-referencia de casos con sospecha de cáncer</li> </ul>	<p>Autoridades Sanitarias</p> <p>Promotores de Salud</p> <p>Médicos</p> <p>Enfermeras</p> <p>Auxiliares</p> <p>Médicos tradicionales</p> <p>Parteras</p> <p>Padres, madres, abuelos, tíos</p> <p>Maestros y profesores</p> <p>Niños</p>

<b>Situación</b>	<b>Características situacionales</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Temas para desarrollar</b>	<b>Actores Sociales</b>
<b>Atención integral del niño en tratamiento oncológico</b>	<p>El paciente pediátrico que está recibiendo quimioterapia tiene todo el derecho de volver a su hogar en los períodos entre uno y otro tratamiento, siempre y cuando su condición clínica lo permita.</p> <p>Sin embargo es en este lapso de tiempo donde surge la vulnerabilidad propia de la mielosupresión.</p> <p>Por ello es imprescindible crear un ambiente higiénico, salubre y sobre todo educado en el tema de prevención de infecciones y reconocimiento de las urgencias.</p> <p>Es también imprescindible fortalecer la vida infantil en estos momentos en los cuales ese niño está luchando por salir adelante fortaleciendo sus nexos vitales.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Optimizar el manejo integral del niño que está ya en tratamiento por cáncer</li> <li>2. Integrar al personal de la atención primaria al manejo oncológico multidisciplinario</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Divulgación sobre los signos y síntomas de alarma ante una posible urgencia en el niño que está en tratamiento por cáncer</li> <li>• Manejo de la neutropenia febril desde la atención primaria</li> <li>• Alimentación durante el tratamiento oncológico</li> <li>• Higiene y bioseguridad del hogar durante el tratamiento oncológico</li> <li>• Vacunas en el niño inmunosuprimido</li> <li>• Higiene oral del paciente en quimioterapia</li> <li>• Educación y Escuela durante el tratamiento oncológico</li> <li>• Dinámica de la familia cuando un niño tiene cáncer</li> </ul>	<p>Autoridades de salud</p> <p>Médicos de atención primaria:</p> <p>Pediatras</p> <p>Médicos familiares</p> <p>Médicos generales</p> <p>Enfermeras</p> <p>Personal que cuida a niños en hogares e instituciones</p> <p>Psicólogos</p> <p>Psiquiatras</p> <p>Voluntariado (asistencial y de donantes de sangre)</p>
<b>Seguimiento del sobreviviente de cáncer infantil</b>	<p>En esta etapa, juega un papel vital la atención primaria de la salud, pues hay diversas vulnerabilidades dentro de las que se encuentra la vigilancia de las funciones físicas y mentales, la posible captación temprana de una recaída, o de una segunda neoplasia.</p> <p>La supervivencia es una etapa de retos para el paciente que alguna vez se vio enfrentado a la posibilidad de morir por su enfermedad. Esta situación requiere de un abordaje integrativo</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer normas de manejo integral para el niño, adolescente y joven que ha tenido cáncer</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta del paciente con el antecedente de haber tenido cáncer</li> </ul>	<p>Autoridades de Salud</p> <p>Médicos Internistas</p> <p>Médicos Familiares</p> <p>Pediatras</p> <p>Promotores de salud</p> <p>Educadores</p>

<b>Situación</b>	<b>Características situacionales</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Temas para desarrollar</b>	<b>Actores Sociales</b>
<b>Atención del paciente con secuelas de tratamiento</b>	<p>El tratamiento oncológico lleva implícita la posibilidad de vivir con las secuelas de tratamiento, muchas de las cuales son permanentes a pesar de rehabilitación.</p> <p>Esta es otra etapa de vulnerabilidad que puede ser superada mediante la integración de todo el sistema de cuidado</p>	<p>1. Optimizar las oportunidades de recibir una educación integral y tener una vida laboral activa en los supervivientes del cáncer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discapacidad, escolaridad y vida laboral</li> </ul>	<p>Autoridades de Salud Regentes de Programas de Discapacidad Medios de comunicación Médicos de atención primaria Médicos de Medicina física y rehabilitación Ginecólogos Medicina laboral</p>
<b>Cuidados Paliativos en el hogar y la comunidad</b>	<p>Un cáncer que progresa inexorablemente no implica que se vayan a dar por terminados los cuidados médicos.</p> <p>Cambia sí, el objetivo de la atención.</p> <p>En una etapa terminal, el cáncer y otras enfermedades requiere de un manejo integrativo para lograr el principal norte: calidad de vida.</p>	<p>1. Ofrecer atención a lo largo de todo el proceso tanto al niño con cáncer como a su familia y ambiente social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo del dolor y otros síntomas</li> <li>• Aspectos emocionales y religiosos del paciente en etapa terminal</li> </ul>	<p>Autoridades de Salud Médicos de medicina general Pediatras Enfermeras Auxiliares Médicos de la atención primaria Guías comunales Guías espirituales Familia Sociedad</p>

## Guía de mensajes clave para la comunicación en el tema de Oncología pediátrica Promoviendo comportamientos saludables para toda la vida

### • Promoción de alimentación saludable

#### Mensajes Clave

- Es importante comer alimentos ricos en antioxidantes. Entre estos se encuentran los vegetales, las frutas, las hierbas.
- Las fibras pueden ayudar a eliminar productos tóxicos, por ello es importante consumir alimentos que las contengan, en particular cereales integrales, frutas, verduras, granos.
- De ambos puntos anteriores se refuerza que frutas y vegetales deben ser parte esencial de nuestra dieta.
- El consumo de dietas con mucha grasa puede aumentar el riesgo de padecer cáncer y otras enfermedades.
- La buena alimentación empieza en la niñez, por eso es importante inculcar estos hábitos desde que somos niños pequeños

#### Mensajes Adicionales

- Una dieta balanceada y de muchos colores es promotora de la salud.
- Comer frutas de temporada y vegetales es parte de la prevención de muchas enfermedades entre ellas el cáncer
- Comer saludablemente no necesariamente es encarecer nuestro presupuesto, podemos utilizar los productos de temporada
- Es importante preferir los condimentos naturales que los productos procesados.

### • Promoción de la actividad física

#### Mensajes Clave

- La actividad física regula nuestro contenido de grasa en el cuerpo, y disminuye no sólo el riesgo de padecer cáncer sino otras enfermedades como la presión arterial alta y los problemas del corazón

#### Mensajes Adicionales

- No es necesario gastar grandes sumas de dinero en hacer deporte, basta con proponernos caminar, o trotar al menos 20 minutos tres veces por semana

### • Promoción de la higiene mental

#### Mensajes Clave

El estrés es un factor que desencadena varias enfermedades, entre estas el cáncer. Por ello hay que aprender a evitar el estrés innecesario y tener actividades que relajen nuestra mente.

#### Mensajes Adicionales

- **Protección de la luz solar**

---

**Mensajes Clave**

- Los rayos ultravioleta están asociados al cáncer de piel, por ello debemos evitar exposición innecesaria.
- Si nuestra profesión requiere que pasemos horas en el exterior, tenemos que usar ropas que nos protejan: ropa fresca, de manga larga, gorra o sombrero.
- Si vamos a hacer deporte, procuremos emplear el bloqueador solar y evitar las horas de sol más intenso.
- En las escuelas, las clases de educación física, si son entre las 11 am y las 3 pm, procurar que haya sombra para que los estudiantes no estén expuestos prolongadamente a rayos ultravioleta solares.
- Si la actividad es en lugar soleado, inculcar el uso de gorra o sombrero como parte del uniforme.

**Mensajes Adicionales**

- El sol es nuestro amigo, pero en exceso es un riesgo.
- La moda de estar “bronceado” no necesariamente es una actitud sana.

---

- **Prevención y Control de infecciones**

**Mensajes Clave**

- Algunas infecciones están asociadas a la aparición del cáncer, por ejemplo: hepatitis B, virus del papiloma humano.
- Es importante mantener el esquema de vacunación al día.

**Mensajes Adicionales**

El cáncer no es una infección, pero sí hay infecciones que están asociadas a la aparición de cáncer

---

- **Educación antitabaquismo**

**Mensajes Clave**

- El tabaquismo está asociado a diversos cánceres, pero primordialmente al cáncer de pulmón
- Una de las mejores maneras de prevenir el cáncer de pulmón es no empezar a fumar
- Para quienes ya empezaron, siempre es un buen momento para detener este hábito que disminuye nuestras probabilidades de vida
- Otros cánceres asociados al tabaquismo son: el cáncer orofaríngeo, cáncer de laringe, cáncer cérvico uterino.

**Mensajes Adicionales**

Lamentablemente no hay estudios que sirvan para pescar temprano el cáncer de pulmón.  
Nos toca evitarlo, y una forma efectiva de evitarlo es no fumar

## • Cánceres hereditarios y comunicación familiar

Mensajes Clave	Mensajes Adicionales
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hay cánceres que muestran una tendencia familiar como lo son: cáncer de mama, cáncer de colon, cáncer de próstata. En los niños el retinoblastoma.</li><li>• Si en su familia hay familiares cercanos con alguno de los anteriores es todavía aún más importante realizarse los exámenes de tamizaje oportunamente:</li><li>• Estos exámenes son: para el de mama, la mamografía desde los 40 años, antes si hay antecedente de la madre o hermana; para el de colon la colonoscopia a partir de los 50 años, antes si hay además el antecedente de poliposis familiar; para el de próstata el antígeno prostático específico a partir de los 50 años.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entre los temas que habla la familia, es importante dar un lugar a las enfermedades que existen entre sus miembros.</li><li>• No se debe tener temor a ventilar este tema y que sobre todo los miembros jóvenes de la familia sean conscientes de que el cáncer se puede prevenir y detectar a tiempo.</li></ul>

## Aparición de un signo o síntoma que pudiera ser una señal de alarma por cáncer

### • Divulgación de las señales de alarma de cáncer infantil entre las personas que atienden al niño en su comunidad

Mensajes Clave	Mensajes Adicionales
<p>Las siguientes señales deben alertarnos ante la posibilidad de un cáncer infantil</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aparición de sangrados, petequias, adenomegalias, dolores en los huesos, astenia y fiebre por más de una semana.</li><li>• La aparición de una masa o tumoración que crece rápidamente de tamaño.</li><li>• Vómitos de predominio matutino, en proyectil y acompañados de cefalea.</li><li>• Una mancha blanca en un ojo</li><li>• Un cuadro obstructivo súbito</li><li>• Un abdomen que crece rápidamente</li></ul>	<p>La aparición o persistencia de una señal de alarma debe motivar un examen completo y una buena historia clínica.</p> <p>El ejercicio del diagnóstico diferencial siempre deberá hacerse bajo la perspectiva de que puede tratarse de una entidad benigna, pero ante la duda de si es cáncer, la referencia para consulta siempre es bienvenida.</p>

• **Integración del sistema de referencia y contra-referencia de casos con sospecha de cáncer**

**Mensajes Clave**

- Cuando un niño es referido a Oncología no siempre resulta tener un tumor o cáncer, pero la referencia se hace para estudiarlo por la posibilidad de éstos.
- Al referirlo a un servicio de Oncología, o Hematología, se procederá a realizar una serie de exámenes especializados para tomar decisiones de qué pasos vamos a seguir, y en el caso de que resulte un tumor se iniciará el tratamiento lo antes posible.
- Desde el hospital será enviado a su vez un resumen de qué se encontró en el niño(a) para que acá nosotros podamos hacerle también un buen seguimiento

**Mensajes Adicionales**

Escuchar hablar sobre la posibilidad de un cáncer en su niño es siempre preocupante. Afortunadamente, si este fuera el caso, el tratamiento de la gran mayoría de los tumores ya está bien establecido y se podrá iniciar tan pronto como se aclare el diagnóstico.

**Atención integral del niño en tratamiento oncológico**

- **Divulgación sobre los signos y síntomas de alarma ante una posible urgencia en el niño que está en tratamiento por cáncer**

**Mensajes Clave**

- Su niño ya está recibiendo quimioterapia, debe estar atento a las siguientes situaciones:
  - Si aparece fiebre de más de 38°
  - Si aparecen en su piel moretones, puntitos morados o sangrado por las encías
  - Si está muy pálido
  - Si vomita más de cinco veces y no puede tolerar que se le den líquidos o alimentos
  - Si tiene un dolor que no responde a los medicamentos que le ordenaron en el hospital
- En casa el ambiente del niño: su habitación, sus utensilios personales, el baño, y el ambiente en general tienen que estar estrictamente higiénicos para evitar al máximo una infección

**Mensajes Adicionales**

- El estar en quimioterapia coloca al paciente en un estado donde sus defensas contra las infecciones están bajas.
- Tenemos que minimizar en el hogar la posibilidad de poner a este niño en contacto con fuentes de infección
- Es importante que todos aprendamos a tomar la temperatura

- **Manejo de la neutropenia febril desde la atención primaria**

---

**Mensajes Clave**

- Si a su niño le da fiebre de más de 38° hay que llevarlo al cuarto de urgencia de su hospital.
- En este caso le van a tomar exámenes de sangre y probablemente cultivos para saber cómo están sus defensas.
- Si el valor de defensas baja por debajo de cierto límite, al niño se le hospitalizará para recibir antibióticos por la posibilidad de una infección
- Por más que se tenga cuidado en casa, es muy posible que durante el tratamiento ocurra muchas veces una infección por el mismo estado del niño

**Mensajes Adicionales**

---

- **Alimentación durante el tratamiento oncológico**

---

**Mensajes Clave**

- La alimentación del niño con cáncer se ve modificada debido a que es parte de la enfermedad el perder el apetito
- Cuesta que este niño coma igual que lo hacía antes, pero no por eso hay que insistirle en su alimentación
- Se recomienda hacer comidas pequeñas, varias veces al día (seis tiempos de comida)
- Incluir en la dieta todos los tipos de alimento, en realidad no hay restricciones de alguna comida en particular, pero hay que evitar los condimentos excesivos y los colorantes
- Es normal estar muy sensible al olor y al sabor de los alimentos durante la quimioterapia
- La boca suele estar muy seca, o muy lastimada, por lo que hay que aumentar la cantidad de líquidos, y muchas veces recurrir a los alimentos suaves.
- Hay momentos de la quimioterapia en donde el niño está totalmente inapetente. Pruebe en estas ocasiones con líquido
- Hay momentos por lo contrario donde su apetito será voraz, sobre todo si recibe esteroides

**Mensajes Adicionales**

- Toda la preparación de alimentos, más los que va a consumir un niño que está en quimioterapia, tiene que ser altamente higiénica.
- Evite las moscas en el hogar.
- Prefiera los alimentos guisados, asados, es decir: cocidos.
- Debe mantenerse orden y disciplina en el niño a la hora de comer y establecer un horario de comidas.

• **Higiene y bioseguridad del hogar durante el tratamiento oncológico**

---

**Mensajes Clave**

**Mensajes Adicionales**

- Los medicamentos colocados al niño intravenosamente, llegan a todos los líquidos del cuerpo y se reparten en todo el organismo para realizar su función de matar a las células malignas
  - Es importante saber que también parte de la quimioterapia llega a la orina y a las heces.
  - Usted que está en contacto diario y cercano con las secreciones y excretas del niño debe lavarse muy bien las manos cuando lo asea, cuando ha terminado de asearlo o de botar las excretas.
  - Sobre todo debe lavarse muy bien las manos antes de alimentarlo.
  - En casa, quienes cuidan a un niño en tratamiento de quimioterapia deben cambiarse de ropa con frecuencia, asegurándose de que se esté muy limpio en el contacto con el niño, sobre todo porque hay que tener en cuenta que éste va a estar con las defensas bajas y que nuestra ropa puede transportar bacterias que le pudieran causar una infección.
  - Hay que evitar a las personas resfriadas cerca del niño. Si su mamá o papá se resfrían, es mejor que usen una mascarilla para atenderlo.
- 

• **Vacunas en el niño inmunosuprimido**

---

**Mensajes Clave**

**Mensajes Adicionales**

- Los niños que están en quimioterapia reciben vacunas, sin embargo hay algunas especificaciones que hay que seguir.
  - Polio, y la triple vacuna de sarampión, papera, rubeola, están hechas con virus vivos, por lo cual es mejor esperar que el niño haya terminado su quimioterapia y se haya recuperado su sistema inmune antes de colocarla
-

• **Higiene oral del paciente en quimioterapia**

**Mensajes Clave**

- La boca es un órgano que con frecuencia puede ser fuente de contaminación, ya que en la boca se aloja todo tipo de gérmenes los cuales, al bajar las defensas del niño empiezan a proliferar excesivamente
- En la boca suelen originarse infecciones por bacterias y hongos.
- Es importante el cepillado de los dientes con un cepillo muy suave, ya que el niño que está en quimioterapia tiene las mucosas, las encías y la lengua muy sensibles.
- Es importante que el odontólogo realice una limpieza antes de que se dé inicio a la quimioterapia o a la radioterapia
- Durante estos tratamientos, si es necesario, el odontólogo reintervendrá con procedimiento de higiene, pero para una extracción de una pieza, se prefiere mejor esperar a que el sistema de defensas del niño se halla recuperado.
- Durante la quimioterapia se recomienda que el niño haga enjuagues orales además de cepillarse los dientes, cuatro veces al día.
- Terminada la quimioterapia es importante seguir acudiendo al odontólogo a sus higienes cada seis meses

**Mensajes Adicionales**

• **Educación y Escuela durante el tratamiento oncológico**

**Mensajes Clave**

- A los maestros se les debe informar cuál es la enfermedad que padece su alumno.
- Continuar con la vida escolar es parte esencial en la vida de todo niño, y es importante incluir esta necesidad de los niños para que la lleven a cabo durante el tiempo que van a estar en quimioterapia.
- Los niños, incluso hospitalizados, pueden hacer tareas guiados por sus padres.
- A los educadores se les solicita que suministren módulos de estudio que se puedan hacer en casa; tomando en cuenta que el ritmo de estudio va a depender de cómo se sienta el niño.
- Hay períodos durante la quimioterapia, en los cuales un niño es totalmente capaz de ir a la escuela, y en el salón hay que hacer las adaptaciones: higiene, buena luz, tranquilidad, y que los compañeros sepan que el aspecto físico de su amigo(a) ha cambiado (por ejemplo, que se le ha caído el cabello, para que lo apoyen y no hagan comentarios que en un momento dado puedan ser molestos)

**Mensajes Adicionales**

- La escuela es parte de la vida de los niños.
- El sentido de la continuidad de la misma infunde una esperanza vital en los pacientes pediátricos que tienen cáncer.

- **Dinámica de la familia cuando un niño tiene cáncer**

---

<b>Mensajes Clave</b>	<b>Mensajes Adicionales</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• La familia del niño que ha padecido cáncer sufre estrés emocional, económico y funcional, ya que el rol de cada miembro del núcleo familiar se ve afectado cuando hay un niño con enfermedad potencialmente grave o mortal.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dentro de la evaluación es importante identificar fortalezas y debilidades de la estructura familiar que puedan ser trabajadas a favor del éxito en el manejo del niño con cáncer.</li></ul>

---

## **Atención integral del sobreviviente de un cáncer infantil**

- **Consulta en el paciente con al antecedente de haber tenido cáncer**

---

<b>Mensajes Clave</b>	<b>Mensajes Adicionales</b>
<p>Hay riesgos que deben ser vigilados en el sobreviviente de cáncer infantil:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El riesgo de recaída</li><li>• Aparición de una segunda neoplasia</li><li>• Aparición de un cáncer asociado al hecho de haber recibido tratamiento antineoplásico o radioterapia</li><li>• La aparición de secuelas de tratamiento a mediano y largo plazo<ul style="list-style-type: none"><li>○ A mediano plazo: alteración de la función orgánica, (hepática, renal, pulmonar, neuro-endocrina, cardíaca, músculo-esquelética, reproductiva)</li><li>○ A largo plazo: alteración del crecimiento, cambios en el aspecto físico, problemas de lecto-escritura, riesgo de fracturas y deformidades por desgaste óseo.</li></ul></li><li>• Otro es el riesgo por haber recibido transfusiones: Hepatitis, HIV, CMV.</li><li>• El paciente que tuvo cáncer cuando era niño debe seguir siendo visto por su médico tratante, y al cabo de un tiempo de seguimiento, las citas se irán espaciando.</li><li>• Su médico tratante estará en contacto con otros médicos para la atención de cualquier problema que se pudiera presentar a lo largo de la vida.</li></ul>	<p>Es imprescindible inculcar una vida con hábitos saludables, buena higiene corporal y mental y evitación de conductas de riesgo que se sumen al riesgo inherente de haber tenido un cáncer en la infancia.</p>

---

• **Discapacidad, escolaridad y vida laboral**

---

Mensajes Clave	Mensajes Adicionales
<ul style="list-style-type: none"><li>• Algunos pacientes que han sido tratados por cáncer pueden quedar con discapacidades como:</li><li>• Sordera si ha recibido cisplatino</li><li>• Problemas de aprendizaje si recibió radioterapia siendo niño</li><li>• Problemas motores cuando se han padecido ciertos tumores cerebrales</li><li>• Problemas visuales luego de curarse de un retinoblastoma</li><li>• Falta de una extremidad si se ha tenido un osteosarcoma o sarcoma de Ewing</li><li>• Hoy en día son cada vez más quienes sobreviven a estos cánceres.</li><li>• El reto es lograr que tengan iguales oportunidades de trabajo y superación</li><li>• Toda persona con discapacidad en nuestra sociedad tiene los mismos deberes y derechos que cualquier otro ciudadano. Nos toca velar porque esto sea así desde la escuela</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La supervivencia luego de un cáncer no está ajena a tener que vivir una vida de retos, en cada uno de nosotros hay la posibilidad de ayudarnos a evolucionar como sociedad.</li></ul>

---

**Cuidados paliativos en el cáncer terminal**

• **Manejo del dolor y otros síntomas**

---

Mensajes Clave	Mensajes Adicionales
<ul style="list-style-type: none"><li>• Es posible proveer cuidado y cariño a los pacientes en quienes no hay una posibilidad de curación, en el ambiente del hogar</li><li>• Esta provisión de cuidados en algunas ocasiones requiere de medicamentos y las personas que cuidan al enfermo pueden mantener un contacto directo con el hospital durante el tiempo que dura el cuidado en la casa</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El morir no es ajeno al proceso de vivir, por ello todos debemos conocer sobre los cuidados al paciente que ya no tiene posibilidades de cura.</li><li>• La atención de la calidad de vida es tan importante como el cuidado médico</li></ul>

---

- **Aspectos emocionales y religiosos del paciente en etapa terminal**

---

**Mensajes Clave****Mensajes Adicionales**

- Durante todo el proceso de la enfermedad juega un papel muy importante la atención a los aspectos espirituales de la persona, por eso el consejero espiritual debe ser un miembro activo del personal que cuida al enfermo terminal.
-

## SEÑALES DE ALARMA DEL CANCER INFANTIL

Las señales son una bendición, porque nos pueden alertar de algo que está sucediendo y que todavía no es evidentemente notorio. Por otra parte, pueden ser motivo de preocupación, y por ello, al encontrarlas debemos tomar una sana actitud de vigilancia. No todas las señales que aquí vamos a mencionar, inmediatamente equivalen a la presencia de un cáncer en un niño, sino más bien que, si las encontramos, debemos tomar las medidas necesarias para que sus padres lo lleven a un hospital cercano para una evaluación más especializada

**Estas son algunas señales de alarma que debemos tomar en cuenta**

### **1. Fiebre, acompañada de aparición de moretones, petequias, palidez, decaimiento, dolor en los huesos**

Estos síntomas, pueden darse en enfermedades como el dengue. Fiebre con decaimiento y dolor en los huesos puede ocurrir en una gripe y se aliviarán en el transcurso de 1 semana con reposo y medicamentos *analgésicos*. El dolor en los huesos cuando ocurre aisladamente puede deberse a muchas situaciones, como lo son los llamados “dolores de crecimiento”, pueden estar asociados a ejercicio físico, pueden ser un síntoma de *anemia falciforme*.

Sin embargo cuando todos los síntomas (fiebre, moretones, petequias, palidez, decaimiento, dolor en los huesos) aparecen juntos, o seguidamente uno de otros en poco tiempo, es muy importante pensar en una *leucemia*, es decir, un cáncer de la sangre. Ante esta situación, es importante que este niño (a) sea llevado con urgencia a un hospital especializado para hacerle los exámenes pertinentes.

### **2. Ganglios que aumentan de tamaño**

Esta es una situación bastante común durante nuestra vida, sobre todo en la infancia, y la mayoría de las veces su causa es una infección.

Un ganglio producido por infección disminuye de tamaño en 1 a 3 semanas con tratamiento antibiótico adecuado, mientras que un ganglio con sospecha de ser maligno seguirá aumentando de tamaño, a veces muy rápidamente.

Cuando además del aumento de los ganglios ocurre: fiebre prolongada, decaimiento, pérdida de peso notoria, palidez, sangramiento, aparición de *petequias*, dolor en los huesos, picazón inexplicable, es muy importante que este niño (a) sea estudiado incluyendo la realización de una biopsia. Por consiguiente, estos pacientes, con ganglios que crecen muy rápido (en el transcurso de pocas semanas) y otros síntomas como los mencionados, deben ser referidos sin tardanza a un hospital especializado.

Tipos de cáncer que se asocian a aumento en los ganglios: *linfomas, neuroblastomas, rhabdomyosarcomas, cáncer de tiroides*

### 3. Dolor de cabeza con vómitos

Los dolores de cabeza la mayoría de las veces tienen una causa benigna: *migraña*, problemas visuales, *sinusitis*, incluso la tensión emocional pueden todos ellos asociarse a dolores de cabeza o *cefalea*.

Sin embargo cuando este dolor de cabeza se mantiene en el tiempo, y sobre todo cuando despierta al niño, o cuando ocurre en la mañana y además se acompaña de vómitos intensos (en proyectil), puede ser señal de que este niño (a) tiene una *hipertensión endocraneal*, la cual puede ser a su vez producida por un tumor cerebral.

Además del vómito intenso, hay otros síntomas que también se asocian con los tumores, pero no siempre que el niño (a) los tiene, significa que hay tumor; sí que tenemos que estar atentos: caídas frecuentes e incapacidad de levantarse y caminar normalmente, debilidad en las extremidades, alteraciones de la visión, desviación de la mirada, parálisis de un lado de la cara.

Cuando estos síntomas aparecen, hay que llevar el niño (a) a un Cuarto de Urgencias de un hospital especializado.

### 4. Una masa que crece en el abdomen

Hay varios tipos de cáncer que pueden presentarse como una masa en el abdomen: *linfoma*, *tumor de Wilms*, *neuroblastoma*, *tumor germinal*, *rabdomiosarcomas* (en estos dos últimos la masa puede estar en la *pelvis*, o en los genitales). Siempre que una masa aparece en estas localizaciones, el paciente necesita urgentemente ser examinado de manera completa en un hospital especializado ya que los exámenes que se requieren para hacer el diagnóstico necesitan ser vistos por una serie de especialistas que tomarán las decisiones de manejo y tratamiento.

### 5. Dolor persistente acompañado de una tumoración dura, en una extremidad

Una bola o protrusión en una extremidad puede ser producida por causas benignas o también por tumores de hueso, como lo son el *osteosarcoma* y el *sarcoma de Ewing*.

Es interesante como muchos niños con un tumor en la extremidad, al preguntarles cuándo lo notaron, dicen que fue después de un golpe. Sin embargo, el dolor producido por un golpe se alivia; mientras que el dolor producido por un tumor se hace persistente, y el tumor llega obviamente a aumentar de tamaño. Por esta razón, cuando se trata de un niño con un dolor bien localizado en un miembro, persistente, que no sea alivia, es de vital importancia tomar radiografías.

### 6. Pupila blanca

Cuando aparece, tiene el aspecto de los ojos del gato cuando es iluminado en plena oscuridad. Esto se conoce como *leucocoria*. Podría tratarse de una *catarata*, pero es muy importante tomarlo en cuenta porque hay un cáncer del ojo llamado retinoblastoma, que se manifiesta con este reflejo blanco. A veces una persona toma una foto al niño, o al bebé (ya que suele ocurrir en edades muy tempranas), y la luz del flash, en vez de producir un ojo rojo (que es lo normal, en cámaras que no tienen adaptación), produce un *reflejo blanco*.

Si usted descubre este signo en un niño, este debe ser llevado urgentemente a donde un especialista de la vista (oftalmólogo).

## **7. Ojo metido**

Un niño que “mete un ojo”, situación conocida como *estrabismo*, particularmente si aparece de pronto; o si es un bebé en el cual el síntoma persiste y se hace cada vez más notorio, es importante que sea visto en un Cuarto de Urgencia de un hospital especializado. El estrabismo puede estar causado por diversas situaciones, incluso por traumas, o puede nacerse con el mismo; pero si antes no se tenía y aparece, es importante pensar en tumores que lo puedan estar causando.

## **8. Ojo saltón**

Un ojo protruyente a veces lo produce un golpe, o una infección; pero también hay varios tumores que causan que un ojo se haga “saltón” rápidamente (en cuestión de semanas): neuroblastoma, linfoma, retinoblastoma, rhabdomyosarcoma, *glioma*.

## **9. Una parte del rostro aumenta de tamaño, con dolor y caída de dientes**

Esto puede ocurrir en situaciones benignas, como lo sería una infección o *absceso* dental. Pero siempre que sucede, este niño(a) tiene que ir al médico para examinarlo de manera completa. Tumores como el rhabdomyosarcoma, *histiocitosis*, linfoma y *sarcomas* pueden causar esta situación.

## **10. Infección de oído que no se mejora a pesar de estar siendo tratada**

La mayoría de las infecciones del oído sanan pronto, con la ayuda de antibióticos debidamente recetados por un médico. Pero si una infección, a pesar de estar siendo tratada, persiste, se empeora o empieza a salir sangre, este paciente tiene que ir sin demora a donde su médico tratante para que a su vez lo mande a un hospital especializado donde se descartarán otras causas como un trauma, un objeto que el niño se haya introducido en el oído; o si no, aunque es poco frecuente, podría ser un tumor.

## **11. Masa testicular dura y que ha crecido en poco tiempo**

## **12. Sangrado vaginal fuera de la edad o diferente a la menstruación**

*El cáncer en los niños presenta signos y síntomas que a veces son vagos, y que también aparecen en otras entidades que no son malignas. Pero cuando se sospecha, es importante que se lleve a nuestros niños al médico con rapidez, ya que la realización de exámenes es absolutamente necesaria para hacer un diagnóstico e iniciarles el tratamiento.*

*Hoy en día muchos niños con cáncer están curados. Para lograr esto se requiere atenderlos lo antes posible, contar con las medicinas y los recursos para tratarlos, y sobre todo, contar con el apoyo que toda la comunidad brinde a est*

# Glosario de términos

- Baja talla: Pequeño de estatura para la edad, o sea con longitud – Talla para la edad por debajo de – 2 DE. Retardo de crecimiento lineal severo es cuando está por debajo de la línea de – 3 DE.
- Bajo peso severo: Cuando al graficar el peso para la edad del niño o la niña, está por debajo de – 3 DE.
- Bajo peso: Cuando al graficar el peso para la edad del niño o niña, está por debajo de – 2 DE.
- Crecimiento: Proceso de incremento de la masa de un ser vivo. Se produce por el aumento en número (hiperplasia) y volumen (hipertrofia) de las células.
- DE: Desviaciones estándares. Es la expresión de la diferencia de resultados individual y el promedio de la población de referencia.
- Desarrollo: Proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas, a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones.
- Desnutrición: Reciben esta categoría los niños y niñas que caen en cualquiera de las siguientes condiciones: el Peso para la Edad se encuentra por debajo de la línea de – 2 ó – 3 DE (bajo peso o bajo peso severo respectivamente), el Peso para la Longitud / Talla o de IMC para la edad se encuentra por debajo de la línea de – 2 ó – 3 DE (emaciado o severamente emaciado) o que la Longitud – Talla para la edad se encuentra por debajo de la línea de - 2 ó -3 DE (retardo de crecimiento moderado o severo).
- Emaciado: Si el Peso para la Longitud / Talla ó IMC para la edad está por debajo de – 2 DE. Severamente emaciado si está por debajo de – 3 DE.
- Estancamiento: Que se mantiene igual. Crecimiento lineal detenido. Una línea plana de crecimiento lineal indica un estancamiento en el crecimiento.
- Indicador: Es una categoría específica del valor de un índice. Ejemplo: La promoción de niños que se encuentran por debajo De una “x” puntuación de Desviación estándar. El indicador es un concepto social, se puede discutir su valor. Longitud / talla para edad: Es un índice de crecimiento que relaciona la longitud –o talla de un niño para su edad.
- Índice de masa corporal (IMC): Es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo. Ideado por el estadístico belga L. Quetelet, también se conoce como índice de Quetelet. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos de la persona entre el cuadrado de la talla en metros y se expresa en Kg / m<sup>2</sup>.
- Índice: Relación numérica comparativa entre una cantidad tipo y otra Variable. Son combinaciones de medidas; por ejemplo: Peso /Peso / edad, Peso/ Longitud – talla y Longitud – Talla / edad.

- Kwashiorkor marasmático: Kwashiorkor y marasmo son condiciones distintas, pero en comunidades donde la desnutrición es severa, se presenta a menudo casos con ambas características, usualmente se presenta como un niño emaciado, pero con edema distal (manos, piernas y pie).
- Kwashiorkor: La tríada diagnóstica es Hepatomegalia, edema generalizado e hipoalbuminemia. En este tipo de desnutrición, la emaciación no es notoria porque predomina la pérdida de proteínas y como consecuencia presenta edema generalizado. El niño se muestra retraído, irritable, notoriamente enfermo y rechaza comer. La cara y ojos se ven edematizados, y el cabello es fino, seco, escaso, y a veces decolorado. La piel tiene alteraciones cutáneas severas, con descamación, resequedad, en ocasiones se agrieta y descama. Usualmente tendrá Peso bajo para la edad; sin embargo el edema enmascara su verdadero peso
- Marasmo: En este tipo de desnutrición severa, el niño está severamente emaciado a causa de la pérdida de masa muscular y grasa. La piel es arrugada, las costillas pueden contarse fácilmente, en las extremidades se presentan numerosos pliegues de piel
- Mediana: El valor medio en una serie de valores ordenados.
- Obesidad: Condición de ser Obeso.
- Obeso: Sobre peso severo, definido por un peso para la longitud – Talla o IMC para la edad por encima de la línea +3 DE.
- Puntuación Z: Es un puntaje que indica que tan lejos de la mediana se ubica una medición. También conocido como puntuación de la desviación estándar. Las líneas de referencia de las curvas de crecimiento (etiquetadas como 1, 2, 3, - 1, - 2, - 3) son llamadas líneas de puntuación Z, indican cuántos puntos por arriba o debajo de la mediana (puntuación Z = 0) se ubica una medición. Es una comparación del valor antropométrico de un individuo con la distribución promedio del total de individuos.
- Sobrepeso: Peso excesivo para la longitud – talla de un individuo; peso para la longitud – talla o IMC para la edad por encima de +2 DE y por debajo de +3 DE.
- Crecimiento lineal: crecimiento en tamaño expresado en longitud o talla. La longitud que se mide en posición acostada boca arriba en los niños menores de 2 años, o talla que se mide de pie en los mayores de 2 años.

## INDICE DE CUADROS

Número de Cuadro	Página
1. Atención ambulatoria de pacientes del nacimiento a los 9 años de edad	14
2. Determinar enfermedad grave en el menor de 2 meses de edad.	22
3. Determinar la presencia de enfermedad grave	29
4. El niño o niña que tiene tos o dificultad respiratoria	33
5. El niño o niña que tiene SIBILANCIAS	36
6. Clasificación y tratamiento del asma.	41
7. El niño o niña que tiene diarrea	46
8. Plan A para el tratamiento de la diarrea: Tratamiento de la diarrea en el hogar	47
9. Plan B PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIARREA: Tratar la deshidratación	48
10. Plan C PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIARREA: Tratar la deshidratación grave rápidamente	49
11. El niño o niña con fiebre	52
11-A Definir el riesgo de malaria	52
11-B Definir el riesgo de Dengue	53
11-C Definir el riesgo de Sarampión	53
12. El niño o niña con enfermedad de oído	56
13. El niño o niña con dolor de garganta	58
14. Verificar la presencia de anemia	60
15. Clasificación de la Presión Arterial	93
16. Clasificación del estado nutricional	97
17. Evaluación del estado nutricional desde el nacimiento a los 2 meses de edad	98
18. Evaluación por deficiencias del crecimiento para niños de 2 meses a 4 años de edad	99

Número de cuadro	Página
19. Evaluación por deficiencias del crecimiento para niños de 5 a 9 años de edad	100
20. Evaluación por exceso de peso.	101
21. Verificar el desarrollo del niño menor de 2 meses de edad	112
22. Verificar el desarrollo de un niño de 2 meses a 2 años de edad.	121
23. Evaluación del desarrollo en niños y niñas de 2 a 5 años de edad.	122
24. Evaluación del desarrollo en niños y niñas de 5 a 9 años de edad	124
25. Procedimientos para la prevención y detección del maltrato en la niñez.	151
26. Evaluación social de la madre y la familia	152
27. Verificar la presencia de anemia ( según niveles de hemoglobina*)	162
28. Evaluación del paciente con riesgo de hipercolesterolemia	168
29. Evaluar necesidad de reanimación al nacer	198
30. Evaluar el riesgo al nacer	214
31. Evaluación por Síndrome de Rubéola Congénita	218

## INDICE DE TABLAS

Número de tabla	Página
1. Pasos en la atención del menor de 2 meses.	16
2. Signos clínicos predictores de enfermedad severa* en menores de 2 meses de edad.	18
3. Pasos en la atención de niños (as) de los 2 meses a los 5 años de edad.	28
4. Diagnóstico de asma en niños (as) menores de 5 años de edad.	32
5. Antibióticos para el tratamiento ambulatorio de la neumonía	34
6. Clasificación de la gravedad de la crisis	35
7. Medicamentos para el tratamiento del paciente con sibilancias.	38
8. Cronograma de actividades en los controles de salud de los niños y niñas de 0 a 9 años de edad	62
9. Actividades del control de salud por grupos de actividades y profesional responsable.	63
10. Esquema Nacional de inmunización para niños (as) menores de 1 año de edad.	69
11. Esquema Nacional de Inmunización para niños (as) de 12 meses hasta 5 años de edad.	70
12. Esquema Nacional de inmunización para escolares de 6 hasta 12 años de edad.	71
13. Esquema Nacional de Inmunización para Mujeres en Edad Fértil (MEF), Gestantes y Población en General.	72
14. Esquema Nacional de inmunizaciones para niños de 4 meses a 5 años de edad (niños atrasados).	73
15. A Niveles de presión arterial para niños según edad y percentil longitud-talla	91
15. B Niveles de presión arterial para niñas según edad y percentil longitud-talla	92

Número de tabla	Página
15. C Evaluación clínica del niño con hipertensión confirmada.	94
16. Factores de riesgo de hipoacusia en el recién nacido.	125
17. Las peores formas de trabajo infantil por erradicar	136
18. A. Concentración de Hemoglobina fetal según edad.	165
18. B. Tamizaje Neonatal por Hemoglobinopatías; resultado de pruebas.	165
19. A. Recomendaciones sobre hábitos de vida saludables para la prevención de hipercolesterolemia	169
19. B. Estilo de vida terapéutico para pacientes con hipercolesterolemia	169
20. Normas de suplementación preventiva con sales de hierro 2008.	170
21. Tratamiento de la anemia	171
22. Administración de mega dosis de Vitamina A	172
23. Medicamentos para la desparasitación.	173
24. Horario de comidas y ejemplo de menú para niños y niñas durante el primer año de vida según grupo de edad.	181
25. Horario de comidas y ejemplo de menú para niños y niñas después de los 12 meses de edad.	183
26. . Cantidades totales de alimentos en 24 horas para niños y niñas de 1 hasta los 4 años de edad	184
27. Características y maneras de promover el desarrollo infantil	191
28. Puntaje de Apgar	211
29. Cálculo de las semanas de gestación según puntuación obtenida por método de Capurro.	216
30. Cálculo de las semanas de gestación según puntuación obtenida por método de Capurro.	216
31. Clasificación del recién nacido según edad gestacional.	216
32. Clasificación del recién nacido según su peso al nacer.	217

Número de tabla	Página
33. Profilaxis para el Recién Nacido de madre con VIH+, según edad gestacional al nacer.	223
34. Recomendaciones para profilaxis contra la neumonía por Pneumocystis jiroveciz en niños expuestos al VIH	223
35. Profilaxis para Pneumocystis en niños mayores de 4-6 semanas de edad	224
36. Diagnóstico de la infección por el VIH en niños	226
37. Actividades e intervenciones en la atención de niños y niñas con VIH y sida, según escenarios y tipos de pacientes.	228

## **INDICE DE FIGURAS**

Número de figura	Página
1. Zonas de Ictericia de Kremer	21
2. Tallímetro	79
3. Infantómetro	80
4. Posición correcta para medir longitud del niño o niña	81
5. Niña con leucocoria por retinoblastoma	131
6. Niña con estrabismo (esotropía)	132
7. Tipos de estrabismo	132
8. Niño con glaucoma congénito	133
9. Método de Capurro para determinación de la edad gestacional	215

## INDICE DE GRÁFICAS

Número	Página
1. Talla -edad para <b>niños</b> de 2 a 20 años de edad, según CDC/NCHS 2000	89
2. Talla -edad para <b>niñas</b> de 2 a 20 años de edad, según CDC/NCHS 2000	90
3. Atención del Recién nacido sin asfixia	199
4. Reanimación Neonatal	200
5. Clasificación del Recién Nacido según el peso para la edad gestacional	217
6. Flujograma de atención del recién Nacido hijo de madre VIH+	222
7. Diagnóstico de laboratorio del VIH para menores de 18 meses de edad	227

# Referencias

- American Academy of Pediatrics. Practice parameter: the diagnosis, treatment, and evaluation of the initial urinary tract infection in febrile infants and young children. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Urinary Tract Infection. *Pediatrics* 1999;103:843-52
- American Academy of Pediatrics. Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. Committee on Practice and Ambulatory Medicine and Bright Futures Steering Committee *Pediatrics* Vol. 120 No. 6, December 2007, pp. 1376.
- Asamblea Legislativa. Ley 50 de 1995 que protege y fomenta la lactancia materna. *Gaceta Oficial* 22919, Panamá, 1995.
- Asamblea Legislativa. Ley 68 de 2003, que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada. *Gaceta Oficial* 24935. Panamá, 2003.
- Ballard JL, Khoury JC, Wednig K, et al; New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. *J Pediatr* 119: 417, 1991.
- Battaglia FC, Lubchenco LO: A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. *J Pediatr*
- Behrman R, Kliegman R, Jenson H. *Nelson Tratado de Pediatría*. Saunders - Elsevier España, 2004.
- Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD003318. DOI: 10.1002/14651858.CD003318.pub2
- Committee on Nutrition. American Academy of Pediatrics. Cholesterol in Childhood. *Pediatrics* 1998; 101(1): 141-7.
- De Graft-Johnson J, Daly P, Otchere S, Russell N, Bell R. *Atención materna y neonatal continua del hogar al hospital*. USAID, The ACCESS Program JHPIEGO, Baltimore, MD, 2005.
- Fenichel G. *Neurología Pediátrica Clínica: un enfoque por signos y síntomas*. Elsevier Saunders, 5ta edición. España, 2006.
- Figueiras, Amira. Consuelo. *Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI (Serie OPS/FCH/CA/07.16.E)*. Washington, D.C: OPS, 2007.
- Gary L Darmstadt, Zulfiqar A Bhutta, Simon Cousens, Taghreed Adam, Neff Walker, Luc de Bernis, for the Lancet Neonatal Survival Steering Team. Neonatal Survival 2: Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005; 365: 977-88
- Global Initiative for Asthma (GINA). *Guía de Bolsillo para el Manejo y Prevención del Asma en Niños*, 2006. Disponible en: <http://www.ginasthma.org>.

- Global Initiative for Asthma (GINA). Guía de bolsillo para el manejo y prevención del asma (2006). Disponible en: <http://www.ginasthma.org>.
- Global Initiative for Asthma (GINA). The Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2007. Disponible en: <http://www.ginasthma.org>.
- Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1. Art. No.: CD003798. DOI: 10.1002/14651858.CD003798.pub2.
- Jennifer Bryce, Shams el Arifeen, George Pariyo, Claudio F Lanata, Davidson Watkin, Jean-Pierre Habicht, and the Multi-Country Evaluation of IMCI Study Group. Reducing child mortality: can public health deliver? Lancet 2003; 362: 159–64.
- Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn JE. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. Lancet 2007; 370: 1358–69.
- Knippenberg R, Lawn JE, Darmstadt GL, Begkoyian G, Fogstad H, Walelign N, Paul VK, for the Lancet Neonatal Survival Steering Team. Neonatal Survival 3: Systematic scaling up of neonatal care in countries Lancet 2005; 365: 1087–98.
- Landers C, Mercer R, Molina H, Eming Young M. Desarrollo integral en la infancia: Una prioridad para la salud. Manual de desarrollo temprano para profesionales de la salud. OPS/OMS, Banco Mundial, Johnson & Johnson Pediatric Institute. Santiago, Chile, 2006.
- Lansdown G, Goldhagen J, Waterson T. Interfase entre los derechos y la salud de la niñez: Curso para profesionales de la salud. Academia Americana de Pediatría, Royal College of Paediatrics and Child Health. Buenos Aires, 2005.
- Lawn J, Cousens S, Zupan J, the Lancet Neonatal Survival Steering Team. The Young Infants Clinical Signs Study Group. Clinical signs that predict severe illness in children under age 2 months: a multicentre study. Lancet 2008; 371: 135–42.
- Martínez Guillén F. Medicina perinatal basada en evidencia. Sociedad Nicaragüense de Medicina Perinatal. OPS/OMS. Managua, 2005.
- Martínez Guillén F. Intervenciones basadas en evidencia para reducir la Mortalidad Neonatal. Sociedad Nicaragüense de Perinatología, Ministerio de Salud de Nicaragua. 2009.
- Mayer R, Anastasi JM, Clark EM. 2006. What to Expect & When to Seek Help: A Bright Futures Tool to Promote Social and Emotional Development in Middle Childhood. Washington, DC: National Technical Assistance Center for Children's Mental Health, Georgetown University Center for Child and Human Development, en colaboración con el National Center for Education in Maternal and Child Health. Georgetown University, 2006
- Meléndez CA, Burgos Y, Mayén V, López R, de Criollo M. Norma del Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Niñez. Dirección de Regulación. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El Salvador, 2008.
- Ministerio de Salud. Departamento Materno Infantil. Programa integral de atención a la niñez: Manual de normas ambulatoria de niños de 0 – 5 años. Panamá, 1995.

- Ministerio de Salud. Documento Básico de la Alimentación en el menor de 2 años. Departamento de Salud Nutricional – Departamento de Salud Integral de la Niñez. Panamá.
- Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud de la niña y el niño. Perú 2006.
- Ministerio de Salud. Normas de distribución de megadosis de vitamina A. MINSA, Panamá, 2001.
- Montresor A. How to add deworming to vitamin A distribution, World Health Organization 2004.
- National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics, August 2004. Volume 114, Number 2.
- Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. Asamblea General, resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989.
- Organización de las Naciones Unidas. Declaración de los Derechos del Niño. Asamblea General, resolución 1386 (XIV), de 20 de noviembre de 1959.
- Organización Mundial de la Salud. Curso de Capacitación sobre la Evaluación del Crecimiento del Niño. Versión 1 — Noviembre 2006. Ginebra, OMS, 2006.
- Organización Mundial de la Salud. Orientaciones estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes. Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente (CAH), Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. La salud del recién nacido en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo Del Milenio De Las Naciones Unidas. Organización Panamericana de la Salud, 138° Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D.C., 2006.
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Normas para la atención integral a las personas con VIH / Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).— Panamá : Editora Sibauste, 2006.
- Organización Panamericana de la Salud. Manual Clínico AIEPI Neonatal en el contexto del continuo materno-recién nacido-salud infantil. Cuadros de Procedimientos (Serie OPS/FCH/CA/06.2.E) Washington, D.C: OPS, 2005.
- Organización Panamericana de la Salud. Manual clínico AIEPI Neonatal en el contexto del continuo materno-recién nacido-salud infantil (Serie OPS/FCH/CA/06.2.E). Washington, D.C: OPS, 2005.
- Organización Panamericana de la Salud. Plan Nacional de niñez y adolescencia 2008 – 2012. OPS/OMS, MINSA – Panamá, 2007.
- Organización Panamericana de la Salud. Plan para la reducción de la mortalidad materna y neonatal. OPS/OMS, MINSA. Panamá, 2006.

- Organización Panamericana de la Salud. Programa Aiepi. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes graves de la infancia, 2da edición. OPS/PALTEX, Washington DC, 2004
- Organización Panamericana de la Salud. Programa Aiepi. Manual de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (0 – 5 años). OPS/PALTEX, Washington DC, 2004
- Rao G. Childhood Obesity: Highlights of AMA Expert Committee Recommendations 2008. American Family Physician 2008; 78(1): 56-63.
- Salud del Niño y del Adolescente Salud Familiar y Comunitaria. Módulo Asma y enfermedades bronco-obstructivas Draft-enero 2007. OPS/OMS. Washington DC, 2007.
- Senties Y. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.- Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud. México 1993.
- Stanziola D, Ayarza A, González G. Manual de Procesos Administrativos del Programa Materno Infantil. Caja de Seguro Social. Panamá, 2005.
- Tapia R. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño. Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.- Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud.
- Unicef. Anemia Prevention and Control: What Work; Part II. Tools and Resources: USAID, Word Bank, Unicef, OPS/OMS, FAO. The Micronutrient Initiative. June, 2003.
- Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública de México 2002; 44 (4):349 – 61.
- World Health Organization. Deworming for Health and Development: Report of the third global meeting of the Partners for parasite control. Deworming for Health and Development Geneva, 29–30 November 2004. Strategy Development and Monitoring for Parasitic Diseases and Vector Control, Communicable Diseases Control, Prevention and Eradication Communicable Diseases. World Health Organization, Geneva, 2005.

# **ANEXOS**

# ANEXO 1

Este anexo ha sido extraído del siguiente documento, con autorización de sus autores:

“AIEPI NEONATAL  
INTERVENCIONES BASADAS EN EVIDENCIA  
EN EL CONTEXTO DEL CONTINUO MATERNO RECIÉN  
NACIDO-NIÑO MENOR DE 2 MESES”

Organización Panamericana de la Salud  
“AIEPI Neonatal: Intervenciones Basadas en Evidencia”  
Washington, D.C.: OPS, © 2009  
ISBN: 978-92-75-32976-4

# Contenido

## Introducción

Calidad del cuidado en neonatología

Medicina basada en evidencia

Medicina basada en evidencia en perinatología y neonatología

## I. Intervenciones antes del embarazo

1. Vigilancia del estado nutricional con el Índice de Masa Corporal (IMC) previo al embarazo
2. Suplementación con ácido fólico
3. Detección y tratamiento de anemia con hierro
4. Detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
5. Detección y tratamiento de enfermedades crónicas (obesidad, diabetes)

## II. Intervenciones durante el embarazo

1. Control prenatal
2. Uso de la Historia Clínica Perinatal y el carné perinatal del CLAP/SMR
3. Incremento de peso durante el embarazo
4. Inmunización con toxoide tetánico, contemplando el estado vacunal previo
5. Tamizaje y tratamiento de los casos de sífilis
6. Detección y tratamiento de la bacteriuria asintomática
7. Prevención y tratamiento de anemia con hierro
8. Prevención de preeclampsia y eclampsia con calcio
9. Prevención de preeclampsia y eclampsia con Aspirina
10. Detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
11. Detección y tratamiento de enfermedades crónicas
12. Desparasitación en zonas de alta prevalencia
13. Detección y tratamiento de estreptococo del grupo B
14. Detección y tratamiento de enfermedad periodontal
15. Detección, prevención y manejo de violencia doméstica

## III. Intervenciones durante el parto

1. Prácticas de atención del parto limpio y seguro (con personal calificado)
2. Acompañamiento a la madre durante el trabajo de parto y parto
3. Eritromicina en RPM antes del parto en < 37 semanas
4. Nifedipina en trabajo de parto pretérmino
5. Corticosteroides prenatales (betametasona, dexametasona), para inducir maduración pulmonar
6. Vigilancia del trabajo de parto con partograma
7. Cesárea en presentación podálica en recién nacidos con BPN
8. Zidovudine para reducir el riesgo de transmisión vertical de VIH
9. Manejo activo modificado del tercer período
10. Pinzamiento tardío del cordón umbilical
11. Reanimación neonatal con aire ambiental
12. Atención inmediata al recién nacido normal
13. Cuidado del cordón umbilical
14. Cuidado de la piel al nacimiento

#### **IV. Intervenciones después del parto**

1. Tamizaje neonatal para hipotiroidismo
2. Detección y tratamiento de retinopatía del prematuro
3. Visita domiciliaria temprana para el cuidado del recién nacido

# Introducción

En la Región de las Américas la mayoría de los indicadores de salud infantil y de la niñez han presentado cambios sustanciales y favorables en la mayoría de países; sin embargo, la salud neonatal ha sido olvidada y poco visualizada por parte de las autoridades de salud, lo cual ha tenido como efecto un gran énfasis en la reducción de la mortalidad post-neonatal y muy poco en la reducción de la mortalidad neonatal. Como consecuencia, actualmente más del 70 por ciento de la mortalidad infantil es producto de la mortalidad neonatal.

En el 2000 se inició el proceso de incluir dentro de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) el componente neonatal, desarrollándose materiales genéricos y adaptaciones en más de 12 países de la Región. Estos materiales han sido actualizados constantemente en las diferentes adaptaciones, como respuesta a la dinámica del avance del conocimiento, el cual fue reflejado en la publicación *The Lancet* sobre la salud neonatal (1), así como las nuevas evidencias científicas que han comprobado que muchas de las intervenciones costo efectivas y que disminuyen mortalidad y morbilidad neonatal o no son puestas en práctica o se practican mal.

Actualmente se discute mucho sobre la importancia de la calidad del cuidado neonatal y sus resultados a corto, mediano y largo plazo, lo cual implica no solo proveer a todo recién nacido de un cuidado óptimo, sino cambiar las actitudes y prácticas del personal de salud utilizando una medicina moderna y basada en evidencia que influye directamente en el resultado neonatal.

## CALIDAD DEL CUIDADO EN NEONATOLOGÍA

La mortalidad neonatal es el indicador básico para expresar el nivel de desarrollo y la calidad de la atención del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio. La mortalidad infantil y neonatal varían en los distintos países según el nivel económico, sanitario y la calidad de la atención médica. A diferencia de la mortalidad post-neonatal, la mortalidad neonatal es menos dependiente de los factores ambientales y sanitarios. Está más condicionada por la buena organización y calidad de la atención perinatal y neonatal, así como del tratamiento médico que en pocos casos requiere de alta tecnología.

Los principales factores que han contribuido a la disminución de la mortalidad neonatal en los países con bajas tasas de mortalidad neonatal han sido, además de la mejoría socioeconómica y educación de los padres, el buen control del embarazo y la atención calificada del parto; la regionalización de la atención perinatal; el inicio oportuno del cuidado intensivo neonatal, y la buena atención del recién nacido en el momento del nacimiento, que incluye, en caso necesario, una adecuada e inmediata reanimación.

La alta calidad del cuidado en neonatología implica proveer un nivel apropiado de cuidado a todo recién nacido sano y proveer cuidado más especializado a algunos que lo necesiten, utilizando protocolos de calidad, contando con un entorno habilitante y midiendo los resultados neonatales a corto y mediano plazo, así como la satisfacción de los padres y de los proveedores del servicio (2).

Los protocolos del manejo neonatal son más eficientes si:

- están basados en procedimientos de baja complejidad
- son compatibles con las normas existentes, fáciles de seguir e idealmente que no requieran nuevos conocimientos o destrezas (3)
- están basados en evidencia (4)

Proyectos basados en la calidad y mejora dirigidos a los funcionarios de hospital y los médicos que trabajan en la comunidad han sido eficaces en mejorar los servicios preventivos de recién nacidos durante su hospitalización.

Los servicios preventivos incluyen: inmunización con vacuna contra la Hepatitis B, evaluación de la lactancia materna, evaluación del riesgo de hiperbilirrubinemia, el desarrollo de tamizajes metabólicos y auditivos, la posición del niño durante el sueño, soporte ventilatorio preventivo, CPAP nasal, higiene de manos, procedimientos asépticos en el manejo de vías vasculares, alimentación parenteral, así como la planificación de cuidados de seguimiento para el paciente ambulatorio, entre otros (5).

A pesar de considerar a la auditoría neonatal y a la evaluación comparativa de la información como una plataforma para los esfuerzos de mejora de la calidad a nivel local, éstos no han sido suficientes para proporcionar una base sólida para el mejoramiento duradero de la calidad de la atención. La evaluación comparativa tiene sus limitaciones metodológicas y variaciones en los resultados, reflejando una mezcla compleja de diferentes factores con mucha dificultad para su aplicación. Generalmente hay brechas entre la investigación, los datos probatorios, la información de la auditoría, la norma y la práctica, por lo tanto no apoyan la calidad y el mejoramiento de resultados es difícil (6,7).

Las revisiones sistemáticas de la información publicada no han sido superadas por las prácticas tradicionales de los profesionales de la salud para mantenerse actualizados en su práctica diaria, tales como materiales educativos, conferencias, cursos o talleres que producen un mínimo impacto en la calidad de la atención. Además, los clínicos no pueden responder a la evidencia de lo que ha sido implementando en las políticas y los protocolos, debido a falta de conocimiento o disconformidad con las recomendaciones, pero principalmente debido a barreras locales para su ejecución.

### **MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA (MBE)**

Según la definición proporcionada por Sackett en 1996 (8), “la MBE consiste en el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores pruebas disponibles en la toma de decisiones sobre la atención integral de cada paciente”. El foco es el paciente, no sólo su enfermedad o proceso, por lo que desde la realización de un diagnóstico efectivo y eficiente, hasta la elección de la mejor opción terapéutica, es preciso identificar y considerar sus derechos, sus principios y sus preferencias.

La información contenida en los libros de texto, es cuestionables al cabo de un tiempo. La cantidad de publicaciones y fuentes de información es enorme; y nuestro tiempo, conocimientos y medios para localizar, leer, interpretar y asimilar lo publicado no son suficientes. El principal valor de la MBE es el de ser una herramienta que trata de cuantificar y calificar qué dato o qué estudio tiene mayor validez; es una herramienta que nos aclara la mejor forma de usar y aplicar la evidencia, facilitando su traslado a la práctica.

### **MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA EN PERINATOLOGÍA Y NEONATOLOGÍA**

Existen actualmente muchos ejemplos de evidencia en medicina perinatal y neonatal con grandes revisiones sistemáticas desarrolladas cuyos datos están disponibles para ser utilizados en la práctica. Las revisiones sistemáticas ofrecen la información de los trabajos originales, seleccionada, evaluada críticamente y sintetizada, todo ello siguiendo una rigurosa metodología formal y explícita. Las revisiones sistemáticas y los metaanálisis se denominan genéricamente recursos de síntesis.

La Biblioteca Cochrane ofrece las revisiones sistemáticas de los grupos Cochrane, PubMed Clinical Queries presenta la opción de localizar revisiones sistemáticas en la base de datos Medline. También pueden consultarse otras fuentes como la biblioteca de salud reproductiva de la OMS y las publicaciones del CLAP/SMR.

Las intervenciones que se presentan en este documento, fueron seleccionadas en base a la evidencia científica actual y en el análisis de su factibilidad y su potencial para reducir morbilidad neonatal. Estas intervenciones pueden incluirse en un paquete de acuerdo al nivel de atención que ofrecen los sistemas de salud.

# I. Intervenciones

## antes del embarazo

### 1. Vigilancia del estado nutricional con el Índice de Masa Corporal (IMC) previo al embarazo

**Antecedentes** En los últimos años se han empleado distintos indicadores antropométricos que reflejan el estado nutricional. Recientemente se ha considerado el índice de masa corporal como un buen estimador para el diagnóstico, control y seguimiento del estado nutricional de la embarazada. Este indicador relaciona el peso corporal con la talla (tamaño).

**Cálculo**  $\text{Peso (kg)/talla (m)}^2$

**Interpretación** Enflaquecida: IMC < 20  
Normal: IMC de 20 a 26  
Sobrepeso: IMC >26 a 30  
Obesa: IMC > 30

**Evidencia** El índice de masa corporal < de 20 se asocia a desnutrición. Antes del embarazo es un predictor de peso bajo al nacer (PBN) y RCIU cuando la mujer se embaraza (14-16).

### 2. Suplementación con ácido fólico

**Antecedentes** El ácido fólico es una de las vitaminas del complejo B de más importancia antes y durante el embarazo ya que se ha comprobado que su ingesta adecuada disminuye el riesgo de que el bebé por nacer padezca defectos del tubo neural (DTN). El tubo neural es la estructura que dará origen al cerebro y la médula espinal en los primeros 3 meses de la gestación; si este tubo neural no madura y no se cierra correctamente pueden aparecer ciertos defectos como la espina bífida, encefalocele y anencefalia. La anencefalia no es compatible con la vida y la espina bífida puede dar síntomas de parálisis infantil, falta de control de los esfínteres y problemas en el aprendizaje.

**Administración** Dos meses antes del embarazo hasta 3 meses después de iniciado el embarazo. Generalmente se lo administra en combinación con el sulfato ferroso.

**Dosis** 400 µg/día (0.4 mg/día). En mujeres obesas debe aumentarse la dosis. Vía oral.

**Evidencia** Reduce la incidencia de defectos del tubo neural en un 72% (42-87%) (17-25).

### **3. Prevención y tratamiento de anemia con hierro**

**Antecedentes** La prevalencia de anemia en preescolares y mujeres adolescentes permanece elevada en los países en desarrollo. La OMS ha estimado que en la Región de América Latina y el Caribe (ALC) la prevalencia de anemia en preescolares es de 39.5% y en mujeres no embarazadas de 23.5%.

**Diagnóstico** Hb < 11 g/dL (Se debe ajustar de acuerdo a la altura sobre el nivel del mar).

**Tratamiento** 120 mg de hierro elemental/día, por vía oral.

**Evidencia** La anemia por deficiencia de hierro en la mujer adolescente se asocia a un riesgo mayor de anemia durante el embarazo. También se ha asociado con alteraciones en la función cognoscitiva y la memoria, disminución del desempeño escolar y depresión de la función inmune con incremento en las tasas de infección (26-31).

### **4. Detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), antes del embarazo**

**Antecedentes** La mayoría de las ITS afectan tanto a hombres como a mujeres, pero en muchos casos los problemas de salud que provocan pueden ser más graves en las mujeres. Si una mujer embarazada padece de ITS, esto puede causarle graves problemas de salud a ella y a su bebé.

**Diagnóstico** Clamidia (*Chlamydia tracomatis*), gonorrea (*Neisseria gonorrhoeae*), virus del herpes, VIH/sida, virus de papiloma humano (VPH).

**Evidencia** En las mujeres la clamidia y gonorrea pueden provocar enfermedad inflamatoria pélvica, la cual puede conducir a infertilidad o problemas con el embarazo. En los varones la gonorrea puede producir epididimitis, y puede causar infertilidad. El VIH mata o daña las células del sistema inmunológico del organismo conduciendo a infecciones graves y la muerte y se transmite durante el embarazo, el trabajo de parto y la lactancia materna. La prevención por vacunación del VPH puede disminuir el cáncer en el cuello uterino, vulva, vagina y ano. En los hombres, el VPH pueden provocar cáncer del ano y del pene. (32-41)

### **5. Detección y tratamiento de enfermedades crónicas (obesidad, diabetes)**

**Antecedentes** La prevalencia de exceso de peso en mujeres de 15 a 49 años en algunos países de América Latina y el Caribe es en promedio de 25.1% y de obesidad de 8.5%. La obesidad es un factor de riesgo de varias enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes que no solo tienen un impacto negativo en la salud de la mujer, sino en muerte fetal cuando estén embarazadas.

**Diagnóstico** Sobrepeso: IMC de 26 a 30

**Obesidad:** IMC>30

**Evidencia** Alteraciones psiquiátricas, trastornos emocionales, mal rendimiento y deserción escolar, tratamientos prolongados, enfermedades cardiovasculares (42-50).

# II. Intervenciones durante el embarazo

## 1. Control prenatal

**Antecedentes** Se ha señalado que la madre que no asiste a su control prenatal de manera precoz y periódica o recibe un control deficiente tiene mayores posibilidades de morbilidad y mortalidad perinatal, materna y neonatal.

**Frecuencia** El nuevo modelo de la OMS señala que cuatro controles son suficientes para la mujer embarazada sin complicaciones. Las actividades incluidas en el componente básico se dividen en tres áreas generales: • estudio de las condiciones socioeconómicas y de detección de patologías que aumenten la posibilidad de resultados adversos específicos; • intervenciones terapéuticas comprobadas como beneficiosas; y • educación de las mujeres embarazadas sobre el reconocimiento de signos de peligro y las emergencias durante el embarazo y cómo tratarlas.

**Evidencia** El control prenatal representa una oportunidad para incrementar el acceso a un parto en condiciones seguras, en un ambiente de emergencia obstétrica y atención neonatal institucional calificada. Se han reportado menos complicaciones durante el embarazo y parto. Menos pre-eclampsia, infección del tracto urinario, anemia postparto y mortalidad materna, así como menor PBN (51-58).

## 2. Uso de la Historia Clínica Perinatal (HCP) y el carné perinatal del CLAP/SMR

**Antecedentes** La HCP es un instrumento diseñado por el CLAP/SMR y publicada en 1983 para contribuir en la toma de decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante el control prenatal, parto y puerperio y del neonato desde el nacimiento hasta el momento del alta. El carné perinatal permite integrar acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, parto y puerperio, para evitar la falta de datos y contribuir a mejorar la calidad de la atención.

**Frecuencia** Durante el control prenatal, el parto, el puerperio y la etapa neonatal.

**Evidencia** El procesamiento de los datos de la HCP fortalece la capacidad de autoevaluación asistencial perinatal, hace tomar conciencia al personal de la importancia de una documentación completa de las acciones y observaciones de salud y proporciona a los entes perinatales asistenciales una herramienta ágil y de fácil manejo para las investigaciones operacionales (59,60).

### 3. Incremento de peso durante el embarazo

**Antecedentes** El aumento adecuado de peso materno ayuda a proteger la salud del bebé. Las mujeres que aumentan poco peso corren un riesgo mayor de tener un bebé de bajo peso (< 2,500 g). Las mujeres que aumentan demasiado corren un riesgo mayor de tener un bebé prematuro o un bebé macrosómico. También pueden desarrollar complicaciones de salud como la diabetes e hipertensión.

**Interpretación** El aumento promedio de peso (percentil 50) para la 16 semana es 3 Kg, para las 20 semanas 5 Kg, para las 28 semanas 7,5 Kg, para las 32 semanas 9,1 Kg, para las 36 semanas 10,7 y para las 40 semanas de 11 Kg.

**Evidencia** Existe una fuerte evidencia que apoya la asociación entre ganancia de peso durante el embarazo y los siguientes resultados: nacimiento pretérmino, bajo peso al nacer, macrosomía, recién nacidos grandes para su edad gestacional, recién nacidos pequeños para su edad gestacional. También hay evidencia de mayores resultados adversos durante la labor y el parto (61-69).

### 4. Inmunización con toxoide tetánico, contemplando el estado vacunal previo

**Antecedentes** En 1989 la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la meta de eliminar la transmisión del tétanos neonatal para 1995 y luego se reajustó para el 2005. Esta enfermedad se presenta en todo el mundo, pero es más frecuente en países en desarrollo donde los servicios de maternidad son limitados, con bajas coberturas de vacunación antitetánica en mujeres en edad fértil y gestantes y donde existen prácticas inseguras en el manejo del muñón umbilical en el recién nacido.

**Agente infeccioso** El bacilo tetánico (*Clostridium tetani*) es un microorganismo anaerobio grampositivo en forma de palillo que puede producir una endotoxina que afecta al feto.

**Transmisión** Se produce por malas prácticas de higiene durante el parto, cuando se corta el cordón umbilical en condiciones antihigiénicas o cuando el muñón umbilical se manipula incorrectamente (curaciones, apósitos, emplastos).

**Incubación** El período de incubación es de seis días, con límites de tres a 28 días.

**Inmunidad** En la madre y los niños y niñas a partir de las 6 semanas de edad. Se puede lograr una considerable inmunidad con dos dosis de toxoide tetánico adsorbido administradas con un intervalo de cuatro semanas como mínimo (0.5 mL, IM por dosis). La serie primaria de dos dosis debe reforzarse con una tercera dosis aplicada a los 12 meses después de la segunda. Con tres dosis de toxoide tetánico la inmunidad dura por lo menos 5 años, en tanto que cinco dosis confieren inmunidad de por vida.

**Control** La estrategia principal del programa de eliminación del tétanos neonatal es la inmunización de las mujeres en edad fértil con toxoide tetánico. Esta estrategia evita que tanto la madre como el neonato contraigan la enfermedad. Si la madre no ha sido completamente inmunizada debe recibir toxoide tetánico durante el embarazo para completar las cinco dosis.

**Evidencia** En poblaciones donde la incidencia de tétanos es elevada puede reducir la mortalidad neonatal entre 35-58% y reducir la incidencia de tétanos neonatal entre un 88-100% (70-76).

## 5. Tamizaje y tratamiento de los casos de sífilis

**Antecedentes** La sífilis antes del parto representa un problema de salud en los países en desarrollo y tiende a reaparecer en los países desarrollados. Todas las embarazadas deben recibir una asistencia prenatal adecuada incluida la prueba obligatoria para detectar la sífilis: VDRL ó Reagina rápida en plasma (RPR). Debemos tener presente la posibilidad de infección sifilítica en caso de antecedentes maternos o signos fetales clínicos especialmente hepato-esplenomegalia o hidropesía fetal.

**Agente infeccioso** *Treponema pallidum*

**Transmisión** Se transmite de la madre al niño o niña durante el desarrollo fetal o al nacer. Casi la mitad de todos los niños infectados con sífilis mientras están en el útero muere poco antes o después del nacimiento.  
**Control** La estrategia principal para la eliminación de la sífilis congénita es la detección y tratamiento obligatorios de casos durante el embarazo.

**Tratamiento** La penicilina sigue siendo efectiva en el tratamiento de sífilis en el embarazo y la prevención de sífilis congénita. Penicilina benzatínica 2.4 M de unidades IM, una sola dosis.

**Evidencia** Reducción de la mortalidad fetal y los abortos, dependiente de la prevalencia (77-81).

## 6. Detección y tratamiento de la bacteriuria asintomática

**Antecedentes** La infección del tracto urinario es una complicación común durante el embarazo. La bacteriuria asintomática ocurre en un 2 a 10% de los embarazos y si no se trata más del 30% de las madres pueden desarrollar pielonefritis y desencadenar una serie de complicaciones que afectan tanto a la madre como al feto. La ingesta diaria de 100 mg de ácido ascórbico puede reducir la incidencia de bacteriuria.

**Diagnóstico** Detección con tiras reactivas Cultivo de orina (>100,000 colonias/mL)

**Tratamiento** Cefalexina 500 mg cada 8 horas, amoxicilina 500 mg cada 8 horas, ó cefadroxilo, nitrofurantoina) por 7 a 10 días

**Evidencia** La bacteriuria asintomática está fuertemente asociada a prematuridad y PBN. La madre puede desarrollar pielonefritis, hipertensión, pre eclampsia y posiblemente muerte materna y/o fetal (82-87).

## 7. Prevención y tratamiento de anemia con hierro durante el embarazo

**Antecedentes** La anemia es la insuficiencia de glóbulos rojos o la capacidad reducida de los glóbulos rojos para transportar oxígeno o hierro. Las enzimas de los tejidos que requieren hierro pueden afectar la función de las células en los nervios y los músculos. El feto depende de la sangre de la madre y la anemia puede ocasionar un crecimiento fetal deficiente, un nacimiento prematuro y un bebé de bajo peso al nacer. Las causas están asociadas a una ingesta deficiente de hierro, deficiencia de folatos, hemorragias (vaginales o causadas por parásitos) y en algunas zonas la malaria.

**Diagnóstico** Hb < 11 g/dl

**Tratamiento** 120 mg de hierro elemental/día, por vía oral.

**Evidencia** La anemia por deficiencia de hierro en la mujer embarazada es causa de mortalidad materna y perinatal. También está altamente asociada a prematuridad y PBN. Los estudios señalan que la suplementación con hierro a las mujeres durante el embarazo tiene efectos beneficiosos sobre los resultados perinatales (88-94).

### **8. Prevención de pre eclampsia y eclampsia con calcio (en poblaciones con dietas bajas en calcio)**

**Antecedentes** La hipertensión inducida por la gestación es una complicación muy frecuente que suele afectar alrededor del 10% de los embarazos y repercute en los resultados perinatales. En la región de las Américas representa el 25% de todas las muertes maternas. La suplementación con calcio puede prevenir la hipertensión a través de una serie de mecanismos y ayudar a prevenir el trabajo de parto prematuro.

**Diagnóstico** Uno de los siguientes signos de riesgo:

- Dolor de cabeza severo
- Visión borrosa, pérdida de la conciencia y/o convulsiones
- Presión arterial sistólica por encima de 140 mm/Hg y/o de diastólica por arriba de 90 mm/Hg
- Consume menos de 3 porciones de derivados lácteos por día
- IMC <20 y > 26 en el 1er trimestre

**Tratamiento** Calcio 1 a 2 gramos/día, vía oral.

**Evidencia** Existe fuerte evidencia que la suplementación con calcio representa un beneficio tanto para las mujeres que están expuestas a un riesgo alto de hipertensión gestacional, como para aquellas pertenecientes a comunidades con ingestas bajas en calcio. Hubo menos niños y niñas con peso < 2500 gramos en las mujeres tratadas con calcio (95-98).

### **9. Prevención de pre eclampsia y eclampsia con Aspirina**

**Antecedentes** La pre-eclampsia está asociada con una producción deficiente de prostaciclina, un vasodilatador, y excesiva producción de tromboxano, un vasoconstrictor y estimulante de la agregación de plaquetas. Los agentes antiplaquetarios como la aspirina en dosis bajas pueden prevenir o retrasar el apareamiento de pre-eclampsia.

**Diagnóstico** Uno de los siguientes signos:

- Dolor de cabeza severo
- Visión borrosa, pérdida de la conciencia y/o convulsiones
- Presión arterial sistólica por encima de 140 mm/Hg y/o de diastólica por arriba de 90 mm/Hg
- Consume menos de 3 porciones de derivados lácteos por día
- IMC <20 y > 26 en el 1er trimestre

**Tratamiento** Aspirina 50 a 150 mg/día, vía oral, durante el tercer trimestre del embarazo.

**Evidencia** Reduce la preeclampsia en grupos de alto riesgo en un 17%. Se asocia con una reducción de 8% de parto pretérmino, un 14% en la reducción de muerte perinatal y un 10% en la reducción de RCIU (99-100).

### **10. Detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual**

**Antecedentes** Si una mujer embarazada padece de ITS como la clamidia o gonorrea al final del embarazo, puede transmitirla a su bebé y causar problemas al nacimiento (oftalmia neonatorum). Los bebés que nacen de madres que tienen una infección activa por herpes genital durante o próxima al momento del parto pueden infectarse. Esto puede ser grave y algunas veces fatal para los recién nacidos. La transmisión vertical del VIH/sida puede reducirse considerablemente tomando las medidas correctivas adecuadas

**Diagnóstico** Clamidia (*Chlamydia tracomatis*), gonorrea (*Neisseria gonorrhoeae*), vaginosis, virus del herpes, VIH/SIDA, Hepatitis B, sífilis.

**Evidencia** Enfermedades como clamidia, gonorrea, sífilis, tricomoniasis y vaginosis bacteriana pueden ser tratadas y curadas con antibióticos durante el embarazo. No hay cura para las ITS virales como el herpes genital y el VIH, pero el uso de medicamentos antivirales puede reducir los síntomas en las mujeres embarazadas. Si la mujer tiene lesiones activas del herpes genital al momento del parto, se puede realizar un parto por cesárea para proteger al recién nacido contra la infección según las siguientes indicaciones: se trata de una primo infección, membranas sanas y tiempo transcurrido de la ruptura de membranas. Las mujeres cuyas pruebas de detección para la hepatitis B arrojaron resultados negativos, pueden recibir la vacuna contra la hepatitis B durante el embarazo (101-108).

## **11. Detección y tratamiento de enfermedades crónicas (Diabetes, obesidad)**

**Antecedentes** La hiperglicemia y el aumento inadecuado de peso durante el embarazo se asocia con resultados adversos para el feto y recién nacido, aumentando la posibilidad de hipoglicemia neonatal, macrosomía y anomalías congénitas. La diabetes gestacional puede ocurrir aun cuando no se presenten síntomas o factores de riesgo. Por esta razón, a las mujeres embarazadas con frecuencia se les indica una alimentación sana y evitar el sedentarismo. La diabetes gestacional generalmente desaparece después del nacimiento del bebé. Sin embargo, las mujeres que han tenido diabetes gestacional corren un riesgo mayor de desarrollar diabetes muchos años después.

**Diagnóstico** Antecedentes de diabetes en la familia

Glicemia en ayunas de 105 mg/dl

Sobrepeso IMC > 26

Obesidad IMC > 30

**Evidencia** La diabetes durante el embarazo se asocia a muerte fetal, y al nacimiento con macrosomía, trauma, problemas respiratorios, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, problemas metabólicos. Existe fuerte evidencia de la asociación entre anomalías congénitas y mal control de la glicemia durante el embarazo (109-119).

## **12. Desparasitación en zonas de alta prevalencia con albendazol**

**Antecedentes** En áreas endémicas de helmintiasis intestinal, la terapia rutinaria con albendazol reduce considerablemente la prevalencia de anemia en las embarazadas y sus posibles complicaciones.

**Diagnóstico** Examen de heces (áscaris, oxiuros, uncinarias, trichuris).

**Tratamiento** Albendazol, 400 mg vía oral, dosis única, en el 2o y 3er trimestre.

**Evidencia** La desparasitación durante el embarazo reduce la anemia materna y sus complicaciones, sin evidencia de efectos teratogénicos en el feto con el uso de albendazol (120-124).

### **13. Detección y tratamiento de estreptococo del grupo B**

**Antecedentes** El estreptococo del grupo B es una bacteria gram positiva que vive en las áreas vaginales o rectales del 10 al 35% de las mujeres adultas sanas. Una mujer que tiene estreptococo del grupo B en su piel se dice que está “colonizada” por este germen. Por cada 100 mujeres colonizadas con estreptococo del grupo B que tienen un bebé, uno a dos bebés se infectan con este germen al momento del parto y pueden enfermar o morir por sepsis.

**Diagnóstico** Cultivo rectal y vaginal entre las 35 y 37 semanas de gestación.

**Tratamiento** Profiláctico intraparto: Penicilina G: 5 millones de unidades IV (dosis inicial), luego 2.5 millones de unidades IV, c/4 horas hasta el parto, ó Ampicilina 2 g IV (dosis inicial) y luego 1 g IV, c/4 horas hasta el parto. Si existe alergia a la penicilina: Cefazolina 2 g IV (dosis inicial) y luego 1g IV, c/8 horas hasta el parto.

**Evidencia** La terapia profiláctica iniciada como mínimo 4 horas antes del parto reduce la incidencia de infección y mortalidad neonatal por estreptococo del grupo B (125-131).

### **14. Detección y tratamiento de enfermedad periodontal**

**Antecedentes** La salud oral deficiente durante el embarazo se ha asociado a mayor morbilidad perinatal y neonatal.

**Diagnóstico** Control odontológico (dos veces durante el embarazo).

**Evidencia** La enfermedad periodontal se asocia en el embarazo con pre eclampsia y en el neonato con prematuridad, PBN y RCIU (132-138).

### **15. Detección, prevención y manejo de violencia doméstica**

**Antecedentes** La violencia directa por la pareja infringida a la mujer embarazada y su feto es generalmente no reconocida por los profesionales de la salud o es sospechada pero no encarada debido a sus múltiples repercusiones. La violencia ocurre en todos los estratos sociales, económicos, educacionales y profesionales. Todos los tipos de violencia (intimidación, agresión, abuso, etc.) requieren una evaluación cuidadosa e intervención rápida y eficiente para evitar trauma, abortos o muerte materna.

**Diagnóstico** Lesiones repetidas, hemorragia vaginal, amenaza de aborto, baja autoestima, depresión, alteraciones de la personalidad, bajo rendimiento escolar, higiene personal descuidada.

**Evidencia** La violencia disminuye la motivación y moral, causa lesiones físicas y psicológicas, depresión, estrés postraumático, es causa de parto pretérmino y muerte fetal y/o materna (139-149).

# III. Intervenciones durante el parto

## **1. Prácticas de atención del parto limpio y seguro (con personal calificado)**

**Antecedentes** El acceso a atención calificada en un servicio de salud provista por personal de salud durante el embarazo, parto y puerperio es crítico para garantizar la salud de la madre y el recién nacido.

**Evidencia** Los partos atendidos por personal calificado y en un servicio de salud tienen menos complicaciones y presentan menos morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal (150-153).

## **2. Acompañamiento a la madre durante el trabajo de parto y parto**

**Antecedentes** El nacimiento no es una enfermedad. El parto es un proceso fisiológico normal en el que los aspectos emocionales son fundamentales y deben ser respetados. El acompañamiento de la madre durante

el proceso del embarazo, parto y postparto por un familiar o persona de confianza (Doula) es un derecho de la mujer y le provee apoyo físico, emocional e información adecuada.

**Evidencia** La presencia continua de una persona de apoyo durante la labor y el parto reduce el trabajo de parto, la necesidad de cesárea, el parto instrumental, la necesidad de medicamentos para el dolor y en el recién nacido puntuación de Apgar >7 a los 5 minutos (154-160).

### **3. Eritromicina en RPM antes del parto en < 37 semanas**

**Antecedentes** Una causa asociada a ruptura prematura de membranas (RPM) antes del parto a término o cerca del término es la infección de la mujer y/o el feto. El tratamiento profiláctico materno con antibióticos puede reducir este riesgo. La resistencia bacteriana a la penicilina y el riesgo de enterocolitis con amoxicilina/ clavulanato ha considerado el uso de eritromicina con buenos resultados.

**Diagnóstico** RPM antes del parto y sospecha evidente de corioamnionitis.

**Tratamiento** Eritromicina 250 mg VO, cada seis horas por siete a 10 días.

**Evidencia** Reducción estadísticamente significativa de la corioamnionitis, de la morbilidad neonatal incluyendo infección (neumonía), uso de surfactante, uso de oxígeno y anomalía en el ultrasonido cerebral previo al alta (161-165).

### **4. Nifedipina en trabajo de parto pretérmino**

**Antecedentes** El nacimiento prematuro es una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad en los países en desarrollo; representa entre un 11 y 21% de todos los nacimientos. Para detener el trabajo de parto pretérmino se han utilizado diferentes tocolíticos y se ha evidenciado que el uso de sulfato de magnesio como tocolítico no ha mostrado diferencias del riesgo de nacimiento dentro de las 48 horas de tratamiento y el riesgo de muerte fetal, neonatal y postneonatal fue estadísticamente más alta en los expuestos a sulfato de magnesio. Actualmente se ha demostrado que la nifedipina es un medicamento efectivo, seguro y de bajo costo para su uso como tocolítico en parto pretérmino.

**Diagnóstico** Evidencia de parto antes de las 37 semanas de gestación.

**Tratamiento** Nifedipina 20 mg VO o sublingual, cada 20 minutos por 3 dosis en total.

**Evidencia** Nifedipina ha resultado ser más efectiva y segura que otros tocolíticos para la amenaza de parto pretérmino y resulta muy ventajosa su administración por vía oral. Previene SDR, hemorragia intraventricular e ictericia (166-171).

### **5. Corticosteroides prenatales (betametasona, dexametasona) para inducir maduración pulmonar**

**Antecedentes** Los prematuros contribuyen con la mayoría de las muertes neonatales e infantiles. El Síndrome de Dificultad Respiratoria (enfermedad de membrana hialina) es una complicación grave de la prematuridad y es la causa número uno de morbilidad y mortalidad en los países. Para inducir la maduración pulmonar en aquellos partos hasta las 34 semanas de gestación se han utilizado los esteroides con muy buenos resultados.

**Diagnóstico** Evidencia de parto entre las 26 y 35 semanas de gestación.

**Tratamiento** Betametasona 12 mg IM cada 24 horas por 2 dosis. Dexametasona: 6 mg IM cada 12 horas por 4 dosis.

**Evidencia** Se ha demostrado que la administración de betametasona o dexametasona antenatal disminuye significativamente el SDR entre un 36-50% y la mortalidad neonatal entre un 37 y 40%. Además disminuye el riesgo de hemorragia intraventricular entre un 40 a 70%. La persistencia del conducto arterioso y las evidencias sugieren que pueden proteger contra secuelas neurológicas. Una sola dosis comparada con múltiples dosis resulta más beneficiosa (172-182).

## **6. Vigilancia del trabajo de parto con partograma**

**Antecedentes** Un partograma es una representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto. Las mediciones relevantes que se incluyen en el partograma pueden incluir estadísticas como la dilatación cervical en el tiempo, la frecuencia cardíaca fetal y los signos vitales de la madre. La vigilancia clínica de la evolución del trabajo de parto puede prevenir, detectar y manejar la aparición de complicaciones que pueden desencadenar daño, a veces irreversible o fatal para la madre y el recién nacido.

**Evidencia** Disminuye las intervenciones innecesarias y complicaciones perinatales (183-188).

## **7. Cesárea en presentación podálica en recién nacidos con PBN**

**Antecedentes** La ruta preferida para el nacimiento de neonatos con PBN o prematuros ha sido controversial; sin embargo, se ha demostrado en la práctica que la cesárea disminuye complicaciones perinatales.

**Tratamiento** Cesárea electiva.

**Evidencia** Menor morbilidad y mortalidad neonatal, menor asfisia y trauma al nacimiento comparada con partos vaginales en recién nacidos con PBN (189-193).

## **8. Zidovudine para reducir el riesgo de transmisión vertical del VIH**

**Antecedentes** Los medicamentos antiretrovirales (ARV) reducen la replicación vírica y pueden reducir la transmisión maternoinfantil de VIH ya sea por reducción de la carga vírica en plasma en embarazadas o mediante profilaxis postexposición en sus recién nacidos. Sin ninguna intervención la infección por VIH es transmitida de la madre a su hija(o) hasta en un 48% de los casos.

**Tratamiento** Zidovudine: Durante el embarazo: 100 mg VO 5 veces al día iniciando en la semana 14-34 y continuar durante todo el embarazo. Durante la cesárea electiva: 2 mg/kg IV seguido de infusión continua de 1 mg/kg/hora hasta el parto. Después de la cesárea electiva: administrar al recién nacido 2 mg/kg cada 6 horas de jarabe durante 6 semanas, iniciando a las 8-12 horas después del parto.

**Evidencia** El uso de antiretrovirales reduce significativamente la transmisión vertical de la infección por el VIH de la madre a su hija(o), junto a otras intervenciones como cesárea electiva y uso de fórmula en todos los expuestos (194-199).

## 9. Manejo activo modificado del tercer período

**Antecedentes** El alumbramiento es el período que se extiende desde la salida del recién nacido hasta la expulsión de la placenta. Es un período de mucho riesgo y persiste como la principal causa de muerte materna debida a hemorragia en todo el mundo.

**Tratamiento** Ocitocina 5 a 10 UI, IM, o Metilergonovina 0.5 mg, IM, o Misoprostol 0.4 a 0.8 mg, VO + Tracción del cordón umbilical y contracción del útero + masaje uterino abdominal

**Evidencia** Todos ellos han demostrado que disminuye el sangrado y el número de transfusiones a la madre. Todos incrementan el riesgo de retención placentaria y anemia en el recién nacido. Los ocitócicos incrementan al doble la frecuencia de retención placentaria (200-207).

## 10. Pinzamiento tardío del cordón umbilical

**Antecedentes** La práctica de pinzar el cordón precozmente, antes que termine la transfusión placentaria o dentro los 10 a 15 segundos después del nacimiento, es aplicada con frecuencia en los establecimientos de salud. Esta práctica no tiene evidencia científica y es nociva para el bebé.

**Evidencia** El pinzamiento tardío del cordón umbilical, realizado entre los 2 y 3 minutos, es fisiológico e incrementa el hematocrito neonatal hasta en un 50%, cuando se le compara con el pinzamiento precoz. Aumenta las reservas de hierro del recién nacido disminuyendo la prevalencia de anemia en los primeros 4 a 6 meses de vida. Además mejora la oxigenación cerebral en recién nacidos prematuros en las primeras 24 horas de vida (208-211).

## 11. Reanimación neonatal con aire ambiental

**Antecedentes** La asfixia al nacer representa una de las primeras causas de mortalidad neonatal y de secuelas neurológicas a largo plazo. En América Latina y el Caribe más de 50,000 niños mueren cada año debido a la asfixia, representando el 29% del total de muertes en menores de 28 días. La reanimación neonatal inmediata y efectiva puede salvar la gran mayoría de estas muertes; sin embargo, muchas veces no contamos con el equipo adecuado y suministro de oxígeno en el lugar de la reanimación. Se ha sugerido que la reanimación puede ser igual de efectiva utilizando aire ambiental en lugar de oxígeno al 100%.

**Evidencia** El aire ambiental es tan bueno como el oxígeno al 100% para la reanimación de recién nacidos asfixiados disminuyendo su mortalidad (212-216).

## 12. Atención inmediata al recién nacido normal

**Antecedentes** A nivel mundial, entre 90-95% de los niños y niñas nacen en buenas condiciones y no requieren ningún procedimiento de reanimación, únicamente la atención inmediata que incluye: evitar su exposición al frío y no separar de su madre.

### Diagnóstico

- Respira o llora
- Buen tono muscular
- Coloración rosada (comienza a visualizarse a los 3 o 4 minutos de vida)

### Tratamiento Al nacer:

- Mantener la temperatura ambiental en sala de partos entre 28-30° C
- Secado y abrigo

- No aspirar boca ni nariz
- Al dejar de latir el cordón umbilical se liga con una cinta o clamp a 2-3 cm de la base y se corta con una tijera estéril
- Aplicar 1 mg de vitamina K1, intramuscular
- Profilaxis de infección ocular con nitrato de plata al 1% ó tetraciclina al 1% ó eritromicina
- Colocar brazaletes de identificación
- Mantener al recién nacido con su madre desde el nacimiento y amamantarlo en las primeras dos horas de vida.

**Evidencia** Los cuidados rutinarios e inmediatos a los recién nacidos sanos evitan hipotermia, hipoglicemia, anemia, enfermedad hemorrágica del recién nacido, infección ocular, cambio o pérdida de un recién nacido y retraso de la lactancia materna exclusiva (217-224).

### 13. Cuidado del cordón umbilical

**Antecedentes** La onfalitis es una de las principales causas de sepsis en el período neonatal, muchas veces secundaria a los cuidados tradicionales del cordón umbilical, la forma e instrumentos para su corte y la aplicación de apósitos con cremas, polvos, lociones, e incluso algunas hierbas. La onfalitis contribuye con la morbilidad y mortalidad neonatal en países en desarrollo. Para reducir la infección y mortalidad se utilizan diferentes alternativas: solamente mantenerlo seco, antisépticos, antibacterianos ó alcohol.

**Tratamiento** Solución antiséptica inicial (colorante triple o alcohol) y luego mantener limpio y seco.

**Evidencia** La aplicación de una solución antiséptica como el colorante triple (Tween 80, violeta genciana y sulfato de noflavina) o alcohol han resultado efectivos, aunque también puede utilizarse la clorhexidina o yodopovidona. El cuidado tradicional del cordón umbilical con la aplicación de leche humana parece no tener efectos adversos y se asocia con una caída más rápida. La aplicación de alcohol o de clorhexidina retrasa la caída. Durante epidemias de onfalitis el colorante triple ha sido más efectivo para su prevención, pero puede retardar su separación (225-231).

### 14. Cuidado de la piel al nacimiento

**Antecedentes** La superficie de la piel del recién nacido, el vernix y el líquido amniótico están llenos de sustancias que contribuyen a su protección contra la invasión bacteriana.

**Tratamiento** Para la higiene corporal en el recién nacido se recomienda:

- Evitar el baño inmediato de recién nacidos prematuros o de bajo peso.
- Evitar quitar el vernix de la piel.
- Los recién nacidos de término y estables pueden bañarse con esponja, no inmersión; cuidando de no mojar el cordón umbilical.
- La piel cabelluda se limpia cuidadosamente, así como el exceso de sangre.
- Puede limpiarse al bebé en caso de estar cubierto de sangre o líquido amniótico con un algodón impregnado con agua estéril y un jabón neutro no antiséptico.
- En caso de fetidez o sospecha de amnionitis realizar una higiene con jabón.
- Higiene cuidadosa de oídos, narinas y lugares de acumulación de sangre.

**Evidencia** La superficie de la piel, el vernix y el líquido amniótico protegen al recién nacido contra la invasión bacteriana al nacimiento (232-236).

# IV. Intervenciones después del parto

## 1. Tamizaje neonatal para hipotiroidismo

**Antecedentes** El hipotiroidismo se debe a la deficiencia de hormonas tiroideas circulantes y si esto se produce durante el desarrollo embrionario o en los primeros meses o años de la vida pueden tener una

grave repercusión en el desarrollo intelectual, somático, motor, óseo y funcional. En América Latina para el 2005, únicamente el 49% de los recién nacidos fueron tamizados para detectar hipotiroidismo congénito.

**Diagnóstico** El diagnóstico de Hipotiroidismo Neonatal se confirma por la demostración de una baja concentración de T4 (menor de 6.5 ug/dL; 3.7 nanomoles/litro) y un nivel elevado de TSH (mayor de 20 uU/ml) en suero. La mayor parte de los recién nacidos con alteraciones permanentes del tiroides tienen niveles de TSH mayores de 40 uU/ml. La prueba puede realizarse en sangre del cordón o luego de las primeras 24 horas de vida y antes del alta.

**Tratamiento** Levo-tiroxina 10-15 µg/kg/día hasta que se normalice la TSH, luego se ajusta la dosis.

**Evidencia** El diagnóstico muy temprano y tratamiento de los casos confirmados de hipotiroidismo reducen o eliminan los riesgos de padecer la enfermedad (237-242).

## **2. Detección y tratamiento de retinopatía del prematuro (ROP)**

**Antecedentes** Los recién nacidos con bajo peso al nacer y prematuros con una historia de suplementación prolongada de oxígeno o el uso de ventilación mecánica tienen mayores probabilidades de desarrollar retinopatía del prematuro. La ROP es el desarrollo anormal de los vasos sanguíneos en la retina que comúnmente comienza durante los primeros días de vida, pudiendo progresar rápidamente, causando ceguera en cuestión de semanas.

**Diagnóstico** Dilatación pupilar y oftalmoscopia indirecta, a las 4-6 semanas de vida.

**Tratamiento** El tratamiento para la ROP depende de la etapa en que se encuentre la condición.

**Evidencia** La prevención a exposición a niveles elevados de oxígeno, mediante el uso controlado de oxígeno o la oximetría de pulso pueden disminuir el número de recién nacidos con etapas graves e irreversibles (243-246).

## **3. Visita domiciliaria temprana para el cuidado del recién nacido**

**Antecedentes** Tres cuartas partes de todas las muertes neonatales ocurren en la primera semana de vida, 25 a 45% en las primeras 24 horas. También es el período en donde más muertes maternas ocurre; sin embargo, 47% de las madres y recién nacidos no reciben cuidados adecuados durante el nacimiento y 72% de los nacimientos no institucionales no reciben control postnatal. La importancia de brindar este cuidado en las primeras horas y días después del nacimiento no se le ha dado suficiente importancia. Este es el período en donde el continuo del cuidado es más frecuentemente interrumpido.

**Intervención** La OMS y UNICEF recomiendan al menos dos visitas domiciliarias para las madres y sus recién nacidos: la primera dentro de las primeras 24 horas (día 1) y otra posterior en el día 3. Si es posible una tercera visita a la primera semana de vida (día 7) debe ser realizada.

**Evidencia** Varios estudios han demostrado que las visitas tempranas en el hogar para el cuidado del recién nacido son efectivas en reducir mortalidad neonatal en poblaciones de alto riesgo. Además han mostrado mejoras en las prácticas claves del cuidado neonatal tales como el inicio de la lactancia materna, lactancia materna exclusiva, contacto piel a piel, retrasar el baño y mejorar la higiene,

## **Anexo 2**

# **Declaración y Convención de los Derechos del Niño.**

# Declaración de los derechos de los niños y adolescentes

Aprobado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) el 20 de noviembre de 1959, recoge diez principios fundamentales de protección al niño, proclamando derechos y libertades que los Estados deberían cumplir.

## **Preámbulo.**

Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre y en la dignidad y el valor de la persona humana, y su determinación de promover el progreso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad.

Considerando que las Naciones Unidas han proclamado en la Declaración Universal de Derechos Humanos, que toda persona tiene todos los derechos y libertades enunciados en ella, sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquiera otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Considerando que el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento.

Considerando que la necesidad de esa protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los convenios constitutivos de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar del niño.

Considerando que la humanidad debe al niño lo mejor que puede darle.

Proclama la presente Declaración de los Derechos del Niño a fin de que éste pueda tener una infancia feliz y gozar, en su propio bien y en bien de la sociedad, de los derechos y libertades que en ella se enuncian e insta a los padres, a los hombres y mujeres individualmente y a las organizaciones particulares, autoridades locales y gobiernos nacionales a que reconozcan esos derechos y luchen por su observancia con medidas legislativas y de otra índole adaptadas progresivamente en conformidad con los siguientes principios:

### ***Al reconocimiento de sus derechos***

El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta Declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.

### ***A la igualdad de oportunidades***

El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensados todos ellos por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.

### ***A su reconocimiento***

El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.

### ***A una atención adecuada***

El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social, tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto para él como para su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

### ***Al respeto y al amor***

El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene en conceder subsidios estatales o de otra índole.

### ***A una educación e igualdad de oportunidades***

El niño tiene derecho a recibir educación, que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, y llegar a ser un miembro útil de la sociedad.

### ***El niño debe en todas circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro***

### ***No al maltrato***

El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún otro tipo de trata. No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada; en ningún caso se le dedicará ni se le permitirá que se dedique a ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su salud o educación, o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

### ***Al respeto y la tolerancia***

El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, o religiosa o de cualquier índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes.

# Convención sobre los derechos del Niño

**(Texto completo)**

Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, del 20 de noviembre de 1989.

Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49.

## Preámbulo

Los Estados Partes en la presente Convención,

Considerando que, de conformidad con los principios proclamados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo se basan en el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana,

Teniendo presente que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre y en la dignidad y el valor de la persona humana, y que han decidido promover el progreso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad,

Reconociendo que las Naciones Unidas han proclamado y acordado en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los pactos internacionales de derechos humanos, que toda persona tiene todos los derechos y libertades enunciados en ellos, sin distinción alguna, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición,

Recordando que en la Declaración Universal de Derechos Humanos las Naciones Unidas proclamaron que la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales,

Convencidos de que la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad,

Reconociendo que el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión,

Considerando que el niño debe estar plenamente preparado para una vida independiente en sociedad y ser educado en el espíritu de los ideales proclamados en la Carta de las Naciones Unidas y, en particular, en un espíritu de paz, dignidad, tolerancia, libertad, igualdad y solidaridad,

Teniendo presente que la necesidad de proporcionar al niño una protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959, y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (en particular, en los artículos 23 y 24), en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en particular, en el artículo 10) y en los estatutos e instrumentos pertinentes de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar del niño,

Teniendo presente que, como se indica en la Declaración de los Derechos del Niño, "el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento",

Recordando lo dispuesto en la Declaración sobre los principios sociales y jurídicos relativos a la protección y el bienestar de los niños, con particular referencia a la adopción y la colocación en hogares de guarda, en los planos nacional e internacional; las Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la justicia de menores (Reglas de Beijing); y la Declaración sobre la protección de la mujer y el niño en estados de emergencia o de conflicto armado,

Reconociendo que en todos los países del mundo hay niños que viven en condiciones excepcionalmente difíciles y que esos niños necesitan especial consideración,

Teniendo debidamente en cuenta la importancia de las tradiciones y los valores culturales de cada pueblo para la protección y el desarrollo armonioso del niño,

Reconociendo la importancia de la cooperación internacional para el mejoramiento de las condiciones de vida de los niños en todos los países, en particular en los países en desarrollo,

Han convenido en lo siguiente:

## PARTE I

### Artículo 1

Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

### Artículo 2

1. Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos,

el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.

2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares.

#### Artículo 3

1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.
2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.
3. Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.

#### Artículo 4

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención. En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes adoptarán esas medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional.

#### Artículo 5

Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención.

#### Artículo 6

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.

#### Artículo 7

1. El niño será inscripto inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos.
2. Los Estados Partes velarán por la aplicación de estos derechos de conformidad con su legislación nacional y las obligaciones que hayan contraído en virtud de los instrumentos internacionales pertinentes en esta esfera, sobre todo cuando el niño resultara de otro modo apátrida.

#### Artículo 8

1. Los Estados Partes se comprometen a respetar el derecho del niño a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares de conformidad con la ley sin injerencias ilícitas.
2. Cuando un niño sea privado ilegalmente de algunos de los elementos de su identidad o de todos ellos, los Estados Partes deberán prestar la asistencia y protección apropiadas con miras a restablecer rápidamente su identidad.

#### Artículo 9

1. Los Estados Partes velarán porque el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño. Tal determinación puede ser necesaria en casos particulares, por ejemplo, en los casos en que el niño sea objeto de maltrato o descuido por parte de sus padres o cuando éstos viven separados y debe adoptarse una decisión acerca del lugar de residencia del niño.
2. En cualquier procedimiento entablado de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo, se ofrecerá a todas las partes interesadas la oportunidad de participar en él y de dar a conocer sus opiniones.
3. Los Estados Partes respetarán el derecho del niño que esté separado de uno o de ambos padres a mantener relaciones personales y contacto directo con ambos padres de modo regular, salvo si ello es contrario al interés superior del niño.
4. Cuando esa separación sea resultado de una medida adoptada por un Estado Parte, como la detención, el encarcelamiento, el exilio, la deportación o la muerte (incluido el fallecimiento debido a cualquier causa mientras la persona esté bajo la custodia del Estado) de uno de los padres del niño, o de ambos, o del niño, el Estado Parte proporcionará, cuando se le pida, a los padres, al niño o, si procede, a otro familiar, información básica acerca del paradero del familiar o familiares ausentes, a no ser que ello resultase perjudicial para el bienestar del niño. Los Estados Partes se cerciorarán, además, de que la presentación de tal petición no entrañe por sí misma consecuencias desfavorables para la persona o personas interesadas.

#### Artículo 10

1. De conformidad con la obligación que incumbe a los Estados Partes a tenor de lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 9, toda solicitud hecha por un niño o por sus padres para entrar en un Estado Parte o para salir de él a los efectos de la reunión de la familia será atendida por los Estados Partes de manera positiva, humanitaria y expeditiva. Los Estados Partes garantizarán, además, que la presentación de tal petición no traerá consecuencias desfavorables para los peticionarios ni para sus familiares.
2. El niño cuyos padres residan en Estados diferentes tendrá derecho a mantener periódicamente, salvo en circunstancias excepcionales, relaciones personales y contactos directos con ambos padres. Con tal fin, y de conformidad con la obligación asumida por los Estados Partes en virtud del párrafo 1 del artículo 9, los Estados Partes respetarán el derecho del niño y de sus padres a salir de cualquier país, incluido el propio, y de entrar en su propio país. El derecho de salir de cualquier país estará sujeto solamente a las restricciones estipuladas por ley y que sean necesarias para proteger la seguridad nacional, el orden público, la salud o la moral públicas o los derechos y libertades de otras personas y que estén en consonancia con los demás derechos reconocidos por la presente Convención.

#### Artículo 11

1. Los Estados Partes adoptarán medidas para luchar contra los traslados ilícitos de niños al extranjero y la retención ilícita de niños en el extranjero.
2. Para este fin, los Estados Partes promoverán la concertación de acuerdos bilaterales o multilaterales o la adhesión a acuerdos existentes.

#### Artículo 12

1. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.
2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.

#### Artículo 13

- a) El niño tendrá derecho a la libertad de expresión; ese derecho incluirá la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o impresas, en forma artística o por cualquier otro medio elegido por el niño.

- b) El ejercicio de tal derecho podrá estar sujeto a ciertas restricciones, que serán únicamente las que la ley prevea y sean necesarias:
  - a) Para el respeto de los derechos o la reputación de los demás; o
  - b) Para la protección de la seguridad nacional o el orden público o para proteger la salud o la moral públicas.

#### Artículo 14

1. Los Estados Partes respetarán el derecho del niño a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión.
2. Los Estados Partes respetarán los derechos y deberes de los padres y, en su caso, de los representantes legales, de guiar al niño en el ejercicio de su derecho de modo conforme a la evolución de sus facultades.
3. La libertad de profesar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la moral o la salud públicos o los derechos y libertades fundamentales de los demás.

#### Artículo 15

1. Los Estados Partes reconocen los derechos del niño a la libertad de asociación y a la libertad de celebrar reuniones pacíficas.
2. No se impondrán restricciones al ejercicio de estos derechos distintas de las establecidas de conformidad con la ley y que sean necesarias en una sociedad democrática, en interés de la seguridad nacional o pública, el orden público, la protección de la salud y la moral públicas o la protección de los derechos y libertades de los demás.

#### Artículo 16

1. Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia ni de ataques ilegales a su honra y a su reputación.
2. El niño tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques.

#### Artículo 17

Los Estados Partes reconocen la importante función que desempeñan los medios de comunicación y velarán por que el niño tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental. Con tal objeto, los Estados Partes:

- a) Alentarán a los medios de comunicación a difundir información y materiales de interés social y cultural para el niño, de conformidad con el espíritu del artículo 29;

- b) Promoverán la cooperación internacional en la producción, el intercambio y la difusión de esa información y esos materiales procedentes de diversas fuentes culturales, nacionales e internacionales;
- c) Alentarán la producción y difusión de libros para niños;
- d) Alentarán a los medios de comunicación a que tengan particularmente en cuenta las necesidades lingüísticas del niño perteneciente a un grupo minoritario o que sea indígena;
- e) Promoverán la elaboración de directrices apropiadas para proteger al niño contra toda información y material perjudicial para su bienestar, teniendo en cuenta las disposiciones de los artículos 13 y 18.

#### Artículo 18

1. Los Estados Partes pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño.
2. A los efectos de garantizar y promover los derechos enunciados en la presente Convención, los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a los padres y a los representantes legales para el desempeño de sus funciones en lo que respecta a la crianza del niño y velarán por la creación de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los niños.
3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para que los niños cuyos padres trabajan tengan derecho a beneficiarse de los servicios e instalaciones de guarda de niños para los que reúnan las condiciones requeridas.

#### Artículo 19

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.
2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

#### Artículo 20

1. Los niños temporal o permanentemente privados de su medio familiar, o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio, tendrán derecho a la protección y asistencia especiales del Estado.
2. Los Estados Partes garantizarán, de conformidad con sus leyes nacionales, otros tipos de cuidado para esos niños.
3. Entre esos cuidados figurarán, entre otras cosas, la colocación en hogares de guarda, la kafala del derecho islámico, la adopción o de ser necesario, la colocación en instituciones adecuadas de protección de menores. Al considerar las soluciones, se prestará particular atención a la conveniencia de que haya continuidad en la educación del niño y a su origen étnico, religioso, cultural y lingüístico.

#### Artículo 21

Los Estados Partes que reconocen o permiten el sistema de adopción cuidarán de que el interés superior del niño sea la consideración primordial y:

- a) Velarán por que la adopción del niño sólo sea autorizada por las autoridades competentes, las que determinarán, con arreglo a las leyes y a los procedimientos aplicables y sobre la base de toda la información pertinente y fidedigna, que la adopción es admisible en vista de la situación jurídica del niño en relación con sus padres, parientes y representantes legales y que, cuando así se requiera, las personas interesadas hayan dado con conocimiento de causa su consentimiento a la adopción sobre la base del asesoramiento que pueda ser necesario;
- b) Reconocerán que la adopción en otro país puede ser considerada como otro medio de cuidar del niño, en el caso de que éste no pueda ser colocado en un hogar de guarda o entregado a una familia adoptiva o no pueda ser atendido de manera adecuada en el país de origen;
- c) Velarán por que el niño que haya de ser adoptado en otro país goce de salvaguardias y normas equivalentes a las existentes respecto de la adopción en el país de origen;
- d) Adoptarán todas las medidas apropiadas para garantizar que, en el caso de adopción en otro país, la colocación no dé lugar a beneficios financieros indebidos para quienes participan en ella;
- e) Promoverán, cuando corresponda, los objetivos del presente artículo mediante la concertación de arreglos o acuerdos bilaterales o multilaterales y se esforzarán, dentro de este marco, por garantizar que la colocación del niño en otro país se efectúe por medio de las autoridades u organismos competentes.

#### Artículo 22

1. Los Estados Partes adoptarán medidas adecuadas para lograr que el niño que trate de obtener el estatuto de refugiado o que sea considerado refugiado de conformidad con el derecho y los procedimientos internacionales o internos aplicables reciba, tanto si está solo como si está acompañado de sus padres o de cualquier otra persona, la protección y la asistencia humanitaria adecuadas para el disfrute de los derechos pertinentes enunciados en la presente

Convención y en otros instrumentos internacionales de derechos humanos o de carácter humanitario en que dichos Estados sean partes.

2. A tal efecto los Estados Partes cooperarán, en la forma que estimen apropiada, en todos los esfuerzos de las Naciones Unidas y demás organizaciones intergubernamentales competentes u organizaciones no gubernamentales que cooperen con las Naciones Unidas por proteger y ayudar a todo niño refugiado y localizar a sus padres o a otros miembros de su familia, a fin de obtener la información necesaria para que se reúna con su familia. En los casos en que no se pueda localizar a ninguno de los padres o miembros de la familia, se concederá al niño la misma protección que a cualquier otro niño privado permanente o temporalmente de su medio familiar, por cualquier motivo, como se dispone en la presente Convención.

#### Artículo 23

1. Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.
2. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él.
3. En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se preste conforme al párrafo 2 del presente artículo será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del niño, y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible.
4. Los Estados Partes promoverán, con espíritu de cooperación internacional, el intercambio de información adecuada en la esfera de la atención sanitaria preventiva y del tratamiento médico, psicológico y funcional de los niños impedidos, incluida la difusión de información sobre los métodos de rehabilitación y los servicios de enseñanza y formación profesional, así como el acceso a esa información a fin de que los Estados Partes puedan mejorar su capacidad y conocimientos y ampliar su experiencia en estas esferas. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

#### Artículo 24

1. 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 esforzarán 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, 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 la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible 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 prenatal y postnatal apropiada a las madres;
  - 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 sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.
3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.
4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

#### Artículo 25

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

#### Artículo 26

1. Los Estados Partes reconocerán a todos los niños el derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social, y adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con su legislación nacional.
2. Las prestaciones deberían concederse, cuando corresponda, teniendo en cuenta los recursos y la situación del niño y de las personas que sean responsables del mantenimiento del niño, así

como cualquier otra consideración pertinente a una solicitud de prestaciones hecha por el niño o en su nombre.

#### Artículo 27

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.
2. A los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño.
3. Los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda.
4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar el pago de la pensión alimenticia por parte de los padres u otras personas que tengan la responsabilidad financiera por el niño, tanto si viven en el Estado Parte como si viven en el extranjero. En particular, cuando la persona que tenga la responsabilidad financiera por el niño resida en un Estado diferente de aquel en que resida el niño, los Estados Partes promoverán la adhesión a los convenios internacionales o la concertación de dichos convenios, así como la concertación de cualesquiera otros arreglos apropiados.

#### Artículo 28

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a la educación y, a fin de que se pueda ejercer progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades ese derecho, deberán en particular:
  - a) Implantar la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos;
  - b) Fomentar el desarrollo, en sus distintas formas, de la enseñanza secundaria, incluida la enseñanza general y profesional, hacer que todos los niños dispongan de ella y tengan acceso a ella y adoptar medidas apropiadas tales como la implantación de la enseñanza gratuita y la concesión de asistencia financiera en caso de necesidad;
  - c) Hacer la enseñanza superior accesible a todos, sobre la base de la capacidad, por cuantos medios sean apropiados;
  - d) Hacer que todos los niños dispongan de información y orientación en cuestiones educacionales y profesionales y tengan acceso a ellas;
  - e) Adoptar medidas para fomentar la asistencia regular a las escuelas y reducir las tasas de deserción escolar.

2. Los Estados Partes adoptarán cuantas medidas sean adecuadas para velar por que la disciplina escolar se administre de modo compatible con la dignidad humana del niño y de conformidad con la presente Convención.
3. Los Estados Partes fomentarán y alentarán la cooperación internacional en cuestiones de educación, en particular a fin de contribuir a eliminar la ignorancia y el analfabetismo en todo el mundo y de facilitar el acceso a los conocimientos técnicos y a los métodos modernos de enseñanza. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

#### Artículo 29

1. Los Estados Partes convienen en que la educación del niño deberá estar encaminada a:
  - a) Desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades;
  - b) Inculcar al niño el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales y de los principios consagrados en la Carta de las Naciones Unidas;
  - c) Inculcar al niño el respeto de sus padres, de su propia identidad cultural, de su idioma y sus valores, de los valores nacionales del país en que vive, del país de que sea originario y de las civilizaciones distintas de la suya;
  - d) Preparar al niño para asumir una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de comprensión, paz, tolerancia, igualdad de los sexos y amistad entre todos los pueblos, grupos étnicos, nacionales y religiosos y personas de origen indígena;
  - e) Inculcar al niño el respeto del medio ambiente natural.
2. Nada de lo dispuesto en el presente artículo o en el artículo 28 se interpretará como una restricción de la libertad de los particulares y de las entidades para establecer y dirigir instituciones de enseñanza, a condición de que se respeten los principios enunciados en el párrafo 1 del presente artículo y de que la educación impartida en tales instituciones se ajuste a las normas mínimas que prescriba el Estado.

#### Artículo 30

En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas o personas de origen indígena, no se negará a un niño que pertenezca a tales minorías o que sea indígena el derecho que le corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión, o a emplear su propio idioma.

#### Artículo 31

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes.

2. Los Estados Partes respetarán y promoverán el derecho del niño a participar plenamente en la vida cultural y artística y propiciarán oportunidades apropiadas, en condiciones de igualdad, de participar en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento.

#### Artículo 32

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.
2. Los Estados Partes adoptarán medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales para garantizar la aplicación del presente artículo. Con ese propósito y teniendo en cuenta las disposiciones pertinentes de otros instrumentos internacionales, los Estados Partes, en particular:
  - a) Fijarán una edad o edades mínimas para trabajar;
  - b) Dispondrán la reglamentación apropiada de los horarios y condiciones de trabajo;
  - c) Estipularán las penalidades u otras sanciones apropiadas para asegurar la aplicación efectiva del presente artículo.

#### Artículo 33

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias.

#### Artículo 34

Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales. Con este fin, los Estados Partes tomarán, en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir:

- a) La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal;
- b) La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales;
- c) La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos.

#### Artículo 35

Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir el secuestro, la venta o la trata de niños para cualquier fin o en cualquier forma.

#### Artículo 36

Los Estados Partes protegerán al niño contra todas las demás formas de explotación que sean perjudiciales para cualquier aspecto de su bienestar.

#### Artículo 37

Los Estados Partes velarán porque:

- a) Ningún niño sea sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. No se impondrá la pena capital ni la de prisión perpetua sin posibilidad de excarcelación por delitos cometidos por menores de 18 años de edad;
- b) Ningún niño sea privado de su libertad ilegal o arbitrariamente. La detención, el encarcelamiento o la prisión de un niño se llevará a cabo de conformidad con la ley y se utilizará tan sólo como medida de último recurso y durante el período más breve que proceda;
- c) Todo niño privado de libertad sea tratado con la humanidad y el respeto que merece la dignidad inherente a la persona humana, y de manera que se tengan en cuenta las necesidades de las personas de su edad. En particular, todo niño privado de libertad estará separado de los adultos, a menos que ello se considere contrario al interés superior del niño, y tendrá derecho a mantener contacto con su familia por medio de correspondencia y de visitas, salvo en circunstancias excepcionales;
- d) Todo niño privado de su libertad tenga derecho a un pronto acceso a la asistencia jurídica y otra asistencia adecuada, así como derecho a impugnar la legalidad de la privación de su libertad ante un tribunal u otra autoridad competente, independiente e imparcial y a una pronta decisión sobre dicha acción.

#### Artículo 38

1. Los Estados Partes se comprometen a respetar y velar por que se respeten las normas del derecho internacional humanitario que les sean aplicables en los conflictos armados y que sean pertinentes para el niño.
2. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas posibles para asegurar que las personas que aún no hayan cumplido los 15 años de edad no participen directamente en las hostilidades.
3. Los Estados Partes se abstendrán de reclutar en las fuerzas armadas a las personas que no hayan cumplido los 15 años de edad. Si reclutan personas que hayan cumplido 15 años, pero que sean menores de 18, los Estados Partes procurarán dar prioridad a los de más edad.
4. De conformidad con las obligaciones dimanadas del derecho internacional humanitario de proteger a la población civil durante los conflictos armados, los Estados Partes adoptarán todas las medidas posibles para asegurar la protección y el cuidado de los niños afectados por un conflicto armado.

#### Artículo 39

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño.

#### Artículo 40

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño de quien se alegue que ha infringido las leyes penales o a quien se acuse o declare culpable de haber infringido esas leyes a ser tratado de manera acorde con el fomento de su sentido de la dignidad y el valor, que fortalezca el respeto del niño por los derechos humanos y las libertades fundamentales de terceros y en la que se tengan en cuenta la edad del niño y la importancia de promover la reintegración del niño y de que éste asuma una función constructiva en la sociedad.
2. Con este fin, y habida cuenta de las disposiciones pertinentes de los instrumentos internacionales, los Estados Partes garantizarán, en particular:
  - a) Que no se alegue que ningún niño ha infringido las leyes penales, ni se acuse o declare culpable a ningún niño de haber infringido esas leyes, por actos u omisiones que no estaban prohibidos por las leyes nacionales o internacionales en el momento en que se cometieron;
  - b) Que a todo niño del que se alegue que ha infringido las leyes penales o a quien se acuse de haber infringido esas leyes se le garantice, por lo menos, lo siguiente:
    - i. Que se lo presumirá inocente mientras no se pruebe su culpabilidad conforme a la ley;
    - ii. Que será informado sin demora y directamente o, cuando sea procedente, por intermedio de sus padres o sus representantes legales, de los cargos que pesan contra él y que dispondrá de asistencia jurídica u otra asistencia apropiada en la preparación y presentación de su defensa;
    - iii. Que la causa será dirimida sin demora por una autoridad u órgano judicial competente, independiente e imparcial en una audiencia equitativa conforme a la ley, en presencia de un asesor jurídico u otro tipo de asesor adecuado y, a menos que se considere que ello fuere contrario al interés superior del niño, teniendo en cuenta en particular su edad o situación y a sus padres o representantes legales;
    - iv. Que no será obligado a prestar testimonio o a declararse culpable, que podrá interrogar o hacer que se interroge a testigos de cargo y obtener la participación y el interrogatorio de testigos de descargo en condiciones de igualdad;
    - v. Si se considere que ha infringido, en efecto, las leyes penales, que esta decisión y toda medida impuesta a consecuencia de ella, serán sometidas a una autoridad u órgano judicial superior competente, independiente e imparcial, conforme a la ley;
    - vi. Que el niño contará con la asistencia gratuita de un intérprete si no comprende o no habla el idioma utilizado;
    - vii. Que se respetará plenamente su vida privada en todas las fases del procedimiento.

3. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para promover el establecimiento de leyes, procedimientos, autoridades e instituciones específicos para los niños de quienes se alegue que han infringido las leyes penales o a quienes se acuse o declare culpables de haber infringido esas leyes, y en particular:
  - a) El establecimiento de una edad mínima antes de la cual se presumirá que los niños no tienen capacidad para infringir las leyes penales;
  - b) Siempre que sea apropiado y deseable, la adopción de medidas para tratar a esos niños sin recurrir a procedimientos judiciales, en el entendimiento de que se respetarán plenamente los derechos humanos y las garantías legales.
4. Se dispondrá de diversas medidas, tales como el cuidado, las órdenes de orientación y supervisión, el asesoramiento, la libertad vigilada, la colocación en hogares de guarda, los programas de enseñanza y formación profesional, así como otras posibilidades alternativas a la internación en instituciones, para asegurar que los niños sean tratados de manera apropiada para su bienestar y que guarde proporción tanto con sus circunstancias como con la infracción.

#### Artículo 41

Nada de lo dispuesto en la presente Convención afectará a las disposiciones que sean más conducentes a la realización de los derechos del niño y que puedan estar recogidas en:

- a) El derecho de un Estado Parte; o
- b) El derecho internacional vigente con respecto a dicho Estado.

## PARTE II

#### Artículo 42

Los Estados Partes se comprometen a dar a conocer ampliamente los principios y disposiciones de la Convención por medios eficaces y apropiados, tanto a los adultos como a los niños.

#### Artículo 43

1. Con la finalidad de examinar los progresos realizados en el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los Estados Partes en la presente Convención, se establecerá un Comité de los Derechos del Niño que desempeñará las funciones que a continuación se estipulan.
2. El Comité estará integrado por diez expertos de gran integridad moral y reconocida competencia en las esferas reguladas por la presente Convención. Los miembros del Comité serán elegidos por los Estados Partes entre sus nacionales y ejercerán sus funciones a título personal, teniéndose debidamente en cuenta la distribución geográfica, así como los principales sistemas jurídicos.

3. Los miembros del Comité serán elegidos, en votación secreta, de una lista de personas designadas por los Estados Partes. Cada Estado Parte podrá designar a una persona escogida entre sus propios nacionales.
4. La elección inicial se celebrará a más tardar seis meses después de la entrada en vigor de la presente Convención y ulteriormente cada dos años. Con cuatro meses, como mínimo, de antelación respecto de la fecha de cada elección, el Secretario General de las Naciones Unidas dirigirá una carta a los Estados Partes invitándolos a que presenten sus candidaturas en un plazo de dos meses. El Secretario General preparará después una lista en la que figurarán por orden alfabético todos los candidatos propuestos, con indicación de los Estados Partes que los hayan designado, y la comunicará a los Estados Partes en la presente Convención.
5. Las elecciones se celebrarán en una reunión de los Estados Partes convocada por el Secretario General en la Sede de las Naciones Unidas. En esa reunión, en la que la presencia de dos tercios de los Estados Partes constituirá quórum, las personas seleccionadas para formar parte del Comité serán aquellos candidatos que obtengan el mayor número de votos y una mayoría absoluta de los votos de los representantes de los Estados Partes presentes y votantes.
6. Los miembros del Comité serán elegidos por un período de cuatro años. Podrán ser reelegidos si se presenta de nuevo su candidatura. El mandato de cinco de los miembros elegidos en la primera elección expirará al cabo de dos años; inmediatamente después de efectuada la primera elección, el presidente de la reunión en que ésta se celebre elegirá por sorteo los nombres de esos cinco miembros.
7. Si un miembro del Comité fallece o dimita o declara que por cualquier otra causa no puede seguir desempeñando sus funciones en el Comité, el Estado Parte que propuso a ese miembro designará entre sus propios nacionales a otro experto para ejercer el mandato hasta su término, a reserva de la aprobación del Comité.
8. El Comité adoptará su propio reglamento.
9. El Comité elegirá su Mesa por un período de dos años.
10. Las reuniones del Comité se celebrarán normalmente en la Sede de las Naciones Unidas o en cualquier otro lugar conveniente que determine el Comité. El Comité se reunirá normalmente todos los años. La duración de las reuniones del Comité será determinada y revisada, si procediera, por una reunión de los Estados Partes en la presente Convención, a reserva de la aprobación de la Asamblea General.
11. El Secretario General de las Naciones Unidas proporcionará el personal y los servicios necesarios para el desempeño eficaz de las funciones del Comité establecido en virtud de la presente Convención.
12. Previa aprobación de la Asamblea General, los miembros del Comité establecido en virtud de la presente Convención recibirán emolumentos con cargo a los fondos de las Naciones Unidas, según las condiciones que la Asamblea pueda establecer.

#### Artículo 44

1. Los Estados Partes se comprometen a presentar al Comité, por conducto del Secretario General de las Naciones Unidas, informes sobre las medidas que hayan adoptado para dar efecto a los derechos reconocidos en la Convención y sobre el progreso que hayan realizado en cuanto al goce de esos derechos:
  - a. En el plazo de dos años a partir de la fecha en la que para cada Estado Parte haya entrado en vigor la presente Convención;
  - b. En lo sucesivo, cada cinco años.
2. Los informes preparados en virtud del presente artículo deberán indicar las circunstancias y dificultades, si las hubiere, que afecten al grado de cumplimiento de las obligaciones derivadas de la presente Convención. Deberán asimismo, contener información suficiente para que el Comité tenga cabal comprensión de la aplicación de la Convención en el país de que se trate.
3. Los Estados Partes que hayan presentado un informe inicial completo al Comité no necesitan repetir, en sucesivos informes presentados de conformidad con lo dispuesto en el inciso b) del párrafo 1 del presente artículo, la información básica presentada anteriormente.
4. El Comité podrá pedir a los Estados Partes más información relativa a la aplicación de la Convención.
5. El Comité presentará cada dos años a la Asamblea General de las Naciones Unidas, por conducto del Consejo Económico y Social, informes sobre sus actividades.
6. Los Estados Partes darán a sus informes una amplia difusión entre el público de sus países respectivos.

#### Artículo 45

Con objeto de fomentar la aplicación efectiva de la Convención y de estimular la cooperación internacional en la esfera regulada por la Convención:

- a) Los organismos especializados, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y demás órganos de las Naciones Unidas tendrán derecho a estar representados en el examen de la aplicación de aquellas disposiciones de la presente Convención comprendidas en el ámbito de su mandato. El Comité podrá invitar a los organismos especializados, al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y a otros órganos competentes que considere apropiados a que proporcionen asesoramiento especializado sobre la aplicación de la Convención en los sectores que son de incumbencia de sus respectivos mandatos. El Comité podrá invitar a los organismos especializados, al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y demás órganos de las Naciones Unidas a que presenten informes sobre la aplicación de aquellas disposiciones de la presente Convención comprendidas en el ámbito de sus actividades;
- b) El Comité transmitirá, según estime conveniente, a los organismos especializados, al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y a otros órganos competentes, los informes de los

Estados Partes que contengan una solicitud de asesoramiento o de asistencia técnica, o en los que se indique esa necesidad, junto con las observaciones y sugerencias del Comité, si las hubiere, acerca de esas solicitudes o indicaciones;

- c) El Comité podrá recomendar a la Asamblea General que pida al Secretario General que efectúe, en su nombre, estudios sobre cuestiones concretas relativas a los derechos del niño;
- d) El Comité podrá formular sugerencias y recomendaciones generales basadas en la información recibida en virtud de los artículos 44 y 45 de la presente Convención. Dichas sugerencias y recomendaciones generales deberán transmitirse a los Estados Partes interesados y notificarse a la Asamblea General, junto con los comentarios, si los hubiere, de los Estados Partes.

### PARTE III

#### Artículo 46

La presente Convención estará abierta a la firma de todos los Estados.

#### Artículo 47

La presente Convención está sujeta a ratificación. Los instrumentos de ratificación se depositarán en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

#### Artículo 48

La presente Convención permanecerá abierta a la adhesión de cualquier Estado. Los instrumentos de adhesión se depositarán en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

#### Artículo 49

1. La presente Convención entrará en vigor el trigésimo día siguiente a la fecha en que haya sido depositado el vigésimo instrumento de ratificación o de adhesión en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.
2. Para cada Estado que ratifique la Convención o se adhiera a ella después de haber sido depositado el vigésimo instrumento de ratificación o de adhesión, la Convención entrará en vigor el trigésimo día después del depósito por tal Estado de su instrumento de ratificación o adhesión.

#### Artículo 50

1. Todo Estado Parte podrá proponer una enmienda y depositarla en poder del Secretario General de las Naciones Unidas. El Secretario General comunicará la enmienda propuesta a los Estados Partes, pidiéndoles que les notifiquen si desean que se convoque una conferencia de Estados Partes con el fin de examinar la propuesta y someterla a votación. Si dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha de esa notificación un tercio, al menos, de los Estados

Partes se declara en favor de tal conferencia, el Secretario General convocará una conferencia con el auspicio de las Naciones Unidas. Toda enmienda adoptada por la mayoría de Estados Partes, presentes y votantes en la conferencia, será sometida por el Secretario General a la Asamblea General de las Naciones Unidas para su aprobación.

2. Toda enmienda adoptada de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo entrará en vigor cuando haya sido aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y aceptada por una mayoría de dos tercios de los Estados Partes.
3. Cuando las enmiendas entren en vigor serán obligatorias para los Estados Partes que las hayan aceptado, en tanto que los demás Estados Partes seguirán obligados por las disposiciones de la presente Convención y por las enmiendas anteriores que hayan aceptado.

#### Artículo 51

1. El Secretario General de las Naciones Unidas recibirá y comunicará a todos los Estados el texto de las reservas formuladas por los Estados en el momento de la ratificación o de la adhesión.
2. No se aceptará ninguna reserva incompatible con el objeto y el propósito de la presente Convención.
3. Toda reserva podrá ser retirada en cualquier momento por medio de una notificación hecha a ese efecto y dirigida al Secretario General de las Naciones Unidas, quien informará a todos los Estados. Esa notificación surtirá efecto en la fecha de su recepción por el Secretario General.

#### Artículo 52

Todo Estado Parte podrá denunciar la presente Convención mediante notificación hecha por escrito al Secretario General de las Naciones Unidas. La denuncia surtirá efecto un año después de la fecha en que la notificación haya sido recibida por el Secretario General.

#### Artículo 53

Se designa depositario de la presente Convención al Secretario General de las Naciones Unidas.

#### Artículo 54

El original de la presente Convención, cuyos textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso son igualmente auténticos, se depositará en poder del Secretario General de las Naciones Unidas. EN TESTIMONIO DE LO CUAL, los infrascritos plenipotenciarios, debidamente autorizados para ello por sus respectivos gobiernos, han firmado la presente Convención.