



Normas
nacionales
Para la Atención
del menor de 5 años



Serie de Normas Nacionales No. 1



**NORMAS NACIONALES
Y PROCEDIMIENTOS
PARA LA ATENCION
AL MENOR DE 5 AÑOS**

**República Dominicana
1998**

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
Normas Nacionales y Procedimientos
para la Atención al Menor de 5 Años
SESPAS, c1998, 120 p.

1. Normas Nacionales
2. Ambito de Aplicación
3. Normas de Vigilancia y Atención
4. Regulaciones

©1998

Primera Edición, SESPAS

2da Re-impresión, 2001

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
Santo Domingo, República Dominicana.
Avenida San Cristóbal, Esquina Tiradentes.

Edición al cuidado de: Comisión Especial para las Normas Nacionales, SESPAS
Concepción Editorial y Diseño: María Eugenia Sús Piedrahíta
Diseño de Portada y Diagramación: Luis Manuel Espinosa
Impreso en República Dominicana por Editora Universal, C. por A.

La publicación de la presente edición de estas Normas ha contado
con el auspicio del Programa de Modernización y Reestauración
del Sector Salud, que ejecuta la Comisión Ejecutiva para la Reforma
del Sector Salud -CERSS-

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

- Dirección Nacional de Salud
- Dirección General de Planificación y Sistemas de Salud
- Dirección General de Hospitales
- Dirección General de Epidemiología
- Dirección General Materno - Infantil
- Dirección General de Atención Primaria de Salud
- Dirección General de Promoción y Educación en Salud
- Comisión Nacional de Población y Familia
- Departamento Nacional de Laboratorios y Bancos de Sangre
- Departamento Nacional de Enfermería
- Programa de Control de las Enfermedades Diarreicas
- Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA
- Servicio Nacional de Control de Malaria - Dengue
- Programa de Control de las Infecciones Respiratorias Agudas
- Programa Ampliado de Inmunizaciones
- Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
- Programa de Lactancia Materna
- Programa de Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo
- Programa de Salud Escolar

**HOSPITALES Y ENTIDADES
DE SERVICIOS DE SALUD
DE REPUBLICA DOMINICANA**

SOCIEDADES DE CONSULTA NACIONAL

- Sociedad Dominicana de Infectología
Filial Asociación Médica Dominicana
- Sociedad Dominicana de Pediatría
Filial Asociación Médica Dominicana
- Sociedad Dominicana de Ginecología y Obstetricia
Filial Asociación Médica Dominicana
- Asociación Nacional de Hospitales y Clínicas Privadas
(ANDECLIP)

ORGANISMOS DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de Salud (OPS/OMS)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Población (FNUAP)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
- Agencia Interamericana para el Desarrollo (AID)
- Consejo Latino - Americano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)

INDICE DE CONTENIDO

PRESENTACION	7
I. INTRODUCCION	9
II. OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GENERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	17
III. BASE LEGAL	21
IV. AMBITO DE APLICACION Y UNIDAD EJECUTORA	25
V. ESPECIFICACIONES DE LAS NORMAS	31
VI. BIBLIOGRAFIA	113

PRESENTACIÓN

Con la aprobación de la Ley General de Salud (42-01) y el Sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01), la República Dominicana instala un nuevo sistema de salud, donde se reafirma el papel rector de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), a la vez que demanda de todo el sector salud, nuevas formas de práctica de la medicina en todo el territorio nacional, donde los servicios que se presten sean de calidad, especialmente, los que se ofertan a los sectores marginados social y económicamente.

La actual gestión ha asumido el reto de garantizar estos servicios de calidad y con calidez. En tal virtud, la SESPAS, haciendo cumplir lo emanado por la Constitución y las leyes, pone en circulación una reimpresión de la **Serie de Normas Nacionales de Atención al Menor de 5 años**, la cual reglamenta los programas y servicios que intervienen en la prevención, control y manejo de las entidades vinculadas a la mortalidad infantil y disminuir así las muertes evitables.

Estas **Normas**, que son aplicables en todo el ámbito nacional, contribuirán de manera significativa a la creación en el país de una **cultura de uso de normas**, donde los servicios de atención se estandaricen y el beneficio redunde por igual tanto en el usuario como el prestador de los servicios.

Las **Normas Nacionales** son un instrumento formidable, ya que unifican los criterios, diagnósticos y tratamientos.

Ponemos en sus manos la 2ª reimpresión de las Normas nacionales de atención al de 5 años, fruto de un esfuerzo compartido entre los técnicos de la SESPAS y los/las colaboradores (as) de las diferentes instituciones en todo el país.

Agradezco a la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS) su colaboración sin la cual no hubiese sido posible esta edición.

Dr. José Rodríguez Soldevila
Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

I. INTRODUCCION

Las altas tasas de mortalidad y morbilidad de los niños(as) menores de cinco años en el país, han generado un consenso entre las autoridades políticas y la Sociedad Civil de que las actividades de atención al menor de 5 años desarrolladas en los establecimientos de salud requieren ser reorganizadas y fortalecidas, mediante la aplicación del **Enfoque de Atención de Riesgo**, para lograr un mayor impacto en la reducción de la mortalidad en este grupo de edad.

Existen factores de riesgos diferenciales según la condición social que determinan la forma de enfermar o morir. Por lo que es necesario asignar recursos en forma diferenciada, para que quienes más lo necesitan reciban mayor atención en forma proporcional a su riesgo, asegurando un nivel mínimo de atención para los de bajo riesgo; accesible a toda la población menor de 5 años.

Para que este objetivo sea cumplido, es necesario que las actividades de la atención estén normatizadas adecuadamente, con el fin de aumentar la eficiencia en el uso de los recursos humanos, procurando además, reducir la iatrogenia; asegurando el nivel mínimo de atención que un(a) niño(a) debe tener; propiciando además, la resolución de los problemas en el menor nivel de complejidad posible, evitando la referencia de un exagerado número de niños(as) a los niveles más altos.

Estas **Normas Nacionales** serán una herramienta técnica actualizada para que el personal de salud adquiera destrezas en el manejo de tecnologías eficaces y de bajo costo, para el diagnóstico y tratamiento de las patologías de mayor prevalencia en la infancia. Además, establecen el enfoque de la atención integral del(a) niño(a) en los servicios de salud identificando los riesgos presentes independientemente del motivo de la consulta, propiciando la equidad en la atención.

Describiremos actividades de promoción de la salud como crecimiento y desarrollo, lactancia materna e inmunizaciones. Así como tam-

bién las conductas a seguir por el personal de salud por niveles de atención, destacando las actividades del primer nivel y, el referimiento oportuno y adecuado en caso necesario en todas las patologías abordadas, con el propósito de que el paciente llegue en condiciones aceptables al lugar de referencia.

Han sido consideradas las patologías que ocasionan el mayor número de muertes en los menores de 5 años como son las enfermedades Diarreicas Agudas, las Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedades Febriles como Dengue, Sarampión y Tuberculosis, que a su vez cuentan con estrategias eficaces para su control y manejo; no obstante, no se descarta la posibilidad de posteriormente integrar otras patologías si existen recomendaciones sustanciales en este sentido.

Se presenta un documento base que contiene las directrices políticas y técnicas para la atención de los(as) menores de 5 años, que sean aplicadas en todo el país en el marco de la Movilización Nacional para la Reducción de Mortalidad Infantil y Materna.

1.1. EVOLUCION HISTORICA DE LA DIRECCION GENERAL MATERNO-INFANTIL

El Programa de Atención Infantil, nace en el año de 1942, con la finalidad de crear instituciones de protección a la infancia, tales como hogares para bebés, guarderías infantiles y hogares para menores y huérfanos desamparados, con un criterio de asistencia social, prestando atención médica a los enfermos en los hospitales, con muy pocas actividades preventivas y de protección de la salud de la madre y el(a) niño(a).

En el año 1956 cuando adquiere relevancia la salud de la madre y el(a) niño (a), prestando mayor atención a los cuidados de la salud en sus aspectos preventivos. En este mismo año nace la División Materno Infantil, con funciones específicas para normalizar la atención médica prenatal, del parto y del puerperio, así como la vigilancia del crecimiento y desarrollo del(a) niño(a) y el cuidado de la salud del lactante, del preescolar y del escolar, con énfasis en los

aspectos preventivos. Todas estas atribuciones estaban contenidas en el Código de Salud, Ley 4471 de este mismo año.

Para este momento la división materno-infantil tenía cuatro acciones: Dietética y Nutrición Infantil, Higiene Dental, Higiene Escolar y Nutrición, y Asistencia Postnatal. Con el desarrollo de los programas se fueron transformando en divisiones, las secciones de higiene dental, de nutrición y de dietética y nutrición infantil.

En estos primeros tiempos la limitación de los recursos sobre todo del personal, produjo que se concentraran todos los esfuerzos en la atención de la morbilidad, que era lo que más demandaban nuestras comunidades, en desmedro de acciones de fomento y protección de la salud materna e infantil.

En 1985 fueron priorizadas las acciones de la atención al(a) niño(a) con la estrategia de creación del Plan Nacional de Supervivencia Infantil (PLANSI), quedando entonces rezagadas las acciones tendientes a mejorar la situación materna.

Para su funcionamiento la Dirección General Materno-Infantil está conformada por los siguientes programas o componentes:

- Salud Reproductiva.
- Lactancia Materna.
- Control de Enfermedades Diarreicas y Terapia de Rehidratación Oral.
- Control de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).
- Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo.
- Salud del Escolar.
- Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
- Salud Integral de los y las Adolescentes.

1.2. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

Estas Normas Nacionales describen un conjunto de actividades de promoción relativas al Crecimiento y Desarrollo, la Lactancia Materna y las Inmunizaciones. Están dirigidas a impactar los procesos y patologías que ocasionan el mayor número de muertes, tales como: las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs), las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs), las Enfermedades Febriles de la Infancia como el Dengue, el Sarampión y la Tuberculosis.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

- 2.1.** Proporcionar al personal de salud las instrucciones generales para el abordaje precoz, secuencial y oportuno de las patologías de mayor prevalencia en la infancia, estableciendo las regulaciones necesarias para contener, controlar y eliminar los factores de riesgo precipitantes de muertes y enfermedades evitables en los menores de 5 años.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 2.2.1.** Proveer a todos los(as) Recién Nacidos(as) (RN) las condiciones óptimas para la adaptación inmediata a la vida extrauterina, detectando y previniendo problemas en forma precoz.
- 2.2.2.** Ofrecer atención especializada al(a) Recién Nacido(a) producto de un embarazo o un parto de alto riesgo, a fin de disminuir la morbilidad y mortalidad neonatal.
- 2.2.3.** Establecer las pautas generales para la valoración periódica e intervención en el crecimiento y desarrollo del(a) niño(a), a fin de disminuir la mortalidad y morbilidad a causa de desnutrición, de privación psicoafectiva y secuelas por factores perinatales de alto riesgo.
- 2.2.4.** Orientar las acciones de promoción y educación en salud, en el enfoque expresado en la técnica de estimulación temprana, lactancia materna, inmunizaciones y detección

del(a) niño(a) con probabilidad de deficiencia en su desarrollo.

- 2.2.5.** Proporcionar pautas para la promoción de la lactancia materna, haciendo énfasis en sus ventajas, así como en la prevención y tratamiento de problemas que las desfavorecen.
- 2.2.6.** Aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva hasta 6 meses de vida, a fin de reducir las tasas de mortalidad infantil.
- 2.2.7.** Promover el apego precoz, estableciendo una mejor y más temprana relación afectiva entre el(a) recién nacido(a) y la madre.
- 2.2.8.** Prevenir las infecciones entéricas, respiratorias, la desnutrición y la obesidad en el niño(a) mediante una práctica apropiada de la lactancia materna.
- 2.2.9.** Disminuir la morbilidad y mortalidad producida por las enfermedades inmuno-prevenibles objeto del Programa Ampliado de Inmunizaciones(PAI): Poliomiélitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Sarampión, Tuberculosis, Hepatitis B, entre otras.
- 2.2.10.** Reforzar el concepto de integridad de la atención de la salud, cambiando el foco de atención de la enfermedad, a la atención global de la condición de salud del(a) niño(a) y son motivos de consulta infantil.
- 2.2.11.** Fortalecer la capacidad de planificación y del primer nivel de atención, poniendo a disposición del personal de salud las herramientas para la resolución adecuada de los problemas más frecuentes que afectan la salud del(a) niño(a) y son motivo de consulta infantil.
- 2.2.12.** Lograr una mayor equidad en el acceso a la atención adecuada de la salud del(a) niño(a), poniendo a disposición de la población tecnologías apropiadas de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud más frecuentes.

- 2.2.13.** Evaluar, clasificar y tratar al niño(a) de 1 semana hasta 2 meses, que presente posible infección bacteriana, diarrea, problema de alimentación o bajo peso, entre otros.
- 2.2.14.** Enseñar a la madre a tratar las infecciones locales en la casa, técnica correcta de amamantamiento y la manera de atender al(a) niño(a) en el hogar.
- 2.2.15.** Reducir la mortalidad en los(as) niños(as) menores de 5 años en particular debido a Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Desnutrición, Tuberculosis, Dengue, Malaria y Sarampión.
- 2.2.16.** Reducir la ocurrencia y gravedad de los casos de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).
- 2.2.17.** Mejorar la calidad de atención del(a) niño(a) en los servicios de salud, disminuyendo el uso inadecuado y excesivo de tecnologías de diagnóstico y tratamiento.

BASE LEGAL

Los fundamentos legales que le dan sostenibilidad a esta *Serie de Normas Nacionales* están expresados en la Constitución y varias leyes de la República que regulan el sector salud del país, dentro de las cuales se pueden indicar las siguientes:

El artículo No. 8 del título II, la Sección I y el Literal a) de la Constitución de la República Dominicana que establece que ...”el Estado debe otorgar la más amplia protección posible a la maternidad, sea cual fuere la condición o el estado de la mujer”... además instruye tomar...”las medidas de higiene y de otro género tendientes a evitar en lo posible la mortalidad infantil y a obtener el sano desarrollo de los niños”...

La Ley 42-01, en su Libro Primero, Capítulo I, Artículo 5, establece que: “La Secretaría de Estado de salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) es la encargada de aplicar en todo el territorio de la República, directamente o por medio de los organismos técnicos de su dependencia, las disposiciones de la presente ley, sus reglamentos y otras disposiciones legales que al efecto se promulguen”.

La Ley 42-01, en su Libro Primero, Capítulo V, Artículo 30, establece que “...se les debe dar prioridad a las mujeres, con mayor énfasis a las mujeres en estado de embarazo, los niños y niñas hasta la edad de 14 años, los ancianos y los discapacitados”... y el Artículo 31, Literal c) que dice: “Velar por la priorización de las atenciones maternas e infantiles y promover la prevención de la morbi-mortalidad materna e infantil”.

La Ley 42-01, en su Libro Primero, Capítulo V, Artículo 31, Literal g), establece que, “El Estado velará por el desarrollo integral de la niñez y los adolescentes, mediante las unidades y programas especiales que establezcan, entre otros, la prevención del embarazo en la adolescencia, tabaquismo, alcoholismo y drogadicción y presten los servicios de salud apropiados para cada caso”

La Ley 42-01, en su Libro Segundo, Título I, Capítulo I, Artículo 37 y el Título III, Artículo 85 que reza: “Para el mejor desarrollo de programas nacionales de recuperación de la salud, la SESPAS, en coordinación con las instituciones correspondientes, normará, regulará y evaluará todas las actividades correspondientes que desarrollen los organismos competentes, de acuerdo con las políticas y el plan nacional de salud”.

La Ley 42-01, en su Libro Tercero, Título II, Capítulo Único, Artículo 98 que establece que: “Toda persona tiene derecho a servicios de salud de calidad óptima, en base a normas y criterios previamente establecidos y bajo supervisión periódica”. Y el Artículo 102 que reza: “La dirección y administración de los establecimientos de salud serán responsables de que el personal bajo su dependencia cumpla correcta y adecuadamente sus funciones”...

La Ley 42-01, en su Libro Cuarto, Título Único, Capítulo I, del Artículo 109 al 113 establece la responsabilidad de la SESPAS de establecer la reglamentación correspondiente a través de los organismos e instituciones creados a tal efecto, para el control sanitario de todos los medicamentos cuya utilización sea solicitada.

La Ley 42-01, en su Libro Sexto, Título I, Artículo 142 establece que: “Corresponde a las autoridades de salud el control del cumplimiento de las disposiciones de esta ley, sus reglamentaciones y demás disposiciones legales que a sus efectos se dicten, y la aplicación de las medidas y los procedimientos que la ley establece para hacerlas efectivas, sin desmedro de las competencias y atribuciones inherentes a las autoridades judiciales y el ministerio público.

La Ley 4378, Ley Orgánica de Secretarías de Estado, del 10 de febrero de 1956, Capítulo II, Art. 6, inciso b) que manda a...” cumplir y hacer cumplir las leyes, reglamentos, decretos, resoluciones y acuerdos relativos a sus respectivos ramos”...Y el Art. 12, Párrafo I, que otorga atribuciones a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, exceptuándola entre todas las Secretarías de Estado de la República, con atribuciones para...” dictar reglamentos, en caso de calamidad pública, de acuerdo a la Ley de Sanidad”...

IV. AMBITO DE APLICACION Y UNIDAD EJECUTORA

Estas Normas son de aplicación y uso general en todo el territorio dominicano, en los centros y establecimientos de salud del sector público y privado en donde se brinde atención infantil.

Las Normas Nacionales establecen los procedimientos para la prevención, manejo y control de las patologías de la infancia en la República Dominicana. Sustentan las decisiones y acciones a nivel local y en cada establecimiento de salud, público y privado, dirigidas a reducir la morbilidad y mortalidad en este grupo poblacional.

La Dirección General Materno-Infantil de la SESPAS será responsable del diseño, supervisión, evaluación y vigilancia de la aplicación, lo cual deberá efectuarse en coordinación con la Dirección Nacional de Salud y las Direcciones Provinciales de Salud (DPS) y Municipales del Distrito Nacional.

Las Direcciones Provinciales de Salud (DPS) y Municipales del Distrito Nacional deberán dar seguimiento y monitoreo a la atención y la observancia de estas Normas en los centros públicos y privados de salud. Las actividades de la Dirección General Materno-Infantil de la SESPAS tienen su Ambito de Aplicación en el contexto de los organismos normativos de gestión y vigilancia epidemiológica y de los establecimientos de salud públicos y privados que ofertan atención infantil a los menores de 5 años.

1. Nivel Estratégico: en el nivel central, normativo nacional, está, la Dirección Nacional de Salud y la Dirección General Materno-Infantil. En los siguientes programas:

- Salud Reproductiva
- Lactancia Materna
- Control de Enfermedades Diarréicas y Terapia de Rehidratación Oral
- Control de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)
- Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo
- Salud del Escolar
- Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- Salud Integral de los y las Adolescentes.

2. Nivel Táctico-Operativo: representado por tres subniveles: la función de Supervisión de Programas de las Direcciones Provinciales de Salud y Municipales del Distrito Nacional y su expresión a nivel de Hospitales Regionales, Hospitales Locales, Hospitales Municipales, Centros de Salud Urbanos y Rurales y Clínicas Privadas, la comunidad, y las personas físicas.

NIVELES DE ADMINISTRACION DEL PROGRAMA

El programa de Salud Materno-Infantil se administra a través de cuatro niveles principales que son:

1. Nivel Central

- Proponer la Política de Atención Materno-Infantil de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.
- Establecer las normas de programación, de atención, de información y de evaluación del programa Materno-Infantil.
- Coordinar las acciones del programa con otras divisiones técnicas de la SESPAS, tales como: Epidemiología, Nutrición, Consejo Na-

cional de Población y Familia, Enfermería, Hospitales, Educación para la Salud, Estadísticas, etc.

- Coordinar con otras entidades como: IDSS, Secretaría de Educación y Cultura, ONG'S, Agencias Internacionales, entre otras, actividades pertinentes al campo de la salud Materno-Infantil.
- Coordinar con los centros de formación de recursos humanos los componentes relativos a la formación en salud Materno-Infantil.
- Promover el desarrollo de los programas materno infantiles en los establecimientos de salud de la SESPAS.

2. Nivel Provincial

- El equipo técnico de la Dirección Provincial de Salud o Municipal del Distrito Nacional será responsable de ofrecer orientación y guía al nivel de y local; participando activamente en el proceso de promoción, supervisión y evaluación de los programas materno infantiles de las áreas de salud respectivas.

3. Nivel Local

- Está representado por los Hospitales Municipales de 20 a 40 camas, ubicados en municipios mayores de cabecera de provincias, algunos tienen los cuatro servicios básicos, y otros solamente Obstetricia, Pediatría y Medicina General.
- En otros municipios el nivel local está representado por los Centros sin camas, con tres o cuatro consultorios y sus actividades están dirigidas principalmente a la atención materno infantil. Estos establecimientos reciben referimientos de las clínicas rurales; tiene de cuatro a seis médicos; de seis a doce auxiliares de enfermería y personal administrativo.

4. Nivel Rural

- Está representado por las clínicas rurales, las cuáles tienen de uno a tres médicos pasantes y/o asistentes, una auxiliar de enfermería, un ayudante, un Supervisor de Atención Primaria de Salud. Sus actividades están dirigidas principalmente al fomento y protección

de la salud y atención de morbilidad simple que pueda ser resuelta con tratamiento ambulatorio.

NIVEL PRIMARIO	NIVEL SECUNDARIO	NIVEL TERCIARIO
a. Promotoras y Promotores de clínica rural b. Hospitales Municipales y Hospital Local	c. Hospital Provincial	d. Hospital Regional e. Hospitales Especializados

V. ESPECIFICACIONES DE LAS NORMAS

5.1. ATENCION AL RECIEN NACIDO NORMAL.

5.1.1. Definición de Atención al recién nacido.

Son los cuidados básicos que se aplican al neonato en forma inmediata y mediata por el personal de salud, para mantenimiento de su integridad física y psico-social.

5.1.2. Recién Nacido Normal:

El recién nacido normal es el que presenta las siguientes características:

- Recién nacido a término (37 a 42 semanas), con peso 2.500 a 3.800 gr; talla de 48 a 52 cm y perímetro cefálico de 35 cm más o menos 2.
- Llanto fuerte y sostenido.
- Respiración inmediata y regular.
- Coloración rosada de piel mucosa.
- Tono muscular normal (movimientos activos).
- Frecuencia cardíaca de 120 a 140 por minuto.
- Frecuencia respiratoria de 40-60 por minuto.
- Reflejos presentes.
- Integridad física y conformación normal (sin malformación aparente).

5.2. ATENCION INMEDIATA AL RECIEN NACIDO

5.2.1. Normas Generales:

- El equipo de salud que preste la atención, debe conocer la historia del embarazo y la evolución del parto.
- Todo(a) recién nacido(a) debe tener una valoración inicial en sala de parto que deberá ser realizada por el profesional que lo recibe (médico o enfermera) para clasificarlo y atenderlo según riesgo.

5.2.2. Normas Específicas:

- Procure un ambiente adecuado. Si es posible caliente previamente la sala de parto o apague el aire acondicionado (**temperatura ambiental 24-26°C**) para evitar hipotermia del neonato.
- Prepárese para recibir al neonato con un adecuado **lavado de manos, guantes y equipo estéril.**
- **Coloque al(a) recién nacido(a) en decúbito ventral** (abdomen del recién nacido(a), apoyado en el brazo y la mano del que atiende el parto con la cabeza más baja a nivel del perineo.
- **Aspire las secreciones, sólo si es necesario** (muchas secreciones o meconio), aspire con una pera de goma cuidadosamente, la boca primero y luego las fosas nasales, evite aspiración al(a) recién nacido(a) rutinariamente.
- **Desde que presenta la cabeza, límpiele la cara con un campo o paño estéril.**
- Pince y seccione el cordón umbilical **dentro del primer minuto después del nacimiento o cuando el cordón deje de latir.**

- El pinzamiento del cordón se realiza colocando la primera pinza a **3 cm de la inserción umbilical y la segunda a 3 cm de la primera**, corte del cordón entre ambas pinzas con instrumentos estériles (tijeras).
- Ligue (amarre) el cordón umbilical **a una distancia de 2-3 cm de la base del cordón, verificando la presencia de los tres vasos umbilicales** (dos arterias, y una vena). Utilice para ligar una pinza plástica descartable o en su defecto un hilo grueso estéril.
- Reciba al recién nacido **con ropa o paño previamente calentado, séquelo respetando el vérmix** y abriguelo adecuadamente para prevenir enfriamiento por pérdida de calor.
- Terminada la extracción del recién nacido **evalúe el APGAR al minuto, a los 5 minutos, 10 minutos**, por el personal entrenado que atiende parto y/o recibe el(la) niño(a). (vea anexo la).
- **Identifique el(la) niño(a) con brazalete o sello**, que se colocará en los miembros superiores y deberá anotarse en el mismo: el nombre completo de la madre, fecha, hora de nacimiento, sexo, APGAR, tipo de parto.
- Todo(a) niño(a) **un APGAR al minuto igual o mayor de ocho colóquelo inmediatamente sobre el pecho materno durante un mínimo de treinta minutos** para mantener la temperatura, fomentar el apego, la lactancia materna e identificación madre e hijo(a).
- En caso de recién nacido(a) sano(a), nacido(a) por cesárea; **colóquelo al lado de la cara de su madre, a fin de estimular el apego y procure que la madre acaricie a su hijo(a)**.
- **Si la persona que atiende el parto es la misma que atiende al recién nacido, ésta realizará la**

atención inmediata del recién nacido; mientras espera la salida de la placenta y vigilará cuidadosamente si hay hemorragia en la madre.

5.2.3 Atención del Recién Nacido en la Primera Hora.

- **Coloque al recién nacido debajo de una fuente de calor por 15 a 30 minutos**, cubierto con una sabanita; si no hay fuente de calor radiante, proteja al recién nacido del enfriamiento, manteniéndolo cubierto con una sabanita seca, tibia y estéril.
- **Aplice en el muñón del cordón umbilical, una solución antibacteriana** (Betadine, o en su defecto un antiséptico como alcohol al 70%).
- **Administre vitamina K, 1 mg I.M.** dosis única en la parte externa del muslo.
- **Profilaxis oftálmica con nitrato de plata**, en su defecto use tetraciclina o cloranfenicol oftálmico.
- **Tome medidas antropométricas:** Peso, talla, perímetro cefálico y torácico.
- **Realice exploración física (anexo lb).**
- Descarte malformaciones evidentes.
- Calcule la edad gestacional (anexo 1c).
- Evalúe peso para la edad gestacional (anexo 1d).
- Detecte patologías.
- Envíe al recién nacido a la sala de alojamiento conjunto (puerperio inmediato), junto a su madre.

5.2.4- Atención Mediata del Recién Nacido.

En sala de puerperio o alojamiento conjunto:

- **No realice baño inicial de rutina.** En caso de presentar líquido amniótico meconial, materia fecal u otras secreciones contaminantes, báñelo con agua estéril tibia y jabón suave no medicado.

- La persona encargada de recibir al neonato en la sala de puerperio, **debe verificar los datos de identificación del(a) niño(a)** en relación a la madre, sexo y la condición del(a) niño(a).
- Coloque al recién nacido. **junto a su madre en decúbito lateral.**
- Haga **control de signos vitales** (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria), vigile sangrado del cordón, deposiciones, orina y vómito.
- Aplique **alcohol al 70% en el muñón del cordón umbilical.**
- El recién nacido sano **se alimentará exclusivamente del pecho materno, a libre demanda sin que medie un período de ayuno.**
- En caso de recién nacido sano nacido por cesárea, tan pronto la madre llegue a la sala de puerperio, y esté en condiciones satisfactorias, **colóquelo al pecho de su madre y ayude a la madre en el manejo del(a) niño(a).**
- Registre **los datos generales del(a) niño(a) en la Cédula de Salud.**
- A todo(a) niño(a) de **madre VDRL positivo o VHI positivo, realícele un VDRI y/o determinación VHI respectivamente.**

Antes de su Alta el Personal de Salud debe orientar a la madre sobre:

- Técnica de **amamantamiento y cómo extraerse la leche materna.**
- Importancia del **calostro y la leche materna a libre demanda.**
- **Cuidado y aseo del muñón** del cordón umbilical.
- **Aseo diario** del recién nacido.

- Importancia **del control del recién nacido y su inmunización.**
- **Buena nutrición** de la madre.
- **Signos de alerta para que la madre pueda llevarlo** a tiempo a su centro de salud.
- **Cita de control a los 15 días**; en caso de existir algún riesgo cite a los 7 días o antes.
- **Cómo comunicarse con los grupos de apoyo** de su comunidad.
- El personal de salud **verificará el entendimiento de la madre de las orientaciones recibidas.**

5.3 ATENCION DEL RECIEN NACIDO DE ALTO RIESGO

5.3.1. Recién Nacido de Alto Riesgo:

Es aquel que puede desarrollar una deficiencia física, intelectual o social capaz de interferir en su crecimiento y desarrollo normal y en su capacidad de aprendizaje; o causarle la muerte.

5.3.2. Condiciones de Riesgo para el Recién Nacido:

Familiares:

Diabetes, Tuberculosis, Sífilis, Hemofilia, Malformaciones Congénitas, Falcemia, Incompatibilidad Sanguínea, entre otras.

Pre-gestacionales:

Rh negativo, alcoholismo, tabaquismo, drogas, desnutrición, malformaciones, ETS, antecedentes obstétricos de riesgo (abortos, óbito fetal, recién nacido con bajo peso al nacer, macrosómico, embarazos prolongados, entre otros.) madres adolescentes, gran múltiparas, primigesta añosa.

Prenatales:

Sensibilización a Rh negativo, desnutrición, Ruptura Prematura de Membranas (RPM), fiebre, hemorragia, infección, hipertensión inducida por el embarazo, hipotiroidismo e hipertiroidismo, hipertensión arterial sistémica, Diabetes, entre otros.

Durante el Parto:

Parto sin atención profesional en domicilio, presentaciones distócicas, hemorragia, sufrimiento fetal, traumatismos obstétricos, macrosomía fetal.

Post Parto:

Apgar de 6 ó menos, reanimación.

5.3.3 Normas Generales:

El personal médico y de enfermería tendrá un estrecho control del Recién Nacido y éste debe ser visto con la frecuencia necesaria hasta que el médico crea que ya no se presentarán las complicaciones temidas, ocasionadas por la circunstancia que han obligado a pensar en un riesgo para el(a) niño(a).

- Maneje al Recién Nacido de alto riesgo **en un lugar que cuente con el equipo mínimo, material y laboratorio capaz de detectar y tratar en forma óptima todas las eventualidades** que aparezcan durante su evaluación clínica.
- El personal médico y de enfermería que brinda atención al recién nacido de alto riesgo debe tener entrenamiento en Neonatología.

5.3.4 Normas Específicas para el Manejo del Recién Nacido de Alto Riesgo.

En el hospital se llevarán a cabo las siguientes medidas:

- Coloque en incubadora con oxígeno.
- Aspire rinofaringe y nasofaringe.
- Investigue permeabilidad anal.
- Identifique al(a) niño(a) y haga antropometría.
- Canalice, administre solución glucosada al 5%, 60 ml/kg/día en el(a) niño(a) a término y 70 ml/kg/día en el prematuro por 48 horas.

Aplique medidas generales:

- Profilaxis oftálmica.
- Vitamina K-1 mg. IM. si es a término y 0.5 mg. en pre-término.
- Baño con agua tibia estéril, jabón no medicado.
- Curar cordón umbilical diario con alcohol 70%
- Monitorear frecuencia cardíaca y respiratoria, electrocardiograma, temperatura, presión venosa central, balance de líquido, oximetría.
- Examen de laboratorio: Hemograma, VDRL, Hemocultivo, Glicemia, VHL, otros.
- Vigile, consigne y reserve: Problemas manifestados por ictericia, palidez.
- Primera nutrición, primera evacuación hemorragia, reflejo anormal, rechazo de alimentos; entre otros.

5.3.5 Traslado del Niño de Alto Riesgo:

En caso de que el nacimiento haya ocurrido en un centro de salud que por su nivel de atención amerite ser

trasladado a uno de mayor complejidad, para su traslado adecuado debe realizarse de la siguiente manera:

- En incubadora
- Aspirando vía respiratoria
- Acompañamiento de por lo menos uno del personal de salud que lo atendió.

5.3.6 Reanimación Neonatal.

Si el Recién Nacido no respira espontáneamente al nacer, necesita reanimación de inmediato. Se clasificará como Apgar 0 al minuto. Se realizará reanimación en los casos de Apgar 4-6, asfixia moderada; y 0-3 asfixia grave.

Asfixia Moderada:

- En caso de Recién Nacido deprimido moderadamente, cianótico, **con respiración irregular y frecuencia cardíaca de 100 ó mayor**, vigile que la frecuencia cardíaca no descienda.
- Coloque al **Recién Nacido bajo fuente de calor y proceda a secarlo y aspirarlo; con esto y la estimulación plantar la mayoría de los Recién Nacidos presentan inspiración** profunda y llanto subsecuente.
- Si **el Recién Nacido no responde** y presenta bradicardia **adminístrele oxígeno y ventilación a presión positiva con Ambú** y mascarilla sobre nariz y boca, ajustando la mascarilla levantando el mentón.
- **Si no dispone de Ambú, practique respiración boca a boca previa limpieza y aspiración de fosas nasales**, colocando la boca del reanimador sobre la nariz y boca del Recién Nacido e insuflando suavemente sólo con el aire contenido en la boca del reanimador, 40-60 veces por minuto.
- **Cuando aumente la frecuencia cardíaca** (120 ó más por minuto) suspenda la maniobra.

- **Continúe con oxígeno hasta que la piel tenga coloración rosada**, y disminúyalo gradualmente hasta retirarlo totalmente.
- La maniobra de **reanimación debe realizarse bajo fuente de calor** para evitar hipotermia y no favorecer el círculo vicioso asfixia acidosis.

Asfixia Grave:

- Estos Recién Nacido **necesitan atención urgente en el primer minuto de vida**. En estos casos la asistencia a la ventilación se prolonga más allá de los 5 minutos. **La reanimación se realizará con tres personas: una se encarga de la respiración, una del masaje cardíaco y la otra de administrar medicamentos** y controlar signos vitales.
- **Proteja al Recién Nacido de hipotermia**, cúbralo, séquele rápidamente y manténgalo bajo una fuente de calor.
- Coloque al Recién Nacido **en posición de Rossiere (pequeño rodillo debajo de omoplatos)**.
- **Aspiración de orofaringe y ventilación con Ambú o boca a boca de a 40-60 veces por minuto y presión** suficiente que permita adecuada movilidad torácica y buena entrada de aire a la auscultación.
- **Si la frecuencia cardíaca es menor de 80/min., haga masaje cardíaco externo sobre el tercio medio del esternón con dos dedos o ambos pulgares rodeando el tórax con ambas manos y presión** vertical de 1.5 cm intermitente de 90-120 por minuto, intercalando con la ventilación (relación de 3 presiones por una ventilación).
- Esta complicación **es muy grave y necesita atención de cuidados intensivos**. Luego de cumplir las medidas anteriores, refiéralo de urgencia.

5.3.7 Equipo Necesario para la Reanimación Neonatal.

- Ambú.
- Estetoscopio.
- Sondas nasogástricas.
- Guantes estériles.
- Tela adhesiva (z-o).
- Peritas de goma para aspiración.
- Antisépticos.
- Fuente de calor (cuna radiante, o en su defecto mesa preparada con dos focos de 150 a 250 watt o estufa a 90 cm por encima de la mesa).
- Oxígeno con medidor de flujo y humidificador.
- Aspiradora con sondas de aspiración de diferente tamaño.
- Laringoscopio con hojas rectas-0 (prematuros) y 1 (de término).
- Cánulas endotraqueales (2.5, 3 y 3.5 mm.) con adaptadores.
- Catéteres umbilicales.
- Soluciones endovenosas (suero fisiológico, dextrosa al 10%, ringer lactato y albúmina humana).
- Medicamentos (Adrenalina 1:10,000 o 1:1,000, bicarbonato de sodio, sulfato de atropina, gluconato de calcio, naloxona).
- Tijera punta roma.
- Equipo de venodisección.
- Jeringa mariposa y venocalts (23 y 25).
- Tubos para recolección de muestras de sangre (con y sin heparina).

5.3.8. Infecciones Frecuentes en la Etapa Neonatal.

- Sepsis Neonatal.
- Onfalitis.
- Diarrea Aguda
- Conjuntivitis Neonatal
- Sífilis congénita precoz.

5.3.9 Complicaciones Respiratorias Neonatales:

- Insuficiencia Respiratoria Neonatal.
- Síndrome de Deficiencia Respiratoria.
- Apnea Recurrente Neonatal.
- Síndrome de Aspiración de Meconio.
- Taquipnea transitoria del Recién Nacido.
- Neumonía Perinatal.

Anexo 1A ESQUEMA DE VALORACION DEL APGAR

Criterio a evaluar	Puntaje		
	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	Menor de 100	Mayor de 100
Esfuerzo Respiratorio	Ausente	Irregular Llanto débil	Regular Llanto fuerte
Tono Muscular	Flácido	Ligera flexión extremidades	Extremidades flexionadas
Reacción al estímulo	No respuesta	Gesticulaciones	Buena respuesta
Color	Azul o pálido Extremidades	Rosada o cianóticas	

Interpretación: Puntaje de 0-3 Asfixia grave
Puntaje de 4-6. Asfixia moderada
Puntaje de 7 o más Normal

Anexo 1B

EXPLORACION FISICA

EVALUACION	SIGNOS DE ALERTA
CABEZA	<ul style="list-style-type: none"> • Micro o macrocefalia, menor de 33 ó 37 cms, respectivamente, en Recién Nacido de término. • Cefalohematoma grande con palidez cutánea severa. • Fontanela abombada (hemorragia intracraneana) o deprimida (deshidratación).
CARA	<ul style="list-style-type: none"> • Parálisis facial • Labio y paladar hendido • Facies mongoloide • Traumas (equimosis, edema, otros).
PIEL	<ul style="list-style-type: none"> • Ictérica, pálida, cianótica. • Brillante, hinchado (edema) • Rugosa y seca (como pellejo) • Equimosis (mallagaduras) • Petequias (puntos rojos)
OJO	<ul style="list-style-type: none"> • Parálisis de mirada hacia arriba • Secreción purulenta conjuntival • Cornea nublada
OREJAS	<ul style="list-style-type: none"> • Implantación baja • Ausencia de pabellón y conducto auricular • Presencia de apéndices auriculares (pequeñas masas de piel delante de la oreja).
NARIZ	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de secreción sanguíneo-purulenta. • Aleteo nasal (dificultad respiratoria) • Impermeabilidad nasal: Dificultad y cianosis al mamar (atresia de coanas).

EVALUÉ	SIGNOS DE ALERTA
BOCA	<ul style="list-style-type: none"> • Desviación de comisura • Deformaciones (labio y paladar hendido). • Salvación excesiva (artresia de esófago) • Lengua flácida y grande (hipotiroidismo). • Mucosas secas (deshidratación).
TORAX	<ul style="list-style-type: none"> • Asimétrico (neumotórax). • Diámetro torácico aumentado(aspiración masiva de meconio). • Frecuencia respiratoria mayor de 60 por minuto. • Quejido, tiraje y retracción xifoidea (dificultad respiratoria). • Apnea (no respira). • Fractura de clavícula (crepitación, dolor e inmovilidad del miembro superior). • Corazón: Pulso (latidos p/mín.): Menos de 80 Más de 180 • Presencia de soplo cardiaco (cardiopatía congénita).
ABDOMEN	<ul style="list-style-type: none"> • Muy distendido (ileo paralítico o enterocolitis), obstrucción intestinal baja congénita. • Muy deprimido (hernia diafragmática). • Ausencia de pared abdominal (onfalocele-gastroquicis).
OMBLIGO	<ul style="list-style-type: none"> • Sangramiento. • Secreción purulenta (infección) • Ausencia de 1 arteria (se asocia con malformación renal).
GENITALES	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiguos • Ano imperforado (no elimina meconio en 48 horas)
NIÑOS	<ul style="list-style-type: none"> • Hernia inguinal • Testículos ausentes • Testículos hinchados(hidrocele).
NIÑAS	<ul style="list-style-type: none"> • Clítoris muy pigmentado y grande.

EVALUÉ	SIGNOS DE ALERTA
EXTREMIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de movimiento de una extremidad superior (parálisis braquial).
EXTREMIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Fractura de clavícula. • Luxación de cadera, desigualdad de pliegue, signo de Ortolani (chasquido al abrir los muslos). • Malformaciones.
COLUMNA VERTEBRAL	<ul style="list-style-type: none"> • Tumor visible, abertura y salida de líquido cefalorraquídeo (mielomeningocele íntegro o roto).
REFLEJOS	<ul style="list-style-type: none"> • Ausentes, débiles o asimétricos: • Búsqueda. • Abrazo (moro). • Succión y deglución. • Marcha. • Prehensión.
EDAD GESTACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-término menor de 37 semanas. • Post-término mayor de 42 semanas.
ESTADO NUTRICIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Grande o pequeño para su edad gestacional.
REACCIÓN DE LA MADRE	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo o ambivalencia frente al Recién Nacido.

En presencia de uno o más signos de alarma evalúe el recurso disponible para su manejo, si no es suficiente, refiera de inmediato al 2do. o 3er. Nivel.

ANEXO 1C VALORACION DE USHER (EDAD GESTACIONAL)

	Hasta 36 semanas	37-38 semanas	39 semanas o más
Pliegues plantares	Sólo pliegues transversales anteriores	Alguno que otro pliegue en los 2/3 anteriores	Planta cubierta de pliegues
Nódulo mamario	2mm	4mm	7mm
Cabello	Delgado como pelusa	Delgado como pelusa	Grueso y sedoso
Pabellón de la oreja	Flexible y sin cartilago	Algo de cartilago	Rígido y cartilago grueso
Testiculos y escroto	Testiculos en canal inguinal inferior, escroto poco rugoso	Testiculos descendidos, escroto poco pigmentado, pocas arrugas	Testículo colgante, escroto pigmentado, abundantes arrugas
Labios y Clitoris	Labios mayores pequeños y ampliamente separados, clitoris prominente.	Labios mayores y menores iguales	Labios menores y clitoris cubiertos de labios mayores.

5.4. CRECIMIENTO Y DESARROLLO

5.4.1 Definición de Crecimiento y Desarrollo:

Es el conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta su adultez.

Crecimiento: El proceso de incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por aumentar de número de células o del volumen celular.

Desarrollo: Es el proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de su sistema a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones.

5.4.2. Normas Generales:

- **Todos los establecimientos de salud deben ofrecer servicios de control de niño(a) sano(a) o puericultura.** Los consultorios de puericultura estarán separados de otros consultorios.
- Estos consultorios **deben laborar en horas diferentes de los consultorios para niños(as), para evitar el contagio** de niños(as) sanos(as).
- La sala de espera y el cuarto de examen tendrá una **temperatura agradable, buena ventilación e iluminación**, y estará decorada con motivos infantiles y colores que atraigan al(a) niño(a).
- **El mobiliario es el propio para una consulta de pediatría general** más los elementos requeridos para la evaluación del desarrollo psicomotor (juegos, maracas, torres, etc.).

5.4.3 Normas Específicas:

- La vigilancia de Estado de Salud del(a) niño(a) menor de 5 años, se apoya en un estudio clínico minucioso (historia y examen físico) y datos antropométricos.
- Todo(a) niño(a) menor de 5 años debe acudir a su control de crecimiento y desarrollo de acuerdo al siguiente calendario.

VISITAS	EDAD DEL RECIEN NACIDO
Primera visita,	15 días y 7 días según el riesgo.
Segunda visita,	30 días.
Tercera visita,	2 meses.
Cuarta visita,	3 meses.
Quinta visita,	5 meses.
Sexta visita,	6 meses.
Séptima visita,	9 meses.
De uno a dos años,	una visita cada 4 meses.
De dos a cuatro años,	una visita cada 6 meses.

- Estas visitas podrán ser modificadas dependiendo de algunas alteraciones encontradas en los(as) niños(as) como:
- Bajo peso al nacer (peso inferior a 2,500 gr. o 5.5 libras), destete temprano, deficiencia en su crecimiento según los patrones, deficiencia en su desarrollo y algunas patologías que merezcan mayor atención.

En cada Consulta Verifique:

- Edad en años y meses (en el menor de un año, en meses y días).
 - Peso
 - Talla
 - Perímetro cefálico (si corresponde).
 - Evaluación del desarrollo en las áreas de lenguaje, social, coordinación y motora.
 - Aplicación de vacunas.
 - Detección precoz de patologías.
 - Educación para la salud.
- En los casos que el centro no pueda atenderlo debe referirlo a otro nivel enfatizando siempre el retorno al centro.
 - Registre la información en la Historia Clínica y en la Cédula de Salud del(a) Niño(a).
 - En todos los establecimientos de salud se ofertarán los siguientes servicios según nivel de complejidad:

ACTIVIDAD	NIVEL DE COMPLEJIDAD		
	Clínica Rural	Hospital Municipal	Hospital Provincial
Control de niño(a) sano(a)	H	H	H
Consultas Pediátricas		H	H
Atención de emergencias pediátricas y hospitalización		H	H
Vacunaciones	H	H	H
Clínica Rural			H
Unidades de Neonatología			H
Unidades de Seguimiento longitudinal			H

5.4.4. Valoración del Estado Nutricional y Crecimiento del(a) Niño(a) Menor de 5 años.

- Valore el estado de nutrición utilizando como mínimo los siguientes índices antropométricos: Peso/edad y talla/edad. En forma complementaria se puede utilizar el índice: Peso/talla.

A. Medición de peso y talla:

- A todo(a) niño(a) que acuda a la consulta de Crecimiento y Desarrollo mida el peso y la talla, y la circunferencia cefálica cuando corresponde (vea esquema de atenciones según edad, pág. 26).

B. Toma de peso:

- Calibre la balanza antes de pesar al(a) niño(a). Asegúrese de que la balanza está en 0 (cero) antes y después de pesar.
- Coloque el(a) niño(a) en el centro de la balanza.

- Quitele la ropa y los zapatos y péselo preferiblemente en horas de la mañana.
- Anote el peso antes de bajar el(a) niño(a) de la balanza.
- Clasifique el estado nutricional de acuerdo al peso si tiene menos de 5 años utilizando la gráfica de crecimiento.
- Anote el peso en libras o en kilogramos.

C. Equipos para medir la talla.

- Balanza de pie con su vara de medir, graduada.
- Infantómetro para niños(as) menores de 3 años.
- Centímetro flexible.
- Mida los(as) niños(as) menores de 3 años acostados en una superficie dura con un infantómetro o centímetro. Al(a) niño(a) mayor de 3 años médalo de pie.

D. Para medir niños con Infantómetros:

- Acueste al niño o niña en una mesa lisa.
- Coloque y mantenga la cabeza fija y las piernas extendidas.
- Retire la parte móvil del infantómetro.
- Coloque los pies en ángulo recto con el cuerpo y mueva el extremo del infantómetro hasta llegar a la superficie de los pies del(a) niño(a).
- Lea el número que coincide en la tabla y anote en centímetros la talla del(a) niño(a).

E. Para medir talla con Centímetro Flexible:

- Acueste al niño en una mesa recta y dura.
- Coloque la cabeza fija y las piernas extendidas.

- Marque con una tiza, lápiz o carbón una línea perpendicular y en ángulo recto a la cabeza y una marca en donde terminan los pies, en ángulo recto también.
- Retire al niño de la mesa y una las dos rectas con el centímetro.
- El resultado será la talla expresada en centímetros o pulgadas.

F. Para medir Niños Mayores de 3 años:

- Si tiene una balanza de pie con su vara de medir el examinador debe:
- Coloque el(a) niño(a) descalzo(a) y de frente al examinador.
- Haga que mantenga los tobillos unidos, y que pegue los brazos al cuerpo.
- Coloque la cabeza de tal manera que el borde superior de las orejas quede en línea recta con los ojos.
- Baje la pieza de metal hasta la cabeza, evitando que el peinado abulte la cabeza.
- Anote en centímetros el resultado de la talla.

G. Si no tiene esta Balanza:

- Pare el(a) niño(a) en una superficie plana (el piso o suelo).
- Péguelo a la pared con las técnicas recomendadas anteriormente en relación a la postura.
- Colóquele un libro, una regla o un pedazo de madera sobre la cabeza y marque con una tiza, lápiz o carbón.
- Mida la distancia entre el suelo y la marca superior, eso dará la talla en centímetros.

H. Equipos Necesarios:

- Balanza infantil tipo canasta
- Balanza de pie
- Balanza de canasta tipo rural

5.4.5 Evaluación del Desarrollo.

- Haga un examen físico completo a todo(a) niño(a) en cada visita.
- Valore el desarrollo a través de la aparición de las piezas dentales temporales, la desaparición de ciertos reflejos y mediante interrogatorio.

A. VALORAR LAS PIEZAS DENTALES TEMPORALES DE ACUERDO CON EL SIGUIENTE ESQUEMA.

Incisivos dentales inferiores.	De 4 a 10 meses
Incisivos dentales superiores.	De 6 a 12 meses
Incisivos laterales superiores.	De 8 a 12 meses
Incisivos laterales inferiores.	De 8 a 12 meses
1er. Molar superior.	De 12 a 14 meses
1er. Molar inferior.	De 12 a 14 meses
Canino inferior.	De 14 a 20 meses
Canino superior.	De 14 a 20 meses
2do. Molar inferior.	De 22 a 30 meses

B. VALORAR LA APARICIÓN Y DESAPARICIÓN DE LOS REFLEJOS DE ACUERDO CON EL SIGUIENTE ESQUEMA.

REFLEJOS	EDAD DE APARICION	EDAD DE DESAPARICION
Reflejos de Postura y Movimiento		
Moro	Nacimiento	De 1-3 meses
Tónico del cuello	Nacimiento	De 5-6 meses parcial, de 2 meses a 4 años
Respuesta Landau	3 meses	De 4 meses a 2 años
De agarre palmar	Nacimiento	4 meses
Respuesta Babinski	Nacimiento	De 8 meses a 15 meses
Reacción Paracaída	Nacimiento	Variable
		De 8 a 9 meses
Reflejos al Sonido		
Respuesta parpadeo	Nacimiento	
Respuesta Orientación	Nacimiento	
Reflejos de Visión		
Parpadeo acercamiento	Nacimiento	
Rastreo Horizontal	4-6 meses	
Rastreo Vertical	2-3 meses	
Nistagmus optoquinético	Nacimiento	
Nistagmus post-rotación	Nacimiento	
Parpadeo a la luz	Nacimiento	
Reflejos muscular luz	Nacimiento	
Reflejos alimenticios		
Respuesta orientación (despierto)	Nacimiento	3-4 meses
Respuesta orientación (dormido)	Nacimiento	7-8 meses
De succión	Nacimiento	12 meses
Establecimiento		
Mano diestra	2-3 años	
Reflejo marcha	Nacimiento	
Camina sobre línea recta	5-6 años	

Interpretación:

La aparición y desaparición de los reflejos neurológicos en la infancia está bien establecida. Anomalías neurológicas deben sospecharse cuando dichos reflejos no estén bien presentes en el tiempo apropiado. Tiene igual significado que dichos reflejos no desaparezcan a la edad señalada.

C. EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Evalúe el desarrollo Psicomotor aplicando el siguiente interrogatorio:

EDAD	MOTOR GRUESO	MOTOR FINO	LENGUAJE	SOCIAL
3 meses	A. ¿Se incorpora en los brazos cuando está de decúbito ventral?	A. ¿Cuando está tranquilo mantiene sus manos abiertas?	A. ¿Se sonríe o hace ruidos de estar contento?	A. ¿Se sonríe con usted?
	B. ¿Mantiene su cabeza erguida con firmeza cuando está boca abajo?	B. ¿Puede halar de su ropa?	B. ¿Voltea cuando oye ruidos o alguien le habla?	B. ¿Trata de alcanzar objetos o personas conocidas?
6 Meses	A. ¿Se sienta solo sin apoyo?	A. ¿Pasa objetos de una mano a otra?	A. Balbucea "dada", "mama"?	A. ¿Da los brazos para ser cargado?
	B. ¿Se puede cambiar si esta boca abajo?	B. ¿Puede levantar con sus manos objetos pequeños?	B. ¿Se asusta al levantar la voz?	B. ¿Expresa disgusto cuando algo no le gusta?
9 Meses	A. ¿Se puede sentar por sí mismo por tiempo prolongado?	A. ¿Levanta objetos usando el pulgar y otro dedo?	A. ¿Entiende el significado de no o adiós?	A. ¿Puede sostener su biberón al comer?
	B. ¿Gatea, camina apoyado en muebles?	B. ¿Puede comer con sus manos?	B. ¿Nada?	B. ¿Coopera en juegos con usted?
12 Meses	A. ¿Camina solo o ayudado de la mano?	A. ¿Puede tirar objetos?	A. ¿Emplea alguna palabra que no sea mamá o dadá?	A. ¿Coopera al ser vestido?
	B. ¿Puede cambiar de posición cuando está sentado?	B. ¿Es fácil desprenderle los juguetes de las manos?	B. ¿Mueve la cabeza diciendo que no?	B. ¿Acude al ser llamado?

EDAD	MOTOR GRUESO	MOTOR FINO	LENGUAJE	SOCIAL
18 meses	A. ¿Sube las escaleras con ayuda?	A. ¿Le da vuelta a las hojas de un libro, (2 o 3 al mismo tiempo)?	A. ¿Tiene 6 palabras reales con significado?	A. ¿La imita en labores caseras, barrer, trapear?
	B. ¿Puede tirar un objeto estando de pie sin caerse?	B. ¿Puede comer por sí mismo?	B. ¿Apunta con el dedo las cosas que quiere?	B. ¿Juega en compañía de otros niños?
2 años	A. ¿Correr bien sin caerse?	A. ¿Le da vuelta a las páginas de un libro, una a una?	A. ¿Habla con frases cortas (2 a 3 palabras)?	A. ¿Pide ser llevado al baño?
	B. ¿Puede subir y bajar escaleras?	B. ¿Se quita los zapatos y los pantalones solo?	B. ¿Usa pronombres (mío, tuyo, yo, tú)?	B. ¿Juega en compañía de otros niños?
21/2 Años	A. ¿Puede brincar alzando ambos pies?	A. ¿Puede desabotonar cualquier botón?	A. ¿Usa plurales o tiempo pasado?	A. ¿Puede dar su nombre y apellido si se le pregunta?
	B. ¿Puede tirar una pelota por encima de su cabeza (como pichar)?	B. ¿Puede tomar el lápiz o crayón como la gente adulta?	B. ¿Usa el pronombre "yo" correcto la mayor parte del tiempo?	B. ¿Puede servirse el solo un baso de agua?
3 años	A. ¿Puede darle a los pedales de un triciclo?	A. ¿Si le acuerda, puede secarse las manos después de lavárselas?	A. ¿Se identifica como niño o niña?	A. ¿Comparte juguetes?
	B. ¿Alterna los pie, sube escaleras?	B. ¿Se puede vestir incluyendo desabotonarse de frente?	B. ¿Puede platicar historias pequeñas acerca de sus experiencias?	B. ¿Comparte el juego con otros niños. Espera su turno?

EDAD	MOTOR GRUESO	MOTOR FINO	LENGUAJE	SOCIAL
4 Años	A. ¿Intenta o anda de cojito?	A. ¿Se abotona su ropa completamente?	A. ¿Puede cantar una canción o decir un poema de memoria?	A. ¿Cuenta historias pretendiéndose el héroe?
	B. ¿Alternan los pies bajando las escaleras?	B. ¿Puede atrapar una pelota?	B. ¿Pregunta el significado de las palabras?	B. ¿Juega juegos de competencia acepta y obedece las reglas?
5 años	A. ¿Puede andar de cojito alternando los pies?	A. ¿Anuda sus propios zapatos?	A. ¿Puede escribir su nombre?	A. ¿Coopera con las tareas del hogar?
	B. ¿Puede brincar la cuerda o brincar pequeños obstáculos?	B. ¿Puede untar mantequilla?	B. ¿Pregunta el significado de las palabras?	B. ¿Juega juegos de competencia y obedece las reglas?

- En caso de encontrar alteración en su desarrollo debe hacer interconsulta con los departamentos correspondientes (psicología, fisiología, neurología, terapia del habla, genética, entre otros) o referirlo a un nivel de mayor complejidad.

5.5 PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

5.5.1 Lactancia Materna. Definición:

Es la alimentación a través del seno materno. Debe ser exclusiva desde el nacimiento hasta los primeros 6 meses de vida, y continuarse con alimentación complementaria hasta los 2 años o más.

5.5.2 Normas Generales:

- Promueva durante el período prenatal, la lactancia materna, haciendo énfasis en las ventajas de la misma para el(a) niño(a) y la madre.

- Oriente a todas las embarazadas sobre: Nutrición durante el embarazo y la lactancia, cuidados higiénicos, prevención y tratamiento de problemas anatómicos de pezón, técnicas de amamantamiento, con el propósito de facilitar una lactancia exitosa.

5.5.3 Normas Específicas.

El personal de los diferentes niveles de Atención (hospitales, clínicas rurales y promotor de salud) realizará las siguientes funciones:

- Orientará a las madres desde el período de gestación sobre las ventajas de la lactancia materna, tanto para la madre como para el(a) niño(a).
- Indagará mitos, tabúes, prejuicios y factores que desfavorecen la lactancia materna, los cuales deben ser esclarecidos, con el propósito de modificar sus conceptos y prácticas.
- Durante el período prenatal instruirá a la embarazada a través de unas demostraciones sobre técnicas de amamantamiento.
- Identificará los problemas del pezón en la primera consulta prenatal, para establecer un esquema un manejo adecuado.
- Detectará lo problemas que impidan una lactancia exitosa (mala información, predisposición psicológica, técnica inadecuada, grieta, congestión mamario, mastitis y/o pérdida de peso sin aparente patología del lactante) y dará las orientaciones y/o tratamiento que amerite según el caso.

5.5.4 Procedimientos:

A. Período Prenatal:

- **Es de rigor dar charlas sobre lactancia materna** a la madre en sala de espera.
- Explíquese **técnicas correctas de amamantamiento** y el cuidado de sus senos.
- **Propicie que la madre se ponga en contacto con los grupos de apoyo** de su comunidad, si existen.
- Explíquese que el **criterio para clasificar la lactancia exitosa es que su bebé aumenta de peso, se alimenta vigorosamente**, moja el pañal adecuadamente, y que la madre no tiene molestias al dar el seno.

B. Período de Parto y Puerperio inmediato:

- Evite la sedación de la madre durante la labor de parto.
- Propicie el apego precoz, coloque el Recién Nacido en el vientre o en el pecho de su madre, durante la media hora post-parto porque el(a) niño(a) tiene buen reflejo de succión, buena actividad, lo que le permite ingerir el calostro que por sus características inmunológico se considera la primera vacuna.
- Facilite alojamiento a fin de que el Recién Nacido permanezca junto a su madre el mayor tiempo posible y sea lactado exclusivamente al seno.
- Si a la madre se le ha realizado una cesárea debe iniciar la lactancia inmediatamente se haya recuperado de la anestesia y esté en condiciones satisfactorias.
- Fomente la lactancia materna natural cada vez que se solicite (a libre demanda).
- Enseñe en sala de puerperio a la madre cómo colocarse el(a) niño(a) al pecho, cómo extraerse su leche manualmente y la forma de retirar al niño del pezón, técnicas amamantamiento, técnicas para cesárea.

C. Ventajas de la Lactancia Materna.

- Es el mejor alimento para el(a) niño(a), porque es la forma natural de alimentarse; es un alimento de alto valor biológico-nutricional.
- Es de fácil digestión produciendo pocas dificultades alimenticias, vómitos, diarrea, estreñimiento.
- Es estéril, económica y disponible a temperatura ambiente.
- Contribuye a mantener un balance en la flora intestinal lo cual es una defensa contra las enfermedades diarreicas.
- Favorece el paso al tubo digestivo del niño(a) de anticuerpos que contribuyen a defenderlo de infecciones.
- Por ser fuente de sustancias inmunológicas (IgA, IgM, anticuerpos, leucocitos, macrófagos, lisozima y enzima) es un mecanismo de prevención directa de la infección.
- Favorece la relación afectiva entre madre e hijo y estimula el óptimo desarrollo del(a) niño(a).
- Estimula la satisfacción psicológica y afectiva de la madre hacia el hijo y viceversa.
- Favorece la involución uterina, el sangrado post-parto; así como las infecciones en el puerperio.
- Previene la patología del seno y ovarios.
- Favorece el espaciamiento de embarazos.

5.5.5. Problemas que Podrían Interferir con la Lactancia:

A. Pezones Planos, Retraídos o Invertidos.

Causas: Persistencia o invaginación original del botón mamario.

- **Manejo:**

Recomiende a la Madre que:

- Estimule los pezones antes de amamantar.
- Use extractor de leche o tensador de pezones antes de amamantar.

- De el pecho al(a) niño(a) lo más pronto posible después del parto.
- Sentarse de lado apoyada en los antebrazos.
- Amamante en posición sentada enfrentando a la madre.

B. Traumas de Pezón.

Causas:

Técnicas y posición incorrecta, congestión mamaria, disfunción motora-oral (poco común), uso de irritantes, como jabones o lociones, candidiasis, dermatitis de contacto, frenillo corto (raro).

Manejo:

Aplique calor local y masaje antes de amamantar.

Utilice técnica correcta de amamantamiento.

Después de amamantar cubra el pezón y la areóla con unas gotas de leche y exponga los senos al aire y sol.

Trate candidiasis, dermatitis y corte el frenillo en caso necesario.

C. Conducto Lactífero Obstruido.

Causas:

- Extasis de leche secundaria a: amamantamiento infrecuente, vaciamiento incompleto, presión local.

- **Manejo:**

Recomiende a la madre:

- Aplique compresas tibias sobre el área antes de amamantar.
- Masajes antes y mientras amamanta.
- Lactancia más frecuente, utilizando una técnica correcta.
- Ofrezca el lado afectado primero.
- Evite zonas de comprensión por la ropa.

D. Congestión Mamaria.

Causas:

Extracción infrecuente y/o inadecuada de leche. Reflejo de eyección inhibido.

• Manejo:

Recomiende a la madre:

- Compresas tibias antes de amamantar.
- Masajes y extraerse la leche, manualmente o con bomba, para evitar congestión en la areóla antes de amamantar.
- Compresas frías después de amamantar.
- Técnicas de relajación y reducción de stress. Masajes en el cuello y la espalda, “peinar el seno”.
- Analgésicos suaves (acetaminofén).

E. Candidiasis o Moniliasis.

Causas:

Infección micótica en los lactantes, resultante de una inflamación de la boca del bebé o en el área del pañal. Al amamantar, los pezones de la madre también pueden infectarse.

• Manejo:

Para la Madre:

- Durante 14 días aplíquese una capa ligera de nistatina en crema (o cualquier otro antimicótico) cada vez que termine de amamantar. No es necesario lavar los pezones antes de la siguiente mamada.
- Seque los pezones con aire o expóngalos al sol después de amamantar.
- Durante varios días, colóquese un forro limpio en el interior del brasier (por ej. algodón, papel facial, pañuelo, o toalla de papel).

- Lave la ropa interior, de dormir, toallas y toallitas faciales en agua caliente.
- Lávese muy bien las manos después de cambiar los pañales del bebé y después de usar el baño.
- Al bañarse use una toalla distinta para el área genital.
- Es posible que su cónyuge también tenga que someterse a tratamiento.

Para el Niño:

- Aplique nistatina oral cuatro veces al día, durante 14 días.
- Con el dedo, en una gasa o hisopo con punta de algodón, aplique el medicamento dentro de la boca del bebé, incluyendo cachetes, encías y lengua.
- En el área del pañal aplique crema (nistatina) cuatro veces al día hasta que sane por completo.

F. Mastitis.

Infección del tejido mamario que rodea los conductos lácteos. Es de inicio repentino, con fiebre, enrojecimiento, dolor, calor, e inflamación del área. Dejar de amamantar empeora el caso y demora su recuperación.

Manejo:

Recomendaciones a la Madre:

- Permanezca con su bebé en cama las 24 horas, el descanso es esencial.
- Aplique compresas calientes al seno afectado, de 3 a 5 minutos antes de alimentar al bebé.
- Amamante a su bebé más frecuentemente, cambie la posición de su bebé cada vez que amamante, para que los ductos se vacíen adecuadamente.
- Indique dicloxacilina, ampicilina, amoxicilina o cefalosporina por 10 días. Y acetaminofén para aliviar el dolor y bajar la fiebre.
- Siga amamantando.

G. Absceso Mamario.

Causas:

En los casos anteriores si no se realiza el manejo adecuado, puede formarse un absceso presentándose una hinchazón dolorosa, con aumento o no de la temperatura.

Manejo:

Si la palpación se encuentra fluctuante, debe drenarse en un sitio adecuado y seguir con las medidas utilizadas en el caso de la mastitis.

5.5.6. Posibles Contraindicaciones del niño y de la madre en la lactancia materna

A. Enfermedades del(a) Niño(a)

- **Galactosemia:** error innato en el metabolismo de la galactosa, se presenta con diarrea, vómito, hepatomegalia, esplenomegalia, e ictericia. Si no se elimina la lactosa de la dieta, se produce catarata, retraso mental y cirrosis hepática. **Está contraindicada absolutamente en la lactancia.**
- **Fenilcetonuria:** Se debe a la ausencia en el hígado de la enzima hidroxilasa de fenilalanina y su manifestación clínica más seria es el retraso mental moderado a grave. Deben vigilarse los niveles de fenilalanina en sangre; su contraindicación es parcial.
- **Enfermedades de Orina de Jarabe de Arce:** Error innato del metabolismo de los aminoácidos valina, leucemia, e isoleucina. Se manifiesta por orina con olor tipo Jarabe de Arce, anorexia, vómito, acidosis metabólica y un progresivo deterioro neurológico. Su contraindicación es parcial. Su prevalencia es 1 en 200,000 nacidos vivos.

- **Labio Leporino y Palatosquisis:** Malformaciones congénitas. El Recién Nacido tiene dificultad para crear la presión negativa necesaria para la lactancia. Dependiendo de la magnitud del defecto con buena técnica de amamantamiento (cerrando con ayuda de la mama la abertura entre la boca y la nariz) se puede alimentar al seno materno.

B. Enfermedades de la Madre:

- **Tuberculosis:** **La tuberculosis no es una contraindicación para la lactancia, pues se ha comprobado que el bacilo no atraviesa la leche materna.** La forma de transmisión es a través de gotitas que fluyen de la madre bacteriológica positiva después del parto al Recién Nacido. La madre debe ser tratada, preferiblemente con tres fármacos, ella deja de ser contagiosa tan pronto inicia el tratamiento. Al Recién Nacido se le dará quimioprofilaxis (isoniácida 15 mg/kg durante seis meses).
- **Cáncer de Mama.** Sólo se recomienda suspender la lactancia si la madre está recibiendo radioterapia o quimioterapia.
- **Hepatitis B:** No es una contraindicación para la lactancia materna. En caso de madre portadora o activamente infectada vacune al(a) niño(a), con anti-hepatitis B.
- **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA):** El virus se ha detectado por medio de cultivo de la leche materna de madres infectadas con VIH. Aunque la OMS recomienda que se debe seguir promoviendo, apoyando y protegiendo la lactancia natural en los países en desarrollo, en vista de los beneficios potenciales de la leche materna y de la prevención de infecciones inter-recurrentes en los niños ya infectados por el virus. Por lo que recomienda se individualicen los casos, en vista de que se necesitan más investigaciones epidemiológicas.

5.5.7. Lactancia y medicamentos.

H. Drogas que disminuyen la producción láctea.

- **Los Dopaminérgicos:** Tales como la vitamina B6 en cantidades elevadas, la ergotamina, 1-dopa. Todos éstos actúan por inhibición de la descarga de prolactina.
- **Estrógeno:** Actúa bloqueando el efecto de la prolactina en la glándula mamaria.
- **Vasoconstrictores:** Disminuyen el flujo sanguíneo mamario. Está en investigación un posible efecto hipotalámico. Por esta razón se recomienda precaución con antigripales que incluyen vasoconstrictores en su composición.
- **Diuréticos:** En dosis elevadas, el mecanismo de acción está en estudio.
- **Alcohol:** En dosis elevadas produce la elevación de la ocitocina.
- **Marihuana:** Está en duda su posible efecto supresor de lactancia, podría actuar disminuyendo la prolactina.

B. Drogas en las cuales se recomienda cese temporal de la lactancia.

- En este grupo se encuentran, principalmente, los radiofármacos, y algunas otras drogas cuyo efecto en el lactante aún no es bien conocido y por tal razón se recomienda cese temporal de lactancia. La lista está reconocida por la AAP (American Association Pharmacology) y otros grupos de estudio.
- **Radiofármacos:** Cobre-64, Galio-67, Indio-111, Yodo-123 y Yodo-125, Sodio radioactivo, Tecneio-99. La radioactividad en leche puede estar presente de 15 horas a 3 días o más post-estudio.
- **Metronidazol y Timidazol:** Mutagénicos in-vitro: se recomienda suspender la lactancia de 12 a 24 horas luego de dar la dosis única o última dosis.

C. Drogas en las cuales se recomienda la suspensión definitiva de la lactancia.

- Bromocriptina: suprime la lactancia. Droga que no se recomienda su uso en la lactancia.
- Ciclofostamida: posible inmunosupresión, efecto desconocido en el crecimiento o en cuanto a asociación con carcinogénesis, neutropenia.
- Cocaína: Intoxicación cocaínica.
- Dexorubicina: Posible inmunosupresión, efecto desconocido en el crecimiento o en cuanto a asociación con carcinogénesis.
- Ergotamina: Vómito, diarrea, convulsiones (dosis utilizada en migraña).
- Fenciclidina: Potente alucinógeno.
- Fenindiona: Anticoagulante. aumento en tiempo de protrombina y tiempo de tromboplastina parcial.
- Litio: Se encuentra en el suero del lactante de 1/3 a 1/2 de la dosis terapéutica.
- Metrotexate: Posible inmunosupresión: efecto desconocido en crecimiento o en cuanto a asociación con carcinogénesis, neutropenia.

5.5.8. Técnicas Correctas de Amamantamiento.

A. Sentada Clásica:

- Sentarse con la espalda recta, acercarse el(a) niño(a) al pecho.
- Colocar el(a) niño(a) sobre su brazo, de tal forma que se pueda sostener con la mano del mismo brazo todo su cuerpo. Colocándolo pecho con pecho, barriga con barriga.
- La cara del(a) niño(a) estará frente al seno, lo que permitirá sostener el pecho con la otra mano en forma de letra C (con el pulgar arriba de la areóla y los otros cuatro dedos por abajo del pecho). La mano en esta posición permite dirigir el pezón fácilmente.

- Tocar con el pezón el labio inferior del(a) niño(a), para desencadenar el reflejo de búsqueda.
- Al abrir la boca se debe atraer al(a) niño(a) rápidamente hacia el seno para que logre tomar no sólo el pezón, sino también la mayor parte de la areóla.
- Para cambiar de seno al terminar de lactar, debe introducir suavemente un dedo en la comisura labial del(a) niño(a), con lo cual se rompe el vacío que se forma dentro de la boca y pueda soltar el pezón sin lastimar el seno.

B. Acostada en decúbito lateral.

- El cuerpo del(a) niño(a) sigue el cuerpo de la madre y están juntos barriga con barriga.
- La madre ofrece el pecho del lado que está acostada, observando que el(la) niño(a) siempre tome el pezón y parte de la areóla.
- Esta posición y la de "balón de fútbol" son las más apropiadas cuando la madre ha tenido una operación cesárea.

C. Balón de fútbol.

- El cuerpo del(a) niño(a) se encuentra debajo de la axila de la mamá, con el estómago pegado a las costillas de la madre.
- La mamá sostiene el cuerpo del(a) niño(a) con el brazo del mismo lado y con la mano le sostiene la cabeza.

D. Técnica de Extracción Manual.

- La madre realizará un masaje desde el tórax hacia el pezón, luego realizará movimientos circulares con los dedos en un mismo punto.
- Frotar cuidadosamente el pecho desde la parte superior hacia el pezón de manera que produzca cosquilleo.

- Sacudir suavemente ambos senos, inclinándose hacia adelante. La fuerza de la gravedad ayuda a la bajada de la leche.

Para extraerse la leche:

- Colocará el pulgar y los dedos índice y medio, aproximadamente 3-4 cm detrás del pezón, formando una "C" con la mano.
- Empujar los dedos hacia la caja torácica. Evitar separar los dedos. Girar o dar vueltas a los dedos y al pulgar como imprimiendo las huellas digitales en una hoja de papel. El movimiento giratorio oprime y vacía los senos lactíferos sin maltratar los tejidos del pecho que son muy sensibles.
- La leche extraída se vaciará en un recipiente limpio con boca ancha.

5.5.9 Prelactancia.

- Es el restablecimiento de la secreción láctea después de que una mujer ha dejado de amamantar de unos cuantos a algunos meses. Se refiere también a la promoción o aumento de la producción insuficiente de leche.
- Para establecer la relactancia en mayor y mejor estímulo es la succión del(a) niño(a) en forma frecuente y sostenida (de 8-10 veces por día, durante 5-10 minutos cada vez).
- La producción de leche empieza generalmente a la semana. El tiempo de re-instalación de la lactancia dependerá de muchos factores (antecedentes de lactancia previa, poco tiempo de haber dejado de lactar).
- La lactancia se puede inducir de manera farmacológica. Uno de los medicamentos más empleados es la metoclopramida.

5.6. INMUNIZACIONES

5.6.1. Normas Generales.

- Todo(a) Recién Nacido(a) deberá ser vacunado simultáneamente con B.C.G., Hepatitis B y Antipolio, antes de abandonar el establecimiento de salud.
- Todo(a) niño(a) antes de cumplir su primer año de vida deberá recibir un esquema completo de inmunización de vacunas: Antipolio, Antihepatitis B, BCG, DPT y Antisarampionosa.
- Todo(a) niño(a) preescolar (2-4 años de edad) sino recibió la vacuna correspondiente durante su primer año de vida, debe recibir un esquema completo similar al anterior.
- Ningún(a) niño(a) o embarazada debe ser rechazado(a) cuando solicite su vacunación, aunque para esto sea necesario abrir un frasco de vacuna.
- Nunca se debe reiniciar el esquema (con primera dosis) independientemente del intervalo máximo transcurrido entre la dosis de aplicación.
- El equipo y en especial el coordinador de programas de las Direcciones Provinciales de Salud y Municipales del Distrito Nacional será responsable de las actividades de inmunizaciones en sus respectivas localidades.
- El encargado(a) el puesto de vacunación sera responsable de llevar un control del número de niños(as) inmunizados(as).
- A todo(a) niño(a) menor de un año deberá registrarse las dosis aplicadas y la fecha de su próxima cita, en su Cédula de Salud.
- Las vacunas del PAI deben ser almacenadas en un refrigerador y mantenerlas a una temperatura de 0 a 8°C.
- Las unidades de salud que no cuenten con refrigeradora, deben utilizar los termos KING SEELEY para el

transporte y conservación de las vacunas. En estas condiciones solamente deberá transportarse el mismo día las dosis suficientes para una jornada.

- Las refrigeradoras del programa de inmunización se deben utilizar exclusivamente para conservar las vacunas. Nunca deben guardarse alimentos ni bebidas.
- El refrigerador debe contar con un termómetro para el registro de la temperatura.
- El personal de salud registrará y anotará la temperatura en una hoja control diseñada para tales fines; esto se hará dos veces al día (mañana y tarde).
- La aplicación de vacunas debe efectuarse todos los días hábiles, en las instituciones de salud donde existan refrigeradoras.

5.6.2 Descripción de las Vacunas del PAI

A. Vacuna BCG.

- Es una suspensión de bacilos tuberculosos bovinos atenuados (bacilo de Calmette y Guerin).

Procedimiento:

- Se utiliza la vacuna liofilizada en frascos de 10 dosis, que se conserva permanentemente en nevera y mientras se usa debe conservarse en lugar fresco, protegida de la luz y sobre todo del sol.
- Antes de su utilización observe la fecha de vencimiento de cada ampolla; ya diluida la solución se empleará durante la jornada diaria de trabajo, deseche el sobrante.
- Aplique por vía intradérmica, sin necesidad de previa prueba tuberculina, en la parte posterior de la región deltoidea izquierda. Es absolutamente necesario que la técnica intradérmica y su dosificación sean correctas, porque las complicaciones sobreviven cuando se inyecta más profundamente o en exceso de dosis. Aplique una dosis de 0.1 cc., es decir un décimo de centímetro cúbico. Se le aplicará la mitad al Recién Nacido.

B. Vacuna Antisarampinosa.

- Está constituida por el virus del sarampión vivo atenuado, que provoca una respuesta inmunitaria activa. La vacuna se presenta en forma liofilizada.
- La eficacia de la vacuna, aplicada después de los nueve meses de edad a un 95% y la inmunidad que confiere es de la larga duración (puede ser hasta para toda la vida).

Indicaciones:

- Vacune contra el sarampión a todo(a) niño(a) menor de un año.
- Aplique una sola dosis después del 9no. mes de edad, de preferencia con la 3ra. de polio y la 3ra. de DTP.
- Vacune a todo preescolar no vacunado, que no haya sufrido la enfermedad.

Contraindicaciones para la aplicación de la Vacuna:

- Niños(as) que hayan tenido sarampión.
- Enfermedades febriles agudas.
- Enfermedades pulmonares, tuberculosis evolutiva.
- Tratamiento con corticosteroides, plasmas, sangre, gammaglobulina.
- Síndromes neurológicos en menores de un año.
- Enfermedades malignas, leucemias, linfomas, otitis media, aguda o crónica.
- Dermatopatías severas.
- Enfermedades renales y hepáticas crónicas.
- Brotes de poliomiелitis o sarampión.
- Afecciones cardíacas descompensadas.

Niños alérgicos a las proteínas del huevo y de las plumas.

Procedimiento:

- Después de reconstruida la vacuna (con su diluyente adecuado), se aplica una sola dosis, de 0.5 cc por vía

subcutánea. Aplique con una jeringuilla estéril desechable, que no volverá a usarse bajo ninguna condición.

- Con esta sola dosis el niño queda inmunizado, sin que haya necesidad de una revacunación. Sólo se justifica una revacunación si el niño recibió sus dosis antes de la edad indicada.

Conservación del Biológico:

- Almacene la vacuna a temperatura de 2 a 6 grados y manténgase fría el momento de su aplicación.

Reacciones a la aplicación:

- De un 3 a un 4% de los casos, hacia el 9no. día, el niño puede presentar un sarampión muy atenuado. a veces hay dolor en el sitio de la inoculación.
- Estas reacciones se tratan con antipiréticos y analgésicos.

C. Vacuna DPT o TRIPLE (Difteria, Tosferina, Opertussis y Tétanos

- La vacuna es una combinación de Toxoides diftérico, tetánico y bacterias inactivadas de la tosferina, precipitada con alambre o hidróxido de aluminio.

Indicaciones:

- Vacune con D.P.T. a todo(a) niño(a) menor de un año, iniciándola al 2do. mes.
- Aplique tres dosis con intervalos del mes simultáneamente con la antipolio.
- Aplique una cuarta dosis (reactivación) un año después de la tercera dosis.

Contraindicaciones:

- Niños mayores de 6 años
- Síndrome febril indeterminado
- Convulsiones
- Nefrosis

- Enfermedades infecciosas en el período agudo
- Desnutrición marcada
- Propensión a las alergias
- Tosferina previa

Procedimiento:

- Se presenta en frasco que contiene una sustancia blanquecina. Si aparecen grumos que no desaparecen al agitar el frasco, deséchela.
- Mantenga la vacuna en nevera sin congelar. (0° +8°C)
- Aplique tres dosis de 0.5 cc por vía intramuscular (exclusivamente), en la cara externa del muslo; con un intervalo de 4 semanas (un mes).
- Evite necrosis grave; impida que el trayecto de la aguja se cubra con el antígeno, use una aguja para extraer el líquido del frasco y otra para inyectarlo; y al final de la inyección introduzca 0.2 ml. de aire en la jeringuilla.

Reacciones:

- Fiebre fugaz, anorexia pasajera, y en casos muy raros (1x100,000) encefalitis a causa del componente pertussis. Esta no es severa y su posibilidad disminuye en niños en los que no concurren ninguna de las contraindicaciones antes mencionadas.
- Un nódulo en el sitio de la inoculación, (que desaparece en breve tiempo) revela una lenta absorción favorable al aumento de la capacidad inmunitaria.

D. Vacuna Hepatitis B.

Es una suspensión estéril que contiene el antígeno de superficie depurado del virus, obteniendo a través de la tecnología de DNA. recombinada y absorbida en hidróxido de aluminio.

Eficacia y duración de la vacuna: Luego de aplicarse la 3ra. dosis es de 95% y la inmunidad dura más de 10 años.

Indicaciones:

- Está indicada en todos(as) los(as) Recién Nacidos(as) e hijos(as) de madres (+) o portadoras del virus Hepatitis B.
- Personal de riesgo: los que manipulan productos sanguíneos.
- Pacientes a los que se les administra sangre.
- Personas procedentes de zonas de alto carácter endémico de Hepatitis B.

Contraindicaciones:

- Niños gravemente enfermos.
- Pacientes con síndrome febril agudo grave.

Procedimientos:

- Se presenta en una suspensión de 20 microgramos.
- Aplique a adultos y niños mayores de 10 años 1cc. I.M.
- A neonatos, lactantes y niños(as), menores de 10 años 0.5 cc.I.M.
- Aplique en la región antero lateral del muslo en neonatos, lactantes y niños(as) pequeños(a).
- Aplique vacuna antihepatitis B inmediatamente al neonato hijo de madres portadoras del HBV, aplicando esquema rápido.

Reacciones:

- Es frecuente dolor pasajero y endurecimiento en el sitio de la inyección.
- Puede haber fiebre, fatiga, vértigo, náusea, vómito, artralgias, otitis, erupción cutánea, finfadenopatía, hipertensión, síncope, entre otras.

ESQUEMA DE LA VACUNACION VACUNAS

	BCG	POLIO	DPT	SARAMPION	TOXOIDE TETANICO	HEPATITIS B
VIA DE ADMINISTRACION	1 dosis	Oral	I.M.	S.C.	I.M.	I.M.
DOSIS	0.1 cc	0.2 cc	0.5 cc	0.5 cc	0.5 cc	0.5 - 1.0 cc
No. DE DOSIS	Unica	Tres	Tres	Unica	Cinco	Tres
INTERVALO		Mensual	Mensual		Un mes 6 meses	Un mes 6 meses
EDAD RECOMENDADA	Recién Nacido	R.N. 2, 3 y 4 meses	2, 3 y 4 meses	9 meses	Mujeres en edad fértil	R.N., 1 a 6 meses
EFICACIA	95% T.B. Meningea	95%	90%	95%	90%	95%
DURACION DE LA INMUNIDAD	10 años	Toda la vida	Diez años	Toda la vida	Toda la vida	+ 10 años
REACCIONES A LA VACUNA		Annual	Dolor local	Fiebre	Dolor	
REVACUNACION O REFUERZO	7 años		Annual		6 meses y anual	Al año

5.7. ATENCION INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)

5.7.1. Definición de AIEPI:

Son las normas de atención integrada que permite evaluar rápidamente todos los signos y síntomas del(a) niño(a) menor de 5 años, clasificar y decidir la conducta a seguir para tratamiento oportuno cuando acuda al servicio de salud.

5.7.2. Componentes de AIEPI:

- Evaluación del(a) niño(a) e identificación de signos de peligro en general.

- Evaluación del(a) niño(a) con tos y dificultad para respirar e identificación de signos de neumonía.
- Evaluación del(a) niño(a) con diarrea e identificación de signos de deshidratación.
- Evaluación de la fiebre e identificación de signos indicativos de neumonía, dengue, malaria, sarampión y tuberculosis.
- Evaluación de problemas de oídos.
- Evaluación de problemas de garganta.
- Identificación de signos de desnutrición y anemia.
- Evaluación del estado de vacunación.
- Tratamiento de las enfermedades y otros problemas de salud detectados.
- Educación de la madre y otros responsables del cuidado del(a) niño(a), sobre la atención del(a) niño(a) en el hogar durante la enfermedad; y una vez recuperado de ella, la vigilancia de los signos de gravedad del(a) niño(a) en el hogar durante la enfermedad; y una vez recuperado de ella, la vigilancia de los signos de gravedad del(a) niño(a), para la consulta precoz al personal de salud.
- Verificación de lo comprendido por la madre sobre la orientación ofrecida.

5.8. Atención integrada al niño de 1 semana hasta 2 meses.

5.8.1 Normas Generales:

Los niños de 1 semana hasta 2 meses de edad tienen características especiales que deben ser consideradas cuando se les clasifica la enfermedad.

En la primera Visita:

Verifique la posibilidad de infección bacteriana luego clasifique de acuerdo con los signos encontrados.

- Pregunte acerca de la diarrea, si el(a) niño(a) tiene diarrea, evalúe los signos persistentes y disentería.
- Verifique si hay problemas de alimentación o bajo peso, además evalúe amamantamiento, clasifique luego la alimentación.
- Verifique los antecedentes de vacunación del(a) niño(a) de 1 semana hasta 2 meses de edad (según normas del PAI).
- Evalúe cualquier otro problema diferente a los antes mencionados.
- Si encuentra un motivo por el cual el(a) niño(a) debe ser referido de urgencia al hospital Municipal, Provincial o Regional, continúe la evaluación obviando la evaluación del amamantamiento porque toma más tiempo.
- Utilizará el cuadro de procedimientos para la evaluación de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

5.8.2. Infecciones Bacterianas Graves:

Uno o más de los siguientes Signos y Síntomas:

- Se mueve menos de lo normal o
- Convulsiones o
- Letargia o inconciencia o
- Respiración rápida (60 ó más por minuto) o
- Tiraje subcostal grave o
- Aleteo nasal o
- Quejido o
- Supuración de oído o
- Enrojecimiento del ombligo que se extiende a la piel o
- Fiebre (37.5°C . ó más), temperatura corporal baja (menos de 36°C o frío al tacto) o
- Pústulas en el cuerpo, abundantes o extensas o
- Abombamiento de la Fontanela

5.8.3. Manejo en el Primer Nivel.

- De antibiótico por vía intramuscular. Penicilina G Sódica 50,000 uds. por Kg y Gentamicina 2.5 mg/kg (vea anexo 6A).
- Administre tratamiento para prevenir hipoglicemia. Si el(a) niño(a) toma, puede tomar el seno, dígame a la madre que le de el seno. Si el(a) niño(a) no puede tomar el seno dele leche materna extraída. Si no es posible, dele agua azucarada antes de que se vaya. Prepare el agua azucarada disolviendo 4 cucharaditas de azúcar a ras (20 gr.) en una taza con 200 ml de agua potable.
- De instrucciones a la madre para que mantenga al bebé abrigado en el trayecto al establecimiento de salud.
- Refiera urgentemente al hospital Provincial o Regional.
- Explíqueme a la madre la necesidad de enviar el(a) niño(a) al hospital. Ayúdele a resolver sus problemas y a hacer los arreglos necesarios para el transporte.
- Haga siempre nota de referencia para el envío al establecimiento de salud. En ésta especificará: la fecha, nombre del establecimiento de salud al que va referido, nombre y edad del(a) niño(a), diagnóstico probable, medicamentos administrados, firma del tratante.

5.8.4. Infección Bacteriana Local

A. Uno o más de los siguientes Signos y Síntomas:

- Pústulas en la piel, pocas o aisladas o
- Moniliasis oral o inguinal o
- Ombligo enrojecido

B. Manejo en el Primer Nivel.

- Indique nistatina para los casos de moniliasis 400 ml-800 uds./día vía oral, y/o tópica.
- Enseñe a la madre a curar las infecciones locales en casa.

Para tratar Pústulas de la Piel la madre debe:

- Lavarse las manos
- Lavar suavemente con agua y jabón para sacar la pus y las costras
- Secar la zona
- Lavarse las manos

Para tratar Moniliasis Oral:

- Lavarse las manos
- Lavar la boca del niño con un paño suave enrollado en un dedo y humedecido con agua bicarbonatada.
- De nistatina 400-800 mil unidades/día vía oral o aplicar en la boca pinceladas de violeta de genciana, con una concentración equivalente a la mitad normal (0.25%).
- Recomiende a la madre que proporcione cuidados caseros al bebé (limpieza del área, aplicación del medicamento indicado, entre otros).
- Indique lavado del área dos veces al día con agua y jabón en caso de pústulas en la piel.
- Cite en 2 días para su reevaluación.
- Verifique que la madre haya entendido las orientaciones recibidas.

5.8.5. Enfermedad Diarreica.

Es una enfermedad generalmente infecciosa caracterizada por evacuaciones flojas o líquidas más veces que lo habitual (mayor de 3 veces en 24 horas).

A. Evaluación del(a) niño(a) con Diarrea.

- Pregunte si el(a) niño(a) tiene diarrea; en caso afirmativo, qué tiempo hace, y si hay sangre en las heces.
- Identifique signos y síntomas de deshidratación y clasifique:
 - Diarrea con deshidratación grave
 - Diarrea con algún grado de deshidratación
 - Diarrea sin deshidratación

B. Diarrea con Deshidratación Grave:

Presencia de dos de los siguientes signos:

- Letargia o inconciencia o
- Ojos hundidos o
- Signo de pliegue cutáneo: la piel vuelve muy lentamente al estado anterior.

Manejo en el Primer Nivel:

- Si el(a) niño(a) **no tiene ninguna posible infección bacteriana:** Administre Plan C: trate rápidamente la deshidratación grave (vea anexo 6B).

Luego de la aplicación del Plan C:

- Refiera urgentemente y haga nota de referimiento.
- Explíquelo a la madre la necesidad de referirlo.
- Si el(a) niño(a) tiene también una posible infección bacteriana:
 - Refiera urgentemente al hospital con la madre, administrándole sorbos frecuentes de sales de rehidratación oral (SRO) en el trayecto.
 - Recomiende a la madre que continúe dando el seno.

C. Diarrea con Algún Grado de Deshidratación.

Dos de los siguientes signos en el menor de 2 meses indican señales de algún grado de deshidratación:

- Inquieto o irritable
- Ojos hundidos
- Signo de pliegue cutáneo: La piel vuelve lentamente al estado anterior.

Manejo en el Primer Nivel:

- Si el(a) niño(a) tiene también una posible infección bacteriana: Refiera urgentemente al hospital con la madre, administrándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto.

- Si el niño(a) no tiene posible infección bacteriana, administre plan B: Tratar algún grado de deshidratación con SRO (vea anexo 6C).
- Recomiende a la madre que continúe dándole el seno, más frecuentemente.
- Enseñe a la madre las señales de deshidratación y signos de peligro.
- Indique cuándo debe volver de inmediato, y cite en dos días para seguimiento.
- Verifique que la madre haya entendido las orientaciones recibidas.

D. Diarrea sin Deshidratación.

Maneje de la forma siguiente si no hay signos suficientes de deshidratación:

- Dé líquido para tratar la diarrea en casa, Plan A (ver anexo 6D).
- Indique a la madre cuando debe volver de inmediato.
- Verifique que la madre haya entendido las orientaciones recibidas.

E. Diarrea Persistente (grave).

Se considera diarrea persistente grave a la diarrea con una duración de 14 días y que presente además signos de posible infección bacteriana grave (letargia, inconciencia, no bebe o no toma del seno, entre otros).

Manejo en el Primer Nivel.

- Si el niño está deshidratado, trate la deshidratación, luego refiera, salvo que tenga también una posible infección bacteriana grave.
- Refiera al hospital Municipal Local o Regional y haga nota del referimiento.
- Explique a la madre la necesidad de referirlo.

F. Disentería:

Es un tipo de diarrea aguda que presenta sangre y moco en las heces. Los dos tipos más comunes son disentería por *Shigella* o por *Ameba*.

Manejo en el Primer Nivel.

- Referir urgentemente al hospital de área o regional. Haga nota de referimiento.

G. Problema de Alimentación o Bajo Peso.

Pregunte a la madre: ¿Tiene el niño dificultad para alimentarse? ¿Usted le da el seno? ¿Cuántas veces en 24 horas? ¿Por cuánto tiempo en cada mamada? ¿Recibe el niño habitualmente otros alimentos o bebidas? ¿Usa el biberón?

- Luego determine peso para la edad.
 - Clasifique alimentación:
 - No logra alimentarse, posible infección bacteriana grave.
 - Problema de alimentación o bajo peso.
 - Ningún problema de alimentación o bajo peso.

A. Posible infección Bacteriana grave.

Uno o más de los siguientes signos:

- No logra alimentarse o
- No puede alimentarse o
- No hay agarre de mama o
- No mama nada.

Manejo en el primer nivel.

- Dé la primera dosis, de un antibiótico intramuscular. Penicilina G. Sódica 50,000 unids. por Kg y Gentamicina 2.5 mg/kg (vea anexo 6A).

- Administre tratamiento para prevenir la hipoglicemia.
- Dé instrucciones a la madre para que lo mantenga abrigado en el trayecto al hospital.
- Refiera urgente al hospital de área o regional y haga nota de referimiento.

B. Niño(a) con Problemas de Alimentación o Bajo Peso:

Evaluar uno o más de los siguientes signos:

- No se agarran bien a la mama
- No mama bien
- Se alimenta al seno menos de 8 veces en 24 horas
- Recibe otros alimentos o bebidas
- Bajo peso para la edad
- Moniliasis (úlceras o placas blancas en la boca)

Manejo en el Primer Nivel:

- Recomiende a la madre, le dé el seno las veces y el tiempo que el(a) niño(a) quiera, de día y de noche.
- Si el(a) niño(a) no succiona bien o no mama bien, enseñe a la madre técnicas correctas de amamantamiento (el niño(o) toca el seno con el mentón, tiene la boca bien abierta, si tiene los labios volteados hacia afuera, se ve más areóla arriba que abajo), verifique si el(a) niño(a) succiona en forma lenta y profunda.
- Si recibe otros alimentos o bebidas, recomiende a la madre que se de el seno más frecuente, reduciendo los otros alimentos y que se use una taza.

Si el(a) niño(a) no se alimenta de seno:

- Refiera para asesoramiento sobre lactancia materna y la posible relactancia.
- Enseñe a preparar correctamente otros alimentos y a usar una taza o un vaso.

- Haga seguimiento para cualquier otro problema de alimentación o para la moniliasis en 2 días.
- Haga seguimiento del bajo peso para la edad a los 14 días.
- Enseñe a la madre cuando debe volver de inmediato.

C. Ningún Problema de Alimentación.

Si el peso no es bajo para la edad y no hay ningún otro signo de alimentación inadecuada.

- Enseñe a la madre a tratar al(a) niño(a) en la casa
- Elogie a la madre porque alimenta bien al(a) niño(a).
- Verifique los antecedentes de vacunación el niño de 1 semana a 2 meses y aplique las que le corresponda según normas PAI (BCG, antipolio y primera dosis de Hepatitis B.)
- Evalúe siempre otros problemas.

5.9. ATENCION INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)

Atencion al(a) Niño(a) de 2 Meses a 4 Años:

5.9.1. Normas Generales:

- Todo(a) niño(a) enfermo(a) menor de 5 años que demande atención en cualquier centro de salud, debe ser atendido de manera integral, evaluando, clasificando y tratando signos de peligro en general, tos o dificultad respiratoria, enfermedades diarreicas, problema de oídos y garganta, fiebre, Dengue, Sarampión, Malaria y Tuberculosis, desnutrición y anemia y otros problemas encontrados; utilizando el cuadro de procedimiento y los formularios de registro de AIEPI.
- El personal de salud debe enseñar a la madre a administrar medicamentos vía oral, a tratar infecciones localizadas y a detectar signos de peligro.

5.9.2. Signos de Peligros en General:

Verifique si hay signos de peligro en general que puedan comprometer la vida del paciente. Evaluar uno o más signos:

- El(a) niño(a) no puede beber o tomar el seno o
- Vómita todo o
- Convulsiones o
- Letargia o inconciencia.

Manejo en el Primer Nivel:

- Refiera urgentemente al hospital Municipal o Regional. Haga nota de referimiento.
- Complete el examen de inmediato.
- Administre lo indicado antes de referirlo.

5.9.3. Infecciones Respiratorias Agudas.

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), son enfermedades transmisibles de etiología principalmente viral localizada en las vías respiratorias que afectan frecuentemente el estado general. (anexo 7A).

Agente Causal:

- Viral: Virus influenza, Virus sincitial respiratorio, adenovirus, rinovirus, cosackie, entre otros.
- Bacteriana: *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, principalmente.

A. Identificación de los Casos de Ira:

Se considera un caso de IRA, cuando un(a) niño(a) menor de 5 años de edad presenta uno de los siguientes signos o síntomas de menos de 15 días de evolución:

- Tos o
- Dificultad para respirar o
- Dolor de garganta o
- Problemas de oído o

- Tiraje
- Estridor
- El(a) niño(a) puede tener o no fiebre
- Si no existen ninguno de estos síntomas es poco probable que sea IRA.

B. Clasificación de Tos o Dificultad para Respirar.

Existen tres posibles clasificaciones:

- Neumonía grave o enfermedad grave
- Neumonía
- Tos o resfriado

C. Neumonía Grave o Enfermedad Muy Grave:

Infección del tracto respiratorio inferior(parénquima pulmonar), generalmente de etiología bacteriana.

Uno o más de los siguientes signos:

- Cualquier signo de peligro en general:
- Convulsiones o
- Letargia o
- Cianosis o
- No puede beber o tomar el seno o
- Tiraje subcostal o
- Estridor en reposo o

Manejo en el Primer Nivel:

- Aplique la primera dosis de un antibiótico apropiado intramuscular. Cloranfenicol. 20mg/kg o Penicilina G. Sódica 50,000 unidades/kg (vea anexo 6A).
- Refiera urgentemente al hospital del área y regional. Haga nota de referimiento.
- Explique a la madre porque hay que referirlo(a).
- Trate la sibilancia si la tiene.

D. Neumonía:

Se considera como Neumonía cuando el(a) niño(a) presenta:

- Tos o dificultad para respirar o
- Respiración rápida:
- Niño(a) de 2 a 11 meses: 50 respiraciones o más por minuto.
- Niño(a) de 1 a 4 años: 40 respiraciones o más por minuto.

Manejo en el Primer Nivel:

- De un antibiótico apropiado durante 7 días. Trimetropin Sulfa 20 mg/Kg/días cada 12 horas durante 7 días. Amoxicilina 15 mg/kg/dosis, cada 8 horas durante 7 días.
- Alivie el dolor de garganta y mitigue la tos con un remedio inocuo (por ejemplo miel con limón si el(a) niño(a) es mayor de 1 año de edad).
- Enseñe a la madre los signos de peligro.
- Indique a la madre cuando debe volver de inmediato.
- Haga seguimiento en 2 días.
- Trate la sibilancia si la tiene.
- Verifique si la madre comprendió las orientaciones recibidas.

E. Tos o Resfriado:

Infección viral de las vías respiratorias superiores (también llamada catarro común).

Signos:

- El niño presenta tos o resfriado, sin ningún signo de neumonía o de enfermedad grave.

Manejo en el primer Nivel:

Si hace más de 15 días que el niño tiene tos, investigue tuberculosis (ver TB).

- Alivie el dolor de garganta y mitigue con un remedio inocuo.
- Enseñe a la madre los signos de peligro e indique a la madre cuándo debe volver de inmediato.
- Haga consulta de seguimiento en 5 días.
- Verifique si la madre comprendió las orientaciones recibidas.

5.9.4. Sibilancia.

Es un sonido musical suave que se produce en el(a) niño(a) al inspirar. Puede ser causado por una inflamación de los músculos que rodean los conductos de aire del pulmón.

A. Clasificación:

Existen tres posibles clasificaciones:

- Sibilancia grave
- Crisis de sibilancia
- Sibilancia

A1. Sibilancia Grave:

- Signos Presentes:
- Tos o dificultad para respirar
- Sibilancia o
- Cualquier signo de peligro en general (convulsiones, letargia, inconciencia, entre otros) o
- Cianosis.

Manejo en el Primer Nivel:

- Refiera urgentemente al hospital Municipal Local o Regional. Haga nota de referimiento. Explique a la madre la importancia de referirlo.
- De la primera dosis de un antibiótico apropiado vía intramuscular (Penicilina G Sódica o Cloranfenicol).
- De un broncodilatador de acción rápida.

- Salbutamol nebulizado(5mg/ml) dosis 0.5 ml. más 2.0 ml. de agua esteril. Adrenalina subcutánea (1:1,000-0.1%) dosis 0.01 mg/kg de peso.
- Administre oxigenoterapia, si está disponible.

A2. Crisis de Sibilancia.

Signos Presentes:

Tos o dificultad para respirar

Sibilancia o

Tiraje Subcostal

Respiración rápida

Manejo en el Primer Nivel:

- De un Broncodilatador de acción rápida (Adrenalina) cada 20 minutos hasta tres dosis, si es necesario.
- Si mejora trate ambulatoriamente con un broncodilatador oral, Salbutamol oral 0.1 mg/kg/dosis, 3 veces al día.
- En niños(as) de 2 a 11 meses dé Salbutamol jarabe (2mg en 5 ml) 2.5 ml., tres veces al día.
- Si no mejora dé la primera dosis dé un antibiótico apropiado y refiera al hospital del área o regional. Haga nota de referimiento.
- Haga seguimiento en 2 días.
- Indique a la madre cuándo debe volver de inmediato.
- Verifique la compresión de la madre sobre las recomendaciones dadas.

A3. Sibilancia.

Signos presentes:

- Tos y dificultad para respirar.
- Sibilancia sin tiraje ni respiración rápida.

Manejo en el primer nivel:

- Dé un broncodilatador oral (salbutamol 0.15 mg/Kg/ dosis)
- Indique a la madre cuando debe volver de inmediato.

- Haga consulta de seguimiento en 2 días.
- Si hace más de 15 días que el niño tiene tos, investigue tuberculosis.
- Reclasefique la tos y la dificultad respiratoria, luego trate la sibilancia.
- La crisis repetida de sibilancias puede ser asma y trátela como tal. (ver esquema de tratamiento en anexo).

5.9.5. Problema de Oído

La infección aguda de los oídos forma parte de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores.

A. Clasificación de los Problemas del Oído:

Para clasificar un(a) niño(a) con problema de oído:

- Pregunte si tiene dolor de oído, supuración; en caso afirmativo ¿cuánto tiempo hace?
- Observe y palpe: determine si hay supuración o tumefacción dolorosa.

Clasificación:

- Mastoiditis
- Infección aguda de oído
- Infección crónica de oído
- No tiene infección de oído

A1. Mastoiditis:

Infección del hueso mastoide (detrás de la oreja)

Signos y Síntomas:

- Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja con o sin fiebre

Manejo en el Primer Nivel:

- Dé la primera dosis de un antibiótico apropiado (Trimotoprin Sulfa 20 mg/kg o Amoxicilina 15 mg/kg).
- Dé la primera dosis de acetaminofén para el dolor.
- Refiera urgentemente al hospital de área o regional, haga nota de referimiento.

- Explique a la madre la importancia de referirlo.

A2. Infección Aguda de Oído:

Uno o más de los siguientes signos:

- Infección del oído e información de que ésta comenzó hace menos de 14 días.
- Dolor de oído.

Manejo en el Primer Nivel:

- De antibiótico durante 7 días. Trimetoprin-Sulfa 20 mg/kg/dosis, cada 12 horas, Amoxicilina 15 mg/kg/dosis, cada 8 horas.
- De acetaminofén para el dolor. Dosis 10-15 mg/kg/dosis (ver anexo 7D).
- Seque el oído con una mecha, si hay supuración.
- Haga seguimiento 5 días después.
- Verifique la comprensión de la madre sobre las orientaciones dadas.

A3. Infección Crónica de Oído:

Uno o más de los siguientes signos:

- Supuración visible del oído e información de que ésta comenzó hace 14 días o más.

Manejo en el Primer Nivel:

- Seque el Oído con Mechass.
- Para secar el oído: Retorcer la punta de un paño absorbente o un trozo de papel absorbente, formando una mecha. Introduzca en el oído del(a) niño(a). Retírela cuando esté empapada. Con una mecha limpia repita el procedimiento hasta que el oído esté seco.
- Haga el seguimiento 5 días después.
- Indique a la madre cuándo volver de inmediato.
- Verifique si la madre comprendió las orientaciones dadas.

A4. No tiene Infección de Oído.

Esta clasificación se dá para los casos de niños(a) sin tumefacción dolorosa detrás de la oreja, ni supuración visible ni dolor de oído.

Manejo en el Primer Nivel:

- Recomiende a la madre sobre los cuidados del(a) niño(a) en la casa.
- Indique a la madre cuándo volver de inmediato.

5.9.6 Problemas De Faringue o Garganta.

Los problemas de garganta forman parte de las infecciones respiratorias superior, el dolor de garganta es un síntoma frecuente del catarro común, pero también puede ser producido por una infección estreptocócica.

A. Clasificación de los Problemas de Garganta:

Para su clasificación pregunte a la madre si el niño tiene dolor de garganta, observe la garganta y si hay tumefacción detrás de la faringe, palpe los ganglios del cuello. Clasifique los problemas de garganta de la manera siguiente:

- Absceso de garganta
- Infección Estreptocócica de garganta
- Faringitis viral
- No tiene Faringitis

A1. Absceso de Garganta:

Es una infección de la garganta que produce acumulación de pus.

Signos:

- Tumefacción detrás de la faringe o alrededor de las amígdalas.

Manejo en el Primer Nivel:

- De la primera dosis de un antibiótico apropiado. Penicilina Benzatínica, intramuscular, profunda (intraglúteos).
- Menor de de 5 años 600,000 Unids.
- Mayor de de 5 años 1.200,000 Unids.
- Dé la primera dosis de acetaminofén para el dolor.
- Refiera urgentemente al hospital Municipal, Local o Regional. Haga nota de referimiento.

A2. Infección Estreptocócica de Garganta, (Faringitis Estreptocócica):

Infección de la garganta producida por el Streptococo B-Hemolítico. La faringe o garganta con infección Streptocócica necesita ser tratada con un antibiótico eficaz porque la bacteria puede ocasionar fiebre reumática, que afecta las articulaciones y las válvulas del corazón.

Signos:

- Ganglios linfáticos del cuello crecidos y dolorosos.
- Exudados blancos en la faringe o garganta.

Nota: es necesaria la presencia al mismo tiempo de ambos signos.

Manejo en el Primer Nivel:

- Dé una dosis de penicilina benzatínica. Menor de 5 años: 600,000 uds. IM
- Mayor de 5 años: 1,200,000 uds. IM.
- Dé un remedio inocuo para aliviar el dolor de garganta.
- Si el dolor no cede o el(a) niño(a) tiene fiebre alta, (38.5°C o más) dé acetaminofén.
- Indique a la madre cuándo debe volver.
- Verifique que la madre comprendió las orientaciones ofrecidas.

A3. Faringitis Viral.

Infección de la garganta causada por virus (rinovirus, arbovirus, entre otros).

Signos:

- Garganta eritematosa o con exudados blancos, pero sin ganglios linfáticos crecidos y dolorosos.

Manejo en el Primer Nivel:

- Dé un remedio inocuo para aliviar el dolor de garganta.
- Si el dolor no cede o el(a) niño(a) tiene fiebre alta (38.5°C o más) dé acetaminofén.
- Recomiende a la madre sobre los cuidados del niño en casa.
- Verifique que la madre comprendió las orientaciones ofrecidas.
- Indique cuándo volver de inmediato.

A4. No tiene Faringitis:

Esta clasificación se da en los casos que sólo hay dolor de garganta y no existe ningún otro signo.

Manejo en el Primer Nivel:

- Recomiende a la madre sobre los cuidados del niño en la casa.

5.9.7 Enfermedad Diarreica.

Es una enfermedad generalmente infecciosa caracterizada por evacuaciones flojas o líquidas más veces que lo habitual (mayor de 3 veces en 24 horas).

A. Evaluación del(a) niño(a) con Diarrea.

Pregunte si el(a) niño(a) tiene diarrea; en caso afirmativo, qué tiempo hace, y si hay sangre en las heces.

Identifique signos y síntomas de deshidratación y clasifique en:

- Diarrea con deshidratación grave
- Diarrea con algún grado de deshidratación
- Diarrea sin deshidratación

A1. Diarrea con Deshidratación Grave:

Presencia de dos de los siguientes Signos:

- Letargia o inconciencia, o no puede beber o bebe mal.
- Ojos hundidos
- Signo de pliegue cutáneo: la piel vuelve muy lentamente al estado anterior.

Manejo en el Primer Nivel:

- Si el(a) niño(a) no tiene encuadre en ninguna otra clasificación grave:
- Administre Plan C: trate rápidamente la deshidratación grave (vea anexo 6B).
- Si el(a) niño(a) encuadra en otra clasificación grave:
- Refiera urgentemente al hospital Municipal, Local o Regional, haga nota de referimiento.
- Indique a la madre que le dé sorbos frecuentes de suero oral en el trayecto.
- Explique a la madre la necesidad de referirlo.
- Recomiende a la madre que continúe dando el seno.
- Si el niño es mayor de dos años y si hay casos de cólera en la zona, administre antibiotico apropiado.

A2. Diarrea con Algún Grado de Deshidratación.

Dos de los siguientes signos en el menor de 2 meses indica señales de algún grado de deshidratación:

- Inquieto o irritable.
- Ojos hundidos.

- Signo de pliegue cutáneo: La piel vuelve lentamente al estado anterior.
- Bebe ávidamente, con sed.

Manejo en el Primer Nivel:

- Administrar Plan B: tratar algún grado de deshidratación con SRO (vea anexo).

Si el(a) niño(a) encuadra en otra clasificación grave:

- Refiera urgentemente al hospital de área o regional, haga nota de referimiento.
- Indique a la madre que le dé sorbos frecuentes de suero oral en el trayecto.
- Explique a la madre la necesidad de referirlo.
- Recomiende a la madre que continúe dando el seno.
- Recomiende a la madre que continúe dando el seno más frecuentemente.
- Enseñe a la madre las señales de deshidratación y cuando volver de inmediato.
- Cite a los dos días para su seguimiento.
- Verifique que la madre haya entendido las orientaciones recibidas.

A3. Diarrea sin Deshidratación.

- Maneje de la forma siguiente si no hay signos suficientes de deshidratación: Administrar plan A: tratar la diarrea en la casa (vea anexo).
- Indique a la madre cuando debe volver de inmediato.
- Cite en 5 días, haga consulta de seguimiento.
- Verifique que la madre haya entendido las orientaciones recibidas.

A4. Diarrea Persistente (grave).

- Se considera diarrea persistente grave a la diarrea con una duración de 14 días y que presente además signos de deshidratación.

Manejo en el Primer Nivel:

- Tratar la deshidratación antes de referir al(a) niño(a), salvo que encuadre en otra clasificación grave.
- Refiera al hospital Municipal, Local o Regional y haga nota de referimiento.
- Explique a la madre la necesidad de referirlo.

A5. Diarrea Persistente.

Diarrea con más de 14 días de duración, sin signos de deshidratación.

Manejo del Primer Nivel:

- Explique a la madre cómo debe alimentar a su niño(a).
- Haga seguimiento en 5 días después.

A6. Disentería:

Es un tipo de diarrea aguda que presenta sangre y moco en las heces. Los dos tipos más comunes son disentería por *Shigella* o por *Ameba*.

Manejo en el Primer Nivel:

- Referir urgentemente al hospital de área o regional. Haga nota de referimiento.
- Administre tratamiento durante 5 días con un antibiótico oral: Trimetropin sulfa (30 mg/kg/dosis cada 12 horas) o Ampicilina (30 mg/kg/dosis cada 6 horas).
- Haga seguimiento en 2 días después.
- Refiera urgentemente al hospital de área o regional. Haga nota de referimiento.

5.9.8. Enfermedad Febril.

Considere con enfermedad febril al(a) niño(a) cuyo signo es fiebre menor de 7 días de duración.

Manejo en el Primer Nivel:

- Trate la fiebre (38.5°C o más) en el servicio de salud. Dé acetaminofén (10-15 mg/kg).

- Identifique causas probables de fiebre y dé tratamiento específico.
- Si el(a) niño(a) continúa con fiebre al término de dos días, haga seguimiento.
- Si tiene fiebre de más de 3 días y procede una micro-área de malaria, investigue malaria (ver malaria).
- Si tiene fiebre de 7 días o más sin causa justificada, investigue Tb u otra enfermedad infecciosa.

5.9.9. Probable Dengue Hemorrágico.

El dengue es una enfermedad vírica febril aguda que se transmite por la picadura del mosquito *Aedes Aegypti* principalmente.

A. Dengue Hemorrágico.

Enfermedad viral endémica grave, que se caracteriza por trastornos en la coagulación de la sangre. Se presenta principalmente en niños.

- Presencia de dos o más de los presentes signos:
- Cefalea intensa
- Dolor Retro-ocular
- Mialgias y artralgias
- Exantema (rash) con petequias o equimosis y/o sangrado evidente (epistaxis, gingivorragia, sangrado urogenital, sangrado masivo del tubo digestivo).

Manejo en el Primer Nivel:

- Trate la fiebre (38.5°C o más) en el servicio de salud.
- Refiera urgentemente al hospital de área o regional. Haga nota de refirimiento.
- Explique a la madre la importancia de ser referido.

B. Probable Dengue Clásico:

Dos de los signos siguientes:

- Cefalea intensa
- Dolor retroocular

- Mialgias y artralgias
- Exantema (rash), sin petequias o equimosis u otro sangrado evidente.

Manejo primer Nivel:

- Trate la fiebre (38.5°C o más) en el servicio de salud. Dé acetaminofén (10-15 mg/kg/día).
- Tome muestra de sangre(solicite conteo de plaquetas, IGL, IGM para dengue).
- Indique a la madre cuándo volver de inmediato.
- Haga seguimiento en 2 días después sólo si el niño continúa con fiebre.
- Oriente a la madre sobre las medidas para el control del mosquito transmisor.
- Verifique la comprensión de la madre sobre las orientaciones ofrecidas.

5.9.10 Probable Sarampión.

El sarampión es una enfermedad viral aguda, sumamente contagiosa, prevenible por vacuna.

- Erupción máculo papular generalizada, no vesicular, de 3 ó más días más uno de los siguientes signos:
 - Tos.
 - Coriza.
 - Ojos enrojecidos.

Manejo Primer Nivel:

- Trate la fiebre (38.5°C o más) en el servicio de salud.
- De vitamina A. Dé la primera dosis en el servicio.
- **Niño(a) de 6 a 11 meses: 100,000 uds. (1 cápsula).**
- **Niño(a) de 1 a 4 años: 200,000 uds. (2 cápsulas).**
- Tome muestras de sangre y proceda según norma de PAI.

- Indique a la madre cuándo volver de inmediato.
- Haga seguimiento en 2 días después.
- Verifique la comprensión de la madre sobre las orientaciones ofrecidas.

5.9.11 Probable Malaria (Paludismo)

La malaria es una enfermedad causada, por parásitos en la sangre llamados *Plasmodium*. Se transmite a través de la picadura de un mosquito *Anófeles*. Hay cuatro especies de plasmodium que pueden causar malaria, pero la más peligrosa es la *Plasmodium falciparum*.

Clasificación de la Malaria:

Un(a) niño(a) con fiebre por más de 3 días, sin causa específica, y procedente de una Microárea de malaria, (bateyes u otros) clasifica como malaria.

Hay tres posibles clasificaciones para la fiebre cuando se evalúa malaria:

- Enfermedad febril muy grave o malaria grave.
- Malaria o probable malaria.
- Fiebre por malaria poco probable.

A1. Enfermedad Febril Muy Grave o Malaria Grave:

Signos:

- Cualquier signo de peligro en general (no puede beber, tomar seno, incocencia, letargia, convulsiones, entre otros).
- Rigidez de nuca.

Manejo en el Primer Nivel:

- De primera dosis de cloroquina 2.5 mg./kg de peso, vía intramuscular.
- De la primera dosis de un antibiótico apropiado.
- Trate al niño para prevenir hipoglicemia.
- Trate fiebre (38°C o más) en servicio de salud.

- Tome gota gruesa.
- Refiera urgentemente al Hospital de área o regional. Haga nota de referimiento.

A2. Malaria o Probable Malaria.

Signos:

- Fiebre
- Resultado inmediato (menos de 4 horas) gota gruesa positiva.
- Resultado inmediato de gota gruesa negativa, pero el niño recibió antimalárico.
- Resultado no disponible en cuatro horas.

Manejo en el Primer Nivel:

- De antimalárico oral apropiado Cloroquina o Primaquina. (vea anexo).
- Si tiene respiración rápida, trate con Trimetoprin sulfá (20 mg/kg/dosis).
- Tome gota gruesa.
- Indique a la madre cuando debe volver de inmediato.
- Visita de seguimiento.
- Si la fiebre persiste después de dos días o si vuelve dentro de 14 días: haga un nuevo examen completo al(a) niñ(a).
- Examine al(a) niño(a) para ver si presenta otras causas de fiebre.
- Manejo en la Visita de Seguimiento.
- Si el niño presenta cualquier signo de peligro en general o rigidez de nunca, trate como una enfermedad febril muy grave y refiera urgentemente con nota de referimiento.
- Si el niño presenta otra causa de fiebre que no sea malaria, administre tratamiento.
- **Si la malaria es la única causa aparente de fiebre:**

- Dígale a la madre que vuelva dentro de dos días si la fiebre persiste.
- Si la fiebre persiste refiera al hospital para una mejor evaluación.

A3. Fiebre por Malaria Poco Probable.

Signos:

- Fiebre
- Resultado inmediato de gota gruesa negativa y el niño no recibió antimalárico.

Manejo en el Primer Nivel:

- Trate la fiebre (38°C o más) en el servicio de salud.
- Tome gota gruesa.
- Identifique casua probable de fiebre y de tratamiento específico.
- Indique a la madre cuándo debe volver de inmediato.
- Haga seguimiento 2 días después si la fiebre persiste.
- Si ha tenido fiebre todos los días durante 7 días o más, investigue probable tuberculosis y maneje de acuerdo a normas.

5.9.15. Tuberculosis Infantil.

A. Caso de Tuberculosis Infantil:

En todo paciente menor de 15 años diagnosticado con tuberculosis por los métodos diagnósticos establecidos.

Un(a) niño(a) con fiebre de más de 7 días y/o tos mayor de 15 días, con historia de contacto con paciente Tuberculosis, debe investigarse como posible caso.

El cuadro clínico de la Tuberculosis en el niño es inespecífico y puede afectar varios sistemas, por lo tanto es necesario analizar los siguientes criterios: epidemiológico, tuberculínico, radiológicos, aislamiento del MTB y la biopsia si es necesario, además del criterio clínico.

B. Criterio Clínico:

- Tos por más de 15 días o
- Fiebre mayor de 7 días o persistencia, con frecuencia tiene una presentación vespertina.
- Pérdida o no ganancia de peso.
- Adenopatía periférica.
- Somnolencia, irritabilidad y cambio de conducta.

C. Criterio Epidemiológico:

- Investigue la existencia de sintomáticos respiratorios entre los familiares del(a) niño(a).
- Tenga presente que detrás de un(a) niño(a) con tuberculosis hay un adulto con la misma enfermedad.
- Interroge sobre la presencia de un paciente con tuberculosis pulmonar en el hogar durante los últimos dos años. También se verificará si el niño contacto es de un paciente con TBC pulmonar BK (+) recibió quimioprofilaxis.

D. Criterio Inmunológico:

- La prueba de tuberculina (PPD) debe realizarse siempre que se piense en tuberculosis; en caso de no disponerse de ella debe referirse para su aplicación tuberculosa aún antes que la que la enfermedad se haga evidente clínicamente. Un PPD positivo obliga a buscar enfermedad tuberculosa en el niño.
- El PPD se considera positivo cuando una pápula de 10 o más a las 48-72 horas de aplicado, midiendo el diámetro transversal de la induración. En desnutridos severos que son contactos de tuberculosis, se considera positivo un PPD de 5 mm o más, haciendo la salvedad que si es negativo no descarta infección tuberculosa.

- Corroborar los aspectos clínicos, BCG previo, aspectos epidemiológicos y calidad del PPD, para su interpretación.
- Los criterios radiológicos y biopsia se investigan en el centro de referencia, cuando es necesario.

E. Clasificación:

1. Enfermedad febril muy grave o probable Tuberculosis activa.
2. Probable infección tuberculosas y/o otra enfermedad infecciosa.
3. No tuberculosis.

E1. Enfermedad Febril Muy Grave o Probable Tuberculosis Activa.

Dos o más de los Signos:

- Historia de contacto
- Fiebre mayor de 7 días
- Tos mayor de 15 días
- Adenopatía periférica
- No ganancia de peso o pérdida de peso
- Cualquier otro signo de peligro en general o rigidez de nunca.

Manejo en el Primer Nivel:

- Refiera urgentemente al hospital de área o regional. Haga nota de referimiento.
- Explique a la madre la importancia de referirlo.

E2. Probable Infección Tuberculosa y/o Otra Enfermedad Infecciosa.

Signos:

- Contacto Tuberculosis sin ningún otro de los signos anteriores.

Manejo en el Primer Nivel:

- Administrar INH 5 mg/kg/día/6 meses.
- Aplicar, PPD (si está disponible y citarlo para lectura en 48 a 72 horas; sino está disponible, referirlo para aplicación).
- Seguimiento cada 30 días.
- Medidas generales de sostén.

E3. No Tuberculosis.

Signos:

- No historia de contacto
- Ningún signo de los anteriores

Manejo en el Primer Nivel:

- Medidas generales.
- Trate la fiebre (38°C o más) en el servicio de salud.
- Identifique causa probable de fiebre y dar tratamiento específico.
- Indique a la madre cuándo debe volver de inmediato.
- Haga el seguimiento 2 días después.

5.9.16 Clasificación del Estado Nutricional.

Verifique en todos los(as) niños(a) enfermos(as), si hay signos indicados de desnutrición y anemia; un niño con desnutrición está más expuesto a numerosas enfermedades, aún con desnutrición leve y moderada, el riesgo de morir es más alto.

Causas de Desnutrición:

- El niño no obtiene de sus alimentos suficiente energía o proteínas para satisfacer sus necesidades.
- Un(a) niño(a) que ha tenido enfermedades.
- Falta de consumo de alimentos.

A. Anemia:

Es el número reducido de glóbulos rojos y una cantidad reducida de hemoglobina en cada glóbulo rojo.

Un niño puede desarrollar anemia como resultado de:

- Infecciones.
- Parásitos (uncinarias o tricocéfalos). Estos pueden producir pérdida de sangre de los intestinos y llevar a que se desarrolle anemia.
- La malaria, que puede destruir rápidamente los glóbulos rojos. La anemia puede desarrollarse lentamente. Muchas veces la anemia en estos niños se debe a desnutrición y anemia.

B. Desnutrición.

- Verifique si el niño presenta desnutrición y anemia.
- Determine si hay emanación visible (está muy delgado, no tiene grasa y parece como si solo tuviera piel y huesos).
- Determine si tiene palidez palmar, observando la palma de la mano manteniéndola extendida.
- Verifique si hay edema en ambos pies. Use su dedo pulgar para presionar suavemente por unos segundos en el lado superior de cada pie. El niño tiene edema si le queda una marca en el pie cuando usted levanta su dedo pulgar.
- Determine peso para la edad.
- Calcule la edad del(a) niño(a) en meses.
- Pese al(a) niño(a), antes calibre la balanza, dígame a la madre que desnude al niño; ponga el niño en la balanza, vigile los pies y las manos del niño que no estén tocando la superficie de apoyo de la balanza, ni la pared o el piso.
- Registre el peso en la gráfica de peso para edad (anexo).

- Mire el eje de la mano izquierda para ubicar la línea horizontal que muestra el peso del niño.
- Mire el eje inferior del gráfico para ubicar la línea vertical que muestra la edad del niño en meses.
- Ponga un punto en el medio de la columna donde se une la línea vertical de la edad con la línea horizontal de peso en kilos.
- Observe si el punto está arriba, en o debajo de la curva.
- Observe si el punto está en, o arriba de la curva inferior, el niño no tiene peso muy bajo para su edad.

Clasifique el estado nutricional en:

- Desnutrición grave o anemia grave.
- Anemia o peso muy bajo.
- No tiene anemia ni peso muy bajo.

C. Desnutrición Grave o Anemia Grave:

Uno o más de los siguientes signos:

- Emaciación visible grave o
- Edema en ambos pies o
- Palidez palmar intensa o

Manejo en el Primer Nivel:

De vitamina A.

De 6 a 11 meses (6-10 kg):

200,000 uds. (1/2 cápsula).

100,000 uds. (1 Cápsula).

50,000 uds. (2 Cápsulas)

De 1 a 4 años (10 menor de16 kg.):

200,000 uds. (1 cápsula).

- 100,000 uds. (2 Cápsulas)

- 50,000 uds. (4 Cápsulas)

- Refiera urgentemente al hospital. Haga nota de referimiento.

D. Anemia o peso Muy Bajo.

Signos:

- Palidez palmar leve
- Peso muy bajo para la edad

Manejo en el Primer Nivel:

- Evalúe la alimentación del niño y recomiende a la madre sobre la alimentación.
- Si la alimentación es un problema, cite en 5 días después para seguimiento.

Si hay palidez palmar:

- Dé hierro, una dosis por día durante 2 a 3 meses:
- **6-11 meses** (6 menor de 10 kg) 10 ml de sulfato ferroso (75 mg por 5 ml.).
- **1-2 años** (10 menor de 14 kg) 1 tableta de fumarato ferroso (200 mg), o 15 ml de sulfato ferroso.
- **3-4 años** (14 menor de 19 kg) 1 tableta de fumarato ferroso (200 mg), o 20 ml de sulfato ferroso.
- De mebendazol si el niño es mayor de 2 años y no ha tomado ninguna dosis en los últimos meses.
- Indique a la madre cuándo debe volver de inmediato.
- Si hay palidez, cite en 14 días después para seguimiento.
- Si hay peso muy bajo para la edad, cite 14 días después para seguimiento.
- Visita de seguimiento por anemia y para controlar si aumenta de peso.
- Después de 5 días:
- Reevalúe la alimentación.
- Recomendé a la madre con respecto a cualquier problema de alimentación o diarrea persistente.
- Si el peso es muy bajo para la edad, diga a la madre que vuelva 14 días después de la primera consulta para determinar si el niño ha aumentado de peso.

D. Anemia o peso Muy Bajo.

Signos:

- Palidez palmar leve
- Peso muy bajo para la edad

Manejo en el Primer Nivel:

- Evalúe la alimentación del niño y recomiende a la madre sobre la alimentación.
- Si la alimentación es un problema, cite en 5 días después para seguimiento.

Si hay palidez palmar:

- Dé hierro, una dosis por día durante 2 a 3 meses:
- **6-11 meses** (6 menor de 10 kg) 10 ml de sulfato ferroso (75 mg por 5 ml.).
- **1-2 años** (10 menor de 14 kg) 1 tableta de fumarato ferroso (200 mg), o 15 ml de sulfato ferroso.
- **3-4 años** (14 menor de 19 kg) 1 tableta de fumarato ferroso (200 mg), o 20 ml de sulfato ferroso.
- De mebendazol si el niño es mayor de 2 años y no ha tomado ninguna dosis en los últimos meses.
- Indique a la madre cuándo debe volver de inmediato.
- Si hay palidez, cite en 14 días después para seguimiento.
- Si hay peso muy bajo para la edad, cite 14 días después para seguimiento.
- Visita de seguimiento por anemia y para controlar si aumenta de peso.
- Después de 5 días:
- Reevalúe la alimentación.
- Recomendé a la madre con respecto a cualquier problema de alimentación o diarrea persistente.
- Si el peso es muy bajo para la edad, diga a la madre que vuelva 14 días después de la primera consulta para determinar si el niño ha aumentado de peso.

- Visita de Seguimiento por anemia y para controlar si aumenta de peso.

Después de 14 días.

- Pregunte sobre el cumplimiento de la toma de hierro. Si el hierro es mal tolerado.
- Aconseje dividir la dosis diaria en 2 tomas.
- De hierro. Instruya a la madre para que vuelva 14 días después hasta esperar que el niño asimile más hierro.
- Continúe administrando hierro cada 14 días durante 2 meses.
- Si el niño presenta palidez palmar después de 2 meses, refiera para una evaluación a un nivel de mayor complejidad.

E. No Tiene Anemia Ni Peso Muy Bajo:

Esta clasificación se da al(a) niño(a), cuyo peso para la edad no es muy bajo y no hay ningún otro signo de desnutrición.

Manejo en el Primer Nivel:

- Si el niño es menor de 2 años, evalúe su alimentación y recomiende a la madre sobre alimentación.
- Si la alimentación es un problema, haga una consulta de seguimiento, cite en 5 días después.
- Indique a la madre cuándo volver de inmediato.

F. Recomendaciones para la alimentación de(a) Niño(a) Sano(a) o Enfermo(a).

Hasta los 6 Meses de edad:

- Leche materna (únicamente)
- Dar el seno todas las veces que el niño quiera, de día y de noche.
- No darle ninguna otra comida o líquidos.

De 6 a 12 Meses

- Continuar con leche materna.
- Dar el seno todas las veces que el(a) niño(a) quiere.

Añadir alimentos complementarios:

- 3 veces por día, si se alimenta de leche materna.
- 3 comidas básicas y 2 meriendas al día, si no se alimenta de leche materna.

Déle porciones adecuadas de:

- Papillas de cereales consistentes.
- Frutas (melón, lechosa, mango, otros)
- Vegetales (auyama, repollo, espinaca, otros)
- Viandas (yuca, plátano, papa, otros)
- Granos y semillas (habichuelas, arvejas, guandules, lentejas, otros).
- Farináceos (pan, pastas, galletas).
- Carnes (pollo, res, pescados, huevos).
- Quesos, yogurt.

De 12 meses a 2 años:

- Déle alimentos complementarios.
- Porciones adecuadas de los grupos alimentarios.
- 3 comidas básicas y 2 meriendas al día.
- En las meriendas se recomiendan frutas, harinas, cereales o leche.
- Llevar al(a) niño(a) gradualmente a la alimentación de la familia.
- Continuar con leche materna. Darle el seno después de cada ración o merienda.

De 2 Años o Más:

- Déle 3 comidas diarias de lo mismo que se sirva a la familia y 2 meriendas al día.
- 17.13Las comidas básicas deben comprender alimentos de los tres grupos, como son: Carnes o granos, farináceos y vegetales.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. Acosta M., Almengol R.. Normas de Atención del Niño con Infecciones Respiratorias Agudas, Rep. Dom., 1992.
2. AHRTAG. Acción en SIDA, Boletín Internacional sobre prevención y Atención del SIDA. Número 27, 1995.
3. Benguigui, Y. (et al) Acciones de Salud Materno Infantil a Nivel Local; se que las metas de la cumbre mundial en favor de la Infancia. Washington, 1996.
4. Benenson, A., Manual para el Control de las enfermedades Transmisibles, Decimosexta edición Washington D.C 1997.
5. Cusmiusky M.; Fescina (et al) Ricardo; Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño. Washington, D.C. 1986. 6. Díaz Rosello, J.L...(et al); Sistema Informativo del Niño. Uruguay, 1996.
7. Quisber, L. Neonatología. 1ra. Edición en Español México. Editorial Interamericana, S.A. 1995.
8. Mendoza H. R., ed. Normas de Atención Pediátrica. 3er. ed., Santo Domingo, Editora Taller, 19986. 676p.
9. Martell M... (et al) Atención Inmediata del Recién Nacido; Publicación. Uruguay, 1992.
10. Ministerio de Desarrollo Humano Secretaria Nac. de Salud, Atención Inmediata del Recién Nacido, Uruguay, 1996.
11. Morice, A. (et al) Excreción de Drogas y Medicamentos en leche Materna y su efecto en el niño.
12. Puello, J.M; Revisión Documental sobre Normalización Materno-Infantil, Santo Domingo, REp. Dom. 1996.
13. OMS/UNICEF. Declaración Conjunta, protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra, 1989.

14. OPS/OMS. Módulo de la tención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia: "Tratar al Niño" adaptación Rep. Dom., 1997.
15. OPS/OMS: Módulo de la tención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia: Visita de Seguimiento. Adaptación Rep. Dom., 1997.
16. OPS/OMS. Manual sobre Normas y Procedimientos. Washington, D.C. 1997.
17. OPS/OMS Módulo de Integrada a las Enfermedades de la Infancia; " Decidir Tratamiento " Adaptación Rep. Dom. 1997.
18. OPS/OMS; Módulo de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia " Evaluar y clasificar al niño de 1 semana hasta 2 meses de edad. Adaptación Rep. Dom. 1997.
19. OPS/OMS Prevención del Sida; Normas para los Administradores los Programas de Salud Materno Infantil y de Planificación Familiar(S de I/PF) Octubre 1994.
20. OPS/OMS. Pautas para la Atención Clínica del Niño Infeccionado por el VIH. Washington, 1994.
21. OPS/OMS Atención del niño con Infección Respiratoria Aguda, E.E.U.U. 1990.
22. OPS/OMS Tratamiento de Niños con Tos o dificultad para Respirar, Módulo I, E.E. U.U. 1994.
23. OPS/OMS Módulo de Interrogación a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia: "Recomendar a la madre al Acompañamiento, Adaptación Rep. Dom., 1997.
24. OPS/OMS Noticias sobre IRA E.E.U.U. 1996.
25. OPS/OMS Manejo del Paciente con Diarrea, 3ra. Edición Washington, D.C. 1991.
26. OPS/ OMS Módulo de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Evaluar y Clasificar al niño Enfermo de 2 meses a 4 años de edad. adaptación Rep. Dom. 1997.
27. OPS/OMS Atención del Niño con Infección Respiratoria aguda, Washington, D.C. 1992 serie 21.
28. OPS/OMS. Módulo de la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la infancia: "Cuadro de procedimientos" adaptación Rep. Dom. 1997.

29. Osorno Jairo. *Hacia una feliz Lactancia Materna*, Colombia, ed. Patricia Avila, Sonia Restrepo, 1990.
30. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; *Declaración y Política del Programa de Control de Enfermedades Diarréicas*, Rep. Dom. 1993.
31. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; *Diarrrea Infantil como Prevenirla, como usar SRO*.
32. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. *Manuales de Operación del Programa Ampliado de Inmunizaciones*, edición V. Santo domingo, 1995.
33. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. *Normas de Atención Materno Perinatal*, borrador 1997.
34. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. *Manual de Normas del Programa de Lactancia Materna*, Sto. Dgo. 1992.
35. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, *Atención del Niño con Infección Respiratoria Aguda*. 1992.
36. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, *Movilización Nacional por la Reducción de la Mortalidad Infantil y Materna 1997-2000: "Resumen Ejecutivo"* primera edición, Sto. Dgo. 1997.
37. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. *Normas y procedimientos de Trabajo para la Atención Materno-Infantil*, Rep. Dom. 1982, *Manuales Técnicos*.
38. UNICEF/OMS UNESCO, FNUAP, *para la vida*, versión Dominicana "Un Reto de Comunicación", Santo Domingo, Editorial Gente, mayo 1994.
39. Valdez V.; Pérez A.; Labbok M. *Lactancia para la Madre y el Niño*. Chile, *Publicaciones Técnicas Mediterránea*, 1994.
40. Vargas H. R. *El Recién Nacido*. Latino Americano, Cali, Colombia, 1986, 428. P.