

GUÍA PRÁCTICA DE PEDIATRÍA para el médico de familia



CENTRO PROVINCIAL DE INFORMACIÓN
DE CIENCIAS MÉDICAS



Dr. Guillermo Vaillant Suárez

GUÍA PRÁCTICA DE PEDIATRÍA PARA EL MÉDICO DE FAMILIA

**Dr. Guillermo Vaillant Suárez
Especialista de II Grado de Pediatría
Profesor Auxiliar
ISCM-SC**

**2007
Santiago de Cuba**

CORRECCIÓN: Lic. Dilaydis Cardero Montoya
PORTADA: Arq. Alexander Coronado Torné
EDICIÓN: Lic. Dilaydis Cardero Montoya



2007
CENTRO PROVINCIAL DE INFORMACIÓN DE CIENCIAS MÉDICAS
Calle 5 No. 51, e/ 6 y Ave. Cebreco, Vista Alegre
Santiago de Cuba

DEDICATORIA

A todos los que integran el ya “Glorioso Ejército” de los médicos de familia, que en mi país y en otras tierras del mundo luchan por elevar el nivel de salud de la población, especialmente de la mujer y del niño; por ser ella el taller natural donde se forja la vida y él, aquél sobre cuyos pies camina el destino de la humanidad.

El autor

ÍNDICE	Pág.
Prefacio	
Guía práctica para la atención de la salud materno infantil	6
Guía práctica para evitar la morbilidad y mortalidad materno infantil.....	9
Guía práctica para la identificación y control del riesgo reproductivo preconcepcional.....	14
Guía práctica para la atención prenatal	17
Guía práctica para la identificación y tratamiento de factores adversos durante el embarazo.....	25
Guía práctica para la alimentación durante el embarazo.....	32
Guía práctica para la prevención y tratamiento del recién nacido de bajo peso al nacer.....	34
Guía práctica para realizar la consulta de puericultura.....	36
Guía práctica para promover, proteger y apoyar la lactancia materna.....	45
Guía práctica para la alimentación del niño menor de un año.....	47
Guía práctica para las inmunizaciones.....	50
Guía práctica para monitorear el crecimiento y desarrollo.....	55
Guía práctica para el cuidado del niño con fiebre.....	59
Guía práctica para el cuidado del niño con diarreas.....	63
Guía práctica para el cuidado del niño con infección respiratoria aguda.....	69
Guía práctica para la prevención de los accidentes en la infancia.....	73
Guía práctica para el tratamiento de eventos frecuentes en la infancia.....	75
Guía práctica para la identificación de urgencias quirúrgicas en el niño.....	76
Guía para la buena práctica de prescripción en la atención al niño.....	80
Bibliografía.....	82

PREFACIO

En 1988 se editó por primera vez el documento Atención Maternoinfantil. Guía Práctica para el Médico de la Familia, que tenía como propósito fundamental dar cumplimiento al objetivo del Programa Nacional de Atención Maternoinfantil de adecuar la organización y funcionamiento del sistema de atención ambulatoria a la mujer, al niño y al adolescente a la modificación que introducía en esta el médico y la enfermera de la familia. Aquel modesto esfuerzo se vio recompensado con la aceptación que encontró entre los colegas que desarrollaban su trabajo en la atención primaria de salud.

Siete años más tarde, en 1995, en el marco del desarrollo de la genial e insuperable iniciativa del médico y la enfermera de la familia, constituye más que la columna vertebral del sistema de salud, su neuroeje, expresión de vitalidad y pleno funcionamiento de este, motivos por lo que le conferimos gran importancia a su desarrollo y perfeccionamiento constante.

Durante todo este tiempo han sido diseñadas nuevas estrategias que tienen todas como eje integrador al médico de la familia y ello fue la causa de un segundo esfuerzo que en la ocasión no solo abordó la salud maternoinfantil, sino que incluyó las principales enfermedades crónicas no transmisibles.

Transcurridos nueve años de ese segundo esfuerzo y enfrascados en alcanzar mayores niveles de salud en nuestra población y especialmente en la mujer y el niño, así como de alcanzar una tasa de mortalidad infantil menor de 5 x 1000 nacidos vivos, he actualizado e incrementado los capítulos encaminados a esos objetivos, con un enfoque práctico que le permita a nuestros Guardianes de la Salud brindar una atención a la salud integral y no solo la práctica de una medicina esencialmente reparadora.

Si este modesto y laborioso trabajo resulta de utilidad a nuestros médicos de familia en su diaria labor, me sentiré satisfecho y comprometido para alcanzar metas superiores.

Dr. Guillermo Vaillant Suárez
Especialista de II Grado de Pediatría. Profesor Auxiliar
Facultad # 2. Instituto Superior de Ciencias Médicas

Realizar sistemáticamente las siguientes acciones de salud:

I. Promoción de salud

- Instruir a las mujeres en edad fértil y especialmente a las adolescentes sobre:
 - Riesgo reproductivo preconcepcional
 - Salud reproductiva: Sexualidad humana
 - Riesgos de la promiscuidad sexual
 - Calidad de la natalidad
 - Riesgos de embarazos en la adolescencia y mujeres mayores de 35 años.
- Instruir acerca del diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino y de mama.
- Impartir conocimientos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.
- Informar lo importante que resulta el pesquisaje de las enfermedades genéticas (diagnóstico prenatal).
- Enseñar a las futuras madres las cuestiones relacionadas con el embarazo, riesgos de bajo peso al nacer, lactancia materna y cuidados del recién nacido.
- Instruir a las madres sobre:
 - Lactancia materna
 - Alimentación en el primer año de vida
 - Inmunizaciones
 - Estimulación del desarrollo psicomotor
 - Conducta a seguir ante la diarrea y las infecciones respiratorias agudas
 - Higiene personal y del hogar
 - Identificación y eliminación de peligros potenciales de accidentes en el hogar
 - Importancia de la puericultura
- Organizar y desarrollar círculos de gimnasia de embarazadas, puérperas y niños

II. Prevención o protección específica

- Identificar y controlar a las mujeres en edad fértil con riesgo reproductivo preconcepcional
- Desarrollar acciones de planificación familiar y proporcionar medios anticonceptivos en dependencia de la voluntad de la pareja.

- Identificar precozmente lesiones precancerígenas, cervicouterinas y de mama.
- Llevar a cabo la vigilancia nutricional de las mujeres en edad fértil y en embarazadas, en las que debe seguirse estrechamente la ganancia de peso durante la gestación, así como el empleo de suplemento vitamínico y de hierro oral.
- Desarrollar acciones específicas con las mujeres que presenten factores predisponentes de recién nacidos de bajo peso al nacer.
- Establecer la vigilancia nutricional en todos los niños menores de 5 años, especialmente en los menores de 1 año.
- Identificar los riesgos sociales, familiares y ambientales en los niños menores de 1 año y actuar en consecuencia.
- Administrar las vacunas de acuerdo con el Esquema Nacional de Inmunizaciones.
- Identificar los peligros potenciales de accidentes en el hogar, círculos infantiles y en la escuela, orientar y controlar su eliminación.
- Identificar y orientar la eliminación de focos y criaderos de vectores perjudiciales a la salud.

III. Atención médica

- Brindar atención médica integral a las mujeres en edad fértil, embarazadas, puérperas, niños menores de 1 año, preescolares, escolares y adolescentes.
- Realizar consultas de puericultura prenatal y posnatal.
- Realizar pesquisa activa para el diagnóstico temprano de las afecciones crónicas en la infancia y en la adolescencia.
- Confeccionar y analizar en el seno del Grupo Básico de Trabajo las historias epidemiológicas de las defunciones que se produzcan.

IV. Rehabilitación

- Desarrollar actividades encaminadas a la rehabilitación nutricional.
- Orientar y participar activamente en la rehabilitación integral de niños y adolescentes con enfermedades crónicas.

V. Higiénicas

- Identificar y contribuir a la modificación de factores higiénicos negativos, personales y ambientales, con la activa participación de la familia y organizaciones de la comunidad.
- Garantizar la vigilancia sistemática de la higiene de la vivienda y sus alrededores, así como los hábitos higiénicos de la familia.

VI. Sociales

- Estimular y desarrollar los círculos de embarazadas, de madres que lactan y de adolescentes.
- Integrar a la brigadista sanitaria de la FMC, responsables de salud de los CDR y la ANAP en las acciones encaminadas a incrementar la salud de la mujer y del niño.

GUÍA PRÁCTICA PARA EVITAR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNOINFANTIL



En relación con la morbilidad y mortalidad materna

1. Garantizar la evaluación integral sistemática de la mujer en edad fértil en dependencia de los riesgos biológicos, sociales y ambientales:
 - Mujeres en edad fértil con riesgo reproductivo preconcepcional.
 - Embarazadas bajo su responsabilidad, priorizar a las que tienen factores de riesgo:
 - a) Embarazadas desnutridas o que no aumenten adecuadamente de peso durante la gestación.
 - b) Embarazadas con hemoglobina inferior a 10 gr/L
 - c) Mujeres con embarazo múltiple.
 - d) Mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo
 - e) Retardo del crecimiento intrauterino
 - f) Mujeres con afecciones asociadas al embarazo: cardiopatías, drepanocitemia, diabetes, hipertensión crónica, entre otras
2. Garantizar una atención prenatal (puericultura prenatal) de excelente calidad, cuya premisa fundamental ha de ser la captación precoz, antes de las 14 semanas de gestación.
3. Con las embarazadas desnutridas o que no aumenten de peso proceder a:
 - Ingresar en un hogar materno.
 - De no poder ingresar es preciso vincularla al propio hogar materno, comedor obrero o restaurante cercano al domicilio para que reciban todas las posibilidades nutricionales que éstos brinden.
 - Garantizar la ingestión de no menos de 2800 kcal/día, así como del suplemento alimentario Materlac.
 - Controlar la entrega y el consumo de la dieta adicional de las embarazadas.
4. Con las embarazadas con cifras de hemoglobina inferior a 10 gr/L proceder a:
 - Garantizar la ingestión del prenatal.
 - Indicar tratamiento con sales de hierro oral.
 - Ingresar, preferentemente a las embarazadas que lleguen al tercer trimestre con anemia para la administración de hierro parenteral.
5. Con las mujeres con embarazo gemelar proceder a:
 - Ingresar en el hogar materno.

- De no poder efectuarse el ingreso pasar visita diariamente en el domicilio junto con la enfermera, y semanalmente con el ginecólogo o el especialista en medicina general integral.
6. Con las mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo, proceder a:
- Identificar y controlar los factores predisponentes.
 - Realizar el *Roll Over Test*, prueba de decúbito o *test de Gant* como prueba predictiva de la enfermedad hipertensiva del embarazo.
 - Medir sistemáticamente la presión arterial, vigilancia de la curva de peso y búsqueda de albúmina en orina.
 - Evaluar con el ginecólogo y con el especialista en medicina general integral para definir la conducta terapéutica.
7. Con las mujeres con afecciones asociadas al embarazo:
- Despistaje precoz de las enfermedades más frecuentes:
 - a) Hipertensión arterial crónica
 - b) Cardiopatías
 - c) Drepanocitemia
 - d) Diabetes mellitus
 - e) Nefropatía
 - f) Desnutrición
 - Interconsultas con las especialidades correspondientes.
8. Hacer diagnóstico precoz con las puérperas de la sepsis puerperal, vigilar modificaciones del pulso, temperatura corporal, involución uterina y características de los loquios.
9. En las mujeres con vida sexual activa amenorreica tener siempre presente el embarazo ectópico.
10. En relación con el aborto:
- Educar sobre métodos anticonceptivos como la vía idónea para evitar la interrupción del embarazo
 - Utilizar la regulación menstrual solo en los casos de amenorrea, inferior a 6 semanas
 - Viabilizar los trámites para la regulación menstrual o interrupción del embarazo a partir de la solicitud voluntaria de la interesada y con la autorización de los padres o tutores cuando se trate de una menor de edad.
 - Proceder al ingreso hospitalario de toda mujer donde se haya realizado la regulación menstrual o interrupción del embarazo que presente fiebre, dolor bajo vientre y pérdidas vaginales fétidas.

En relación con la morbilidad y mortalidad infantil

1. Realizar la captación precoz de las embarazadas y brindar una atención prenatal (puericultura prenatal) de excelente calidad.
2. Identificar los factores de riesgos familiares, sociales y ambientales para su tratamiento adecuado antes de producirse el nacimiento del niño.
3. Participar en el parto, si es posible, y en el primer examen físico del recién nacido, así como también garantizar la lactancia materna desde el propio salón de parto, captar a su nuevo niño antes del egreso de la maternidad.
4. Conocer diariamente en la etapa de recién nacido de su estado de salud, apoyarse en la enfermera o en la brigadista sanitaria de la FMC.
5. Realizar interconsultas con el pediatra o con el especialista en medicina general integral en la primera semana de vida.
6. De tratarse de un recién nacido de bajo peso al nacer es indispensable:
 - Extremar las medidas anteriormente señaladas
 - Mantener estrecha relación con el pediatra y con el especialista en medicina general integral para una valoración continua del niño, realizar interconsulta quincenal o con mayor frecuencia en dependencia del estado de salud del niño, condiciones del hogar y funcionamiento familiar.
7. En caso de tratarse de un recién nacido con una afección, anomalía congénita, establecer un seguimiento sistemático de acuerdo con el tipo de afección y realizar las interconsultas con los especialistas correspondientes.
8. En la consulta de puericultura considerar el gráfico que se muestra en el capítulo de Guía Práctica para la Atención de la Salud Maternoinfantil.
9. Promover, proteger y apoyar la lactancia materna para mantenerla exclusiva hasta el 4to ó 6to mes de vida.
 - Insistir con madres y familiares en el no uso del biberón y tetera, administración de agua o infusiones durante los primeros cuatro meses de vida
 - Reforzar a la madre las técnicas correctas del amamantamiento
 - Enseñar cómo realizar la extracción manual de la leche
10. En caso de tratarse de un lactante desnutrido es necesario:
 - Mantener una estrecha vigilancia en relación con el comportamiento de la curva de peso.
 - Brindar educación nutricional a los padres y demás familiares para lograr una correcta alimentación del niño.

11. Prevenir los accidentes, para lo cual es necesario:

- Identificar en el hogar los peligros potenciales de accidentes.
- Orientar y controlar las medidas apropiadas para eliminarlos.
- Prevenir los diferentes tipos de accidentes más frecuentes según las etapas del proceso de crecimiento y desarrollo.
- Visitar periódicamente los hogares considerados como potencialmente productores de accidentes y tratar de eliminar esos riesgos.

GUÍA PRÁCTICA PARA LA IDENTIFICACIÓN Y CONTROL DEL RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL



1. Considerar la identificación y control del riesgo reproductivo preconcepcional como el paso inicial, previo a la puericultura prenatal (atención al embarazo).

2. Tener en cuenta las siguientes definiciones:

- Mujer controlada: Mujer en edad fértil, dispensarizada, que tiene una actitud positiva frente a las orientaciones médicas y utiliza un método anticonceptivo reversible, se verifica en ella el uso o no de este; o mujeres con actitud negativa frente a las orientaciones médicas donde la verificación del uso del método anticonceptivo sea positivo.
- Mujer no controlada: Mujer en edad fértil que aunque está dispensarizada por presentar factores de riesgo desea un embarazo, tiene una actitud negativa ante las orientaciones médicas, no se verifica el uso del anticonceptivo o son inasistentes a consulta.
- Mujer dispensarizada: Mujer en edad fértil, controlada y no controlada, incorporada al programa mediante acciones asistenciales y administrativas.

3. Clasificar a las mujeres en edad fértil en:

Grupo I: Mujeres en edad fértil supuestamente sanas y por ende no aparecen en el riesgo reproductivo preconcepcional.

Grupo II: Mujeres en edad fértil con factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales, no portadoras de enfermedad y que incluye el riesgo incrementado:

- Hábito de fumar.
- Más de 35 años de edad.
- Otros factores importantes o existencia de enfermedad.

En este grupo deben ser consideradas las mujeres donde estén presentes:

- Condiciones socioeconómicas desfavorables.
- Familia disfuncional.
- Menores de 17 años con relaciones sexuales.
- Período intergenésico corto (menor de dos años).
- Distocia en el parto anterior (menor de cuatro años).
- Muerte perinatal previa.
- Antecedentes obstétricos desfavorables (abortadora habitual)

- Antecedentes de malformaciones congénitas de causa genética.

Grupo III: Mujeres en edad fértil con enfermedades como:

- Cardiopatía congénita
- Cardiopatía isquémica
- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Asma bronquial
- Epilepsia
- Enfermedad cerebrovascular
- Nefropatías crónicas
- Neoplasias
- Drepanocitemia
- Infección urinaria (hasta el alta)
- Hepatitis viral (hasta el alta)
- Anemia
- Enfermedades psiquiátricas
- Malnutrición proteicoenergética

Grupo IV: Mujeres en edad fértil que como resultado de una enfermedad o accidente presentan alguna alteración temporal o definitiva, motora, funcional, sensorial o psíquica.

4. Considerar también por su utilidad práctica en lo relacionado con la modificación del riesgo:

Con riesgo modificable:

- Hábito de fumar
- Condiciones socioeconómicas desfavorables
- Familia disfuncional
- Período intergenésico corto
- Malnutrición proteicoenergética

Con riesgo controlable:

Todas las mujeres en edad fértil

Con riesgo no modificable:

- Psicosociales:
 - Edad menor de 25 años
 - Talla menor de 145 cm.
 - Grupo IV (discapacidad psicofísica)
- Obstétricos:
 - Distocia en el parto anterior
 - Antecedentes obstétricos desfavorables
 - Mortalidad perinatal previa.

- Clínicos:
 - Enfermedades crónicas
- 5. Garantizar el seguimiento de la siguiente forma:
 - Mujeres con riesgo modificable: Un control semestral en consulta y dos anuales en la actividad de terreno.
 - Mujeres con riesgo control: Garantizar que uno de los controles sea en interconsulta con el ginecólogo.
 - Mujeres con riesgo no modificable: Un control trimestral en el consultorio y semestral en las actividades de terreno.
- 6. Considerar como fallo del programa:
 - No cumplimiento de los controles y acciones programadas en el consultorio y en el terreno.
 - No registro en la historia clínica del pensamiento médico y las acciones correspondientes.
- 7. Excluir del programa:
 - Mujeres con medidas anticonceptivas permanentes.
 - Mujeres donde haya desaparecido el factor o los factores de riesgo.
- 8. Revisar la dispensarización de las mujeres en edad fértil con riesgo reproductivo preconcepcional incrementado cada seis meses como parte del análisis de la situación de salud.
- 9. Autoevaluar la calidad de sus acciones mediante el análisis:
 - Incidencia de embarazos en adolescentes.
 - Número de embarazos calificados de riesgo desde su captación.
 - Índice bajo peso al nacer.
 - Morbilidad y mortalidad perinatal, infantil y materna.
 - Nacimientos de niños con riesgos por condiciones desfavorables para su óptimo crecimiento y desarrollo.

GUÍA PRÁCTICA PARA LA ATENCIÓN PRENATAL



1. Considerar la atención a la embarazada:
 - Como el inicio de la puericultura (puericultura prenatal)
 - El objeto de la atención es la madre, el futuro niño y la familia
 - La familia facilitará una red de apoyo y ambiente afectivo a la embarazada.
1. Brindar a cada embarazada que resida en el área o que residan transitoriamente un mínimo de 10 consultas prenatales:

No.	Consultas	Edad gestacional
1	Consulta de captación	Antes de 14 semanas de gestación
2	Consulta *	Quince días después de la captación
3	Consulta	A las 18 semanas de gestación
4	Consulta	Alrededor de las 22 semanas
5	Consulta *	Alrededor de las 26 semanas
6	Consulta	Alrededor de las 30 semanas
7	Consulta	Alrededor de las 32 semanas
8	Consulta	Alrededor de las 36 semanas
9	Consulta	Alrededor de las 38 semanas
10	Consulta *	Alrededor de las 40 semanas

3. En la primera consulta:
 - Realizar anamnesis general y obstétrica (con enfoque clínico-epidemiológico-social), considerar a la embarazada como una unidad biopsicosocial.
 - Verificar la vacunación con toxoide tetánico y la realización de la prueba citológica.
 - Examinar con detenimiento y meticulosidad en el aparato cardiovascular, respiratorio y tiroides.
 - Medir la presión arterial media (PAM):

$$PAM = \frac{\text{Presión sistólica} + 2 (\text{Presión diastólica})}{3}$$

- Identificar el índice de masa corporal (IMC) a través del peso corporal en kilogramos y la talla en centímetros:

$$IMC = \frac{\text{Peso en kilogramos}}{\text{Talla en cm}^2}$$

Para hacer la evaluación nutricional y determinar la ganancia de peso durante la gestación:

Categoría	IMC	Ganancia de peso total recomendada	Promedio de ganancia de peso
Bajo peso	Menor de 19,8	12,5-18,0	15,3
Normopeso	19,8-26,0	11,5-16,0	13,8
Sobrepeso	26,1-29,0	10,0-11,5	9,3
Obesa	Más de 29,0	6,0	6,0

*Kilogramos

Ganancia de peso	Bajo de peso	Normal	Obesa
Primer trimestre	2,3 kg	1,6 kg	0,9 kg
Ganancia de peso semanal	0,5 kg	0,4 kg	0,3 kg

- Utilizar la siguiente fórmula para valorar la ganancia de peso en el primer y segundo trimestre de la gestación:

Edad gestacional – 13 x ganancia a tener semanal + ganancia a tener en el primer trimestre.

Esta última fórmula es para valorar la ganancia de peso en el segundo y tercer trimestre:

$$\frac{\text{Peso ideal x IMC al final del embarazo x edad gestacional actual}}{40}$$

- Observar y no olvidar la importancia conferida a la presión arterial y a la evaluación nutricional de la embarazada.
- Realizar un examen ginecológico y obstétrico de excelencia:
 - Examen con espéculo para identificar:
 - a) Características de la vulva y vagina
 - b) Posibles lesiones vulvovaginales
 - c) Signos de infección vaginal
 - d) Características clínicas de la leucorrea si existe
 - e) Características del cuello: coloración, longitud, apertura o no del orificio
 - f) cervical externo
- Tacto vaginal, sin introducir el dedo en el canal cervical, para:
 - Permeabilizar el orificio externo
 - Evaluar consistencia del cuello uterino y tamaño en centímetros

- Identificar características del útero, posición y tamaño acorde con la amenorrea, signos de embarazo y tumoraciones
- Buscar en los anejos signos de embarazo ectópico y tumores en los ovarios
- Examen de mama para:
 - Precisar tamaño, consistencia, presencia de calostro, tubérculos de Montgomery
 - Precisar tamaño y forma de los pezones
 - Detectar a la inspección y a la palpación posibles anomalías u otras enfermedades
- Indicaciones a realizar en la primera consulta
 - Atención estomatológica
 - Reactivación del toxoide tetánico a las 26 semanas si posee carné de salud, si no comenzar esquema de vacunación a las 22 semanas
 - Exámenes complementarios:
 - a) Hemoglobina y hematócrito
 - b) Leucograma
 - c) Grupo sanguíneo y Rh
 - d) Glicemia
 - e) Serología, también a la pareja
 - f) HIV, también a la pareja
 - g) Electroforesis de hemoglobina
 - h) Antígeno de superficie
 - i) Orina
 - j) Heces fecales
 - k) Exudado vaginal
- Definir si se trata de un embarazo normal o de riesgo y precisar las condiciones a vigilar
- Establecer el pronóstico materno fetal y definir las estrategias de seguimiento mediante la optimización de los cuidados sobre los factores de riesgo
- Discutir con el especialista del grupo básico de trabajo si existe alguna enfermedad asociada
- Evaluar con el máster en genética, psicología y trabajo social de acuerdo con las necesidades
- En los controles sucesivos no puede faltar:
 - Interrogatorio y examen físico completo
 - Presión arterial media (PAM) y evaluación de la curva de esta
 - Peso corporal y evaluación de la ganancia de peso
 - Presencia de edemas en miembros inferiores
 - Otros aspectos clínicos si existe alguna afección asociada

4. Realizar la segunda consulta a los 15 días siguientes a la captación:

- Evaluar los exámenes complementarios indicados en la primera consulta
 - Clasificar a la embarazada en :
 - Gestante normal
 - Gestante de riesgo
 - Estratificar el riesgo
 - Establecer pronóstico materno fetal.
 - Definir las acciones concretas en cada caso
 - Rectificar por espéculo y tacto vaginal bimanual:
 - Tiempo de la gestación.
 - Identificar signos de amenaza de aborto.
 - Precisar aumento brusco del crecimiento uterino y descartar mola hidatiforme o embarazo múltiple.
 - Pensar en crecimiento intrauterino retardado (CIUR) si existe un crecimiento uterino escaso.
 - Identificar la existencia de infección cervicovaginal.
 - Estudiar la anemia en caso de que exista.
 - Indicar a la pareja Rh si resultó negativo el de la embarazada y Coombs a ella.
 - Indicar prueba de tolerancia a la glucosa (PTG) si la primera glicemia es de 4,4 m mol/L
 - Indicar nuevos complementarios:
 - Alfafetoproteína entre las 15-19 semanas
 - Orina
 - Prescribir e indicar cómo ingerir el prenatal
 - Ofrecer educación para la salud y orientaciones sobre la maternidad y paternidad consciente
5. Realizar la tercera consulta a las 18 semanas de gestación:
- Valorar integralmente la evolución de la gestante enfatizando en las condiciones a vigilar
 - Evaluar resultados de complementarios indicados en la consulta anterior
 - Realizar examen físico:
 - Evaluar la curva de la altura uterina después de la primera medición a las 14 semanas:
 - a) Curva de altura uterina: Incremento de 1 cm por semana a partir del tercer mes de embarazo (14-16 semanas de gestación).
 - b) Signo de más: Cuando existen más de 2 cm por encima de la altura uterina normal para la edad gestacional.
 - c) Signo de menos: Cuando existe menos de 2 cm por debajo de la altura uterina normal para la edad gestacional.
 - Medir la circunferencia abdominal a partir de las 18 semanas.
 - Buscar síntomas y signos de la enfermedad hipertensiva del embarazo (prueba de Gant).

- Indicar: orina, hemograma y ultrasonido a las 22 semanas de gestación.

6. Realizar la cuarta consulta a las 24 semanas:

- Evaluar los movimientos fetales y el peloteo fetal a partir de las 20 semanas.
- Explicar a la gestante cómo seguir el patrón contráctil normal:

Semanas de gestación	26	27	28	29	30-33	34-38
Número de contracciones por hora	1	3	5	7	8	9

- Comprobar la asistencia al estomatólogo, psicólogo u otras especialidades si fue indicado.
- Evaluar curva de ganancia de peso, presión arterial media y otros síntomas acompañantes a la gestación.
- Indagar y analizar la alimentación durante la última semana y hacer las correcciones necesarias.
- Buscar edemas en miembros inferiores.
- Evaluar resultados de complementarios de consultas anteriores:
 - Antígeno de superficie.
 - Orina.
 - Ultrasonido de las 22 semanas.

Indicar:

- Ultrasonido de las 26 semanas.
- Exudado vaginal.

7. Realizar la quinta consulta a las 26 semanas:

- Considerar de gran importancia esta consulta por la formación del segmento inferior que provoca modificaciones del cuello uterino no patológicas.
- Tener en cuenta que pueden presentarse factores de riesgo (infección urinaria y vaginal) que favorecen modificaciones patológicas del cuello y el consiguiente riesgo de parto pretérmino.
- Valorar la evolución del embarazo y replantear el pronóstico materno fetal.
- Reestablecer las condiciones susceptibles de vigilancia aplicando las acciones de salud específicas
- Examinar y evaluar:
 - Presentación, situación, posición, foco fetal y tono uterino
 - Ganancia de peso en relación con la recomendada al inicio del embarazo
 - Curva de la altura uterina y buscar signo de más o de menos
- Realizar examen con espéculo e identificar:
 - Características del cuello uterino
 - Posibles modificaciones del mismo
 - Signos de infección vaginal
- Orientar sobre:
 - Importancia de la atención prenatal
 - Maternidad y paternidad consciente

- Psicoprofilaxis
- Lactancia materna
- Alimentación durante el embarazo
- Dudas e inquietudes de la embarazada, pareja y familia
- Síntomas de parto pretérmino o rotura prematura de membranas o ambos y la conducta a seguir

- Valorar ingreso en el hogar materno si es necesario
- Reforzar las orientaciones sobre el patrón contráctil y movimientos fetales
- Evaluar resultado de los exámenes complementarios indicados en la consulta anterior
- Indicar nuevos complementarios:
 - Serología, incluyendo la pareja
 - Orina
- Replantear el riesgo obstétrico, pronóstico materno fetal y conducta a seguir.

8. Realizar la sexta consulta a las 30 semanas:

- Efectuar interrogatorio exhaustivo mediante amena conversación.
- Evaluar la curva de ganancia de peso y de la presión arterial media.
- Realizar examen ginecológico completo y maniobras de Leopold.
- Hacer énfasis en los signos de alarma del parto pretérmino.
- Evaluar exámenes complementarios indicados en la consulta anterior.
- Indicar nuevo examen de orina.
- Evaluar cumplimiento de las orientaciones dadas en las consultas anteriores.

9. Realizar la séptima consulta alrededor de las 32 semanas

- Interrogatorio exhaustivo mediante amena conversación.
- Evaluar curva de ganancia de peso y de altura uterina.
- Realizar examen obstétrico completo y maniobras de Leopold.
- Realizar examen de movimientos fetales y evaluación del patrón contráctil.
- Hacer énfasis en signos de alarma de parto pretérmino.
- Evaluar cumplimiento de las indicaciones dadas en consultas anteriores.
- Iniciar la preparación psicofísica para el parto, incluir a la pareja y a la familia.

10. Realizar la octava consulta alrededor de las 36 semanas:

- Interrogatorio exhaustivo mediante amena conversación
- Evaluar curva de ganancia de peso y altura uterina
- Realizar examen ginecológico completo y maniobras de Leopold
- Precisar si existe descenso de la altura uterina, del volumen uterino y del patrón contráctil
- Evaluar cumplimiento de las indicaciones dadas en consultas anteriores

11. Realizar la novena consulta alrededor de las 38 semanas:

- Cumplir todo lo realizado en la consulta de las 36 semanas
- Indicar nuevos complementarios: orina y hemograma

12. Realizar la décima consulta alrededor de las 40 semanas:

- Cumplir todo lo realizado en las consultas de las 36 y 38 semanas
- Instruir sobre:
 - Pródromos del parto
 - Cuidados perinatales
 - Cuidados del recién nacido
 - Lactancia materna
- Remitir a consulta de gestantes término con criterios escritos de su pensamiento como médico de asistencia de la embarazada.

13. Ejecutar las siguientes acciones de salud durante la puericultura prenatal o atención prenatal:

- Orientar a la gestante, a su pareja y a la familia sobre:
 - Lo hermoso del embarazo y aclarar que ese evento no es una enfermedad
 - Los cambios psicológicos que lleva implícito
 - Propiciar la red de apoyo a la embarazada.
 - La higiene durante el embarazo: higiene personal, calzado, sueño, recreación.
- Alimentación:
 - a) Elevado contenido de calcio
 - b) 50% de hidratos de carbono
 - c) 20% de proteínas
 - d) 30% de grasas
 - e) Dieta normosódica
- Suplementación vitamínica y de minerales, incluir 300 mg de hierro y 1 mg de ácido fólico. Prenatal: 1 tableta diaria hasta las 20 semanas y 2 tabletas dos veces al día a partir de las 20 semanas
- Calorías necesarias en la dieta según evaluación nutricional:
 - a) 2500 kcal. para bajo peso con talla menor de 157 cm
 - b) 2800 kcal. para bajo peso con talla mayor de 157 cm
 - c) 2500 kcal. para normopeso
 - d) 2800 kcal. para normopeso con embarazo gemelar
 - e) 3000 kcal. para bajo peso con gemelar
 - f) 2300 kcal. para sobrepeso u obesa
- Educación sanitaria sobre maternidad y paternidad consciente y lactancia materna

- Desarrollar estrategias de intervención para lograr cambios en los estilos de vida no saludables en el medio donde el futuro niño completará su proceso de crecimiento y desarrollo

14. Si usted ha cumplido todo lo contenido hasta aquí siéntase muy feliz y prepare las condiciones para realizar una puericultura posnatal de excelencia.

GUÍA PRÁCTICA PARA LA IDENTIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE FACTORES ADVERSOS DURANTE EL EMBARAZO



1. Error de cuenta:

- Analizar la fecha de la última menstruación y la fórmula menstrual
- Realizar primer tacto vaginal y comprobar la no concordancia entre la fecha de la última menstruación y el tacto vaginal
- Realizar ultrasonido del programa y comprobar la no concordancia entre la fecha de la última menstruación y el resultado del estudio
- Foco fetal no audible en las semanas 20 a la 32
- Evaluar evolución posterior
- Brindar la atención prenatal normal en el consultorio y en el domicilio

2. Vómitos frecuentes:

- Valorar si los vómitos persisten después de las 14 semanas, en ese caso:
 - Indicar ultrasonido para buscar litiasis vesicular
 - Realizar urocultivo para buscar infección urinaria
 - Estudiar la función hepática (transaminasas, entre otras)
 - Ingresar en caso de deshidratación
 - Prescribir en los casos de un cuadro emético leve:
 - a) Dimenhidrinato: 1 tableta cada 8 horas.
 - b) Comidas ligeras en pequeñas cantidades y frecuentes.
 - c) Líquidos fríos o calientes en pequeñas cantidades y frecuentes.
 - d) No acostarse sin ingerir algún alimento sólido en pequeña cantidad.

3. Amenaza de aborto:

- Dolor en hemiabdomen inferior
- Edad gestacional inferior a 20 semanas.
- Expulsión o no de manchas de sangre, escasas y frecuentemente oscuras
- Examen con espéculo: cuello acortado y entreabierto, presencia de infección cervicovaginal
- Precisar si la altura uterina no crece o desciende
- Buscar el cese de síntomas subjetivos de embarazo
- Identificar disminución del peso de la embarazada
- Buscar motivos de la desaparición de los movimientos fetales, si la embarazada ya los percibía
- En caso de sangramiento escaso y fresco y la gestante reside en área urbana y de fácil acceso al hospital, prescribir:
 - Ingreso en el domicilio con visita diaria y evaluar sangramiento, signos vitales y estado general.
 - Reposo psíquico, físico y sexual.

- Sedación ligera.
- Tratamiento específico de la infección cervicovaginal.
- De no mejorar remitir al hospital al igual que:
 - a) Cuando el sangramiento sea moderado o abundante.
 - b) Canalizar vena e indicar soluciones electrolíticas si el sangramiento es abundante antes de la remisión, que debe ser con acompañamiento.

4. Aborto en evolución:

- Precisar sangramiento escaso o moderado
- Realizar examen con espéculo y buscar
 - Cuello abierto o permeable
 - Abombamiento de las membranas ovulares por el cuello
 - Expulsión de partes ovulares o placentarias
- Proceder a:
 - Canalizar vena e indicar venoclisis de soluciones electrolíticas preferiblemente Dextro Ringer.
 - Remitir al hospital con acompañamiento médico o de enfermería.

5. Mola hidatiforme:

- Identificar las siguientes manifestaciones:
 - Signos precoces de toxemia
 - Aumento de la altura uterina irregular
 - Útero de consistencia pastosa
 - Sangramiento escaso como agua de lavado de carne
 - Ausencia de movimientos fetales
 - Ausencia de foco fetal
 - Contracciones parcelarias
 - Imagen de “nieve barrida” en el ultrasonido
- Proceder a su remisión al hospital para su evacuación
- Conocer los resultados al egreso y precisar con el especialista del hospital la conducta a seguir en la atención primaria

6. Macrosomía fetal:

- Identificar:
 - Antecedentes patológicos familiares especialmente de diabetes mellitus.
 - Peso al nacer de los hijos anteriores.
- Examinar y buscar:
 - Foco fetal audible.
 - Partes fetales fácilmente palpables.
 - No onda líquida.
- Indicar ultrasonido evolutivo.
- Proceder a:
 - Realizar prueba de tolerancia a la glucosa (PTG).
 - Prever durante el parto: Hipoglicemia, sepsis perinatal, traumas y atonía uterina.

7. Embarazo múltiple:

- Identificar los antecedentes patológicos familiares.
- Buscar referencias de movimientos fetales exagerados.
- Examinar y buscar:
 - Aumento exagerado del peso de la embarazada.
 - Detección de muchas partes fetales.
 - Indicar ultrasonido.
- Proceder a:
 - Realizar interconsulta con el especialista en ginecología cada 2 ó 3 semanas.
 - Ingresar desde las 20 semanas de gestación.

8. Polihidramnios:

- Indagar sobre la presencia de molestias abdominales.
- Examinar y buscar:
 - Abdomen tenso
 - Útero irritable
 - Aumento de la onda líquida
 - Partes fetales apenas palpables
 - Foco fetal apagado
 - Indicar ultrasonido
- Evaluar con el especialista para determinar la conducta a seguir y no descartar malformaciones congénitas en el feto, de ser así solicitar los servicios de la especialidad de genética.

9. Oligoamnios:

- Precisar aumento de peso de la embarazada, casi siempre insuficiente.
- Examinar y buscar:
 - Útero irritable
 - Feto apelotonado
 - Onda líquida imperceptible
 - Movimientos fetales muy evidentes, visibles y dolorosos para la gestante
- Evaluar con el especialista para determinar la conducta a seguir

10. Malformaciones fetales:

- Precisar los antecedentes ginecoobstétricos de la paciente
- Examinar y buscar:
 - Altura uterina, habitualmente signo de menos
 - Peloteo fetal fácil
 - Transmisión de la onda líquida
 - Presencia o no de foco fetal
 - Indicar ultrasonido
- Evaluar con los especialistas la conducta a seguir

11. Tumores y embarazo:

- Considerar que casi siempre se identificarán en el primer tacto vaginal

- Indicar ultrasonido
- Evaluar con el especialista para decidir la conducta a seguir

12. Crecimiento intrauterino retardado (CIUR):

- Identificar discrepancia entre la fecha de la última menstruación y la altura uterina.
Examinar y buscar:
 - Altura uterina estacionaria o con tendencia a decrecer
 - Detección de los parámetros abdominales
 - Reducción del volumen uterino
 - Aumento insuficiente de peso de la embarazada
- Indicar ultrasonido
- Evaluar con el especialista en obstetricia y ginecología la conducta a seguir y su ingreso en el hogar materno

13. Prematuridad:

- Estar muy alerta a partir de las 20 hasta las 36 semanas de gestación
- Identificar factores de riesgo:
 - Nuliparidad
 - Desnutrición
 - Abortos habituales
 - Prematuridad anterior
 - Tabaquismo o alcoholismo o ambos
 - Presencia de enfermedades: hipertensión arterial, asma grado III, diabetes mellitus, sepsis urinaria, infección cervicovaginal
- Indagar y alertar a la gestante sobre los siguientes signos de alarma:
 - Dolor
 - Pérdida de líquido
 - Contractilidad exagerada
- Examinar y buscar:
 - Patrón contráctil durante una hora, aumentado para su edad gestacional
 - Útero irritable
 - Oligoamnios
 - Cuello entre abierto o abierto, expulsión del tapón mucoso, al examen con espéculo cuello corto y central
- Proceder a:
 - Ingreso en el domicilio
 - Reposo psíquico, físico y sexual
 - Dieta con abundantes líquidos
 - Medir patrón contráctil diariamente
 - Sedación ligera: 1 tableta de diazepam (5 mg) cada 8 horas
 - Tratamiento para la infección cervicovaginal si existe
 - Si el patrón contráctil aumenta, remitir al hospital

SANGRAMIENTOS EN LA PRIMERA MITAD DE LA GESTACIÓN

- Si aparecen sangramientos en la primera mitad de la gestación se debe pensar en un **embarazo ectópico o gran simulador**.
 - Precisamente por ser el gran simulador, más que el cuadro clínico se debe estar siempre alerta ante toda mujer en edad fértil con molestias o dolor en bajo vientre, amenorreica o no y al tacto vaginal con abombamiento o sin abombamiento del saco de Douglas.
 - Ante la sospecha proceder a:
 - a) Canalizar vena
 - b) Administrar soluciones electrolíticas
 - c) Remitir con acompañamiento médico o de enfermería al hospital más cercano
 - d) Consignar en la hoja de remisión, con letras mayúsculas:
DIAGNÓSTICO: EMBARAZO ECTÓPICO
- Amenaza de aborto y proceder según lo antes expuesto
- Aborto en evolución y proceder según lo antes expuesto
- Mola hidatiforme y proceder según lo antes expuesto

SANGRAMIENTOS DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACIÓN

- Ante sangramientos en la segunda mitad de la gestación pensar en:
 - Desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta (DPPNI).
 - Sangramiento escaso o mediano de color rojo oscuro
 - Placenta previa (PP): Sangramiento de color rojo, fresco, casi siempre abundante
 - Rotura uterina (RU): Sangramiento poco abundante

Ante la sospecha proceda a:

- Canalizar vena
- Administrar soluciones electrolíticas, preferentemente Dextro Ringer
- Remitir urgente al hospital más cercano con acompañamiento médico o de enfermería

ANEMIA Y EMBARAZO

1. Considerar la existencia de anemia cuando el nivel de hemoglobina es inferior a 110 gr/L y el hematócrito de 0,33 volúmenes o menos
2. Indicar constantes corpusculares, estudio de lámina periférica y conteo de reticulocitos para clasificar la anemia
3. Tener en cuenta que 95% de las anemias durante el embarazo son por déficit de hierro, el tratamiento debe realizarse a plazo fijo y no se deben utilizar transfusiones de sangre

- Se deben utilizar glóbulos lavados si es necesaria la transfusión en fecha próxima al parto u operación cesárea, cuando con las sales de hierro oral no se ha logrado el efecto deseado
4. Indicar tratamiento con sales de hierro:
- Sales de hierro (fumarato o gluconato) 600-1200 mg/día por vía oral
 - Mantener el tratamiento durante la lactancia y hasta por lo menos dos meses después de normalizados el valor de la hemoglobina y del hematócrito
 - Para calcular la cantidad de sales de hierro oral a administrar puede utilizar la siguiente fórmula:

Hemoglobina normal – hemoglobina de la embarazada x 255 = mg de hierro

5. No abusar del uso de las sales de hierro por vía parenteral (intramuscular o endovenoso), solo utilizarlo en las siguientes circunstancias:
- Intolerancia gastrointestinal a las sales de hierro por vía oral
 - Síndrome de mala absorción intestinal
 - No respuesta al tratamiento por vía oral
 - Cifras bajas de hierro sérico
 - No exceder los 3000 mg como dosis total
 - Plazo corto respecto al parto (alrededor de 6 semanas y hemoglobina inferior a 85 g/L)
6. Calcular la dosis de hierro para uso parenteral mediante la fórmula antes señalada
7. Cumplir estrictamente la técnica de administración del hierro por vía intramuscular
8. Considerar como criterio para la hospitalización de la embarazada con anemia por déficit de hierro:
- Hemoglobina de 65 g/L o inferior
 - Anemia intensa en las últimas semanas de la gestación
 - Anemia que no responde al tratamiento con sales de hierro ambulatorio
 - Necesidad de administración de transfusión de glóbulos.
9. En caso de que la anemia no sea por déficit de hierro, valorar con el especialista

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN LA GESTACIÓN

1. Considerar como trastorno hipertensivo en la gestación a aquellos procesos que durante el embarazo tienen en común la existencia de hipertensión arterial referida a presión arterial sistólica o la sistólica y la diastólica.
2. Tener en cuenta que en obstetricia se considera que existe hipertensión arterial cuando:
- Aumentan los valores de la presión antes de la 9na. semana de gestación.
 - Existe más de 30 mmHg de la presión sistólica y 15 mmHg de la presión diastólica.
 - Existe una presión arterial media (PAM) de 105 mmHg o más.

3. Lograr la prevención de la preeclampsia-eclampsia, para lo cual es preciso:
 - Detectar en el terreno las mujeres en edad fértil con factores de riesgo:
 - a) Menores de 20 años
 - b) Nulíparas
 - c) Antecedentes patológicos familiares de hipertensión arterial y madre o hermanas con antecedentes de preeclampsia
 - d) Bajo peso u obesidad
 - e) Problemas nutricionales severos
 - f) Patrones culturales
 - Identificar los signos iniciales y las formas ligeras precozmente
 - Ser exhaustivo en la educación sanitaria en lo que concierne a la alimentación adecuada y hábitos tóxicos para evitar las formas graves

4. Clasificar el trastorno hipertensivo en la gestación:
 - Trastornos hipertensivos dependientes del embarazo:
 - a) Preeclampsia
 - b) Eclampsia
 - Hipertensión crónica independientemente de la causa
 - Hipertensión crónica con preeclampsia o eclampsia sobre añadida
 - Hipertensión transitoria o tardía

5. Realizar interconsulta con el ginecoobstetra para decidir la conducta a seguir

GUÍA PRÁCTICA PARA LA ALIMENTACIÓN DURANTE EL EMBARAZO



1. Tener presente en relación con la alimentación de la embarazada:
 - Indicar una dieta balanceada y que satisfaga las necesidades energéticas.
 - Prestar especial atención a los alimentos que sean fuentes de hierro y calcio.
 - Considerar las necesidades nutricionales adicionales que lleva implícito el embarazo.
 - Indicar la suplementación con vitaminas y minerales, especialmente de ácido fólico, hierro y calcio
2. Considerar en la dieta de la embarazada las siguientes necesidades:
 - En embarazadas normales adicionar 285 kcal./día desde el inicio hasta el final de la gestación
 - En embarazadas con actitud normal adicionar 9g de proteínas por día y garantizar una ingesta de:
 - a) 1200 mg/día de calcio
 - b) 30-60 mg/día de hierro
 - c) 500 ug/día de folatos
3. Si se trata de una embarazada adolescente:
 - Satisfacer no solo las necesidades del embarazo, sino también las adicionales durante las etapas del crecimiento
 - Calcular sus necesidades nutricionales mediante la adición de las recomendaciones nutricionales diarias para su edad, más las propias del embarazo.
 - Considerar las necesidades energéticas totales alrededor de 2500 kcal/día así como la talla, la velocidad de crecimiento, edad y nivel de actividad
 - Calcular las proteínas a razón de 1,5 g/kg de peso/día durante el embarazo en gestantes entre los 15 y 18 años de edad y de 1,7 g/kg de peso/día para las menores de 15 años
 - Garantizar 1600 mg/día de calcio y la adición de 30 mg de hierro elemental
4. Utilizar como una guía el siguiente patrón de menú para la embarazada normal:

Desayuno	1 taza de leche o yogurt 1 unidad de fruta 1 unidad de pan 1 cucharada de aceite 1 cucharada de azúcar
Merienda	1 taza de leche o yogurt 2 unidades de galletas ó 1 rebanada de pan de un dedo de grosor 1 cucharada de azúcar
Almuerzo	1 unidad de fruta 1 taza de leguminosas 1 onza de carne de res, carnero, pollo, pescado ó 1 huevo 1 taza de arroz, harina de maíz o pastas alimenticias ½ taza de viandas ½ taza de vegetales ½ unidad de pan 1 ½ cucharada de aceite 4 cucharadas de postre
Merienda	1 taza de leche o yogurt 2 unidades de galletas o 1 rebanada de pan de un dedo de grosor 1 cucharada de azúcar
Comida	1 unidad de fruta. 2 ½ onzas de carne de res, carnero, pollo o pescado 1 taza de arroz, pastas alimenticias o harina de maíz ½ taza de vegetales 1 ½ cucharada de aceite ½ unidad de pan 3 ½ cucharadas de postre
Cena	1 taza de leche o yogurt

GUÍA PRÁCTICA PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL RECIÉN NACIDO DE BAJO PESO AL NACER



1. Identificar los factores predisponentes del bajo peso al nacer y actuar consecuentemente
 - Embarazadas adolescentes o mayores de 35 años
 - Peso corporal de la embarazada inferior a 49 kg. y talla inferior a 145 cm.
 - Nulíparas y multíparas con intervalo intergenésico corto (menor de dos años)
 - Interrupciones de embarazo frecuentes
 - Antecedentes de esterilidad
 - Productos de bajo peso en partos anteriores
 - Hábito de fumar
 - Situación socioeconómica desfavorable
 - Enfermedades maternas anteriores al embarazo o dependientes de ella
 - Antecedentes de amenaza de aborto en el embarazo actual
 - Sangramiento en la segunda mitad de la gestación
 - Deficiente estado nutricional materno (índice de masa corporal)
 - Infecciones (toxoplasmosis, etc)
 - Factores genéticos
 - Malformaciones congénitas
 - Embarazos múltiples
 - Fibroma y embarazo
2. Realizar prevención primaria actuando sobre los factores de riesgo, especialmente:
 - Promoción de salud
 - Informar sobre salud reproductiva
 - Evaluar y controlar el riesgo reproductivo preconcepcional
 - Informar sobre los factores de riesgo del bajo peso al nacer
 - Brindar servicios de planificación familiar a las parejas que lo deseen
 - Actuar para mejorar el entorno de la mujer
 - Protección específica
 - Mantener control sistemático de las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional
 - Indicar medidas anticonceptivas cuando lo soliciten
 - Orientar y controlar la dieta e higiene de los alimentos
 - Identificar precozmente enfermedades
3. Desarrollar la prevención secundaria, enfatizar en:
 - Diagnóstico precoz:
 - Realizar la captación precoz de la embarazada y brindar una puericultura prenatal de excelencia

- Diagnosticar precozmente y tratar adecuadamente las infecciones cervicovaginales incluyendo el tratamiento de la pareja
 - Efectuar una correcta evaluación y reevaluación de la embarazada
 - Identificar tempranamente diferencias entre la altura uterina y la edad gestacional
 - Tener muy presente el crecimiento del perímetro abdominal e identificar la reducción del volumen uterino
 - Precisar con la mayor exactitud el peso materno evolutivo y nunca pasar por alto el escaso aumento de peso, que se mantenga estacionario o que disminuya
 - Tratamiento oportuno:
 - Instruir sobre las señales sutiles de amenaza de parto prematuro como son: dolor o presión lumbar o en las caderas, dolor abdominal bajo contracciones uterinas que sigan un patrón regular, mantenidas durante una hora, dolorosas o indoloras, cólicos abdominales con diarreas o sin ellas, cambios en las pérdidas vaginales
 - Garantizar el ingreso oportuno cuando sospeche parto prematuro o crecimiento uterino retardado, así como embarazo múltiple desde las 26-28 semanas de gestación.
 - Utilizar para el ingreso las camas de rehabilitación nutricional de los hogares maternos para embarazadas desnutridas y las camas de obstetricia de los hospitales o policlínicos rurales
 - Coordinar los servicios de cuidados especiales perinatales e intensivos neonatales del hospital donde se prevé el trabajo de parto.
 - Brindar apoyo emocional a la embarazada, a la pareja y a la familia.
 - Si la embarazada muestra un patrón de contractilidad aumentado, no la envíe al domicilio, obsérvela durante una hora y si persiste proceda a su remisión para ingreso en el hospital. Anote su pensamiento médico y diagnóstico presuntivo.
4. Realizar prevención terciaria y enfatizar en:
- Limitación del daño:
 - Iniciar precozmente y mantener la lactancia materna exclusiva
 - Garantizar el aporte vitamínico del recién nacido
 - Lograr la homeorresis en el menor tiempo posible
 - Realizar pesquisa de defectos de la visión y audición
 - Rehabilitación:
 - Garantizar la rehabilitación nutricional del lactante y la estimulación del proceso de crecimiento y desarrollo
 - Brindar apoyo familiar

Recuerde que evitar el bajo peso al nacer significa:

- *Mejorar la supervivencia y el desarrollo infantil*
- *Mejorar la calidad de vida de la infancia y las futuras generaciones*
- *Eliminar el subdesarrollo*

GUÍA PRÁCTICA PARA REALIZAR LA CONSULTA DE PUERICULTURA



1. Comenzar la puericultura por una buena atención prenatal, por lo que debe cumplirse lo indicado en la Guía Práctica para la Atención Prenatal:
 - Identificar las expectativas de la embarazada en relación con el embarazo y la lactancia materna, esclarecer sus dudas y adaptar sus orientaciones a lo que ella le solicite o a lo que más necesite.
 - Examinar con la mayor privacidad las mamas y especialmente la areola y el pezón
 - Instruir sobre la preparación de las mamas y de los pezones para la lactancia. Si se trata de un pezón plano o invertido enseñe los ejercicios para su corrección.
 - Educar sobre los cuidados higiénicos del bebé, baño, ropas, higiene del hogar y sus alrededores.
2. Considerar la puericultura como la vía idónea para garantizar el monitoreo de la salud del niño, del proceso de crecimiento y del desarrollo.
3. Cumplir dos principios básicos al realizar la puericultura posnatal:
 - Atención integral:
 - Dispensarizada, es decir, continua, dinámica y organizada
 - Aplicación rigurosa del método clínico y epidemiológico
 - Identificación del funcionamiento familiar
 - Situación de la salud familiar.
 - Atención del niño como una unidad biopsicosocial
 - Alto valor ético y humanístico
 - Relación médico-niño-familia
 - Orientaciones a la madre, al padre y a la familia
4. Iniciar la puericultura posnatal:
 - Identificar en el futuro hogar del niño la situación socio-familiar-ambiental
 - Captar al recién nacido y a la puérpera antes del egreso
5. Realizar en el hogar interconsulta con el pediatra del grupo básico de trabajo antes de las 72 horas del egreso y establecer de conjunto el plan de acciones para modificar los factores de riesgo existentes.

6. Establecer y cumplir el cronograma de atención:

- Proceder a incluirlo en la dispensarización.
- Conocer diariamente del estado de salud del niño y de su madre (puérpera), personalmente o a través de otros miembros de su equipo de salud. (enfermera, brigadista sanitaria de la FMC)
- Garantizar un control quincenal hasta los 6 meses de edad, prolongarlo hasta el año si se trata de un lactante de alto riesgo (recién nacido de bajo peso al nacer o patológico, en el consultorio o en el hogar.

7. Confeccionar la historia clínica completa del bebé, incluir los factores sociales, familiares y ambientales, actualizarlos en cada control, lo cual permitirá la evaluación integral del niño.

8. Realizar un control estricto del crecimiento y desarrollo en cada consulta:

- Toma del peso, talla, circunferencia cefálica y comparar con las tablas cubanas
- Curva de ganancia de peso y evaluación nutricional
- Desarrollo sicomotor y emocional
- Examen físico completo en sentido cefalocaudal después del lavado meticuloso de las manos
- Características de la alimentación
- Conversación con la madre para aclarar todas sus dudas y estimularla para la lactancia materna, sobre introducción de nuevos alimentos, higiene del niño y ambiental, así como inmunizaciones.

9. Orientar sistemáticamente a la madre en el consultorio y en las actividades de terreno

- Lactancia materna. (Ver la Guía Práctica para la Promoción, Protección y Apoyo de la Lactancia Materna).
- Higiene del niño y del hogar:
 - a) Recomendar baño diario, preferentemente a media mañana, con agua tibia y jabón, toalla o paño limpio de uso exclusivo del niño
 - b) Indicar después del baño exposición al aire fresco y al sol
 - c) Cambiar del pañal cuando el niño esté mojado o defecado
 - d) Aplicar alcohol al 70 % en el muñón umbilical mientras no caiga
 - e) Contraindicar el empleo de fajas u otros medios para cubrirlo

10. Instruir sobre la mejor posición del niño en el lecho para evitar la broncoaspiración y sobre el peligro que implica dormir en la cama con sus padres u otros familiares.

11. Informar sobre la importancia de las inmunizaciones y controlar el cumplimiento del esquema de vacunación

12. Instruir sobre la estimulación de desarrollo sicomotor y emocional
13. Impartir conocimientos sobre la prevención de las enfermedades diarreicas agudas, signos de deshidratación, uso de las sales de rehidratación oral, prevención de las infecciones respiratorias agudas, del parasitismo intestinal y peligros potenciales de accidentes.
14. Extremar las medidas precedentes si se trata de un recién nacido de bajo peso al nace, mantener una estrecha interrelación con el pediatra o médico general integral del grupo básico de trabajo y realizar interconsultas quincenalmente
15. Establecer un seguimiento sistemático de acuerdo con el tipo de afección si se trata de un lactante portador de alguna afección o malformación congénita o ambas y realizar interconsultas con las especialidades específicas en cada caso.
16. Proceder en caso de un lactante con déficit nutricional a:
 - Mantener estrecha vigilancia de la curva de peso.
 - Brindar educación nutricional a la madre, padre y familia.
 - Evaluar mensualmente con el pediatra o médico general integral
17. Informar a la madre, al padre y a la familia sobre la prevención de accidentes en el hogar.
 - Identificar en el hogar los peligros potenciales de accidentes.
 - Orientar y controlar las medidas adecuadas para eliminar esos peligros.
18. Evaluar los resultados de los exámenes de:
 - Determinación de TSH para diagnóstico precoz del hipotiroidismo congénito. De resultar elevada tomar una muestra de sangre en el talón y coordinar con el especialista en pediatría y en endocrinología para indicar el tratamiento; si el resultado de esta segunda muestra es normal, suspender el tratamiento y si continúa elevado tratar como un paciente portador de la enfermedad, en estrecha coordinación con el especialista de endocrinología.
 - Pesquisa de fenilcetonuria (indicación y evaluación).
19. Continuar las actividades de la puericultura en la etapa preescolar y escolar, considerar:
 - La frecuencia de la consulta será en dependencia de las características del niño, de la familia y del entorno donde se desenvuelva
 - En cada nuevo control realizar:
 - a) Anamnesis desde el último control
 - b) Examen físico completo
 - c) Evaluación peso/talla y estado nutricional
 - d) Crecimiento y desarrollo integral
 - e) Salud bucodental. Evaluación de la agudeza visual y auditiva
 - f) Buscar criptorquidia

g) Control de la alimentación y de las inmunizaciones

20. Si se trata de un recién nacido esté listo para dar respuesta y proceder adecuadamente ante las situaciones que con más frecuencia se presentan en esta etapa de la vida:

Problemas con la alimentación

- Rechazo de la alimentación o falta de avidez. Muy importante si el recién nacido se alimentaba bien, en ese caso:
 - Buscar posibles infecciones o enfermedades metabólicas congénitas o adquiridas.
 - Descartadas las anteriores identifique posibles trastornos neurológicos.
 - No olvidar que los hijos de madres diabéticas y los prematuros suelen ser perezosos para alimentarse.
- Succión débil
 - Evaluar las mismas situaciones anteriores
- Cansancio al succionar
 - Realizar un examen minucioso del aparato cardiovascular para descartar cardiopatía congénita
- Llanto por hambre
 - Revisar la lactancia materna y comprobar si la madre tiene suficiente leche, pesar al recién nacido antes y después de una toma (la diferencia de peso indica la cantidad de leche ingerida)
- En los recién nacidos catalogados en las tres primeras situaciones:
 - No esté tranquilo hasta tener la certeza que se toman las medidas que garanticen el aporte de líquidos y elementos nutritivos indispensables.
 - Interconsultar con el pediatra del grupo básico de trabajo

Problemas con la evolución del peso

- Descenso del peso. Recordar que el recién nacido en la primera semana de vida pierde 10% de su peso al nacer, no obstante:
 - Revisar la lactancia materna y comprobar si la madre tiene suficiente leche
 - Buscar afecciones orgánicas que expliquen la pérdida de peso (infección urinaria y otitis media)
 - Interconsultar con el especialista en pediatría del grupo básico de trabajo

Problemas digestivos

- Comprobar las características de las deposiciones que a partir de la primera semana de vida deben ser de color amarillo, con líquido, hasta 10-15 diarias, si se alimentan con leche materna.
- La constipación (3-5 días sin defecar) es habitualmente normal hacia el final del primer mes; no obstante, descarte:
 - Alimentación insuficiente
 - Megacolon agangliónico
 - Evite la estimulación anal
- Las regurgitaciones habitualmente son normales, pero:
 - Compruebe la curva de peso.
 - Insista a la madre en la posición en decúbito supino en el lecho después de las tomas de leche.
 - Desaconseje la posición horizontal para tomar la leche.
 - Indique pausas frecuentes para la expulsión de los gases en posición erguida.
 - Si la regurgitación es abundante, se puede poner a lactar de nuevo.
- La distensión abdominal requiere de estudio en centro especializado, sobre todo si se acompaña de constipación o vómitos.
- Los vómitos si son amarillentos de contenido bilioso en los días posteriores al nacimiento pueden deberse a:
 - Relajación píloro duodenal muy frecuente en prematuros.
 - Recién nacidos de partos distócicos o laboriosos.
 - Recién nacidos con Síndrome de Down.Si los vómitos son verdosos es obligatorio remitir a un centro especializado.

Problemas respiratorios

- La obstrucción nasal, aunque banal puede ser prolongada:
 - Indique humidificación del aire inspirado (vapor de agua)
 - Elevación de la cabecera de la cuna.
 - Gotas nasales de solución salina isotónica solo cuando la obstrucción impida el sueño o la alimentación y no más de cinco días.
- La dificultad respiratoria, no causada por obstrucción nasal:
 - Debe ser estudiada en un centro especializado.
 - Si existe atrapamiento de aire y sibilancias piense en insuficiencia cardíaca descompensada.

Problemas cardiovasculares

- La cianosis distal y livedo reticularis aunque normal en recién nacidos de piel muy blanca expuestos al frío, que desaparece cuando se le abriga, impone un examen físico exhaustivo.
- La taquicardia (>120/min) durante el reposo o el sueño obliga a una valoración exhaustiva para descartar trastornos cardíacos o infecciosos por ser la causa más frecuente.
- La aparición de soplos en cualquier momento del primer mes de vida obliga a descartar trastornos cardíacos estructurales

Trastornos de la conducta

- Irritabilidad del llanto que puede obedecer a incomodidad, hambre, cansancio y aburrimiento, los cuales desaparecen cuando se elimina la causa. Cuando es debido a cólicos abdominales, habitualmente se acompaña de flexión de los muslos y enrojecimiento facial con gritos agudos y cortos con breves períodos de pausa. En estos casos indique:
 - Cubrir el abdomen con la mano tibia
 - Llevar al bebé a un ambiente más tranquilo
 - Administrar cocimiento de anís estrellado

Si el llanto es persistente e intenso es preciso buscar:

- Otitis media
 - Osteoartritis
 - Absceso
 - Hernias atascadas
 - Meningoencefalitis
- Los temblores sin otros signos neurológicos no traducen anormalidad alguna y desaparecen al tomar suavemente la extremidad del recién nacido.
 - Las convulsiones y las posturas tónicas, la hipotonía, hipertonia si aparecen en recién nacidos normales constituyen signos de alarma.

Problemas hematológicos

- Si se produce hemorragia digestiva, por el muñón umbilical en los sitios de punción, sospeche la enfermedad hemorrágica del recién nacido por déficit de vitamina K.
- La ictericia obliga a la interconsulta cuando es evidente en el dorso de las manos y de los pies, si se incrementa ostensiblemente o si se acompaña de signos sugestivos de infección.

Problemas urogenitales

- La orina puede manchar el pañal de color rojo ladrillo, lo cual no constituye anormalidad, sino precipitación de cristales de ácido úrico.
- La secreción blanquecina y discreto sangramiento genital en las niñas traducen la crisis genital normal.
- De existir malformaciones genitales realice interconsulta de inmediato.

Problemas umbilicales

- La caída del muñón umbilical debe producirse entre los 6-8 días.
- Si existen signos de inflamación (onfalitis) aconseje a envolver el muñón con una torunda empapada en alcohol al 70% durante dos minutos, dos veces al día hasta que esté bien seco.
- Si se produce la salida de un líquido seroso o serohemático por la cicatriz umbilical es probable la persistencia del uraco o del conducto onfalomesentérico, aunque la causa más frecuente es la onfalitis.
- Ante la presencia de una tumoración en el interior de una cicatriz umbilical, evalúe al recién nacido con el pediatría para diferenciar si se trata de un granuloma, pólipo o mucosa digestiva o vesical aberrante.

Problemas de la piel y los tegumentos

- El impétigo es producido por estafilococo y debe ser tratado con pomadas antibióticas.
- Las celulitis obligan a la interconsulta al igual que las mastitis en la segunda o tercera semana de vida.

Problemas oculares

- La secreción ocular purulenta a partir de los dos o tres días de nacido por lo general son bacterianas, por lo que indique:
 - Masaje circular de un minuto de duración en la zona infralagrimal
 - Lavados con solución salina fisiológica cada 4-6 horas.
 - Colirio antibiótico después de los lavados durante cinco díasDe mantenerse la secreción, aunque escasa, o lagrimeo persistente interconsulte con el oftalmólogo.

21. Por la gravedad que implica la sepsis neonatal nunca olvide ni deje de buscar los signos sugestivos:

- Distermia
 - Hipertermia

- Hipotermia
- Piel de gallina
- Trastornos de la alimentación
 - Rechazo o indiferencia ante el alimento
 - Succión débil
 - Vómitos o diarreas
- Trastornos de la conducta
 - Irritabilidad
 - Somnolencia
 - Movimientos anormales
 - Apatía
 - Pobre respuesta a estímulos
 - Hipertonía o hipotonía
- Alteraciones de la coloración
 - Cianosis distal
 - Lívedo reticularis
 - Ictericia
 - Palidez
 - Coloración terrosa o grisácea

22. Continúe la actividad de puericultura en el niño en edad preescolar y escolar:

23. Para realizar la puericultura deben cumplirse con calidad las funciones que le competen a usted y a su enfermera:

- Exigir el carné de salud del niño o su historia clínica y mantenerlos actualizados.
- Realizar la historia clínica completa, que incluirá:
 - Anamnesis, con especial énfasis en las condiciones del medio familiar y antecedentes patológicos familiares y personales, alimentación e inmunizaciones.
 - Examen físico completo. Incluir peso, talla, circunferencia cefálica y trazar las curvas de peso y talla, valorando el estado nutricional.
 - Evaluar el desarrollo sicomotor y emocional.
 - Anotar los datos necesarios para hacer objetivo el estado real del niño.
- Dedicar la mayor parte del tiempo a orientar a la madre sobre:
 - Lactancia materna, alimentación e introducción de nuevos alimentos (ablactación o alimentación diversificada), preparación y conservación de los alimentos.
 - Inmunizaciones y cumplimiento del esquema nacional de inmunizaciones.
 - Particularidades del crecimiento y desarrollo normal.

- Importancia de las medidas higiénico-sanitarias en la prevención de las infecciones, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y parasitismo intestinal.
 - Prevención de los accidentes en el hogar.
 - Realizar todas estas acciones junto a su enfermera, así como:
 - Efectuar visita al hogar, independientemente de la actividad de terreno, a los niños inasistentes y a los de mayor riesgo.
 - Visitar el hogar de recién nacidos bajo peso o enfermos o ambos y evaluar integralmente las condiciones familiares, ambientales y sociales antes del egreso del recién nacido y de la madre de la maternidad, las que analizará con el neonatólogo. El egreso estará supeditado a ese análisis.
 - En las visitas de terreno orientar sobre :
 - a) Baño, vestuario, lactancia materna, higiene de los alimentos, hábitos de sueño, higiene ambiental, inmunizaciones.
 - b) Prevención de las enfermedades diarreicas agudas, uso de la solución de sales de rehidratación oral, infecciones respiratorias y prevención de accidentes
 - c) Registrar en la hoja de cargo la actividad realizada.
24. Tenga presente que la puericultura está encaminada a preservar la salud de aquellos sobre cuyos pies camina el destino de la humanidad y que los cuidados integrales a la salud del niño no significa la práctica de una atención médica exclusivamente reparativa.

GUÍA PRÁCTICA PARA PROMOVER, PROTEGER Y APOYAR LA LACTANCIA MATERNA



1. Identificar las expectativas de la embarazada acerca de la lactancia materna, esclarecer sus dudas y adaptar la enseñanza a lo que ella le solicite. No dejar de preguntarle:
 - Sus deseos de alimentar a pecho
 - El tiempo que pretende brindar la alimentación a pecho
 - Experiencias previas de alimentación al pecho
2. Examinar las mamas con la mayor intimidad posible y enseñar el autoexamen
3. Instruir sobre la preparación de las mamas y de los pezones para la lactancia:
 - Evitar uso excesivo de jabón o crema
 - No utilizar alcohol u otras soluciones desinfectantes
 - Evitar manipulaciones innecesarias de las mamas y pezones
4. Identificar el tipo de pezón (normal, plano, invertido). Si se trata de un pezón plano o invertido enseñar los ejercicios para su corrección:
 - Colocar un dedo a cada lado del pezón y estirar suavemente la piel de la areola en sentido horizontal y oblicuo y repetirlo varias veces
 - Sujetar la base del pezón y rotar los dedos, similar a dar cuerda a un reloj
 - Completar el ejercicio con el estiramiento del pezón y la tracción suavemente hacia fuera
 - Repetir el ejercicio durante un minuto 3 veces al día
5. Ser cauteloso en la indicación de los ejercicios, pues pueden ocasionar trabajo de parto prematuro, mastitis e incluso desprendimiento prematuro de la placenta. No vacile en suspender los ejercicios si se producen contracciones uterinas.
6. Conversar y estimular al esposo para que colabore en la práctica exitosa de la lactancia materna. Es conveniente realizar dinámicas familiares en este sentido.
7. Orientar y controlar la alimentación adecuada durante el embarazo: 2800 kcal/día, 40 - 45 g/día de proteína. Durante el período de lactancia añadir 640 kcal /día y 16 g más de proteínas.
8. Evaluar la buena alimentación a través de los cambios en el peso corporal (curva de ganancia de peso durante la gestación)
9. Mantener el aporte de sales de hierro, vitaminas y otros minerales.

10. Enseñar las distintas técnicas para dar el pecho, cuidando de que se encuentre cómoda, que el niño esté frente a ella y que la mayor parte de la areola quede dentro de la boca del bebé, en posición sentada, acostada en decúbito lateral o balón de football.
11. Insistir en las siguientes recomendaciones:
 - Dar el pecho cuando el niño esté con el pañal seco y limpio
 - Evitar ambientes calurosos y con mucho ruido
 - Lavarse las manos con agua y jabón antes dar el pecho
 - Mantener durante 10-15 minutos en cada pecho
 - Iniciar la lactancia con el pecho que terminó en la tetada precedente
 - Ayudar al bebé a eliminar el aire ingerido
 - Dar el pecho a libre demanda
 - Introducir con suavidad el dedo índice por la comisura labial para retirar el pecho
 - No administrar agua, té u otros líquidos y bajo ningún concepto usar biberón
12. Identificar y actuar consecuentemente sobre los factores de riesgo de abandono de la lactancia materna:
 - Madres adolescentes
 - Madres ansiosas o tensas
 - Madres sin apoyo familiar
 - Madres no convencidas de los beneficios de la alimentación a pecho
 - Madres con problemas de salud
 - Madres que conviven con una familia disfuncional
13. Estimular sistemáticamente a la madre, al esposo y la familia, enfatizar en:
 - Capacidad de la madre para lactar
 - Ventajas de la lactancia materna
 - Técnica para dar el pecho
 - Desventajas de la introducción precoz de otros alimentos
14. Crear y utilizar círculos de lactantes y el círculo de abuelos como una vía de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna
15. Promover, proteger y apoyar la lactancia materna es promover salud, amor, bienestar y felicidad.

GUÍA PRÁCTICA PARA LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO MENOR DE UN AÑO



1. Iniciar la lactancia materna desde el propio salón de partos
2. Mantener la lactancia materna exclusiva hasta el 4to. mes de vida según la demanda del niño (libre demanda)
3. En los casos debidamente confirmados, que obliguen a introducir leche en polvo, proceder a:
 - Identificar si se trata de leche entera o descremada.
 - En el caso e la primera orientar prepararla a razón de 16 cucharadas rasa por cada litro de agua hervida.
 - Si se trata de leche en polvo descremada indicar prepararla a razón de 13 cucharadas rasas por cada litro de agua hervida.
4. Considerar que las diluciones antes expuestas obedecen a:

Leche (100 g)	Energía (kcal)	Proteína (g)	Grasa (g)	H. de C. (g)	Calcio (mg)
Entera	494	26,4	25,5	39,7	900
Descremada	350	35,0	1,0	50,2	1740

5. Entre el 4to y 5to mes de vida introducir jugos de frutas (menos de cítricos) o frutas majadas (puré) y viandas.
 - Indicar la preparación de los jugos diluidos, al principio con una cantidad igual de agua hervida fresca y aumentar la concentración progresivamente hasta ofrecerlo puro.
No es necesario añadirle azúcar u otro edulcorante.
 - Ofrecer el jugo una vez al día, debe comenzarse por pequeñas cantidades (1 ó 2 onzas) aumentar de forma gradual, recién preparado y a temperatura ambiente.
 - Introducir las viandas y vegetales en forma de puré y ofrecer una sola vez al día.
6. Entre el 5to. y 6to. mes introducir cereales sin gluten, preferentemente arroz o maíz, y verduras
 - Comenzar por una pequeña cantidad, aumentarla progresivamente, así como la consistencia

7. Entre 6to. y 8vo. mes introducir las carnes, yema de huevo, cereal de trigo, pastas alimenticias, cítricos, otras frutas en trocitos, natillas, pudín, flan, arroz con leche
 - Ofrecer la yema de huevo cocida o pasada por agua (1 minuto en agua hirviente), no es recomendable ofrecerla cruda. Comenzar con un octavo de la yema y aumentar progresivamente hasta darla completa en el día, preferentemente en el almuerzo
 - Evitar durante el primer año de vida la administración de remolacha y espinaca por el alto contenido en nitratos.
8. Entre el 8vo. y 10mo. mes de vida adicionar a la alimentación aceite, mantequilla o margarina. Estimular a la madre para que el niño participe activamente en su alimentación.
9. Entre el 10mo. y 12mo. mes introducir el queso crema y las gelatinas. Considerar que a esta edad la fórmula dentaria permite administrar los alimentos finamente picados
10. A partir del año de edad ofrecer el huevo completo, comenzar por pequeñas cantidades de la clara para observar la tolerancia, así como se puede comenzar a ofrecer los alimentos fritos.
11. Utilizar el siguiente cuadro que resume lo antes expuesto como guía para la alimentación del niño menor de un año:

0- 4 meses	Lactancia materna exclusiva a libre demanda
4- 5meses	Jugos de frutas y vegetales: guayaba, piña, mango, mamey, melón, anón, tamarindo, fruta bomba, guanábana, tomate zanahoria, plátano Puré de frutas y vegetales, compotas, frutas majadas. Puré de viandas: papa, malanga, boniato, plátano, ñame, calabaza
5- 6meses	Cereales sin gluten: arroz y maíz Verduras: acelga, chote, habichuela. Leguminosas: lentejas, chicharos, frijoles colorados, negros
6- 8meses	Carnes: res, aves, carnero, cerdo magra, conejo, pescados, yema de huevo Pastas alimenticias Natilla, pudín, flan, arroz con leche, helados Frutas maduras en trocitos Frutas cítricas: naranja, mandarina, toronja, lima, limón
8-10 meses	Grasas: aceite, mantequilla, margarina
10-12 meses	Queso crema, gelatinas
A partir del año	Huevo completo, jamón, queso amarillo. Remolacha, espinaca, aguacate, col, nabo, pepino, rábano, quimbombó. Chocolate, alimentos fritos.

12. Ofrecer a la madre algunos consejos útiles sobre los nuevos alimentos y su preparación:

- Ofrecer alimentos semisólidos a partir del 5to. mes
- Cocinar los vegetales al vapor en poca cantidad de agua
- No agregar sal a los alimentos
- A cualquier edad, la introducción de un nuevo alimento se debe hacer en pequeñas cantidades y con intervalo no menor de tres días entre uno y otro
- Cumplir los horarios de alimentación y evitar períodos excesivos de ayuno
- Ofrecer la zanahoria preferiblemente cocinada en poca agua o rallada
- Lavar los vegetales cuidadosamente, pero en breve tiempo
- Utilizar el agua de cocción de los vegetales en sopas o caldos
- Elaborar los jugos de frutas inmediatamente antes de consumirlos. Si se van a conservar, hacerlo solo por un tiempo corto en recipientes de vidrio con tapa.

GUÍA PRÁCTICA PARA LAS INMUNIZACIONES



1. Cuidar la calidad de las vacunas y cumplir con las medidas establecidas para su traslado, conservación y aplicación
2. Trasladar las vacunas en termos adecuados con suficiente hielo. Mantener el refrigerador a temperatura de 4 a 8 °C y el congelador a menos 10 °C
3. Mantener las vacunas vivas como la PRS y otras en el congelador y el diluyente de la primera en la parrilla superior
4. Mantener las vacunas muertas como la DPT, DT, TT, Hib, HB, y AM-BC en las parrillas inferiores del refrigerador
5. No utilizar en la vacunación la región glútea para la vía intramuscular
6. Considerar siempre que:
 - Dos vacunas de gérmenes muertos o una de ellas y gérmenes vivos se podrán administrar el mismo día con jeringas, agujas y sitios diferentes.
 - Dos vacunas de gérmenes vivos se podrán administrar el mismo día o esperar un mes entre ellas.
 - La vacuna antipolio se podrá administrar con cualquier otro tipo de vacuna.
 - Las vacunas de gérmenes vivos no se podrá administrar el mismo día con la gammaglobulina, se esperará 3 meses entre ellas.
 - Las vacunas de gérmenes muertos y la gammaglobulina se podrán administrar el mismo día.
 - Esperar 14 días para administrar la gammaglobulina si primeramente se administró la vacuna.
7. Cumplir y hacer cumplir la técnica para la preparación de la vacuna que se administrará:
 - Sacar el vial del refrigerador 5-10 min. antes de la administración
 - Comprobar si la vacuna se corresponde con la descripción, dosis indicada, vía de administración, buen estado y fecha de vencimiento
 - Retirar la cubierta metálica y limpiar el tapón con algodón antiséptico
 - Introducir el disolvente mediante jeringuilla y aguja en el vial con el principio activo si la presentación es liofilizada
 - Agitar suavemente la vacuna para lograr una mezcla homogénea de sus componentes
 - Extraer la dosis correspondiente

- No guardar el vial con la aguja puesta en el refrigerador para extraer la próxima dosis
- Guardar en el refrigerador el vial utilizado si es multidosis, proteger el tapón y rotular con la fecha, hora y nombre de la persona que lo utilizó a partir de la primera punción
- Tratar de que este tipo de envase se utilice completamente en la misma sesión de vacunación
- Tener presente el tiempo de duración después de abierto el vial de la vacuna:

Manipulación de frascos abiertos	
Tipo de vacuna	Tiempo
BCG	4 horas
DPT, DT, TT	8 horas
HB	8 horas
Hib	8 horas
OPV	8 horas
AT	8 horas

8. Cumplir y hacer cumplir la técnica de la inyección:

- Seleccionar el lugar donde va a realizar la inyección, siempre sobre piel sana e intacta
- No inyectar donde existan signos flogísticos locales, dolor, anestesia o vasos sanguíneos visibles
- Localizar el sitio de la inyección
- Limpiar la zona con agua estéril y luego secar
- No usar alcohol, pues puede inactivar las vacunas de virus vivos atenuados.
- Retirar rápidamente la aguja después de administrar la inyección y comprimir con algodón el sitio de administración
- Observar durante 30 minutos al niño para detectar reacciones adversas, locales o sistémicas

9. Tener en cuenta al utilizar las vacunas del esquema nacional:

- BCG:
 - No usar en anoxia y sepsis grave
 - Reacciones por mala técnica:
 - a) Absceso frío
 - b) Úlcera
 - c) Adenopatía axilar izquierda
 - d) Fístula
 - e) Infección bacteriana secundaria
 - Reacción vacunal:
 - a) Becegeitis
 - b) *Lupus vulgaris*
 - c) Higroma quístico
 - d) Queloides

- DPT:
 - Reacciones:
 - a) Fiebre
 - b) Reacción local
 - c) Encefalitis 1 x 300,000 dosis

- DT:
 - Precauciones: Hipersensibilidad
 - Reacciones: Las mismas que la DPT

- AT:
 - Contraindicaciones:
 - a) Fiebre
 - b) Tuberculosis
 - c) Enfermedad hepatorenal
 - d) Diabetes mellitus
 - e) Úlcera
 - f) Asma bronquial
 - g) Sepsis
 - h) Caquexia
 - i) Embarazo
 - Reacciones adversas:
 - a) Cefalea
 - b) Náuseas
 - c) Vómitos
 - d) Diarreas
 - e) Fiebre
 - f) Artralgia

- AMC:
 - Reacciones:
 - a) Dolor
 - b) Reacción local
 - c) Fiebre

- PRS:
 - Principales reacciones adversas:
 - a) Fiebre
 - b) Rash: 7-11 días
 - c) Encefalitis: 1 x 1 millón de dosis
 - d) Trombocitopenia: 1 x 400,000 dosis
 - e) Parotiditis
 - f) Hipoacusia

- HB:
 - Reacciones: a) Fiebre: 0,4-1% (rara)

- Antipolio
 - Reacciones:
 - a) Parálisis pos vacuna: 1 x 3 millones de dosis

10. Realizar el cálculo de necesidades de vacuna con vista a mantener el más alto nivel inmunitario de su población en general, en especial la infantil:

- BCG (20 dosis): NV x ocurrencia x 4
- DPT (10 dosis): NV x 4 x 0,3
- AMC (2 dosis) : NV x 2 x 0,2
- Hib (1 dosis) : NV x 4 x 0,1
- HB (1 y 2 dosis): NV x 3 x 0,2
- PRS (10 dosis): NV x 1 x 0,3
- DT (10 dosis) : Matrícula 1er grado x 1 x 0,3
- TT : Matrícula 9no grado x 1 x 0,3

Esquema nacional de vacunación

Tipo de vacuna	Fecha de inicio de la dosis				Cantidad de dosis	Vol. de dosis	Vía de admin.	Región anatómica de aplicación	Lugar de aplicación
	Alta materna	-	-	-					
BCG	Alta materna	-	-	-	1	0,05	ID	Deltoides izquierdo	Maternidad
HB	Alta materna	-	-	-	1	0,5	IM	1/3 m calm	Maternidad
DPT + HB +Hib Pentavalente	2 meses	4 meses	6 meses	-	3	0,5	IM	1/3 m calm	Policlínico y consultorio
DPT	-	-	-	18 meses	1	0,5	IM	Deltoides	Policlínico y consultorio
Hib	-	-	-	18 meses	1	0,5	IM	Deltoides	Policlínico y consultorio
AM-BC	3 meses	5 m	-	-	2	0,5	IM	1/3 m calm	Policlínico y consultorio
PRS	12 meses	-	-	6 años	2	0,5	SC	Deltoides	Policlínico, consultorio y escuela
DT	-	-	-	6 años	1	0,5	IM	Deltoides	Escuela

AT (VI)	9-10 años	-	-	13 y 16 años	3	0,5	IM	Deltoides	Escuela
TT	-	-	-	14 años	1	0,5	IM	Deltoides	Escuela
TT	-	-	-	15 -59 años (cada 10 años)	1	0,5	IM	Deltoides	Policlínico y consultorio
TT	-	-	-	60 y más años (cada 5 años)	1	0,5	IM	Deltoides	Policlínico y consultorio

Nota 1. La vacunación con OPV en menores de 3 y 9 años será por campaña anual.

Nota 2. El hijo de madre positiva al AgS de hepatitis B tiene otro esquema de vacunación: Recibirá 4 dosis de HB: al nacer, al 1er mes, al 2do mes y al año. El resto de las vacunas que constituyen la pentavalente (DPT y Hib) las recibirá independientes, de acuerdo con el esquema: 2, 4 y 6 meses.

GUÍA PRÁCTICA PARA MONITOREAR EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO



1. Tener presente que todos los niños no se comportan de igual manera durante la misma edad.
2. Instruir a la madre, al padre y a toda la familia sobre ello y de esta manera evitar la angustia que causa el hacer comparaciones con otros niños.
3. Considerar el peso, la estatura y la circunferencia cefálica como elementos fundamentales en el monitoreo del proceso de crecimiento. Recordar que una sola medición no tiene suficiente valor, por lo que deben ser tomadas en cada consulta para evaluar progresos, estancamientos o disminuciones.
4. Utilizar los gráficos y valores del estudio de crecimiento y desarrollo de la población cubana para valorar el crecimiento de cada niño.
5. Utilizar el cuadro que a continuación se expone como una guía para el monitoreo del crecimiento y desarrollo:

Edad	Crecimiento	Desarrollo psicomotor
0 - 1 mes	El RN pierde peso en la primera semana, y lo recupera aproximadamente al 10mo día. Al mes el peso es de 4,3 a 4,4 kg y la estatura es de 53,9 a 55 cm. La circunferencia cefálica es de 36,6 a 36,7 cm	Duerme mucho (15,7 horas medias de sueño), necesita mamar durante el día y la noche, habitualmente orina y defeca después que mama. Piernas y brazos en flexión. Realiza movimientos sin coordinación. Reacciona a los ruidos. Se comunica por medio del llanto. Siente comodidad y seguridad cuando se carga en los brazos. Puede girar la cabeza de un lado a otro. Sostiene la cabeza.
2 - 3 meses	Aumenta de peso (1 a 1,5 kg más de lo que pesó al nacer) y la estatura alcanza de 60,1 a 61,7 cm a los 3 meses. La circunferencia cefálica al 3er mes es de 40,0 a 41,0 cm.	Levanta un poco la cabeza y la sostiene a ratos, comienza a sonreír, sigue objetos con la mirada, gusta de hacer burbujas, llora cuando tiene hambre o está molesto, escucha cuando se le habla, emite sonidos guturales, duerme mucho, puede dormir toda la noche sin tomar el pecho.
4 - 5 meses	Aumenta de peso (2 a 2,5 kg más de lo que pesó al nacer) y la estatura alcanza 64,7 a 66,3 cm. La circunferencia cefálica al 5to mes es de 42,0 a 43,0 cm.	Reconoce a la madre o persona que lo atiende, gusta que le carguen y hablen, responde con sonrisas y sonidos guturales, sigue los objetos con la vista, sostiene firmemente la cabeza, juega con el sonajero, se distrae mirando alrededor, duerme menos (13,2 horas), gusta escuchar música y juguetes con sonidos.

6 – 8 meses	Duplica el peso al nacimiento. La estatura es de 68,3 a 70,0 cm y la circunferencia cefálica 43,5 a 44,3 cm. Comienza la dentición con los incisivos centrales inferiores, seguido de los superiores y los incisivos laterales inferiores	Puede sentarse con la ayuda de una almohada o sin sostén. Se voltea y trata de gatear en la cama. Realiza la pinza digital con los dedos índice y pulgar. Agarra los juguetes. Juega con las manos y los pies. Empieza a llevarse objetos a la boca. Teme a los extraños. Puede pronunciar sílabas. Puede sentarse para tomar los alimentos. Comprende alguna prohibición. Hay una comunicación más estrecha con los padres.
9 – 10 meses	Aumento de 1,0 a 1,5 kg de peso desde los 6 meses. La estatura alcanza 71,5 a 73,1 y la circunferencia cefálica de 44,4 a 45,4 cm. Aparecen los caninos inferiores.	Gatea y se pone de pie, se sostiene con apoyo. Puede dar los primeros pasos. Gusta de estar en el suelo. Usa bien las manos, agarra lo que está alrededor y se lo introduce en la boca. Mueve las manos para decir adiós. Disfruta cuando muerde. Gusta de juguetes que hacen ruidos. Dice palabras como mamá y papá. Duerme cortos períodos en el día. Disfruta del agua cuando lo bañan.
11 – 12 meses	Triplicado el peso del nacimiento. La estatura alcanza 72,9 á 74,5 cm y la circunferencia cefálica 44,8 á 45,8 cm. Aparecen los caninos superiores y la primera y segunda bicúspide inferiores y superiores.	Se mantiene de pié y puede caminar con ayuda. Se torna muy activo. Puede decir de 4 a 5 palabras y empieza a señalar lo que quiere. Puede colocar un cubo sobre otro o un objeto pequeño dentro de uno grande. Repite e imita lo que ve y escucha. Disfruta la música y la relaciona con movimientos. Empieza a ser más sociable. Duerme menos y necesita de una siesta después de almuerzo.

- Estatura: dimensión tomada en decúbito supino.

- Los valores de estatura corresponden al 50 percentil de hembras y varones de la investigación de crecimiento y desarrollo de la población cubana.

6. Realizar evaluación nutricional antropométrica y tener muy presente los riesgos relacionados con la malnutrición por defecto y actuar en consecuencia, apoyándose en el siguiente cuadro:

Riesgos	Conducta
Peso al nacer inferior a 2 500 g	Promover, proteger y apoyar la lactancia materna exclusiva en lo posible hasta el 6to mes de vida. Orientar una adecuada alimentación complementaria.
Alimentación artificial con fórmulas muy diluidas y preparación bajo condiciones de poca higiene	Reestablecer la lactancia materna en lo posible Indicar una adecuada preparación de la fórmula artificial Educar a la madre y a la familia sobre higiene personal y ambiental
Introducción de alimentos complementarios de bajo contenido energético y proteico	Educación alimentaria, mantener la lactancia materna y orientar una correcta alimentación complementaria

Suspensión temprana de la lactancia materna	Educación alimentaria, recomendar alimentos de alto valor nutritivo en la alimentación complementaria
Diarreas	Educación sobre la prevención de las diarreas, mantener la lactancia materna y la alimentación complementaria si corresponde, utilizar solución de sales de rehidratación oral
Restricciones alimentarias por prácticas tradicionales y tabúes.	Fomentar cambios de conducta por medio de la educación para la salud

7. Evaluar las relaciones internas de la familia como paso previo indispensable para la estimulación temprana del niño:

- Cohesión familiar
- Armonía
- Comunicación
- Adaptabilidad
- Afectividad
- Rol
- Permeabilidad

8. Enseñar a los padres mes por mes las características del desarrollo, ejercicios y actividades que estimulen el desarrollo motriz, cognoscitivo y del lenguaje.

- Motriz:
 - Acostar al bebé desnudo, voltearlo hacia los lados, girarlo en círculo
 - Ponerlo de espalda, boca arriba, de frente y semisentado
 - Acostar al bebé, flexionar y estirar suavemente los brazos de un lado al otro
 - Hacer contacto con los pies y estimular el pataleo
 - Mover las piernas haciendo bicicleta
 - Acostar al bebé sobre el lado derecho, la madre debe deslizar las manos por debajo del cuerpo y sostenerlo por el cuello y las piernas y levantarlo varios centímetros; repetir el ejercicio del lado izquierdo
 - Acostar al bebé, tomar sus manos hacia el centro del cuerpo contra el pecho y girarlo de lado a lado suavemente. Levantarlo hacia la posición semisentada y bajarlo lentamente
- Cognoscitiva:
 - Pasar el dedo por la planta del pie hasta los dedos. (reflejo plantar)
 - Abrir las manos del bebé y colocar el dedo sobre la palma hasta que el bebé lo agarre y repetir varias veces. (reflejo de prehensión)
 - Colocar la mano limpia en la comisura de los labios del bebé para que intente tomarlo con la boca. (reflejo de succión)
 - Colocar al bebé de espaldas y golpear el colchón simultáneamente a los lados de su cuerpo (reflejo de moro).

- Lenguaje:
 - Hablarle de forma normal al bebé durante el baño, alimentación y cambio de la ropa.
 - Imitar los sonidos que emite el bebé.
 - Permitir que llore, una vez eliminada causas anormales del llanto.
 - Reforzar cualquier manifestación de alegría.
 - Hacer gestos con la boca, la nariz y los ojos al bebé.

9. Estimular a la familia para que cumpla sus funciones con el niño:

- Satisfacer sus necesidades físicas
- Ofrecer patrones de conducta
- Favorecer la socialización
- Estimular el aprendizaje y la creatividad

GUÍA PRÁCTICA PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CON FIEBRE



1. Ante un niño con fiebre considerar que:

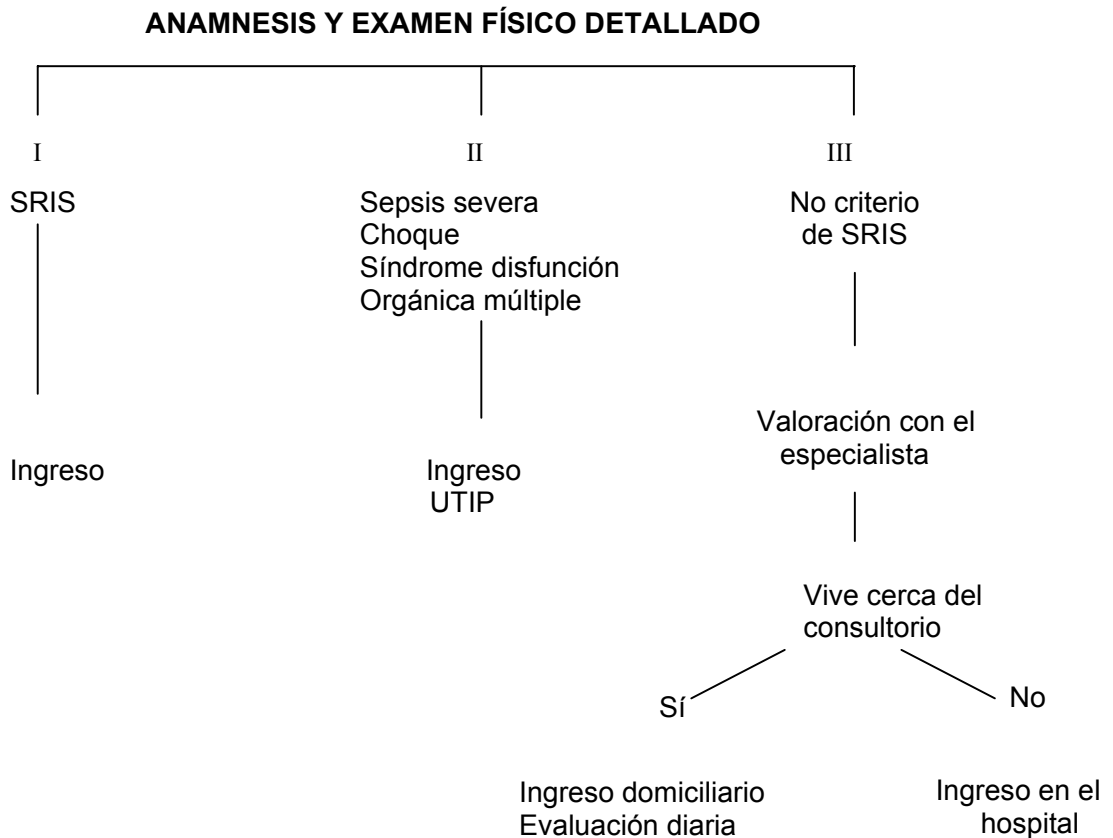
- El interrogatorio exhaustivo, el examen físico completo, la paciencia y la observación constituyen los instrumentos más eficaces para el médico en estas situaciones.
- Un buen interrogatorio habitualmente orienta al diagnóstico, para ello:
 - Ha de ser minucioso, sin dejar de considerar todo lo que exponga la madre
 - Con inteligencia y delicadeza guiar el interrogatorio
 - Considerar de modo inexcusable:
 - a) Existencia de genio epidémico
 - b) Forma de comienzo de la fiebre
 - c) Reconstruir la curva térmica desde el inicio del cuadro
 - d) Modificaciones de la fiebre con el uso de medicamentos
 - e) Sintomatología funcional acompañante de la fiebre
- Tome adecuadamente la temperatura:
 - El niño debe estar en reposo sin haber tenido actividad física 30 minutos antes de la toma de la temperatura.
 - Tome la temperatura una hora después de la última comida.
 - Si la toma de la temperatura es rectal el termómetro debe introducirse 5 cm. en el recto.
 - Si la toma de la temperatura es axilar coloque el termómetro en la axila por espacio de 3 minutos.
 - Solo tome la temperatura oral en niños mayores de 6 años.
- El examen físico debe cumplir requisitos indispensables que permitan la exploración completa:
 - Gánese la confianza del niño antes de realizar las exploraciones.
 - Permita la participación activa de la madre, que las más de las veces neutraliza la irritabilidad del niño.
 - Reserve para el final del examen físico aquellas maniobras que generan molestias al niño, como el examen de la orofaringe.
 - Realice el examen físico en sentido cefalocaudal.
 - Examine minuciosamente el oído y las fosas nasales mediante otoscopia y rinoscopia anterior, respectivamente.
 - En los lactantes y recién nacidos explore la fontanela anterior con el niño tranquilo y sin llorar, en posición vertical, preferentemente en los brazos de la madre

- Explore al niño durante el acmé febril y cuando no tenga fiebre.
 - No deje de tomar la frecuencia cardíaca y respiratoria.
2. Al realizar el examen físico en sentido cefalocaudal, después de la exploración de la fontanela anterior proceda a:
- Revisar la conjuntiva en busca de palidez, así como la esclerótica en busca de coloración anormal (íctero)
 - Explorar las fosas nasales y realizar rinoscopia anterior de ser necesario
 - Observar si existe secreción ótica o si despierta dolor la presión del tragus o la tracción del pabellón auricular, realizar otoscopia
 - Examinar detenidamente la región cervical y retroauricular en busca de adenopatías
 - Reservar el examen de la cavidad oral y de la orofaringe para el final
 - Buscar la existencia de rigidez de nuca y otros signos meníngeos
 - Realizar un examen completo del aparato cardiovascular y respiratorio
 - Examinar detenidamente el abdomen y buscar hepatomegalia, esplenomegalia o ambas
 - Revisar exhaustivamente la piel en busca de exantemas, manifestaciones flogísticas, forúnculos, abscesos.
3. Ante un niño con fiebre sin causa aparente proceder a:
- Examinar coloración de la piel en busca de: cianosis, palidez, íctero, lívido reticularis, coloración terrosa
 - Precisar el apetito: indiferencia, rechazo
 - Identificar nivel de conciencia: escaso reconocimiento de los familiares, mala conexión con su entorno, indiferencia a las maniobras de exploración
 - Explorar nivel de actividad: movimientos espontáneos involuntarios, hipotonía
 - Precisar nivel de afectividad: irritabilidad ocasional o mantenida
 - Evaluar el estado ventilatorio: aleteo nasal, polipnea, tiraje, retracción esternal, quejido espiratorio
 - Examinar la situación hemodinámica: taquicardia, ruidos cardíacos apagados, ritmo de galope, pulsos periféricos (pedio y poplíteo) débiles, llene capilar enlentecido, hipotensión arterial
 - Explorar aparato digestivo: distensión abdominal, hepatomegalia, esplenomegalia, ruidos hidroaéreos disminuidos
 - Evaluar el funcionamiento renal: diuresis disminuida en volumen y frecuencia.
4. No olvidar identificar la existencia del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica:
- Distermia: temperatura rectal mayor de 38°C o menor de 36°C
 - Taquicardia para su edad
 - Taquipnea para su edad
 - Conteo de leucocitos:
 - a) Mayor de 12,000

- b) Menor de 4,000
- c) 10% de formas inmaduras

Dos o más de estos signos respaldan el diagnóstico del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS).

5. Considerar el siguiente esquema al evaluar a todo niño sin localización de infección:



6. Utilizar solamente los exámenes complementarios después de haber agotado todos los recursos del interrogatorio y la exploración física. Recordar que los mejores exámenes complementarios en el niño con fiebre son:

- Paciencia
- Inteligencia
- Observación

7. Observar la siguiente conducta:

- Transmitirle seguridad y confianza a la madre y a la familia
- Mantener la alimentación normal en ausencia de signos digestivos importantes, abundantes líquidos ambos en pequeñas cantidades y frecuentemente. Mantener la lactancia materna.

- Indicar medicamentos antipiréticos, preferentemente para administrar por vía oral cuando la temperatura sea mayor de 38,5°C
- Utilice:
 - a) Duralgina: Lactantes: 125 mg x dosis
 - b) Preescolar: 250 mg x dosis
 - c) Paracetamol: 10 – 15 mg x kg cada 6 horas

Evite tanto el uso de aspirina, especialmente en lactantes pequeños, como la medicación antipirética por vía parenteral. No utilice antibióticos si no existe un diagnóstico que lo justifique.

GUÍA PRÁCTICA PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CON DIARREAS



1. Identificar y actuar sobre los principales factores predisponentes de las enfermedades diarreicas agudas:
 - Fallas en la lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida
 - Uso de tetera y biberón por su fácil contaminación
 - Mala preparación y conservación de los alimentos
 - Uso de agua con mala calidad y sin hervir
 - Deficiente lavado de las manos, especialmente después de defecar
 - Deficiente higiene personal y ambiental
 - Presencia de vectores
 - Malnutrición por defecto
2. Realizar sistemáticamente prevención primaria de las enfermedades diarreicas, especialmente:
 - **Promoción de salud**
 - Educación higiénica y ambiental
 - Saneamiento ambiental
 - Uso de agua potable hervida
 - Control de las excretas
 - Disposición final de residuales sólidos
 - Educación nutricional y especialmente promoción, protección y apoyo de la lactancia materna
 - **Protección específica**
 - Lactancia materna exclusiva hasta el 4to mes de vida y complementada hasta el 6to mes.
 - No usar biberones ni teteras
 - Adecuada ablactación
 - Higiene de los alimentos
 - Eliminar o al menos disminuir los factores predisponentes de la enfermedad diarreica
3. Proceder a la prevención secundaria, es decir, al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.
 - Evaluar al niño con diarreas mediante el siguiente cuadro:

EVALUACIÓN	A	B	C
Pregunte sobre:			
Diarreas	Menos de 4 deposiciones al día	De 4 a 10 deposiciones al día	Más de 10 deposiciones al día
Vómitos	Ninguno o poca cantidad	Pocos	Muy frecuente
Sed	Normal	Más de lo normal	No puede beber
Observar			
Estado general	Bueno, alerta	Indispuesto, somnoliento, irritable	Muy somnoliento, hipotónico
Lágrimas	Presentes	Disminuidas	Llanto sin lágrimas
Ojos	Normales	Hundidos	Muy secos y hundidos
Boca y lengua	Húmedas	Secas	Muy secas
Respiración	Normal	Más rápida de lo normal	Muy rápida y superficial
Explore			
Piel	Pliegue se recupera rápidamente	Pliegue se recupera lentamente	Pliegue se recupera con mucha lentitud más de 2 segundos
Fontanela	Normal	Hundida	Muy hundida
Pulso	Normal	Más rápido de lo normal	Muy rápido, débil
Temperatura	Normal	Febrícula o fiebre	Fiebre
Peso	No pérdida de peso	Pérdida menor de 100 g por cada kg de peso	Pérdida mayor de 100g por cada kg. de peso
Decida	No hay signos de deshidratación	Si dos o más de estos signos: deshidratación ligera moderada	Si dos o más de estos signos: deshidratación grave

- Clasificar la diarrea teniendo en cuenta los elementos clínicos:
 - Si son líquidas, abundantes y frecuentes que favorecen la deshidratación, pensar en diarrea secretoria, casi siempre bacteriana.
 - Si hay antecedentes de desalimentación, ingestión excesiva o concentración exagerada de la leche, eritema perianal, pensar en diarrea osmótica y considerar la asociación con infecciones virales o parasitarias.
 - Si hay presencia de sangre en las heces, cuadro toxoinfeccioso más o menos agudo pensar en diarrea invasiva, casi siempre ocasionada por Shigella.
 - Si son líquidas o semilíquidas, que se pueden acompañar de fiebre no elevada, vómitos, anorexia e irritabilidad piense en diarrea disintérica.
 - Si están presentes desde hace 14 días o más pensar en diarrea persistente.

Recuerde: En relación con la causa de la diarrea aguda es fundamental tener en cuenta el genio epidémico y la frecuencia de la viral (rotavirus).
- Realizar el examen físico completo y buscar manifestaciones clínicas de:
 - Malnutrición proteicoenergética por defecto
 - Infección respiratoria alta aguda (otitis, rinofaringitis, bronconeumonía)
 - Infección urinaria
 - Íleo parálitico e invaginación intestinal
 - Infección del sistema nervioso central
 - Sepsis generalizada
- Considerar como exámenes complementarios más confiables en el tratamiento de la diarrea aguda:
 - Genio epidémico
 - Interrogatorio
 - Examen físico
 - Pensamiento médico

4. Proceder en relación con el tratamiento a:

- Ingreso domiciliario y seguimiento frecuente si corresponde a la columna A del cuadro para la evaluación del niño con diarreas y si las condiciones familiares, sociales y ambientales del hogar lo permiten, además de indicar:

Régimen alimentario

- Continuar la lactancia materna
- Mantener la dieta habitual en los niños con alimentación complementada o diversificada
- A los niños con anorexia no obligar a comer, pero sí estimular para que ingieran líquidos
- Limitar la ingestión de alimentos con elevado contenido de hidratos de carbono

- En caso de niños que tienen lactancia artificial no diluir la fórmula láctea
- No utilizar fórmula basal de carne o pollo en la diarrea aguda

Rehidratación oral

- Administrar solución de sales de rehidratación oral a libre demanda o después de cada deposición.
- De no disponer de las sales de rehidratación oral (sobres) preparar la siguiente solución:
 - a) 1 litro de agua hervida
 - b) 6 cucharaditas de azúcar
 - c) ½ cucharadita de sal común
 - d) ½ cucharadita de bicarbonato

Orientaciones indispensables a la madre

- Sobre la alimentación del niño
- Ventajas de la rehidratación oral
- Manifestaciones de la deshidratación
- Medidas higiénicas individuales, familiares y ambientales

5. Desarrollar la prevención terciaria comenzando por:

- Limitación del daño: para ello tener presente lo que nunca debe hacer:
 - Suspender la lactancia materna
 - Someter al niño al ayuno
 - Diluir la leche si tiene lactancia artificial
 - Prescribir antidiarreicos, antimotílicos o antibióticos
 - Olvidar que lo más importante es evitar la deshidratación mediante el uso de la solución de sales de rehidratación oral
 - Dejar de impartir educación sanitaria a la madre y a la familia.
 - No buscar en el medio familiar otras personas, especialmente niños, con diarreas y dejar de actuar consecuentemente.
- Rehabilitación
 - Verificar en el seno de la familia el cumplimiento de las medidas higiénicas orientadas
 - Realizar evaluación nutricional del niño
 - Orientar y garantizar una ración de alimento diaria más al niño

6. En caso de recibir en el consultorio o detectar en la actividad de terreno un niño con signos de deshidratación y no sea posible la rehidratación oral, la hidratación por vía parenteral y no tenga distensión abdominal proceder a:

- Realizar gavage nasogástrico
 - Aspirar contenido gástrico
 - Instalar gastroclisis de solución de sales de rehidratación oral o de la fórmula antes señalada a razón de 20 ml x kg. de peso a administrar en 1 hora (1 onza = 30ml, 1ml = 30 gotas)
 - No remitir al niño sin acompañamiento médico o de enfermería, sin antes mejorar su estado de hidratación.
7. No olvidar nunca que la principal causa de diarrea en el niño son factores adversos familiares, sociales o ambientales, por lo tanto su conducta debe basarse en un enfoque clínico-epidemiológico-social.

GUÍA PRÁCTICA PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

1. Proceder a identificar y actuar consecuentemente con los factores de riesgo de las infecciones respiratorias agudas:

- Del niño (huésped)
 - Antecedentes de bajo peso al nacer.
 - Malnutrición por defecto.
 - No práctica de la lactancia materna o destete precoz.
 - Padecimiento de enfermedades crónicas: cardiopatías, asma, drepanocitemia, etc.
- Del agente infeccioso:
 - Exposición a microorganismos patógenos.
 - Contacto con personas portadoras.
- Del medio ambiente:
 - Hacinamiento en el hogar o inadecuada ventilación
 - Contaminación ambiental:
 - a) Humo de cigarrillos
 - b) Polvo
 - c) Talcos y perfumes
 - d) Materiales de construcción

2. Realizar sistemáticamente prevención primaria de las infecciones respiratorias agudas mediante la actuación sobre los factores de riesgo, especialmente:

- Promoción de salud:
 - Educación higiénica individual, familiar, ambiental e identificación de las infecciones respiratorias
 - Saneamiento ambiental
 - Educación nutricional y especialmente promoción, protección y apoyo de la lactancia materna
- Protección específica:
 - Evitar el bajo peso al nacer
 - Mantener la lactancia materna exclusiva al menos hasta el cuarto mes de vida
 - Adecuada ablactación o alimentación diversificada
 - Dispensarizar y controlar sistemáticamente a los niños con enfermedades crónicas
 - Cumplir estrictamente el esquema nacional de inmunizaciones
 - Disminuir contaminación ambiental
 - Aislar a las personas con infecciones respiratorias agudas

3. Proceder a la prevención secundaria, es decir diagnóstico precoz y tratamiento oportuno:

- Realizar un buen interrogatorio a la madre y un exhaustivo examen físico al niño y determinar si el paciente presenta una infección respiratoria aguda (IRA) si están presentes uno o más de los siguientes síntomas y signos:
 - Obstrucción nasal
 - Secreción nasal serosa o purulenta
 - Respiración ruidosa o difícil
 - Dolor de garganta
 - Dolor de oídos, secreción ótica o ambas
 - Tos
 - Fiebre

- Diagnosticar IRA alta de no estar presente polipnea ni tiraje, si por el contrario existen esas manifestaciones se impone diagnosticar una IRA baja

Si su diagnóstico ha sido de una IRA alta tener en cuenta:

- Si la orofaringe está enrojecida con adenopatías cervicales pequeñas o medianas, indoloras, secreción nasal acuosa o mucopurulenta, fiebre o no, diagnosticar rinofaringitis aguda.
- Si la orofaringe está enrojecida con ulceraciones superficiales, nódulos o vesículas localizadas en los pilares y paladar blando, adenopatías cervicales, fiebre, odinofagia, diagnosticar faringoamigdalitis con exulceraciones posiblemente de patogenia viral.
- Si la orofaringe está enrojecida con secreciones purulentas, adenopatías cervicales, fiebre moderada o alta, dolor faríngeo, diagnosticar faringoamigdalitis con exudados y entonces considerar:
 - a) Si hay punteado hemorrágico en paladar blando y úvula, adenopatías cervicales medianas o grandes y dolorosas, considerar una posible causa estreptocócica.
 - b) Si las adenopatías cervicales no son dolorosas, hay ronquera, tos e inyección conjuntival, considerar un posible origen viral.
 - c) Si existe un cuadro clínico similar al de origen viral, puede no estar presente la ronquera y el niño es mayor de 3 años de edad, considerar como posible causa la *Mycoplasma pneumoniae*

Si su diagnóstico ha sido de una IRA baja tener en cuenta:

- Antecedentes o no de manifestaciones catarrales, aparición súbita preferentemente en horas de la noche, disnea y estridor inspiratorio, disfonía, tiraje supraesternal, supraclavicular y tos perruna, diagnosticar laringitis espasmódica.

- Si hay antecedentes de cuadro catarral y aparece tos perruna, ronquera, estridor, estertores roncós y subcrepitantes finos, diagnosticar laringotraqueitis. Si a la tos perruna, ronquera y estridor se suman hipersonoridad pulmonar, espiración prolongada, sibilancias y estertores húmedos, diagnosticar laringotraqueobronquitis. Tener siempre presente que la existencia de tos perruna, disfonía y estridor inspiratorio traducen afectación laríngea.
- Si al inicio de las manifestaciones hay tos seca y luego húmeda, escasa o ninguna polipnea y tiraje, estertores subcrepitantes, diagnosticar traqueobronquitis aguda.
- Si existe genio epidémico, no hay antecedentes alérgicos o de asma, se trata de un lactante pequeño y se encuentra al examen físico polipnea o tiraje o ambos, hipersonoridad pulmonar, espiración prolongada, sibilantes y subcrepitantes finos, febrícula e irritabilidad, diagnosticar bronquiolitis.
- Si el cuadro clínico está caracterizado por fiebre, polipnea, tiraje o ambos, zonas de submatidez o matidez, estertores crepitantes, disminución del murmullo vesicular pensar en bronconeumonía, preferentemente en lactantes y niños pequeños.

No olvidar realizar un examen físico completo y particularmente cardiovascular, pues en el lactante y en el niño pequeño la insuficiencia cardíaca puede confundirse con una bronquiolitis o una bronconeumonía.

- En relación con el tratamiento emplear la terapia de apoyo en las IRA:
 - Evitar calentamientos o enfriamientos, pues ellos aumentan dos o tres veces las necesidades de oxígeno.
 - Evitar la alimentación si hay sensorio deprimido, acentuada polipnea, vómitos persistentes o distensión abdominal. En caso contrario mantener la lactancia materna y ofrecer los alimentos en pequeñas cantidades y con frecuencia.
 - Hidratación preferentemente por vía oral, de no existir las contraindicaciones anteriores no dudar en utilizar la solución de sales de rehidratación oral.
 - Respetar la fiebre hasta ciertos límites (38,5 °C) y utilizar preferentemente la duralgina; en Lactantes 125 mg/dosis, en preescolar 250 mg/dosis. Evitar el uso de la aspirina, especialmente en lactantes.
 - Si existe dolor de oídos, realizar otoscopia y de no encontrar alteraciones utilizar duralgina a las dosis antes indicadas e inhalaciones de vapor de agua. Si hay secreción ótica purulenta de menos de 10 días de evolución utilizar:
 - a) Amoxicilina: 50 mg/ kg/ día cada 8 h por 10 días
 - b) Penicilina: 50 mil U/ kg/día por 10 días
 - c) Eritromicina: 30-50 mg/ kg/ día por 10 días
 - De persistir la secreción ótica por más de 10 días consulte al otorrinolaringólogo, mientras proceder a:
 - a) Colocar en el oído con secreción pequeños segmentos de aproximadamente una pulgada de papel absorbente o gasa bien limpia, retorcida en forma de mecha.

- b) Cada uno o dos minutos retire el segmento y coloque otro limpio, repetir el procedimiento hasta que el papel o la gasa salgan limpios, realizar el procedimiento 3 ó 4 veces al día.
 - c) Indicar inhalaciones de vapor de agua para humedecer el aire y suavizar las vías respiratorias.
- No es necesario utilizar antitusígenos, expectorantes, mucolíticos o antihistamínicos.
- En relación con el tratamiento específico de las IRA altas proceder a:

Rinofaringitis aguda: Ingreso domiciliario.

- Terapia de apoyo en IRA
- No uso de antimicrobianos
- Observación estricta

Faringoamigdalitis con exulceraciones: Igual a la anterior

Faringoamigdalitis con exudados:

- a) Estreptocócica: - Ingreso domiciliario
 - Terapia de apoyo en IRA
 - Penicilina benzatínica:
 - a) Niños > 30 kg de peso (900,000 U dosis única)
 - b) Niños < 30 kg de peso (600,000 U dosis única)
 - c) Lactantes 300,000 U dosis única o: penicilina rapilenta: 50,000 U x kg x 10 días, o eritromicina: 30-50 mg x kg x día x 10 días.

Vigile la aparición de posibles complicaciones: fiebre reumática, glomerulonefritis difusa aguda.

b) Viral:

Igual tratamiento a la rinofaringitis aguda y a la faringoamigdalitis con exulceraciones.

c) *Mycoplasma pneumoniae*: - Ingreso domiciliario

- Terapia de apoyo en IRA
- Eritromicina: 30-50 mg x kg x día x 10 días

- En relación con las IRA bajas proceder a:

Laringitis espasmódica: Jarabe de ipecacuana 1 gota x mes hasta los 2 años y 1 cucharadita por año de edad aparente en niños mayores.

Epiglotitis aguda: Garantizar una vía artificial para facilitar la respiración al niño sin dilaciones a un hospital.

Laringotraqueobronquitis: Terapia de apoyo en IRA, traslado al hospital

Bronquiolitis: Terapia de apoyo en IRA, traslado al hospital

Bronconeumonía, neumonía: Terapia de apoyo en IRA, traslado al hospital

4. Realizar las acciones correspondientes a la prevención terciaria:

- Limitación del daño:
 - Examinar diariamente al niño en busca de complicaciones
 - Supervise la alimentación para evitar afectaciones del estado nutricional.
 - Enseñar a la madre como realizar la limpieza de la nariz:
 - a) Aspirar con delicadeza las secreciones nasales con una perita de goma o jeringuilla bien limpia.
 - b) Con un fragmento de tela suave, limpia y torcida en forma de mecha.
- Rehabilitación
 - Orientar una ración más de alimentos en el día durante la fase de convalecencia
 - Insistir con la madre y la familia para eliminar los factores de riesgo
 - Reorientar a la madre y a la familia como identificar las IRA

GUÍA PRÁCTICA PARA LA PREVENCIÓN DE LOS ACCIDENTES EN LA INFANCIA



1. Tener siempre presente que el mayor riesgo de morir de un niño sano es el accidente, y la mejor forma de evitarlos es a través de la prevención.
2. En sus actividades diarias, en las visitas al hogar, círculos infantiles, escuela es preciso identificar los peligros potenciales de accidentes que habitualmente se encuentran en: cuarto, cama, cuna, corral, coche, cubo, cisterna y cocina.
3. Aplicar las siguientes medidas prácticas para evitar los accidentes más frecuentes:
 - Si la casa está en altos eliminar sillas o sillones junto a los balcones, a no ser que esté protegido con rejas o mallas.
 - Los niños menores de 7 años no deben entrar ni mucho menos jugar en la cocina. Orientar colocar las vasijas y otros recipientes con la agarradera lo más alejado posible del borde exterior de la cocina o mesa.
 - Evitar que el niño, sobre todo el lactante, duerma en la misma cama con sus padres u otros familiares.
 - Evitar almacenar sustancias tóxicas (kerosene, insecticidas, sulfamán, etc) en botellas de refrescos, frascos de compotas al alcance de los niños.
 - Eliminar de la habitación, o al menos del alcance de los niños, medicamentos; estos deben ser guardados preferentemente bajo llave.
 - Evitar tener al alcance de los niños fósforos, fosforeras, tijeras, objetos cortantes, semillas o bolsas plásticas.
 - Garantizar que las escaleras tengan puertas y que las cisternas tengan tapa con seguro.
 - Evitar que el niño tenga libre acceso a la calle.
 - De viajar en vehículo automotor, colocar al niño en el asiento trasero.
4. Orientar y controlar el cumplimiento de las siguientes medidas específicas para evitar accidentes por:
 - Caídas accidentales:
 - Proteger los huecos
 - Evitar las ventanas bajas o protegerlas
 - Orientar que la distancia entre barrotes debe ser inferior a 10 cm. y evitar elementos horizontales que puedan servir de escalera
 - Que las puertas y ventanas dispongan de sistema de cierre cero
 - Que las cunas tengan barandas altas y proteger las literas

- Accidentes del tránsito:
 - Evitar el juego de los niños en la vía pública y aceras
 - Tratar que las áreas de juego de la comunidad sean protegidas por cercas
 - Que se establezcan y cumplan regulaciones especiales del tránsito en las inmediaciones de círculos infantiles y escuelas
 - Impartir en el seno de la familia y la comunidad educación vial

- Quemaduras:
 - Orientar ubicar las cocinas en superficie plana y bien fija
 - Garantizar buena ventilación cuando se utilice gas licuado
 - Evitar cables eléctricos sueltos, proteger la toma eléctrica
 - Garantizar adecuado funcionamiento de ollas de presión y cafeteras

- Asfixia por sumergimiento:
 - Propiciar que los niños aprendan a nadar desde edades tempranas
 - Orientar el cumplimiento de medidas de seguridad en playas, piscinas, ríos y presas
 - Garantizar vigilancia constante de los niños cuando disfrutan de playas y piscinas

- Otras asfixias:
 - Evitar que los lactantes compartan la misma cama con sus padres u otros familiares
 - Evitar el uso de collares con teteras, cordeles en la cuna, almohadas blandas
 - Orientar que después de la alimentación el niño se coloque boca abajo en la cuna.
 - Alejar del alcance de los niños objetos pequeños y atractivos cuentas de collar, semillas, etc, así como bolsas plásticas
 - Evitar que los niños pequeños coman mamoncillos o ciruelas

Recordar que los accidentes, ni son tan accidentales, ni son inevitables, siempre pueden prevenirse.

GUÍA PRÁCTICA PARA EL TRATAMIENTO DE EVENTOS FRECUENTES EN LA INFANCIA



Vómitos

- Buscar signos de deshidratación
- Administrar solución de sales de rehidratación oral preferentemente fría, en pequeñas cantidades cada 15 minutos
- De no disponerse de sales de rehidratación oral preparar la siguiente solución: 1 litro de agua hervida, 6 cucharaditas de azúcar, ½ cucharadita de sal común, ½ cucharadita de bicarbonato de sodio
- Administrar dimenhidrinato IM 5 mg/kg/día dividido en 4 dosis
- Si existe toma del estado general y signos de deshidratación remitir al hospital con un acompañante

Diarreas

- Buscar signos de deshidratación
- Evaluar la edad del paciente, así como estado general y nutricional
- Tomar temperatura
- Administrar solución de sales de rehidratación oral a libre demanda o por cada deposición. De no disponer de las sales, preparar la solución consignada en el epígrafe **vómitos**
- Si es menor de un año, si existe toma del estado general, fiebre, signos de deshidratación o heces sanguinolentas, remitir al hospital

Dolor abdominal

- Descartar errores dietéticos
- Identificar dónde el niño localiza el dolor
- Buscar movimientos bruscos o intermitentes de flexión de miembros inferiores
- Tomar temperatura oral y rectal
- Precisar si hay vómitos
- Buscar signos de reacción peritoneal
- De existir uno o más de los últimos cuatro elementos remitir al hospital con acompañamiento

Convulsión aguda

- Buscar fiebre, trauma craneal, signos de deshidratación, edemas, ingestión de sustancias desconocidas
- Colocar al niño sobre un plano blando y en decúbito lateral para facilitar la expulsión de flemas y facilitar la respiración
- Retirar la ropa ajustada
- Colocar depresor de lengua almohadillado en la boca para evitar mordeduras de la lengua

- Aspirar secreciones si fuese necesario
- No administrar líquidos ni alimentos por vía oral
- Bajar la fiebre mediante el uso de antipiréticos a las dosis establecidas.
- Administrar diazepam 0,25 mg/kg/dosis EV, fenobarbital sódico 6 mg/kg/dosis IM, oxigenación adecuada
- Realizar examen físico completo y buscar signos meníngeos
- De persistir las convulsiones remitir al hospital con acompañamiento

Epistaxis

- Compresión de la fosa nasal que sangra
- De persistir el sangramiento taponamiento anterior de la fosa nasal
- Explicar a la madre que posiblemente expulsará heces fecales oscuras (borra de café)

HERIDAS Y OTROS TRAUMATISMOS

- En casos de heridas con compromiso vascular y hemorragia proceder a:
 - Realizar compresión manual sobre la herida con material estéril
 - Colocar vendaje compresivo sobre la herida
 - Realizar compresión de la arteria por encima de la herida
 - Aplicar torniquete
 - Canalizar vena periférica e iniciar hidratación parenteral
 - Trasladar al hospital con acompañamiento

Traumatismo abdominal

- En casos de traumatismos abdominales, buscar los siguientes elementos clínicos:
 - Manifestaciones de choque, en este caso proceder a canalizar, si es posible dos venas periféricas e iniciar hidratación parenteral
 - Dolor abdominal espontáneo especialmente en niños mayores
 - Náuseas y vómitos
 - Hematuria
 - Lesiones (erosiones, equimosis) en la pared abdominal
 - Disminución de la amplitud de las incursiones abdominales que acompañan a la respiración
 - Distensión abdominal
 - Dolor en el abdomen a la palpación, a la descompresión brusca y en ocasiones contractura abdominal
 - Dolor provocado a la percusión abdominal, desaparición de la matidez hepática, timpanismo
 - Disminución o ausencia de los ruidos hidroaéreos
 - Tacto rectal doloroso
 - De existir algunas de estas manifestaciones trasladar al hospital con acompañamiento e hidratación parenteral

- En caso de fracturas proceder a:
 - Inmovilizar las fracturas de las extremidades
 - Si existe lesión externa de partes blandas, aún sin la presencia de fractura, colocar inmovilización
 - Remitir al hospital con acompañamiento

- En caso de trauma craneal proceder a:
 - Realizar examen físico completo, especialmente del Sistema Nervioso y precisar si existe:
 - a) Somnolencia
 - b) Estupor
 - c) Hipotonía muscular
 - d) Otras funciones abolidas
 - Asegurar vías áreas permeables y oxigenación adecuada
 - Aspirar secreciones si es necesario
 - Canalizar vena e iniciar hidratación parenteral
 - Trasladar al hospital con acompañamiento

- En caso de intoxicaciones por sustancias químicas o fármacos proceder a:
 - Tratar de recoger todos los envases supuestamente relacionados con la exposición para enviarlos junto al paciente.
 - Recoger el vómito si éste se ha producido y también se enviará muestra con el paciente.
 - Garantizar el soporte vital al paciente:
 - a) Tratamiento del choque
 - b) Tratamiento de las convulsiones
 - c) Tratamiento de las arritmias
 - Proceder al traslado al hospital más cercano con acompañamiento médico o de enfermería y enviar los recipientes supuestamente relacionados con la intoxicación, así como muestra del vómito.

- En casos de cuerpos extraños en fosas nasales y oídos, considerar:
 - Si bien es cierto que la mayoría de los cuerpos extraños en fosas nasales se pueden extraer con un asa curva y los del oído, generalmente con un lavado ótico, en ambos casos se requiere de destreza, por lo que se debe trasladar al hospital más cercano para su extracción.

GUÍA PRÁCTICA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE URGENCIAS QUIRÚRGICAS EN EL NIÑO



Estenosis hipertrófica congénita del píloro

- Pensar en esta entidad especialmente en recién nacidos varones entre la 2ª y 4ª semana de vida portadores de un síndrome emético y buscar:
 - Presencia de vómitos frecuentes, bruscos, explosivos, en proyectil casi siempre posprandiales y sin bilis.
 - Signos de deshidratación y manifestaciones clínicas de alcalosis metabólica.
 - Pérdida de peso e incluso malnutrición por defecto.
 - Ondas peristálticas gástricas, visibles de izquierda a derecha.
 - A la palpación abdominal la presencia de una tumoración pequeña que corresponde a la oliva pilórica y donde terminan las ondas peristálticas antes referidas.
 - Comenzar la hidratación parenteral para corregir el desequilibrio hidromineral y acidobásico y trasladar con acompañamiento al hospital.

Hernia inguinal estrangulada

- Pensar en esta entidad en niños menores de seis meses de edad y cuando la madre espontáneamente o por el interrogatorio asegura que ha visto una tumoración en la región inguinal del niño que aumenta de volumen con la tos o el llanto.
- Buscar :
 - Llanto
 - Irritabilidad manifiesta
 - Vómitos
 - Tumoración irreductible en región inguinal
- Nunca tratar de invertir el escroto y de reducir la tumoración
- Trasladar al hospital con acompañamiento

Apendicitis aguda

- Realizar un examen físico completo y descartar otras afecciones que pueden simular una apendicitis: neumonía, adenitis mesentérica, etc.
- Indagar en el interrogatorio sobre:
 - Dolor en epigastrio que puede irradiarse a fosa ilíaca derecha
 - Náuseas o vómitos
 - Constipación y menos frecuentemente diarreas

- Buscar en el examen físico:
 - Fiebre, casi siempre de aparición posterior al dolor y moderada en sus inicios
 - Taquicardia
 - Presión y descompresión brusca en fosa iliaca derecha muy dolorosa
 - Defensa muscular abdominal siendo la contractura poco frecuente
 - Disminución de los ruidos hidroaéreos
 - Temperatura rectal superior a 37,5 -38° C
 - Tacto rectal doloroso cuando existe un plastrón apendicular, quiste de ovario torcido en la niña o colección en el fondo de saco de Douglas
 - Trasladar al hospital con acompañamiento

Invaginación intestinal

- Pensar en esta entidad ante un niño entre 3 meses y 2 años de edad, casi siempre eutrófico con antecedentes o no de diarreas y que al interrogar a la madre manifiesta:
 - Dolor abdominal a manera de cólicos que en el niño pequeño se manifiesta por llanto, irritabilidad e intranquilidad o verdadera enterorragia en la mayoría de los niños
- Buscar en el examen físico:
 - Signos de deshidratación y de toxiinfección si el cuadro es de larga evolución
 - Presencia de una masa tumoral a la palpación del abdomen, en forma de morcilla casi siempre en el hipocondrio derecho o epigastrio
 - La palpación de la fosa ilíaca derecha da la impresión de estar vacía
 - Ruidos hidroaéreos habitualmente aumentados
 - Tacto rectal que muestra el guante manchado de sangre habitualmente
 - Trasladar al hospital más cercano

Torsión del testículo o sus anejos

- Pensar en esta entidad cuando se refiere dolor agudo y tumefacción del escroto también aguda
- Buscar en el examen físico:
 - Escroto tumefacto y muy doloroso
 - Desaparición del reflejo cremasteriano
 - Ausencia de tumefacción en la zona inguinal que permite el diagnóstico diferencial con la hernia inguinal incarcerada.
- Proceder a su remisión al hospital más cercano con servicios de cirugía pediátrica

GUÍA PARA BUENAS PRÁCTICAS DE PRESCRIPCIÓN EN LA ATENCIÓN AL NIÑO



1. Prescribir medicamentos como resultado de consideraciones y decisiones relacionadas con una enfermedad y con la función que los medicamentos desempeñan en su tratamiento, debe ser precedida de interrogatorio exhaustivo, examen físico completo y planteamiento diagnóstico.
2. Evitar que la prescripción sea un acto reflejo o el producto de la petición de la madre o familiar acompañante.
3. Seleccionar correctamente el medicamento a utilizar considerando la eficacia, seguridad y costo.
4. Utilizar racionalmente los medicamentos, lo que implica obtener el mayor efecto con el menor posible de ellos.
5. Aplicar los siguientes pasos:
 - Definir bien el(los) problema(s) del paciente
 - Especificar los objetivos terapéuticos
 - Diseñar un esquema terapéutico apropiado para el paciente
 - Escribir la receta con letra legible y clara llenando todos los escaques y especificar: nombre genérico del medicamento, forma farmacéutica, concentración y cantidad total que debe dispensarse
 - Escribir el método con letra legible y especificar
 - Actividad física que puede realizar el paciente
 - Tipo de alimentación
 - Dosis del medicamento cuidadosamente calculada según kg. de peso o metros cuadrados de superficie corporal
 - Brindar informaciones, instrucciones y advertencias
 - Supervisar la evolución del paciente y su enfermedad
6. Considerar los siguientes aspectos cuando brinde la información, instrucciones y advertencias:
 - Efectos del medicamento
 - Síntomas que desaparecen y cuándo
 - Importancia de administrar el medicamento
 - Consecuencias de no administrar el medicamento

- Efectos adversos
 - Efectos indeseables que pueden ocurrir y cómo reconocerlos
 - Tiempo que durará
 - Conducta a seguir

- Instrucciones
 - Cuándo y cómo administrar el medicamento
 - Cómo almacenarlo
 - Necesidad de continuar el tratamiento aunque mejoren las manifestaciones clínicas
 - No interrumpir bruscamente el tratamiento

- Educación para la salud con énfasis en las medidas para prevenir las enfermedades

- Próxima consulta:
 - Fijar la fecha de la nueva consulta después de iniciado el tratamiento
 - Solicitar la información que pueda necesitar en la próxima consulta

- Verificación:
 - Solicitar a la madre o familiar acompañante que repita la información básica recibida
 - Solicitar si existe alguna duda, en cuyo caso, aclararla

BIBLIOGRAFÍA

- Alpízar Caballero LP. Efectos nocivos de la fiebre en el niño y medidas terapéuticas. Rev Cubana Pediatr 1998; 70(4): 177-84.
- ----. La fiebre. Conceptos básicos. Rev Cubana Pediatr 1998; 70(2): 79-83.
- Amaro Cano MC. Gestión administrativa en medicina familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 2003; 19(4).
- Análisis de un año de trabajo. Rev Cubana Med Gen Integr 1997; 13(6): 523-31.
- Cuba González MC. Consulta de psicopuericultura
- Cuba. Ministerio de Salud Pública. La integración de la Higiene y Epidemiología a la Atención Primaria de Salud. La Habana: MINSAP, 1995.
- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana para el año 1992-2000. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 1992
- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Actividades a realizar con carácter prioritario en relación con el Programa Maternoinfantil destinado a reducir la mortalidad materna e infantil. La habana: MINSAP, 1994.
- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plan de Acción para la reducción de la muerte materna. Dirección de Salud Maternoinfantil y Planificación Familiar. La Habana: MINSAP, 1995.
- Comité Editorial. El Hospital Amigo del Niño es una realidad en Cuba. Rev. Cubana Pediatr 1993; 65(1): 3-4.
- De la literatura médica mundial. Prevención de la prematuridad. Rev. Cubana Med Gen Integr 1991; 7(3): 294-8.
- Díaz-Argüelles, Ramírez-Corría V. Desbalance energético proteico en lactantes durante el primer año de vida. Rev Cubana Pediatr 2004; 76(2).
- García Morales JC. Embarazos y medicamentos en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(3): 227-31.
- García-Dihins Vilanove J. Crecimiento intrauterino retardado frente a pequeño para su edad gestacional. Anales de Pediatría 2002; 57(6): 575-85.
- Gómez Sosa E. El Roll Over Test como predictivo en la enfermedad hipertensiva de la gestación. Rev Cubana Med Gen Integr 1994; 10(2): 115-7.

- Grupo Nacional de Obstetricia y Ginecología. Manual de Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 1991
- Heredero L. Un programa de genética en un país en desarrollo: Cuba. Bol Of Sanit Panam 1993; 115(3): 225-30
- Jovani Roda L. Influencia del personal sanitario de asistencia primaria en la prevalencia de la lactancia materna. Anales de Pediatría 2002; 57(6): 534-39.
- La calidad del crecimiento. Rev Cubana Salud Pública 2003; 29(3): 284.
- López Jaramillo P. Uso del calcio en la prevención de la hipertensión inducida por el embarazo. Bol Of Sanit Panam 1991; 110(2): 120-5.
- Lugones Botell M. Valor de la prueba de los cambios de posición en la predicción de la hipertensión gestacional en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr 1993; 9(2):146-49.
- Más Lago P. Etiología de los síndromes febriles con rash. Rev Cubana Pediatr 1991; 63(3): 56-61.
- Medina de Armas J. El bajo peso al nacer y su relación con los antecedentes obstétricos. Municipio San Miguel del Padrón. Rev Cubana Med Gen Integr 1990; 6(3): 356-62.
- Programas Provinciales de Acción. Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. Provincia Santiago de Cuba. 1995.
- Riverón Corteguera R. Estrategias para reducir la mortalidad infantil. Cuba 1959-1999. Rev Cubana Pediatr 2000; 72(3): 147-64.
- Rojas I. Aspectos éticos en genética médica en Cuba. Rev Cubana Pediatr 1993; 65(1): 57-63.
- Sotelo Figuereido JM. El enfoque de riesgo y la mortalidad materna. Una perspectiva latinoamericana. Bol Of Sanit Panam 1993; 114(4): 220-7.
- Trias Folah E. Alimentación diversificada durante el primer año de vida. Anales de Pediatría 2001; 4(4): 201-7.
- Peña Pérez R. Enfermedad diarreica aguda en el lactante. Aspectos clínicos etiológicos. Rev Cubana Pediatr 1993; 65(3): 175-80.
- The Management and Prevention of Diarrhoea. Practical Guidelines. Third Edition. World Health Organization. Geneva. 1993.

- Readings on Diarrhoea. Student Manual. World Health Organization. Geneva. 1992.
- Hernández M. Realimentación precoz y frecuente en lactantes hospitalizados con enfermedad diarreica aguda. Rev Cubana Pediatr 1992; 64(3): 154-9.
- Román E. Alimentación en la diarrea aguda de la infancia, un tema controvertido. Anales de Pediatría 2002; 5(1): 33-41.
- Abreu SG. Infecciones respiratorias agudas. Rev Cubana Med Gen Integr. 1991; 7(2): 120-9.
- Pérez Rodríguez AE. Actitudes y prácticas de madres y tutores frente a las infecciones respiratorias agudas. Rev Cubana Pediatr 1990; 62(5): 666-7.
- Manejo de las infecciones respiratorias agudas. Centro de Desarrollo de la Farmacoepidemiología. Rev Cubana Farm 2002; 36(2): 138-40.
- Gonzalo de Lima CR. Propuesta de tratamiento empírico de las infecciones respiratorias agudas infantiles. Anales de Pediatría. 2002; 50(1): 48-53.
- Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Tomo I y II. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 2001.
- Viñas Díaz JA. Accidentes en la infancia. Estudio epidemiológico de 1000 casos. El Huésped y Agente. Rev Cubana Pediatr 1990; 62(2): 213-22.
- Díaz Novas J. El diagnóstico en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr 1993; 9(2): 151.
- Galindo MA. Sistema de vigilancia de eventos adversos consecutivos a la vacunación. La Habana, 1999.
- Jiménez Acosta S. Vigilancia nutricional materno-infantil. Guía para la atención primaria de salud. INHA. La Habana, 1997.
- Porrata C. Recomendaciones nutricionales y guías de alimentación para la población cubana. INHA. 1997.
- Rodríguez Milord D. La práctica de la vigilancia en Cuba. Unidad de análisis y tendencias en Salud. Área de higiene y epidemiología. La Habana: MINSAP, 1994.
- Selman-Hussein E. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 2002.

- Vaillant Suárez G. Guía Práctica para el médico de familia. Dirección Provincial de Salud Pública. Santiago de Cuba, 1995.
- Colectivo de Autores. Programa de atención integral a la familia. Anteproyecto. La Habana, 2004.
- Manual de Procedimientos Diagnósticos y Tratamiento en Pediatría. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1988.
- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Formulario Nacional de Medicamentos. Centro de Desarrollo de la Farmacoepidemiología. La Habana: MINSAP, 2003.
- Algunos de los efectos adversos más comunes en los niños y medicamentos más probables que lo causan. Medicamentos y terapéutica, 1998; 17(1): 36-9.
- Díez Córdova JP. Estado de la prescripción de medicamentos en la atención primaria de salud de Ciudad de la Habana 1997. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(2): 140-50.