

Esp
INCAP
MDE
133
UNIDAD #1
MOD. 11
c.2

nal de
dica

blica
NSA)

DIPLOMADO A DISTANCIA EN Salud de la Mujer

Módulo II: Actualización en Ginecología



Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)



Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)



Colegio de Médicos y Cirujanos (COLMED)



Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas (AGMM)



Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala (AGOG)



Asociación Guatemalteca de Enfermeras Profesionales (AGEP)



UNIDAD 1

Atención del Recién Nacido



Organización Panamericana de la Salud (OPS)



JHPIEGO CORPORATION
A JOHNS HOPKINS PROGRAM FOR INTERNATIONAL EDUCATION IN REPRODUCTIVE HEALTH



Universidad Francisco Marroquín (UFM)



POLICY



Planned Parenthood Federation of America (PPFA)

Esta Unidad fue reproducida
gracias al apoyo de la



Asociación Guatemalteca
de Mujeres Medicas (AGMM)

y de



Planned Parenthood
Federation of America (PPFA)

AGMM
INCAP, Calzada Roosevelt, Zona II
Ciudad de Guatemala
Telefax: 440-9742
Email: agmm@incap.org.gt

Guatemala, 2002

MÓDULO II ACTUALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA



UNIDAD I

Atención del Recién Nacido

ORGANIZADO POR:

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)

Licda. Verónica Molina

Licda. Luisa Samayoa

Licda. Norma Alfaro

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)

Dra. Elsy Camey de Astorga

Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas (AGMM)

Dra. Bárbara Schieber

CON EL APOYO DE:

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MINSa)

Colegio de Médicos y Cirujanos (COLMED)

Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala (AGOG)

Asociación Guatemalteca de Enfermeras Profesionales (AGEP)

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Agencia Internacional para el Desarrollo (AID)

POLICY

JHPIEGO

Planned Parenthood Federation of America

CON EL AVAL DE:

Universidad Francisco Marroquín

UNIDAD 1

Atención del Recién Nacido

Autor

Dr. Rolando Figueroa de León

Médico Neonatólogo, Consultor

Revisión Técnica

Dr. Rolando Cerezo Mulet

Médico Neonatólogo, Consultor

Revisión Metodológica

Licda. Verónica Molina

Licda. Norma Alfaro

Dra. Elsy Camey de Astorga

INCAP

INCAP

IGSS

Producción Académica y Adaptación Técnica

Dra. Clara Zuleta de Maldonado

Dra. Edna Velásquez

INCAP

IGSS

Edición, Diseño y Diagramación

Licda. Aura Mejía de Durán

D.G. Roberto A. Pérez García

INCAP

INCAP

Ilustraciones

Cortesía de URC/Calidad en Salud y Proyecto Salud Materno Neonatal/JHPIEGO



CONTENIDO

I.	MÓDULO II: ACTUALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA	3
II.	OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	5
III.	ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO	6
IV.	EXAMEN FÍSICO DEL RECIÉN NACIDO	10
	A. Método para Aplicar el Índice de Apgar	10
	B. Otros Aspectos Importantes de Evaluar	11
	C. Determinación Clínica de la Edad Gestacional (EG)	11
	D. Antropometría	22
	E. Examen Físico	23
V.	APEGO INMEDIATO MADRE -HIJO/HIJA	24
VI.	ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO	26
	A. Lactancia Materna	26
	B. Drogas y Lactancia Materna	28
	C. Anovulatorios: Lactancia y Ovulación	28
VII.	IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD NEONATAL	31
	A. Bajo Peso al Nacer	31
	B. Asfixia	31
	C. Infección	33
	D. Anomalías Congénitas	35
VIII.	ENFERMEDADES CRÍTICAS DEL NEONATO	35
	A. Sistema Inmunológico e Infección	35
	B. Enfermedades de la Sangre	36
	C. Convulsiones	38
	D. Problemas Respiratorios	40
	E. Problemas Metabólicos	41
	F. Urgencias Quirúrgicas	42
IX.	EDUCACIÓN DE LA MADRE Y FAMILIA	45
	A. Puericultura	45
X.	ATENCIÓN INTEGRADA DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA Y EN EL NEONATO (AIEPI NEONATAL)	48
	A. El Proceso de Atención Integrada de Casos	49
	B. Resumen del Proceso de Atención Integrada de Casos	51
	C. Seleccionar los Cuadros Apropriados para el Manejo de Casos	52
	D. Empleo de los Cuadros de Procedimientos y los Formularios de Registro de Casos	53
	E. Determinar si hay Posibilidad de Enfermedad Grave o Posible Infección Local	74
XI.	EVALUACIÓN	87
XII.	Glosario	100
XIII.	ANEXOS	109
	ANEXO 1	110
	ANEXO 2	111
	ANEXO 3	121
	ANEXO 4	133
	ANEXO 5	134
	ANEXO 6	135

NOTAS



I. **MÓDULO II: ACTUALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA**

Felicitaciones por haber completado exitosamente el estudio del módulo I del Diplomado, el cual le permitió conocer la situación de salud de las mujeres en Guatemala y sus implicaciones sociales, las prácticas recomendadas basadas en la evidencia para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el período postparto, así como el manejo ético del aborto.

Está usted iniciando el segundo módulo del Diplomado: "Actualización en Ginecología". En este módulo se revisarán los principales problemas de salud que presenta un recién nacido como consecuencia de los problemas maternos ya estudiados y debido al incumplimiento de medidas de atención del recién nacido(a) que son esenciales para prevenir las principales causas de morbilidad y mortalidad en los neonatos. Asimismo, se revisarán los problemas ginecológicos más frecuentes y de infertilidad que afectan a la población femenina, estrategias de prevención del cáncer cérvico, uterino y mamario, y aplicación de la metodología anticonceptiva.

En la temática relacionada con el recién nacido se revisan conocimientos básicos para prevenir las infecciones nosocomiales y la hipotermia, especialmente en el recién nacido de bajo peso al nacer así como la importancia de promover el apego inmediato y el inicio de la lactancia materna.

Se estudiarán aspectos importantes de las enfermedades críticas del recién nacido como sepsis, hemorragia, anemia, policitemia, problemas respiratorios, ictericia, convulsiones, urgencias quirúrgicas y problemas metabólicos.

Asimismo, se incluye información importante sobre educación y consejería de utilidad para la madre y la familia.

En esta unidad también se incluye una parte del paquete de materiales para la atención neonatal dentro de la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI). Este paquete es el producto de una iniciativa interinstitucional que ha venido trabajando para la reducción de la mortalidad infantil en las Américas. El contenido ha sido adaptado para los fines del Diplomado en Salud de la Mujer, para que todos(as) los(as) profesionales participantes en el mismo conozcan la estrategia integrada de atención del niño(a). Esta estrategia está siendo adoptada dentro de las normas de atención del Ministerio



NOTAS



de Salud Pública y Asistencia Social y se enfoca en el niño(a) recién nacido(a) hasta los dos meses de vida. En Guatemala como en Latinoamérica las causas de mortalidad neonatal son muy altas en comparación con los países desarrollados. Las principales causas de mortalidad neonatal son prevenibles con la detección y manejo oportunos. En el período neonatal temprano (primera semana de vida) ocurre la mayor parte de las muertes, las que están relacionadas con la salud de la madre en el embarazo. En este tema usted hallará los problemas de salud del neonato clasificados con base en los problemas que presenta una mujer en el embarazo y para este fin clasifica al embarazo en tres categorías de riesgo. Sin embargo, se debe recordar que todo embarazo conlleva riesgos para la madre y el niño, y que uno de los propósitos de esta temática es presentar el manejo de los problemas del recién nacido en situaciones especiales identificadas durante el embarazo y en los primeros meses de vida. Si usted desea contar con más información sobre el contenido del paquete de atención integrada de las enfermedades prevalentes en la infancia y en el neonato, puede referirse al Programa AIEPI, OPS/OMS Guatemala.

NOTAS



Con el propósito de clarificar el uso de ciertos términos se adjunta al inicio de la Unidad un glosario, el cual se espera que usted complementemente incorporando los términos que se presentan en el desarrollo del contenido y que se requiere clasificar. Se sugiere que adicionalmente se incorporen al glosario las definiciones de los términos que se desconozcan para su discusión durante el estudio de la unidad en las sesiones presenciales.

Además se presenta una sección con anexos que apoyarán su desempeño en la atención materna y neonatal temprana. Como siempre, le recomendamos hacer los ejercicios intratexto y asistir a las sesiones presenciales para su máximo aprovechamiento.

**¡¡¡Bienvenido(a) al estudio del Módulo II
del Diplomado a Distancia en Salud de la Mujer!!!**

II. OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al completar el estudio de esta unidad, usted:

1. Conocerá cuáles son las principales causas de morbilidad y mortalidad en el neonato.
2. Obtendrá los conocimientos necesarios para prevenir las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal temprana.
3. Desarrollará habilidades para promover el apego inmediato del recién nacido con su madre y el establecimiento de una lactancia materna exclusiva exitosa.
4. Identificará y clasificará a los neonatos con enfermedad grave.
5. Contribuirá a la reducción de la mortalidad neonatal en la comunidad a través del manejo oportuno y competente de los problemas.



NOTAS





III. ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

Los primeros momentos de la vida de un recién nacido son críticos, debido a que se realiza una rápida transición de permanecer en el útero materno y pasar a un ambiente extrauterino.

En Guatemala, las causas perinatales ocupan el quinto lugar en la mortalidad infantil. La mortalidad neonatal es 60% de la mortalidad infantil y la gran mayoría fallece en la primera semana de vida. Es por eso que la atención del neonato al nacer es de suma importancia, ya que de llevarse a cabo en una forma adecuada disminuirá la morbilidad y mortalidad temprana y neonatal tardía, e indirectamente reducirá la mortalidad infantil.

Entre los factores que aumentan la morbilidad en el neonato se pueden mencionar:

- Manejo inmediato del neonato por personal sin capacitación.
- La inapropiada colonización bacteriana al nacer (mal lavado de manos, uso de salas cunas, manipuleo innecesario).
- Actitudes que contrarrestan el pronto establecimiento de la unión madre neonato e inicio adecuado de la lactancia materna.
- La creencia de algunas etnias en cuanto al valor del calostro que impiden su aprovechamiento.

Para la atención inmediata del recién nacido se requiere que los(as) proveedores(as) cumplan con normas y procedimientos que son indispensables para la prevención de las principales causas de morbilidad. Estas normas se refieren a las siguientes:

○ **Lavado de manos**

Antes y después de tocar a un recién nacido, el(a) proveedor(a) deberá lavarse las manos con un jabón antiséptico o jabón común frotando manos, dedos y muñecas, por espacio de dos minutos y luego desaguar con abundante agua para luego secar manos y muñecas preferiblemente con toallas de papel. El objetivo es reducir la flora bacteriana de la piel de las manos para evitar la colonización inadecuada del recién nacido y las infecciones cruzadas.

NOTAS





NOTAS



○ Favorecer el alojamiento madre-hijo(a)

En la mayoría de los casos el neonato estará en buenas condiciones de viabilidad cardiorrespiratoria por lo que **deberá permanecer desde el período del postparto inmediato en adelante junto a su madre**. Esto tendrá las ventajas de una colonización adecuada con gérmenes de la madre y la instalación de una lactancia exitosa.

○ Atención materno infantil humanizada

En todo momento, desde la consulta prenatal, el trabajo de parto y a la hora del parto y postparto, todo el personal involucrado tratará a la madre, al esposo y a la familia con mucha delicadeza y respeto. Favorecer la presencia del esposo o de un familiar en las consultas prenatales y muy especialmente durante el trabajo de parto y el parto mismo, manteniéndoles con una información adecuada, con una conducta asistencial todo el tiempo y nunca impositiva. Esto ha demostrado que reduce la ansiedad, las horas de trabajo de parto y facilita el parto.

○ Normas aceptables

Por ejemplo, el uso de solución de nitrato de plata o de un colirio antimicrobiano para ser aplicado en los ojos del recién nacido está recomendado únicamente en el parto vaginal.

○ El uso de vitamina K1 (fitonadiona)

Es una norma internacional el uso de 1 mg intramuscular por una sola vez. Es necesario para la síntesis de protombina (factor II), proconvertina (factor VII), tromboplastina (factor IX) y el factor Stuart (X). Esto previene la enfermedad hemorrágica del recién nacido.

NORMAS INACEPTABLES

Lavado y aspirado gástrico de rutina. Esta técnica está proscrita, porque se corre el peligro de perforación del tracto gastrointestinal y la introducción de gérmenes patógenos.

EJERCICIO INTRATEXTO I

Caso Clínico 1

Recién nacido de sexo masculino de 38 semanas de edad gestacional (EG), grande para edad gestacional. Nace en perfectas condiciones por operación cesárea. Es atendido en sala de operaciones y la enfermera que asiste al pediatra le ofrece un equipo para lavarle el estómago al bebé.

1. ¿Cree usted que debe considerarse el lavado de estómago del recién nacido una técnica de rutina? Razone su respuesta.
2. Mencione cinco pasos del cuidado del recién nacido que considere importantes.



NOTAS



IV. EXAMEN FÍSICO DEL RECIÉN NACIDO

Además de la atención inmediata, lo siguiente será evaluar el estado fisiológico del niño y la capacidad de adaptación a la vida extrauterina durante las primeras seis a ocho horas y tomar decisiones sobre su manejo.

Para esto se puede usar el **índice de Apgar**. Éste permite la valoración del estado físico del recién nacido que suele realizarse al minuto y a los cinco minutos después del parto y que se basa en la puntuación (de 0 a 2) de cinco factores que reflejan dicha capacidad de adaptación.

A. Método para Aplicar el Índice de Apgar

Se valoran la frecuencia cardíaca, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, la irritabilidad refleja y el color del recién nacido, asignándoles una puntuación desde un mínimo de 0 hasta un valor normal de 2 a cada uno de los criterios. Las cinco puntuaciones se combinan y se anotan los valores totales al minuto y a los cinco minutos. Por ejemplo, un índice de Apgar de 9/10 corresponde a una puntuación de 9 al cabo de un minuto y de 10 al cabo de cinco minutos (cuadro 1).

**CUADRO I
VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN EL MOMENTO DEL PARTO - ÍNDICE DE APGAR**

	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	Lenta (Inferior a 100 latidos/minuto)	Superior a 100 latidos/minuto
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Lento e Irregular	Llanto fuerte
Tono muscular	Flaccidez	Cierta flexión de las extremidades	Movimientos activos
Respuesta a la introducción de un catéter en un orificio nasal (tras haber despejado la orofaringe)	Falta de respuesta	Mueca de protesta	Tos o estornudo
Color	Azul o pálido	Cuerpo rosado, extremidades azules	Completamente rosado

NOTAS



Un índice de 0 a 3 es exponente de sufrimiento grave, de 4 a 7 indica sufrimiento moderado y de 7 a 10 una ausencia de dificultad para adaptarse a la vida extrauterina.

B. Otros Aspectos Importantes de Evaluar

- **Antropometría** con las mediciones de **peso, longitud y circunferencia cefálica** para verificar el estado nutricional.
- **Estado de inmadurez o madurez.**
- **Presencia o ausencia de anomalías congénitas aparentes.**

Nota: en el capítulo X, se presenta cómo evaluar a un niño(a).

C. Determinación Clínica de la Edad Gestacional (EG)

Posteriormente interesa establecer la edad gestacional clínicamente. Ciertas características físicas externas de los recién nacidos nos muestran diversas fases del desarrollo a medida que avanza la gestación y ello nos permite determinar su edad gestacional.

Los signos que nos pueden dar una aproximación para el cálculo de la edad gestacional son los siguientes:

- **Piel:** en los recién nacidos prematuros la piel es transparente y delgada y se va haciendo gruesa y opaca conforme incrementa la edad. En el prematuro, la piel es rojiza y lisa. Al acercarse a las 40 semanas de gestación la piel se torna de color rosado pálido y aparecen surcos profundos a nivel del abdomen. Cuando el vérmix (lanugo) desaparece, la piel empieza a macerarse y ocurre descamación.
- **Uñas:** las uñas largas caracterizan al recién nacido postérmino.
- **Surcos plantares:** las arrugas de las plantas de los pies ocurren primero en la porción anterior, cerca de las 36 semanas de gestación aparecen uno o dos surcos en forma transversal en el tercio anterior de la planta; los tres cuartos posteriores aparecen lisos. Entre la 37 y 38 semana, los surcos se extienden en más de la mitad de la planta y a las 40 semanas el talón está cubierto de surcos.



NOTAS



Otros esquemas de valoración para el cálculo de la EG son el método antropométrico y el método Capurro Modificado (Dubowitz) como se muestra a continuación. Este método se basa en la clasificación completa publicada por Ballard¹, pero ha sido simplificada por Capurro², utilizando únicamente cinco características físicas que identifican con buena precisión la edad gestacional.

A TODO recién nacido, inmediatamente al nacimiento, debe determinársele la EDAD GESTACIONAL

DETERMINE LA EDAD GESTACIONAL POR FUM O ESTIME (CAPURRO)

Forma de la oreja	Chata deforme, pabellón no incurbado 0	Pabellón parcialmente incurbado en borde superior 8	Pabellón incurbado en todo el borde superior 16	Pabellón totalmente incurbado 24	CÁLCULO Se suman los puntajes totales de las 5 características Al resultado se le suman 204 (constante) El resultado se divide entre 7 días	
Tamaño glándula mamaria	No palpable 0	Palpable, menor de 5 mm 5	Palpable, entre 5 y 10 mm 10	Palpable, mayor de 10 mm 15		
Formación del pezón	Apenas visible sin aréola 0	Diámetro menor de 7,5 mm. Aréola lisa y chata 5	Diámetro mayor de 7,5 mm. Aréola punteada. Borde no levantado 10	Diámetro mayor de 7,5 mm. Aréola punteada. Borde levantado 15		
Textura de la piel	Muy fina, gelatinosa 0	Fina. Lisa 5	Más gruesa Descamación superficial discreta 10	Gruesa Grietas superficiales Descamación en manos y pies 15		Gruesa Grietas profundas Apergaminada 20
Pliegues plantares	Sin pliegues 0	Marcas mal definidas en la mitad anterior 5	Marcas bien definidas en la mitad anterior Surcos en la mitad anterior 10	Surcos en la mitad anterior 15		Surcos en más de la mitad anterior 20

Luego, CLASIFICAR al recién nacido por peso y edad gestacional

1 Ballard JL, Novak KZ, Driver M. A simplified score for assessment of fetal maturation of newly born infants. *J Pediatr* 1979; 95:769.

2 Capurro H, Konichezky S y Col. *Nuevo método para diagnosticar la edad gestacional en recién nacidos*. Buenos Aires, nov 1972.

El método más exacto para determinar la edad gestacional es la Fecha de Última Menstruación (FUM), sin embargo, muchas veces no se cuenta con esa información.



1. Método de Capurro para determinar la edad gestacional

Este método utiliza cinco características físicas del recién nacido. Cada una de las características tiene varias opciones y cada opción un puntaje que ha sido determinado a través de diferentes estudios; será al final, la suma de esos puntajes los que determinen la edad gestacional.

- **Cálculo:** se suman los puntajes totales de las cinco características. Al resultado se le suman 204 (que es una constante) y el resultado se divide entre 7 (que es el número de días).

Ejemplo, un recién nacido tiene las siguientes características:

Características	El recién nacido tiene	Su puntaje será:
FORMA DE LA OREJA	Pabellón parcialmente incurbado en borde superior	8
TAMAÑO GLÁNDULA MAMARIA	Palpable entre 5 y 10 mm	10
FORMACIÓN DEL PEZÓN	Diámetro mayor de 7,5 mm. Areola punteada. Borde no levantado	10
TEXTURA DE LA PIEL	Más gruesa, descamación superficial discreta	10
PLIEGUES PLANTARES	Marcas mal definidas en la mitad anterior	5
	TOTAL DE PUNTOS	43

Se utiliza la fórmula:

$$\frac{\text{TOTAL DE PUNTOS} + 204}{7 \text{ (días)}} = \text{SEMANAS DE GESTACIÓN}$$



NOTAS



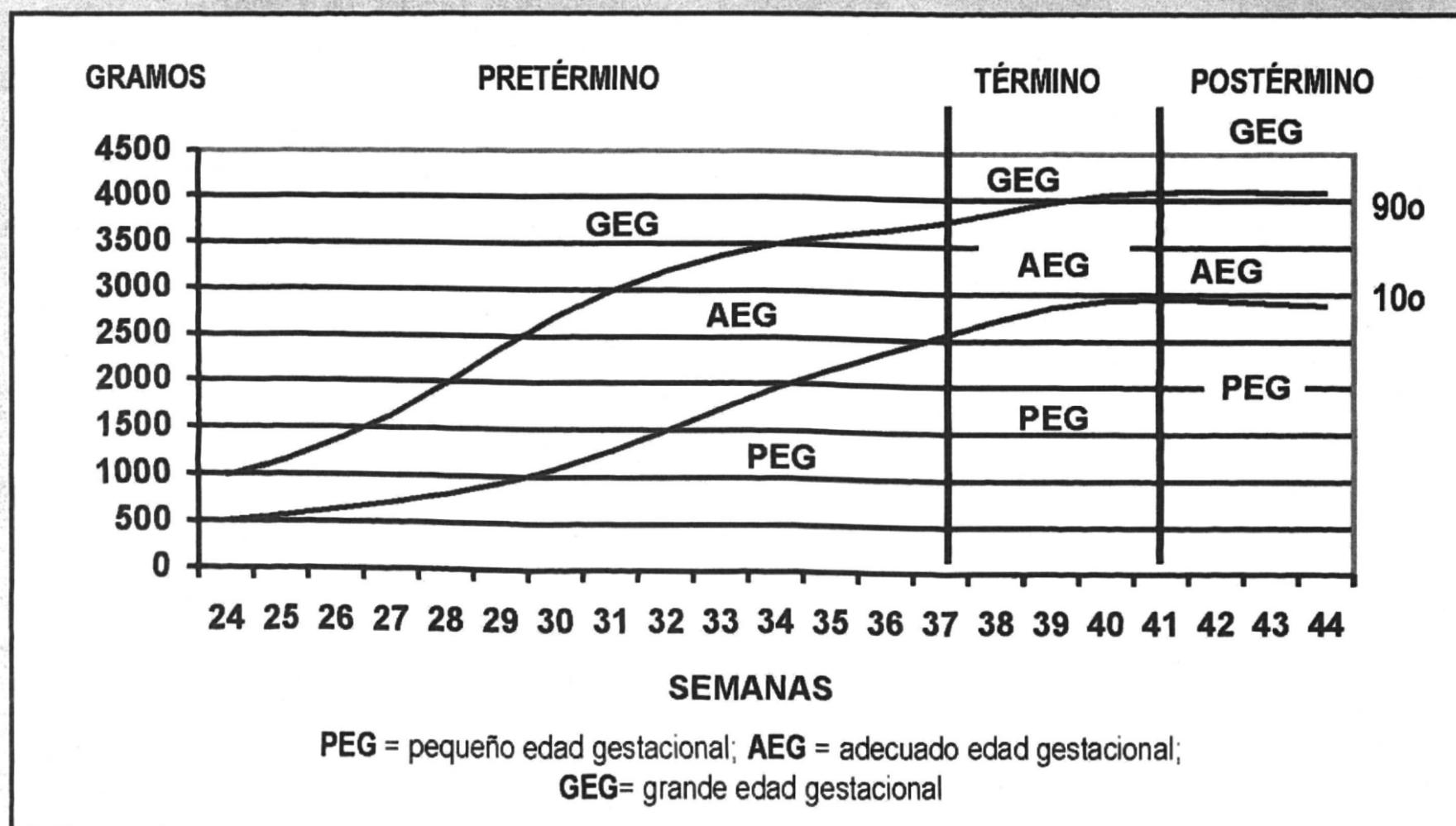
$$\frac{43 + 204}{7} = \frac{247}{7} = 35 \text{ SEMANAS}$$

(El método tiene un error de \pm una semana)

2. Clasificación por peso y edad gestacional

TODOS los recién nacidos deben ser clasificados inmediatamente al nacimiento según su PESO Y EDAD GESTACIONAL

CLASIFIQUE POR PESO Y EDAD GESTACIONAL



Luego DETERMINAR si hay posibilidad de ENFERMEDAD NEONATAL MUY GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA

Este gráfico indica el CRECIMIENTO INTRAUTERINO normal de los recién nacidos, basado en el crecimiento de una población cuyas características de crecimiento son las "óptimas" y sirven de base para evaluar el crecimiento de cualquier recién nacido o para comparar con otras poblaciones. Además, le indicará cómo se encuentra clasificado en este momento.

La clasificación del recién nacido por peso y edad gestacional es muy importante ya que indica el grado de riesgo al momento del nacimiento. La morbilidad y la mortalidad neonatal son inversamente proporcionales al peso y edad gestacional, lo que quiere decir que entre menos peso o menor edad gestacional, mayor será la morbilidad y la mortalidad.



3. Cómo determinar el peso para la edad gestacional

En el peso para la edad gestacional se compara el peso del recién nacido con el peso de otros recién nacidos de la misma edad. Identificará a los recién nacidos cuyo peso para la edad gestacional está adecuado, grande o pequeño.

Los recién nacidos que se encuentren por encima de la curva superior (90º percentilo) se consideran como grandes para su edad gestacional; aquellos que se encuentren entre las dos líneas se consideran como un crecimiento adecuado y los que se encuentren por debajo de la línea inferior (10º percentilo) se consideran como un crecimiento pequeño para la edad gestacional.

Observe el gráfico de peso para edad gestacional (ejemplo 1) para determinar el peso para la edad gestacional:

- a) Calcule la edad gestacional en semanas (por FUM o por examen físico).
- b) Pese al recién nacido. Si su balanza marca el peso en libras, utilice la tabla de conversión de libras y onzas a gramos que se encuentra en el anexo 1 y transforme las libras a gramos.
- c) Utilice el gráfico de peso para la edad gestacional para clasificar al recién nacido:
 - Mirar el eje del costado izquierdo para ubicar la línea que muestra el peso del recién nacido en gramos.
 - Mirar el eje inferior del gráfico para ubicar la línea que muestra la edad gestacional del recién nacido en semanas.
 - Buscar el punto en el gráfico donde la línea para el peso del recién nacido se encuentra con la línea de edad gestacional (ver ejemplo 1).



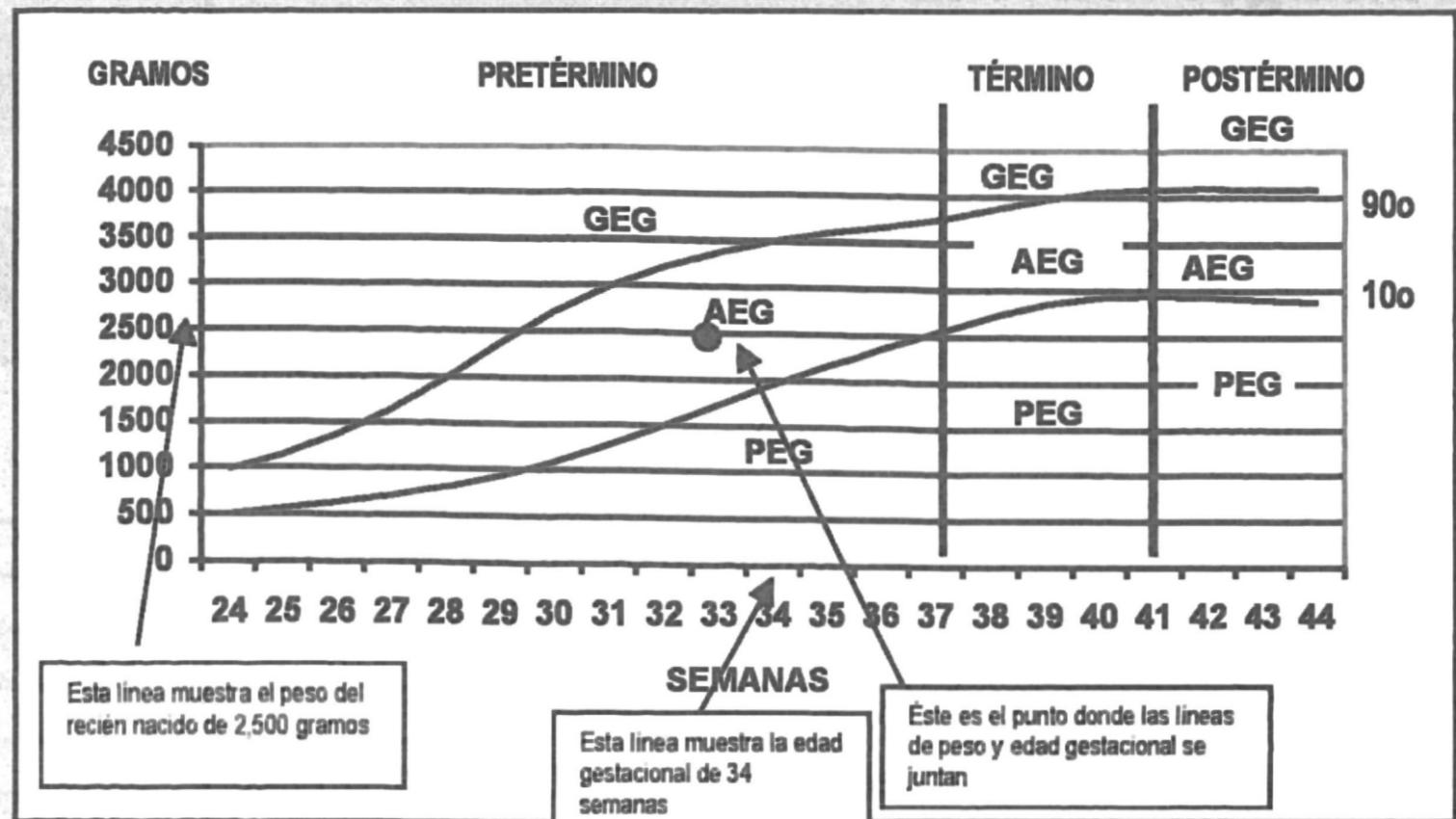
NOTAS



EJEMPLO I CÓMO CLASIFICAR AL RECIÉN NACIDO POR PESO Y EDAD GESTACIONAL

Recién nacido de 2,000 g y edad gestacional de 34 semanas

CLASIFIQUE POR PESO Y EDAD GESTACIONAL



4. Cómo clasificar al recién nacido utilizando el gráfico de crecimiento intrauterino

Existen diferentes clasificaciones para los recién nacidos, utilizando el peso y su edad gestacional:

a) Dependiendo de la edad gestacional, se clasifica de la manera siguiente:

- **Pretérmino**, cuando el recién nacido se ubica en la curva entre la semana 24 hasta la semana 36 de gestación, o sea *menos de 37 semanas*, independiente del peso al nacer.
- **Término**, cuando el recién nacido se ubica entre la semana 37 y 41 de gestación, independiente del peso al nacer.
- **Postérmino**, cuando el recién nacido se ubica después de la semana 41 de gestación, independiente del peso al nacer.

b) Dependiendo de su *ubicación en la curva*, se clasifica de la manera siguiente:

- ⇒ **Pequeño para su edad gestacional (PEG)**, cuando se ubica por debajo de la curva inferior (10º percentilo) independiente de su edad gestacional.
- ⇒ **Adecuado para su edad gestacional (AEG)**, cuando se ubica entre las dos curvas (10º a 90º percentilo) independiente de su edad gestacional.
- ⇒ **Grande para su edad gestacional (GEG)**, cuando se ubica por encima de la línea superior (90º percentilo) independiente de su edad gestacional.

c) Dependiendo de su *peso al nacer*, se clasifica de la manera siguiente:

- ⇒ **Bajo peso al nacer (BPN)** cuando se ubica en la curva entre el peso "0 g" y el peso "2,499 g", independiente de su edad gestacional, o sea, menos de 2,500 gramos.
- ⇒ **Muy bajo peso al nacer (MBPN)** cuando se ubica en la curva entre el peso "1,000 g" y el peso "1,500 g", independiente de su edad gestacional, o sea, menos de 1,500 gramos.

Extremado bajo peso al nacer (EBPN) cuando se ubica en la curva entre el peso "0 g" y el peso "999 g", independiente de su edad gestacional, o sea, menos de 1,000 gramos.

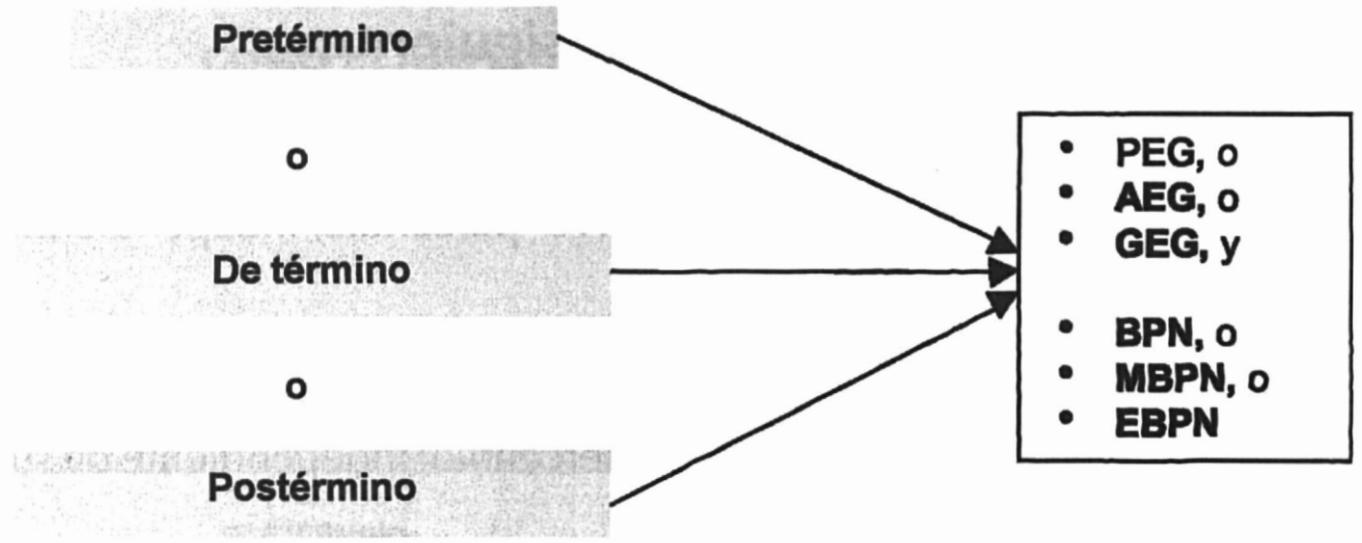
En el ejemplo 1, el recién nacido se clasificará como:

- ✓ Pretérmino (por estar ubicado entre la semana 24 y 37 de gestación).
- ✓ Adecuado para su edad gestacional (por estar ubicado entre los percentilos 10º y 90º).
- ✓ Bajo peso al nacer (por estar ubicado entre el peso "0 g" y el peso "2,499 g").

De esta manera, un recién nacido puede tener más de una clasificación:



NOTAS



NOTAS



A series of horizontal dashed lines provided for taking notes.

EJERCICIO INTRATEXTO 2

Caso Clínico

Recién nacida de sexo femenino, de 1,800 g y 38 semanas de EG. Antes del nacimiento, la frecuencia cardíaca fetal tenía grandes variaciones entre 40 y 160 latidos por minuto. Nace bañada en meconio espeso. El índice de Apgar al minuto fue de 2, frecuencia cardíaca 40 por minuto; no respira y sin respuesta a los estímulos.

Manejo:

1. ¿Qué hace usted para establecer la respiración en esta niña?
2. ¿Cómo preserva la temperatura de la recién nacida durante la reanimación?



NOTAS



EJERCICIO INTRATEXTO 3

Usando la información para la determinación clínica de la edad gestacional, resuelva los siguientes ejercicios.

Caso Clínico 1

Usted atiende a una recién nacida y al examinarla observa que tiene piel lisa, rojiza y las plantas de los pies son lisas sin surcos plantares. La estimación de la edad gestacional de esta recién nacida al pesarla es: 2,400 g.

- ¿Cuál sería su diagnóstico?

Caso Clínico 2

Le solicitan que evalúe a un recién nacido de sexo masculino. Al examen encuentra piel rosada con surcos en el abdomen, uñas largas y las plantas de los pies están cubiertas de pliegues hasta el talón. Su peso es de 1,900 g.

- Con base en los datos, ¿cuáles serían sus conclusiones para el diagnóstico?

NOTAS



EJERCICIO INTRATEXTO 4



Con este ejercicio, usted practicará la forma de clasificar a los recién nacidos según su PESO y EDAD GESTACIONAL. Deberá utilizar la curva de crecimiento intrauterino del ejemplo 1. En cada caso tendrá que decidir si el recién nacido es pretérmino, de término o postérmino (clasificación A); si es PEG, AEG o GEG (clasificación B) y si es de BPN, MBPN o EBPN (clasificación C) y al final decidir cuál sería la conducta inmediata.

Peso (gramos)	Edad gestacional (semanas)	Clasificación A	Clasificación B	Clasificación C	Conducta inmediata
1,250	28				
4,500	44				
1,500	34				
2,000	38				
2,500	27				
2,480	29				
3,200	39				
2,000	34				



D. Antropometría

Las medidas antropométricas más utilizadas para conocer el estado nutricional del recién nacido(a) son: peso, talla y perímetro cefálico. Para su medición se recomiendan las siguientes actividades:

1. Medición del peso

- Colocar una mantilla en el plato de la balanza para evitar que el(a) niño(a) sienta frío.
- Ajustar la balanza a cero con la mantilla en la balanza.
- Coloque al niño(a) sin ropa suavemente en la balanza.
- Espere que el(a) niño(a) se acomode y se estabilice el peso.
- Mida el peso y regístrelo inmediatamente.
- Verifique la calibración de la balanza una vez por semana o cada vez que se le transporte.

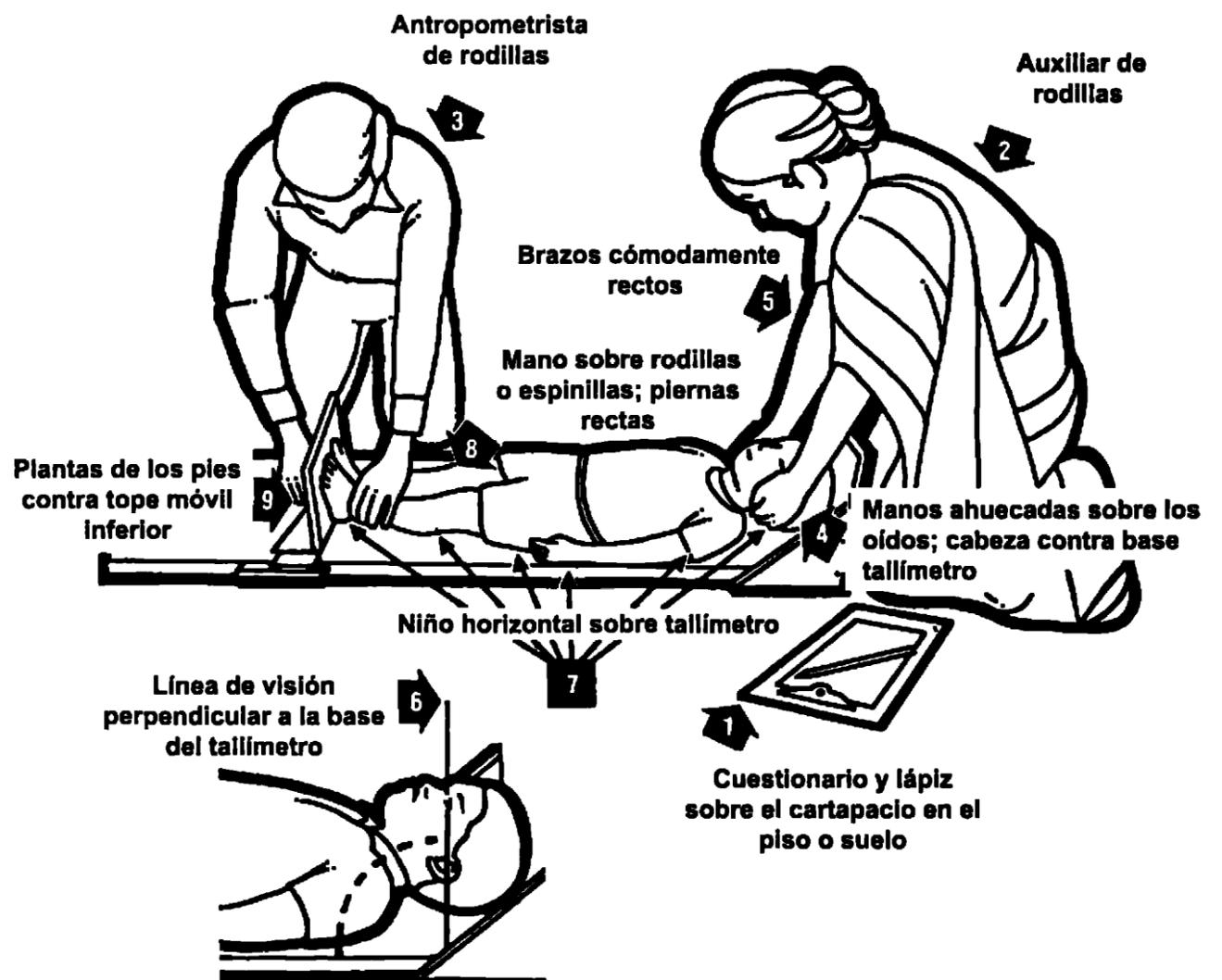
NOTAS



2. Medición de talla (longitud)

Para medir la talla se necesitan dos personas.

MEDICIÓN DE LA LONGITUD DE UN NIÑO



○ Una de ellas:

- Ayuda a colocar al niño(a) boca arriba en la tabla de medición, manteniendo la cabeza apoyada contra la cabecera del infantómetro.
- Verificar que el(a) niño(a) esté centrado a lo largo de la línea media de la tabla y que no cambie de posición.

○ La otra persona:

- Sostiene el tronco al tiempo que se coloca al niño(a) sobre la tabla en la posición adecuada.
- Coloca al niño(a) totalmente plano(a) contra la tabla.
- Coloca una mano sobre las espinillas arriba de los tobillos sobre las rodillas y presiona con firmeza (pero sin lastimar) hacia abajo. Con la otra mano, apoya con firmeza el tablón de medición inferior contra los talones del niño(a).
- Mide la longitud (con aproximación de 0.1 cm) y la registrar inmediatamente.



E. Examen Físico

Es importante que durante los procesos que se realizan en el examen físico del recién nacido se preste especial atención a la auscultación y a la palpación.

I. Auscultación

- **Corazón:** es importante la localización del punto de impulsión máxima (situs solitus, dextrocardia, situs inverso), presencia de soplos.
- **Pulmones:** verificar ventilación adecuada de ambos campos pulmonares.

2. Palpación

- **Abdomen:** para descartar presencia de masas intraabdominales.
- **Genitales en el varón:** palpar escroto, testículos descendidos, hidrocele, masas.



NOTAS



- **Genitales en la mujer:** masas en ingles, genitales externos.
- **Caderas:** verificar displasia o luxación.
- **Columna:** palpar vértebras, espina bífida oculta.
- **Extremidades:** polidactilia, sindactilia.

V. APEGO INMEDIATO MADRE - HIJO/HIJA

Mucha de la riqueza y de la belleza de la vida es derivada de las relaciones íntimas que cada individuo desarrolla con un pequeño grupo de seres humanos (madre, padre, hijo, hija, hermanos y hermanas). Con ellos cada individuo desarrolla un vínculo fuerte y único del cual dependerán todos sus afectos de amor, de pesar y de alegría durante su vida, por lo que es de primordial importancia ofrecer las mejores experiencias positivas al recién nacido con su capacidad de aprendizaje e interacciones, es decir, el cómo tratar de hacer humanos a los seres humanos.

NOTAS



Es bien conocido el impacto desastroso sobre el desarrollo motor, mental y afectivo del niño(a) cuando se ve sometido(a) a una separación materna prolongada. El apego es crucial para el desarrollo y sobrevivencia del ser humano.

El apego puede definirse como la relación única entre dos personas, la cual es específica y duradera a través del tiempo y la distancia (aun cuando haya una separación).

Los factores que son trascendentales en el proceso de apego son:

- El ser humano al nacer se encuentra en un período muy sensitivo y receptivo en los primeros minutos y horas de vida, en el cual es necesario que la madre y el padre tengan un contacto íntimo con él (ella) para que el desarrollo posterior sea óptimo.
- Existen respuestas específicas del padre y de la madre cuando por primera vez ven a su hijo.
- Durante el proceso de apego de la madre hacia su hijo(a), éste(a) responde con movimientos del cuerpo y de los ojos.
- Las personas que atienden y presencian un nacimiento pueden desarrollar sentimientos de apego hacia ese(a) niño(a).
- Cuando existen problemas en el nacimiento (vitalidad, anomalías congénitas), puede generar ansiedad en los padres y dar como resultado una preocupación de larga duración que puede afectar el buen desarrollo del niño. Por ello habrá que ofrecerles apoyo emocional y los mejores cuidados al niño(a) en la medida que las circunstancias lo demanden.



El sistema nervioso del recién nacido no funciona en el vacío, sino por el contrario se interacciona con su ambiente. El comportamiento de interacción de la madre y del padre hacia su hijo(a) es el producto de una combinación compleja de sus propias relaciones interpersonales, de su herencia genética y cultural, de las relaciones con su propia familia, así como experiencias propias con sus propios padres, hijos, hermanos o embarazos previos.

El neonato y sus reacciones de apego que engendra en sus padres en las primeras semanas de vida, pueden tomarse como predictivo para el futuro de ese individuo en sus relaciones con sus semejantes y con su medio ambiente que dará como resultado una persona humana con comportamiento normal y estable, útil para la sociedad en que se está desarrollando.

El ser humano al nacer está dotado ya de una neurofisiología cerebral activa, manifestada por la capacidad de sus cinco sentidos para percibir estímulos (visuales, auditivos, táctiles, gustativos y olfatorios), capacidad para elaborarlos y engendrar una interacción con su medio ambiente animado e inanimado que lo rodea.

En este sentido, la estimulación temprana es el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño(a) las experiencias que necesita desde su nacimiento para desarrollar al máximo su potencial psicológico. Esto se logra a través de la presencia de personas y objetos en cantidad



NOTAS



y oportunidad adecuadas y en el contexto de situaciones de variada complejidad, que generan en el niño(a) un cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una interrelación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo.

El apego madre-neonato se logrará dando orientación a la madre sobre el contacto visual, auditivo y táctil así como un alojamiento conjunto desde el momento en que nace su bebé.

VI. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Las ventajas de la lactancia materna están claramente reconocidas y constituye el medio ideal para alimentar al recién nacido. Las madres requieren información y apoyo en sus esfuerzos por establecer la misma y es la enfermera encargada de la asistencia postparto quien debe desempeñar la función de apoyar el proceso. En el desarrollo de este tema se describe la fisiología de la lactancia así como los cambios anatómicos que sufren las madres. De igual manera se resalta la importancia de educar a las mujeres sobre la mejor manera de llevar a cabo este proceso y los beneficios para el recién nacido.

NOTAS



A. Lactancia Materna

En la época actual, las condiciones de vida se han modificado, tales como actividad intensa, la madre trabajadora y la desaparición de apoyos familiares, por lo que las madres que se deciden por criar al pecho a sus hijos carecen actualmente de modelos apropiados y han perdido una fuente inmediata de ayuda, experiencia e información sobre la lactancia materna. Es por eso importante en el proceso de educación de la niña, la adolescente y la embarazada ofrecerles una información adecuada sobre la importancia de una lactancia materna exitosa (anexo 2).

1. Modificaciones de los pechos durante la gestación

Durante la gestación se agranda el pezón, aumenta la pigmentación y se endurece la aréola para una succión vigorosa. Al final de la gestación la mayor parte del tejido adiposo se ha reemplazado por tejido

glandular, los lóbulos se han desarrollado bajo el estímulo de la progesterona y el estrógeno producido por la placenta, mientras que los conductos lactíferos han alcanzado mayor ramificación y elongación.

2. Fisiología y establecimiento de la lactancia

Las dos principales hormonas de la lactogénesis son la prolactina (para la síntesis de la leche) y la oxitocina (para la secreción de la leche). El retiro de las hormonas placentaria y luteínica después del parto permite a la prolactina estimular en grado máximo la glándula secretoria de leche.

3. Calostro

El calostro se produce durante las primeras 72 horas de vida. Es amarillo y más espeso que la leche madura. Contiene más proteínas totales, más sodio, más cloro y potasio. Asimismo, contiene más anticuerpos y leucocitos, por lo que es importante que todo el personal involucrado en la atención de embarazadas y madres lactantes **motiven e instruyan a la madre acerca del consumo del calostro por parte del niño(a)** ya que además de ser nutritivo es de gran protección inmunológica para su hijo(a).

4. Secreción láctea

La secreción láctea depende de la succión del pecho por el recién nacido, lo cual estimula la producción de leche. Por ello es importante que inmediatamente después del parto se coloque a los recién nacidos al seno materno. La succión estimula la puesta en marcha de dos componentes del reflejo de la lactación:

- Supresión del control inhibitorio hipotalámico de la prolactina en la adenohipófisis para dar comienzo a la síntesis de la leche.
- Liberación de la oxitocina en la hipófisis posterior para dar comienzo a la secreción de leche.

El acariciar al niño(a), hablarle y ponérselo(a) al pecho ayuda a tranquilizar a la madre e inicia el proceso de secreción hormonal más tempranamente.



NOTAS



La secreción de leche comienza a los tres días postparto y continúa siempre que los pechos se vacíen total y frecuentemente. Esta regularidad en vaciar los pechos se considera un factor muy importante para el establecimiento de una lactancia exitosa.

5. Lactancia materna exclusiva

Es aquella como el nombre lo indica está basada en el **uso exclusivo de leche materna**, sin el uso de ningún otro líquido o alimento, la cual se recomienda **durante los primeros seis meses de vida**. La ablactación se llevará a cabo después de esta edad y es recomendable que la lactancia materna se prolongue hasta los 18 o 24 meses de edad. A la madre se le dará una buena instrucción y facilidades para mantener una buena nutrición, una buena ingesta calórica y proteica y si es posible suplementación vitamínica y mineral durante todo el período de lactancia.

B. Drogas y Lactancia Materna

Muchos factores afectan la excreción de un fármaco en la leche, entre ellos la vía de administración, el grado de ionización, la solubilidad en lípidos, el peso molecular, el pH y su capacidad de unión con las proteínas. El apareamiento de las drogas en la leche materna está condicionada por:

- La dosis
- La concentración
- El tiempo o cronicidad de la administración

Una lista completa de los diferentes fármacos, su excreción en la leche y sus efectos en el neonato pueden consultarse en cualquier texto de farmacología clínica o de pediatría, como la Pediatría de Dieter Harms y Joehem Scharf (1999, página 525).

C. Anovulatorios: Lactancia y Ovulación

Los anovulatorios hormonales pueden inhibir la lactación si se administran en las primeras semanas postparto. El amamantamiento por sí tiene un efecto anovulatorio más manifiesto cuando se **amamanta en forma completa y exclusiva**, siendo muy eficaz el efecto anovulatorio cuando **el infante es amamantado más de diez veces en 24 horas**. Cuando se cumplen estas condiciones, la ovulación y menstruación se demora al menos diez semanas y aun hasta 26 semanas. La inhibición de la ovulación se debe al aumento de

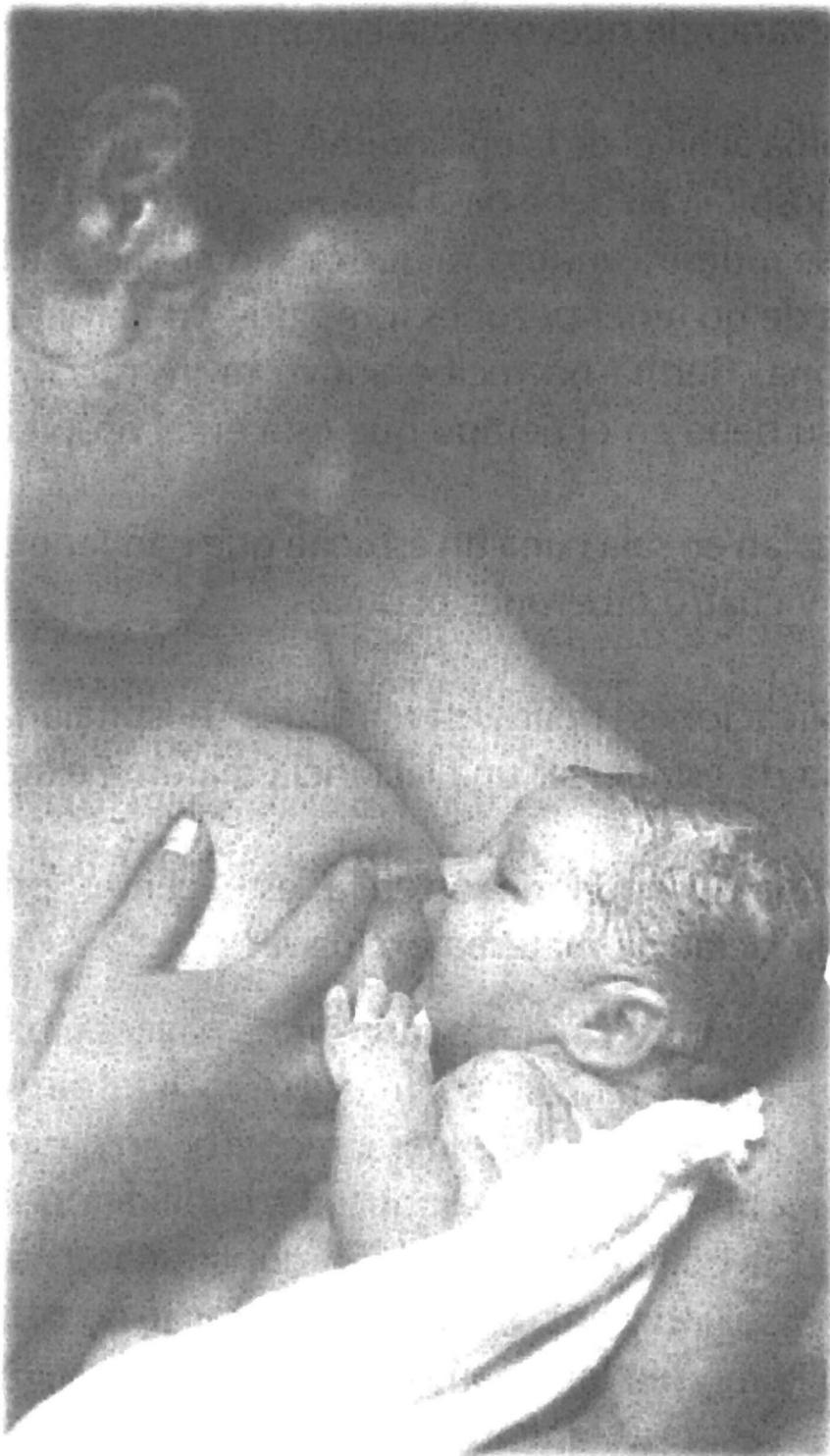
NOTAS



secreción de progesterona por los ovarios, estimulada por los altos niveles de prolactina en la mujer lactante.

Para garantizar el efecto anticonceptivo de la lactancia materna deben existir tres condiciones básicas:

- Que el(a) bebé tengan menos de seis meses de edad.
- Que se practique la lactancia materna exclusiva.
- Que la madre no haya presentando ningún período menstrual (método mela).



NOTAS



EJERCICIO INTRATEXTO 5

Utilizando la información revisada hasta el momento en la presente unidad y el anexo 3 "Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna", resuelva el siguiente ejercicio.

La señora Bertha Díaz, madre de 21 años, primigesta, tuvo su parto sin complicaciones en un centro privado. Por normas administrativas de ese hospital la separan de su bebé en sala de partos al momento de nacer y no lo volvió a ver sino hasta el día siguiente a las 09:30. La enfermera le indica que el bebé ya tomó dos onzas de leche en la sala cuna y puede tener a su bebé hasta la visita de amigos y familiares, hora en que se lo llevarán de nuevo a sala cuna.

Por un hematoma al nivel de la episiotomía, Bertha necesita quedarse tres días en el hospital. Su bebé pasa la mayor parte del tiempo en sala cuna y Bertha se muestra ansiosa ya que cuando tiene a su bebé junto a ella, se queja de no tener pezones formados y refiere dolor cuando el bebé succiona. Bertha no recibe apoyo ni instrucción de cómo amamantar a su bebé en el tiempo que está en el hospital.

Al egreso le regalan en sala cuna un estuche que contiene dos latas de leche artificial y cuatro biberones plásticos.

1. ¿Qué implicaciones tiene esta política hospitalaria sobre la importancia de establecer una lactancia materna exitosa?
2. ¿Qué medidas propondría usted a este centro privado para promover la lactancia materna exclusiva?

NOTAS



VII. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD NEONATAL

Es importante que detectemos tempranamente algunos factores que hacen que el recién nacido requiera cuidados y tratamientos especiales. Se estima que 60% de los mismos están expuestos a uno o más de estos factores; al identificarlos podemos prevenir complicaciones oportunamente.

A. Bajo Peso al Nacer

Son aquellos recién nacidos que pesan $< 2,500$ g al nacer (OMS), los cuales pueden ser pretérmino o sea < 37 semanas de gestación, por malnutrición intrauterina, infección intrauterina y/o anomalías congénitas cromosómicas.

El recién nacido de bajo peso al nacer puede ser pretérmino, a término o postérmino.

Prematurez se refiere al recién nacido < 37 semanas. Su etiología en la mayoría de los casos permanece oscura, pero pueden provocarla las infecciones urinarias maternas, la ruptura prematura de las membranas ovulares, la incompetencia del cuello uterino, la hemorragia por placenta previa marginal o central total, el desprendimiento prematuro de placenta, y la preeclampsia (esta última por tener que resolver el problema materno).

La morbilidad neonatal estará con relación al grado de prematurez de los bebés ya que los hace susceptibles a las infecciones severas debidas al estado inmunológico incompetente, susceptibilidad al enfriamiento, mayor predisponibilidad a la anemia y a las hemorragias, problemas de respiración por inmadurez pulmonar, dificultad en la alimentación por inmadurez en el mecanismo de succión y deglución, y absorción intestinal. Por tanto, la mortalidad neonatal temprana o tardía va en relación directa con el grado de prematurez.

B. Asfixia

Los factores asociados a la etiología de la asfixia se pueden resumir en: maternos, placentarios, y del cordón umbilical.



NOTAS



NOTAS



- **Maternos**
 - Reducción del flujo útero-placentario: enfermedad vascular sistémica, incluyendo preeclampsia.
 - Hipotensión: agentes hipotensores, anestesia regional, hemorragia materna severa.
- **Placentarios**
 - Desprendimiento de la placenta normalmente inserta.
 - Insuficiencia placentaria aguda o crónica (agravada por contracciones uterinas).
- **Cordón umbilical**
 - Prolapso, circulares apretadas, nudos del cordón.

1. Fisiopatología

Dos problemas básicos están asociados con la asfixia en el recién nacido, ya sea por una disminución en el flujo sanguíneo y otra por una mala oxigenación a los órganos con la consiguiente mala perfusión tisular. Tiene como efecto un fallo multisistémico, en el que se pueden observar los siguientes daños:

- **El corazón:** puede llegar al daño subendocárdico y músculo del capilar, produciendo trastornos de conducción, bloqueos aurículoventriculares, arritmia, hipertensión.
- **El pulmón:** se produce un aumento de la resistencia vascular pulmonar con aumento de la retención del CO₂ (persistencia de la circulación fetal).
- **El riñón:** se produce necrosis tubular y hemorragia medular, con producción de insuficiencia renal aguda, oliguria, anuria, retención de cuerpos nitrogenados y elevación de la creatinina sérica; en los casos severos se presenta hipercalemia que puede ser fatal.
- **El hígado:** se produce necrosis celular y congestión centrolobular, produciendo un cuadro idéntico al de la colestasis.
- **La sangre:** se produce daño endotelial con el desarrollo del síndrome de coagulación intravascular.

- El sistema nervioso central: se produce el síndrome de hipoxia-isquemia, produciéndose aumento de la presión intracraneana, asociada a daño de la membrana celular y edema con disminución del flujo sanguíneo cerebral. Otros efectos son: hemorragia intracerebral, infarto cortical.
- El tracto gastrointestinal: se producen úlceras de estrés (estómago o intestino) con hematemesis o enterorragia y/o perforación, enterocolitis necrotizante, especialmente en los recién nacidos de bajo peso al nacer.



Por cada minuto que se retrasa la ventilación, habrá un retardo de dos minutos antes de que la niña intente respirar y cuatro minutos antes de que la respiración rítmica se establezca. Por lo tanto, entre más se retrase el inicio de la ventilación artificial, más tiempo tomará resucitar al infante.

2. Manejo

Reanimación con resucitación cerebral inmediata. Proveer oxigenación adecuada (cámara cefálica con FiO_2 -flujo del oxígeno- al 100%), establecimiento de vía aérea en caso de apnea prolongada con intubación endotraqueal preferiblemente orotraqueal, restricción de líquidos, aportación de carbohidratos sin exceso para evitar la hiperglucemia, monitoreo de oxígeno percutáneo, monitoreo de presión arterial, de la excreta urinaria. **Al estabilizar referir cuanto antes al recién nacido asfixiado a un centro con especialidad en atención neonatal.**

6. Infección

I. Infecciones bacterianas

Muchos son los factores que ponen en riesgo al feto y al neonato de adquirir una infección bacteriana, como la ruptura prematura prolongada de membranas o la infección vía hematógena transplacentaria.

La conjuntiva de los ojos del recién nacido queda expuesta en su trayecto por el canal del parto a microorganismos capaces de producir infección ocular, oftalmía neonatal; el gonococo y la clamidia son sus principales causas que aparecen varios días después del nacimiento. Es importante diferenciarlas de la oftalmía química por la aplicación



NOTAS



NOTAS



profiláctica de gotas de nitrato de plata o sulfa, al nacer, que produce una secreción ocular de apariencia purulenta, pero que a la coloración de Gram revela solo leucocitos sin presencia de bacterias.

2. Conjuntivitis gonocócica

Producida por la *N. gonorrhoeae*, aparece al tercer día, generalmente bilateral manifestada con un cuadro violento de conjuntivitis con abundante secreción amarillo-verdosa, acompañada de edema palpebral; puede producir queratitis y úlceras corneales. Es altamente contagiosa por lo que las medidas para evitar su difusión a otros recién nacidos o al personal deben ser estrictas. El diagnóstico se confirma mediante un frote Gram con organismos intracelulares. El tratamiento se debe realizar con las dosis adecuadas de penicilina cristalina.

3. Conjuntivitis por Clamidia

Producida por la *Clamidia tracomatis*, aparecerá entre el quinto y el décimo día de vida. Generalmente es unilateral, con secreción purulenta moderada y leve edema del párpado inferior. El diagnóstico se hace con un frote con coloración Giemsa. El tratamiento es con Tetraciclina tópica y Eritromicina por vía oral. De no tratarse adecuadamente, el niño estará en riesgo de presentar una neumonía a Clamidia, semanas más tarde.

La omisión de lavado de manos por el personal que asiste al neonato al nacer es la causa más común de colonización inadecuada del recién nacido por agentes bacterianos, especialmente hospitalarios, que conduce a una alta morbilidad debida a infecciones cruzadas o nosocomiales.

4. Infecciones intrauterinas

Las infecciones intrauterinas pueden tener impacto en la etiología de anomalías congénitas adquiridas por el embrión o el feto, con gran repercusión social o familiar. El interés radica en la producción de defectos físicos o neurológicos, con grandes alteraciones en el crecimiento y desarrollo fetal. Prácticamente todas las enfermedades maternas producidas por virus o por parásitos, son potencialmente un riesgo para el embrión y el feto con repercusión a largo plazo en el recién nacido.

D. Anomalías Congénitas

Al momento del nacimiento habrá que observar que el recién nacido no presente anomalías visibles aparentes (orejas, ojos, labios, paladar, cuello, extremidades y espalda, manos, pies, dedos, piel y tejidos blandos, genitales, ano).

Minutos y horas después del nacimiento habrá que sospechar la posibilidad de anomalías internas por la presencia de signos clínicos como cianosis persistente (anomalías cardíacas), dificultad respiratoria progresiva (anomalías pulmonares o extrapulmonares), persistencia de secreciones orofaríngeas (atresia esofágica), vómitos en proyectil o teñidos de bilis (atresia intestinal alta), distensión abdominal progresiva (atresia intestinal baja).

Aproximadamente 4% de los recién nacidos nacen con alguna anomalía congénita mayor, que tienen como causa anomalías genéticas cromosómicas o multifactoriales, dismorfogénesis, efectos tóxicos e infecciosos sobre el embrión y el feto. Algunas de estas anomalías tendrán alta letalidad al nacimiento.



NOTAS

VIII. ENFERMEDADES CRÍTICAS DEL NEONATO

A continuación estudiaremos las enfermedades más frecuentes en el neonato, sus causas o factores de riesgo, así como los procedimientos o intervenciones que deberán aplicarse oportuna y adecuadamente con el propósito de disminuir las complicaciones.

A. Sistema Inmunológico e Infección

Los agentes etiológicos de las infecciones neonatales han cambiado durante las últimas cuatro décadas. Esto se debe en parte al uso indiscriminado de drogas antimicrobianas y a la falta de cuidado en procedimientos o técnicas de mantenimiento de la vida de los infantes con problemas al nacer (catéteres, cánulas, respiradores).

El cuidado estricto del lavado de manos antes y después de atender a los neonatos, tiene un impacto importante en evitar las infecciones cruzadas entre los(a) recién nacidos(as) como impétigo, onfalitis, etc.



Los mecanismos de defensa inmunológica en el recién nacido no son adecuados y están relacionados con la edad gestacional. La respuesta celular y humoral está limitada, los neonatos son incapaces de concentrar sus células inflamatorias selectivamente en el lugar de inflamación. También la movilización y fagocitosis de sus leucocitos está disminuida lo que permite invasión y propagación rápida, con multiplicación de los agentes ofensores. Asimismo, las cantidades séricas de inmunoglobulina materna están también en relación directa con la edad gestacional. Sólo después de las 35 semanas de gestación se transfiere la IgG que protege primordialmente contra gérmenes Gram positivos y algunos virus; y la IgM no atraviesa la barrera placentaria, lo que explica la susceptibilidad del neonato a infecciones por gérmenes Gram negativos.

B. Enfermedades de la Sangre

Las principales enfermedades de la sangre que pueden afectar al recién nacido(a) son:

NOTAS



I. Hemorragia

En el feto y en el recién nacido se pueden presentar varias causas de pérdida de volumen sanguíneo y como consecuencia les produce anemia aguda, anemia crónica, shock o muerte. La hemorragia puede ser

- **Ocultas**
 - feto-madre
 - feto-feto
- **Accidentes obstétricos**
 - Ruptura del cordón umbilical
 - Desprendimiento prematuro de placenta
 - Placenta previa sangrante
- **Hemorragia interna**
 - Parto traumático (cefalohematoma, hemorragia subaracnoidea, ruptura hepática, ruptura esplénica, hemorragia retroperitoneal)

2. Anemia

Se define en el neonato como un valor < 11 g/dl de hemoglobina y un hematócrito $< 45\%$. Las causas de anemia son:

- Hemorragia en el feto o en el recién nacido.
- Hemólisis (isoimmunización, incompatibilidad de grupo ABO, defectos congénitos del eritrocito).
- Producción inadecuada de eritropoyesis.
- Extracciones de sangre a repetición para exámenes de laboratorio, especialmente en niños de muy bajo peso al nacer.
- Atención inadecuada del parto, favoreciendo la transfusión fetoplacentaria.

Los síntomas van a depender del grado de anemia. En la anemia aguda: polipnea, taquicardia, palidez, fallo cardíaco; en la anemia crónica: palidez, hepatoesplenomegalia.

El tratamiento para corregirla dependerá de la causa de la anemia. La transfusión de sangre es peligrosa, hay riesgo de hipervolemia, transferencias de virus HIV, hepatitis B, sífilis, malaria. En algunos casos estará indicada la transfusión de células empacadas (microtransfusiones de 5 cc/kilo de peso).

3. Policitemia

Se define como un hematócrito central $> 65\%$ que conduce al aumento de la viscosidad sanguínea que se manifestará clínicamente con plétora, taquicardia, tiraje, cianosis, hipoglucemia y signos neurológicos como letargia, convulsiones.

Los factores predisponentes en la etiología de la policitemia son: hipoxia intrauterina, disfunción placentaria crónica, pinsamiento tardío del cordón umbilical, síndrome de Down, transfusiones feto-feto.

El tratamiento consistirá en disminuir el hematócrito por medio de una exanguino transfusión parcial.

4. Ictericia

La ictericia es el signo clínico más frecuentemente observable en los recién nacidos debido a la elevación de la concentración sérica de la bilirrubina. Se le denomina fisiológica si el valor de bilirrubina sérica es $< 12.5 \text{ mg\%}$; e hiperbilirrubinemia cuando sobrepasa el valor fisiológico.



NOTAS



La causa hemolítica se debe a infección (bacterias, virus, protozoos), isoinmunización Rh, incompatibilidad ABO, defectos bioquímicos congénitos (deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa), y estructura anormal de los eritrocitos (esferocitosis, etc.).

La mayoría de las causas de ictericia se resuelven espontáneamente con la edad postnatal, algunas requieren el uso de la fototerapia y la exanguino transfusión solo se usará en casos de una velocidad de hemólisis severa.

C. Convulsiones

Las características anatómicas estructurales y fisiológicas del funcionamiento del cerebro del neonato hacen que las crisis convulsivas sean distintas a los niños de cualquier otra edad, lo que obliga a entrenar al personal a cargo para el rápido reconocimiento de las mismas. Generalmente, el neonato presentará crisis erráticas que se presentan con movimientos clónicos inconstantes, rápidamente migratorios que en forma desordenada pasan de una parte del cuerpo a otras áreas ipsilaterales. Ocasionalmente, pueden presentarse convulsiones clónicas francamente focales. Las crisis tónicas generalizadas pueden sugerir el inicio de una hemorragia intracraneana, sobre todo en el recién nacido prematuro.

NOTAS



Las convulsiones sutiles son frecuentes, que incluyen desvío horizontal de los ojos, parpadeo, movimientos bucolinguales (chupeteo), movimientos natatorios o de pedaleo. Éstas se deben al estado del sistema nervioso central del neonato que es inmaduro y desorganizado, por lo que las crisis de tipo tónico clónico son una rareza.

La época de presentación de las crisis convulsivas está relacionada con su etiología. El daño cerebral hipóxico isquémico es la causa aislada más común de crisis neonatal. Éstas se inician en las primeras 12 a 24 horas, son severas y frecuentes; se asocian la mayoría de las veces a convulsiones sutiles.

Las crisis convulsivas resultantes de la contusión cerebral por traumatismo obstétrico generalmente se presentan al segundo día de vida como crisis focales.

Cuadros metabólicos como hipoglucemia pueden ser causa de crisis convulsivas. Otro tipo de crisis como la tetania neonatal, tremores, clonus de mandíbula o pies se ven frecuentemente en la hipocalcemia, hipomagnesemia. Igualmente habrá que descartar la presencia de hiponatremia o hipernatremia.

1. Causas de convulsiones en el período neonatal

· Metabólicas: asfixia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hipoglucemia, hiponatremia, deficiencia de piridoxina.

- **Hemorragia intracraneana:** trauma obstétrico, hemorragia intraventricular o periventricular.
- **Infecciones:** meningitis, encefalitis, toxoplasmosis, citomegalovirus.
- **Genéticas:** facomatosis, trisomía 13/15, etc.
- **Misceláneas:** abstinencia a narcóticos, toxinas exógenas.

2. Tipos de crisis convulsivas neonatales

Las características anatómicas estructurales y fisiológicas del funcionamiento del cerebro del neonato hacen que las crisis convulsivas sean distintas a los niños de cualquier otra edad, lo que obliga a entrenar al personal a cargo para el rápido reconocimiento de las mismas. Generalmente, el neonato presentará crisis erráticas que se presentan con movimientos clónicos inconstantes, rápidamente migratorios que en forma desordenada pasan de una parte del cuerpo a otras áreas ipsilaterales. Ocasionalmente, pueden presentarse convulsiones clónicas francamente focales. Las crisis tónicas generalizadas pueden sugerir el inicio de una hemorragia intracraneana, sobre todo en el recién nacido prematuro.

Las convulsiones sutiles son frecuentes, que incluyen desvío horizontal de los ojos, parpadeo, movimientos bucolinguales (chupeteo), movimientos natatorios o de pedaleo. Éstas se deben al estado del sistema nervioso central del neonato que es inmaduro y desorganizado, por lo que las crisis de tipo tónico clónico son una rareza.

La época de presentación de las crisis convulsivas está relacionada con su etiología. El daño cerebral hipóxico isquémico es la causa aislada más común de crisis neonatal. Éstas se inician en las primeras 12 a 24 horas, son severas y frecuentes; se asocian la mayoría de las veces a convulsiones sutiles.

Las crisis convulsivas resultantes de la contusión cerebral por traumatismo obstétrico generalmente se presentan al segundo día de vida como crisis focales.



NOTAS



Cuadros metabólicos como hipoglucemia pueden ser causa de crisis convulsivas. Otro tipo de crisis como la tetania neonatal, tremores, clonus de mandíbula o pies se ven frecuentemente en la hipocalcemia, hipomagnesemia. Igualmente habrá que descartar la presencia de hiponatremia o hipernatremia.

3. Evaluación diagnóstica

Deberá incluir una historia clínica completa de los antecedentes prenatales, del tipo de parto y del nacimiento. Examen físico, determinaciones de laboratorio; el ultrasonido transfontanelar es de suma utilidad y algunas veces para confirmar algún hallazgo habrá que recurrir a la tomografía cerebral.

4. Tratamiento

Prevenir el daño cerebral detectando signos que indiquen sufrimiento fetal, prevención de hipoglucemia y otros trastornos metabólicos, prevención de infecciones, etc.

NOTAS



5. Drogas

El fenobarbital continúa siendo el medicamento de elección en el período neonatal. La dosis de saturación es de 15 a 20 mg/kg por vía intravenosa. La dosis de mantenimiento es de 5 mg/kg/día dividido en dos dosis diarias por vía oral lo antes posible. La difenil hidantoina es la droga de segunda línea a 15 mg/kg como dosis de saturación y 5 mg/kg/día cada 12 horas como dosis de mantenimiento.

D. Problemas Respiratorios

La madurez pulmonar va de acuerdo a la edad gestacional. Los recién nacidos con más de 36 semanas respirarán normalmente al nacer.

Los problemas respiratorios ocupan el primer lugar entre las causas de morbilidad y mortalidad de los recién nacidos. Esto es debido a la complejidad de los cambios hemodinámicos y pulmonares al nacer, desde la adaptación al ambiente extrauterino, pasando por la hipoxia intrauterina o extrauterina hasta la inmadurez pulmonar, así como causas intratorácicas (anomalías congénitas) como extratorácicas.

El cuadro 2 describe los diagnósticos diferenciales de problemas respiratorios en el neonato.

**CUADRO 2
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PROBLEMAS RESPIRATORIOS EN EL NEONATO**

Intrapulmonar			Extrapulmonar			
Frecuente	Poco Frecuente	Raro	Corazón	Metabólica	Cerebral	Sangre
<ul style="list-style-type: none"> · Enfermedad de membrana hialina · Taquipnea transitoria (pulmón húmedo) · Síndrome de aspiración de meconio 	<ul style="list-style-type: none"> · Hemorragia pulmonar · Neumonía · Neumotórax · Neumo-mediastino 	<ul style="list-style-type: none"> · Obstrucción superior de la vía aérea (atresia de coanas) · Lesiones que ocupan espacio (hernia diafragmática) 	<ul style="list-style-type: none"> · Enfermedad cardíaca congénita 	<ul style="list-style-type: none"> · Acidosis · Hipoglucemia · Hipotermia 	<ul style="list-style-type: none"> · Hemorragia · Edema cerebral · Drogas 	<ul style="list-style-type: none"> · Pérdida aguda · Hipovolemia · Hiperviscosidad

E. Problemas Metabólicos

Las principales alteraciones metabólicas que se observan en el recién nacido son hipoglucemia e hiperglicemia.

I. Hipoglucemia

Se define como niveles de glucosa sérica < 40 mg/dl.

a) Etiología

- Disminución de los depósitos de glucógeno (retraso del crecimiento intrauterino, prematurez).
- Aumento de los niveles circulantes de insulina (hijo de madre diabética, displasia de las células B del páncreas, eritroblastosis fetal, uso de drogas por la madre como la terbutalina o clorpropamida).
- Utilización aumentada de glucógeno (septicemia, meningitis, asfixia, hipotermia, policitemia).
- Administración inadecuada de glucosa, por ejemplo: infusión de glucosa intravenosa a la madre durante el trabajo de parto.

Esta alteración debe investigarse especialmente en recién nacidos con las siguientes características: recién nacido pequeño para su edad gestacional, en el gemelo de menor peso, en el recién nacido grande para edad gestacional, en el recién nacido hipotérmico.



NOTAS



b) Síntomas de la hipoglucemia

Temblor fino, apatía, hipotonia, llanto débil, rechazo del alimento (mala succión), otros signos clínicos no explicables como dificultad respiratoria, apnea o cianosis.

c) Tratamiento

Lo primordial es prevenir la hipoglucemia en el grupo de riesgo de este trastorno metabólico con el inicio precoz de la lactancia materna. En algunos casos será necesaria la suplementación con una solución de dextrosa en agua por vía oral con el monitoreo de la glucosa sérica por medio del dextrostix o del uso de un glucómetro. Si a pesar de las medidas preventivas los valores de glucosa caen por debajo de los 30 mg/dl, habrá que iniciar una infusión constante de glucosa a razón de 6 mg/kg de peso/minuto. Si aun así persistiera la hipoglucemia habrá que aumentar la infusión entre 8 a 15% mg/kg/minuto; en tal caso, será mejor trasladar al recién nacido a un centro de atención especializada.

NOTAS



2. Hipocalcemia

Se define como un calcio sérico total < 6 mg/dl.

a) Recién nacidos en riesgo de hipocalcemia neonatal

En las primeras 72 horas hijos de madres diabéticas, hijos de madres toxémicas, recién nacidos de bajo peso al nacer, recién nacidos prematuros, recién nacidos con retardo del crecimiento intrauterino, recién nacidos con asfixia perinatal, recién nacidos con sepsis.

b) Tratamiento

Debe utilizarse el gluconato de calcio al 10% de 100 a 200 mg/kg/vía endovenosa en bolus muy lentamente cada seis horas (hay que ser muy cuidadoso para no producir lesiones necróticas dérmicas).

F. Urgencias quirúrgicas

Las anomalías congénitas incompatibles con la vida, a menos que sean corregidas constituyen una verdadera emergencia al nacer y se requiere de un juicio experimentado en el diagnóstico precoz, de un manejo adecuado del neonato pre y postoperatorio, así como de una técnica quirúrgica altamente refinada.

1. Atresia de coanas

Las coanas son las conexiones normales entre la vía nasal y la nasofaringe.

Instintivamente el niño respira por la nariz y no es sino hasta más tarde que aprende a respirar por la boca. El recién nacido con atresia bilateral de coanas puede morir de asfixia. Estos bebés muestran al nacer lucha respiratoria con tiraje costal y supraclavicular con cianosis. Esto constituye una emergencia rara cuya solución inmediata puede ser colocar en la boca del niño(a) un mamón con el extremo cortado para aliviar los síntomas. El tratamiento definitivo es la intervención transpalatina.

2. Hernia diafragmática

La frecuencia de esta entidad es de 1:6,473 nacimientos vivos en el ámbito institucional en nuestro medio.

Las características clínicas por paro en el desarrollo del diafragma durante la octava y décima semana del embarazo causa una separación incompleta de la cavidad pleural y de la abdominal. El defecto se localiza del lado izquierdo en 85% de los casos y a través de este agujero se hernian las vísceras abdominales hacia el tórax, comprimiendo el pulmón y causando hipoplasia del mismo.

a) Cuadro clínico

Disnea con taquipnea y cianosis. Los ruidos respiratorios están ausentes del lado afectado y pueden escucharse ruidos nuevamente. El abdomen es escavado y vacío, los ruidos cardíacos estarán desviados hacia el lado opuesto.

El diagnóstico se confirma por medio del estudio radiográfico del tórax que muestra asas intestinales con desplazamiento del mediastino. El estudio de gases sanguíneos muestra hipoxia marcada, hipercapnia y acidosis.

b) Tratamiento

Es eminentemente quirúrgico en un centro de atención terciaria con cirugía pediátrica.

3. Atresia del esófago

La incidencia institucional de esta anomalía en nuestro medio es de 1:7,340.



NOTAS



Es causado por un defecto al nivel del septum traqueo-esofágico, el cual se forma alrededor de la cuarta-sexta semana de embarazo. En 85 a 90% de los casos el esófago proximal termina en fondo de saco ciego y el distal es una fístula traqueo-esofágica con la que el feto no puede deglutir líquido amniótico y la madre presentará polihidramnios.

El recién nacido es incapaz de tragar su saliva y con facilidad desarrolla aspiración laringotraqueal con producción de neumonitis, lo que hace empeorar el pronóstico del recién nacido.

a) Diagnóstico

Habrán que sospechar esta entidad en todo recién nacido que presente secreción bucofaríngea abundante. Se confirmará con el paso de una sonda orogástrica que topa en el fondo del saco esofágico. La radiografía de tórax mostrará aire en dicho saco. El uso de bario como material de contraste está contraindicado ya que puede producir una neumonitis severa.

b) Tratamiento

- Pasar sonda nasofaríngea al esófago proximal para drenaje del mismo por gravedad y aspirar la sonda para evitar una posible aspiración.
- El bebé debe ser puesto en posición semisentada.
- Consulta o referencia al cirujano pediátrico.

4. Atresia y estenosis duodenal

Ésta es la causa más frecuente de obstrucción congénita del duodeno; casi 25% de los casos se presenta en niños con trisomía 21. La madre tendrá polihidramnios. La mayoría de atresias está justo por debajo de la ampolla de Vater, por lo que el recién nacido tendrá vómitos de bilis. La radiografía simple de abdomen muestra la clásica imagen de la doble burbuja y no se observa paso de aire al resto del intestino.

El diagnóstico se verifica con laparotomía y el tratamiento quirúrgico consiste en un desvío de la obstrucción con una anastomosis duodeno-duodenal o duodeno-yeyunal.

5. Atresia de yeyuno e íleon

Se manifestará con la presencia de vómitos biliosos y distensión abdominal progresiva dependiendo del nivel de la obstrucción. Es necesario el estudio de rayos X. Las asas proximales se notan distendidas y hay ausencia de gas más allá del punto de la atresia, lo cual indica la necesidad de una intervención quirúrgica inmediata.

NOTAS



6. Ano imperforado

La ausencia de un orificio anal es fácilmente reconocible, pero es frecuente que pase desapercibido, a menos que se haga un cuidadoso examen del perineo del recién nacido.

El tratamiento necesita en su mayoría de una cirugía abdominoperineal.

7. Onfalocele y gastrosquisis

El onfalocele es un defecto a nivel del ombligo, recubierto de peritoneo. La gravedad del defecto está relacionado a su tamaño. En los defectos grandes contendrán intestino, vejiga, hígado, bazo, estómago.

El tratamiento es eminentemente quirúrgico y dependiendo del tamaño deberá ser referido a un centro con cirugía neonatal.

La gastrosquisis es un defecto de los músculos abdominales por donde se evisceran los órganos abdominales y no hay cobertura de peritoneo. También es una emergencia quirúrgica.

IX. EDUCACIÓN DE LA MADRE Y FAMILIA

La mayor parte de las instituciones de asistencia postparto cuentan con programas educativos dirigidos a padres que consisten en charlas y guías básicas de enseñanza para la adaptación del nuevo ser que ha nacido. Es importante que el personal de salud domine conocimientos generales sobre la asistencia de los lactantes para enseñar y apoyar a los padres sobre cómo alimentar y cuidar al niño para prevenir enfermedades.

A. Puericultura

Durante años se ha mantenido la creencia que los niños eran cosa de las madres. La mujer representaba el personaje tierno y afectuoso que velaba por el hogar y los hijos, mientras que el hombre era concebido como la figura autoritaria que imponía orden y ganaba dinero. Con la evolución de las costumbres y la incorporación de la mujer al mundo laboral, estos conceptos han variado. **La mujer no es menos madre porque salga de casa para traer un sueldo, y el padre no es menos hombre porque se muestre tierno con su hijo o le cambie los pañales;** es más, se ha demostrado que los(as) niños(as) pequeños(as) necesitan el contacto físico y la presencia del padre al igual que el de





la madre. Ver al padre, oír su voz y ser mecido y acariciado por él favorece un contacto íntimo que sienta las bases para sus buenas relaciones futuras.

Es un prejuicio no fundamentado pensar que los hombres no saben cuidar a los bebés. Tampoco lo sabe la mujer que va a ser madre por primera vez y lo aprende; de manera que si los hombres ponen un poco de interés y dedicación, pronto serán unos expertos en el cuidado de sus hijos. Es cuestión de práctica .

1. Importancia del calostro

A la madre se le debe enseñar las ventajas que conlleva el amamantar a su hijo(a) en las primeras 72 horas de vida del niño(a), antes de la bajada de la leche, entre estas: acción protectora de anticuerpos, acción laxante, acción nutritiva.

2. El cuidado de los ojos del bebé

Es frecuente la oclusión de uno o ambos lagrimales manifestado por lagrimeo y legañas en los primeros días de vida, que requerirá masaje al lagrimal afectado tres veces al día por el tiempo necesario. Después del masaje la madre podrá instilar leche materna. Conviene utilizar un algodón empapado en agua hervida, que se pasará con cuidado por el borde de los párpados, llevándolo desde la parte externa del ojo hasta la nariz. Se debe cambiar el algodón al limpiar cada ojo.

3. Los oídos

La parte externa debe limpiarse con un algodón humedecido. No deben introducirse algodones ni hisopos en el interior del conducto auditivo.

4. Nariz

Es frecuente también que en los primeros días de vida el recién nacido presente congestión nasal especialmente en las horas de la noche o de la madrugada, para lo cual se instruirá a la mamá el uso de solución salina o leche materna, instiladas en ambas fosas nasales cuantas veces sea necesario. Algunas veces habrá que instruirla en el uso de la perilla nasal. Otra opción es limpiar la nariz con un algodón enrollado en la punta de los dedos. Éste no se debe introducir demasiado en los orificios nasales, ya que los bebés se limpian la nariz cuando estornudan. No es aconsejable la utilización de hisopos.

5. Boca

A la madre se le instruirá la forma de observar la cavidad bucal de su hijo(a) para que pueda detectar lesiones algodonosas blanquecinas en

NOTAS



enciás, lengua, carrillos y paladar blando que pueden aparecer en los primeros días de vida a causa de la presencia de *Candida albicans* y consultar a su médico.

6. Cordón

Se instruirá a la madre sobre la importancia de mantener el cordón limpio y seco con la aplicación de alcohol a la unión del cordón y piel del ombligo con cada cambio de pañal. También se le informará que dejar el cordón descubierto es más adecuado y favorece la pronta caída del mismo (el uso del ombliguero favorece la humedad y la infección del cordón). Asimismo, se le debe enseñar que la presencia de material sanguinolento y fetidez del cordón significa la presencia de onfalitis, por lo cual deberán consultar a su médico. El uso de polvos de licopodio o de sulfa no es del todo necesario.

7. Uñas

Se cortarán con una tijera de puntas redondeadas una vez por semana.

8. Baño

Se le debe enseñar a la madre que es necesario que bañe al niño(a) diariamente desde su nacimiento. El uso de talco o aceite de bebé no son necesarios, especialmente si el(a) niño(a) está siendo amamantado(a) al seno materno pues no padecerá de pañalitis. Explicar que debe secar con delicadeza pero concienzudamente en las partes corporales con pliegues como debajo de los bracitos y entre las piernas.

9. Posición para acostarlo

Se recomendará a la madre recostar a su bebé de lado para evitar los riesgos de aspiración. Nunca acostarlo(a) boca abajo ya que se ha asociado síndrome de muerte súbita con la posición prona.

10. Evitar contagios

La madre deberá evitar que tanto niños como adultos toquen o besen al niño(a) recién nacido(a); esto reducirá el riesgo de transmisión de agentes infecciosos tanto virales como bacterianos.

11. Creencias populares

El médico desvirtuará con delicadeza algunas creencias populares como el mal de ojo, la caída de las mejías (cachetes), la caída de las varillas.



NOTAS



X. ATENCIÓN INTEGRADA DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA Y EN EL NEONATO (AIEPI NEONATAL)

La atención integrada depende de la detección de casos con el uso de signos clínicos simples, clasificación adecuada y tratamiento oportuno. Se utiliza el número más bajo posible de signos clínicos, basados en opinión clínica, resultados de investigación y logran un equilibrio cuidadoso entre la sensibilidad y la especificidad¹. Los tratamientos se llevan a cabo según clasificaciones orientadas a acciones en lugar de diagnóstico exacto. Cubren las enfermedades más probables representadas por cada clasificación y parte de medicina basada en evidencias.

NOTAS



Todos los años aproximadamente 500,000 niños y niñas mueren en la Región de las Américas antes de llegar a los cinco años de edad. Una de cada cinco de estas muertes se debe a enfermedades infecciosas y trastornos nutricionales. La mayoría de estas muertes pueden ser evitadas mediante medidas de prevención o tratamiento, siempre que las mismas puedan ser aplicadas en forma precoz.

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es considerada en la actualidad la principal intervención disponible para mejorar las condiciones de salud de la infancia en los países en desarrollo. Además de representar un instrumento útil para la detección precoz y tratamiento efectivo de las principales enfermedades que afectan la salud de los menores de cinco años, contribuye a mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. De esta forma, su aplicación en los servicios de salud y en la comunidad puede producir un importante impacto en términos de la reducción del número de muertes en la infancia, en la disminución del número y gravedad de enfermedades que afectan a este grupo de edad, y en las condiciones nutricionales y de desarrollo de los menores de cinco años.

En los países en los que persisten aún elevadas tasas de mortalidad en la niñez e incluso en aquellos en que las tasas de mortalidad es menor, AIEPI también puede brindar una gran contribución. En primer lugar, garantiza una atención adecuada y eficiente a los grupos de población más vulnerables en los que las tasas de mortalidad se encuentran

¹ Riegelman RK, Hirsch RP. *Studying a study and testing a test: How to read the health science literature*. 3a. ed. Boston: Little Brown and Company; 1996.

generalmente muy por encima del promedio nacional. En segundo lugar, mejora la calidad de la atención tanto en los servicios de salud como en el hogar reduciendo el uso innecesario de tecnologías de diagnóstico y tratamiento, mejorando la cobertura de las medidas de prevención, y promoviendo mejores prácticas de cuidado y atención en el hogar.

Complementando los contenidos y prácticas para la atención ambulatoria, la estrategia AIEPI ha incorporado procedimientos y prácticas para ser aplicadas en los diferentes niveles de referencia y en la enseñanza de pre y postgrado de las Facultades de Medicina y en las Escuelas de Enfermería y Nutrición. Este capítulo contiene los conocimientos y prácticas básicos que los proveedores de salud deben emplear en los servicios ambulatorios u hospitalarios que reciben la referencia del primer nivel de atención.

El manejo de las emergencias en el recién nacido y niño menor de dos meses que se describe en esta Unidad, está sujeto a modificaciones de acuerdo con revisiones de las normas que el MSPAS realice.

A. El Proceso de Atención Integrada de Casos

El proceso de AIEPI puede ser utilizado por médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud que atienden a lactantes y niños(as) enfermos desde el nacimiento hasta cinco años de edad. En este capítulo se presenta el proceso de atención para niños de 0 a 2 meses de edad. Se trata de un proceso de manejo de casos para ser utilizado en un establecimiento de primer nivel como sería un consultorio, un centro de salud o un departamento ambulatorio de un hospital.

El proceso de AIEPI describe cómo atender a un niño(a) que asiste a un consultorio por una enfermedad o para una visita de seguimiento programada para verificar el progreso o su estado de inmunización. Las pautas ofrecen instrucciones sobre la manera de evaluar sistemáticamente a un niño por signos generales de enfermedades comunes, desnutrición y anemia e identificar otros problemas. Además del tratamiento, el proceso incorpora actividades básicas para la prevención de enfermedades.

Este capítulo le enseñará a utilizar el proceso de AIEPI entrevistando a la madre o a la persona a cargo del niño(a), a reconocer con exactitud los signos clínicos, elegir los tratamientos apropiados y proporcionar consejería y atención preventiva. El proceso de atención integrada de casos de AIEPI incluye los siguientes elementos:

- **Evaluar** a un niño(a) detectando en primer lugar señales de peligro (o posible enfermedad neonatal grave en un lactante menor de dos meses) mediante la formulación de preguntas acerca de las



NOTAS



NOTAS



- condiciones comunes, el examen del niño(a) y la verificación de la nutrición y el estado de vacunación. La evaluación incluye examinar al niño(a) para comprobar la existencia de otros problemas de salud.
- **Clasificar** las enfermedades por medio de un sistema codificado por colores. Dado que muchos niños(as) tienen más de una condición, cada enfermedad se clasifica dependiendo de si requiere:
 - Tratamiento urgente previo y durante la referencia (rojo) o
 - Tratamiento médico específico y consejería (amarillo) o
 - Consejería simple sobre tratamiento en la casa (verde)
 - Después de clasificar todas las condiciones, **identificar** tratamientos específicos. Si un niño(a) requiere referencia urgente, administre el tratamiento esencial antes de transferirlo. Si necesita tratamiento en la casa, elabore un plan integrado de tratamiento y administre la primera dosis de los medicamentos en el consultorio. Si debe vacunarse, administre las vacunas.
 - Proporcionar instrucciones prácticas para el **tratamiento**, tales como enseñar a la madre o la persona a cargo del niño(a) cómo administrar medicamentos orales, alimentar y administrar líquidos durante la enfermedad y tratar infecciones locales en la casa. Solicite a la persona a cargo que regrese para el seguimiento en una fecha específica y enséñele cómo reconocer signos que indican que el niño(a) debe regresar de inmediato al establecimiento de salud.
 - Evaluar la **alimentación**, incluida la evaluación de prácticas de lactancia materna, y ofrecer **consejería** para resolver todo problema de alimentación identificado. Luego aconsejar a la madre sobre su propia salud.
 - Cuando se lleve nuevamente a un niño(a) al consultorio según se solicitó, **proporcionar atención de seguimiento** y si fuera necesario, para determinar si existen problemas nuevos.

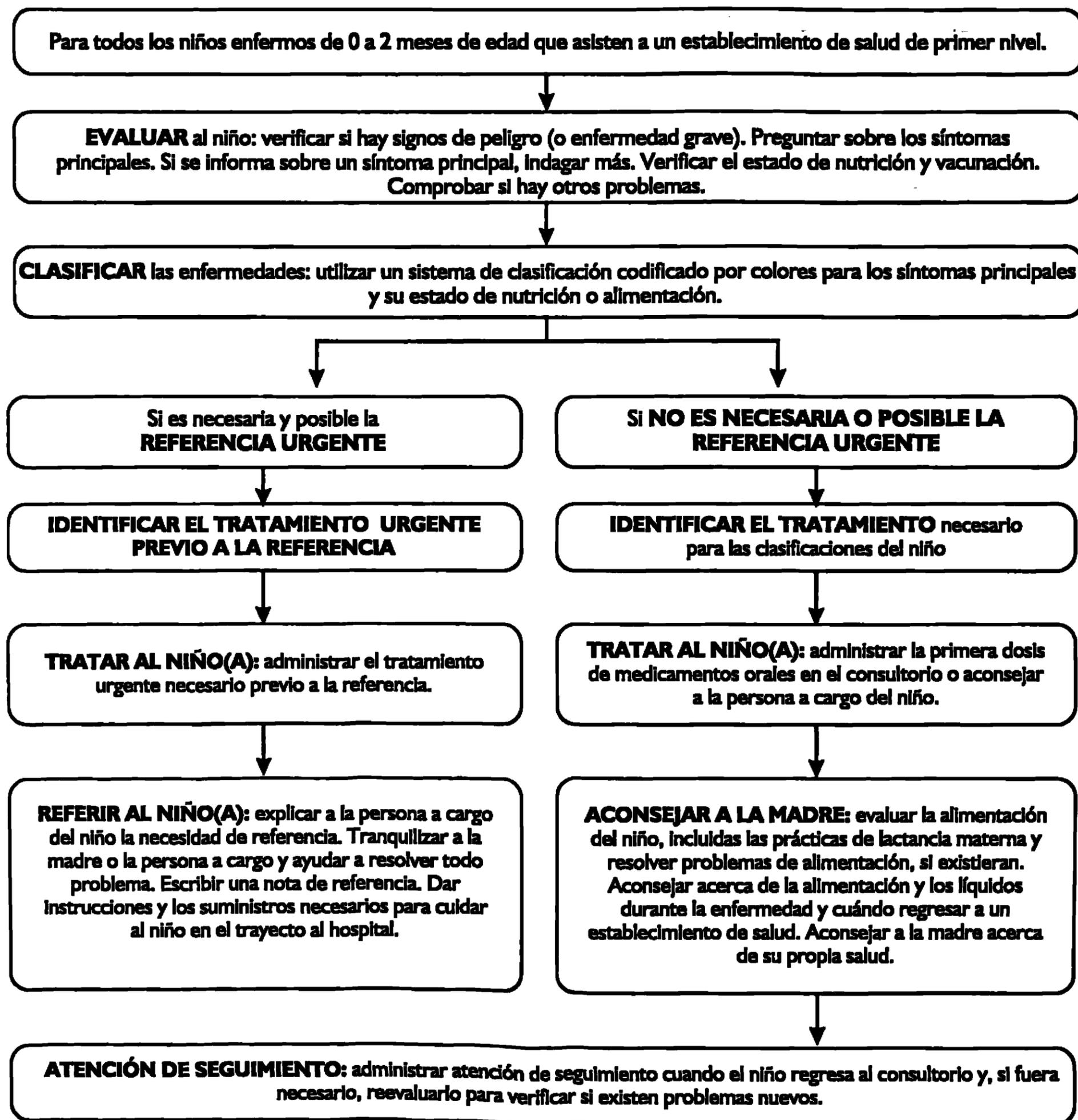
El proceso de AIEPI cubre la mayoría de las razones principales por las que se lleva a un niño(a) enfermo a un consultorio. Un niño(a) que regresa con problemas crónicos o enfermedades menos comunes puede requerir atención especial no descrita en este capítulo. Las normas no describen la atención de traumatismos u otras emergencias agudas como consecuencia de accidentes o lesiones.

El manejo de casos solo es eficaz en la medida en que las familias llevan a sus hijos enfermos a un profesional de salud capacitado para ofrecer atención de manera oportuna e integral. Si una familia espera para traer a un niño(a) a un consultorio hasta que esté sumamente enfermo

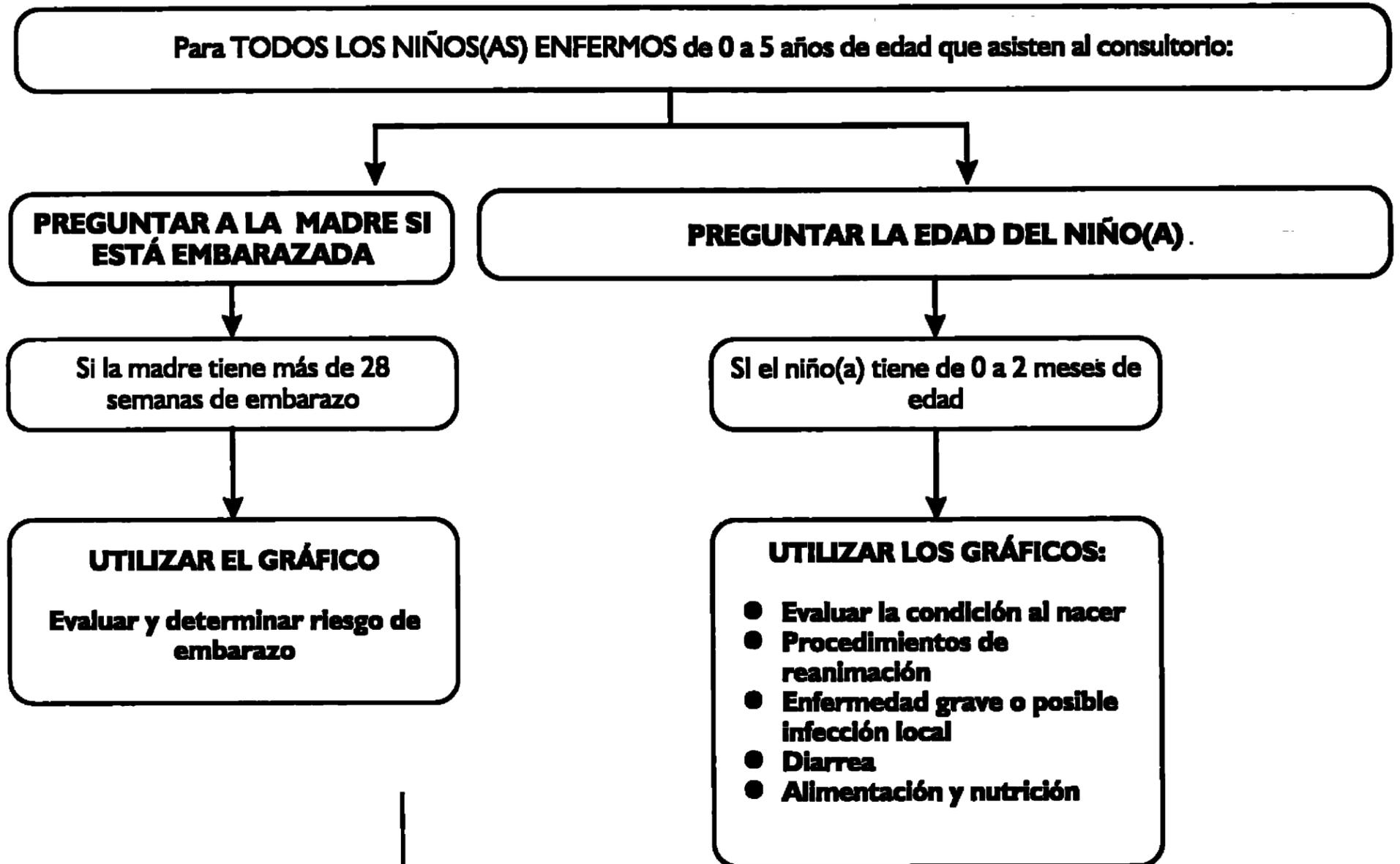
o concurren a un(a) profesional de salud no capacitado(a), el niño(a) tiene más probabilidades de morir por la enfermedad. Por consiguiente, enseñar a las familias a reconocer las señales de peligro y buscar atención para un niño(a) enfermo(a) es una parte importante del proceso de manejo integrado de casos.



B. Resumen del Proceso de Atención Integrada de Casos



C. Seleccionar los Cuadros Apropriados para el Manejo de Casos



El proceso de manejo de casos de AIEPI se presenta en una serie de Cuadros de Procedimientos que muestran la secuencia de pasos y proporcionan información para realizarlos. Los Cuadros de Procedimientos contienen varios cuadros para tratar a lactantes de 0 a 2 meses de edad.

La mayoría de los establecimientos de salud poseen un procedimiento establecido para registrar a los niños(as) y determinar si han asistido porque están enfermos o por cualquier otra razón, como para una visita de niño sano o vacunación, o para el tratamiento de una lesión. Cuando una madre trae a un niño(a), usted necesita averiguar su edad para seleccionar los cuadros apropiados de AIEPI y comenzar el proceso de evaluación.

Decida en qué grupo de edad se encuentra el niño(a):

- de 0 a 2 meses de edad o
- de 2 meses a 5 años de edad

Si el niño no tiene todavía dos meses de edad, se considera un lactante menor. El manejo del lactante de 0 a 2 meses de edad es un tanto diferente al manejo de los niños(as) mayores y se describe en los Cuadros de Procedimientos titulados:

- **Evaluar y Determinar Riesgo de Embarazo** (esquema 1, página 57).
- **Evaluar la Condición al Nacer** (esquema 2, página 58).
- **Clasificar por peso y edad gestacional** (esquema 3, página 59).
- **Evaluar y Clasificar al Niño(a) Enfermo(a) de 0 a 2 Meses de Edad** (esquema 4, página 60).
- **Tratar al menor de dos meses y aconsejar a la madre y/o al acompañante** (esquemas 8 a 12, páginas 64 a 68).
- **Otros esquemas (13 a 16, páginas 69 a 73) se presentan para apoyar desempeño del(a) proveedor(a).**

D. Empleo de los Cuadros de Procedimientos y los Formularios de Registro de Casos

Los Cuadros de Procedimientos de AIEPI y los formularios de registro lo podrán guiar por los siguientes pasos:

- Evaluar al niño(a) enfermo
- Clasificar la enfermedad
- Identificar el tratamiento
- Tratar al niño(a)
- Aconsejar a la madre
- Proporcionar atención de seguimiento

1. Evaluar y clasificar al niño(a) enfermo(a)

Dentro de los Cuadros de Procedimientos de la derecha en colores, se describe cómo evaluar al niño(a), clasificar las enfermedades y determinar los tratamientos. La columna en el margen izquierdo describe cómo registrar una historia y realizar un examen físico. Usted observará los síntomas y los signos principales identificados durante el examen en la columna EVALUAR del formulario de registro de casos.



NOTAS



La columna **CLASIFICAR** en el recuadro *EVALUAR Y CLASIFICAR* enumera los signos clínicos de la enfermedad y sus clasificaciones. **Clasificar significa tomar una decisión** acerca de la gravedad de la enfermedad. Para cada uno de los síntomas principales del niño(a), usted seleccionará una categoría, o "clasificación" correspondiente a la gravedad de las enfermedades del niño(a). Luego escribirá sus clasificaciones en la columna CLASIFICAR del formulario de registro de casos (ver ejemplo 2).

**EJEMPLO 2
EVALUAR, CLASIFICAR Y REGISTRAR LOS DATOS**

CUADRO PARA EVALUAR Y CLASIFICAR

EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO(A) ENFERMO DE 0 A 2 MESES DE EDAD

EVALUAR	CLASIFICAR	DETERMINAR TRATAMIENTO

CUADRO PARA REGISTRAR LOS DATOS (FRENTE)

ATENCIÓN DEL NIÑO(A) ENFERMO DE 0 A 2 MESES DE EDAD

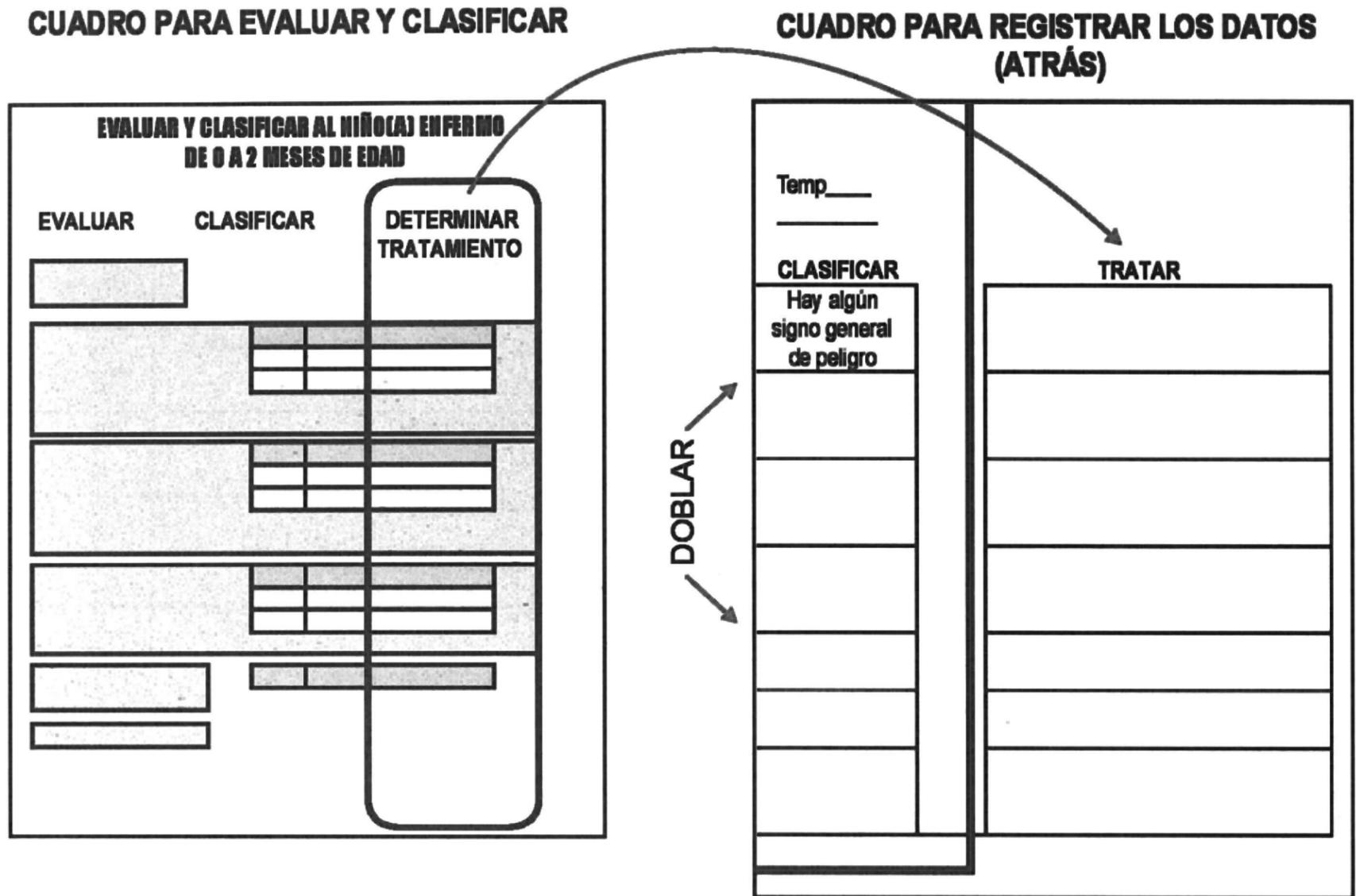
Nombre _____ edad _____ Peso _____ Temp _____
 Preguntar ¿qué problemas tiene el niño(a)? _____ Visita inicial -

Evaluar	CLASIFICAR
Verificar signos generales de peligro	¿hay algún signo de peligro?
¿Tiene tos o dificultad para respirar?	
¿Tiene diarrea?	
¿Tiene fiebre?	
Problemas de oído	
Desnutrición y anemia	
Antecedentes de vacunación	
Alimentación y peso muy bajo	
Evaluar otros problemas	

2. Determinar el tratamiento

La columna **DETERMINAR EL TRATAMIENTO** del recuadro *EVALUAR Y CLASIFICAR* le ayuda a determinar rápidamente el tratamiento para las clasificaciones escritas en su Formulario de Registro de Casos. Se recomiendan tratamientos apropiados para cada clasificación. Cuando un niño(a) tiene más de una clasificación, deberá observar más de un cuadro para determinar los tratamientos apropiados. Los tratamientos identificados para cada clasificación se describen en el reverso del Formulario de Registro de Casos (ver ejemplo 3).

EJEMPLO 3
DETERMINAR TRATAMIENTO Y REGISTRAR LOS DATOS



3. Tratar al niño(a)

Los cuadros titulados *TRATAR AL NIÑO(A)* muestra cómo realizar los pasos tratamiento identificados en el cuadro *EVALUAR Y CLASIFICAR*. **TRATAR** significa **administrar tratamiento** en el consultorio, prescribir medicamentos u otros tratamientos que se administrarán en la casa y también enseñar a la madre o la persona a cargo del niño(a) cómo realizar los tratamientos.

4. Aconsejar a la madre y al padre

En todos los niños(as) enfermos(as), usted evaluará la alimentación y aconsejará a la madre y al padre sobre los problemas de alimentación identificados y para que regresen a la casa, orientará a la madre o la persona a cargo del niño(a) sobre la alimentación, los líquidos y cuándo regresar para recibir atención adicional. Escribirá los resultados de la evaluación de la alimentación en la sección inferior del formulario de registro de casos. Registrará la fecha más próxima en la que deberá regresar para seguimiento en el reverso del formulario de registro de casos. También aconsejará a la madre sobre su propia salud.

EJEMPLO 4
ACONSEJAR A LA MADRE Y REGISTRAR LOS DATOS

CUADRO DE ACONSEJAR A LA MADRE
(PARTE SUPERIOR)

ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE

ALIMENTACIÓN

▶ *Evaluar la alimentación del niño(a)*

Hacer preguntas sobre la alimentación habitual del niño(a), y en particular, sobre la alimentación durante esta enfermedad. Comparar las respuestas de la madre con las **Recomendaciones para la alimentación**, según la edad del niño(a), que se presentan a continuación:

PREGUNTAR

▶ ¿Usted le da pecho al niño(a)?
- ¿Cuántas veces?

CUADRO PARA REGISTRAR LOS DATOS
(FRENTE)

MANEJO DEL NIÑO(A) ENFERMO DE 0 A 2 MESES

Nombre _____ edad _____ Peso _____ Temp _____
Preguntar ¿qué problemas tiene el niño(a)? _____

Evaluar	CLASIFICAR
Verificar signos generales de peligro	
¿Tiene tos o dificultad para respirar?	
¿Tiene diarrea?	
¿Tiene fiebre?	
Antecedentes de vacunación	
Evaluar la alimentación del niño(a)	
Evaluar otros problemas	

NOTAS



5. Proporcionar atención de seguimiento

En una visita de seguimiento usted puede determinar si el niño(a) está mejorando con el medicamento u otro tratamiento prescrito. La sección **PROPORCIONAR ATENCIÓN DE SEGUIMIENTO** del cuadro **TRATAR AL NIÑO(A)** describe los pasos para conducir cada tipo de visita de seguimiento (ver ejemplo 5). Las enfermedades en esta sección corresponden a la clasificación anterior del niño(a).

EJEMPLO 5
CUADRO PROPORCIONAR ATENCIÓN DE REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO (PARTE SUPERIOR)

PROPORCIONAR ATENCIÓN DE REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- Atender al niño(a) que regresa a una consulta de reevaluación y seguimiento de acuerdo con las clasificaciones anteriores del niño(a)
- Si el niño(a) presenta un problema nuevo, evaluar, clasificar y tratar el problema nuevo según el cuadro de **EVALUAR Y CLASIFICAR**

▶ **PALIDEZ**

▶ **PESO MUY BAJO**

▶ **INFECCIÓN DE OÍDO**

ESQUEMA 1

ATENCIÓN DE LA MADRE DESDE LAS 28 SEMANAS DE GESTACIÓN HASTA EL PARTO

EVALUAR Y DETERMINAR RIESGO DEL EMBARAZO		EVALUAR SIGNOS	CLASIFICAR COMO	TRATAMIENTO		
<p style="text-align: center;">DETERMINE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PELIGRO</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;">PREGUNTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha recibido atención prenatal? • ¿Padece de alguna enfermedad? • ¿Le han dado algún tratamiento? • ¿Ha tenido contracciones? • ¿Qué edad tiene? • ¿Cuántos embarazos ha tenido? • ¿Cuándo fue su último parto? • ¿Los partos han sido naturales o con cesárea? • ¿Ha tenido hemorragia vaginal? • ¿Ha tenido dolor de cabeza severo? • ¿Le ha salido líquido por la vagina? • ¿Ha tenido flujo? • ¿Ha tenido visión borrosa? • ¿Ha tenido convulsiones? • ¿Ha estado muy dormida o perdido la conciencia? • ¿Ha tenido dolores de parto? • ¿Ha tenido hijos anteriores prematuros o de bajo peso? </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;">DETERMINE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si es menor de 16 o mayor de 36 años • Si el embarazo es menor de 37 semanas o mayor de 41 semanas • Si tiene cesárea anterior • Período intergenésico • Si es primigesta o multipara • Embarazo múltiple • Grupo sanguíneo, prueba de coombs • Si tiene palidez extrema • Temperatura • Glucosa en sangre • Presión arterial • Si tiene o ha tenido hemorragia vaginal • Enfermedad cardíaca/renal • Presentación • Movimientos fetales • Presencia de contracciones </td> </tr> </table>	<p style="text-align: center;">PREGUNTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha recibido atención prenatal? • ¿Padece de alguna enfermedad? • ¿Le han dado algún tratamiento? • ¿Ha tenido contracciones? • ¿Qué edad tiene? • ¿Cuántos embarazos ha tenido? • ¿Cuándo fue su último parto? • ¿Los partos han sido naturales o con cesárea? • ¿Ha tenido hemorragia vaginal? • ¿Ha tenido dolor de cabeza severo? • ¿Le ha salido líquido por la vagina? • ¿Ha tenido flujo? • ¿Ha tenido visión borrosa? • ¿Ha tenido convulsiones? • ¿Ha estado muy dormida o perdido la conciencia? • ¿Ha tenido dolores de parto? • ¿Ha tenido hijos anteriores prematuros o de bajo peso? 	<p style="text-align: center;">DETERMINE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si es menor de 16 o mayor de 36 años • Si el embarazo es menor de 37 semanas o mayor de 41 semanas • Si tiene cesárea anterior • Período intergenésico • Si es primigesta o multipara • Embarazo múltiple • Grupo sanguíneo, prueba de coombs • Si tiene palidez extrema • Temperatura • Glucosa en sangre • Presión arterial • Si tiene o ha tenido hemorragia vaginal • Enfermedad cardíaca/renal • Presentación • Movimientos fetales • Presencia de contracciones 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> CLASIFICAR </div>	<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • menor de 16 años o mayor de 35 años sin control prenatal • Embarazo menor de 37 o mayor de 41 semanas sin control prenatal • Cesárea anterior sin atención prenatal • Primigesta o multipara sin control prenatal • Embarazo múltiple sin atención prenatal • Isoinmunización Rh sin tratamiento • Anemia sin tratamiento • Diabetes sin tratamiento • Hipertensión sin tratamiento • Infección sin tratamiento • Hemorragia vaginal • Enfermedad cardíaca/renal sin tratamiento • Presentación anormal con trabajo de parto • Disminución o ausencia de movimientos fetales 	<p>EMBARAZO ALTO RIESGO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Referir URGENTEMENTE para médica ▶ Prevenir hipotensión ▶ Tratar hipertensión ▶ Si parto prematuro: inhibir contracciones y administrar corticoides
<p style="text-align: center;">PREGUNTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha recibido atención prenatal? • ¿Padece de alguna enfermedad? • ¿Le han dado algún tratamiento? • ¿Ha tenido contracciones? • ¿Qué edad tiene? • ¿Cuántos embarazos ha tenido? • ¿Cuándo fue su último parto? • ¿Los partos han sido naturales o con cesárea? • ¿Ha tenido hemorragia vaginal? • ¿Ha tenido dolor de cabeza severo? • ¿Le ha salido líquido por la vagina? • ¿Ha tenido flujo? • ¿Ha tenido visión borrosa? • ¿Ha tenido convulsiones? • ¿Ha estado muy dormida o perdido la conciencia? • ¿Ha tenido dolores de parto? • ¿Ha tenido hijos anteriores prematuros o de bajo peso? 	<p style="text-align: center;">DETERMINE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si es menor de 16 o mayor de 36 años • Si el embarazo es menor de 37 semanas o mayor de 41 semanas • Si tiene cesárea anterior • Período intergenésico • Si es primigesta o multipara • Embarazo múltiple • Grupo sanguíneo, prueba de coombs • Si tiene palidez extrema • Temperatura • Glucosa en sangre • Presión arterial • Si tiene o ha tenido hemorragia vaginal • Enfermedad cardíaca/renal • Presentación • Movimientos fetales • Presencia de contracciones 					
<p>EVALUAR uso de sustancias: alcohol, tabaco y drogas</p>		<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • menor de 16 años o mayor de 35 años con control prenatal • Embarazo menor de 37 o mayor de 41 semanas con atención prenatal • Cesárea anterior con atención prenatal • Período intergenésico < 2 años • Primigesta o multipara con atención prenatal • Embarazo múltiple con control prenatal • Isoinmunización Rh con Tratamiento • Anemia con Tratamiento • Diabetes con Tratamiento • Hipertensión con Tratamiento • Infección con Tratamiento • Enfermedad cardíaca/renal con tratamiento • Presentación anormal sin trabajo de parto 	<p>EMBARAZO DE MEDIANO RIESGO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Seguimiento para concluir 39 Fecha: _____ ▶ Continuar con el tratamiento ▶ Planificar la referencia con la ▶ Determinar la reconsulta 		
		<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo sin alto o mediano riesgo 	<p>EMBARAZO MÍNIMO RIESGO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Seguimiento para concluir 39 ▶ Planificar con la familia ▶ Planificación familiar. Consejería ▶ Seguimiento postnatal 		

ESQUEMA 2

PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

EVALUAR LA CONDICIÓN AL NACER

Indagar los antecedentes del embarazo, trabajo de parto y parto

PREGUNTAR	OBSERVAR
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tuvo la madre ruptura prematura de membranas? • ¿Ha tenido la madre fiebre o corioamnioititis? • ¿Hubo infección intrauterina? • Por patologías del embarazo (ver cuadro 1) 	<ul style="list-style-type: none"> • El color (cianosis, palidez) • La respiración o el llanto • El tono muscular por anomalías congénitas mayores • Por trauma
	DETERMINAR
	<ul style="list-style-type: none"> • El peso y edad gestacional • La frecuencia cardíaca • La presencia de meconio

CONDICIÓN AL NACER

CLASIFICAR

EVALUAR SIGNOS	CLASIFICAR COMO	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • No respira espontáneamente • Frecuencia cardíaca < 100 latidos por minuto • Flaccidez • Peso < 2,000 g al nacer 	CONDICIÓN GRAVE AL NACER	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Iniciar REANIMACIÓN según cuadro titulado "Procedimiento de reanimación" (Esquema 3) ▶ Nada por boca ▶ Inicie OXIGENOTERAPIA por cianosis central ▶ Referir URGENTEMENTE a Unidad de Cuidados Intensivos según las normas de estabilización y transporte ▶ Verificar cumplimiento de cuidados rutinarios
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad respiratoria grave • Cianosis central • Palidez severa 		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Inicie OXIGENOTERAPIA por cianosis central ▶ Referir URGENTEMENTE a Unidad de Cuidados Intensivos según las normas de estabilización y transporte ▶ Verificar cumplimiento cuidados rutinarios
Alguno de los anteriores, y <ul style="list-style-type: none"> • Líquido amniótico con meconio 	POSIBLE ASPIRACIÓN DE MECONIO	<p><i>Intraparto:</i> al salir la cabeza succionar boca, faringe y nariz</p> <p><i>Postparto:</i> si nace deprimido aspiración y succión endotraqueal, antes de iniciar ventilación</p>

CUIDADOS INMEDIATOS DEL RECIÉN NACIDO

PRIMERO	DESPUÉS
<ul style="list-style-type: none"> • Limpiar vías aéreas cuando sea necesario • Contacto inmediato piel a piel con su madre • Secarlo con una compresa limpia y tibia • Retirar trapos húmedos y cubrir con otro caliente • Ligar el cordón umbilical con un instrumento estéril, cuando deje de latir 	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar pulsera de identificación • Aplicar un antiséptico oftálmico • Aplicar vitamina K1, 0.5 mg intramuscular • Pesarlo, medir talla y circunferencia cefálica • Determinar edad gestacional • Clasificar según peso y edad gestacional • Tomar temperatura axilar

ALTO RIESGO

BAJO RIESGO

<ul style="list-style-type: none"> • Peso al nacer entre 2,000 y 2,500 g y uno de los siguientes signos: • Edad gestacional menor 35 semanas • Anomalías congénitas mayores • Fiebre materna y corioamnioititis • Palidez moderada • Infección intrauterina • Trauma 	ALTO RIESGO AL NACER	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Colocarlo en contacto piel a piel con su madre ▶ Iniciar calostro ▶ Aconsejar a la madre que debe mantener al recién nacido abrigado ▶ Referir URGENTEMENTE al hospital según las normas de estabilización tras parte ▶ Verificar cumplimiento de cuidados rutinarios
<ul style="list-style-type: none"> • Rosado • Llanto fuerte • Respiración regular • Activo • Frecuencia cardíaca > 100 latidos por minuto • Peso > 2,500 g • Edad gestacional > 35 semanas 	BAJO RIESGO AL NACER	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aconsejar a la madre que debe mantener al recién nacido abrigado ▶ Continuar dándole el calostro ▶ Orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido en casa y signos de peligro ▶ Verificar cumplimiento cuidados rutinarios ▶ Indicar a la madre que debe volver a consulta de seguimiento en 10 días

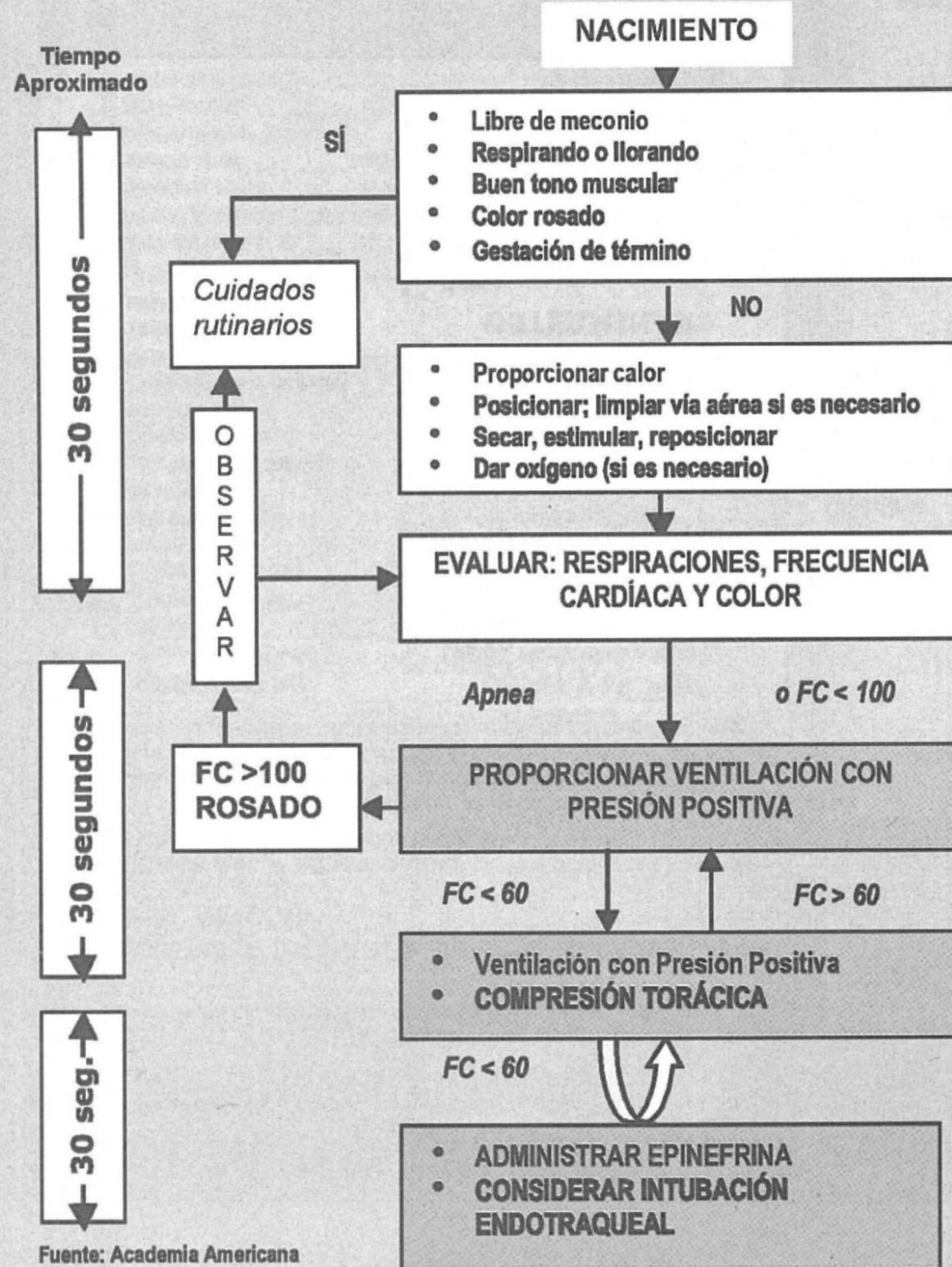
El ambiente térmico adecuado para el recién nacido es de 24 a 26 °C sin corriente de aire en la sala de partos y de 36 °C en la mesa donde se le atenderá.

Lávese las manos antes y después de examinar al recién nacido. Evite la hipotermia manteniendo al recién nacido calentito y con gorrito.

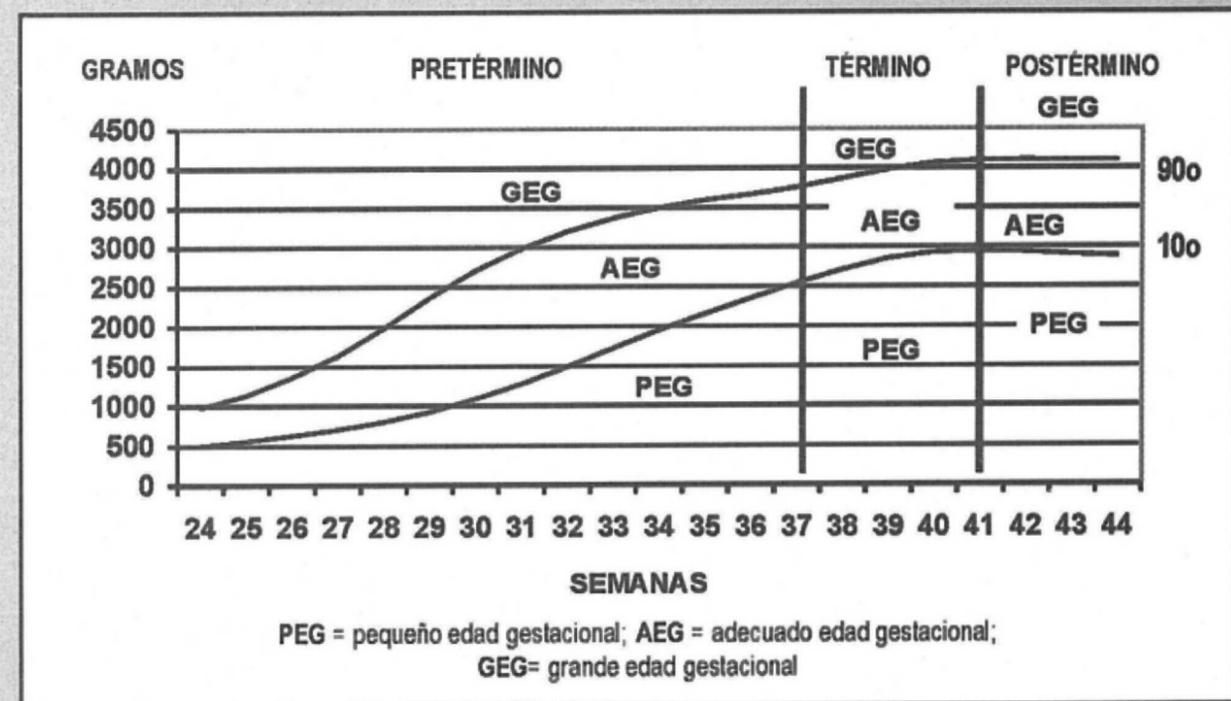
ESQUEMA 3 PROCEDIMIENTOS DE REANIMACIÓN

► **EVALUAR LA CONDICIÓN AL NACER**

SIGNO	Ausente	Débil	Fuerte
RESPIRACIONES O LLANTO	Ausente	Débil	Fuerte
FRECUENCIA CARDÍACA	Ausente	< 100	> 100
COLOR	Cianótico o pálido	Cianosis sólo en extremidades	Rosado



CLASIFIQUE POR PESO Y EDAD GESTACIONAL



ESQUEMA 4

EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO(A) ENFERMO DE 0 A 2 MESES DE EDAD

DETERMINAR SI HAY POSIBILIDAD DE ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN LOCAL

PREGUNTAR A LA MADRE QUÉ PROBLEMAS TIENE EL NIÑO(A)

- Determinar si es la primera consulta por este problema o si es una consulta para una reevaluación del caso
 - Si se trata de una consulta de reevaluación, seguir las instrucciones para "Reevaluación y Seguimiento" del cuadro TRATAR AL NIÑO(A).
 - Si es la primera consulta examinar al niño(a) del siguiente modo:

PREGUNTAR

- ¿Puede tomar el pecho o beber?
- ¿Ha tenido vómitos?
- ¿Tiene dificultad para respirar?
- ¿Ha tenido fiebre o hipotermia?
- ¿Ha tenido convulsiones?
- ¿Tiene secreción en ombligo u ojos?
- Tiene pústulas o vesículas en la piel?
- Tiene placas blanquecinas en la boca?

OBSERVAR POR

- Letargia, inconsciencia o flaccidez
- Vómitos
- Convulsiones
- Apneas
- Aleteo nasal
- Quejido, estridor o sibilancia
- Tiraje subcostal grave
- Cianosis, palidez o ictericia
- Pústulas o vesículas en la piel
- Secreción purulenta de ombligo u ojos
- Distensión abdominal

DETERMINAR

- el peso
- la frecuencia respiratoria
- la temperatura axilar
- si tiene placas blanquecinas en la boca
- llenado capilar
- otros problemas (ej: anomalías congénitas, ver Esquema 7)

Los recién nacidos PEG, GEG, con RCIU, prematuros y los que nacen deprimidos tienen mayor riesgo de hipoglicemia, por lo que debe prevenirse y si es posible medir la glicemia sanguínea

Lávese las manos antes y después de examinar al niño(a)

GRAVE

Clasificar

LOCAL

SIN enfermedad

EVALUAR SIGNOS	CLASIFICAR COMO	TRATAMIENTO
Uno de los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> • "Se ve mal" • No puede tomar el pecho • Letárgico/inconsciente o flácido • Vomita todo • Convulsiones • Palidez severa • Peso < 2,000 gramos • FR >60 ó <30 por minuto • Temp. <36.5 ó >37.5 °C • Apneas • Aleteo nasal • Quejido • Tiraje subcostal grave • Cianosis central • Ictericia por debajo del ombligo • Pústulas o vesículas en la piel (muchas o extensas) • Secreción purulenta del ombligo que se extiende a la piel • Mal llenado capilar (> 2 segundos) • Distensión abdominal 	ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dar la primera dosis intramuscular de los antibióticos recomendados ▶ Administrar oxígeno si hay cianosis, tiraje o quejido ▶ Prevenir la hipoglicemia ▶ Mantenga al niño(a) abrigado ▶ Recomendar a la madre que siga dándole de mamar si es posible ▶ Referir URGENTEMENTE al hospital, según las normas de estabilización y transporte
<ul style="list-style-type: none"> • Secreción purulenta conjuntival • Ombligo eritematoso o con secreción purulenta • Pústulas en la piel (pocas o localizadas) • Placas blanquecinas en la boca 	INFECCIÓN LOCAL	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dar el antibiótico recomendado por 7 días ▶ Enseñar a la madre a curar las infecciones locales en la casa ▶ Aplicar un tratamiento local (antibiótico tópico) ▶ Aplicar en la boca 100,000 unidades de NISTATINA, 4 veces al día ▶ Enseñar a la madre a reconocer signos de peligro ▶ Hacer el seguimiento 2 días después
<ul style="list-style-type: none"> • Activo • Se alimenta bien • Examen físico normal 	NO TIENE ENFERMEDAD	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Consejería a la madre para que siga dándole de mamar ▶ Ningún tratamiento adicional ▶ Enseñar a la madre a reconocer signos de peligro y medidas higiénicas ▶ Explicar a la madre cuándo debe volver a consulta ▶ Verificar Inmunizaciones

ESQUEMA 5 ENSEGUIDA VERIFICAR ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

PREGUNTE ACERCA DE LA ALIMENTACIÓN	OBSERVE Y DETERMINE
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Usted le da el pecho? Si ____ No ____ SI NO, ¿Por qué? _____ • ¿Cuántas veces le da pecho? durante el día _____ veces durante la noche, _____ veces • ¿Come otras comidas o toma otros líquidos además del pecho? Sí ____ No ____ Si Sí ¿Cuáles? _____ 	<ul style="list-style-type: none"> • el peso para la edad • si hay palidez palmar • EL buen agarre y posición en el amamantamiento (Ver Esquema 11)

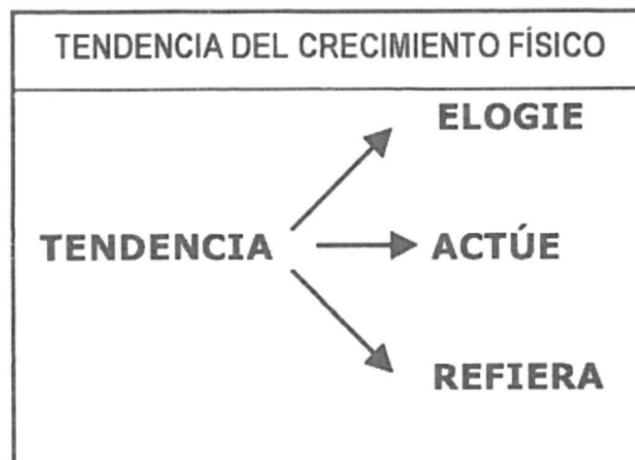
Nutrición

CLASIFIQUE

EVALUAR SIGNOS	CLASIFICAR COMO	TRATAMIENTO
NUTRICIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • Peso para la edad menor de 60% o • Tendencia de crecimiento en descenso 	MUY BAJO PESO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Referir URGENTEMENTE al hospital
<ul style="list-style-type: none"> • Peso para la edad entre 60 y 80 % o • Tendencia del crecimiento horizontal 	PESO BAJO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Recomendar a la madre sobre la alimentación ▶ Seguimiento 14 días después

Alimentación

EVALUAR SIGNOS	CLASIFICAR COMO	TRATAMIENTO
PROBLEMAS EN LA ALIMENTACIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • Evidencia de problemas en la alimentación • No hay agarre o mala posición 	PROBLEMAS EN LA ALIMENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Recomendar sobre alimentación ▶ Seguimiento 2 días después
<ul style="list-style-type: none"> • Peso para la edad > 80% y • No tiene problemas en la alimentación 	PESO ADECUADO Y NO TIENE PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Felicitar a la madre sobre alimentación y dar las recomendaciones según edad ▶ Cita para seguimiento y vacunas de acuerdo a su edad



Anemia

EVALUAR SIGNOS	CLASIFICAR COMO	TRATAMIENTO
ANEMIA		
<ul style="list-style-type: none"> • Palidez palmar intensa • Hb < 6 g/dl Ht < 18% 	ANEMIA GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Referir URGENTEMENTE al hospital
<ul style="list-style-type: none"> • Palidez palmar leve • Hb > 6 y < 11 g/dl • Ht > 18 y < 33 % 	ANEMIA	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dar hierro: terapia de recuperación ▶ Seguimiento cada 14 días ▶ En caso de infección, tratar anemia después de terminar el tratamiento específico
<ul style="list-style-type: none"> • NO tiene palidez palmar • Hb > 11 g/dl • Ht > 33 % 	NO TIENE EVIDENCIA DE ANEMIA	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dar suplemento de hierro ▶ Aconsejar a la madre

ESQUEMA 6
EN SEGUIDA, VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN

ESQUEMA DE VACUNACIÓN	EDAD	Nacimiento			1 mes
	VACUNAS	<u>BCG</u>	<u>VOP-0</u>	<u>HepB-1*</u>	<u>HepB-2</u>

* No poner si el peso del recién nacido es menor de 2,000 gramos, a menos que la madre sea AgsHB positiva.

Evaluar otros problemas

(ej: anomalías congénitas, trauma al nacer, lesiones cutáneas u otros que la madre refiera)

Observaciones

Cerciórese que el niño o niña clasificado como ENFERMEDAD NEONATAL GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE sea referido después de recibir la primera dosis de los antibióticos recomendados y cualquier otro tratamiento de urgencia

Verificar si el niño o niña recibió cita para su próxima vacuna



ESQUEMA 7 NORMAS DE ESTABILIZACIÓN ANTES Y DURANTE EL TRANSPORTE DEL NIÑO(A)

1. MANTENER EN AMBIENTE TÉRMICO NEUTRAL PARA PREVENIR LA HIPOTERMIA

Incubadora, contacto piel a piel, ropa tibia, lámparas de calor

2. PREVENIR LA HIPOGLICEMIA

Solución intravenosa con dextrosa al 10% (80-100 mL/kg/día), leche materna o agua azucarada

3. MANTENER OXIGENACIÓN ADECUADA (según disponibilidad)

Cámara cefálica, cánula nasal o mascarilla, ventilación mecánica

4. DAR LA PRIMERA DOSIS DE LOS MEDICAMENTOS INDICADOS EN LOS CUADROS

Antibióticos, sales de rehidratación oral, nistatina, antibiótico tópico

5. OTROS CUIDADOS IMPORTANTES

- Si el niño(a) tiene distensión abdominal colocarle una sonda nasogástrica y dejarla abierta
- Todo niño(a) con dificultad respiratoria debe ser transportado con sonda nasogástrica abierta
- Si el niño(a) tiene alguna patología con exposición de vísceras, envolverlas con compresas con solución salina
- Si el niño(a) tiene una fractura o trauma, inmovilizar el área afectada

ESQUEMA 8

TRATAR AL MENOR DE DOS MESES Y ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE

▶ Dar la primera dosis de un antibiótico por vía intramuscular

- Dar la primera dosis tanto de penicilina benzatínica como de gentamicina por vía intramuscular

GENTAMICINA Dosis: 2,5 mg/kg			PENICILINA SÓDICA CRISTALINA (Bencil Penicilina) Dosis: 50.000 unidades por kg		
Añadir 6 ml de agua esterilizada a un frasco con 80 mg* = 8 ml a 10 mg/ml o sin diluir: frasco de 2 ml con 20 mg = 2 ml a 10 mg/ml			Para un frasco de 600 mg (1.000.000 unidades)		
Peso	Dosis	Frecuencia	Añadir 2,1 ml de agua esterilizada = 2,5 ml a 400.000 unidades/ml	Añadir 3,6 ml de agua esterilizada = 4,0 ml a 250.000 unidades/ml	Frecuencia
1,0 kg	0,25 ml*	< 37 semanas c/12 hrs	0,1 ml	0,2 ml	< 1 semana c/12 hrs. 1 – 3 semanas c/8 hrs > 3 semanas c/6 hrs.
2,0 kg	0,50 ml*		0,2 ml	0,4 ml	
3,0 kg	0,75 ml*	> 37 semanas c/8 hrs	0,4 ml	0,6 ml	
4,0 kg	1,00 ml*		0,5 ml	0,8 ml	
5,0 kg	1,25 ml*		0,6 ml	1,0 ml	

- Evitar el uso de gentamicina en concentración de 40 mg/ml sin diluir. La dosis es de 1/4 de la indicada en la lista
- Para un menor de 2 meses clasificado como una POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE lo mejor es referirlo. Si no es posible referirlo, dar penicilina sódica cristalina cada seis horas **MÁS** gentamicina cada ocho horas. Para el niño(a) en su primera semana de vida, dar gentamicina cada 12 horas

▶ Antibióticos de segunda línea

AMPICILINA Dosis: 50 mg/kg			AMIKACINA Dosis: 7,5 – 15 mg/kg		
Peso	Dosis (mg)	Frecuencia	Peso	Dosis 7,5 mg/kg	Frecuencia
1,0 kg	50	< 1 semana c/12 hrs 1 – 3 semanas c/8 hrs > 3 semanas c/6 hrs	1,0 kg	7,5	Cada 12 horas
1,5 kg	75		1,5 kg	12	
2,0 kg	100		2,0 kg	15	
2,5 kg	125		2,5 kg	18	
3,0 kg	150		3,0 kg	30	Cada 8 horas
3,5 kg	175		3,5 kg	35	
4,0 kg	200		4,0 kg	40	

En caso de sepsis o meningitis debe duplicarse la dosis
Lavarse las manos antes y después de preparar un antibiótico o aplicárselo al niño(a)

ESQUEMA 9

TRATAR AL MENOR DE DOS MESES Y ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE

▶ **Dar acetaminofén para la fiebre alta (>37.5 °C)**

Dosis: 12 mg/kg/dosis			
Peso (g)	Gotas 100 mg/mL	Jarabe 32 mg/mL	Frecuencia (horas)
1000	0.1 mL	0.4 mL	12
2000	0.2 mL	0.7 mL	8
3000	0.3 mL	1.0 mL	6
4000	0.4 mL	1.5 mL	
5000	0.6 mL	2.0 mL	
6000	0.7 mL	2.2 mL	
7000	0.8 mL	2.6 mL	

Cada supositorio de acetaminofén contiene 120, 325 ó 600 mg, lo cual excede la dosis recomendada en los recién nacidos

▶ **Tratar al niño(a) para evitar que le baje la concentración de azúcar en sangre**

- **Si el niño(a) puede tomar el pecho:**
Decir a la madre que le dé el pecho más frecuentemente
- **Si el niño(a) no puede tomar el pecho pero puede tragar:**
Darle leche materna extraída u otra leche
Si eso no es posible, dar al niño(a) 30 a 50 ml de leche o agua azucarada antes de que se vaya

Para preparar el agua azucarada: disolver 4 cucharaditas de azúcar al ras (20 g) en una taza con 200 ml de agua
- **Si el niño(a) no puede tragar:**
Darle 50 ml de leche o agua azucarada por una sonda nasogástrica

▶ **Dar nistatina oral para la candidiasis**

100,000 Unidades / mL		
Peso (g)	Gotas	Frecuencia (horas)
1000	1 mL	6
2000	1 mL	
3000	2 mL	
4000	2 mL	
5000	2 mL	
6000	2 mL	
7000	2 mL	

- Agitar bien el frasco antes de aplicar la nistatina en la boca del niño(a)
- No debe mezclarse con la fórmula

▶ **Dar tratamiento con hierro oral**

SULFATO FERROSO			
Dosis: 4 – 6 mg/kg/día de hierro elemental			
Peso (g)	Gotas 15 mg de hierro elemental/ 1 mL	Jarabe 18 mg de hierro elemental/ 5 mL	Frecuencia (horas)
1000	0.2 mL	1.1 mL	24
2000	0.4 mL	2.2 mL	
3000	0.8 mL	3.3 mL	
4000	1.0 mL	4.4 mL	
5000	1.4 mL	5.5 mL	
6000	1.6 mL	6.6 mL	
7000	1.8 mL	7.7 mL	

- No debe excederse de 15 mg de hierro elemental por día

ESQUEMA 10

TRATAR AL NIÑO(A) MENOR DE DOS MESES DE EDAD Y ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE

▶ Para el tratamiento de la diarrea, consultar el cuadro *TRATAR AL NIÑO(A)*

▶ Vacunar a todos los niños(as) menores de 2 meses según corresponda

▶ Enseñar a la madre a tratar las infecciones localizadas

Explicarle cómo se administra el tratamiento

Observarla mientras administra el tratamiento primero en el servicio de salud

Orientarla para que administre el tratamiento dos veces por día. La madre debe volver inmediatamente al Servicio de Salud si la infección empeora

Para tratar pústulas de la piel o infecciones de ombligo

La madre debe:

- *Lavarse las manos*
- Lavar suavemente con agua y jabón para sacar el pus y las costras
- Secar la zona
- Aplicar antibiótico tópico con un hisopo
- Lavarse las manos

Para tratar las infecciones de los ojos

La madre debe:

- Lavarse las manos
- Limpiar los ojos del niño(a) con un paño limpio 3 veces al día
- Abrir hacia abajo el párpado inferior del niño(a)
- Aplicar la pomada antibiótica 3 veces al día
- Repetir en el otro ojo el mismo procedimiento
- Seguir aplicando la pomada hasta que desaparezca la secreción purulenta
- Lavarse las manos

Para tratar candidiasis oral (úlceras o placas blancas en la boca)

La madre debe:

- *Lavarse las manos*
- Lavar la boca del niño(a) con un paño suave enrollado en un dedo y humedecido con agua y sal
- Aplicar en la boca del niño(a) nistatina 1 gotero cada 6 horas
- Lavarse las manos

ESQUEMA 11

TRATAR AL NIÑO(A) MENOR DE DOS MESES DE EDAD Y ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE

▶ **ENSEÑAR LA POSICIÓN Y EL AGARRE CORRECTOS PARA EL AMAMANTAMIENTO**

- Mostrar a la madre cómo sostener bien al niño(a)
 - Con la cabeza y el cuerpo del niño(a) erguidos
 - En dirección a su pecho, con la nariz del niño(a) de frente al pezón
 - Con el cuerpo del niño(a) cerca del cuerpo de ella (panza con panza)
 - Sosteniendo todo el cuerpo del niño(a), y no solamente el cuello y los hombros
- Mostrar a la madre cómo facilitar el agarre. La madre debe:
 - Tocar los labios del niño (a) con el pezón
 - Esperar hasta que el niño(a) abra bien la boca
 - Mover al niño(a) rápidamente hacia el pecho y cerciorarse de que el labio inferior del niño(a) quede bien debajo del pezón
- Verificar los signos del buen agarre y la succión. Si no son buenos, intentarlo nuevamente (para más detalles ver anexo 1)

▶ **Aconsejar a la madre sobre cuándo debe volver a consulta de seguimiento o de inmediato**

- **CUÁNDO DEBE VOLVER**
Consulta de seguimiento

Si el niño(a) tiene	Volver para una consulta de seguimiento en:
<ul style="list-style-type: none"> • INFECCIÓN LOCALIZADA • DIARREA • CUALQUIER PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN • CANDIDIASIS ORAL 	2 DÍAS
<ul style="list-style-type: none"> • BAJO PESO PARA LA EDAD • ANEMIA 	14 DÍAS

Cuándo debe volver de Inmediato

Recomendar a la madre que vuelva de inmediato si el niño(a) presenta cualquiera de los siguientes signos:

- No toma el pecho o bebe mal
- Empeora
- Llanto débil
- Temblores o convulsiones
- Cianosis
- Dificultad para respirar
- Sangre en las heces
- Fiebre o hipotermia
- Vómitos persistentes

Consejos al egreso: lavado de manos, acostar al bebé de espalda, evitar enfriamiento, lactancia materna exclusiva



ESQUEMA 12

MÉTODOS DE SEGUIMIENTO Y REEVALUACIÓN DEL MENOR DE 2 MESES

▶ **INFECCIÓN LOCALIZADA**

Después de dos días:

Examinar el ombligo: ¿Está enrojecido o presenta supuración? ¿El enrojecimiento se extiende a la piel?

Examinar las pústulas de la piel: ¿Son muchas y extensas?

Tratamiento:

- Si el pus o el enrojecimiento han empeorado, referir al hospital
- Si el pus o el enrojecimiento han mejorado, aconsejar a la madre que continúe dándole el antibiótico hasta completar siete días de tratamiento y que continúe tratando la infección local en casa
- Recomendar a la madre que continúe dándole el pecho por lo menos ocho veces al día

▶ **CANDIDIASIS ORAL**

Después de dos días:

Examinar al niño(a). Verificar si hay úlceras o placas blancas en la boca (moniliasis oral).

Reevaluar la alimentación. Consultar el cuadro titulado "En seguida, determinar si hay un problema de alimentación o de bajo peso"

Tratamiento:

- Si la candidiasis ha empeorado, o si el niño(a) tiene problemas con el agarre o la succión, referirlo al hospital
- Si la candidiasis está igual o ha mejorado y si el niño(a) está alimentándose bien, continuar con nistatina hasta terminar los cinco días de tratamiento
- Aconsejar a la madre sobre cómo cuidar sus pezones para evitar que se contagien de la moniliasis

ESQUEMA 13 A

ATENCIÓN INTEGRADA DE LA MADRE Y EL NIÑO MENOR DE DOS MESES

Si usted atiende a la madre embarazada: complete primero el paso 1 (parte izquierda del formulario), 3, 4, 11 y 12.

Si usted atiende el parto de una mujer embarazada: complete el paso 1, 3 al 7, 11 y 12.

Si usted atiende al niño(a): complete primero la parte 2 (lado derecho del formulario) y luego siga el orden de la numeración hasta el final.

1.- DATOS DE LA MADRE Fecha: ____/____/____ Nombre: _____ Motivo de Consulta: _____ Edad: _____ años Peso: _____ kg Talla: _____ cm P/A: ____/____ nrm Hg Tipo de sangre: _____ 3.- Antecedentes Obstétricos: Gestas: ____ Partos: ____ Cesáreas: ____ Abortos: ____ (> 3 espontáneos: ____) Hijos nacidos muertos ____ Muertes neonatales ____ Hijos < 2,500 g ____ > 4,500 g Internación por hipertensión/preclampsia/eclampsia en el último embarazo: ____ Cirugías previas del tracto reproductivo: ____ Control prenatal previo: NO, SÍ ¿Cuántos? ____ Tratamiento: NO, SÍ ¿Cuál? (describa) _____	2.- DATOS DEL NIÑO/NIÑA Fecha: ____/____/____ Nombre: _____ Nacimiento: ____ Primera consulta: ____ Consulta de seguimiento: ____ Motivo de consulta (cuando no es por nacimiento): _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ meses Temp.: ____ °C Peso: _____ kg Talla: _____ cm Circunferencia cefálica: _____ cm
--	--

EVALUAR

CLASIFICAR

C. ATENCIÓN A LA MADRE DESDE LAS 28 SEMANAS DE GESTACIÓN Y EL RECIÉN NACIDO

4.- Riesgo en el embarazo: embarazo de ____ semanas por FUM o AU SÍ ____ NO ____ <table style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td>< 16 ó > 40 años</td> <td>Periodo intergenésico < 2 años</td> <td>Isoinmunización Rh</td> <td>Diabetes</td> <td>Enfermedad cardiaca/renal</td> </tr> <tr> <td>< 37 ó > 41 semanas</td> <td>Primigesta o múltipara</td> <td>Anemia</td> <td>Hipertensión</td> <td>Presentación anormal</td> </tr> <tr> <td>Cesárea anterior</td> <td>Embarazo múltiple</td> <td>Infección</td> <td>Hemorragia vaginal</td> <td>Disminución movimientos</td> </tr> </table> Abuso de sustancias (incluyendo alcohol)... Otro: _____ 5.- Antecedentes del parto: Se produjo en la casa __ hospital __ otro (describa) _____ Tipo de parto: normal, cesárea, cefálico, pelviano, único, múltiple, meconio ¿Nació bien? SÍ NO ¿Cuál fue la complicación? Describa: _____	< 16 ó > 40 años	Periodo intergenésico < 2 años	Isoinmunización Rh	Diabetes	Enfermedad cardiaca/renal	< 37 ó > 41 semanas	Primigesta o múltipara	Anemia	Hipertensión	Presentación anormal	Cesárea anterior	Embarazo múltiple	Infección	Hemorragia vaginal	Disminución movimientos	Alto riesgo Mediano riesgo Mínimo riesgo
< 16 ó > 40 años	Periodo intergenésico < 2 años	Isoinmunización Rh	Diabetes	Enfermedad cardiaca/renal												
< 37 ó > 41 semanas	Primigesta o múltipara	Anemia	Hipertensión	Presentación anormal												
Cesárea anterior	Embarazo múltiple	Infección	Hemorragia vaginal	Disminución movimientos												
6.- Condición del niño al nacer: Sexo M ____ F ____ Peso al nacer: ____ gramos Talla: ____ cm Circunferencia cefálica ____ cm <table style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td>No respira espontáneamente</td> <td>Cianosis</td> <td>Peso < 2,000 g</td> <td>Anomalias congénitas</td> <td>Fiebre materna</td> </tr> <tr> <td>Frec. cardiaca < 100 por minuto</td> <td>Dificultad respiratoria</td> <td>Peso 2,000 - 2,500 g</td> <td>Trauma</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Palidez</td> <td>Meconio</td> <td>EG < 35 semanas</td> <td>Infección intrauterina</td> <td></td> </tr> </table> Otro: _____	No respira espontáneamente	Cianosis	Peso < 2,000 g	Anomalias congénitas	Fiebre materna	Frec. cardiaca < 100 por minuto	Dificultad respiratoria	Peso 2,000 - 2,500 g	Trauma		Palidez	Meconio	EG < 35 semanas	Infección intrauterina		Edad gestacional: ____ semanas, PEG, AEG, GEG Pretérmino, término, posttérmino
No respira espontáneamente	Cianosis	Peso < 2,000 g	Anomalias congénitas	Fiebre materna												
Frec. cardiaca < 100 por minuto	Dificultad respiratoria	Peso 2,000 - 2,500 g	Trauma													
Palidez	Meconio	EG < 35 semanas	Infección intrauterina													

EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO(A) ENFERMO DE 0 A 2 MESES DE EDAD

7.- Enfermedad neonatal grave o posible infección local SÍ ____ NO ____ <table style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td>Letárgico o inconsciente</td> <td>Tiraje subcostal</td> <td>Flacidez</td> <td>Peso < 2,000g</td> <td>Distensión abdominal</td> </tr> <tr> <td>Convulsiones</td> <td>Apneas</td> <td>Palidez</td> <td>Pústulas</td> <td>Placas blancas en la boca</td> </tr> <tr> <td>FR > 60 < 30</td> <td>Quejido</td> <td>Cianosis</td> <td>Vesículas</td> <td>No puede tomar el pecho</td> </tr> <tr> <td>Aleteo nasal</td> <td>Temp. < 36,5 ó > 37,5 °C</td> <td>Ictericia</td> <td>Secreción ombligo</td> <td>Vomita todo</td> </tr> </table> 8.- ¿Diarrea? SÍ ____ NO ____ ¿Desde cuándo? ____ días Diarrea hace 14 o más días Ojos hundidos La piel vuelve lentamente ¿Sangre en las heces? Letargia o inconciencia La piel vuelve muy lentamente Otro: _____	Letárgico o inconsciente	Tiraje subcostal	Flacidez	Peso < 2,000g	Distensión abdominal	Convulsiones	Apneas	Palidez	Pústulas	Placas blancas en la boca	FR > 60 < 30	Quejido	Cianosis	Vesículas	No puede tomar el pecho	Aleteo nasal	Temp. < 36,5 ó > 37,5 °C	Ictericia	Secreción ombligo	Vomita todo	Enfermedad neonatal grave SÍ ____ NO ____ SÍ SÍ traslado urgente
Letárgico o inconsciente	Tiraje subcostal	Flacidez	Peso < 2,000g	Distensión abdominal																	
Convulsiones	Apneas	Palidez	Pústulas	Placas blancas en la boca																	
FR > 60 < 30	Quejido	Cianosis	Vesículas	No puede tomar el pecho																	
Aleteo nasal	Temp. < 36,5 ó > 37,5 °C	Ictericia	Secreción ombligo	Vomita todo																	
9.- Evaluar la alimentación al pecho Le da el pecho: SÍ ____ No ____ Si no le da, ¿por qué? _____ ¿Cuántas veces le da el pecho durante el día?: ____ veces ¿Cuántas veces le da el pecho durante la noche?: ____ veces ¿Toma otras bebidas u otros líquidos además del pecho?: No ____ Sí ____ ¿Cuáles? _____ Si el niño NO lo alimentó al pecho en la última hora, decirle a la madre que le de el pecho. Observarlo por 4 minutos: • ¿El niño(a) logra hacer el agarre? SÍ ____ No ____ • ¿El niño(a) tiene buena posición? SÍ ____ No ____																					
10.- Alimentación y Nutrición Primero: Determinar el peso para la edad SÍ ____ No ____ <table style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td>Peso para edad < 60%</td> <td>Tendencia ascendente</td> <td>Evidencia problemas de alimentación</td> <td>Palidez palmar intensa</td> </tr> <tr> <td>Peso para edad 60-80%</td> <td>Tendencia horizontal</td> <td>No hay agarre o mala posición</td> <td>Palidez palmar leve</td> </tr> <tr> <td>Peso para edad > 80%</td> <td>Tendencia descendente</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Peso para edad < 60%	Tendencia ascendente	Evidencia problemas de alimentación	Palidez palmar intensa	Peso para edad 60-80%	Tendencia horizontal	No hay agarre o mala posición	Palidez palmar leve	Peso para edad > 80%	Tendencia descendente											
Peso para edad < 60%	Tendencia ascendente	Evidencia problemas de alimentación	Palidez palmar intensa																		
Peso para edad 60-80%	Tendencia horizontal	No hay agarre o mala posición	Palidez palmar leve																		
Peso para edad > 80%	Tendencia descendente																				
11.- Verificar los antecedentes de vacunación del menor de dos meses y la madre. Marcar con un círculo las vacunas que se le darán hoy. Madre: _____ Niño/niña: _____ <table style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td>Antitetánica-1</td> <td>Antitetánica 2</td> <td>BCG</td> <td>VOP 0</td> <td>HepB 1</td> <td>HepB 2</td> </tr> </table>	Antitetánica-1	Antitetánica 2	BCG	VOP 0	HepB 1	HepB 2	Volver para la próxima Vacuna el: _____ (fecha)														
Antitetánica-1	Antitetánica 2	BCG	VOP 0	HepB 1	HepB 2																
12.- Evaluar otros problemas																					

ESQUEMA 13 B

ATENCIÓN INTEGRADA DE LA MADRE Y EL NIÑO MENOR DE DOS MESES

Fecha: ____/____/____ Nombre de la madre: _____

Edad de la madre: ____ años Peso: ____ kg Talla de la madre: ____ cm P/A: ____/____ mm Hg Tipo sangre: ____

Antecedentes obstétricos: G:____, P:____, Hijos vivos:____, Cesáreas:____, Abortos:____, Control prenatal: Sí ____ No ____ Tratamiento: Sí ____ No ____

Motivo de consulta: _____

Primera consulta ____ Reconsulta ____ Nombre del niño o niña: _____ Temp: ____ °C

Edad del niño o niña: ____ meses Fecha nacimiento: ____/____/____ Peso: ____ g Talla: ____ cm Circ. Cefálica: ____ cm

Motivo de consulta para el niño o niña: _____

Evalúe **Clasifique**

ATENCIÓN A LA MADRE DESDE LAS 28 SEMANAS DE GESTACIÓN Y EL RECIÉN NACIDO

Riesgo de embarazo: embarazo de ____ semanas por FUM o AU Sí ____ No ____					Alto riesgo Mediano riesgo Mínimo riesgo
Hipertensión	Embarazo <37 ó >41 semanas	Cesárea anterior	Embarazo múltiple	Periodo intergenésico < 2 años	
Diabetes	Primigesta o multipara	Anemia	Presentación anormal	Isoinmunización Rh	
Infección	< 16 ó > 35 años	Hemorragia	Disminución movimientos	Otro: _____	
Antecedentes del parto: casa, hospital, otro y describa: _____					
Tipo de parto: normal, cesárea, cefálico, pelviano, único, múltiple, meconio ¿Nació bien? Sí, No Sí No, ¿cuál fue la complicación? Describa: _____					
Evaluar la condición al nacer Sexo M ____ F ____ Peso al nacer ____ gramos Longitud ____ cm Circ. cefalica ____ cm					
No respira espontáneamente	Peso < 2,000 g	Palidez	EG < 35 semanas	Infección intrauterina	
Frecuencia cardíaca < 100 por minuto	Dificultad respiratoria	Meconio	Anomalias congénitas	Trauma	
Flaccidez	Cianosis	Peso 2,000-2,500 g	Fiebre materna	Otro: _____	
Edad gestacional: ____ semanas, PEG, AEG, GEG. Pretérmino, de término, posttérmino.					

EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO(A) ENFERMO DE 0 A 2 MESES DE EDAD

Enfermedad neonatal grave o posible infección local Sí ____ No ____							Enfermedad neonatal grave Sí ____ No ____ Si Sí traslado urgente
No puede tomar el pecho	Vomita todo	Peso < 2,000 g	Apneas	Tiraje subcostal	Pústulas y/o vesículas	Dist. abdomin.	
Letárgico, inconsciente	Convulsiones	FR > 60 ó < 30	Aleteo nasal	Cianosis	Secreción ombligo		
Flácido	Palidez	Temp <36.5 ó > 37.5	Quejido	Ictericia	Placas blancas en boca		
¿Diarrea? Sí ____ No ____							
¿Desde cuándo? ____ días	Letargia o inconsciencia	La piel vuelve muy lentamente	Diarrea hace 14 días o más				
¿Sangre en las heces?	Ojos hundidos	La piel vuelve lentamente	Otro: _____				
Evaluar la alimentación al pecho							
Le da el pecho: Sí ____ No ____ Si no le da, ¿por qué? _____							
Cuántas veces le da el pecho durante el día ____ veces							
Cuántas veces le da el pecho durante la noche ____ veces							
Toma otras bebidas u otros líquidos además del pecho: Sí ____ No ____ Si Sí, ¿Cuáles? _____							
• ¿El niño(a) logra hacer el agarre? Sí ____ No ____							
• ¿El niño(a) tiene buena posición? Sí ____ No ____							
Alimentación y Nutrición Primero: Determinar el peso para la edad Sí ____ No ____							
Peso para edad < 60%	Tendencia ascendente	Evidencia problemas alimentación		Palidez palmar intensa			
Peso para edad 60-80%	Tendencia horizontal	No hay agarre o mala posición		Palidez palmar leve			
Peso para edad > 80%	Tendencia descendente						
Verificar los antecedentes de vacunación del menor de dos meses y la madre. Marcar con un círculo las vacunas que se le darán hoy.							
BCG	VOP 0	HepB 1	HepB 2				
Volver para la próxima Vacuna el: _____ (fecha)							
Evaluar otros problemas: _____							

ESQUEMA 14

MÉTODOS DE SEGUIMIENTO Y REEVALUACIÓN DEL MENOR DE DOS MESES

▶ **BAJO PESO PARA LA EDAD**

Después de 14 días:

Pesar al menor de dos meses y determinar si su peso sigue siendo bajo para la edad (ver curva de crecimiento postnatal)

Reevaluar la alimentación. Consultar el cuadro titulado "En seguida, verificar alimentación y nutrición" (ver Esquema 5)

Tratamiento:

- Si el niño(a) **ya no tiene bajo peso para la edad**, elogiar a la madre e incentivarla para que continúe
- Si el niño(a) **sigue teniendo bajo peso para la edad pero se alimenta bien**, elogiar a la madre. Decirle que vuelva a pesar al niño dentro de un mes o cuando regrese para una vacuna
- Si el niño(a) **sigue teniendo un bajo peso para la edad y problemas de alimentación**, aconsejar a la madre sobre el problema de alimentación.
- Decirle que vuelva 14 días después (o cuando regrese para una vacuna, si lo hará dos semanas después)
- Todo niño(a) que nació prematuro (<37 semanas de gestación) debe recibir un multivitamínico según las normas del servicio

Continuar examinando al menor de dos meses cada pocas semanas hasta que esté alimentándose bien y aumentando de peso con regularidad o hasta que el peso deje de ser bajo para su edad

- Si se cree que la alimentación no va a mejorar o si el niño(a) menor de dos meses **ha bajado de peso**, referirlo al hospital

▶ **PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN**

Después de dos días

Reevaluar la alimentación. Consultar el cuadro titulado. "En seguida, determinar si hay un problema de alimentación o de bajo peso"

Preguntar sobre cualquier problema de alimentación detectado en la primera consulta.

- Aconsejar a la madre sobre cualquier problema nuevo o persistente. Si se le recomienda a la madre que haga cambios importantes en la alimentación, decirle que vuelva a traer al niño(a).
- Si el peso del menor de dos meses es bajo para la edad, decir a la madre que vuelva 14 días después de la primera consulta para determinar si el niño ha aumentado de peso.
- Si cree que la alimentación no va mejor o si el niño menor de dos meses **ha bajado de peso**, referirlo.

▶ **ANEMIA**

Después de 14 días

Reevaluar los niveles de hemoglobina y hematócrito en sangre.

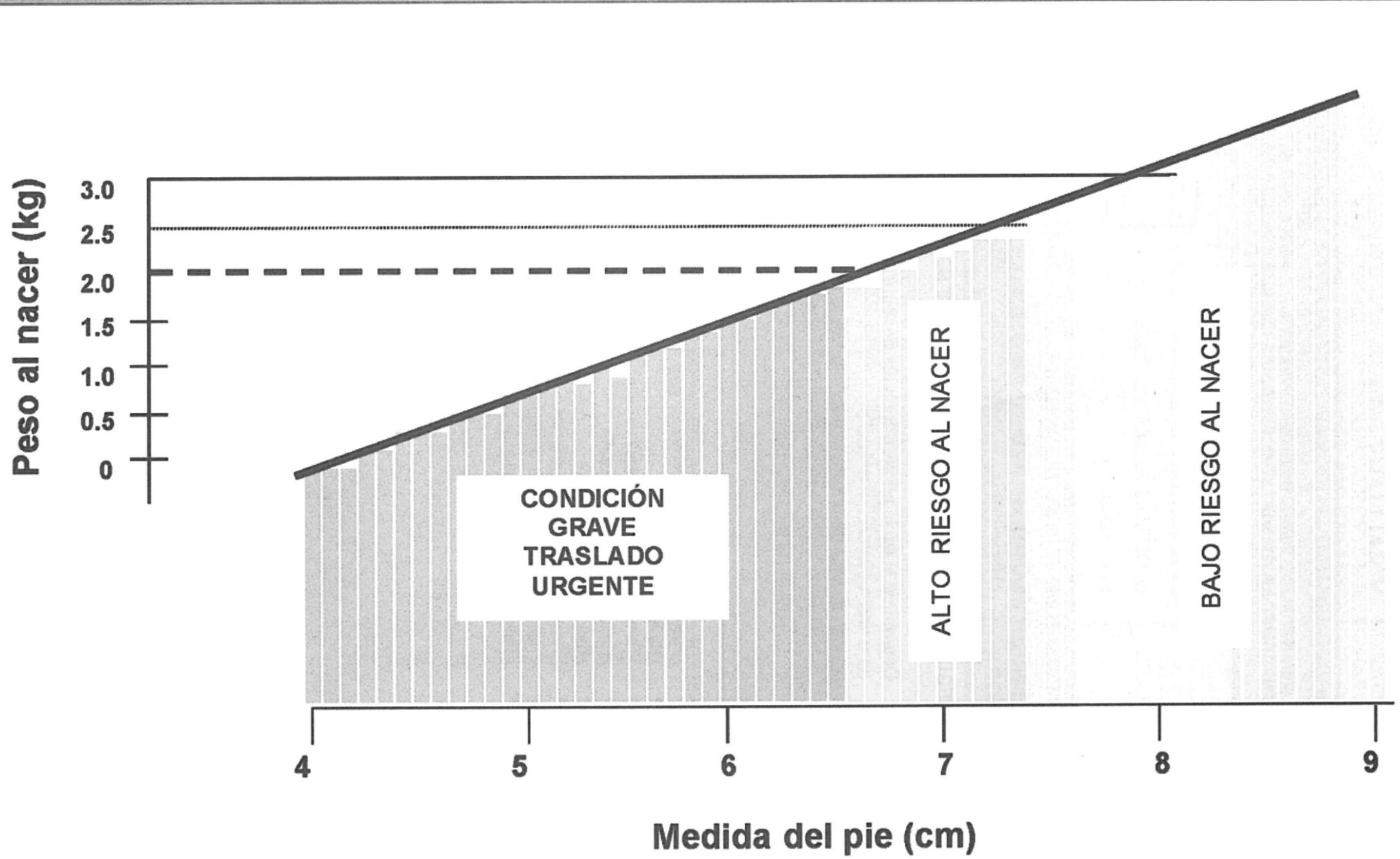
Reevaluar la alimentación. Consultar el cuadro titulado "En seguida, verificar alimentación y nutrición" (Esquema 5)

Tratamiento:

- Si el niño(a) **tiene Hb > 11 g/dl y Ht >33%**, elogiar a la madre.
- Si el niño(a) **sigue teniendo Hb < 11 g/dl y Ht < 33% pero se alimenta bien**, elogiar a la madre, decirle que continúe con el tratamiento de hierro y que vuelva a traer al niño dentro de un mes o cuando regrese para una vacuna.
- Si el niño(a) **sigue teniendo Hb < 6 g/dl y Ht < 18% y problemas de alimentación**, referirlo a un hospital para investigar otras causas de anemia y recibir tratamiento URGENTE.

ESQUEMA 16

CÁLCULO DEL PESO AL NACER UTILIZANDO LA MEDIDA DEL PIE





E. Determinar si hay Posibilidad de Enfermedad Grave o Posible Infección Local

En **TODOS** los casos de niños(as) enfermos preguntar a la madre sobre el problema del niño(a), verificar si hay signos de peligro y luego **DETERMINAR** si hay posibilidad de **ENFERMEDAD NEONATAL MUY GRAVE** o **POSIBLE INFECCION BACTERIANA**

NO

SÍ

DETERMINAR SI HAY POSIBILIDAD DE ENFERMEDAD GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN LOCAL

PREGUNTAR A LA MADRE QUÉ PROBLEMAS TIENE EL NIÑO(A)

- Determinar si es la primera consulta por este problema o si es una consulta para una reevaluación del caso
 - Si se trata de una consulta de reevaluación, seguir las instrucciones para "Reevaluación y seguimiento" del cuadro **TRATAR AL NIÑO(A)**.
 - Si es la primera consulta examinar al niño(a) del siguiente modo:

PREGUNTAR	OBSERVAR POR
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Puede tomar el pecho o beber? • ¿Ha tenido vómitos? • ¿Tiene dificultad para respirar? • ¿Ha tenido fiebre o hipotermia)? • ¿Ha tenido convulsiones? • ¿Tiene secreción en ombligo u ojos? • ¿Tiene pústulas o vesículas en la piel? • ¿Tiene placas blanquecinas en la boca? 	<ul style="list-style-type: none"> • Letargia, inconsciencia o flaccidez • Vómitos • Convulsiones • Apneas • Aleteo nasal • Quejido, estridor o sibilancia • Tiraje subcostal grave • Cianosis, palidez o ictericia • Pústulas o vesículas en la piel • Secreción purulenta de ombligo u ojos • Distensión abdominal <p style="text-align: center;">DETERMINAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • El peso • La frecuencia respiratoria • La temperatura axilar • Si tiene placas blanquecinas en la boca • Llenado capilar • Otros problemas (ej: anomalías congénitas, ver esquema 7)

Clasificar

CLASIFICAR la enfermedad del niño(a) mediante el cuadro de clasificación codificado por colores para enfermedad neonatal muy grave, posible infección bacteriana o infección bacteriana local

PREGUNTAR sobre los siguientes síntomas principales:
tos o dificultad para respirar, fiebre
VERIFICAR si hay signos de malnutrición y anemia, estado de vacunación y otros problemas

1. Cómo evaluar a un niño(a) con enfermedad grave o posible infección local

Si recorre hacia abajo el extremo izquierdo del cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO(A) ENFERMO DE 0 A DOS MESES DE EDAD, encontrará el recuadro del primer síntoma principal. Cada recuadro de síntoma principal contiene dos partes: una sección de preguntas en el extremo izquierdo y un recuadro de observar y verificar en el extremo derecho. La sección de la izquierda enumera preguntas si el niño(a) presenta el síntoma. Por ejemplo: ¿puede tomar el pecho o beber? Si la respuesta es negativa, siga hacia abajo haciendo las siguientes preguntas. Al terminar las preguntas pase al recuadro de la derecha para observar y verificar los signos presentes.

Todos los niños(as) que tienen un peso inferior a los 2,000 gramos deben ser referidos a un hospital para tratamiento especializado ya que por su inmadurez son muy susceptibles a padecer signos o síntomas de peligro.

En **TODOS** los casos de niños(as) enfermos, **PREGUNTE:**

○ ¿Puede tomar el pecho o beber?

Uno de los principales signos de inicio de una posible infección bacteriana grave en los niños(as) menores de dos meses de edad es que no quieren tomar el pecho o beber ningún líquido que se les ofrece.

Si la respuesta es negativa, solicite a la madre que le ofrezca el pecho al niño(a) o le ofrezca agua en una taza o cuchara. Observe como mama o bebe el niño(a).

Un niño(a) no puede beber si no es capaz de agarrar el pecho o no es capaz de tragar el líquido que le ofrece la madre.

○ ¿Ha tenido vómitos?

Los vómitos pueden ser signo de infección intestinal, sepsis o meningitis, o estar relacionados con intolerancia a la leche, así como un problema obstructivo que requiere cirugía de urgencia (por ejemplo: obstrucción intestinal, atresia duodenal, etc.).





○ ¿Tiene dificultad para respirar?

La dificultad respiratoria comprende toda forma inusual de respirar. Las madres describen esta instancia de diferentes maneras; tal vez digan que la respiración del niño(a) ES "rápida", "ruidosa" o entrecortada.

CUENTE las respiraciones por minuto

El profesional de salud debe contar cuántas veces respira el niño(a) por minuto para decidir si tiene respiración rápida. El niño(a) debe estar tranquilo para observar y escuchar la respiración. Si el niño(a) está lloroso, no se podrá obtener un recuento preciso de las respiraciones.

Explique a la madre que va a contar las respiraciones del niño(a). Solicítele que lo mantenga tranquilo. Si está durmiendo, no lo despierte. A fin de contar el número de respiraciones por minuto utilice un reloj con segundero o un reloj digital. Verifique si hay movimiento respiratorio en cualquier sección del pecho o del abdomen del niño(a).

NOTAS



Generalmente se pueden ver los movimientos respiratorios aun cuando el niño está vestido. Si no encuentra este movimiento fácilmente, solicite a la madre que levante la camisa del niño(a). Si comienza a llorar, pida a la madre que lo calme antes de empezar a contar las respiraciones.

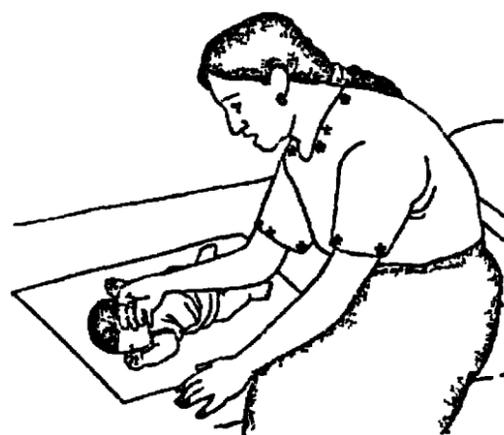
Si no está seguro(a) sobre el número de respiraciones que ha contado o pasa de 60 por minuto, repita el recuento.

El punto crítico de respiración rápida depende de la edad del niño(a). Los niños(as) menores de dos meses de edad tienen frecuencias respiratorias normales más elevadas que los niños mayores. Se considera que el niño(a) menor de dos meses de edad tiene respiración rápida si su frecuencia respiratoria es de **60 o más** por minuto.

○ ¿Ha tenido fiebre o hipotermia?

Verifique si el niño(a) tiene antecedentes de fiebre o hipotermia; el cuerpo caliente o muy frío o una temperatura axilar mayor o igual a 37.5 oC o menor de 36.5 oC.

El signo de **fiebre o hipotermia** cuando está presente en un niño(a) menor de dos meses de edad significa que existe un problema grave, generalmente de infección generalizada (septicemia) y se acompaña de otros signos como succión débil y letargia.



Tómele la temperatura axilar y si ésta se encuentra por arriba de 36.5 oC no tiene signos de hipotermia; si se encuentra por debajo de 37.5 oC no tiene signos de fiebre.

Si el niño(a) NO tiene fiebre o hipotermia (por antecedentes, porque no tiene el cuerpo caliente o frío al tacto, ni temperatura medida mayor o igual a 37.5 oC o menor de 36.5 oC), pregunte sobre el próximo signo principal.

○ **¿Ha tenido convulsiones?**

Pregunte a la madre si el niño(a) ha presentado temblores o movimientos parecidos a un ataque o espasmo durante la enfermedad actual. Cerciórese de que la madre entiende claramente qué es una convulsión.

Explíqueme que durante una convulsión los brazos y las piernas se ponen rígidos porque los músculos se contraen, tal vez pierda el conocimiento o no responda a estímulos.

Los recién nacidos muchas veces no presentan las convulsiones típicas de los niños(as) mayores, pueden ser simplemente temblores de un brazo o una pierna, muy finos y muchas veces pueden pasar desapercibidos si no se tiene mucha acuciosidad en buscar y observar este signo.

Si el niño(a) NO ha tenido convulsiones o temblores (por antecedentes o por observación) pregunte sobre el próximo signo principal.

Si el niño(a) SÍ ha tenido convulsiones o temblores (por antecedentes o por observación) evalúe otros signos relacionados, tales como letargia o inconsciencia.

○ **¿Tiene secreción en el ombligo u ojos?**

La onfalitis se produce generalmente como consecuencia de malas técnicas de asepsia o uso de instrumentos contaminados para cortar el cordón umbilical. **La conjuntivitis** se produce por infección transmitida de la madre en el momento del parto.

Su presencia es un signo general de peligro ya que puede ser la puerta de entrada para una infección generalizada (sepsis). Los gérmenes más comúnmente involucrados son los estafilococos.

○ **¿Tiene pústulas o vesículas en la piel?**

Las pústulas o vesículas en la piel son generalmente secundarias a contaminación y el germen más comúnmente involucrado es el *Estafilococo aureus*.





NOTAS



○ **¿Tiene placas blanquecinas en la boca?**

Las placas blanquecinas en la boca del niño(a) son debidas generalmente a una infección por *Candida albicans* y se conoce como candidiasis o moniliasis oral.

Luego, **OBSERVE:**

○ **Si está letárgico, inconsciente o flácido**

Los niños(as) con enfermedad grave y que no han tomado o bebido pueden estar muy decaídos, letárgicos o inconscientes. Éste es un signo de gravedad que requiere tratamiento de urgencia ya que puede haber desarrollado una septicemia o estar iniciando una meningitis.

- ☉ Si vomita todo lo que toma
- ☉ Si tiene convulsiones
- ☉ Si tiene apneas

La apnea es una condición que se presenta sólo en los niños menores de 15 días de vida y prematuros. La apnea es cuando el niño(a) deja de respirar por un período de tiempo mayor de 20 segundos con disminución de la frecuencia cardíaca a menos de 100 latidos por minuto y/o cianosis.

La apnea puede ser de origen central debido a una pausa en los esfuerzos respiratorios; obstructiva debida a un bloqueo temporal de las vías aéreas superiores o una combinación de ambas. La prematurez es la causa más común de apneas por inmadurez del sistema nervioso central.

○ **Si hay aleteo nasal**

El aleteo nasal consiste en un movimiento de apertura y cierre de las fosas nasales con cada respiración. Se produce cuando el niño(a) tiene una dificultad respiratoria grave y es consecuencia de un esfuerzo por compensar la falta de oxigenación.

○ **Y ESCUCHE si hay quejido, estridor o sibilancias**

El **quejido** es un sonido grueso que se produce cuando el niño(a) **ESPIRA**. El quejido es secundario a un esfuerzo que realiza el niño(a) para compensar algún problema respiratorio o una enfermedad grave.

Un niño(a) tiene quejido si tiene alguna enfermedad grave o una infección en cualquier parte del aparato respiratorio, como la nariz, garganta, laringe, traquea, bronquios y los pulmones mismos. Fíjese cuando el niño/a espira estando tranquilo y sin llorar, ponga el

oído cerca de su nariz y boca y escuche si hay quejido ya que puede ser difícil de oír.

Si el sonido que escucha es áspero y cuando el niño(a) **INSPIRA** se trata de **estridor** y si es suave y agudo con la espiración se trata de **sibilancias** producidas por el paso del aire por las vías aéreas estrechadas.

○ Si hay tiraje subcostal grave

Si no le levantó la camisa o la ropa al niño(a) para contar las respiraciones, solicite a la madre que la levante en ese momento.

Observe si hay tiraje subcostal grave cuando el niño(a) **INHALA**. Observe la parte inferior de la parrilla costal. El niño(a) tiene tiraje subcostal si la parte inferior de la parrilla costal se hunde durante la inhalación. El niño(a) debe realizar un esfuerzo mucho mayor que lo normal para respirar. En la respiración normal, toda la pared torácica (parte superior e inferior) y el abdomen se expanden cuando el niño(a) inspira. En caso de tiraje subcostal, la parte inferior de la parrilla costal se hunde cuando el niño inspira.

Si no tiene certeza sobre la presencia de tiraje subcostal, observe otra vez. Si el niño(a) está doblado a la altura de la cintura, es difícil detectar el movimiento de la parte inferior de la parrilla costal.

Solicite a la madre que lo cambie de posición, de modo que el niño(a) quede acostado boca arriba. Si aún no detecta el hundimiento de la parte inferior cuando el niño(a) inhala, no hay tiraje subcostal.

En caso de tiraje subcostal grave, el mismo debe ser claramente visible y estar presente en todo momento. Si solo se observa con llanto o a la alimentación, el niño(a) no tiene tiraje subcostal.

○ Si la piel está cianótica, pálida o amarilla

Pida a la madre que le quite toda la ropa al niño(a) para poder evaluar el color de la piel. Si la cianosis se presenta únicamente en boca o extremidades (acrocianosis) se considera en la mayoría de casos normal. Deje un tiempo en observación al niño(a) y si al cabo de unos minutos está rosado trátelo como si no hubiera tenido problemas. Si la cianosis es generalizada (cianosis central) se considera como una enfermedad neonatal grave y el niño(a) necesitará tratamiento urgente.

Si la piel está pálida, evalúe la palma de la mano para detectar anemia o si es posible realice exámenes de laboratorio para evaluar hemoglobina y hematócrito en sangre. La palidez severa se considera como enfermedad neonatal grave.





NOTAS



Si el tinte icterico se extiende desde la cara, tórax hasta por debajo del ombligo, se considera como una enfermedad neonatal muy grave y el niño(a) necesitará tratamiento urgente.

Si el tinte icterico se localiza sólo en cara y tórax puede tratarse de una ictericia fisiológica y necesitará ser evaluado dos días después para observar si el tinte icterico no se ha extendido más por debajo del ombligo hacia las extremidades.

La ictericia por enfermedad hemolítica debida a incompatibilidad del factor Rh, se produce por transmisión de sangre incompatible desde la circulación fetal a la materna. Los anticuerpos producidos por la madre pasan a través de la placenta y llegan al feto, en el que se inicia el proceso hemolítico que puede ser tan grave que ocasione la muerte intrauterina. En este caso la madre es del grupo Rh negativo y el recién nacido Rh positivo.

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

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

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

Si los niveles de bilirrubina sobrepasaran 20 mg/dl, se debe interrumpir la lactancia materna durante un período de no más de 24 horas, lo que va seguido de un rápido descenso de los niveles de bilirrubina; después de lo cual se puede reiniciar sin peligro de que vuelvan a elevarse nuevamente los niveles de bilirrubina.



NOTAS



- **La temperatura axilar**, la mayoría de recién nacidos con enfermedad neonatal grave o infección bacteriana grave se presentan con hipotermia (temperatura menor a 36.5 °C).
- **Si tiene placas blanquecinas en la boca**, examine cuidadosamente la boca del niño(a) para determinar si existe la presencia de placas blanquecinas diseminadas. Cuando existe moniliasis se clasifica siempre como una infección bacteriana local y sólo requiere tratamiento en casa.
- **Si tiene mal llenado capilar**, localice las manos o los pies del niño(a) y ejerza con su dedo presión firme por dos segundos, luego suelte la presión y observe el tiempo que la piel tarda en recuperar el color rosado. Si la piel presionada tarda más de dos segundos en recuperar su color significa que hay un **mal llenado capilar**.
- **Otros problemas**, siempre es necesario completar el examen físico y determinar si el recién nacido tiene otros problemas o signos que no aparecen en esta clasificación, por ejemplo: anomalías congénitas, problemas quirúrgicos, etc. Muchos de estos problemas pueden ser considerados graves y el niño(a) tendrá que ser referido urgentemente a un hospital.

2. Cómo clasificar a un niño(a) con enfermedad grave o posible infección bacteriana grave

Dependiendo de los signos generales, un niño(a) puede ser clasificado de cuatro maneras diferentes (ver ejemplo 6). Para clasificar la enfermedad neonatal muy grave o posible infección bacteriana:

- a) Observe los signos en la hilera roja (o superior). ¿Tiene el niño(a) algún signo general de peligro?, se ve mal, no puede tomar el pecho o está letárgico o inconsciente, etc. Si el niño(a) presenta un signo general de peligro o cualquier otro signo enumerado en la hilera roja, elija la clasificación grave, ENFERMEDAD NEONATAL MUY GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE.
- b) Si el niño(a) no tiene ningún signo de la hilera roja o clasificación grave, observe la hilera amarilla (o segunda). ¿Tiene el niño secreción purulenta conjuntival?, ombligo eritematoso con secreción purulenta, etc. Si el niño tiene alguna clasificación de la columna amarilla se clasifica como INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL.
- c) Si el niño(a) no presenta ninguno de los signos de las hileras roja o amarilla, observe la hilera verde y seleccione la clasificación NO TIENE INFECCIÓN BACTERIANA.

EJEMPLO 6
CUADRO DE CLASIFICACIÓN PARA ENFERMEDAD NEONATAL GRAVE O POSIBLE
INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE

SIGNOS	EVALUAR COMO	TRATAMIENTO
Uno de los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> • “Se ve mal” • No puede tomar el pecho • Letárgico/inconsciente o flácido • Vomita todo • Convulsiones • Palidez severa • Peso < 2,000 gramos • FR >60 ó <30 por minuto • Temperatura <36.5 ó >37.5 °C • Apneas • Aleteo nasal • Quejido • Tiraje subcostal grave • Cianosis central • Ictericia por debajo del ombligo • Pústulas o vesículas en la piel (muchas o extensas) • Secreción purulenta del ombligo que se extiende a la piel • Mal llenado capilar (> 2 segundos) • Distensión abdominal 	<p align="center">ENFERMEDAD GRAVE</p> <p align="center">O</p> <p align="center">POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dar la primera dosis intramuscular de los antibióticos recomendados ▶ Administrar oxígeno si hay cianosis, tiraje o quejido ▶ Prevenir la hipoglucemia ▶ Mantenga al niño(a) abrigado ▶ Recomendar a la madre que siga dándole de mamar ▶ Referir URGENTEMENTE al hospital, según las normas de estabilización y transporte
<ul style="list-style-type: none"> • Secreción purulenta conjuntival • Ombligo eritematoso o con secreción purulenta • Pústulas en la piel (pocas o localizadas) • Placas blanquecinas en la boca 	<p align="center">INFECCIÓN LOCAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dar el antibiótico recomendado por siete días ▶ Enseñar a la madre a curar las infecciones locales en la casa ▶ Aplicar un tratamiento local (antibiótico tópico) ▶ Aplicar en la boca 100,000 unidades de NISTATINA, cuatro veces al día ▶ Enseñar a la madre a reconocer signos de peligro ▶ Hacer el seguimiento dos días después
<ul style="list-style-type: none"> • Activo • Se alimenta bien • Examen físico normal 	<p align="center">NO TIENE ENFERMEDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Consejería a la madre para que siga dándole de mamar ▶ Ningún tratamiento adicional ▶ Enseñar a la madre a reconocer signos de peligro y medidas higiénicas ▶ Explicar a la madre cuándo debe volver a consulta ▶ Verificar Inmunizaciones

ENFERMEDAD NEONATAL GRAVE (columna roja)

Un niño(a) con algún signo de la columna roja de la izquierda se clasifica bajo ENFERMEDAD NEONATAL GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE.

NORMAS DE REANIMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

1. POSICIÓN

- Séquelo vigorosamente y remueva los campos húmedos
- Rápidamente coloque al recién nacido sobre su espalda, en una superficie seca, limpia y calentita bajo una fuente de calor
- La cabeza debe estar ligeramente extendida



2. SUCCIÓN, PRIMERO LA BOCA Y LUEGO LA NARIZ

- Introduzca el tubo en la boca del recién nacido y succione conforme lo va retirando
- Introduzca el tubo en cada fosa nasal y succione mientras lo va retirando



3. ESTIMULACIÓN TÁCTIL

- Dele 2 o 3 palmadas en las plantas de los pies o
- 2 ó 3 fricciones rápidas y firmes en el cuerpo



4. En este momento EVALÚE

- Respiración
- Frecuencia cardíaca
- Color



5. Si no respira y/o la frecuencia cardíaca < de 100, VENTILE

- Asegurese que la cabeza esta ligeramente extendida
- Coloque la mascarilla sobre barbilla, boca y nariz
- Asegúrese que está bien ajustada
- Comprima la bolsa de ventilación (conectada a 100% de oxígeno) con dos dedos o toda la mano, dependiendo del tamaño de la bolsa, a una frecuencia de 40-60/minuto por 30 segundos
- Observe que el tórax se levante
- Si el tórax no se levanta:
Revise el ajuste de la mascarilla
Reposicione la cabeza
Comprima la bolsa un poco más fuerte con toda la mano
- Una vez haya buen ajuste y el tórax se esté moviendo, ventile a 40/minuto
- Deje de ventilar si el recién nacido empieza a llorar o respirar



6. Determine nuevamente la FRECUENCIA CARDÍACA

- Frecuencia cardíaca arriba de 100 y respiración espontánea:
 - Dejar de ventilar
 - Evaluar el color
- Si al evaluar el color el recién nacido tiene cianosis central, dar oxigenoterapia
- Si está rosado o con acrocianosis, observar
- Frecuencia cardíaca entre 60 – 100/minuto:
 - Si aumenta: continuar ventilación
 - Si no aumenta: continuar ventilación e iniciar masaje cardíaco si frecuencia menor de 80/minuto
- Frecuencia cardíaca por debajo de 60/minuto:
 - Continuar ventilación y masaje cardíaco
 - Iniciar medicamentos
- Si no tiene jadeo o respiración después de 20 minutos de estas manobras, pare la reanimación. El recién nacido está muerto
- Ponga mucha atención al control térmico
- Explique a la madre y la familia lo que está ocurriendo



Un niño(a) con algún signo de la columna roja de la izquierda se clasifica bajo ENFERMEDAD NEONATAL GRAVE O POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE.

3. Reanimación del neonato en la comunidad

Cuando no se cuenta con el equipo especial para la ventilación del recién nacido con asfixia, como sucede en las comunidades rurales aisladas, el(a) proveedor(a) de salud con la mayor competencia puede salvar la vida del neonato aplicando la técnica de reanimación boca a nariz-boca como se describe a continuación.



a) Preparación

- Prepare el equipo necesario
- Coloque al bebé boca arriba, sobre una superficie limpia y cálida.
- Rápidamente envuelva al bebé, dejando descubierta la cabeza, la cara y la parte superior del tórax
- Informe a la madre con delicadeza lo que está sucediendo

**POSICIÓN CORRECTA DE LA CABEZA
PARA UNA BUENA VENTILACIÓN
OBSERVE QUE EL CUELLO ESTÁ MENOS
EXTENDIDO QUE EN LOS ADULTOS**



b) Reanimación boca a nariz-boca

- Coloque la cabeza en una posición de extensión leve para abrir las vías aéreas. (Coloque debajo de la nuca del bebé, un pequeño rodillo de toalla o mantilla).
- Limpie las vías aéreas succionando primero la boca y después la nariz.

Nota: NO aspire profundamente en la garganta del bebé porque esto puede aminorar el ritmo del corazón o provocar que el bebé deje de respirar.

- Con rapidez limpie con una gasita la sangre o el fluido manchado de meconio que pueda estar presente en la boca del bebé.
- Coloque una gasita o un pedazo de tela limpia sobre la boca y la nariz del bebé.



NOTAS



- Cubra la boca y la nariz del bebé con su boca.
- Comience a ventilar, dando pequeños soplos de aire a intervalos de 40 por minuto y evalúe con rapidez si el bebé está respirando en forma espontánea (mientras usted ventila, observe si el tórax del bebé se eleva).
- Si el tórax no se eleva cuando usted ventila, verifique que la posición del cuello sea la correcta. Este no debe estar en superextensión.
- Si la respiración es normal y no hay retracciones intercostales ni resoplidos, coloque al bebé en contacto directo con la piel de la madre.



NOTAS



Si el bebé no está respirando o si la frecuencia respiratoria es inferior a 30 respiraciones por minuto o presenta retracciones intercostales severas, continúe con la ventilación, administre oxígeno, de estar disponible, y haga los arreglos necesarios para su transferencia inmediata para que reciba atención especial.

Si el bebé no respira ni da boqueadas en absoluto después de 20 minutos de estar ventilándolo, detenga la ventilación.

Informe a la madre lo sucedido de forma humanizada, permita que tenga con ella al bebé todo el tiempo que lo desee, esto es parte del proceso de duelo. Reconforte a la familia en todo momento con palabras de solidaridad.

Todos los pasos deben hacerse con rapidez, eficiencia y sobre todo con mucha delicadeza en el manejo del recién nacido. Evite la hipotermia manteniéndolo bien abrigadito de la cabeza a los pies.



Primera Serie

A continuación encontrará ocho preguntas de pareamiento. Marque una sola respuesta en la hoja de respuestas. Valor de cada pregunta: 5 puntos, para un total de: 40 puntos.

- | | | |
|---|-----|-------------------------------|
| 1. Muerte del recién nacido del octavo al 28 día de vida | () | a) Muy bajo peso al nacer |
| 2. Bebé nacido entre la 37 y 41 semana | () | b) Bajo peso al nacer |
| 3. Nombre del recién nacido desde el nacimiento hasta los 28 días de vida | () | c) Recién nacido a termino |
| 4. Recién nacido con peso menor de 2,500 g | () | d) Postérmino |
| 5. Recién nacido menor de 37 semanas | () | e) Recién nacido pretérmino |
| 6. Recién nacido con peso menor de 1,500 g | () | f) Neonato |
| 7. Muerte desde la concepción hasta los 28 días de vida | () | g) Mortalidad perinatal |
| 8. Nace a las 42 semanas | () | h) Mortalidad neonatal tardía |

Segunda Serie

A continuación encontrará doce preguntas de selección múltiple. Marque una sola respuesta en la hoja de respuestas. Valor de cada pregunta: 5 puntos, para un total de: 60 puntos.

1. ¿Qué haría para evitar la hipotermia en el período neonatal inmediato?
 - a) Debe ser secado y puesto debajo de una fuente de calor
 - b) Oxígeno debe ser humidificado y calentado
 - c) Reanimarlo inmediatamente
 - d) a y b son correctas
 - e) a, b y c son correctas

2. ¿Cómo definiría la anemia en el neonato?
 - a) Hb menor de 11 gramos de hemoglobina
 - b) Ht menor de 33% de hematócrito
 - c) Hb mayor 13 gramos de hemoglobina
 - d) Ht mayor de 45% de hematócrito
 - e) a y b son correctas



NOTAS



8. Las normas administrativas en maternidades institucionales y privadas favorecerían el apego madre hijo si:
 - a) Autorizaran la presencia del padre o de un familiar durante el trabajo de parto
 - b) Dar información a la embarazada sobre lo que va a suceder durante el trabajo de parto
 - c) Favorecer el contacto piel a piel del bebé con su madre
 - d) a, b y c son correctas
 - e) a y b son correctas

9. Los factores que influyen en la etiología de la asfixia son:
 - a) Enfermedad vascular sistémica
 - b) Desprendimiento de placenta normalmente inserta
 - c) Nudos del cordón
 - d) Todas son correctas
 - e) Ninguna es correcta

10. La infección que aparece al quinto o décimo día de vida del recién nacido, unilateral con secreción purulenta moderada y edema del párpado inferior es:
 - a) Conjuntivitis gonocócica
 - b) Conjuntivitis por Clamidia
 - c) Conjuntivitis por virus
 - d) a y b son correctas
 - e) Ninguna es correcta

11. La mortalidad neonatal en los países en desarrollo representa:
 - a) La mitad de la mortalidad en menores de cinco años
 - b) Más de la mitad de la mortalidad infantil
 - c) 40% de la mortalidad en menores de dos años
 - d) Todas las anteriores
 - e) Ninguna es correcta

12. La mortalidad neonatal temprana está dada principalmente por:
 - a) Asfixia perinatal
 - b) Prematurez y bajo peso
 - c) Sepsis
 - d) a y c son correctas
 - e) Todas son correctas

RESPUESTAS A EJERCICIOS INTRATEXTO



RESPUESTA AL EJERCICIO INTRATEXTO I

Caso Clínico I

Recién nacido de sexo masculino de 38 semanas de edad gestacional (EG), grande para edad gestacional. Nace en perfectas condiciones por operación cesárea. Es atendido en sala de operaciones y la enfermera que asiste al pediatra le ofrece un equipo para lavarle el estómago al bebé.

1. ¿Cree usted que debe considerarse el lavado de estómago del recién nacido una técnica de rutina? Razone su respuesta.

FALSO. Introducir en forma rutinaria una sonda al estómago del recién nacido se considera una rutina innecesaria, además de ser una actitud de mala práctica. Los riesgos que acarrea la introducción de una sonda son:

- Producción de apnea por reflejo vagal al estimular la faringe.
- Introducción de gérmenes patógenos al tracto gastrointestinal del recién nacido.
- Perforación.

En casos de presencia de sangre materna o meconio se podría hacer un lavado gástrico con **sumo cuidado**. Como rutina para descartar atresia del esófago no se justifica ya que su incidencia es 1/14,000 nacidos vivos.

2. Mencione cinco pasos del cuidado del recién nacido que considere importantes.

No se ofrece la respuesta para que usted elija los pasos que considere más importantes.



NOTAS

RESPUESTAS AL EJERCICIO INTRATEXTO 2

Caso Clínico

Recién nacida de sexo femenino, de 1,800 g y 38 semanas de EG. Antes del nacimiento, la frecuencia cardíaca fetal tenía grandes variaciones entre 40 y 160 latidos por minuto. Nace bañada en meconio espeso. El índice de Apgar al minuto fue de 2, frecuencia



cardíaca 40 por minuto; no respira y sin respuesta a los estímulos.

Manejo:

1. ¿Qué hace usted para establecer la respiración en esta niña?

Aspiro gentilmente bajo visión directa la faringe y la tráquea. Establezco una vía aérea con un tubo endotraqueal para ventilar a la niña con oxígeno y presión positiva. Si la frecuencia cardíaca no aumenta, proporciono masaje cardíaco externo, presionando con los dedos índice y medio el esternón de la recién nacida.

2. ¿Cómo preserva la temperatura de la recién nacida durante la reanimación?

La causa más importante de pérdida térmica en el período neonatal inmediato es por evaporación, por lo que antes de iniciar la reanimación, la bebé deberá ser secada y puesta debajo de una fuente de calor; asimismo, el oxígeno deberá ser humidificado y calentado.

NOTAS



RESPUESTAS AL EJERCICIO INTRATEXTO 3

Usando la información para la determinación clínica de la edad gestacional, resuelva los siguientes ejercicios.

Caso Clínico I

Usted atiende a una recién nacida y al examinarla observa que tiene piel lisa, rojiza y las plantas de los pies son lisas sin surcos plantares. La estimación de la edad gestacional de esta recién nacida al pesarla es: 2,400 g.

¿Cuál sería su diagnóstico?

- Recién nacida < 36 semanas.
- Diagnóstico: **bajo peso al nacer.**

Se determinó la EG < 36 semanas por los hallazgos de piel lisa sin surcos y las plantas de los pies sin pliegues.

Caso Clínico 2

Le solicitan que evalúe a un recién nacido de sexo masculino. Al examen encuentra piel rosada con surcos en el abdomen, uñas largas y las plantas de los pies están cubiertas de pliegues hasta el talón. Su peso es de 1,900 g.



Con base en los datos, ¿cuáles serían sus conclusiones para el diagnóstico?

- Recién nacido de sexo masculino > 40 semanas EG
- Pequeño para EG
- Retardo del crecimiento intrauterino

RESPUESTAS AL EJERCICIO INTRATEXTO 4

Con este ejercicio, usted practicará la forma de clasificar a los recién nacidos según su PESO y EDAD GESTACIONAL. Deberá utilizar la curva de crecimiento intrauterino del ejemplo 1. En cada caso tendrá que decidir si el recién nacido es pretérmino, de término o postérmino (clasificación A); si es PEG, AEG o GEG (clasificación B) y si es de BPN, MBPN o EBPN (clasificación C) y al final decidir cuál sería la conducta inmediata.

Peso (gramos)	Edad gestacional (semanas)	Clasificación A	Clasificación B	Clasificación C	Conducta Inmediata
1,250	28	PN Pretérmino	AEG	MBPN	Referencia
4,500	44	RN Postérmino	GEG		
1,500	34	RN Pretérmino	PEG	MBPN	Referencia
2,000	38	RN a Término	PEG	BPN	Referencia
2,500	27	RN Pretérmino	GEG		
2,480	29	RN Pretérmino	AEG	BPN	Referencia
3,200	39	RN a Término	AEG		
2,000	34	RN Pretérmino	PEG	BPN	Referencia



Nota

- Todos los recién nacidos con bajo peso al nacer prematuros y los grandes para edad gestacional deben ser referidos a un centro especializado después de brindarles la atención inmediata en las condiciones más estables posibles que garanticen la prevención de la hipotermia, prevención de hipoglicemia, contacto piel a piel con su madre y lactancia materna si succiona.
- Todos los recién nacidos con peso normal deben recibir los cuidados inmediatos después del nacimiento (aspirar, secar, estimular, calentar, identificar, etc.).

RESPUESTAS AL EJERCICIO INTRATEXTO 5

Utilizando la información revisada hasta el momento en la presente unidad y el anexo 3 "Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna", resuelva el siguiente ejercicio.

NOTAS



La señora Bertha Díaz, madre de 21 años, primigesta, tuvo su parto sin complicaciones en un centro privado. Por normas administrativas de ese hospital la separan de su bebé en sala de partos al momento de nacer y no lo volvió a ver sino hasta el día siguiente a las 09:30. La enfermera le indica que el bebé ya tomó dos onzas de leche en la sala cuna y puede tener a su bebé hasta la visita de amigos y familiares, hora en que se lo llevarán de nuevo a sala cuna.

Por un hematoma al nivel de la episiotomía, Bertha necesita quedarse tres días en el hospital. Su bebé pasa la mayor parte del tiempo en sala cuna y Bertha se muestra ansiosa ya que cuando tiene a su bebé junto a ella, se queja de no tener pezones formados y refiere dolor cuando el bebé succiona. Bertha no recibe apoyo ni instrucción de cómo amamantar a su bebé en el tiempo que está en el hospital.

Al egreso le regalan en sala cuna un estuche que contiene dos latas de leche artificial y cuatro biberones plásticos.

1. ¿Qué implicaciones tiene esta política hospitalaria sobre la importancia de establecer una lactancia materna exitosa?

Una **ACTITUD NEGATIVA**, ya que dicho centro privado:

- Impide el contacto piel a piel y el estímulo del pezón por parte del bebé inmediatamente al nacer.

MÓDULO II
UNIDAD 1
Atención del Recién Nacido

Punteo Obtenido

Nombre y Apellidos Completos: _____	
_____	No. de Colegiado: _____
Lugar de Trabajo: _____	
_____	Tel.: _____
Nombre del Facilitador: _____	
_____	Departamento: _____

1a. Serie		2a. Serie	
1.	<input type="checkbox"/>	1.	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	7.	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	2.	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	8.	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	3.	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	4.	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	5.	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	6.	<input type="checkbox"/>
		10.	<input type="checkbox"/>
		11.	<input type="checkbox"/>
		12.	<input type="checkbox"/>

MÓDULO II

UNIDAD 1

Atención del Recién Nacido

Punteo Obtenido

Nombre y Apellidos Completos: _____

No. de Colegiado: _____

Lugar de Trabajo: _____

Tel.: _____

Nombre del Facilitador: _____

Departamento: _____

1a. Serie

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

2a. Serie

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> | 7. <input type="checkbox"/> |
| 2. <input type="checkbox"/> | 8. <input type="checkbox"/> |
| 3. <input type="checkbox"/> | 9. <input type="checkbox"/> |
| 4. <input type="checkbox"/> | 10. <input type="checkbox"/> |
| 5. <input type="checkbox"/> | 11. <input type="checkbox"/> |
| 6. <input type="checkbox"/> | 12. <input type="checkbox"/> |



NOTAS



XII. GLOSARIO

Aborto	la expulsión o extracción de un feto o embrión que pesa menos de 500 gramos o cualquier otro producto de la gestación de cualquier peso o designación específica, independiente de su edad gestacional, tenga o no evidencia de vida y sea o no espontáneo o inducido.
Absceso estéril	absceso que no contiene ninguna bacteria.
Absceso	acumulación de pus en una parte del organismo.
Acrocianosis	coloración azulada únicamente de boca y/o extremidades.
Aftas	úlceras de la boca.
Agente patógeno	un organismo o microorganismo que causa enfermedad.
Alergias	reacción inmunológica del organismo hacia ciertos alérgenos inhalados, tocados o deglutidos y se caracteriza por rinorrea, estornudos, erupción cutánea o dificultad respiratoria.
Aleteo nasal	movimiento de aleteo de las fosas nasales al respirar.
Algodoncillo	véase Candidiasis bucal.
Alimentación activa	consiste en estimular a un niño a que coma, por ejemplo, sentándose con él y ayudándole a que lleve la cuchara a la boca.
Alimentación complementaria	alimentación que se da además de la leche materna.
Alimentación suplementaria	cuando la alimentación materna ha sido substituida por otros alimentos o bebidas.
Alimentos semisólidos	alimentos que son en parte sólidos y en parte líquidos. Los alimentos blandos y húmedos como el atole espeso o la mazamorra son semisólidos.
Ambiente térmico adecuado	ambiente ideal en que debe permanecer un recién nacido. Se considera adecuado entre 24 y 26 °C sin corrientes de aire.
Antieméticos	medicamentos para controlar los vómitos.
Anemia	disminución de los niveles de hemoglobina en sangre. En este grupo de edad se considera anemia cuando la hemoglobina se encuentra por debajo de 11 g/dl.
Antifolatos	medicamentos que actúan contra el folato. El Cotrimoxazol (trimetoprim-sulfametoxazol) y la asociación antimalárica sulfadoxina-pirimetamina son antifolatos.
Apnea	se considera apnea cuando en el recién nacido existe ausencia de la respiración espontánea por más de 20 segundos, acompañada de cianosis y bradicardia.

Aptitudes de comunicación	en este curso, significa las aptitudes que se usan para enseñar y aconsejar a las madres, es decir: PREGUNTAR, ESCUCHAR, ELOGIAR, INFORMAR Y COMPROBAR LA COMPRENSIÓN.
Aspiración de meconio	inhalación de líquido amniótico con meconio.
A término	recién nacido que tiene entre 37 semanas a 41 semanas de gestación.
Atole	alimento hecho al hervir harina de cereal o leguminosas en leche o agua. El atole puede hacerse espeso, como una mazamorra o papilla, o líquido, como una bebida. Para la alimentación complementaria, el atole debe ser espeso.
Bajo peso al nacer (BPN)	peso al nacer menor de 2,500 g independiente de su edad gestacional.
Muy Bajo Peso al Nacer (MBPN)	peso al nacer menor de 1,500 g independiente de su edad gestacional.
Bajo peso para la edad	el peso del niño es menor que el promedio de peso que le corresponde para su edad.
Bradycardia	disminución de la frecuencia cardíaca.
Candidiasis bucal	afección caracterizada por la presencia de úlceras o placas blancas por dentro de la boca y la lengua, causadas por una infección por levadura; también se conoce como algodoncillo.
Caput succedaneum	hinchazón edematosa de los tejidos blandos del cráneo que afecta a la porción presentada en el parto, puede acompañarse de una coloración equimósica general o localizada.
Cefalea	dolor de cabeza.
Cefalohematoma	hemorragia subperióstica, limitada siempre a la superficie del hueso craneal, no se acompaña de cambios de coloración en la epidermis y suele mostrarse en las primeras horas después del nacimiento.
Choque	afección peligrosa con debilidad grave, letargia o inconsciencia, extremidades frías y pulso rápido y débil. Es causado por la diarrea que ocasiona deshidratación muy grave, por hemorragias y septicemia.
Cianosis	coloración azulada de la piel. Si es en todo el cuerpo se denomina cianosis central.
Clasificación de grave	en este curso, significa una enfermedad muy grave que requiere atención urgente y generalmente referencia o internación en un hospital. Las clasificaciones de grave se enumeran en las hileras de color rosado en el cuadro de EVALUAR y CLASIFICAR.
Clasificar	en este curso, significa seleccionar una categoría de enfermedad y su gravedad (llamada clasificación) sobre la base de los signos y síntomas de un niño.



NOTAS



NOTAS



Contraindicación	situación, trastorno o enfermedad en la cual no debe usarse un tratamiento, procedimiento o medicamento determinado.
Control prenatal	conjunto de actividades que se ejercen sobre la embarazada con la finalidad de obtener el mejor grado de salud de ésta y de su hijo.
Convulsiones	movimientos anormales del cuerpo y/o extremidades.
Crónico	que dura mucho tiempo o reaparece con frecuencia.
De término	expresión que se usa para describir a un bebé nacido después de 37 semanas de embarazo.
Deshidratación	pérdida de una gran cantidad de agua y sales minerales del organismo.
Desnutrición calórica-proteica	afección causada por la falta de suficiente proteína o energía en el régimen alimentario, o por enfermedades frecuentes.
Dificultad respiratoria	malestar que experimenta un niño menor de dos meses debido a que no recibe suficiente aire en los pulmones.
Eclampsia	consiste en la aparición de convulsiones y/o coma en una embarazada o puérpera con signos de preeclampsia.
Edad gestacional	tiempo transcurrido desde la concepción hasta el momento del nacimiento.
Edema	hinchazón debida a la acumulación excesiva de líquido bajo la piel. El edema ocurre generalmente en las piernas y los pies, a veces en otros sitios.
Embarazo de alto riesgo	es aquel en que la madre, el feto y/o neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto.
Equimosis	coloración azulada de una parte del cuerpo, secundaria a traumatismo o problemas de coagulación sanguínea.
Esencial	necesario. Las vitaminas y los minerales esenciales (como la vitamina A y el hierro) son los que se necesitan para la buena salud.
Especificidad	mide la proporción de aquellos que no padecen la enfermedad denominados correctamente sin la enfermedad con el empleo del signo.
Esplenomegalia	crecimiento anormal del bazo.
Estable	que está igual, sin empeorar ni mejorar.
Establecimiento de salud de primer nivel	establecimiento, como un centro de salud, consultorio, puesto de salud rural, dispensario o departamento de consulta externa de un hospital, que se considera el primer establecimiento del sistema de salud adonde las personas acuden a buscar atención. En este curso, el término consultorio se usa para cualquier establecimiento de salud de primer nivel.

UNIDAD 1: Atención del Recién Nacido

Estado de vacunas	comparación de las vacunas que un niño ha recibido con el calendario de vacunación recomendado. El estado de vacunación describe si un niño ha recibido todas las vacunas recomendadas para su edad y, en caso contrario, cuáles son las que se necesitan en el momento de la consulta.
Estridor	sonido áspero que se produce cuando el niño inspira.
Evaluación de la alimentación	proceso consistente en hacer preguntas para informarse de la alimentación usual de un niño y de la alimentación durante una enfermedad.
Fiebre	en este curso, la fiebre puede ser: <ul style="list-style-type: none">○ el antecedente de fiebre (informado por la madre)○ el niño se siente caliente al tocarlo○ una temperatura axilar igual o mayor 37.5 °C o una temperatura rectal de 38 °C o más.
Flaccidez	disminución del tono muscular.
Folato	ácido fólico.
Fontanela anterior	el punto blando encima de la cabeza de un recién nacido.
Gota gruesa	examen para detectar los Plasmodios en sangre.
Hematoma subgaleal	hemorragia masiva de los planos fasciales del cuero cabelludo. Se extiende por los espacios subaponeuróticos y diseca los mismos produciendo edema y equimosis de los párpados.
Hemoglobina	proteína que contiene hierro; transporta el oxígeno y hace que la sangre sea roja.
Hipernatremia	concentración elevada de sodio en la sangre.
Hipertrófico	recién nacido grande para su edad gestacional, es decir, por encima del percentilo 90° de las curvas de crecimiento intrauterino.
Hipocalcemia	disminución de la concentración de calcio en sangre.
Hipoglucemia	disminución de la concentración de azúcar en la sangre, por debajo del valor normal; también llamada hipoglucemia.
Hipotermia	temperatura corporal baja (temperatura axilar por debajo de 36.5 °C).
Hipoxia	falta de oxígeno.
Ictérico	que tiene un color amarillento en los ojos y la piel.
Infecciones locales	infecciones que están ubicadas solamente en un lugar determinado del organismo, por ejemplo, en el ojo o en la boca.
Infecciones oportunistas	infecciones causadas por microorganismos contra las cuales el sistema inmunitario del organismo normalmente es capaz de luchar. Cuando se debilita el sistema inmunitario, como en el



NOTAS



NOTAS



Ingurgitación	trastorno en el cual las mamas de la mujer que amamanta se hinchan, se endurecen y duelen porque están demasiado llenas de leche.
Inmunodepresión	depresión inmunitaria.
Lactancia materna exclusiva	consiste en dar a un niño solo la leche materna y ningún otro alimento, ni tampoco agua u otros líquidos (con excepción de medicinas y vitaminas, si es necesario).
Lactante	en este curso, significa un bebé de 0 hasta la edad de 2 meses.
Lactosa	azúcar presente en la leche.
Leches maternizadas para alimentación del lactante	productos concentrados de leche de vaca o soya (que se combinan con agua) y se venden como sucedáneo o sustituto de la leche materna.
Local	que se presenta o encuentra en la zona geográfica correspondiente. Por ejemplo, los alimentos locales son los que se encuentran en la zona donde vive el paciente.
Maligno	adjetivo que se aplica a las enfermedades o afecciones que muestran tendencia a difundirse y dar lugar a la muerte.
Medicamentos antidiarreicos	medicamentos que presuntamente detienen o aminoran la diarrea, como los llamados medicamentos antimotilidad. Estos medicamentos no son útiles para los niños con diarrea. Algunos son peligrosos.
Medicamentos antimotilidad	medicamentos que disminuyen el avance del contenido intestinal mediante la reducción de la actividad muscular del intestino.
Meningitis	una afección grave en la cual el líquido cefalorraquídeo y las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal se infectan.
Mortalidad fetal tardía	está comprendida a partir de las 28 semanas, momento que el feto alcanza un peso aproximado de 1,000 g.
Mortalidad neonatal precoz	la que ocurre desde el momento del nacimiento hasta los siete días.
Mortalidad neonatal tardía	la que ocurre después de los 7 días, hasta los 27 días postnatales.
Mortalidad perinatal	es la suma entre la mortalidad fetal tardía y la mortalidad neonatal precoz, es decir desde las 28 semanas de gestación hasta los siete días postnatales.

UNIDAD 1: Atención del Recién Nacido

Mortinato	es el nacimiento de un feto que pesa más de 500 gramos y que no tiene evidencia de vida después de nacer.
Muy bajo peso al nacimiento	corresponde a los recién nacidos con peso al nacimiento menor de 1,500 gramos independiente de su edad gestacional.
Nacimiento	es la extracción o expulsión completa de un feto, independientemente de que el cordón esté o no pinzado y de que la placenta esté o no adherida.
Neonato	Recién nacido desde el nacimiento hasta los 28 días de vida.
Neumonía	infección de los pulmones, acompañado de signos graves de dificultad respiratoria.
Nutriente	sustancia presente en los alimentos que ayuda a que uno crezca y esté sano, como proteínas, minerales y vitaminas.
Nutritivo	se dice de los alimentos que son ricos en nutrientes esenciales, entre ellos proteínas, vitaminas y minerales.
Oligodramnios	disminución de la cantidad de líquido amniótico.
Osteomielitis	infección en uno o varios huesos.
Paciente ambulatorio	paciente que es atendido en forma externa y no se hospitaliza.
Palidez	disminución o ausencia de color en la piel.
Papilla	alimento que se da en forma de atole.
Partera	trabajadora de salud que ayuda a las mujeres en el parto y también puede proporcionar otras formas de asistencia sanitaria.
Pequeño para su edad gestacional	cuando el peso al nacimiento se encuentra por debajo del 10º percentilo de las curvas de crecimiento intrauterino.
Peso al nacer	es la primer medida de peso de los fetos o recién nacidos obtenida dentro de la primera hora después del nacimiento.
Policitemia	aumento en número de los valores normales de glóbulos rojos circulantes, con aumento de la hemoglobina y el hematócrito.
Posición vertical	de pie.
Preeclampsia	consiste en la aparición durante el embarazo de hipertensión, edema y proteinuria.
Preguntas de verificación	preguntas que tienen el propósito de determinar lo que alguien ha comprendido y lo que necesita más explicación. Después de enseñarle a una madre cómo alimentar al niño, un trabajador de salud puede formular la pregunta de verificación: "¿Qué alimentos le dará a su hijo?"
Prematuro	que nació antes de las 37 semanas de gestación.



NOTAS



NOTAS



Pretérmino	véase prematuro.
Postérmino	recién nacidos con 42 semanas o más (294 días en adelante).
Problemas de alimentación	diferencias que se aprecian entre la alimentación real de un niño y las recomendaciones sobre la alimentación que se presentan en el cuadro de ACONSEJAR, así como presencia de otros problemas, como dificultades al amamantar, uso de biberón, falta de alimentación activa o alimentación deficiente durante una enfermedad.
Proceso de manejo integrado de casos	proceso para el tratamiento de los pacientes por el cual se tienen en cuenta todos sus síntomas.
Proteína	sustancia presente en los alimentos y constituida por aminoácidos, que son necesarios para el crecimiento adecuado.
Proteinuria	elevación de proteínas en la orina.
Prueba de diagnóstico	prueba especial, como los análisis de laboratorio o radiografías, para determinar el tipo de enfermedad o la causa de ésta.
Pulso radial	el pulso que se palpa por encima de la arteria radial, que es el principal vaso sanguíneo en la muñeca, por fuera del pulgar.
Pústula	lesiones pápulo eritematosas de la piel con contenido de pus.
Quejido	sonido grueso que se produce en cada espiración.
Reevaluación	en este curso, significa examinar al niño nuevamente en busca de signos de una enfermedad determinada para ver si está mejorando.
Referencia urgente	enviar a un paciente de inmediato a un hospital para que reciba atención adicional.
Sales de rehidratación oral (SRO)	mezcla de glucosa y sales que se ajustan a la fórmula recomendada por la OMS (en gramos por litro): cloruro de sodio, 3.5; citrato trisódico dihidratado, 2.9; bicarbonato de sodio, 2.5; cloruro de potasio, 1.5; y glucosa, 20.0.
Sensibilidad	mide la proporción o el porcentaje de aquellos que padecen la enfermedad identificados correctamente por el signo.
Sepsis	presencia en sangre u otros tejidos de microorganismos patógenos o sus toxinas.
Sibilancias	sonido suave y agudo que se produce por el paso del aire por las vías aéreas estrechadas.
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida, causado por la infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El SIDA es la fase final y más grave de la infección por el VIH. El sistema inmunitario funciona mal y el paciente puede tener diversos síntomas y enfermedades (como diarrea, fiebre, neumonía).

UNIDAD 1: Atención del Recién Nacido

Signos	en este curso, significa indicios concretos, objetivos, de un problema de salud que el trabajador de salud comprueba mirando, escuchando o palpando. Ejemplos de signos son: respiración rápida, tiraje subcostal, ojos hundidos, rigidez de la nuca, etc.
Síntomas	en este curso, significa problemas de salud notificados por la madre, como tos o diarrea.
Síntomas principales	en este curso, significa los síntomas que el trabajador de salud debe preguntar a la madre al evaluar al niño.
Sucedáneo de la leche materna	leche maternizada o preparado lácteo que se da en vez de la leche materna o además de esta. Un ejemplo es la leche de vaca preparada del siguiente modo: mezclar 1/2 taza (100 ml) de leche entera de vaca hervida con 1/4 taza de agua hervida (50 ml) y 2 cucharaditas rasas (10 g) de azúcar.
Supresión inmunitaria	debilitación del sistema inmunitario, de modo que el organismo tiene poca resistencia a las enfermedades.
Temperatura axilar	temperatura medida en la axila.
Teratogénico	que puede producir anomalías congénitas en el feto.
Tiraje subcostal	cuando la pared torácica inferior va hacia adentro cuando el niño inspira.
Toxemia del embarazo	presencia de hipertensión inducida por el embarazo, acompañada de edemas y proteinuria.
Tremores	temblores finos, principalmente en extremidades.
Trombocitopenia	disminución del número de plaquetas en sangre.
Úlceras de la boca	llagas por dentro de la boca, en los labios o la lengua. Pueden ocurrir con el sarampión y pueden ser rojas o tener una capa blanca. Dificultan el comer o el beber; también se conocen como aftas.
Vacuna BCG	vacuna para prevenir la tuberculosis, que se administra al nacer. El nombre lo constituyen las iniciales de "bacilo de Calmette-Guérin".
Vacuna triple DPT	vacuna para prevenir la difteria, la tos ferina (tos convulsa) y el tétanos. Para tener protección total, un niño necesita tres inyecciones: a las seis semanas, a las 10 semanas y a las 14 semanas de edad.
Vida al nacer	un recién nacido se considera vivo cuando al nacimiento están presentes movimientos respiratorios o cualquier otra evidencia de vida tal como latidos cardíacos, pulsación del cordón umbilical o movimientos definidos de los músculos voluntarios.
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana. El VIH causa el SIDA.



NOTAS

ANEXO 1 TABLAS DE CONVERSIÓN

▶ CONVERTIR LIBRAS Y ONZAS A GRAMOS

Onzas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
0	0	454	907	1361	1814	2268	2722	3175	3629	4082	4536	4990	5443	5897
1	28	428	936	1389	1843	2296	2750	3203	3657	4111	4564	5018	5471	5925
2	57	510	964	1417	1871	2325	2778	3232	3685	4139	4593	5046	5500	5953
3	85	539	992	1446	1899	2353	2807	3260	3714	4167	4621	5075	5528	5982
4	113	567	1021	1474	1928	2381	2835	3289	3742	4196	4649	5103	5557	6010
5	142	595	1049	1503	1956	2410	2863	3317	3770	4224	4678	5131	5585	6038
6	170	624	1077	1531	1984	2438	2892	3345	3799	4552	4706	5160	5613	6067
7	198	652	1106	1559	2013	2466	2920	3374	3827	4281	4734	5188	5642	6095
8	227	680	1134	1588	1041	2495	2948	3402	3856	4309	4763	5216	5670	6123
9	255	709	1162	1616	1070	2523	2977	3430	3884	4337	4791	5245	5698	6152
10	283	737	1191	1644	1098	2551	3005	3459	3912	4366	4819	5273	5727	6180
11	312	765	1219	1673	1126	2580	3033	3487	3941	4394	4884	5301	5755	6209
12	340	794	1247	1701	1155	2608	3062	3515	3969	4423	4876	5330	5783	6237
13	369	822	1276	1729	1183	2637	3090	3544	3997	4451	4904	5358	5812	6265
14	397	850	1304	1758	1211	2665	3118	3572	4026	4479	4933	5386	5840	6294
15	425	879	1332	1786	1240	2693	3147	3600	4054	4508	4961	5415	5868	6322

Ejemplo: para obtener gramos equivalentes a 7 libras y 3 onzas, lea 7 en la escala superior y 3 en la escala de la izquierda y el resultado 3260 gramos

▶ CONVERTIR GRADOS FAHRENHEIT A GRADOS CENTÍGRADOS

°F	°C	°F	°C	°F	°C	°F	°C
95.0	35.0	98.0	36.7	101.0	38.3	104.0	40.0
95.2	35.1	98.2	36.8	101.2	38.4	104.2	40.1
95.4	35.2	98.4	36.9	101.4	38.6	104.4	40.2
95.6	35.3	98.6	37.0	101.6	38.7	104.6	40.3
95.8	35.4	98.8	37.1	101.8	38.8	104.8	40.4
96.0	35.6	99.0	37.2	102.0	38.9	105.0	40.6
96.2	35.7	99.2	37.3	102.2	39.0	105.2	40.7
96.4	35.8	99.4	37.4	102.4	39.1	105.4	40.8
96.6	35.9	99.6	37.6	102.6	39.2	105.6	40.9
96.8	36.0	99.8	37.7	102.8	39.3	105.8	41.0
97.0	36.1	100.0	37.8	103.0	39.4	106.0	41.1
97.2	36.2	100.2	37.9	103.2	39.6	106.2	41.2
97.4	36.3	100.4	38.0	103.4	39.7	106.4	41.3
97.6	36.4	100.6	38.1	103.6	39.8	106.6	41.4
97.8	36.6	100.8	38.2	103.8	39.9	106.8	41.6

ANEXO 2

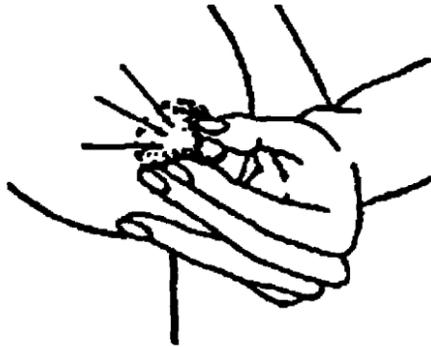
PREPARÁNDOSE LOS PEZONES PARA LOGRAR UNA LACTANCIA EXISTOSA ¹



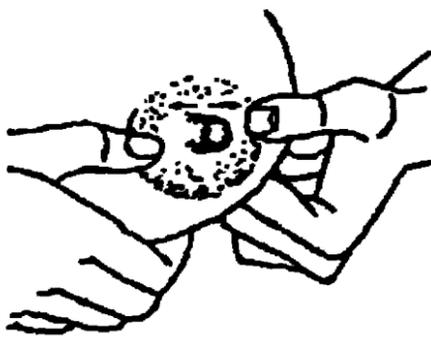
La preparación de los pezones es necesaria si tiene pezones planos o invertidos.



PLANO



1. Estire el pezón y manténgalo estirado por un par de minutos



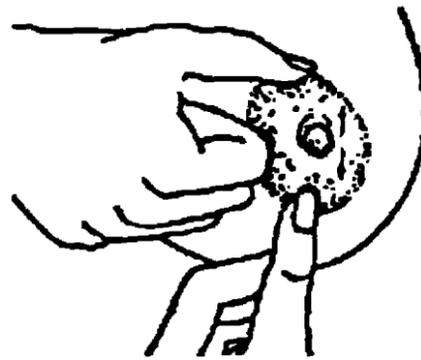
3. Estire la piel desde el centro (pezón) hacia afuera



INVERTIDO



2. Estire el pezón y gírelo entre sus dedos por un par de minutos



4. Estire la piel desde el centro hacia arriba y abajo.

- Haga estos ejercicios en ambos pechos todos los días.
- Exponga los pezones al sol 3-5 minutos dos o tres veces al día.



NOTAS

¹ Iniciativa "Hospitales amigos de la lactancia materna" en Guatemala -BFHI- (material educativo). Guatemala: CONAPLAM/UNICEF; 1993.



- Durante los últimos meses de embarazo y mientras esté dando de mamar, **NO USE JABÓN** en el área de los pezones cuando se bañe.
- **NUNCA** use alcohol ni cremas que lo contengan, ya que resecan su piel; y pueden causarle grietas en los pezones.
- Durante su embarazo **NO USE** brassieres apretados.

El pezón normal o largo no necesita hacer ningún ejercicio.



NORMAL



LARGO

NOTAS



A. CÓMO INICIAR LA LACTANCIA

- Inmediatamente después del parto o dentro de la primera media hora de nacido el niño o niña.
- Aunque su parto sea por operación cesárea usted puede pedir estar inmediatamente con su bebé y que le ayuden a colocarlo(a) al pecho.
- Debe estar en la misma habitación de su niño o niña, tanto de día como de noche; esto se llama **alojamiento conjunto**.
- No darle ningún líquido en biberón, ni utilizar pepe.
- Usted debe tomar suficientes líquidos, procurando satisfacer su sed.
- Darle el pecho a su bebé cada vez que lo pida, tanto de día como de noche.

Y RECUERDE:

- No debe tomar laxantes (purgantes) ni medicinas sin consultar al médico.
- Durante la lactancia, usted está alimentando y haciendo crecer a su bebé; por eso debe comer más de todos los alimentos que tenga en su hogar.



B. CUÁNDO Y CÓMO EMPEZAR A DAR DE MAMAR

- La **lactancia materna** es la forma natural y más adecuada de alimentar a su bebé.
- La **lactancia materna** debe iniciarse lo **MÁS PRONTO POSIBLE**, después del nacimiento de su bebé, dentro de la primera media hora.
- Es necesario que usted y su niño(a) estén juntos en un lugar cómodo.
- Colocar al niño(a) en posición correcta, con su cuerpo frente a usted (panza con panza).
- La succión frecuente de su niño(a) al pecho y su confianza en sí misma de poderlo(a) amamantar le aseguran una buena producción y secreción de leche. Por eso déle de mamar cada vez que lo desee y por el tiempo que él o ella quiera.
- La primera leche que le baja durante los primeros tres días después del nacimiento de su bebé, es amarillenta y pegajosa y se llama **CALOSTRO**. El calostro es especial para el estómago de su bebé y lo(a) protege contra diarreas y otras enfermedades (alergias, bronquitis, etc.).
- La bajada de la leche ocurre unas 24 a 72 horas después que su bebé ha empezado a mamar; pero esto no debe significar que haya que darle otros alimentos, en tanto ocurra dicha bajada.
- Si su bebé es alimentado(a) **ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE AL PECHO**, la cantidad de leche que usted produce va aumentando progresivamente, llenando así las necesidades para crecer sano(a) y desarrollarse bien.



NOTAS



- Durante los primeros seis meses de vida de su bebé, la leche materna es **EL ÚNICO ALIMENTO QUE EL(LA) BEBÉ NECESITA.**

RECUERDE:

- Que para producir suficiente cantidad de leche, usted debe satisfacer su sed tomando abundantes líquidos al día y comer más de los alimentos disponibles en casa.
- No debe lavarse los senos antes ni después de cada mamada; el baño diario sin usar jabón en los pezones es suficiente, además de cambiarse ropa diariamente.
- No usar brassieres apretados.

C. POSICIONES PARA AMAMANTAR

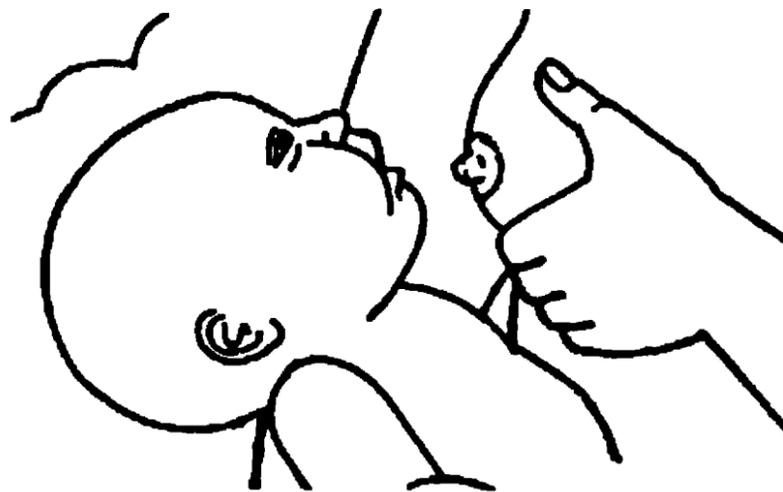
La posición en que se coloca al niño(a) al pecho y la forma en que se introduce el pezón y aréola en la boca del niño(a) es lo más importante para asegurar una lactancia exitosa.

NOTAS

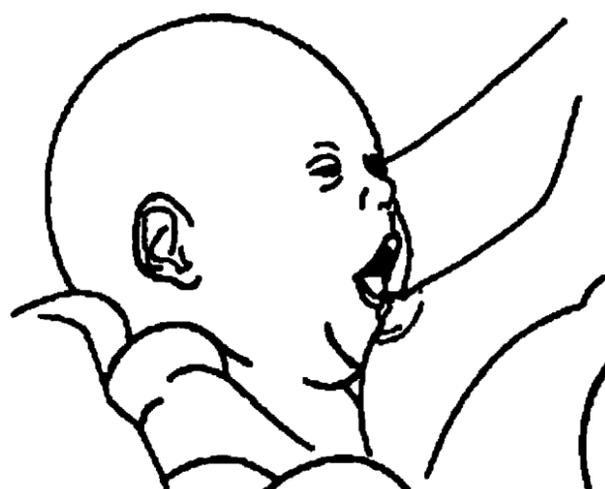


PASOS A SEGUIR PARA COLOCAR AL BEBÉ

- Para colocar el pecho en la boca del bebé.



- Sostener el pecho con la mano en forma de "C" dejando descubierto pezón y aréola.



- Estimular la mejilla o barbilla del niño(a) con la punta del pezón y aprovechar sus reflejos para que cuando abra la boca, se pueda colocar rápidamente pezón y aréola adentro.



- Vigilar que los labios del bebé queden volteados hacia afuera; como si fuera boca de pescado.



- Voltear todo el cuerpo del niño o niña para que quede de frente al cuerpo de la madre (panza con panza).

POSICIÓN SENTADA



- La cabeza del bebé tiene que estar de frente al pezón.
- Pecho, abdomen y rodillas del bebé deben tocar el abdomen de la mamá (panza con panza).



NOTAS



- La nariz y la barbilla del bebé deben tocar el pecho, no estar tan pegado que no pueda respirar.
- La mano de la madre sostiene las nalgas del bebé.
- El brazo del bebé debe quedar detrás del cuerpo de la madre.

Utilizando los mismos pasos, se puede dar de mamar estando acostada.

POSICIÓN ACOSTADA



NOTAS



- Esta posición se utiliza en el postparto inmediato y también es muy práctica para las madres con operación cesárea, y para dar de mamar por las noches.
- La madre de lado y el(a) niño(a) de lado.
- Tanto la madre como el(a) niño(a) se pueden acunar con almohadas.
- El pecho se sostiene con la mano en forma de "C" y se estimula la barbilla del bebé con el pezón.
- Se coloca al niño(a) panza con panza y vigilar que cubra con su boca pezón y aréola.

Para variar de posición, también puede colocarse al(a) niño(a) costillas panza, siguiendo los mismos pasos.



NOTAS



D. MEDIDAS RECOMENDABLES PARA UNA LACTANCIA MATERNA ADECUADA

- Alojamiento conjunto —madre y niño(a) juntos todo el tiempo.
- Lactancia inmediata después del parto.
- Dar el pecho cada vez que el niño(a) lo pida, tanto de día como de noche.
- Colocar al niño(a) en una posición adecuada.
- No utilizar pepe.
- Comenzar a amamantar a su hijo(a) tan pronto como nazca.
- Dar **lactancia materna exclusiva** como único alimento hasta que el niño(a) tenga seis meses de edad. **Exclusiva** quiere decir sólo pecho, no aguas, no jugos, no otros alimentos.
- Amamantar al niño(a) cada vez que él o ella quiera, tanto de día como de noche.
 - Los primeros días es muy frecuente.
 - Las primeras semanas cada hora o cada hora y media.
 - Luego de estabilizar en cada 2 1/2 a 3 horas (alrededor del tercer mes).
- No deben haber intervalos de más de cuatro horas mientras la lactancia sea exclusiva.
- La madre debe comer más cantidad de los alimentos que tiene disponibles en su casa y tomar suficientes líquidos, satisfaciendo su sed.
- Se debe continuar amamantando, aunque usted o el(a) bebé se enfermen, excepto casos de gravedad materna.
- No deben utilizarse pepes, ni se deben dar agüitas o jugos en biberón.
- A partir del sexto mes introducir semisólidos (purés) además de continuar amamantando.
- Para retirar a su niño(a) el pecho, sólo tiene que presionar su seno en la parte superior (arriba de la aréola) para romper el vacío y que el niño(a) se retire suavemente y no lastime el pezón.

E. RIESGOS DEL USO DEL BIBERÓN

La alimentación artificial tiene implicaciones de diferente tipo, tanto económicas como para la salud del niño(a). El uso de un biberón expone al niño(a) a varios riesgos. Es importante tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

- La leche de vaca no está adaptada para el organismo del bebé, por lo que puede desencadenar muchas alergias y recargo en el trabajo del organismo del niño(a); también le produce estreñimiento.
- Los biberones son difíciles de lavar y se contaminan con facilidad, por lo que la leche de vaca que contienen se descompone con mucha facilidad y además en ella se multiplican las bacterias que pueden causar diarreas y otro tipo de infecciones al niño.
- La forma en que el niño(a) bebe un biberón es distinta a la forma **de succión al pecho**, por lo que puede deformar los dientes y causar caries dentales. Además no permite un buen desarrollo muscular de la boca y lengua del niño o niña.
- Cuando el niño o niña es alimentado(a) con biberón no recibe el mismo estímulo afectivo que cuando mama del pecho, por lo que no está reforzada de igual manera su seguridad y afectividad.
- Los gastos para mantener una alimentación artificial pueden representar más de 80% del salario mínimo de los guatemaltecos y en general una fuerte proporción de los ingresos familiares.
- La alimentación artificial por los peligros de infecciones a repetición y su alto costo, puede conducir al niño(a) a la desnutrición.
- Es muy frecuente encontrar niños(as) obesos(as) entre los alimentados(as) con biberón, que también es otro problema nutricional que tiene consecuencias en la salud.

PARA PRODUCIR SUFICIENTE LECHE USTED NECESITA

- Tomar suficiente líquidos, tales como: jugos naturales, Incaparina, agua, etc., procurando satisfacer su sed; cada madre establece la cantidad de líquidos que necesita.
- Darle pecho a su niño(a) cada vez que lo pida, sin horario fijo, tanto de día como de noche.



NOTAS



- NO DARLE AL NIÑO(A) otros líquidos durante los primeros seis meses de vida, ya que no los necesita y puede producirle diarreas.
- Debe vaciar los dos pechos en cada mamada, y principiar a darle el pecho que le dio de último en la mamada anterior.
- Para que su bebé pueda mamar bien, usted señora mamá, debe sostener su pecho con la mano en copa en forma de "C" como se muestra en el dibujo de la página 114.
- Su niño(a) tiene que cubrir con su boca TODO EL PEZÓN y parte de laaréola, vigilando que sus labios estén volteados hacia afuera, como si fuera boca de pescado; de esta manera el niño(a) respira bien.
- Colocar(a) con todo su cuerpo frente a usted (panza con panza). La madre que da de mamar no debe tomar laxantes (purgantes) ni medicinas sin consultar al médico.

NOTAS



Y recuerde que si amamanta naturalmente a su bebé, no debe usar ningún anticonceptivo hormonal, tomado o inyectado, por lo menos durante los primeros seis meses.



NOTAS



comerciales de distribución; y que no deben comercializarse ni distribuirse por métodos que puedan obstaculizar la protección y la promoción de la lactancia natural;

Reconociendo además que las prácticas de alimentación inadecuadas son causa de malnutrición, morbilidad y mortalidad de los lactantes en todos los países y que las prácticas incorrectas en la comercialización de sucedáneos de la leche materna y productos afines pueden agravar esos importantes problemas de salud pública;

Persuadidos de que es importante que los lactantes reciban alimentación complementaria apropiada, por lo general a partir de los 4 a los 6 meses, y de que ha de hacerse todo lo posible por utilizar alimentos disponibles localmente; y convencidos, no obstante, de que esos alimentos complementarios no deben utilizarse como sucedáneos de la leche materna;

Reconociendo que existen diversos factores sociales y económicos que influyen en la lactancia natural y que, en consecuencia, los gobiernos han de organizar sistemas de apoyo social para proteger, facilitar y estimular dicha práctica, y han de crear un medio ambiente que favorezca el amamantamiento, que aporte el debido apoyo familiar y comunitario y que proteja a la madre contra los factores que impiden la lactancia natural;

Afirmando que los sistemas de atención de salud, y los profesionales y otros agentes de salud que en ellos trabajan, tienen una función esencial que desempeñar orientando las prácticas de alimentación de los lactantes, estimulando y facilitando la lactancia natural y prestando asesoramiento objetivo y coherente a las madres y a las familias acerca del valor superior del amamantamiento o, cuando así proceda, acerca del uso correcto de preparaciones para lactantes, tanto fabricadas industrialmente como hechas en casa;

Afirmando, además, que los sistemas de educación y otros servicios sociales deben participar en la protección y la promoción de la lactancia natural y en el uso apropiado de alimentos complementarios;

Conscientes de que las familias, las comunidades, las organizaciones femeninas y otras organizaciones no gubernamentales tienen un papel particular que desempeñar en la protección y en el fomento de la lactancia natural y en la tarea de conseguir el apoyo que necesitan las embarazadas y las madres lactantes y niños de corta edad, estén o no amamantando a sus hijos;

Afirmando la necesidad de que los gobiernos, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, las organizaciones no



Artículo 2. Alcance del Código

El código se aplica a la comercialización y prácticas con ésta relacionadas de los siguientes productos: sucedáneos de la leche materna, incluidas las preparaciones para lactantes; otros productos de origen lácteo, alimentos y bebidas, incluidos los alimentos complementarios administrados con biberón, cuando están comercializados o cuando de otro modo se indique que pueden emplearse, con o sin modificación, para sustituir parcial o totalmente a la leche materna; los biberones y tetinas. Se aplica asimismo a la calidad y disponibilidad de los productos antedichos y a la información relacionada con su utilización.

Artículo 3. Definiciones

A efectos del presente Código, se entiende por:

«Agente de salud»: toda persona, profesional o no profesional, incluidos los agentes voluntarios, no remunerados, que trabaje en un servicio que dependa de un sistema de atención de salud.

«Alimento complementario»: todo alimento, manufacturado o preparado locamente que convenga como complemento de la leche materna o de las preparaciones para lactantes cuando aquella o éstas resulten insuficientes para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante. Ese tipo de alimento se suele llamar también «alimento de destete» o «suplemento de la leche materna».

«Comercialización»: las actividades de promoción, distribución, venta, publicidad, relaciones públicas y servicios de información relativas a un producto.

«Distribuidor»: una persona, una sociedad o cualquier otra entidad que, en el sector público o privado, se dedique (directa o indirectamente) a la comercialización, al por mayor o al detalle, de algunos de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código. Un «distribuidor primario» es un agente de ventas, representante, distribuidor nacional o corredor de un fabricante.

«Envase»: toda forma de embalaje de los productos para su venta al detalle por unidades normales, incluido el envoltorio.

«Etiqueta»: todo marbete, marca, rótulo u otra indicación gráfica descriptiva, escrita, impresa, estarcida, marcada, grabada en relieve o en hueco o fijada sobre un envase de cualquiera de los productos comprendidos en el presente Código.

NOTAS



«Fabricante»: toda empresa u otra entidad del sector público o privado que se dedique al negocio o desempeñe la función (directamente o por conducto de un agente o de una entidad controlados por ella o a ella vinculados en virtud de un contrato) de fabricar alguno de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

«Muestras»: las unidades o pequeñas cantidades de un producto que se facilitan gratuitamente.

«Personal de comercialización»: toda persona cuyas funciones incluyen la comercialización de uno o varios productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

«Preparación para lactantes»: todo sucedáneo de la leche materna preparado industrialmente, de conformidad con las normas aplicables del *Codex Alimentarius*, para satisfacer las necesidades nutricionales normales de los lactantes hasta la edad de 4 a 6 meses y adaptado a sus características fisiológicas; esos alimentos también pueden ser preparados en el hogar, en cuyo caso se designan como tales.

«Sistema de atención de salud»: el conjunto de instituciones u organizaciones gubernamentales, no gubernamentales o privadas que, directa o indirectamente, se ocupan de la salud de las madres, de los lactantes y de las mujeres embarazadas, así como las guarderías o instituciones de puericultura. El sistema incluye también al personal de salud que ejerce privadamente. En cambio, no se incluye, a los efectos del presente Código, las farmacias y otros establecimientos de venta.

«Sucedáneos de la leche materna»: todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustitutivo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin.

«Suministros»: las cantidades un producto facilitadas para su utilización durante un período prolongado, gratuitamente o a bajo precio, incluidas las que se proporcionan, por ejemplo, a familias menesterosas.

Artículo 4. Información y educación

4.1 Los gobiernos deben asumir la responsabilidad de garantizar que se facilita a las familias y a las personas relacionadas con el sector de la nutrición de los lactantes y los niños de corta edad una información objetiva y coherente. Esa responsabilidad debe abarcar sea la planificación, la distribución, la concepción y la difusión de la información, sea el control de esas actividades.



NOTAS



NOTAS



4.2 Los materiales informativos y educativos, impresos, auditivos o visuales, relacionados con la alimentación de los lactantes y destinados a las mujeres embarazadas y a las madres de lactantes y niños de corta edad, deben incluir datos claramente presentados sobre todos y cada uno de los siguiente extremos: a) ventajas y superioridad de la lactancia natural; b) nutrición materna y preparación para la lactancia natural y el mantenimiento de ésta; c) efectos negativos que ejerce sobre la lactancia natural la introducción parcial de la alimentación con biberón; d) dificultad de volver sobre la decisión de no amamantar al niño; y e) uso correcto, cuando sea necesario, de preparaciones para lactantes fabricadas industrialmente o hechas en casa. Cuando dichos materiales contienen información acerca del empleo de preparaciones para lactantes, deben señalar las correspondientes repercusiones sociales y financieras, los riesgos que presentan para la salud los alimentos o métodos de alimentación inadecuados y, sobre todo, los riesgos que presenta para la salud el uso innecesario o incorrecto de preparaciones para lactantes y otros sucedáneos de la leche materna. Con ese material no deben utilizarse imágenes o textos que puedan idealizar el uso de sucedáneos de la leche materna.

4.3 Los fabricantes o distribuidores sólo podrán hacer donativos de equipo o de materiales informativos o educativos a petición y con la autorización escrita de la autoridad gubernamental competente o ateniéndose a las orientaciones que los gobiernos hayan dado con esa finalidad. Ese equipo o esos materiales pueden llevar el nombre o el símbolo de la empresa donante, pero no deben referirse a ninguno de los productos comerciales comprendidos en las disposiciones del presente Código y sólo se deben distribuir por conducto del sistema de atención de salud.

Artículo 5. El público en general y las madres

5.1 No deben ser objeto de publicidad ni de ninguna otra forma de promoción destinada al público en general los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

5.2 Los fabricantes y los distribuidores no deben facilitar, directa o indirectamente, a las mujeres embarazadas, a las madres o a los miembros de sus familias, muestras de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

5.3 De conformidad con los párrafos 5.1 y 5.2 no debe haber publicidad en los puntos de venta, ni distribución de muestras ni cualquier otro mecanismo de promoción que pueda contribuir

a que los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código se venda al consumidor directamente y al por menor, como sería las presentaciones especiales, los cupones de descuento, las primas, las ventas especiales, la oferta de artículos de reclamo, las ventas vinculadas, etc. La presente disposición no debe restringir el establecimiento de políticas y prácticas de precios destinadas a facilitar productos a bajo coste y a largo plazo.

- 5.4 Los fabricantes y distribuidores no deben distribuir a las mujeres embarazadas o a las madres de lactantes y niños de corta edad obsequios de artículos o utensilios que puedan fomentar la utilización de sucedáneos de la leche materna o la alimentación con biberón.
- 5.5 El personal de comercialización no debe tratar de tener, a título profesional, ningún contacto, directo o indirecto, con las mujeres embarazadas o con las madres de lactantes y niños de corta edad.

Artículo 6. Sistemas de atención de salud

- 6.1 Las autoridades de salud de los Estados Miembros deben tomar las medidas apropiadas para estimular y proteger la lactancia natural y promover la aplicación de los principios del presente Código, y deben facilitar la información y las orientaciones apropiadas a los agentes de salud por cuanto respecta a las obligaciones de estos, con inclusión de las informaciones especificadas en el párrafo 4.2.
- 6.2 Ninguna instalación de un sistema de atención de salud debe utilizarse para la promoción de preparaciones para lactantes u otros productos comprendidos en las disposiciones del presente Código. Dichas disposiciones no excluyen, sin embargo, la difusión de informaciones a los profesionales de la salud, según lo previsto en el párrafo 7.2.
- 6.3 Las instalaciones de los sistemas de atención de salud no deben utilizarse para exponer productos comprendidos en las disposiciones del presente Código o para instalar placartes o carteles relacionados con dichos productos, ni para distribuir materiales facilitados por un fabricante o un distribuidor, a excepción de los previstos en el párrafo 4.3.
- 6.4 No debe permitirse en el sistema de atención de salud el empleo de «representantes de servicios profesionales», de «enfermeras de maternidad» o personal análogo, facilitado o remunerado por los fabricantes o los distribuidores.



NOTAS



NOTAS



- 6.5 Sólo los agentes de salud o, en caso necesario, otros agentes de la comunidad, podrán hacer demostraciones sobre alimentación con preparaciones para lactantes, fabricadas industrialmente o hechas en casa, y únicamente a las madres, o a los miembros de la familiar que necesiten utilizarlas; la información facilitada debe incluir una clara explicación de los riesgos que puede acarrear una utilización incorrecta.
- 6.6 Pueden hacerse a instituciones u organizaciones donativos o ventas a precio reducido de suministros de preparaciones para lactantes o de otros productos comprendidos en las disposiciones del presente Código, sea para su uso en la institución de que se trate o para su distribución en el exterior. Tales suministros sólo se deben utilizar o distribuir con destino a lactantes que deben ser alimentados con sucedáneos de la leche materna. Si dichos suministros se distribuyen para su uso fuera de la institución que los recibe, la distribución solamente debe ser hecha por las instituciones u organizaciones interesadas. Esos donativos o ventas a precio reducido no deben ser utilizados por los fabricantes o los distribuidores como un medio de promoción comercial.
- 6.7 Cuando los donativos de suministros de preparaciones para lactantes o de otros productos comprendidos en las disposiciones del presente Código se distribuyan fuera de una institución, la institución o la organización interesada debe adoptar las disposiciones necesarias para garantizar que los suministros podrán continuar durante todo el tiempo que los lactantes los necesiten. Los donantes, igual que las instituciones u organizaciones interesadas, deben tener presente esa responsabilidad.
- 6.8 El equipo y los materiales donados a un sistema de atención de salud además de los que se mencionan en el párrafo 4.3, pueden llevar el nombre o símbolo de una empresa, pero no deben referirse a ningún producto comercial comprendido en las disposiciones del presente código.

Artículo 7. Agentes de salud

- 7.1 Los agentes de salud deben estimular y proteger la lactancia natural, y los que se ocupen particularmente de la nutrición de la madre y del lactante deben familiarizarse con las obligaciones que les incumben en virtud del presente Código, incluida la información especificada en el párrafo 4.2.
- 7.2 La información facilitada por los fabricantes y los distribuidores



en el ejercicio de su profesión, desempeñar funciones educativas en relación con las mujeres embarazadas o las madres de lactantes y niños de corta edad. Ello no debe interpretarse como un impedimento para que dicho personal sea utilizado en otras funciones por el sistema de atención de salud, a petición y con la aprobación escrita de la autoridad competente del gobierno interesado.

Artículo 9. Etiquetado

- 9.1 Las etiquetas deben concebirse para facilitar toda la información indispensable acerca del uso adecuado del producto y de modo que no induzcan a desistir de la lactancia natural.
- 9.2 Los fabricantes y distribuidores de las preparaciones para lactantes deben velar porque se imprima en cada envase o en una etiqueta que no puede despegarse fácilmente del mismo una inscripción clara, visible y de lectura y comprensión fáciles, en el idioma apropiado, que incluya todos los puntos siguientes: a) las palabras "Aviso importante" o su equivalente; b) una afirmación de la superioridad de la lactancia natural; c) una indicación en la que conste que el producto sólo debe utilizarse si un agente de salud lo considera necesario y previo asesoramiento de éste acerca del modo apropiado de empleo; d) instrucciones para la preparación apropiada con indicación de los riesgos que una preparación inapropiada puede acarrear para la salud. Ni el envase ni la etiqueta deben llevar imágenes de lactantes ni otras imágenes o textos que puedan idealizar la utilización de las preparaciones para lactantes. Sin embargo, pueden presentar indicaciones gráficas que faciliten la identificación del producto como un sucedáneo de la leche materna y sirvan para ilustrar los métodos de preparación. No deben utilizarse términos como "humanizado", "maternalizado" o términos análogos. Pueden incluirse prospectos con información suplementaria acerca del producto y su empleo adecuado, a reserva de las condiciones antedichas, en cada paquete o unidad vendidos al por menor. Cuando las etiquetas contienen instrucciones para modificar un producto y convertirlo en una preparación para lactantes son aplicables las disposiciones precedentes.
- 9.3 Los productos alimentarios comprendidos en las disposiciones del presente Código y comercializados para la alimentación de lactantes que no reúnan todos los requisitos de una preparación para lactantes, pero que puedan ser modificados a este efecto, deben llevar en el marbete un aviso en el que conste que el producto no modificado no debe ser la única fuente de alimentación de un lactante. Puesto que la leche condensada

NOTAS





NOTAS



la Salud, a tenor de lo previsto en los párrafos 11.6 y 11.7. Los fabricantes y distribuidores de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código, así como las organizaciones no gubernamentales, los grupos de profesionales y las asociaciones de consumidores apropiados deben colaborar con los gobiernos con ese fin.

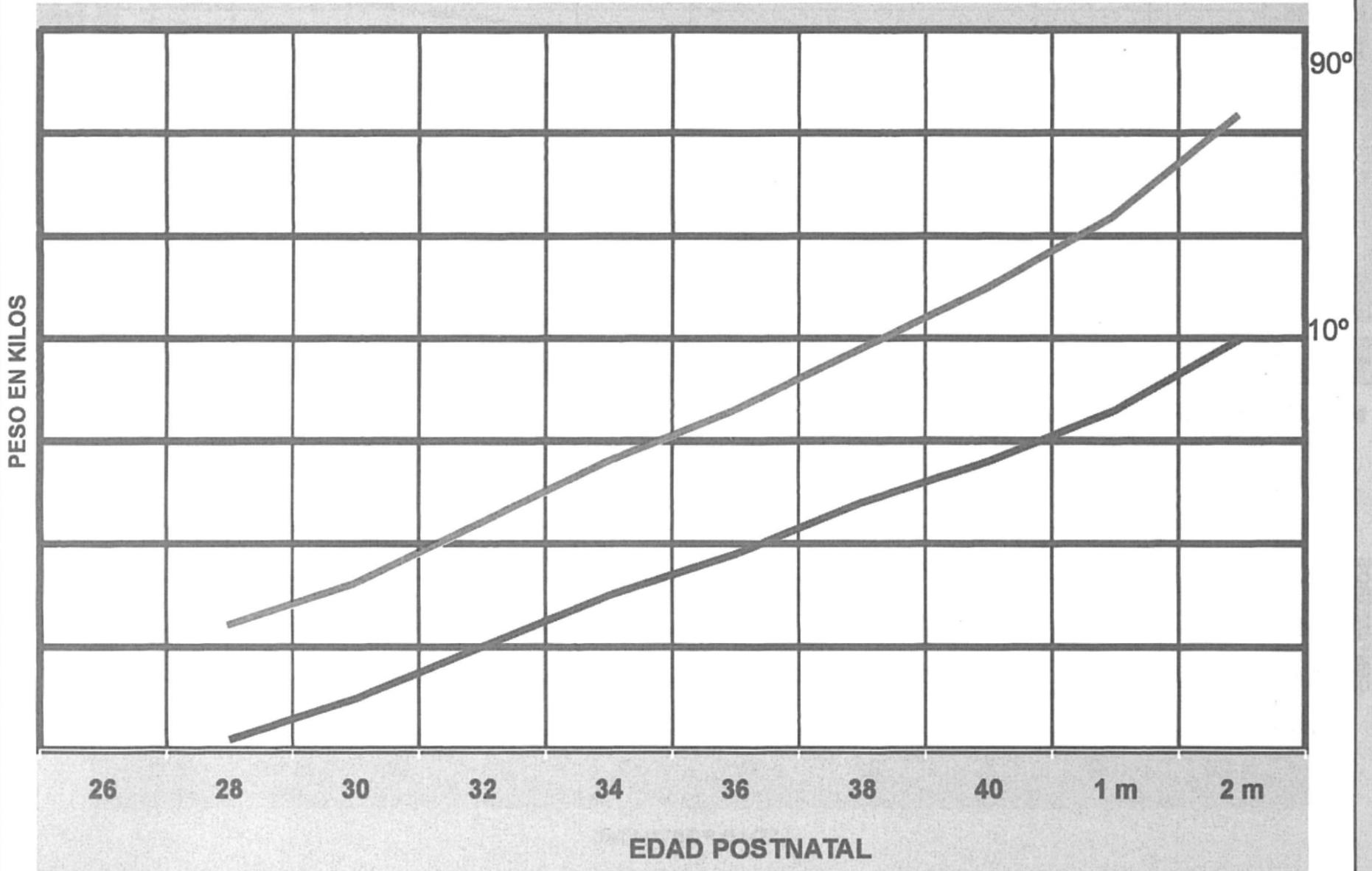
- 11.3 Independientemente de cualquier otra medida adoptada para la aplicación del presente Código, los fabricantes y los distribuidores de productos comprendidos en las disposiciones del mismo deben considerarse obligados a vigilar sus prácticas de comercialización de conformidad con los principios y el objetivo del presente Código y a adoptar medidas para asegurar que su conducta en todos los planos resulte conforme a dichos principios y objetivo.
- 11.4 Las organizaciones no gubernamentales, los grupos profesionales, las instituciones y los individuos interesados deben considerarse obligados a señalar a la atención de los fabricantes o distribuidores las actividades que sean incompatibles con los principios y el objetivo del presente Código, con el fin de que puedan adaptarse las medidas oportunas. Debe informarse igualmente a la autoridad gubernamental competente.
- 11.5 Los fabricantes y distribuidores primarios de productos comprendidos en las disposiciones del presente Código deben informar a todos los miembros de su personal de comercialización acerca de las disposiciones del Código y de las responsabilidades que les incumben en consecuencia.
- 11.6 De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 62 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, los Estados Miembros informarán anualmente al Director General acerca de las medidas adoptadas para dar efecto a los principios y al objetivo del presente Código.

El Director General informará todos los años pares a la Asamblea Mundial de la Salud acerca de la situación en lo que se refiere a la aplicación de las disposiciones del Código; y prestará asistencia técnica a los Estados Miembros que la soliciten para la preparación de leyes o reglamentos nacionales o para la adopción de otras medidas apropiadas para la aplicación y la promoción de los principios y el objetivo del presente Código.

ANEXO 4

CURVAS DE CRECIMIENTO POSTNATAL PARA NIÑOS(AS) DE 0 A 2 MESES

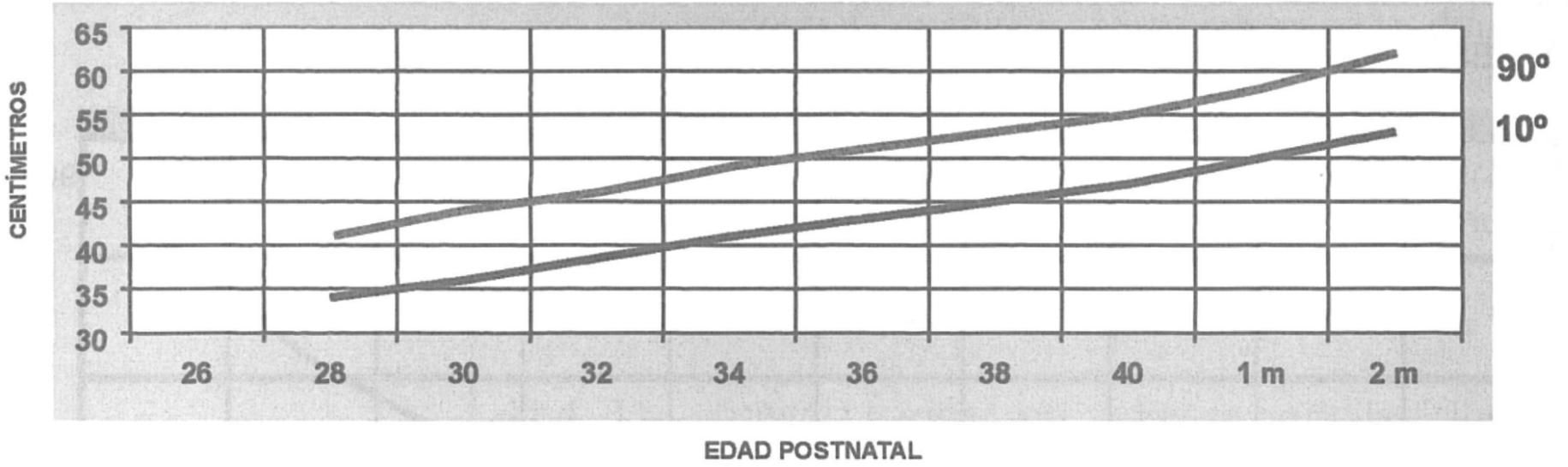
► PESO PARA EDAD



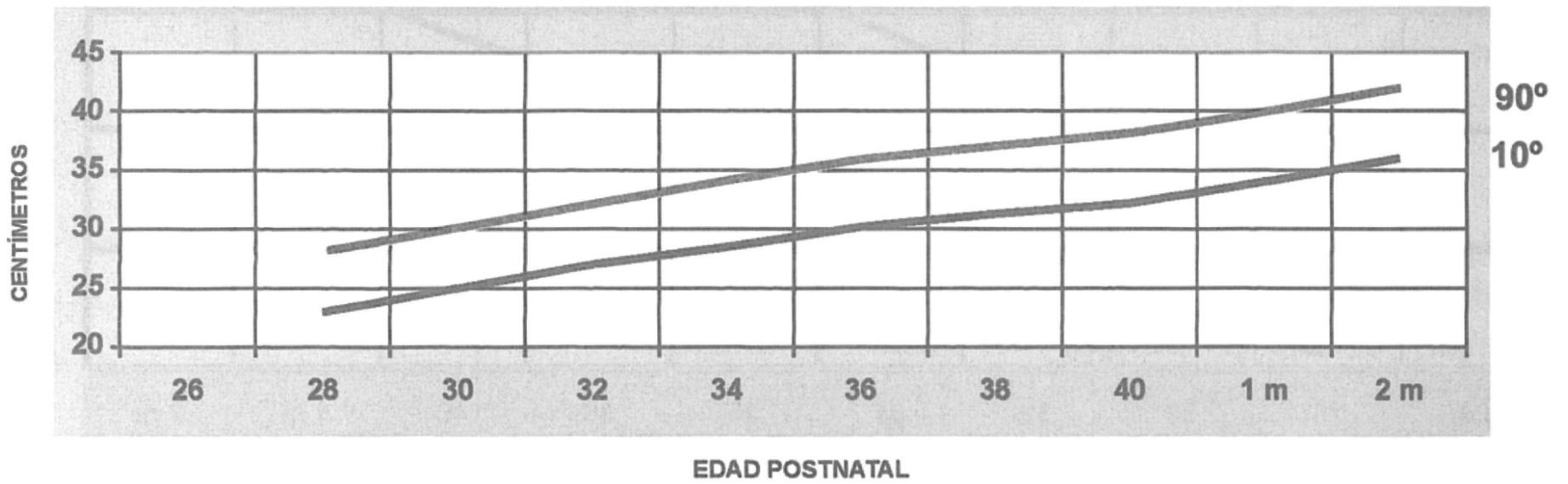
ANEXO 5

CURVAS DE CRECIMIENTO POSTNATAL PARA NIÑOS(AS) DE 0 A 2 MESES

▶ TALLA



▶ CIRCUNFERENCIA CEFÁLICA



ANEXO 6

CURVAS DE CRECIMIENTO POSTNATAL PARA NIÑOS(AS) DE 0 A 2 MESES

► **Ofrecer servicios de atención y aconsejar a la madre sobre su propia salud**

- Si la madre está enferma, adminístrele tratamiento o refiérala
- Si se identifican riesgos de salud en la madre, dar consejería
- Si tiene algún problema de las mamas (como congestión, pezones adoloridos, infección) administre tratamiento o refiérala a un centro especializado
- Recomendarle que coma de todos los alimentos disponibles en su casa y beba suficiente líquido para mantenerse sana y fuerte
- Dar consejería sobre planificación familiar, citología vaginal, exploración de mamas y prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)
- Dar consejos sobre higiene, autocuidado y autoestima
- Determinar los antecedentes de vacunación de la madre y si es necesario vacunarla con toxoide tetánico
- Hacer control puerperal en el primer mes y dar suplemento de hierro y vitamina A