



Autores

Doctor Luis Carlos Ochoa V.

Pediatra y Puericultor Clínica León XIII, Coordinador de la Red de Programas de Atención al Niño, Estrategia AIEPI en el Seguro Social Regional Antioquia, Coordinador de Postgrado de Pediatría en la U.P.B. y Profesor de la Facultad de Medicina de la UPB.

Doctor Ricardo Posada S.

Pediatra Neumólogo, Coordinador de Postgrados Clínicos de la Facultad de Medicina del CES, Profesor de Postgrado en Pediatría del CES y de la UPB.

Doctor Felipe Restrepo N.

Pediatra, Coordinador encargado del Departamento de Pediatría de la Clínica León XIII, Profesor de la Facultad de Medicina de la UPB.

Lic. Patricia Aristizábal M.

Trabajadora Social Clínica León XIII, Coordinadora de la Red de Maltrato Infantil en el Seguro Social Seccional Antioquia.

Este material ha sido tomado y adaptado de varias fuentes: Curso Clínico de AIEPI genérico de la Organización Panamericana de la Salud, el curso clínico adaptado para Colombia, la Resolución 00412 de 2000 del Ministerio de Salud de Colombia, así como una amplia bibliografía de la Organización Mundial de la Salud, de la DPS y de otras fuentes, además de la experiencia proporcionada durante cinco años en la puesta en marcha y seguimiento de esta estrategia.

Con el apoyo de:

SUSALUD

Contenido

| | Páginas |
|---|----------------|
| PRESENTACIÓN | 11 |
| INTRODUCCIÓN | 13 |
| ESTRATEGIA AIEPI | 19 |
| Contenido | 19 |
| Cuadro de Procedimientos adaptado para Colombia | 20 |
| Agradecimiento | 20 |
| Definición - Justificación | 20 |
| Dinámica de los equipos | 21 |
| Dinámicas de interacción entre los trabajadores de la salud | 23 |
| Condiciones básicas para el trabajo en equipo | 25 |
| Como desarrollar el trabajo en equipo | 28 |
| Cómo conducir reuniones | 30 |
| Aspectos administrativos en la conclusión de reuniones | 32 |
| Infección Respiratoria Aguda | 35 |
| Justificación | 35 |
| Objetivo | 35 |
| Definición y aspectos conceptuales | 35 |
| Etiología | 36 |
| Epidemiología | 36 |
| Factores de riesgo | 37 |
| Factores protectores | 37 |
| Población objeto | 38 |
| Características de la atención de síndromes clínicos | 38 |
| Infecciones de las vías respiratorias superiores | 38 |
| Otitis media aguda | 39 |
| Definición | 39 |
| Epidemiología | 39 |
| Etiología | 39 |
| Clasificación y manejo según programa IRA | 39 |
| Faringitis | 43 |
| Definición | 43 |
| Etiología | 43 |
| Diagnóstico diferencial y tratamiento | 45 |

| | Páginas |
|--|----------------|
| Laringotraqueitis | 47 |
| Definición | 47 |
| Etiología | 47 |
| Epidemiología | 48 |
| Graduación de severidad del cuadro clínico | 48 |
| Diagnóstico diferencial y tratamiento | 48 |
| Características diagnósticas de las causas infecciosas de estridor | 49 |
| Tratamiento | 49 |
| Medidas específicas | 50 |
| INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS INFERIORES | 50 |
| Neumonías y Bronconeumonías | 50 |
| Definición | 50 |
| Epidemiología | 51 |
| Etiología | 51 |
| Clínica | 51 |
| Neumonía | 54 |
| Exámenes paraclínicos | 55 |
| Tratamiento de la Neumonía | 56 |
| Neumonía grave | 57 |
| Neumonía inicial | 57 |
| Atención educativa para el hogar | 58 |
| Bronquiolitis | 59 |
| Definición | 59 |
| Epidemiología | 60 |
| Etiología | 60 |
| Clínica | 60 |
| Paraclínicos | 60 |
| Manejo intrahospitalario | 61 |
| Manejo general | 61 |
| Indicaciones para ventilación mecánica | 62 |
| Bibliografía | 63 |
| EL POR QUÉ DE LAS MEDIDAS DE SOPORTE Y APOYO | 67 |
| Ambulatorias | 67 |
| Manejo de la fiebre y el dolor | 69 |
| Terapia respiratoria | 72 |
| Broncodilatadores | 73 |
| Hospitalarias | 73 |

| | Páginas |
|---|----------------|
| Posición | 73 |
| Soporte calórico y nutricional | 73 |
| Soporte hidroeléctrico | 73 |
| Terapia respiratoria | 74 |
| MANEJO DEL NIÑO CON DIARREA | 76 |
| Justificación | 76 |
| Objetivo | 77 |
| Definición y aspectos conceptuales | 77 |
| Factores protectores | 77 |
| Infecciones asintomáticas | 78 |
| Epidemiología | 79 |
| Factores de riesgo | 79 |
| Tipos clínicos de diarrea | 80 |
| Diarrea líquida aguda | 80 |
| Disentería | 80 |
| Diarrea persistente | 81 |
| Fisiopatología | 81 |
| Etiología | 81 |
| Factores de riesgo | 81 |
| Diagnóstico diferencial | 82 |
| Población objeto | 82 |
| Características de la atención | 82 |
| Manejo de las enfermedades diarreicas agudas | 82 |
| Diagnóstico | 82 |
| Evaluación del paciente | 82 |
| Evaluación del estado de hidratación | 82 |
| Identificar la presencia de otros problemas importantes | 83 |
| Tratamiento de la enfermedad diarreica según el estado de hidratación | 84 |
| Plan A: Tratamiento de pacientes con diarrea en ausencia de signos de deshidratación | 84 |
| Ejercicios | 91 |
| Plan B: Tratar an niño con algún grado de deshidratación con SRO | 92 |
| Ejercicios | 97 |
| Plan C: Trate rápidamente al niño con deshidratación grave | 98 |
| Tratamiento intravenoso (IV) | 100 |
| Tratamiento intravenoso para el niño con deshidratación grave | 101 |

| | Páginas |
|--|----------------|
| <i>Rehidratación con sonda nasogástrica</i> | 103 |
| <i>Ejercicios</i> | 105 |
| <i>Manejo del paciente con Disentería</i> | 107 |
| <i>Manejo del paciente con Diarrea Persistente</i> | 107 |
| <i>Manejo del paciente con Cólera</i> | 110 |
| <i>Paciente con Cólera y deshidratación grave con shock</i> | 112 |
| <i>Sala para TRO</i> | 113 |
| Recomendaciones sobre la alimentación del niño | 114 |
| <i>Recomendaciones para los niños menores de seis meses de edad</i> | 115 |
| <i>Recomendaciones para los niños de seis a ocho meses de edad</i> | 117 |
| <i>Recomendaciones para los niños de nueve a once meses de edad</i> | 118 |
| <i>Recomendaciones para los niños mayores de un año de edad</i> | 119 |
| Recomendaciones necesarias para alimentar en forma adecuada al niño | 120 |
| <i>Evalúe la alimentación del niño</i> | 122 |
| <i>Determine los problemas de alimentación del niño</i> | 123 |
| <i>Dificultad para el amamantamiento</i> | 124 |
| <i>No se debe usar el biberón</i> | 124 |
| <i>Falta de alimentación activa</i> | 124 |
| <i>Falta de apetito durante la enfermedad</i> | 124 |
| Recomendaciones a la madre o el acompañante acerca de los problemas de alimentación | 125 |
| <i>Consejos pertinentes</i> | 125 |
| Bibliografía | 127 |
| TRATAMIENTO DEL NIÑO ASMÁTICO Y DE LA CRISIS DE ASMA | 131 |
| Clasificación | 131 |
| A. Primario | 133 |
| 1. Control ambiental | 133 |
| 2. Control inmunológico | 133 |
| 3. Infecciones | 133 |
| B. Secundario | 133 |
| <i>Tratamiento farmacológico del asma</i> | 134 |
| <i>Dosis de los medicamentos</i> | 136 |
| <i>Medicamentos inhalados</i> | 137 |
| <i>Inmunoterapia</i> | 138 |
| <i>Asma inducida por ejercicio</i> | 139 |
| <i>Tratamiento de la crisis de asma</i> | 139 |

| | Páginas |
|--|----------------|
| 1. Valoración de la severidad de la crisis | 140 |
| 2. Factores desencadenantes | 141 |
| 3. Información sobre drogas previas | 141 |
| 4. Tratamiento de la crisis | 141 |
| Tratamiento farmacológico | 142 |
| Tratamiento en el hogar | 142 |
| Tratamiento hospitalario | 143 |
| Traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) | 1435 |
| Tratamiento en la UCI | 146 |
| GUÍA DE ATENCIÓN AL MENOR MALTRATADO | 148 |
| Justificación | 18 |
| Definición y aspectos conceptuales | 150 |
| Definición del maltrato infantil | 150 |
| Tipos de maltrato | 150 |
| Maltrato físico | 150 |
| Abuso sexual | 152 |
| Gestación y maltrato | 152 |
| Síndrome del bebé zarandeado(a) | 154 |
| Negligencia | 154 |
| Maltrato social o institucional | 155 |
| Factores protectores generales | 156 |
| Objetivo | 157 |
| General | 157 |
| Específicos | 157 |
| Población objeto | 157 |
| Características de la atención del maltrato físico | 157 |
| Sospecha del maltrato | 158 |
| Diagnóstico | 159 |
| Signos y síntomas | 159 |
| Historia clínica | 160 |
| Tratamiento del agredido(a) | 160 |
| Atención psicológica durante la urgencia | 160 |
| Hospitalización | 161 |
| Intervención del posible agresor | 161 |
| Notificación | 161 |
| Denuncia | 161 |
| Seguimiento | 162 |

| | Páginas |
|--|----------------|
| <i>Características de la atención en los casos de maltrato psicológico</i> | 162 |
| <i>Diagnóstico</i> | 162 |
| <i>Tratamiento</i> | 163 |
| <i>Denuncia</i> | 164 |
| <i>Notificación</i> | 164 |
| <i>Seguimiento</i> | 164 |
| <i>Características de la atención de menores víctimas de abuso sexual</i> | 164 |
| <i>Diagnóstico</i> | 166 |
| <i>Signos y síntomas</i> | 166 |
| <i>Entrevista con los padres o acompañantes</i> | 167 |
| <i>Entrevista con el menor</i> | 167 |
| <i>Organización del examen médico</i> | 169 |
| <i>Razón para examinar</i> | 169 |
| <i>Cuándo realizar un examen</i> | 169 |
| <i>Lugar para la realización del examen</i> | 170 |
| <i>Personal idóneo para examinar al niño</i> | 170 |
| <i>Equipo necesario para el examen</i> | 170 |
| <i>Recomendaciones para un adecuado examen</i> | 170 |
| <i>Examen físico en casos de abuso sexual</i> | 171 |
| <i>Ausencia de hallazgos de evidencia médica</i> | 172 |
| <i>Presencia de hallazgos médicos positivos</i> | 172 |
| <i>Toma de muestras (24) (42) (39)</i> | 173 |
| <i>Muestras en topa</i> | 174 |
| <i>Tratamiento</i> | 174 |
| <i>Enfermedades de transmisión sexual (1) (31) (27) (18) (47)</i> | 174 |
| <i>Grupo de ETS básicas a investigar</i> | 174 |
| <i>Terapéutica profiláctica para ETS</i> | 175 |
| <i>Prevención de embarazo</i> | 175 |
| <i>Hospitalización</i> | 175 |
| <i>Remisión</i> | 175 |
| <i>Notificación</i> | 175 |
| <i>Características de la atención en los casos especiales</i> | 175 |
| <i>Gestación y maltrato</i> | 176 |
| <i>En los casos del síndrome de bebé zarandeado</i> | 177 |
| <i>Diagnóstico</i> | 177 |
| <i>Signos y síntomas</i> | 177 |
| <i>Tratamiento</i> | 177 |

| | Páginas |
|---|----------------|
| <i>En los casos de negligencia</i> | 177 |
| <i>Diagnóstico</i> | 177 |
| <i>Signos y síntomas</i> | 177 |
| <i>Tratamiento</i> | 178 |
| FLUJOGRAMA | 179 |
| BIBLIOGRAFÍA | 180 |
| LACTANCIA MATERNA, VENTAJAS Y DIFICULTADES | 184 |
| <i>La leche materna es la mejor desde el punto de vista nutricional</i> | 184 |
| <i>Desventajas de la alimentación artificial</i> | 185 |
| <i>Algunas razones que aducen las mujeres para dejar de amamantar</i> | 185 |
| <i>Algunos factores reales que dificultan la lactancia</i> | 185 |
| <i>Rutinas obstétricas inadecuadas</i> | 186 |
| <i>Condiciones para un buen agarre</i> | 187 |
| <i>Técnica inadecuada</i> | 187 |
| PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES -PAI- | 188 |
| <i>Objetivo general</i> | 188 |
| <i>Objetivos específicos</i> | 188 |
| <i>Metas del PAI</i> | 188 |
| <i>Esquema en el menor de un año</i> | 189 |
| <i>Cobertura en menores de un año</i> | 189 |
| <i>Cobertura en los niños de un año</i> | 190 |
| <i>Esquema en el niño de un año de edad (de 12 a 23 meses)</i> | 190 |
| <i>Refuerzos</i> | 190 |
| <i>Mantenimiento de la cohorte de susceptibles de cinco a diez años de edad con SRP</i> | 190 |
| <i>Esquema de susceptibles de un año de edad</i> | 191 |
| <i>Esquema de susceptibles de dos a cuatro años de edad</i> | 191 |
| <i>Esquema MEF de 10 a 49 años</i> | 192 |
| <i>Esquema de Td en MEF</i> | 192 |
| <i>Cobertura MEF de 10 a 49 años</i> | 193 |
| <i>Esquema Fiebre Amarilla</i> | 193 |
| <i>Esquema Sarampión/Rubéola</i> | 193 |
| <i>Esquema Sarampión en menores de un año</i> | 193 |
| <i>Esquema en inmunosuprimidos</i> | 193 |
| <i>Esquema nacional de vacunación</i> | 194 |
| <i>Esquema de vacunación en niños mayores de un año sin antecedente vacunal</i> | 195 |
| <i>Cotraindicaciones</i> | 195 |
| ANEXO 1 Cuadros AIEPI | 196 |
| ANEXO 2 Gráficos y guías de abordaje | 214 |

| | Páginas |
|---|----------------|
| <i>Guía de abordaje, estrategia AIEPI para niños de dos meses a cinco años</i> | 224 |
| <i>Guía de abordaje de los niños de una semana a dos meses de edad, la estrategia AIEPI</i> | 226 |
| <i>Abordaje diagnóstico del paciente asmático</i> | 229 |
| <i>Manejo de la crisis asmática en la IPS básica</i> | 231 |
| <i>Clasificación de la severidad del asma y manejo crónico</i> | 232 |



AIEPI... ¿QUÉ ES?

Es una estrategia de cuidado especial a los niños menores de cinco años.

RECUERDE: PRIMERO LOS NIÑOS

AIEPI significa “Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia”. No es un programa nuevo, no es un invento ni un capricho de soñadores. Nace de organizaciones tan serias como la OPS y la OMS. En Colombia se conoce desde 1998.



Como es una atención integral, tiene que ver con muchos temas de salud y toca aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación. Trabajar con esta estrategia ha demostrado un mejoramiento en los indicadores de salud de la población menor de cinco años.

Presentación

En los últimos años, en el continente americano la mortalidad infantil ha disminuido principalmente por el descenso en las enfermedades infecciosas. Sin embargo, Las causas perinatales aún continúan siendo un aporte importante a que dicho indicador no se haya disminuido significativamente.

La estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI), adoptada por el consejo Directivo de la OPS desde 1996, ha contribuido al mejoramiento de indicadores de salud en menores de cinco años como lo demuestra la literatura existente acerca del tema.

La diarrea, la enfermedad respiratoria aguda, la desnutrición, el maltrato y la violencia son causas importantes de esta mortalidad, las mismas se pueden intervenir empezando por lo más simple como es la prevención primaria y secundaria y siguiendo con la intervención oportuna en ambientes de atención primaria como el que se tiene en SUSALUD.

Se espera que el estudio minucioso de esta guía de bolsillo por parte del personal de salud de la IPS, contribuya a mejorar de alguna manera los indicadores de salud de la población menor de cinco años, afiliada a SUSALUD.

Este compendio se dedica a todos los niños afiliados y usuarios de SUSALUD. Ellos “grandes maestros de la vida” y educadores incansables de adultos incorregibles como hemos sido todos alguna vez, se lo merecen.

Las enfermedades más prevalentes en la infancia son la IRA (otitis, faringitis, neumonía, resfriado común, amigdalitis), EDA (diarreas), el asma, el maltrato y la violencia.

Aprender de estas enfermedades cuando trabajamos en un primer nivel es fundamental.

Que los niños lloren sí... pero porque los estamos vacunando. Promulgue y practique el buen trato al menor.

La estrategia AIEPI no es sólo para médicos; su aprendizaje va dirigido a un equipo en el que pueden estar enfermeras, médicos, nutricionistas, sicólogas, promotoras rurales, mamás, en fin...

Recuerde que el suero oral ha salvado la vida de muchos niños en todo el mundo, fomente su uso.

Un niño deshidratado y muerto por esta causa es un indicador de salud... negativo.

Un niño con EDA debe beneficiarse más frecuentemente de la lactancia. Lactar a su bebé es sinónimo de amarlo. AIEPI le dice: lacte a su bebé y le advierte además: cuando su pequeño tenga diarrea, láctelo aún más. **PRIMERO EL BEBÉ.**



AIEPI como estrategia es sencilla, fácil. Es una estrategia adecuada para contribuir a la supervivencia infantil. La tendencia de la mortalidad en menores de cinco años en 18 países de América fue el descenso cuando se

Introducción

Medio millón de niños menores de 5 años, mueren cada año en América Latina. El 50% de estas muertes son debidas a causas evitables, como diarrea, neumonía, paludismo, desnutrición o una combinación de éstas. El 50% de las causas restantes se deben a enfermedades neonatales.

Colombia es un país de contrastes en cuanto a población, cultura, clima y situación socioeconómica. Para 1999 contaba con un estimado de 41'544.090 habitantes, de los cuales, 4'686.985 o sea, el 12% eran menores de 5 años. La tasa de mortalidad infantil (estimada por el DANE para 1999) es de 30 x 1000 y la mortalidad en menores de 5 años de 288 x100.000 (1996).

Sin embargo, independientemente de la tasa de mortalidad, el país tiene regiones críticas con tasas de mortalidad mayores de 40 x 1.000.

En el país se presentan 30 defunciones diarias, 900 mensuales y más de 10.000 anuales en menores de 5 años que no son noticia. Entre las principales causas de muerte de este grupo se encuentran:

Causas perinatales 43%, Infección Respiratoria Aguda 14%, Enfermedad Diarréica 10%, Accidentes 7%, Desnutrición 4%, otras infecciones 4%. Al analizar el perfil de atención en los servicios de salud de América Latina, se encuentra que el 73% de la demanda es materno infantil y sólo un 27% corresponde a consulta de adultos. Del grupo materno infantil, 82% son menores de 5 años, es decir, el peso de la consulta externa son los menores de 5 años.

Cerca del 6% de éstas, son consultas de niño sano, situación similar a la que ocurre en Colombia. Esto hace necesario que los servicios de salud aprovechen las consultas por enfermedad para promoción, prevención y detección de otras enfermedades, pues para muchos niños éste será el único contacto con el equipo de salud. El no actuar así, solo contribuye a elevar el número de oportunidades perdidas.

En Colombia para el año 2000, las Infecciones Respiratorias Agudas y las Enfermedades Diarreicas ocuparon el 1° y 2° lugar respectivamente, como causas de consulta externa tanto para los niños menores de 1 año, como para los de 1 a 4 años (la segunda son otras causas de morbilidad perinatal) y la primera y segunda causas de egreso hospitalarios para el grupo con edades comprendidas entre 1 y 4 años.

Algunos de los principales problemas observados en los servicios de salud son:

- **Sobrecarga de los servicios:** Muchos niños consultan innecesariamente, restando tiempo a los que realmente lo necesitan. Son las llamadas consultas impertinentes o innecesarias, motivadas por desconocimiento de las familias sobre la evolución natural de las enfermedades más comunes y de los signos de alarma que sí justificaban una nueva consulta. Los padres de familia quieren que con una prescripción médica a sus hijos, se les quite rápidamente la tos, la rinorrea, la diarrea y la inapetencia. Ellos ignoran, con razón, que los signos como la tos, la fiebre y la diarrea son mecanismos de defensa del organismo para contrarrestar el trastorno de base.
- **Excesivo e inadecuado uso de tecnologías para diagnóstico:** gran parte de las radiografías y otros exámenes de laboratorio solicitados no modifican el diagnóstico ni el tratamiento. Así, la mayoría de los casos de diarrea y de crisis asmáticas no requieren de coprológicos ni de rayos X respectivamente, ya que, en muchos de estos casos los resultados de estos exámenes no modificarán el plan terapéutico establecido y por el contrario, pueden aportar elementos de confusión que inducen a un intervencionismo dañino.
- **Excesivo e inadecuado uso de medicamentos para el tratamiento:** Los antibióticos se indican en exceso e inadecuadamente si se tiene en cuenta que un alto porcentaje de los episodios de infección respiratoria aguda y de diarreas son de etiología viral. Se continúan prescribiendo medicamentos de

dudosa o ninguna eficacia en el manejo de las enfermedades comunes tales como antitusivos, mucolíticos, expectorantes, anti-diarréicos, antieméticos, antipiréticos por vía parenteral, entre otros.

- Hospitalizaciones innecesarias para tratamientos de infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas que, dentro de un amplio margen de seguridad y con el adecuado concurso de los padres de familia, se pueden tratar correctamente de manera ambulatoria.

Gran parte de estos problemas pueden deberse a:

- Falta de acceso de la población al personal de salud con capacidad para la atención de los problemas de salud del niño.
- Falta de capacidad de resolución del personal de salud del primer nivel de atención, debido a falta de insumos para el tratamiento o falta de conocimiento y habilidades. Las facultades de medicina gradúan médicos formados en hospitales de tercer nivel. Posteriormente, la mayoría de ellos van a trabajar en el primer nivel, sin los conocimientos ni el entrenamiento necesarios para esto. Por esta razón se llega con la idea preconcebida de que todos los casos de neumonía o de deshidratación por diarrea, deben ser manejados intrahospitalariamente y por varios días. Se desconocen igualmente, los criterios de alta, cuando la hospitalización estaba indicada.
- Falta de acceso al personal de salud capacitado, debido a falta de conocimiento sobre cuándo consultar o por restricciones culturales.

Por otro lado la atención que se presta usualmente está focalizada en el motivo de consulta; escasamente se buscan otros problemas, se pierden oportunidades de detección precoz y tratamiento de otros trastornos y no se aprovechan las ocasiones para la prevención y la promoción. Se sabe al respecto que, en promedio, uno de cada tres niños que acuden al nivel primario de salud, presenta por lo menos otro trastorno distinto del que motivó la consulta. En otras palabras, esto significa que si se atiende integralmente a 100 niños, se deben generar cerca de 130 diagnósticos. Una consulta eficaz debería producir 30% de diagnósticos asociados a la enfermedad de base, o a la que indujo que la madre llevara el niño a consulta.

AIEPI es una estrategia que está basada en un enfoque que considera que el acceso a una buena atención para el niño es un derecho. Adopta un enfoque

integrado y total en relación a la atención infantil, respondiendo a las causas principales de morbilidad y mortalidad infantiles de nuestro país.

Los objetivos de la estrategia AIEPI son:

- Reducir la mortalidad por enfermedades prevalentes en los niños menores de cinco años, específicamente las muertes debidas a enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, desnutrición, malaria y enfermedades prevenibles por vacunas.
- Reducir la morbilidad por estas enfermedades.
- Mejorar la calidad de atención del niño en los servicios de salud, disminuyendo el uso inadecuado de tecnologías de diagnóstico y tratamiento.
- Introducir aspectos de promoción y prevención de la salud infantil en la rutina de la atención de los servicios de salud.
- Extender la atención integrada al nivel comunitario.

La estrategia AIEPI disminuye la mortalidad a corto plazo porque se educa a las madres y cuidadores para que consulten a tiempo a una entidad de salud y se capacita al personal de salud para que detecte a tiempo los niños que se están complicando y los remita a una institución donde puedan prestarle la atención que necesitan. A largo plazo disminuye la mortalidad a través de la educación a las madres y los cuidadores, sobre cómo prevenir las enfermedades que son prevalentes en la infancia. Enseña y refuerza la importancia de factores protectores como son, la lactancia materna, nutrición, inmunización y afecto (buen trato). Educa al personal de salud sobre la importancia de este modelo de atención y enseña cómo comunicarse de forma eficaz con las madres.

Algunos de los beneficios de la Estrategia AIEPI son:

- Aborda los principales problemas de salud de los niños.
- Responde a la demanda
- Probablemente tenga una gran influencia en la situación sanitaria.
- Promueve tanto la prevención como el tratamiento
- Es eficaz en función del costo
- Conduce a ahorros
- Mejora la equidad: la mejor medicina para todos los niños, en todos los niveles, aplicada por todos los integrantes del equipo de salud y a todas las familias.

Con base en lo anterior, se hace necesaria una inmediata y masiva renovación de compromisos y esfuerzos por parte del personal de salud, para que no siga existiendo inequidad en la atención de los niños, además si se conoce cómo resolver el problema es un imperativo moral atacarlo. Es el AIEPI para los servicios de salud.

Por lo tanto es esencial la capacitación a todos los que trabajan en salud infantil para mejorar sus conocimientos y habilidades, permitiéndoles mejorar la calidad de la atención que se ofrece a los niños, así como una comunicación eficaz con las madres y la comunidad.

Cada que sale una madre de la consulta con información y conocimientos claros sobre cómo cuidar a su hijo en la casa, tanto el personal de salud como ella ganan mucho en la consulta. Igualmente es cierto, como lo afirma la Organización Panamericana de la Salud que *“cada vez que una madre sale de la consulta sin haber aprendido nada sobre salud, tanto ella como su niño y el profesional de la salud, perdieron el tiempo”*. *Cada vez que la vida de un niño se salva porque una madre sabía qué hacer, es gracias al personal de salud que le enseñó qué hacer y cuándo consultar. Lo cierto es que es hora de sentirnos responsables por todos aquellos niños cuya muerte era evitable o prevenible, que en Colombia son cerca de 15.000 al año y comenzar masivamente a trabajar para evitarlas.*

La estrategia AIEPI comprende tres frentes de trabajo:

- Capacitar a los trabajadores de la salud en la evaluación, clasificación y tratamiento de las enfermedades más comunes de la infancia, utilizando para ello normas y pautas con un amplio y reconocido respaldo bibliográfico. Se busca así que todo el mundo “hable el mismo idioma” y que a los padres de familia se les den las mismas instrucciones sobre cuidados en el hogar y medidas preventivas.
- Igualmente se busca aplicar criterios establecidos de remisión oportuna, de hospitalización y alta de los niños menores de cinco años que lo ameriten. Es el AIEPI clínico.
- Mejorar la capacidad resolutoria de los servicios de atención primaria, de tal manera que estén en condiciones de atender de manera eficaz y eficiente más del 90% de las consultas atendidas.

- Capacitar a las familias, maestros y líderes comunitarios sobre la prevención de las enfermedades más comunes, su manejo en el hogar mientras se obtiene la atención médica, así como inculcar el autocuidado, el buen trato y la necesidad de vigilar, con el acompañamiento respetuoso del equipo de salud, el crecimiento y el desarrollo de los niños. Es el AIEPI comunitario.



Estrategia AIEPI

Este curso clínico brinda las herramientas necesarias para aplicar la estrategia AIEPI en su sitio de trabajo, en instituciones que ofrecen servicios de salud de baja complejidad, es decir, servicios de salud de primer nivel y en la consulta externa de los servicios del segundo o tercer niveles. Ha sido preparado con un lenguaje sencillo, de muy fácil comprensión, pero basado en conceptos técnicos bien fundamentados y documentados.

Taller AIEPI

Como su nombre lo indica, es un taller, es decir, un espacio donde se participa de manera activa, se discute, se analiza, se viven situaciones de la práctica diaria, se tienen en cuenta las experiencias particulares pero sumándolas al conocimiento científico más actualizado.

Contenido

Es un taller en el que se desarrollan los siguientes contenidos:

- Qué es AIEPI: Justificación, ventajas, estrategias, objetivos y metas.
- Qué es un equipo. La importancia del trabajo en equipo en la aplicación de la Estrategia AIEPI.
- Signos generales de peligro.
- Infecciones Respiratorias Agudas.
- Enfermedad Diarreica.
- Asma: manejo de las crisis y manejo ambulatorio.
- Maltrato Infantil: prevención, detección y manejo del niño maltratado.
- Lactancia Materna y alimentación complementaria.
- Enfermedades Inmunoprevenibles. PAI.
- Evaluación.

Cuadro de Procedimientos adaptado para Colombia

El mismo es una herramienta valiosa que le permite al trabajador de la salud aplicar de manera ágil y oportuna la Estrategia al atender a los niños, ya que parte de los más graves a los menos graves, le permite una evaluación y clasificación correctas, le indica cuándo debe referir un paciente de manera urgente así como cuándo deben hacerse las visitas de control. De igual manera brinda una orientación precisa sobre cómo aconsejar a las madres en cada caso particular.

Agradecimiento

Agradecemos a los autores: Doctor Luis Carlos Ochoa V., Doctor Ricardo Posada S., Doctor Felipe Restrepo N. y Licenciada Patricia Aristizábal M. y a PUNTO DE SALUD por haber permitido adaptar y publicar esta guía.

“La humanidad ha entrado en una era en la que el cambio se ha convertido en una situación normal, y la adaptación al cambio en un valor de base.”

Francois Houtart

Trabajo en equipo

Definición - Justificación

Un equipo se define como un grupo de personas en el cual, cada uno de sus integrantes posee una **experiencia particular** por su profesión u oficio; cada uno de sus miembros es responsable de tomar y realizar decisiones individuales, las que juntas, buscan un objetivo común.

Los miembros de un equipo se **encuentran juntos**, tanto en el aspecto cognoscitivo como en el emocional, para comunicar y consolidar **el conocimiento** respecto a un problema, programa o actividad. Pero cuando se habla de equipo y especialmente de trabajo en equipo, no se está haciendo relación al concepto tradicional de afrontar el conocimiento como ocurre en una conferencia ó en un salón de clases, en donde todo se reduce al simple aprendizaje de conceptos.

El trabajo en equipo, y muy especialmente en salud, va mas allá de aquel concepto. Su fundamento parte de la **teoría dialéctica del conocimiento**, la que en términos prácticos se simplifica en los siguientes pasos:

- Partir de la **práctica**, es decir, de lo que cada uno de los miembros del equipo sabe, vive y siente sobre un problema o asunto en particular.
- Desarrollar un proceso de teorización de una práctica de tal manera que permita ir ubicando lo cotidiano, lo inmediato, lo individual y parcial, dentro lo colectivo, lo histórico, lo estructural.
- Y regresar a la práctica pero para transformarla, mejorarla, resolverla.

Es decir, volver con nuevos elementos que permitan que el conocimiento inicial (individual y subjetivo), lo podamos enriquecer, comprendiéndolo de manera mas integral y científica. Sólo así se pueden asumir compromisos y tareas.

En la práctica es lo que demuestra el resultado de talleres de la Red de Programas de Atención al Niño con la aplicación de la estrategia AIEPI. Todos los participantes tenían previamente conocimientos, experiencias y actividades individuales respecto a la diarrea, la infección respiratoria, etc. Pero a través de la participación en el taller, del intercambio de un conocimiento y prácticas y de la discusión de documentos actualizados, esos conocimientos, actitudes y prácticas sufrieron una transformación positiva, logrando que todos utilicen las mismas herramientas (historia clínica única, signos de alarma, medidas de apoyo y prevención, etc.), lo que en últimas está dirigido hacia un objetivo común: Brindar una atención integrada a las enfermedades prevalentes de los niños. Sólo cuando se llega a este punto de desarrollo se puede comprender en toda su extensión lo que realmente significa trabajo en equipo. Mientras no se alcance este nivel, cualquier esfuerzo individual y aislado, resulta estéril y está irremediamente condenado al fracaso.

Dinámica de los equipos

Un equipo es un organismo social que depende de un centro que combine sus actividades, y la de sus integrantes. Dependiendo de la inter-relación de todos sus miembros, de sus capacidades cognoscitivas y sociales y de la

habilidad de encontrarse juntos, un equipo logrará o no el propósito para el que fue constituido.

Como organismo que es, un equipo no es una entidad estática. Es una estructura que está en un proceso dinámico y progresivo, que se inicia con una definición del problema o asunto por el cual fue constituido, detallando luego:

- Objetivos: —————> ¿Qué se busca hacer?
- Tareas: —————> ¿Cómo hacerlo?
- Roles: —————> ¿Quién lo hace?
- Evaluación: —————> ¿Sí se está logrando el objetivo?
- Supervisión: —————> ¿Qué hay que corregir?

El cómo un equipo utiliza las capacidades y aportes de sus integrantes dependerá del mutuo respeto que exista entre los mismos, así como de la madurez tanto del grupo como individual.

Equipo de trabajo en Pediatría

En la atención en salud de los niños, los equipos de trabajo se constituyen fundamentalmente para afrontar las siguientes tareas:

- Resolver problemas que permitan un acercamiento más racional y efectivo al diagnóstico y tratamiento. Esta situación se puede dar tanto para grupos muy específicos (como el Programa Madre Canguro, para niños prematuros y sus familias, los equipos de diabetes juvenil, grupos para niños con asma como el programa AIRE, etc.), como para enfermedades más comunes, las que dada su alta prevalencia y el elevado volumen de consultas y hospitalizaciones que representan, requiere que su enfoque, tratamiento y prevención sea coordinado a través de un equipo.
- Prevención de enfermedades.
- Promoción de un óptimo desarrollo y crecimiento en el niño.

Como se ve, estas tres tareas se cumplen a través de la Red de Programas de Atención al niño, si bien su enfoque central está dirigido a los trastornos más comunes, según lo preconiza la estrategia AIEPI.

Dinámicas de interacción entre los trabajadores de la salud

Para una mejor comprensión de la función de un equipo, especialmente su relación con la práctica diaria de atención pediátrica, se analizarán brevemente las diferentes maneras como interactúan entre sí los profesionales de la salud.

Práctica individual: Es la consulta habitual que atiende el médico. Un solo individuo afronta al niño y su familia para identificar los problemas de salud y asumir el tratamiento. Dentro la estrategia AIEPI, ésta es la dinámica más común, ya que la mayoría de los casos atendidos por un trabajador de la salud entrenado en la estrategia, son resueltas por él mismo. Aunque físicamente está solo, ese trabajador hace parte de un equipo, ya que está aplicando los mismos criterios de clasificación y tratamiento, enseñando los mismos signos de alarma y medidas preventivas. Además, con los otros miembros de su equipo se reúne periódicamente y juntos evalúan su trabajo para mejorarlo.

Práctica de consulta: Es aquella en la que se busca el recurso externo para enriquecer el conocimiento de un problema o para brindar una atención más compleja, no disponible en el sitio primario donde fue atendido el niño. Es el equivalente de una interconsulta (del médico general al pediatra, de éste al neurólogo, etc). Y en la estrategia AIEPI el ejemplo clásico lo constituye la referencia de un paciente a otro nivel (El niño con neumonía grave ó con disentería en el menor de dos meses, que es enviado del centro de salud al hospital).

Práctica de asociación: Cuando el trabajador de la salud establece una responsabilidad compartida con un colega análogo en sus funciones. En la práctica diaria se da esta situación cuando en un servicio de hospitalización un médico hace su ronda en la mañana y otro realiza el mismo trabajo en la tarde o en otro día cualquiera. En AIEPI, el ejemplo está representado por un niño con neumonía (no grave) que es enviado para el hogar con tratamiento ambulatorio, por el médico. A las 48 horas regresa a revisión la que es atendida de manera oportuna por otro médico, ya que por alguna razón el médico que lo atendió inicialmente, no está. Esta revisión es atendida adecuadamente, ya que ambos médicos hacen parte de un equipo y aplican las mismas pautas de manejo.

Práctica multidisciplinaria: Cuando un grupo de funcionarios de diferente especialidad o disciplina aportan, desde su mira personal, opciones o esquemas terapéuticos para un niño con un problema complejo, Es el caso de un paciente con paladar hendido que es atendido en diferentes sitios y tiempos por enfermera, pediatra, odontólogo, cirujano plástico, etc., quienes no tienen la oportunidad de reunirse juntos. El paciente es "parcelado" por así decirlo, por especialidades. Obviamente que en estas circunstancias no se puede hablar de un equipo en el sentido exacto de su significado.

Equipo interdisciplinario: Es aquel en el que varios trabajadores de diferentes profesiones (médico, enfermera, auxiliar, psicólogo, trabajador social, nutricionista, etc.) se encuentran juntos, aportando cada uno su conocimiento y práctica, hacia un objetivo común. Es un modelo enriquecedor para el estudio y manejo de problemas múltiples en los niños y para el establecimiento y evaluación de programas.

Cuando está plenamente establecido, el equipo interdisciplinario permite una verdadera repartición del trabajo entre las diversas profesiones.

El equipo trabaja en un mismo sitio y se reúne periódicamente para definir acciones comunes acerca de la naturaleza y las mejores opciones para los problemas u objetivos propuestos.

En la Red de Programas de Atención al niño - Estrategia AIEPI -, se busca que en cada centro de salud y clínica funcione un equipo con estas características, con el fin de divulgar, establecer, consolidar y evaluar la estrategia en su respectivo centro. Si bien, como ya se dijo, la mayor parte de la actividad se centra en el trabajo individual (consulta), son muchas las personas que intervienen en una atención integrada. El médico que evalúa y decide, la auxiliar que aplica un plan B en un niño deshidratado, la enfermera que suministra antibióticos parenterales, la nutricionista que atiende al desnutrido, la enfermera que completa un esquema de vacunación, la trabajadora social y la psicóloga que afrontan al niño maltratado y su familia, etc.

Si todos trabajan coordinadamente y hablando "el mismo lenguaje", la atención de los niños será más racional, efectiva, económica, pero sobre todo, más humanizada.

Condiciones básicas para el trabajo en equipo

Sin lugar a dudas el trabajo en equipo es de gran complejidad, si se tienen en cuenta las aptitudes y habilidades diversas, los intereses que se ponen en juego, además de múltiples circunstancias externas al equipo que de una u otra forma inciden en su desarrollo. Para que éste sea óptimo, es necesario que concurren las siguientes condiciones básicas:

1. Confianza mutua: Constituye la primera base del trabajo en equipo, ya que sin confianza no hay cooperación. Implica, de una parte, una **expectativa**: Uno espera (confía) que su compañero está haciendo lo que a él le corresponde. Y por la otra, la **disposición a asumir un riesgo**, como el de no cumplir una tarea porque aquel de quien se esperaba que lo hiciera, al final no cumplió.

Confiar en el otro es partir tanto de su **valor moral** (que no engañe), como de su capacidad (es capaz de hacerlo).

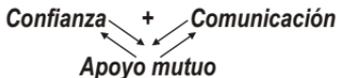
La confianza mutua, por otra parte, tiene un gran componente afectivo: No hacemos ni ordenamos confianza; **sentimos** confianza en el otro.

La confianza tiene dos componentes básicos: La comunicación sincera y la cooperación. Sin embargo la confianza se apoya más en los **hechos** que en las palabras.

2. Comunicación espontánea: Es el vehículo de la confianza: Si uno tiene confianza en alguien, es sincero con él.

La comunicación es mucho más que simplemente transmitir información. Es transmitir además actitudes, sentimientos, emociones. La comunicación real se da cuando uno **se encuentra** con la otra persona, no sólo en lo físico, sino cuando ambas se aceptan y confían mutuamente.

3. Apoyo Mutuo: Es el fruto de la confianza y de la comunicación espontánea, pero es a su vez, la base que sustenta a las dos primeras condiciones.



El apoyo mutuo lo regula la ley de la reciprocidad, la justicia en las relaciones humanas (tu me ayudas, yo te ayudo).

Gracias al apoyo mutuo en un equipo se dan intercambios de atención, apoyo y respeto.

Se puede afirmar, sin exageración, que la supervivencia de un equipo está dada en la medida en que actúen estas tres condiciones básicas, ya que en todo momento las integrantes del equipo deben dar (o pedir) concesiones, trabajos, sacrificios, generosidad y espíritu de servicio.

4. Identificación con los objetivos de un proyecto o programa: Los objetivos son los elementos que aglutinan la acción de un equipo. Son el blanco al que de manera directa o inmediata se deben dirigir todas las actividades. Si esto no se da, se tendrán varias acciones dirigidas a puntos diferentes, sin ninguna coordinación y no se tendrá un equipo, sino un grupo amorfo de personas que se reúnen bien sea por amistad (la "barra" de un grupo deportivo) ó por obligación (un comité citado por un superior, en el cual se dan varios informes y órdenes).

5. Tratamiento de las diferencias: Las diferencias en un equipo de trabajo no solo son inevitables sino que son necesarias. Si no existieran, el trabajo en equipo no tendría razón de ser. Gracias a los desacuerdos expresados en forma oportuna y respetuosa, el equipo sopesa diferentes alternativas y riesgos y toma las mejores decisiones.

Pero además de los desacuerdos, en cualquier equipo se presentan también roces y malentendidos, los que juntos con los primeros, sino se afrontan adecuadamente: perforan la confianza, paralizan la comunicación y anulan el apoyo mutuo.

Las diferencias son pues un elemento paradójico en el equipo ya que, como se dijo, por una parte constituyen su gran valor. pero por la otra son una de las grandes dificultades que se encuentran en el funcionamiento de un equipo.

El objetivo es entonces afrontarlas, logrando un consenso (no unanimidad) sobre las soluciones mas acertadas de las mismas.

Sin embargo, en ocasiones hay desacuerdos importantes que no pueden ser resueltos. El equipo puede vivir con ellos aceptándolos, pero evitando que entorpezcan el trabajo colectivo hacia el objetivo común.

Es básico entonces que los desacuerdos no degeneren en enfrentamientos estériles por posiciones radicales o actitudes intransigentes.

Tácticas para manejar los desacuerdos:

Evitación: Simplemente se ignora el problema, se pasa por alto, aplicándole el método de la “cronoterapia”, es decir el tiempo por sí solo sanará una diferencia determinada. Esta táctica podría ser efectiva sólo en desacuerdos de poca monta, intrascendentes, en los que sería más costoso gastar tiempo en su planteamiento y discusión con todo el equipo. Tiene el riesgo de dejar resentidos a sus protagonistas, dándoles la impresión de que no se les presta atención a sus inquietudes.

Suavización: Usando un dicho popular, es el equivalente a “dorar la píldora”, acudir a argumentos como lo valiosos que son los actores de un desacuerdo; acudir al interés común, a la lealtad, la unidad del equipo, pero realmente no se afronta la disparidad de criterios.

Supresión: Se emplea la investidura de autoridad ó el poder para suprimir ó prohibir la discusión de un desacuerdo determinado. Al igual que en la evitación, podría ser útil cuando se trata de una situación irrelevante o extemporánea. Igualmente se puede usar en aquellos casos en los que uno ó dos integrantes del equipo muestran un comportamiento obstinado, evitando de manera sistemática e irracional cualquier propuesta ó alternativa. Por otro lado, si no se maneja esta estrategia de manera adecuada, puede dejar la sensación de autoritarismo e imposición de conductas a la fuerza.

Compromiso: Cada una de las partes en conflicto se comprometen a ceder en algo sobre su propuesta inicial. Se corre el riesgo de que en apariencia el desacuerdo quedará resuelto, pero en el fondo la solución no dejó satisfecha a ninguna de las partes.

Confrontación: Consiste en afrontar directamente el desacuerdo, buscando sus causas, aclarando malentendidos ó informaciones parciales, para poder buscar así soluciones que sean satisfactorias para todas las partes. Esta táctica es la única que profundiza realmente hasta los orígenes del conflicto y lo encara abiertamente. Su empleo estaría indicado en situaciones de mucha trascendencia, que afectan seriamente la marcha del equipo. Aunque es una táctica que debe utilizar la franqueza total, es necesario mantener en todo momento el respeto y la tolerancia hacia las opiniones ajenas, evitando la confrontación personal y los triunfalismos.

Como se puede ver, estas estrategias están ordenadas de menor a mayor actividad, pero igualmente también están escalonadas de menos a más arriesgadas respecto a las posibilidades de enfrentamientos y roces entre los miembros del equipo.

También es claro que la escogencia de una u otra dependerá de cada circunstancia en particular.

6. Habilidad para trabajar en equipo: Buena parte del trabajo en equipo se invierte en reuniones de grupo, las que en muchas ocasiones son complejas y requieren por tanto que sus participantes tengan ó adquieran tanto habilidades intelectuales (pensar con lógica, basarse en fuentes científicas), como sociales (saber comunicar, escuchar, apoyar) para poder llegar así a un logro ideal de cualquier equipo. Pensar individualmente y actuar colectivamente.

7. Liderazgo: La función del coordinador o líder de un equipo es crucial en la marcha del mismo. Según su conducta el equipo funcionará correcta o incorrectamente.

Existen varios tipos de liderazgo:

- El liberal, que actúa con largueza, sin cortapisas; emplea muy poco los límites y su actividad pasa desapercibida.
- El autocrático, que impone su autoridad y se hace sólo lo que él dice.
- El democrático, quien busca siempre el consenso, toma en cuenta todas las intervenciones.

En general un coordinador o responsable de un equipo emplea alguno de estos tipos según las circunstancias, pero es claro que en la mayoría de las veces es de mejor recibo el democrático.

Por el contrario, el autocrático casi nunca produce resultados favorables para el equipo y su empleo debería quedar restringido sólo para casos excepcionales.

Como desarrollar el trabajo en equipo

Quando se hace un equipo de trabajo, todos los esfuerzos y recursos se dirigen hacia el objetivo o propósito que persigue ese equipo. En las reuniones de la Red por ejemplo todo el tiempo se invierte en evaluar estadísticas, analizar casos clínicos, discutir recursos, planear capacitaciones, etc. Es decir, los

esfuerzos se centran en el objetivo básico, que es un elemento externo al equipo propiamente dicho, pero poco ó nada se hace ó se dice sobre la dinámica propia del equipo, el cual en muchos casos (ó casi siempre) es ciego a sus procesos internos.

Dicho de otro modo, el equipo como organismo social que es, requiere, además del desarrollo del objetivo para el que trabaja, retroalimentarse sobre sus acciones internas, con el fin no sólo de detectar las barreras que bloquean su trabajo, sino desarrollar sus propias habilidades sociales e intelectuales. Pero además de este paso, que equivale a un plan de mejoramiento, todo equipo requiere de **mantenimiento**.

Existen herramientas que permiten evaluar y darle mantenimiento al desarrollo del trabajo en equipo:

- Una reunión periódica en la que cada integrante pueda expresar libremente como se siente en el grupo, fortalezas y debilidades del mismo, etc.
- Una evaluación sobre el tipo de relaciones que se deben dar en su equipo. En toda actividad humana se dan dos tipos de relaciones:

Relaciones primarias: Que son aquellas que nacen de la amistad, de intereses ó problemas comunes. Son las relaciones en las que se trata al otro como persona, sin influir los títulos, cargos o condiciones socioeconómicas.

Relaciones secundarias: Son las que se dan en función al papel que se desempeña en la sociedad ó en una institución. Están regidas por formalismos; son frías y despersonalizadas. Se trata al otro como personaje, no como persona. El trabajo de un equipo lleva un buen desarrollo en la medida en que en el mismo vayan aumentando las relaciones primarias y disminuyendo las secundarias.

- Una evaluación más objetiva sobre el grado de cooperación entre los miembros de un equipo se puede obtener a través de instrumentos que "cuantifican" los valores a considerar, como la "Escala de desarrollo del equipo" de D.McGregor, en la que cada valor tiene una calificación de uno a cinco. La calificación general de desarrollo de un equipo se obtiene sumando la calificación obtenida en cada ítem y dividiendo por nueve.

Cómo conducir reuniones

Como ya se dijo, las reuniones son uno de los elementos más utilizados en el trabajo en equipo. Por lo tanto, el buen desempeño de éste va estrechamente ligado a la conducción de las reuniones.

En primer lugar es necesario tener presente que en toda reunión se manejan dos dimensiones: La cognoscitiva (informes, opiniones, decisiones) y la socio-emocional (acuerdo, diferencias, tensión, ayuda). Es decir una reunión no es una situación socialmente neutra en la que sólo se tratan problemas y resultados, sino que las relaciones y los sentimientos de los asistentes son decisivos. De ahí el porqué de muchos fracasos en equipos con estructuras, objetivos y recursos claramente definidos: Toman en cuenta sólo el componente cognoscitivo, descuidando o negando el socio-emocional.

Ventajas de las reuniones:

- Cuando son bien conducidas las reuniones permiten “colectivizar” el conocimiento individual, enriqueciéndolo.
- Al tener más puntos de vista, se logra una mejor comprensión de un problema y se dispone de más alternativas de solución.
- Se obtiene un mayor consenso en la decisiones.
- Mejor comprensión de las tareas a realizar.

Inconvenientes de las reuniones:

- Se puede dar una presión indebida de la mayoría, lo que inhibe la intervención de los miembros más tímidos o pasivos.
- Defensa obstinada de una posición por un grupo del equipo.
- Influencia negativa de un miembro, con capacidad de persuasión.
- Protagonismo. Hace relación a aquel miembro del equipo que tiene que intervenir en todos los tópicos de la reunión, repite exposiciones ya enumeradas e incluso invade el terreno de otras disciplinas.
- Intereses personalistas o de grupo.
- Triunfalismo, ganar por ganar.
- Negativismo. El que mantiene un inmenso arsenal de excusas, disculpas y razones para justificar porque nada se puede hacer.

- Mayor demanda de tiempo.
- Juicios prematuros. Esta práctica desafortunadamente es muy frecuente en las reuniones. Ante una propuesta o sugerencia, uno o varios participantes de la reunión reaccionan de manera inmediata, (casi sin permitir que el proponente termine su idea) lanzando juicios de aprobación ó de rechazo, con lo que se bloquea el curso normal en la toma de decisiones, pues si son juicios positivos, se impide ventilar otras alternativas al cerrar así la discusión y en el caso contrario, se sepultan propuestas que, si bien superficialmente evaluadas parecían disparatadas, bien podrían ser soluciones viables y lógicas después de un análisis más concienzudo. Además se inhibe la intervención de los siguientes participantes por el temor a la crítica ó a hacer el ridículo.

El moderador o coordinador: Como organismo social que es el equipo necesita que todas sus funciones y sistemas trabajen de manera armónica e integrada. Aún la reunión más pequeña necesita de un “centro” que modere, coordine y regule sus funciones, de lo contrario éstas marcharían a la deriva independientemente de la calidad de sus participantes.

El moderador es pues “aquella persona responsable de que el grupo trabaje **productivamente** al propio tiempo que conserva su unidad interna”.

Debe cumplir dos funciones integradoras:

- Ayuda al grupo a pensar metódicamente.
- Estar atento para que no se deterioren las relaciones.

Puntos claves en la conducción de reuniones:

Aunque de “sentido común”, las siguientes reglas requieren de entrenamiento, habilidad, pericia y autocritica constante con el fin de llegar a aplicarlas plenamente en la coordinación de una reunión.

- **No manipular.** Si el moderador o responsable quiere imponer su criterio ó muestra su favoritismo por una persona o propuesta en un momento en el que no hayan intervenido los demás, esto será descubierto por el grupo y sólo conseguirá que éste adopte una posición defensiva y el moderador perderá valor como autoridad en el mismo. Esta situación queda aún más en evidencia cuando se hace una propuesta y al final de la discusión de la misma

ya se tiene un documento previamente elaborado. La conclusión clara para el grupo es que aquella discusión se dio únicamente con el ánimo de darle un maquillaje democrático a la misma.

- **No competir:** El moderador tiene todo el derecho a tener sus propias ideas y gustos, pero cuando desde un comienzo entra a competir con los demás miembros del grupo, pierde su investidura de coordinador, convirtiéndose en un miembro más.

Lo ideal es que reserve sus opiniones para el final, cuando ya lo hayan hecho los demás participantes.

- **Escuchar y no simplemente oír:** Escuchar realmente es ponernos en el sitio del otro, tratando de comprender sus sentimientos y razones, sin juicios prematuros.

Cuando en una reunión se logra establecer una auténtica empatía a través de la escucha atenta, se tiene garantizado el mutuo respeto y la tolerancia hacia las diferencias.

- **Evite posiciones defensivas o radicales:** Cuando alguien defiende ciegamente su posición y ataca la propuesta del otro, el moderador debe intervenir invitándolo a que en primer lugar señale los aspectos positivos.
- **Esforzarse para que todos participen:** En todo grupo existen personas muy activas, que intervienen en todo momento, y otras que son más pasivas ó tímidas. El moderador debe procurar de manera diplomática, aplacar un poco la fogosidad de unas y estimular la intervención de las otras, sin abochornarlas.
- **Sincronizar el tiempo y las actividades:** Que no haya "islas" o subgrupos discutiendo temas diferentes. Igualmente debe planificar un tiempo razonable para cada punto de la reunión y velar que en lo posible se cumpla.

Aspectos administrativos en la conclusión de reuniones:

Número de asistentes: Este es un aspecto decisivo para la marcha de una reunión. Es necesario tener presente que a mayor número de participantes habrá mas exigencias para el coordinador, mayor dominio de los integrantes mas activos y menos participación de los introvertidos. Así mismo el ambiente es más formal, menos íntimo, y se gasta más tiempo. En general se considera como un mínimo ideal entre cinco y siete asistentes.

Ambiente físico: Que la sala de reuniones sea en un lugar tranquilo, alejado de aglomeraciones (taquillas, salas de espera, oficinas de atención al público, etc.).

Las sillas se deben distribuir de tal manera que todos tengan alcance visual de sus compañeros de grupo; idealmente en forma circular, pero que puedan ser movilizadas fácilmente cuando se vaya a presentar un video por ejemplo. También es importante controlar hasta donde sea posible las condiciones de luz, ruido y temperatura.

Por otra parte es absolutamente necesario preparar con anticipación las ayudas audiovisuales, así como el material que emplearán las participantes. Siempre se debe disponer de un tablero o papelógrafo en el que se anoten las propuestas y conclusiones.

Finalmente, es bueno también solicitar cortésmente a los asistentes el mantener apagados celulares y buscapersonas.

Citación, orden del día, acta: Citar con suficiente tiempo a los participantes de la reunión, especificando hora exacta de comienzo, duración, información o documentos que sean necesarios llevar por todos ó algunos de los convocados.

Se debe respetar al máximo la hora de comienzo y de finalización,

El orden del día se debe planear minuciosamente, según importancia y tiempo calculado para cada punto, pero dando a su vez cierta elasticidad que permita ampliar un tema en particular, cuando las circunstancias así lo ameriten.

Las intervenciones deben ser ordenadas, respetando el turno y permitiendo la participación de todos.

El acta es un documento muy importante en el que quedan registrados los asistentes, las decisiones y conclusiones dadas, las tareas asignadas y sus responsables, así como los puntos que quedan por resolver.

El acta es el documento físico que le da continuidad a un proceso; sirve de monitoreo y evaluación del trabajo de un grupo ó de cada participante; evita que

se repitan tareas ó discusiones en futuras reuniones y es una herramienta valiosa para dirimir confrontaciones o juicios de responsabilidad siempre y cuando sea un fiel reflejo de lo que se trate en cada reunión y se utilice con respeto.

El ser humano es gregario y social por naturaleza. Si en la historia aparecen hechos atribuidos a individualidades, es porque se ignora que detrás de ellas existía un equipo, el verdadero dueño de los resultados.

Si se quiere que una idea fructifique y supere el paso del tiempo, se tiene que partir de un equipo comprometido con la misma, así las generaciones futuras afirmen después: “Lo hicimos nosotros”.

Y más de AIEPI...

La clasificación de IRA leve, moderada y severa ya no existe; no la use, no quede mal. Con la estrategia AIEPI usted evalúa, clasifica y **actúa**.

Doctores “aiepizados”, cuando clasifiquen a un niño con un cuadro clínico respiratorio, hablen de neumonía grave, neumonía, o no neumonía.

Guide los niños...

Enséñele a la madre que el menor de cinco años normalmente puede tener 10 episodios respiratorios (gripas) al año y si asiste a guardería dichos episodios pueden aumentarse.



Eduque mamás, eduque papás, enséñele de salud al cuidador de bebés, así gana usted y gana el niño(a).

Infección Respiratoria Aguda

Resolución 00412 de 2000 del Ministerio de Salud de Colombia

Justificación

A pesar de los logros alcanzados en la última década las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), constituyen un importante problema de salud pública en Colombia y continúan ocupando los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en la población menor de cinco años; en esta problemática están incluidas las diferentes entidades que se consideran esta guía (Otitis media, Faringitis incluyendo la faringitis estreptocócica, Laringotraqueitis, Bronquiolitis y Bronconeumonías y Neumonías) pero la Bronconeumonía y Neumonía son las más serias de las IRA en este grupo de edad y es la responsable de casi todas las muertes por esta causa, especialmente en los municipios con menor grado de desarrollo.

Las tasas de mortalidad por neumonía ha disminuido en los últimos años, de 51,0 a 40,0 por 100.000 habitantes entre 1988 y 1996. Con la morbilidad por IRA, no ha ocurrido lo mismo, la tendencia es al aumento, registrando tasas de 174,0 a 214,0 x 1.000 habitantes entre 1991 y 1996.

Es importante, establecer guías de atención que faciliten el manejo de estos niños y con ello contribuir a la disminución de estas tasas de morbilidad y mortalidad.

Objetivo

Detectar oportunamente la infección respiratoria aguda, brindar un tratamiento oportuno y adecuado, disminuyendo las secuelas y muerte.

Definición y aspectos conceptuales

La Infección Respiratoria Aguda, es el proceso infeccioso de cualquier área de las vías respiratorias; puede afectar la nariz, oídos, faringe, epiglotis, laringe, tráquea, bronquios, bronquiolos o pulmones. Debido a la posibilidad de afectar una o varias partes de las vías respiratorias, es posible encontrar signos y síntomas de infección variables, a saber: tos, fiebre diferentes grados de dificultad para respirar, dolor de garganta, secreción nasal, dolor de oídos, etc.

Afortunadamente la mayoría de los niños con estos síntomas sólo padecen una infección leve, y auto-limitada tal como un resfriado común. Sin embargo, unos cuantos niños contraen neumonía que debe ser tratada a tiempo por cuanto puede ocasionar la muerte como consecuencia de un compromiso respiratorio progresivo a insuficiencia respiratoria o por una invasión bacteriana que desencadene sepsis.

Etiología

Una gran variedad de virus y bacterias ocasionan las infecciones respiratorias. Dentro del grupo de virus están ante todo los rinovirus, virus de la influenza, virus sincitial respiratorio, virus de la parainfluenza o adenovirus. En cuanto a los agentes bacterianos en infecciones adquiridas en la comunidad, los microorganismos más comunes son: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* causando el 74% de estas y el *Staphylococcus aureus*, el 9%.

Epidemiología

En la mayoría de los países, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), ocurren con más frecuencia que cualquier otra enfermedad aguda; la incidencia de las IRA, parece similar en los países desarrollados y en desarrollo y es algo más elevada en las áreas urbanas que en las rurales. El número de episodios puede variar, oscilando entre 2 a 6 al año. No obstante la severidad de ellas en los países en desarrollo es mayor, hecho asociado con la presencia de factores de riesgo que facilitan una evolución más tórpida. En un porcentaje no despreciable de casos, la duración de la enfermedad antes de la muerte, es breve, por la severidad y rapidez de su evolución.

El mecanismo de transmisión es fundamentalmente por contacto directo. El período de incubación es variable de acuerdo al agente etiológico y varía entre 1 y 14 días. El período contagioso es también variable, iniciándose en algunas ocasiones un día antes de las manifestaciones clínica con prolongación en algunos casos por más de 5 días.

Al igual que con muchas otras enfermedades, el riesgo de muerte por IRA, es más alto en los lactantes pequeños. En los países en desarrollo aproximadamente del 20% al 25% de las muertes por IRA, ocurre en los lactantes menores de dos meses, registrándose muy pocas defunciones por IRA, entre los niños mayores de 5 años.

Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo, asociados a muerte por neumonía, o al desarrollo de IRA son:

- Niño menor de 2 meses
- No lactancia materna o desnutrición
- Carencia de Vitamina A
- Bajo peso al nacer
- Falta de inmunizaciones
- Tiempo frío y/o cambios bruscos de temperatura
- Hacinamiento
- Prevalencia elevada de portadores nasofaríngeos de bacterias patógenas
- Exposición a la contaminación del aire: intradomiciliario: humo de cigarrillo y combustión de leña, carbón o cualquier material de biomasa, para cocinar; extradomiciliario: contaminación ambiental dada ante todo por aumento de dióxido de azufre (SO₂), dióxido de nitrógeno (NO₂), ozono (O₃) y partículas respirables en especial aquellas de menos de 10 micras de tamaño o PM₁₀.
- Desconocimiento del manejo integral de las IRA en el hogar y de los signos de alarma para neumonía.

Factores protectores

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- Alimentación complementaria adecuada y buen nivel de nutrición
- Inmunizaciones especialmente vacunas del sarampión, triple viral, DPT, *Haemophilus influenzae* y BCG.

Las Infecciones Respiratorias Agudas se presentan con una variedad de síntomas

comunes como tos, dificultad para respirar, obstrucción nasal o dolor de garganta. Es importante separar los niños con enfermedades graves de los que sólo tienen dolencias leves auto-limitadas. Se propone una clasificación ante todo basada en niveles de severidad y unas conductas de manejo para los primeros niveles de atención según dicha severidad, con especial atención a las neumonías, por ser ellas la causa más frecuente e importante de muerte por IRA;

este programa es también de utilidad para otros niveles de atención y por tanto debemos conocerlo e integrarlo al máximo posible en el proceso de nuestro diario actuar en el manejo de niños con IRA.

Población objeto

Niños menores de 5 años afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, con diagnóstico de infección respiratoria aguda.

Características de la atención síndromes clínicos

| Infecciones de las Vías Respiratorias Superiores | Infecciones de las Vías Respiratorias Inferiores |
|--|---|
| -Otitis media -Faringitis incluyendo la faringitis estreptocócica -Laringotraqueitis | -Neumonía / bronconeumonía -Bronquiolitis |

Infecciones de las vías respiratorias superiores

Las Infecciones del tracto respiratorio superior constituyen un capítulo importante de la patología, por la frecuencia con que se presentan y por la mortalidad elevada que eventualmente pueden producir algunas de ellas.

Son causadas predominantemente por virus. Podemos agruparlas en los siguientes síndromes clínicos:

| Síndrome Clínico | Virus | Bacterias |
|-------------------------|---|---|
| Rinofaringitis | <ul style="list-style-type: none"> • Rinovirus • Influenzae • Coronavirus • Parainfluenzae | <ul style="list-style-type: none"> • Sincitial respiratorio ECHO. • Adenovirus |
| Laringotraqueitis* | <ul style="list-style-type: none"> • S. pyogenes • H. influenzae • P. pertussis • M. pneumoniae | <ul style="list-style-type: none"> • Adenovirus • Herpes virus hominis • Epstein-Barr • Coxsackie A |
| Epiglotis* | <ul style="list-style-type: none"> • S. pyogenes • C. diphtheriae | <ul style="list-style-type: none"> • H. influenzae tipo B. |
| Traqueitis* | <ul style="list-style-type: none"> • Staphylococcus aureus • Streptococcus B. • S. pyogenes | <p>Probable antecedente viral con cualquiera de los virus arriba mencionados.</p> |

* Aunque la epiglotis, la laringe y la tráquea anatómicamente pertenecen a las vías aéreas superiores, para fines prácticos de esta clasificación, se presentan en este ítem.

Otitis Media Aguda

Las Infecciones del oído medio constituyen uno de los motivos más frecuentes de consulta y sus complicaciones ocasionalmente requieren hospitalización. En la solución de este problema participan diversos especialistas, pero primariamente se enfrentan a él, el médico general o familiar y el pediatra; de ellos depende la solución adecuada de la mayoría de los casos o su correcta derivación.

Definición

Es una inflamación infecciosa del oído medio, que incluye la cavidad del oído medio, la trompa de Eustaquio y en algunos casos la mastoides.

El oído medio se comunica con la nasofaringe a través de la trompa de Eustaquio. Habitualmente las infecciones respiratorias altas de origen viral que producen edema en la mucosa de la trompa de Eustaquio, preceden o acompañan a los episodios de otitis.

Epidemiología

Es una entidad con incidencia alta y constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta pediátrica; es más frecuente en los menores de 5 años; dentro de los diversos factores de riesgo asociados a otitis media, podemos mencionar: menor edad, bajo nivel socio-económico, exposición a humo de cigarrillo, en especial por madre fumadora, condiciones de atopia personal ante todo si existe componente de rinitis; hipertrofia

adenoidea, anomalías anatómicas craneofaciales, el sexo, la raza, variaciones climáticas, posición supina en particular durante la alimentación con biberón.

Su reconocimiento y tratamiento en los preescolares es de especial importancia para impedir problemas de audición, que limitan el desarrollo escolar, aliviar los síntomas especialmente el dolor de oído y prevenir complicaciones como la mastoiditis.

Los síntomas comprenden dolor en el oído, fiebre y disminución de la agudeza auditiva. En la exploración la membrana timpánica se mueve escasamente con la insuflación y suele encontrarse eritematosa, opaca, prominente o retraída. En ocasiones se observa una perforación espontánea del tímpano y otorrea.

Etiología

La etiología de estas infecciones es variada. Es viral primaria en su mayor parte, en especial por rinovirus, pero se considera que mas o menos un 55% se sobreinfectan por bacterias dentro de las cuales, las más importantes son:

- *S. pneumoniae* 35%
- *M. catarrhalis* 15%
- Otros 2%
- *H. influenzae* 25%
- Negativos 13%
- *S. aureus* 2%
- *S. pyogenes* 8%

En estudios realizados en Medellín por el Dr. Hugo Trujillo se encontró *H. influenzae* y *S. pneumoniae* en 63%, *S. epidermidis*, *S. aureus*, *Enterobacter sp.*, *M. catarrhalis*, *S. pyogenes* y otros en 11%.

Clasificación y manejo según programa IRA

De acuerdo a la severidad se clasifica en:

| Cuadro clínico, clasificación y manejo | | |
|--|---|---|
| Signos ▼ | | |
| Inflamación sensible detrás de la oreja. | Oído supurando hace menos de 2 semanas, o dolor de oído, o tímpano rojo e inmóvil (otoscopia). | Oído supurando hace 2 semanas o más: Otorrea: •Mucoide •Purulenta •Serosa •Fétida |
| Clasifíquese como ▼ | | |
| Mastoiditis | Infección aguda del oído | Infección crónica del oído |
| Tratamiento ▼ | | |
| Formule el mismo tipo dosis de antibiótico que para la neumonía: • Penicilina Procaínaica • Amoxicilina • Ampicilina • TMP-SMX. Ver dosificación más adelante. Si requiere cirugía: • Hospitalización urgente | • Tratamiento antimicrobiano oral. • Seque oído con mechas. • Maneje dolor y fiebre. • Dar indicaciones para secar oído introduciendo y retirando trocitos de tela entorchados hasta extraerlos totalmente limpios. • Nueva evaluación en 2 días. • Si no mejora o sigue igual cambie antibiótico. | GENERAL • Remover pus. • Cultivo oído medio. • Secar oído con mechas. ESPECÍFICO Inicial: • Antimicrobiano con espectro beta-lactamasa(+) • Acetaminofén para dolor y fiebre según necesidad. Posterior: Si “seca” continuar quimioprofilaxis, usando Trimetropín sulfá 5 mg/kg día dosis única diaria por 3 meses. |

Otra clasificación importante para tener en cuenta en el manejo por el médico es:

- **Otitis media aguda (OMA):** Inflamación del oído medio de comienzo rápido y evolución inferior a 3 semanas.
- **Otitis media subaguda (OMS):** duración de 3 semanas a 3 meses.
- **Otitis media crónica (OMC):** se prolonga más de 3 meses.
- **Otitis media con efusión residual:** presencia de una efusión asintomática del oído medio, sin signos otoscópicos y/o sistémicos de inflamación, 3 a 16 semanas después del diagnóstico de otitis aguda.
- **Otitis media con efusión persistente:** Como en el caso anterior, pero con efusión de duración mayor de 16 semanas.
- **Otitis media aguda recurrente (OMAR):** 3 o más episodios de otitis claramente definidos como nuevos episodios en un período de 6 meses o 4 o más en 1 año.
- **Otitis media crónica supurada (OMCS):** es la inflamación crónica del oído medio con otorrea persistente o recurrente con tímpano perforado.
- **Otitis media sin respuesta:** está caracterizada por sintomatología clínica y hallazgos otoscópicos de inflamación de la membrana timpánica que persiste más de 48 horas después de haber sido iniciada la terapia antibiótica.

Una membrana timpánica roja con movilidad normal está en contra del diagnóstico de otitis media. Puede ser debida a infección viral del tracto respiratorio superior, llanto del paciente, o esfuerzos para remover el cerumen.

Los antibióticos de primera línea son:

Para otitis media aguda:

- **Amoxicilina:** 80 - 90 mg/Kg/día cada 8 horas durante 7 días.
- **Trimetoprin sulfá:** 10 mg de trimetoprin y 45 mg de sulfá por Kg/día cada 12 horas durante 7 a 10 días.
- **Eritromicina sulfá:** 40 mg de eritromicina y 150 mg de sulfá por Kg/día cada 6 horas durante 7 a 10 días.

Para otitis media recurrente:

- **Amoxicilina:** 20 mg/Kg/día en una o 2 dosis por 3 a 6 meses.
- **Sulfisoxazol:** 75 mg/Kg/día en una o 2 dosis por 3 a 6 meses.

Para otitis media con efusión:

- **Agente antibiótico:** igual que para la otitis media aguda, pero durante 14 a 21 días.
- **Corticoide:** prednisolona 1 mg/Kg./día dividido en 2 dosis por 5 días.

Otras consideraciones terapéuticas:

El 10% de los pacientes presentan una OMA que no responde al tratamiento inicial. En estos casos aunque son medicamentos no aceptados aún en el listado básico de medicamentos, se debe considerar esquema con amoxicilina, clavulanato o eritromicina sulfá o trimetoprin sulfá (si la elección inicial fue amoxicilina). Si no hay mejoría con este segundo tratamiento se recomienda timpanocentesis para aislamiento del germen y realización de antibiograma. Igualmente se recomienda timpanocentesis si el paciente luce séptico.

Por alta posibilidad de cepas de *S. pneumoniae* con resistencia intermedia es útil usar amoxicilina al doble de las dosis recomendadas (80-90mg/Kg/día). Existen otras alternativas: amoxicilina-clavulanato, claritromicina, azitromicina, cefuroxime-axetil o cefproxil, pero son medicamentos que no hacen parte del listado básico de medicamentos aprobados para el POS, de allí que de indicarse amerita una análisis individual muy concienzudo, dando los soportes necesarios que justifiquen su formulación. Para las cepas totalmente resistentes, la elección del antibiótico depende del aislamiento del germen y estudios de sensibilidad.

Si hay una gran preocupación por la adherencia al tratamiento podría usarse una dosis IM de ceftriaxona.

El manejo de la otitis media crónica supurada (OMCS) requiere el uso de antibióticos efectivos contra *Pseudomona aeruginosa*, *S. aureus* y otros microorganismos, cultivo y antibiograma del material obtenido del oído medio, además de la limpieza 2 a 3 veces al día con introducción cuidadosa varias veces, de pequeña porción de tela no lanosa, entorchada, hasta lograr que dicha tela salga totalmente seca. En general una de las mejores opciones de antimicrobianos para esta situación es Trimetoprin Sulfá a 5 mg/kg/día dosis única durante 3 meses.

Faringitis

Definición

La faringitis es una enfermedad inflamatoria de la mucosa y estructuras adyacentes a la garganta. Clínicamente existen 3 entidades principales que son: amigdalitis, nasofaringitis y faringoamigdalitis, las cuales generalmente se acompañan además de diversos grados de inflamación de la úvula, nasofaringe y paladar blando. La mayoría de las faringitis tienen un origen viral. Con frecuencia se asocian al resfriado común producido por los rinovirus, coronavirus o virus de la influenza o parainfluenza. Los pacientes presentan “carraspera” o dolor de garganta, así como coriza y tos. La faringe se encuentra inflamada, edematosa y puede o no estar acompañada de exudado purulento .

Etiología

Son múltiples los agentes capaces de producir esta entidad en edad pediátrica. En el caso de niños previamente sanos hasta el 90% de la etiología esta dada por alguno de los siguientes gérmenes: adenovirus, virus influenzae A y B, virus Epstein-Barr, enterovirus, sincitial respiratorio, rinovirus y *Streptococcus beta hemolítico grupo A* o *Streptococcus pyogenes*.

La mayoría de los dolores de garganta se deben a virus y mejoran en unos pocos días con buenos cuidados en el hogar y sin ningún tratamiento adicional. La causa bacteriana más frecuente de faringitis es el *Streptococcus* del grupo A (*Streptococcus pyogenes*). Este microorganismo es responsable de cerca del 15% de los casos de faringitis y puede ocasionar complicaciones importantes tanto supurativas (absceso periamigdalares y retrofaringeo) como no supurativas (escarlatina, síndrome de shock tóxico por *Streptococcus*, fiebre reumática y glomerulonefritis poststreptocócica aguda).

Los signos clásicos de la faringoamigdalitis estreptocócica son: fiebre, inflamación faríngea, adenopatía cervical dolorosa, hipertrofia y congestión de amígdalas o amígdalas y faringe cubiertas por un exudado purulento; pueden existir también petequias en paladar blando.

Otras causas de faringitis bacteriana comprenden los estreptococos de los grupos C y G, *Neisseria gonorrhoeae*, *Arcanobacterium haemolyticum*, *Yersinia*

enterocolítica y más raramente *Corynebacterium diphtherae*, *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae*. El diagnóstico se establece por cultivo.

La faringoamigdalitis bacteriana es muy poco frecuente antes de los 3 años. La faringoamigdalitis con exudado purulento en niños menores de 3 años, excluida la difteria casi siempre se debe a adenovirus y menos frecuente al virus de Epstein Barr.

El diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica, puede basarse en las consideraciones clínicas y epidemiológicas anotadas, pero es necesario tener presente que aún reuniendo todas las características para ello, la especificidad de diagnóstico clínico es de un 50% - 60%, cifra útil, ante situaciones con dificultad de contar con exámenes confirmatorios y presencia de otros factores de riesgo asociados como bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, etc. y es en si la conducta ampliamente utilizada y recomendada en la práctica diaria de la mayor parte de las condiciones en que se atienden niños en nuestro país.

Idealmente debería confirmarse, utilizando las pruebas rápidas de detección del *Streptococcus* o el cultivo faríngeo. Pero el cultivo faríngeo que es el de mayor sensibilidad y especificidad toma 3 días para su confirmación, sería necesario, esperar su resultado para iniciar el tratamiento en caso de que sea positivo.

Un cultivo positivo en un paciente asintomático no distingue entre infección, o colonización. Los *Streptococcus* pueden permanecer por largo tiempo en la faringe de los pacientes no tratados, convirtiendo el paciente en un "portador" de *Streptococcus*; estos gérmenes ya no son nocivos para el huésped ni para las personas con quienes entre en contacto. El cultivo faríngeo, solo estaría justificado si los hallazgos clínicos son compatibles con una infección estreptocócica aguda.

Otra prueba comúnmente utilizada es la determinación de antiestreptolisina (ASTOS), prueba serológica que detecta anticuerpos dirigidos contra uno de los productos extracelulares del *Streptococcus*; títulos de 250 no se consideran elevados en un niño, pero sí en un adulto. Para que se considere elevado en un niño, tendrá que ser de 333 unidades o más en niños mayores de 5 años. Títulos positivos no siempre indican infección actual, por lo cual deben interpretarse junto con una evaluación clínica cuidadosa.

Diagnóstico diferencial y tratamiento

La clasificación de esta entidad según nivel de severidad sería:

| CUADRO CLÍNICO, CLASIFICACIÓN Y MANEJO | | |
|--|--|--|
| Clasifique la enfermedad | | |
| Signos ▼ | | |
| No puede beber | Ganglios linfáticos del cuello sensibles y abultados y secreción purulenta en la garganta. | <ul style="list-style-type: none"> • Secreción u obstrucción nasal. • Garganta roja. • Dolor o ardor de garganta. |
| Clasifíquese como ▼ | | |
| Absceso de garganta | Infección de garganta (estreptocócica) | Faringitisviral |
| Tratamiento ▼ | | |
| Hospitalización | <ul style="list-style-type: none"> • Formule antibiótico para infección estreptocócica de garganta. • Trate fiebre= $>38.5^{\circ}\text{C}$ axilar o el dolor seg. • Recomiende medios físicos • Pida a la madre volver de inmediato si el niño empeora. • Seguimiento en 2 días. • Nueva evaluación en 2 días. • Si no mejora o sigue igual cambie de antibiótico. | <ul style="list-style-type: none"> • Indique cómo cuidarlo en el hogar. • Recomiende un remedio inofensivo y suavizante para el dolor de garganta. • Trate la fiebre o el dolor. • Pida a la madre regresar de inmediato si el niño empeora. |

La penicilina sigue siendo el tratamiento de elección. Esta puede usarse como penicilina G benzatínica en una sola aplicación intramuscular, a dosis de 600.000 U para menores de 27 kg, pero tiene la desventaja que es una inyección muy dolorosa y tiene más alta incidencia de reacciones alérgicas que la penicilina oral. Cuando se prefiere el tratamiento oral, la administración de penicilina V debe ser a dosis de 250 mg 3 veces al día durante 10 días para los menores de 27 kg, o 500 mg 3 veces al día durante 10 días para los mayores de éste peso, teniendo la desventaja principal que como los síntomas mejoran rápidamente al instaurar el tratamiento, éste puede no ser completado durante los 10 días, por lo cual se debe explicar y convencer a los padres, la necesidad de administrar el esquema hasta el final.

Otras alternativas de tratamiento como la eritromicina, útil para pacientes alérgicos, sin embargo ha demostrado fallas tan altas como 24.7% (4), habiéndose encontrado menor efectividad y mayor número de recaídas que con las cefalosporinas; teniendo además la desventaja de efectos gastrointestinales. En casos especiales considere: cefalexina, cefaclor, cefadroxil, claritromicina, azitromicina, amoxicilina - clavulonato, ampicilina - sulbactan o cefuroxime - acetil, pero son medicamentos que tal como se mencionó para otitis, no están en el listado básico de medicamentos y de indicarlos, amerita un cuidadoso análisis individual.

Los fracasos terapéuticos, ya sean clínicos y/o bacteriológicos se presentan en aproximadamente el 10% de los pacientes. La causa más frecuente de estos fracasos es la falta de cumplimiento del esquema y tiempo del antibiótico, generalmente por mejoría clínica antes de cumplir el tiempo indicado. Otra causa probable es la inactivación de la penicilina por bacterias productoras de betalactamasa existentes en la faringe normal, como *H. influenzae*, *S. aureus* y ciertos anaerobios.

Se han sugerido tres esquemas de antibióticos en los pacientes a los cuales la penicilina ha fallado en erradicar el *Streptococcus*:

- Clindamicina oral por 10 días
- Amoxicilina - clavulanato
- Penicilina + rifampicina en forma simultánea los últimos 4 días de tratamiento penicilina benzatinica + rifampicina.

De estos esquemas sólo el número 3 está en el listado básico de medicamentos

A pesar de lo comentado en relación a la situación de colonización por *Streptococcus*, hay situaciones especiales, en las cuales es deseable la erradicación del estado de portador de *Streptococcus* del grupo A, como son:

- Cuando el *Streptococcus* se ha estado transmitiendo a otros individuos a partir del niño portador.
- Si se ha presentado un brote epidémico de amigdalitis estreptocócica en una comunidad cerrada o semicerrada (una guardería por ejemplo).

- Cuando existe alto grado de ansiedad en la familia por la presencia de *Streptococcus* en la faringe del niño.
- Si existe un caso de fiebre reumática en la familia del caso índice.
- Cuando se está usando como pretexto para realizar una amigdalectomía y como única indicación, el hecho que en la faringe del niño persista el *Streptococcus*.

El propósito más importante del tratamiento con antibióticos para una faringitis o amigdalitis estreptocócicas, es matar las bacterias y de este modo prevenir la fiebre reumática y la subsiguiente cardiopatía reumática. La fiebre reumática es principalmente un problema de los niños en edad escolar (de 5 - 15 años de edad) y es poco común en los niños menores de tres años.

Se debe insistir en las medidas de apoyo con líquidos adicionales, así como ropa y condiciones ambientales apropiadas. Es importante que se explique a los padres las causas de la fiebre y las razones del tratamiento y se calmen los temores que sobre ella se tienen. No se debe tratar sistemáticamente a todo niño con fiebre; la reducción de la fiebre debe tener como meta aliviar el malestar del niño.

Laringotraqueitis

Definición

El “*Croup*” subglótico o laringotraqueobronquitis aguda es una infección de la vía respiratoria alta y baja que produce un edema subglótico importante. Afecta casi siempre a niños de 2 a 3 años y suele seguir a una infección respiratoria alta, iniciada uno o dos días antes. Los síntomas comprenden fiebre, disfonía (ronquera), tos molesta y fuerte (tos “perruna”) y estridor inspiratorio.

Etiología

Los virus parainfluenza, principalmente el tipo 1 seguido del tipo 3, son la causa más frecuente. La asociación con el virus de la influenza A y raramente el B es variable ya que su fluctuación estacional es imprevisible. Esporádicamente se asocian al virus respiratorio sincitial, adenovirus, para influenza tipo 2, rinovirus, enterovirus y *M. pneumoniae*.

Epidemiología

Frecuente en niños entre los 3 meses y tres años de edad, tiene patrón de presentación dependiente de los cambios climatológicos de los virus implicados en su etiología.

Graduación de la severidad del cuadro clínico

Escala de Westley (modificada por Fleisher), para valoración clínica de la dificultad respiratoria en los niños con laringotraqueobronquitis:

| CUADRO | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|----------------|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| <i>Estridor</i> | <i>Ninguno</i> | <i>Sólo con agitación</i> | <i>Leve en reposo</i> | <i>Grave en reposo</i> |
| <i>Retracción</i> | <i>Ninguna</i> | <i>Leve</i> | <i>Moderada</i> | <i>Grave</i> |
| <i>Entrada de aire (a la auscultación)</i> | <i>Normal</i> | <i>Leve disminución</i> | <i>Moderada disminución</i> | <i>Marcada disminución</i> |
| <i>Nivel de conciencia</i> | <i>Normal</i> | <i>Inquieto cuando se molesta</i> | <i>Inquieto aún sin molestarlo</i> | <i>Letárgico</i> |

INTERPRETACIÓN: 0-4: Leve 5-6: Leve-moderada 7-8: Moderada 9 o más: Grave

Diagnóstico diferencial y tratamiento

En el diagnóstico diferencial deben considerarse ante todo las siguientes entidades:

- Epiglotitis.
- Traqueítis bacteriana.
- Crup espasmódico o laringotraqueitis recurrente.
- Cuerpo extraño laríngeo o traqueal.

Características diagnósticas de las causas infecciosas de estridor

| | CROUP VIRAL LARINGOTRAQUEITIS | EPIGLOTITIS | TRAQUEITIS BACTERIANA | CROUP ESPASMÓDICO | |
|-----------------|----------------------------------|------------------------------|--|-----------------------------|--|
| Historia | •Edad | 2m 4 a | 3 6 años | 2-4 años | Antec. Atopia Niños 1 a 12a |
| | •Prodomos | Gripales o (-) | Ninguno | Gripal | Inusual gripal |
| | •Inicio | Gradual | Súbito | Variable | Rápido |
| | •Disfagia | + o - | +++ | + ó - | - |
| Signos | •Fiebre | Baja | Elevada, tóxica | Elevada, tóxica | Inusual |
| | •Estridor | +++ | ++ | +++ | ++ |
| | •Babeo | - | +++ | +0- | - |
| | •Postura | Yacente | Sentado | Variable De tripode | Sin importancia |
| Pruebas | •Leucocitos | <10.000 | >10.000 | >10.000 | <10.000 |
| | •Rx | Estrechamiento subglótico | Epiglotis edematizada | Irregularidad subglótica | Usualmente sin hallazgos especiales |
| | •Cultivos | Parainfluenzae VSR | H. influenzae Streptococcus grupo 1 A. | S. aureus | Negativos |

Siempre tener presente la posibilidad de cuerpo extraño en vías aéreas, dada su alta frecuencia y eventual letalidad, en especial en niños entre los 10 meses y 3 años; el interrogatorio debe ser dirigido intencionalmente a esta posibilidad. Tener también en cuenta otras opciones como: absceso periamigdalino, ingestión de corrosivos, angioedema o estenosis post - intubación.

Tratamiento

Debe orientarse según severidad del cuadro clínico así:

- **Leve (puntuación < ó = 4):** Manejo ambulatorio después de MNB.
- **Leve moderada (puntuación 5-6):** Manejo ambulatorio si: mejora con MNB, es mayor de 6 meses y se cuenta con padres confiables.
- **Moderada (puntuación 7-8):** Hospitalización, iniciar inmediatamente epinefrina racémica, o adrenalina 5 ampollas por nebulización.
- **Grave (puntuación de 9 ó más):** Ingresar a UCI, epinefrina racémica, o adrenalina; posible intubación.

Medidas específicas

- Mínima alteración: evitar estímulos que aumenten ansiedad.
- Oxígeno humidificado con sistemas de bajo o alto flujo, buscando saturación > de 92%.
- Manejo de fiebre y deshidratación si las hay.
- Nebulización : 1)Epinefrina racémica: 0,05 ml/Kg. de solución al 2.25% diluida en 3 ml de SSN. Dosis máxima: 0,5 ml cada 30 minutos, bajo monitorización, vigilar taquicardia grave, 2) es equivalente a nebulizar 5 ampollas de adrenalina por cada sesión de nebulización. Si después de 3 dosis en 90 min no hay mejoría significativa, se debe considerar intubación. Observar mínimo 4 horas después de la última MNB, pues puede haber un efecto de rebote.
- Corticoesteroides: aunque discutidos, en casos severos se puede considerar su uso: Dexametasona 0,6 mg. /Kg. en dosis única ya sea IM ó IV.
- Control de la vía aérea - Indicaciones para intubación.
- Intensidad creciente de las retracciones.
- Empeoramiento del estridor.
- Menor estridor, pero aumento del jadeo respiratorio.
- Sensorio alterado.
- Empeoramiento de la hipoxia, la hipercarbia o ambas

Nota: NO están indicados los antibióticos, salvo en aquellas condiciones en las que se evidencia cuadro de infección bacteriana como la epiglotitis o sobreinfección como sería el caso de la traqueítis bacteriana.

Infecciones Respiratorias Agudas Inferiores Neumonías y Bronconeumonías

Definición

Es la infección localizada o generalizada del parénquima pulmonar con compromiso predominantemente alveolar . El compromiso localizado a un lóbulo se denomina clásicamente neumonía lobar; cuando el proceso está limitado a los alvéolos contiguos a los bronquios o se observan focos múltiples, se denomina bronconeumonía. Para efectos prácticos el término neumonía engloba ambos conceptos.

Epidemiología

Como se ha mencionado previamente, las neumonías y bronconeumonías son causa frecuente de morbilidad y desafortunadamente también de mortalidad en especial en poblaciones con factores de riesgo elevado como son: bajo nivel socioeconómico, bajo peso al nacer, ausencia de lactancia materna, menor edad, carencia de inmunizaciones, madre fumadora durante el embarazo o en la presencia del niño, contaminación intra y extra domiciliaria, etc. En estas condiciones hay predominio de causas bacterianas y de casos de mayor severidad, en los meses de invierno aumenta la frecuencia de episodios virales y con ellos el riesgo de neumonías bacterianas.

Etiología

La etiología de las IRA de vías aéreas inferiores en los niños es viral en la mayoría de casos. Cuando estamos frente a situaciones en las cuales hay predominio de compromiso alveolar como son la neumonía y bronconeumonía, en países en desarrollo y en especial ante poblaciones con factores de alto riesgo, la etiología bacteriana llega a predominar sobre los virus; la frecuencia relativa de diversos patógenos, varía según el contexto en que se adquirió la infección; en los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad los microorganismos más comunes son: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* causando el 74% de estas y el *Staphylococcus aureus* el 9%; deben tenerse en mente la *Chlamydia trachomatis* en niños entre los 2 y 4 meses de edad y el *M. pneumoniae*, en mayores de 5 años los cuales, por lo general ocasionan una enfermedad leve. Se estima que los bacilos entéricos gramnegativos y *Pseudomonas aureginosa*, son causas poco frecuentes de neumonía adquirida en la comunidad y por el contrario, son responsables de más del 50% de las neumonías hospitalarias o neumonías nosocomiales.

Clínica

Su intensidad, severidad o gravedad, es muy variable. La tos, la fiebre la polipnea y las retracciones son los elementos básicos que orientan a su diagnóstico; la auscultación pulmonar puede dar signología de consolidación como broncofonía, o soplo tubárico; tanto la neumonía como la bronconeumonía dan crepitantes o estertores alveolares finos al final de la inspiración en la zona o

zonas comprometidas; el malestar general y el compromiso del estado general varía según la severidad del cuadro clínico.

Enfoque según diagnóstico de severidad y según diagnósticos nosológicos

Como mencionamos previamente el programa de atención en IRA, como estrategia mundial de las organizaciones de salud OPS, OMS y UNICEF (planteado en el contexto de la estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI), tienen como objetivo fundamental disminuir la mortalidad, buscando elementos que faciliten la atención en los diferentes niveles. Para ello es clara la importancia de aplicar el enfoque según diagnóstico de severidad, con los indicadores que muestran la mayor sensibilidad y especificidad, pero que además sean sencillos de aplicar.

La clasificación para el manejo estándar de casos de IRA esta basada en signos claramente definidos que orientan ante todo dos decisiones de tratamiento: Prescribir o no antimicrobianos y tratar al niño en la casa o referirlo para su hospitalización.

Como la auscultación del tórax en condiciones ideales y por personal muy calificado, predice tan sólo alrededor de la mitad los casos de neumonía en niños, se buscan otros signos que son mejores pronosticadores, de acuerdo a estudios clínicos multicéntricos:

- Respiración rápida
- Tiraje
- Signos de enfermedad muy grave

La respiración rápida, o taquipnea es un indicador sensible y específico de la presencia de neumonía. Se considera que la frecuencia respiratoria esta elevada cuando:

- La frecuencia respiratoria es de **60 o más veces por minuto** en lactantes menores de 2 meses.
- La frecuencia respiratoria es más de **50 o más veces por minuto** en los lactantes de 2-11 meses.
- La frecuencia respiratoria es de **40 o más veces por minuto** en niños de 1-4 años.

El tiraje subcostal persistente en el niño mayor de 2 meses es el indicador clínico con mejor sensibilidad y especificidad para definir una neumonía que altere la distensibilidad pulmonar, y requiere de oxígeno suplementario en el manejo básico, implicando, salvo consideraciones especiales, manejo hospitalario.

Los indicadores de mayor sensibilidad para un cuadro de IRA, con riesgo alto de muerte son: somnolencia importante con dificultad para despertar al niño, estridor laríngeo en reposo, presencia de convulsión, desnutrición grave en el niño mayor de 2 meses, fiebre o hipotermia para menores de 2 meses, incapacidad para beber líquidos en los mayores de 2 meses y disminución importante del apetito en los menores de 2 meses.

Producto de este enfoque se definieron los siguientes niveles de severidad para neumonía o bronconeumonía:

Enfermedad muy grave: signos de IRA más cualquiera de los siguientes hallazgos: somnolencia importante con dificultad para despertar al niño, presencia de convulsión, desnutrición grave en el niño mayor de 2 meses, fiebre o hipotermia para menores de 2 meses, incapacidad para beber líquidos en los mayores de 2 meses y disminución importante del apetito en los menores de 2 meses, vomita todo.

- **Neumonía grave:** cuadro clínico de IRA mas retracción subcostal persistente en ausencia de signos para enfermedad muy grave y/o estridor en reposo.
- **Neumonía:** cuadro clínico de IRA más respiración rápida y ausencia de signos de neumonía grave o de enfermedad muy grave.
- **No neumonía:** cuadro clínico de IRA, sin ninguno de los indicadores para los otros niveles de severidad.

Es frecuente encontrar componente bronco-obstructivo, en un niño con infección respiratoria aguda; dicha broncoobstrucción produce aumento de la frecuencia respiratoria y tiraje, lo cual puede generar confusión con el diagnóstico de neumonía; este componente debe evaluarse y tratarse para lograr adecuada interpretación a los indicadores de severidad; especial consideración debe tenerse con los casos que presentan cuadros recurrentes. Una nueva evaluación después de un manejo adecuado en especial del componente broncoobstructivo debe llevar a una reclasificación del nivel de severidad para cada caso en particular.

Neumonía

Clasificación y manejo del niño de 2 meses a 4 años

| Signos de gravedad | Clasifique | Manejo |
|--|------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> No puede beber Convulsiones Anormalmente somnoliento o difícil de despertar o desnutrición grave. Vomita todo | Enfermedad muy grave | <ul style="list-style-type: none"> Hospitalización e inicio antibiótico indicado. Trate la fiebre. Trate la sibilancia Interconsulta con pediatra o especialista |
| <ul style="list-style-type: none"> Tiraje Estridor en reposo | Neumonía grave | <ul style="list-style-type: none"> Hospitalización e inicio antibiótico indicado. Trate la fiebre. Trate la sibilancia Interconsulta con pediatra o especialista. |
| <ul style="list-style-type: none"> No tiene tiraje. Respiración rápida (50 x minuto o más, si tiene de 2 a 11 meses; 40 x minuto o más, si tiene de 1 a 4 años). | Neumonía | <ul style="list-style-type: none"> Inicie antibiótico indicado Trate la fiebre Trate la sibilancia Control diario, si el paciente no mejora evalúe cambio de antibiótico. |
| <ul style="list-style-type: none"> No tiene tiraje. No tiene respiración rápida (menos de 50 x minuto, si el niño tiene de 2 a 11 meses; menos de 40 por minuto si tiene de 1 a 4 años). | No es neumonías o resfriado | <ul style="list-style-type: none"> Si tose más de 15 días, evalúe y trate otros problemas. Cuidado en la casa. Trate la fiebre. Control en 2 días para , o antes si empeora o sigue igual. |

Lactante pequeño (de una semana hasta 2 meses de edad)

| Signos de enfermedad grave | Manejo |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Dejó de alimentarse o Convulsiones o Anormalmente somnoliento o difícil de despertar o Quejido o Estridor en reposo o Sibilancia o Fiebre (38.0 °C) o temperatura baja (menos de 36.0 °C). | <ul style="list-style-type: none"> Hospitalización urgente y administración de antibiótico indicado** Interconsulta con especialista |

| | |
|--|---|
| <p>Signos de neumonía grave</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiraje grave o • Respiración rápida (60 x minuto o más) | <p>Manejo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización URGENTE. Y administración de antibiótico indicado ** • Interconsulta con especialista • Mantenga al bebé abrigado |
| <p>No es neumonía: tos o resfriado</p> <ul style="list-style-type: none"> • No tiene tiraje grave y • No tiene respiración rápida (menos de 60 x minuto). | <p>Manejo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir a la madre para cuidado en casa : <ul style="list-style-type: none"> - Mantener el bebé abrigado. - Amamantarlo con frecuencia. - Limpiarle la nariz si la obstrucción interfiere con la alimentación. • Regresar rápidamente sí : <ul style="list-style-type: none"> - Respira con dificultad. - Respira rápidamente. - Es difícil alimentarlo. - La salud del bebé empeora. |

Todo niño evaluado por una Infección Respiratoria Aguda, debe ser vinculado de inmediato a un programa de crecimiento y desarrollo de niño sano, una vez finalice su tratamiento.

Dichos diagnósticos de severidad independiente que puedan incluir en sí varias entidades permiten una orientación oportuna de los niños con IRA para definir un manejo de atención inicial; dichos indicadores son los mínimos que deben incluirse en un caso de IRA evaluado en cualquiera de los niveles de atención, pero cuando el caso es valorado por un médico y mucho más mientras mayor sea el nivel de experiencia y de entrenamiento en el manejo de niños, dichos indicadores deben estar complementados de acuerdo a cada situación y caso en particular, de los demás aspectos de evaluación médica, buscando complementar el diagnóstico de severidad propuesto en el programa IRA, con un diagnóstico nosológico lo más preciso posible, de acuerdo a la necesidad de cada caso, teniendo siempre en mente el racionalizar los recursos empleados en la búsqueda de dicho diagnóstico.

Exámenes paraclínicos

Si bien un porcentaje importante de los niños con IRA en especial los de manejo ambulatorio, pueden tratarse sin la necesidad de realizar exámenes

paraclínicos, en algunas condiciones, en base a un análisis individual del médico tratante, se debe definir la justificación o no de ayudas paraclínicas, buscando precisar algún aspecto en particular; no obstante se debe tener presente que la interpretación de los Rx de tórax, el CH y la P.C reactiva, para diferenciar entre neumonía viral y bacteriana, debe ser realizada cuidadosamente y a la luz de todos los datos en conjunto. En los casos que ameriten manejo hospitalario, dada la severidad del caso, existe mayor justificación para acudir a apoyo diagnósticos paraclínicos diversos, pero es muy importante individualizar cada situación, buscando al máximo un equilibrio entre el costo beneficio de cada uno de ellos, para un caso en particular.

Tratamiento de la Neumonía

Enfermedad muy grave equivalente a neumonía en paciente séptico.

Es indicación de hospitalización; amerita al máximo aclarar patología de base.

Medidas de soporte:

Oxigenoterapia según requerimientos idealmente con base a control de oximetría de pulso buscando saturaciones mayores de 90%; con preferencia por sistemas de bajo flujo (cánula nasal), líquidos IV y aporte nutricional de acuerdo a las características de cada caso en particular, manejo de la fiebre ($T^{\circ} > 38.5^{\circ}\text{C}$) y desobstrucción nasal.

Antibióticos :

- **< 2m:** oxacilina (200 mg/k/día) c/6h y gentamicina (6 mg/k/día) c/12h. Evalúe justificación de cefalosporinas de 3a. generación.
- **2m: 1)** cloranfenicol (100mg/kg/día) c/6h + oxacilina (200mg/Kg/d) c/6h
 - 2) cefotaxime (200 mg/k/día) C/6h + oxacilina (200 mg/k/día) c/6h.
 - 3) ceftriaxona (100 mg/k/día) 1 dosis + oxacilina a dosis anteriores.

Trate "agresivamente" en forma simultánea el síndrome broncoobstructivo si lo tiene.

Manejo idealmente por pediatra y con valoración por infectología y/o neumología y/o UCI pediátrica, según análisis individual de cada caso.

En **infecciones bacterianas graves**, si no es posible realizar interconsulta con pediatra o especialista, administrar penicilina sódica cristalina cada 6 horas MÁS gentamicina cada 8 horas. En niños menores de una semana, administrar gentamicina cada 12 horas.

Neumonía grave

- Hospitalice
- **Medidas de soporte:** Semejantes a la anterior situación
- **Antibióticos :**
 - < 2 m: ampicilina (200mg/kg/d) c/6h y gentamicina(6 mg/k/día) c/12h x 4 d.
 - 2 m: penicilina cristalina (200.000 U/k/día) o ampicilina (200 mg/k/día) repartidas en dosis de c/6h x 4 a 7 días.
 - Considere opción al cuarto día de continuar VO amoxicilina (100 mg/k/día) repartida en dosis de c/8h hasta completar 10 días. Manejo simultáneo de SBO si lo tiene.

Neumonía inicial

- Manejo ambulatorio si las características familiares lo permiten.
- Medidas de soporte en casa: manejo de la fiebre, continuar alimentación, administración abundante de líquidos fraccionados; recomendar desobstrucción nasal frecuente según necesidad.
- No se recomiendan antitusivos ni vaporizaciones ni terapia respiratoria .
- Indicar signos de alarma.
- Antibióticos : Los cuatro (4) antibióticos a considerar en primera línea son :
 - Trimetoprim-sulfametoxazol - Amoxicilina
 - Ampicilina - Penicilina Procaínica

Dosis y esquemas de administración en manejo ambulatorio

| Antibiótico | Dosis y vía de administración |
|-----------------------------------|---|
| <i>Penicilina procaínica</i> | 50.000 unidades por Kg., una dosis diaria durante 7 días. Administración: vía intramuscular. |
| <i>Amoxicilina</i> | 80-90 mg/kg/día, repartida en 3 dosis diarias. Administración vía oral x 7 días. |
| <i>Ampicilina</i> | 200 mg/kg/día en 4 dosis diarias. Administración: vía oral x 7 días. |
| <i>Trimetoprim-Sulfametoxazol</i> | 10 mg/kg/día, tratamiento repartido en 2 dosis diarias. Administración: vía oral x 7 días. (Evite el Trimetopim Sulfa en lactantes prematuros menores de un mes) |

La neumonía debe tratarse con cualquiera de estos antibióticos durante siete días. Estos son eficaces contra el *S. Pneumoniae*, incluyendo en las cepas parcialmente sensibles a la penicilina y el *H. influenzae*, que son la causa más frecuente.

La penicilina benzatínica, administrada como dosis intramuscular única de larga acción, no produce los niveles sanguíneos necesarios para inhibir el *H. influenzae*. La penicilina V (fenoximetil-penicilina) y la eritromicina tampoco logran alcanzar niveles adecuados contra el *H.influenzae*. Por esta razón no son antibióticos de primera línea recomendados en el tratamiento empírico de la neumonía. El cloranfenicol y la penicilina cristalina se reservan para el tratamiento hospitalario.

Atención educativa para el hogar

Enseñanza a la madre para el cuidado en el hogar de los niños de 2 meses a 4 años con Infecciones Respiratorias:

- **Enseñar a los padres la administración correcta del antibiótico**
- **Alimentar al niño:** Durante la enfermedad darle al niño mayor de 4 meses comidas blandas variadas y apetitosas que más le gustan a fin de animarlo a que coma la mayor cantidad posible y ofrecerle porciones pequeñas con frecuencia. Es ideal continuar con la lactancia materna, explicando a la madre que si disminuye el tiempo de toma, debe aumentar la frecuencia. Se debe incrementar la alimentación posterior a la enfermedad para recuperar la pérdida de peso por la misma, esto se logra ofreciendo una comida adicional diaria.
- **Aumentar los líquidos:** El niño con IRA, pierde más líquido de lo normal, especialmente si tiene fiebre, por tanto se debe ofrecer líquidos adicionales.
- **Limpiar las fosas nasales:** es importante mantener las fosas nasales permeables, lo cual se logra realizando lavado con solución salina o mezcla preparada en casa (a cuatro onzas de agua hervida agregue media cucharadita tintera de sal), aplique un goterado de esta solución en cada fosa nasal, cada tres o cuatro horas o a necesidad. No usa vasoconstrictores tópicos o sistémicos.

- **Aliviar la Tos:** La madre puede suavizar la garganta y aliviar la tos con remedios caseros como té o miel con limón. Siendo la tos uno de los mecanismos de defensa del pulmón, **no** están indicados el uso de **antitusivos expectorantes o mucolíticos**. Por otro lado no cabe duda que un adecuado estado de hidratación es el mejor mucolítico. Tampoco deben usarse sustancias grasosas volátiles y petroladas ni las mentoladas.
- Vigilar los signos de alarma: Es la recomendación más importante sobre la atención en el hogar, vigilar en el niño los signos que indican que puede tener una neumonía e instruir para que consulte inmediatamente si:
 - La respiración se hace difícil
 - La respiración se acelera
 - El niño tiene incapacidad para beber
 - La salud del niño sigue igual o empeora.
- Asistir al control. Debe evaluarse el niño con neumonía a los dos días o antes, si existe justificación médica para ello, y decidir si ha empeorado, esta igual o está mejorando.

Enseñanza para el cuidado en el hogar para un niño menor de dos meses:

- Mantener abrigado.
- Continuar la lactancia.
- Limpiar la nariz con solución salina como se indicó para el niño mayor de 2 meses, idealmente tibiaarla previamente, en especial aplicarla antes de dar alimentación y NUNCA en el periodo postprandial inmediato.
- Estar muy atento a la aparición de signos de peligro, en especial, disminución de la ingesta de alimentos.
- Consultar de inmediato ante cualquier inquietud.

Bronquiolitis

Definición

Cuadro agudo de obstrucción de las pequeñas vías aéreas, precedido de infección del tracto respiratorio superior, que afecta fundamentalmente a los menores de 2 años.

Epidemiología

Se presenta principalmente en epidemias durante los meses de lluvia. La mayoría de los niños afectados tienen antecedente de contacto con otros niños que sufrieron alguna infección respiratoria en la semana inmediatamente anterior. Tiene una alta contagiosidad, en especial se debe estar atentos ante niños hospitalizados con otras patologías, expuestos a contagio con niños hospitalizados por bronquiolitis. Los adultos también son portadores frecuentes de los virus que ocasionan bronquiolitis en los niños.

Etiología

En el 80% de los casos es causada por el Virus Sincitial Respiratorio.

Otros : Parainfluenza, Adenovirus, Mycoplasma, Influenzae tipo A.

Clínica

- Prodomos de infección respiratoria alta de 3 a 5 días, rinorrea, tos, pérdida de apetito, ocasionalmente fiebre.
- Sibilancias y/o roncus.
- Dificultad respiratoria en grados variables
- Aumento de la fase espiratoria
- En casos severos disminución de ruidos respiratorios.
- Hígado y bazo pueden palparse descendidos.

Paraclínicos

El diagnóstico es básicamente clínico.

- Los exámenes paraclínicos deben basarse en criterios clínicos en especial para casos severos, que ameriten manejo hospitalario y son:
- Cuadro hemático: leucocitosis leve con predominio de linfocitos, aunque puede haber aumento de neutrófilos.
- VSG: moderadamente elevada.
- Rx tórax: usualmente infiltrados intersticiales difusos, pobremente definidos, en múltiples sitios, de predominio parahiliar; atrapamiento de aire, edema peribronquial y diferentes grados de atelectasias en especial subsegmentarias de lóbulos medio y/o superiores.

- Prueba rápida POSITIVA para Virus Sincitial Respiratorio (Elisa o inmunofluorescencia directa) en secreción orofaríngea (Este exámen no es considerado algo fundamental, tendría su mayor justificación, buscando aislar los casos positivos por la alta contagiosidad del VSR, ante todo en pacientes que ameriten manejo hospitalario).

| MANEJO | |
|--|---|
| <i>Ambulatorio</i> | <i>Hospitalización</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>Dar antipiréticos si la temperatura pasa de 38.5°C.</i> • <i>Medios físicos.</i> • <i>Hidratación adecuada.</i> • <i>Alimentación en pequeñas cantidades varias veces al día.</i> • <i>Limpieza de las fosas nasales.</i> • <i>Mantenerlo en ambiente fresco sin corrientes de aire.</i> • <i>Control diario.</i> • <i>Los antibióticos no se usan regularmente, pero están indicados si se presenta asociada a otitis media o neumonía.</i> • <i>Control y seguimiento diario.</i> • <i>Debe instruirse claramente sobre una consulta ANTES si aparecen síntomas o signos de empeoramiento.</i> | <p><i>La mayoría de las bronquiolitis no requieren hospitalización; se contempla si hay factores de riesgo como:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>La edad (menor de 3 meses) por peligro de apneas.</i> • <i>Antecedentes de apneas y/o de prematurez.</i> • <i>Dificultad respiratoria.</i> • <i>Dificultad en la alimentación o en la hidratación.</i> |

Los enfermos con bronquiolitis continúan excretando virus respiratorio sincitial por varias semanas por tanto continúan siendo contagiosos y deben cuidarse aisladamente con el fin de evitar infección cruzada de otros niños. En general los síntomas van desapareciendo en una o dos semanas.

Manejo intrahospitalario

Manejo General:

Líquidos basales, oxigenación, aporte calórico adecuado.

Si no hay mejoría significativa en las primeras 24 horas o hay empeoramiento, aunque discutido en general se acepta el uso de esteroides ciclo corto de 5 días.

- Metilprednisolona 1-2 mg/K/dosis (primeras 24 horas), luego 1-2 mg/K/día dividido en 3 a 4 dosis.
- Prednisolona 1-2 mg/K/día dosis matutina.

No usar antibióticos excepto si hay sospecha importante de sobreinfección bacteriana, en especial ante niños con factores de riesgo.

Indicaciones para ventilación mecánica:

- Gases Arteriales: pH: 7.25, PCO₂ mayor de 60mm/Hg, PO₂ menor de 60mm/Hg, con FIO₂ de 40%
- Apneas
- Inminencia de fatiga muscular

Hay discusión sobre la utilidad de broncodilatadores (B₂ agonistas Inhaladores de dosis medida, o nebulizaciones) de aplicarse debe hacerse según lo anotado previamente en el manejo de IRA con componente broncoobstructivo.

La terapia respiratoria estaría eventualmente indicada en casos hipersecretantes, con micronebulizaciones con B₂ y aceleración de flujo espiratorio, cuando el componente más agudo se ha controlado.



Bibliografía

1. Antibióticos en el Tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de cinco años. Washington, D.C. OPS/OMS/13-II-96.
2. Arango M. Croup y epiglotitis. En Reyes, Aristizabal, Leal. Neumología Pediátrica Edit. Médica Panamericana 3a edición, 1998 p 223.
3. Aristizábal G. Infección respiratoria aguda, el porque de un programa y enfoque básico del mismo En Reyes, Aristizabal, Leal, Neumología Pediatrica Edit. Médica Panamericana 3a edición, 1998 p 157.
4. Atención del Niño con Infección Respiratoria Aguda. Serie Paltex para Técnicos, medios y Auxiliares Organización Panamericana de la Salud. OMS. No.21. UNICEF Washington, D.C. 20037, E.U.A., 1992.
5. Atención Integrada de las enfermedades Prevalentes de la Infancia para los países de la Región de las Américas. UNICEF, Washington, D.C. 200 37, E.U.A., 1992 Organización Panamericana de la Salud OMS/HCP/HCTI/ARI-CDD/96.3.
6. Bases Técnicas para las Recomendaciones de la OPS/OMS sobre el Tratamiento de la Neumonía en Niños en el Primer Nivel de Atención. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud OMS/HCP/HCT/ARI/CDD/92.1.
7. Benguigui Yehuda. El Control de las Infecciones Respiratorias Agudas en los Sistemas Locales de Salud (Silos). Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud HCP/HCT/IRA/95.05.
8. Benguigui, Yehuda. Infecciones Respiratorias Agudas: Fundamentos técnicos de las estrategias de control. Washington, D.C. OPS/OMS, agosto 1997.
9. Benguigui, Yehuda. Infecciones Respiratorias Agudas: Implementación, Seguimiento y Evaluación. Washington, D.C. OPS/OMS, agosto 1997.
10. Broncodilatadores y otros Medicamentos para el tratamiento de las Enfermedades asociadas con Sibilancias en niños. Washington, D.C. OPS/OMS/HMP/IRA/94.21.
11. Congreso Nacional. Ley 100 del 23 de diciembre de 1.993

12. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 110 de 1998.
13. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 117 de 1998.
14. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 125 de 1999.
15. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 083 de Dic 23 de 1997
16. Control de las Infecciones Respiratorias Agudas. Informe de la octava reunión del Grupo Técnico Asesor. Ginebra, 15 a 19 de III de 1993. - Washington, D.C. OPS/OMS/HPM/ARI/16-93.
17. Curso de Capacitación sobre Organización de las Acciones de Control de las IRA. Washington, D.C. OPS/OMS/Volumen II/1993.
18. Curso sobre organización de las Infecciones Respiratorias Agudas a Nivel Local. Washington, D.C. OPS/OMS/HCP/HCT/ARI/95-10.
19. Documentos y Materiales IRA-CED/AIEPI. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud /OMS/HCP/HCT/ARI/CDD/96.1.
20. Dowell S.F, Marcy M, Phillips W y col. CDC, American Academy of Pediatrics Principles of judicious use of antimicrobial agents for pediatric upper respiratory tract infections Pediatrics 1998 ;101 :163.
21. Estudio Etnográfico focalizado de las Infecciones Respiratorias Agudas. Washington, D.C. OPS/OMS/HMP/ARI/13-93.
22. Guía para Docentes de las Escuelas de Medicina y Enfermería para la Aplicación de la Estrategia del Manejo Estándar de los casos de Infecciones Respiratorias Agudas (MEC/IRA). Washington, D.C. OPS/OMS/HCP7HCT/ARI/95.19.
23. H. Aristizábal G. Antibióticos en el programa de Infección respiratoria aguda En Reyes, Aristizábal, Leal, Neumología Pediátrica Edit. Médica Panamericana 3a edición ,1998, p 719
24. Implantación, Monitoreo y Seguimiento de las Acciones de Control de las IRA en el Contexto de la Atención Integral al Niño: Indicadores Seleccionados según las Metas de la Cumbre en Favor de la Infancia. Washington, D.C. OPS/OMS/Volumen IV.1993. Washington, D.C. OPS/OMS/HMP/ARI/05-92.
25. Infecciones Respiratorias Agudas en las Américas. Serie Paltext para ejecutores de Programas de salud No.25. Washington, D.C. OPS/OMS.1992.

26. Investigaciones Operativas prioritarias para evaluar el impacto de las acciones de Control de las Infecciones Respiratorias Agudas. Washington, D.C. OPS/OMS/HPM/ARI/09-92.
27. Khamapirad T, Glezan WP. Puntajes en radiología de Tórax. Semin Respir Infect 2:130, 1987
28. Leal Francisco, Guerrero Rafael, Franco Gonzalo. Usuario Pediátrico. Sexta Edición. Editorial Médica Celsus. Colombia 1998.
29. Manual para el Voluntario, Responsable de la Unidad de Atención de Infección Respiratoria Aguda Comunitaria UAIRAC. Ministerio de Salud. UNICEF/OPS/OMS, Santafé de Bogotá, D.C., junio de 1997.
30. Ministerio de Salud. Decreto 2423 de 1996
31. Ministerio de Salud. Decreto No. 806 del 30 de abril de 1.998.
32. Ministerio de Salud. Manual de Normas de Prevención y Control de Tuberculosis. 1995.
33. Ministerio de Salud. Resolución 00365 de 1999.
34. Ministerio de Salud. Resolución 3997 de Noviembre 1996.
35. Ministerio de Salud. Resolución 4288 del 20 de Noviembre 1996.
36. Ministerio de Salud. Resolución 5261 de 1994.
37. Neumonía en los Niños: Estrategias para hacer frente al desafío. Washington, D.C. OPS/OMS. 11-13 diciembre 1991.
38. Neumonía y otras Infecciones Respiratorias en niños: Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud /HMP/IRA/93. 19.
39. Oxigenoterapia para Infecciones Respiratorias Agudas en niños. Washington, D.C. OPS/OMS/HPM/ARI/08-92.
40. Reforma a la Seguridad Social - Decretos y Reglamentos - Tomo 2 Ministerio de Salud - Bogotá - 1995.
41. Santos Preciado MD, Villaseñor Alberto MD, Infecciones de Vías Respiratorias Superiores - México, D.F. 1995.
42. Tratamiento de la fiebre en niños con Infecciones Respiratorias Agudas. Washington, D.C. OPS/OMS/HMP77IRA/94.

43. Trujillo H., Callejas R., Mejía G. y col. Bacteriology of midle ear fluid specimen obtained by tympanocentesis from 111 Colombian children with acute otitis media. *Pediatric Infectious disease Journal*, 1989 ; 8 :361
44. Unidades de Capacitación en el Tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas (UCIRA). Washington, D.C. OPS/OMS/HCP/HCT/ARI/95.14.
45. Vásquez C. Laringotraqueitis recurrente En Reyes, Aristizabal, Leal, *Neumología Pediátrica Edit. Médica Panamericana* 3a edición , 1998, p 235



El por qué de las medidas de soporte y apoyo

Las medidas de soporte y apoyo se dividen en medidas para pacientes ambulatorios y para pacientes hospitalizados.

Ambulatorias

Aporte nutricional: Se espera que en presencia de infección, cualquier niño disminuya su apetito. La solución está en ofrecer tomas más pequeñas y frecuentes de lo usual para él. Los sólidos algunas veces pueden producir vómito, especialmente si hay fiebre, ya que esta puede producir retardo en el vaciamiento gástrico y disminución en la secreción de enzimas digestivas.

En niños menores de 2 meses se debe insistir en la alimentación al seno más frecuente.

En niños de 4 a 6 meses, tratar de dar la mayor cantidad posible de nutrientes y calorías por volumen (Cereales, frijol, carne y lácteos). En los casos en que sea difícil el consumo de sólidos, la atención debe centrarse en la hidratación.

Hidratación: Al tener al paciente bien hidratado, se logra un adecuado funcionamiento renal y sobre todo se asegura que las secreciones respiratorias (Moco nasal y expectoración) sean fluidas y fáciles de mover y eliminar.

Suministrar líquidos azucarados (para dar el máximo de calorías), usar los preferidos por el paciente (jugos, bebidas caseras). Ofrecer pequeñas cantidades a intervalos frecuentes. En general, proporcionar alrededor de 80cc/kg/24 horas. Traducirle a la madre en onzas.

Desobstrucción nasal: La nariz cumple importantes funciones dentro de la fisiología respiratoria: Filtración de partículas, calentamiento y humidificación del aire, evitando que aire frío, seco y contaminado llegue directamente a los bronquios, reseca las secreciones y aumentando la tos.

Generalmente la mayor obstrucción está a la entrada de las fosas nasales, con secreciones secas y duras que además impiden el drenaje del moco nasal que se sigue produciendo y escurre hacia atrás, ocasionando tos; además es importante tener en cuenta que el lactante menor es respirador nasal obligado, por lo tanto en ellos es primordial la desobstrucción nasal.

Recordar: a) Retirar secreciones con la mano húmeda (en lavamanos) .

b) Usar tela humedecida.

c) Lavado de las fosas nasales con solución salina, generalmente un gotero en cada fosa nasal, cada 3 o 4 horas a necesidad.

Luego de esto se espera que los niños mayores se puedan sonar y los más pequeños estornuden y expulsen las secreciones.

El tratamiento con antihistamínicos o descongestionantes no es de utilidad.

Gotas o aerosoles nasales que contengan simpaticomiméticos tienen efectos secundarios: Rinitis medicamentosa y efectos de rebote.

Simpaticomiméticos por vía oral tampoco son eficaces y están contraindicados en niños pequeños.

No aplicar en la nariz bálsamos mentolados o con alcanfor.

Uso de vaporizaciones: Debemos proscribir las, pues son un sistema de humidificación que produce partículas en promedio de 60 micras que sólo logran llegar a la región supraglótica, sin cumplir su función en las vías aéreas bajas. Recordemos también que en el aire normal la fracción de vapor de agua es de aproximadamente 0.03%, si estamos aumentando este componente, estamos disminuyendo la fracción de otros gases, incluyendo la FI_{O_2} ; si las vaporizaciones son largas e intensas, se aumenta el riesgo de hipoxemia. Además son causa de calor extra, en un niño que ya tiene un gasto calórico importante, y son responsables en gran parte de las quemaduras con líquidos calientes en la población infantil.

La aplicación tópica de sustancias como mentol y alcanfor, no tiene ningún papel dentro del proceso fisiopatológico de la IRA. Además el alcanfor es tóxico, produce convulsiones y muerte con la ingestión de 50 a 150mg/kg, y su uso inhalado puede producir neumonía lipídica.

Manejo de la tos: La tos es un síntoma molesto, y quizás más para los padres que para los que la sufren, por lo tanto es entendible que al consultar, lo primero que solicitan es algún remedio para suprimirla. Nosotros sabemos que es un reflejo protector y de ayuda a la dinámica bronquial y mucociliar, cuando su trabajo exonerativo es sobrepasado por la acción irritante del aire contaminado o el aumento de secreciones o por procesos inflamatorios. Este reflejo se

desencadena en receptores localizados en laringe, tráquea, carina y demás bifurcaciones bronquiales. Los impulsos de estos receptores llegan al centro de la tos, localizado en la parte superior del tallo cerebral y en la protuberancia, y desde allí se ordena la respuesta efectora, que inicia una inspiración profunda, luego se cierra la glotis, hay contractura de los músculos toracoabdominales y pélvicos, y al alcanzarse una presión máxima la glotis se abre súbitamente, saliendo una rápida corriente de aire que arrastra hacia la faringe las secreciones y partículas extrañas que no se habían movilizadas con la dinámica bronquial y ciliar.

Hay diferentes tipos de tos:

- La tos seca que no delata movimiento de secreciones y la vemos en algunas afecciones faríngeas o de oído, por compresión extrínseca de la vía aérea, laringitis y otras.
- La tos húmeda que mueve secreciones acumuladas en la tráquea y los bronquios principales.

Lo más importante es recalcar que la tos es “el perro guardián del pulmón” y como tal, es mejor estimularla como mecanismo de higiene bronquial, que tratar de suprimirla a toda costa.

Muchas veces la tos no mejora con las medidas usuales, por no reconocerse que su origen es la broncoobstrucción, por lo tanto este tipo de tos solo mejorará si se administra un broncodilatador.

En algunas zonas hay remedios tradicionales para la tos, que son inocuos para los niños y aceptables para los padres; donde así sea, se debe fomentar su uso, por ejemplo la miel de abeja y la panela con limón.

Más racional que el uso de expectorantes mucolíticos, es la fluidificación de las secreciones con el mejor agente que se conoce: EL AGUA.

Regla de oro

Mantener siempre una adecuada hidratación del paciente.

Manejo de la fiebre y el dolor

Podríamos preguntar, qué hace más daño al paciente, una fiebre moderada o el uso inadecuado y errático de las medidas antitérmicas. Inicialmente, recordemos algunos datos claves en la fisiopatología de la fiebre:

La temperatura corporal está regulada en un estrecho margen de 37 ± 0.1 grado centígrado. tanto en niños como en adultos hay un ritmo circadiano con valores mas bajos en la mañana y mas altos en la tarde, para mantener estos límites hay mecanismos de ajuste en la pérdida y producción de calor.

- **Pérdida de calor:** Se pierde por gradientes de temperatura desde el interior del organismo hacia la superficie corporal y hacia el medio ambiente. Estos intercambios térmicos ocurren por:

1) Radiación 2) Convección 3) Conducción 4) Evaporación

- **Producción de calor:** Índice de actividad metabólica, varía con la edad, el tamaño y depende de la actividad y la alimentación (Efecto térmico de los alimentos). En adultos y niños mayores este índice es de aproximadamente 1000Kcal por metro cuadrado de superficie corporal para 24 horas.

Existe un sistema termorregulador que requiere de receptores térmicos: periféricos, en la piel. Centrales: región preóptica del hipotálamo anterior y en la médula espinal, estos transmiten información a un controlador central en el hipotálamo, que tiene un valor de referencia previamente fijado y que estimula las diferentes respuestas termorreguladores:

- Para mantener temperatura: Vasoconstricción, termogénesis muscular.
- Para disminuir temperatura: Vasodilatación, sudoración.

La fiebre representa una alteración de la termorregulación, aparentemente, hay un desplazamiento hacia arriba del punto prefijado, como si el cuerpo buscara subir la temperatura. ¿Pero qué induce este cambio?

Al inyectar vía IV una endotoxina bacteriana, mas o menos a los 90 minutos hay respuesta con sensación de frío, vasoconstricción periférica, escalofrío, cuyo objetivo es: aumentar la temperatura.

Esta sustancia será un pirógeno exógeno.

Es imposible que estos pirógenos alcancen el centro termorregulador, pues son moléculas grandes y complejas, y si lo logaran, su acción sería rápida, sin período de latencia entre la inyección y la respuesta térmica. Se concluyó que existe un segundo mediador: Pirógeno endógeno, posteriormente llamado Interleukina 1 (IL1), producido por los macrófagos y las células presentadoras de antígenos al entrar en contacto con las toxinas pirógenas exógenas.

Dentro de las múltiples acciones de la IL1 debemos recordar:

A. En las células del sistema inmune:

- 1) Maduración de células madres de M.O, que derivarán en glóbulos rojos, granulocitos y mastocitos.
- 2) En los linfocitos T: facilita la expresión de receptores para la IL2, incrementa la producción de IL2 y otras linfoquinas y genera linfocitos LAK.
- 3) En los linfocitos B: Aumenta la diferenciación y división a través de la inducción de linfoquinas.
- 4) En los macrófagos: Aumenta la producción de Pgs, aumenta la adhesión al endotelio, aumenta la quimiotaxis.
- 5) En los PMN: Estimula el metabolismo y quimiotaxis y aumenta su adhesión al endotelio.
- 6) En células NK: Aumenta su acción lítica.
- 7) En células K: Activación.

B. En células que no son del sistema inmune:

- 1) En hígado: Induce síntesis de reactantes de fase aguda, proliferación de fibroblastos y endotelio, estimula liberación de colagenasa.
- 2) En músculo: Proteolisis.
- 3) En células epiteliales: Proliferación y síntesis de colágeno tipo IV.
- 4) En la M.O: Potencia factores estimulantes de colonias de las líneas mieloide y eritroide, activa osteoclastos. 5) En SNC: Somnolencia, anorexia, proliferación de astrocitos, estimula las neuronas termosensibles del hipotálamo anterior cambiando sus frecuencias impulsoras. Los receptores de calor funcionan mas lento por lo que reduce la pérdida de calor; los receptores de frío funcionan más rápido por lo que se produce más calor.

Por todo lo anterior, vemos que un moderado grado de hipertermia, hace parte de los mecanismos de defensa ante la infección y en estas condiciones funcionan mas adecuadamente, lo que nos lleva a afirmar que es contraproducente bajar artificialmente la temperatura de 38.5 o menos, medidas en axila.

El programa IRA recomienda el uso de antitérmicos solamente en aquellos pacientes con temperatura superior a 38.5 grados centígrados o con marcado malestar o dolor.

Siempre que formulemos antipiréticos, hay que explicar que no se trata de suprimir la fiebre, sino de moderarla y aliviar el malestar.

Si la temperatura es alta (39° C o más) se recomienda dar el antipirético y en 30 minutos, si no ha descendido, usar medios físicos.

Con relación a los medios físicos debemos recordar:

- No usar líquidos diferentes al agua.
- -Nunca usar alcohol, por el peligro de su absorción.
- Usar preferiblemente paños de agua tibia. El agua fría induce escalofrío, lo que nos produce más calor (Termogénesis).
- Usar medidas complementarias:
 - Airear o abanicar al paciente. - Ropa fresca.
 - Cambio de ropa luego de sudoración. - Baño diario con agua tibia.

El antipirético recomendado es: Acetaminofén: 15 mgr/kg/dosis cada seis horas.

Estas medidas de soporte y apoyo son parte de lo que está en capacidad de hacer una madre o un voluntario de salud, en el tratamiento de la IRA no neumonía (Manejo ambulatorio).

En los pacientes con IRA neumonía se deben cumplir las mismas medidas de apoyo, más las siguientes medidas:

Terapia respiratoria

Indicada en pacientes con tos productiva, con o sin expectoración, especialmente si hay componente broncoobstructivo.

Se inicia con la nebulización clásica, con un Beta-2-adrenérgico (1 gota/kg).

En este caso no pretendemos hacerla como tratamiento del paciente con sibilancia, sino como parte del procedimiento de higiene bronquial.

Luego de la nebulización se recomiendan maniobras de higiene bronquial como aceleración del flujo espiratorio, e inducción de tos adecuada.

Broncodilatadores

Se consideran como medidas de soporte y apoyo en pacientes con IRA con componente broncoobstructivo. Serán objeto de revisión aparte.

Se indican básicamente los inhaladores de dosis medida siguiendo las normas del grupo AIRE.

Hospitalarias

Posición

Elevar la cabecera de la cuna de tal forma que la cabeza quede mas alta que los miembros inferiores, buscando un ángulo de 20 a 30°.

Con esta posición se logra:

- Disminuir los riesgos de broncoaspiración.
- Facilita la función del diafragma.

Soporte calórico y nutricional

Es vital pues en los niños con IRA se aumenta el consumo energético.

1. Si tolera la vía oral:

- Insistir en la importancia de la alimentación materna.
- Proporcionar líquidos con buen aporte calórico, asistida, con cuchara para prevenir la broncoaspiración.

2. Si no tolera la vía oral:

Suspenderla por un período no mayor de 24 horas. Si es necesario usar gastroclisis. Calcular los líquidos y calorías para 24 horas, esta cantidad fraccionarla en 4 tomas para pasarlas cada 6 horas, en goteo lento durante 2 horas. Antes de iniciar la siguiente, medir residuo gástrico, si es mayor del 10% de la cantidad suministrada, se debe restar a la toma que se inicia.

Soporte hidroelectrolítico

Un alto porcentaje de pacientes que evolucionan a neumonía grave requieren canalización de vena.

Los líquidos totales diarios, enterales y parenterales, no deben exceder de 100cc/kg/día o 1200cc/m²/día, excepto en casos de deshidratación, en los cuales además de estos, se adicionan las pérdidas calculadas según el grado de deshidratación.

Debemos recordar que los pacientes con neumonía grave pueden presentar síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética.

Los electrolitos se administraran así: Sodio 3mEq/kg/día y potasio 2mEq/kg/día.

Manejo del componente broncoobstructivo y la fatiga diafragmática:

Se hará según las normas del programa AIRE.

Terapia respiratoria

Similar a la descrita para medidas ambulatorias.

Para resumir las medidas de soporte y apoyo podemos usar la sigla "FALTAN":

| | | | | | |
|----------|--------------|----------|----------|----------|----------|
| F | A | L | T | A | N |
| Fiebre | Alimentación | Líquidos | Tos | Alarma | Nariz |



Gracias a AIEPI ya no hablamos más de grados de deshidratación... Grado I, grado II ó III.

Clasifique así: No deshidratado, algún grado de deshidratación, deshidratación grave, disentería, diarrea persistente y diarrea persistente grave.

Ojo con los siguientes signos al examen físico: Sangre en las heces, signo del pliegue, ojos hundidos.

Use plan A, plan B, plan C... evalúe, clasifique, actúe. Si gesta una vida, protéjala y vigile que los demás también lo hagan.

¡QUÉ VIVAN LOS NIÑOS... QUE VIVA LA VIDA!



Los factores de riesgo principales para que un niño(a) presente diarrea son:-

- No lactancia materna exclusiva durante los primeros SEIS meses de vida.
- Usar biberones o chupos.
- Que la mamá o el papá no se laven las manos después de cambiar al bebé.
- Guardar pañales sucios en pañaleras.
- Desnutrición.



Recuerde: Cuando su paciente o hijo(a) tengan diarrea, no mire la diarrea, mire al niño; mirándolo a él o ella sabrá qué hacer.

Causas: Rotavirus, E. coli enterotoxigénica, shiguella, coli enteropatógeno, criptosporidium.

Manejo del niño con diarrea

Justificación

No obstante los logros alcanzados en las últimas décadas, las enfermedades diarreicas agudas continúan siendo uno de los problemas de salud pública más serios en los países en desarrollo, en los que constituyen una de las causas principales de enfermedad y muerte en los niños menores de 5 años, causando aproximadamente 3.2 millones de muertes al año por esta causa. En promedio, los niños padecen 3.3 episodios de diarrea al año, pero en algunas áreas, pasa de nueve episodios anuales. Dentro de este grupo de edad, los niños menores de dos años, son los que sufren mayor morbilidad y mortalidad. Se estima que aproximadamente 80-90% de las muertes por diarrea ocurre en estos niños.

La causa principal de muerte es la deshidratación, la cual resulta por la pérdida de líquidos y electrolitos. Otras causas de muerte son la disentería, la desnutrición y otras infecciones graves.

El Cólera ataca proporcionalmente más a la población de niños mayores, jóvenes y adultos con tasas de ataque muy altas. Sin embargo, con el tratamiento apropiado la mortalidad por Cólera es baja.

Se estima que del total de muertes que ocurren por diarrea en todo el mundo, más del 90% ocurren en menores de 5 años y son causadas por diarreas diferentes al Cólera.

En Colombia, a pesar de los logros alcanzados en la última década, las enfermedades diarreicas continúan ocupando los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en la población menor de cinco años, especialmente en los municipios con menor grado de desarrollo.

Las tasas de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas, en la población menor de cinco años, ha disminuido considerablemente, de 225,0 a 31,7 por 100.000 habitantes entre 1981 y 1995. Con la morbilidad no ha ocurrido lo mismo, la tendencia es al aumento, de 110 a 113.5 por 1.000 habitantes entre 1990 y 1996.

Por lo anterior es importante desarrollar guías de evaluación y manejo que puedan ser apoyo para la disminución de estas tasas de morbilidad y mortalidad.

Objetivo

Prevenir, diagnosticar y tratar oportunamente las enfermedades diarreicas, disminuyendo las complicaciones y la mortalidad por su causa.

Definición y aspectos conceptuales

La diarrea es un síndrome clínico de etiología diversa que se acompaña de la expulsión frecuente de heces de menor consistencia de lo normal y a menudo con vómito, fiebre y pérdida del apetito. La Organización Mundial de la Salud define un caso de diarrea como la eliminación de tres o más evacuaciones intestinales líquidas o blandas en un período de 24 horas. Es necesario resaltar en este punto que los niños alimentados de manera exclusiva al pecho pueden tener normalmente varias deposiciones blandas o semilíquidas por día.

La diarrea es causada principalmente por agentes infecciosos como virus, bacterias y parásitos, pero también puede ser producida por ingestión de fármacos o toxinas, alteraciones en la función intestinal, intolerancia a algunos alimentos, entre otras causas.

La mayor parte de las diarreas infecciosas se adquieren por transmisión, a través de ingestión de agua o alimentos contaminados por materias fecales, como consecuencia de sistemas inadecuados de evacuación o por la presencia también en agua o alimentos de residuos de heces de animales domésticos o salvajes. En el cuadro No. 1 se dan a conocer los principales gérmenes causantes de diarrea.

Estos pueden afectar tanto a adultos como niños. Sin embargo, debido a la alta prevalencia de la diarrea en niños y debido a las características propias de este documento que difícilmente puede entrar a detallar la clínica o los aspectos fisiopatológicos para cada uno de los agentes productores de diarrea, se enfatizará en un abordaje sindrómico encaminado a prevenir la morbimortalidad por diarrea en los menores de 5 años.

Factores protectores

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses.
- Alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses
- Inmunizaciones.

Infecciones asintomáticas

La mayoría de las infecciones entéricas son asintomáticas; la proporción de las asintomáticas se incrementa después de 2 años de edad, por el desarrollo de la inmunidad activa que evita que algunas infecciones intestinales se manifiesten clínicamente. Los sujetos con infecciones asintomáticas, las cuales pueden durar varios días o semanas, eliminan en sus heces fecales virus, bacterias o quistes de protozoos. Las personas con este tipo de infecciones juegan un papel importante en la diseminación de muchos patógenos entéricos, principalmente porque no saben que están infectadas, no toman precauciones higiénicas especiales y se movilizan de un sitio a otro como normalmente lo hacen, ya que no están enfermas.

Influencia de la edad

La enfermedad diarreica es más intensa en los niños menores de cinco (5) años, especialmente entre los seis (6) meses y los dos (2) años de edad, teniendo consecuencias graves en los menores de seis (6) meses. Este patrón refleja los efectos combinados de la disminución de anticuerpos adquiridos por la madre, la falta de inmunidad activa en el niño menor de un año, la introducción de alimentos que pueden estar contaminados con enteropatógenos, y el contacto directo con heces humanas o de animales cuando el niño empieza a gatear. Después de los dos (2) años, la incidencia declina notoriamente porque los niños han desarrollado inmunidad a la mayoría de los enteropatógenos.

Mortalidad por diarrea

Aproximadamente el 85% de las muertes por diarrea ocurren en los menores de un año, esto se debe a que la mayoría de los episodios de diarrea ocurren en esta edad. La desnutrición en este grupo es frecuente y los niños desnutridos tienen mayores posibilidades de morir en un episodio diarreico, que los que están bien nutridos. Además, los lactantes y niños menores desarrollan deshidratación más rápidamente que los niños mayores o los adultos.

Cuadro No. 1

Patógenos frecuentemente identificados en niños con diarrea aguda en países en desarrollo.

| | Patógeno | Porcentaje casos | Antimicrobiano recomendado |
|------------------------|---------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| Virus | <i>Rotavirus</i> | 10-25 | Ninguno efectivo |
| Bacterias | <i>E. coli enterotoxigénica</i> | 10-20 | Ninguno efectivo |
| | <i>Shigella</i> | 5-15 | TMP-S Nalidixico |
| | <i>Campylobacter jejuni</i> | 10-15 | Ninguno efectivo |
| | <i>Vibrio cholerae 01</i> | 5-10 | Tetraciclina |
| | <i>Salmonella (no tifoidea)</i> | 1-5 | Doxicilina |
| | <i>E. coli enteropatógena</i> | 1-5 | Ninguno efectivo |
| Protozoos | <i>Cryptosporidium</i> | 5-15 | Ninguno efectivo |
| Ninguno aislado | | 20-30 | Ninguno efectivo |

Epidemiología

Factores de riesgo

| | |
|--------------------------------|--|
| Factores de la conducta | <ul style="list-style-type: none">• No lactancia materna exclusiva (durante los primeros 6 meses de vida).• Usar biberones, chupos o entretenedores.• Conservar los alimentos a temperatura ambiente durante varias horas antes de su consumo.• No lavarse las manos después de defecar o antes de tocar los alimentos.• No desechar correctamente las heces, especialmente las de los niños (pañales).• Beber agua contaminada con materias fecales. |
| Factores del huésped | <ul style="list-style-type: none">• Desnutrición.• Inmunosupresión por infecciones virales. |
| Variaciones climáticas | <ul style="list-style-type: none">• Diarreas virales se incrementan durante el invierno.• Diarreas por bacterias se incrementan en épocas de sequía. |

Tipos clínicos de diarrea

Desde el punto de vista práctico son:

- Diarrea líquida aguda
- Disentería
- Diarrea persistente

Diarrea líquida aguda

Es aquel episodio de diarrea que empieza de manera aguda y tarda menos de 14 días. Se manifiesta por la presencia de tres o más deposiciones líquidas o semilíquidas sin sangre visible, que puede acompañarse de vómito, fiebre, irritabilidad y disminución del apetito. La mayoría de las veces este cuadro se resuelve en menos de 7 días. Los agentes más implicados en este tipo de diarrea son: rotavirus, *E. Coli enterotoxigénica*, *Shigella*, *Campylobacter jejuni* y *Cryptosporidium*. Es la más frecuente de todas las clases de diarrea y la mayoría de los casos son autolimitados, recuperándose en unos pocos días con la aplicación de la terapia de rehidratación oral (TRO), sin el uso de antiespasmódicos, anidiarréicos ni antibióticos, salvo aquellos casos sospechosos de cólera.

Disentería

Corresponde a aquellos casos de diarrea que se acompañan de sangre visible en las heces. Se manifiesta además por anorexia, pérdida rápida de peso y daño de la mucosa intestinal causado por invasión de bacterias. Los agentes más comúnmente implicados en este tipo de diarreas son: *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter jejuni*, *E. coli* enteroinvasora. Aunque la *Entamoeba histolytica* puede causar disentería grave en adultos jóvenes, es una causa muy rara en niños.

Aunque se estima que sólo el 10% de todos los casos de diarrea son disentéricas, su importancia radica en que las mismas son responsables hasta del 15% de las muertes por esta enfermedad. De ahí la importancia de detectar, tratar y controlar posteriormente estos casos. (Véase “Cuadro de procedimientos” Estrategia AIEPI Ministerio de Salud. OPS/OMS).

Diarrea persistente

La diarrea persistente es un episodio diarreico que se inicia en forma aguda y que se prolonga por 14 días o más. Alrededor del 10% de los casos de diarrea aguda se vuelven persistentes. Esta condición deteriora el estado nutricional y está asociada con mayor mortalidad que la diarrea aguda: Del 35-50% de las muertes por diarrea son debidas a diarrea persistente. Ocurre en niños malnutridos y por sí misma es una importante causa de malnutrición. La muerte se produce como consecuencia de un deterioro nutricional progresivo, estados prolongados de deshidratación, desequilibrio electrolítico y sepsis.

Fisiopatología:

Se considera que es multifactorial :

- Daño a la mucosa intestinal
- Procesos infecciosos
- Factores nutricionales
- Sobrecrecimiento bacteriano

Etiología:

No existe una sola causa microbiana, pero se ha encontrado que agentes como *Shigella*, *Salmonella* y *E. Coli enteroagregativa* están más implicados que otros. Es necesario tener en cuenta además al *Cryptosporidium* en niños con desnutrición grave o inmunodeficientes.

Factores de riesgo:

Se han identificado varios factores de riesgo que pueden llevar a que una diarrea líquida aguda se transforme en diarrea persistente:

- La desnutrición, la que retrasa la recuperación del epitelio intestinal.
- Introducción reciente de leche de vaca o fórmulas infantiles comerciales.
- Prescripción injustificada de antibióticos.
- Inicio prematuro de la alimentación complementaria.
- Empleo de antimotílicos y otras sustancias "antidiarreicas".
- Restricción de alimentos durante la diarrea aguda
- Dilución de la leche en presencia de diarreas
- Abandono de la lactancia materna
- Uso indiscriminado de medicamentos antiprotozoarios (principalmente

Diagnóstico diferencial:

La diarrea persistente no debe confundirse con la diarrea crónica que es de tipo recurrente o de larga duración y es de causa no infecciosa, como la fibrosis quística, la enteropatía perdedora de proteínas, desórdenes metabólicos hereditarios, etc.

Población objeto

Población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado menor de 5 años con diagnóstico de enfermedad diarreica.

Características de la atención

Manejo de las Enfermedades Diarreicas Agudas

Diagnóstico

Evaluación del paciente

Es necesario evaluar cuidadosa e integralmente al paciente y realizar una historia clínica que incluya la clasificación y determinación del tratamiento adecuados.

La frecuencia o el volumen de las deposiciones o vómitos no ayudan a determinar el estado de hidratación del paciente, pero indican la intensidad de la enfermedad y deben tenerse en cuenta para prevenir la deshidratación.

La diarrea infecciosa aguda suele ser de evolución limitada y se resuelve habitualmente para el momento en que el paciente solicita atención médica.

Evaluación del estado de hidratación

Independientemente del germen causal, la orientación terapéutica de cada caso de diarrea debe basarse en la evaluación del estado de hidratación del paciente. Para ello se han seleccionado los signos que se presentan en el Cuadro No.2. Este cuadro tiene cuatro columnas verticales, en la primera columna a la izquierda, enumera los signos físicos de deshidratación que siempre deberán buscarse. Las tres columnas siguientes rotuladas: A, B y C, describen cómo aparecen estos signos según el estado de hidratación del paciente, o sea, desde la ausencia de signos de deshidratación hasta el estado grave.

| | <i>Plan A</i> | <i>Plan B</i> | <i>Plan C</i> |
|--------------------------|--|---|---|
| 1° Observe | | | |
| Condición general | <i>Bien alerta</i> | <i>Intranquilo, irritable</i> | <i>Letárgico, comatoso, hipotónico, inconsciente</i> |
| Ojos | <i>Normales</i> | <i>Hundidos</i> | <i>Muy hundidos</i> |
| Sed | <i>Bebe normalmente sin sed</i> | <i>Sediento, bebe con avidez</i> | <i>Bebe mal o no puede beber</i> |
| 2° Examine | | | |
| Signo de pliegue cutáneo | <i>Desaparece rápidamente</i> | <i>Desaparece lentamente</i> | <i>Desaparece muy lentamente (más de 2")</i> |
| 3° Decida | | | |
| | <i>No tiene signos de deshidratación</i> | <i>Si presenta dos o más signos tiene deshidratación</i> | <i>Si presenta dos o más signos tiene deshidratación grave</i> |
| 4° Trate | | | |
| | <i>Use Plan A</i> | <i>Use Plan B</i> | <i>Use Plan C pese al niño</i> |

El propósito de esta clasificación es unificar criterios de diagnóstico del estado de hidratación con el fin de facilitar el manejo correcto del paciente con diarrea en todos los niveles de atención. Al mismo tiempo, orienta el uso racional de la hidratación endovenosa sólo en los casos con deshidratación grave y/o shock, cuando el paciente no puede beber (y no es posible utilizar sonda nasogástrica) y cuando fracasa la terapia de rehidratación oral (TRO). Es importante anotar que no se debe emplear más la antigua clasificación de la deshidratación por grados (deshidratación grado I, II y III), pues la misma se usaba en aquella época en que predominaba la terapia intravenosa para corregir la mayoría de los casos de deshidratación. Como se sabe, la TRO es efectiva en más del 95% de los niños deshidratados por diarrea.

Identificar la presencia de otros problemas importantes

Además de evaluar el estado de hidratación, es indispensable clasificar la diarrea como Diarrea líquida aguda, disentería o diarrea persistente, por las implicaciones que esta clasificación tiene desde el punto de vista de las secuelas, como ya se anotó. En otras palabras, a todo niño atendido por diarrea es necesario, después de evaluarlo, hacerle una doble clasificación:

- De acuerdo al estado de hidratación (no deshidratado, deshidratado o deshidratado grave).
- De acuerdo al tipo de diarrea (líquida aguda, disentería o diarrea persistente). De esta manera se le brindará un tratamiento y control más racionales.

Por otra parte, se debe preguntar y observar signos que indiquen la presencia de otros problemas como: Desnutrición, Infecciones Respiratorias Agudas y otras enfermedades prevalentes en la infancia como: malaria en zonas endémicas, anemia, maltrato infantil y estado de vacunación, con el fin de brindar una atención verdaderamente integral como lo establece la Estrategia AIEPI y no atender únicamente el motivo de consulta. Dicho de otra forma, es indispensable hacer la búsqueda de diagnósticos asociados. Recuérdese que uno de cada tres niños tiene otro problema o enfermedad, además de la que motivó la consulta.

Tratamiento de la enfermedad diarreica según el estado de hidratación

Plan A: tratamiento de pacientes con diarrea en ausencia de signos de deshidratación

Para prevenir la deshidratación y la desnutrición, así como la aparición de diarrea persistente, se debe aplicar el **plan A** de tratamiento.

PLAN A: PARA TRATAR LA DIARREA EN EL HOGAR

Usar este plan para enseñar a:

- Continuar tratamiento en el hogar del episodio actual de diarrea.
- Iniciar tratamiento precoz en futuros episodios de diarreas.
- Verificar y completar el esquema de vacunación, detectar desnutrición, anemia o maltrato.

Enseñar a la madre las cuatro reglas del tratamiento en el hogar:

1. Darle mas líquidos (todo lo que el niño acepte).

Dar las siguientes instrucciones a la madre:

- Darle el pecho con más frecuencia, durante más tiempo cada vez.
- Si el niño se alimenta exclusivamente de leche materna, darle SRO además de la leche materna.

- Si el niño no se alimenta exclusivamente de leche materna, darle uno o varios de los siguientes líquidos: solución de SRO, líquidos a base de alimentos (como agua de arroz tostado, agua de harina de plátano, agua de coco, caldo de papa con carne, carne, sopa con pollo).

Es especialmente importante dar SRO en casa si:

Durante esta consulta el niño recibió el tratamiento del plan B o del plan C.

El niño no podrá volver a un servicio de salud si la diarrea empeora.

Enseñar a la madre a preparar la mezcla y a dar SRO.

Entregarle dos paquetes de SRO para usar en casa.

Mostrar a la madre la cantidad de líquidos que debe darle al niño en casa además de los líquidos que le da habitualmente (dar 10 ml/kg)

Menor de 2 años: 50 a 100 ml después de cada deposición acuosa (1/4 a 1/2 taza)

Mayor de 2 años: 100 a 200 ml después de cada deposición acuosa (1/2 a 1 taza)

Dar las siguientes instrucciones a la madre:

- Administrar frecuentemente pequeños sorbos de líquidos con una taza.
 - Si el niño vomita, esperar 10 minutos y después continuar dándole líquidos, pero más lentamente.
 - Continuar administrando líquidos hasta que la diarrea mejore.
- 2. CONTINUAR ALIMENTÁNDOLO:** Consultar el cuadro de procedimientos.
 - 3. CUÁNDO REGRESAR:** Aconsejar a la madre o al acompañante.
 - 4. MEDIDAS PREVENTIVAS**

Primera regla para el tratamiento en el hogar: Darle más líquidos

Decir a la madre que:

Le dé al niño todo el líquido que le acepte. El propósito de dar más líquidos, es reemplazar los líquidos que se pierden en la diarrea y, así prevenir la deshidratación. La medida fundamental es dar más líquidos de lo acostumbrado, tan pronto como comience la diarrea.

Dígale a la madre que le dé el pecho al niño con más frecuencia y durante más tiempo en cada comida. También explíquelo que le debe dar otros líquidos. La solución de SRO es uno de varios líquidos que se recomiendan para prevenir la deshidratación en la casa.

Si un niño se alimenta de leche materna exclusivamente, es importante que se le dé el pecho con más frecuencia de lo acostumbrado. También déle solución de SRO.

A los niños menores de 6 meses alimentados exclusivamente con leche materna, primero se les debe ofrecer el pecho y luego darles las SRO.

Si un niño no se alimenta exclusivamente de leche materna, déle uno o más de los siguientes:

- Solución de SRO
- Líquido con base de alimentos
- Agua pura

En la mayoría de los casos, un niño que no está deshidratado, en realidad, no necesita la solución de SRO. Déle más líquidos preparados con alimentos, por ejemplo, sopa, agua de arroz o agua de arroz tostado, agua de harina de plátano, agua de coco o caldo de papa con carne y agua pura (de preferencia junto con los alimentos de sal) y ojalá alimentos sólidos.

Recuerde que bebidas como los líquidos hidratantes de deportistas (Gatorade) no están recomendados y son nocivos. El Gatorade tiene sólo 21 mEq/Lt de sodio, una osmolaridad de 377 mosm/kg H₂O. Tampoco se recomiendan bebidas como las gaseosas, la Coca Cola tiene 10.9 gr de CHO, Na 4.3 mEq/Lt y una osmolaridad de 656 mOsm/kg H₂O. Al igual que es recomendable disminuir las bebidas muy dulces como el agua de panela, jugos comerciales, gelatina, etc.

El plan A describe dos situaciones en las que la madre sí debe administrar la solución de SRO en la casa:

- Cuando el niño ha sido tratado con el plan B o con el plan C durante esta visita. En otras palabras, estaba deshidratado. A este niño le ayudará beber la solución de SRO para evitar que se vuelva a deshidratar.
- El niño no puede regresar a un servicio de salud si empeora la diarrea. Por ejemplo, la familia vive muy lejos o la madre tiene un empleo al que no puede faltar.

Enseñe a la madre a preparar la mezcla y dar SRO. Entregue dos paquetes de SRO. para utilizar en la casa

Cuando le dé las SRO a la madre, muéstrele cómo mezclar la solución y dársela al niño. Pídale a la madre que practique y lo haga sola mientras usted la observa.

Los pasos para hacer la solución de SRO son:

- Lávese las manos con agua y jabón.

- Use cualquier recipiente disponible como un frasco, un tazón o una botella.
- Mida un litro de agua pura. Es mejor hervir y enfriar el agua, pero si no se puede use el agua más limpia que tenga.
- Vacíe todo el polvo de un paquete en recipiente limpio.
- Vierta el agua en el recipiente. Mezcle bien hasta que el polvo se disuelva completamente.

Explique a la madre que debe mezclar solución de SRO fresca todos los días, en un recipiente limpio, mantener el recipiente cubierto y deshacerse de lo que haya quedado de la solución del día anterior.

Déle a la madre dos paquetes de SRO para utilizar en la casa.

Muestre a la madre la cantidad de líquidos que debe darle al niño además de los que le da habitualmente.

Explique a la madre que su hijo debe beber más líquidos de los que bebe a diario. Muestre a la madre cuánto líquido más debe darle después de cada deposición diarreica:

- **Hasta los 2 años:** 50 a 100 ml después de cada deposición diarreica. (¼ a ½ taza)
- **2 años o más:** 100 a 200 ml después de cada deposición diarreica (1/2 a 1 taza).

Explique a la madre que la diarrea debería mejorar en 4 o 5 días. **La solución de SRO no detendrá la diarrea, el beneficio de la solución de SRO es que reemplaza el líquido y las sales que el niño pierde en la diarrea e impide que el niño se agrave.**

Dígale a la madre que:

- Le dé sorbitos frecuentes de una taza o cuchara. Use una cuchara para darle líquido a un niño pequeño.
- Si el niño vomita, espere 10 minutos antes de darle más líquidos. Luego siga dándole líquido pero más lentamente.
- Continúe dándole líquido de más hasta que cese la diarrea.
- Ofrecer ½ a 1 taza después de cada deposición.

Antes de que la madre se vaya, cerciórese de que haya entendido cómo dar más líquidos según el plan A. Haga preguntas de verificación como las siguientes:

- Qué tipo de líquidos le va a dar a su hijo?
- Cuánto líquido le va a dar?
- Con qué frecuencia le va a dar la solución de SRO?
- Enséñeme cuánta agua va a usar para mezclar la SRO.
- Cómo va a darle la solución de SRO a su hijo?
- Qué hará si el niño vomita?

Pregunte a la madre qué problemas cree que va a tener al darle líquidos a su hijo. Por ejemplo, si dice que no tiene tiempo, ayúdela a hacer planes de cómo enseñarle a otra persona a que dé los líquidos. Si dice que no tiene un recipiente de un litro para mezclar las SRO, muéstrole cómo medir un litro usando un recipiente más pequeño, o enséñele a medir un litro en un recipiente más grande y márquelo con un instrumento apropiado.

Segunda regla para el tratamiento en el hogar: Continuar con la alimentación

En el Cuadro de Procedimientos (páginas 14, 15 y 16)* aparece el módulo "Aconsejar a la madre o al acompañante". Allí aprenderá a dar consejos sobre la alimentación. Si la enfermedad de un niño se ha clasificado como **diarrea persistente**, deberá dar a la madre recomendaciones especiales sobre la alimentación. Estas recomendaciones son válidas para todos los niños enfermos o convalescientes por distintas causas (Infección respiratoria aguda, diarreas, otras infecciones) y que son manejados en el hogar.

Uno de los pasos más importantes es el tratamiento de la diarrea en casa y que quizás menos se cumpla es el de continuar alimentando al niño. Con alguna frecuencia el personal de salud restringe la alimentación del niño hasta un punto nocivo, siendo éste uno de los factores que en compañía de la polifarmacia más se asocian a las complicaciones, desnutrición y diarrea persistente. Cuando se dice **continuar con la alimentación**, se quiere decir, continúe dando alimentos adecuados para la edad, lo que el niño recibe usualmente.

Tercera regla para el tratamiento en el hogar: Enseñarle a la madre cuándo volver

Ha aprendido los signos por los que una madre debe regresar inmediatamente a ver al personal de salud. Dígale a la madre de cualquier niño enfermo, los signos que le indican que debe regresar:

*Esta numeración corresponde al cuadro de procedimientos original.

- No es capaz de beber o tomar el pecho
 - Empeora
 - Si aparece fiebre y antes no la tenía
- Si el niño tiene diarrea, dígame también a la madre que debe regresar si:
- Hay sangre en las heces
 - El niño bebe mal
 - El niño vomita todo

“Beber mal” incluye “No es capaz de beber o tomar el pecho”. Estos signos se mencionan por separado, pero puede ser más fácil combinarlos. Podría simplemente decirle a la madre que regrese si el niño “bebe mal o toma mal el pecho”.

Cuarta regla para el tratamiento del niño con diarrea en el hogar: medidas preventivas

Es importante en todo niño que es dado de alta promover prevención para evitar nuevos episodios de diarrea, éstas son:

- Lavado de manos antes de comer, antes de alimentar al niño, antes de manipular los alimentos, después de cambiar los pañales y después de defecar.
- Preparación higiénica de los alimentos, mantenerlos en recipientes limpios y bien tapados.
- Disposición sanitaria de excretas, evitar la contaminación de las fuentes de agua con material fecal, manejo adecuado de las letrinas, manejo sanitario de basuras almacenándolas en recipientes bien tapados. Mención especial merece el manejo de las heces de los niños. Es indispensable explicar a las madres que las materias fecales de los niños y los pañales sucios son peligrosos y no se deben guardar en la pañalera ni estar en contacto con la ropa del bebé, juguetes, biberones, etc. Véase: “Enseñar medidas preventivas específicas” en la página 18 del cuadro de procedimientos*.

Las sales de rehidratación oral: La fórmula recomendada por la OMS y UNICEF sigue siendo vigente por su seguridad, facilidad de preparación, excelentes resultados en todo tipo de diarrea y su bajo costo. En términos generales, las fórmulas con otras concentraciones de electrolitos no se recomiendan. Por otra parte, el mal sabor que efectivamente tiene esta fórmula

*Esta numeración corresponde al cuadro de procedimientos original.

lejos de ser un obstáculo, es una ventaja pues el niño sólo la recibe cuando empieza a presentarse la deshidratación, con lo que se previene la misma. Es claro entonces que el niño hidratado no recibirá el suero o lo tomará en muy poca cantidad. De aquí la importancia de tomar literalmente el concepto de **ofrecer**.

| Ingredientes | mmol / L |
|---------------------|-----------------|
| Sodio | 90 |
| Cloro | 80 |
| Potasio | 20 |
| Citrato | 10 |
| Glucosa | 110 |
| Osmolaridad | 311 |

| Ventajas de la terapia de Rehidratación oral TRO | Contraindicaciones de la terapia de rehidratación oral TRO |
|---|---|
| <p>Puede utilizarse como única medida para hidratar exitosamente entre el 90-95% de los pacientes deshidratados por enfermedad diarreica.</p> <p>Puede reducir entre el 40-50% las tasas de letalidad intrahospitalaria por enfermedad diarreica.</p> <p>Puede reducir entre un 50-60% las tasas de admisión hospitalaria por enfermedad diarreica.</p> <p>Permite continuar la alimentación del niño.</p> <p>Puede ser utilizada en diarrea de cualquier etiología.</p> <p>Es un procedimiento sencillo y de bajo costo.</p> <p>Puede ser utilizada en cualquier grupo de edad.</p> <p>Corrige satisfactoriamente los desequilibrios de sodio, potasio y ácido-básicos.</p> <p>Puede ser utilizada en pacientes con vómito y en cualquier grado de deshidratación, incluso en aquellos casos de deshidratación grave a los que no es posible canalizarles una vena (Véase Uso de la sonda nasogástrica).</p> | <p>ileo paralítico y distensión abdominal.</p> <p>Paciente que no puede beber: Sin embargo, puede recibir por sonda nasogástrica, mientras se canaliza una vena.</p> <p>Gasto fecal elevado (pérdida mayor que la ingesta).</p> <p>Vómito incoercible (4 o más en una hora).</p> <p>Mala absorción de glucosa</p> |

Ejercicios

1. Una madre ha traído a su hija de 11 meses al centro de salud porque tiene diarrea. La niña se alimenta al pecho. Dice que vive lejos del centro de salud y que probablemente no pueda volver durante varios días, aunque la niña empeore. La madre menciona que generalmente le da té cuando tiene diarrea, pero le dijeron que en el centro de salud hay algo mejor.

El trabajador de salud examina a la niña para ver si tiene signos de deshidratación y encuentra que no tiene ninguno. Decide tratarla de acuerdo al Plan A de tratamiento. ¿Cuál de los siguientes pasos debería tomar el trabajador de salud? (puede haber más de una respuesta correcta):

- a) aconsejar a la madre que siga dando el pecho frecuentemente.
 - b) darle suficientes sobres de SRO para dos días. Mostrarle cómo se prepara el suero oral de SRO y cuánto debe darle después de cada deposición diarreica.
 - c) aconsejarle que le dé arroz con aceite vegetal, verduras bien cocidas, y si es posible un poco de carne bien molida, además de la leche de pecho. Deberá darle todo esto en raciones pequeñas, por lo menos 6 veces al día.
 - d) explicarle que si la diarrea continúa después de haberse consumido el suero oral, deberá darle un líquido preparado con un cereal cocido en agua (u otro líquido casero recomendado) y seguirle dando leche materna y sus alimentos usuales.
 - e) explicarle que si la diarrea continúa durante 3-4 días, deberá suspender la alimentación al pecho hasta que ésta cese.
2. Carlos de 9 meses, ha tenido diarrea durante 2 días. Ya está destetado y tiene una dieta mixta de arroz, leguminosas (frijol), verduras y leche de vaca. Sin embargo durante la enfermedad, la madre solo le ha dado arroz cocido y té. Además en la farmacia le recomendaron una medicina para detener la diarrea. Al examinar a Carlos, no presenta signos de deshidratación y está bien nutrido. ¿Cuáles de las siguientes recomendaciones son adecuadas? (puede haber más de una respuesta correcta).

- a) Debe indicarse a la madre que le dé líquidos extra en casa, por ejemplo sopa o cocimiento de cereal después de cada deposición diarreica.
 - b) Debe suspender la medicina que le dio el farmacéuta.
 - c) Carlos debe volver a su dieta normal, sin embargo debe diluir su leche a la mitad con agua durante los dos días siguientes.
 - d) Carlos deberá volver a la clínica si no come o bebe normalmente en casa, o si empieza a tener muchas deposiciones líquidas.
3. Simón, niño de 14 meses, ha tenido diarrea durante 3 días, y al evaluarlo se halló que tiene deshidratación. Se le trató con suero oral de SRO en la clínica, sus signos de deshidratación han desaparecido y ya está listo para irse a casa. El médico desea hacer todo lo posible para asegurarse de que Simón reciba tratamiento en el hogar y no tenga que volver a la clínica. ¿Cuáles de los siguientes pasos serían adecuados? (Puede haber más de una respuesta correcta).
- a) Darle a la madre de Simón suficientes sobres de SRO para dos días, enseñarle cómo preparar el suero oral y explicarle cuánto deberá darle después de cada deposición diarreica.
 - b) Darle un antimicrobiano para ayudar a detener la diarrea.
 - c) Explicarle a la madre la importancia de continuar dándole abundantes alimentos.
 - d) Enseñarle a la madre cuáles signos significan que debe traerlo de nuevo a la clínica.

Plan B:

Tratar al niño con algún grado de deshidratación con SRO.

El Plan B es el tratamiento para un niño cuando tiene diarrea con **algún grado de deshidratación**. El Plan B incluye un período inicial del tratamiento bajo control en el servicio de salud que dura 4 horas. Durante las 4 horas, la madre da lentamente una cantidad recomendada de solución de SRO. La madre le da cucharadas a sorbos. Es conveniente tener una “sala” u otro espacio para terapia de Rehidratación Oral en su servicio de salud. Vea al final si necesita organizar un área para TRO.

Un niño con una clasificación grave (según el cuadro de procedimientos página 1) y **algún grado de deshidratación** necesita ser referido urgentemente al hospital. No trate de rehidratar al niño antes de que se vaya. Dé rápidamente a la madre un poco de solución de SRO. Muéstrela cómo darle sorbos frecuentes al niño en el trayecto al hospital.

De lo contrario, si un niño que tiene **algún grado de deshidratación**, necesita tratamiento para otros problemas, debe empezar a tratar primero la deshidratación. Luego administre los otros tratamientos.

Después de 4 horas, vuelva a evaluar y a clasificar el estado de hidratación del niño usando el cuadro EVALUAR Y CLASIFICAR. Si han desaparecido los signos de deshidratación, administre al niño el plan A. Si persiste la deshidratación leve, repita el plan B por 2 horas más; si al cabo de las cuales, persiste igual, pasar al plan C. Si ahora el niño tiene DESHIDRATACION GRAVE, debe administrarle el plan C.

En el siguiente cuadro se hace referencia a las principales actividades a realizar en el Plan B de tratamiento:

Plan B: Tratar al niño con algún grado de deshidratación con SRO.

Determinar la cantidad de SRO que deberá administrarse durante las primeras cuatro horas. Calcúlela multiplicando $75 \text{ ml} \times \text{kg}$ de peso.

- Si el niño quiere más SRO que la cantidad indicada, darle más.
- A los menores de 6 meses que se alimentan exclusivamente de leche materna, ofrecerla con más frecuencia durante la deshidratación. En el plan B no se dan otra clase de alimentos distintos al materno.

Muestre a la madre cómo se administra la solución de SRO.

- Dar con frecuencia pequeños sorbos de líquido con una taza.
- Si el niño vomita, esperar 10 minutos y después continuar pero más lentamente. Si vuelve a vomitar, administrar el SRO por sonda nasogástrica en goteo la cantidad para 4 horas.
- Continuar dándole el pecho siempre que el niño lo desee.

Cuatro horas después:

- Reevalúe al niño y clasifique la deshidratación.
- Seleccione el plan apropiado para continuar el tratamiento.
- Comience a alimentar al niño en el servicio de salud.

Si la madre tiene que irse antes que se termine de administrar el tratamiento:

- Debe asegurarse que el niño esté mejorando.
- Enseñarle a preparar la solución de SRO en la casa.
- Mostrarle la cantidad de SRO que debe administrar para terminar las cuatro horas de tratamiento en la casa.
- Entregarle suficientes paquetes de SRO para terminar la Rehidratación.
- Entregarle también dos paquetes tal como se recomienda en el plan A.
- Explicarle las 4 reglas del tratamiento en la casa:

Darle más líquidos

Continuar alimentándolo

Cuándo debe regresar

Medidas preventivas

Consultar el plan A para los líquidos recomendados y consultar el cuadro de procedimientos "Aconsejar a la Madre o al acompañante"

Determine la cantidad de SRO que dará al niño durante las primeras cuatro horas

La forma de calcular la cantidad de SRO a administrar al niño con **algún grado de deshidratación** es $75 \text{ ml} \times \text{kg de peso}$, por ejemplo: $8 \text{ kg} \times 75 \text{ ml} = 600 \text{ ml}$ de solución de SRO en 4 horas.

La administración de la solución de SRO no deberá interferir con la alimentación normal de un lactante alimentado al pecho. La madre debe hacer pausas para dejar que el bebé se amamante siempre que lo desee, luego seguir dándole la solución de SRO.

Muestre a la madre como dar la solución de SRO.

Encuentre un sitio en el servicio de salud para que la madre se sienta con su hijo. Dígale a la madre cuánta solución de SRO debe dar en las próximas 4 horas. Muéstrela la cantidad en las unidades que se usen en su zona. Si el niño tiene menos de 2 años de edad, muéstrela a la madre cómo darle cucharadas frecuentes. Si el niño es más grande, muéstrela cómo darle sorbos de una taza. Siéntese con ella mientras le da los primeros sorbos a su hijo con una taza o con una cuchara. Pregúntele si tiene alguna duda.

Si el niño vomita, la madre debe esperar 10 minutos antes de darle más solución de SRO. Después debe dársela más despacio.

Aliente a la madre a hacer pausas para dar el pecho al niño cuando éste lo desee. Cuando el niño termine de mamar, hay que volver a darle la solución de SRO. La madre no debe darle ningún otro alimento al niño durante las primeras 4 horas del tratamiento con SRO.

Muestre a la madre dónde cambiarle el pañal al bebé o dónde puede ir el niño al baño. Muéstrela dónde lavarse después las manos y lavarle las manos al niño.

Evalúe si la madre tiene problemas. Si el niño no está bebiendo bien la solución de SRO, intente otro método de administración. Puede tratar de usar un gotero. En lo posible no usar jeringa ni tetero para evitar el estímulo de reflejo nauseoso.

Durante las primeras 4 horas en que la madre da solución de SRO en el servicio de salud, tiene mucho tiempo para enseñarle cómo cuidar a su hijo. Sin embargo la preocupación principal es la Rehidratación del niño. Cuando se vea que el niño está mejorando la madre podrá aprender, mientras está sentada con su hijo. La información se puede reforzar con carteles en la pared.

Después de 4 horas:

Después de 4 horas de administrar el tratamiento del plan B, vuelva a evaluar al niño usando el cuadro **evaluar y clasificar**. Clasifíquelo de acuerdo con sus signos de deshidratación. Escoja el plan adecuado para continuar el tratamiento.

Nota: vuelva a evaluar al niño antes de 4 horas si el niño no está tomando solución de SRO o parece estar empeorando.

Si el niño está mejor y **no tiene deshidratación**, escoja el plan A. Enseñe a la madre el plan A si no se lo enseñó en las 4 horas anteriores. Antes de que la madre se vaya del servicio de salud, hágale buenas preguntas de verificación. Ayude a la madre a resolver cualquier problema que pueda tener para darle al niño líquidos adicionales en la casa.

Nota: si los ojos del niño están hinchados, esto es signo de sobrehidratación. Es un signo de que el niño se ha rehidratado y no necesita más solución de SRO por el momento. Se le debe dar al niño agua pura o leche materna. La madre debe darle la solución de SRO de acuerdo con el plan A cuando haya desaparecido la hinchazón. Recuerde que es bueno interrogar sobre la diuresis del niño, un niño sobrehidratado debe haber presentado ya un buen episodio de diuresis, si la diuresis no es adecuada y el niño no está bien hidratado, refiéralo.

Si el niño todavía tiene **algún grado de deshidratación**, repita el tratamiento plan B por 2 horas más. Los niños alimentados al pecho se deben seguir amamantando con frecuencia. Si el servicio de salud va a cerrar antes de que termine el tratamiento, diga a la madre que continúe el tratamiento en la casa si el niño está mejorando, de lo contrario, refiéralo.

Si el niño está peor y ahora tiene **deshidratación grave**, necesitará empezar el Plan C.

Cuando el niño esté hidratado inicie la alimentación, continúe reponiendo las pérdidas como se describe en el Plan A y observe la respuesta a la alimentación al menos por 2 horas más.

Si la madre debe irse antes de finalizar el tratamiento:

A veces una madre se tiene que ir del servicio de salud mientras su hijo está todavía en el plan B, es decir, antes de que el niño se rehidrate. En tales situaciones, usted necesitará:

- Mostrarle a la madre cómo preparar la solución de SRO en el hogar. Que practique esto antes de irse.
- Mostrar a la madre cuánta solución de SRO deberá dar para finalizar el tratamiento de 4 horas en el hogar.
- Entregar paquetes suficientes de SRO para completar la Rehidratación. También déle otros 2 paquetes como se recomienda en el plan A.
- Debe estar seguro de que el niño está recibiendo el SRO y va mejorando, si no está seguro de que el niño lo reciba, o no está mejorando, no lo deje ir.

Explique las 4 reglas del tratamiento en el hogar:

1. **Dar más líquidos:** explíquelo qué líquidos adicionales hay que dar. Puesto que el niño está recibiendo el tratamiento del plan B durante esta visita, la madre debe darle SRO en la casa. Explíquelo cuánta solución de SRO hay que dar después de cada deposición diarreica.
2. **Continuar con la alimentación:** al darle las instrucciones, dígame que continúe la alimentación durante y después de la diarrea. Esto se analiza con el módulo **aconsejar a la madre o al acompañante** y en la tarjeta para la madre.

3. **Cuándo regresar:** Enséñele los signos por los que debe volver de inmediato con el niño al servicio de salud. Estos signos están en el cuadro **aconsejar a la madre o al acompañante** y en la tarjeta para la madre.

Medidas preventivas específicas: Enseñe medidas preventivas para

4. evitar que se presenten nuevos episodios de diarrea. Estas se encuentran en el cuadro **aconsejar a la madre o al acompañante**.

Si el niño presenta vómito durante la rehidratación:

Si el niño presenta un episodio de emesis durante la hidratación, espere 10 minutos y explique a la madre que administre el suero de Rehidratación más lentamente.

Si a pesar de administración más lenta presenta nuevamente episodio de emesis, sin que su estado de deshidratación empeore, usted podrá administrar el SRO por sonda nasogástrica si en su servicio existe la posibilidad de colocarla. La cantidad de SRO por sonda es la misma que se había calculado para la hidratación oral en 4 horas. (75 ml/kg).

Si usted colocó una sonda nasogástrica y el paciente presenta de nuevo emesis o aparece distensión abdominal o el estado de hidratación ha empeorado, suspenda esta hidratación e inicie hidratación por vía endovenosa como se explica en el plan C.

Ejercicios

Lucía tiene diarrea y signos de deshidratación. Tiene 8 meses de edad y pesa 6 kg. aproximadamente. ¿Cuánto suero oral debería recibir durante las primeras 4 horas?

- a) 200 400 ml c) 500 800 ml
b) 300 600 ml d) 300 400 ml

Martín, niño de 9 kg con signos de deshidratación grave, está muy soñoliento y no puede beber. Ha llegado a un centro de salud pequeño. NO hay equipo de infusión intravenosa, pero el trabajador de salud sabe usar una sonda nasogástrica. ¿Cuánto suero oral debería administrarse a través de la SNG en la primera hora?

- a) 25 ml/kg o sea, 225-270 ml
- b) 20 ml/kg o sea 180-225 ml
- c) 1 ml/kg o sea 90 ml
- d) Tanto como sea posible, hasta que se presente distensión abdominal.

Pablo, bebé de 18 meses ha llegado al centro de salud con su abuela porque tiene diarrea. Pesa 10 kg. Lo evaluaron y se halló que tiene deshidratación. Durante las primeras horas de tratamiento ha tomado 400 ml de suero oral y ha mejorado. La abuela debe irse pronto para tomar el último bus, es muy lejos para irse a pie. ¿Qué debería hacer el trabajador de salud? (Puede haber más de una respuesta correcta)

- a) Darle un antibiótico al niño para tratar la infección.
- b) Darle a la abuela 400 ml de suero oral y enseñarle cómo dárselo a Pablo durante las próximas 2 horas.
- c) Explicarle a la abuela cómo debe alimentarlo cuando regrese a casa y cómo debe reconocer si necesita consultar otra vez.
- d) Darle a la abuela sobres de SRO para que trate a Pablo en el hogar durante los próximos dos días después que haya terminado de rehidratarlo.

Plan C: Trate rápidamente al niño con deshidratación grave.

Los niños gravemente deshidratados necesitan reemplazar el agua y los electrolitos rápidamente. Generalmente se administran líquidos por vía intravenosa (IV) con este fin.

El tratamiento de Rehidratación mediante líquidos por vía IV o por medio de una sonda nasogástrica (NG) se recomienda solamente para los niños con **deshidratación grave**.

El tratamiento de los niños con deshidratación grave depende de:

- El tipo de equipo disponible en su servicio de salud o en un centro u hospital cercano.
- La capacitación que usted haya recibido.
- Que el niño no sea capaz de beber.

| PLAN C Seguir las flechas. Si la respuesta es afirmativa ir hacia la derecha. Si es negativa, ir hacia abajo. | | | | | | | | |
|--|--------------------|--|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------|-----------|
| <p>¿Puede aplicarse de inmediato una inyección de líquido por vía intravenosa?</p> <p style="text-align: center;">NO</p> <p style="text-align: center;">↓</p> | <p>si →</p> | <p>Comenzar a dar líquidos de inmediato por vía IV. Dar 100 ml/kg en 3 horas de lactato de Ringer (o si no la hubiere, dar solución salina normal), divididos de la siguiente forma:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Primera hora</th> <th>Segunda hora</th> <th>Tercera hora</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50 ml/kg.</td> <td>25 ml/kg.</td> <td>25 ml/kg.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nota: si el niño puede beber dar SRO por vía oral mientras se instala el goteo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reevaluar al niño cada media hora. Si la deshidratación no mejora, aumentar la velocidad del goteo IV. • Dar también SRO (alrededor de 5ml/kg/hora) apenas el niño pueda beber, generalmente al cabo de 3 o 4 horas (menor de 2 meses) o de 2 horas (mayor de 2 meses). • Clasificar la deshidratación de nuevo al cabo de las 3 horas. En seguida seleccionar el plan apropiado (A, B, o C) para continuar el tratamiento. | Primera hora | Segunda hora | Tercera hora | 50 ml/kg. | 25 ml/kg. | 25 ml/kg. |
| Primera hora | Segunda hora | Tercera hora | | | | | | |
| 50 ml/kg. | 25 ml/kg. | 25 ml/kg. | | | | | | |
| <p>¿Hay un lugar cerca? (a unos 30 minutos) donde se pueda administrar tratamiento por vía IV?</p> <p style="text-align: center;">NO</p> <p style="text-align: center;">↓</p> | <p>si →</p> | <p>Referirlo urgentemente al hospital para que reciba tratamiento por vía IV.</p> <p>Si el niño puede beber, entregar SRO a la madre y mostrarle cómo administrar sorbos frecuentes en el trayecto.</p> | | | | | | |
| <p>¿Se puede usar una sonda nasogástrica para la rehidratación?</p> <p style="text-align: center;">NO</p> <p style="text-align: center;">↓</p> | <p>si →</p> | <p>Iniciar la Rehidratación con solución de SRO por la sonda nasogástrica o por la boca: Dar 20 ml/kg/hora, durante 6 horas (total 120ml/kg)</p> <p>Evalúe al paciente cada 1 ó 2 horas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si vomita varias veces o si presenta aumento de la distensión abdominal, dar el líquido más lentamente. • Si no mejora después de 3 horas, refiéralo para que reciba tratamiento por vía IV. • Reevaluar al niño en 6 horas después. Clasificar la deshidratación. En seguida, seleccionar el plan apropiado (A, B o C) para continuar el tratamiento. | | | | | | |
| <p>Referir urgentemente al hospital para un tratamiento por vía IV o por sonda nasogástrica.</p> | <p>..... →</p> | <p>Prepare suero oral y enseñe cómo darlo con gotero durante el camino.</p> | | | | | | |
| <p>Nota: Si es posible observar al niño por lo menos durante 6 horas después de la rehidratación a fin de cerciorarse de que la madre pueda mantener al niño hidratado dándole la solución de SRO por vía oral.</p> | | | | | | | | |

Tratamiento Intravenoso (IV)

Si puede dar tratamiento IV y tiene en su servicio de salud soluciones aceptables, tales como un lactato de Ringer o solución salina normal, administre la solución por vía intravenosa al niño gravemente deshidratado. En algunas regiones del país se dispone de solución Pizarro o solución 90, que tiene los mismos componentes de las SRO pero preparado para aplicación endovenosa, es muy útil para hidratar a estos niños.

Administre el tratamiento intravenoso al niño con deshidratación grave

Quando administra tratamiento IV para **deshidratación grave**, le da al niño muchos líquidos rápidamente. Los líquidos reemplazan la gran pérdida de líquidos y electrolitos del cuerpo.

Empiece el tratamiento IV rápidamente en la cantidad indicada en el Plan C. Si el niño es capaz de beber, déle SRO por vía oral hasta que esté funcionando el goteo. Luego déle la primera porción de líquido IV (50 ml/kg) muy rápidamente (en 60 minutos) esto establecerá el volumen de sangre y evitará la muerte por choque. Luego de 50 ml/kg más despacio, en 2 horas (25 ml/kg por hora) hasta terminar la rehidratación.

Durante el tratamiento IV, evalúe el niño cada 1/2 hora. Determine si el niño está recibiendo la cantidad adecuada de líquido IV.

Recuerde que esta forma de hidratación es útil solo para niños con deshidratación por diarrea, no es útil para otras formas de deshidratación.

Recuerde que estos niños están críticamente enfermos y en riesgo de morir, evalúelos cada 30 minutos como mínimo y defina los cambios de goteo según evolución.

Asegúrese de administrar correctamente el líquido IV en el tiempo y cantidades apropiados. Para controlar que la velocidad del líquido sea adecuada, vuelva a evaluar al niño para buscar signos de deshidratación cada hora. Si los signos de deshidratación y la diarrea empeoran o no mejoran, aumente tanto la velocidad a la que da el líquido como su cantidad. También aumente la velocidad si el niño está vomitando. Si los signos mejoran, siga dando líquido a la misma velocidad.

Mientras dé líquidos IV, recuerde dar también al niño sorbitos de SRO tan pronto como sea capaz de beber.

Vuelva a evaluar el estado de deshidratación y escoja el plan de tratamiento apropiado:

Evalúe los signos de deshidratación en un niño, después de 3 horas. Clasifique la deshidratación. Seleccione el plan apropiado (A,B o C) para continuar el tratamiento.

Después de que un niño se haya rehidratado completamente y se clasifique como **no tiene deshidratación**, mantenga al niño en el servicio de salud por otras 3 a 6 horas, si es posible. Durante este tiempo, la madre debe darle líquidos adicionales de acuerdo con el plan A. Vigile para estar seguro de que la madre le puede dar líquido suficiente al niño para reemplazar totalmente los que pierda mientras continúa la diarrea. Hay que alimentar al niño. Observe al niño periódicamente para cerciorarse de que no regresen los signos de deshidratación.

Tratamiento intravenoso para el niño con deshidratación grave

1. Técnica de administración

La técnica de administración de líquidos intravenosos (IV) solo se puede señalar mediante una demostración práctica realizada por una persona con experiencia. Solamente las personas capacitadas deben dar tratamiento IV. Algunos puntos generales son:

- Las agujas, los tubos, las botellas y los líquidos deben ser estériles.
- El tratamiento IV se puede administrar por cualquier vena que sea conveniente. Las venas más accesibles generalmente son las que están en frente del codo o en el dorso de la mano. En los lactantes las venas más accesibles son las del costado del cráneo.
- Por lo general no es necesario usar las venas del cuello ni hacer una incisión para localizar una vena, y esto se debe evitar siempre que sea posible.
- En algunos pocos casos que requieren reanimación rápida y no es posible canalizar una vena periférica, se puede, si usted está capacitado y no hay otra alternativa, utilizar la vía intraósea o intentar venodisección o punción de vaso central.

- Es útil marcar las botellas IV a distintos niveles para mostrar las horas en las que el líquido debe quedar a ese nivel. Regule el número de gotas por minuto para dar la cantidad correcta de líquido por hora.

Soluciones para el goteo intravenoso:

Aunque se dispone de varias soluciones IV, a todas les faltan algunos de los electrolitos en la concentración que necesitan los pacientes con deshidratación grave. Para cerciorarse de que haya un reemplazo adecuado de electrolitos, debe darse un poco de solución de SRO tan pronto como el paciente sea capaz de beber, incluso mientras se está administrando el tratamiento IV. A continuación se comparan brevemente las distintas soluciones IV de acuerdo con su eficacia.

Soluciones preferidas: la solución de lactato de Ringer es la mejor solución que se encuentra hoy en el mercado. Proporciona una concentración adecuada de sodio y suficiente lactato, que se metaboliza en bicarbonato, para corregir la acidosis. Esta solución se puede usar en un paciente de todas las edades para la deshidratación debida a la diarrea aguda por cualquier causa. La administración de la solución de SRO pronto y la reanudación oportuna de la alimentación permiten proporcionar las cantidades necesarias de potasio y glucosa.

Soluciones aceptables: las soluciones aceptables siguientes quizá no proporcionen a los pacientes la cantidad adecuada de potasio, bicarbonato y sodio. Por lo tanto administre la solución de SRO por vía oral tan pronto como el paciente pueda beber:

- a) La solución salina normal, también llamada salina isotónica o fisiológica, suele ser fácil de conseguir. No contiene una base para corregir la acidosis y no reemplaza las pérdidas de potasio. Puede agregársele bicarbonato de sodio (20-30 mmol/l) y cloruro de potasio (5-15 mmol/l), pero es necesario tener cuidado para calcular las cantidades y el control puede ser difícil.
- b) La solución salina normal diluida a la mitad con glucosa al 5%, contiene menos cloruro de sodio del que se necesita para corregir efectivamente la deshidratación. Al igual que la solución salina normal, ésta no corregirá la acidosis ni reemplazará el potasio perdido.
- c) La solución 90 o Pizarro tiene una composición similar al SRO de la OMS, con Na 90 mEq/Lt, K 20 mEq/Lt, Cl 80 mEq/Lt, acetato 30 mEq/Lt y osmolaridad de

311 mOsm/Lt; en ella se prefiere el acetato al bicarbonato, porque es más fácil de manejar durante la fabricación de la solución y se convierte en el organismo en bicarbonato en menos de 3 minutos. Esta solución polielectrolítica ha sido usada en pacientes con deshidratación hipernatrémica, en niños con hipocalcemia e hipercalemia, en niños eutróficos, en desnutridos y en menores de 3 meses, sin complicaciones atribuibles a su composición.

Solución inadecuada: las soluciones de dextrosa y de glucosa simple no se deben usar. Proporcionan agua y azúcar únicamente. No contienen electrolitos. No corrigen la pérdida de electrolitos ni la acidosis.

Si hay tratamiento IV disponible en un lugar cercano

Usted no puede dar tratamiento IV en su servicio de salud. Sin embargo, el tratamiento IV está disponible en un centro u hospital cercano (a 30 minutos o menos):

- Refiera el niño urgentemente al hospital para que reciba tratamiento por vía IV.
- Si el niño puede beber, entregue a la madre SRO y muéstrele cómo administrar sorbos frecuentes en el trayecto.

Rehidratación con sonda nasogástrica

Si no se puede dar tratamiento IV en su servicio de salud y no hay un lugar cercano (a unos 30 minutos) donde se pueda administrar terapia IV y en su sitio se puede usar una sonda nasogástrica, aplique los siguientes pasos:

- Use una sonda nasogástrica (NG) de 2,0mm 2,7 mm de diámetro para un niño, o de 4,0 mm 6,9 mm para un adulto.
- Recueste al paciente sobre la espalda, con la cabeza ligeramente levantada. Los niños mayores y los adultos quizás prefieran estar sentados.
- Mida la longitud de la sonda que va a tragar el paciente colocando la punta de la sonda justo por encima del ombligo. Luego, desenrede la sonda y pásela por detrás de la oreja y hacia delante hasta la punta de la nariz. Marque la sonda con un pedazo de cinta pegante donde toque la punta de la nariz. Esta marca muestra la longitud de la sonda que se necesita para llegar desde el estómago hasta la punta de la nariz.
- Humedezca la sonda con un lubricante soluble en agua o con agua simple. No use aceite.

- Introduzca la sonda por la fosa nasal con la abertura más grande. Hágala avanzar suavemente hasta que la punta esté en la parte posterior de la garganta. Cada vez que el paciente trague, haga avanzar la sonda 3.5 cm. Si el paciente está despierto, pídale que beba un poco de agua.
- Si el paciente se atraganta, tose repetidamente o tiene dificultad para respirar, posiblemente la sonda se haya ido a la tráquea. Sáquela tirando unos 2 cm 4 cm hasta que cese la tos y el paciente esté cómodo. Espere un minuto y luego trate de volver a introducir la sonda.
- Haga avanzar la sonda cada vez que el paciente trague, hasta que la marca de la cinta llegue a la nariz. Si el paciente está cómodo y no tose, la sonda debe estar en el estómago.
- Mire dentro de la boca del paciente para cerciorarse de que la sonda no se enroscó en la parte de atrás de la garganta. Confirme que el tubo está en el estómago uniéndolo a una jeringa y extrayendo un poco de jugo gástrico. También podría hacer esto colocando un estetoscopio justo por encima del ombligo. Inyecte aire por la sonda con una jeringa vacía y escuche para ver si el aire está entrando al estómago.
- Fije la sonda a la cara del niño y conéctela a un equipo de goteo IV con un frasco de SRO, o el equipo conectado a un buretrol con el SRO y regule el goteo a una velocidad de 20 ml/kg/hora o menos según la necesidad.
- Si no tiene una botella IV disponible, se puede fijar una jeringa (a la que se le quita el émbolo) al tubo y usarla como embudo. Sostenga la jeringa por encima de la cabeza del paciente y vierta la solución de SRO en la jeringa a intervalos regulares.

Recuerde que la sonda nasogástrica se puede emplear en dos situaciones específicas:

- En los pacientes con deshidratación grave (plan C) cuando no es posible aplicar de inmediato terapia intravenosa y no hay un lugar cerca (a unos 30 minutos) donde se pueda administrar tratamiento intravenoso. En estos casos dar 20 ml/kg/hora de SRO durante 6 horas (total 120 ml/kg).
- En los niños con deshidratación (plan B) que presentan vómito a repetición, se les suministra el suero oral por sonda nasogástrica en goteo, dando la misma cantidad calculada para el plan B: 75 ml/kg para 4 horas.

Ejercicios

1. Vicente tiene 9 meses de edad. Estaba bien hasta hace 3 meses cuando su madre dejó de alimentarlo al pecho y empezó a darle leche de vaca con otros alimentos. Desde entonces ha tenido 3 episodios de diarrea, y el actual empezó hace 18 días. Vicente sigue tomando leche de vaca pero su madre redujo la ingesta de alimentos desde que empezó la diarrea. No ha tenido sangre en las heces. Vicente pesa 6 kg. ¿Qué debería hacer el trabajador de salud?
 - a) Recetar una fórmula especial, sin lactosa, y decirle a la madre que se la dé en lugar de la leche de vaca.
 - b) Darle metronidazol por probable giardiasis.
 - c) Aconsejar a la madre que diluya la leche de Vicente mezclándola con otros alimentos y que añada a su dieta otros alimentos ricos en energía, por ejemplo, agregar aceite vegetal a las papillas.
 - d) Decirle a la madre que le dé jugos de fruta endulzados o bebidas gaseosas, las cuales le gustan, para que reciba suficiente líquido.
 - e) Decirle a la madre que vuelva a consultar dentro de 5 días.
2. Luisa, de 16 meses, empezó con diarrea líquida. Después de 2 días su madre notó algo de sangre en las heces y la trajo al centro de salud. El médico observó que tenía fiebre (39°C) y que había sangre en las heces y que no estaba desnutrida. Le recetó Trimetoprim-sulfametoxazol pero la madre volvió dos días después, indicando que no había mejorado y aún había sangre en las heces. ¿Qué debe hacer ahora el médico?
 - a) Decirle a la madre que continúe dándole TMS ya que es para cinco días y solo se lo ha dado dos.
 - b) Enviar a Luisa al hospital para un cultivo de heces.
 - c) Tratar a Luisa con metronidazol por probable amebiasis.
 - d) Suspender el TMS y darle otro antibiótico al que sean sensibles la mayoría de cepas de *Shigella* en el área, por ejemplo ácido nalidíxico.
 - e) Darle eritromicina para tratar una posible infección por *Campylobacter jejuni*.

3. Julián tiene 14 meses, ha tenido fiebre y diarrea líquida durante tres días. Hay apareció sangre en las heces. Al examinarlo en el centro de salud se le encuentra bien nutrido, bebe ávidamente el suero oral y el signo del pliegue desaparece con lentitud. ¿Cuál de los siguientes pasos es el adecuado? (Puede haber más de una respuesta correcta).

- a) Julián debe ser hospitalizado para recibir el tratamiento.
- b) Deberá recibir rehidratación oral siguiendo el plan B para corregir la deshidratación.
- c) Deberá recibir tratamiento por Shigellosis, usando el antibiótico al que *Shigella* sea sensible en el área.
- d) La madre deberá continuar alimentándolo con una dieta rica en nutrientes, dándole comidas pequeñas y frecuentes.
- e) Julián deberá volver después de dos días de tratamiento, para asegurarse que está respondiendo adecuadamente.

Para facilitar el seguimiento y la evaluación de la terapia aplicada en los niños deshidratados, se sugiere utilizar el siguiente cuadro.

Evolución del paciente (sólo para plan B y C)

| <i>Estado clínico Valores a tener en cuenta</i> | <i>Horas después del ingreso</i> | | | |
|---|----------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | <i>1a. hora</i> | <i>2a. hora</i> | <i>3a. hora</i> | <i>4a. hora</i> |
| <i>No. de deposiciones</i> | | | | |
| <i>No. de vómitos</i> | | | | |
| <i>Volumen de SRO ingerido</i> | | | | |
| <i>Volumen de líquidos administrados</i> | | | | |
| <i>Alimento materno</i> | | | | |
| <i>Medicamentos</i> | | | | |

| <i>Signos clínicos. Evalúe</i> | <i>1a. hora</i> | <i>2a. hora</i> | <i>3a. hora</i> | <i>4a. hora</i> |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| <i>Condición general</i> | | | | |
| <i>Ojos</i> | | | | |
| <i>Sed</i> | | | | |
| <i>Pliegue cutáneo</i> | | | | |
| <i>Clasifique estado de hidratación plan A, B o C</i> | | | | |

Con una evaluación y tratamiento adecuados, la mayoría de los pacientes deshidratados deben evolucionar en forma satisfactoria de la deshidratación grave (plan C) a la deshidratación (plan B), y de ésta al estado del niño con diarrea sin deshidratación (plan A).

Manejo del paciente con Disentería

Administre un antibiótico por vía oral recomendado para tratar la Disentería en su zona, diga a la madre que regrese en dos días para la consulta de control, para ver si el niño está mejorando.

En el cuadro de procedimientos, aparece "Dar un antibiótico oral apropiado". Allí aparecen los antibióticos recomendados para Disentería.

Manejo del paciente con Diarrea Persistente

Como ya se anotó, la diarrea persistente se puede presentar hasta en el 10% de los casos que empiezan como diarrea simple o diarrea líquida aguda. Estos niños tienen un alto riesgo de morir por diarrea, de ahí la importancia de establecer un tratamiento y seguimiento óptimos.

Recuérdese que los casos de diarrea persistente grave (los niños con deshidratación o los menores de 6 meses) deben ser manejados intrahospitalariamente. (Ver cuadro de procedimientos página 2). Los que se manejan de manera ambulatoria deben tener una visita de control a los 5 días, o antes si se presenta algún signo de peligro.

Es también claro que la diarrea persistente tiene de base un importante componente iatrogénico y nutricional: se presenta más en los niños a quienes se les ha formulado antibióticos sin ninguna indicación; en aquellos pacientes a quienes se les ordenan restricciones dietarias rígidas o inadecuadas, así como en aquellos que se les hacen cambios injustificados por leches "especiales" y se les formulan antimotílicos o antidiarréicos que no sólo no son efectivos sino que incluso ocasionan complicaciones serias. Es claro entonces que en estos casos es indispensable, con mayor razón, hacer una historia clínica muy completa, con énfasis en los medicamentos recibidos, así como en los cambios recientes en la dieta.

Los virus fueron y siguen siendo la causa más importante de las diarreas en los niños... No use antibióticos de rutina; sólo suminístrelos en caso de disentería.

La amibiasis es rara en niños, trate en ellos este tipo de diarrea sólo cuando tenga evidencia de Trozofitos de E. Histolítica.

- No suministre de rutina antihelmínticos si el niño tiene EDA.
- No les de a los niños antidiarreicos ni antiespasmódicos
- **No es cierto** que exista la diarrea por salida de los dientes.
- No quite los alimentos al niño con diarrea.
- Suminístrelos fraccionados, es la mejor manera de que su bebé no desarrolle intolerancia.
- **Si una mamá sale de la consulta sin saber algo de salud... tanto ella como su Médico perdieron el tiempo.**



¡LOS NIÑOS, LOS PRIMEROS!

La madre de un niño con diarrea persistente debe recibir asesoramiento para que alimente a su hijo. Las recomendaciones para estos casos aparecen en el cuadro de procedimientos.

Al evaluar a los pacientes con diarrea persistente deberá seguirse la misma metodología escrita para los casos de diarrea aguda.

Reposición de líquidos y electrolitos: debe evaluarse el estado de hidratación del niño tal como se describió (plan A, B o C). El suero oral es adecuado para reemplazar las pérdidas de agua y electrolitos en la mayoría de niños con diarrea persistente; unos pocos pacientes pueden tener mala absorción de glucosa, y requieren de terapia intravenosa. Algunos pacientes desarrollan deshidratación y continúan con alta tasa de fecal después de la rehidratación; estos deben hospitalizarse y probablemente requieran tratamiento con soluciones intravenosas hasta que disminuya la pérdida fecal (ver soluciones intravenosas Plan C).

Terapia nutricional: La alimentación adecuada es el aspecto más importante del tratamiento en diarrea persistente. Muchos pueden tratarse como pacientes ambulatorios, algunos requieren hospitalización como ya se dijo y deben recibir atención especializada. El aumento de peso es evidencia de un manejo dietético eficaz, aún antes de que cese la diarrea.

Uso de medicamentos: los pacientes con diarrea persistente y con sangre en las heces o un cultivo de heces positivo para *Shigella* deberán recibir un antibiótico adecuado para shigelosis. Si el coprocultivo de un caso de diarrea persistente revela otro patógeno, por ej., *E. coli enteropatógena*, deberá darse un antibiótico al que sea sensible ese agente. Si se observan quistes o trofozoitos de *Giardia lamblia*, o trofozoitos hematófagos de *E. histolítica* en las heces o en líquido intersticial aspirado, podría administrarse un antiprotozoario (Metronidazol). Sin embargo, la terapia empírica con antibióticos o antiprotozoarios no es beneficiosa y no debe darse; este tratamiento puede empeorar la enfermedad.

Es ideal administrar a estos niños un multivitamínico y oligoelementos. En el POS no hay disponible un compuesto con ambos, pero podría usarse por separado como un multivitamínico disponible más un compuesto con oligoelementos.

Manejo del paciente con cólera

| Indicaciones | Medicamentos | Quimioprofilaxis |
|--|---|---|
| <p>El paciente con Cólera debe ser tratado inmediatamente en una institución de salud y nunca remitirse. Si el tratamiento se retrasa o es inadecuado, puede sobrevenir rápidamente la muerte por deshidratación y colapso circulatorio.</p> <p>Los pacientes deben ser tratados lo más rápidamente posible, para reducir el riesgo de shock hipovolémico.</p> | <p>Antibióticos de elección</p> <p>-Doxicilina: Adultos: Una dosis única de 300 mg. No se recomienda en menores de 12 años.</p> <p>-o Tetraciclina: Adultos: 500 mg cada 6 horas durante 3 días.</p> | <p>Quimioprofilaxis masiva: No se debe usar para el control de la epidemia de Cólera por el alto costo que conlleva y la rápida aparición de cepas resistentes a los antibióticos; la corta acción de esta profilaxis deja individuos susceptibles a la infección uno o dos días después de terminar el antibiótico.</p> |
| <p>El propósito de este tratamiento es que los pacientes reciban rehidratación endovenosa por un tiempo corto, no mayor de 3-4 horas (para sacarlos del estado de shock), y que la mayor parte de ellos completen la hidratación por vía oral.</p> <p>Lo esencial en el tratamiento del cólera es la hidratación y no la antibioticoterapia. Esta solamente reduce la transmisión.</p> <p>Comenzar a administrar el antibiótico oral después de que el paciente se haya rehidratado (generalmente en 4-6 horas) y que el vómito haya desaparecido.</p> | <p>Alternativa</p> <p>-Furazolidona:</p> <p>Niños: 5 mg/kg/día cada 6 horas por 3 días.</p> <p>Adultos: 100 mg cada 6 horas por 3 días.</p> <p>-Trimetoprin: (TMP)*</p> <p>-Sulfametoxazol: (SMT)</p> <p>Niños: TMP - 5 mg/kg/día cada 12 horas por 3 días.</p> <p>Adultos: TMP 160 mg y SMX 800 mg cada 12 horas por 3 días.</p> | <p>Quimioprofilaxis selectiva:</p> <p>Debe ser considerada cuando se demuestre por lo menos una persona entre cinco que comparta la comida o residencia, llegue a estar enfermo después de que el primer caso de cólera aparece. Para este tratamiento, se debe considerar los siguientes medicamentos: Tetraciclina, Doxiciclina y Trimetoprin-Sulfametoxazole en las dosis recomendadas.</p> |
| <p>Pasos:</p> <p>Determinar el estado de deshidratación</p> <p>Tratar al paciente con deshidratación según:</p> <p>Plan A, Plan B o Plan C</p> | <p>Eritromicina**:</p> <p>-Niños: 50 mg/kg/día, repartidas en 3 dosis.</p> <p>-Adultos: de 1,5 a 2 gramos/día, repartidas en 3 tomas.</p> | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>El proceso de hidratación oral o endovenoso, comprende dos fases: Fase de hidratación, que sirve para reponer las pérdidas acumuladas de sales y electrolitos. Esta fase debe aplicarse en un periodo de 3 a 4 horas y sirve para expandir el espacio extracelular.</p> | <p>El antibiótico reduce el volumen de la diarrea provocada por el Cólera grave y abrevia el periodo de excreción del Vibrio. También disminuye la diarrea dentro de las 48 horas y por consiguiente, reduce la estancia hospitalaria .</p> | |
| <p>Observe al paciente frecuentemente durante la rehidratación endovenosa: Cuando el paciente pueda beber (usualmente en la segunda hora de la rehidratación), puede administrarle también sales de rehidratación oral (SRO), 5-10 ml/kg/hora, mientras continúan los líquidos intravenosos, para iniciar la administración de glucosa, potasio y base.</p> | | |
| <p>Fase de mantenimiento, que sirve para mantener hidratado al paciente y se continúa hasta que termina la diarrea. Durante esta fase el paciente debe recibir suficiente suero oral preparado con sales de rehidratación oral (SRO), para reemplazar las pérdidas continuas de agua y electrolitos causadas por la diarrea. En general el paciente tomará todo lo que desee beber. Una vez el paciente se encuentre hidratado, la ingesta de SRO se alternará, con la ingesta de los alimentos de consumo habitual y con otros líquidos.</p> | | |

* De elección en menores de 5 años.

** La furazolidona o La Eritromicina y el Trimetoprin Sulfametoxazol es el antibiótico para tratar a las embarazadas.

Paciente con Cólera y Deshidratación Grave con Shock

Debe aplicarse de inmediato una solución endovenosa adecuada para tratar casos de cólera, por aproximadamente 3 horas. Esta fase de rehidratación rápida es esencial para corregir el shock hipovolémico. Debe hacerse en un período corto de tiempo para reponer el déficit existente y evitar que aumente por las pérdidas que el paciente continuará teniendo.

Lactato de Ringer: Dentro de las soluciones endovenosas disponibles, la más adecuada es la solución *Lactato de Ringer*, también llamada solución *Hartmann*.

Técnica de rehidratación endovenosa: Administrar 100 ml/kg en 3 horas de la siguiente manera:

- 50 ml/kg en la primera hora
- 25 ml/kg en la segunda hora
- 25 ml/kg en la tercera hora

Si no puede estimarse el peso en los pacientes adultos, se administrará tanto suero EV y tan rápido como sea posible (2 ó 3 litros en la primera hora).

Los volúmenes de líquido y las velocidades de administración son promedios basados en las necesidades usuales. Esas cantidades deberán incrementarse si no bastan para lograr la rehidratación. Por ejemplo en los casos con shock muy intenso, podrá administrarse 30 ml/kg tan rápido como sea posible (dentro de los primeros 30 minutos).

También podrán reducirse, si la rehidratación se consigue antes de lo previsto o si la aparición de edema en torno a los ojos indica sobrehidratación.

En caso necesario, se inician dos vías de infusión endovenosa para aumentar la cantidad de líquido.

No se recomienda agregar bicarbonato extra al Lactato de Ringer, ni corregir la acidosis rápidamente. Aunque el bicarbonato corrige la acidosis, al mismo tiempo hace que el potasio pase al interior de las células al ser intercambiado por ion hidrógeno. Esto puede provocar la caída del potasio del suero, produciendo hipopotasemia que puede causar la muerte del paciente.

Sala para TRO.

La sala para TRO es un área del establecimiento de salud disponible para la Terapia de Rehidratación Oral (TRO). Se necesita este sitio porque las madres y sus hijos que necesitan solución de SRO tendrán que permanecer en el servicio varias horas.

Cuando no hay pacientes diarréicos usando la sala para TRO, se puede usar este sitio para tratar otros problemas. Por lo tanto el espacio no se desperdicia. Cuando no hay pacientes deshidratados, esta sala para TRO es un sitio conveniente y bien equipado, le servirá al personal para tratar otros pacientes.

La sala para TRO deberá:

Estar ubicada en un sitio donde el personal pase con frecuencia pero no en un pasillo. El personal puede observar el progreso del niño y dar aliento a la madre.

- Estar cerca de una fuente de agua.
- Estar cerca de un inodoro y de un lavamanos
- Ser agradable y estar bien ventilada.

La sala para TRO deberá tener el siguiente mobiliario:

- Una mesa para mezclar la solución de SRO y colocar los suministros.
- Repisas para los suministros.
- Una banca o silla con respaldo donde la madre se pueda sentar cómodamente y cargar al niño.
- Una mesita donde la madre pueda dejar cómodamente la taza de la solución de SRO.

La sala de TRO deberá contar con los siguientes suministros:

(Estos suministros son suficientes para un servicio de salud que reciba 25 ó 30 casos de diarrea a la semana).

- Paquetes de SRO (por lo menos 300 paquetes al mes)
- 6 botellas que contengan la cantidad correcta de agua para mezclar el paquete de SRO y algunos recipientes como los que la madre tendrá en la casa.
- 6 vasos
- 6 cucharas

- 2 goteros (que pueden ser más fáciles de usar con los lactantes pequeños).
- Tarjetas o folletos (como la tarjeta para la madre) para recordar a las madres cómo cuidar a su hijo con diarrea. A cada madre se le da una tarjeta para que se la lleve para la casa.
- Jabón (para lavarse las manos).
- Cesto de basura
- Alimentos disponibles (para que se les pueda ofrecer a los niños algo de comer a la hora habitual de las comidas).

La sala para TRO es un buen lugar para exhibir carteles informativos, puesto que las madres se sientan en el rincón para TRO mucho tiempo, tendrán una buena oportunidad de aprender de los carteles sobre la prevención de los problemas de salud.

A las madres les interesa ver los carteles sobre el tratamiento y prevención de la diarrea y la deshidratación. Los carteles deberán contener información sobre la TRO, el uso del agua pura, la lactancia materna, los alimentos para el destete, cómo lavarse las manos, el uso de las letrinas y cuándo llevar al niño al servicio de salud, deben contener otros mensajes de salud que incluyan información sobre las inmunizaciones.

Los carteles por sí solos no son suficientes para informar a las madres. El profesional de salud también debe aconsejar a las madres en persona, usando la tarjeta para la madre, si hay una disponible.

Recomendaciones sobre la alimentación del niño

Estas recomendaciones son para todos los niños que son atendidos bajo la estrategia AIEPI y no solo para aquellos con diarrea.

En esta sección se explicarán las recomendaciones acerca de la alimentación de la tabla de ACONSEJAR. Las recomendaciones se enumeran en columnas correspondientes a cuatro grupos de edad (ver cuadro de procedimientos página 15). Usted necesita entender todas las recomendaciones sobre la alimentación, pero no tendrá que explicárselas todas a cada madre. Primero hará preguntas para saber cómo alimenta a su hijo. Luego dará solamente los consejos necesarios para la edad y la situación del niño.

Estas recomendaciones acerca de la alimentación son apropiadas tanto para el niño enfermo como para el niño sano. Durante una enfermedad, es posible que los niños no quieran comer mucho, sin embargo deben recibir los alimentos recomendados para su edad, con la frecuencia recomendada, aunque no puedan comer mucho en cada comida. Después de la enfermedad, la buena alimentación les ayuda a recuperar el peso perdido y prevenir la desnutrición. En un niño sano, una buena alimentación ayuda a prevenir futuras enfermedades.

Las consultas al personal de salud cuando el niño está enfermo ofrecen una buena oportunidad de aconsejar a la madre acerca de la alimentación del niño enfermo y sano.

Recomendaciones para los niños menores de seis meses de edad:

La mejor forma de alimentar a un niño desde el nacimiento hasta por lo menos 6 meses de edad es la lactancia materna exclusiva. Esto significa que el niño toma solo leche materna, sin otros alimentos, agua ni líquidos (con excepción de vitaminas y medicamentos si se necesitan).

Amamante a los niños de esta edad a libre demanda cada vez que lo deseen, de día y de noche. Esto será al menos 8 veces en 24 horas.

La primera leche que se produce es el calostro, de color amarillento, rico en proteínas, vitamina A y sustancias que protegen al niño de enfermedades. La cantidad de calostro en los primeros días puede parecer escasa, la madre no debe angustiarse, porque esa es la cantidad que necesita el bebé. No es necesario darle aguas, jugos u otras leches, esto puede causarle diarreas, desnutrición y disminución de la leche materna.

La ley colombiana concede a las mujeres asalariadas, una licencia de maternidad de 12 semanas y durante los 6 primeros meses de edad del niño, la mujer tiene derecho a una hora diaria en su horario de trabajo para el cuidado del niño.

Las ventajas de la lactancia se explican a continuación:

- La leche materna es el único alimento que garantiza un adecuado crecimiento y desarrollo del niño, contiene exactamente los nutrientes que necesita el lactante: Proteínas, Grasas, Lactosa (un azúcar especial de la leche),

Vitaminas entre las que se encuentran A y C, Minerales con hierro. Además la leche materna es de más fácil digestión.

- Estos materiales se absorben más fácilmente de la leche materna que de cualquier otra leche. La leche materna también contiene ácidos grasos esenciales para el crecimiento del cerebro, de los ojos y de los vasos sanguíneos del lactante. Estos ácidos grasos no se encuentran en otras leches.
- La leche materna proporciona todo el agua que necesita el lactante, aún en un clima cálido y seco.
- La leche materna protege al lactante contra las infecciones, suministra anticuerpos y es la primera vacuna del niño. El lactante no puede luchar contra la infección de la misma forma que un niño de más edad o un adulto. Por medio de la leche materna, el lactante puede compartir la capacidad que tiene la madre de luchar contra la infección. Los lactantes alimentados exclusivamente con leche materna suelen tener menos diarrea y menos posibilidades de morir de diarrea u otras infecciones. Entre ellos suele haber menos casos de neumonía, meningitis e infecciones del oído que entre los que no han sido amamantados.
- El amamantamiento ayuda a la madre y al hijo a establecer una relación estrecha y cariñosa. El contacto piel a piel de la madre con su hijo desde el momento del nacimiento favorece la relación de afecto entre ambos y contribuye al desarrollo de niños sanos, capaces, seguros y estables emocionalmente.
- La leche materna está disponible a toda hora, no requiere preparación, ni utensilios, ni combustible, es totalmente higiénica ya que el niño la toma directamente de la madre. Nunca se daña aun cuando la madre tenga que dejar de lactar por un tiempo.
- El amamantamiento protege la salud de la madre. Después del nacimiento, el amamantamiento ayuda al útero a volver a su tamaño normal, lo cual a su vez, ayuda a reducir la hemorragia y a prevenir la anemia. El amamantamiento también disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario de la madre.

Es mejor dar al lactante la leche materna y no otros alimentos. Por ejemplo, no le dé leche de vaca, ni de cabra, preparaciones para lactantes, cereal ni otras bebidas como té, jugo o agua. Las razones son las siguientes:

- Al dar otro alimento o líquido, se reduce la cantidad de leche materna que toma el lactante.
- Otro alimento o líquido puede contener gérmenes del agua o de los biberones o utensilios. Esos gérmenes pueden causar infección.
- Otro alimento o líquido puede estar demasiado diluido y causar desnutrición al lactante.
- Es posible que otros alimentos o líquidos no contengan suficiente vitamina A.
- El hierro de la leche de vaca y de cabra no se absorben bien.
- El lactante puede presentar alergias.
- El lactante puede tener dificultad para digerir la leche de origen animal y ésta puede causar diarrea, erupciones de la piel u otros síntomas. La diarrea puede llegar a ser persistente.
- El amamantamiento exclusivo dará al lactante la mejor posibilidad de crecer y mantenerse sano.

Recomendaciones para los niños de seis a ocho meses de edad:

La leche materna sigue siendo el alimento más importante para el niño, sin embargo, a partir del 6° mes es necesario complementarla con otros alimentos, de ahí su nombre de alimentación complementaria.

A los 6 meses de edad, los niños deben comenzar a recibir alimentos complementarios que sean espesos y nutritivos, idealmente preparados como papillas o puré. La alimentación complementaria tiene varios objetivos:

- Crear hábitos alimentarios adecuados.
- Complementar nutrientes que sean insuficientes en la alimentación láctea.
- Estimular el desarrollo psico-emocional del niño.
- Integrar de manera progresiva otros alimentos hasta llegar a la dieta familiar.

Es importante seguir amamantando al bebé cada vez que lo desee, de día y de noche. La madre debe darle los alimentos complementarios dos o tres veces al día.

- Si el niño no recibe leche materna, los alimentos complementarios se administrarán 5 veces al día, asegurando que reciba al menos 3 porciones de leche en el día.
- No se debe utilizar biberón para dar jugos, sopas o coladas. Estos se dan en taza, pocillo, vaso y cuchara.

Inicie la alimentación complementaria dando en forma progresiva alimentos de los siete grupos:

- Inicie con verduras de color amarillo y verde oscuro, como ahuyama, zanahoria, espinacas que proporcionan vitaminas A y C y minerales. No es necesario dejarlas hervir demasiado ni agregarles sal ni azúcar. Deben lavarse muy bien antes de prepararlas.
- Luego ofrézcale frutas como papaya, banano, mango, guayaba, granadilla, preparadas como papilla o puré y suministradas inmediatamente después de prepararlas, no es necesario cocinarlas ni agregarles azúcar. Estas frutas proporcionan vitaminas A y C. Las frutas ácidas a esta edad pueden producir alergias, es recomendable esperar hasta el año.
- Déle cereales como arroz, harina de avena, de maíz o de soya, de las cuales se puedan preparar purés o papillas.
- A los 6 meses ofrézcale yema de huevo tibia o cocida iniciando con una pequeña cantidad que va aumentando, hasta completar la yema entera, los ácidos grasos de ésta ayudan al desarrollo cerebral. Después de los 6 meses déle carne de res, pollo y una vez a la semana pajarilla o hígado, que contiene hierro y vitamina A, necesarios para evitar la anemia, lograr un buen crecimiento, desarrollo la inteligencia y protege al niño de enfermedades. Deben prepararse licuados o triturados en papilla.
- Recuerde que cuando inicia la alimentación complementaria es necesario hacerlo lenta y gradualmente, iniciando por las verduras o frutas y gradualmente introduciendo los otros alimentos. Estimular la masticación.

Recomendaciones para los niños de nueve a once meses de edad

La madre debe seguir amamantando al bebé, sin embargo la leche materna no permite atender todas las necesidades de energía del niño, que continúe amamantando al bebé, pero ofrézcale la leche materna después de los alimentos.

Alimentación suficiente: Una “porción suficiente” significa que el niño no desea comer más después de la alimentación activa.

Recuerde siempre que: Los buenos alimentos complementarios son ricos en energía y nutrientes y de un precio módico en cada localidad. Si el niño recibe leche de vaca o cualquier otro sucedáneo de la leche materna, esas y otras bebidas, deben darse en taza, no en biberón.

Tener un niño bien nutrido no es costoso, muchas veces el problema es desconocer qué dar y cómo preparar los alimentos.

Es importante ofrecer los alimentos al niño con paciencia y constancia, para lograr que se acostumbre a las nuevas consistencias y sabores.

Recomendaciones para los niños mayores de un año de edad

Durante este período la madre puede seguir amamantando al niño, pero recordando que no sufre los requerimientos que el niño necesita. A esta edad el niño necesita alimentos complementarios nutritivos, la variedad y la cantidad de alimentos debe ir aumentando. Los alimentos de la familia deben convertirse en la parte más importante de la alimentación del niño. Esos alimentos deben cortarse para que el niño pueda comerlos con facilidad.

A partir del primer año de vida, el niño debe recibir la misma alimentación que come la familia.

El niño comparte la mesa y los horarios de la comida familiar, en su propio plato, pocillo y vaso.

El número de comidas diarias es de cuatro a cinco repartidas en tres comidas principales y dos refrigerios. No ofrecer alimentos recalentados o preparados con mucho tiempo de anticipación. Utilizar poca azúcar y sal yodada y fluorada para preparar los alimentos.

Es necesario preparar la comida con alimentos de fácil digestión evitando aquellos de escaso valor nutritivo que disminuyen el apetito como los refrescos y las golosinas.

Para la lonchera o los refrigerios, se deben preferir frutas al natural, panes y lácteos. No ofrecer bebidas gaseosas, embutidos o enlatados.

De los 9 a los 11 meses, aumente poco a poco la cantidad de alimentos complementarios que da al niño. Los anteriores pueden volverse más nutritivos si por ejemplo al cereal se le adiciona aceite vegetal.

Si el niño es amamantado, déle alimentos complementarios 3 ó 4 veces al día, si no, déselos 5 veces al día. Déle además, leche en taza 3 porciones por día.

A esta edad ya se pueden iniciar las frutas ácidas como naranja, lulo, mandarina, piña y otras como el chontaduro de alto valor nutritivo.

Iniciar otras hortalizas y verduras como acelgas y remolacha preparadas en puré.

Ofrecer alimentos preparados con harina de trigo fortificada con micronutrientes.

Ofrecer carne de res, pollo, pescado, vísceras, leguminosas secas como frijol y lenteja, preparadas en crema o puré, las cuales contienen proteínas, minerales y fibra. El huevo que aporta proteínas, grasas, hierro y vitaminas, se ofrece inicialmente en preparación cocida o tibia. Iniciando en poca cantidad con la yema y se va aumentando en forma progresiva hasta darlo completo.

Las grasas como aceites, se incorporan en cantidades moderadas en la preparación de los alimentos para mejorar el sabor de las comidas y aumentar las calorías. Idealmente se recomienda el aceite vegetal.

Al combinar en la comida frijoles o lentejas y verduras frescas, el organismo aprovecha mejor el hierro que éstos contienen. Lo mismo sucede al combinar frijoles o lentejas o habas o garbanzos o arvejas secas con pequeñas cantidades de carne o huevo. Además se mejora el aporte global si los frijoles o lentejas se dan mezclados con arroz.

Recomendaciones necesarias para alimentar en forma adecuada al niño

Alimentación activa: Es importante alimentar activamente al niño. Eso significa animarlo a comer. El niño no debe competir con sus hermanos mayores por los alimentos de un plato común. Se le debe servir su propia porción. Hasta que el niño pueda alimentarse solo, la madre o la persona que lo cuide (como un hermano mayor, el padre o la abuela) debe sentarse con él durante las comidas y ayudarlo a colocar la cuchara en la boca.

Cuando enseñe a una madre las recomendaciones de cómo alimentar a su hijo, tenga en cuenta y recuerde que:

- Se recomienda la lactancia materna hasta los 2 años de edad. A partir de los 6 meses el niño necesita recibir otros alimentos para complementar las cantidades de nutrientes que la leche materna ya no alcanza a cubrir. Además el desarrollo que alcanza a esta edad, le permite recibir alimentos de mayor consistencia.
- Al sexto mes de edad, todavía puede estar presente el reflejo de extrusión, que consiste en que el niño saca los alimentos con la lengua, lo cual no debe ser interpretado como una señal de rechazo hacia los nuevos alimentos.
- La introducción de nuevos alimentos permite al niño conocer nuevos sabores, olores, colores, texturas y consistencias; es necesario comenzar con pequeñas cantidades y aumentar poco a poco de acuerdo a la aceptación, tolerancia y apetito. Este proceso debe realizarse en cada alimento nuevo que le dé.
- Los niños regulan de una manera natural la cantidad de alimentos que necesitan, por lo tanto el apetito puede variar, por esta razón no es conveniente obligarlos a comer.
- Una alimentación variada, suficiente y preparada en forma agradable favorece el crecimiento y desarrollo del niño.
- La presentación agradable de las comidas y un ambiente tranquilo estimulan en el niño el deseo de comer. Siempre dígame a la madre que propicie un ambiente agradable, tranquilo, libre de ansiedad o disgustos, a la hora de la comida.
- La presentación agradable de los alimentos es el mejor estimulante del apetito. Raciones adecuadas, alimentos con variedad de color y texturas, así como el aroma y el sabor provocan en el niño el deseo de comer.
- Evite alimentos en trozos grandes, pepas, huesos, espinas o pegajosos, porque pueden causar asfixia, náuseas o vómitos que originan el posterior rechazo a los alimentos.
- Deje al niño utilizar sus manos para llevar los alimentos a la boca, así conoce las diferentes consistencias, por esto, no deben estar a temperaturas muy calientes o muy frías.

- La formación de hábitos alimentarios saludables se inicia desde la infancia. Evite premiarlo o castigarlo para que coma. De los padres depende que sus hijos adquieran estilos de vida saludables.
- Las manifestaciones de rechazo de los alimentos por parte de los padres y otras personas influyen en la conducta alimentaria del niño.

Evalúe la alimentación del niño

Usted evaluará la alimentación a los niños:

- Clasificados como niños **con anemia y desnutrición**
- **Todos** los niños menores de 2 años de edad.

Sin embargo, si la madre ya ha recibido muchas instrucciones para el tratamiento y está abrumada, usted puede postergar la evaluación de la alimentación y dar las recomendaciones a la madre acerca de la alimentación en la visita de seguimiento.

Para evaluar la alimentación, haga las siguientes preguntas a la madre (estas preguntas están en la parte superior de la tabla ACONSEJAR y en la parte inferior del formulario de registro del niño enfermo. Estas preguntas le ayudarán a saber cómo se alimenta habitualmente el niño y qué ha comido durante esta enfermedad):

Pregunte:

- Usted le da el pecho al niño?
- Cuántas veces por día?
- También durante la noche?
- El niño ingiere algún otro alimento o toma algún otro líquido?
- Qué alimento o líquido?
- Cuántas veces por día?
- Qué alimento le da habitualmente al niño?
- Si es desnutrido, de qué tamaño son las porciones que le da?
- El niño recibe su propia porción? Quién le da de comer al niño y cómo?
- Durante esta enfermedad, hubo algún cambio en la alimentación del niño?
- Si lo hubo, cuál?

Observe que ciertas preguntas se hacen solamente si el niño tiene desnutrición. En ese caso, es importante que se tome más tiempo para preguntar sobre el tamaño de la porción y la alimentación activa.

Escuche atentamente para determinar qué prácticas de alimentación se usan correctamente y cuáles necesitan cambiarse. Usted puede examinar las recomendaciones acerca de la alimentación para la edad del niño en la tabla de **aconsejar** mientras escucha a la madre. Si la respuesta de ella no es clara, haga otra pregunta, por ejemplo: si la madre de un niño con desnutrición dice que las porciones son “suficientemente grandes”, usted podría preguntar: ¿Quiere más el niño cuando termina de comer?

Determine los problemas de alimentación del niño

Es importante acabar la evaluación de la alimentación y determinar todos los problemas al respecto antes de dar consejos o recomendaciones.

Según lo que responda la madre a las preguntas sobre alimentación, determine las diferencias entre la alimentación que el niño recibe y las recomendaciones. Esas diferencias constituyen problemas. A continuación se citan algunos problemas de alimentación:

| <i>Alimentación que el niño recibe realmente</i> | <i>Alimentación recomendada</i> |
|--|--|
| <i>Niño de 3 meses de edad que recibe agua de azúcar y leche materna.</i> | <i>Un niño de 3 meses de edad debe recibir sólo leche materna, sin ningún otro alimento ni líquido.</i> |
| <i>Niño de 2 años de edad que es alimentado sólo 3 veces al día.</i> | <i>Un niño de 2 años de edad debe alimentarse dos veces entre comidas y recibir tres comidas al día.</i> |
| <i>Niño de 8 meses que aún es alimentado exclusivamente con leche materna.</i> | <i>Un niño amamantado de 8 meses de edad debe recibir también porciones suficientes de un alimento complementario nutritivo 3 veces al día.</i> |
| <i>Niño de un año de edad es alimentado con biberones de agua de panela y sopas de cereales con sustancias de carne.</i> | <i>Un niño de un año de edad debe recibir tres comidas y dos refrigerios al día, con 3 porciones de leche que no deben ser diluidas con agua y la preparación de los alimentos no debe ser en forma de sopa, sino en seco, como papillas o en pequeños pedazos, la sustancia de carne no alimenta, se debe asegurar que el niño ingiera la porción de carne.</i> |

Además de indicar diferencias en cuanto a las recomendaciones acerca de la alimentación, las respuestas de las madres pueden señalar algunos otros problemas, por ejemplo:

Dificultad para el amamantamiento

La madre puede indicar que el amamantamiento es incómodo para ella o que su hijo parece tener dificultades para mamar. De ser así, será necesario evaluar el amamantamiento según se describe en la tabla de NIÑO DE UNA SEMANA A 2 MESES. Verá que se puede mejorar la posición y el agarre del lactante. (Ver páginas 25 y 29 del cuadro de procedimientos).

No se debe usar biberón

A menudo están sucios y crecen gérmenes fácilmente. Suelen contener residuos de líquidos, que pronto se alteran o se ponen agrios. El lactante puede tomar el líquido descompuesto y enfermarse. Además, el chupar de un biberón puede acabar con su deseo de mamar. Algunas madres acuestan a su hijo con el biberón colocado sin darlo activamente, siendo esto fuente de broncoaspiraciones, otitis media y caries. Algunas veces el biberón acaba reemplazando a la madre.

Falta de alimentación activa

Los niños pequeños necesitan a menudo estímulo, compañía y ayuda para comer. Eso sucede particularmente con los niños que tiene desnutrición. Si se deja que un niño pequeño se alimente solo o si tiene que competir con sus hermanos por la comida, tal vez no coma lo suficiente. Al preguntar ¿quién alimenta al niño y cómo? Usted podrá averiguar si se anima al niño a comer activamente.

Falta de apetito durante la enfermedad

El niño puede comer mucho menos o comer alimentos diferentes durante la enfermedad. Los niños suelen perder el apetito cuando están enfermos, sin embargo se les debe animar a comer las clases de alimentos recomendados para su edad, con la frecuencia recomendada, aunque no coman mucho. Conviene darles alimentos nutritivos, en lo posible, sus favoritos, para animarlos a comer.

Recomendaciones a la madre o al acompañante acerca de los problemas de alimentación

Esta sección cubre la tercera sección de la tabla de ACONSEJAR. Como usted ha determinado los problemas de alimentación, podrá limitar sus consejos a lo más pertinente para la madre.

Consejos pertinentes

Si se siguen las recomendaciones acerca de la alimentación y no hay problemas, felicite a la madre por sus buenas prácticas de alimentación. Anímela a seguir alimentando de la misma forma al niño sano y al enfermo. Si el niño está próximo a pasar a otro grupo de edad con diferentes recomendaciones para la alimentación, explíqueselas a la madre. Por ejemplo, si el niño tiene casi 6 meses de edad, explíquele qué alimentos complementarios son buenos y cuándo y cómo comenzar a dárselos.

Si no se siguen las recomendaciones acerca de la alimentación para la edad del niño, explíqueselas a la madre o al acompañante del niño.

Además, si ha descubierto cualquiera de los problemas numerados en la tabla de "Recomendaciones a la madre o al acompañante acerca de los problemas de alimentación", dé a la madre los consejos recomendados.

Usted aprenderá a determinar y mejorar la posición y el agarre durante el amamantamiento en el módulo "Tratar al lactante enfermo de 1 semana a 2 meses de edad". Si la madre tiene algún problema de los senos, como hinchazón, dolor en los pezones o infección mamaria, tal vez sea preciso referirla a menos que usted esté capacitado para solucionarle el problema.

Si un niño menor de 6 meses de edad recibe alimentos o líquidos que no sean la leche materna, la meta es volver poco a poco o en forma exclusiva al amamantamiento. Sugiera a la madre que amamante al niño con más frecuencia y por más tiempo, de día y de noche. A medida que el niño mame más, la madre debe reducir poco a poco la cantidad de otras clases de leche u otros alimentos. Como este es un cambio importante en la alimentación del niño, pídale a la madre que vuelva al servicio a los 5 días.

En algunos casos, quizás sea imposible que el niño mame más o en forma exclusiva (por ejemplo si la madre nunca amamantó, si debe alejarse de su hijo

por períodos prolongados o si no lo amamanta por razones personales), en esos casos ella debe asegurarse de preparar correctamente la leche u otros sucedáneos de la leche materna y usarlos al cabo de una hora para evitar que se descompongan. Es importante usar la cantidad correcta de agua hervida limpia para la dilución.

Para preparar leche de vaca para lactantes menores de 3 meses de edad, mezcle media taza de leche entera hervida con media taza de agua hervida, 2 cucharaditas rasas de azúcar y 4 centímetros de aceite vegetal.

La taza es mejor que el biberón. La taza es más fácil de mantener limpia y no es un obstáculo para el amamantamiento. Para alimentar a un lactante con taza:

- Sosténgalo sentado, erguido o casi erguido en su regazo.
- Acerque una tacita a los labios del lactante, inclínela para que el líquido apenas le toque los labios.
- El lactante se despierta y abre la boca y los ojos.
- Un lactante con bajo peso al nacer toma la leche en la boca con la lengua.
- Un lactante nacido a término o de más edad chupa la leche y derrama una parte.
- No vierta le leche en la boca del lactante. Acérquele la taza a los labios y deje que la tome.
- Una vez que ha tomado lo suficiente, el lactante cierra la boca y no toma más.

Aunque los niños suelen perder el apetito con la enfermedad, se les debe animar a comer la clase de alimentos apropiados para su edad, con la frecuencia recomendada. Déle alimentos nutritivos que sean sus favoritos para animarlos a comer. Ofrezcales pequeñas comidas con frecuencia. Después de una enfermedad, la buena alimentación permite recuperar las pérdidas de peso y prevenir la desnutrición. (Ver cuadro de procedimientos).



Bibliografía

1. Atención Integrada de las enfermedades Prevalentes de la Infancia para los países de la región de las Américas. UNICEF, Washington. D.C. 20037, E.U.A., 1992 Organización Panamericana de la Salud/OMS /HCP/HCTI/ARI-CDD/96.3
2. Congreso Nacional. Ley 100 del 23 de diciembre de 1.993
3. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 083 del 23 de Dic. de 1997.
4. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 110 de 1998.
5. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 117 de 1998.
6. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 125 de 1999.
7. Control de la Diarrea - Manual del Voluntario de las Unidades de
8. Rehidratación Oral Comunitaria - UROC. Ministerio de Salud - UNICEF. Bogotá - 1998.
9. Curso de Capacitación Manejo Correcto de Casos de Diarrea. Washington, D.C. OPS/OMS. 1991
10. Curso de Gerencia Para Responsables de Actividades CED. Política Nacional. Washington, D.C. OPS/OMS. 1988.
11. Enfermedades Diarréicas. Prevención y Tratamiento. Washington, D.C. OPS/OMS. 1995.
12. Guía para Docentes de las Escuelas de Medicina y Enfermería para la Aplicación de la Estrategia del Manejo Estándar de los casos de Infecciones Respiratorias Agudas (MEC/IRA). Washington, D.C. OPS/OMS/HCP7HCT/ARI/95.19
13. Lineamientos para el Control del Cólera. Washington, D.C. OPS /OMS. Revisión 1992.
14. Manual de Manejo del Paciente con Diarrea. OPS/OMS/ UNICEF. Ministerio de Salud, Santafé de Bogotá, D.C. 1997.
15. Manual de Prevención de la Diarrea. OPS/OMS/ UNICEF. Ministerio de Salud, Santafé de Bogotá, D.C. 1997.

16. Ministerio de Salud. Decreto No. 806 del 30 de abril de 1.998.
17. Ministerio de Salud. Resolución 00365 de 1999.
18. Ministerio de Salud. Resolución 3997 de Noviembre 1996.
19. Ministerio de Salud. Resolución 4288 del 20 de Noviembre 1996.
20. Ministerio de Salud. Resolución 5261 de 1994.
21. Neumonía en los Niños: Estrategias para hacer frente al desafío. Washington, D.C. OPS/OMS.11-13 diciembre 1991.
22. Prado V. Síndrome diarreico agudo capitulo 247 Pg 1537 Pediatría Meneghello Editorial Medica Panamericana 1997.
23. Reforma a la Seguridad Social - Decretos y Reglamentos - Tomo 2 - Ministerio de Salud - Bogotá - 1995.
24. SIVIGILA - Hechos en Vigilancia en Salud Pública. Cólera en las Américas y el Fenómeno del Pacífico. Ministerio de Salud. Bogotá - Abril 1998.
25. Unidad de Capacitación para el tratamiento de diarrea - Guía para Directores - Washington, D.C. OPS/OMS.1991





El asma es una enfermedad de baja mortalidad mas no exenta de esta. Recuerde... Todas las causas de muerte son potencialmente PREVENIBLES.

El asma es una enfermedad inflamatoria frecuente.

No hable nunca más de H.R.V.A. , hable de Asma sin eufemismos, diga Asma sin miedo.

Ojo, el asma es la primera causa de ausentismo escolar.

No le prohíba un helado a un niño asmático... es demasiado cruel.

Recuerde, el asma no se cura, se controla.

**CUIDE LOS NIÑOS, SON GRANDES
MAESTROS DE ADULTOS INCORREGIBLES**

Recuerde lo que dicen y publican los que saben de Asma y los que saben de la estrategia AIEPI.

En los niños asmáticos:

- El seguir usando nebulizadores es resultado del conservadurismo médico y la no familiaridad con los inhaladores de dosis medida, los espaciadores y la literatura médica actual.
- La terapia inhalatoria es la piedra angular del tratamiento actual del Asma.
- El tratamiento inhalatorio es el preferido en el mundo entero.
- Los efectos secundarios de los medicamentos inhalados son menores si se comparan con los de un medicamento oral.
- En niños es fundamental el uso de un dispositivo espaciador.
- La mortalidad en Asma esta relacionada casis siempre con un manejo inadecuado de los medicamentos.



Tratamiento del niño asmático y de la crisis de Asma

Ricardo Posada Saldarriaga

El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria frecuente caracterizada por episodios broncoobstructivos recurrentes (Disnea sibilante, tos) que ceden parcial o totalmente en forma espontánea o con tratamiento. La obstrucción se produce por espasmo del músculo liso bronquial y especialmente por inflamación de las vías aéreas (Edema mucoso, aumento de secreciones, descamación de células epiteliales y reclutamiento de células inflamatorias). En los últimos años se ha enfatizado la importancia de la inflamación en el asma.

Clasificación

La clasificación más aceptada mundialmente es la siguiente:

1. Asma episódica: Menos de 1 episodio por mes. Síntomas leves que no afectan actividad, sueño ni alimentación.

2. Asma Leve: Episodios breves (menos de 1 hora de duración) que ocurren menos de 3 veces por semana. Síntomas nocturnos infrecuentes (Menos de dos veces por mes).

3. Asma Moderada: Síntomas significativos más de 3 veces por mes. Exacerbaciones prolongadas (varios días). Sibilancias o tos diariamente asociadas con alteraciones en la alimentación y en las actividades normales del niño.

4. Asma Severa: Síntomas perennes, disnea persistente, síntomas nocturnos frecuentes. Exacerbaciones que requieren consultas a urgencias u hospitalizaciones.

En asma leve, moderada o severa se recomiendan esteroides permanentes.

El tratamiento del paciente asmático debe ser multidisciplinario, debemos tener en cuenta no solamente los aspectos farmacológicos, sino quizás más importante, los preventivos, los relacionados con fisioterapia del tórax, aspectos psicológicos, nutrición y educación al paciente y su familia.

Para el éxito terapéutico de los pacientes asmáticos es necesario desarrollar una clínica de asma con protocolos claramente establecidos para tratar de obtener los objetivos básicos de estos niños, que son:

- Preservación de una adecuada función pulmonar a corto y largo plazo.
- Mejoría clínica, social y psíquica frente a su enfermedad.

Estos objetivos se alcanzarán al lograr evitar las crisis o al hacer que estas sean menos intensas y más cortas, y al hacer que los periodos intercríticos sean cada vez más prolongados y con la menor sintomatología posible.

Los controles funcionales son fundamentales en el seguimiento del tratamiento de estos pacientes y no solamente sirven para hacer el diagnóstico de la enfermedad, sino también para saber si un tratamiento es adecuado. No podemos conformarnos con la clínica solamente para saber si un paciente ha mejorado o empeorado, pues hay pacientes asintomáticos con obstrucción persistente que deben ser controlados adecuadamente para obtener un mejor pronóstico a largo plazo y preservar la función pulmonar en la vida adulta.

El tratamiento del asma tiene 2 aspectos básicos:

- Preventivo.
- Sintomático.

El preventivo a su vez se refiere a dos aspectos:

1. Primario: Aspectos educativos a pacientes susceptibles o a la comunidad con énfasis en aspectos inmunológicos, infecciosos e irritantes.

2. Secundario: Dirigido a los periodos intercríticos en los pacientes ya diagnosticados como asmáticos, es decir el tratamiento ambulatorio crónico del niño asmático.

El tratamiento sintomático se refiere al manejo de las crisis de asma y del estado asmático.

A. Primario

1. Control Ambiental:

- Evitar cambios bruscos de temperatura.
- Favorecer respiración nasal.
- Calentamiento previo al ejercicio.
- Evitar contaminantes (irritantes y alérgenos): Humo, cigarrillo, polvo casero, aerosoles, flores, pinturas, detergentes, desinfectantes, ambientadores, etc.
- No usar drogas sin indicación médica.
- No usar Acido acetil salicílico, antiinflamatorios no esteroideos, ni Beta bloqueadores.
- Manejo dietético de acuerdo a cada niño (individualizar).

2. Control inmunológico:

- Vacunación completa y oportuna.
- Las madres alérgicas deben evitar alimentos sensibilizantes en el embarazo.
- Alimentación exclusiva con leche materna hasta los 4 a 6 meses de edad.
- No introducir alimentos sensibilizantes tempranamente.

3. Infecciones:

- Evitar y tratar tempranamente infecciones, especialmente las ocasionadas por Virus Sincitial Respiratorio, Sarampión, Tosferina y Adenovirus.

B. Secundario

Es el tratamiento que se realiza ambulatoriamente en el paciente con diagnóstico de asma.

La educación es el pilar del tratamiento. Es necesario que los padres y el niño entiendan la enfermedad y comprendan la importancia que tiene para la función pulmonar en la vida adulta el control adecuado de su asma. Es indispensable ser muy claros con la familia en el diagnóstico de asma y en los aspectos terapéuticos y pronósticos relacionados con ella y hacerlos conscientes de las repercusiones que puede tener un asma mal controlado y los beneficios de un adecuado control y tratamiento. Idealmente deberían recibir educación en talleres estructurados y realizados por equipos interdisciplinarios.

y pronósticos relacionados con ella y hacerlos conscientes de las repercusiones que puede tener un asma mal controlado y los beneficios de un adecuado control y tratamiento. Idealmente deberían recibir educación en talleres estructurados y realizados por equipos interdisciplinarios.

La excelente comunicación del niño y su familia con el médico tratante es necesaria para conseguir el éxito futuro del tratamiento de la enfermedad. En estos pacientes debemos dedicar el mayor tiempo posible en cada consulta para que no exista ninguna duda relacionada con la enfermedad y su manejo.

El tratamiento ambulatorio del niño asmático abarca los siguientes aspectos:

- Uso de medicamentos a largo plazo y drogas preventivas.
- Terapia respiratoria, reeducación respiratoria, técnicas de higiene bronquial, respiración diafragmática, ejercicios de los músculos respiratorios y mejorar posturas aberrantes.
- Control del medio ambiente.
- Apoyo psicológico en pacientes con un importante componente de angustia, frustración, alteraciones del comportamiento, trastornos familiares y sociales y bajo rendimiento escolar.
- Inmunoterapia.

Tratamiento farmacológico del asma

De acuerdo con la clasificación del paciente se inicia el tratamiento farmacológico.

En asma leve o severa es necesario tratamiento permanente con drogas antiinflamatorias y preventivas (esteroides) por vía inhalatoria, si no hay respuesta adecuada pueden sumarse beta-2 adrenérgicos de acción prolongada. Actualmente contamos con medicamentos antileucotrienos (Montelukast, Zafirlukast) que han mostrado excelentes resultados.

En asma de predominio nocturno son útiles los beta-2-adrenérgicos inhalados de acción prolongada.

Los atropínicos inhalados (Bromuro de Ipratropium) pueden tener efectos sumatorios cuando se suman a los Beta-2 en caso de síntomas. Son especialmente útiles en asma hipersecretante del lactante.

El Ketotifeno, un supuesto profiláctico del asma, no ha demostrado efectividad en la mayoría de los trabajos. Es efectiva en pacientes con rinitis alérgica por sus efectos antihistamínicos, pero poco en asma y por lo tanto no los recomendamos.

La tendencia actual en el manejo ambulatorio de los asmáticos es utilizar cada vez con mayor frecuencia los esteroides inhalados que tienen la ventaja de actuar directamente en el lugar de la afección y estar prácticamente libres de efectos secundarios sistémicos. Por su efecto antiinflamatorio y por la disminución de la Hiperreactividad bronquial a largo plazo son pilares en el tratamiento crónico del asmático.

Dosis de los medicamentos

1. Beta-2-adrenérgicos: Idealmente deben utilizarse por vía inhalatoria con los inhaladores de dosis medida. La vía oral prácticamente se ha abandonado pues los medicamentos inhalados son más efectivos, actúan directamente en el órgano blanco y son mucho menos tóxicos que las drogas orales (se ha demostrado que 4 dosis al día de un Beta-2 por vía oral equivalen en toxicidad a 200 disparos de un inhalador del mismo Beta 2).

Las presentaciones comerciales de Beta 2 en inhalador de dosis medida (MDI) más utilizadas en nuestro medio son:

- Salbutamol (Ventilan[®], Servitamol[®])
- Terbutalina (Bricanyl[®], Terburop[®]).
- Berodual[®]: Es la combinación de Beta 2 (Fenoterol) + Bromuro de ipratropium
- Combivent[®]: Salbutamol + Bromuro de ipratropium.
- Ventide[®]: Es la combinación de Salbutamol + Beclometasona.
- Salmeterol (Serevent[®]) Beta-2 adrenérgico inhalado de acción prolongada.

En general las dosis aceptadas de Beta 2 adrenérgicos inhalados es de 1 a 2 disparos cada 4 a 6 horas. Debe hacerse siempre con dispositivos espaciadores comerciales o elaborados en casa con botellas plásticas o vasos de más de 750cc de capacidad. Los espaciadores son absolutamente indispensables para realizar las inhalaciones como veremos posteriormente.

En todos los niños, aun lactantes, es posible la terapia inhalatoria con los espaciadores. Por lo tanto no se recomienda la terapia por vía oral.

2.Xantinas: Su utilización ha disminuido en los últimos años y prácticamente se reserva para los niños con asma nocturna, sin embargo los beta-2 de acción prolongada las han reemplazado incluso en estos casos.

Idealmente deben utilizarse las xantinas de acción prolongada que producen niveles más estables y son mejor toleradas y aceptadas por el niño pues se administran cada 12 horas. Las más utilizadas en nuestro medio son: Teobid (100, 200 y 300 mgr), Teofilina R (100, 125, 200, 250 y 300mgr), Quibrán (300mgr). Se inician con dosis bajas de 5mgr/kg/dosis cada 12 horas aumentando progresivamente en el transcurso de 1 a 2 semanas hasta la dosis de 10mgr/kg/cada 12 horas. Idealmente debemos medir los niveles séricos y ajustar las dosis de acuerdo a ellos. El rango terapéutico varía de 8 a 20 microgr.

3.Esteroides inhalados: Los más utilizados en nuestro medio son la Beclometasona (Beclvent 50 ug por disparo y Becloforte 250 ugr por disparo), la Budesonida (B-Cort niños 50ugr por disparo y B-Cort adultos 200ugr por disparo) y la Fluticasona (Flixotide). La dosis recomendada es 100 microgr cada 6 a 8 horas, sin pasar de 800-1000ug/día. su mayor efecto colateral es la candidiasis orofaríngea, pero este efecto baja a 0% con el uso de los espaciadores pues con ellos la droga no se impacta en la orofaringe. Los efectos sistémicos descritos para los corticosteroides sistémicos a largo plazo son inexistentes a las dosis descritas.

4.Esteroides VO: Los más utilizados son la prednisona, la prednisolona, la metilprednisolona y el deflazacort y pueden administrarse en dosis de 1 a 2 mgr/kg/día por ciclos cortos en períodos de exacerbación o interdiario en casos severos.

5.Atropínicos inhalados: El Bromuro de ipratropium (Atrovent, Berodual, Combivent) viene en inhalador de dosis medida con 20 microgr por disparo. La dosis es 2 disparos cada 4 a 6 horas.

6.Drogas preventivas: El cromoglicato de sodio (Intal) Viene en cápsulas para inhalación o en inhalador de dosis medida o en solución para nebulización. La dosis es de 20 a 40 mgr cada 6 horas, luego de obtener respuesta se va disminuyendo la dosis e incluso puede controlarse con 1 a 2 disparos al día. Actualmente ha caído en desuso.

Los Antileucotrienos son drogas preventivas que han demostrado excelentes resultados en niños, prácticamente libres de efectos secundarios han demostrado gran utilidad en la prevención de asma leve, moderada y severa, asma nocturna y asma inducida por ejercicio. Su mayor ventaja es que se administra por vía oral y en una sola dosis diaria, su desventaja son los costos, pero debe sopesarse costos vs beneficios. El más utilizado es el Montelukast (Singulair) que se administra en niños menores de 6 años a dosis de 4 mgr/día, entre 6 y 12 años 5mgr/día y mayores de 12 años 10mgr/día. Se utiliza como droga preventiva sumada a esteroides inhalados en asma severa o que no haya respondido a esteroides solos.

Medicamentos inhalados

El tratamiento inhalatorio del asma es el preferido actualmente en el mundo entero. Los medicamentos administrados por inhalador de dosis medidas tienen las siguientes ventajas sobre las drogas orales:

En primer lugar la droga es administrada directamente al órgano blanco, por lo cual son más efectivas y la acción es más rápida que las drogas orales.

En segundo lugar la absorción, y por lo tanto los niveles séricos, son muchísimo más bajos que por VO y por lo tanto los efectos colaterales de los fármacos inhalados son mínimos si se compara con una droga oral, como mencionábamos antes, los niveles sanguíneos y los efectos colaterales de 4 dosis al día de un Beta 2 oral equivalen a 200 disparos de la misma droga por inhalador de dosis medida.

La técnica es fundamental para un adecuado tratamiento inhalatorio. En niños y aun en adultos es fundamental el uso de un dispositivo espaciador. Con los espaciadores es posible el tratamiento inhalatorio aun en lactantes. En general en niños menores de 4 años el espaciador recomendado es un vaso plástico de 750cc y en niños mayores una botella plástica de más de 500cc es suficiente como un buen espaciador. Los espaciadores son fundamentales en la terapia inhalatoria por varios motivos:

1. La coordinación entre el disparo del inhalador y la inspiración es difícil en el paciente pediátrico y con el espaciador no es necesaria la coordinación por parte del paciente.

2. A medida que las partículas se separan de la boquilla del inhalador se van fragmentando por el principio de choque de partículas, y de esta forma llegan al aparato respiratorio del paciente partículas de diámetro menor que penetran más fácil y profundamente en la vía aérea. Incluso en adultos se recomienda hacer el disparo del inhalador a 10 cms de la boca.

3. La impactación de las partículas en orofaringe y tracto respiratorio superior es menor con el uso del espaciador, si los esteroides se utilizan sin espaciador la incidencia de candidiasis orofaríngea es mayor del 20% y que con el uso del espaciador disminuye al 0%, lo cual se explica por este fenómeno de impactación de partículas en orofaringe.

Por todo lo anterior, el uso de Beta-2 adrenergicos orales y esteroides sistémicos prácticamente se ha abandonado en el manejo del asma. Se prefiere actualmente la vía inhalatoria para la administración de medicamentos en el asma pues los beneficios en el control del asma son muchísimo mayores y sus efectos colaterales son menores.

Otra forma de administración de medicamentos inhalados igualmente efectiva a los inhaladores de dosis medidas son los Inhaladores en polvo seco y los discos, su efectividad es similar pero son útiles solamente en niños mayores de 4 o 5 años quienes son capaces de colaborar y de generar un volumen corriente suficiente para poder inhalar las partículas.

Inmunoterapia

No es el objetivo de este resumen hacer una revisión de la inmunoterapia, sin embargo es importante decir que esta se debe hacer a pacientes muy seleccionados y por personal especializado.

Su aplicación se restringe a pacientes con mal control a pesar del tratamiento farmacológico adecuado, quienes además tengan un franco factor alérgico desencadenante de sus síntomas y en quienes el alérgeno específico no pueda ser eliminado del medio en que vive el paciente. Es importante agregar que su efectividad es poca en pacientes menores de 5 años y por lo tanto no debe hacerse antes de esta edad.

Su costo y su duración son muy grandes y su eficacia en asma (No en rinitis) sigue siendo muy controvertida.

Es muy claro que la inmunoterapia no reemplaza a la farmacoterapia del asma y en casos de realizarla se debe hacer concomitantemente el tratamiento medicamentoso.

Asma inducida por ejercicio

Se recomienda un buen calentamiento previo al ejercicio y utilizar la respiración nasal.

Utilizar un Beta-2-adrenérgico inhalado previo al ejercicio a dosis de 2 disparos 15 minutos antes o cromoglicato de sodio en igual forma, puede evitar el desarrollo de obstrucción bronquial desencadenada por ejercicios intensos.

Tratamiento de la crisis de asma

Ojalá se contara con una sala especial para el tratamiento de urgencias de la crisis asmática.

Lo más importante en el tratamiento del niño asmático no es el manejo de las crisis, sino el adecuado manejo ambulatorio crónico, pues de esta forma logramos que el paciente cada vez tenga menos crisis y que estas sean cada vez más leves y fáciles de controlar.

Sin embargo, debemos conocer el tratamiento adecuado y tener claridad en los pasos a seguir cuando nos llega un niño con crisis asmática. El reconocimiento de la crisis debe ser rápido para lograr su inmediato control. La mortalidad por asma en los últimos años ha aumentado, las causas de este aumento son la falla para reconocer precozmente la crisis y su severidad, la demora para acudir al tratamiento médico, la subvaloración por parte del médico de la severidad y el no reconocer la importancia de controlar el componente inflamatorio por medio de los esteroides sistémicos.

Los pasos a seguir en el hospital son:

- 1. Valoración de la gravedad de la crisis de asma y de los posibles factores desencadenantes.**
- 2. Conocer el tratamiento que viene recibiendo el paciente.**
- 3. Tratamiento de la crisis de acuerdo a la clasificación de severidad, incluyendo oxigenoterapia, broncodilatadores, antiinflamatorios (Esteroides), líquidos, terapia respiratoria, medidas generales, etc.**

1. Valoración de la severidad de la crisis:

La valoración de la severidad de la crisis puede hacerse valiéndose del índice de severidad, en Leve - Moderada - Severa, así:

| Puntaje | Músculos accesorios | Sibilancias | Disnea |
|----------------|---|---|--|
| 1 | <i>No retracciones</i> | <i>No sibilancias</i> | <i>No disnea</i> |
| 2 | <i>Retracciones intercostales</i> | <i>Sibilancias final de espiración</i> | <i>Disnea mínima-actividad normal.</i> |
| 3 | <i>Retracciones intercostales y supraesternales</i> | <i>Sibilancias espiratorias e inspiratorias</i> | <i>Disnea moderada-Disminución de la actividad</i> |
| 4 | <i>Aleteo nasal</i> | <i>Sibilancias audibles sin estetoscopio</i> | <i>Disnea severa en reposo-Se concentra en respirar.</i> |

-Puntaje de 1-3: Leve

-Puntaje de 4-6: Moderada

-Puntaje de 7-9: Severa

En el caso de contar con gases arteriales o espirometría digital durante las crisis, los datos obtenidos de estos exámenes pueden servir de ayuda a la clasificación de la gravedad de la crisis, sin embargo no son absolutamente necesarios para realizar la clasificación:

| Parámetros | Leve | Moderada | Severa |
|-------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| <i>PaCO₂</i> | <i>Disminuida</i> | <i>Disminuida</i> | <i>NI o aumentada</i> |
| <i>pH</i> | <i>Alcalosis respiratoria</i> | <i>Alcalosis respiratoria</i> | <i>Acidosis respiratoria o mixta</i> |
| <i>VEF 1</i> | <i>Más de 50%</i> | <i>30-50%</i> | <i>Menos de 30%</i> |
| <i>PEF</i> | <i>Más de 50%</i> | <i>30-50%</i> | <i>Menos de 30%</i> |

En general se puede decir que Leve se refiere a casos cuando solo hay limitación para las funciones que requieran grandes esfuerzos, Moderada cuando hay limitación para las funciones habituales del paciente permitiéndole estar sentado o deambulando con esfuerzo, y Severa cuando limita al paciente para deambular y lo mantiene con disnea importante aun en reposo, hay cianosis y puede llegar hasta falla respiratoria.

Se deben tener en cuenta los siguientes factores o antecedentes que aumentan el riesgo de las crisis:

- Asma de Alto Riesgo con períodos intercríticos sintomáticos (Perenne).
- Severidad grande desde el punto de vista funcional.
- Antecedentes de crisis severas que requirieron manejo en UCI.
- No mejoría o empeoramiento a pesar del tratamiento inicial adecuado.
- Asma desencadenada por infección severa.
- Complicaciones en crisis previas (Neumotórax, neumomediastino, etc).

2. Factores desencadenantes

Infección viral, suspensión de la medicación o mal uso de ella, stress, exposición a alérgeno conocido, causas indeterminadas.

3. Información sobre drogas previas

Esteroides, Beta-adrenérgicos, Xantinas, etc. Conocer las dosis y el tiempo antes de la crisis.

4. Tratamiento de la crisis

El NAEP (*National Asthma Education Program*), organismo de control del asma del servicio de salud de los Estados Unidos, en su pánel de expertos concluye que el objetivo principal del tratamiento de la crisis es la reversión rápida de la obstrucción bronquial, la cual se logra con la administración repetida de beta-2-adrenérgicos. La administración de esteroides sistémicos (nunca inhalados en crisis) acelera la mejoría, evita las recaídas y disminuye la mortalidad. Si hay hipoxemia se debe corregir con la administración de oxígeno suplementario. El monitoreo del paciente requiere evaluaciones clínicas y mediciones de la función pulmonar periódicas, para establecer objetivamente la respuesta al tratamiento.

Tratamiento farmacológico

Tratamiento en el hogar:

Lo más importante es reconocer precozmente el inicio de la crisis, aun antes de que aparezca la dificultad respiratoria y las sibilancias. Un aumento de la tos en un niño con diagnóstico de asma nos debe llevar a iniciar o aumentar la frecuencia de los broncodilatadores y/o esteroides. El uso del flujómetro para medir el Flujo Pico (PEF) en el hogar puede predecir aun con 24-48 horas de anticipación el inicio de una crisis, pero debe usarse en pacientes bien seleccionados.

Es fundamental la educación de los padres del niño asmático. Enseñarles a evaluar la frecuencia respiratoria y a reconocer la presencia de retracciones y otros signos de la crisis o de empeoramiento del paciente.

En caso de detectar deterioro clínico por alguno de estos parámetros (clínico o funcional) se recomienda a los padres incrementar o iniciar medicamentos beta-2 inhalados o iniciar drogas antiinflamatorias (esteroides). El uso de Beta-2-adrenérgicos en inhalador de dosis medidas (IDM) con espaciador ha permitido un manejo ambulatorio más adecuado. Se recomienda iniciar con 2 puff o disparos cada hora por tres horas, si mejora se continua cada 2 horas por un día, cada 3 horas por un día y cada 4 horas por 1 semana, iniciar esteroides por vía oral (ciclo corto- 5 días) y reconocer los parámetros de deterioro que lo obligan a consultar inmediatamente al servicio de urgencias. Si después de las tres horas iniciales de tratamiento el paciente no mejora o empeora debe consultar.

El uso de esteroides en casa debe instituirse si no hay mejoría con los beta-2 o si tiene antecedentes de crisis previas muy severas o historia de deterioro súbito en crisis precedentes. Se recomienda metilprednisolona o prednisona por vía oral a dosis de 1-2 mgr/kg/día en una o dos tomas, por períodos cortos (5 días).

Hay que enfatizar que el manejo en casa debe ser cuidadoso. Si no hay buena educación de los padres puede convertirse en un arma de doble filo, pues se confían excesivamente en los broncodilatadores inhalados y no consultan al médico oportunamente. En otras palabras, estas indicaciones de manejo en casa sólo deben darse a padres que estén en un programa bien establecido de educación en asma, pues hacerlo en padres inexpertos y sin adecuados

conocimientos sobre la enfermedad puede ser contraproducente y peligroso, en este caso es preferible recomendarles que ante cualquier síntoma de exacerbación acudan inmediatamente al médico y no esperen con medidas caseras.

En caso de recomendar el tratamiento en casa se debe enfatizar que ante crisis severas, o si no hay mejoría en horas, o si hay alguna duda deben consultar rápidamente para iniciar el tratamiento intrahospitalario.

Tratamiento Hospitalario:

Al llegar el paciente al hospital se clasifica la crisis en leve, moderada o severa de acuerdo al índice de severidad ya mencionado.

1. Crisis leves y moderadas:

- **Oxigenoterapia:** FIO₂ de 35-40% con máscara y sistema Ventury o de acuerdo a gases arteriales.
- **Beta-2-adrenérgicos de acción corta (Terbutalina o Salbutamol) por vía inhalatoria, con inhalador de dosis medidas (IDM) y espaciador adecuado, así:** 2 puff cada 10 minutos la primera hora y cada 20 minutos las 2 horas siguientes. Al mejorar se van espaciando los puff. En lactantes, por el componente hipersecretante, puede ser útil el uso de beta-2 + bromuro de ipratropium en IDM. La utilización de epinefrina o beta-2 por vía subcutánea se ha abandonado, su efectividad no es mayor que la vía inhalatoria y tiene mayores efectos colaterales cardíacos, inicio de acción más retardado. Además es dolorosa y traumática, lo cual puede llevar a rechazo del tratamiento por el paciente.
- **Esteroides:** Son fundamentales en el tratamiento de la crisis, independientemente de la severidad. El uso de metil prednisolona a dosis de 1-2 mg/kg/día por vía oral disminuye el número de hospitalizaciones. Se debe continuar con ciclo corto a la misma dosis por 5-7 días.
- Terapia respiratoria con maniobras de aceleración de flujo espiratorio e higiene bronquial. La percusión y la vibración están contraindicadas.
- Si después de tres horas la mejoría es parcial puede repetirse el tratamiento. Si no mejora o empeora se maneja como crisis severa.

- **Los criterios para dar salida del servicio de urgencias son:** Estado clínico estable con disminución progresiva del índice de severidad. El flujómetro puede objetivizar esta mejoría. La oximetría de pulso tiene un valor predictivo útil para establecer la posibilidad de recaída (niños con desaturación de la Hb tienen mayor riesgo de recaer y regresar al servicio de urgencias).

Se da de alta con el mismo Beta-2 en IDM cada hora por un día, luego cada 2 horas por 1 día, cada 3 horas por 1 día y cada 4 horas por 1 semana. Ciclo de esteroide por 5-7 días y revisión en 8 días.

Al alta es necesario comprobar que el paciente utiliza el IDM con espaciador en forma correcta. La causa más común de recaída con su consecuente reingreso es que solamente enseñamos teóricamente la forma de usar el inhalador y no comprobamos su uso adecuado. Hay que recalcar que el éxito terapéutico de los IDM depende fundamentalmente de su correcta utilización.

2. Crisis severas o crisis con factores de riesgo:

Puede intentarse su manejo inicial como crisis leves y moderadas, si no responde después de 1 hora se debe hospitalizar.

Bases generales del tratamiento:

- Broncodilatadores.
- Esteroides.
- Terapia respiratoria.
- Goteo o inhalación continua de Beta-adrenérgicos.
- Ventilación mecánica.

Nunca utilizar: Sedantes, antitusivos, Antihistaminicos, Aspirina, Supositorios de Aminofilina.

Medicación en Crisis Severas.

- Suspender vía oral.
- **Oxígeno:** FIO₂ mayores de 40% con máscara o cámara de Hood.
- **Líquidos IV:** Hay que evitar la sobrehidratación por el riesgo de edema pulmonar. Administrar el 75% de los requerimientos diarios.
- **Beta-2-adrenérgicos:** IDM a las dosis descritas para crisis leves y moderadas. Se puede asociar con bromuro de ipratropium.

- **Esteroides:** Metilprednisolona IV 2 mg/kg inicial, seguido de 0.5-1mg/kg/dosis cada 6-8 horas. En su defecto hidrocortisona IV 10mg/kg inicial seguida de 5 mg/kg/dosis cada 6-8 horas. Como tercera opción y en caso de que no tengamos otros esteroides, dexametasona 1mg/kg inicial seguida de 0.3-0.5 mg/kg/dosis cada 6-8 horas.
- **Aminofilina IV:** Su utilidad es discutida actualmente. No se han demostrado efectos sumatorios broncodilatadores con los Beta-2. Solo se utiliza en pacientes con pobre respuesta al tratamiento anterior que estén en inminencia de falla respiratoria, para fortalecer y prevenir la fatiga de los músculos respiratorios. Si se va a utilizar hacerlo así:
 - Bolo inicial de 6 a 7 mgr/Kg en 50cc de DAD en 20 a 30 minutos.
 - Se continua goteo continuo a 1 mgr/Kg/hora.

Si hay mejoría luego de algunas horas se da salida con Beta-2 en IDM a las dosis descritas para crisis leves y moderadas + Ciclo corto de esteroides orales y control por consulta externa.

Nota: Los esteroides por vía inhalatoria son inefectivos en el manejo de las crisis asmáticas y no deben utilizarse. Solo se recomienda el uso de esteroides por vía sistémica (oral o IV). Los esteroides en IDM se reservan para el manejo ambulatorio de pacientes con asma.

Traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI):

Criterios para la admisión a la UCI:

- PaCO₂ persistentemente elevada a pesar de tratamiento inicial adecuado.
- Pulso paradójico mayor de 20mmHg.
- Uso persistente de músculos accesorios. Especialmente esternocleidomastoideo.
- Diaforesis intensa.
- Empeoramiento de los gases arteriales con respecto a los iniciales.
- Somnolencia, confusión, coma.
- **Complicaciones:** Neumotórax, neumomediastino, enfisema subcutáneo, atelectasia pulmonar total.
- PaO₂ menor de 50mmHg y Cianosis con FIO₂ mayor de 40%.

Tratamiento en la UCI:

Ventilador farmacológico: Nebulización continua con Beta-2-adrenérgico. Terbutalina o salbutamol en solución para nebulizar a dosis de 1 gota/kg en 3cc de solución salina al 0.9% en forma continua (sin espacio de tiempo entre una y otra) con monitoreo cardíaco y oximetría de pulso. El tiempo promedio para este tratamiento es de 24 horas. Se debe continuar el tratamiento descrito para crisis severas. Con esta modalidad terapéutica se ha logrado disminuir significativamente la necesidad de ventilación mecánica, la cual es de alto riesgo en el paciente asmático por sus frecuentes complicaciones.

Ventilación mecánica: Si a pesar de lo anterior el paciente empeora se debe considerar la posibilidad de ventilación mecánica, en caso de utilizarla hacerlo con los parámetros mínimos que logren controlar la acidosis respiratoria, empezando con volúmenes corrientes de 10mL/kg y altas frecuencias. Es necesario utilizar sedación y parálisis muscular. Desconectarlo lo más rápidamente posible. La ventilación mecánica en asma es difícil y con muchos riesgos de complicaciones como neumotórax y otras formas de escape aéreo (neumomediastino, neumopericardio y enfisema subcutáneo).

También se ha utilizado halotane y sulfato de magnesio en crisis severas. En pocos casos se ha realizado broncoscopia terapéutica para remover tapones mucosos.

El pH bajo no se debe corregir con bicarbonato, lo más importante es corregir la causa de esa acidemia, es decir debemos disminuir la PaCO₂ con ventilación adecuada antes de aplicar bicarbonato, pues la causa es la alteración de la relación V/Q y no un trastorno metabólico. La aplicación de bicarbonato sin haber corregido la hipercapnia es contraproducente y empeora la retención de CO₂.

El asma es una enfermedad con baja mortalidad, pero no exenta de esta, y todas las causas de muerte son potencialmente prevenibles con adecuado tratamiento.



Hay epidemias claramente detectables, evidentes; pero hay otras ocultas llamadas... **maltrato infantil**, éstas son de alerta roja.

Los tipos maltrato son:

- Maltrato físico
- Abuso sexual
- Abandono
- Negligencia
- Maltrato psicológico (de los peores)
- Menor trabajador



**CON LOS NIÑOS Y CON TODO EL MUNDO
SÓLO USE LAS ARMAS DE LA RAZÓN Y
EL AFEECTO**

Guía de atención al menor maltratado

Resolución 00412 Ministerio de Salud 2000

Justificación

Para el Ministerio de Salud la violencia, constituye el principal problema de salud pública del país, no solamente por las cifras de muertos, lesionados, secuestrados, desaparecidos y desplazados que esta representa, sino también por el impacto que tiene sobre la salud de los colombianos y sobre este sector.

La violencia alcanza dimensiones de la vida social que en ocasiones la hace menos visible pero no por ello menos nociva para la vida de los colombianos. Estas formas de violencia son: la Violencia Intrafamiliar y el Maltrato Infantil, que por lo cotidianos y por considerarse asociados a la cultura no son identificados ni atendidos en forma oportuna y efectiva.

Según datos del plan de acción a favor de la infancia, dos millones de niños son maltratados cada año, ochocientos cincuenta mil (850.000) en forma severa. En Colombia el maltrato físico es el más frecuentemente reportado (46) aunque el maltrato emocional parece ser más prevalente (4.3% de niños (as) son maltratados (a) físicamente y 9.7% emocionalmente(35).

En 1998, Medicina Legal realizó 9.290 dictámenes por maltrato físico (23). De otro lado, se realizaron 9.966 dictámenes por delitos sexuales contra menores perpetrados dentro y fuera del núcleo familiar, para unas tasas de 83x100.000, en los grupos de 10 a 14 años, 71x100.000 en los de 15 a 17 años, y 62x100.000, en los menores de 5 a 9 años. Del total de dictámenes realizados en Colombia a menores de 15 años, sin incluir Santafé de Bogotá, el agresor correspondió en el 33% de los casos a un familiar (padre, padrastro, tío, primo, etc.), el 46% a otro conocido y el 21% a un desconocido (22).

Algunas estadísticas del sector salud nos muestran como a pesar del alto subregistro existente, el Hospital de la Misericordia de Bogotá ha establecido que el 1% de la consulta general de la institución corresponde a maltrato. En el Hospital Universitario del Valle (1995) se ha establecido que del 12 al 17% de los accidentes domésticos, corresponden en realidad a maltrato. En las unidades de quemados de nivel terciario, suele encontrarse un 13% de niños maltratados intencionalmente o por negligencia grave (9).

Los casos de Maltrato infantil llegan hasta el homicidio; en 1996 Medicina Legal, registró 34 homicidios por maltrato infantil (22).

“Por cada muerte se estiman 9 menores incapacitadas, 71 niños con lesiones graves, e innumerables víctimas con secuelas psicológicas.

Usualmente el maltrato físico es recurrente y cada vez más grave. Las consecuencias físicas y psicológicas son numerosas e incluyen la muerte, incapacidad, lesiones como laceraciones, fracturas, quemaduras, contusiones, y daño cerebral; múltiples problemas en el desarrollo social y afectivo, incluyendo una mayor probabilidad de manifestar comportamientos violentos y delincuenciales. En Colombia, el maltrato en el hogar es un antecedente frecuente dentro de la población de los niños de la calle”(22).

La Cámara de Comercio de Bogotá, en su publicación “Prostitución Infantil en el Centro de Bogotá”, afirma que el ambiente familiar, precedido de condicionantes económicos y psicoafectivos, son factores predisponentes al ejercicio de la prostitución. Los agentes originados en el seno del hogar, corresponden principalmente al maltrato producido por algún miembro del grupo familiar y se traduce en golpes continuos, agresiones y violaciones, seguido de conflicto familiar, violencia psicológica y padres adictos, razones estrechamente relacionadas entre sí, que impulsan a los niños y niñas al ejercicio posterior. El fenómeno de prostitución infantil y adolescente en el centro de Bogotá, se ha duplicado en un lapso de tres años (5).

La Dirección General de Investigaciones del Departamento Administrativo de Seguridad DAS, a través de la Campaña a favor de la Niñez en Colombia, durante los primeros cuatro meses de 1998, atendió en el país 245 casos de prostitución (Inducción, Constreñimiento y Estímulo a la Prostitución de Menores y Pornografía con Menores).

Por todo lo anterior es indispensable que el sector salud trabaje decididamente en la promoción el buen trato, la prevención, detección y atención del maltrato al niño. Además que notifique y denuncie los casos que conozca, y mantenga un sistema de vigilancia en salud pública que permita la orientación de las intervenciones.

Definición y aspectos conceptuales

Esta es una guía de atención que establece criterios técnico-científicos, de intervención necesarios para la promoción del buen trato, la detección e intervención de los factores de riesgo, la detección temprana de maltrato, la atención y el seguimiento de los niños maltratados, a través de un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial.

Definición del maltrato infantil

Toda acción u omisión que interfiera negativamente en el sano desarrollo físico, mental o emocional de un menor, causado por un adulto a cuyo cuidado se encuentra el menor (27).

Tipos de maltrato

Maltrato Físico

Es toda agresión física a un menor causada por parte de los padres, personas del grupo familiar o cuidadores. Puede ser de intensidad leve, moderada o grave y su ocurrencia antigua, reciente o recurrente (45).

| Factores de Riesgo | |
|---|--|
| Del niño o de la niña | De la familia o de sus miembros |
| <ul style="list-style-type: none">• Retardo mental.• Parálisis cerebral.• Deformidades físicas.• Dificultades en la alimentación o defecación.• Niños hiperkinéticos o con llanto chillón• Con enfermedades crónicas.• Menores de 5 años. | <ul style="list-style-type: none">• Crisis familiares por necesidades básicas insatisfechas.• Familias donde la violencia es aceptada como forma de relación entre sus miembros.• Padres que han sufrido maltrato infantil.• Condición de padrastro o madrastra.• Bajo nivel de escolaridad de los padres.• Padres adolescentes.• Hijos indeseados, o que no cumplen las expectativas de los padres y son considerados insoportables, feos, malos.• Disfunción de la pareja.• Aislamiento social.• Bajos niveles de comunicación.• Inadecuada escala de valores.• Alteraciones en el sistema de vinculación afectiva de padres e hijos.• Padres consumidores de alcohol o sustancias psicoactivas. |

Sociales

- *Desempleo.*
- *Tolerancia social al maltrato en general.*
- *Hacinamiento.*
- *Desplazamiento forzado.*
- *Corrupción.*
- *Bajo nivel de ingreso.*
- *Ausencia de redes sociales de apoyo.*

Maltrato emocional o psicológico

Da cuenta de los efectos adversos sobre la conducta la emocionalidad, la seguridad y el maltrato emocional o psicológico la capacidad de adaptarse al medio, de un menor, producidos por la actitud de un adulto, la cual puede enmarcarse como alejada y ajena a toda conducta con sentido constructivo, educativo o protector para con el menor (48).

Dentro de esta variante de maltrato se encuentran numerosas conductas que padres, maestros y cuidadores que realizan con los niños, por ejemplo el rechazo, la crítica, la constante burla de sus aptitudes o de sus errores y equivocaciones infantiles, la ridiculización de sus acciones, la amenaza de abandono o daño si no cumplen con las expectativas de los padres, las demandas y exigencias inapropiadas para la edad del niño, que terminan confiriéndole un papel adulto o de paternidad que no le corresponde, así como la sobreprotección mediante actitudes que inhabilitan e inmovilizan el normal desarrollo del niño.

El maltrato psicológico del menor se clasifica en leve, como aquel que es reparable en un corto tiempo de tratamiento; moderado, el que requiere una intervención prolongada al niño y a su familia; y grave, aquel que no tiene retroceso y sus secuelas acompañan a la víctima toda la vida. Como se mencionó anteriormente, es importante recordar que todos los tipos de maltrato a los niños y niñas están acompañados de maltrato psicológico.

Factores de Riesgo

Sociales

- *Desempleo o estrés laboral.*
- *Dificultades económicas severas.*
- *Cambios bruscos de patrones culturales.*
- *Aislamiento de la familia de recursos de apoyo (salud, educación, recreación, etc.)*

| <i>Del niño o de la niña</i> | <i>De la familia o de sus miembros</i> |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bajo rendimiento escolar.</i> • <i>Exigencia excesiva de rendimiento escolar por parte de los padres o maestros.</i> • <i>Etapa en que los padres desean que el niño controle sus esfínteres.</i> • <i>Trastornos en el desarrollo físico o emocional (hiperactividad, crisis de llanto, enfermedad crónica, retardo mental).</i> | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Padres que ignoran, rechazan, aíslan, aterrizan, pervierten, atacan verbalmente, o presionan al niño.</i> • <i>Padres que no responden a las necesidades del niño y fracasan en estimularlo de manera adecuada.</i> • <i>Padres que no establecen contacto visual con el niño.</i> • <i>Padres que no reaccionan a la presencia del niño y que no demuestran afecto hacia él.</i> • <i>Padres que no le proveen al niño intimidad y autonomía adecuada para su edad.</i> • <i>Madres que presentan depresión profunda.</i> • <i>Padres que amenazan permanentemente a los niños.</i> • <i>Padres que protegen excesivamente a sus hijos.</i> • <i>Embarazos indeseados.</i> • <i>No participación del padre en la crianza.</i> • <i>Conflictos de pareja.</i> • <i>Alcoholismo o drogadicción.</i> • <i>Trastornos mentales.</i> • <i>Antecedentes de maltrato.</i> • <i>Inestabilidad afectiva.</i> |

Abuso Sexual

Contacto o interacción entre un menor y un adulto , en el que el menor es utilizado para la satisfacción sexual del adulto o de terceros, desconociendo el desarrollo psicosexual del menor. El abusador puede ser un menor cuando es significativamente mayor que la víctima o tiene una posición de poder o control sobre el menor (30).

| Factores de Riesgo | |
|--|---|
| <i>Del niño o de la niña</i> | <i>De la familia o de sus miembros</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>La condición de sometimiento y dependencia de los niños.</i> • <i>Las niñas son más abusadas intrafamiliarmente y los niños más frecuentemente fuera de su casa.</i> | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Familias donde hay abusadores con miembros pasivos, dependientes y sumisos.</i> • <i>Dependencia económica del abusador.</i> • <i>Con historia de abuso sexual infantil, y abuso psicológico y físico en la infancia y en la vida actual.</i> • <i>Impera el silencio por temor al que dirán.</i> |

| <ul style="list-style-type: none"> • Niños que han sido expuestos desde muy temprana edad al comportamiento sexual de los adultos. • Con autoestima negativa. • Con poco vínculo afectivo con sus padres. • Niños y niñas muy pequeños o discapacitados física o intelectualmente. • Niños o niñas que desconocen lo que es el abuso sexual y la manera de evitarlo. | <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de expresiones afectivas positivas como la ternura, el reconocimiento y valoración del otro. • Hacinamiento. • Familias autoritarias. • Familias con niveles de comunicación bajos. • Poca claridad en las normas familiares y en particular las de comportamiento sexual y autocuidado. |
|---|---|
| Sociales | Del abusador |
| <ul style="list-style-type: none"> • Significado social de la mujer aún desde la niñez. • Sobrevaloración de la figura masculina en la familia. • Sumisión de la madre y los hijos hacia el padre autoritario. • Tabúes, mitos y creencias erradas frente a la sexualidad. | <ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para establecer relaciones sexuales con personas adultas. • Predilección por establecer relaciones sexuales con menores. • Actuación infantil. • Posiblemente fueron objeto de abuso sexual en su infancia. • Aparentemente tienen una vida sexual activa y satisfactoria con personas de edad apropiada, sin embargo, ésta no es estable y se ve afectada por múltiples factores externos. • Personalidad controladora, dominante. • Consumidores de alcohol u otras sustancias psicoactivas. |

Gestación y maltrato

Se consideran maltrato, aquellas conductas que por acción u omisión agreden a la mujer embarazada poniendo en peligro el desarrollo normal del feto. Su gravedad está dada según el riesgo directo o indirecto para el desarrollo del niño por nacer. Indudablemente para que el feto llegue al nacimiento en las mejores condiciones de vida, la madre debe haber sido atendida, pues la atención prenatal es determinante. Adicionalmente a esto es importante considerar el amplio espectro de las madres a las cuales se les administra, sin precaución

suficiente, drogas teratogénicas y aquellas que aún a sabiendas de su gestación ingieren drogas altamente tóxicas para sí mismas y para sus futuros bebés.

Factores de Riesgo

- *Embarazos no deseados*
- *Negación permanente del embarazo.*
- *Mujeres con intentos de aborto o abortos anteriores.*
- *Mujeres que planean dar sus hijos en adopción.*
- *Mujer embarazada abandonada por el padre del niño (a) y/o rechazada por su familia.*
- *Farmacodependencia o alcoholismo.*
- *Padres con antecedentes de maltrato.*
- *Padres con enfermedad mental grave o sociopatía.*
- *Madres adolescentes.*

Síndrome del Bebé Zarandeado (a)

Es un tipo de maltrato infantil en el que se sacude fuertemente a los bebés. Sacudir fuertemente a un (a) bebé puede producir graves lesiones y en algunas ocasiones puede llevar hasta a la muerte. Este síndrome se presenta porque un adulto vuelca su frustración o ira en el bebé, generalmente porque éste (a) no cesa de llorar o está muy inquieto (a).

Los bebés más pequeños (as) recién nacidos (as) y lactantes son extremadamente vulnerables porque sus cabezas son muy grandes en comparación con su cuerpo; los músculos del cuello son débiles y su cerebro no se ha desarrollado completamente. La situación más típica es la madre joven e inexperta, que se encuentra sola con un (a) bebé que llora, sin que ella logre calmarlo (a) Su desesperación la lleva a sacudirlo (a) violentamente, en general por los hombros, causándole daño cerebral, ceguera, parálisis, fracturas e incluso la muerte.

Negligencia

De privación de los elementos básicos, cuando se pueden brindar, necesarios para garantizar el desarrollo armónico e integral del niño (a) (alimentación, educación, salud, cuidado, afecto, entre otros). Puede ser temporal, asociada a un período o evento determinado como una enfermedad; o permanente, por ejemplo el abandono de un niño o niña con alguna discapacidad.

| Factores de Riesgo | |
|--|--|
| Del niño o de la niña | De la familia o de sus miembros |
| <ul style="list-style-type: none"> • Niños o niñas con enfermedades crónicas. • Discapacitados física o mentalmente. • Comportamientos como hiperactividad, hipoactividad, rebeldía. • Sexo del niño, que no satisface las expectativas de los padres. | <ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel educativo de los padres. • Pobreza o miseria. • Familias monoparentales o de madresolterismo. • Elevado número de personas por hogar. • Desconocimiento de los servicios sociales del Estado. • Embarazo no deseado. • Situaciones conflictivas de la pareja, que llevan a desatender a los niños (as). • Enfermedad mental, adicciones o situaciones depresivas. • Débiles lazos afectivos entre los padres o responsables del niño (a). • Desconocimiento de los servicios de protección del Estado. |
| Sociales | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Patrones culturales que subvaloran al niño. • Ausencia de redes sociales de apoyo. • Desempleo o inestabilidad laboral. • Descuido deliberado en el período de gestación, por parte de la madre o demás miembros de la familia. • Exclusión forzada del niño (a), dejándolo en instituciones públicas o en la calle. • Salida del hogar, parcial o definitiva, de los responsables del niño(a) dejándolo desprotegido. • No participación de la familia en las redes de solidaridad vecinal, veredal o barrial. • Débiles o conflictivos lazos vecinales y comunitarios. • Pobreza y desempleo generalizados. • Descomposición social. • Mendicidad. • Tolerancia de la comunidad frente al maltrato. | |

Maltrato social o institucional

Falta de satisfacción de las necesidades básicas de los niños y niñas, como consecuencia de la ausencia de garantías estatales para el acceso a los servicios sociales de subsistencia, de quienes tienen a cargo su crianza y cuidado. El maltrato institucional se refleja la mayoría de las veces en oferta

insuficiente de servicios, baja calidad, ineficiencia, falta de oportunidad y ausencia de integralidad en los mismos.

Algunas de las modalidades más conocidas de maltrato social son el abandono físico, el niño (a) de y en la calle, el infractor, el vinculado a actos terroristas, el desplazado (a) y el trabajador (a), entre otros.

Es importante identificar este tipo de maltrato por cuanto las personas sin acceso a los servicios del Estado (educación, salud, justicia, empleo) son en ocasiones incapaces de desarrollar afecto y carecen de medios de subsistencia, sin que por otra parte el modo de vida enriquezca la transmisión de valores sociales y culturales.

Factores protectores generales

- Promover la formación de un sólido vínculo afectivo entre los padres y sus hijos capaz de amortiguar las dificultades de la crianza, sin que ocurra el maltrato en cualquiera de sus formas.
- Evitar las separaciones entre la madre, el padre y el bebé durante el parto y en los momentos siguientes a éste, a no ser que exista patología neonatal severa.
- Permitir y estimular el contacto físico entre la madre y el bebé. Incluir al padre en todo el proceso.
- Tratar respetuosamente a la madre y al padre, incluso afectuosamente, constituyéndose en lo posible en una red de soporte psicosocial que la familia pueda contactar en el futuro próximo para solicitar ayuda en la tarea de la crianza. Tratar a los bebés con gran valoración y cuidado amoroso, dando un modelo de identificación sana para los padres hacia el futuro.
- Ayudar a las comunidades a la formación de diversas redes que aporten enriqueciendo emocionalmente y ofreciendo contenciones en las situaciones de crisis (ligas de madres, grupos de padres, etc).
- Enseñanza de las diversas etapas de desarrollo psicosexual a los padres.
- Si bien no puede situarse la responsabilidad de la prevención del abuso sexual en los niños y niñas, es claro que hacerles conocer qué es el abuso sexual, advertirles que no todos los adultos son confiables, informarles sobre el

derecho que tienen a controlar el acceso a su cuerpo y brindarles alternativas para enfrentar los intentos de abuso sexual, disminuye el riesgo.

- Educar e informar a los niños (as) sobre sus derechos.

Objetivo

General

Detectar oportunamente el maltrato infantil y brindar un tratamiento integral que disminuya las secuelas y la muerte.

Específicos

- Realizar acciones en la población infantil para detectar factores de riesgo y proceder a una identificación precoz del maltrato, para lograr una intervención adecuada por parte del sector salud y su interrelación con otros sectores.
- Garantizar y unificar una búsqueda activa de los casos de maltrato en todas las instituciones del sector salud y una oportuna y apropiada atención de los casos detectados.
- Posibilitar la atención intersectorial, la vigilancia epidemiológica y establecer los mecanismos de denuncia para efectos de atención por los sectores de protección y justicia.
- Promover acciones que contribuyan al establecimiento de una cultura de promoción del buen trato.

Población objeto

Población menor de 18 años y gestantes afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, que se encuentren en riesgo de sufrir maltrato o quienes lo padecen.

Características de la atención del maltrato físico

La atención de niños víctimas de cualquier tipo de maltrato, debe realizarse por un equipo interdisciplinario de salud, debidamente capacitado y capaz de responder a las demandas de atención en el área médica, psicológica y de trabajo social.

Sospecha de maltrato

Para diagnosticar el maltrato es necesario pensar que existe y que si se indaga sobre factores de riesgo, se aumenta la probabilidad de detectarlo de manera precoz y oportuna; que la consulta que se realiza podría ser la única oportunidad de interrumpir el dolor y la situación de disfuncionalidad familiar extrema y que está en las manos del personal de salud que atiende al niño/a, confrontar por primera vez a la familia con su propia realidad de violencia.

Es de vital importancia considerar el diagnóstico a la menor sospecha, especialmente cuando no hay correlación entre la información que se ha obtenido en la historia clínica y los hallazgos al examen físico y/o las pruebas de laboratorio, o la actitud de los padres cuando es francamente hostil o cuando son demasiado solícitos frente a un niño atemorizado y muy callado, existe control extremo de un padre sobre el otro, se niegan a responder preguntas o se han demorado en buscar ayuda.

El maltrato ejercido contra los niños y niñas tiene repercusiones sobre ellos. A nivel físico las consecuencias dependen de la severidad de la lesión que puede llegar hasta la muerte. Las secuelas pueden ser de tipo funcional y/o estético. A nivel psicológico es la determinación que el maltrato ejerce en los patrones de relación interpersonal. En muchas ocasiones, el niño o la niña "aprenden" que la manera de relacionarse con el mundo es a través de la agresión y en adelante reproducirán el maltrato del que han sido víctimas, ejerciéndolo contra las personas con quienes se relacionan, especialmente si éstas están de alguna manera en situación de indefensión como los (as) niños, los ancianos (as) , los (as) discapacitados (as) etc.

Las historias clínicas pueden ser documentos probatorios en casos de Maltrato Infantil, y por tanto debe registrarse con mucho cuidado toda la información obtenida.

Por último, es conveniente enfatizar que cuando se diagnostica en un niño Maltrato Infantil, se está dando a la familia la oportunidad de cambiar su funcionamiento y, por supuesto, al tratar a tiempo a los niños y a las niñas se está interrumpiendo la transmisión de la violencia de generación a generación y por lo menos paliando el daño psicológico severo que se genera, y no pocas veces evitando el maltrato o muerte de uno o varios niños de la misma familia o comunidad.

Diagnóstico

Signos y síntomas

En el siguiente cuadro se realiza un inventario de los hallazgos más frecuentes al examen físico, que deben alertar a los clínicos sobre la posibilidad de un caso de maltrato en un niño/a.

| Sistema/órgano/área | Síntomas |
|--------------------------|---|
| Piel y tejidos blandos | <ul style="list-style-type: none">• <i>Edema (inflamación) equimosis y hematomas (moretones), en cara, extremidades, nalgas o tronco. Cicatrices que evidencian el objeto con el que fueron hechas: quemaduras con cigarrillos, plancha, líquidos, en pies, manos, espalda o nalgas.</i>• <i>Heridas profundas en tejidos blandos de cavidad oral.</i>• <i>Laceraciones en tejidos blandos de cavidad oral</i> |
| Esquelético | <ul style="list-style-type: none">• <i>Fracturas en menores de un año, fracturas frecuentes, mal tratadas y mal cicatrizadas</i>• <i>Fracturas nasales, dentales y en cavidad bucal.</i>• <i>Dislocación del hombro o del codo.</i>• <i>Contusiones del hombro o del codo.</i>• <i>Esguinces de 1º, 2º y 3º grados</i>• <i>Contusiones o machacamientos.</i> |
| Sistema nervioso central | <ul style="list-style-type: none">• <i>Trauma craneoencefálico que genera desde hematomas del cuero cabelludo, moretones, heridas pequeñas sin pérdida de la conciencia, sin convulsiones hasta pérdida de conciencia, hemorragias subaracnoideas, hematomas intracraneales, convulsiones, coma.</i> |
| Órganos de los sentidos | <ul style="list-style-type: none">• <i>Heridas y/o hematomas de párpados sin compromiso del globo ocular.</i>• <i>Heridas del globo ocular.</i>• <i>Lesiones corneales - Desprendimiento de retina.</i>• <i>Heridas del pabellón auricular y del conducto auditivo externo.</i>• <i>Hemorragia en el oído medio o interno.</i>• <i>Ruptura del tímpano.</i>• <i>Hemorragia nasal que cede fácil al taponamiento.</i>• <i>Desviación del tabique.</i> |

| | |
|-------------------|---|
| Cavidad abdominal | <ul style="list-style-type: none"> • Golpes, hematomas, contusiones que no comprometen las vísceras, sólo la pared. • Ruptura de vísceras, Peritonitis. |
| Otros | <ul style="list-style-type: none"> • Todo abdomen agudo sin explicación clara. Signos de traumatismo en otras localizaciones, cuya explicación no sea clara. |

Múltiples lesiones en diferente estado de cicatrización tienen que hacer sospechar el maltrato.

Historia clínica

Ante un posible caso, realice una Historia Clínica completa y objetiva. Observe incongruencias en la información. En lo posible, interrogue al niño o a la niña a solas, (niños mayores de 3 años pueden proporcionar información muy valiosa). Observar la actitud del agredido y de los acompañantes, muchas veces estos mismos han sido los agresores. El niño o niña generalmente están temerosos, silenciosos, irritables, eluden la mirada y la presencia de quien los acompaña. Una vez identificada la lesión, reinterroga de forma detallada su historia. El agresor por lo general tiene manifestaciones excesivas de protección y afecto hacia el niño, utiliza un lenguaje sutil y exagera o distorsiona la descripción de lo sucedido.

Tratamiento del agredido (a)

En el proceso de atención, todo el personal de salud debe evitar juzgar tanto al niño (a) como a los agresores(as). Es importante proporcionarle al menor seguridad y confianza e iniciar el manejo del dolor.

De acuerdo con el tipo y severidad de la lesión, el niño o la niña deben ser atendidos por un médico. A mayor nivel de complejidad de la lesión, deben ser remitidos a centros asistenciales que cuenten con los recursos tecnológicos y humanos necesarios.

Atención psicológica durante la urgencia

Los profesionales idóneos para dar esta atención son el psicólogo (a) o el psiquiatra; en aquellos lugares donde no existan dentro del equipo multidisciplinario, otra persona del equipo de salud que tenga facilidad para

comunicarse con los niños, para darle seguridad y restituirle la confianza en sí mismo, resulta la persona indicada, y debe contar con formación básica en el tema. Es importante exaltar sus cualidades y dejarle ver que puede confiar en quienes lo atienden. Si el niño o la niña desea hablar de lo sucedido, es importante dejar que lo haga con amplitud, si no desea hacerlo deben dejarse las puertas abiertas para que lo haga.

De acuerdo con la situación psicológica del menor, se deberá definir el plan de tratamiento requerido.

Hospitalización

El criterio a utilizar para decidir la hospitalización no es solamente clínico. Debe tenerse también en cuenta el riesgo de volver a ser agredido, o de no ser adecuadamente atendido en su casa. Si cualquiera de estas dos circunstancias se sospecha, la hospitalización debe ser inmediata y durante el tiempo necesario para garantizar su adecuada atención y los contactos con las instituciones de protección.

Intervención al posible agresor (a)

La atención psicológica es el aspecto más importante a tener en cuenta con respecto al posible agresor (a). Por lo general es altamente resistente a reconocer la necesidad de ayuda terapéutica, por lo que es necesario buscar diferentes medios para comprometerlo con ella.

Es preciso en todos los casos de maltrato donde se identifique al agresor, realizar remisión del agresor a su EPS. Para tal fin la EPS del agredido, deberá remitir los datos del caso a la EPS del agresor y asegurar la instauración del tratamiento requerido. La EPS del agresor es responsable de hacer búsqueda activa del caso e inducir la demanda de la atención.

Notificación

Se debe llevar un registro de todos los casos de maltrato, especificando “tipo”, para fundamentar las políticas y acciones de promoción, prevención y atención.

Denuncia

Todos los miembros de una institución de salud que tengan conocimientos o sospecha que un niño o niña ha sido víctima de maltratos, tienen la OBLIGACIÓN de denunciar el hecho ante la Comisaría de Familia

Juzgado de Familia. En su defecto debe informarse a la Policía, a la Personería, a la Procuraduría a la Defensoría o a la Fiscalía. Para facilitar el cumplimiento de este deber las Instituciones deberán crear mecanismos para denunciar con oportunidad.

Seguimiento

Se pretende evaluar la eficacia de la intervención realizada y evitar que se repita el problema. Dependiendo de la complejidad del caso, pueden participar desde personas de la comunidad hasta personal especializado en salud o del área legal.

En caso de maltrato físico leve se debe realizar evaluación a la semana de intervenido el caso y visitas domiciliarias al mes, a los cuatro meses y al año.

En caso de maltrato físico grave se debe efectuar evaluación permanente hasta determinar que está fuera de peligro, y visitas domiciliarias a los quince días, a los dos meses, a los seis meses y al año. Citaciones periódicas del menor y su familia.

Características de la atención en los casos de maltrato psicológico

Diagnóstico

- Signos y síntomas
- Angustia marcada ante el llanto de otros niños (as)
- Agresividad y negativismo.
- Miedo de ir a la casa o a la escuela.
- Demasiada movilidad o excesiva quietud.
- Hábitos desordenados.
- Tartamudeo, comerse las uñas, tics.
- Hipocondría, miedos o fobias.
- Falta de actividad exploratoria.
- Rechazo a recibir ayuda.
- Intentos de suicidio.
- Uso de alcohol o drogas.

- Pesadillas e insomnios.
- Sentimientos de inferioridad, dificultad de concentración, aislamiento social.
- Depresión.
- Robos caseros.
- Miedos a objetos o situaciones.
- Retardo en el desarrollo psicomotor
- Autoexigencias excesivas.
- Desconfianza hacia personas ajenas al grupo familiar.
- Apego exagerado a personas desconocidas.
- Destructividad de objetos.
- Sumisión o rebeldía exageradas.
- Tendencia acentuada a accidentes.
- Autoagresiones.
- Sueños con contenidos agresivos.
- Inseguridad y búsqueda constante de aprobación de parte de los mayores.
- Manifestaciones psicósomáticas.
- Cefalea, náuseas, vómito, anorexia, bulimia, enuresis, encopresis, gastritis, colitis, úlceras, crisis convulsivas, entre otras.
- Caída del cabello, erupciones de la piel, intoxicaciones por intento de suicidio.

La presencia de algunos de los signos o síntomas anteriores pueden indicar sospecha de un niño (a) maltratado psicológicamente. En estos casos el menor deberá ser remitido para la confirmación diagnóstica, por personal debidamente capacitado.

Tratamiento

Durante la atención es importante crear conciencia, tanto en el niño o niña como en la familia, de los factores que desencadenan el maltrato, y dar alternativas para su solución que no impliquen actos violentos. El personal de salud debe proporcionarle seguridad al niño o niña, debe evitar los juicios de valor, debe transmitirle la certeza de poder contar con su atención cuando éste la requiera. Puede ser conveniente sugerirle a la familia que asista a grupos de apoyo como la escuela de padres, o grupos comunitarios de autoayuda.

Para los casos de maltrato psicológico de mayor severidad, la responsabilidad del personal de salud del primer nivel es remitir al niño o niña y su familia para la atención especializada y hacerle seguimiento para garantizarla.

Denuncia

Todos los miembros de una institución de salud, que tengan conocimientos o sospecha que un niño o niña ha sido víctima de malos tratos, tienen la OBLIGACION de denunciar el hecho ante la Comisaría de Familia o el Centro Zonal del ICBF o el Juzgado Promiscuo de Familia En su defecto debe informarse a la Policía, a la Personería, a la Procuraduría, a la Defensoría o a la Fiscalía. Para facilitar estos trámites las Instituciones de salud deben desarrollar mecanismos para denunciar oportunamente.

Notificación

Se debe llevar un registro de todos los casos de maltrato, especificando “tipo”, para fundamentar las políticas y acciones de promoción, prevención y atención.

Seguimiento

Pretende garantizar que se suministre el tratamiento de la complejidad necesaria. Es responsabilidad del personal de salud realizarlo. Debe remitirse cuando requiera tratamiento especializado.

Características de la atención de menores víctimas de abuso sexual

Reconocer el abuso sexual es difícil para muchos médicos y para otros profesionales quienes condenan el hecho de que haya adultos que abusan de los niños para su propia gratificación; esto es particularmente difícil cuando el niño ha sido abusado por un familiar que puede ser también su paciente.

Otro problema relacionado con el reconocimiento del abuso sexual, es que en la formación médica inicial no se enseña la anatomía genital en niños prepúberes.

En muchos casos de abuso físico, los hallazgos médicos son obvios, sea como lesiones recientes o signos de fracturas antiguas que pueden ser vistas con rayos x, y puede ser comparativamente más fácil reconocer la existencia previa del abuso. No pasa lo mismo con el abuso sexual.

Análisis de historias clínicas en casos de abuso sexual conocido o sospechado, revelan que por encima del 80% de los niños pueden no presentar lesiones recientes o antiguas. En la mayoría de las investigaciones por abuso sexual, la información obtenida de una entrevista apropiada con el niño es mejor evidencia que el examen médico.

Es importante recordar que una proporción de niños (as) quienes han sido abusados sexualmente también pueden haber sido abusados físicamente.

La ausencia de hallazgos al examen en menores abusados (as) sexualmente puede explicarse por el tiempo transcurrido desde la ofensa, (lesiones del área genital sanan rápidamente y pueden sanar sin dejar cicatriz.), porque el ofensor (a) pudo haber restringido su actuación a besos, frotamiento, caricias y masturbación o a otros actos para conseguir en forma deliberada gratificación sexual del abusador (a) , sin causar lesiones visibles al niño(a). La penetración pudo ser anal y no dejar lesiones o solo dejar pequeñas lesiones. El abuso anal lo realizan en niños y niñas.

Los mitos o falsas creencias acerca del abuso sexual dificultan su prevención y manejo; los mas frecuentes son:

El abusador suele ser un desconocido; importantes investigaciones coinciden en el hallazgo de que aproximadamente el 80% de los abusadores son personas cercanas al niño (a) .

Los abusos sexuales suelen ser actos brutales con graves heridas; se ha demostrado que la mayoría de abusos son sutiles y no dejan mayores huellas físicas.

Los abusos sexuales son incidentes aislados, que ocurren en callejones oscuros; la verdad es que son más frecuentes de lo que se imagina y ocurren generalmente en los hogares o en sitios donde se cree que los niños están seguros (escuela, tienda, consultorio, iglesia entre otros).

Los abusadores son personas de estratos socioculturales bajos; existen entre los abusadores personas de alto rango social y elevado nivel académico.

Los niños hombres son raramente abusados; las estadísticas muestran cómo los niños son cada vez más víctimas de abuso sexual.

Los niños mienten acerca del abuso sexual; nunca un niño inventa este tipo de relatos, por eso siempre se debe prestar atención a ellos.

Sólo se abusa de los (las) adolescentes; se abusa de niños (as) de todas las edades.

Los niños/niñas provocaron el abuso y hubieran podido defenderse; jamás un niño provoca a un adulto, está en estado de indefensión y el adulto usa el poder, la autoridad, la fuerza, y se aprovecha del temor y/o la ignorancia del niño.

Diagnóstico

Signos y síntomas

- Dificultad para caminar o sentarse, dolor o molestias en el área genital, sangrado en boca, ano o vagina.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Infecciones urinarias a repetición.
- Cuerpos extraños en ano o vagina.
- Embarazo precoz.
- Masturbación excesiva.
- Enuresis o encopresis.
- Desordenes de la alimentación.
- Miedo a dormir solo.
- Regresión del lenguaje.
- Autoestima disminuida.
- Preocupación por temas sexuales.
- Consumo de alcohol o drogas.
- Trastornos somáticos.
- Depresión con o sin ideación suicida.
- Cambios en el rendimiento escolar.
- Temor a los adultos.
- Promiscuidad con un adolescente.
- Trastornos del sueño.
- Ansiedad, inestabilidad emocional.
- Fugas de la realidad.
- Intento de suicidio.

- Pérdida de la memoria.
- Rechazo hacia el padre u otros familiares.
- No querer llevar el apellido del padre.

Entrevista con los padres o acompañantes

Se recomienda entrevistar primero a los padres o acompañantes sin la presencia del menor, en orden a establecer los antecedentes médicos, realizar una revisión de síntomas por sistemas encaminada a identificar signos o síntomas que pudieran ser indicativos de abuso sexual, que pueden sintetizarse en: cambios de conducta y quejas anogenitales. (ver tabla correspondiente).

También se interroga por la historia familiar social y desarrollo del menor; teniendo en mente los factores de riesgo y de protección. Luego se pregunta por el abuso sexual; nunca enfrente del niño(a).

Deben conocerse las palabras que el menor utiliza para referirse a sus genitales.

Debe recolectarse toda la información posible sobre el abuso de fuentes diferentes antes de la entrevista con el niño(a) (38).

Aunque la conducta y las quejas somáticas pueden indicar un diagnóstico de abuso sexual, sobre todo cuando tiene lugar poco después de tal abuso, éstas por sí solas no permiten un presunto diagnóstico de abuso. Al valorar a un niño con conducta inespecífica o dificultades somáticas, el abuso sexual ha de ser una de las muchas explicaciones a considerar por parte de quien establezca el diagnóstico (7).

Entrevista con el menor

Se requiere entrenamiento y destreza en la realización de entrevistas con menores. Es raro que los niños deliberadamente inventen historias de ser víctimas sexuales.

Cuando durante una visita médica se plantea la posibilidad de abuso sexual, el médico debe ante todo decidir si procede o no a entrevistar al niño inmediatamente acerca del abuso: Si esta información no se le ha solicitado al niño(a) previamente y si parece dispuesto a describir el abuso y si no se ha notificado aún a una autoridad, en estos casos es importante proceder lo antes posible a una entrevista.

Es posible que más tarde el niño(a) se muestre reacio a hablar del tema por temor del agresor (a), miedo, vergüenza o simplemente cambio de estado de ánimo. Esta información bien registrada en la historia clínica, utilizando entre comillas las palabras del niño(a), puede ser de gran utilidad como evidencia en la investigación judicial.

A la inversa, hay circunstancias en las que el médico no debe invitar al niño a describir el abuso: cuando el menor parece no tener deseo, o es demasiado pequeño(a) para hablar, cuando ya se ha investigado y escrito un informe de sospecha de abuso sexual y cuando la víctima ha sido entrevistada más de una vez. En estos casos el médico debe obtener la mayor información del adulto y determinar la mejor manera de hacer las preguntas diagnósticas y terapéuticas correspondientes al caso (7).

Hacer repetir la historia del abuso sexual al menor puede inducirlo a creer que sus respuestas no eran correctas, a dar respuestas diferentes, a negar lo ocurrido o a rechazar hablar sobre el tema (7).

Para realizar la entrevista el médico requiere ganar el interés del menor y conocer su nivel de entendimiento, debe sentarse a nivel del niño, no detrás de un escritorio, decirle la verdad al niño, contarle el propósito de la misma.

Primero debe enfocarse el diálogo sobre aspectos neutrales, como la escuela, las amistades, la televisión, evitando hablar inicialmente sobre la familia, ni sobre aspectos relacionados con el área sexual. Luego al hablar sobre los hechos es importante permitir que el niño(a) se tome el tiempo que requiera.

El entrevistador debe estar atento a sus propias reacciones, para manejar su propio disgusto, sorpresa o rechazo de los hechos, pues aumentaría la ansiedad del menor.

Las preguntas que se hagan deben ser directas pero no deben sugerir las respuestas, ni entrar en discusiones minuciosas de lo sexual, ni preguntar por una persona específica (34).

Las preguntas deben ser abiertas como por ejemplo: Alguien te ha tocado de alguna forma que te haya disgustado?. Qué pasó? Cuéntame más. Que más recuerdas? (32). Las preguntas no deben ser del estilo de: Por Qué o Quién? pues hacen sentir al menor culpable y lo confunden.

Mirar fijamente al menor o tocarlo puede aumentar el temor, pues ya posiblemente ha sido abusado; tocarlo puede ser interpretado como una provocación.

Los padres no deben estar presentes durante la entrevista. Cuando excepcionalmente esto ocurra, deben situarse en un lugar del consultorio donde no estén al alcance de la vista del menor, advirtiéndoles que no deben intervenir en ningún momento hasta que se les solicite.

Al finalizar la entrevista hay que decirle al niño(a) que hizo bien contando acerca de lo que sucedió. Que no ha hecho nada malo y que no debe afligirse. Este debe ser el mensaje más importante que su paciente debe recibir (32).

Organización del examen médico

El examen médico debe ser organizado de tal forma que responda los siguientes aspectos:

Razón para examinar

Muchas personas piensan que el examen no es útil para producir evidencia conclusiva de que el niño (a) ha sido abusado y que el mismo examen médico puede ser en sí mismo un abuso para el menor. Estas opiniones están erradas y no tienen en cuenta que tanto los padres como el niño pueden estar preocupados por posibles lesiones internas y por el desarrollo normal del niño(a).

Un examen conducido por un médico (a) debidamente entrenado (a) en medicina forense, puede no sólo revelar evidencia médica sino ser terapéutico y tranquilizar también.

Cuándo realizar el examen

Debe realizarse en casos de asaltos por extraños o por conocido, pero inferiores a 72 horas de ocurridos, lo más rápido que sea posible en orden a:

- Registrar y tratar cualquier lesión
- Recobrar cualquier evidencia forense posible. Esto es particularmente aplicado a muestras de semen, saliva, fluidos vaginales que pueden ser analizados luego por ADN y proveer identificación del autor (a).

En casos de abuso crónico o casos de extraños pero reportados tardíamente, el examen médico debe realizarse tan pronto como sea conveniente para el niño (a).

Lugar para la realización del examen

Debe realizarse en donde se facilite la provisión de lo requerido para este tipo de examen. Es ideal un lugar decorado amigablemente para el niño y con una puerta que pueda ser cerrada con llave para prevenir interrupciones. **Es importante evitar realizar estos exámenes en cubículos separados por cortinas pues no garantizan privacidad.**

Uno de los padres o el representante legal del niño (a) puede estar presente si el niño(a) lo requiere. Niños(a) mayores generalmente prefieren que los padres no estén presentes; puede ser suficiente soporte para ellos saber que el padre o la madre están en un salón contiguo.

Personal idóneo para examinar al niño

Lo más importante en relación con el médico (a) es: que haya recibido entrenamiento especial en medicina forense y que tenga interés genuino en los niños (as).

Equipo necesario para el examen

Se requiere camilla, escritorio, estante y una superficie donde depositar la ropa y otros elementos que sirvan de prueba. Una Balanza, un tallímetro, una buena luz flexible (lámpara cuello de cisne), un medio para magnificar la imagen; una simple lupa o un otoscopio pueden servir.

Recomendaciones para un adecuado examen

Cuando sea posible los niños (as) de edad apropiada deben ser informados con el fin de:

- Dar su consentimiento para el examen médico
- Decidir si desea o no que un adulto esté presente en el examen físico, para darle soporte.
- Decidir si desea o no que la puerta del consultorio sea cerrada con llave.
- Decidir por cuál parte del cuerpo desea que empiece el examen médico.

Un niño (a) abusado (a) no debe ser forzado (a) a un examen médico, a menos que sea médicamente necesario, por ejemplo en el caso de una lesión que produzca una hemorragia.

El examen físico debe ir precedido por información sobre la historia médica.

El médico(a) debe poner particular atención y recordar la conducta del niño(a) durante el examen médico. Ésta puede reflejar conductas sexualmente inapropiadas para su edad o puede brindar información sobre la naturaleza del abuso.

El examen no debe concentrarse sólo en el área genital

Los niños(a) deben poder suspender la práctica del examen médico en cuanto lo deseen.

Los niños(a) no deben exponerse desnudos totalmente, puede descubrirse parcialmente la zona que se esté examinando.

Se le deben dar explicaciones al niño(a) sobre lo que ocurre en el transcurso del examen.

Examen físico en casos de abuso sexual

Los fines que persigue el examen físico son:

- Identificar anomalías o lesiones que justifiquen nuevas medidas diagnósticas o terapéuticas.
- Obtener muestras requeridas para descubrir enfermedades de transmisión sexual.
- Hacer observaciones y tomar muestras que puedan corroborar la historia de abuso sexual (32).

El examen en los casos de abuso sexual tiene algunas diferencias según se trate de un hecho antiguo (más de 72 horas) o reciente (menos de 72 horas). La diferencia radica en la probabilidad de encontrar evidencias físicas que, en caso de ser dejadas por este tipo de conductas, son muy lábiles.

El examen que se describe a continuación debe ser considerado por el médico frente a este parámetro.

Si los hechos son recientes se debe iniciar el examen con la inspección de la ropa que vestía al momento de los hechos y con la inspección externa del cuerpo, con el fin de identificar y recolectar evidencias tales como pelos, manchas (que pueden ser de semen, sangre etc.)

El objetivo de la inspección y uno de los objetivos del examen genital es el de recuperar células que el agresor hubiere podido dejar sobre la víctima, para realizar un perfil de DNA y cotejarlo con el del implicado (s).

Se procede entonces a un examen general en busca de lesiones tales como huellas de mordeduras, equimosis, excoriaciones, etc.

Se realiza entonces el examen genital que en prepúberes debe realizarse en posición “de rana” (7). Deben observarse cuidadosamente vulva y periné en busca de equimosis, edema, excoriaciones, vello, secreciones y sangrado, entre otros signos (44). Hay que separar con cuidado los labios mayores en dirección superolateral para poder observar el introito. No debe emplearse espéculo vaginal, a no ser que se sospechen lesiones vaginales, caso en el cual el examen debe hacerse bajo anestesia general.

Los signos más frecuentes de abuso sexual son: eritema, inflamación, fisuras, laceraciones, desgarros, flujo vaginal enfermedades de transmisión sexual.

Ausencia de hallazgos de evidencia médica

- El hecho de no encontrar hallazgos positivos no significa que no haya ocurrido el abuso.
- No encontrar hallazgos al examen es más común que hallarlos.
- Hallazgos de evidencias como semen, saliva, pelos, secreción vaginal, pueden aportar información posterior.
- Cuando no hay hallazgos médicos es importante que el médico deje en claro dos mensajes, al niño(a), al adulto que lo apoya, a la trabajadora social y al defensor de familia:
- **El primer mensaje:** El niño será apto y estará bien, tendrá un desarrollo normal y crecerá hasta convertirse en un adulto sano.
- **El segundo mensaje:** La mayoría de los niños (as) quienes han sido abusados pueden no presentar lesiones físicas

Presencia de hallazgos médicos positivos

Esta es una situación mucho más difícil para el médico y para el defensor de familia. Es posible que los hallazgos tengan una explicación diferente a la del abuso; pueden tener una causa médica, cultural, accidental u otra causa.

Los hallazgos pueden ser consistentes con la historia de abuso pero pueden tener otra causa también. En raras ocasiones la evidencia médica será conclusiva, caso de hallazgo de semen o embarazo, soportados con perfiles adecuados de DNA(44).

Por todo lo anterior el médico clínico no forense debe describir, consignar, si puede fotografiar la evidencia encontrada y preservar las muestras que tome, pero no debe consignar conclusiones relativas al abuso en la historia clínica. Esta valoración requiere un concepto experto forense en la mayoría de los casos.

Toma de Muestras (24) (42) (39)

La toma de muestras cumple con tres objetivos:

- Identificar al agresor (búsqueda de células en semen, pelos o vellos, manchas de saliva, en caso de que haya habido lucha, células epiteliales bajo los lechos ungueales de la víctima.
- Investigar enfermedades de transmisión sexual y
- Prevenir o diagnosticar embarazo.

Búsqueda de espermatozoides o semen: Se toman 3 muestras de frotis de fondo de saco vaginal, con escobillones secos que se guardan en tres tubos estériles secos.

Se toman muestras de manchas en periné, ingles o partes del cuerpo en las que se sospeche la presencia de semen. Usar escobillón estéril, humedecido con agua destilada.

Si se sospecha presencia de semen en cavidad oral se toman muestras interdetales con seda dental y se guardan en una caja de petri o frasco. También se realiza frotis con escobillón de los espacios premolares.

Si hay sospecha de penetración anal reciente, se toma muestra de región anal, perianal, con dos escobillones que se guardan en tubo seco por separado .

En todos los casos se debe etiquetar la muestra tomada con el número de la historia clínica, el nombre del paciente, el área de donde fue tomada la muestra, la fecha y el nombre de quien toma la muestra.

Los escobillones y los tubos deben estar estériles.

Muestras en ropa

Si se encuentran manchas en ropa especialmente ropa interior , se deja secar la prenda al aire libre, y se embala en bolsa de papel, protegiendo previamente la mancha con papel no impreso.

Se guarda toda la prenda. Esta debe ser etiquetada de la misma forma anotada.

Todas estas muestras deben guardarse refrigeradas y debe registrarse qué personas las han tenido bajo su cuidado. Deben guardarse en un lugar de acceso restringido; todo ello para salvaguardar la cadena de custodia que resulta vital para la futura validez de estas evidencias como pruebas en los procesos penales que deban adelantarse.

Tratamiento

Enfermedades de Transmisión Sexual (1) (31) (27) (18) (47)

Las indicaciones para investigar E.T.S son:

Prepúberes (menores hasta los 12 años):

- Contacto con los genitales del agresor en cualquier sitio.
- Hallazgos físicos en genitales.
- Síntomas referidos al área genital
- Sospechoso con factores de riesgo para E.T.S (Promiscuidad, drogadicción, antecedentes de E.T.S.)
- Si el medio en que se desenvuelve el niño(a) tiene una alta prevalencia de E.T.S.
- Si el menor víctima tiene o tuvo una E.T.S.
- Anamnesis de eyaculación o contacto con los genitales del sospechoso.

Adolescentes:

- Prevalencia de E.T.S. en la población a estudio.
- La información obtenida en la anamnesis y el examen físico de la víctima.
- La información confiable obtenida en la anamnesis o el examen físico del sospechoso.

Grupo de E.T.S. básicas a investigar

- Infección por *Neisseria Gonorrhoeae*
- Infección por *Clamidia Tracomatis*
- Infección por *Trichomona Vaginalis*
- Infección por *Treponema Pallidum*
- Infecciones por *Gardnerella Vaginallis* y Hongos.
- VIH

- Hepatitis B
- Herpes II y VIH solo si hay sospecha.

Terapéutica Profiláctica para E.T.S.

Se recomienda manejo profiláctico con:

- Ceftriaxona 125 mg I.M. única dosis
- Metronidazol 2 g V.O. única dosis.
- Azitromicina 1 g V.O. única dosis.

Se debe indagar si tiene el esquema de vacunación contra Hepatitis B Vacunación en caso negativo realizar vacunación post- exposición con tres dosis (1- En el Momento, 2- Al mes , 3- A los seis meses.) Se sabe que la vacuna post exposición previene el desarrollo de la infección.

Prevención de embarazo

Si la prueba de embarazo resulta negativa ordenar anticoncepción de emergencia:

Dentro de la primeras 72 horas : Etinilestradiol 100 ug + 0.5 mg de Levonorgestrel cada 12 horas (Dos dosis). la primera dosis al momento del examen y segunda dosis 12 horas después.

Colocar Dispositivo Intrauterino, después de 72 horas y en los primeros siete días.

Se requiere el consentimiento de la menor y de su representante legal

Hospitalización

En los casos en que se observe que el menor afronta un riesgo alto en su hogar, debe ser hospitalizado para su tratamiento y el caso reportado inmediatamente a las instituciones de protección.

Remisión

Todos los casos de posible abuso sexual deben ser remitidos para tratamiento especializado por pediatría y psicología o psiquiatría.

Notificación

Los casos de abuso sexual deben ser registrados para efectos de construir el sistema de información que permita la adecuada evaluación de la problemática y sustente la toma de decisiones políticas de promoción, prevención y atención.

Denuncia

Todos los miembros de una institución de salud, que tengan conocimientos o sospecha que un niño o niña ha sido víctima de abuso sexual, tienen la **OBLIGACIÓN** de denunciar el hecho ante las autoridades de protección ICBF y ante la Fiscalía. Para facilitar estos trámites las Instituciones de salud deben desarrollar mecanismos para denunciar oportunamente.

Seguimiento

Además de las normas generales propuestas para las demás formas de maltrato, para los casos de abuso sexual en niños/ niñas **el seguimiento debe hacerse para la prevención de E.T.S a las dos semanas, a las seis semanas (1-1/2 meses), 12 semanas (3 meses) y 24 semanas (6 meses)**. Se evaluará también su evolución mental y social y se verificará la necesidad de tratamiento especializado.

La atención al agresor (a) debe ser realizada por un profesional en la materia.

Características de la atención en los casos especiales ***Gestación y maltrato***

Los siguientes comportamientos son sugestivos de maltrato durante la gestación:

- Inasistencia a controles prenatales.
 - Consumo de alcohol, tabaco, drogas, medicamentos y otros.
 - Mala alimentación.
 - Estados depresivos causados por el embarazo.
- El tratamiento debe enfocarse a los siguientes aspectos:
- **Tratamiento Físico:** Según criterio médico. Controles prenatales cada 15 días.
 - **Tratamiento psicológico:** Es prioritario en estos casos para iniciar pronta asistencia a curso psicoprofiláctico. Fortalecimiento de autoestima y autocuidado.
 - **Seguimiento:** Visitas domiciliarias mensuales e ingreso a grupos de apoyo comunitario.

En los casos del síndrome de bebé zarandeado

Diagnóstico

Signos y síntomas

Lesión cerebral sin evidencia de trauma externo con los siguientes signos:

- Alteración de la conciencia, coma, convulsiones.
- Lesión cerebral con evidencia de sangrado (subdural, epidural, subaracnoideo, subgaleal) laceración, contusión cerebral.
- Hemorragia retiniana.
- Lesiones óseas, trauma abdominal y trauma torácico (de donde se sostuvo al bebé para sacudirlo) asociadas a las lesiones cerebrales.

Debe realizarse además de la historia clínica un examen físico completo incluyendo la realización de fundoscopia, escanografía cerebral (y de ser posible también abdominal), una serie ósea, exámenes para detección de posibles drogas y las pruebas de rutina para coagulación.

Tratamiento

Tratamiento físico: Según criterio médico. Controles cada 15 días durante los siguientes seis meses.

Seguimiento: Visitas domiciliarias mensuales e ingreso a grupos de apoyo comunitario.

En los casos de negligencia

Diagnóstico

Signos y síntomas

- Retardo en el desarrollo psicomotor.
- Desnutrición.
- Diarrea, infecciones respiratorias y en piel a repetición.
- Mal estado de la dentadura.
- Accidentalidad previsible y prevenible.
- Descuidos con objetos y sustancias peligrosas.
- Dificultades de aprendizaje y respuesta a estímulos.

- Incapacidad de expresar afecto.
- Llanto injustificado.
- Trastornos del habla.
- Higiene personal inadecuada.
- Ausencia de cuidados médicos mínimos.
- Desescolarización o bajo rendimiento escolar.
- Depresión o agresividad.
- Consumo de alcohol o sustancias psicoactivas.
- Descuido en las relaciones sociales que el niño establece, tipo de actividades que realiza, etc.
- Falta de aplicación de normas de comportamiento.
- Falta de estímulos afectivos, intelectuales y sociales que desarrollen las potencialidades del niño (a).
- Niños que no son llevados a control médico, de vacunación y demás servicios de salud.

Tratamiento

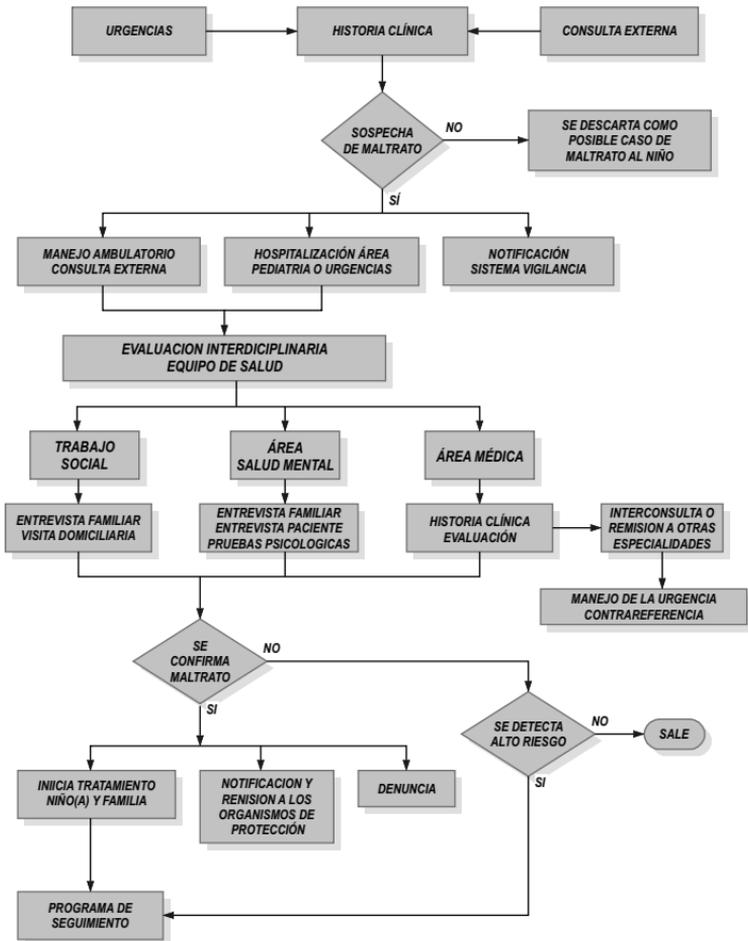
La atención debe estar dirigida, por una parte, a solucionar las afecciones físicas y psicológicas ocasionadas por la negligencia; para esto el personal de salud debe utilizar los procedimientos habituales para restituir la salud del niño enfermo.

Por otra parte, la intervención debe estar dirigida a transformar las causas que originaron la negligencia. Lo más importante es la capacitación de los padres o cuidadores del niño, para que entiendan el papel fundamental que juegan en la supervivencia y en el desarrollo de sus hijos. Es importante remitir a la familia a grupos de apoyo como la escuela de padres y los grupos comunitarios de ayuda.

La hospitalización, notificación y seguimiento siguen los mismos parámetros que en el caso del maltrato físico.



FLUJOGRAMA



BIBLIOGRAFÍA

1. Acuerdo No. 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
2. Asociación Colombiana para la Defensa del Menor Maltratado. El Drama de la Niñez Maltratada en Colombia. Bogotá, 1993.
3. Asociación Colombiana para la Defensa del Menor Maltratado. Enseñando a los Niños a Evitar el Abuso Sexual. Bogotá, 1993.
4. Asociación Colombiana para la Defensa del Menor Maltratado. IV Congreso Nacional Intervención en Maltrato Infantil. Bogotá, 1995.
5. Cámara de Comercio de Bogotá. La Prostitución Infantil en el Centro de Bogotá. Un Ensayo de Investigación Social Urbana. 1993. ·
6. Código del Menor, Decreto No. 2737 de 1989, Biblioteca Actualidad Jurídica, Bogotá, 1990.
7. Consejería Presidencial para los Derechos Humanos, Fondo de Población de la Naciones Unidas. Módulo Pedagógico para Formadores. 5 Delitos Contra la Libertad Sexual y la Dignidad Humana (Ley 360 de 1997). ed. Gente Nueva, 1999.
8. Cruz N. Juan de La. Informe Trimestral Dirección General de Investigaciones del Departamento Administrativo de Seguridad DAS. 1998.
9. Cuadros, Isabel, Guía de Atención Integral del Maltrato Infantil. Documento Inédito.
10. Cuadros, Isabel. El Abuso Sexual en la Niñez. Asociación Colombiana para la Defensa del Menor Maltratado. Bogotá, 1993.
11. Cuadros, Isabel. Guía de Atención Integral al Maltrato Infantil. Bogotá. 1996.
12. Defensoría del Pueblo, FES, UNICEF. Los Derechos de la Infancia y de la Adolescencia. Bogotá, 1995.
13. Defensoría del Pueblo. La Niñez y sus Derechos. Bol. 4. Junio 1998
14. Defensoría del Pueblo. S.O.S. Niños en Dificultad. Bogotá, 1995.
15. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar. Medellín, 1995.

16. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Violencia Intrafamiliar: Cotidianidad Oculta. Medellín, 1994.
17. Franco, Saúl. Corporación Salud y Desarrollo. Violencia, Ciudadanía y Salud Pública. Bogotá, 1995.
18. Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Disease. 1998. M.M.W.R. Morbidity and Mortality Weekly Report. Vol 47. Number R.R.-1. January 23, 1998.
19. ICBF, Conciencia, UNICEF. Familia, Democracia y Cotidianidad. Bogotá, 1994.
20. ICFB, FES. Investigación sobre el Maltrato Infantil en Colombia 1985 1996 Estado del Arte. Bogotá, 1997.
21. Instituto Colombiano de Investigación de Familia y Población y Asociación Colombiana para la Defensa del Menor Maltratado. Aprendiendo a Vivir en Armonía. Bogotá, 1995.
22. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Centro de Referencia Nacional de Violencia. Boletín CRNV. Volumen 4, No 2 Febrero de 1998, República de Colombia.
23. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Grupo de Estadística. Medicina Legal en Cifras, Enero-Diciembre de 1998.
24. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Actas de P.P.I. Sexológico. Grupo de Trabajo de Desarrollo de la Prueba Pericial Integral en los Delitos contra la Libertad Sexual y la Dignidad Humana. Santafé de Bogotá, 1999.
25. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Centro de Referencia Nacional de Violencia. Boletín CRNV, Volumen 2, 4 de abril de 1997, República de Colombia.
26. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Centro de Referencia Nacional de Violencia. Cooperación Alemana al Desarrollo GTZ. Lesiones de Causa Externa, Factores de Riesgo y Medidas de Prevención. Elaborado por Joanne Klevens, Santafé de Bogotá, D.C., Febrero de 1998.
27. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Manual de Procedimientos para la Realización del Dictamen Médico Legal en Maltrato Infantil. Santafé de Bogotá, D.C., 1998.

28. Interpol/DII7SD7GC7ASM7F6/97, Evidencia Médica, Capítulo 6a, 1997.
29. Isaza, Olga Isabel. Guía de Atención Integral del Maltrato. Documento Inédito.
30. Kent, Hymel, Carole, Jenny. Child Sexual Abuse. Pediatrics in Review. Vol. 17 No. 7, July, 1996.
31. Ley 23 de 1981, Decreto Reglamentario 3380 de 1981. Normas Sobre Etica Médica. Tribunal Nacional de Etica Médica.
32. Ley 294 de 1996, Diario Oficial.
33. Ley 360 de 1997, Diario Oficial.
34. Martínez, Adriana, De la Hoz, Nancy. Diagnóstico Evaluativo de los Dictámenes sobre Delitos Sexuales en Menores de 18 Años Emitidos por la Sección de Psiquiatría y Psicología Forenses Entre 1992 y 1994 y Una Propuesta de Entrevista Para Estos Menores. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Santafé de Bogotá, 1996.
35. Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia 1993 Bogotá: Editorial Cra 7, 1995.
36. Pacto por la Infancia. Sistema Nacional Contra el Maltrato Infantil y el Abuso Sexual. Bogotá, 1998.
37. PAFI. Plan de Acción para la Prevención del Maltrato Infantil y la Protección del Menor Maltratado. Bogotá, 1994.
38. Paradise, Jan E. Valoración Médica del Niño que ha sufrido Abuso Sexual. Clínicas Pediátricas de Norte América. Vol. 4, 1990
39. Prada, Luis. Investigación de E.T.S. en las Víctimas de Delitos Sexuales. Conferencia sin publicar. Santafé de Bogotá, 1999.
40. Presidencia de la República, PAFI. Maltrato Infantil: Un Mal que si tiene Cura. Bogotá, 1993.
41. Ronderos, Margarita. Prevención y Promoción en el Plan Obligatorio de Salud. Acciones de Obligatorio Cumplimiento. Evaluación y Seguimiento. Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención. Santa Fe de Bogotá, 1998.

42. Sánchez, Oscar. Caracterización de los Dictámenes Forenses que Investigan Enfermedades de Transmisión Sexual- ULAM-1998. Trabajo de Investigación. Facultad de Medicina-Departamento de Patología, Postgrado de Medicina Forense. Santafé de Bogotá, agosto, 1999.
43. Save the Children. Manual para la Detección de Casos de Maltrato a la Niñez. Bogotá, 1994.
44. Seguro Social Salud, Documento Guía para el Desarrollo del Programa en los Centros de Atención Ambulatoria y Clínicas de ISS. Elaborado por Seccional Caldas. Santafé de Bogotá, 1997.
45. Seguro Social. Maltrato Infantil. Promoción del Buen Trato para la Prevención y Atención del Maltrato Infantil y el Abuso Sexual. Bogotá, 1998.
46. Suárez, Gloria, Hernández, Wilson. Comportamiento de las Lesiones de Causa Externa Evaluadas por El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Colombia, 1995. Santafé de Bogotá: Centro de Referencia Nacional de Violencia, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 1996.
47. The Forensic Medicine Unit. ST George Hospital Medical School. The Reading Lists for the Rape Examination and Child Abuse Courses. London, SW17 ORE, 1998
48. Vivas, José Manuel. Guía para el Diagnóstico de Maltrato Infantil. División de Investigación. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Santafé de Bogotá D.C., 1999.
49. Whetsell-Mitchell J. Rape of the innocent: understanding and preventing child sexual abuse. Washington, D.C.: Accelerated Development; 1995.
50. Wiehe Vr. Sibling abuse. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1997.
51. Wieland S. Hearing the internal trauma: working with children and adolescents who have been sexually abused. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1996.
52. Wissow, Lawrence. Child Abuse and Neglect. The New England Journal of Medicine. Vol 332, No. 21, Mayo 25/1995.



Lactancia materna, ventajas y dificultades

Dr. Luis Carlos Ochoa

La leche materna es la mejor desde el punto de vista nutricional

- Contiene todos los nutrientes que el bebé necesita durante los primeros 6 meses de vida.
- Contiene las proteínas y las grasas más adecuadas y en la cantidad que el niño necesita.
- Contiene más lactosa que la mayoría de las otras leches.
- Contiene las vitaminas que el bebé necesita hasta los seis meses.
- Contiene la cantidad de hierro que el niño necesita.
- Contiene la cantidad de agua que el niño requiere.
- Contiene la cantidad adecuada de sal, calcio y fosfatos.
- Contiene Lipasa.

La leche materna protege a los niños contra las infecciones

- Es estéril y no contiene gérmenes
- Contiene inmunoglobulinas
- Contiene leucocitos.
- Contiene el factor bífido.
- Contiene lactoferrina.
- Contiene factor de crecimiento epitelial.

Otras ventajas de la leche materna y de la lactancia

- No se descompone ni se vuelve amarga.
- Ayuda a que el sangrado post-parto sea más corto y a que el riesgo de infección puerperal sea menor.
- Protege de un nuevo embarazo durante 6 meses al 98% de las mamás, siempre y cuando no haya menstruado después del parto.
- Ventajas psicológicas.
- Desarrollo cerebral -Taurina.

- No cuesta nada.
- Rara vez el lactante tiene diarrea o constipación.

Desventajas de la alimentación artificial

- Contaminación
- Infecciones
- Dificultades con la digestión.
- Componentes alimenticios inadecuados.
- Alergias.
- Problemas de succión.
- Costos.

Algunas razones que aducen las mujeres para dejar de amamantar

- El niño queda con hambre.
- Le cayó mal la leche materna.
- La guardo para la noche ahora que tengo poca.
- Un poco de cada lado.
- Trabajar = no más leche materna.
- Posición y agarre.
- Medicamentos.
- Hay que darle líquidos extras para la sed.
- El niño llora demasiado de noche.
- Se me secó la leche.
- El niño rechazó el pecho y no quería más.
- Es bueno ir acostumbrándolo para cuando no pueda darle más.
- Dolor, congestión, fisuras, mastitis, absceso.

Algunos factores reales que dificultan la lactancia

- Presiones de su compañero.
- Presiones del medio.
- Dudas sobre la imagen corporal

Rutinas obstétricas inadecuadas

- Separar a la madre de la familia.
- No poner al niño a mamar inmediatamente.
- Separar a la madre del niño.
- Aplicar analgésicos y sedantes sin necesidad.



En AIEPI también una imagen vale más que mil palabras.

Enseñar a lactar es función de los trabajadores de la salud. Mire las fotos de la siguiente sección y enséñele a la mamá que, cuando lacte, mire fijamente a los ojos de su bebé. Él y ella merecen esos instantes.

Propicie un ambiente tranquilo para ambos.

¡PRIMERO LOS NIÑOS!

Condiciones para un buen agarre



Boca bien abierta.



Labio inferior ligeramente evertido.



El mentón del niño toca el seno.



Se ve más areola por encima de la boca del niño que por debajo.

Técnica inadecuada



Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-

Objetivo general

Eliminación, erradicación y control de las enfermedades inmunoprevenibles con el fin de disminuir las tasas de morbimortalidad en la población menor de cinco años.

Objetivos específicos

- Consolidar la certificación de la erradicación de la Poliomieltis.
- Erradicar el Sarampión .
- Eliminar el Tétanos.
- Reducir la morbimortalidad por Meningitis tuberculosa, Difteria, Tosferina, Rubéola congénita, Neumonías, Meningitis y Epiglotitis por *Haemophilus Influenzae tipo b*, Hepatitis B y Fiebre amarilla.
- Vacunación gratuita y obligatoria.
- Controlar problemas de salud pública.

Metas del PAI

Vacunar al 100% de los niños menores de 1 año.

- Antipolio
- DPT
- BCG
- Antihepatitis B
- Antihemofilus influenza

Vacunar al 100% de los niños de un año.

- Triple viral o SRP

Aplicar el refuerzo al 100% de los niños a los 5 años.

- Triple viral o SRP

Vacunar al 100% de las mujeres en edad fértil residentes en el área de riesgo con:

- Toxoide tetánico-diftérico

- Aplicar una dosis al 100% de la población mayor de un año residente en la zona de riesgo de:
Vacuna antimalárica
- Incorporar nuevas vacunas en el calendario nacional.
- Garantizar vacunación gratuita y obligatoria a toda la población.
- Brindar asesoría y asistencia técnica a todos los entes territoriales.
- Cumplimiento de indicadores objeto de erradicación en polio, sarampión, eliminación de Tétanos neonatal.
- Capacitación permanente a todo el personal encargado del programa y de la vigilancia en salud pública.

Esquema en el menor de un año

Recién nacido

- BCG: Dosis única
- VOP: Dosis adicional
- HB: Dosis adicional

Dos meses

- VOP: 1a. dosis
- DPT-P: 1a. dosis
- HB-P: 1a dosis
- HIB-P: 1a. dosis

Cuatro meses

- VOP: 2a. dosis
- DPT-P: 2a. dosis
- HB-P: 2a. dosis
- HIB-P: 2a. dosis

Seis meses

- VOP: 3a. dosis
- DPT-P: 3a. dosis
- HB-P: 3a. dosis
- HIB-P: 3a. dosis

Cobertura en menores de un año

BCG: Dosis única

VOP: Cuatro dosis, cobertura con la 3a. dosis del esquema.

DPT-P: Tres dosis, cobertura con la 3a. dosis del esquema.

HB-P: Cuatro dosis, cobertura con la 3a. dosis del esquema. (HB-Pentavalente)

HIB-P: Tres dosis, cobertura con la 3a. dosis del esquema. (HIB-Pentavalente)

Cobertura en los niños de un año

SRP: Dosis única

F.A: Dosis única

Esquema en el niño de un año de edad (de 12 a 23 meses)

SRP - Triple viral: Dosis única

Fiebre amarilla: Dosis única

La aplicación simultánea de SRP y FA está sustentada por la OMS/OPS.

Refuerzos

18 meses:

VOP: Primer refuerzo

DPT: Primer refuerzo - Monovalente

Cinco años:

VOP: Segundo refuerzo

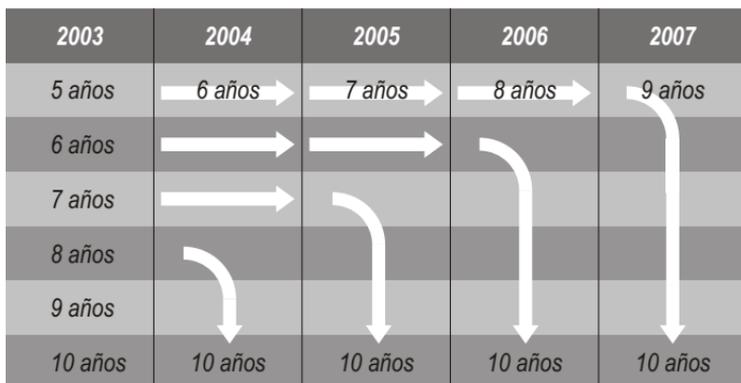
DPT: Segundo refuerzo - Monovalente

SRP: Refuerzo único

Hasta el año 2007 se continúa aplicando SRP a los 10 años de edad.

Todos deben tener sólo dos dosis de SRP.

Mantenimiento de la cohorte de susceptibles de cinco a diez años de edad con SRP



Esquema susceptibles de un año de edad

1. Sin antecedentes de vacunación

- Una dosis de BCG: Dosis única
- Tres dosis de VOP: 1a., 2a. y 3a. Dosis de esquema.
- Una dosis de pentavalente: HIB - única *DPT 1a., o 2a., o 3a., HB 1a., o 2a., o 3a. dosis de esquema.
- Dos dosis de DPT: 1a., o 2a., o 3a. dosis de esquema monovalente.
- Dos dosis de HB: 1a., o 2a., o 3a. dosis de esquema monovalente.
- Una dosis de SRP: Dosis única.

Una dosis de Fiebre Amarilla: Dosis única.

2. Con antecedente de vacunación

Completar el esquema con vacuna monovalente de acuerdo a las dosis recibidas previamente.

Estos niños recibirán su primer refuerzo de VOP y DPT al año de la aplicación de las terceras dosis de VOP y DPT y su segundo refuerzo a los 5 años de edad.

Esquema susceptibles de dos a cuatro años de edad

1. Sin antecedente de vacunación:

- Una dosis de BCG: dosis única
- Tres dosis de VOP: 1a, 2a y 3a dosis de esquema, monovalente.
- Tres dosis de DPT: 1a, 2a y 3a dosis de esquema, monovalente
- Tres dosis de HB: 1a, 2a y 3a dosis de esquema, monovalente
- Una dosis de SRP: dosis única
- Una dosis de Fiebre Amarilla: dosis única

2. Con antecedente de vacunación:

Completar el esquema con vacuna monovalente, de acuerdo a las dosis recibidas previamente.

A partir de los 24 meses no requiere dosis de HiB.

*En niños de 12 a 23 meses sólo se requiere una dosis de HiB

Estos niños recibirán su primer refuerzo VOP y DPT al año de la aplicación de las terceras dosis de VOP y DPT y el segundo refuerzo si no excede los 5 años de edad y el intervalo lo permite.

Esquema MEF de 10 a 49 años

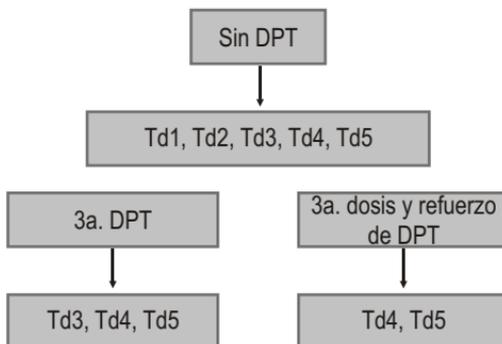
1. Sin antecedente de vacunación con DPT:

- Td 1a: a partir de los 10 años
- Td 2a: a los 30 días de la Td1a
- Td 3a: a los 6 meses de la Td2a
- Td 4a: al año de la Td3a
- Td 5a: al año de la Td4a

2. Con antecedente de vacunación con DPT:

- DPT 3a, dosis: Td3a en el momento de captación y continúa el esquema con Td4a y Td5a.
- DPT 3a dosis y 1° ó 2° refuerzos: T d4a en el momento de la captación y continúa el esquema con T d5a.

Esquema de Td en MEF



Cobertura MEF de 10 a 49 años

- La cobertura se evalúa con Td 5a en MEF y gestantes.
- Aplicar en el 100% de embarazadas de todo el departamento y 100% de MEF en Municipios con riesgo para Tétanos Neonatal.

Esquema Fiebre Amarilla

- **Un año de edad:** Dosis única
- **Mayores de un año en municipios de riesgo:** Dosis única
- **Viajeros:** Dosis única

El INS productor actual de vacuna antiamarílica recomienda la revacunación cada 10 años en zonas endémicas.

Esquema Sarampión/Rubeola

- MEF sin antecedente de vacunación previo SRP o Rubeola: Una dosis de SR en el postparto y postaborto.
- La cobertura se evalúa con el número de dosis aplicadas en este grupo de población.

Esquema Sarampión en menores de un año

- **De 6 a 11 meses de edad:** Se aplicará una dosis de antisarampión.
- La cobertura se mide con el número de dosis aplicadas y el 50% de los niños menores de un año.

Esta indicación continuará mientras exista el riesgo de circulación viral autóctona de Sarampión en nuestro país.

Esquema en inmunosuprimidos

En menores de un año de edad:

- **Recién nacidos:** HB dosis adicional
- **2, 4 y 6 meses:** Hexavalente: VIP, HB, Hib, y DPTac. No aplicarle VOP al recién nacido.
- Las demás vacunas deben ser consultadas para su aplicación al médico Pediatra.

Esquema nacional de vacunación

| EDAD | VACUNAS | DOSIS | ENFERMEDAD PREVENIBLE | VÍA |
|------------------------|--|--|---|---------------------------------------|
| R.M. | Antituberculosa Hepatitis B-HB Antipoliomielitis-VOP | Única Dosis RN Dosis adicional | Meningitis, Tuberculosis Hepatitis B Poliomielitis | Intradérmica Intramuscular Oral |
| A partir de 2 meses | Pentavalente (DPT, HB, HIB) Antipoliomielitis VOP | 1a. dosis 1a. dosis | Difteria, Tosferina, Tétanos Meningitis y otras causadas por Haemophilus influenzae tipo B, Hepatitis B Poliomielitis | Intramuscular Oral |
| A partir de 4 meses | Pentavalente (DPT, HB, HIB) Antipoliomielitis VOP | 2a. dosis 2a. dosis | Difteria, Tosferina, Tétanos Meningitis y otras causadas por Haemophilus influenzae tipo B, Hepatitis B Poliomielitis | Intramuscular Oral |
| A partir de 6 meses | Pentavalente (DPT, HB, HIB) Antipoliomielitis VOP | 3a. dosis 3a. dosis | Difteria, Tosferina, Tétanos Meningitis y otras causadas por Haemophilus influenzae tipo B, Hepatitis B Poliomielitis | Intramuscular Oral |
| 6 a 11 meses | Antisarampión | Dosis adicional | Antisarampión | Subcutánea |
| 1 año | Triple viral (SRP) Antiamarílica | 1 dosis Dosis única | Sarampión, Rubéola, Parotiditis. Fiebre amarilla | Subcutánea Subcutánea |
| 18 meses | DPT (Triple bacteriana) Antipoliomielitis | 1 refuerzo 1 refuerzo | Difteria, Tétanos, Tosferina Poliomielitis | Intramuscular Oral |
| 5 años | DPT Antipoliomielitis triple viral (SRP) | 2o. refuerzo 2o. refuerzo Refuerzo | Difteria, Tétanos, Tosferina Poliomielitis Sarampión, Rubeola, Paperas | Intramuscular Oral Subcutánea |

Esquema de vacunación en niños mayores de un año sin antecedente vacunal

| EDAD | VACUNA | DOSIS | ENFERMEDAD | VÍA |
|---------------|-----------------------------|--------------|--|---------------|
| 12 a 23 meses | BCG | Única | Meningitis tuberculosa | Intradérmica |
| | Pentavalente (DPT, HiB, HB) | 1 dosis | Difteria, Tosferina, Tétanos, Meningitis y otras causadas por Haemophilus Influenza tipo B, Hepatitis B. | Intramuscular |
| | Antipolio VOP | 3 dosis | Poliomielitis | Oral |
| | DPT (monov.) | 2 dosis | Difteria, Tosferina y Tétanos | Intramuscular |
| 2 a 4 años | HB (monov.) | 2 dosis | Hepatitis B, | Intramuscular |
| | Triple viral (SRP) | 1 dosis | Sarampión Paperas, Rubeola | Subcutánea |
| | BCG | Única | Meningitis tuberculosa | Intradérmica |
| | DPT (Monov.) | 3 dosis | Difteria, Tosferina y Tétanos, Hepatitis B. | Intramuscular |
| 2 a 4 años | Antipolio VOP | | Poliomielitis | Oral |
| | Triple viral (SRP) | 1 dosis | Sarampión, Rubeola y Paperas | Subcutánea |
| | Antiamarilica | Única | Fiebre amarilla | Subcutánea |

Cotraindicaciones

- Reacciones de hipersensibilidad marcada al huevo y/o a la Neomicina (M.M.R.)
- Presencia de inmunodeficiencia celular comprobada.
- Inmunosupresión.
- Enfermedad febril potencialmente grave.
- En hijos de madre infectada por VIH o SIDA debe retrasarse la aplicación de la BCG hasta que se descarte totalmente la infección en el niño.

Anexo 1

Cuadros AIEPI

EVALUAR

-Preguntar a la madre qué problemas tiene el niño

-Determinar si es la primera consulta para este problema o si es una consulta para control.

-Si es un consulta de reevaluación, seguir las instrucciones para "Reevaluación y Control" del cuadro.

-Tratar al niño

Si es la primera consulta, examinar al niño del siguiente modo:

| Verificar si hay signos generales de peligro | | |
|---|--|---|
| <p>Preguntar : ¿Puede el niño beber o tomar el seno?</p> <p>¿Vomita el niño todo lo que ingiere?</p> <p>¿Ha tenido el niño convulsiones?</p> | <p>Observar: Verificar si el niño está letárgico o inconsciente</p> |  |
| <p>Enseguida preguntar sobre los síntomas principales: ¿El niño tiene tos o dificultad para respirar?</p> | | |
| <p>Si la respuesta es afirmativa, preguntar : ¿Cuánto tiempo hace?</p> | <p>Observar, escuchar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Contar las respiraciones en un minuto -Observar si hay tiraje subcostal. -Observar y escuchar si hay estridor -Observar y escuchar si hay sibilancia | <p style="font-size: 2em;">}</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">El niño tiene que estar tranquilo</p>  |
| <p>Si el niño tiene: De 2 meses a 11 meses Respiración rápida es: 50 o más por minuto</p> | | |
| <p>Si el niño tiene además SIBILANCIA, trate primero la SIBILANCIA y vuelva a clasificar</p> | |  |

**EVALUAR Y CLASIFICAR
AL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD**

CLASIFICAR

DETERMINAR EL TRATAMIENTO

| Signos | Clasificar como | Tratamiento <i>(Los tratamientos de urgencias que se administran antes de la referencia se indican en negrita)</i> |
|---|-----------------------------|--|
| -No puede beber o tomar el seno o -Vomita todo o -Convulsiones o -Letárgico o inconsciente | <i>Enfermedad muy grave</i> | -Administrar oxígeno -Dar primera dosis de un antibiótico si el hospital se encuentra a 4 horas o más de distancia. -Completar el examen de inmediato. -Referir urgentemente al hospital |
| Signos | Clasificar como | Tratamiento <i>(Los tratamientos de urgencias que se administran antes de la referencia se indican en negrita)</i> |
| -Tiraje subcostal o -Estridor en reposo | <i>Neumonía muy grave</i> | -Administrar oxígeno -Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado. Si el hospital se encuentra a 4 horas o más de distancia. -Referir URGENTEMENTE al hospital |
| -Respiración rápida -Estridor en reposo | <i>Neumonía</i> | -Dar antibiótico indicado durante 7 días -Enseñar a la madre cuándo debe volver de inmediato -Aliviar la tos con bebidas endulzadas -Hacer control 2 días después. |
| <i>Ningún signo de neumonía</i> | <i>Tos o resfriado</i> | -Si hace más de 30 días que el niño tiene tos referirlo para un estudio (puede ser TBC u otra enfermedad pulmonar) -Aliviar la tos con bebidas endulzadas -Enseñar a la madre cuándo debe volver de inmediato -Enseñar a la madre medidas preventivas específicas -Si no mejora hacer una consulta de control 5 días después |
| <i>Sibilancia</i> | <i>Sibilancia</i> | -Tratar con un broncodilatador de acción rápida y volver a clasificar. -Enseñar a la madre cuando debe volver de inmediato -Si ha tenido más de dos episodios clasificarlo como sibilancia recurrente; tratar la sibilancia y referir a pediatra. -Hacer control 2 días después |

| | |
|--|--|
| <p><i>¿Tiene el niño diarrea?</i></p> | <p>Deshidratación</p> |
| <p>Si la respuesta es afirmativa, preguntar:</p> <p><i>¿Cuánto tiempo hace? ¿Hay sangre en las heces?</i></p> | <p>Observar y explorar:</p> <p><i>Determinar el estado general del niño El niño está:</i></p> <p><i>¿Letárgico o inconsciente? ¿Intranquilo, irritable?</i></p> <p><i>Determinar si tiene los ojos hundidos:</i></p> <p><i>Ofrecer líquidos al niño. El niño:</i></p> <p><i>¿Bebe mal o no puede beber? ¿Bebe ávidamente con sed?</i></p> <p><i>Signos del pliegue cutáneo:</i></p> <p><i>¿La piel vuelve al estado anterior?</i></p> <p><i>¿Lentamente?</i></p> <p>Clasificar la diarrea</p> <p>Tiene diarrea hace 14 días o más</p> |
| | <p>Hay sangre en las heces</p> |

| | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <p>Dos de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Letárgico o inconsciente o bebe mal o -No puede beber -Ojos hundidos <p>Signo de pliegue cutáneo:</p> <p>La piel vuelve muy lentamente al estado anterior.</p> | <p>Deshidratación grave</p> | <p>Si el niño no encuadra ninguna otra clasificación grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dar líquidos para la deshidratación grave (Plan C) o -Si el niño encuadra en otra clasificación grave -Referir URGENTEMENTE al hospital, con la madre dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto. Recomendar a la madre que continúe dándole el pecho. -Si el niño es mayor de 2 años y si hay casos de cólera en la zona, no referir y dar una antibiótico Indicado. |
| <p>Dos de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Intranquilo, irritable -Ojos hundidos <p>-Bebe ávidamente con sed</p> <p>Signo de pliegue cutáneo:</p> <p>La piel vuelve lentamente al estado anterior.</p> | <p>Algún grado de deshidratación</p> | <p>Si tiene algún grado de deshidratación:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Administrar líquidos y alimentos (Plan B)). <p>Si el niño encuadra en una clasificación grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Referir URGENTEMENTE al hospital con la madre dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto. -Recomendar a la madre que continúe dándole el pecho. -Enseñar a la madre cuándo debe volver de inmediato -Si la diarrea continúa, controlar 5 días después. -Enseñar a la madre medidas preventivas específicas |
| <p>No hay suficientes signos para clasificar el caso como algún grado de deshidratación o deshidratación grave.</p> | <p>No tiene deshidratación</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Dar alimentos y líquidos para tratar la diarrea en casa (Plan A) -Enseñar a la madre cuándo debe volver de inmediato. -Si la diarrea continúa, controlar 5 días después. -Enseñar a la madre medidas preventivas específicas |
| <p>Tiene deshidratación o</p> <p>Edad menor de 6 meses</p> | <p>Diarrea persistente grave</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Si hay deshidratación, trataría antes de referir al niño, salvo que encuadre en otra clasificación grave. -Referir al hospital |
| <p>No tiene deshidratación</p> | | <ul style="list-style-type: none"> -Enseñar a la madre cómo debe alimentarse a un niño que tiene DIARREA PERSISTENTE -Hacer el control 5 días después -Dar vitamina A. |
| <p>Sangre en las heces</p> | | <ul style="list-style-type: none"> -Administrar un antibiótico oral apropiado durante 5 días. -Hacer el control 2 días después. |

¿Tiene el niño fiebre?

-Determinar por interrogatorio, se siente caliente al tacto o si tiene una temperatura axilar de 38o C o más)

Si la respuesta es afirmativa, preguntar: Observar y explorar:

¿Cuánto tiempo hace?

Si hace más de 7 días,

¿ha tenido fiebre todos los días?

Determinar si procede o visito en los últimos 15 días un área de transmisión de malaria (urbana o rural) o un área de riesgo de dengue (cualquier región con una altura inferior a los 2.000 mts.)

-Observar para determinar si tiene rigidez de nuca.
-Observar evidencia de sangrado. (Petequias, equimosis, epistaxis, hematemesis, melenas o hematuria)

Exantema cutáneo generalizado.

-Determinar si está inquieto e irritable.

Uno de los signos siguientes: tos, coriza u ojos rojos

Nota:

Si el niño no encuadra en ninguna de las 2 clasificaciones para Dengue, trátelo como Enfermedad Febril

Clasificar la fiebre

Área de transmisión de Malaria

Área de riesgo de Dengue

Si tiene signos de Sarampión

| | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <p>Cualquier signo general de peligro o Rigidez de nuca.</p> | <p>Enfermedad febril muy grave</p> | <p>-Dar la primera dosis de un antibiótico apropiado, si el hospital se encuentra a 4 horas o más de distancia. -Tratar al niño para evitar que le baje la concentración de azúcar en la sangre. -Dar en el servicio de salud una dosis de Acetaminofén para la fiebre mayor de 38.5°C. -Referir URGENTEMENTE al hospital</p> |
| <p>Fiebre (determinada por interrogatorio, su se siente caliente al tacto o si tiene una temperatura de 38°C o más)</p> | <p>Enfermedad febril</p> | <p>-Dar en el servicio de salud una dosis de Acetaminofén para la fiebre mayor de 38.5° -Enseñar a la madre cuándo debe volver de inmediato. -Hacer el seguimiento 2 días después si persiste la fiebre. -Si ha tenido fiebre todos los días durante más de 7 días referir al hospital para exámenes. -Enseñar a la madre medidas preventivas específicas. -Trate de determinar la causa de la fiebre.</p> |
| <p>Cualquier signo general de peligro o Rigidez de nuca.</p> | <p>Sospecha de Malaria complicada</p> | <p>-Tomar gota gruesa, si es positiva: Aplicar fenobarbital y quinina para la malaria (primera dosis) -Si es negativa: dar primera dosis de antibiótico -Tratar al niño para evitar que le baje la concentración de azúcar en la sangre. -Dar en el servicio de salud una dosis de Acetaminofén para la fiebre mayor de 38.5° -Referir URGENTEMENTE al hospital</p> |
| <p>Fiebre y procede de un área rural Fiebre sin otra causa y procede de un área urbana.</p> | <p>Sospecha de Malaria complicada</p> | <p>-Tomar gota gruesa, si es positiva: iniciar tratamiento -Si es negativa, tratar como enfermedad febril y repetir gota gruesa en 2 días. -Dar en servicio de salud una dosis de Acetaminofén para la fiebre mayor de 38.5° C. -Enseñar a la madre cuando debe volver de inmediato. -Hacer el control a los 2 días, repetir gota gruesa. -Enseñar a la madre medidas preventivas específicas.</p> |
| <p>Manifestaciones de sangrado</p> | <p>Sospecha de Dengue hemorrágico</p> | <p>-Determinar estado de hidratación y aplicar el plan aprobado -Oxígeno si hay disponible -Administrar en el servicio de salud una dosis de Acetaminofén para la fiebre mayo de 38.5° -Notificación inmediata -Referir URGENTEMENTE a un hospital</p> |
| <p>Intranquilo e irritable y Exantema cutáneo generalizado Ver Nota</p> | <p>Sospecha de Dengue clásico</p> | <p>-Administrar en el servicio de salud una dosis de Acetaminofén para la fiebre mayor de 38.5°C -Dar abundantes líquidos -Enseñar a la madre cuando debe volver de inmediato -Hacer control en 2 días si persiste la fiebre -Enseñar a la madre medidas preventivas específicas -Notificar y seguir indicación de vigilancia en salud pública</p> |
| <p>Exantema cutáneo generalizado de 3 días y Uno de los siguientes: Tos, coriza u ojos rojos.</p> | <p>Sospecha de Sarampión</p> | <p>-Dar Vitamina A -Administrar en el servicio de salud una dosis de Acetaminofén para la fiebre mayor de 38.5°C. -Tomar muestra de sangre y orina para confirmación -Notificación inmediata. -Enseñar a la madre cuando debe volver de inmediato -Hacer el control en 2 días.</p> |

¿Tiene el niño un problema de oído?

Si la respuesta es afirmativa (o si el niño tiene fiebre)

Preguntar:

¿Tiene el niño dolor de oído?

¿Le está supurando el oído?

En caso afirmativo

¿Desde cuándo?

Observar, palpar:

-Observar si hay supuración de oído
-Palpar para determinar si hay inflamación dolorosa al tacto detrás de la oreja.

-Observar si tiene el tímpano rojo y abombado (si dispone de otoscopio)

Clasificar problema de oído

¿Tiene el niño un problema de garganta?

Si la respuesta es afirmativa (o si el niño tiene fiebre)

Preguntar:

¿Tiene el niño dolor de garganta?

Observar, palpar:

- Palpar si hay ganglios del cuello crecidos y dolorosos (más de 2cm)

-Observar si hay exudado blanco en las amígdalas
-Observar si la garganta está eritematosa.

Clasificar problema de garganta

| | | |
|--|---|--|
| <p><i>Inflamación dolorosa al tacto detrás de la oreja</i></p> | <p><i>Mastoiditis</i></p> | <p>-Dar la primera dosis de antibiótico, si el hospital si se encuentra a 4 horas o más de distancia. -Dar en el servicio de salud la primera dosis de Acetaminofén para la fiebre mayor de 38.5°C y/o el dolor -Referir URGENTEMENTE al hospital</p> |
| <p><i>Dolor de oído</i> <i>Supuración del oído desde hace menos de 2 semanas o</i> <i>Tímpano rojo y abombado (por otoscopia)</i></p> | <p><i>Otitis media aguda</i></p> | <p>-Dar un antibiótico apropiado durante 7 días. -Dar en el servicio de salud la primera dosis de Acetaminofén para la fiebre mayor de 38.5°C y/o el dolor -Secar el oído si hay supuración -Hacer control 2 días después -Enseñar cuando volver de inmediato -Enseñar medidas preventivas específicas</p> |
| <p><i>Supuración del oído por más de 2 semanas</i></p> | <p><i>Otitis media crónica</i></p> | <p>-Dar en el servicio de salud la primera dosis de Acetaminofén para la fiebre mayor de 38.5°C y/o el dolor -Secar el oído -Referir al otorrino -Hacer control en 15 días -Enseñar cuando debe volver de inmediato -Enseñar medidas preventivas específicas</p> |
| <p><i>No tiene dolor de oído, no se ha notado supuración de oído y la otoscopia es normal</i></p> | <p><i>No tiene Otitis media</i></p> | <p>-Ningún tratamiento adicional -Enseñar medida preventivas específicas -Enseñar cuando volver de inmediato</p> |
| <p><i>Ganglios linfáticos del cuello crecidos y dolorosos (> de 2 cm) y</i> <i>Edad 3 años o mayor</i></p> | <p><i>Faringoamigdalitis estreptocócica</i></p> | <p>-Aplicar una dosis de penicilina benzatinica IM. -Aumentar los líquidos -Dar en el servicio de salud la primera dosis de Acetaminofén para la fiebre mayor de 38.5°C y/o el dolor -Enseñar cuando volver de inmediato</p> |
| <p><i>-Criterios anteriores en el menor de 3 años o</i> <i>-Garganta eritematosa o</i> <i>-Dolor de garganta o</i> <i>Exudados blancos sin ganglios del cuello crecidos y dolorosos</i></p> | <p><i>Faringoamigdalitis viral</i></p> | <p>-Aumentar los líquidos. -Indicaciones sobre cuidado en el hogar -Dar en el servicio de salud la primera dosis de Acetaminofén para la fiebre mayor de 38.5°C y/o el dolor -Enseñar cuando volver de inmediato</p> |
| <p><i>No tiene dolor de garganta ni está eritematoso, no con exudados blancos, ni ganglios crecidos y dolorosos</i></p> | <p><i>Faringoamigdalitis viral</i></p> | <p>-Aumentar los líquidos. -Enseñar cuando volver de inmediato</p> |

| | | |
|--|---|---|
| <p>En seguida, verificar si tiene maltrato</p> <p>Observar y determinar: Existe lesión física evidente de maltrato: Equimosis, hematomas, quemaduras cicatrices, fractura aguda o callo por fractura anterior (1 fractura en el menor de 1 año, 2 fracturas en niño de 1 año o mayor), flujo, lesiones o cicatrices en genitales. -Determine si existe discrepancia entre la historia clínica y las lesiones. -Observable el comportamiento del niño: agresivo, temeroso, retraído, evita el contacto visual. -Observable el comportamiento de padres o cuidadores: sobre protectores, descuidados, castigadores, a la defensiva. -Observable el aspecto y cuidado del niño (aseado, dientes, cabello, uñas, presentación de la madre o cuidador) -Determine si la consulta es tardía para la causa -Determine si tiene una discapacidad</p> <p>En seguida, verificar si tiene maltrato desnutrición o anemia</p> | | <p>Clasificar problema de oído</p> |
| <p>Observar y palpar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Determinar si hay emanación visible -Determine si tiene palidez palmar. ¿Es palidez palmar intensa? ¿Es palidez palmar leve? -Verificar si hay edema en ambos pies -Determinar el peso para la edad -Determinar la peso para la edad -Determinar la talla para el edad -Determinar el peso para la talla | <p>Clasificar la situación nutricional</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Emanación visible o -Palidez palmar intensa o -Edema en ambos pies <p>Anemia grave y/o desnutrición grave</p> |
| | | <ul style="list-style-type: none"> -Palidez palmar leve o -Peso bajo para la edad (<P3) o -Talla baja para la edad (<P3) o -Tendencia del peso horizontal o descendente o -Peso para la talla menor del P 10 <p>Anemia grave y/o desnutrición</p> |
| | | <ul style="list-style-type: none"> -No tiene criterios para clasificarse como desnutrición y no tiene palidez palmar. <p>No tiene anemia ni desnutrición</p> |

| | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <p><i>Lesión física evidente</i> <i>Discrepancia entre la historia y las lesiones</i></p> | <p><i>Maltrato</i></p> | <p><i>-Notificar a autoridad competente</i> <i>-Referir URGENTEMENTE al hospital</i></p> |
| <p><i>Dos o más signos:</i> <i>-Comportamiento anormal del niño</i> <i>-Comportamiento anormal de padres</i> <i>-Con discapacidad</i> <i>-Descuidado</i> <i>-Consulta tardía</i></p> | <p><i>Alto riesgo de maltrato</i></p> | <p><i>-Contactarse con el ICBF o a la comisaria de familia o la red de maltrato</i> <i>-Enseñar medidas preventivas específicas</i> <i>-Hacer una consulta de control en 14 días.</i></p> |
| <p><i>-No hay signos suficientes para clasificar como maltrato o alto riesgo</i></p> | <p><i>No presenta maltrato</i></p> | <p><i>-Reforzar comportamientos positivos</i> <i>-Enseñar medidas preventivas específicas</i></p> |
| <p><i>Dar Vitamina A</i> <i>Referir URGENTEMENTE al hospital</i></p> | | |
| <p><i>-Dar Vitamina A</i> <i>-Evaluar la alimentación del niño y recomendar a la madre sobre la alimentación tal como se indica en la sección sobre ALIMENTOS del cuadro ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE</i> <i>-Si hay anemia dar hierro para tratamiento y hacer control en 14 días</i> <i>-Si no hay anemia, dar hierro preventivo, si es mayor de 6 meses y no ha recibido hierro en el último año.</i> <i>-Dar Albendazol si el niño es mayor de 2 años y no ha tomado ninguna dosis en los últimos seis meses</i> <i>-Enseñar a la madre cuando debe volver de inmediato</i> <i>-Si tiene desnutrición, hacer una consulta de control 30 días después.</i> <i>-Si tiene desnutrición y además tiene una clasificación amarilla para tos, diarrea o fiebre remitir al hospital</i></p> | | |
| <p><i>-Si el niño es menor de 2 años evaluar su alimentación y recomendar a la madre sobre la alimentación tal como se indica en la sección ALIMENTOS del cuadro ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE. Si la alimentación es un problema hacer una consulta de control 5 días después</i> <i>-Dar albendazol si es mayor de 2 años y no ha tomado ninguna dosis en los últimos 6 meses.</i> <i>-Dar hierro preventivo, si es mayor de 6 meses y no ha recibido hierro en el último año</i> <i>-Enseñar a la madre cuando debe volver de inmediato</i> <i>-Remitir a consulta un niño sano</i></p> | | |

Evaluar otros problemas:

NOTA: Esta parte se refiere a completar la valoración del niño y evaluar cualquier otro problema que pueda tener, un tratamiento adecuado.

Enseguida verificar si tiene problema en el desarrollo

Preguntar:

¿El niño realiza las actividades de su edad?

Clasificar el desarrollo

Preguntas para evaluar problema en el desarrollo

Preguntar si:

Entre 0 y 3 meses

- Boca abajo levanta la cabeza
- Sigue con la mirada objetos
- Se sobresalta con el ruido
- Se sonríe

Entre 4 y 6 meses

- Se sienta con apoyo
- Agarra objetos voluntariamente
- Emite 4 sonidos diferentes
- Agarra las manos del cuidador

Entre 7 y 9 meses

- Se sienta por sí solo
- Se coge los pies con las manos
- Pronuncia una palabra clara (Ej.: mamá)
- Come galletas solo

Entre 10 y 12 meses

- Se agarra y sostiene de pie
- Agarra un objeto pequeño con el índice y el pulgar
- Ayuda a sostener la taza para beber
- Niega con la cabeza

hacer un diagnóstico y tratar de acuerdo a la experiencia el problema detectado y los recursos disponibles para

| | | |
|---|---|---|
| -No realiza ninguna de las actividades a su edad o -No realiza 1 de las actividades del rango de edad anterior | Problema en el desarrollo | -Referir a consulta externa de crecimiento y desarrollo para una evaluación a profundidad -Enseñar medidas preventivas específicas. |
| -No realiza alguna de las actividades correspondiente a su rango de edad | Falta de estimulación en el desarrollo | -Enseñar a la madre como lograr la actividad que no realiza el niño. -Enseñar medidas preventivas específicas. -Control en 14 días. |
| -Realiza todas las actividades a su edad | No tiene problema en el desarrollo | -Enseñar medidas preventivas específicas y las actividades del siguiente rango de edad. -Felicitarse a la madre -Hacer una consulta de control según normas establecidas para crecimiento y desarrollo. |

Entre 13 y 16 meses

- Se para y dá pasos sin ayuda
- Mete y saca las cosas de una caja
- Cuatro ó más palabras claras o reconoce 3 objetos
- Cuando desea algo señala y parlotea.

Entre 17 y 20 meses

- Trota rápido (corre), se para en la silla
- Pasa las hojas de un libro o revista
- Combina 2 palabras
- Conoce 2 partes del cuerpo

Entre 21 y 24 meses

- No cae al correr
- Patea una pelota
- Desenrosca la tapa de un frasco e introduce objetos pequeños
- Frases de 4 o más sílabas o 3 palabras
- Bebe solo de una taza. Ayuda a vestirse o desvestirse

Entre 25 y 30 meses

- Se empuja en ambos pies
- Copia línea horizontal o vertical
- Repite un dígito (8,2,7)
- Diferencia entre niño y niña

Entre 25 y 36 meses

- Sube escaleras solo
- Separa objetos grandes de pequeños
- Se lava las manos sin ayuda
- Usa oraciones completas

Entre 37 y 48 meses

- Lanza y agarra la pelota
- Copia un círculo
- Define por su uso 5 objetos
- Se desviste solo
- Compara el largo de 2 líneas
- Compara 2 pesos diferentes

Entre 49 y 60 meses

- Se para y salta en un solo pie
 - Nombra 4 colores
 - Puede vestirse solo
 - Conoce número de dedos de cada mano
- ¿Quién va más rápido? (un pájaro o un avión; un carro o una bicicleta?)

EVALUAR, CLASIFICAR Y TRATAR AL NIÑO DE 1 SEMANA HASTA 2 MESES DE EDAD

EVALUAR

Preguntar a la madre qué problemas tiene el niño menor de 2 meses

-Determinar si es la primera consulta para este problema o si es una consulta para una reevaluación del caso

-Si es una consulta de reevaluación seguir las instrucciones del cuadro "REEVALUACIÓN Y CONTROL"

-Si es la primera consulta, examinar al niño del siguiente modo:

Determinar si es posible que se trate de una infección bacteriana

Preguntar:

¿Tuvo el niño convulsiones?

Observar, escuchar, palpar:

-Determinar si el niño está letárgico o inconsciente

-Observar los movimientos del niño

-¿Se mueve menos de lo normal?

-Contar las respiraciones en un minuto

-Repetir si el recuento es alto

-Determinar si hay tiraje subcostal grave

-Determinar si tiene aleteo nasal

-Determinar si tiene quejido

-Examinar la fontanela y palparla para

determinar si está abombada

-Determinar si hay supuración del oído

-Examinar el ombligo

-¿Está enrojecido o presenta supuración

-¿El enrojecimiento se extiende a la piel?

-Tomas la temperatura (o tocarlo para determinar si la temperatura corporal es alta o baja)

-Observar la piel para determinar si tiene pústulas

-¿Son muchas o son extensas?

El niño debe estar tranquilo

Clasificar todos los bebés menores de 2 meses

CLASIFICAR**DETERMINAR EL TRATAMIENTO**

| SIGNOS | CLASIFICAR COMO | TRATAMIENTO <small>(Los tratamientos de urgencias que se administran antes de la referencia se indican en negrita)</small> |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> -Convulsiones o -Letárgico o inconsciente o -Se mueve menos de lo normal o -Respiración rápida (60 ó más por minuto) o -Tiraje subcostal grave o -Aleteo nasal o -Quejido o -Abombamiento de la fontanela o -Supuración del oído o -Enrojecimiento del ombligo que se extiende a la piel o -Fiebre (38oC o más o caliente al tacto) ó temperatura corporal baja (menos de 35.5°C o frío al tacto) o -Pústulas en la piel, muchas o extensas. | Possible infección bacteriana grave | <ul style="list-style-type: none"> -Dar la primera dosis de antibiótico por vía intramuscular. -Administrar tratamiento para evitar que le baje la concentración de azúcar en la sangre. -Dar instrucciones a la madre para que mantenga al bebé abrigado en el trayecto al hospital. -Referir URGENTEMENTE al Hospital. -Colocar oxígeno si es posible. |
| <ul style="list-style-type: none"> -Ombligo enrojecido o con supuración y/o -Pústulas escasas en la piel | Infección bacteriana local | <ul style="list-style-type: none"> -Administrar un antibiótico apropiado por 5 días. -Enseñar a la madre a curar las infecciones locales en casa. -Recomendar a la madre que proporcione cuidados caseros al bebé. -Enseñar medidas preventivas. -Reevaluar 2 días después. |
| <ul style="list-style-type: none"> -No tiene signos de infección bacteriana grave ni local | No tiene infección bacteriana * | <ul style="list-style-type: none"> -Enseñar a cuidar el niño en casa. -Enseñar medidas preventivas. |

***Nota:** Para confirmar esta clasificación debe completarse toda la evaluación del menor, ya que aún existe posibilidad de una INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE, que se descubra al evaluar alimentación

EN SEGUIDA, PREGUNTAR:

¿El menor de 2 meses tiene diarrea?

Deshidratación

**Si la respuesta es afirmativa,
preguntar :**

Observar y explorar:

¿Cuánto tiempo hace?

**Determinar el estado general del niño
¿Está:**

¿Hay sangre en las heces?

- Letárgico o inconsciente?
- Intranquilo, irritable?
- Determinar si tiene los ojos hundidos.
- Signos del pliegue cutáneo:
 - ¿La piel vuelve al estado anterior muy
entamente (más de 2 segundos)?
 - ¿Lentamente?

**Clasificar
Diarrea**

**Tiene Diarrea
hace 14 días
o más**

**Hay sangre
en las heces**

| | | |
|---|---|---|
| <p>Dos de los signos siguientes: -Letárgico o inconsciente . -Ojos hundidos. -Signo del pliegue cutáneo: La piel vuelve muy lentamente al estado anterior.</p> | <p>Deshidratación grave</p> | <p>-Referir URGENTEMENTE Al hospital, con la madre administrándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto. -Si es posible hidratarlo con líquidos IV, inicie hidratación y remita -Recomendar a la madre que continúe dándole el pecho.</p> |
| <p>Dos de los signos siguientes: -Intranquilo, irritable. -Ojos hundidos. -Signos del pliegue cutáneo: La piel vuelve lentamente al estado anterior.</p> | <p>Algún grado de deshidratación</p> | <p>-Para la deshidratación, dar SRO y aumentar leche materna (plan B) -Si el niño tiene también una POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE: -Referirlo URGENTEMENTE al hospital, con la madre administrándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto. -Recomendar a la madre que continúe leche materna</p> |
| <p>-No hay signos suficientes para clasificar como algún grado de deshidratación .</p> | <p>No presenta deshidratación</p> | <p>-Dar alimentos y líquidos para tratar la diarrea en casa (Plan A) -Enseñar medidas preventivas específicas</p> |
| <p>-Tiene diarrea hace 14 días o más.</p> | <p>Diarrea persistente</p> | <p>-Si el niño está deshidratado, inicie hidratación y remítalo, salvo que tenga también una POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE. -Referir al hospital.</p> |
| | <p>Diasentería</p> | |

ENSEGUIDA, DETERMINAR SI HAY UN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN O DE BAJO PESO:

| | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <p>Preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none">-¿Tiene alguna dificultad para alimentarse?-¿Se alimenta al seno? <p>Si la respuesta es afirmativa:</p> <ul style="list-style-type: none">-¿Cuántas veces en 24 horas?-¿Recibe el niño habitualmente otros alimentos o líquidos? <p>Si la respuesta es afirmativa:</p> <ul style="list-style-type: none">-¿Qué alimentos?-¿Con qué frecuencia?-¿Con qué le da de comer al niño? | <p>Observar:</p> <ul style="list-style-type: none">-Determinar el peso para la edad. | <p>Clasificar alimentación</p> |
|--|---|---------------------------------------|

SI EL NIÑO:

-Tiene cualquier dificultad para comer,

-Se alimenta al seno menos de ocho veces en 24 horas.

-Recibe cualquier otro alimento o bebida, o

-Tiene un bajo peso para la edad y

-No presenta ningún signo por el cual deba ser referido urgentemente al hospital:

EVALUAR EL AMAMANTAMIENTO

¿El niño se alimentó al seno durante la última hora?

-Si el niño no se alimentó durante la última hora, decir a la madre que le dé seno.

-Observar el amamantamiento durante 4 minutos.

(Si el niño se alimentó durante la última hora, preguntar a la madre si puede esperar y pedirle que avise cuando el niño quiera tomar el seno otra vez).

-¿Logró el niño agarrarse bien?

-No hay agarre -Agarre deficiente -Buen agarre

PARA VERIFICAR EL AGARRE OBSERVAR SÍ:

-Toca el seno con el mentón

-Tiene la boca bien abierta

-Tiene el labio inferior volteado hacia fuera se ve más areola arriba de la boca que debajo de la misma (todos estos signos deben estar presentes para que haya buen agarre)

-¿El niño succiona bien (es decir, succiona en forma lenta y profunda, con pausas ocasionales)?

-No succiona nada -No succiona bien -Succiona bien

-Limpiarle la nariz tapada si ello obstaculiza la lactancia.

-Determinar si tiene úlceras o placas blancas en la boca (moniliasis o candidiasis).

| | | |
|--|--|---|
| <p>-No puede alimentarse o</p> <p>-No hay agarre o</p> <p>-No succiona nada</p> | <p>No logra alimentarse: Posible infección bacteriana grave</p> | <p>-Dar la primera dosis de antibiótico por vía intramuscular</p> <p>-Administrar tratamiento para evitar que le baje la concentración de azúcar en la sangre.</p> <p>-Dar instrucciones a la madre para que lo mantenga abrigado en el trayecto al hospital.</p> <p>-Referir URGENTEMENTE al hospital.</p> |
| <p>-No se agarra bien al seno o</p> <p>-No succiona bien o</p> <p>-Se alimenta al seno menos de 8 veces en 24 horas o</p> <p>-Recibe otros alimentos o bebidas o</p> <p>-Bajo peso para la edad o</p> <p>-Candidiasis (úlceras o placas blancas en la boca).</p> | <p>Problemas de alimentación o bajo peso</p> | <p>-Aconsejar a la madre que le dé el seno las veces y el tiempo que el niño quiera, de día y de noche</p> <p>-Si el niño no se agarra bien o no succiona bien, enseñar a la madre la posición y el agarre correctos.</p> <p>-Si recibe otros alimentos o bebidas, aconsejar a la madre que le dé el seno más veces, reduciendo los otros alimentos o bebidas, y que usa una taza.</p> <p>-Si el niño no se alimenta al seno.</p> <p>-Referir para asesoramiento sobre la lactancia materna y el posible retorno a la misma .</p> <p>-Enseñar a preparar correctamente otra fórmula láctea y a usar una taza.</p> <p>-Si el niño tiene moniliasis, enseñar a la madre a tratar la moniliasis en la casa.</p> <p>-Enseñar a la madre a cuidar al niño en la casa.</p> <p>-Hacer el control para cualquier problema de alimentación o para la moniliasis 2 días después.</p> <p>-Hacer el control del bajo peso para la edad 14 días después.</p> |
| <p>-El peso no es bajo para la edad y no hay ningún otro signo de alimentación inadecuada.</p> | <p>Ningún problema de alimentación</p> | <p>-Enseñar a la madre a cuidar al niño en la casa</p> <p>Elogiar a la madre porque alimenta bien al niño y citarlo a control de niño sano</p> |

VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DEL MENOR DE 2 MESES:

| | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <p>Cronograma de vacunación:</p> | <p>Edad</p> <p>Nacimiento</p> | <p>Vacunas</p> <p>BCG</p> <p>VOP-O</p> <p>HEPATITIS B</p> |
|---|--------------------------------------|--|

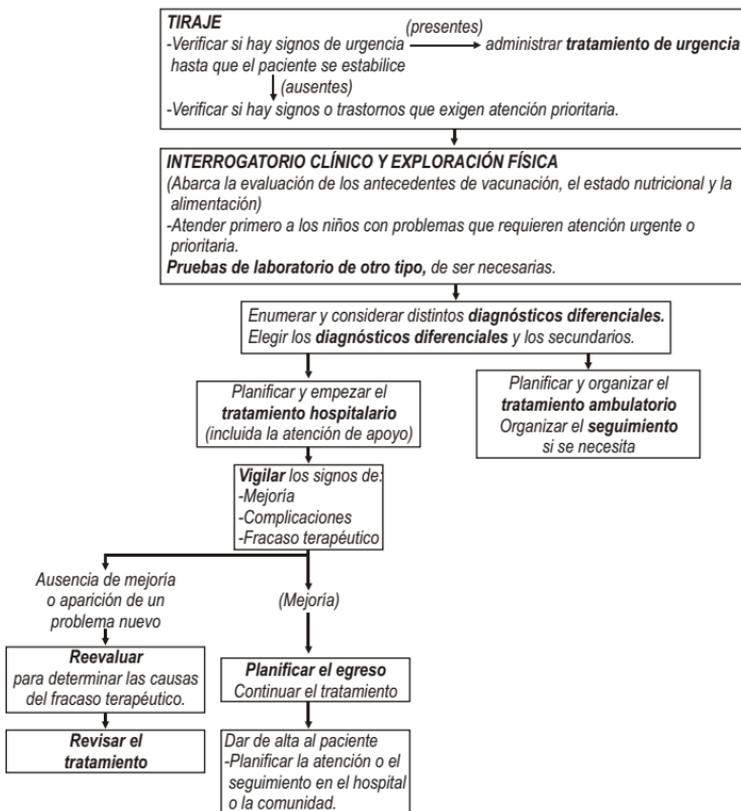
EVALUAR OTROS PROBLEMAS

Recuerde que todos los niños que tengan una clasificación en rojo o en la primera columna, deber ser referidos urgentemente a un hospital de mayor complejidad, después de recibir la primera dosis de antibiótico y los tratamientos de urgencia

Anexo 2

Gráfico 1

Etapas en el tratamiento del niño enfermo que ingresa al hospital: resumen de elementos clave



Nota: Ver por separado las normas terapéuticas para lactantes menores y niños con malnutrición grave.

Nota: Siempre verifique el estado de inmunización, nutrición, alimentación y la habilidad de la madre para continuar con el cuidado en la casa.

Gráfico 2: Triaje de todos los niños enfermos

SIGNOS DE URGENCIA: Si cualquiera de estos signos es positivo, administre el tratamiento, solicite ayuda, extraiga sangre, para los estudios de laboratorio urgentes (glucosa, frotis para descartar malaria, hemoglobina).

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>1. EVALÚE VÍAS AÉREAS Y RESPIRACIÓN</p> | <p>-Respiración obstruida -Cianosis central, o -Dificultad respiratoria grave</p> | <p>Cualquier signo positivo</p> | <p>SI HAY ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO -Trate las vías aéreas en el niño que se atraganta (gráfico 3) SI NO HAY ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO -Trate las vías aéreas (gráfico 4) -Administre oxígeno (gráfico 5) -Asegúrese de que el niño esté abrigado.</p> |
| <p>2. EVALÚE CIRCULACIÓN</p> | <p>Manos frías con: -Llenado capilar lento (más de 3 segundos) y -Pulso débil y rápido</p> | <p>Cualquier signo positivo (Verifique si hay malnutrición grave)</p> | <p>-Detenga cualquier hemorragia -Administre oxígeno (gráfico 5) -Asegúrese de que el niño esté abrigado. SI NO HAY MALNUTRICIÓN GRAVE -Inserte venoclisis y comience a administrar líquidos rápidamente (gráfico 7). Si no puede insertar la venoclisis en una vena periférica, coloque un catéter en la yugular externa o intraóseo. SI HAY MALNUTRICIÓN GRAVE Si se encuentra letárgico o inconsciente -Administre solución glucosada IV (gráfico 10) -Inserte venoclisis y administre líquidos (gráfico 8) Si no hay letargia o inconsciencia -Administre glucosa por vía oral o por sonda NG -Proceda a realizar de inmediato la evaluación y el tratamiento completos.</p> |
| <p>COMA CONVULSIONES</p> | <p>-Coma o -Convulsiones (ahora)</p> | <p>Si coma o convulsiones</p> | <p>-Limpie las vías aéreas (gráfico 3) -Si hay convulsiones, administre diazepam o paraldehído por vía rectal (gráfico 9) -Coloque al niño inconsciente en la posición adecuada (si se presume que hay traumatismo de cabeza o del cuello, primero establezca el cuello) (gráfico 6) -Administre solución glucosada IV (gráfico 10)</p> |
| <p>DESHIDRATACIÓN (sólo en niños con diarrea)</p> | <p>Diarrea más cualquiera de estos dos signos: -Letargia -Ojos hundidos -Signo de pliegue cutáneo</p> | <p>Diarrea más dos signos positivos (Verifique si hay malnutrición grave)</p> | <p>-Asegúrese de que el niño está abrigado. SI NO HAY MALNUTRICIÓN GRAVE: -Coloque venoclisis y comience a administrar líquidos rápidamente según lo indicado en el gráfico 11 y el plan C para el tratamiento de la diarrea en el hospital. SI HAY MALNUTRICIÓN GRAVE: -No coloque venoclisis. -Proceda a realizar de inmediato la evaluación y el tratamiento completos.</p> |

SIGNOS PRIORITARIOS: Estos niños necesitan evaluación y tratamiento sin retraso

| | |
|---|--|
| <p>-Emaciación grave visible -Edema maleolar bilateral -Palidez palmar grave -Todo lactante <2 meses -Letargia</p> | <p>-Irritabilidad -Quemadura grave -Cualquier dificultad respiratoria o -Una nota de referencia de carácter de edad enfermo urgente de otro establecimiento.</p> |
|---|--|

Nota: Si un niño presenta traumatismo u otros problemas quirúrgicos, consiga ayuda quirúrgica o siga las normas quirúrgicas*

*Verifique la presencia de traumatismo de cabeza o de cuello antes de tratar al niño; no mueva el cuello si hay posible lesión de vértebras cervicales.

CASOS QUE NO SON URGENTES: Siga adelante con la evaluación y otros tratamientos según las prioridades del niño.

Gráfico 3: Cómo tratar las vías aéreas en un niño que se atraganta

(aspiración de cuerpo extraño con dificultad respiratoria en aumento)

LACTANTES:

- Coloque al lactante sobre su brazo o muslo en posición cabeza abajo.
- Déle cinco golpes en la espalda con el talón de la mano.
- Si la obstrucción persiste, cambie de posición al lactante dándole vuelta y con dos dedos oprima cinco veces el tórax en la línea media, a una distancia del ancho de un dedo por debajo de la altura del pezón. (ver dibujo).



- Si la obstrucción persiste, revise la boca del lactante en busca de cualquier elemento que la produzca y pueda ser retirado.
- Si fuera necesario, repita la secuencia de golpes en la espalda.

NIÑOS:

- Estando el niño sentado, arrodillado o acostado, déle cinco golpes en la espalda con el talón de la mano.
- Si la obstrucción persista, sitúese detrás del niño y coloque los brazos alrededor de su cuerpo; cierre la mano formando un puño y ubíquela inmediatamente debajo del esternón del niño; ponga la otra mano encima del puño y empuje hacia arriba el abdomen (ver diagrama); repita esta maniobra de Heimlich cinco veces.



- Si la obstrucción persiste, revise la boca del niño en busca de cualquier cuerpo extraño que produzca la obstrucción y pueda ser retirado.
- Si es necesario repita la secuencia de golpes en la espalda.

Gráfico 4: Cómo tratar las vías aéreas de un niño con obstrucción
(o que acaba de dejar de respirar)

NO HAY PRESUNCIÓN DE TRAUMATISMO DE CUELLO:

Niño consciente

1. Inspeccione la boca y extraiga el cuerpo extraño, de haberlo.
2. Retire las secreciones de la garganta.
3. Permita que el niño adopte la posición que le resulte más cómoda.



Posición neutral para abrir las vías aéreas en un lactante

Niño inconsciente

1. Inclina la cabeza se muestra en la figura.



Posición neutral para abrir las vías aéreas en un lactante



Mirar, escuchar y sentir la respiración

2. Inspeccione la boca y extraiga el cuerpo extraño, de haberlo.
3. Retire las secreciones de la garganta.
4. Verifique el estado de las vías respiratorias observando si hay movimiento del tórax, escuchando y percibiendo los sonidos de la respiración.

SOSPECHA DE TRAUMATISMO DE CUELLO (Posible lesión de las vértebras cervicales)

1. Estabilice el cuello según se muestra en el gráfico 5
2. Inspeccione la boca y extraiga el cuerpo extraño, de haberlo.
3. Retire las secreciones de la garganta.
4. Revise las vías respiratorias observando si hay movimientos del tórax, escuchando y percibiendo los sonidos de la respiración.



Tirar de la mandíbula sin inclinar la cabeza

Gráfico 5: Cómo administrar oxígeno

Administre oxígeno mediante una cánula o catéter nasal:

CÁNULA NASAL

Coloque la cánula apenas dentro de los orificios nasales y asegúrela con cinta adhesiva.



CATÉTER NASAL

- Use un catéter de tamaño 8F.
- Mida con el catéter la distancia entre la parte externa del orificio y el extremo interno de la ceja.
- Inserte el catéter hasta esta distancia.
- Asegúrelo con cinta adhesiva.



Comience a hacer fluir el oxígeno a razón de 1-2 litros/minuto

Gráfico 6: Cómo colocar al niño inconsciente en una posición adecuada

SI NO HAY PRESUNCIÓN DE TRAUMATISMO DE CUELLO

- Ponga al niño de costado para reducir el riesgo de aspiración.
- Mantenga el cuello del niño levemente extendido y estabilícelo colocando la mejilla sobre una mano.
- Flexione una pierna para estabilizar la posición del cuerpo.



SI HAY PRESUNCIÓN DE TRAUMATISMO DE CUELLO

- Estabilice el cuello del niño y manténgalo echado de espaldas.
- Sujete la frente del niño con una cinta a ambos lados de una tabla firme para que se mantenga en esta posición.
- Impida el movimiento del cuello manteniendo fija la cabeza del niño (por ejemplo, colocando a cada lado bolsas de un litro de solución intravenosa).
- Si vomita, póngalo de costado manteniendo la cabeza alineada con el cuerpo.



Gráfico 7: Cómo administrar líquidos intravenosos rápidamente para combatir el choque en un niño que no está gravemente malnutrido

- Compruebe que el niño no esté gravemente malnutrido.
- Coloque una venoclisis (y extraiga sangre para estudios de laboratorio de urgencia).
- Coloque en el aparato de venoclisis el lactato de Ringer o la solución salina normal; verifique que la infusión fluya bien.
- Infunda 20 ml/kg con la mayor prontitud posible.

| Edad/Peso | Volumen de lactato de Ringer o de la solución salina normal (20 ml/kg) |
|--------------------------|--|
| 2 meses (<4 kg) | |
| 2 ≤ 4 meses (4 ≤ 6 kg) | |
| 4 ≤ 12 meses (6 ≤ 10 kg) | |
| 1 ≤ 3 años (10 ≤ 14 kg) | |
| 3 ≤ 5 años (14-19 kg) | |

Reevalúe al niño después de que haya recibido el volumen apropiado

Reevalúe después de la primera infusión: Si no hay mejoría, repetir 20 ml/kg tan rápidamente como sea posible.

Reevalúe después de la segunda infusión: Si no hay mejoría, repetir 20 ml/kg tan rápidamente como sea posible.

Reevalúe después de la tercera infusión: Si no hay mejoría, administrar sangre a razón a razón de 20 ml/kg en un lapso de 30 minutos.

Reevalúe después de la cuarta infusión: Si no hay mejoría, ver las normas de tratamiento.

Después de producida una mejoría en cualquier etapa (desaceleración del pulso, llenado capilar más rápido).

Si el niño está gravemente malnutrido, el volumen de líquido y la velocidad de goteo son diferentes.

Gráfico 8: Cómo administrar líquidos intravenosos para combatir el choque en un niño con malnutrición grave

Administre este tratamiento sólo si el niño tiene signos de choque y está letárgico o ha perdido la conciencia:

- Coloque una venoclisis y extraiga sangre para estudios de laboratorio de urgencia.
- Pese al niño (o estime el peso) para calcular el volumen de líquido que se le debe administrar.
- Administre líquido intravenoso a razón de 15 ml/kg en un lapso de una hora. Use una de las siguientes soluciones (en orden de preferencia):
 - Lactato de Ringer con glucosa (o dextrosa) al 5% o,
 - Solución de Darrow a la mitad de concentración con glucosa (dextrosa) al 5% o, si éstas no se consiguen:
 - Lactato de Ringer.

| Peso | Volumen de líquido intravenoso | Peso | Volumen de líquido intravenoso |
|-------|---------------------------------------|-------|---------------------------------------|
| | Para administrar en 1 hora (15 ml/kg) | | Para administrar en 1 hora (15 ml/kg) |
| 4 kg | 60 ml | 12 kg | 180 ml |
| 6kg | 90 ml | 14 kg | 210 ml |
| 8 kg | 120 ml | 16 kg | 240 ml |
| 10 kg | 150 ml | 18 kg | 170 ml |

- Tome el pulso y mida la frecuencia respiratoria al comienzo y cada 5 a 10 minutos.

Si hay signos de mejoría (disminución de la frecuencia respiratoria y del pulso):

- Repita 15 ml/kg de líquido intravenoso en un lapso de una hora; luego:
- Reemplace por rehidratación oral o nasogástrica con SoReMal, 10 ml/kg/h hasta 10 horas.
- Comience la realimentación con la preparación inicial para lactantes F-75.

Si el niño no mejora después de los primeros 15 ml/kg IV, presuma que el niño tiene choque séptico:

- Administre soluciones intravenosas de sostén (4 ml/kg/h) mientras espera la llegada de sangre.
- Cuando disponga de la sangre, transfunda sangre fresca lentamente a razón de 10 ml/kg en un lapso de tres horas (utilice concentrado de eritrocitos si hay insuficiencia cardíaca); luego:
- Comience la realimentación con la preparación para lactantes F-75.

Si el niño empeora durante la rehidratación intravenosa (la respiración aumenta a razón de cinco respiraciones/min o el pulso se acelera a 25 latidos/min. detenga la infusión porque el líquido intravenoso puede agravar el estado del niño.

Gráfico 9: Cómo administrar Diazepam (o Paraldehído) por vía rectal para tratar las convulsiones

Administre Diazepam por vía rectal:

- Extraiga la dosis de una ampolla de Diazepam con una jeringa de tuberculina (1 ml.). Base la dosis en el peso del niño siempre que sea posible. Luego separe la aguja de la jeringa.
- Inserte la jeringa de cuatro a cinco cm. en el recto e inyecte la solución de Dizepam.
- Sostenga las nalgas juntas durante algunos minutos.

| | <i>Diazepam por vía rectal solución de 10 mg/2 ml</i> | <i>Paraldehído por vía rectal</i> |
|------------------------------|---|---------------------------------------|
| Edad/Peso | Dosis 0,1 ml/kg | Dosis 0,3-0,4ml/kg |
| 2 semanas a 2 meses (<4 kg)* | 0,3 ml | 1,0 ml |
| 2 a 4 meses (4 a 6 kg) | 0,5 ml | 1,6 ml |
| 4 a 12 meses (6 a 10 kg) | 1,0 ml | 2,4 ml |
| 1 a 3 años (10 a 14 kg) | 1,25 ml | 4 ml |
| 3 a 5 años (14-19 kg) | 1,5 ml | 5 ml |

Si las convulsiones continúan después de 10 minutos, administre una segunda dosis de Diazepam por vía rectal (o administre Diazepam por vía intravenosa si se ha colocado una venoclisis).

Si las convulsiones siguen después de los 10 minutos siguientes, administre una tercera dosis de Diazepam o de paraldehído por vía rectal (o fenobarbital por vía intravenosa o intramuscular).

Si la fiebre es alta:

- Humedezca al niño con una esponja embebida en agua a temperatura ambiente para disminuir la fiebre.
- No administre ningún medicamento oral hasta que se hayan controlado las convulsiones (peligro de aspiración)

* Use Fenobarbital (solución de 200 mg/ml) en una dosis de 20 mg/kg para controlar las convulsiones en los lactantes <2 semanas de edad:

Peso 2 kg. Dosis inicial: 0,2 ml, repetir 0,1 ml. después de 30 minutos si las convulsiones continúan.

Peso 3 kg. Dosis inicial: 0,3 ml, repetir 0,15 ml. después de 30 minutos si las convulsiones continúan.

Gráfico 10: Cómo administrar solución glucosa por vía intravenosa

- Coloque una venoclis y extraiga sangre, rápidamente, para las pruebas de laboratorio de urgencia.
- Compruebe la glucemia. Si es baja (<2,5 mmol/litro [45 mg/dl] en un niño bien nutrido o <3 mmol/litro [55 mg/dl] en un niño gravemente mal nutrido) o si no se consigue dextrostix.
- Administre 5 ml/kg de solución de glucosa al 10% rápidamente por inyección intravenosa.

| Edad/Peso | Volumen de solución de glucosa al 10% para administrar como bolo IV (5 ml/kg) |
|--------------------------|---|
| Menos de 2 meses (<4 kg) | 15 ml. |
| 2 ≤ 4 meses (4 ≤ 6 kg) | 25 ml. |
| 4 ≤ 12 meses (6 ≤ 10 kg) | 40 ml. |
| 1 ≤ 3 años (10 ≤ 14 kg) | 60 ml. |
| 3 ≤ 5 años (14-19 kg) | 80 ml. |

- Vuelva a verificar la glucemia después de 30 minutos. Si todavía es baja, repita 5 ml/kg de solución de glucosa al 10%.
- Alimente al niño tan pronto esté consciente.

Si no está en condiciones de alimentarse sin peligro de aspiración, administre:

- Glucosa al 5-10% (dextrosa) por inyección intravenosa o
- Leche o solución azucarada por sonda nasogástrica.

Para preparar la solución azucarada, disuelva cuatro cucharaditas de azúcar (20 g.) en una taza de 200 ml. de agua limpia.

Nota: Una solución de glucosa al 50% es lo mismo que una solución de dextrosa al 50% o D50. Si sólo se consigue solución de glucosa al 50%, diluya una parte de solución de glucosa al 50% en cuatro partes de agua estéril, o diluya una parte de solución de glucosa al 50% en nueve partes de solución de glucosa al 5%.

Nota: Para obtener resultados fiables, tenga sumo cuidado con la prueba de dextrostix. La tira debe guardarse en su caja a 2-3° C, evitando en contacto con la luz solar y la humedad elevada. Debe colocarse una gota de sangre en la tira (es necesario cubrir toda la superficie con el reactivo). Después de 60 segundos, la sangre debe lavarse suavemente con gotas de agua fría y el color se comparará con el muestrario de la botella o se leerá en el lector de glucemia. (El procedimiento exacto variará según las diferentes tiras).

Gráfico 11: Cómo tratar la deshidratación grave en un centro de urgencias

Si el niño se encuentra en estado de choque, siga primero las instrucciones que aparecen en los gráficos 7 y 8. Reemplácelas por las del siguiente gráfico cuando el pulso del niño se tome más lento o el llenado capilar sea más rápido.

Dé 70 ml/kg de solución de lactato de Ringer o, si no se consigue, solución salina normal) a lo largo de cinco horas en los lactantes (< 12 meses) y en un lapso de dos horas y media en los niños de 12 meses a cinco años.

| Peso | <12 meses de edad dar a lo largo de cinco horas | 12 meses a cinco años de edad dar a lo largo de 2,5 horas |
|----------|---|---|
| <4 kg | 200 ml (40 ml/h) | ———— |
| 4≤6 kg | 350 ml (70 ml/h) | ———— |
| 6≤10 kg | 550 ml (110 ml/h) | 550 ml (220 ml/h) |
| 10≤14 kg | 850 ml (170 ml/h) | 850 ml (340 ml/h) |
| 14-19 kg | 1200 ml (240 ml/h) | 1200 ml (480 ml/h) |

Reevalúe al niño cada 1-2 horas. Si el estado de hidratación no mejora, acelere el goteo intravenoso.

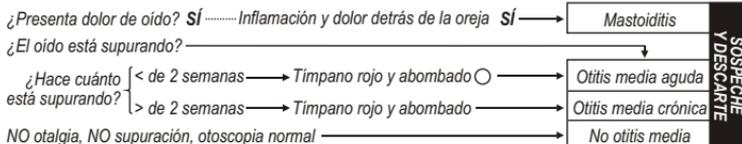
También administre la solución de SRO (cerca de 5 ml/kg/hora) tan pronto como el niño esté en condiciones de beber, generalmente después de 3-4 horas (lactantes) o 1-2 horas (niños).

| Peso | Volumen de solución de SRO por hora |
|----------|-------------------------------------|
| <4 kg | 15 ml |
| 4≤6 kg | 25 ml |
| 6≤10 kg | 40 ml |
| 10≤14 kg | 60 ml |
| 14-19 kg | 85 ml |

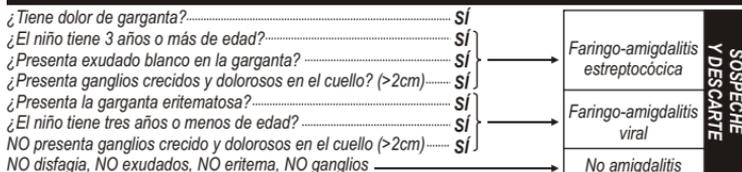
Reevalúe después de seis horas (lactantes) y después de tres horas (niños). Clasifique la deshidratación. Luego elija el plan apropiado para el tratamiento de la diarrea (A, B o C) para continuar el tratamiento.

Si es posible, observe al niño durante al menos seis horas después de la rehidratación, para tener la seguridad de que la madre puede mantener la hidratación dándole al niño la solución de SRO por vía oral.

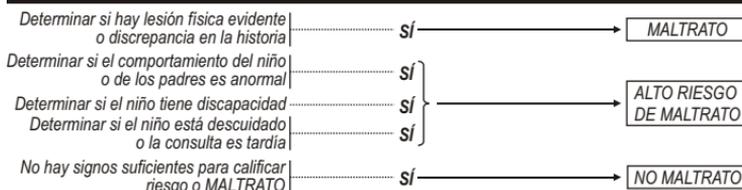
**EVALUACIÓN PARA DESCARTAR O DEFINIR PLAN DE ACCIÓN
DE NIÑOS CON PROBLEMAS EN EL OÍDO**



**EVALUACIÓN PARA DESCARTAR O DEFINIR PLAN DE ACCIÓN
DE NIÑOS CON PROBLEMAS EN GARGANTA**



PREGUNTAS CLAVES PARA DESCARTAR MALTRATO INFANTIL



**EVALUACIÓN PARA DESCARTAR O DEFINIR PLAN DE ACCIÓN
EN NIÑOS CON PROBLEMAS DE DESNUTRICIÓN Y ANEMIA**



VERIFICAR ASISTENCIA AL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA IPS

Verifique si el niño está inscrito y asiste al programa de Crecimiento y Desarrollo..... **NO**..... ¿Por qué?

GUÍA DE ABORDAJE DE LOS NIÑOS DE UNA SEMANA A DOS MESES DE EDAD LA ESTRATEGIA AIPEI

EVALUACIÓN PARA CONFIRMAR O DESCARTAR INFECCIÓN BACTERIANA

| | | |
|---|--|--|
| <p>¿Ha tenido el niño convulsiones? <input type="checkbox"/></p> <p>Determinar si el niño está letárgico o inconsciente <input type="checkbox"/></p> <p>Determinar si hay polipnea (>60 por minuto) <input type="checkbox"/></p> <p>Determinar si hay Tiraje subcostal grave <input type="checkbox"/> Aleteo nasal <input type="checkbox"/> Quejido <input type="checkbox"/></p> <p>Determinar si hay abombamiento de la fontanela <input type="checkbox"/></p> <p>Determinar si hay supuración por el oído <input type="checkbox"/></p> <p>Determinar enrojecimiento del ombligo y a su alrededor <input type="checkbox"/></p> <p>Verificar si hay Fiebre <input type="checkbox"/> Hipotermia (<35,5° c) <input type="checkbox"/></p> <p>Determinar si hay muchas pústulas extensas en la piel <input type="checkbox"/></p> <p>Determinar enrojecimiento del ombligo y supuración <input type="checkbox"/></p> <p>Determinar si hay pústulas escasas en la piel <input type="checkbox"/></p> | <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> | <p>DESCARTE POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE REFERIR</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Cualquiera de estos síntomas</p> <p>DESCARTE POSIBLE INFECCIÓN BACTERIANA LOCAL</p> |
|---|--|--|

EVALUACIÓN PARA DESCARTAR O DEFINIR PLAN DE ACCIÓN EN NIÑOS MENOR DE 2 MESES CON DIARREA

| | | |
|--|---|---|
| <p>Determinar cuántos días lleva el niño con diarrea <input type="checkbox"/></p> <p>Determinar si el niño está letárgico o comatoso <input type="checkbox"/></p> <p>Determinar si el niño está intranquilo o irritable <input type="checkbox"/></p> <p>¿Presenta sangre en las heces? <input type="checkbox"/></p> <p>¿El niño tiene los ojos hundidos? <input type="checkbox"/></p> <p>¿Presenta signo del pliegue? <input type="checkbox"/></p> <p>¿Presenta sangre en las heces? <input type="checkbox"/></p> <p>¿Presenta diarrea por período mayor o igual a 14 días? <input type="checkbox"/></p> <p>No hay signos de deshidratación <input type="checkbox"/> → Plan A</p> | <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> | <p style="text-align: center;">DEFINA Y ACTÚE</p> <p style="text-align: center;">DESHIDRATACIÓN GRAVE -Plan C-</p> <p style="text-align: center;">ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN -Plan B-</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">DISENTERÍA</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">DIARREA PERSISTENTE GRAVE</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">REFERIR</p> |
|--|---|---|

EVALUACIÓN PARA DESCARTAR O DEFINIR PLAN DE SI HAY BAJO PESO O PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN

| | | |
|--|---|---|
| <p>Determinar si el niño tiene:</p> <p>1) Dificultad para alimentarse <input type="checkbox"/> 2) No hay succión <input type="checkbox"/> 3) No hay agarre <input type="checkbox"/></p> <p>Determinar en las rejillas si el niño tiene el peso y talla adecuados para la edad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Determinar como y con qué frecuencia, en 24 horas, el niño se alimenta del seno SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Verificar si la técnica de amamantamiento es la adecuada SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Recibe pecho <8 veces al día SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Verifique bajo peso para la edad: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> | <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> | <p>DESCARTE INFECCIÓN GRAVE</p> <p>EVALÚE LA TÉCNICA DE LACTANCIA MATERNA REFUERCE CONDUCTAS</p> |
|--|---|---|

VERIFICAR ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN P.A.I. TODOS LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

| | | Edad | | | | | | | |
|--------|---------|-----------|-----------|-----------|---------|----------|----------|-----------|------------|
| | | RN | 2 meses | 4 meses | 6 meses | 12 meses | 18 meses | 5 años | 6-11 meses |
| Vacuna | BCG | VOP (1) | VOP (2) | VOP (3) | SRP | VOP (R1) | VOP (R2) | Sarampión | |
| | VOP (A) | DPT (1) P | DPT (2) P | DPT (3) P | F.A. | DPT (R) | | | |
| | HB (A) | HB (1) P | HB (2) P | HB (3) P | | | SRP (2) | | |
| | | Hib (1) P | Hib (2) P | Hib (3) P | | | | | |

CLAVES PARA RESULTADOS ESTRATEGIA AIEPI:

- ✓ Definir cuándo debe volver el niño a consulta de revisión o seguimiento
- ✓ Realizar recomendaciones nutricionales; SIEMPRE eduque a la madre
- ✓ Enseñe signos de alarma y consulta urgente a la madre para la consulta oportuna

SIEMPRE RECOMIENDE MEDIDAS DE BUEN TRATO

ABORDAJE Y SEGUIMIENTO DE PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ASMA

HISTORIA CLÍNICA

Se debe realizar a todo paciente una historia clínica completa en forma manual o sistematizada, (siempre deberá tener clasificación de la crisis y/o clasificación de la severidad de ASMA) según el cuadro clínico atendido.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO LA CRISIS AGUDA

EVALUACIÓN INICIAL POR CONSULTA NO PROGRAMADA : SIEMPRE : entre 24-48 horas .

EVALUACIÓN POR CONSULTA EXTERNA DE LA CRISIS AGUDA :

SIEMPRE entre 7-10 días por el Médico de Familia..

EVALUACIÓN POR CONSULTA EXTERNA DE LA CRISIS MANEJADA EN CASA:

SIEMPRE entre 3-7 días de la crisis por Médico de Familia.

SEGUIMIENTO CRÓNICO SEGÚN CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DEL ASMA

ASMA LEVE INTERMITENTE: Evaluación por médico de familia cada 6 meses. (Si no hay crisis)

ASMA LEVE PERSISTENTE: Valoración por médico de familia cada 3 meses. (Si no hay crisis)

ASMA MODERADA PERSISTENTE : Valoración por médico de familia cada 2 meses y/o (Intemista o Pediatra según caso individual) (Si no hay crisis)

ASMA SEVERA PERSISTENTE: Valoración mensual Pediatra, Medicina Interna y/o Médico de Familia.

EXAMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO

Espirometría o Curva de Flujo Volumen

Utilidad: Determina la presencia de obstrucción pulmonar, mide severidad y reversibilidad.

- No se debe realiza en niños menores de 7 años.
- Se debe realizar a criterio clínico. (cuando el diagnóstico no sea claro)
- La obstrucción de vías aéreas se detecta cuando el VEF1 y su relación con CVF (VEF1/CVF) están reducidos en comparación con los otros valores de referencia.
- Se considera que hay reversibilidad (mejoría de la obstrucción bronquial) cuando se observa un incremento de 12% y 200 ml del valor de VEF1 después de inhalar un broncodilatador de acción corta.
- La severidad de la obstrucción se evalúa comparando los resultados del paciente con los valores de referencia basados en la edad, estatura y sexo del paciente.

ESTUDIOS ADICIONALES

- **Estudios de Alergia:** Niveles de IgE-Recuento de eosinófilos, pruebas cutáneas (estos estudios no se utilizan de rutina)

Cuadro hemático

- Orienta cuando se observa aumento de eosinófilos, pero no es diagnóstico (no se utiliza de rutina).

Inmunoglobulina E(IgE)

- Orienta cuando se encuentra elevada, el estar normal no excluye el diagnóstico. No se justifica su utilización en todos los casos de asma .

Pruebas de función pulmonar (Volumenes pulmonares)

- **Utilidad:** Si se sospecha: EPOC, enfermedad restrictiva u obstrucción del tracto respiratorio alto

Radiografía de tórax

- **En Pediatría:** Todo niño debe tener al menos una placa de tórax para descartar otras patologías que producen sibilancias, lo ideal es tomarla cuando no hay crisis(evalúe diagnósticos diferenciales).
- **Adultos:** Cuando se sospeche patologías asociadas como TBC, EPOC, etc.

ACTIVIDADES EDUCATIVAS

- En todas las IPS básicas deberá existir un curso-taller (avalado por SUSALUD) , el cual deberá realizar en forma completa por los usuarios que se les realice el diagnóstico de ASMA.

CLAVES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE ASMÁTICO

- NO se debe tomar placa de tórax al paciente el crisis , ya que se pueden presentar muchos falsos positivos
- SIEMPRE: Para administrar los inhaladores de dosis medida (IDM) se deberá utilizar inhalo-cámara o "botella espaciadora" de 500-750 cc, para la administración de los Puff.
- Para el manejo de la crisis se deberá utilizar IDM (Inhaladores de dosis medida)
- SÓLAMENTE: Utilizar Nebulizadores cuando no se disponga de IDM.
- TODO: paciente ASMÁTICO deberá asistir a los talleres educativos realizados en las IPS Básicas.
- Para la crisis leve y moderada utilice esteroides vía oral y para las crisis severa utilice esteroides intravenosos
- La duración de una crisis ASMÁTICA es de aproximadamente 5-7 días (tiempo en que produce la desinflamación del tejido pulmonar) es por eso que el seguimiento y manejo de la crisis debe durar aproximadamente una semana antes de ser clasificada el ASMA para el manejo crónico.
- SIEMPRE : Revisar el paciente entre 24-48 horas por atención de consulta no programada, cuando haya tenido crisis asmática
- SIEMPRE: Revisar y clasificar la severidad del ASMA por consulta externa entre 5 y 7 días de estar manejando la crisis.

ABORDAJE DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE ASMÁTICO

SOSPECHE ASMA SI:

- Se ha tenido uno o varios ataques de sibilancias
- Opresión en el pecho
- Presenta tos persistente en la noche y el amanecer.
- La tos y la disnea lo despierta.
- Presenta tos o sibilancias después del ejercicio
- Los resfriados comunes lo afectan más de 10 días.
- Requiere medicamentos para mejorar o controlar síntomas

FACTORES DESENCADENANTES MÁS COMUNES

- Infecciones Respiratorias Virales.
- Ejercicio
- Contacto con alérgenos ambientales
- Cambios de temperatura y clima.
- Irritantes Ambientales (humo, polvo, químicos,)
- Factores emocionales
- Contacto con pelos o plumas de animales.

TENGA EN CUENTA LOS SÍNTOMAS PREMONITORIOS QUE CONOCE CADA PACIENTE ASMÁTICO

**CONDICIONES CLÍNICAS
OBLIGATORIAS PARA EL MANEJO
DE PACIENTE ASMÁTICO EN LA
IPS BÁSICA O EN CENTROS DE
URGENCIAS.
NO HACER MANEJO EN CASA**

- Paciente fatigado en reposo.
- Dice palabras entrecortadas en vez de frases
- No se alimenta.
- Esta cianótico o morado.
- Pulso o frecuencia cardiaca mayor de 120 por minuto.
- Frecuencia respiratoria mayor de 30 por minuto o según la edad.
- Sibilancias audibles en el pecho.
- Respuesta inadecuada a el manejo con inhaladores en la casa.
- Cambios de comportamiento.
- Posición sentado hacia adelante.

Eduque a su paciente en cada consulta sobre los signos de alarma que desencadenan la crisis

PASOS CLAVES EN ABORDAJE DE LA CRISIS

- Se debe realizar una atención oportuna y ágil del paciente. (DARLE PRIORIDAD PARA LA ATENCIÓN)
- Valorar y clasificar la gravedad de la crisis.
- Indagar factores desencadenantes (infección viral - suspensión de medicamentos - alérgenos - stress - otras)
- Conocer los tratamientos que viene recibiendo el paciente (dosis y tiempo antes de la crisis)
- INICIAR: Tratamiento de la crisis según clasificación de severidad la crisis: O₂, Broncodilatadores, Esteroides, etc.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LA CRISIS ASMÁTICA

| PUNTAJE | MÚSCULOS ACCESORIOS | SIBILANCIAS | DISNEA |
|---------|--|--|---|
| 0 | NO RETRACCIONES | NO SIBILANCIAS | NO DISNEA |
| 1 | RETRACCIONES INTERCOSTALES | SIBILANCIAS AL FINAL DE LA ESPIRACIÓN | DISNEA MÍNIMA ACTIVIDAD NORMAL |
| 2 | RETRACCIONES INTERCOSTALES Y SUPRAESTERNALES | SIBILANCIAS ESPIRATORIAS E INSPIRATORIAS | DISNEA MODERADA Y DISMINUCIÓN DE LA ACTIVIDAD |
| 3 | ALETEO NASAL | SIBILANCIAS AUDIBLES SIN ESTETOSCOPIO | DISNEA SEVERA Y SE CONCENTRA EN RESPIRAR |

-Sume cada casilla de acuerdo al puntaje asignado para la fila.
-Totalice y clasifique de acuerdo al resultado

| | | | | | |
|-------------|------|----------------|----------|----------------|--------|
| PUNTAJE 1-3 | LEVE | PUNTAJE: 4 - 6 | MODERADA | PUNTAJE: 7 - 9 | SEVERA |
|-------------|------|----------------|----------|----------------|--------|

CLASIFICACIÓN DE LA CRISIS ASMÁTICA SI SE POSEEN GASES ARTERIALES O ESPIROMETRÍA DIGITAL

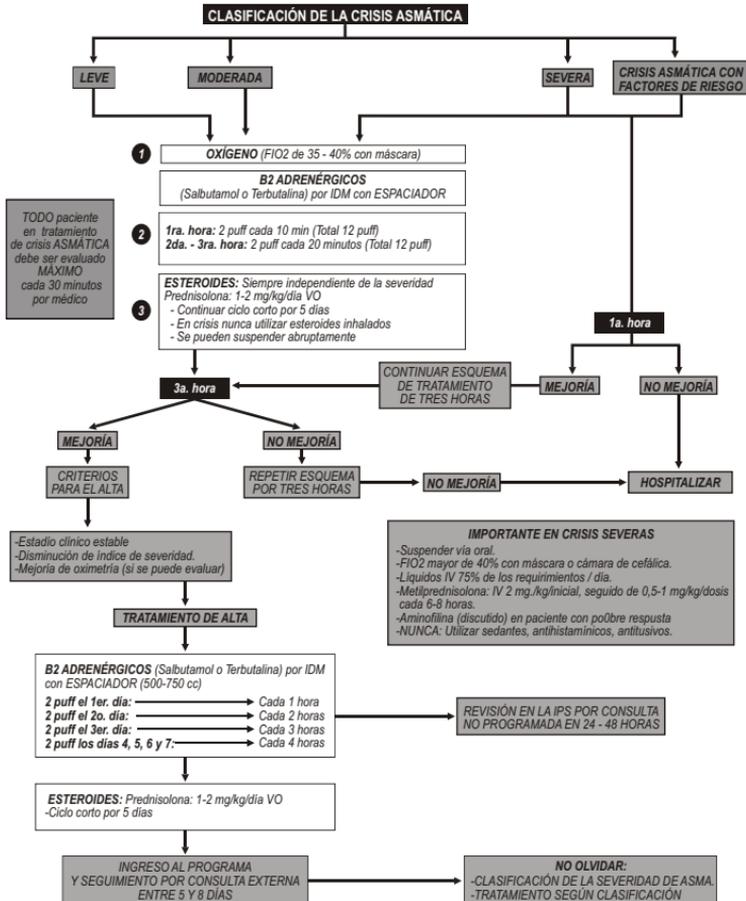
| PARÁMETROS | LEVE | MODERADA | SEVERA |
|------------|------------------------|------------------------|-------------------------------|
| PaCO2 | DISMINUIDA | DISMINUIDA | NORMAL O AUMENTADA |
| PEF | MÁS DE 50% | 30 - 50% | MENOS DE 30% |
| PH | ALCALOSIS RESPIRATORIA | ALCALOSIS RESPIRATORIA | ACIDOSIS RESPIRATORIA O MIXTA |
| VEF 1 | MÁS DE 50% | 30 - 50% | MENOS DE 30% |

FACTORES QUE AUMENTAN EL RIESGO DE LA CRISIS

- Asma de alto riesgo con periodos intercríticos sintomáticos (Perenne).
- Severidad grande desde el punto de vista funcional.
- Antecedente de crisis anteriores que requirieron **manejo** de en UCI.
- No mejoría o empeoramiento **a pesar** del tratamiento inicial adecuado.
- Asma desencadenada por infección severa.
- **Complicaciones** en crisis previas (Neumotórax , Neumomediastino. etc.)
- Uso actual de esteroides sistémicos.
- Hospitalizaciones o consulta por ASMA en el último mes.
- Dos o más hospitalizaciones por ASMA en el último año.

TENGA EN CUENTA ESTOS FACTORES PARA EL MANEJO DE LA CRISIS

MANEJO DE LA CRISIS ASMÁTICA EN LA IPS BÁSICA



CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DEL ASMA Y MANEJO CRÓNICO

| SÍNTOMAS DÍA | SÍNTOMAS NOCHE | EXACERBA- CIONES | PRUEBAS DE FUNCIÓN PULMONAR | MANEJO ADULTOS Y NIÑOS MAYORES DE 5 AÑOS CORTO PLAZO | MANEJO ADULTOS Y NIÑOS MAYORES DE 5 AÑOS LARGO PLAZO | MANEJO ADULTOS Y NIÑOS MAYORES DE 5 AÑOS CORTO PLAZO | MANEJO ADULTOS Y NIÑOS MAYORES DE 5 AÑOS LARGO PLAZO |
|--|-------------------------------|--|--|--|--|---|--|
| Menor de 1 por semana | Menor o igual 2 por mes | Ocasionales | PEF o VEF1 ≥ 80% del teórico Variabilidad < 20% | No medicación diaria B2 inhalado de acción corta según síntomas no más de 3-4 veces al día | No es necesario tratamiento | No medicación diaria B2 inhalado de acción corta según síntomas no más de 3-4 veces al día | No es necesario tratamiento |
| Mayor 1 por semana pero menor 1 por día | Mayor 2 por mes | Pueden afectar el sueño y actividades normales | PEF o VEF1 ≥ 80% Variabilidad 20% - 30% | No medicación diaria B2 inhalado de acción corta según síntomas. | Medicación diaria -Esterode inhalado* 200-800 mcg u... Otros no POS | No medicación diaria B2 inhalado de acción corta según síntomas. | Medicación diaria -Esterode inhalado* 200-800 mcg o... Otros no POS |
| Diaros | Mayor 1 por semana | Afectan el sueño y actividades normales | PEF o VEF1 = 60-80% Variabilidad mayor al 30% | B2 inhalado de acción corta según síntomas. | Medicación diaria -Esteroides inhalados* >800 mcg u... Otros no POS | Medicación diaria B2 inhalado de acción corta según síntomas más de 3-4 veces al día | Medicación diaria -Esteroides inhalados* >800 mcg o... B2 inhalado u... Otros no POS |
| Continuos | Frecuentes | Actividades limitadas por síntomas | PEF o VEF1 ≤ 60% Variabilidad mayor al 30% | B2 inhalado de acción corta según síntomas. | Medicación diaria -Esteroides inhalados* 800-2000 mcg o más B2 inhalados y/o esterode VO y/o teofilina | Medicación diaria B2 inhalado de acción corta según síntomas más de 3-4 veces al día | Medicación diaria -Esteroides inhalados* 800-2000 mcg o más B2 inhalados y/o esterode VO y/o teofilina |

Bicromonasora

-Los inhaladores de dosis medida siempre deben ser administrados con inhalocámara de 500-750 cc
-Revisar el tratamiento cada 3-6 meses y si se mantiene control durante 3 meses pensar en reducción gradual de medicamento
-Si no se logra control durante 3 meses, se debe reclasificar, pero primero revisar la técnica de administración de los medicamentos, el cumplimiento y el control ambiental.

INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE DE LA CRISIS ASMÁTICA EN CASA

El paciente y/o su familia después de haber realizado el taller educativo deberá reconocer los síntomas y signos premonitores de comienzo de una crisis ASMÁTICA

-Nariz tapada o congestión nasal
-Tos seca o secreción nasal
-Malestar general
-Cianosis

¿QUÉ SE DEBE HACER?

-Coloque al paciente asmático en posición semisentado
-Evite la ropa apretada.
-No exponga al paciente asmático a corrientes de aire.
-Trate que el paciente asmático respire lentamente.

¿QUÉ MEDICAMENTOS UTILIZAR?

B2 ADRENÉRGICOS (Salbutamol o Terbutalina) -UTILIZAR INHALADORES DE DOSIS MEDIDA -SIEMPRE con ESPACIADOR (500-750 cc) (Enseñe a su paciente cómo fabricarlo)

1a. hora: 2 puff cada 60 minutos
2a. hora: 2 puff cada 60 minutos
3a. hora: 2 puff cada 60 minutos

MEJORA

NO MEJORA

Atención por consulta no programada en la IPS. para evaluación y clasificación de la crisis asmática

Primer día de inicio de la crisis: 2 puff cada 2 horas.
Al paciente no hay que despertarlo para inhalarlo.
Segundo día: 2 puff cada 3 horas.
Días 3-4-5-6-7: 2 puff cada 4 horas 1 semana : cada 4 horas
-Revisión por consulta externa en la IPS entre el 3o. y 7o. día de crisis para evaluación y manejo adicional.
-Al paciente no hay que despertarlo para inhalarlo.
Esteroides : Ciclo corto de 5- días, SÓLO si el paciente o su familia han realizado los talleres educativos, han tenido adherencia, conoce, signos de alarma, etc.

BASADO GINA

Con el apoyo de:

SUSALUD