



**Normas y Procedimientos
de Atencion al Lactante
Pre Escolar y Escolar**

**INSTITUTO DE NEONATOLOGIA Y
PROTECCION MATERNO-INFANTIL
-INPROMI-**



Resolución Ministerial

Lima, 16 de Enero de 1974

CONSIDERANDO:

Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 1º del Código Sanitario, Decreto Ley 17505, la autoridad de salud corresponde al Organismo del Estado que tiene respecto a las personas y a las cosas la facultad de dictar y hacer cumplir las Normas de Salud.

Que la Norma de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 4º del citado Código, deberá ser dictada previo estudio técnico y con la intervención directa de la Autoridad de Salud.

Que, el Instituto de Neonatología y Protección Materno Infantil (INPROMI) organismo descentralizado del Sector Salud, ha realizado con la autorización de la Alta Dirección del Ministerio de Salud y con la participación de todas las instituciones vinculadas a la atención de la Madre y el Niño, un Seminario Nacional para la formulación de "Normas y Procedimientos para la Atención Materno Infantil" ;

En aplicación del Art. 6º y del inciso d) del Art. 8º del Código Sanitario, Decreto Ley 17505 ; y,

Con opinión favorable del Director Ejecutivo;

SE RESUELVE :

1º) Aprobar el "Manual de Normas y Procedimientos de Atención al Lactante, Pre-Escolar y Escolar" parte integrante de la presente Resolución;

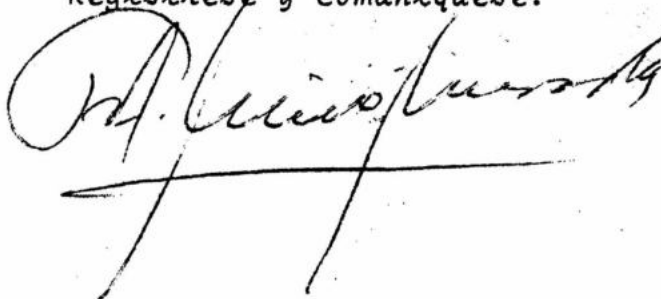
2º) El Instituto de Neonatología y Protección Materno Infantil (INPROMI) tendrá la responsabilidad de la orientación técnica a nivel nacional para la aplicación del Manual citado en el artículo anterior;

LUIS SUAREZ LOPEZ
Director General
INPROMI

11.

3º) El INPRÓMI, con la colaboración de los organismos interesados, evaluará periódicamente la operatividad de las Normas indicadas adecuándolas al progreso de la ciencia y a la experiencia de su aplicación en el país; proponiendo para su aprobación las modificaciones correspondientes.

Regístrese y comuníquese.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "J. L. Llopis", with a long horizontal stroke extending from the bottom of the signature.

LL.

I N D I C E.

CAPITULO I.

Pág.

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION

INTEGRAL DEL NIÑO:

Organización del Consultorio Externo	1
Hospitalización	4
Emergencia Pediátrica	9
Servicios Periféricos	11
Centros de Salud	11
Puestos Sanitarios	12
Centros de Educación Inicial	12
Funciones del Médico	15
Funciones del Personal de Enfermería	15

CAPITULO II.

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCION

INTEGRAL DEL NIÑO:

Atención del niño sano	17
Programa general del cuidado de la salud del niño	18
Normas generales para el control del niño sano	19
Crecimiento y desarrollo	20
Alimentación y nutrición	20
Inmunizaciones	23
Atención integral del niño enfermo	27
Consulta externa	27
Emergencia	27
Hospitalización	27

NORMAS PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES MÁS
COMUNES.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

VIRALES	33
Sarampión	33
Rubeola	33
Varicela	34
Poliomielitis	34
Parotiditis	35
Hepatitis Vírica	36

BACTERIANAS

Escarlatina	37
Erisipela	37
Estafilococias	38
Tétanos	39
Difteria	40
Tos Ferina	41
Fiebre Tifoidea	42
Brucelosis	43
Tuberculosis	44

PARASITARIAS

Sarna o Acarosis	48
Pediculosis	49
Parasitarias Intestinal	50
Balantidiasis	50
Giardiasis	50
Amebiasis	51
Teniasis	51
Uncinariasis	52
Ascariasis	53

Oxiuriasis	53
Tricocefaliasis	53
Estrongiloidiasis	53
Actividades de Enfermería en Algunas	55
Enfermedades Infecciosas	

ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

Resfriado común	57
Adenoiditis aguda	57
Adenoiditis crónica	58
Sinusitis	58
Amigdalitis aguda	59
Amigdalitis crónica	60
Otitis media aguda	61
Otitis media crónica	62
Laringitis obstructiva	62
Laringotraqueobronquitis	63
Bronquioectasias	64
Neumonía	64
Bronquiolitis	65
Neumonía Lobar	66
Bronconeumonía	66
Neumonía Intersticial	67
Pleuresias	67
Asma Bronquial	68
Actividades de Enfermería en Afecciones	70
Respiratorias	

ENFERMEDADES DEL RIÑON Y APARATO URINARIO

Infección Urinaria	71
Glomérulo Nefritis difusa Aguda	72

Síndrome Nefrótico	73
Insuficiencia Renal Aguda	74
Actividades de Enfermería en Afecciones	75
Urinarias	

ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO Y

NUTRICION

Diárrrea Aguda	76
Diárrrea Crónica	76
Desnutrición Calórico-Proteica	78
Rehidratación Parenteral	82

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Fiebre Reumática	92
Insuficiencia Cardiaca	94
Shock	99

ENFERMEDADES DE LA SANGRE

Anemia Ferropriva	101
Coagulación Intravascular Diseminada	102

ENFERMEDADES ENDOCRINAS

Diabetis Juvenil	103
Coma Diabético	104
Coma Hipoglicémico	105

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

Meningoencefalitis	106
Crisis Convulsiva	107
Coma	108

INTOXICACIONES ACCIDENTALES

Medidas Generales	111
Salicilatos	113
Barbitúricos	114
Fenotriazinas	115
Anfetaminas	116
Opiaceos	116
Atropina	117
Kerosene y derivados del Petróleo	118
Hierro	118
Plomo	119
Fósforo Inorgánico	120
Alcalis Cáusticos	120
Fósforo Orgánico	121
Quemaduras	122

CAPITULO III.

Historia Clínica	127
------------------	-----

CAPITULO VI.

ANEXOS:

Tablas de Somatometria	151
Erupción dentaria	153
Prueba de Investigación del Desarrollo de Denver	154
Inventario Abreviado del Desarrollo Psico-motor	162

Tablas de Alimentación	166
Chequeo de la Agudeza Visual y despis-	168
taje del Estrabismo	
Investigación de Agudeza Auditiva	170
Proteja a su niño	171
PROCEDIMIENTOS PEDIATRICOS	
Flebotomía	175
Punción Lumbar	175
Punción Vesical	176
Toracocentesis	177
Traqueostomía	177
Transfusiones	178
Actividades de Enfermería	180
Inspección General del Niño por	183
Enfermería	
Gráficas de Somatrometría	185
DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS	192
GLOSARIO DE TERMINOS	206

IV. GLOSARIO

C A P I T U L O I

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE
ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO

Figure 1. Distribution of the total number of species



ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS PARA

LA ATENCION INTEGRAL DEL NINO

1. GENERALIDADES:

La atención integral del niño se realiza en servicios generales y especializados, que pueden conformar un sistema para una circunscripción y población determinada.

En el Ministerio de Salud se organizan estos servicios en su misma estructura orgánica, y sus organismos ejecutivos a nivel periférico, corresponden a las Zonas de Salud.

La Zona de Salud está conformada por Áreas Hospitalarias, las que a su vez comprenden establecimientos escalonados, tales como Hospitales, Centros de Salud y Puestos Sanitarios.

2. HOSPITAL GENERAL:

UNIDAD PEDIATRICA.

Definición:

Es el órgano técnico administrativo responsable del bienestar físico, mental y social del niño mediante programas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Comprende las siguientes áreas de atención:

- Consultorio Externo
- Hospitalización
- Emergencia.

De acuerdo a la categoría del establecimiento de salud tomará las siguientes denominaciones:

- Departamento
- Servicio
- Sección.

Administrativamente, dependerá de la Dirección del Hospital.

2.1. Consultorio Externo:

Definición:

Es el área donde se realiza la atención médica integral ambulatoria al niño enfermo y la supervisión y control del crecimiento y desarrollo normal del niño.

Deberán existir por lo tanto ambientes independientes para la atención del niño sano y del niño enfermo. En caso de existir ambiente único, se recomienda la atención en horarios diferentes.

2.1.1 Planta Física, Instalaciones y Equipo.

Ubicación:

Debe encontrarse cerca del ingreso al Hospital y de la Unidad de Administración y de los Servicios de Ayuda Diagnóstica y Tratamiento; de preferencia en el primer piso, para dar facilidades al paciente ambulatorio y pueda realizar todas sus gestiones sin tener que desplazarse a gran distancia. Permite un trabajo armónico y funcional entre los diferentes servicios y facilita la atención médica. En lo posible estará cercano al Servicio de Emergencia.

Ambientes:

- a. Ambiente para el control de talla, peso y temperatura,
- b. Ambiente para la consulta y examen,
- c. Ambiente para vacunar,
- d. Ambiente para educación para la salud.

El número dependerá de la demanda y capacidad de cada Hospital, pudiendo hacer uso de los ambientes comunes a otros servicios.

Instalaciones:

a. Sanitarias:

- Lavatorio.
- Servicios higiénicos.

b. Eléctricas:

- Iluminación adecuada de ambientes y corredores.
- Tomacorriente de 1.50 m. del suelo.
- Intercomunicadores.

Mobiliario y Equipo:a. Ambiente para el control de peso, talla y temperatura:

- Escritorio de metal o mesa
- Sillas
- Mesa con colchoneta
- Armario de metal
- Balanzas de pié, con tallímetro
- Balanza para Recién Nacidos y Lactantes (hasta 16 Kg.)
- Infantómetro
- Termómetros clínicos orales y rectales
- Portatermómetros
- Bandejas y riñoneras
- Cintas métricas
- Salubral accionado a pedal.

b. Ambiente para Consulta y Examen:

- Escritorio de metal
- Sillón
- Sillas
- Mesa de examen pediátrico
- Mesa rodable de curaciones, de vidrio con dos niveles

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS PARA

LA ATENCION INTEGRAL DEL NINO

1. GENERALIDADES:

La atención integral del niño se realiza en servicios generales y especializados, que pueden conformar un sistema para una circunscripción y población determinada.

En el Ministerio de Salud se organizan estos servicios en su misma estructura orgánica, y sus organismos ejecutivos a nivel periférico, corresponden a las Zonas de Salud.

La Zona de Salud está conformada por Areas Hospitalarias, las que a su vez comprenden establecimientos escalonados, tales como Hospitales, Centros de Salud y Puestos Sanitarios.

2. HOSPITAL GENERAL:

UNIDAD PEDIATRICA.

Definición:

Es el órgano técnico administrativo responsable del bienestar físico, mental y social del niño mediante programas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Comprende las siguientes áreas de atención:

- Consultorio Externo
- Hospitalización
- Emergencia.

De acuerdo a la categoría del establecimiento de salud tomará las siguientes denominaciones:

- Departamento
- Servicio
- Sección.

Administrativamente, dependerá de la Dirección del Hospital.

2.1 Consultorio Externo:

Definición:

Es el área donde se realiza la atención médica integral ambulatoria al niño enfermo y la supervisión y control del crecimiento y desarrollo normal del niño.

Deberán existir por lo tanto ambientes independientes para la atención del niño sano y del niño enfermo. En caso de existir ambiente único, se recomienda la atención en horarios diferentes.

2.1.1 Planta Física, Instalaciones y Equipo.

Ubicación:

Debe encontrarse cerca del ingreso al Hospital y de la Unidad de Administración y de los Servicios de Ayuda Diagnóstica y Tratamiento; de preferencia en el primer piso, para dar facilidades al paciente ambulatorio y pueda realizar todas sus gestiones sin tener que desplazarse a gran distancia. Permite un trabajo armónico y funcional entre los diferentes servicios y facilita la atención médica. En lo posible estará cercano al Servicio de Emergencia.

Ambientes:

- a. Ambiente para el control de talla, peso y temperatura,
- b. Ambiente para la consulta y examen,
- c. Ambiente para vacunar,
- d. Ambiente para educación para la salud.

El número dependerá de la demanda y capacidad de cada Hospital, pudiendo hacer uso de los ambientes comunes a otros servicios.

Instalaciones:

a. Sanitarias:

- Lavatorio.
- Servicios higiénicos.

b. Eléctricas:

- Iluminación adecuada de ambientes y corredores.
- Tomacorriente de 1.50 m. del suelo.
- Intercomunicadores.

Mobiliario y Equipo:

a. Ambiente para el control de peso, talla y temperatura:

- Escritorio de metal o mesa
- Sillas
- Mesa con colchoneta
- Armario de metal
- Balanzas de pie, con tallímetro
- Balanza para Recién Nacidos y Lactantes (hasta 16 Kg.)
- Infantómetro
- Termómetros clínicos orales y rectales
- Portatermómetros
- Bandejas y riñoneras
- Cintas métricas
- Salubral accionado a pedal.

b. Ambiente para Consulta y Examen:

- Escritorio de metal
- Sillón
- Sillas
- Mesa de examen pediátrico
- Mesa rodable de curaciones, de vidrio con dos niveles

- Armario de metal
- Lámpara de pié con cuello de ganso
- Negatoscopio de dos cuerpos
- Estetoscopio pediátrico
- Tensiómetro de mercurio con bandas para lactantes, pre-escolares y escolares
- Pontoscopio completo
- Martillo de percusión
- Cinta métrica
- Baja-lenguas descartables
- Riñoneras de 26 x 12 cm.
- Tambores para gasa y algodón
- Salubral accionado a pedal
- Material de escritorio

c. Ambiente para Vacunaciones:

- Mesa o escritorio de metal
- Sillas
- Mesa con colchoneta
- Armario de metal
- Mesa rodable de curaciones, con 2 niveles de vidrio
- Refrigeradora
- Equipo de jeringas y agujas hipodérmicas
- Tambores para algodón
- Frasco con pinza portaobjeto
- Bandejas con riñoneras
- Frascos para soluciones (alcohol, bencina, etc.)
- Material de escritorio
- Salubral accionado a pedal
- Esterilizadora.

d. Ambiente de Educación para la Salud:

- Escritorio
- Sillas
- Mesa con colchoneta
- Equipo de ayuda audio-visual para enseñanza
- Equipo para demostraciones.

Ropa.

a. Ambiente para la Toma de Peso, Talla y Temperatura:

- Soleras de 1.50 m. de ancho por 2 m. de largo
- Toallas descartables.

-1b. Ambiente para Consulta y Examen:

- Soleras de 1.50 de ancho por 2 m. de largo, o papel kraf para las mesas de examen, en cantidades adecuadas para la demanda de la consulta.
- Toallas descartables
- Un juego de mandiles para cada médico.

c. Ambiente para Vacunaciones:

- Soleras de 1.50 m. de ancho por 2 m. de largo
- Toallas descartables.

2.1.2 Personal.

a. Tipo

- Médico Pediatra
- Enfermera
- Auxiliar de Enfermería

b. Número:

- Dependerá de la capacidad del Hospital y la demanda.

2.2 HOSPITALIZACION.

Definición:

Es el área donde se internan los niños, cuando el caso lo requiere, para recibir atención médico-quirúrgica y cuidados de enfermería, durante las 24 horas del día.

2.2.1 Planta Física, Instalaciones y Equipo:

Ubicación:

En la unidad de hospitalización cerca a los Servicios de Ayuda Diagnóstica y Tratamiento.

Ambientes, Características y Equipamiento:

El número de cuartos o salas, su tamaño y localización deben estar distribuidos de tal manera que se pueda asegurar una observación y servicio eficiente por el personal médico, de enfermería y auxiliar.

Los niños hospitalizados deben agruparse según la edad.

Los escolares será separados por sexo en ambientes diferentes, no así los lactantes y pre-escolares.

Se propiciará la presencia de los padres, para que puedan participar en algunos aspectos de la atención del niño y ser educados y orientados en los cuidados del niño.

Asimismo, se darán facilidades para actividades recreativas y de educación de los niños.

En base a estas consideraciones, en el área de hospitalización se deben considerar los siguientes ambientes:

a. Ambientes de Hospitalización:

- a.1 Ambiente para el recién nacido
- a.2 Ambiente para lactantes
- a.3 Ambiente para pre-escolares
- a.4 Ambiente para escolares
- a.5 Ambiente para aislamiento

- b. Estación de Enfermeras
- c. Sala de Trabajo de Enfermeras
- d. Oficina del Médico
- e. Ambiente para examen y tratamiento

- f. Sala de Espera
- g. Ambiente para la preparación de biberones y repostaría
- h. Ambiente de recreación
- i. Sala de Reuniones
- j. Otros ambientes.

Características Generales de los Ambientes.

a.1. Ambiente para el Recién Nacido.

Destinado para la atención del neonato (Ver Manual de Normas y Procedimientos del Recién Nacido).

a.2. Ambiente para Lactantes.

Destinado para la hospitalización de los niños menores de un año.

Son atendidos en cunas pequeñas y es conveniente agruparlos en salas dentro de las cuales se dividen en pequeños grupos de 6 cunas por cubículo.

En toda sala o habitación destinada a lactantes, habrá una bañera con ducha de manga flexible, una balanza para lactantes, una mesa para cambiar pañales, un lavatorio provisto de recipiente para desinfectante y una bolsa para la ropa sucia.

Las ropas y pañales limpios se guardan en los cajones de la mesa.

El equipo queda completado por instalaciones de oxígeno y succión.

a.3 Ambiente para Pre-Escolares.

Destinado para la hospitalización de los niños de 1 a 5 años. Para este grupo se utilizan las camas y camas-cunas y no se hacen separaciones por sexo, pero sí es conveniente agrupar a los niños por edades, creando secciones para cunas y secciones para camas-cunas, usando el sistema de cubículos para los primeros y cuartos o salas para los segundos. Tendrán un espacio para que los niños aprendan a caminar.

a.4 Ambiente para Escolares.

Destinado a la hospitalización de los niños de 6 a 14 años. Los niños en la edad escolar serán separados según sexo. Se necesitarán habitaciones unipersonales o bipersonales, con instalaciones de oxígeno y, de ser posible, con servicios higiénicos propios. En toda habitación se dispondrá de una cama, una mesita de noche y una silla, además de un armario ropero y un lavatorio. Igualmente, en cada una de estas habitaciones debe haber posibilidad de instalar una pequeña bañera, para utilizar el cuarto, en caso necesario, para pacientes más pequeños.

a.5 Ambiente de Aislamiento.

Este ambiente debe contar con uno o más cuartos uni o bipersonales que puedan ser usados para enfermos con procesos infecto contagiosos, o que requieran aislamiento por otra causa. (v.g. niños con problemas emocionales). Debe contar con su respectivo lavatorio y servicios higiénicos.

Lo ideal es contar con una pequeña antesala que lo separe del corredor principal, que tenga lavatorio de manos accionado con el codo o el pie, con agua fría y caliente y llave mezcladora, dispensador de jabón, toallas descartables, un armario para mandiles, gorros, botas, etc., y un perchero.

Dispondrá también de un pequeño ambiente para trabajo de enfermeras, con facilidades para esterilización.

Algunas características especiales de los ambientes de hospitalización.

Las camas destinadas a lactantes y niños pequeños deberán tener barandillas laterales que puedan bajarse. En las salas de varias camas, la separación de la pared lateral debe ser más o menos 0.80 m. y la separación entre cama y cama de 1.20 m.

Cada sala o cuarto tendrá un closet con divisiones para todos los niños, con colgadores adecuados a su altura.

El ancho de la puerta ha de ser por lo menos de 1.20 m. para permitir el paso de camas, camillas, sillas de ruedas, aparatos de Rayos X, etc., sin que sea posible cerrar con llave por dentro.

Los servicios higiénicos deben ser adecuados a la edad de los niños.

Se debe condicionar los ambientes durante el día para el descanso de los pacientes mediante persianas, etc., Igualmente se debe planear tanto el aire acondicionado en las zonas cálidas, o sistemas de calefacción en las zonas frías. La altura de las ventanas debe estar por encima del alcance de los niños, a fin de evitar accidentes y deben tener dispositivos de seguridad.

Las divisiones de los cuartos de los niños deben ser con ventanas de vidrio irrompible, a fin de facilitar la observación desde la Estación de Enfermeras y permitir al niño no sentirse aislado de los demás. Estas ventanales deben estar a una altura adecuada que permita la observación del niño acostado.

Las paredes serán de material duro, ya que los niños gustan de rasparlas. Las paredes y techos deben ser pintados con colores suaves y alegres, y estar con decorados adecuados, a fin de brindar una atmósfera agradable y feliz para los niños.

Los tomacorrientes deben tener dispositivos de seguridad, que eviten la introducción de objetos pequeños por los niños.

b. Estación de Enfermeras.

Es la central de administración, comunicaciones, historias clínicas y personal de enfermería para la atención del niño internado.

De preferencia debe estar ubicada en la parte central del área de hospitalización, a fin de evitar tráfego innecesario y permitir una vista global y adecuada a los niños.

Los cuartos o salas de los niños graves o con trastornos emocionales, deben estar junto a la Estación de Enfermeras.

Debe contar con un mostrador para la atención del público, estante para guardar Historias Clínicas, recibos, órdenes de laboratorio, tablero para guardar las llaves de los ambientes, carro portahistorias, pizarra para avisos y un reloj de pared. Tendrá además sus propios servicios higiénicos, sillas, papeleras, teléfono, etc.

c. Sala de Trabajo de Enfermeras.

Constará de dos ambientes: uno denominado "sucio" y otro "limpio". El "sucio" será utilizado para el manejo de material usado, y el "limpio" destinado a la preparación de los equipos para tratamiento o medicinas.

Estará ubicado contiguo a la Estación de Enfermeras.

El ambiente "sucio" tendrá un lavadero tipo quirúrgico y un botadero con flush, lámparas de luz ultravioleta.

El ambiente "limpio" tendrá un lavadero, un armario de medicamentos, un armario para tóxicos y narcóticos, una mesa de instrumental montado sobre ruedas en la que se colocará entre otros: espátulas, pantoscopio, tensiómetro, estetoscopio, tubos de ensayo, etc.; una refrigeradora, una silla de metal, un mostrador para trabajo de enfermería, etc.

d. Oficina del Médico.

Aquí es donde el médico recibe a los padres de los pacientes y otras visitas; y tiene su pequeña biblioteca.

Debe tener lo siguiente: un escritorio metálico, una silla, un sillón, un armario guardarropa, un lavatorio, una estantería para libros, un negatoscopio, una pizarra para boletín o comunicaciones personales.

e. Ambiente para Examen y Tratamiento.

En este ambiente se realizan exámenes y procedimientos que son dolorosos y deben realizarse lejos de otros niños, por lo tanto debe estar separado de los cuartos o salas de los pacientes. Debe estar ubicado junto a la Oficina del Médico. Tendrá una silla, una mesa de examen, un armario para instrumental, un lavatorio, un lavadero, una lámpara de pie, un salubral metálico, balanza, tallímetro, etc.

f. Sala de Espera.

Ubicada cerca a los lugares de acceso a la Sala de Hospitalización, y decorada adecuadamente.

g. Ambiente de recreación.

Este ambiente tiene varios usos en relación al tamaño del área de hospitalización y a la edad de los pacientes. Puede utilizarse en actividades de grupo y para recreación como sala de juego de los niños pequeños, para hacer terapia ocupacional o para salón de clase de niños mayores; también como un espacio para eventos sociales (cumpleaños, etc.).

Es el lugar ideal para que los niños estén juntos a la hora de los alimentos.

Deberá estar ubicado a la vista de la Estación de Enfermeras para su adecuado control, y debe construirse de tal manera que los ruidos no molesten a los pacientes en sus salas.

Se recomienda que el área de este ambiente sea lo suficientemente amplio para cobijar al 50% de los niños internados, calculándose 2.20 m². por paciente si el ambiente se emplea para comedor o recreación, y de 1.10 m². si es sólo para recreación. Contará con el espacio adecuado para guardar juguetes, material de estudio, estantes para libros, pizarras, etc., debe tener servicios higiénicos propios.

h. Ambiente para Preparación de Biberones.

Se recomienda que la preparación de las fórmulas lácteas se efectúe en el área de hospitalización para evitar que gérmenes endémicos, como las salmonellas, sean traídos de otros ambientes.

Deberá contar con dos ambientes independientes:

- Uno para la recepción de biberones usados para su lavado. Contará con un equipo para lavado y enjuague de biberones.
- Otro para la preparación de las fórmulas, llenado de biberones y su esterilización. Contará con una mesa de trabajo de fácil limpieza, balanza, probetas, ollas, embudos, refrigerador, esterilizador, Menaje de cocina.

i. Sala de Reuniones.

Para conferencias, discusiones, charlas con la familia de los niños, etc.

Deberá contar con pizarras, mesas de conferencias, sillas de metal, sillas tipo carpeta, estante con llave para guardar material didáctico.

Además, tendrá un equipo audiovisual: proyector de películas de 16 mm. y de diapositivos, ecran, franelógrafo, negatoscopio, puntero, rotafolio, etc.

j. Otros Ambientes.

- j.1. Depósito de camillas y de sillas de ruedas
- j.2. Cuarto para limpieza
- j.3. Servicios higiénicos para pacientes, si no existen en las salas o cuartos de hospitalización

j.4. Servicios higiénicos para el personal

j.5. Repostería

j.6. Lavado y esterilización de chatas.

Número de Camas Pediátricas.

Para el cálculo de camas pediátricas, el Ministerio de Salud tiene actualmente los siguientes criterios:

Sobre el 100% de camas de la Institución:

- el 35% es para Medicina General
- el 30% es para Cirugía
- el 20% es para Pediatría
- el 15% es para Obstetricia y Ginecología

Distribución que no está de acuerdo a nuestra realidad.

k. Instalaciones.

- Agua fría y caliente
- Sistema de llamadas
- Sistema de aire acondicionado y calefacción de acuerdo a las condiciones ambientales
- Tomacorriente para aparatos de Rayos X
- Los sanitarios deben ser de tamaño y altura adecuada para los niños.

2.2.2 Personal:

Tipo:

Personal Médico:

1 Médico Pediatra por cada 10 camas pediátricas.

Personal de Enfermería:

- 1 Enfermera Supervisora para la Unidad Pediátrica
- 1 Enfermera General preparada en Pediatría para cada 14 camas
- 2 Auxiliares de Enfermería por cada Enfermera General.

Personal de Nutrición:

1 Auxiliar de Nutrición para la Unidad Pediátrica.

En la programación de los recursos de personal se harán los cálculos correspondientes para mantener las proporciones señaladas.

2.3 EMERGENCIA PEDIATRICA.

Definición:

Es el servicio encargado de brindar a los niños que lo requieran, una atención médico-quirúrgica inmediata e ininterrumpida durante las 24 horas del día.

2.3.1 Planta Física, Instalaciones y Equipo.

Ubicación.

Debe estar ubicada en un lugar accesible a la ambulancia y estar cerca y en directa conexión con el Centro Quirúrgico, la Unidad de Cuidados Intensivos y los Servicios de Ayuda Diagnóstica y Tratamiento.

Ambiente y Características.

- a. Consultorio
- b. Sala de Observación
- c. Sala de Hidratación
- d. Ambientes comunes a otros servicios:
 - d.1. Playa de estacionamiento amplia y de fácil comunicación, en donde puedan ubicarse las ambulancias, con rampa para el descargue de camillas.
 - d.2. Ambiente de Admisión en donde se consignen los datos del paciente y de los primeros auxilios.
 - d.3. Pequeña sala para realizar cirugía menor de urgencia (suturas, curaciones, etc.).
 - d.4. Estación de Enfermeras
 - d.5. Sala de Trabajo de Enfermeras
 - d.6. Ambiente de ropería y guarda de materiales y equipos
 - d.7. Ambiente para las camillas, sillas de ruedas, aparato portátil de Rayos X
 - d.8. Servicios higiénicos para el público
 - d.9. Oficina de Policía
 - d.10. Caseta para teléfono público.

La diversificación y la magnitud de los ambientes señalados estarán de acuerdo a la demanda y a las posibilidades físicas del Hospital.

Equipos y Materiales.

- Equipo de resucitación: laringoscopio, sondas para intubación orofaríngea y endotraqueal, máscaras de oxígeno oronasales (grandes, medianas y pequeñas), bolsas para respiración, regulador, humidificador y tanque de oxígeno.
- Tienda de oxígeno
- Equipo de traqueotomía
- Equipo de flebotomía
- Equipo de curaciones
- Equipo para infusión intravenosa (incluyendo agujas con mariposas y microgotero)
- Equipo de transfusión
- Equipo para punción lumbar
- Equipo para tóracocentesis y toracotomía
- Tablilla y equipo para enyesado
- Manual de consulta para envenenamientos
- De ser posible, equipo y aditamentos para resucitación cardíaca
- Medicamentos: barbitúricos, analgésicos, epinefrina, soluciones hidroelectrolíticas, antisueños, antidotos contra envenenamientos y otros medicamentos para atender emergencias, soluciones de dextrosa de distintas concentraciones.

2.3.2 Personal.

El Servicio de Emergencia debe ser atendido por personal debidamente entrenado y con experiencia, ya que frecuentemente se toman decisiones basadas sólo en informaciones parciales o inadecuadas.

El personal de emergencia estará formado por:

- + 1 Médico Pediatra como miembro del equipo de guardia.
- 1 ó más enfermeras que es común a las demás emergencias.
- Auxiliares de enfermería.

2.4 CIRUGIA PEDIATRICA.

Los aspectos quirúrgicos de la atención del niño deberán ser realizados por el Servicio de Cirugía, en coordinación permanente con la Unidad Pediátrica.

3. SERVICIOS PERIFERICOS.

3.1 CENTROS DE SALUD.

Pueden ser de dos tipos:

3.1.1 Con camas de internamiento.

La atención del niño en este tipo de establecimiento se hace en:

- Consultorio externo que realiza también atención de emergencia.
- Salas de internamiento.

Las actividades que se realizan son las de promoción, protección y recuperación de la salud, con especial énfasis en las de promoción y protección.

Interna a los pacientes, en aquellos casos que así lo requieran.

Personal:

- a) Tipos: el mínimo indispensable
 - Médico pediatra o médico general con entrenamiento en Pediatría.
 - Enfermera de Salud Pública o General.
 - Auxiliares de Enfermería.

- b). Número: será de acuerdo a la capacidad del establecimiento y a la demanda.

3.1.2 Sin camas de internamiento.

Las actividades para la atención del niño se realizan en los consultorios.

De acuerdo al lugar y la demanda, la atención pediátrica se diversificará en consultorios para lactantes, pre-escolares y escolares.

Personal:

a) Tipo: Médico Pediatra o Médico General
Enfermera de Salud Pública o General
Auxiliares de enfermería.

b) Número: de acuerdo a las necesidades y demanda del establecimiento.

3.2 PUESTOS SANITARIOS.

Sólo realizarán actividades de medicina simplificada, que estarán a cargo de un auxiliar de enfermería que actuará bajo la supervisión del Centro de Salud correspondiente.

Este personal estará entrenado en:

- Vacunaciones
- Educación para la Salud
- Primeros Auxilios
- Saneamiento Ambiental.

4. CENTROS DE EDUCACION INICIAL.

Definición.

Son establecimientos encargados de promover el crecimiento y desarrollo integral de los niños menores de 6 años, detectar y tratar oportunamente sus problemas de orden bio-psíquico y social. La educación inicial escolarizada se realiza en:

- a. Servicios de Cunas, para los niños menores de 3 años.
- b. Servicios de Jardines, para los niños de 3 a 5 años.

En relación a la salud, se cumplirán actividades de promoción (educación para la salud y nutrición), protección (vacunaciones, evaluación del crecimiento y desarrollo del niño) y ciertas actividades de recuperación (atención al niño que enferma durante su permanencia en el Centro, transfiriéndolo al establecimiento de salud de su jurisdicción cuando sea necesario).

- El Sector Salud en coordinación con el de Educación, será el responsable del cumplimiento de estas actividades y prestará su apoyo a los programas no escolarizados.
- Los niños que asistan a un Centro de Educación Inicial deberán ser sometidos a un examen médico antes de su admisión y luego serán controlados periódicamente.

4.1 Planta Física, Instalaciones y Equipos.

Ubicación.

En zona cercana a los lugares de donde proceden los niños; de-

be ser de fácil acceso y libre de todo riesgo ambiental.

Características generales. Las dimensiones del local, número de las habitaciones, extensión del patio, jardín y las facilidades de que disponga dependerán de los recursos económicos. Todos los locales deberán ser lugares seguros, libres de toda clase de peligro, bien ventilados y con espacio suficiente para el número de niños atendidos. Las paredes deben pintarse con colores alegres y lavables, el piso debe ser de madera, parquet o vinilo y de fácil limpieza.

Se debe contar con agua potable y servicios higiénicos; en caso de no tenerlos, se utilizarán letrinas, baldes y bacenillas.

Contará con un botiquín de primeros auxilios.

Ambientes, Instalaciones y Equipos.

a. Cunas.

a.1. Ambientes necesarios para los diversos grupos.

- Para lactantes (grupos con un máximo de 10 niños)
Una habitación con cuarto de aseo, 3.0 m². por niño.
Un cuarto de aseo tendrá: una bañera, lavadero, mesa con colchoneta para vestir al niño.
- Para niños de 1 a 2 años (grupos con un máximo de 15 niños).
Una habitación de grupo con ventana que permita inspeccionar desde el cuarto de aseo y 3.0 m². de área por niño. Un cuarto de reposo con arreglo a las necesidades. Un baño con retrete, lavatorio para el personal, y lavatorio para los niños.
- Habitaciones complementarias para toda la cuna:
 - Cuarto recepción
 - Cuarto de aislamiento (1 por cada 20 niños)
 - Ambiente para la preparación de fórmulas lácteas
 - Cocina repostero
 - Comedor con muebles adecuados a la edad de los niños
 - Cuarto con armario para ropa de los niños y ropa blanca
 - Lavandería para pañales y ropa blanca
 - Vestuario para el personal.

a.2 Equipamiento.

- Mobiliario: Los muebles deben ser de tamaño adecuado a los niños, tanto las mesas y las sillas, como los estantes. La sala de los bebés debe contar con facilidades para preparar y calentar alimentos y biberones.

La cocina y la despensa deben tener los muebles y facilidades necesarias para preparar la comida, almacenar los alimentos, y para lavar y guardar los utensilios, cubiertos y vajilla.

- Material didáctico: Se requiere material didáctico adecuado, como crayolas, papel, pizarra, bloques, cuentas, tijeras, cuentos, plastilinas, carritos, muñecas, instrumentos musicales, etc. Estos deben tener condiciones tales como ser labables y libres de riesgos (no astillarse, pintura atóxica, etc.).
- Facilidades para el descanso o la siesta: Para los lactantes, se puede procurar cunas, canastas, moisés o tarima con barandas, de más o menos un metro de alto del suelo, con colchonetas. Para los niños mayores, se les puede proporcionar colchonetas, tarimas, petates o esteras, y una frazada o colchita para cubrirlos en caso necesario.

b. Jardines de Niños.

b.1 Ambientes necesarios para los grupos. El número de niños por grupo será de 25 a 30 y requerirán:

- 1 ambiente por grupo; 2.0 m². de área por niño
- 1 cuarto de reposo
- 1 ambiente para servicios higiénicos de los niños con lavatorio y W.C. (de tamaño adecuado).
- Ambientes complementarios:
- 1 cuarto de aislamiento, con lavatorio
- Cocina y piezas anexas a ésta
- Comedor (de acuerdo al horario)
- Cuarto para guardar artículos de limpieza
- Cuarto para guardar juguetes
- Local para Oficina Administrativa
- Jardín
- Patio de Juego.

b.2 Equipamiento.

- Mobiliario e instalaciones de tamaño adecuado a los niños, tanto las mesas y sillas como los estantes. Habrá un W.C. y lavatorio para cada 10, a lo sumo 12 niños; una pileta con ducha de mango (de ser posible). Para los varones se instalarán también pequeños urinarios. Debe contar con facilidades para preparar la comida y almacenar los alimentos y para lavar y guardar los utensilios, y vajilla.
- Material didáctico similar al de cunas.
- Facilidades para el descanso: colchonetas, tarimas, petates o esteras, con su colcha para cubrirlos.

- Implementos de juego en el patio.

Personal:

El personal debe estar capacitado en aspectos pediátricos y de puericultura, con énfasis en problemas nutricionales.

Estos Centros contarán, además con atención médica, psicológica y de asistencia social.

Se recomienda que el personal sea sometido a un examen pre-ocupacional y luego a un control médico periódico, por lo menos cada 6 meses, el cual debe incluir un examen clínico completo, un examen radiológico de tórax y serológico, así como coprológico para detectar portadores sanos de salmonellas.

No deben ejercer servicios de cuidado de enfermos. En las cunas debe existir una auxiliar por cada 5 o 7 niños y en los jardines 1 para 30 niños.

4.2 Organización.

Cada establecimiento contará con un reglamento de organización y funciones de acuerdo a sus necesidades y las pautas generales señaladas.

5. FUNCIONES DEL PERSONAL EN LA ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO.

5.1 FUNCIONES DEL MEDICO.

El Jefe de la Unidad Pediátrica dependerá directamente del Jefe del Area Hospitalaria u Hospital; del Jefe de la Unidad Pediátrica dependerán los Jefes de los niveles jerárquicos que se establezcan en función de los sectores y diversas actividades que cumpla la Unidad.

Las actividades se desarrollaran en los Consultorios Externos, Emergencia, Hospitalización y Servicios Periféricos. (Centros de Salud y Consultorios Periféricos).

En todos estos sectores de trabajo médico, se realizarán funciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud a nivel del niño, la familia y la comunidad; además realizará actividades docentes y de investigación.

Cada Unidad deberá tener su propio manual de organización y funciones.

5.2 FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA.

El personal de enfermería es el encargado de la atención del niño, su familia y la comunidad, de ejecutar y participar dentro de su campo de acción, en las actividades relacionadas con la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Son sus funciones:

1. La atención directa e integral de enfermería al niño sa no o enfermo, su familia y la comunidad.
2. Participar en el planeamiento, ejecución y evaluación de Programas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud del niño.
3. Realizar programas de capacitación y adiestramiento para su personal.

Realizar y/o participar en investigaciones relacionadas con la atención integral del niño, familia y comunidad.

C A P I T U L O I I

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA

ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO

PRIMERA PARTE.

ATENCIÓN DEL NIÑO SANO

1. Generalidades.

La atención del niño sano es fundamental en cualquier programa de salud que pretenda controlar los riesgos que afectan a la infancia.

Una atención efectiva del niño sano se postula como precoz, eficiente, integral, suficiente, periódica, y continuada en las diferentes etapas: lactante, preescolar y escolar.

2. Objetivos.

- 2.1 Evaluar periódicamente el crecimiento físico y desarrollo de la población infantil bajo control.
- 2.2 Impartir conocimientos de puericultura a las madres, la familia y la comunidad.
- 2.3 Educar en salud con la finalidad de crear hábitos que promuevan una mejor higiene individual, del grupo familiar y de la comunidad.
- 2.4 Otorgar las prestaciones propias de las actividades de fomento y protección de la salud.

3. Procedimientos de control y atención del niño sano.

3.1 Por el médico.

En cada control del niño el médico:

Elaborará la historia clínica completa la primera vez. Posteriormente hará notas de evolución.

3.1.1 Anamnesis.

Especial énfasis en las condiciones del medio ambiente y antecedentes familiares y personales. Se insistirá acerca de la alimentación e inmunizaciones.

3.1.2 Examen físico completo, que incluirá peso, talla, perímetro cefálico, trazados de curvas de peso y talla, valoración del estado de nutrición y determinación del canal de crecimiento somático.

3.1.3 Valorará el desarrollo psicomotor y emocional.

3.1.4 Anotará los datos precisos para poder formular un diagnóstico sobre el estado de salud del niño.

3.1.5 Labor educativa: Dedicará parte importante del tiempo a orientar a la madre sobre:

- a. Lactancia materna con énfasis especial; artificial, de no ser posible aquella, y ablactancia.
- b. Inmunizaciones y la importancia del cumplimiento del esquema completo.

c. Particularidades del normal crecimiento físico y desarrollo.

d. Importancia de las medidas higiénicas sanitarias en la lucha contra las infecciones, enfermedades diarréicas agudas, parasitismo, etc.

e. Se tratará de que ninguna madre abandone la consulta sin haber sido orientada correctamente.

3.1.6 Dará la próxima cita y llenará el carnet de salud del niño.

3.2 Por la enfermera.

3.2.1 Realizará la sematometría y lo anotará en la historia clínica y carnet de salud. Colaborará en el desarrollo de la consulta informando al médico de las peculiaridades de cada caso, y orientará a la madre sobre las indicaciones médicas.

3.2.2 Efectuará las vacunaciones correspondientes.

3.2.3 Labor educativa:

a. Brindará orientación a la madre sobre el cuidado del niño en las diversas edades - Lactancia materna - Baño - Vestuario - Hábitos.

b. Importancia del control médico periódico y de las vacunaciones.

c. Medidas higiénico sanitarias: en la lucha contra enfermedades infecciosas, gastroenterocolitis, parasitismo, conservación y preparación de los alimentos, etc.

d. Prevención de accidentes.

3.2.4 Detectará conjuntamente con el médico las inasistencias y niños de mayor riesgo para un control más adecuado, programación de visitas domiciliarias y seguimiento de casos.

4. Programa general de cuidado de la salud del niño

Esquema para la protección, despistaje y procedimiento de evaluación.

Edad:

Al nacer	Evaluación médica - BCG - Antipolio oral monovalente.
4 mes	Evaluación médica. Orientación médica y medidas higiénico dietéticas.
2 meses	DPT. Antipolio oral trivalente. Orientación médica.
3 meses	Evaluación médica.
4 meses	DPT. Antipolio oral trivalente.
6 meses	Evaluación médica. DPT. Antipolio oral trivalente. Hemoglobina. Hematocrito.
9 meses	PPD. Antisarampión. Evaluación de la audición.
12 meses	Evaluación médica. Antivariólica. Hemoglobina. Hematocrito, orina completa, investigación de parásitos en heces.
1 a. 3 m.	Eval. méd. Detección de alteraciones del habla y lenguaje.
1 a. 6 m.	DTP. Antipolio oral trivalente. Detección de alteraciones del habla y lenguaje.
2 años	Evaluación médica. Evaluación del habla y lenguaje.

- 2 a. 6 m Agudeza auditiva. Aplicación de test psicológico.
- 3 3-1/2 años Evaluación médica. Examen dental. Agudeza visual.
- 4 4-1/2 años Evaluación médica. DTP. Antipolio oral trivalente.
- 5 5-1/2 años Evaluación médica. Hemoglobina, Hematocrito, orina, heces, (parásitos). Evaluación de agudeza visual y auditiva. Detección de alteraciones del habla y lenguaje. Evaluación intelectual y de disposición del niño para su ingreso a Educación Inicial.
- 6 - 7 años Evaluación médica. Examen dental PPD. Agudeza visual y auditiva. Fotoroentgen en caso de positividad tuberculínica.
- Primera matrícula DT. Evaluación del habla y lenguaje, Test de desarrollo intelectual y destreza.
- 8 - 9 años Idem 6 - 7 años.
- 12 años Evaluación médica. DT. Hemoglobina, Hematocrito. Agudeza auditiva y visual. PPD. Fotoroentgen condicional a hiper-primaria reacción. Educación sexual.
- Ult. matr. primaria
- 14 años Interrogatorio sobre aspectos de salud. Evaluación médica. Mediciones físicas específicas. Hemoglobina. Hematocrito. VDRL. Examen dental. Detección de alteraciones auditivas. Educación sexual.

Las visitas para una continua supervisión en los 5 primeros años de vida, variarán de acuerdo al criterio médico.

5. Normas generales para el control del niño sano.

5.1 Perioricidad de la atención

El lactante deberá ser controlado a los 1, 2, 3, 4, 6, 9 y 12 meses por el médico y/o enfermera.

El preescolar deberá tener un mínimo de dos consultas al año (cada 6 meses).

El escolar deberá ser controlado por lo menos una vez al año.

5.2 Actividades del grupo de salud.

Material:

Hoja de control del niño sano.

Gráficas de peso, talla, perímetro cefálico.

Gráfica de test de desarrollo. Test de DENVER, GESELL o similares.

Esquema de alimentación a diferentes edades.

Esquema de vacunaciones.

Pautas para educación higiénico-sanitarias y prevención de accidentes a diferentes edades.

Los procedimientos para el cumplimiento de las acciones por parte del personal médico y paramd., se adecuarán a los re-

cursos y necesidades de los establecimientos de salud, quienes tendrán que elaborar sus correspondientes manuales de procedimientos.

5.2.1 Evaluación del crecimiento y desarrollo.

Será de responsabilidad del médico, quien podrá delegar estas funciones al personal de enfermería.

a. Evaluación del crecimiento.

Se utilizarán las gráficas de talla, peso y perímetro cefálico, así como las tablas correspondientes (ver anexos nº 1 y 2)

b. Evaluación del desarrollo.

Se empleará el test de investigación del desarrollo de DENVER (Ver Anexo 4).

5.2.2 Alimentación y nutrición del niño.

La base fundamental del estado de salud del niño la constituye entre otros factores, una buena alimentación que proporcione los nutrientes, las sustancias accesorias y el aporte calórico adecuado para un crecimiento y desarrollo armónico y normal.

En la alimentación del niño debemos considerar las diferencias individuales. Por lo tanto, debido a múltiples variables que intervienen en los requerimientos en cada niño, las pautas son sólo recomendaciones y deben usarse con criterio amplio.

5.2.2.1 Pautas alimentarias.

a. Para el lactante (Ver Anexo No.6)

Leche: recomendar la lactancia materna; de no ser posible ésta, indicar leche evaporada o en polvo (maternizadas o enteras) anotando con claridad y por escrito las diluciones correspondientes al tipo de la leche recomendada.

-Alimentos no lacteos: comenzar por pequeñas cantidades, probando la tolerancia. No dar más de un alimento nuevo por vez.

-Minerales y vitaminas: iniciar el aporte de hierro y vitaminas A, C, D al mes de edad.

Fierro	10-20 mg.
Vit. A	1,500 UI
Vit. C	30 - 35 mg.
Vit. D	400 UI

A partir del 3º - 4º mes de edad dar vitamina B.

Mantener la adición hasta que el niño esté con una dieta completa.

-Baños de sol: iniciar al mes de edad, exponiendo al bebé por 1 minuto, aumentando

progresivamente hasta 10 minutos.

b. Para el preescolar.

La alimentación en la edad preescolar debe ser lo más equilibrada y variada posible, de acuerdo a las características peculiares del crecimiento del niño que a esta edad disminuye su velocidad, pero que por otra parte aumenta su actividad física.

Requerimientos nutritivos diarios: (Ver anexo No 7).

c. Para el escolar.

Requerimientos nutritivos diarios:

5.2.2.2 Acciones educativas.

a. Con la comunidad.

- a.1 Difundir y enfatizar el hecho de que la alimentación del infante se inicia en la vida intrauterina, de ahí la importancia de la adecuación de la alimentación durante la gestación para asegurar al feto las reservas de nutrientes requeridos en los primeros meses de vida.
- a.2 Toda madre debe saber que la educación alimentaria debe comenzar apenas recién nacido el niño y que debe continuarla a través de las etapas siguientes.
- a.3 Orientar acerca de la alimentación adecuada a la madre que lacta.
- a.4 Fomentar la lactancia materna en los grupos de referencia de los niveles bajos, dado que la leche materna es el alimento de elección específica para el niño hasta los 6 meses de edad.
- a.5 Fomentar en las zonas rurales y pueblos jóvenes la prolongación de la lactancia materna después de los primeros 6 meses de vida, por conocer que la adquisición de alimentos constructores en la cantidad requerida, no es adecuada.
- a.6 Fomentar el uso de agua hervida, la manipulación y cocción adecuada de las preparaciones alimentarias destinadas al niño, la higiene personal y de los utensilios.
- a.7 Difundir el conocimiento de que la introducción sucesiva de alimentos complementarios en la dieta del niño debe ser gradual, en cantidades pequeñas de acuerdo a la capacidad gástrica del niño.

790466

a.8 Orientar acerca del consumo diario de alimentos en cantidad y calidad adecuada; que deben proporcionarse de acuerdo a la edad para que el niño lo gre su desarrollo físico y mental con veniente.

a.9 Dar conocimientos acerca de que la actividad física cumplida por el niño in crementa el requerimiento de alimentos energéticos; y el crecimiento y desarrollo aumenta las demandas de alimentos constructores y reguladores.

b. En relación con el adiestramiento y capacitación del personal.

b.1 Fomentar la lactancia materna por las siguientes ventajas: proporciona una dieta nutricionalmente adecuada para los niños hasta los seis meses de edad, no se encuentra contaminada, se dispone fácilmente de ella, no requiere preparación culinaria, es económica si la madre recibe una dieta adecuada, contiene sustancias protectoras (anticuerpos); y el contacto íntimo ayuda al desarrollo emocional del niño. Orientación sobre la técnica de alimentación al pecho si es tá empleando algún sistema perjudicial en el mé todo tradicional.

b.2 Informar sobre los problemas de la alimentación artificial: por el costo elevado, bajos niveles de higiene doméstica (alimentos expuestos a contaminarse con el polvo, insectos y otros), dificultad de la madre para seguir las instrucciones dadas, fórmulas lacteas muy diluídas, bi berones no lavados convenientemente.

b.3 Impartir conocimientos acerca del valor nutritivo de los alimentos más comunmente usados en la región para la alimentación del niño.

b.4 Orientar acerca de la ingestión diaria de un me nú variado y adecuado a las diferentes épocas de la vida del niño (lactante, preescolar y es colar), a la economía familiar, a los hábitos regionales, influencias estacionales en producción de alimentos, creencias, costumbres y cali dad sanitaria.

b.5 Conocer la función que cumple los alimentos en el organismo.

b.6 Orientar acerca de la introducción progresiva y gradual de alimentos y enfatizar la recomendación de medidas higiénicas adecuadas. Al año de edad la dieta del niño debe incluir todos los alimentos de la dieta familiar.

b.7 Conocer que si la alimentación es adecuada el niño ganará en peso y talla, será activo y saludable; la necesidad que tienen los niños de ingerir alimentos con más frecuencia que los



adultos debe ser considerada.

- b.8 Difusión del conocimiento de la administración de leche con cereales o quenopodáceas, de frutas, de pescado o carne, yema de huevo, verduras, tubérculos, menestras, en forma sucesiva. Incorporación del niño en la alimentación familiar sin condimentos al año de edad.
- b.9 Orientación para la modificación de hábitos alimentarios nocivos para la salud y nutrición (uso de bebidas carbonatadas, infusiones), manteniendo los adecuados. Respecto a las costumbres de eficacia dudosa.
- b.10 Orientar acerca de medidas para prevenir la mal nutrición calórico-proteico; reconocimientos de signos y síntomas.
- b.11 Instruir acerca de los métodos más efectivos para realizar Educación Nutricional, charlas con discusión de grupo; demostración de métodos, representaciones, exhibiciones, y de los grupos donde pueda realizarse: Club de Madres, Hospitales y otros; utilizando variadas ayudas audiovisuales (carteles, franelógrafo, modelos de alimentos, películas, transparencias, folletos educativos) y medios de comunicación colectiva.

5.2.3 Inmunizaciones.

I. Precauciones generales para la aplicación de vacunas.

1. La administración de toda vacuna debe estar prece^{di}da de:
 - a. Limpieza del sitio de aplicación
 - b. Usar material estéril (jeringas, agujas, etc.)
 - c. Las vacunas deben mantenerse permanentemente en refrigeración ya que su poder de protección disminuye considerablemente a temperatura ambiente hasta llegar a ser nulo. La refrigeración no debe llegar hasta la congelación, pues ésta también puede disminuir el poder de protección.
 - d. Proteger a las vacunas de la luz.
 - e. Vigilar fecha de vencimiento, o sea la fecha hasta la cual es válida su aplicación.
 - f. Observar siempre el estado y color de las soluciones, antes de aplicarlas.
 - g. Emplear técnica adecuada:

Las vacunas DPT y DT deben ser inyectadas profundamente en el músculo, preferentemente el deltoideo; cuadrante supero externo del glúteo o cuádriceps.

Durante el curso de la inmunización primaria cada inyección debe ser colocada en sitio diferente.

NOTA: Un niño desnutrido puede ser vacunado.

2. Precauciones y contraindicaciones de las vacunaciones.

2.1 Generales:

- a. Enfermedad febril aguda
- b. Reacción severa a cualquier antígeno, consistente en fiebre alta 39.5°C; somnolencia o convulsiones, hará extremar precauciones en la subsiguiente inyección.

Si se hubieran presentado convulsiones prolongadas, diferir y fraccionar la dosis 0.05 - 0.1 ml. de un sólo antígeno en una especie de test y luego completar el esquema de inmunización lentamente según orientación dada en el acápite correspondiente a inmunizaciones en niños con problemas neurológicos. El tiempo en que se resumirá la inmunización dependerá de la prevalencia de la enfermedad en la comunidad, riesgos de exposición y estado neurológico del niño.

2.2 Específicas.

- a. **Pertusis:** No debe proseguirse si se desencadenó trombocitopenia después de la aplicación de DTP.

No aplicar después de los 6 años. (Usar DT tipo adulto).

- b. **Antipolio oral** en caso de diarrea.

- c. **Sarampión:** Se recomienda aplicar el test de tuberculina a los 8 meses, antes de aplicar la vacuna.

No se colocará en pacientes con: Linfoma, leucemia u otra enfermedad neoplásica; en los que reciben terapia inmunosupresora; severa enfermedad febril; TBC activa no tratada; administración reciente de Gama Globulina.

- d. **Antivariólica:** No se colocará en niños:

- Alérgicos al huevo.
- Con eczema, dermatosis, heridas extensas, quemaduras.
- Terapia inmunosupresora: No aplicarla antes del año de edad. Tener presente que la inmunización primaria en niños mayores acarrea el peligro de encefalitis.

- e. **Tétanos:** En niños con alteraciones neurológicas la vacuna del tétanos debe ser diferida hasta haber terminado la de Pertusis y difteria.

- f. **BCG:** si se coloca después del mes hacerle previamente PPD.

3. Interrupción del esquema de inmunización.

La interrupción del esquema rutinario de inmunizaciones, a causa de una enfermedad intercurrente, no interfiere con la inmunización final y no es necesario comenzar de nuevo la serie, inde

pendientemente del intervalo de tiempo transcurrido.

4. Administración simultánea de vacuna de virus vivos.

No inyectar juntas vacunas de virus vivos como Poliomielitis, sarampión, antivariólica, rubeola; el intervalo será de un mes.

5. Inmunización primaria en niños no inmunizados en la lactancia.

- Niños menores de 6 años serán inmunizados con DTP usando 3 dosis IM a intervalos de 4-8 semanas.
 - Niños mayores de 6 años: toxoide diftérico-tetánico (DT). El uso de Pertusis no es recomendable, salvo situaciones especiales, por el peligro del compromiso del SNC.
- Sarampión: puede ser inyectada a cualquier edad, si no hay contraindicaciones.

Poliomielitis: En igual forma.

6. Inmunizaciones en niños con enfermedades neurológicas.

- a. Comenzar DTP y polio oral a los dos meses de edad, usando 1/10 de la dosis recomendada, si no hay reacción adversa seguir el esquema de vacunación normal.
- b. Si a pesar de ello se presentan manifestaciones del SNC, proceder con precaución usando los antígenos separados y a dosis fraccionadas, o si la reacción es severa, diferir la hasta el año de edad y evidencia de que la alteración neurológica ha sido controlada.
- c. Acido acetil salicílico con o sin fenobarbital en dosis apropiadas según la edad, dados los 3 días siguientes a la vacunación a fin de minimizar la reacción febril.

7. Inmunización durante la terapia con inmunosupresores.

Corticoesteroides, antimetabólitos, agentes alquilantes, irradiación.

- a. En terapia a corto plazo: diferir la vacunación hasta que el tratamiento haya sido discontinuado.
- b. En terapia a largo plazo: no deben recibir las vacunas de sarampión, viruela ni BCG, pero pueden recibir vacunas a virus muertos y un mes después de discontinuada la terapia inmunosupresora, una dosis extra de virus muertos o vivos.
- c. La vacuna de la polio oral, puede ser dada durante la terapia esteroide.

II. Esquema de vacunación.

Ver calendario de atenciones para los controles y vacunaciones y visita domiciliaria.

- 5.2.4 Evaluación de la agudeza visual y auditiva (Ver anexos nº 8 y 9).

CALENDARIO DE ATENCIONES PARA LOS CONTROLES
VACUNACIONES Y VISITAS DOMICILIARIAS, SEGUN EDADES.

ATENCIONES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
CONTROLES	1º mes	2º mes	3º mes	4º mes	6º mes	9º mes	12º mes	15º mes	18º mes	24º mes	36º meses	48-60 meses	6 años	Última matrícula de primaria
VACUNACIONES	Anti-polio monov. BCG	Anti-polio trivalente DPT 1º dosis	-	Anti-polio trivalente DPT 2º dosis	Anti-polio trivalente DPT 3º dosis	Anti-sarampión polio (1)	Anti-varicela	-	Anti-polio trivalente DPT 1º dosis	-	Anti-polio trivalente DPT 2º dosis	Anti-polio trivalente DPT 2º dosis	Anti-polio trivalente DPT 2º dosis	Anti-polio trivalente DPT 2º dosis
VISITA DOMICILIARIA	-	-	1a.	-	-	-	-	2a.	-	-	3a.	-	-	-

NOTAS: (1) Se recomienda PPD previo, derivando al médico las reacciones de más de 10 mm. vacunando a los restantes.

(2) Aplicar a PPD negativos.

SEGUNDA PARTE

ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO ENFERMO.

1. GENERALIDADES.

La atención integral del niño enfermo se realiza en:

- 1.1 Consulta externa, tanto en Hospitales como en Centros Periféricos.
- 1.2 Emergencia.
- 1.3 Hospitalización.

2. PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCION DEL NIÑO ENFERMO.

2.1 Consulta Externa.

Es la atención integral de salud al paciente ambulatorio.

Comprende:

- a. Control de funciones vitales: temperatura, pulso, respiración y presión arterial.
- b. Sematometría: peso, talla, perímetro cefálico, etc.
- c. Historia Clínica: anamnesis, antecedentes personales fisiológicos, patológicos y familiares.
- d. Examen clínico completo.
- e. Ineterconsultas.
- f. Exámenes auxiliares: Laboratorio, Rayos X y otros.
- g. Diagnóstico.
- h. Pronóstico.
- i. Tratamiento.
- j. Cita a controles posteriores, hospitalización, emergencia o alta.

2.2 De la Emergencia.

Emergencia:

Se considera emergencia, todo estado de gravedad que por producir severa perturbación de las funciones vitales, o intenso sufrimiento, requiere de atención médico-quirúrgica inmediata.

Para signos y síntomas de gravedad. (Ver inciso pág. 29)

2.3.1 Generalidades.

La hospitalización se hace a través de los Consultorios Externos o la Emergencia.

Se hospitalizarán:

- Cuando el procedimiento de diagnóstico no pueda hacerse en forma ambulatoria.
- Cuando las condiciones del paciente no permitan que pueda ser tratado en forma ambulatoria.

- Pacientes considerados de interés, para fines de estudio o investigación.
- Cuando existan condiciones socio-económicas que impidan una adecuada atención ambulatoria.
- La hospitalización será ordenada por el Médico de Consultorio Externo o el Médico del Equipo de Guardia de Emergencia.
- El Médico que hospitaliza, debe informar en la Historia:
 - El motivo de la hospitalización.
 - El diagnóstico presuntivo, y las
 - Indicaciones médicas, dietéticas y especiales iniciales.
- El paciente ingresará después de cumplir todos los trámites administrativos establecidos y deberá tener la Historia Clínica completa.
- Es requisito indispensable al hospitalizar un niño, exigir a la persona que lo trae, presentar algún documento de identificación personal: Libreta Electoral, Carnet del Seguro Social, Libreta Tributaria, Brevete, Certificado del Centro de Trabajo, etc.
- Se tratará de conseguir y verificar una dirección exacta o alguna referencia de persona autorizada.

2.3.2 De la Visita Médica.

- La visita médica se realizará todos los días. Consiste en el registro, en la Historia Clínica, de la evolución, prescripción dietética y terapéutica, solicitud de exámenes, procedimientos y otras indicaciones para el paciente y personal paramédico.
- En primer lugar serán atendidos los enfermos graves e ingresos.
- La visita es responsabilidad del Médico Asistente del Servicio.
- Durante la visita deberá consignarse en la Historia Clínica:
 - Notas de evolución, en las que se hará un registro cronológico del curso clínico del paciente desde su ingreso hasta el egreso. Debe consignar el estado general, la evolución de los signos y síntomas, la respuesta a la terapéutica y las razones de cambio o modificaciones en la atención del enfermo, así como el régimen dietético.
 - La frecuencia con que se hacen las anotaciones estará determinada por la condición del paciente; en enfermos agudos será diaria y cuantas veces sea necesaria.
 - En los enfermos no críticos, debe hacerse cuando menos una nota interdiaria.
 - Las notas de evolución comenzarán con la nota de ingreso, que es la que indica la condición del paciente en el momento de ingresar.

- La solicitud de los exámenes auxiliares pertinentes anotando la fecha del pedido de la toma de muestra y del recibo de los resultados con un comentario sobre el significado de los mismos.

Indicaciones para el personal paramédico.

Notas de evaluación clínica en las que se hará un replanteamiento del caso clínico para su estudio integral, detallando su evolución desde el ingreso hasta el momento presente, tomando en consideración las correlaciones entre la clínica y los exámenes auxiliares y la reacción ante la terapéutica. Debe hacerse con una periodicidad semanal como mínimo.

2.3.3 De los procedimientos de diagnóstico:

- No hay diagnóstico sin una buena Historia Clínica.
- El diagnóstico debe estar documentado por los exámenes auxiliares correspondientes; debe ser etiológico en lo posible y elaborado en el tiempo más corto.
- La interconsulta será obligatoria en caso de duda y/o dificultad diagnóstica.

2.3.4 De los procedimientos para evaluar la gravedad del paciente:

Se considera grave al niño cuya vida está en riesgo inminente por perturbación severa de la homeostasis de uno o más sistemas, y requiere asistencia oportuna, adecuada y eficiente.

Los niños serán catalogados en dos categorías de acuerdo a su estado;

a. Niño no grave.

b. Niño grave.

- Signos y síntomas que caracterizan el estado de gravedad:

- Compromiso de la conciencia: coma, excitación psicomotriz y convulsiones.
- Alteraciones de la piel: cianosis, palidez extrema.
- Alteraciones de la temperatura: hiperpirexia o hipotermia extrema.
- Alteraciones de la presión arterial: hiper o hipotensión intensa.
- Distensión abdominal marcada y vómitos porráceos.
- Hemorragia masiva.
- Signos de insuficiencia respiratoria severa.
- Signos de insuficiencia cardíaca.
- Signos de deshidratación severa.

- Infiltración general del celular subcutáneo.

2.3.5 De los Procedimientos de Interconsulta:

- Interconsulta es la solicitud que se hace a otro médico para obtener su opinión referente a un paciente, con fines de diagnóstico, evaluación o terapéutica, permaneciendo el paciente bajo la responsabilidad del médico solicitante.
- La interconsulta la pedirá el Médico Asistente, con autorización del Jefe de Servicio, quien debe conocer los resultados de la Interconsulta.
- La interconsulta se pedirá a la Jefatura del Servicio respectivo.
- El pedido de la interconsulta y respuesta, deben ser hechos por escrito y con el nombre y firma de los responsables en los formatos respectivos.
- Al pedirse la interconsulta, debe existir un diagnóstico en elaboración.
- La interconsulta debe ser oportuna.

2.3.6 De las transferencias:

- La transferencia es el cambio de un paciente de un servicio a otro, e implica trámite entre Jefes de Servicio. La transferencia se realiza como producto de la interconsulta.

2.3.7 Del aislamiento:

- El aislamiento es la separación de una persona o personas de otras, para que reciba un cuidado y tratamiento especial.

Sus objetivos son:

- Evitar el contagio de una enfermedad transmisible de un paciente que la padece, a otros que no la presentan, pero que están expuestos.
- Dar tranquilidad necesaria al paciente cuyo estado así lo requiere.
- Evitar las molestias que un paciente puede ocasionar a otros.
- Proteger del contagio a los niños que tienen baja defensa, como aquellos que reciben tratamiento con corticoesteroides y drogas inmunosupresoras.
- Evitar el impacto psicológico que significa la agonía de un niño para los otros niños enfermos que se encuentran en el mismo ambiente.
- Procedimiento:
 - En el primer caso, de todo niño sospechoso o con diagnóstico que se descubre en los Consultorios Externos o Servicios de Hospitalización, el Médico que atiende al paciente, lo pondrá en conocimiento del Médico Jefe del Servicio respectivo, para que verifique y tome las medidas pertinentes.

tes de aislamiento, continuación en el Servicio, o su atención a domicilio.

- En los otros casos que se refieren a los hospitalizados, el Médico tratante informará al Jefe del Servicio sobre el estado del paciente y la necesidad de trasladarlo, el que, si está de acuerdo, ordenará el traslado.

Las transferencias y traslados de una cama general a otra de aislamiento, se tramitará de acuerdo a lo establecido en el Manual.

- El personal que atiende a los aislados por enfermedad infecto contagiosa, deberán cumplir con las recomendaciones siguientes:
 - Estar en buenas condiciones de salud.
 - Usar mandil especial, gorro y mascarilla, los que dejarán en un ambiente anexo, para su esterilización posterior.
 - Lavado y desinfección de las manos antes y después de la atención de los aislados.

2.3.8 De los procedimientos de terapia:

- El tratamiento se debe establecer después del diagnóstico, siguiendo las normas establecidas en el capítulo anterior.
- En las emergencias, el tratamiento debe ser en base al diagnóstico sindrómico.
- La dosis de los diferentes medicamentos, estará de acuerdo a las pautas señaladas en la tabla posológica.
- Se debe evitar el uso simultáneo de varias drogas.
- Se deben seguir los esquemas terapéuticos aprobados en el manual.
- Usar de preferencia los medicamentos básicos.
- Se debe evitar la mezcla de medicamentos incompatibles.
- Cuando se usen drogas peligrosas, advertir al personal de enfermería sobre los posibles efectos secundarios.

2.3.9 Del Alta:

2.3.9.1 Se producirá el alta por:

- Indicación médica, cuando desaparezcan las causales de la hospitalización, por considerar que el paciente puede continuar el tratamiento en el Consultorio Externo o en su domicilio, y/o cuando se hayan agotado todos los medios terapéuticos y la permanencia en el Hospital no signifique un beneficio para el paciente.
- A solicitud de los padres, tutores o responsables del paciente.

En este caso, la persona que lo solicita debe firmar la papeleta de retiro voluntario que exima de toda responsabilidad al Hospital.

2.3.9.2 El paciente será retirado por la persona que lo

hospitalizó u otra legalmente autorizada por ella y previo conocimiento del Servicio Social y Contaduría.

2.3.9.3 El alta será indicada por el Médico Asistente y autorizada por la Jefatura de Servicio, con su firma.

2.3.9.4 Todo paciente que sale de alta, debe tener: epícrisis completa, la que es de responsabilidad del Médico Asistente.

- En el momento de alta, el Médico indicará:

- La dieta que debe seguir.

- El tratamiento fármaco, dosis y duración.

- Referencia si necesita control, indicando: fecha y consultorio.

2.3.9.5 Producida el alta, se comunicará inmediatamente a la Enfermera Jefe, quien seguirá los trámites administrativos necesarios.

Se notificará a la familia con la debida anticipación y se iniciará los trámites administrativos en la Sala, 24 horas antes.

3. NORMAS PARA EL MANEJO DE LAS ENFERMEDADES MAS COMUNES.

I. ENFERMEDADES INFECCIONAS.

A. VIRALES.

SARAMPION:

1. Definición.

Enfermedad aguda febril, eruptiva, de etiología viral, altamente contagiosa, anergizante.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Antecedentes epidemiológicos.

2.2 Criterios clínicos:

- Fiebre, catarro óculo-nasal, tos.
- Enantema (Koplick en el 10%), 1 ó 2 días antes de la erupción.
- Exantema de inicio en región mastoidea y se extiende hacia abajo, sobre la cara y el cuerpo en 3 días.

3. Manejo.

3.1 Aislamiento y reposo en cama.

3.2 Tratamiento sintomático de la fiebre, tos y prurito cutáneo.

3.3 Dieta: la que tolere; abundantes líquidos.

3.4 Prevención: Vacuna antisarampionosa.

3.5 Inmunoglobulinas: en los niños menores de 2 años, o en otros particularmente expuestos a complicaciones.

3.5.1 Seroprevención: hasta 48 horas después de ocurrido el exantema en el caso índice.

Inmunoglobulina 0.2 ml./kg. de peso, 1 dosis I.M.

3.5.2 Seroatenuación: hasta el 4º día después de aparecer el exantema en el caso índice. Inmunoglobulina 0.2 - 0.4 ml./kg. de peso, 1 dosis I.M.

4. Complicaciones.

Otitis media, laringitis obstructiva, neumonías bacterianas, encefalitis, miocarditis, mastoiditis, exacerbación de foco tuberculoso.

RUBEOLA:

1. Definición.

Enfermedad aguda, de etiología viral, subfebril, con exantema cutáneo y adenopatía características, de evolución benigna.

34.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Antecedentes epidemiológicos.

2.2 Criterio clínico:

- Fiebre, exantema no característico
- Adenopatías occipitales, retroauriculares y retro-cervicales.

3. Manejo.

3.1 Prevención: Se recomienda vacunación en el sexo femenino.

3.2 Reposo en cama.

3.3 Tratamiento sintomático.

3.4 Dieta normal.

4. Complicaciones.

- Encefalitis.

VARICELA:

1. Definición.

Enfermedad eruptiva máculo vesiculosa, febril, muy contagiosa, causada por virus.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Antecedentes epidemiológicos.

2.2 Criterio clínico: fiebre, erupción máculo-pápulo vesiculosa, en diversos períodos de evolución.

3. Manejo.

3.1 Aislamiento en cama.

3.2 Tratamiento sintomático de la fiebre y del prurito.

3.3 Dieta normal.

3.4 En el caso de niños con corticoterapia, reforzar la dosis.

4. Criterio de alta.

4.1 Puede darse el alta a la semana de iniciado el cuadro.

5. Complicaciones.

5.1 Estafilococias de la piel.

5.2 Encefalitis.

5.3 Laringotraqueitis.

5.4 Varicela hemorrágica.

POLIOMIELITIS PARALÍTICA:

1. Definición.

Enfermedad aguda, de etiología viral, caracterizada por fiebre, hiperestesia, dolor y debilidad muscular, parálisis flácida.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Antecedentes epidemiológicos.

2.2 Criterios clínicos:

- Debilidad muscular, cefalea, rigidez del cuello, fiebre, náuseas, vómitos, ardor de garganta, ansiedad, delirio.
- Parálisis flácida (lesión de neurona motora inferior) con disminución de reflejos tendinosos profundos y consunción muscular.
- En la forma bulbar: debilidad en la distribución motora de uno o varios focos craneales, con disfunción de los centros vitales de la respiración y la circulación, o sin ella.

2.3 Exámenes auxiliares.

- Líquido cefalorraquídeo.

3. Manejo.

- 3.1 Profilaxis: inmunización activa (Vacuna oral Sabin)
- 3.2 Aislamiento por 7 días.
- 3.3 Reposo en cama dura, evitando posición viciosa.
- 3.4 Sintomáticos.
- 3.5 Derivar al especialista cuando proceda, para su rehabilitación.
- 3.6 En las formas con insuficiencia respiratoria, enviar al centro médico de mayores recursos, para ayuda mecánica de la respiración.

4. Complicaciones.

- Atelectasia.
- Retención urinaria.
- Ligera hipertensión en la fase aguda.

PAROTIDITIS (FIEBRE URLEANA):

1. Definición.

Enfermedad aguda de etiología viral, caracterizado por aumento de volumen de las glándulas salivales, especialmente la parótida, y por manifestaciones generales.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Antecedentes epidemiológicos.

2.2 Criterios clínicos:

- Aumento de volumen de una o ambas parótidas, glándulas sub-maxilares o/y sublinguales.

- Dolor local.
- Fiebre.

3. Manejo.

- 3.1 Aislamiento y reposo en cama.
- 3.2 Sintomáticos.
- 3.3 Dieta blanda; no dar alimentos ácidos.

4. Complicaciones.

- 4.1 Meningoencefalitis.
- 4.2 Pancreatitis.
- 4.3 Orquitis u ooforitis.
- 4.4 Menos frecuentes: tiroiditis, mastitis, miocarditis, nefritis, artritis, sordera, neuritis, etc.

HEPATITIS VIRICA:

1. Definición.

Inflamación del parénquima hepático, de etiología viral, transmitido por vía enteral (H. infecciosa o a virus A) o parenteral (H. a suero homólogo o a virus B).

2. Bases diagnósticas.

- 2.1 Antecedentes epidemiológicos.
- 2.2 Criterios clínicos:
 - Malestar general.
 - Molestias gastrointestinales.
 - Ictericia.
 - Hipocolia o acolia y coluria.
 - Fiebre ocasionalmente.
- 2.3 Exámenes auxiliares:
 - Hiperbilirrubinemia a predominio directo.
 - Elevación de transaminasas.
 - Pruebas anormales de funcionamiento hepático.
 - Bilirrubina, pigmentos y sales biliares en orina.
 - Biopsia hepática.

3. Manejo.

- 3.1 Reposo en cama hasta la normalización de las transaminasas.
- 3.2 Dieta: completa, con restricción moderada de grasas
- 3.3 Corticoesteroides en casos de como o cuadro clínico grave. Prednisona: 2.5 mg/kg./día hasta atenuación del cuadro.

4. Complicaciones.

- 4.1 Coma hepático.
- 4.2 Atrofia amarilla aguda.
- 4.3 Cirrosis postnecrótica.
- 4.4 Hepatitis crónica.

B. BACTERIANAS.ESCARLATINA:1. Definición.

Enfermedad infecto contagiosa de etiología estreptocócica y de localización faríngea.

2. Bases diagnósticas:

2.1 Antecedentes epidemiológicos.

2.2 Criterios clínicos:

- Fiebre.
- Odinofagia.
- Petequias en el paladar blando.
- Lengua saburral al inicio y aframbuezada durante la evolución.
- Vómitos.
- Exantema de presentación ascendente con localización marcada en los pliegues inguinales, áspero, eritemato-papuloso y deja a la presión una coloración subictérica. Triángulo de Filatow.
- Descamación en colgajo.

2.3 Exámenes auxiliares:

- Cultivo de exudado faríngeo.

3. Manejo.

3.1 Profilaxis: aislamiento del paciente. Los contactos deben recibir penicilina o eritromicina durante 4 días.

3.2 Sintomáticos.

3.3 Antibióticos:

3.3.1 Penicilina ~~clémizólica~~ durante 10 días, o

3.3.2 Eritromicina durante 10 días.

3.4 Cuarentena: hasta la erradicación del estreptococo (más o menos 10 días).

4. Complicaciones.

4.1 Sépticas tempranas: adenitis cervical, otomastoiditis, artritis.

4.2 Tardías de hipersensibilidad: glomerulonefritis, fiebre reumática, eritema nodoso.

ERISPELA:1. Definición.

Afección estreptocócica de la piel (linfodenitis del dermis).

2. Bases diagnósticas.

2.1 Antecedentes epidemiológicos.

2.2 Criterios clínicos:

- Fiebre elevada
- Induración eritematosa de la piel, dolorosa, de bordes netamente limitados y circinados.
- En el cuero cabelludo zona edematosa, dolorosa, pálida y blanda y de bordes difusos.

3. Manejo.

3.1 Sintomático

3.2 Antibióticos

3.2.1 Penicilina clemizólica por 10 días, -o

3.2.2 Eritromicina durante 10 días.

3.3 Cuarentena: hasta el término de la terapia antibiótica.

4. Complicaciones.

Las propias de las estreptocócias.

ESTAFILOCOCIAS:

1. Definición.

Infección de localización y gravedad variable causada por el Estafilococo.

Se señalan algunas afecciones de etiología estafilocócica:

1.1 Estafilodermias: ostiofolliculitis, impétigo, acné, forunculosis, ántrax, lesiones cutáneas supuradas, abscesos miliares, abscesos necrotizantes, orzuelo, etc.

1.2 Afecciones viscerales: broncopulmonares: abscesos, neumonía, empiema; gastroenterocolitis, abscesos renales, abscesos hepáticos, pericarditis supuradas, endocarditis, meningitis purulenta, etc.

1.3 De otros órganos: osteomielitis, septicemia, etc.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Criterios clínicos.

Las características de la enfermedad, el uso indiscriminado de los antibióticos y su tendencia metastásica, hacen que el cuadro clínico general sufra transformaciones y se presente polimorfo, lo cual dificulta el diagnóstico clínico y etiológico precoz. Los signos y síntomas están determinados por las diversas localizaciones.

2.2 Exámenes auxiliares.

El hemocultivo o cultivo de exudados confirma el diagnóstico etiológico. Después de aislado el estafilococo es necesario precisar su variedad, practicar las pruebas serológicas y el antibiograma, que permitirán una correcta orientación terapéutica.

3. Manejo.

3.1 Al prescribir el tratamiento específico es necesario tener en cuenta los siguientes hechos que caracterizan las infecciones estafilocócicas:

3.1.1 Producción rápida de necrosis en el punto de localización, de allí la importancia del tratamiento precoz para evitar la evolución hacia la supuración.

3.1.2 La propensión a la formación de abscesos.

3.1.3 La tendencia a la evolución prolongada o con recaídas.

3.2 Medidas generales: aislamiento del paciente cuando proceda.

3.3 Sintomáticos

3.4 Antibióticos: Se recomienda el uso de bactericidas durante un tiempo no menor de 15 días.

Los medicamentos de elección son las penicilinas semisintéticas penicilinasas resistentes, salvo en pacientes sensibles a la Penicilina, en cuyo caso, se usarán novobiocina, eritromicina, lincomicina o cefalosporina.

Dosificación: Oxacilina: 100 - 200 mg/kg/día dividida en 4 dosis E.V., IM o vía oral.

Dicloxacilina: 50 - 100 mg/kg/día en 4 dosis vía oral. Se debe dar 1 hora antes o 3 horas después de los alimentos.

Localmente se usan pomadas o ungüentos de neomicina, bacitracina, polimixina, tirotóxina, previo aseo con jabón de hexaclorofeno (no debe usarse por tiempo prolongado por su toxicidad sobre el SNC.).

TETANOS:

1. Definición.

Enfermedad causada por la toxina del *Clostridium tetani* a nivel neuromuscular, caracterizada por rigidez muscular y convulsiones.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Puerta de entrada.

2.2 Criterios clínicos:

- Dificultad para la deglución
- Trismus
- Risa sardónica
- Irritabilidad
- Espasmos musculares
- Convulsiones.

2.3 Exámenes auxiliares:

- Hemograma
- Investigación bacteriológica de herida contaminada.

3. Manejo.

3.1 Prevención: Inmunización activa con el toxoide tetánico. Limpieza de las heridas contaminadas, dosis de refuerzo con toxoide tetánico si ha habido vacunación anterior.

Antitoxina tetánica 1,500 unidades. Si no la ha habido.

3.2 Aislamiento en silencio y a oscuras.

3.3 Cuidados generales de vías aéreas y atención de las crisis.

3.4 Sedación: Diazepan 0.12 - 0.80 mg/kg/día IV o IM;

Fenobarbital 5 - 10 mg/kg/día IV o IM;

Clorpromazina 2 mg/kg/día IM;

Hidrato de cloral 50 mg/kg/día oral o rectal.

3.5 Penicilina G a dosis de 150,000 unidades/kg/día, durante 14 días.

3.6 Antitoxina tetánica: 100,000 unidades; 50,000 endovenosa y 50,000 intramuscular.

Gamma globulina hiperinmune antitetánica: 3,000 a 5,000 unidades diarias.

DIFTERIA:

1. Definición.

Enfermedad infecto-contagiosa, aguda, causada por el bacilo diftérico que produce una exotoxina causante del cuadro clínico. La lesión local en piel y mucosas se caracteriza por placas de pseudomembranas blanco-grisáceo, mate, adherente y los bordes rojos. Los signos de toxicidad tienen principalmente manifestaciones cardíacas y neurológicas.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Antecedentes epidemiológicos.

2.2 Criterios clínicos:

- Forma faringo amigdalina: faringe roja, placas con las características ya anotadas de las membranas, blanco sucias, mates adherentes, borde de inserción rojo, aumento de volumen de los ganglios linfáticos tributarios; la hipertrofia ganglionar y el edema circundante le dan al cuello el aspecto de "cuello proconsular" o "cuello de toro", fiebre, aumento de la frecuencia cardíaca en discordancia con la temperatura, olor característico, compromiso del estado general.

2.3 Exámenes auxiliares:

- Examen directo y cultivo de exudado faríngeo (toma de muestra debajo de la membrana).

3. Manejo.

3.1 Reposo en cama en posición semisentada.

3.2 Aislamiento en caso de sospecha clínica.

3.3 Antes de que llegue el resultado del cultivo:

Antitoxina diftérica: 20,000 a 40,000 Unidades IM, previa desensibilización.

3.4 Penicilina: 1 millón de Unidades diarias por 7 días

3.5 Tratamiento sintomático.

3.6 Dieta: la que se tolere.

4. Complicaciones.

- Bronconeumonía.
- Miocarditis.
- Polineuritis.
- Nefritis.

5. Criterio de alta.

A las 3 semanas.

DIFTERIA LARINGEA O CRUP DIFTERICO.

1. Definición.

Enfermedad de localización laríngea secundaria, rara vez primaria, caracterizada por signo de obstrucción.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Antecedentes epidemiológicos.

2.2 Criterio clínico:

Tos espasmódica y signos de obstrucción e insuficiencia respiratoria rápidamente progresiva; ansiedad.

2.3 Exámenes auxiliares:

Similar al anterior.

3. Manejo.

3.1 Aislamiento, posición semisentada, aspiración.

3.2 Traqueotomía (ver laringitis obstructiva).

3.3 Antitoxina diftérica: 20,000 a 40,000 unidades.

3.4 Penicilina: 1 millón de unidades al día.

3.5 Cuidado de los susceptibles expuestos: los niños que han sido expuestos a la difteria se deberán examinar en busca de signos y síntomas precoces de enfermedad. Si se descubre algunos de éstos, se deberán tratar como diftéricos. Los individuos asintomáticos previamente inmunizados (Schick-negativos) deberán recibir una dosis de refuerzo de toxoide diftérico, Penicilina por vía oral o Eritromicina, durante 7 días, y ser vigilados diariamente. Los individuos asintomáticos que no hayan sido inmunizados previamente (Schick-positivos) deberán recibir toxoide diftérico, Penicilina G Procaína, 600,000 unidades diarias I.M., durante 7 días, y en caso de no ser vigilados diariamente por un médico, deberán recibir además 10,000 unidades de antitoxina diftérica por vía I.M.

TOS FERINA.

1. Definición.

Enfermedad infectocontagiosa aguda, frecuente en la niñez, localizada en el tracto respiratorio, producida por la Bordetella Pertussis y caracterizada por accesos de tos emetizante con ahogos.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Antecedentes epidemiológicos.

2.2 Criterios clínicos:

- a. Período catarral: 7 - 14 días.
 - Tos irritativa progresiva.
- b. Período de estado: 3 - 4 semanas.
 - Tos quintosa, paroxística, que termina con inspiración profunda y silbante.
 - Vómitos
 - En el lactante pequeño, accesos de sofocación y cianosis.
 - Epistaxis, hemorragia conjuntival.
- c. Período de defervescencia: 2 a más semanas.
 - Disminución de la sintomatología.

2.3 Exámenes auxiliares:

- Cultivo de secreción nasofaríngea en medio de Bordet-Gengou, durante las 2 primeras semanas.
- Hemograma: leucocitosis con linfocitosis.

3. Manejo.

3.1 Prevención: Inmunización activa.

Administrar inmunoglobulina humana hiperinmune a los expuestos.

En lactantes pequeños antibióticos profilácticos.

3.2 Aislamiento.

3.3 Reposo en cama, si hay fiebre.

3.4 Vigilancia de la dieta y estado de hidratación.

3.5 Sedación de la tos, vómitos y convulsiones.

3.6 Antibióticos: ampicilina, eritromicina, tetraciclina, Cloranfenicol por 7 días, sólo hasta la tercera semana.

4. Complicaciones.

- Bronconeumonía.
- Bronquitis.
- Otitis media.
- Enfisema vesicular e intersticial.
- Bronquiectasia.
- Hemorragia cerebral.

FIEBRE TIFOIDEA:

1. Definición.

Enfermedad infecciosa aguda, causada por la salmonella typhosa, caracterizada por síntomas y signos sépticos y tóxicos.

2. Bases diagnósticas:

2.1 Antecedentes epidemiológicos.

2.2 Criterios clínicos:

- Inicio insidioso o brusco, fiebre irregular al comienzo y posteriormente continua; cefalea, anorexia, vómitos, constipación o diarreas y deshidratación.
- Meningismo, hepato y esplenomegalia, manchas rosadas, lengua saburral al inicio y después típica, epistaxis, compromiso del estado general, palidez.

2.3 Exámenes auxiliares.

- Hemograma
- Hemocultivo
- Reacción de aglutinación de Widal
- Coprocultivo.

3. Manejo.

- 3.1 Reposo en cama, aislamiento
- 3.2 Dieta normal, blanda
- 3.3 Antibióticos: Cloranfenicol 50 - 100 mg/kg/día, en 4 dosis por vía oral durante 14 días.

4. Complicaciones.

- 4.1 Hemorragia digestiva
- 4.2 Perforación intestinal
- 4.3 Menos frecuentes: neumonía bacteriana, meningitis, miocarditis, artritis séptica y osteomielitis.

5. Criterio de alta.

Una vez terminado el tratamiento.

BRUCELOSIS:

1. Definición.

Enfermedad infecto contagiosa, producida por la *Brucella melitensis*, abortus y suis, con tendencia a la cronicidad.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Antecedentes epidemiológicos.

2.2 Criterio clínico:

- Inicio insidioso, astenia, decaimiento, malestar, fiebre, sudoración nocturna, artralgias.

2.3 Exámenes auxiliares, de diagnóstico:

Reacción de aglutinación seriadas.

3. Manejo.

- 3.1 Aislamiento y reposo en cama
- 3.2 Dieta normal
- 3.3 Tetraciclina 50 mg/kg/día, 3 series de 2 semanas, con in-

tervalo de una semana libre.

TUBERCULOSIS:

1. Definición.

Es una enfermedad infectocontagiosa, producida por el bacilo tuberculoso. Es de evolución prolongada, solapada y por brotes.

Se distinguen dos formas: Tuberculosis de Primo-infección y Tuberculosis de reinfección.

En la primo-infección la capacidad de curación, así como la rapidez de la progresión y extensión del proceso tuberculoso dependen de:

- a) La edad, a menor edad mayor gravedad.
- b) La masividad de la infección.
- c) El estado general del niño.

La tuberculosis de reinfección se produce tiempo después de curada la primo-infección tuberculosa.

2. Bases diagnósticas:

2.1 Criterios clínicos:

2.1.1 Síntomas generales:

- Fiebre.
- Baja de peso.
- Astenia.
- Cambio de carácter.
- Diarrea.
- Sudores, especialmente nocturnos.
- Dolores articulares.

2.1.2 Síntomas respiratorios:

- Tos (irritativa, espasmódica, paroxística)
- Disnea continua: granulía, neumonía.
- Disnea discontinua: atelectasia, derrame pleural.

2.1.3 Síntomas de otros órganos:

Dados por la localización en otros órganos.

2.1.4 Antecedentes epidemiológicos.

2.2 Exámenes auxiliares:

- 2.2.1 - PPD: induración mayor de 10 mm. de diámetro, es diagnóstico en niños no vacunados menores de 5 años.
- 2.2.2 - Examen Bacteriológico: Bacilo tuberculos aislado por examen directo o cultivo.
- 2.2.3 - Examen Radiológico.
- 2.2.4 - Otros exámenes: De acuerdo a la localización.

3. Manejo.

3.1 Criterio de hospitalización.

Se establecen las siguientes prioridades para internación:

- a. Urgencias médicas o complicaciones de la enfermedad.
- b. Casos en que se indica un procedimiento quirúrgico.

- c. Casos crónicos, con resistencia comprobada a las drogas de primera línea; para la primera fase del tratamiento con drogas de segunda línea si se dispone de este recurso para el tratamiento hospitalario y extra-hospitalario.
- d. Casos vírgenes de tratamiento portadores de formas agudas, o asociadas a graves problemas sociales, para la primera fase del régimen terapéutico.
- e. Los casos crónicos que tengan permanencia limitada de dos meses, correspondientes a la primera fase del tratamiento con drogas de segunda línea.
- f. Los casos vírgenes de tratamiento portadores de formas agudas, siempre que lo permita la situación clínica, deben ser dados de alta luego de la primera fase del régimen terapéutico (6 semanas).

3.2 Quimioprofilaxis.

No se practicará la quimioprofilaxis primaria, es decir la administración de INH a una persona que no haya sido infectada por el bacilo de la tuberculosis.

La quimioprofilaxis secundaria, que comprende la administración de INH con el objeto de prevenir la diseminación en una persona infectada, se suministrará durante 6 meses, a la dosis de 10 mg. por kg. de peso, a los siguientes grupos:

- a. Niños menores de 5 años, tuberculina con 10 ó más mm. de diámetro, no vacunados con BCG, aunque radiológica o bacteriológicamente no pueda demostrarse enfermedad.
- b. Contactos menores de 15 años, no vacunados con BCG, con prueba tuberculínica con 10 ó más mm. de diámetro.

Cuando no se puede aislar a los niños no infectados de focos bacilíferos, se administra isoniácida de 10 mg./kg./24 horas, en dosis que no exceda los 400 mgr. La administración de la isoniácida (INH) continúa mientras dure el contacto y la vacunación con BCG no se realiza mientras se administra la quimioprofilaxis.

3.3 Brevención.

La vacuna BCG, se administra a niños y adultos PPD negativos a dosis de 0.1 ml. intradérmicamente.

3.4 Tratamiento.

Para ofrecer un tratamiento eficiente, según el Programa de Control de la Tuberculosis (PCT), los servicios deberán presentar las siguientes características:

- a. Atención rigurosa y agradable.
- b. Programa de educación sanitaria auténtica, involucrando al paciente, la familia y la comunidad.
- c. Atención exclusivamente a los enfermos de su jurisdicción.

- d. Distribución gratuita de drogas de primera línea a todos los enfermos que se inscriban para tratamiento.
- e. Organización del tratamiento supervisado para todos los ~~enfermos~~ que tengan posibilidad de acudir a los servicios con la frecuencia exigida.
- f. Adopción de criterios uniformes para interpretación de los hallazgos de cada caso, con el fin de evitar contradicciones por parte de los diferentes integrantes del equipo de salud.
- g. Organización del seguimiento de casos en tratamiento, según los siguientes puntos:
 - g.1 Visita domiciliaria a todo caso nuevo, siempre que fuera posible, previo inicio del tratamiento, así como identificación del caso contacto.
 - g.2 Visita domiciliaria a todo caso inasistente.
 - g.3 Entrevista médica y de enfermería como método de educación continuada, para que el paciente aprenda a tratarse correctamente y acepte las exigencias del tratamiento, como medida esencial para su recuperación.
 - g.4 Búsqueda de los inasistentes, por todos los medios disponibles, 72 horas después de verificada la falta.
 - g.5 Estudio de las causas de la inasistencia y empleo de medidas para neutralizarlas.
 - g.6 Concentración de los métodos de seguimiento en los casos irregulares, como medida preventiva del abandono.
- h. Organización de un sistema dinámico de registro y archivo, que permita denunciar rápidamente a los inasistentes.
- i. Adopción de los siguientes regímenes terapéuticos:

Régimen A.

Bifásico, intermitente, totalmente supervisado.

Primera Fase: Estreptomicina (Sulfato de) 20-50 mg. por kg. de peso más Isoniacida 10 a 20 mg. por kg. de peso, de lunes a sábado, durante seis semanas.

Segunda Fase: Estreptomicina (Sulfato de) 20-50 mg. por kg. de peso más Isoniacida 20 mg. por kg. de peso (lunes y viernes o martes y sábado), durante 46 semanas.

Régimen B.

Bifásico, diario, supervisado en la primera fase, se ha rá cada 15 días.

Primera Fase: Estreptomina (Sulfato de) 20-50 mg. por kg. de peso más Isoniacida 10 a 20 mg. por kg. de peso más Thioacetazona 2.5 mg. por kg. de peso, de lunes a sábado, durante seis semanas.

Segunda Fase: Isoniacida 10-20 mg. por kg. de peso más Thioacetazona 2.5 mg. por kg. de peso, día-

riamente, durante 46 semanas.

Régimen C.

Bifásico, diario, supervisado en la primera fase.

Primera Fase: Estreptomina (Sulfato de) 20-50 mg. por kg. de peso más Isoniacida 10 a 20 mg. por kg. de peso más Ethambutal 120 mg. por kg. de peso, de lunes a sábado, durante seis semanas.

Segunda Fase: Isoniacida 10 a 20 mg. por kg. de peso más Ethambutal 15 mg. por kg. de peso, diariamente durante 46 semanas.

Observación: En ninguno de los regímenes la Estreptomina debe pasar de 1 gr. por dosis, ni de 50 a 60 gr. en total. Si en el régimen intermitente se alcanza la dosis máxima total de Estreptomina, se proseguirá con Isoniacida sola 10 a 20 mg. por kg. de peso diariamente.

Para la indicación de los regímenes, se tendrá presente la forma clínica de la tuberculosis de acuerdo a los siguientes criterios:

- a) Infección Tuberculosa, caracterizada por PPD positivo (no vacunados), historia de contacto y ausencia de sombras pulmonares. Administrar Isoniacida 10 mg. por kg. de peso, durante seis meses, de acuerdo al programa de Quimioprofilaxis.
- b) Tuberculosis pulmonar primaria, activa, no complicada, caracterizada por PPD positivo (no vacunados), sombras pulmonares y, por lo común, sin confirmación bacteriológica. Regímenes A o B.
- c) Tuberculosis pulmonar primaria, complicada, evolutiva, formas moderada, avanzada, neumónica -en las cuales frecuentemente se obtiene confirmación bacteriológica- miliar o pleuresía. Administrar, de preferencia, el Régimen C. o en su defecto, el B.
- d) En las formas miliar y pleural, se recomienda el uso de corticoides en la fase aguda del proceso.

La meningitis tuberculosa se tratará en los Centros Especializados, con Isoniacida, Estreptomina (Sulfato de) y una o dos drogas de segunda línea (excepto Cicloserina) diariamente, en la dosis recomendadas, hasta la normalización del LCR. Se recomienda asociar esteroides. Al normalizarse el LCR, se continuará con Isoniacida más Estreptomina, dos veces por semana, de acuerdo a la segunda fase del Régimen A., o de acuerdo a la segunda fase del Régimen C., Isoniacida más Ethambutal diariamente.

Las demás formas de tuberculosis extra-pulmonar serán tratadas de acuerdo a uno de los regímenes standarizados en estas normas.

El Acido-Para-Amino-Salicílico (PAS) se reservará como re-

emplazo de las drogas de primera línea que determinen fenómenos de intolerancia o toxicidad.

En los casos vírgenes de tratamiento, se debe concentrar todo el esfuerzo de control, para que se obtengan los éxitos que asegure la correcta quimioterapia -90 a 100% de negatificación-.

Cuando se trató de enfermos crónicos, que han recibido diferentes tratamientos por más de seis meses, y siguen eliminando bacilos, así como en aquellos que en el curso del tratamiento por drogas de primera línea se demuestre fracaso terapéutico por la permanencia o reaparición del bacilo, se debe sospechar de resistencia bacteriana y, cuando se disponga de un laboratorio reconocidamente capacitado, solicitar los estudios de sensibilidad correspondientes.

Se recomienda seguir administrando las drogas de primera línea, mientras se espera los resultados de las pruebas de sensibilidad.

Los casos con observación clínica de fracaso terapéutico y/o resistencia confirmada por el laboratorio, deben ser referidos a los centros que cuenten con recursos para tratamiento con drogas de segunda línea, donde un médico neumólogo o un médico general con experiencia en el manejo de las drogas de reserva, tendrá a su cargo la supervisión del tratamiento que se aplique a este grupo de enfermos crónicos.

3.5 Control.

El control de los pacientes en tratamiento se efectuará por la consulta médica, baciloscopia y fotoradiografía, de acuerdo a la disponibilidad de recursos del servicio, con la siguiente frecuencia:

Consulta médica.

La primera a los 15 días de haber iniciado el tratamiento, y las subsecuentes mensualmente.

Baciloscopia.

Mensual en el primer semestre, y trimestral en el segundo.

Fotoradiografía.

(Limitado exclusivamente a los servicios que cuentan con este recurso), a los 3, 6 y 12 meses.

C. PARASITARIAS:

SARNA O ACAROSIS.

1. Definición.

Infestación causada por el *Sarcoptes Scabiei* en la piel, con tendencia a la cronicidad y sumamente contagioso.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Antecedentes epidemiológicos.

2.2 Criterios clínicos:

- Prurito cutáneo especialmente nocturno, lesiones

cutáneas pápulo-vesiculosas, a veces con surcos sole vantados.

- Principales localizaciones: Surcos interdigitales, superficie de flexión de la muñeca, palmas de las ma nos, cara, pliegues axilares, tórax, cintura.

3. Manejo.

- 3.1 Fricciones con Benzoato de Bencilo cada 24 horas. Pre-
vio baño, se aplicará el escabicida con un hisopo sobre
toda la superficie del cuerpo, excepto la cara. Cuan-
do la primera aplicación haya secado, se hace una se-
gunda en las áreas más infectadas. Poner especial cui-
dado para asegurar la aplicación en las uñas. Es esen-
cial el cambio y hervido de los vestidos y ropa de ca-
ma. 24 horas después de la aplicación del escabicida,
debe recibirse un baño con abundante agua y jabón, y
cambiarse los vestidos.

Dos o tres tratamientos similares pueden ser necesarios
para erradicar el parásito. Debe tratarse a todos los
miembros de la familia a la vez.

De ser necesario, repetir el tratamiento 2 a 3 semanas
después.

- 3.2 Hexacloruro de Benceno Gamma. (Loción al 1%). Aplica-
do en igual forma que el anterior.

4. Complicaciones.

- 4.1 Infección de la sarna. En cuyo caso, se trata primero
la infección y después la sarna.

- 4.2 Nefritis aguda.

PEDICULOSIS:

1. Definición.

Infestación del cuerpo o cuero cabelludo por el piojo.
Puede ser vector del tifus y la fiebre recurrente.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Criterios clínicos:

- Hallazgo del parásito y/o los huevos (liendres).
- Dermatitis papulosa, rojiza, con exudación.

2.2 Exámenes auxiliares:

- Estudio del parásito.

3. Manejo.

Benzoato de bencilo o hexacloruro de benceno gamma (ver. acaro-
sis o sarna).

PARASITOSIS INTESTINAL:

1. Definición.

Infestación del tracto intestinal por parásitos de diversas clases, siendo los más importantes los protozoarios patógenos y los helmintos.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Antecedentes epidemiológicos:

- Contactos con animales domésticos, roedores, alimentos, agua.

2.2 Criterios clínicos:

- Antecedentes familiares: Otros parasitados.
- Antecedentes personales: Eliminación de parásitos.
- Nerviosidad, intranquilidad, prurito anal.
- Alteración del crecimiento y estado de nutrición.
- Síntomas mal definidos como náuseas, vómitos, anorexia, decaimiento, ligeras febrículas, dolor abdominal difuso, flatulencia, diarreas, perversión del apetito (geofagia), tos persistente, prurito nasal, a veces hepatomegalia.
- Existen parásitos que por su localización pueden dar cuadros clínicos según el órgano afectado: Obstrucción intestinal (ascariasis), vaginitis (oxiuriasis), apendicitis (tricocefaliasis), patología pulmonar (estrongiloides y áscaris), manifestaciones alérgicas como asma, urticaria, etc.

2.3 Exámenes auxiliares:

- Hemograma.
- Investigación de parásitos en heces: Huevos, larvas o protozoos.
- Intradermo reacción, hemaglutinación, fijación de complemento.

3. Manejo.

3.1 Protozoarios.

3.1.1 Balantidiasis

Oxitetraciclina: 25-50 mg/kg/14 horas, dosis fraccionada 3 veces al día, durante 10 días, o

Carbarsona fosfato (droga de elección): 10 mg/kg/24 horas en dosis fraccionada durante 10 días.

3.1.2 Giardiasis

Clorhidrato de quinacrina: 8 mg/kg/24 horas en dosis fraccionada, 3 veces al día, por 3 días, o

Metronidazol: tratamiento por 5 días consecutivos:

- Más de 8 años : 250 mg. 3 veces al día.
- 4 a 8 años : 250 mg. 2 veces al día.
- 2 a 4 años : 125 mg. 3 veces al día.
- Menos de 2 años : 20 mg./kg/24 horas, o
- Furasolidona: : 5 a 7 mg/kg/24 horas en 3 dosis por 7 días.

3.2.3 Amebiasis

Disentería amebiana

Carbarsona: El mismo esquema que para la Balantidiasis.

Oxitetraciclina: 30-50 mg/kg/24 horas en 3 dosis por 2 a 4 días, hasta que remitan los síntomas.

Metronidazol: Ver posología anterior. La duración del tratamiento es de 10 días.

Glicobiarsol: tratamiento por 8 días.

- Mayores de 8 años: 500 mg. 3 veces al día con las comidas.
- Menores de 8 años : 250 mg. 3 veces al día con las comidas.

Emetina (clorhidrato o dihidrocloruro) 1.1 mg/kg/24 horas IM por 3 a 5 días.

Eritromicina : A las dosis usuales.

Extra intestinal

Fosfato de cloroquina: 10 mg/kg. por vía oral, 2 veces al día durante 2 días y luego 1 vez al día durante 19 días.

Emetina: Dosis igual que la anterior, la duración del tratamiento no debe ser superior a los 10 días y la cantidad administrada no debe exceder de 65 mg/día.

Amebiasis crónica.

Glicobiarsol o carbarsona, como se ha indicado anteriormente.

3.2 Helmintos.

3.2.1 Teniasis.

Clorofenilsalicilamida.

Dosis:

- Adultos: 2 gr. por la mañana en ayunas.
- Niños de 2-8 años: 1 gr. por la mañana, en ayunas.
- Niños menores de 2 años: 0.5 gr. por la mañana en ayunas.

Esquema de administración

- Dieta líquida durante las 24 horas que preceden al tratamiento.
- Masticar o triturar la mitad de la dosis e ingerir una pequeña cantidad de agua.
- Una hora después tomar la otra mitad.
- Ingerir alimentos (almuerzo) a las 2 horas de la última dosis.
- Purgante salino en los estreñidos o cuando se desee identificar al escolex, dos horas después de la última ingestión de comprimidos.

Derivados de la acridina

Dosis: 10-15 mg./kg. por vía oral, a una dosis máxima de 800 mg.

Esquema de administración:

- El día anterior dieta láctea o blanda, pobre en residuos, y se indica un enema evacuante de limpieza o un laxante salino en la noche.
- En ayunas, con el paciente en reposo, se ingiere la mitad de la dosis, con sorbos de agua bicarbonatada.
- Una hora después, tomar la otra mitad.
- A las 4 horas de ingerir la última dosis, se dará un purgante salino.

Diclorofeno

- Dosis: 500 mg. por cada 8 kg. de peso, con una dosis máxima de 4 g., administrados por vía oral, en ayunas.

Después de su ingestión, no tomar alimentos por 3-4 horas. No requiere uso de purgantes.

3/2/2 Uncinariasis

a. Medidas generales: tratamiento de la anemia con ferroterapia o transfusiones de sangre cuando es muy intensa.

b. Medidas específicas:

- Tiabendazol

Dosis: 25-50 mg./kg./día, fraccionada en 2 tomas después del desayuno y comida, durante 3 días sucesivos.

- Hidroxinaftoato de bfenio

Dosis: Niños menos de 20 kg.: 2.5 g. en una sola dosis.

Niños más de 20 kg.: 5 g. en una sola dosis.

No se dará alimento alguno en las 2 horas posteriores a su ingestión y no requieren purgantes.

El tratamiento puede repetirse después de un intervalo de 3-4 semanas.

- Triclorofenol - piperacina

Dosis: 50 mg./kg. como dosis única, en ayunas;

por su causticidad, las cápsulas deben ser deglutidas enteras, limitando su uso en niños.

3.2.3 Ascariasis

Compuestos de piperacina

Dosis: Adipato de piperacina: 80 - 100 mg./kg. en dosis única o fraccionada en 2 o 3 tomas, durante 4 a 7 días.

Citrato de piperacina: 100 mg./kg. en dosis única, después del desayuno (máximo 3 g. en niños mayores de 30 kg.).

Tiabendazol: En los casos de poliparasitismo (Dosis: Ver uncinariasis).

Hidroxinaftoato de bfenio: Igual que en la uncinariasis.

3.2.4 Oxiuriasis:

Pamoato de pirvinio

Dosis: 5 mg./kg. en una sola dosis (dosis máxima: 300 mg.), en la mañana.

Si es necesario, la dosis se puede repetir después de 15 a 20 días.

Compuesto de piperacina

Dosis: Ver ascaridiasis.

Se administra en dosis fraccionada, mañana y noche, durante 7 días; después de 7 días de intervalo, se repite el tratamiento. Se recomienda el tratamiento de toda la familia.

Tiabendazol

En caso de parasitismo múltiple. Dosis como en la uncinariasis.

3.2.5 Tricocefaliasis (*Trichuris trichiura*)

Tiabendazol

Dosis: Igual que en uncinariasis.

Yoduro de estilbasio.

Dosis: 10-20 mg./kg. en dosis única, durante 3 días.

Leche de oje (látex de higuerón o higueronia).

Muy usado en nuestra selva amazónica.

Dosis: 15 ml./año de edad, hasta llegar a los 60 ml., dado en las mañanas en ayunas, conjuntamente con leche o jugo de frutas.

3.2.6 Strongiloidiasis (*Strongyloides stercoralis*)

a) Medidas generales: En infestaciones graves, es urgente la atención del estado nutricional y del equilibrio hidroelectrolítico.

b) Medidas específicas:

Tiabendazol.

54. 43

Dosis: ver uncinariasis.

Pamoato de pirvinio

Dosis: 5 mg/kg. dosis única.

Hidroxi-naftoato de bfenio

Dosis: ver uncinariasis.

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN ALGUNAS
ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

1. Eruptivas: Sarampión, varicela, rubeola.

- Educación sanitaria sobre medidas de aislamiento y desinfección, control de contactos, inmunizaciones.
- Programa epidemiológico: Para protección del grupo expuesto.
- Visita domiciliaria: En caso de epidemias, complicaciones y control de contactos.
- Atención directa al caso: Higiene estricta de la piel y mucosas, aliviar el prurito, vigilar la temperatura.

2. Poliomielitis.

- Educación sanitaria sobre identificación y notificación de la enfermedad, aislamiento y desinfección, vacuna, disposición adecuada de excretas, control médico de casos y contactos.
- Programa epidemiológico: Localización de casos y contactos no identificados, reservorios (letrinas, aguas negras, etc.).
- Visita domiciliaria a contactos.
- Atención directa del caso: Desinfección concurrente y terminal, cambio frecuente de posición para evitar deformaciones y úlceras, higiene personal y del ambiente.
- Vacunación: De acuerdo a normas vigentes.

3. Estreptococias.

- Educación sanitaria sobre modo de contagio, conservación e higiene de los alimentos, complicaciones de las estreptococias (glomerulonefritis, fiebre reumática), cuidados en el hogar.
- Visita domiciliaria en casos especiales.
- Atención directa del caso: Higiene rigurosa de la piel y mucosas, desinfección concurrente y terminal.

4. Tos ferina.

- Educación sanitaria sobre vacuna, desinfección y aislamiento.
- Programa epidemiológico: Para evitar contagio en grupo expuesto.
- Visita domiciliaria: Identificación de contactos y casos en período catarral.
- Atención directa: Administración de oxígeno en casos especiales, mantener las vías respiratorias libres.
- Vacunación: De acuerdo a normas.

5. Difteria.

- Educación sanitaria sobre identificación y notificación de la enfermedad, aislamiento, desinfección, inmunizaciones.
- Programa epidemiológico: En todos los casos y portadores, participando en el equipo de salud.

- Visita domiciliaria a contactos y casos.
- Atención directa, administración de antitoxina diftérica previa prueba de sensibilidad, colaboración en toma de muestra de secreción para el examen bacteriológico; procurar adecuada oxigenación, vigilar estado de conciencia, micción, prevención y atención de complicaciones, cuidados especiales en traqueotomizados.
- Inmunización de contactos previa prueba de Schick.

6. Fiebre tifoidea.

- Educación sanitaria sobre manipulación de alimentos, disposición adecuada de excretas, desinfección, vacunación, control médico de contactos.
- Visita domiciliaria a contactos.
- Atención directa del caso, desinfección concurrente y terminal.
- Vacunación: de acuerdo a normas.

7. Brucelosis.

- Educación sanitaria sobre todo a los trabajadores de mataderos, frigoríficos y carniceros.
- Programa epidemiológico: colaborar en la detección de fuente colectiva o individual.
- Atención directa: vigilar eliminaciones y dieta.

8. Tuberculosis.

- Educación sanitaria sobre la enfermedad, su prevención (vacunación BCG) a la familia sobre la continuidad y duración del tratamiento, cumplimiento de las citaciones, eliminación del esputo, actitud que debe tomar la familia y allegados frente a la situación del niño.
- Programa epidemiológico: participación en la búsqueda de casos mediante el descubrimiento de sintomáticos respiratorios (Baciloscopia directa, aplicación y lectura de tuberculina, selección de casos prioritarios para Rayos X.).
- Atención directa del caso: entrega de las drogas antituberculosas a los pacientes en tratamiento y en quimioprofilaxis; control de continuidad y regularidad a través de un tarjetero calendario. Entrevista al inicio del tratamiento y luego mensualmente. En los casos hospitalizados cuidado en relación a la higiene, alimentación, eliminación y disposición de esputo, apoyo emocional a la familia.
- Vacunación: administración de la vacuna BCG.

II. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO.

RESFRIADO COMUN.

1. Definición.

La nasofaringitis aguda, coriza o resfriado común, proceso infeccioso de origen viral, es el proceso respiratorio más frecuente en la infancia, caracterizado por fiebre, catarro nasal, estornudos y tos.

2. Manejo.

El tratamiento es sintomático.

2.1 Obstrucción nasal: Irrigación de los conductos nasales en forma suave, con solución salina tibia y aspiración de secreciones.

2.2 Dolor y fiebre: Acido acetil salicílico 60 mg/kg/24 horas por vía oral, dividido en 4 dosis, sin exceder de 0.30 gm. por dosis.

2.3 Difenhidramina en forma de elixir a razón de 5 mg/kg/24 horas, dividido en 4 dosis.

3. Complicaciones.

Las complicaciones más frecuentes son: Rinitis purulenta, sinusitis, otitis media, bronquitis, neumonías y bronconeumonías, laringotraqueobronquitis.

ADENOIDITIS AGUDA.

1. Definición.

Infección del tejido linfático que ocupa el cavum nasofaríngeo. Puede ser aislada o coincidir con la infección simultánea de las amígdalas palatinas.

Se reconoce una etiología bacteriana, viral o mixta; las bacterianas más frecuentes son: Estreptococo hemolítico, neumococo y estafilococo.

2. Bases diagnósticas.

- Historia de obstrucción nasal y fiebre.
- Aliento fétido.
- Irritabilidad.
- Tos molesta y seca.
- Náuseas y vómitos.
- Orofaringe enrojecida con secreción mucopurulenta que desciende del cavum.

3. Manejo.

3.1 Sintomático: antibióticos y analgésicos si fuera necesario. Aliviar la obstrucción nasal. (Ver resfriado común).

- 3.2 Antibióticos: penicilina sódica durante 10 días, según pautas.

ADENOIDITIS CRONICA.

1. Concepto.

Se caracteriza por episodios a repetición de adenoiditis, otitis media, o ambas.

2. Bases diagnósticas.

- Historia clínica compatible.
- Secreción nasal o del cavum, mantenida o intermitente.
- Anorexia.
- Aliento fétido.
- Febrícula.
- Pérdida de peso.
- Voz nasal.
- Hipoacusia.
- Facies adenoidea.

3. Manejo.

3.1 Médico: Será el de las exacerbaciones de adenoiditis u otitis media y se tratarán como tales.

3.2 Quirúrgico: Adenoidectomía:

Indicaciones:

- Obstrucción nasal.
- Otitis media crónica o a repetición.
- Facies adenoidea.
- Hipoacusia.

SINUSITIS AGUDA.

1. Definición.

Inflamación de los senos paranasales, de etiología bacteriana o mixta (viral-bacteriana).

2. Bases diagnósticas.

2.1 Criterios clínicos:

- Rinorrea purulenta y obstrucción nasal prolongada.
- Goteo retronasal.
- Sensación de plenitud o cefalea.
- Dolor en los puntos sinusales.
- Fiebre y malestar general.

2.2 Exámenes auxiliares:

- Radiografía de senos paranasales.

- Transiluminación.

3. Manejo.

- 3.1. Drenaje postural.
- 3.2 Vasoconstrictores.
- 3.3 Antiinflamatorios.
- 3.4 Antibióticos: Penicilinas, ampicilina, eritromicina o lincomicina.
- 3.5 Sintomáticos.

SINUSITIS CRONICA.

1. Concepto.

Las masas obstructivas y la alergia nasal contribuyen al desarrollo de la sinusitis crónica.

2. Bases diagnósticas.

Criterios clínicos:

- Sinusitis recurrente o de curso prolongado.

3. Manejo. (Por el especialista)

Debe ser referido al especialista.

AMIGDALITIS AGUDA.

1. Definición.

Infección de las amígdalas palatinas, que frecuentemente comprometen la orofaringe.

Se puede considerar tres grandes grupos:

- 1.1 Faringo amigdalitis aguda catarral.
- 1.2 Faringo amigdalitis aguda con exudados o membranas.
- 1.3 Faringo amigdalitis aguda con vesículas u ulceraciones.

FARINGO AMIGDALITIS AGUDA CATARRAL.

1. Concepto.

Forma parte de la entidad denominada enfermedad respiratoria alta aguda, que está descrita en el resfriado común (ver capítulo correspondiente).

FARINGO AMIGDALITIS AGUDA CON EXUDADOS O MEMBRANAS.

1. Etiología.

De etiología bacteriana (estreptococo beta hemolítico Grupo A, bacilo diftérico, neumococos, etc.), viral (adenovirus, virus de la monocucleosis infecciosa, etc.), micótica (monilias).

2. Bases diagnósticas.

2.1 Criterios clínicos:

- Fiebre, malestar general, odinofagia, que pueden preceder en ocasiones a los signos faringo amigdalianos.

- Puede haber tos, irritabilidad y vómitos.
- Orofaringe enrojecida, amígdalas aumentadas de volumen, congestivas, con exudado blanquecino o amarillento, no adherente, fácilmente disgregable.

2.2 Exámenes auxiliares:

- Hemograma
- Estudio bacteriológico de exudado amigdaliano.

3. Manejo.

- 3.1 Restricción de la actividad.
- 3.2 Vigilar hidratación.
- 3.3 Sintomáticos.
- 3.4 Antibióticos: Penicilina por 10 días, o antibacteriano de acuerdo al antibiograma.
- 3.5 Anti-inflamatorios en caso de odinofagia o alteraciones graves del estado general.

FARINGO AMIGDALITIS AGUDA CON VESICULAS O ULCERACIONES.

1. Etiología.

Viral.

2. Bases diagnósticas.

- Fiebre, vómitos, dolor faríngeo.
- Vesículas o exulceraciones de 2-5 mm. de diámetro en pilar anterior, paladar y mucosas orales.
- Adenopatías cervicales.

3. Manejo.

Sintomáticos para fiebre, dolor, vómito, intranquilidad.

AMIGDALITIS CRONICA.

1. Concepto.

Se caracteriza por episodios a repetición de amigdalitis; se puede presentar en forma aislada, pero más frecuentemente se acompaña de infección crónica del tejido adenoideo.

Se presentan 2 formas clínicas:

- 1.1 Amigdalitis crónica críptica.
- 1.2 Amigdalitis crónica hipertrófica séptica.

2. Bases diagnósticas.

- Amigdalitis supuradas a repetición o confases de exacerbación.
- Dolores de garganta frecuentes y molestias a la deglución.
- Tos seca, halitosis.
- Amígdalas congestionadas, de tamaño normal o atróficas en la forma críptica y aumentadas de tamaño en la forma hipertrófica.

- Enrojecimiento marcado de los pilares anteriores.
- Adenopatías cervicales.

3. Manejo.

3.1 Médico: Será el de las exacerbaciones.

3.2 Quirúrgico: Amigdalectomía.

Indicaciones:

- Amigdalitis bacteriana recurrente con adenopatías cervicales anteriores crónica.
- Abscesos periamigdalinos.
- Gran hipertrofia amigdalina.
- Portadores de bacilo diftérico toxigénico.

OTITIS MEDIA AGUDA.

1. Definición.

Inflamación aguda del oído medio, generalmente secundaria a una infección respiratoria alta, sarampión o escarlatina, muchas veces de etiología bacteriana.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Criterios clínicos:

- Otalgia, fiebre alta, a veces vómitos y diarreas.
- Otorrea cuando se rompe la membrana del tímpano.
- A la otoscopia: Tímpano congestionado, rojo, puede estar edematoso o abombado por exudado.

2.2 Exámenes auxiliares:

- Leucocitosis con polinucleosis.
- Cultivo del exudado por punción o paracentesis.

3. Manejo.

3.1 Sintomáticos para fiebre, dolor y vómitos.

3.2 Agentes descongestionantes orales o locales para mejorar la permeabilidad de la trompa de Eustaquio. (Gotas nasales vasoconstrictores - 4 veces al día).

3.3 Antibióticos: Penicilina cristalina o clemizólica 2-4 millones por día IM o Eritromicina por vía oral.

Si no hay respuesta a las 48-72 horas, usar antibacterianos de acuerdo al antibiograma, o Ampicilina, Dicloxacilina, Tetraciclinas.

3.4 Miringotomía en caso de tímpano abombado, haciendo incisión lineal en el cuadrante pósterior inferior, paralela al borde posterior del conducto; deberá ser amplia, de 4-5 mm. de longitud.

4. Complicaciones.

- Mastoiditis
- Meningitis.

- Absceso de Bezold (cervical).

OTITIS MEDIA CRONICA.

1. Definición.

Infección crónica del oído medio, asociada frecuentemente a infección mastoidea.

2. Bases diagnósticas.

- Otorrea indolora, intermitente o persistente.
- Sordera de conducción.
- A la otoscopia: Perforación de la membrana timpánica con secreciones mucoides.

3. Manejo.

3.1 Médico:

- Limpieza del oído y tratamiento tópico con antibióticos y corticosteroides.
- Exacerbaciones agudas: Ver otitis media aguda.

3.2 Quirúrgico:

- Timpanoplastia, con o sin mastoidectomía y la reconstrucción de los osículos dañados.
- Extirpación del colesteatoma.

4. Complicaciones.

- Laberintitis.
- Meningitis.
- Abscesos cerebrales.

LARINGITIS OBSTRUCTIVA.

1. Definición.

Inflamación aguda de la laringe, que determina una obstrucción de grado variable, de origen viral, bacteriano o mixto, que se presenta más frecuentemente en los menores de 2 años.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Criterios clínicos:

- Ronquera.
- Tos crupal (perruna).
- Estridor inspiratorio.
- Tiraje.
- Fiebre.

2.2 Exámenes auxiliares:

Hemograma.

3. Manejo.

3.1 Hospitalización

- 3.2 Atmósfera húmeda y oxígeno en caso necesario.
- 3.3 Vigilar la hidratación.
- 3.4 Antitérmicos.
- 3.5 Sedación : Sólo cuando el cuadro inicial mejora y hay gran irritabilidad.
- 3.6 Antibióticos : En caso de sospecha de etiología bacteriana o progresividad del cuadro.

Ampicilina : Antibiótico de elección, a las dosis usuales.

Cloranfenicol.

Eritromicina.

- 3.7 Vigilancia atenta del paciente para indicar traqueotomía de elección cuando los síntomas de dificultad respiratoria son progresivos, sin esperar el período de agotamiento.
- 3.8 El uso de esteroides es discutido.

4. Complicaciones.

- Bronconeumonía.
- Otitis media.

LARINGOTRAQUEOBRONQUITIS.

1. Definición

Afección inflamatoria aguda de la laringe, tráquea y bronquios de todos los calibres, de origen viral, bacteriano o mixto.

2. Bases diagnósticas

2.1 Criterios clínicos:

Se añade a los signos de laringitis obstructiva, estertores roncales y sibilantes y subcrepitantes gruesos, medianos y finos. En casos graves, hiperpirexia, cianosis, estado toxi-infeccioso.

2.2 Exámenes auxiliares:

- Radiografía de tórax: Enfisema; se pueden ver áreas de atelectasia.
- Hemograma.

3. Manejo.

Ver normas de tratamiento de laringitis obstructiva.

4. Complicaciones

Igual a laringitis obstructiva.

BRONQUITIS AGUDA.

1. Definición

Cuadro inflamatorio agudo que compromete el árbol bronquial, de etiología viral, bacteriana o mixta.

- 3.4 Antibióticos: Se deben utilizar cuando la clínica y el hemograma sugieren infección bacteriana.
- 3.5 Cambios de posición del niño.
- 3.6 Broncodilatadores: Indicados en el diagnóstico diferencial con bronquitis asmática.
- 3.7 Corticosteroides: Nunca de rutina, sólo se usarán en casos muy graves.

4. Complicaciones

- Bronconeumonía.
- Atelectasia.
- Insuficiencia cardíaca.

BRONQUIECTASIAS

1. Definición

Dilatación inflamatoria del tejido bronquial y peribronquial que permite el acúmulo de secreciones en ellos.

2. Bases diagnósticas

2.1 Criterio clínico:

Cuadro recurrente caracterizado por tos y secreción purulenta. La tos se presenta con los cambios de posición. Puede o no existir fiebre, hemoptisis, disnea o detención del desarrollo. Estertores bronquiales, signos de atelectasia o neumonitis.

2.2 Exámenes auxiliares de diagnóstico

- Radiografía pulmonar.
- Broncografía.
- Hemograma.
- Cultivo de secreción bronquial.
- P. P. D.
- Pesquisar agammaglobulinemia.

3. Manejo

3.1 Médico

- a) Drenaje postural.
- b) Antibióticos de amplio espectro; cuando en el cultivo hay un germen predominante: antibiograma específico.
- c) Eliminación de focos.

3.2 Médico-Quirúrgico

Derivar al especialista.

NEUMONIA

1. Definición

Proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar, de etiología viral, bacteriana o mixta.

2. Bases diagnósticas:

Criterios clínicos:

- Tos seca, luego productiva.
- Roncantes y subcrepitantes, los cuales pueden faltar de inicio.

3. MANEJO.

- 3.1 Reposo en cama si hay fiebre.
- 3.2 Cambios de posición para facilitar el drenaje.
- 3.3 Atmósfera tibia y húmeda.
- 3.4 Abundantes líquidos.
- 3.5 Fármacos fluidificantes si son necesarios.
- 3.6 Si hay excitación o irritabilidad, administrar sedantes.
- 3.7 No emplear atropina, belladona, morfina o derivados del opio (dificultan eliminación de secreciones).
- 3.8 Si la tos es intensa, seca o pertinaz, usar antitusígenos; si es discreta no se debe tratar.
- 3.9 No emplear esteroides, gammaglobulinas.
- 3.10 No emplear antibióticos de rutina.

BRONQUIOLITIS1. Definición

La bronquiolitis es un proceso inflamatorio agudo del bronquiolo, de etiología casi siempre viral, propia del niño menor de 2 años.

2. Bases diagnósticas

2.1 Criterios clínicos:

- Historia previa de estado catarral.
- Aparición brusca de polpnea y tiraje.
- Tos.
- Tórax tipo enfisematoso.
- Hipersonoridad.
- Espiración prolongada.
- Subcrepitantes.
- Visceroptosis.

2.2 Exámenes auxiliares:

- Radiografía de tórax.

3. Manejo

- 3.1 Oxígeno húmedo, preferible por nebulización (micronebulizador).
- 3.2 Vigilar hidratación y equilibrio ácido básico, corrigiendo acidosis.
- 3.3 Aspirar secreciones si es necesario.

Anátomo clínicamente comprende 3 tipos:

- a) Neumonía lobar.
- b) Bronconeumonía.
- c) Neumonía intersticial.

NEUMONIA LOBAR

1. Concepto

De etiología generalmente neumocócica o estafilocócica.

2. Bases diagnósticas

2.1 Criterios clínicos

Comienzo súbito o precedido de cuadro catarral inespecífico. El meningismo puede observarse como la primera manifestación en el lactante. En niños mayores se observa punta de costado o dolor abdominal que simula apendicitis.

Tos, fiebre, escalofríos. En niños pequeños estos signos son difíciles de pesquisar y suelen ser negativos y el diagnóstico puede sospecharse por los signos generales.

2.2 Exámenes auxiliares:

- Radiografía de tórax.
- Hemograma.

3. Manejo

3.1 Sintomáticos.

3.2 Específico: Penicilina.

Si no hay respuesta en el curso de 3 días de terapia, reevaluar el diagnóstico etiológico (estafilococo).

BRONCONEUMONIA

1. Concepto

Más frecuente en el lactante y el pre-escolar; se considerará de origen bacteriano hasta que se demuestre lo contrario, y según la edad se plantearán fundamentalmente las siguientes etiologías:

- a) Hasta los 3 meses: bacterias Gram negativos, estafilococos, estreptococos.
- b) Mayores de 3 meses: neumococos, estafilococos, hemophilus influenza.

2. Bases diagnósticas

2.1 Criterios clínicos

- Generalmente precedido por cuadro catarral inespecífico.
- Fiebre, disnea, cianosis.

- La sonoridad pulmonar puede estar normal o disminuída.
- Submatidez o matidez. **Orepitantes.** Si hay enfisema: disminución del murmullo vesicular.
- 2.2 Exámenes auxiliares:
 - Radiografía de tórax.
 - Hemograma.

3. Manejo

3.1 Menores de 3 meses:

3.1.1 Sintomáticos.

- ##### 3.1.2
- Penicilina + Gentamicina, si al 4º día no hay mejoría del cuadro clínico, reevaluar el diagnóstico etiológico.

3.2 Mayores de 3 meses:

Igual que la neumonía lobar.

NEUMONIA INTERSTICIAL (NEUMONITIS)

1. Definición

Infección viral que compromete fundamentalmente el intersticio.

2. Bases diagnósticas

2.1 Criterios clínicos:

Tos, fiebre, escasa o nula sintomatología pulmonar, diagnóstico básicamente radiológico.

2.2 Exámenes auxiliares:

- Radiografía de tórax.
- Hemograma.

3. Manejo

3.1 Sintomático.

3.2 Tetraciclinas.

PLEURESIA

1. Definición

Proceso inflamatorio de la pleura; puede ser según su contenido, serofibrinoso, serohemático, purulento o empiema y hemático.

2. Bases diagnósticas

2.1 Criterios clínicos:

Siempre secundario a un proceso pulmonar. Tos, dolor pleural que pasa con el desarrollo de líquido pleural,

disnea, taquipnea, cianosis, fiebre, mal estado general, anorexia. Examen físico variable según el momento del examen y edad del paciente. Matidez, disminución de las vibraciones vocales, tráquea desviada hacia un lado; disminución de los ruidos respiratorios; soplo pleural; frotos.

2.2 Exámenes auxiliares de diagnóstico.

- Radiografía de tórax, antero posterior y lateral.
- Punción pleural. Cultivo de líquido pleural.
- Hemograma. P.P.D.

3. Manejo.

3.1 Sintomáticos.

3.2 Pleuresía seca: El de la enfermedad subyacente.

3.3 Pleuresía serofibrinosa o serohemática: El de la tuberculosis.

3.4 Pleuresía purulenta o empiema:

- a) Drenaje sellado en trampa de agua.
- b) Antibióticos de acuerdo a la etiología, generalmente estafilococos. Drogas antiestafilocócicas hasta 14 días después de remitido el cuadro clínico.

4. Complicaciones.

- Pionemotórax
- Fibrotórax
- Enfisema subpleural.

5. Criterio de alta.

A la mejoría clínico-radiológica. Puede darse de alta con enfisema subpleural.

ASMA BRONQUIAL.

1. Definición.

Afección bronquial caracterizada por espasmos de los músculos lisos de bronquios y bronquiolos asociado a edema y secreción mucosa desencadenado por factores alérgicos (primer lugar en el paciente pediátrico), infecciosos, emocionales inespecíficos.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Criterios clínicos:

- Inicio brusco o insidioso.
- Tos
- Disnea espiratoria, inquietud, fatiga y sudoración,
- Cianosis.
- Espiración prolongada.

- Hipersonoridad.
- Sibilantes.
- Murmullo vesicular disminuido.

2.2 Exámenes auxiliares:

- Radiografía de tórax.
- Hemograma (eosinofilia).
- pH, pCO₂.

3. Manejo.

3.1 Del acceso agudo:

Es sintomático.

3.1.1 Broncodilatadores:

a. Adrenalina solución 1:1000.

0.1 cc. Subcutáneo hasta los 2 años

0.2 cc. Subcutáneo en mayores de 2 años.

0.3 cc. Subcutáneo en adolescentes.

Aplicados con intervalos de 15'-20' hasta un máximo de 3 dosis.

b. Aminofilina.

5 mg/kg. c/6-8 horas, vía oral.

3-4 mg/kg. en Dextrosa al 5% EV en 1 hora.

7 mg/kg. c/12 horas, por vía rectal.

c. Efedrina.

3 mg/kg/día por vía oral en 4 dosis.

3.1.2 Fluidificantes:

Solución saturada de yoduro de potasio,
1-2 gotas/kg/día.

3.1.3 Adecuada ingesta de líquidos.

3.1.4 No usar antihistamínicos.

3.2 Del estado de status asmático:

Acceso agudo que no ha cedido a 3 inyecciones de adrenalina.

3.2.1 Hospitalización.

3.2.2 Iniciar hidratación endovenosa agregando bicarbonato 3 mEq/kg.

3.2.3 Oxígeno si hay cianosis o evidencia de hipoxia cerebral.

3.2.4 Corticosteroides endovenoso, a dosis altas por períodos cortos: Hidrocortisona 50-200 mg. cada 6-8-12 horas por vía E.V.

- 3.2.5 Expectorantes: Solución saturada de yoduro de potasio.
- 3.2.6 Antibióticos si hay evidencia de infección.
- 3.3 Manejo a largo plazo:
 - 3.3.1 Educación a los padres sobre la secuencia y cronicidad de la enfermedad, sin llegar a ser inválida.
 - 3.3.2 Evitar las sustancias alérgicas: Animales, lanas, plumas, alfombras, juguetes de peluche, etc.
 - 3.3.3 Ventilación adecuada y limpieza extrema.
 - 3.3.4 Indicar a los padres que la medicación sintomática debe ser iniciada al primer signo del ataque, mediante el empleo de Isoproterenol en aerosol 1 ó 2 nebulizaciones.
 - 3.3.5 Tratar todo proceso infeccioso en forma adecuada.
 - 3.3.6 Ejercicios respiratorios bien programados.
 - 3.3.7 Hiposensibilización específica como medida complementaria.

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN AFECCIONES RESPIRATORIAS.

1. Educación sanitaria: sobre signos y síntomas de la enfermedad, uso de los servicios de salud local, medidas preventivas contra la enfermedad y sus complicaciones, cuidados del enfermo en el hogar, control médico periódico.
2. Visita domiciliaria: en casos no hospitalizados, según norma local.
3. Atención directa del caso: mantener libre las vías respiratorias, administración adecuada de oxígeno, mantener un ambiente tranquilo y aislado según el caso; en las traqueostomías vigilar la permeabilidad de la cánula; en casos de drenajes, observación constante de las secreciones y de cualquier signo de alarma. Mantener el reposo y la posición adecuadas.

III. ENFERMEDADES DEL RIÑÓN Y APARATO URINARIO.

INFECCION URINARIA.

1. Definición.

Colonización del tracto urinario por gérmenes patógenos, con tendencia a la recurrencia y en ocasiones a la cronicidad.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Criterios clínicos:

2.1.1 En el lactante, debe sospecharse en presencia de:

- a) Fiebre de origen no determinado, asociada a anorexia, vómitos e irritabilidad.
- b) En casos de diarrea con deshidratación difícil de corregir.
- c) Curva de peso estacionaria.

2.1.2 En niños mayores, pueden observarse signos y síntomas de localización: Disuria, polaquiuria, enuresis, dolor en el ángulo costo vertebral.

2.2 Exámenes auxiliares:

- Examen de orina, más de 100,000 colonias/ml. en el urocultivo practicado en muestra aséptica de segundo chorro.

El urocultivo positivo obtenido por punción suprapúbica tiene valor diagnóstico independientemente del número de colonias/ml.

Tiene valor además, la presencia de piuria o leucocituria de 10 o más leucocitos/campo a mayor aumento y el Gram en orina recién emitida y centrifugada.

3. Manejo

Se iniciará el tratamiento, una vez tomada la muestra de orina, de acuerdo con el siguiente esquema:

Drogas bactericidas Gentamicina o Ampicilina, como drogas de elección, y luego se orientará de acuerdo al antibiograma.

Esquema de tratamiento:

7-14 días con el antibiótico de elección.

14-21 días con bacteriostáticos: nitrofurantoinas, ácido nalidíxico, o sulfas, según antibiograma, completando 21 días de terapia total en la primera serie.

Suspender tratamiento 4 días, luego hacer urocultivo y antibiograma; 21 días de tratamiento con bacteriostáti-

co según antibiograma.

Suspender tratamiento 4 días y reiniciar la ~~tercera~~ serie igual a la segunda.

Control mensual con sedimento y urocultivo por tres meses.

Si los análisis son negativos, se considerará terminado el tratamiento.

Si el cultivo es positivo, descartar uropatía obstructiva (pielografía excretora y cistouretrograma).

GLÓMERULONEFRITIS DIFUSA AGUDA

Definición

Enfermedad renal inflamatoria bilateral no supurativa, de naturaleza inmunológica caracterizada por edema, hipertensión arterial y hematuria.

2. Bases diagnósticas

2.1 Criterios clínicos:

- Antecedentes de infección estreptocócica.
- Inicio brusco o insidioso.
- Malestar general, cefalea, vómito, fiebre, hiporexia.
- Edema periorbital.
- Hipertensión arterial.
- Hematuria y oliguria.

2.2 Exámenes auxiliares:

- Proteinuria, cilindruria y hematuria.
- Aumento de creatinina y úrea.
- Antiestreptolisina O.

3 Manejo

3.1 Reposo en cama.

3.2 Dieta hiposódica, hipoprotéica en caso de retención nitrogenada.

3.3 Restricción de líquido, en caso de oliguria acentuada.

3.4 Control de la infección : Penicilina.

3.5 Hipotensores : Reserpina 0.07 mg./kg. cada 12-24 horas. (En niños, no exceder de 1.25 a 2 mg. por dosis).

4. Complicaciones

4.1 Insuficiencia cardíaca.

4.2 Encefalopatía hipertensiva.

4.3 Insuficiencia renal aguda (I R A).

5. Criterio de alta

- 5.1 Desaparición de la hematuria-macroscópica.
- 5.2 Normalización de la tensión arterial.
- 5.3 Depuración de creatinina normal.

SINDROME NEFROTICO

1. Definición

Complejo sintomático caracterizado principalmente por edema, proteinuria marcada, hipoproteinemia e hipercolesterolemia.

2. Bases diagnósticas

2.1 Criterios clínicos

- Edema generalizado.
- Pálidez.
- Anorexia.
- Desnutrición.

2.2 Exámenes auxiliares:

- Proteinuria elevada (mayor de 3 g. en 24 horas).
- Hipoalbuminemia.
- Proteínograma alterado.
- Biopsia renal percutánea.

3. Manejo

- 3.1 Reposo relativo, de acuerdo a la actividad del paciente.
- 3.2 Dieta hiposódica, hiperprotéica.
- 3.3 Restricción de líquidos, si es necesario (balance hídrico).
- 3.4 Prevención y tratamiento de las infecciones.
- 3.5 Diuréticos:

- Furosemina 0.5 - 1 g./kg./día.
- Hidroclorotiazida 2 - 4 mg./kg./día.
- Acido etacrínico : Dosis inicial 25 mg., luego incrementos de 25 mg. hasta obtener el efecto deseado.

3.6 Esteroides (Previamente descartar T.B.C.).

Para tratamiento inicial: Tratamiento diario, generalmente 4 semanas, con Prednisona 2 mg./kg./día, dosis única o fraccionada, obtenida la negativización de la proteinuria por 3 días consecutivos, tratamiento interdiario 4 mg./kg./día dosis única, bajando progresivamente la dosis; duración del tratamiento: de 6 a 12 meses.

3.7 Corticodependientes (que hacen recaída): Repetir el tratamiento.

3.8 Corticoresistentes:

3.8.1 Ciclofosfamida: 2-3 mg./kg./día, oral, por 2-3 meses.

3.8.2 Azathioprina : 2-4 mg./kg./día por 2-3 meses.

4. Complicaciones

4.1 Infecciones.

4.2 Insuficiencia renal.

4.3 Tuberculosis.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

1 Definición

Supresión brusca y potencialmente reversible de la función renal.

Puede ser de causas:

1.1 Pre renales: Falla en la perfusión renal.

1.2 Renales : Alteración del riñón por nefrotoxicidad o isquemia.

1.3 Post renales: Uropatías obstructivas, congénitas o adquiridas.

2 Bases diagnósticas

2.1 Criterios clínicos:

- Oliguria severa.
- Anuria.

2.2 Exámenes auxiliares:

- Retención de productos nitrogenados.
- Hiperkalemia.

3. Manejo

3.1 Reposo en cama.

3.2 Manitol al 20% inicialmente 0.2 g./kg.; si aumenta la diuresis, completar a 1.5 g./kg. por dosis.

3.3 Aporte líquido condicionado por balance hidroelectrolítico y por peso del enfermo.

3.4 Dieta:

Supresión protéica, de sodio y K.

Hidratos de carbono: 10 g.kg./día, oral o endovenoso en solución hipertónica.

3.5 Dialisis peritoneal o extracorpórea realizada por personal especializado.

3.5.1 Indicaciones de la diálisis:

- Acidosis persistente.
- Urea sobre 200 mg./100 ml.
- Potasio sérico, mayor de 7mEq/L.
- Sobrehidratación.
- Insuficiencia cardíaca congestiva.

4. Complicaciones

4.1 Hiperpotasemia.

4.2 Acidosis.

4.3 Insuficiencia cardíaca congestiva.

4.4 Infecciones.

4.5 Hipertensión arterial.

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN AFECCIONES RENALES.

1. Educación sanitaria sobre atención inmediata de signos y síntomas de alarma, dieta, reposo y cuidados en el hogar.
2. Atención directa del caso: Control del reposo, balance hídrico, densidad de la orina, vigilar la permeabilidad de la sonda y drenes, toma del peso, prevención de complicaciones, revisar dieta, brindar apoyo emocional al paciente y su familia, programar actividades recreativas.

IV. APARATO DIGESTIVO Y NUTRICION

DIARREA AGUDA

1. Definición

Cuadro caracterizado por la eliminación de deposiciones sueltas o líquidas, acompañado usualmente de síntomas generales: Fiebre, malestar, vómitos.

Ocasiona trastornos hidroelectrolíticos de gravedad variable, que constituyen la principal causa de muerte.

La severidad es mayor cuanto menor es el niño. La desnutrición empeora su pronóstico.

1.1 Etiología.

- Viral en elevado porcentaje.
- Infección paraenteral.
- Desórdenes alimentarios.
- Bacteriana (Heces muco-sanguinolentas y fiebre sugieren esta etiología).

2. Base diagnósticas.

2.1 Criterios clínicos.

Historia clínica, historia alimentaria, familiar, socioeconómica y ambiental.

Número y características de las deposiciones. Evaluación de las pérdidas hidroelectrolíticas y de la ingesta. Peso.

2.2 Exámenes auxiliares.

- Biometría hemática (hemoconcentración, leucocitosis),
- Examen de heces: Coprocultivo e investigación de parásitos.
- Osmolaridad sanguínea.
- Dosaje de electrolitos, pH, pCO₂, pO₂.

3. Manejo.

- ##### 3.1
- Reposo gástrico: 6-12 horas. Si hay tolerancia oral, 6-12 horas de dieta hídrica en dosis fraccionada o por cucharaditas, con solución de azúcar o glucosa al 5% ó 10%, más ClNa 2-3 g/L, ClK o bicarbonato de potasio 1-2 g/L.

Puede también usarse Lytren 1 medida por 4 onzas (120 cc.) de agua o té.

En caso de deshidratación moderada o grave, terapia EV con líquidos y electrolitos.

3.2 Reiniciar alimentación con leche materna o con la misma fórmula láctea que recibía previamente, diluida al medio o a los dos tercios de la concentración anterior, y luego ascenso gradual hacia la dieta normal en 3-4 días.

En caso de sospecharse intolerancia a la lactosa, se aconseja una fórmula a base de soya o caseinato de calcio con glucosa y aceite vegetal, según la fórmula siguiente:

Caseinato de Calcio	3 - 5 g %
Azúcar o Glucosa	5 - 8 g %
Aceite Vegetal	3 - 5 g %
Cloruro de Sodio	0.5 g %
Cloruro de Bicarbonato de Potasio	0.5 g %
Sulfato de Magnesio	0.5 g %

3.3 No se recomienda usar antibióticos de rutina.

En caso de coprocultivo positivo a cepas enteropatógenas, administrarlos según el antibiograma.

3.4 Tratamiento de la infección paraenteral.

3.5 Antidiarréicos, de eficacia discutida. No se recomiendan.

3.6 Sintomáticos:

- Vómitos persistentes: Metilbromuro de homatropina, dimenhidrinato, trifluoperazina.

- Fiebre: Si persiste después de la hidratación adecuada, y no cede a procedimientos físicos, usar antitérmicos.

4. Complicaciones.

4.1 Shock

4.2 Acidosis.

DIARREA CRÓNICA.

1. Definición.

Padecimiento prolongado, que se caracteriza por deposiciones líquidas o semilíquidas con reagudizaciones periódicas y que puede iniciarse y permanecer por un tiempo como una sucesión de cuadros diarreicos intermitentes, hasta que finalmente se convierte en un cuadro continuo o persistente.

1.1 Etiología.

La Malabsorción de Disacáridos resulta ser la principal causa, tanto en su forma Congénita o Primaria, como en la forma adquirida o secundaria, ya sea ésta Malnutrición Calórica-Protéica, gastroenterocolitis o ciertas parasitosis intestinales (Giardia Lamblia); todas estas entidades producen lesiones principalmente a nivel

de la mucosa intestinal que pueden ser la causa de una malabsorción global (carbohidratos, proteínas y grasas).

La diarrea crónica debida a cólon irritable, alergia a la proteína de la leche de vaca, a enfermedad fibroquística, a Síndrome Celiaco, etc., son menos frecuentes.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Criterios clínicos.

Deposiciones líquidas, esteatorrea. Un alto porcentaje de estos niños llegan a padecer Malnutrición Calórica-Protéica de tipo y grado diversos, así como episodios repetidos de desequilibrio hidro-electrolítico. Igualmente, son muy frecuentes los cólicos y meteorismo, así como el antecedente de la diarrea con la ingestión de leche.

2.2 Exámenes auxiliares.

- pH de las heces (ácido)
- Presencia de azúcares reductores en heces.
- Test de tolerancia a la lactosa o a los monosacáridos.
- Exámenes parasitológicos en heces (mediante técnicas de concentración)
- Coprocultivos.
- Determinación de lípidos en heces (esteatorrea),

Los demás exámenes auxiliares dependerán en cada caso de los padecimientos asociados a la diarrea crónica, los que muchas veces dominan el cuadro clínico (septicemia, tuberculosis, infección urinaria, etc, etc.).

3. Manejo.

Dependerá de la etiología de la diarrea y de las complicaciones que se han agregado.

Dado que la malabsorción de lactosa es el denominador común de gran parte de los factores etiopatogénicos, se recomienda sustituir la leche de vaca por un alimento exento de lactosa, como por ejemplo las dietas a base de soya o de caseinato de calcio, que deberán mantenerse mientras persista la intolerancia a la leche de vaca. (Ver fórmula de Diarrea Aguda).

DESNUTRICION CALORICO PROTEICA.

1. Definición.

Estado patológico inespecífico, sistémico, potencialmente reversible, resultante de la utilización deficiente de los nutrientes esenciales por las células del organismo. Su etiología es:

- a) Primaria: Si no se dispone de los alimentos o no se administran éstos adecuadamente.

- b) Secundaria: Si los nutrientes no son aprovechados por el organismo.

Entre las causas primarias, las más importantes son: Socio-económicas, ecológicas, por ignorancia, tabúes alimenticios, guerras y catástrofes.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Criterios clínicos.

Se distinguen dos cuadros básicos: Kwashiorkor y marasmo.

2.1.1 Kwashiorkor - Más frecuentemente después del año de vida.

- a) Signos constantes: Edema, retraso del desarrollo, atrofia muscular por persistencia de grasa subcutánea y trastornos psicomotores.
- b) Signos frecuentes: Alteraciones del cabello, de la pigmentación de la piel, anemia, hipatomegalia, deficiencias vitamínicas.

2.1.2 Marasmo: Más frecuente en menores de 1 año. Retraso pondo estatural marcado, atrofia de músculos y grasa, facies volteriana.

2.1.3 Cuadros intermedios: Marasmo-Kwashiorkor que participan de ambas sintomatologías.

2.2 Exámenes auxiliares.

- Hemograma: Anemia, micro, normo o macrocítica.
- Hipoproteinemia, hipoalbuminemia en el Kwashiorkor.
- Proteinograma, alterado en el Kwashiorkor.
- Malabsorción de disacáridos objetivables por pH fecal y presencia de azúcares reductores.
- Infecciones frecuentes que afectan cualquier aparato o sistema, objetivables por los cultivos y exámenes correspondientes de orina, heces y secreciones.
- Hipoglicemia.
- Disminución de solutos sanguíneos: Na. K, etc.

2.3 Sistema de puntaje para la malnutrición calórico-protéica de Mc.Laren (Ver anexo).

3. Manejo.

- 3.1 Dieta: Se inicia la alimentación con una fórmula hipocalórica: 50-75 cal.kg.; hipotética 1 gr/kg. de leche entera, semidescremada o de caseinato de calcio, si hay intolerancia a la lactosa (ver diarreas); por vía oral o por sonda nasogástrica si hay anorexia severa.

Incremento progresivo en el curso de 10 días, agregando otros alimentos en forma gradual hasta dar 3-5 gr/kg. de

proteínas y 150 o más calorías/kg., tanteando la tolerancia.

3.2 Tratar deficiencias vitamínicas específicas, si están presentes.

3.3 Antianémicos, según los hallazgos en sangre, microcitosis: Fe y Cu; Macrocitosis: Acido fólico, Vitamina B-12.

3.4 Rehidratación si es necesario, dando una cantidad limitada de Na. (4-6 mgEq/kg. y 5-6 Eq/kg. de potasio); pasar a la vía oral apenas sea posible. No mantener ayuno por más de 3 horas.

3.5 Tratamiento antimicrobiano sólo en presencia de las infecciones debidamente identificadas. No dar antimicrobianos profilácticos.

3.6 Vigilar por hipotermia (abrigar o calentar); y signos de hipoglicemia (ápnea, cianosis); en estos casos se debe dar Dextrósa oral o I.V.

3.7 Tratar las parasitosis posteriormente.

4. Complicaciones.

Sepsis, infecciones diversas, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia cardíaca.

5. Prevención.

5.1 Educación Nutricional: Debe ser llevada a cabo por todos los miembros del equipo de Salud, maestros de escuela, líderes de comunidad, etc., a nivel de consultas, visitas domiciliarias, conferencias, organización de la comunidad, etc.

5.2 Provisión de alimentos a los desnutridos y gestantes.

5.3 Diagnóstico precoz de casos incipientes mediante el control periódico del desarrollo.

5.4 Higiene de los alimentos.

5.5 Saneamiento ambiental.

SISTEMA DE PUNTAJE PARA LA MALNUTRICION CALORICO-PROTEICA (MC.LAREN)

																				Puntos.
Edema .. ..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3
Dermatosis .. ..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2
Edema más Dermatosi	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	6
Cambios en el pelo ..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1
Hepatomegalia ..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1
Albumina Séricas (o Proteinas totales séricas) gm%																				
Menos de 1.00.																				7
1.00 - 1.49	(																			6
1.50 - 1.99	(																			5
2.00 - 2.49	(																			4
2.50 - 2.99	(																			3
3.00 - 3.49	(																			2
3.50 - 3.99	(																			1
Más de 4.00	(																			0

La clasificación de Mc.Luren se basa en signos clínicos y bioquímicos que presentan los niños con formas severas de malnutrición calórico-proteica, tomando en cuenta la presencia de edema, dermatosis, cambios en el pelo, hepatomegalia y albúminas y proteínas totales en el suero. Aplicado a los malnutridos de tercer grado, según la clasificación de Gómez, los clasifica en tres grupos: 0 3 puntos para Marasmo; 4 - 8 puntos Marasmo Kwashiorkor y 9 - 15 puntos Kwashiorkor.

REHIDRATACION PARENTERAL

1. En el manejo de un paciente con deshidratación, se divide el reemplazo de líquidos y electrolitos en 3 aspectos generales:

- 1.1 Requerimientos normales de mantenimiento.
- 1.2 Pérdidas concómitantes.
- 1.3 Requerimientos por déficit existente.

2. REQUERIMIENTOS NORMALES DE MANTENIMIENTO.

- 2.1 La función de la terapia de mantenimiento; es mantener al paciente en balance cero para agua, electrolitos, etc.

- 2.2 Las necesidades de mantenimiento pueden estimarse sobre la base del GASTO CALORICO, o sobre la base del AREA DE SUPERFICIE CORPORAL.

- 2.3 Las necesidades de mantenimiento no dependen del tamaño del cuerpo, sino de la velocidad del metabolismo, por lo cual es mucho más razonable usar el GASTO CALORICO en su estimación.

- 2.4 Una regla práctica para estimar el GASTO CALORICO diario es:

- 100 cal/kilo/día hasta los 10 kilos de peso.
- 50 cal/kilo/día por cada kilo entre 10 y 20.
- 20 cal/kilo/día por cada kilo sobre 20

Usando Area de superficie corporal se estima alrededor de 1,500 calorías por metro cuadrado.

- 2.5 Estos valores de gasto calórico incluyen Gasto Metabólico Basal más un promedio por actividad en cama. (+ 12% x c/gra-

- 2.6 Líquidos de Mantenimiento: (do de fiebre)

TOTAL DE NECESIDADES HIDRICAS DE MANTENIMIENTO

- 100 - 125 cc/100 ca/día
- 1,500 - 2,000 cc/m2/día

- 2.7 Electrolitos de Mantenimiento:

- 2.7.1 Sodio: 2.5 - 3 mEq/100 cal/día
35 - 50 mEq/m2/día

- 2.7.2 Potasio: 2.5 mEq/100 cal/día
30-40 mEq/m2/día

- 2.7.3 Cloro: 5 mEq/100 cal/día
70 mEq/m2/día

- 2.8 Requerimientos calóricos de mantenimiento:

- 2.8.1 Durante la hidroterapia parenteral, no es necesario intentar reemplazar todos los requerimientos calóricos.

- 2.8.2 La meta es proporcionar suficiente dextrosa para prevenir la CETOSIS y minimizar la utilización de

la proteína endógena.

2.8.3 La cantidad de dextrosa necesaria es aproximadamente el 20% del gasto calórico total.

Esto es 20 calorías por cada 100 cal. gastadas, lo cual puede cubrirse ofreciendo:

5 gramos de Dextrosa por 100 cal/día

3. PERDIDAS CONCOMITANTES. (O requerimientos anormales de mantenimiento).

3.1 Están constituidas por las pérdidas anormales que se continúan presentando una vez iniciado el tratamiento.

3.2 Deben ser medidas adecuadamente y reemplazadas sistemáticamente a fin de mantener al paciente bien balanceado durante la corrección del déficit.

3.3 La regla general es reemplazar las pérdidas anormales VOLUMEN por VOLUMEN con una solución que contenga una composición electrolítica que semeje las pérdidas que se experimentan.

3.4 Las pérdidas concomitantes por diarrea son difíciles de reemplazar, ya que el volumen de las deposiciones no es medido con facilidad.

En la mayoría de las veces, sin embargo, la diarrea cesa rápidamente si se suprime toda ingesta oral.

3.5 En caso de que la diarrea no cese, una aproximación grosera del volumen de deposición perdida, puede hacerse de acuerdo a la severidad de la diarrea.

3.5.1 Leve : 10-20 cc/kg/día

3.5.2 Moderada: 20-40 cc/kg/día

3.5.3 Severa : 40-60 cc/kg/día

3.6 Generalmente el agregado y corrección de las pérdidas concomitantes, deben hacerse por períodos de 12 horas.

3.8 PERDIDAS ANORMALES CONCOMITANTES.

a. HIPERVENTILACION:

Aumentar mantenimiento en 10-50 cc/100 cal.

b. ALTA HUMEDAD AMBIENTAL:

Reducir mantenimiento en 10-30 cc/100 cal.

c. SUDORACION MODERADA:

Aumentar los requerimientos de agua en 10-12 cc/100 cal. y Na + y Cl en 0.5-1 mEq/100 cal.

d. FIEBRE:

Agregar 15 cc/100 cal. por cada 1°C.

e. OLIGURIA OBLIGATORIA:

Reducir los requerimientos por pérdidas en orina,

para reemplazar el volumen urinario.

f. POLIURIA OBLIGATORIA:

Aumentar los requerimientos para cubrir el volumen urinario.

g. PERDIDAS GASTRICAS:

Reemplazar vol. x vol. con sol. que contenga Na. 140 mEq/l; K 15 mEq/l y Cl 155 mEq/l.

h. PERDIDAS POR DIARREA:

Reemplazar con igual volumen de sol. que contenga Na, K, Cl y Bicarbonato 40 mEq/l de cada uno o aproximadamente según lo indicado en 3.5.

4. REQUERIMIENTOS POR DEFICIT EXISTENTE (O Terapia de Reemplazo)

4.1 Meta: Restaurar los depósitos de agua, sodio, potasio, cloro, etc., mediante la corrección del balance negativo.

4.2 La base de referencia para el cálculo del déficit es PESO CORPORAL DE ADMISION, pues los depósitos de agua y electrolitos son más estrechamente proporcionales al peso corporal que al área de superficie corporal o al gasto calórico.

4.3 Estimación de la magnitud de la deshidratación.

4.3.1 Se determina por la pérdida de peso, si esto es posible.

En base a severidad de signos y síntomas clínicos, tenemos que considerar 3 grados de deshidratación:

4.3.1.1 Leve : 5% de deshidratación - pérdida de 50 cc/kg.

4.3.1.2 Moderada: 10% de deshidratación - pérdida de 100 cc/kg.

4.3.1.3 Severa : 15% de deshidratación - pérdida de 150 cc/kg.

4.3.2 Las 3/4 partes del déficit debe ser corregido durante las primeras 24 hrs., 1/4 durante el segundo día.

4.4 Determinación del tipo de deshidratación.

4.4.1 El tipo de deshidratación puede ser determinado con gran precisión midiendo la concentración inicial del sodio.

4.4.2 El contenido de sodio es el factor más importante en determinar la osmolaridad sérica. Este conocimiento, junto con la apariencia clínica y curso, ha conducido a clasificar la deshidratación sobre la base del sodio sérico, en:

4.4.2.1 ISOTONICA : Concentración de sodio entre 130-150 mEq/litro.

4.4.2.2 HIPOTONICA : Concentración de sodio es menor de 130 mEq/litro.

4.4.2.3 HIPERTONICA : Concentración de sodio excede de 150 mEq/litro.

4.4.3 Hay ciertas características clínicas que pueden orientarnos hacia determinado tipo de deshidratación.

4.4.4 TIPOS DE DESHIDRATACION (Signos clínicos)

	ISOTONICA	HIPERTONICA	HIPOTONICA
-- Piel:			
Color	Gris	Gris	Gris
Temperatura	Fría	Fría o caliente	Fría
Turgor	Pobre	Regular	Muy pobre
Tacto	Seco	Gruesa	Húmeda
-- Mucosas	Secas	Bien secas	Húmedas
-- Globos Oculares	Hundidos, blandos	Hundidos	Hundidos, blandos
-- Fontanela	Hundida	Hundida	Hundida
-- Conciencia	Letárgica	Hiperirritable	Coma
-- Pulso	Rápido	Modr. Rápido	Rápido
-- Presión Arterial	Baja	Modr. Baja o N.	Muy baja

4.5 Diagnóstico de Disturbios Acido-Básicos:

4.5.1 El diagnóstico de cualquier disturbio ácido-básico requiere dos tipos de información:

- Clínica: Brindada por la presencia de un desorden conocido como productor de una alteración ácido-básica particular. El tipo respiratorio ayuda; hay respiración superficial en alcalosis y respiración de Kussmaul en acidosis.

- Laboratorio: Determinado el pH, pCO₂, y po₂, bicarbonato, o por simple medición del contenido de CO₂ sanguíneo.

4.5.2 Los pacientes con diarrea usualmente tienen un exceso primario de iones H⁺ por razones:

- Grandes cantidades de bicarbonato perdidas en las deposiciones

- La inanición y la deshidratación aumenta la produc-

ción de ceto-ácidos.

- La reducción progresiva de la función renal conduce a la retención de iones hidrógeno.

4.5.3 Es importante recordar que las proporciones fisiológicas de los iones básicos en el líquido EXTRACELULAR es alrededor de 1:5 o 1:4. En base a esto, toda solución para reparar el déficit en estados de acidosis y todas las soluciones para mantenimiento deben tener 1/5 o 1/4 iones como base.

4.6 Reconocimiento del déficit de potasio.

4.6.1 Es seguro asumir que algún déficit de potasio acompaña a todas las formas de deshidratación, con pocas excepciones.

4.6.2 Los signos físicos de hipokalemia son: hipotonía, disminución de reflejos, letargia, ileo paralítico.

4.7 Alteraciones del calcio.

4.7.1 Durante la deshidratación, la homeostasis del calcio puede alterarse, especialmente con la deshidratación hipertónica con la resultante hipocalcemia. También en la recuperación de la acidosis metabólica.

4.7.2 Esta hipocalcemia puede conducir a manifestaciones de tetania, inclusive convulsiones.

5. FORMULACION DE LA TERAPIA DE REHIDRATACION.

5.1 Toda terapia de rehidratación debe seguir una secuencia cronológica. En tal sentido es útil dividir esta terapia de restitución en 4 fases distintas:

5.1.1 Fase I : Empieza con la admisión y dura 1 o 2 horas.

La finalidad primordial es la restauración de la integridad circulatoria.

5.1.2 Fase II : Empieza a las 2 horas y abarca hasta las 24 horas de admisión. Las finalidades primordiales son restauración parcial del sodio y agua extracelular y corrección parcial del disturbio ácido-básico y del déficit de potasio.

5.1.3 Fase III : Del día 1 al día 3. Durante esta fase los déficit de potasio son restaurados y el equilibrio ácido-básico, sodio y agua son completamente corregidos.

5.1.4 Fase IV : Que puede durar 1 a 3 semanas. Durante este tiempo se restituyen los depósitos corporales de grasas y proteínas.

6. PRIMER DIA DE TERAPIA HIDROELECTROLITICA.

6.1 El volumen de líquidos a administrar está dado por:

87.

- a) $3/4$ del déficit calculado, más los
 - b) Requerimientos de mantenimiento.
- 6.2 La mitad de este volumen debe administrarse durante las primeras 8 horas y la otra mitad en las 16 horas restantes.
- 6.3 Terapia Fase I : Para expandir el volumen sanguíneo y prevenir o tratar el shock, podemos usar:
- a) Sangre completa: 20 ml/kilo, o
 - b) Plasma: 20 ml/kilo, o
 - c) Solución hidratante inicial: 30-40 ml/kilo, o
 - d) Solución hidratante Fase II: 40 ml/kilo.
- 6.3.1 En la práctica, la sangre y el plasma no se encuentran fácilmente disponibles y tenemos que recurrir a la solución hidratante inicial, para tratar la primera fase.
- 6.3.2 Esta solución hidratante inicial es la misma para los distintos tipos de deshidratación. Preferentemente es una solución glucosada al 5% que contiene 50-75 mEq de sodio por litro. Un cuarto del sodio es en la forma de bicarbonato y el resto en la forma de cloruro.
- 6.3.3 Cada 100 cc. de Sol. Hidratante inicial, contiene:
- | | |
|------------------------|------------------------|
| 7.5 mEq de Sodio | 5 mEq de Sodio |
| 2 mEq de Bicarbonato o | 1.5 mEq de Bicarbonato |
| 5.5 mEq de Cloro | 3.5 mEq de Cloro |
| 5 gramos de Glucosa | 5 gm. de Glucosa |
- 6.3.4 La velocidad de administración dependerá de la gravedad del cuadro, variando de 20 minutos a 2 horas.
- 6.3.5 Este volumen deberá restarse del destinado a las primeras 8 horas de terapia.
- 6.4 Terapia Fase II : La formulación específica del tipo de solución a utilizarse para corregir los déficits en Fase II, dependerán primariamente del tipo de deshidratación presentado. Se administra luego de completar la Fase I de terapia.
- 6.4.1 Deshidratación Isotónica: Se utilizará una solución que contenga 50 mEq/l de sodio.
- Esto es, 5 mEq de sodio por cada 100 cc. de solución para administrarse durante esta fase. Esto cubriría el déficit de 8 mEq/kg. de sodio (7-10) usualmente presente en las deshidrataciones isotónicas.
- 6.4.2 Deshidratación Hipertónica: Se utilizará una solución que contenga 30 mEq/l de sodio.
- Esto es, 3 mEq de sodio por cada 100 cc. de solución para administrarse durante esta fase. Esto cubriría

el déficit de 4 mEq/kg. de sodio (2-5) usualmente presente en las deshidrataciones hipertónicas.

6.4.3 Deshidratación Hipotónica: Se utilizará una solución que contenga 65 mEq/l de sodio.

Esto es, 6.5 mEq de sodio por cada 100 cc. de solución para administrarse en esta fase. Esto cubriría el déficit de 12-14 mEq de sodio (11-16) presente usualmente en las deshidrataciones hipotónicas.

6.4.4 En todo caso, 1/4 del contenido en sodio de estas soluciones debe ser bajo la forma de bicarbonato y el resto como cloruro.

6.4.5 El potasio se agregará después de restaurado el flujo urinario. No se pasará de la concentración de 2.5 mEq/100 cc. de solución.

6.4.6 Se calcula el número de gotas, por minuto para pasar la solución en 22 horas, recordando que 1 gota/minuto = 3 cc. por hora usando el gotero corriente. Al usar microgotero es 1 gota/minuto = 1 cc. por hora.

7. SEGUNDO DIA DE TERAPIA HIDROELECTROLITICA Y DIAS SUCESIVOS.

7.1 El volumen del líquido a administrar en el 2º día está dado por:

- 1/4 del déficit calculado.
- Requerimientos de mantenimiento.
- Pérdidas anormales del 1er. día que no hayan sido corregidas.

7.2 A partir del 3er. día el volumen a administrar comprende solamente:

- Requerimientos de mantenimiento.
- Pérdidas concomitantes.

7.3 Este volumen es administrado en forma constante y uniforme durante cada período de 24 horas.

7.4 En relación con su contenido en sodio y bicarbonato, la solución para cubrir el 1/4 del déficit calculado es igual a la solución del día primero. Esta será luego reemplazada por una solución que en volumen y composición cubra los requerimientos de mantenimiento y pérdidas concomitantes estimadas.

7.5 Terapia Fase III : Restauración de los déficits de Potasio.

7.5.1 No es posible restaurar el déficit de K rápidamente, ya que las grandes cantidades requeridas no pueden ser transportadas a través del extracelular en un pe

riodo de tiempo corto, sin el riesgo de hiperkalemia.

7.5.2 Precauciones en la administración de Potasio:

- a) No administrar K si el estado circulatorio general, particularmente el estado circulatorio renal, no es adecuado y estable.
- b) La administración parenteral de K está contraindicada cuando el K plasmático está elevado y debe darse con mucho cuidado cuando hay acidosis marcada. (La acidosis por sí misma tiende a elevar el K plasmático).
- c) Los déficits de K no pueden ser reemplazados tan rápidamente como los déficits de sodio.
- d) No se debe reemplazar más de 3 mEq/k/día de potasio.

Este reemplazo diario se agrega al potasio de mantenimiento. El promedio de reemplazo total del déficit de K es de 3 o 4 días.

- e) La concentración del potasio en la solución no debe exceder nunca de 30 mEq/litro.

7.5.3 Durante el 2º día, o a partir del 3er. día, se empiezan a ofrecer líquidos por boca y se inicia una realimentación gradual.

7.6 Durante la fluidoterapia por deshidratación, el paciente debe ser evaluado periódicamente, buscando información útil para determinar la eficacia del tratamiento en cada fase terapéutica. El siguiente cuadro nos muestra una guía de esta información periódica:

INFORMACION PERIODICA UTIL DURANTE FLUIDO-TERAPIA

FASE TERAPEUTICA	INFORMACION OBTENIDA Y CAMBIOS ESPERADOS
FASE I -- 0 a 2 horas: Restauración de Circulación	1. Mejora de los signos circulatorios (P.A. pulso, circulación periférica) 2. Mejora del flujo urinario. 3. Mejora del estado de conciencia
FASE II -- 2 a 18-24 horas: Restauración parcial del LEC, del Sodio, del equilibrio Acido Básico y del Potasio	1. Ganancia de peso corporal. 2. Flujo urinario adecuado y constante. 3. Circulación adecuada y estable. 4. Disminución de la intensidad de los signos de deshidratación. 5. Corrección parcial o completa del Sodio plasmático anormal. 6. Disminución de la Urea hacia lo normal. 7. Corrección parcial del estado ácido básico anormal. 8. Corrección parcial del déficit del OK.
FASE III -- 1 a 2-4 días: Restauración del Déficit Corporal de Potasio	1. Ganancia sostenida del peso. 2. Urea normal. 3. Sodio plasmático normal. 4. Estado ácido-básico normal. 5. Potasio plasmático normal.
FASE IV -- 2-4 días a 1-2 semanas: Restauración del Déficit Calórico y Protéico	1. Ganancia de peso, continua y lenta. 2. Normalidad de todos los constituyentes plasmáticos.

7.7 En el manejo de un paciente con deshidratación HIPERTONICA, es importante tener en cuenta:

- 7.7.1 Solamente deben administrarse las $3/4$ partes de los requerimientos de mantenimiento durante los primeros días.
- 7.7.2 La corrección de déficit debe hacerse en 48 horas.
- 7.7.3 Usualmente no es necesario administrar potasio durante los primeros días.
- 7.7.4 La homeostasis del calcio está alterada, presentándose Hipocalcemia. Esta debe ser tratada, agregando 10 c.c. de sol. de gluconato de calcio 10% por cada 500 cc. de

solución por administrar. Si la solución EV contiene bicarbonato, no se debe agregar el gluconato al frasco, pues precipitará formando bicarbonato de calcio. Se procederá en estas circunstancias a dar el calcio en dosis fraccionadas cada 6 horas directamente a la vena.

7.7.5 Independiente del mecanismo, las manifestaciones neurológicas (convulsiones) que se presentan durante el tratamiento de la deshidratación hipertónica se pueden disminuir si los valores altos iniciales del sodio extracelular son corregidos más gradualmente en lugar de su corrección brusca.

7.7.6 Lo más seguro es tratar de reducir el Na plasmático en no más de 10 mEq/litro por día.

8. SOLUCION HIDRATANTE PARA USO GENERAL.

Para ser usada ~~sobre~~ todo en la deshidratación isotónica, pero que es efectiva en los tres tipos. Para su preparación se usan las nuevas presentaciones de Medicamentos Básicos:

Dextrosa al 5% en agua destilada	1 litro
Cloruro de Sodio al 11.7%	20 mcc.
Bicarbonato de Sodio al 8.4%	12 cc.
Cloruro de Potasio al 14.9%	12 cc.

Agregar el potasio después de restablecida la diuresis, contiene:

Na	52 mEq/l.
Cl	60 mEq/l.
Bicarbonato	12 mEq/l.
K	24 mEq/l.

8.1 Esta solución puede usarse durante las primeras 24 horas en la siguiente forma:

- 8.1.1 - 200-220 ml/kg. en lactantes de menos de 10 kg. de peso.
- 8.1.2 Fase I. (Hidratación rápida). 40 ml/kg. en dos horas sin K mientras no haya miccionado el paciente.
- 8.1.3 Fase II. 160-180 ml/kg. repartido en 22 horas. Agregar K al restablecerse el flujo urinario.
- 8.1.4 Corregir las pérdidas concomitantes cada 12 horas, según lo establecido en 3.7.

V. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

FIEBRE REUMÁTICA (*)

1. Definición.

La fiebre reumática es una enfermedad recurrente, inflamatoria, causada por una reacción de hipersensibilidad tisular a los productos del *Estreptococo Beta Hemolítico "A"*, compromete fundamentalmente al corazón, articulaciones, encéfalo y piel. Se presenta por ataques febriles agudos y con recurrencias que pueden durar meses o años.

2. Base diagnósticas.

2.1 Criterios clínicos

Criterios de Jones, modificados por la American Heart Association:

Criterios Mayores:

- Carditis.
- Poliartrosis.
- Corea.
- Eritema Marginado.
- Nódulos Subcutáneos.

Criterios Menores:

- Fiebre.
- Artralgia.
- Antecedentes de fiebre reumática o Cardiopatía reumática inactiva.
- Signos de actividad por exámenes auxiliares.

2.2 Exámenes auxiliares.

2.2.1 - Reacciones de fase aguda.

- Eritrosedimentación acelerada.
- Proteína C Reactiva Positiva (+)
- Leucocitosis.
- Intervalo P-R prolongado.

2.2.2 Pruebas que indican infección estreptocócica precedente:

Título elevado de anticuerpos estreptocócicos

(*) Centro Piloto de Fiebre Reumática. Area Hospitalaria No. 4 - Hospital del Niño

còs (ASO, ASK, AH); cultivo del exudado faríngeo positivo o estreptococo Beta Hemolítico del Grupo "A"; escarlatina reciente.

La presencia de dos criterios mayores o de uno mayor y dos criterios menores, indican gran probabilidad que exista Fiebre Reumática, si se apoya en pruebas que indiquen infección estreptocócica precedente. La ausencia de esta última sólo debe conducir a sospecha de diagnóstico, excepción hecha de aquellas situaciones en las que se descubre Fiebre Reumática, después de un período latente prolongado que sigue a una infección antecedente (Corea o Carditis Insidiosa).

3. Manejo

3.1 CARDITIS

3.1.1 Reposo

Reposo	C-A-R-D-I-T-I-S		
	Mínima	Definida sin Hipertrofia Cardíaca	Severa
En cama	2-4 semanas	1-2 meses	2-4 meses
Relativo	2-6 semanas	2 meses	- - -
Actividad sin limitaciones	Después de 6 semanas	Después de 4 meses	Después de 4-12 meses

3.1.2 Dieta

Blanda hiposódica durante 10 días; luego seguir con completa hiposódica.

3.1.3 Antiinflamatorios

a. Prednisona: 1-2 mg./kg./24 horas (*) por 7-10 días; luego dosis decreciente: 5-10 mg. cada 7 días.

b. Aspirina : 50-80 mg./kg./24 horas (Salicilemia 25-35 mg.%) (**) por 4 a 14 semanas.

(*) Administrada en dos partes: 8.00 a.m. y 12 m.

(**) Hasta cuatro semanas después de suspendido el corticoide.

c. A.C.T.H. : 0.4 - 0.8 U. por kilo en la segunda semana, y después cada 20 días.

3.1.4 Antiestreptocócico

- Penicilina Clemizol:

1'000,000 U. cada 24 horas (I.M.) por 10 días, luego:

- Penicilina G. Benzatínica:

600,000 unidades los días 11, 21, 31.

A partir del día 31:

- Penicilina G. Benzatínica:

600,000 U. cada 14 días, o 1'200,000 U. cada 28 días.

3.2 POLIARTRITIS

3.2.1 Reposo

a. En cama : 1-2 semanas, hasta la desaparición o disminución de las manifestaciones de actividad.

b. Relativo : 2-6 semanas.

c. Actividad sin limitaciones: después de 6 semanas.

3.2.2 Dieta

Blanda hiposódica durante 10 días, luego seguir con completa hiposódica.

3.2.3 Antiinflamatorio

Aspirina: 50-80 ml./kg./24 horas.

(Salicilemia de 25 a 35 mg. %) 4-14 semanas.

3.2.4 Antiestreptocócico

- Penicilina Clemizol: 1'000,000 U. cada 24 horas (I.M.) por 10 días.

- a. Penicilina G Benzatínica: 600,000 U. cada día 11, 21, 31.

- b. A partir del día 31: Penicilina G Benzatínica 600,000 U. cada 14 días o 1'200,000 cada 28 días.

3.3 INSUFICIENCIA CARDIACA EN LA

FIEBRE REUMÁTICA ACTIVA

3.3.1 Reposo

a. En cama : En relación con actividad reumática y capacidad funcional del corazón.

b. Relativo : En relación con actividad reumática y capacidad funcional del corazón.

c. Actividad sin limitaciones : En relación con la capacidad funcional del corazón

3.3.2 Dieta

Blanda hiposódica durante la actividad reumática

y descompensación aguda del corazón. Luego completa hiposódica hasta lograr el equilibrio esperado.

3.3.4 Oxígeno

Tienda o carpa: Insuficiencia cardíaca aguda.
Sonda nasal.

3.3.5 Cardiotónicos

Digoxina o Cedigoxina.

Dosis de saturación.

4-6 días.

0.04-0.06/kg/24 horas

(Oral).

Dosis de mantenimiento

Durante el tiempo que sea

10-20% de la saturación

necesario

diariamente.

3.3.6 Diuréticos.

Furosemide (Oral)

Diario, interdiario o sema-

1-2 ml/kg/día, en

nalmente, según la necesi-

dos dosis.

dad del enfermo.

Clorothiazide (Oral)

2 ml/kg/día en dos par-

tes.

3.3.7 Potasio.

Gluconato de potasio

3 mEq/kg/día (Oral).

3.3.8 Pruebas de control

- Electrocardiograma

Antes, durante y después del

- Electrolitos

tratamiento.

4. PREVENCION.

Depende directamente, del control de las infecciones estreptocócicas; por lo tanto diferenciamos:

- Tratamiento de las infecciones estreptocócicas en enfermos reumáticos: PREVENCIÓN SECUNDARIA.
- Tratamiento de las infecciones estreptocócicas en la población general: PREVENCIÓN PRIMARIA.

4.1 Prevención secundaria.

4.1.1 Prevención de las recaídas.

- Las infecciones estreptocócicas frecuentes y, algunas veces, la falta de manifestaciones clínicas, obliga a que la prevención secundaria sea CONTINUA.

- Antes de iniciarla, debe erradicarse los estreptococos residuales, algunas veces no detectadas por cultivo:

- Penicilina Clemizol 1'000,000 cada 24 horas, por 10 días.

- Penicilina Benzatínica 1'200,000.
- A quién debe hacerse Prevención Secundaria?
 - A los que tienen historia clínica bien documentada de Fiebre Reumática o Corea.
 - A los portadores de Cardiopatía Reumática Inactiva y Corea.
 - A los enfermos valvulares tratados quirúrgicamente.
- Por cuánto tiempo debe continuar la Prevención?
 - Durante toda la vida del enfermo.
 - Hasta que sobrepase los 20 años de edad.
 - Durante 5 años continuados.
- Cuándo debe iniciarse el tratamiento Preventivo?
 - No bien se establezca el diagnóstico.

4.1.2 Esquemas de Prevención Secundaria.

Los resultados más efectivos se han obtenido con el empleo de la Penicilina G Benzatínica intramuscular.

Penicilina G Benzatínica Intramuscular.

- Dosis.
1'200,000 - 2'400,00 cada 28 días, de acuerdo a la edad.
- Reacciones.
Molestias en el lugar de la inyección, reacciones articulares y fiebre, urticaria y edema angioneurótico.

Sulfadiazina - Oral.

- Dosis.
1 gramo diario con más de 30 kilos de peso; 1/2 gramo para los que pesan menos.
- Reacciones.
Son frecuentes, pero mínimas: Reacciones cutáneas de tipo morbiliforme, escarlatiniforme o urticariana.
Reacciones hemáticas de tipo leucopenia. Debe suspenderse la droga si los leucocitos son menores de 4,000 y los neutrofilos polimorfonucleares por debajo de 35.

Penicilina Oral.

- Dosis.

200,000 a 250,000 U. 1 ó 2 veces diarias.

Reacciones.

Similares a las de Penicilina intramuscular.

4.1.3 Reinfecciones.

Los enfermos tratados con Prevención Secundaria, pueden reinfectarse; si ésto sucede, se procederá así:

- Clemizol Penicilina: 1'000,000 cada 24 horas por 10 días, luego continuar con Penicilina Benzatínica con el ritmo señalado.
- Penicilina G Benzatínica intramuscular: 1'200,000 U. cada 7 días por 3 semanas. Luego continuar cada 14 ó 28 días.

4.2 Prevención primaria.

4.2.1 Tratamiento de las infecciones estreptocócicas en la población en general.

El objetivo es erradicar el estreptococo Beta Hemolítico "A".

El tratamiento debe iniciarse al establecer el diagnóstico de infección estreptocócica.

El tratamiento inadecuado de ellas y su persistencia, ocasiona la incapacidad de prevenir primariamente la Fiebre Reumática.

La droga de elección es la Penicilina G Benzatínica intramuscular, la Penicilina Clemizol o la Eritromicina en caso de sensibilidad de esta droga.

La Penicilina debe administrarse en dosis suficiente como para mantener niveles terapéuticos sanguíneos útiles durante 10 días.

4.2.2 Esquema de Tratamiento.

- Penicilina G Benzatínica intramuscular.

- Dosis: Niños : 600,000 a 900,000 U.
Adultos : 900,000 a 1'200,000 U.

- Penicilina Clemizol intramuscular.

- Dosis: 1'000,000 cada 24 horas, por 10 días.

Penicilina Oral.

- Dosis: Niños y adultos, 200,000 a 300,000 Unidades 3 o 4 veces al día, por 10 días.

5. Criterios de alta.

Se basan en la disminución o desaparición de la actividad reumática detectada por:

a. Manifestaciones clínicas:

- Sensación de bienestar general; buen apetito; desaparición de: fiebre, artralgia, taquicardia, soplos cardíacos, insuficiencia cardíaca, frotos pericárdicos, etc.

b Examen radiológico:

- Disminución del agrandamiento cardíaco.

c. Examen electrocardiográfico:

- Normalización de PR y QT.

d. Pruebas de Laboratorio:

- Valores normales de: eritrosedimentación, leucocitos, mucoproteínas, etc.

INSUFICIENCIA CARDIACA.1. Concepto:

Síndrome clínico en el cual el corazón es incapaz de satisfacer las demandas de oxígeno del organismo.

Los padecimientos congénitos del corazón y las cardiopatías reumáticas, son las causas más frecuentes de insuficiencia cardíaca en la edad pediátrica.

2. Bases diagnósticas:

2.1 Criterios clínicos

- Taquicardia.
- Taquipnea.
- Hepatomegalia.
- Estertores pulmonares, edemas, distensión de las venas del cuello, cianosis periférica, fatiga y debilidad.

2.2 Exámenes auxiliares

- Biometría hemática, eritrosedimentación.
- Antiestreptolisinas, Proteína C reactiva.
- Teleradiografía de tórax con relleno baritado de esófago.
- Electrocardiograma.

3. Manejo

3.1 Reposo en cama. Posición semisentado.

3.2 Régimen normal hiposódico. Ingestión de líquidos a voluntad.

3.3 Oxígeno en tienda o sonda nasal, si es necesario.

3.4 Sedación según grado de excitación.

Fenobarbital: 2-5 mg./kg./día oral o IM fraccionado en 2 o 3 dosis, o:

Morfina: 0.1 a 0.2 mg./kg./dosis por vía subcutánea.

3.5 Digitalización.

3.5.1 Lanatósido C (endovenoso o intramuscular).

Dosis digitalizante:

Menos de 10 kg. de peso: 0.03 a 0.04 mg./kg.

Más de 10 kg. de peso : 0.02 a 0.03 mg./kg.

Dosis de sostén:

De 1/4 a 1/3 de la dosis digitalizante cada 24 horas.

3.5.2 Digoxina (vía oral).

Dosis digitalizante:

- De 1 mes a 2 años: 0.06 a 0.08 mg./kg.

- De 2 a 6 años : 0.04 a 0.06 mg./kg.

- De 6 a 12 años : 0.02 a 0.04 mg./kg.

Dosis de sostén:

- De 1/5 a 1/3 de la dosis digitalizante, cada 24 horas.

3.5.3 Administrar inicialmente la mitad de la dosis digitalizante, una cuarta parte a las 6-8 horas y la última cuarta parte después de otras 6-8 horas.

Tomar un ECG antes de administrar la última cuarta parte de la dosis.

3.6 Diuréticos: Por debajo de 10 kg. de peso, su uso está limitado por el peligro de deshidratación; en caso de ser necesario: Hidroclorotiazida 2 mg./kg. en una sola dosis; o Furosemida 1 mg./kg. en una sola dosis, por vía oral.

Cuando se trata de más de 10 kg. de peso: Hidroclorotiazida 3 a 4 mg./kg./día, con un máximo de 50 mg., fraccionada en 2 dosis con un ritmo de 5 días consecutivos y 2 semanas de descanso, o Furosemida 1 a 2 mg./kg. dosis por vía oral. Se puede repetir hasta 4 veces en el período agudo. La dosis de sostén es de 0.5 a 1 mg./kg./dosis cada 1, 2 o 3 días. La dosis por vía endovenosa es de 2 a 4 mg./kg./dosis.

SHOCK

1. Definición

Síndrome caracterizado por postración e hipotensión resultante de una disminución aguda del flujo sanguíneo capilar, que lleva a la hipoxia tisular grave con alteraciones bioquímicas, hemodinámicas, humorales o inmunológicas.

2. Bases diagnósticas

2.1 Criterios clínicos:

- Hipotensión Arterial y Venosa Central.
- Piel pálida, fría, húmeda.

- Cianosis.
- Disfunción cerebral, estupor o irritabilidad, respuesta anormal a los estímulos externos.

2.2. Exámenes auxiliares

- Biometría hemática - Hematocrito.
- Química sanguínea y electrolitos, pH, pCO₂ y O₂.
- Examen completo de orina y volumen en 24 horas.
- Mielocultivo, coprocultivo, urocultivo, hemocultivo.
- Factores de la coagulación.
- Electrocardiograma.
- Radiografía de pulmones y corazón.

3. Manejo

- 3.1 Acostar al paciente en decúbito dorsal, la cabeza deberá estar en una posición más baja que el resto del cuerpo, salvo compromiso respiratorio intenso y TEC.
- 3.2 Registrar varias veces al día los signos vitales, temperatura, pulso, tensión arterial, coloración de la piel, frecuencia respiratoria, estado de conciencia, reflejos, etc.
- 3.3 Mantener libre las vías respiratorias, aspiración de secreciones, intubación o traqueotomía si es necesario; oxigenación.
- 3.4 Establecer una vía intravenosa e iniciar fluidoterapia con soluciones hidroelectrolíticas adecuadas para el mantenimiento o para la corrección de la deshidratación.
- 3.5 Establecer un control continuo de la presión venosa central en todos los casos de shock que no son fácilmente versibles.
- 3.6 Usar en forma liberal los cardiotónicos cuando exista insuficiencia cardíaca.
- 3.7 Medir volumen de orina cada hora, pudiéndose utilizar soluciones de manitol si esto no se corrige con las soluciones rehidratantes.
- 3.8 Utilizar el antimicrobiano de elección a dosis y por lapsos adecuados, prefiriendo la vía parenteral.
- 3.9 Para mejorar la resistencia periférica se utilizarán esteroides a dosis elevadas; prednisona 2-4 mg./kg./día.
- 3.10 Los anticoagulantes (Heparina) pueden ser útiles en algunos casos, especialmente cuando se sospecha la aparición de coagulación intravascular diseminada, a dosis de 1 mg./kg. IV cada 4 a 6 horas, previo control del tiempo de coagulación.
- 3.11 En caso de shock alérgico, usar antihistamínicos:
 - Difenhidramina 5 mg./kg./día EV, o
 - Esteroides Prednisona 2-4 mg./kg./día.
- 3.12 No utilizar vasopresores periféricos en todos los casos de shock.

VI. ENFERMEDADES DE LA SANGRE

ANEMIA FERROPRIVA

1. Concepto.

Anemia producida por ingesta insuficiente de hierro o por pérdida de este elemento (hemorragia crónica).

Es más frecuente en los niños de bajo peso al nacimiento. Los sangramientos crónicos del aparato digestivo y la hemosiderosis pulmonar son los síndromes hemorrágicos que producen anemia ferropriva con más frecuencia. Puede asociarse también al síndrome de mala absorción intestinal.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Criterios clínicos:

- Antecedentes de la madre: número de embarazos, estado nutricional, hemorragia durante el embarazo y/o parto, suplemento de hierro.
- Antecedentes del niño: embarazo único o gemelar, peso de nacimiento, procesos pulmonares agudos (hemosiderosis), vómitos o diarreas crónicas, escasa ingestión de hierro en la dieta.
- Decaimiento, irritabilidad, pica.
- Palidez, fatiga, taquicardia, soplos cardiomegalia.
- Alteración del desarrollo pondoestatural.
- Retraso del desarrollo motor.

2.2 Exámenes auxiliares:

- Anemia hipocrómica microcítica.
- Si hay sospecha de hemorragia digestiva: Thevenon, estudio radiológico de esófago, estómago y duodeno.
- Si hay sospecha clínica se investigará hemosiderosis pulmonar o síndrome de mala absorción.

3. Manejo.

3.1 Hierro por vía oral: 4.5 - 6 mg/kg/día de hierro elemental, repartido en 3 dosis, aproximadamente 2 horas después de las comidas. El tratamiento se mantiene por un período prolongado, hasta un mes después de obtenida la normalización de la hemoglobina y desaparición de signos de hipocromía.

3.2 Hierro por vía intramuscular: cuando hay intolerancia o mala absorción del hierro por vía oral, o cuando la supervisión de los padres no es apropiada.

La dosis total se calcula con la siguiente fórmula:

mg, de hierro = $\frac{\text{Hb. deseada} - \text{Hb. inicial}}{100} \times$

80 x peso en Kg. x 3.4

Agregar un 30% más para depósito. Si la dosis resulta superior a 100 mg. repartir en 2 o más dosis.

3.3 Transfusiones de sangre: niños con anemia severa, al borde de la insuficiencia cardíaca congestiva, o que padece infección aguda grave.

Dosis: no debe exceder 10 ml/kg.

3.4 Dieta: régimen normal con aporte de alimentos con mayor cantidad de hierro (carne, huevo, verduras, legumbres), reducción de la ingesta de leche.

3.5 Acido ascórbico: aumenta absorción del hierro.

COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA.

1. Definición.

Hipercoagulabilidad sanguínea por formación exagerada de trombina y fibrina, con consumo de factores de coagulación aumento de la fibrinolisis.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Criterios clínicos:

Etiología variada - hemólisis, sepsis, tumores, etc.

Petequias, equimosis, enterorragias y otras evidencias de sangrado de piel y numerosas necrosis en cualquier órgano.

2.2 Exámenes de laboratorio:

Trombocitopenia, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina y tiempo de coagulación alargados.

Hipofibrinogenemia, fibrinolisis aumentada, hematíes deformados o destruidos.

3. Manejo.

3.1 Tratamiento de la etiología basal, si es posible.

3.2 Heparina 100 - 200 unidades/kg c/4 horas EV hasta que disminuyan las manifestaciones hemorrágicas y reaparezcan las plaquetas en el estudio de la lámina coloreada de Wrigh.

3.3 Los corticoides están contraindicados.

3.4 Transfusiones para control de anemia o shock, sólo con el paciente heparinizado.

3.5 Vigilar flujo urinario. Aporte de líquido de acuerdo con volumen eliminado (ver insuficiencia renal aguda.)

VII. ENFERMEDADES ENDOCRINAS

DIABETES JUVENIL

1. Definición

Es una alteración permanente del metabolismo hidrocarbonado producida por déficit absoluto o relativo de insulina, que tiene repercusiones complejas;

- a) Modifica el metabolismo de las grasas y proteínas.
- b) Interfiere el crecimiento y el desarrollo.
- c) Afecta el comportamiento psicológico de estos enfermos.

En casos no tratados se produce acidosis.

2. Bases diagnósticas

2.1 Criterios clínicos:

Son los síntomas clásicos en la infancia los siguientes:

- Poliuria.
- Polidipsia.
- Pérdida de peso.
- Calambres abdominales o en las piernas.
- Enuresis.
- Pérdida del apetito.
- Transtornos emocionales.
- Fatiga.

40-70% de los casos se presentan con coma o precoma.

2.2 Exámenes auxiliares:

- Glucosuria: Se puede determinar con el empleo de cintas de glucosa oxidasa.
- Hiperglucemia.

Puede haber hiperglucemia y glucosuria con o sin cetosis.

3. Manejo

3.1 En los pacientes sin acidosis se deberá iniciar el tratamiento con 0.5 unidades/kg./día de una mezcla de partes iguales de insulina semilenta y ultralenta. Se deberá administrar una vez al día 30 minutos antes del desayuno. En los casos difíciles de controlar, pueden mejorar con 2 dosis de insulina cristalina, una antes del desayuno y otra antes de la comida.

La insulina deberá ser reajustada de acuerdo a la glucosuria en 24 horas a razón de 1 unidad por cada 2 gm. de glucosuria.

3.2 Dieta:

100 calorías por año de edad + 1,000; de las cuales

el 15 a 20% son proteínas, del 35 al 40% grasas y del 44 - 45% hidratos de carbono.

4. Complicaciones

- a) Infección del aparato urinario.
- b) Neuritis periférica.
- c) Coma diabético.
- d) Hipoglicemia.

COMA DIABÉTICO

1. Se llama así al estado en el cual el paciente presenta acidosis, respiración tipo Kussmaul, pérdida de la conciencia, como producto de una alteración profunda del metabolismo hidrocarbonado, debido a deficiencia de insulina.

2. Bases diagnósticas

2.1 Criterios clínicos:

- Coma, signos de acidosis y deshidratación.

Exámenes auxiliares

- Hiperglicemia, glucosuria, cetonuria, acidosis.

3. Manejo

3.1 Insulina

La dosis inicial sugerida es de 1-2 unidades/kg. de peso corporal de insulina soluble, dándose la mitad de la dosis por vía endovenosa y el resto subcutáneo.

Si la glicemia no baja, se pueden dar dosis cada 4 horas, previo control de laboratorio de glicemia y glucosuria (0.3 U x g/100 en orina).

3.2 Rehidratación

La administración de líquidos orales a un niño acidótico que haya vomitado, está contraindicada debido a que origina más vómitos; si éstos persisten, hay que aspirar el contenido gástrico. Se usará la vía endovenosa.

Inicialmente el ritmo es rápido, administrándose en la primera hora una cuarta parte del volumen total requerido para la hidratación. Debido a que todos los pacientes presentan un déficit total de sodio, puede administrarse una solución de cloruro sódico al 0.9% inicialmente, continuando con una solución para deshidratación isotónica.

Si el bicarbonato plasmático es inferior a 10 mEq/L debe administrarse bicarbonato sódico o lactato sódico 2-3 mEq/kg.

Una vez que el flujo urinario sea adecuado, se adminis-

tra potasio a una concentración que no exceda de 3 mEq/100 cc. de líquido, excepto en la deplección grave de potasio, en que se puede dar dosis mayores. El tratamiento endovenoso continúa hasta que la cetonuria sea abolida.

Se debe administrar glucosa 60 a 90 minutos después de la primera dosis de insulina, una vez que se ha obtenido una muestra de sangre para el dosaje de glucosa; si no es posible efectuar determinaciones de la glicemia, resulta más seguro administrar glucosa al 5% con la infusión inicial.

En caso de hipoglicemia, se puede dar cantidades adicionales de glucosa en solución al 33%.

3.2 Antibióticos : En caso de infección.

COMA HIPOGLICEMICO

1. Definición

Cuadro comatoso, que resulta de un exceso de administración de insulina, demasiado ejercicio o deficiente aporte alimenticio en pacientes que reciben insulina.

2. Bases diagnósticas

2.1 Criterios clínicos:

- Pérdida de la conciencia.
- Náuseas, vómitos.
- Mareos.
- Obnubilación.
- Sudoración profusa.

2.2 Exámenes auxiliares

- Hipoglicemia.
- Ausencia de glucosa en orina.

3 Manejo

Si el paciente no está en estado de coma, se puede dar glucosa vía oral, que puede ser jugo de naranja, caramelos o gaseosas.

En caso de coma, se aplica Glucagón 1 mg. IM o Dextrosa al 33% una ampolla de 20 cc. I.V.

VIII. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

MENINGOENCEFALITIS

1. Definición

Inflamación de las meninges, de etiología bacteriana o viral, con compromiso encefálico variable.

Se distinguen dos formas:

1.1 A líquido claro : Viral, TBC.

1.2 A líquido turbio : Meningococo, Neumococo, hemophilus influenza.

2. Bases diagnósticas

2.1 Criterios clínicos:

2.1.1 Síndrome meníngeo.

2.1.2 Síndrome infeccioso.

2.1.3 Síndrome de hipertensión endocraneana.

2.1.4 Síndrome convulsivo.

En el lactante menor de 3 meses, predominan los signos de compromiso del estado general y el aumento de tensión del bregma.

2.2 Exámenes auxiliares

2.2.1 Examen del L.C.R.

2.2.2 Hemograma.

2.2.3 P.P.D.

2.2.4 Examen otorinolaringológico.

3. Manejo.

3.1 Vigilar hidratación y balance electrolítico.

3.2 Tratamiento sintomático

3.3 Vigilar aparición de signos de hipertensión endocraneana.

3.4 Tratamiento antibiótico

3.4.1 A líquido turbio

Etiología más frecuente:

Menores de 3 meses: Gram negativos y neumococo

Mayores de 3 meses: Hemophilus influenza, neumococo, meningococo.

Menores de 3 meses:

Ampicilina 200 mg/kg/día EV c/4 hrs. más Gentamicina 3-6 mg/kg/día IM c/8 hrs.

Mayores de 3 meses:

Penicilina 2'000,000 U c/4 hrs. EV.

Cloramfenicol 100 - 200 mg/kg/día EV c/4 hrs.

Sulfas (Sulfisoxazol) 200 mg/kg/día EV c/4 hrs.

3.4.2 A líquido claro

Viral - Tratamiento sintomático y de sostén

TBC - Ver capítulo correspondiente

3.5 Control: Examen de L.C.R. al 4º y 10º día o según evolución.

3.6 Mantener terapia endovenosa durante 3 días y continuar vía oral o IM.

3.7 Evaluar el tratamiento triple de acuerdo al antibiograma.

3.8 Mantener el tratamiento según criterio de alta.

4. Complicaciones.

4.1 Colección subdural.

4.2 Obstrucción de la circulación del L.C.R.

4.3 Coagulación, intravascular Diseminada.

4.4 Absceso Cerebral.

5. Criterio de alta

5.1 Mejoría clínica.

5.2 Normalización del L.C.R.

Leucocitos hasta 10/mm³

Glucosa la mitad de la Glicemia.

Proteínas hasta 0.40 gr/Lt.

CRISIS CONVULSIVA1. Definición

Accesos de movimientos involuntarios tónicos y/o clónicos, que pueden ser generalizados o localizados, acompañarse o no de pérdida de la conciencia y presentarse en forma aislada o recurrente.

2. Bases diagnósticas

2.1 Criterios clínicos:

- Historia de episodios anteriores, familiar, traumatismos, hipoxia neonatal, enfermedades metabólicas, ingestión de drogas, fiebre, etc.
- Características de los accesos.
- Examen clínico general y neurológico.
- Edad del niño.

2.2 Exámenes auxiliares:

- Control de temperatura.
- Líquido céfalo raquídeo.
- Biometría hemática.
- Química sanguínea: úrea, glucosa.
- Electrolitos.
- Fondo del ojo.

790466

- Radiografía de cráneo.

- Electroencefalograma.

3. Manejo

- Mantener las vías aéreas permeables.

- Aplicar oxígeno si es necesario.

- Prevención de traumatismos, mordeduras de la lengua.

- Control de la hipertemia por medios físicos, antitérmicos.

- Supresión farmacológica del ataque por vía endovenosa:

Diazepam : 0.2-0.4 mg./kg./vez, sin pasar de 10 mg.

Fenobarbital : 7-10 mg./kg./vez.

Anestesia con éter.

- Tratamiento de la etiología lo antes posible.

COMA

1. Definición

Pérdida profunda de la conciencia sin reacción a los estímulos y con conservación de las funciones vegetativas. Su etiología es variada, existiendo dos grandes grupos:

1.1 Coma precoz:

- Accidentes cerebrovasculares.

- Traumatismos encéfalo craneales.

- Intoxicaciones exógenas.

- Intoxicaciones endógenas.

- Infecciones cerebrales.

- Crisis comiciales.

- Isquemia cerebral.

- Agentes físicos, como el calor.

- Trastornos hidroelectrolíticos.

1.2 Coma tardío

- Infecciones graves: Tifoidea, neumonía, sepsis, etc.

- Infecciones del sistema nervioso.

- Tumores cerebrales.

- Intoxicaciones exógenas.

- Intoxicaciones endógenas.

- Hipoxia cerebral.

2. Bases diagnósticas:

2.1 Criterios clínicos

- Interrogatorio a familiares y testigos.

- Observación de los patrones de respiración.

- Alteraciones del pulso y coloración de piel y mucosas.
- Inspección cuidadosa de la cabeza y el cuerpo, en busca de lesiones, movimientos anormales, etc.
- En los niños pequeños examinar cara, boca, manos y ropas, para buscar evidencia de ingestión de sustancias tóxicas.
- Características de la temperatura: Fiebre, hipotermia.
- Exámen del ojo: Características de las pupilas, edema de papila, campos visuales, movimientos oculares.
- Motilidad de las extremidades.
- Reflejos.

2.2 Exámenes auxiliares:

- Orina : Glucosuria, cetonuria, proteinuria, bilirrubinuria, coproporfirinuria.
- Sangre: Glucosa, úrea, pH, Na, Cl, bicarbonato, pruebas de función hepática, hemocultivo, hemograma.
- Líquido céfaloorraquídeo.
- Radiografía de cráneo, columna, tórax, abdomen, etc.
- Exámenes especiales: Contenido gástrico.

3. Manejo

3.1 Medidas de emergencia:

- Control de la respiración, pulso, color.
- Mantener ventilación adecuada, asegurando vía aérea abierta: Aspiración de secreciones, traqueotomía, etc.
- Tratar el shock evidente o inminente. (Ver shock).
- Si hay evidencia de hipertensión endocraneana, considerar la administración endovenosa de Manitol (1 ml. de solución al 25%/kg.) en un período de 15-30 minutos. O si no, glucocorticoides.

3.2 Medidas generales:

- Mantener las funciones vitales.
- Observar cuidadosamente los signos vitales, el estado de las pupilas y los niveles de conciencia.
- Voltar al paciente cada hora, a fin de prevenir la neumonía ortostática.
- Administrar fluídos por vía endovenosa al inicio o por tubo nasogástrico o gastrostomía si el coma es prolongado.
- El cuidado de la vejiga puede necesitar cateterización.
- Bajar la fiebre en caso necesario.

Evitar la administración de sedante, pero utilizar anticonvulsivos cuando sea necesario. Si el paciente está muy agitado y su intranquilidad amenaza con producir

lesiones, sedar con difenhidramina, hidrato de cloral y ocasionalmente, paraldehido.

- El uso profiláctico de los antibióticos está indicado en raras ocasiones, pero se deberá emplear si existe pérdida de LCR por ruptura de la duramadre.

- En caso de TEC, puede ser necesaria la descompresión por el neurocirujano.

3.3. Medidas específicas

Tratar las causas específicas, tales como las fiebres, infecciones, envenenamientos, etc.

4. Complicaciones

- Bronconeumonía.

- Escaras.

- Infecciones.

IX. INTOXICACIONES ACCIDENTALES

A. MEDIDAS GENERALES DE URGENCIA EN CASOS DE INTOXICACIONES.

1. Manejo inicial

Medidas que son importantes para el tratamiento de todo niño envenenado son: Mantener las vías respiratorias libres, remoción e identificación de la sustancia ingerida y el manejo de cualquier complicación. Sea cual fuere el tratamiento, éste debe ser realizado serena y metódicamente; el uso indiscriminado de antídotos, sedantes o estimulantes pueden ser más peligrosos que el veneno. No debe perderse tiempo administrando el antídoto universal, siempre debe utilizarse antídotos específicos.

2. Remoción del veneno ingerido

2.1 Emesis

Usada como medio para evacuar el estómago cuando el lavado gástrico no se puede comenzar inmediatamente.

Contraindicaciones: Lo constituyen el paciente inconsciente o luego de la ingestión de corrosivos (álcalis, ácidos fenoles) o **keroseno**.

Técnica:

- Introducir un dedo o mango de cuchara en la faringe; los resultados son mejores si es precedido por la ingesta de agua o leche.
- Jarabe (no extracto) de ipecacuana 15 ml. seguido de 1-2 vasos de agua. La dosis puede ser repetida pasados 15 minutos, pero si no se produce el vómito en el lapso de 10 minutos, se procederá a realizar lavado gástrico.

2.2 Lavado gástrico

El lavado gástrico es efectivo cuando la ingestión del tóxico es descubierto dentro de las 2 o 4 primeras horas. Está indicado para la extracción de venenos en pacientes histéricos, comatosos o que no puedan cooperar por alguna otra causa.

Nunca debe intentarse en pacientes inconscientes sin la previa inserción de un tubo endotraqueal con manguito. Cuando se realiza en pacientes que han ingerido corrosivos, existe el riesgo de perforar el esófago. No se recomienda tras la ingestión de kerosene (aspiración, neumonía lipoidea).

Técnica:

con una sábana, envolver al niño para inmovilizarlo y colóquelo de costado. Inclíne la cabecera de

la mesa hacia abajo. Elija una sonda con lumen grande (Mínimo F.G. 12-20, según edad) y señale la distancia del puente nasal al apéndice xifoideo. Lubríquelo y páselo por vía oral hasta la marca. Asegúrese de que la sonda no se encuentre en la tráquea (tos, burbujeo persistente) y siempre aspire el contenido gástrico antes de iniciar el lavado. Lavado con 150-200 ml. correspondiente a solución salina isotónica entibada, bicarbonato de sodio al 1% o agua (riesgo de intoxicación hídrica) y continuar hasta que el líquido aspirado sea claro.

2.2 Catarsis

Los purgantes y enemas pueden remover sustancias no absorbidas del intestino, pero puede sumarse a la acción irritante del veneno. Se recomienda una solución de sulfato de sodio 300 mg./kg.

La diuresis osmótica con manitol 10% 2 g./kg. IV o soluciones hipertónicas de úrea o dextrosa aumentarán la excreción de varios venenos.

La excreción de salicilatos y barbitúricos es incrementada cuando la diuresis osmótica se combina con orina alcalina. La anfetamina muestra excreción aumentada en combinación con orina ácida.

2.4 Recambios de sangre

Recambios de sangre han sido utilizados en el envenenamiento por salicilatos, hierro, hidrocarburos clorinados, sulfato de cobre.

La diálisis peritoneal y la hemodiálisis son de valor si el veneno es difusible y la toxicidad se halla en relación a la concentración en sangre; por ejemplo; como profundo, episodios de apnea, hipotensión y oliguria.

3. Identificación

De ser posible, deben conseguirse el envase y la etiqueta.

Las tabletas pueden identificarse por el color, tamaño y marca.

Quien la prescribió, el farmacéutico o laboratorio farmacéutico pueden proporcionar información sobre el tóxico. Este proceder es mucho más expeditivo que el análisis del producto. Cuando existan dudas, guarde (en orden de importancia) muestras de vómitos o primer aspirado gástrico, orina, sangre venosa.

4. Tratamiento de sostén

Deben hacerse de rutina y el registro de la temperatura, pulso, respiración, presión sanguínea y registro de ingestión, excreción de líquidos.

Control térmico:

- a. Hiperpirexia (40°C) debe tratarse mediante medios físicos: descubrir el cuerpo, aspersión con agua fría y abanicado.
- b. Hipotermia: cubrir con frazadas calentadas. El uso de lámparas, bolsas de agua caliente y compresas pueden ser peligrosas si el paciente se halla inconsciente.

Debe tratarse el dolor mediante el uso de analgésicos.

Para el delirio y excitación se recomienda la Clorpromazina IM.

Los antibióticos deben utilizarse sólo para tratar infecciones concretas.

Otras medidas: Lavinsuficiencia circulatoria, insuficiencia respiratoria, Balance hidroelectrolítico, acidosis, convulsiones, coma, desnutrición, hipoglicemia, insuficiencia renal aguda se tratarán con medidas apropiadas.

B. VENENOS ESPECIFICOS

SALICILATOS (ASPIRINA)

1. Concepto

Intoxicación grave, particularmente en el lactante. Se produce generalmente por el empleo de dosis excesiva de salicilatos (sobre 150 mg./kg.día).

2. Bases diagnósticas

2.1 Criterios clínicos:

- Molestias gastrointestinales: náuseas, vómitos hemorragias.
- Hiperventilación inicial que produce alcalosis respiratoria y pérdida urinaria de bases.
- Luego acidosis metabólica.
- Síntomas de cetosis, rara vez hipoglicemia
- Deshidratación.
- Hiperpirexia, coma, tetania.

2.2 Exámenes auxiliares:

- Salicilemia: nivel por debajo de 40 mg/100 ml. rara vez causa síntomas; mayor de 120 mg/100 ml. generalmente es letal.
- Ph sanguíneo, p CO₂, bicarbonato standard, electrolitos, glicemia, protrombina.
- Orina: proteinuria, aminoaciduria, Phenistix positivo.

3. Manejo.

3.1 Lavado gástrico o emesis, preferentemente antes de las

- 4 horas de su ingestión. No usar bicarbonato de sodio por vía oral.
- 3.2 Líquido abundantes por vía oral o dextrosalino por vía EV en caso de vómitos o colapso (100 - 150 ml/kg/24 horas).
- 3.3 Corregir acidosis metabólica con bicarbonato de Na; no administrar sin antes estimar pH sanguíneo.
- 3.4 Acetozolamida 5 mg/kg vía oral o IM, cada 6-8 horas para aumentar excreción urinaria de salicilatos.
- 3.5 Corregir hipoprotrombinemia mediante vitamina K1 IM o EV o transfusión.

BARBITURICOS.

1. Concepto.

La intoxicación barbitúrica se produce por ingestión accidental o administración de dosis excesiva en el lactante o en el adolescente por intentos suicidas. Es una intoxicación grave. Tiene relativa frecuencia en el lactante y niño menor por el uso generalizado de estos medicamentos y por la facilidad de sobredosis en esta época de la vida.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Criterios clínicos.

- Antecedentes de ingestión masiva a administración por indicación médica de barbitúricos.
- Compromiso progresivo de la conciencia: somnolencia, confusión mental de inestabilidad, seguido rápidamente por coma con respiración rápida y superficial, flacidez muscular, hipotensión, cianosis, hipotermia o hipertermia, y ausencia de reflejos.
- Puede ocurrir pérdida hídrica por piel y pulmones, reducción del volumen urinario, neumonía de extasis y edema cerebral.

2.2 Clasificación de Reed.

- Grupo 0 Acción hipnótica. Despiertan con estímulos moderados.
- Grupo I Acción hipnótica profunda. Sólo gimen y se defienden ante estímulos dolorosos.
- Grupo II Acción prácticamente anestésica. No reacciona a estímulos dolorosos, pero conservan reflejos.
- Grupo III No hay ninguna respuesta a estímulos dolorosos y los reflejos están intensamente disminuidos o ausentes.
- Grupo IV Ausencia total de reflejos. Signos que indican trastornos respiratorios o circulatorios. Respiración superficial, apnea, cianosis, hipotensión, colapso.

2.3 Exámenes auxiliares.

- Electrolitos plasmáticos.

Niveles de barbitúricos en sangre.

3. Manejo.

3.1 Lavado gástrico con agua o permanganato de potasio al 1:5000 o con solución de ácido tánico al 2%; luego administrar purgante salino. Contraindicado en pacientes comatosos.

3.2 Asegurar una ventilación adecuada: aspiración de secreciones, utilizar conducto orofaríngeo si no hay depresión respiratoria grave; en presencia de estridor o edema laríngeo, practicar intubación endotraqueal o traqueostomía.

3.3 Administrar oxígeno al 40-60%, humectado:

3.3.1 Catéter nasal: flujo de 4 a 6 lt/minuto.

3.3.2 Mascarilla oronasal: flujo de 2 a 4 lt/minuto.

En caso de cianosis o retención de CO₂, respiración artificial.

3.4 Mantener presión arterial mediante administración de líquidos, sangre o plasma por vía EV.

3.5 Los analépticos contribuyen poco o nada al tratamiento.

3.6 Hidratación adecuada con Dextrosa al 5-10% en A.D. para facilitar eliminación renal del barbitúrico.

3.7 Diuresis forzada: manitol, furosemida o ácido estacrínico.

3.8 Alcalinización urinaria: bicarbonato sódico, lactato en sodio o THAM.

3.9 Antibioterapia profiláctica.

3.10 En casos muy graves: o sospecha de concentración sanguínea de más de 8 mg.% para barbitúricos de acción prolongada o superior a 3.5 mg.% en los de acción leve: recambio sanguíneo, diálisis peritoneal intermitente o ríñon artificial.

4. Complicaciones.

- Pulmonares (infección, atelectasia, aspiración, etc.)
- Infecciones de las vías urinarias (catéter vesical)
- Edema pulmonar agudo.

FENOTIAZINAS.

1. Concepto:

Se encuentran en productos antieméticos, tranquilizantes; la dosis letal es de 15 a 150 mg/kg. Los síntomas de toxicidad se pueden producir a dosis terapéuticas.

2. Bases diagnósticas:

2.1 Criterios clínicos:

Somnolencia, hipotensión, ataxia, temblores tipo Parkin

son con rigidez muscular y convulsiones. En intoxicación crónica hay trastornos hepáticos, agranulocitosis.

- 2.2 Datos de laboratorio: Hiperbilirrubinemia, bilirrubinuria, hipercolesterolemia, aumento de Fosfatasa alcalina del suero.

3. Manejo.

- 3.1 Descontinuar la droga. Lavado de estómago.
3.2 Clorhidrato de difenhidramina endovenoso para los síntomas extrapiramidales.

ANFETAMINAS.

1. Concepto.

Intoxicación frecuente debido a la amplia difusión de las pastillas para adelgazar, y su empleo por los adolescentes.

2. Bases diagnósticas.

- Estimulación del SNC con ansiedad, inquietud, hiperactividad, hiperreflexia, alucinaciones y convulsiones seguidas de una depresión profunda.
- Hipertensión
- Cólicos abdominales, náuseas y vómitos.
- Dificultad para la micción.

3. Manejo.

- Lavado gástrico o emesis
- Sedación con clorpromazina: 0.5 - 1 mg/kg/dosis IM cada 30 minutos, según sea necesario.
- Diuresis osmótica con acidificación de la orina a un pH 5.5 o menos usando cloruro de amonio 75 mg/kg/día por vía oral.
- Si la respiración es superficial o existe cianosis, dar respiración artificial.
- Mantener la presión arterial adecuada.
- Hemodiálisis o diálisis peritoneal en casos graves.

OPIACEOS.

1. Concepto.

Intoxicación frecuente en el lactante por ingestión de antitusígenos con dionina o codeína administrados por la madre o indicados por el farmacéutico.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Criterios clínicos:

- Depresión del SNC.
- Contracciones musculares y convulsiones.

- Debilidad, disnea, miosis, disturbios de la visión.
- Depresión del centro respiratorio.
- Colapso, coma.

2.2 Exámenes auxiliares:

- Electrolitos en sangre, pH.

3. Manejo.

3.1 Lavado gástrico o emesis

3.2 Catártico salino: sulfato de sodio 0.3 g/kg/dosis

3.3 Antídoto:

- Clorhidrato de nalorfin: 0.01 mg/kg/dosis IV o IM; se puede repetir cada 15 minutos, o

- Tartrato de levorfan: 0.02 mg/kg/dosis IV, se puede repetir cada 10 - 15 minutos la mitad de la dosis.

3.4 Respiración artificial en caso necesario.

3.5 Mantener el calor corporal y balance hídrico.

ATROPINA Y OTRAS DROGAS ANTICOLINERGICAS.

1. Concepto.

La intoxicación atropínica es relativamente frecuente. Se produce por ingestión accidental o administración de medicamentos antiespasmódicos. Los síntomas aparecen rápidamente entre un cuarto y media hora después de la ingestión del tóxico.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Enrojecimiento de cara y cuello.

- Midriasis, parálisis de la acomodación, visión borrosa.

- Piel encendida, hipertemia y sequedad de la piel.

- Excitación, delirio, alucinaciones, convulsiones.

- Taquicardia, fiebre, hiperventilación.

- Retención urinaria.

- Coma.

3. Manejo.

- Lavado gástrico con abundante agua o solución de ácido tánico al 4%, dentro de las primeras 4 horas de la ingestión, o emesis.

- Sedación con barbitúricos o clorpromazina.

- Fenobarbital: 15 mg/kg/dosis; repetir según grado de excitación.

- Pilocarpina: 0.1 mg/kg/dosis, única intramuscular o subcutánea.

- Bajar la temperatura por medios físicos.

- Catéter vesical en caso necesario.
- Adecuado balance hidroelectrolítico.
- Control de la taquicardia mediante beta-bloqueantes.

KEROSENE Y DERIVADOS DEL PETROLEO.

1. Concepto.

La ingestión puede producir neumonitis química por inhalación, síntomas del Sistema Nervioso Central, depresión o irritación.

En casos extremos Edema Pulmonar.

2. Manejo.

- 2.1 Lavado gástrico está contraindicado, salvo que se entube al niño.
- 2.2 Eméticos: jarabe de Ipecacuana 30 ml., oral seguido de 200 - 500 ml. de agua.
- 2.3 Radiografía inicial del tórax para control posterior.
- 2.4 Si hay neumonitis: Penicilina, 1 millón diario, Prednisona 1-2 mg/kg/día (cuestionable).
- 2.5 Humectación por aerosol.
- 2.6 Catártico salino.
- 2.7 Aceite mineral 30 cc. por sonda gástrica.

HIERRO.

1. Concepto.

Intoxicación producida por ingestión excesiva de sales de hierro. La ingestión oral de 2 a 4 g. de sales solubles de hierro, (sulfato o gluconato ferroso) pueden ser fatales en el 50% de los casos.

2. Bases diagnósticas.

2.1 Criterios clínicos:

- Letargia, náuseas, vómitos, heces con aspecto de brea, pulso débil y rápido, hipotensión arterial y coma en media a una hora después de la ingestión de hierro.
- Shock retardado, 24 a 48 horas después de su ingestión, con cianosis, acidosis metabólica, edema pulmonar y coma.
- Daño hepático y obstrucción gástrica retardada.

2.2 Exámenes auxiliares:

- Presencia de sales ferrosas en el vómito (Test de Azul Prusia).
- Hemoconcentración.
- Sangre oculta o aparente en heces.
- Hierro sérico.

3. Manejo.

3.1 Medidas de urgencia:

- Emesis y lavado gástrico inmediato con bicarbonato de sodio al 5% en solución acuosa, dejando parte en el estómago.

3.2 Antídoto: administrar desferoxamina:

- 5 a 7 g. en 50 - 100 ml. por vía oral luego del lavado y luego 0.25 a 1 g. por vía IM. Repetir con dosis de 0.25 a 0.5 g c/4 horas, hasta hacer un total de 80 mg/kg. durante las primeras 24 horas y 50 mg/kg/día posteriormente.
- En niños en estado de shock administrar 40 mg/kg IV, como dosis total durante un límite de 4 horas; no debe darse más de 15 mg/kg en una sola hora por peligro de mayor hipotensión.

3.3 Medidas generales:

- Tratar el shock, la acidosis y el coma.
- Tratar las infecciones con el antibiótico apropiado.

PLOMO.

1. Concepto.

Cuadro que se produce por la ingestión o inhalación de derivados de este metal contenido en pinturas, soldaduras, vapores de baterías incendiadas, etc., generalmente con síntomas crónicos pero que puede presentar toxicidad aguda si se ingiere más de 0.5 mg. de Pb al día.

El Plomo absorbido se deposita en los huesos principalmente; pero también lo hace en el sistema nervioso, hígado, intestino y hematíes.

2. Bases Diagnósticas.

2.1 Caracteres clínicos:

Historia de pica o ingestión sospechosa, palidez, vómitos, anorexia, crisis dolorosas abdominales, retraso en el desarrollo, signos de hipertensión endocraneana, convulsiones, coma, línea oscura en las encías.

2.2 Exámenes auxiliares:

Plomo en sangre sobre 60 microgramos/200 ml.
Anemia, punteado basófilo de hematíes.
Glucosuria, proteinuria, aminoaciduria, coproporfirinuria, excreción fecal de plomo; RX, aumento de la densidad de líneas metafisarias, densidades radiopacas en aparato digestivo, aumento de proteínas y de mononucleares en el líquido céfalo-raquídeo.

3. Manejo.

3.1 Lavado gástrico y purgante si hay ingestión aguda.

- 3.2 Dieta alta en Ca. y P. y altas dosis de Vitamina D.
- 3.3 Dimercaprol (B.A.L.) 4 mg./kg./día IM, asociado a:
- 3.4 Versenato cálcico, disódico (EDTA) 70 mg./kg./mg., IV o IM, durante 5-7 días; excepto si hay plomo en los intestinos, el que puede absorberse súbitamente dando síntomas tóxicos. Debe hacerse una placa de abdomen antes de administrar EDTA.
- 3.5 d-Penicilina oral 250 mg./día en menores de 5 años; 500 mg./día de 5-10 años y 750 mg./día en mayores de 10 años durante 6-8 semanas.
- 3.6 En convulsiones: Diazepan.
- 3.7 Para hipertensión endocraneana: Manitol al 25% 2.5 x kg.
Dexametasona: 4-8 mg. al día.

4. Criterio de alta

Cuando la excreción del Plomo haya disminuido a menos de 50 microgramos/día.

FOSFORO INORGANICO

1. Concepto

Puede resultar del contacto, ingesta o inhalación de rodenticidas, cerillas o fuegos artificiales y actúa sobre el hígado, los huesos, músculos y aparato circulatorio. El fósforo rojo de cerillas no es tóxico, sólo el amarillo lo es.

2. Bases diagnósticas

2.1 Criterios clínicos:

2.1.1 Historia de ingestión.

2.1.2 Vómitos, diarreas, dolor abdominal, sangrado intestinal, ictericia, convulsiones y coma.

2.1.3 Quemaduras en zona de ingestión o piel.

3. Manejo

3.1 Lavado gástrico con permanganato de potasio 1:2,000 o sulfato de cobre al 1:1,000.

3.2 Claras de huevo batidas en leche.

3.3 Purgante salino.

INGESTION DE ALCALIS CAUSTICOS

(Lejía, disolventes de servicios sanitarios).

1. Concepto

Producen quemaduras dolorosas en boca, faringe y esófago, (perforación), edema laríngeo, como secuela puede quedar estenosis

esofágica.

2. Manejo

2.1 Medidas de sostén general.

2.2 Lavados con soluciones ácidas (vinagre).

2.3 Traqueotomía si hay obstrucción laríngea.

2.4 Esofagoscopia a las 12 horas.

2.5 Gastrostomía y alimentación gástrica si hay quemaduras muy severas del esófago.

2.6 Lavado de la piel con gel de Hidróxido de aluminio o magnesio.

FOSFORO ORGANICO

1. Concepto

La intoxicación se produce por la ingestión de insecticidas organo fosforados (Folidol, Parathion, etc.).

2. Bases diagnósticas:

2.1 Criterios clínicos:

2.1.1 Primera fase

- Síndrome muscarínico de actividad parasimpático-mimética: náuseas, vómitos, calambres epigástricos, cólicos intestinales, diarreas
- Trastornos respiratorios: tos, disnea, bradipnea, hipersecreción bronquial, roncales y sibilantes.
- Trastornos hipersecretores: lacrimales, salivales, etc.
- Miosis, palidez, bradicardia.

2.1.1 Segunda fase

- Síndrome nicotínico neuromuscular; fasciculaciones musculares, calambres, incoordinación motriz, mioclonías, convulsiones tónico-clónicas.
- Síndrome neurológico: ansiedad, agitación, cefalea, vértigo y confusión con trastornos del lenguaje y ataxia.
- Coma, arreflexia, ritmo de Cheyne - Stokes, cianosis y colapso cardiovascular.
- En casos graves: hipertermia, deshidratación.

2.2 Exámenes auxiliares

- Niveles de colinesterasas en glóbulos rojos y en plasma reducidos.

3. Manejo

3.1 En casos muy graves:

- Respiración artificial, de preferencia por medios mecánicos. No dar atropina al paciente cianótico.
- Desaparecida la cianosis: sulfato de atropina 2 mg. IV y repetir cada 15 a 30 minutos hasta que aparezcan signos de atropinización (midriasis, taquicardia, piel enrojecida, sequedad de mucosas).
- En caso de ingestión: lavado gástrico seguido de un purgante salino (sulfato sódico 30 g.) disueltos en 20 cc. de agua; 0.3 g/kg. de peso en niños.
No dar leche.
- En caso de contacto cutáneo desnudar al intoxicado y proceder al lavado con abundante agua y jabón, seguido de frotación con alcohol etílico.
- Tratamiento de sostén.

3.2 En los casos menos graves:

- Sulfato de atropina 1-2 mg. IV si aparecen los síntomas. Si sobreviene hipersecreción manténgase al paciente atropinizado con dosis IV a intervalo variable según cada caso (puede ser 30-60 minutos). En todos los casos mantener una ligera atropinización durante 24 horas y en casos graves por lo menos 48 horas.
- Lavado gástrico o baño (ver esquema anterior).
- Tratamiento de sostén.

3.3 Nunca administrar analépticos, morfina, teofilina o aminofilina y fenotiazidas, ni tranquilizantes.

En caso de convulsiones: pentotal sódico: 5-15 mg./kg. en una dosis, inyección lenta, endovenosa.

3.4 Todo paciente debe permanecer bajo vigilancia médica durante 24 horas, pues puede haberse producido sólo un alivio temporal en un caso grave.

X QUEMADURAS

MANEJO Y TRATAMIENTO DE UN NIÑO QUEMADO (*)

1 Hospitalizar todo niño con quemaduras mayores del 10% del área corporal o que presente quemaduras en cara o genitales.

2. Historia clínica breve:

- Tiempo transcurrido de la quemadura.
- Agente causal.

(*) Servicio de Quemados - Hospital del Niño.

- Obtener el peso del paciente.
- Cálculo de la extensión de la quemadura (según esquema).
- 3. Lavar bien la zona quemada, con agua corriente (no friccionar), si fué producida por agentes químicos (ácido, álcali).
- 4. Calmar el dolor con solución de Novocaína al 2%, irrigar sobre la quemadura.
- 5. Sedación de ser necesaria, con Luminal o Diazopan, no usar Morfina.
- 6. Evaluar el estado clínico del paciente:
 - Control de presión arterial frecuente.
 - Control de hematocrito.
 - Control de la diuresis.
 - Control de electrolitos.
- 7. Si la quemadura es extensa, cateterizar una vena.
- 8. Traqueotomía en caso necesario. Mantener vía aérea libre.
- 9. Hidratación: solución de lactato de Ringer, sin potasio. El 10% del peso corporal EV las primeras 24 horas.
El segundo día dar el 5% del peso (mitad de la dosis anterior).
- 10. Plasma, administrar cantidad de acuerdo a la regla de Evans:
Peso x % del área quemada x 1.5 cc. para 48 horas.
1er. día Peso x extensión x 1 cc.
2do. día Peso x extensión x 0.5 cc.
- 11. Gama globulina 1 cc./kg. que se debe repetir a las 48 horas.
Terapia cara y que no tiene ventajas sobre el plasma.
- 12. Prevención de la infección, generalmente son gram negativos, siendo la pseudomona aeruginosa la más grave.
Tópico: nitrato de plata al 5% el que mejor resultado ha dado, se coloca en gasas humedecidas que se cambian periódicamente c/6 horas.
 - Injertos, usados precozmente ayudan a prevenir la infección. Lo ideal es el autoinjerto, cuando no es posible se usará el homoinjerto (Dadores voluntarios o de cadáveres); los heteroinjertos (cerdo) tienen la ventaja de poder ser conservados en "bancos" 3 semanas y dá el mismo resultado que el homoinjerto.
- 13. Tratamiento antibiótico en relación al germen contaminante, no usarlo tópicamente, crea resistencia muy rápidamente, no usarlo profilácticamente.

Para la pseudomona el de elección actualmente es el Carbenicillín a dosis de 300 mg./kg./día.

Clasificación de quemaduras

Lesión histológica

Grados

Epidérmica

1º Grado

Papilar

superficial

Dérmica

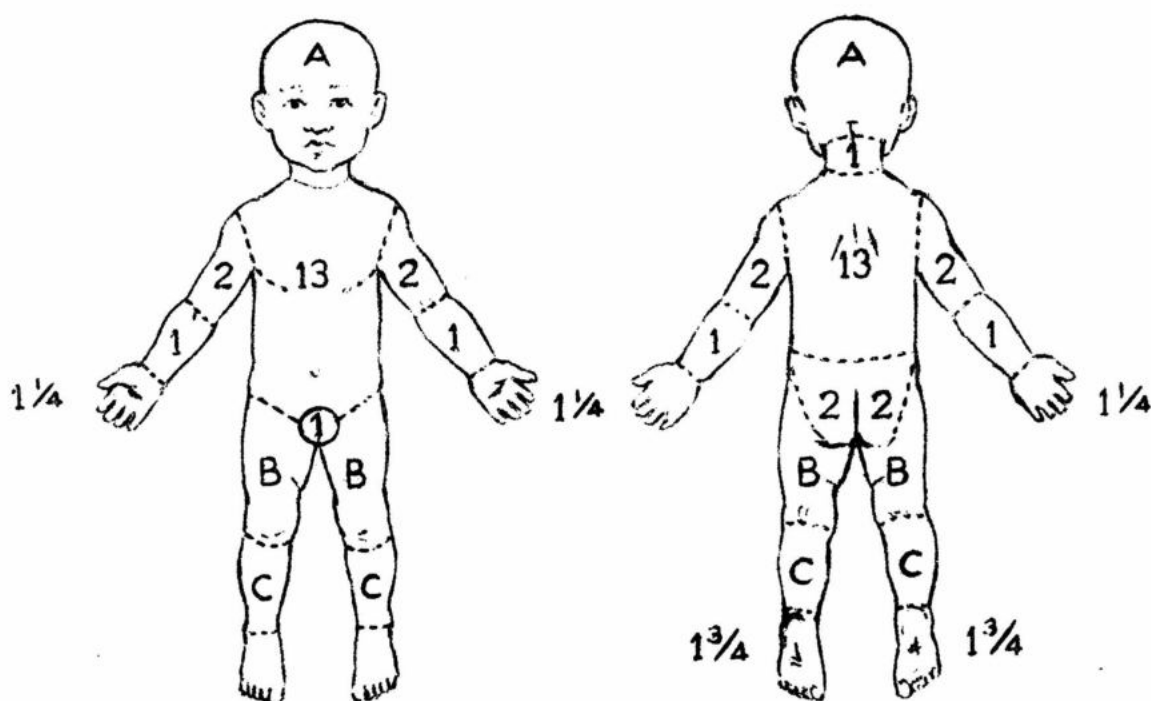
2º Grado

Reticular

profunda

Dérmica total

3º Grado



Porcentaje de superficie de área corporal total por edad y región del cuerpo, Lund C.C. y Browder W.C.

Edad en años

Región	0	1	5	10	15
A Mitad de la cabeza	9 1/2	8 1/2	6 1/2	5 1/2	4 1/2
B Mitad de un muslo	2 3/4	3 1/4	4	4 1/4	4 1/2
C Mitad de una pierna	2 1/2	2 1/2	2 3/4	3	3 1/4

C A P I T U L O I I I

HISTORIAS CLINICAS

HISTORIA CLINICA

1. Definición.

Es un documento que contiene un registro cronológico, detallado, claro, de la información significativa de las ocurrencias normales y patológicas en el pasado y presente de un individuo, así como de la atención recibida.

Es un documento de valor para el paciente, el médico y el hospital y sirve además, para la docencia e investigación.

2. Requisitos.

Los requisitos de una buena Historia Clínica son: ser única, completa y exacta; capaz de ser analizada fácil y eficientemente y que permita su adecuado archivamiento, centralizado y único. Debe ser identificada por un sólo número, para su uso en consulta externa, hospitalización y emergencia.

La Historia Clínica es propiedad de la Institución.

3. Estructura:

Básicamente comprende las siguientes secciones:

3.1 Sección Sociológica y Legal.

3.2 Sección Médica.

3.3 Sección de Enfermería.

4. Ordenamiento:

El ordenamiento de formularios en el servicio de hospitalización se hace a criterio del Cuerpo Médico, y el ordenamiento para los fines estadísticos se hace de acuerdo al servicio respectivo.

FECHA																						
DÍAS HOSPITALIZACIÓN																						
P. A.	PULSO	TEMP.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.
250	180																					
200	150																					
150	140	41°																				
100	130	40°																				
50	120	39°																				
0	110	38°																				
RESP.	100	37°																				
60	90	36°																				
50	80	35°																				
40	70																					
30	60																					
20	50																					
10	40																					
Peso																						
No. Deposiciones																						
Orina																						
Vómitos																						
Total Balance Hídrico																						
APELLIDO PATERNO			MATERNO										HISTORIA No.									
SERVICIO			No. DE CUARTO										No. DE CAMA									
			SALA																			

GRAFICAS DE CONTROLES VITALES

ORDEN:	1. MOTIVO DE ADMISION	2. SINTOMAS PRINCIPALES	3. ENFERMEDAD ACTUAL
	4. ANTECEDENTES PERSONALES	5. HISTORIA FAMILIAR	6. HISTORIA SOCIAL
	7. NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO		

FECHA: _____

HORA: _____

a.m.

p.m.

APELLIDO PATERNO	MATERNIO	NOMBRE	HISTORIA N°
SERVICIO	N° DE CUARTO SALA		N° DE CAMA

ANAMNESIS

Fecha Hora a.m. Edad Sexo Peso Talla Tem.
p.m.

Pulso Resp. Presión Max. Min.

ORDEN

1. GENERAL
2. PIEL
3. OJOS
4. OIDOS
5. NARIZ
6. BOCA
7. GARGANTA
8. CUELLO
9. TORAX
10. CORAZON
11. ABDOMEN
12. GENITALES
13. LINFATICOS
14. VASOS PERIFERICOS
15. EXTREMIDADES
16. NEUROLOGICO
17. RECTAL
18. PRESUNCION DIAGNOSTICA
19. NOMBRE Y FIRMA

APELLIDO PATERNO	MATERN0	NOMBRE	HISTORIA N°
SERVICIO	N° DE CUARTO SALA	N° DE CAMA	

EXAMEN CLINICO

ORDEN: 1. DIA Y HORA DEL EXAMEN

2. SIGNOS Y SINTOMAS

3. COMPLICACIONES

4. REGISTRO DEL TRATAMIENTO DADO, DIETA

5. RESULTADO DEL TRATAMIENTO

6. NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE
HACE LAS OBSERVACIONESFECHA Y
HORA

APELLIDO PATERNO

MATERNO

NOMBRE

HISTORIA NO

SERVICIO

NO DE CUARTO
SALA

NO DE CAMA

NOTAS DE EVOLUCION

FECHA	HORA	NOTAS: INCLUIR MEDICACION Y TRATAMIENTO	NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA
APELLIDO PATERNO		MATERNAL	NOMBRE
SERVICIO		Nº DE CUARTO SALA	Nº DE CAMA

NOTAS DE ENFERMERIA

PEDIDO DE CONSULTA AL

SERVICIO

SUMARIO DE LA HISTORIA:

FECHA

HORA

A.M.
P.M.

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

INFORME DE LA CONSULTA

OPINION Y RECOMENDACION

FECHA

HORA

A.M.
P.M.

FIRMA DEL CONSULTOR

APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE	HISTORIA NO
SERVICIO	NO DE CUARTO SALA		NO DE CAMA

INFORME DE INTERCONSULTA

Y ASI SUCESIVAMENTE A

Pegue el 2do. resultado con la parte superior en esta línea

Pegue el 1er. resultado con la parte superior en esta línea

APELLIDO PATERNO

MATerno

NOMBRE

HISTORIA NO

SERVICIO

NO DE CUARTO
SALA

NO DE CAMA

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

FECHA _____ EDAD _____ SEXO _____ TALLA _____ PESO _____ TEM. _____

DIAGNOSTICO _____

OPERACION INDICADA _____ CIRUJANO _____

EVALUACION DEL ESTADO FISICO DEL PACIENTE QUE SE VA A ANESTESIAS

ORDEN

1. FUNCION RESPIRATORIA
2. FUNCION CARDIO VASCULAR
3. FUNCION RENAL
4. FUNCION HEPATICA
5. FUNCION ENDOCRINA
6. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
7. NOMBRE Y FIRMA

Constantes del Balance Electrolíticos: Evaluación del Equipo Quirúrgico: I II III IV

Electrolitos: Na = Cl = Tiempo Operatorios: I II III IV

K = Ca =

Evaluación Clínica del paciente: 1 - 2 - 3 - 4

5 - 6 - 7

Operaciones Programadas

Operaciones de Emergencia

APELLIDO PATERNO

MATERNO

NOMBRE

HISTORIA Nº

SERVICIO

Nº DE CUARTO

Nº DE CAMA

EVALUACION ANESTESIOLOGICA

CIRUJANO _____ 1er. AYUDANTE _____
 2do. AYUDANTE _____ ENFERMERA _____
 ENFERMERA DE CIRCULACION _____ ANESTESISTA _____
 CUENTA DE GASAS _____ DRENES _____ APOSITOS _____
 TIPO DE ANESTESIA _____
 FECHA _____ COMIENZO DE OPERACION _____ A.M. _____
 P.M. _____ TERMINO DE OPERACION _____

ORDEN

1. DIAGNOSTICO
PRE-OPERATORIO
2. DIAGNOSTICO
POST-OPERATORIO
3. PROCEDIMIENTO
4. HALLAZGOS
5. NOMBRE Y FIRMA

APELLIDO PATERNO	MATRNO	NOMBRE	HISTORIA NO
SERVICIO	NO DE CUARTO	NO DE CAMA	

INFORME OPERATORIO

ORGANO DEL QUE PROCEDE LA MUESTRA:

PIEZA OPERATORIA

CARACTER DE LA MUESTRA:

BIOPSIA POR PUNCION

BIOPSIA QUIRURGICA

ASPIRACION DE

FROTIS

INFORMES DE PATOLOGIA PREVIOS DE ESTE LAB. DE OTRO HOSPITAL N°

ENFERMEDAD ACTUAL Y HALLAZGOS CLINICOSHALLAZGOS OPERATORIOS:DIAGNOSTICO CLINICO:DIAGNOSTICO CLINICO:

SOLICITADO POR EL (DR. (INTERNO)

FECHA

INFORME DEL RESULTADO:

OPINION Y RECOMENDACION:

DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA:

REGISTRO N°

FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL PATOLOGO

APELLIDO PATERNO

MATERNO

NOMBRE

HISTORIA N°

SERVICIO

N° DE CUARTO

N° DE CAMA

INFORME ANATOMO PATOLOGICO

ORDEN: 1. ANAMNESIS 2. EXAMEN FISICO 3. EXAMENES AUXILIARES
4. TERAPEUTICA 5. DIAGNOSTICOS 6. PRONOSTICO
7. NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE 8. VISTO BUENO DEL JEFE DEL SERVICIO

FECHA DE ALTA : _____

APELLIDO PATERNO

MATerno

NOMBRE

HISTORIA Nº

SERVICIO

Nº DE CUARTO
SALA

Nº DE CAMA

EPICRISIS

EXONERACION DE RESPONSABILIDAD POR EGRESO

El suscrito, ~~(parentesco)~~ del paciente cuyo nombre aparece en esta hoja, certifica que dicha persona sale del Hospital contra la opinión de los médicos. Declara que, habiendo sido advertido de los riesgos que ésta implica, descarga de toda responsabilidad a los médicos tratantes y al Hospital por las consecuencias que de ella puedan resultar.

NOMBRE Y APELLIDOS
DEL FAMILIAR RESPONSABLE

FIRMA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

DIRECCION

TESTIGO (NOMBRE Y APELLIDO)

FIRMA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

DIRECCION

APPELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE	HISTORIA Nº
SERVICIO	Nº DE CUARTO SALA	Nº DE CAMA	

EXONERACION

A U T O R I Z A C I O N

El suscrito, (parentesco) del paciente cuyo nombre aparece en esta hoja, autoriza al médico o a los médicos encargados de su cuidado, a efectuar todo examen terapéutico, anestesia, intervención quirúrgica o necropsia que se consideren necesarios o aconsejables para el diagnóstico, tratamiento o aclaración del caso.

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDOS

FIRMA

DOCUMENTOS DE IDENTIDAD

DOMICILIO

TESTIGO (NOMBRE Y APELLIDO)

FIRMA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

DOMICILIO

APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE	HISTORIA Nº
SERVICIO	Nº DE CUARTO SALA		Nº DE CAMA

AUTORIZACION

1. FICHA SOCIAL Nº _____

2. FECHA : _____

3. DIAGNOSTICO SOCIAL _____

4. FECHA	5. RESUMEN DE LA EVOLUCION DEL CASO SOCIAL		6. ASISTENTE SOCI
APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE	HISTORIA Nº
SERVICIO	Nº DE CUARTO SALA		Nº DE CAMA

HOJA SOCIAL

NOMBRE		FECHA	
SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
CONDICION CIVIL		OCUPACION	
DIRECCION		PROCEDENCIA	
ANTECEDENTES FAMILIARES.			
Tuberculosis	SI NO	LUES	SI NO
Epilepsia	SI NO	Hábitos	
Observaciones			
ANTECEDENTES PERSONALES FISIOLOGICOS:			
Embarazo :	Controlada	SI	NO
Parto :	Lugar	Atendido por	
Tipo		Peso al Nacimiento	Gramos
DESARROLLO PSICOMOTOR			
ALIMENTACION			
ANTECEDENTES PATOLOGICOS			
Sarampión	Coqueluche	Varicela	
Difteria	Parotiditis	Convulsiones	
Otros			

FECHA	1ra. D.	2da. D.	3ra. D.	4ta. D.	5ta. D.	6ta. D.	7ma. D.
TIPO							
B.C.G.							
Antipollo Trivalente							
Antipollo Monovalente			ANTISARAMPION				
Antivaricélica							
Mixta DT.							
Tuberculina	Fecha						
	Lectura						
OTRAS							

EXPLORACION FISICA:

PESO: TALLA: F.C. F.R.

PERIMETRO CEFALICO P. TORACICO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

EXAMENES AUXILIARES Y LABORATORIO

Hemoglobina

Proteinograma

Ex. Orina

Parásitos heces

Tuberculina

Fotoroentgen

DIAGNOSTICOS

.....

.....

ESTADO NUTRITIVO

RECOMENDACIONES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

EXÁMENES BUCO DENTALES												
EXAMEN N°	1			2			3			4		
FECHA												
HIGIENE	BUENA	REG.	MALE	BUENA	REG.	MALE	BUENA	REG.	MALE	BUENA	REG.	MALE
OCLUSION	Normal	Anormal		Normal	Anormal		Normal	Anormal		Normal	Anormal	
TOTAL	c.e.o.	C.P.O.		c.e.o.	C.P.O.		c.e.o.	C.P.O.		c.e.o.	C.P.O.	
Cercladas												
Perdidas												
Extrac. Indic.												
Obturadas												
Enlaces	SANA	ENF.	OBS.	SANA	ENF.	OBS.	SANA	ENF.	OBS.	SANA	ENF.	OBS.
Lesión	SANA	ENF.	OBS.	SANA	ENF.	OBS.	SANA	ENF.	OBS.	SANA	ENF.	OBS.
Cerrillos	SANA	ENF.	OBS.	SANA	ENF.	OBS.	SANA	ENF.	OBS.	SANA	ENF.	OBS.
Uso del cepillo	HAB.	OCS.	NUNCA	HAB.	OCS.	NUNCA	HAB.	OCS.	NUNCA	HAB.	OCS.	NUNCA
OBSERVACIONES:												

		1er. EXAMEN															
		DERECHA								IZQUIERDA							
1er. EXAMEN		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
2er. EXAMEN		32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17
		T	S	R	Q	P	O	N	M	L	K	J	I	H	G	F	E
3er. EXAMEN		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
4er. EXAMEN		32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17
		T	S	R	Q	P	O	N	M	L	K	J	I	H	G	F	E

SIGNOS CONVENCIONALES:
 x roja = Pieza por extraer
 x azul = Pieza extraída
 o azul = Obturación hecha
 o rojo = Caries por tratar

TRATAMIENTOS EFECTUADOS

FECHA	TRATADO POR	Piezas extraídas	Piezas obturadas	Nº de Obturac.	MATERIAL	PROFILAXIA	Nº de Radiog.	Tratamientos de tejidos blandos	OTROS	Tratamiento tópico con Fluor
										1er. Ciclo 1a. _____ 2a. _____ 3a. _____ 4a. _____
										2do. Ciclo 1a. _____ 2a. _____ 3a. _____ 4a. _____
										3er. Ciclo 1a. _____ 2a. _____ 3a. _____ 4a. _____
										4to. Ciclo 1a. _____ 2a. _____ 3a. _____ 4a. _____
RECOMENDACIONES:										
APELLIDO PATERNO										
APELLIDO MATERNO										
NOMBRE										
HISTORIA N°										
SERVICIO DE PROCEDENCIA:										

C A P I T U L O I V

A N E X O S

ANEXO No 1

TABLA PROMEDIO DE PESO, TALLA Y PERIMETRO CEFALICO SEGUN
LA EDAD - (PERCENTIL 50)

	PESO EN GRS. =		TALLA EN CMS. =		PERIMETRO CEFAL. CMS. =	
	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS
Recién nacido	3,400	3,360	50.6	50.2	35.3	34.7
3 meses	5,720	5,620	60.4	59.5	40.9	40.0
6 meses	7,580	7,260	66.4	65.2	43.9	42.8
9 meses	9,070	8,710	71.2	70.1	46.0	44.6
12 meses	10,070	9,750	75.2	74.2	47.3	45.8
15 meses	10,750	10,430	78.5	77.6	48.0	46.3
18 meses	11,430	11,110	81.8	80.9	48.7	47.1
24 meses	12,560	12,290	87.5	86.6	49.7	48.1
30 meses	13,610	13,430	92.1	91.4	50.2	48.8
36 meses	14,610	14,420	96.2	95.7	50.4	49.3
42 meses	15,560	15,380	99.8	99.5	-	-
48 meses	16,510	16,420	103.4	103.2	51.0	50.8
54 meses	17,460	17,420	106.8	106.7	-	-
60 meses	18,570	18,370	109.1	108.8	51.7	51.0

= Tomado del tratado de Pediatría de Nelson, Vaughan y Mc Kay,
 1971 (Harvard School of Public Health).

ANEXO Nº 2

TABLA PARA CALCULO APROXIMADO DE PESO-TALLA-PERIMETRO

CEFALICO A DIFERENTES EDADES

PESO.

1º semestre - 20-30 gr. diarios 9600 - 900 g.)

2º semestre - 15 g. diarios (500 g.)

3º semestre - 10 g. diarios (300 g.)

4º semestre - 5 g. diarios (150 g.)

2-6 años - 2 kg/año = Edad x 2 + 8

7-15 años = Edad x 3 (Regla de Murtagh)

TALLA.

0-1 años 2 cms/mes

1-4 años 10 cms/año

4-15 años 5 cms/año.

PERIMETRO CEFALICO.

0-4 meses 2 cm/mes

5-12 meses 0.5cm/mes

2-5 años aumenta 3 cm. (\pm 0.7 cm/año)

6-12 años aumenta 3 cm. (\pm 0.5 cm/año)

ANEXO Nº 3

ORDEN DE LA ERUPCION DE LOS DIENTES, SEGUN LA EDAD

DIENTES PRIMARIOS O DECIDUALES.

	<u>INFERIORES</u>	<u>SUPERIORES</u>
Incisivos centrales	5 - 7 meses	6 - 8 meses
Incisivos laterales	7 - 10 meses	8 - 11 meses
Primeros molares	10 - 16 meses	10 - 16 meses
Caninos	16 - 20 meses	16 - 20 meses
Segundos molares	20 - 30 meses	20 - 30 meses

DIENTES PERMANENTES.

Incisivos centrales	6 - 7 años	7 - 8 años
Incisivos laterales	7 - 8 años	8 - 9 años
Caninos	9 - 11 años	11 - 12 años
Primeros premolares	10 - 12 años	10 - 12 años
Segundos premolares	11 - 13 años	10 - 12 años
Primeros molares	6 - 7 años	6 - 7 años
Segundos molares	12 - 13 años	12 - 13 años
Terceros molares	17 - 22 años	17 - 22 años

NOTA:

La aparición de los dientes tiene variación individual.

- Tomado de Nelson, Vaughan y Mc Kay
Tratado de Pediatría, 1971.

ANEXO Nº 4

PRUEBA DE INVESTIGACION DEL DESARROLLO DE DENVER

Es del dominio general que el médico que brinda atención pediátrica rutinaria debe tener algún conocimiento del desarrollo infantil y estar en posibilidad de identificar los retardos anormales del desarrollo.

La Prueba de Investigación del desarrollo de Denver (Frankenburg-Dodds) es un instrumento útil para describir retardos del desarrollo en la infancia y en los años preescolares. Dicha prueba se administra con facilidad y rapidez y se presta para realizar evaluaciones seriadas en una misma hoja de prueba.

Materiales de la prueba.

Una madeja de estambre rojo, una caja de pasas, una sonaja de mango delgado, una botellita de aspirinas, una campana, una pelota de tenis, una forma de la prueba, un lápiz, 8 dados para contar de 2.5 cm. de lado.

Instrucciones generales de aplicación.

Se le debe decir a la madre que es un instrumento de investigación del desarrollo para obtener una evaluación del nivel evolutivo de su hijo y que no es de esperarse que el niño logre llevar a cabo todas y cada una de las partes de la prueba. Esta prueba se basa en observaciones de lo que puede hacer el niño y en un informe dado por una persona que conozca al pequeño. Es conveniente emplear la observación directa siempre que sea posible. Como la prueba reclama la participación activa del niño, se deben hacer todos los esfuerzos necesarios para que él permanezca tranquilo. A los niños menores se les hará la prueba teniéndolos sentados en las piernas de la madre; esto se realizará de manera que él pueda alcanzar cómodamente los materiales de la prueba colocados en una mesa. Hay que aplicar la prueba antes de cualquier procedimiento que provoque temor o dolor. Es frecuente que el niño se amedrente si el examinador le da precipitadamente las indicaciones. Es preciso empezar colocando en frente del niño los materiales de una o dos pruebas, mientras se pregunta a la madre si él lleva a cabo algunos de los incisos personales-sociales. Lo mejor es administrar primero unos incisos de prueba muy por debajo del nivel cronológico del niño para tener la seguridad de obtener una experiencia inicial afortunada. Conviene quitar de la mesa todos los materiales de prueba, excepto los de la que se está aplicando, para evitar distracciones.

Forma de aplicar la prueba.

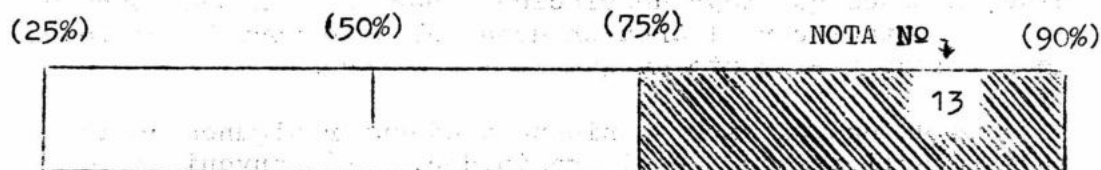
1. Trácese una línea vertical que atraviese los 4 sectores en la hoja de examen (movimientos gruesos, movimientos finos adaptativos, lenguaje y personal social) para representar la edad cronológica

del niño. Anótese la fecha del examen arriba de la línea correspondiente a la edad. Para niños prematuros, réstese a la edad cronológica el número de meses faltantes para su gestación a término.

2. Los incisos de la prueba aplicada han de ser aquellos por los que pasa la línea correspondiente a la edad cronológica del niño, a menos que haya desviaciones obvias. En cada sector, se debe establecer el área en donde el niño aprueba en todos los incisos y el punto en que falla en todos.
3. En caso de que el niño se niegue a ejecutar algunos de los incisos solicitados por el examinador, será conveniente que la madre aplique el inciso, siempre y cuando lo haga de la manera prescrita.
4. Si el niño aprueba en un inciso, se escribe una gran "A" en la barra, en el punto correspondiente a 50%. La "F" denota fracaso, y la "R" rechazo.
5. El fracaso en la realización de una cuestión aprobada por el 90% de los niños de la misma edad, se debe considerar significativo, aunque no necesariamente anormal.
6. Anótese la fecha y las observaciones pertinentes de la madre, así como la conducta del niño (como se siente en el momento de la evaluación, su relación con el examinador, su atención, su comportamiento verbal, su confianza en sí mismo, etc.).
7. Pregúntese a la madre si la actuación del niño fué típica en relación con su manera de ser en otras ocasiones.
8. Para repetir la prueba al niño en la misma forma, utilícese un lápiz de color diferente para señalar la anotación y trazar la línea correspondiente a la edad.
9. Las instrucciones para aplicar las cuestiones a las que corresponden notas, se proporcionan más adelante.

Interpretación

Los incisos de la prueba están divididos en 4 categorías: movimientos gruesos, movimientos finos adaptativos, lenguaje y personal social. Cada uno de los incisos de la prueba se designa con una barra, colocada de tal manera debajo de la escala de edades, que indica claramente la edad a la que el 25%, 50%, 75% y 90% de la población normal puede ejecutar esa cuestión en particular. El extremo izquierdo de la barra designa la edad a la que el 25% de la población normal puede realizar la cuestión; el punto marcado en la línea superior de la barra, el 50%, el extremo izquierdo de la zona sombreada, el 75%, y el extremo derecho de la barra señala la edad a la que el 90% de los niños normales son capaces de llevar a cabo lo que se les pide.



El fracaso en la realización de un inciso aprobado por el 90% de los niños de la misma edad, se debe considerar significativo. Se hará hincapié en dicho fracaso coloreando el extremo derecho de la barra correspondiente al asunto en que se falló. Varios fracasos en un sector se considerarán como retardos del desarrollo. Dichos retardos se pueden deber a:

1. La renuncia del niño a usar su habilidad.
 - a. Por fenómenos temporales, como fatiga, enfermedad, hospitalización, separación de la madre, miedo, etc.
 - b. Renuencia en general a hacer la mayoría de las cosas que se le piden; tal condición puede ser tan perjudicial como la incapacidad de actuar.
2. La incapacidad de ejecutar una cuestión, por:
 - a. Retardo general.
 - b. Factores patológicos como sordera o deterioro neurológico.
 - c. Patrón familiar de desarrollo lento en una o más áreas.

Se debe repetir el examen un mes después, si se advierten retardos inexplicables en el desarrollo y si constituyen un reflejo válido de las habilidades del niño. En caso de persistir los retardos, habrá de evaluársele posteriormente con estudios diagnósticos más detallados.

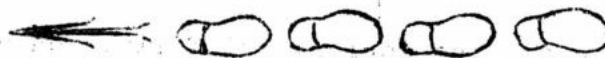
Precaución: Esta no es una prueba de inteligencia. Se ha pretendido que sirva como instrumento de investigación utilizable en la práctica clínica, para observar si el desarrollo de un niño está dentro de lo normal.

Instrucciones para las cuestiones con notas

1. El niño, en posición prona, alza de la mesa el pecho, con el apoyo de los antebrazos y/o de las manos.
2. El examinador sujeta las manos del niño y lo hace pasar de la posición supina a la sedente; la cabeza del niño no debe quedar atrás.
3. El niño puede apoyarse en el muro o en un pasamanos, pero no en una persona; no debe gatear.
4. El niño arroja hacia arriba una pelota, a un metro de distancia, al alcance del examinador.
5. El niño, parado, ejecuta un salto que debe rebazar la anchura de la hoja del examen.
6. Pídase al niño que avance, colocando el talón a una pulgada de la punta del otro pie.

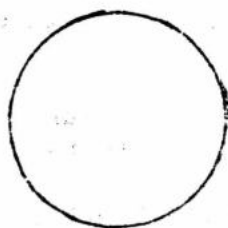


7. El examinador lanza una pelota rebotando hacia el niño, que debe atraparla con las manos (2 o 3 intentos).
8. Pídase al niño que camine hacia atrás, con la punta del pie a una pulgada del talón del otro pie,

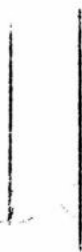


9. El examinador mueve la hilaza en arco, de lado a lado, a 30 centímetros por encima de la cabeza del bebé. Adviértase si los ojos llegan a 90° respecto de la línea media (180°, pasando la línea media).
10. El bebé sujeta la sonaja cuando se roza con ella la punta de sus dedos.
11. El niño busca la hilaza tirada al suelo ante su vista por el borde de la mesa.
12. El niño sujeta una pasa con el pulgar y el índice.

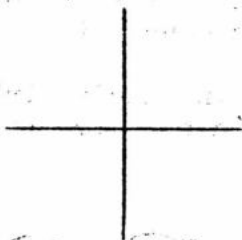
13. El niño agarra con el pulgar y el índice una pasa sostenida en alto.
14. Copia. Preséntese al niño cualquier forma circundada. No se le debe dar la muestra ni el nombre de aquella forma.



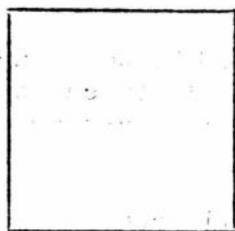
15. Se pregunta: "Qué línea es más larga," (no mayor). Dése vuelta al papel; repítase (preséntense 3 de 3).



16. Preséntense líneas cruzadas en cualquier ángulo.

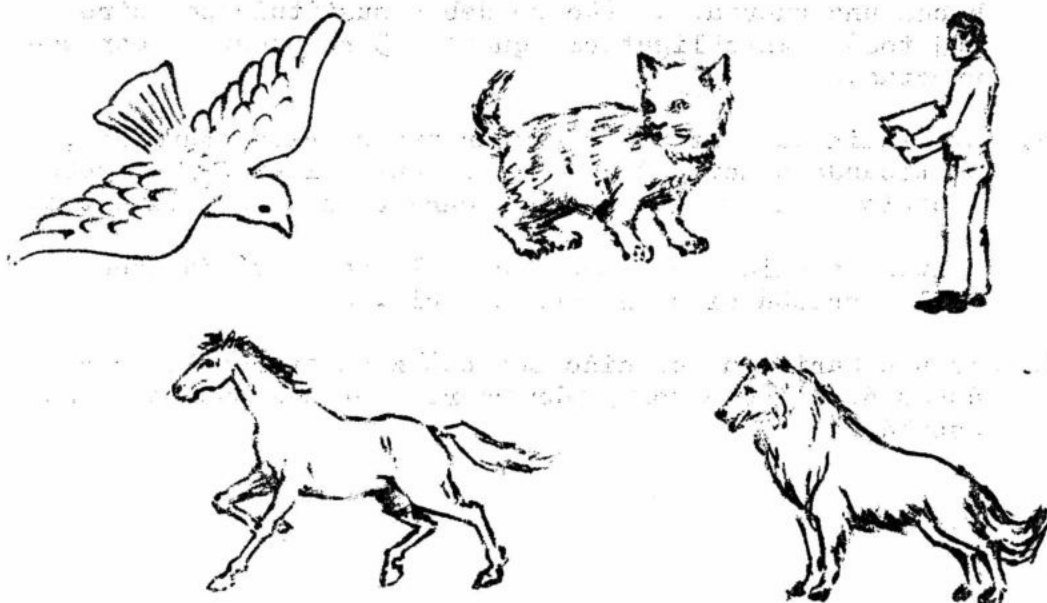


17. Primero, hágase al niño copiar; si falla, póngasele la muestra. Preséntesele una figura rectangular.



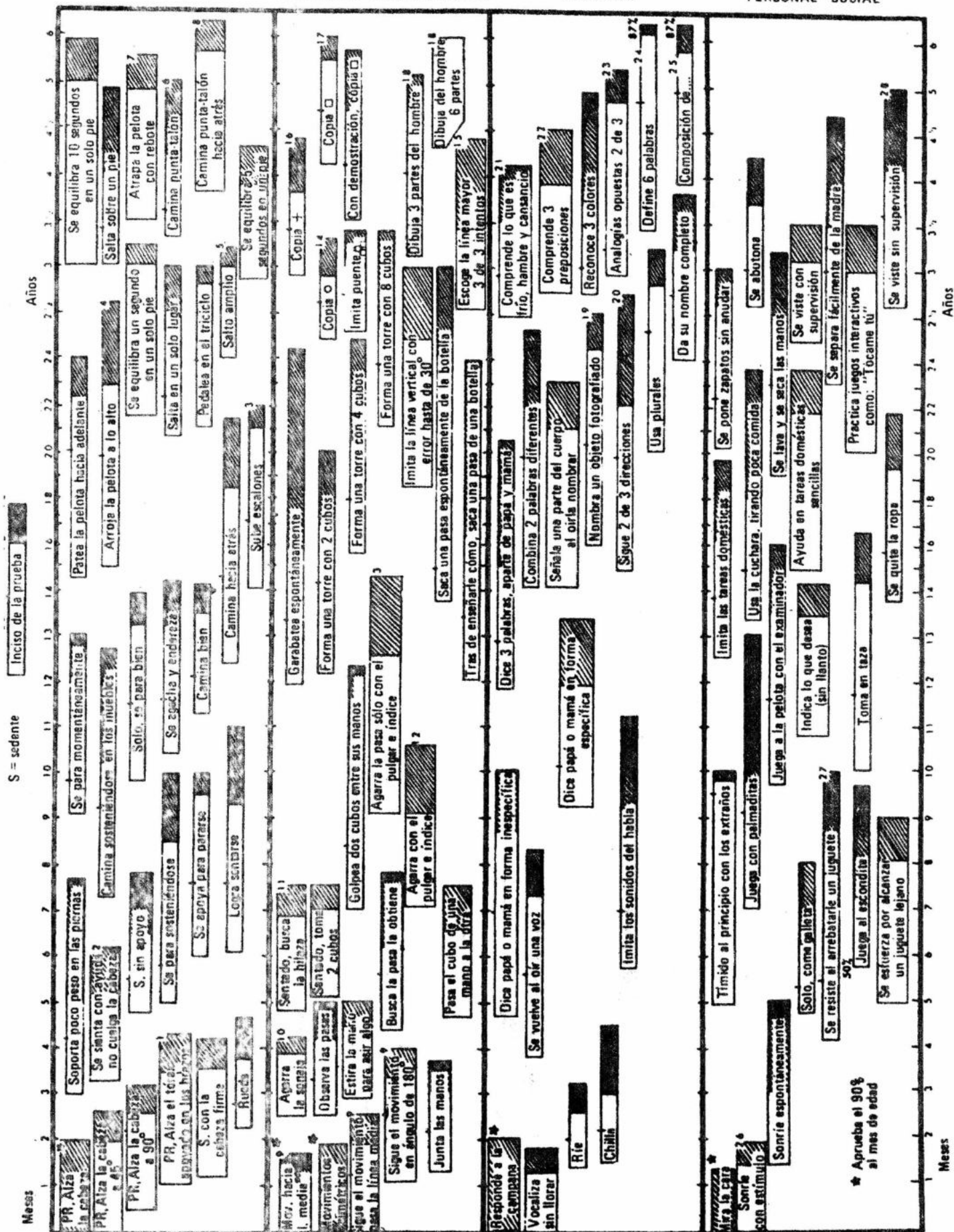
18. Para la puntuación, las partes simétricas cuentan como una sola (2 brazos o 2 ojos cuentan como una sola parte).

19. Señálese una figura y hágase que el niño la nombre.



20. El examinador pide al niño: "Dale el dado a tu mamá". "Pon el dado sobre la mesa". Pon el dado en el suelo". (Dos de tres). Advertencia: El examinador no debe hacer gestos con la cabeza o con los ojos.
21. El niño responde 2 de 3 preguntas como éstas: "Qué haces cuando tienes frío,". "Hambre"?". "Cansancio?".
22. El examinador pide al niño: "Pon el dado sobre la mesa, debajo de la mesa, enfrente de la silla, detrás de la silla". Precaución: No se deben hacer gestos con la cabeza ni con los ojos.
23. El examinador dice al niño: "El fuego es caliente, el hielo es". "Mamá es mujer, papá es". "Un caballo es grande, un ratón es" (Apruébese al niño si son correctas 2 de 3 respuestas).
24. Pídase al niño que defina 6 de estas cosas: "Pelota, lago, escritorio, casa, banana, cortina, valla, pavimento". Se aprueba cualquier señal verbal de comprensión.

25. El examinador pregunta: "De qué está hecha una cuchara?". "De qué está hecho un zapato?". "De qué está hecha una puerta?". (No se deben sustituir por otros objetos). Es obligatorio que las 3 respuestas sean correctas.
26. El examinador intenta provocar una sonrisa sonriendo, platicando o moviendo las manos ante el niño. No debe tocarlo. El niño tiene que sonreír en 2 de 3 intentos.
27. Quítese al niño un juguete con el cual esté jugando. Se le aprueba si opone resistencia.
28. Es necesario que el niño sea capaz de atarse los cordones de los zapatos y abrocharse botones puestos a su espalda.



ANEXO Nº 5

INSTRUCTIVO PARA LA APLICACION DEL INVENTARIO ABREVIADO DE
DESARROLLO PSICOMOTOR

Se han seleccionado algunas habilidades representativas de los diversos campos de la conducta psicomotriz, agrupados en cuatro niveles de desarrollo. El primer nivel (línea 1) comprende las habilidades esperables que se desarrollen entre el período de recién nacido y la edad de 5 meses. A medida que el niño avance en edad se utilizan los niveles de 6 a 15 meses. (línea 12), de 1 1/2 a 3 años (línea 20) y de 4 a 6 años (línea 28).

Las habilidades enunciadas en cada nivel se explican por si mismas. El examinador debe observar personalmente la ejecución de cada aspecto, pero en ocasiones tendrá que recoger la información dada por la madre o persona a cargo del cuidado del niño. En este caso el examinador debe asegurarse que la madre entienda claramente lo que se quiere saber de su hijo.

Al efectuar el examen el niño debe estar tranquilo, sin hambre y sin enfermedades agudas serias. Los resfrios, las bronquitis y los procesos diarreicos que no produzcan decaimiento o fiebre alta no son motivos suficientes para postergar el examen. No deben estar presentes otros niños o personas extrañas, en especial si se trata de un niño mayor de 6 meses. No debe haber en la pieza cuadros, juguetes u otros objetos a la vista que distraigan la atención del examinador, la pieza debe estar temperada, con suficiente luz natural o artificial. Debe contarse con una mesa amplia, firme, más bien baja y cubierta con hule de un sólo color. Los objetos que se le ofrezcan para el juego deben ser lavables y ofrecerse siempre limpios. Se sugiere emplear un brazalete ancho de baquelita de color rojo vivo para explorar la atención visual y las funciones de prehensión.

Frente a cada habilidad, se señala en la columna 2 el rango normal la edad a la cual es esperable que esté presente, por ejemplo, la habilidad marcada en la línea 5, tragar bien la leche (del pecho o de la mamadera) debe estar normalmente presente desde los primeros días de vida, por lo cual el rango está indicado con 0 meses. La vocalización o producción de sonidos vocales (a, e, o, etc.) se establece corrientemente entre los 4 y 5 meses, cifra que es dada en la columna 2 frente a la línea 10. Los límites de estos rangos normales, en especial en lo que se refiere a la cifra superior, corresponden por lo general a dos desviaciones standard estimada para una población latinoamericana por Barrera Moncada (1967). Los rangos de los items de las líneas 21, 23, 24, 33, 34 corresponden a 25 y 90% de respuestas positivas para niños normales de Denver, según Frankenburg y Dodds (1967).

La fecha de examen y la edad exacta en meses y semanas deben ser claramente escritas en las columnas 3, 4 con oportunidad de cada examen. Si el niño es prematuro o pre-término, debe indicarse la

edad de gestación estimada en los espacios Observaciones, con especial énfasis en nivel de 0 a 5 meses (línea 11).

El resultado de la evaluación se indica en los casilleros de la columna vertical correspondiente a cada control. Se llena con Si cuando el niño ejecuta la acción, con No cuando la respuesta está ausente o es incompleta y con X cuando se dan las condiciones que interfieren en obtener una respuesta. Si el dato es positivo por referencia dada por la madre y no se logra evidenciar la habilidad en el examen, el resultado se indica como Si, pero colocando la palabra re referencia abreviada entre paréntesis (ref.). Las dificultades encontradas en cada examen pueden ser sumariamente indicadas en el espacio Observaciones, líneas 11, 19, 27 y 35.

La presencia de uno o más No después de la edad límites señalada en la columna 2, rango normal, requiere de una inmediata evaluación por parte del pediatra, quién indicará la pertinencia o no de una revisión del niño por un especialista.

INVENTARIO ABREVIADO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

		1. NIVEL DE 0 a 5 meses
2. Rango	3. Fecha	3 3 3
Normal 4	Edad	
5. Traga bien la leche	0 meses	
6. Fija la vista en persona	1-1.5	
7. Persigue con la vista	1.5-2.5	
8. De vientre mira al frente	2-3.5	
9. Toca objeto con una mano	3-4.5	
10. Vocaliza (aa-ee-oo) etc.	4-5	
<hr/>		
11. Observaciones:		

NIVEL DE - 15 meses			
3	3	3	3
4	4	4	4

13.	Queda sentado un momento	5-7 ms.
14.	Transfiere objeto de mano	6-7.5
15.	Vuelve cabeza lado sonido	6-8
16.	Se pone de pie afirmándose	8-11
17.	Ofrece y entrega objetos	10-15
18.	Inicia marcha sin apoyo	11-16

19. Observaciones:

NIVEL DE 1 1/2 a 3 años (18 a 36 meses)			
3	3	3	3
4	4	4	4

21.	Bebe bien de taza o vaso	15-26
22.	Vocaliza más de 5 palabras	19-27
23.	Salta en 2 pies	21-33
24.	Se lava y seca las manos	21-36
25.	Dice su nombre completo	26-40
26.	Copia un circulo	28-42

27. Observaciones: Frente: Normas de Observación del Desarrollo Infantil. Instituto Nacional de Salud. Dirección General de Asistencia Social. Santiago, Chile, 1978.

28. NIVEL DE 4 a 6 AÑOS
(48 a 72 meses)

3	3	3	3
4	4	4	4

29. En 1 pie por más de 5 seg.	40-56		
30. No se orina en la noche	40-60		
31. Copia bien un cuadro	47-62		
32. Reconoce 4 colores básicos	52-68		
33. Retrocede colocando un pie detrás de otro	54-72		
34. Reconoce materia de cuchara, zapato y puerta	54-72		
35. Observaciones:			

Instrucciones básicas:

- No olvide consignar fecha y edad del niño
- Indicar observaciones si se trata de un niño prematuro o pre-término
- Señalar en SI cuando el niño ejecuta la habilidad indicada y Si (Ref.) cuando el dato es positivo por información o referencia dada por la madre
- Señale con NO cuando el niño no logra responder satisfactoriamente la pregunta
- Marque con X si hay inconvenientes para hacer el examen y explique sumariamente en el estado OBSERVACIONES
- La detección de uno o más NO después de la edad límite señalada en la columna 2, rango normal, exige revisión médica.

Fuente: Normas de Supervisión del Crecimiento y Desarrollo Infantil. Servicio Nacional de Salud. Dirección General. Departamento Técnico, Chile, 1972.

Station	Latitude	Longitude	Time	Wind	Sea	Weather	Remarks
1	10° 15' N	156° 15' W	0800	10	1	Partly cloudy	Under way
2	10° 15' N	156° 15' W	0900	10	1	Partly cloudy	Under way
3	10° 15' N	156° 15' W	1000	10	1	Partly cloudy	Under way
4	10° 15' N	156° 15' W	1100	10	1	Partly cloudy	Under way
5	10° 15' N	156° 15' W	1200	10	1	Partly cloudy	Under way
6	10° 15' N	156° 15' W	1300	10	1	Partly cloudy	Under way
7	10° 15' N	156° 15' W	1400	10	1	Partly cloudy	Under way
8	10° 15' N	156° 15' W	1500	10	1	Partly cloudy	Under way
9	10° 15' N	156° 15' W	1600	10	1	Partly cloudy	Under way
10	10° 15' N	156° 15' W	1700	10	1	Partly cloudy	Under way
11	10° 15' N	156° 15' W	1800	10	1	Partly cloudy	Under way
12	10° 15' N	156° 15' W	1900	10	1	Partly cloudy	Under way
13	10° 15' N	156° 15' W	2000	10	1	Partly cloudy	Under way
14	10° 15' N	156° 15' W	2100	10	1	Partly cloudy	Under way
15	10° 15' N	156° 15' W	2200	10	1	Partly cloudy	Under way
16	10° 15' N	156° 15' W	2300	10	1	Partly cloudy	Under way
17	10° 15' N	156° 15' W	2400	10	1	Partly cloudy	Under way
18	10° 15' N	156° 15' W	2500	10	1	Partly cloudy	Under way
19	10° 15' N	156° 15' W	2600	10	1	Partly cloudy	Under way
20	10° 15' N	156° 15' W	2700	10	1	Partly cloudy	Under way
21	10° 15' N	156° 15' W	2800	10	1	Partly cloudy	Under way
22	10° 15' N	156° 15' W	2900	10	1	Partly cloudy	Under way
23	10° 15' N	156° 15' W	3000	10	1	Partly cloudy	Under way
24	10° 15' N	156° 15' W	3100	10	1	Partly cloudy	Under way
25	10° 15' N	156° 15' W	3200	10	1	Partly cloudy	Under way
26	10° 15' N	156° 15' W	3300	10	1	Partly cloudy	Under way
27	10° 15' N	156° 15' W	3400	10	1	Partly cloudy	Under way
28	10° 15' N	156° 15' W	3500	10	1	Partly cloudy	Under way
29	10° 15' N	156° 15' W	3600	10	1	Partly cloudy	Under way
30	10° 15' N	156° 15' W	3700	10	1	Partly cloudy	Under way
31	10° 15' N	156° 15' W	3800	10	1	Partly cloudy	Under way
32	10° 15' N	156° 15' W	3900	10	1	Partly cloudy	Under way
33	10° 15' N	156° 15' W	4000	10	1	Partly cloudy	Under way
34	10° 15' N	156° 15' W	4100	10	1	Partly cloudy	Under way
35	10° 15' N	156° 15' W	4200	10	1	Partly cloudy	Under way
36	10° 15' N	156° 15' W	4300	10	1	Partly cloudy	Under way
37	10° 15' N	156° 15' W	4400	10	1	Partly cloudy	Under way
38	10° 15' N	156° 15' W	4500	10	1	Partly cloudy	Under way
39	10° 15' N	156° 15' W	4600	10	1	Partly cloudy	Under way
40	10° 15' N	156° 15' W	4700	10	1	Partly cloudy	Under way
41	10° 15' N	156° 15' W	4800	10	1	Partly cloudy	Under way
42	10° 15' N	156° 15' W	4900	10	1	Partly cloudy	Under way
43	10° 15' N	156° 15' W	5000	10	1	Partly cloudy	Under way
44	10° 15' N	156° 15' W	5100	10	1	Partly cloudy	Under way
45	10° 15' N	156° 15' W	5200	10	1	Partly cloudy	Under way
46	10° 15' N	156° 15' W	5300	10	1	Partly cloudy	Under way
47	10° 15' N	156° 15' W	5400	10	1	Partly cloudy	Under way

ANEXO 2									
REQUERIMIENTOS NUTRITIVOS DIARIOS									
Edad en años	Agua cc/kg.	Calorías /kg.	Prot. g/kg.	VITAMINAS					
				A UI	C mg.	D UI	B1 mg.	B2 mg.	B6 mg.
- 1	125 150	100 120	3.5-2	1,500	30	400	0.4	0.6	0.2 0.3
1 - 3	115 135	100 110	2.5-2	2,000	40	400	0.5	0.8	0.1 0.2
4 - 6	90 110	90 100	3	2,500	50	400	0.6	1.0	0.1 0.2
7 - 9	70 90	70 80	2.8	3,500	60	400	0.8	1.3	0.1 0.2
10 - 12	60 85	60 70	2	4,500	70	400	1.0	1.4	0.1 0.2
13 - 15	60	60	1.7	5,000	80	400	1.2	1.8	0.1 0.2
									5 - 7
									8
									0.8
									10
									0.8
									12
									0.8
									15
									1.1
									1.4

Adaptación de las recomendaciones hechas por el Food and Nutrition Board of the National Research Council (Nelson, Wlado E. Tratado de Pediatría. 6ta. Ed. 1971)

ANEXO Nº 8

CHEQUEO DE LA AGUDEZA VISUAL Y DESPISTAJE DEL ESTRABISMO

Agudeza Visual:

Edad del niño :

1	año	-----	20/200	
2	años	-----	20/40	
3	años	-----	20/30	
4-5	años	-----	20/30	- 20/20

La visión 20/20 normal, no se llega a tener hasta que el niño tiene de 8-9 años. Si el niño falla en leer correctamente 4 de 6 símbolos de la línea 20/30 de las "E" del Test de Snellen, se debe consultar al Oculista.

Este chequeo debe comenzar a los 5 años de edad.

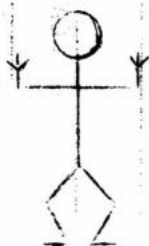
La cartilla debe ser iluminada por un foco al menos de 20 bujías. Efectuar el test haciendo uso de las cuatro posiciones de las ramas de la E de Snellen, combinando o repitiendo las distintas posiciones.

Chequear cada ojo por separado, tapando el otro ojo con un parche.

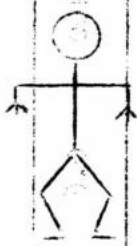
Instructivas para investigar agudeza visual.

1. Mostrar y decir que dirección señalan los dedos.

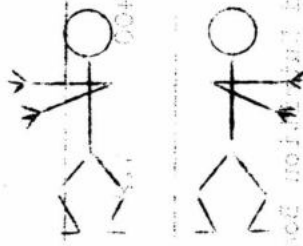
ARRIBA



ABAJO



A AMBOS LADOS



2. Enseñando el esquema de los dedos, pedirle al niño que dirija sus dedos en la dirección que Ud. le indique.



3. Usando la tarjeta de las "E" pedir al niño que dirija sus de dos en la misma forma.



4. Practicar con la tarjeta de la "E" hasta que el niño conozca el juego, varias veces hasta estar seguro de que ha entendido.

Chequeo por Estrabismo.

El examinador frente al niño lo ilumina con una fuente de luz y ve si el punto luminoso de ambos ojos del niño se refleja en el mismo sitio. Si no hay disparidad, continuar iluminando ambos ojos; luego cubrir un ojo con una mano, manteniendo la iluminación y descubrirlo bruscamente a fin de ver si este ojo se cambia al ser descubierto, repetir la misma operación con el otro ojo.

Asimetría en el punto luminoso o cualquier ojo que se esconda al ser descubierto debe ser referido al especialista.

ANEXO Nº 9

INVESTIGACION DE LA AGUDEZ AUDITIVA

1. Un niño mayor puede repetir palabras o frases susurradas a 2.5 mts. de distancia. También puede repetir lo que se le susurra despacio en cada oído.
2. Sostener un reloj de muñeca por detrás del niño aproximándolo a cada oído, la mayoría puede oírlo entre los 15 a 20 cms. de distancia de cada oído (es conveniente chequear el reloj que se usa para examinar con niños normales y ver cuan lejos pueden ellos oír correctamente, antes de juzgar anormalidad en el sospechoso).
3. Preguntar a los padres o personal encargado del cuidado de los niños por cualquier evidencia de sordera. Registrar sobre lo mismo en la Historia Clínica.
4. Para niños menores, cada vez que se les hace un examen clínico de rutina o se les administra un Test de EDI, ver su respuesta motora a ruidos de distinta tonalidad (estos ruidos deben hacerse a la vista del niño y a ocultas de él) como ser un palmoteo, campanilla, etc.

ANEXO Nº 10

PROTEJA A SU NIÑO

Nacimiento a 4 meses.

Baño

Quemaduras: chequear el agua con el codo
Sostener al **niño en una mano.**

Caídas.

La cama y el corralito del niño son los únicos lugares donde puede dejarlo seguro, en otros sitios usted nunca sabrá cuando puede caerse al ladearse o voltearse.

Juguetes.

Los juguetes deben ser lo suficientemente grandes para que no puedan ser tragados, lo suficientemente duros para que no se rompan, no deben tener bordes, ni puntas cortantes.

Objetos punzantes.

Mantener los alfileres u otros objetos agudos, fuera de su alcance.

Sofocación.

Bolsas de plástico con ataduras o cierres, así como almohadas pueden estrangular al niño. Lo más seguro es un colchón firme con ropa de cama poco ajustada.

EL NIÑO NECESITA PROTECCION TODO EL DIA.

4 á 7 meses.

Areas de juego

Cuando esté ocupada coloque al niño en lugar seguro y cercano a usted. Sin supervisión, el piso, cama y jardín son inseguros.

Baño.

Por ninguna razón deje sólo al niño, mientras lo esté bañando, se puede ahogar en segundos.

Mantenga los caños fuera de su alcance.

Controle la temperatura del agua del baño con el codo.

Juguetes.

Cuentas grandes ensartadas en una cuerda fuerte.

Son seguros los juguetes irrompibles (jebe, plástico) y no punteagudos.

Objetos pequeños.

Mantenga fuera del alcance del niño botones, cuentas, bolitas u otros objetos pequeños. Los niños son capaces de encontrar los alfileres más pequeños en el suelo más limpio.

EL NIÑO A ESTA EDAD TODAVIA NECESITA PROTECCION TODO EL DIA. LOS ACCIDENTES SON MUCHO MAS FRECUENTES QUE EN LOS 3 PRIMEROS MESES DE VIDA DEBIDO A QUE YA SE MUEVE Y MANOTEA MAS.

7 a 12 meses.

La Cocina.

Líquidos y alimentos calientes, cordones de electricidad o plancha, tetera, tostadora, cafetera deben mantenerse fuera del alcance del niño.

El mantel de la mesa no debe estar a su alcance.

Cuando esté muy ocupada coloque al niño cerca de usted.

Envenenamientos o intoxicaciones.

Las medicinas y venenos deberán guardarse en un gabinete con llave inmediatamente después de usarse.

Escaleras.

Coloque una rejilla en las escaleras.

Quemaduras.

Colocar las estufas lejos del alcance de los niños. Lo mismo que los primus, velas y fogatas.

Objetos peligrosos.

Colocar protectores en los enchufes de pared.

Tijeras, cuchillos u objetos de vidrio o loza fácilmente rompibles, deben estar fuera del alcance del niño.

Lámparas de mesa o de pie inestables o muebles de puntas o bordes puntiagudos, son peligrosos.

SU NIÑO AHORA SE SIENTA, SE PARA Y PUEDE QUE COMIENCE A CAMINAR, SE LLEVA TODO LO QUE PUEDE A LA BOCA. TRATANDO DE INCORPORARSE HACE CAER CUALQUIER COSA.

1 a 2 años.

Puertas y ventanas.

Todas las puertas que den a escaleras, a la calle o lugares de depósito deben tener cerrojo.

Coloque puertas en la cochera y escaleras.

Lugares de juego.

Cercar las áreas de juego (jardines, patios)

La cocina es una zona peligrosa. Coloque las asas de las ollas hacia la pared.

Eche llave a fósforos, pulidores, quitamanchas especialmente lejía y detergentes.

Los cordones eléctricos de radios, planchas, etc., fuera de su alcance.

Los juguetes deben ser irrompibles y no tener piezas pequeñas fácilmente desarmables.

Estufa, velas, lámparas lejos de su alcance.

Agua.

No deje nunca sólo al niño en la tina, pozas, El agua aún a bajo nivel es peligrosa.

Envenenamientos.

Colocar medicinas y tóxicos bajo llave inmediatamente después de usarlos. Algunos cosméticos son venenosos. Guarde el kerosene y gasolina lejos de los niños.

AL NIÑO A ESTA EDAD LE GUSTA INVESTIGAR, TREPA, ABRE PUERTAS Y CAJONES, SACA LAS COSAS DE SU LUGAR Y LE GUSTA JUGAR CON AGUA. NO TIENE SENTIDO DE PELIGRO. VIGILELO.

2 á 3 años.

Tráfico.

Mantenga a su niño lejos del tráfico de la calle, usando una cerca y con disciplina firme.

Pozas para niños.

Aún las pozas de agua baja son inseguras, supervise al niño.

Compañeros de juego.

Los accidentes son más frecuentes cuando los compañeros de juego son más grandes.

El niño a los 2 años puede ser fácilmente herido con pelotas duras, palos, bicicletas o juegos bruscos.

Juguetes.

Juguetes grandes y sólidos, sin bordes cortantes ni piezas pequeñas separables, son más seguros.

Quemaduras.

Mantenga los fósforos y encendedores fuera de su alcance. En las niñas los vestidos de faldas vueludas cerca del fuego han causado muchas muertes.

Objetos peligrosos y venenos.

Eche llave a las medicinas, tóxicos caseros o insecticidas de jardín. Guarde las herramientas y equipo de jardinería en lugar seguro.

EL NIÑO A ESTA EDAD PROGRESA RAPIDAMENTE, SON INCAPACES AL LIMITARLOS, QUIEREN HACER LAS COSAS POR SI SOLOS, LES GUSTA IMITAR AUNQUE COMIENZA A ENTENDER AUN NO COMPRENDE QUE COSA ES PELIGROSA.

3 á 6 años.

Objetos peligrosos y venenos.

Mantenga medicinas, gasolina, kerosene, pinturas y fósforos bajo llave.

Guarde herramientas y equipo peligrosos en lugar seguro.

Supervisión.

Controle el área de juegos por peligros que puedan atraerlos: refrigeradoras viejas, huecos profundos, lugares de construcción, buzones de alcantarillas.

Controle frecuentemente las actividades diarias del niño dentro y fuera de la casa.

Instrucción.

Enséñele la forma más segura de manejar los utensilios y material de

cocina, el peligro de ahogarse en una poza o piscina y puede enseñarle a nadar.

Enséñele las reglas y peligros del tráfico. Debe aprender a obedecer al momento en lo que se refiere al tráfico.

Enséñele el peligro del fuego.

EL NIÑO A ESTA EDAD EXPLORA LA VECINDAD, TREPA, MONTA TRICICLO Y FRECUENTEMENTE ESTA FUERA DE SU ALCANCE.

NO DEJE QUE UNA EMERGENCIA DESENCADENE UN ACCIDENTE.

6 á 12 años.

SEGUROS POR SI MISMOS.

Vehículos motorizados.

Maneje cuidadosamente dando ejemplo a su niño.

Use cinturón de seguridad.

Cuando vaya a pie enséñele las reglas de tránsito.

No deje que juegue en las pistas o calles.

Manejo de bicicletas.

Enséñele a manejar segura y protectivamente.

Armas de fuego.

Guárdelas en lugar seguro.

Manéjelas con mucho cuidado.

Sofocación.

Conozca donde **juega** su niño.

Evite los huecos o zonas de excavación, refrigeradoras viejas o bolsas de plástico.

Deportes.

Supervise a su niño.

Ahogamiento.

Provea supervisión por adulto y enséñele a nadar.

Fuego.

Enséñele a respetarlo por sus usos y peligros.

AHORA SU NIÑO ESTA FUERA DE LA CASA MUCHAS HORAS CADA SEMANA. EL COLEGIO U OTROS GRUPOS DE LA COMUNIDAD DEBEN COMPARTIR CON USTED LA RESPONSABILIDAD DE SU SEGURIDAD.

PARTICIPA ACTIVAMENTE EN DEPORTES Y COMO COMPONENTE DE UN GRUPO PUEDE PROBAR CUALQUIER AVENTURA.

CADA VEZ DEPENDE MAS DE SI MISMO Y NECESITA DEL PROPIO CONOCIMIENTO PARA CUIDARSE.

DISCIPLINA Y ORIENTACION SON ESENCIALES.

ANEXO Nº 11

PROCEDIMIENTOS PEDIÁTRICOS

FLEBOTOMIA.

1. Indicaciones.

- 1.1 Incapacidad para instalar venoclisis percutánea.
- 1.2 Necesidad de contar emergentemente con una vía para administración endovenosa.

2. Procedimiento.

Se localiza la vena safena interna colocando un torniquete por encima del maleolo; luego se esteriliza la zona limpiándola con bencina y alcohol yodado.

Se anestesia con infiltración dérmica y subcutánea de procaina y por último se colocan los campos para evitar contaminación de la herida operatoria. A continuación se hace una incisión en la piel y se separa el tejido subcutáneo mediante disección roma hasta localizar la vena. Se pasa por debajo de la vena dos hilos y se liga uno de ellos tan distalmente como sea posible. Se realiza una pequeña incisión transversal a la vena y se introduce una sonda de polietileno adecuada al diámetro de la vena; luego se liga el otro hilo fijando la sonda.

La incisión de la piel se sutura con hilo, se cubre cuidadosamente con gasa y se asegura con esparadrapo.

Los tubos se pueden utilizar varios días, retirándose inmediatamente a la aparición de signos de infección o flebitis.

PUNCION LUMBAR.

1. Indicaciones:

- 1.1 Procesos meningo encefálicos
- 1.2 Comas
- 1.3 Traumatismos cefálicos
- 1.4 Convulsiones
- 1.5 Descarte de infecciones del sistema nervioso
- 1.6 Poliomiелitis.

2. Procedimiento.

Se realizará usando guantes estériles con trocar o aguja nº 20 ó 22 de longitud variable según la edad del niño y que tenga bisel corto.

Se debe colocar al niño sobre una superficie dura en decúbito lateral o sentado y flexionar la columna dorsal y miembros in-

feriores lo suficiente para separar lo más posible los espacios intervertebrales en la región lumbar. Se trazará una línea imaginaria entre las dos crestas ilíacas y se puncionará el espacio que esté por encima o por debajo de dicha línea. Se preparará la piel como para una intervención quirúrgica y se utilizará anestesia local en niños mayores. El trocar o aguja se dirigirá casi perpendicularmente, con una ligera inclinación hacia la cabeza. Nunca se insistirá bastante en una restricción perfecta del paciente.

Tener oxígeno disponible. No se debe olvidar el efectuar fondo de ojo previo en niños mayores de 2 años. La manometría se debe efectuar con el niño completamente sedado, y los miembros inferiores en extensión.

Al obtener muestra para investigación de glucorraquia se debe controlar la glicemia concomitante.

3. Complicaciones.

Cefaleas
Infección secundaria
Irritación meníngea
Lesión de un nervio en el espacio extradural (dolor)
Parálisis respiratoria por enclavamiento (si hay hipertensión intracraneal).

OBTENCION DE ORINA POR PUNCION VESICAL.

1. Indicaciones.

Utilizarla sólo cuando la cateterización de la vejiga es imposible o está contraindicada y es necesario obtener orina para cultivo bacteriano.

2. Procedimientos.

La vejiga debe estar llena antes de hacerla.

En niños mayores se les insistirá en que tomen líquidos en cantidades abundantes y que no orinen. En otros la vejiga se debe palpar llena por encima del pubis. Se puede emplear anestesia local previa, pero generalmente no es necesario.

Se seguirá el proceder siguiente:

- Desinfectar cuidadosamente como se hace para una punción lumbar. Se afeitará previamente si es necesario.
- Se usarán guantes estériles.

Introducir un trocar de punción lumbar nº 20 (largo $4\frac{1}{2}$ pulgadas), con el mandril puesto, 1-2 cm. por encima del pubis, en la línea media con la aguja perpendicular a la piel.

Después que la piel y la pared anterior han sido atravesadas, la punta de la aguja estará descansando contra la pared anterior

vesical, introduciendo el trócar a una profundidad de 2-4 cms.

Se retirará el mandril y con una jeringuilla estéril se aspira la orina.

Después de obtener la orina con un movimiento se retira la aguja.

Cubra el área con un apósito estéril.

TORACOCENTESIS.

Técnica para diagnóstico de derrame pleural y del neumotórax. De ser posible se debe preferir la posición sentada, descansando la espalda del paciente en un soporte o en el respaldo de una silla, o en el pecho del asistente; los brazos hacia arriba, descansando en la cabeza.

De preferencia se obtendrán radiografías de frente y perfil del tórax antes de la punción.

Se usarán guantes estériles.

El sitio de punción se preparará con técnica aséptica. Anestesia local en niños mayores.

Se introducirá la aguja o trócar inmediatamente por encima del borde superior de la costilla inferior del espacio intercostal escogido, generalmente a nivel de la línea media axilar. Usar una llave de 3 vías y una jeringa para la obtención de muestras o evacuación de derrame.

Complicaciones.

Neumotórax

Síncope pleural

Edema pulmonar (evacuación rápida de un gran derrame)

Infección secundaria

Punción del pulmón

Enfisema subcutáneo.

TRAQUEOSTOMIA.

1. Concepto.

Incisión de la traquea a través del cuello para mejorar el intercambio aéreo y facilitar la eliminación de secreciones.

2. Indicaciones.

2.1 Signos de obstrucción progresiva por:

2.1.1 Laringitis obstructiva aguda

2.1.2 Obstrucción laríngea por edema, cuerpos extraños, instrumentación o traumatismo

2.1.3 Parálisis de cuerdas vocales

2.1.4 Traumatismos craneo faciales

2.1.5 Enfisema mediastinal

2.1.6 Malformaciones congénitas

2.1.7 Tumores laríngeos.

2.2 Trastornos de la ventilación o eliminación de secreciones en:

- 2.2.1 Encefalitis, polio bulbar, comas profundos.
- 2.2.2 Laringitis estenosantes específicas, sífilis, TBC.
- 2.2.3 Radioterapia en el cuello.

3. Técnica.

- 3.1 Anestesia local o general.
- 3.2 Decúbito dorsal con hiper extensión de cabeza.
- 3.3 Sección de la piel y del tejido celular subcutáneo.
- 3.4 Sección de 2º y 3º cartílagos traqueales.
- 3.5 Colocación de la cánula.
- 3.6 En casos de gran urgencia la inserción de una aguja 14 o 16 en el espacio cricotiroides puede resultar en la salvación de una vida.
- 3.7 La atención de enfermería debe ser continua con O₂ húmedo, succión, limpieza de la cánula, precauciones asépticas en la herida.

3.8 Deambulación progresiva.

4. Complicaciones

- 4.1 Salida de la cánula.
- 4.2 Obstrucción intrínseca o extrínseca.
- 4.3 Neumomediastino, neumotórax.
- 4.4 Enfisema subcutáneo.
- 4.5 Infección.
- 4.6 Fístula tráqueo esofágica.
- 4.7 Atelectasia.

5. Criterio de alta

Decanulación gradual que no produzca dificultad respiratoria.

TRANSFUSIONES

1. Concepto

Administración de sangre o de sus componentes por vía endovenosa para corrección de defectos o deficiencias específicas.

2. Indicaciones

- 2.1 Restauración del volumen sanguíneo disminuido por pérdida o shock.
- 2.2 Restauración de déficits de Eritrocitos, leucocitos, plaquetas o de factores de coagulación.
- 2.3 Remoción de elementos peligrosos: hiperbilirrubinemia, intoxicaciones.

3. Procedimiento

3.1 Antes de la transfusión.

- a. Indicación correcta.
- b. Historia transfusional.
- c. Selección de sangre o fracción a utilizar.
- d. Estudios de grupo sanguíneo, Rh y otros antígenos, en la sangre del dador y del receptor, y su compatibilización adecuada mediante métodos en medio hiperproteico y/o con suero antihumano.
- e. Preparación del equipo.

3.2 Durante la transfusión

- 3.2.1 Vigilancia de reacciones (dolor lumbar, escalofríos, hematuria).
- 3.2.2 Controles vitales cada 15 minutos.
- 3.2.3 Suspender la transfusión en caso de reacción marcada y guardar la sangre bajo refrigeración para la investigación subsecuente.

3.3 Después de la transfusión

- 3.3.1 Examen del paciente
- 3.3.2 Anotación de las reacciones.
- 3.3.3 Investigación de sus causas en las secciones del Banco de Sangre.
- 3.3.4 Vigilar flujo y caracteres de la orina.

4. Posología

- 4.1 Sangre total 20 cc./kg.
- 4.2 Plasma 10-15 cc./kg.
- 4.3 Glóbulos sedimentados 10-15 cc./kg.

5. Complicaciones

- 5.1 Embolia gaseosa.
- 5.2 Insuficiencia cardíaca.
- 5.3 Tromboflebitis.
- 5.4 Hemolisis. Insuficiencia renal aguda.
- 5.5 Transmisión de infecciones.
- 5.6 Coagulación intravascular. Trombocitopenia.
- 5.7 Hiperpotasemia.

A N E X O N o . 12

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

1. DEL AREA TECNICA

1.1 Al niño sano.

1.1.1 Captación a través de:

- Visita domiciliaria.
- Grupos.
- Consulta médica.
- Registros Civiles.
- Otros medios.

1.1.2 Participación en la evaluación del crecimiento y desarrollo según pautas.

La evaluación del crecimiento y desarrollo del niño sano, es de responsabilidad del médico, la cual puede ser delegada al Personal de Enfermería:

- Inspección General.
- Somatometría.
- Apreciación del desarrollo psicomotor.
- Apreciación de la adaptación social.

1.1.3 Vacunación:

- Participación en la programación.
- Aplicación de la técnica y procedimiento.
- Evaluación de las metas.

1.1.4 Transferencias

- Coordinación con los demás servicios de salud del establecimiento y otras instituciones.

1.2 Al niño enfermo.

1.2.1 Satisfacción de las necesidades básicas.

a. Acciones de Enfermería necesarias para asegurar:

- Higiene.
- Confort físico.
- Actividades y mecánica corporal.
- Descanso y sueño.
- Seguridad física y mental (atención libre de riesgos).

b. Acciones de Enfermería encaminadas para asegurar:

- Adecuada oxigenación.
- Nutrición e hidratación.
- Eliminación.
- Funcionamiento de los sentidos.

c. Acciones encaminadas a ayudar al niño y su familia en relación con el impacto emocional frente a la enfermedad, facilitando el acercamiento de la madre o persona responsable, al niño enfermo, para crear confianza en ella, seguridad en el tratamiento e ir preparándola para la atención posterior en el hogar.

d. Acciones encaminadas a ayudar al niño y familia para ajustarse a sus limitaciones;

- Conocer el ambiente donde se desenvuelve el niño (condición natural, económica, social, etc.).
- Orientar a los padres en la utilización de los recursos de la comunidad.
- Adecuar el ambiente en el hogar de acuerdo a los recursos para recibir al niño después del alta.

1.2.2 Colaboración en los procedimientos de diagnóstico y tratamiento:

- a. Preparación del niño para los exámenes auxiliares.
- b. Observación y evaluación del estado del niño.
- c. Colaboración en los procedimientos.
- d. Aplicación de tratamientos.
- e. Administración de medicamentos.
- f. Curaciones.
- g. Cuidado y manejo de los equipos de control y vigilancia de las funciones vitales.

1.2.3 Control, detección y orientación de casos e inasistencias.

Detección de casos en:

- Consulta externa.
- Visita domiciliaria.
- Entrevistas o consultas con la madre.
- Hospitalización.

Orientación de casos a otros servicios del establecimiento o a otras instituciones.

2. EN EL AREA ADMINISTRATIVA.

2.1 Organización y administración del Servicio de Enfermería:

- a. Planteamiento de la atención al paciente y a grupos de pacientes.
- b. Supervisión y evaluación de la atención de Enfermería.
- 2.2 Organización para garantizar la continuidad de la atención de Enfermería durante las 24 horas del día:
 - a. Determinación de las necesidades del material y equipo para el cumplimiento de atención de Enfermería.
 - b. Elaboración de Manual de Normas y Procedimientos de Enfermería.
 - c. Coordinación con otros servicios.

3. EN EL AREA DOCENTE.

3.1 Para el niño y familia:

- a. Preventivas, mediante divulgación por todos los medios de comunicación, a través de charlas, entrevistas, visitas domiciliarias.
- b. En relación a su enfermedad mediante demostraciones en la clínica.
- c. Sobre los servicios que ofrece el establecimiento.
- d. Participación en el desarrollo del plan terapéutico que debe ser activa.

3.2 Para el Personal de Enfermería:

- a. Educación en servicio.
- b. Interpretación de las normas y reglamentos de Enfermería y otros.
- c. Programas de formación de Personal de Enfermería
- d. Otros.

4. EN EL AREA DE INVESTIGACION.

- a. Estudios operacionales encaminados al mejoramiento de la atención directa del niño y su familia y al funcionamiento del Servicio de Enfermería.
- b. Participación en otros programas de investigación.

ANEXO Nº 13

GUÍA PARA LA INSPECCIÓN GENERAL DEL NIÑO POR ENFERMERÍA

Pesar y tallar al niño: pesar sin ropa y medirlo sin zapatos, en posición acostada hasta los 3 años, y erecta desde los 4 años. Si después de esta edad es necesario tomar la estatura en decúbito, debe reducirse 1 cm. para compararlo con la estatura de pie.

Orden a seguir en el examen:

1. Cabeza:

- 1.1 Perímetro cefálico: medir circunferencia cefálica pasando la cinta métrica por las partes prominentes del frontal y occipital.
- 1.2 Forma del cráneo: alargada, redonda, ovoide.
- 1.3 Fontanelas: anterior o bregmática.
- 1.4 Cuero cabelludo: observar alteraciones del cabello e higiene.
- 1.5 Cara:
 - Ojos: Observar posición y orientación del iris, puede haber estrabismos, el cual puede considerarse normal durante los primeros meses.
 - Nariz: Observar fosas nasales, secreción, congestión y permeabilidad.
 - Boca: Observar labios, cavidad bucal, mucosa, color, humedad, lengua, frenillo, paladar, dentición encías.
 - Oídos: Observar pabellón de la oreja, secreción audición.
 - Cuello: Observar tonicidad muscular, grosor, flexión y ganglios.

2. Tórax.

- 2.1 Observar forma: en quilla, hundido, de zapatero, etc.
- 2.2 Mamas: Observar tamaño, consistencia y presencia de secreción.

3. Abdomen.

- Forma: Observar si está globuloso o deprimido. Tonicidad muscular: turgencia o flacidez.
- Ombligo: Supuración, observar cicatrización, hernia, higiene.

4. Genitales.

- 4.1 Femeninos: Observar labios mayores y menores, clítoris, se-

creción.

4.2 Masculinos: Observar pene: tamaño y desplazamiento del prepucio, ubicación del meato urinario.

Observar testículos: descendidos o escroto vacío; observar o preguntar si ha habido micción.

5. Dorso.

- Columna vertebral: Observar la forma y palpar vertebras.
- Ano: Irregularidades (fisuras).

6. Piel.

- Color, consistencia, humedad, elasticidad, turgencia, manchas, descamación, estado de higiene.

7. Extramidades.

7.1 Superiores: Simetría y longitud de los huesos largos, movilidad.

Manos: Número de dedos, forma, posición y movimiento.

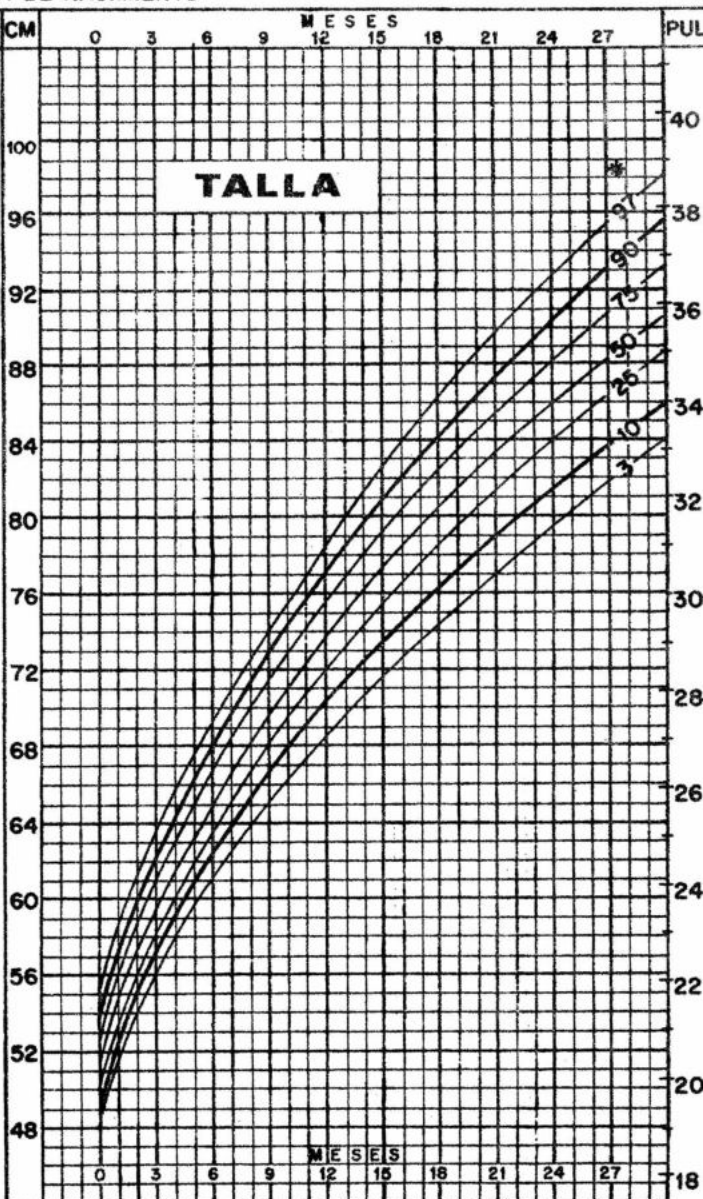
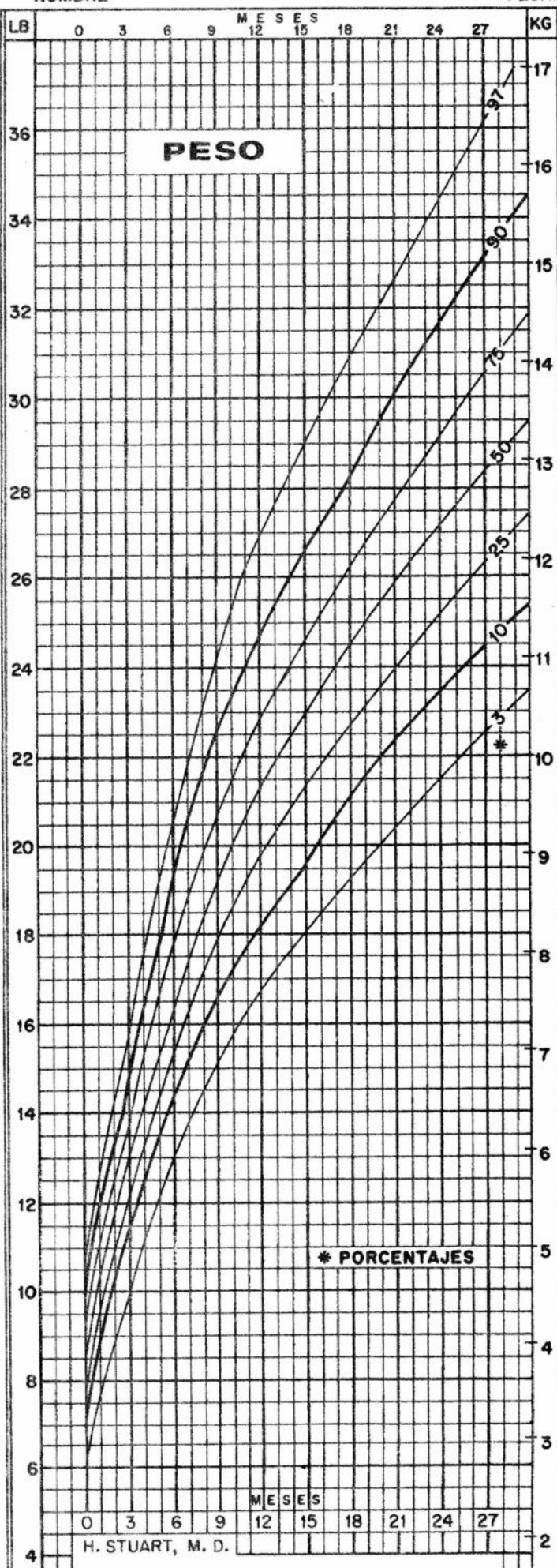
7.2 Inferiores: Longitud, forma, simetría de huesos largos, simetría de pliegues inguinales, movimientos: extensión, abducción, rotación.

Pies: Número de dedos y forma, posición, arcos plantares.

LACTANTES MUJERES

NOMBRE

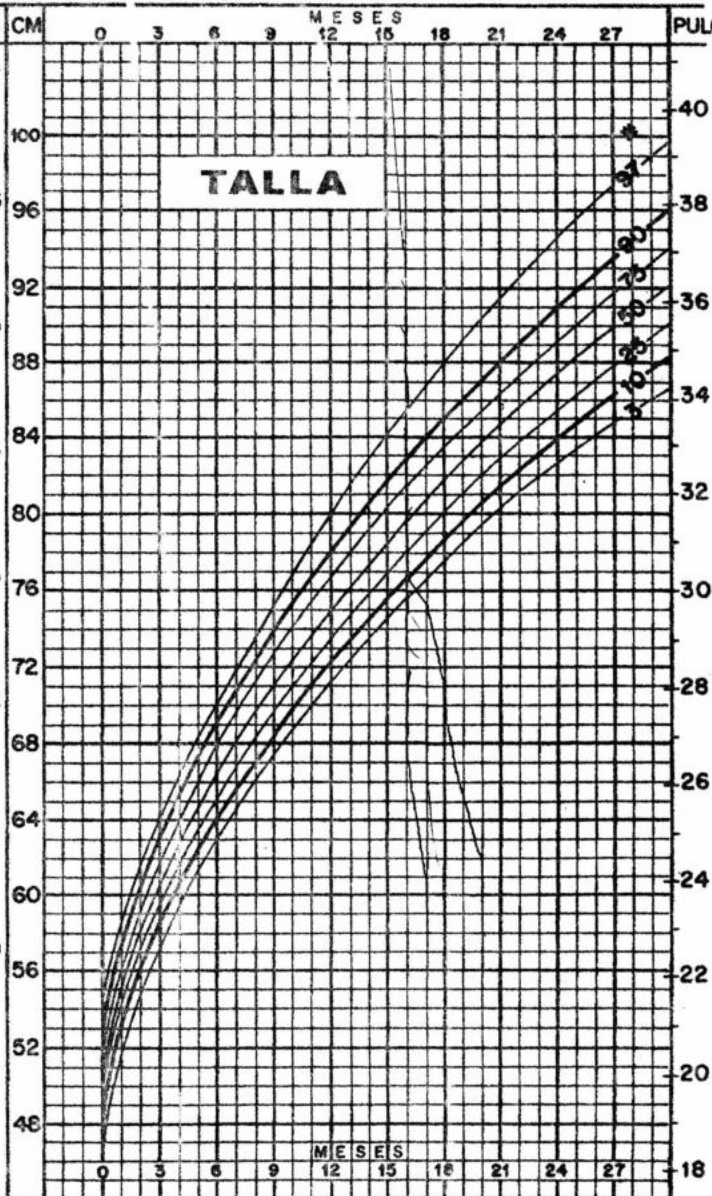
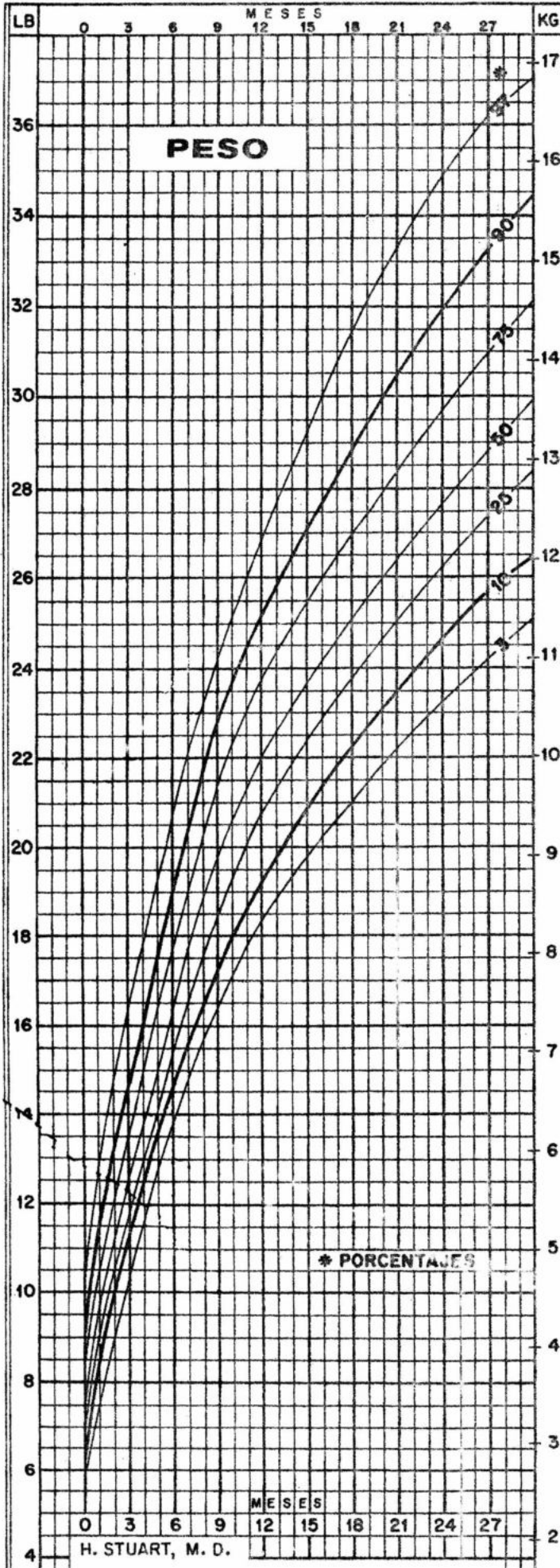
FECHA DE NACIMIENTO



LACTANTES VARONES

NOMBRE

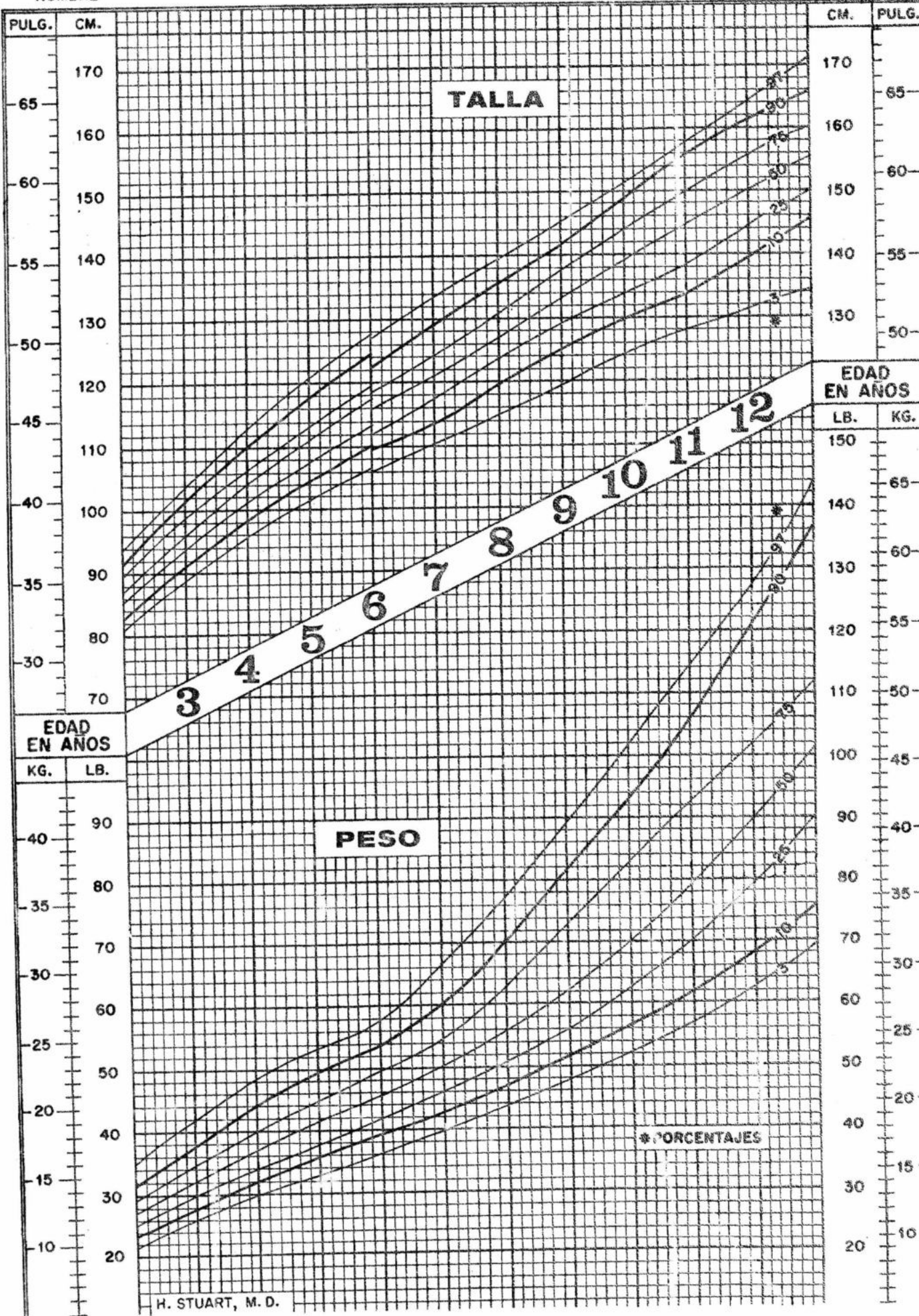
FECHA DE NACIMIENTO



CYNIN

NOMBRE

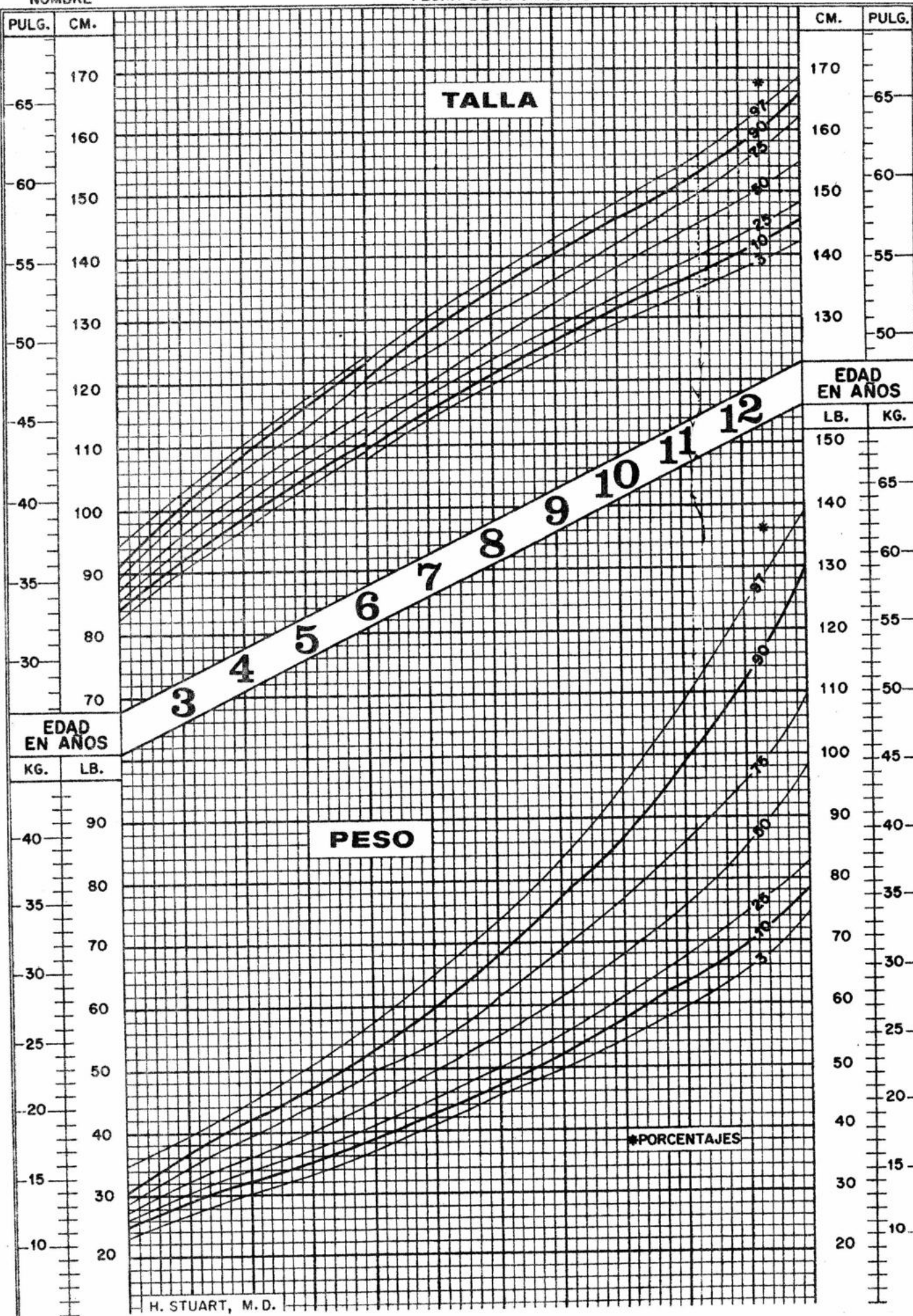
FECHA DE NACIMIENTO



NIÑOS

NOMBRE

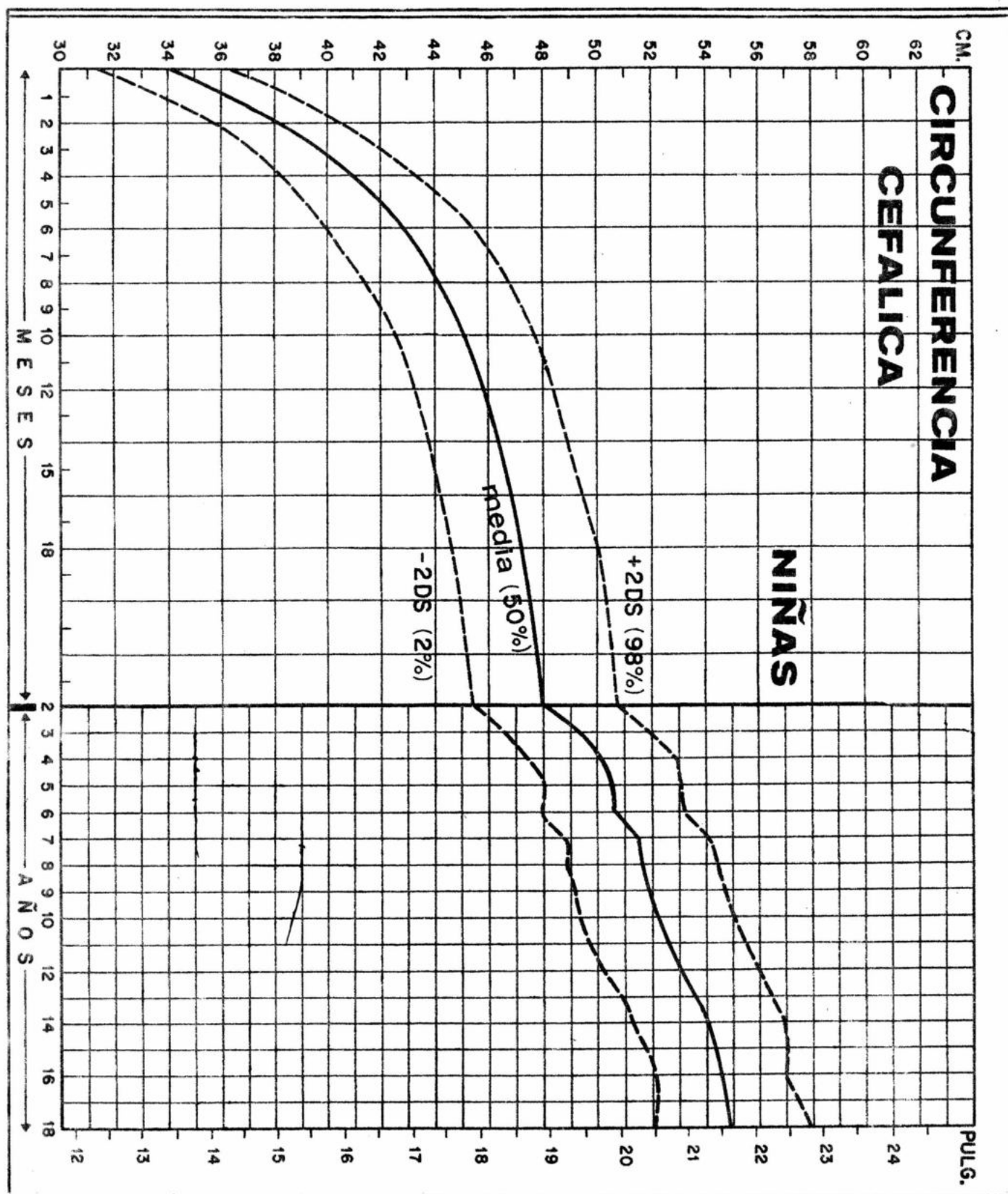
FECHA DE NACIMIENTO



NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

HISTORIA N°

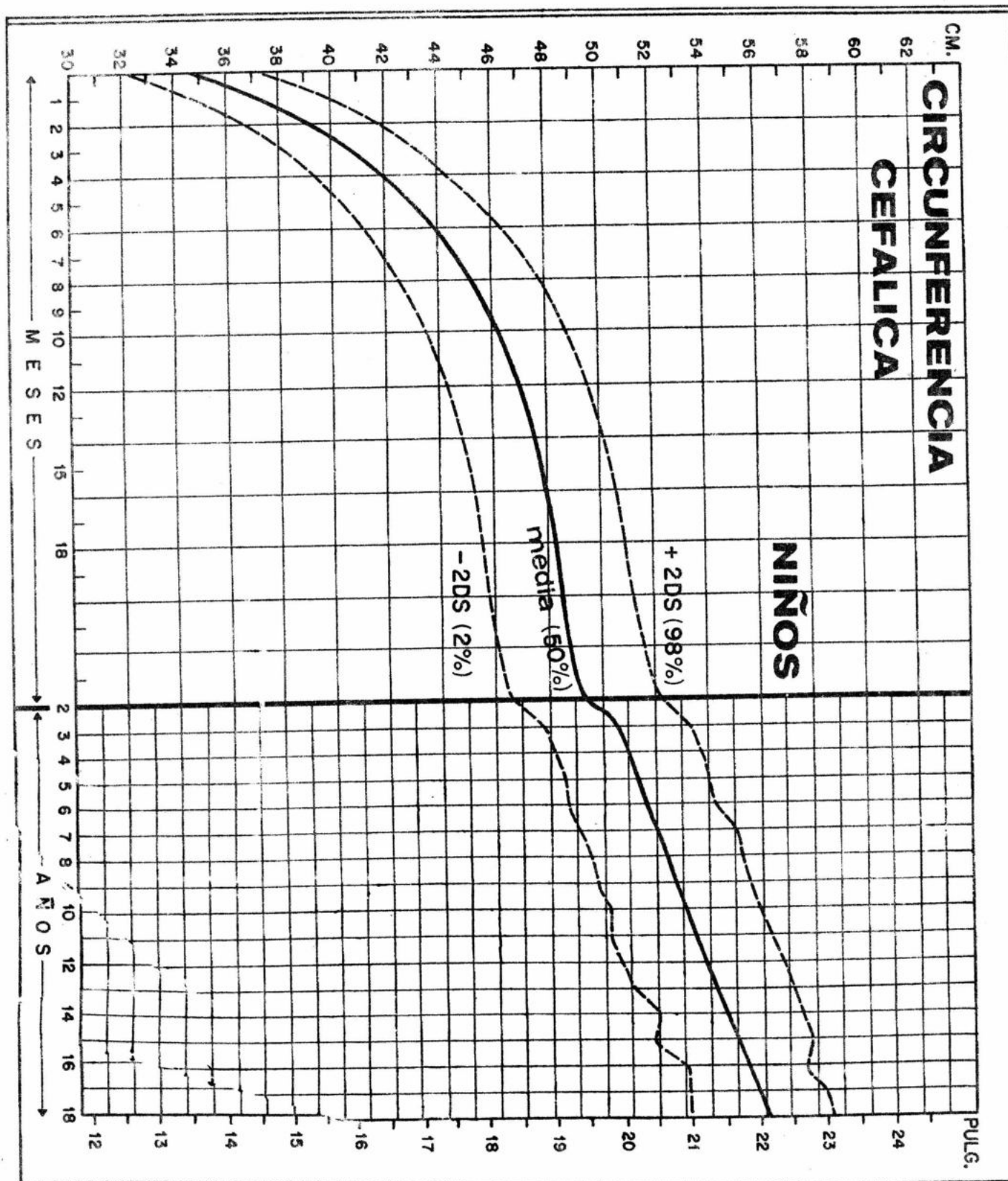


REF: NELLHAUS, G., COMPOSITE INTERNATIONAL & INTERRACIAL GRAPHS, PEDIATRICS 41: 106, 1968.

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

HISTORIA N°



REF: NELLHAUS, G., COMPOSITE INTERNATIONAL & INTERRACIAL GRAPHS, PEDIATRICS 41: 106, 1968.

DOSIFICACION DE MEDICAMENTOS ANTIBIOTICOS, QUIMIOTERAPICOS Y ANTIMICOTICOS

ANTIBIOTICOS

D.O.G.A.S.	DOSIS Y VIAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Aminosidina (sulfato)	25-30 mg/kg/día en 4 dosis (o) 10-20 mg/kg/día en 2-3 dosis (lm).	
Cefalexina	Infecciones moderadas: 25-30 mg/kg/día dividido en 4 dosis (o). Infecciones graves: dosis doble de la anterior	Contraindicaciones: Sensibilidad a los antibióticos derivados de la cefalosporina. Precauciones: Usarlo con cuidado en enfermos que tienen antecedentes de alergia a las penicilinas, ya que parece existir alergia cruzada especial entre estas últimas y las cefalosporinas. Puede producir trastornos gastrointestinales, erupciones cutáneas, prurito anal y genital, mareos, cefalea, eosinofilia y neutropenia.
Cefaloridina	30-50 mg/kg/día (dosis máxima en adultos 4 g/día). Dividido en 3 dosis, lm o lv lentamente o por goteo continuo. La solución recién preparada no dura más de 96 horas refrigerada.	Precauciones: Proteger los frascos de la luz; no mezclarlo con otros antibióticos. Nefrotóxico; urticaria, erupciones; leucopenia, eosinofilia; aumento de las transaminasas y fosfatasa alcalinas.
Cefalotina sódica	Infecciones comunes: 50 mg/kg/día dividido en 4-6 dosis, lm (profundo) o lv. Infecciones graves: 120 mg/kg/día (máximo 6 g/día) dividido en 4-6 dosis, lm (profundo) o lv. Reducir la dosis en caso de oliguria. La solución preparada no dura más de 48 hrs. refrigerada; para uso endovenoso, agregar solución (dextrosada al 5% o salina normal) cuyo pH oscile entre 4 y 7.	Precauciones: Puede producir neutropenia, eosinofilia, reacciones alérgicas, rash, induración y dolor local (lm) o flebitis (lv).
Cicloserina	Dosis inicial: 10 mg/kg/día dividido en 2 dosis (o) durante 2 semanas. Luego adecuarla para sostener una concentración sanguínea de 20-30 µg/ml (máximo: 1 g diario).	Precauciones: Insuficiencia renal, epilepsia.

Cloranfenicol	<p>Prematuros, recién nacidos de término y niños menores de 2 semanas: Lactantes mayores de 2 semanas y segunda infancia: 50 mg/kg/día En las infecciones graves se duplicará la dosis. Dosis dividida en intervalos: 6 horas (o) 6 horas (im) 6 horas o continuo (iv) Recién nacidos, cada 8 horas (im o iv).</p>	<p>Precauciones: En los recién nacidos, las dosis se administrarán de acuerdo con los niveles obtenidos en sangre (10-20 ug/ml), y a intervalos frecuentes, para evitar el "síndrome gris". Puede producir anemia aplásica, anemia hipoplásica, trombocitopenia y granulocitopenia. No debe ser usada en infecciones triviales, o para prevenir infecciones bacterianas.</p>
Eritromicinas Eritromicinas y sales	<p>Oral: 30-50 mg/kg/día dividido en 4-6 dosis. Parenteral: 10 mg/kg/día dividido en 2-3 dosis (im profundo o iv). Profilaxis de la fiebre reumática: dosis única: 200 mg/día</p>	<p>Precauciones: Hipersensibilidad a la droga.</p>
Eritromicina (estilato)	<p>Infecciones moderadas: Hasta 10 kg: 40 mg/kg/día 11-23 kg: 500 mg/día Más de 23 kg y adultos: 1 g/día, dividido en 4 dosis (o). Infecciones graves: dosis doble de las anteriores</p>	<p>Contraindicaciones: Hipersensibilidad a esta droga, enfermedad hepática preexistente. Precauciones: Reacciones alérgicas y gastrointestinales, colestasis intrahepática, eosinofilia.</p>
Espiromicina	<p>40-100 mg/kg/día dividido en 4 dosis (o).</p>	
Estreptomicina (sulfato)	<p>Prematuros y recién nacidos de término: 20-30 mg/día dividido en 2 dosis (im). Se darán dosis menores cuando haya oliguria. Límite: no más de 10 días Uso general (niños mayores): 40 mg/kg/día 1 g/m²/día. dividido en 2 dosis (im) Límite: no más de 10 días Insuficiencia renal: 1/2 a 3/4 de esa dosis. Tuberculosis: 20 mg/kg/día dosis única (im). Aerosol: 300 mg/ml/dosis, repetir 4 veces diarias. Intratecal: 1 mg/kg/día (diluido en 5 mg/ml). Intraperitoneal, Intrapleural, Intraarticular: 50 mg/ml.</p>	<p>Contraindicaciones: Sensibilidad a esta droga. Precauciones: Vigilar el aparato vestibular. Es nefrotóxico. Puede producir alteración funcional del nervio óptico, parestesias de labios y extremidades, reacciones alérgicas (piel, eosinofilia, fiebre, discrasias sanguíneas), depresión del sistema nervioso central (estupor, flacidez, coma, depresión respiratoria); y por vía intratecal, dolor cervical, cefalea y convulsiones.</p>

D R O G A S	DOSIS Y VIAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Gentamicina (sulfato)	Dividido en 2-5 mg/kg/día 2-3 dosis (Im). Límites: no más de 10 días	Contraindicaciones: Insuficiencia renal, lesión previa del VIII par craneano por esta u otras drogas. Precauciones: Proteinuria transitoria o ascenso temporario de la uremia; erupción cutánea.
Kanamicina (sulfato)	Infecciones sistémicas: Prematuros y recién nacidos de tér- mino hasta el año de edad: 15 mg/kg/día dividido en 2 dosis (Im). Niños mayores: 6-15 mg/kg/día dividido en 2 dosis (Im). Infecciones intestinales: 50 mg/kg/día dividido en 4-6 dosis (O) durante 5-7 días. Inhalaciones Agregar 1 ml (250 mg/ml) a 3 ml de so- lución salina normal.	Contraindicaciones: Sensibilidad a la droga, lesión previa del VIII par ser este u otro fármaco. Precauciones: Irritación local (Im); nefrotóxico; alteraciones de la función auditiva, reacciones cutáneas. Vigilar la función renal durante el tratamien- to.
Lincomicina (clorhidrato) monohidratado)	Oral (niños mayores de 1 mes de edad): Infecciones moderadas: 30 mg/kg/día dividido en 3-4 dosis. Ingerir únicamente agua desde 2 hrs. antes y hasta 2 hrs. después de su ad- ministración. Infecciones graves: dosis doble de las anteriores. Intramuscular (niños mayores de 1 mes de edad): Infecciones moderadas: 10 mg/kg/día, dosis única. Infecciones graves: repetir la dosis cada 12 hrs. Intravenoso (niños mayores de 1 mes): 10-20 mg/kg/día dividido en 2-3 dosis (como infusión en solución glucosa- da o salina).	Contraindicaciones: Hipersensibilidad a esta droga, y niños menores de 1 mes de edad. Precauciones: Recuentos sanguíneos duran- te su administración; 1-2 semanas des- pués, pruebas funcionales hepáticas; síntomas gastrointestinales: rash, urticaria, prurito. En caso de función renal disminuida, re- ducir la dosis en 25-30 %.
Paromomicina (sulfato)	Amoebiasis intestinal: 25 mg/kg/día dividido en 3 dosis (O) durante 5 días. Disenteria bacilar: dosis doble de la anterior dividido en 3-4 dosis (O) durante 7 días. Casos graves: hasta 4 veces la dosis prescrita en la amebiasis.	Precauciones: El tratamiento no debe exceder de 10 días; diarrea, náuseas, cefalea, vértigo, dolor abdominal, vómitos, erupciones cutáneas.

DROGAS

DOSIS Y VIAS DE ADMINISTRACION

OBSERVACIONES

Penicilinas	Menos de 40 kg:	Contraindicaciones: Sensibilidad a la penicilina, organismos productores de penicilinas.
Ampicilina	Infecciones moderadas: 50-100 mg/kg/día dividido en 4 dosis (0, 1m, 1v).	Precuciones: Pacientes alérgicos, pruebas periódicas de las funciones hepáticas, renales y hematopoyéticas; reacciones cutáneas, gastrointestinales y eosinofilia. Contiene 2,7 mEq de Na ⁺ g/
	Infecciones graves: 200-400 mg/kg/día dividido en 4 dosis (0, 1m, 1v).	
	Parenteral: Usese dentro de la hora de su preparación	
	Intravenosa: Inyección en un tiempo máximo de 5 minutos. Cuanto mayor es la concentración, más rápida es la inactivación.	
Carbenicilina	100-500 mg/kg/día dividido en 4-6 dosis (1m, 1v o por goteo).	Contraindicaciones: Antecedentes alérgicos a la penicilina o derivados.
NOTA: reserva da para las infecciones graves producidas por Pseudomona aeruginosa, Proteus y Escherichia coli resistentes a otros antibióticos. Algunas cepas de Pseudomonas aeruginosa, desarrollan rápidamente resistencia a este antibiótico.	Intratecal (dosis única diaria): Niños menores de 1 año: 10 mg 1 a 12 años: 20 mg. Mayores de 12 años: 40 mg diluida en agua destilada o líquido cefalorraquídeo (0,5 y 1 2 ml, respectivamente, para las edades mencionadas). Recuerdese que 1 g de carbenicilina aporta 4,7 mEq de sodio.	
Gloxacilina (monohidrato sódico)	Hasta 20 kg: 50 mg/kg/día Más de 20 kg y adultos: Infecciones moderadas: 1 g/día Infecciones graves: 2 g/día 1,2 g/m ² /día dividido en 4 dosis (0). Infecciones muy graves: dosis mayores y más frecuentes	Contraindicaciones: véase Oxacilina
Dicloxacilina (sódica)	Infecciones moderadas: Adultos y niños con más de 40 kg: 500 mg/día, dividido en 4 dosis (0). (1 hora antes ó 2 horas después de las comidas). Niños con menos de 40 kg: 15 mg/kg/día dividido en 4 dosis (0). (1 hora antes ó 2 horas después de las comidas).	

D R O G A S	DOSIS Y VIAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
<p>Infecciones graves: dosis dobles de las anteriores.</p> <p>Fenoximetil penicilina potásica, penicilina V potásica (1 mg=1530 U.I.)</p>	<p>25.000-50.000 U.I./kg/día, dividido en 4 dosis (0).</p> <p>Profilaxis de la fiebre reumática: 125 mg. 1-2 veces por día</p>	<p>Contraindicaciones: Antecedentes alérgicos a la penicilina o derivados.</p> <p>Precauciones: En asmáticos o alérgicos puede producir rash, cutáneos, pruritos, urticaria, fiebre, eosinofilia, trastornos gastrointestinales y elevación SGOT. Cuando se prolonga su uso, se han de vigilar las funciones hepáticas, renales y hemopoyéticas.</p>
Hetacilina	<p>Infecciones moderadas: 50-100 mg/kg/día dividido en 4 dosis (0), dividido en 2-4 dosis (Im, o Iv).</p> <p>Infecciones graves: 200-400 mg/kg/día, dividido en 4 dosis (0), Im, Iv).</p> <p>Parenteral: Usarla dentro de las 6 horas de su preparación.</p> <p>Intravenosa: Inyectada en un máximo de 5 minutos.</p>	<p>Contraindicaciones: Ver Ampicilina.</p> <p>Precauciones: Puede provocar trastornos gastrointestinales y erupciones cutáneas.</p>
Meticilina sódica, dimetoxifenil penicilina sódica	<p>100 mg/kg/día, dividido en 4-6 dosis (Im o Iv).</p>	<p>Contraindicaciones: Antecedentes de reacciones alérgicas serias a cualquier tipo de penicilina.</p> <p>Precauciones: Pacientes con asma o alergia. Puede producir erupciones cutáneas, prurito, neutropenia transitoria, depresión de la médula ósea e insuficiencia renal. No se debe mezclar con otras drogas.</p>
Nafcilina	<p>Oral:</p> <p>Recién nacidos: 40 mg/kg/día dividido en 4 dosis</p> <p>Niños mayores: 25 mg/kg/día dividido en 4 dosis</p> <p>Infecciones estafilocócicas: dosis doble de las anteriores.</p> <p>Parenteral:</p> <p>Recién nacidos: 20 mg/kg/día dividido en 2 dosis (Im).</p> <p>Niños mayores: 50 mg/kg/día, dividido en 2 dosis (Im) dividido en 6 dosis (Iv). En infecciones graves puede ser necesario el doble de la dosis anterior.</p>	<p>Contraindicaciones: Sensibilidad a la penicilina; infecciones triviales.</p> <p>Precauciones: Superinfecciones gastrointestinales con organismos no susceptibles; síntomas gastrointestinales; reacciones alérgicas.</p>

Oxacilina sódica	<p>Infecciones moderadas (0):</p> <p>Prematuros y recién nacidos de término: 25 mg/kg/día.</p> <p>Menos de 40 kg: 50 mg/kg/día, 1,5 g/m²/día, dividido en 4-6 dosis (0); 1 a 2 horas antes de las comidas.</p> <p>Infecciones graves (0):</p> <p>Menos de 40 kg: 100 mg/kg/día, 3 g/m²/día.</p> <p>Parenteral (Im):</p> <p>Menos de 40 kg: 50-100 mg/kg/día, de acuerdo con la gravedad de la infección, dividido en 4 dosis (Im).</p> <p>Parenteral (Iv):</p> <p>Dosis semejantes a las que se usan por vía intramuscular. Administrar lentamente, bien diluida, por goteo.</p>	<p>Contraindicaciones: Sensibilidad a esta u otras penicilinas.</p> <p>Precauciones: Alergia, rash, urticaria, pruritos, síntomas gastrointestinales, disfunción hepática, granulocitopenia, leucopenia y tromboflebitis (uso Iv).</p>
Penicilina G sódica (1 mg = 1667 U.I.) potásica (1 mg = 1595 U.I.)	<p>25.000-50.000 U.I./kg/día, dividido en 4-6 dosis (0, Im, Iv).</p> <p>Prematuros y recién nacidos de término: 60.000 U.I./kg/día, dividido en 2 dosis (Im o Iv).</p> <p>Profilaxis de la fiebre reumática: 200.000 U.I., 2 veces por día (0).</p>	<p>Contraindicaciones: Sensibilidad a esta droga.</p> <p>Precauciones: Reacciones alérgicas y anafilácticas. Cada millón de penicilinas G potásico y sódica contiene, respectivamente, 1,68 mEq de potasio (65,8 mg) y 1,68 mEq de sodio (38,7 mg).</p>
Penicilina G benzatina (1 mg = 1211 U.I.)	<p>600.000-1.200.000 U.I. (Im).</p> <p>Profilaxis de la fiebre reumática: 1.200.000 U.I., una sola vez por mes (Im).</p>	<p>Contraindicaciones y precauciones: véase Penicilina G.</p>
Penicilina G procaína (1 mg = 1009 U.I.)	<p>500.000-1.000.000 U.I./m²/día en una dosis (Im).</p> <p>Evitarla en los recién nacidos.</p>	<p>Contraindicaciones y precauciones: véase Penicilina G.</p>
Polimixinas Colistín (sulfato y colistinetato sódico)	<p>Enterocolitis bacteriana: 3-5 mg/kg/día, dividido en 3 dosis (0).</p> <p>Infecciones sistémicas:</p>	<p>Contraindicaciones: Sensibilidad a esta droga.</p> <p>Precauciones: Neurotóxico (parestias, vértigo, mareos, hormigueo de las extremidades, prurito) y nefrotóxico.</p>
Polimixina E	<p>5 mg/kg/día, dividido en 2-4 dosis (Im) (no se usará por vía Iv o Im).</p>	
Polimixina D (sulfato)	<p>Infecciones entéricas: 10-29 mg/kg/día, dividido en 3-4 dosis (0).</p> <p>Infecciones sistémicas:</p> <p>Intramuscular: 1,5-2,5 mg/kg/día (máximo 200 mg/día), dividido en 4 dosis (Im profunda).</p> <p>Intravenosa: 2,5 mg/kg/día (máximo 200 mg/24 h), por goteo en 1-2 veces (pasar la dosis en 1-1,30 horas).</p>	

DROGAS	DOSIS Y VIAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
	<p>Insuficiencia renal: 1,5 mg/kg/día. Intratecal (juntamente con las dosis indicadas en infecciones sistémicas): Menos de 2 años: 2 mg/día durante 3-4 días; luego, 2,5 mg/día por medio. Más de 2 años y adultos: 5 mg/día durante 3-4 días; luego, 5 mg/día por medio.</p>	<p>Contraindicaciones: Hipersensibilidad a esta droga. Precauciones: Nefrotóxico, neurotóxico (ataxia, parestesia, hiperestesia), fiebre, erupciones. Suspender su administración en caso de parestesias periféricas o vértigos. Reducir la dosis cuando haya lesión renal o retención nitrogenada.</p>
Rifamicina SV	10-30 mg/kg/día, en 2 dosis (Im).	
Rifampicina	10-20 mg/kg/día, en 1-2 dosis (O).	<p>Contraindicaciones: Hipersensibilidad a esta droga. Precauciones: En ictericias, insuficiencia hepática y obstrucción de las vías biliares, la dosis diaria debe ser inferior a las aconsejadas. Produce una coloración rojiza de la orina.</p>
Tetraciclina Tetraciclina (sales y complejos)	<p>Recién nacido (no aconsejable): 10-15 mg/kg/día, dividido en 2 dosis (lv). Primera y segunda infancia (hasta 40 kg): 25-50 mg/kg/día, dividido en 4 dosis (O). (1 hora antes de las comidas). 10-25 mg/kg/día (no más de 250/inyección), dividido en 2-3 dosis (Im). 10-15 mg/kg/día, dividido en 2 dosis (lv).</p>	<p>Contraindicaciones: Sensibilidad a las tetraciclina. Precauciones: Decoloración dentaria, hipoplasia del esmalte, aumento de la presión endocraneana, síntomas gastrointestinales, vaginitis, glositis, estomatitis, erupciones, fotosensibilidad; alteración de la función renal, balance nitrogenado negativo, lesión tubular (síndrome de Fanconi). Im: Irritación local, absceso, escara. lv: Evitar grandes dosis en presencia de alteraciones funcionales renales; insuficiencia hepática.</p>
Clortetraciclina (Clorhidrato)	Véase Tetraciclina	
Dimetilclortetraciclina	10 mg/kg/día, 0,3 g/m ² /día, dividido en 24 dosis (O).	<p>Contraindicaciones y precauciones: véase Tetraciclina.</p>
Doxiciclina	<p>Menos de 45 kg: Dosis inicial: 4,4 mg/kg/día, dividido en 2 dosis (O). Dosis de mantenimiento: mitad de la dosis anterior, en 1-2 dosis (O).</p>	<p>Contraindicaciones: Sensibilidad a esta droga. Precauciones: Hepatotóxica, en dosis excesivas; nefrotóxica (disminuir la dosis en caso de insuficiencia renal); oncolisis, decoloración de las uñas, elevación de las transaminasas, anemia, neutropenia, eosinofilia. Suspender su administración en caso de reacciones graves.</p>

DROGAS	DOSIS Y VIAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Mepiciclina (N-metil-N ₁ -hidroxi-etil-piperacino-tetraciclina)	10 mg/kg/día, en 1-2 dosis, o en forma continua (iv).	
Metaciclina (clorhidrato)	12 mg/kg/día, dividido en 2-4 dosis, 2 horas después de las comidas.	Contraindicaciones y precauciones: véase Tetraciclina.
Oxitetraciclina (sales y derivados)	Véase Tetraciclina y capítulo 7. 50 mg/ml 2 veces por día como aerosol, en 10% de propilenglicol.	Contraindicaciones y precauciones: véase Tetraciclina.
Peninmepiciclina (hidroxietil-dietilendiamino-metil-tetraciclina-fenoximetil-penicilato)	10-20 mg/kg/día, en 4 dosis (o), en 2 dosis (im).	
Rolitetraciclina (N-pirrolidino-metil-tetraciclina)	15-20 mg/kg/día, en 1-2 dosis (im o iv).	Contraindicaciones y precauciones: véase Tetraciclina.
Tetraciclina-L-metilenlisina	10 mg/kg/día, dividido en 4 dosis (o) en 2-3 dosis (im).	
Triacetiloleandomicina	Prematuros y recién nacidos de término, primera y segunda infancia. 30 mg/kg/día, dividido en 4 dosis (o).	Contraindicaciones: Sensibilidad a esta droga.
Vancomicina (clorhidrato)	Prematuros y recién nacidos de término: 10 mg/kg/día, dividido en 2 dosis (iv). Primera y segunda infancia: 40 mg/kg/día, dividido en 2-4 dosis.	Precauciones: Puede producir trastornos de la función hepática y alteraciones histológicas (no se recomienda su administración si hay antecedentes previos); reacciones alérgicas. Contraindicaciones: Sensibilidad a esta droga; evitar su uso cuando existe insuficiencia renal o hipercalcias (en estos casos, si debe ser utilizada, se reducirá la dosis). Precauciones: Administrarla en forma lenta: tromboflebitis, rash, urticaria; ototóxica y nefrotóxica.
Tiofenol	Prematuros y recién nacidos de término: Usarlo con precaución; no se ha presentado hasta ahora "síndrome gris". Parenteral: 25-50 mg/kg/día, dividido en 2-3 dosis (im o iv). Niños Mayores: Oral: Infecciones moderadas: 25-50 mg/kg/día, dividido en 3-4 dosis (o).	

DROGAS	DOSIS Y VIAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
	<p>Infecciones graves: hasta 100 mg/kg/día, dividido en 3-4 dosis (0).</p> <p>Parenterals: 25-50 mg/kg/día, dividido en 2-3 dosis (Im o Iv).</p>	<p>Precauciones: En la insuficiencia hepática o renal (hasta tener mayor experiencia) conviene reducir las dosis citadas; diarrea, pirosis gástrica, náuseas, vómitos, erupciones, estomatitis, glositis.</p>

QUIMIOTERAPICOS

DROGAS	DOSIS Y VIAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
ácido nalidíxico y sales sódicas	<p>Mayores de 1 mes de edad: 50 mg/kg/día, dividido en 4 dosis (v).</p>	<p>Precauciones: Hipertensión intracraneal, síntomas gastrointestinales, trastornos visuales, confusión, alucinaciones, convulsiones, fotosensibilidad, rash, eosinofilia. En tratamientos que se prolonguen más de 1 semana realizar periódicamente hemogramas y pruebas hepáticas. Usar lo con precaución en hepatopatías y nefropatías.</p>
Fenazopiridina (Clorhidrato)	12 mg/kg/día, dividido en 3 dosis (0), después de las comidas.	Precauciones: Insuficiencia renal, trastornos gastrointestinales.
Furazolidona	6 mg/kg/día, dividido en 4 dosis (0).	<p>Contraindicaciones: Niños menores de 3 meses.</p> <p>Precauciones: Anemia hemolítica del tipo de la primaquina (genética); erupciones, urticaria; fiebre, artalgias; síntomas gastrointestinales, cefaleas.</p>
Mandelato de amonlo	250 mg/kg/día, dividido en 4 dosis (0).	
Mandelato de metenamina	<p>Dosis Inicial: 0,1 g/kg/día, luego, 0,05 g/kg/día (máximo, 3 g/día).</p> <p>Dosis Inicial: 3 g/m²/día, luego, 1,5 g/m²/día, dividido en 3 dosis/día (0).</p>	<p>Contraindicaciones: Insuficiencia renal.</p> <p>Precauciones: Trastornos gastrointestinales.</p>
Nitrofurantoína	<p>Hasta 7 kg: 6 mg/kg/día.</p> <p>7-11 kg: 50 mg/día.</p> <p>12-21 kg: 100 mg/día.</p>	

201

D R O G A S	DOSIS Y VIAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
	<p>22-31 kg: 150 m/día</p> <p>32-40 kg: 200 m/día, dividido en 4 dosis (0).</p> <p>Reducir la dosis a la mitad si el tratamiento se prolonga más de 10-14 días, y si se debe continuar a 1/4 de la dosis inicial.</p>	<p>Contraindicaciones: Anuria, oliguria, niños menores de 1 mes de edad.</p> <p>Precauciones: La terapéutica prolongada, en caso de insuficiencia renal manifiesta, requiere cuidados controles clínicos y humorales (análisis de sangre y orina); neuritis periférica, anemia hemolítica del tipo de la primaquina, erupciones, pleuroneumonitis con eosinofilia, reacciones anafilactoides, fiebre y escalofríos, ictericia colestática, leucopenia, cefalea y síntomas gastrointestinales. Es nefrotóxica.</p>
Sulfamidas Etatisulfatiazol	<p>125 mg/kg/día (máximo 8 g/día), dividido en 3, 4 ó 6 dosis (0).</p> <p>Colitis ulcerosa:</p> <p>0,05-0,1 g/kg/día (máximo 8 g/día), dividido en 3, 4 ó 6 dosis (0).</p>	<p>Contraindicaciones: y precauciones: véase Sulfadiazina.</p>
Sulfadiazina (o combinaciones de sulfamidas o sal sódica)	<p>150 mg/kg/día (máximo 6 g/día), dividido en 4-6 dosis/día (0).</p> <p>100 mg/kg/día, dividido en 3 dosis (Sc, solución al 5%) o en 4 dosis (lv).</p> <p>Primera dosis:</p> <p>75 mg/kg (0)</p> <p>50 mg/kg (Sc o lv).</p> <p>Profilaxis de la fiebre reumática:</p> <p>Menos de 30 kg: 0,5 g/día (0).</p> <p>Más de 30 kg: 1 g/día (0).</p>	<p>Contraindicaciones: Sensibilidad a las sulfamidas; niños menores de 2-3 meses de edad.</p> <p>Precauciones: Alteraciones de la función renal, alergias o asma, deficiencia de glucosa-6 fosfato deshidrogenasas; puede producir cristuria, hematuria, discrasias sanguíneas, síntomas gastrointestinales, fotosensibilidad, ictericia, cianosis, púrpura, neuropatía del sistema nervioso central y periférico; nefrosis, enfermedades del colágeno y reacciones alérgicas cutáneas, incluyendo el síndrome de Stevens-Johnson; hepatotóxica.</p>
Sulfadimetoxina	<p>Infecciones graves:</p> <p>Dosis inicial:</p> <p>60 mg/kg (máximo, 2 g), en una sola dosis (0); luego, la mitad de la dosis inicial en una sola dosis diaria (0).</p> <p>Infecciones leves o moderadas:</p> <p>Dosis inicial:</p> <p>25-50 mg/kg (máximo, 2 g) en una sola dosis (0).</p>	<p>Contraindicaciones: véase Sulfadiazina</p> <p>Advertencia: durante la administración de esta droga se han descrito casos fatales (síndrome de Stevens-Johnson); suspender su uso ante la presencia de rash; en los tratamientos prolongados, administrar dosis menores de las indicadas.</p> <p>Precauciones: véase Sulfadiazina.</p> <p>Contraindicaciones: y precauciones: véase Sulfadiazina.</p>
Sulfametizol	<p>30-45 mg/kg/día, dividido en 4 dosis (0).</p>	<p>Contraindicaciones: y precauciones: véase Sulfadiazina.</p>

D R O G A S	DOSIS Y VIAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Sulfametoxipiridacina y acetil-sulfametoxi- piridacina	Dosis Inicial: 30 mg/kg (máximo, 1 g) en una sola dosis (0); luego, 15 mg/kg/día (máximo 0,5 g) en una sola la dosis diaria después de las comidas (0).	Contraindicaciones y precauciones: véase Sulfadiazina. Advertencia: véase Sulfadimetoxi- na.
Sulfamilamida- metoxipirimidina	Dosis Inicial: 50 mg/kg/día en 1-2 dosis (0); luego, 25 mg/kg/día, en 1-2 dosis (0).	
Sulfamilamida- metoxipirazina	Dosis Inicial: 10-20 mg/kg/día en una sola dosis (0); lue- go, 5-7 mg/kg/día en una sola dosis (0).	
Sulfisomidina	6 meses - 3 años: Dosis Inicial: 1 g, en una sola dosis (0); luego, 1 g, dividido en 4 dosis (0). 3-10 años: Dosis Inicial: 1,5 g, en una sola dosis (0); luego, 2 g, dividido en 4 dosis (0). Niños mayores y adultos: Dosis Inicial: 2 g, en una sola dosis (0); luego, 6 g, dividido en 4 dosis (0). Infecciones urinarias: La mitad de la dosis indicada.	Contraindicaciones y precau- ciones: véase Sulfadiazina.
Sulfisoxazol	Oral: Dosis Inicial: 1/3 de la dosis total diaria; luego, 180 mg/kg/día, dividido en 6 do- sis (0). Parenteral: 100 mg/kg en una sola dosis (im o iv, len- tamente) que puede repetirse hasta 2-3 ve- ces/día.	Contraindicaciones: véase Sulfadiazina. Precauciones: Se usa en concen- traciones al 5% o menores.

DROGAS ANTITUBERCULOSAS

DROGAS	DOSIS Y VIAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Cicloserina	Véase Antibióticos.	
Dimioamiloxitio-carbanilida	100 mg/kg/día, dividido en 3 dosis (0).	
Estreptomina	Véase Antibióticos.	
Etambutol	20 mg/kg/día*, dividido en 2 dosis (0).	Precauciones: Fiebre, exantema, trastornos de la agudeza visual.
Etionamida	10-20 mg/kg/día*, dividido en 3 dosis (0).	Precauciones: Exantemas, reacciones del tipo de la enfermedad del suero, fotosensibilidad; trastornos gastro-intestinales; hepatóxica. No se debe combinar con otras drogas antituberculosas hepatóxicas.
Isoniacida	Viraje de la reacción de tuberculina sin enfermedad manifiesta y quimioprofilaxis; 15 mg/kg/día, dividido en 2-3 dosis (0 o 1m). Dosis terapéutica, tuberculosis miliar, meningitis tuberculosa: 20 mg/kg/día, dividido en 2-3 dosis (0 o 1m).	Precauciones: Estimulación del sistema nervioso central; neuritis periférica.
Kanamicina	Véase Antibióticos. (Se aconseja no prolongar el tratamiento más de 4 meses).	Precauciones: La solución debe usarse dentro de las 24 horas, y no se administrará si se oscurece (preservarla de la luz). Náuseas, vómitos, dolores abdominales, diarrea, bocio (hipotiroidismo), alteraciones de los electrolitos, hipersensibilidad, albuminuria, hematuria, erupciones, linfadenopatía, fiebre, ictericia, hepatomegalia, eosinofilia, discrasias sanguíneas, daño hepático, cristaluria. Nota: 1 g de sal sódica contiene 109 mg. de sodio.
PAS, ácido paraaminosalicílico	0,3 g/kg/día, dividido en 3 dosis (después de las comidas) (0). Sales de PAS: sodio, potasio y calcio. Aumentar la dosis de PAS en 25 %.	
Pirazinamida	20-30 mg/kg/día*, dividido en 3 dosis (0).	Precauciones: Hepatotóxica, aumenta el ácido úrico (se evitará la combinación con otras drogas hepatotóxicas); fiebre, erupciones ampollosas, fotosensibilidad.
Rifampicina	Véase Antibióticos	
Viomicina	15 mg/kg/día*, dividido en 2 dosis, 5 días por semana (1m).	Precauciones: Ototóxica; nefrotóxica, fiebre, exantemas, infartos ganglionares, leucopenia.

* Dosis basadas en las correspondientes para adultos, sin corrección de superficie corporal ni de metabolismo, por no disponerse de datos pediátricos.

ANTIMICOTICOS

D-R-O-G-S	DOSIS Y VIAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
Anfotericina B	<p>Ensayar con 0,1 mg/kg/día (iv) perfundido en 6 horas y aumentando hasta 1 mg/kg/día (iv) (administrar en un lapso de 6-8 horas).</p> <p>Intratecal: Usese si fracasa la terapéutica iv; 4 inyecciones semanales, alternando punciones lumbares y cisternales. La solución debe ser recientemente preparada y contener 0,25 mg/ml. Comenzar con 0,1 ml y aumentar hasta 2 ml por punción. De preferencia, diluir en 2-3 veces su volumen en LOM. Dosis total: 15 mg de anfotericina B en 30 inyecciones. **</p>	<p>Contraindicaciones: Sensibilidad a esta droga, a menos que su administración sea indispensable.</p> <p>Precauciones: Su manejo requiere una rigurosa técnica aséptica; desechar la solución si está precipitada; limitar su administración a pacientes hospitalizados bajo estricta vigilancia; evitar los corticosteroides (excepto para el control de las reacciones provocadas por la droga), los antibióticos y la muestra nitrogenada; realizar semanalmente análisis de orina, hemograma y potasemia; la intolerancia se evidencia por fiebre, escalofríos, cefaleas, síntomas gastrointestinales, melena, dolor en el sitio de la inyección, flebitis, tromboflebitis, rash, vértigo, dificultades visuales, neuropatía, hipotensión, reacciones anafilácticas, anemia, trombocitopenia, hepatotoxicidad, lesión renal transitoria o permanente. It: radiculitis transitoria y pérdida del sensorio.</p>
Griseofulvina (microcristalina)	10 mg/kg/día, dividido en 2-4 dosis (o).	<p>Contraindicaciones: Hipersensibilidad a esta droga, porfiria, insuficiencia hepática.</p> <p>Precauciones: La administración prolongada requiere pruebas periódicas de funcionalismo renal y hepático, y hemogramas; puede producir síntomas gastrointestinales, cefalea, insomnio, fatiga, proteinuria, neuritis periférica, alteraciones mentales, fotosensibilidad, reacciones alérgicas en la piel y leucopenia</p>

** Cyamblott, G. H. In Shirley.

DROGAS	DOSIS Y VIAS DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
--------	--------------------------------	---------------

Nistatina	Prematuros y recién nacidos de término: 400.000 U.I. dividido en 4 dosis (q).	Contraindicaciones: Hipersensibilidad a esta droga.
-----------	---	---

	Niños mayores: 1.000.000-2.000.000 U.I./día, dividido en 3-4 dosis (q).	Precauciones: Diarrea y trastornos gastrointestinales.
--	---	--

	Moniliasis oral: 4 veces por día (tópicas).	
--	---	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

ANEXO Nº 16GLOSARIO DE TERMINOS1. ALTA.

Comprende todas las circunstancias en que un paciente internado o ambulatorio se retira vivo del Establecimiento por alguna de las siguientes razones:

- 1) - Alta médica definitiva,
- 2) - Alta médica transitoria,
- 3) - Traslado a otro Establecimiento,
- 4) - Otras causas (retiro voluntario, fuga, etc.).

2. ALTA MEDICA DEFINITIVA.

Es el egreso con autorización médica, de un paciente internado, que implica finalización del tratamiento de hospitalización (sin indicación de reingreso por el mismo proceso o episodio).

3. ALTA MEDICA TRANSITORIA.

Es el egreso con autorización médica de un paciente internado, que implica la finalización de una etapa del tratamiento de internación (con indicación de reinternación dentro de un período determinado para continuar con el tratamiento por el mismo proceso).

4. AREA PROGRAMATICA.

Es la circunscripción geográfica suficientemente homogénea que constituye una unidad ecológica en su influencia sobre la salud de la comunidad que vive en ella. Por el momento, en el Ministerio de Salud, está referida al Area Hospitalaria.

5. CAMA DE HOSPITAL.

Es aquella instalada para el uso regular de los pacientes hospitalizados durante su estada en la Institución.

Una cama de hospital implica recurso de personal, espacio, equipos y ma-

terial para la atención del paciente.

Se incluyen entre las camas de hospital, además de los adultos de tamaño normales, las camas de niños (de tamaño más reducido con o sin barandas) y las cunas de recién nacidos patológicos, y las incubadoras (si están instaladas regularmente).

No se cuentan como cama de hospital las camas de recién nacidos sanos en el hospital, ni las camas de lactantes sanos que acompañan a la madre durante el período de internación de éstas. Tampoco se cuentan como camas de hospital las camas de trabajo de parto, las ubicadas en los servicios generales de diagnóstico y tratamiento, utilizadas para pacientes que se retiran después de haber recibido atención, (por ejemplo, las de metabolismo basal, rayos X, etc.); las ocupadas por pacientes en los consultorios de emergencia, mientras esperan ser internados; las camas de médicos y otro personal del Establecimiento, las de los acompañantes y las que están en los depósitos.

6. CAMAS DE DOTACION, PRESUPUESTADAS.

Es el número de camas presupuestadas al Establecimiento por la autoridad competente, destinadas a internamiento de pacientes en período de actividad normal.

Las "camas de dotación" deben actualizarse periódicamente. La dotación de camas no está afectada por las fluctuaciones temporales (camas que se agregan o clausuran por períodos cortos de tiempo).

7. CAMAS DISPONIBLES.

Es el número de camas realmente instaladas en el Hospital en condiciones de uso para la atención de pacientes internados, independientemente de que estén o no ocupadas.

El número de camas disponibles puede variar diariamente debido a:

- 1) Que se agreguen camas por demanda estacional, emergencias, etc.
- 2) Que se retiren camas para reparación, desinfección, pintura del local, clausura temporal del servicio, etc.

Deben contarse como camas disponibles las camas oscilantes, los pulmotores, las incubadoras, las de pre-parto y las de post-operatorio, solamente en el caso de que estén ocupadas por pacientes que no tienen reservada una cama en el sector correspondiente. Los pulmotores, incubadoras, y camas oscilantes se contarán como camas disponibles cuando se encuentren instaladas regularmente en un servicio especializado, (y notengan una cama o cuna); en caso contrario, solamente se contarán como camas disponibles cuando se encuentren ocupadas y el paciente no tenga reservada una cama en el sector correspondiente.

8. CAPACIDAD DE CAMAS.

Es el número total de camas que pueden ser instaladas en el Hospital de acuerdo con su capacidad arquitectónica teniendo en cuenta los requisitos establecidos de superficie y volumen por camas, estén o no instaladas. La capacidad de camas no debe confundirse con el número de "camas de dotación" ni con el número de "camas disponibles".

9. CENTROS DE EDUCACION INICIAL.

Son establecimientos encargados de promover el crecimiento y desarrollo integral de los niños menores de 6 años y tratar oportunamente sus problemas de orden biopsíquico y social.

10. COBERTURA.

Es la relación porcentual entre el número de sujetos atendidos y el número de sujetos susceptibles de recibir la acción. Por ejemplo el 60% de las gestantes recibió consulta prenatal, el 80% de la población fué vacunada contra la viruela, el 90% de los establecimientos de expendio de alimentos fué inspeccionado.

11. CONCENTRACION.

Es el número de veces que se ha repetido una actividad de un mismo sujeto en un tiempo determinado.

12. CONSULTANTE.

Es la persona que utiliza los servicios de diagnóstico y/o tratamiento en un Establecimiento de Salud, sin ocupar una cama de Hospital.

Se clasifica en:

12.1 NUEVO: (N)

Persona que concurre por primera vez al Establecimiento y/o servicio y es considerada como tal, una sola vez en su vida, a nivel del Establecimiento y/o servicio, según sea el caso.

12.2 REINGRESO: (R)

Persona que concurre al Establecimiento y/o servicio por primera vez en el año, habiendo sido considerado como nuevo en años anteriores al presente año de información, tanto a nivel del Establecimiento como del servicio.

12.3 CONTINUADOR: (C)

Persona que concurre al Establecimiento y/o servicio por repetidas veces en el año, habiendo sido considerada como Nuevo y como Reingreso en el año de información.

13. DANO.

Es una enfermedad o conjunto de enfermedades vinculadas ya sea por su etiopatogenia, por su epidemiología o por medidas de control comunes, que permiten analizar en forma agregada las causas de mortalidad o demanda.

14. DEMANDA.

Es la petición o solicitud que hace la población que acude a los Establecimientos de Salud para satisfacer sus necesidades, principalmente de atención médica. Se determina a través de la Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.

15. EGRESO.

Es la salida de un paciente internado del Establecimiento.

Un egreso implica siempre la conclusión del período de internación y la desocupación de una cama de hospital, ya sea por "alta" o por "defunción".

16. EPICRISIS.

Es un resumen en el que se registran los datos de anamnesis y examen clínico, exámenes auxiliares, evolución, tratamiento, condición e indicaciones de alta, pronóstico, diagnósticos, cita y disposiciones de seguimiento.

Será firmado por el Médico responsable del cuidado del paciente.

17. ESCOLAR.

Es el niño de 6 a 14 años.

18. GRADO DE UTILIZACION.

Es la relación entre el número de instrumentos realmente utilizados en la producción de una actividad final de salud y el número de instrumentos disponibles en el período de estudio.

19. HOGAR SUSTITUTO.

Casa de familia que procura ambiente hogareño a un niño carente de él,

en forma temporal, es financiado por el Estado y supervisado por Asistentes Sociales.

20. INGRESO.

Es la aceptación formal de un paciente por la Institución para su atención médica, mientras ocupe una cama hospitalaria en cualquiera de las áreas destinadas a hospitalización. Un ingreso siempre implica la ocupación de una cama, y la existencia de una Historia Clínica actualizada para el paciente, durante el período que dure su tratamiento.

21. INSTRUMENTO.

Es el conjunto de recursos combinados cualitativa y cuantitativamente según criterio de eficiencia, para producir un tipo específico de actividad de salud. La finalidad de agrupar los recursos en unidades instrumentales es la de facilitar su análisis, ya que sería imposible hacer lo con cada tipo de recurso.

22. LACTANTE O INFANTE.

Es el niño de 0 a 11 meses.

23. NEONATO.

Es el niño de menos de 28 días de edad.

24. NIVEL DE SALUD.

Es la cuantía de salud que ha alcanzado una población determinada. Se la valora indirectamente a través de indicadores negativos: Mortalidad y Morbilidad, o en su defecto, a través de la demanda satisfecha. La estructura de la situación de salud, se valora por las causas de la Mortalidad y Morbilidad en relación con las edades en que ocurren.

25. NOTAS DE EVALUACION CLINICA.

Es un replanteamiento del caso clínico para su estudio integral, detallando su evolución desde el ingreso hasta el momento presente, tomando en consideración las correlaciones entre la clínica, los exámenes auxiliares y la respuesta a la terapéutica.

Debe hacerse con una periodicidad semanal como mínimo.

26. NOTAS DE EVOLUCION.

Es un registro cronológico del curso clínico del paciente, desde su ingreso hasta su egreso. Debe consignar el estado general, la evolución de los signos y síntomas, la respuesta a la terapéutica y las razones de cambios o modificaciones en la atención del enfermo., así como el regimen dietético.

La frecuencia con que se hacen las anotaciones estará determinada por la condición del paciente; en enfermos agudos será diaria y cuantas veces sea necesaria. En los enfermos no críticos, debe hacerse cuando menos una nota interdiaria. Las notas de evolución comenzarán con la nota de ingreso, que es la que indica la condición del paciente en el momento de internarse.

27. POBLACION ACCESIBLE.

Es la parte de la población del Area Programática que cuenta con servicios permanentes de atención médica y registros demográficos; su delimitación está dada por un tiempo no mayor de dos horas en el traslado de los habitantes al Establecimiento de Salud más cercano, utilizando los medios habituales de transporte en la zona.

28. POBLACION PROGRAMADA.

Es la parte de la población del Area Programática que debe ser atendida por un servicio de salud o que está bajo su responsabilidad.

29. PRE-ESCOLAR.

Es el niño de 1 a 5 años de edad.

30. PROGRAMA.

Es el conjunto de actividades que producen resultados homogéneos, cuantificables y significativos. Se expresa un documento que por-
menoriza su contenido y que señala las metas por alcanzarse, los
plazos y los itinerarios a cumplirse, los recursos y los mecanismos
administrativos necesarios para desarrollar las acciones y contro-
lar su ejecución.

31. RENDIMIENTO.

Es el número de actividades producidas por unidad de instrumento
en el tiempo definido en su denominación.

32. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL.

Es el riesgo de morir a que están expuestos los niños de 0 a 11
meses en un tiempo y un área geográfica determinados.

$$T.M.I. = \frac{N^{\circ} \text{ de defunciones de 0-11 meses}}{N^{\circ} \text{ de nacidos vivos}} \times 1000$$

33. TASA DE MORTALIDAD DE 1 A 5 AÑOS.

Es el riesgo de morir a que están expuestos los niños de 1 a 5
años.

$$T.M. \text{ 1=5 Años} = \frac{N^{\circ} \text{ de defunciones de 1=5 años}}{\text{Población de 1=5 años}} \times 1000$$

34. TASA DE MORTALIDAD DE 6 A 14 AÑOS.

Es el riesgo de morir a que están expuestos los niños de 6 a 14
años.

$$\text{T.M. } 6=14 = \frac{\text{Nº de defunciones } 6=14 \text{ años} \times 1000}{\text{Población de } 6-14 \text{ años}}$$

35. TRASLADO.

Es la derivación de un paciente de un Establecimiento de Salud a otro, para continuar con el tratamiento, cumpliendo con los trámites administrativos.

36. VULNERABILIDAD.

Es el grado en que un "daño" puede ser evitado o un problema de salud puede ser resuelto con la capacidad tecnológica disponible.

= o =