

30
201



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA
ATENCIÓN DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO
DEL RECIEN NACIDO A LOS 5 AÑOS DE EDAD**

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A :
PAULA GUEVARA LARA**

Leo Ma. de los Angeles Torres Lagunas

DIRECTOR DE MANUAL: LEO. MA. DE LOS ANGELES TORRES LAGUNAS



MEXICO, D. F.

**U.N.A.M.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

1997

NOV 11 1997

**COORDINACIÓN DE SERVICIOS
SOCIAL Y OPCIONES
TERMINALES DE TITULACION**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

GRACIAS A DIOS POR HABERME
DADO LA DICHA DE SUPERAR
ESTE GRAN PASO DE MI VIDA.

A LA ENEO - UNAM - Y CIMIGEN
POR PERMITIRME DESARROLLAR
COMO PROFESIONAL DE LA
SALUD.

AL DR. CARLOS VARGAS Y
EDUARDO JURADO, POR TODA LA
EXPERIENCIA TRANSMITIDA,
FRUTO DE SU TRAYECTORIA
COMO FUNDADORES DE LA
PERINATOLOGIA E IMPULSORES
DE LA LICENCIATURA EN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

A TI ANGELES TORRES L. POR
HABERME ENSEÑADO CON
INTELIGENCIA Y NOBLEZA EL
CAMINO DE LA SUPERACION
PERSONAL Y EL SER MEJOR CADA
DIA.

A MICKY Y POLO POR SU
ESTIMABLE AYUDA Y TODAS LAS
FACILIDADES QUE ME
OFRECIERON PARA CUMPLIR ESTE
OBJETIVO.

A MIS AMIGOS, QUIENES
SIEMPRE ME BRINDARON TODO
SU APOYO INCONDICIONAL:
LILIANA, SAIRI, LOLITA, JOSE,
ANA, JOSE ALFREDO Y DANIEL.

DEDICATORIAS

TE DEDICO ESTE MANUAL A TI
"MARCO" POR QUE LLEGASTE
EN EL MOMENTO MÁS
IMPORTANTE DE MI VIDA.

MUY ESPECIALMENTE A MIS
PADRES Y HERMANOS, POR EL
IMPULSO QUE SIEMPRE
ME HAN BRINDADO.
QUIENES HAN SACRIFICADO
GRAN PARTE DE SU VIDA Y POR
QUE ME HAN HEREDADO EL
TESORO MÁS VALIOSO QUE SE
LE PUEDE DAR A UN HIJO Y
HERMANO.....

**AMOR, FORMACIÓN Y
EDUCACIÓN**

CONTENIDO

12 - DESCRIPCION DEL MANUAL	11
13 - JUSTIFICACION	12
14 - OBJETIVOS	13
14 1 -OBJETIVO GENERAL	13
14 2 -OBJETIVOS ESPECIFICOS	13
II - ATENCION DEL RECIEN NACIDO	15
Concepto	15
2 1 -ATENCION INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO	16
2 1 1 -Prevencion de la Pérdida de calor	16
2 1 1 1 -Cuna Térmica	16
2 1 1 2 -Secado Inmediato del Recién Nacido	17
2 1 2 -Permeabilidad de vias aéreas	17
2 1 2 1 -Posición	17
2 1 2 2 -Aspiración de Secreciones Bucofaríngeas	18
2 1 3 -Estimulación táctil	19
2 1 4 - Evaluación del neonato	20
2 1 4 1 -Esfuerzo Respiratorio	21
2 1 4 2 -Frecuencia Cardiaca	22
2 1 4 3 - Coloración	22
2 1 4 4 - ABC de la Reanimación Cardiopulmonar	22
2 1 4 5 - Componentes del ABC de la reanimación neonatal	22
2 1 5 -Ligadura del cordón umbilical	23
2 1 6 - Profilaxis Oftálmica	24
2 1 7 - Ministración de Vitamina K	24
2 1 8 - Temperatura corporal del recién nacido	24
2 1 9 - Permeabilidad de Vias aereas	24
22 EXAMEN FISICO	29
22 1 Métodos de exploración	29
22 1 1 - Inspección	29
22 1 2 -Palpación	30
22 1 3 -Auscultación	31
22 1 4 -Percusión	31
22 1 5 -Medición	31
22 2 - Exploración Física	32
22 2 1 - Inspección General	32
22 2 1 -Características Normales del Recién Nacido	32
22 2 3 -Piel	32
22 2 4 -Cabeza y Craneo	33
22 2 5 -Torax	36
22 2 6 -Abdomen	36

2.2.2.7 -Genitales Masculinos	37
2.2.2.8 -Genitales Femeninos	37
2.2.2.9 -Columna Vertebral	37
2.2.2.10 -Miembros Inferiores	37
2.2.2.11 -Cadera	38
2.2.3 -Exploración neurológica	38
2.2.3.1 -Reflejo de Succión	39
2.2.3.2 -Reflejo de Búsqueda	39
2.2.3.3 -Reflejo de Deglución	39
2.2.3.4 -Reflejo de Moro	40
2.2.3.5 -Reflejo de Marcha	40
2.2.3.6 -Reflejo de Prensión	41
2.2.3.7 -Reflejo de Babinski	41
2.2.3.8 -Reflejo de Enderezamiento	41
2.2.4 - Signos vitales	41
2.2.4.1 -Frecuencia Respiratoria	42
2.2.4.2 -Frecuencia Cardíaca o (Pulso)	42
2.2.4.3 -Temperatura Corporal	43
2.2.5 - SOMATOMETRIA	44
2.2.5.1 -Peso	44
2.2.5.2 -Peso al Nacer	44
2.2.5.3 -Longitud Supina (Talla)	45
2.2.5.4 -Perímetro Cefálico	45
2.2.5.5 -Perímetro Torácico	46
2.2.5.6 -Perímetro Abdominal	47
2.2.5.7 -Perímetro Braquial	47
2.3 - VALORACION CLASIFICACION Y EVALUACION DEL RECIEN NACIDO	48
2.3.1 - Valoración APGAR	48
2.3.1.1 -EVALUACION DEL RECIEN NACIDO APGAR	49
2.3.2 - Evaluación SILVERMAN ANDERSEN	50
2.3.2.1 - EVALUACION DEL RECIEN NACIDO "SILVERMAN"	50
2.3.3 - Evaluación del recién nacido Capurro	51
2.3.3.1 - EVALUACION DEL RECIEN NACIDO "CAPURRO"	53
2.3.4 - Evaluación Jurado	54
2.3.4.1 - Evaluación Método JURADO	55
2.4 - DEFECTOS AL NACIMIENTO	59
2.4.1 -Antecedentes	59
2.4.2 HIPOTROFIA (bajo peso al nacer)	60
2.4.3 -PREMATUREZ O (PRETERMINO)	62
2.4.4 - ASFIXIA PERINATAL (TRAUMA OBSTÉTRICO)	62
2.4.4.1 - Clasificación de Encefalopatía Hipoxica isquémica	65
2.5.6 - MALFORMACIONES CONGENITAS	66
2.4.6.1 - Clasificación	67
2.4.5.3 -Normas Generales de Manejo descritas por el Dr. Giovanni	68

2.4.5.3.- CUADRO DE DETECCION TEMPRANA DE MALFORMACIONES COONGENITAS	68
2.4.5.4.- Valoración y manejo de Labio y paladar hendidos	70
2.4.5.5.-Valoración y manejo de Espina Bífida	75
2.4.5.7.-Valoración y manejo de Luxación Congénita de Cadera	79
2.5 - CLASIFICACION DE RIESGO DEL RECIEN NACIDO	86
2.5.1.-Evaluación de riesgo perinola al nacimiento del recién nacido	86
2.5.2.- Previgen VI	86
2.5.2.1.- Guía de Evaluación de riesgo perinatal al nacimiento en el recién nacido	87
2.5.3.- Previgen VII	88
2.5.3.1.- Guía de evaluación de riesgo perinatal en el recién nacido de 0 a 6 días	88
2.6 - ATENCION MEDIATA DEL RECIEN NACIDO	89
2.6.1.- Ubicación del recién nacido	89
2.6.2.- Evaluación del recién nacido Método "VARGAS"	89
2.6.2.1.- Cuadro de Evaluación del Recién Nacido Método de Vargas	90
2.6.2.2.-Alojamiento Conjunto	91
2.6.2.3.-Terapia Intermedia	91
2.6.2.4.- Terapia Intensiva	92
III.- LACTANTE	98
3.1 - ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO	98
3.1.1.-Lactancia Materna	98
3.1.2.-Composición de la leche materna	98
3.1.3.- Componentes nutricionales de la leche materna con la leche de vaca	100
3.1.4.- Volumen de la leche materna	100
3.1.5.- Ventajas de la lactancia materna	100
3.1.5.1.-Ventajas para el niño	100
3.1.5.2.-Ventajas para la madre	101
3.1.5.3.-Ventajas para la familia	101
3.1.5.4.-Ventajas para el País	101
3.1.6.-Diez pasos para una lactancia exitosa	101
3.1.7.- Técnica de Lactancia Materna	102
3.1.7.1.- Preparación de los pezones	102
3.1.7.2.-Técnica de Hoffman	103
3.1.7.3.-Técnica Marmet	104
3.1.7.4.-Posición de la mano en C	105
3.1.7.5.-Cómo retirar al bebé del pecho	107
3.1.8.-Posiciones para amamantar	108
3.1.8.1.-Posición de cuna	108
3.1.8.2.-Posición de fútbol	108
3.1.8.3.-Posición recostada	109
3.1.8.4.-Posición Decúbito lateral	109

3 1 8 5 - Posición Sentada	110
3 1 8 6 - Posiciones para extraer el aire del niño después de comer	110
3 1 9 -Manejo y Tratamiento para pezones adoloridos	111
3 1 10 -Extracción manual de la leche materna	112
3 1 11 - Ablactación	114
3 1 11 1 - Aspectos fisiológicos necesario para iniciar la Ablactación	114
3 1 11 2 - Riesgos de una ablactacion temprana	114
3 1 12 - Destete	115
3 1 13 - Pautas para llevar acabo la Ablactación y Destete	115
3 2 - VIGILANCIA DE COLORACION DE PIEL Y TEGUMENTOS	117
3 3 - DETECCIÓN DE HEMORRAGIA. INFECCION O INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	120
3 4 - VALORACIÓN DE CIRCUNSIÓN AL RECIEN NACIDO	123
3 5 - BAÑO DEL RECIEN NACIDO	124
3 5 1 - Material y equipo	124
3 5 2 - Técnica	125
3 7 -PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	126
3 8 - ESTIMULACION TEMPRANA	130
3 8 1 -Areas de Desarrollo	130
3 8 2 -Principios para la Estimulación Temprana	132
3 8 3 - Requisitos para la Estimulación Temprana	132
3 8 4 -Características. Síntomas de alarma y Material de estimulación por mes	133
3 8 5 -Guía de Estimulación por Mes	141
3 8 6 -Masaje VIMALA-SCHNEIDER	146
3 9 - TAMIZ NEONATAL	150
3 9 1 -Hipotiroidismo congénito y Fenilcetonuria	151
3 9 2 -Prueba de Tamiz Metabólico	152
3 9 3 - Técnica de tamiz metabólico	152
3 10 -VISITAS PERIODICAS AL HOSPITAL	156
3 10 1 - Referencia - Contrarreferencia	156
3 10 1 1 -REFERENCIA AL HOSPITAL	157
3 11 2 - CONTRARREFERENCIA AL HOSPITAL	157
VI - VACUNAS	161
4 1 - Control de Inmunizaciones	161
	167
V-DETECCIÓN, PREVENCIÓN Y MANEJO DE ENFERMEDADES MAS COMUNES EN LA NIÑEZ	168
5 1 - ENFERMEDADES VIRALES	168
5 2 - ENFERMEDADES DIGESTIVAS	173
5 2 1 - Gastroenteritis o Síndrome diarreico	173
5 2 1 1 - Deshidratación	175
5 2 1 2 - Como evaluar el estado de deshidratacion de su paciente	175
5 2 2 -Parasitosis intestinales	177

5 2 5 - Amibiasis	178
5 2 6 - Hepatitis	179
5 2 7 - Apendicitis	179
5 2 8 - Hernias	180
5 3 - ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	181
5 3 1 - Amigdalitis	181
5 3 2 - Parotiditis	181
5 3 3 - Bronquitis	182
5 3 4 - Asma	183
5 3 5 - Tuberculosis	183
	185
VI - EVALUACION DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL RECIEN NACIDO A CINCO AÑOS DE EDAD	186
6 1 - NORMA OFICIAL MEXICANA	186
6 1 1 - Clasificación del niño por edades de desarrollo (recién nacido a 5 años de edad)	186
6 1 2 - Crecimiento	186
6 1 3 - Desarrollo	186
6 2 - Somatometría	187
6 2 1 - Longitud, Talla	187
6 2 1 1 - Calculo de Talla en niños de 2 a 7 años	187
6 3 2 - Peso	187
6 3 2 1 - Aumento de Peso durante el Primer año de Vida	187
6 3 2 2 - Calculo de de peso ideal de 2 a 7 años	187
6 3 3 - Perimetro cefálico	187
6 3 3 1 - Calculo de Perimetro cefálico en recién nacidos a un año de edad	188
6 3 3 2 - Tablas de referencia para valorar el perimetro	188
6 3 3 3 - Valoración del perimetro cefálico en el niño menor de tres años	190
6 3 4 - Valoración de la Desnutrición	190
6 3 5 - Valoración de la nutrición y crecimiento del niño menor de un año y de uno a cuatro años	190
6 3 5 1 - Tablas de referencia para valorar PESO-EDAD en niñas y niños menores de 5 años	191
6 3 5 2 - Tablas de referencia para valorar TALLA-EDAD en niñas y niños menores de 5 años	193
6 3 5 3 - Tabla de referencia para valorar PESO-TALLA en niñas y niños	195
6 3 5 4 - Valoración de la Nutrición y el Crecimiento en el menor de un año y de uno a cuatro años	197
VI - CUIDADOS EN EL HOGAR	202
7 1 - Vigilancia de indicaciones terapéuticas y cuidados en el hogar	202
7 1 1 - Alimentación	202
7 1 2 - Llantio	202

7.1.3 -Juego	203
7.1.4 -Posiciones para dormir	203
7.1.5 -Cuidados en caso de Circuncisión	203
7.1.6 -Cuidados al Ombligo	203
7.1.7 -Baño	203
7.1.8 -Cuidado de las Uñas	204
7.1.9 -Vestido	204
7.1.10 -Exposición al Sol	204
7.1.11 -Prevención de Enfermedades Digestivas	204
7.1.12 -Prevención de Enfermedades Respiratorias	204
7.1.13 -Prevención de Accidentes e Intoxicaciones	204
7.1.14 -Consultas Subsecuentes	205
7.1.15 -Síntomas de Alarma	205
7.2 - Vigilancia del Programa de Lactancia Materna	206
7.3 - Capacitación a la madre para el manejo de la tarjeta de control del niño	206
7.5 - PREVENCIÓN DEL MALTRATO AL LACTANTE	207
7.6 - LOS DERECHOS DEL NIÑO	208
VIII - CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	213
GLOSARIO DE TÉRMINOS	222
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	231

INTRODUCCIÓN

El presente manual de procedimientos para la atención del recién nacido rescata aspectos perinatales que surgen del Programa Materno infantil, y de la experiencia que adopta el Licenciado en Enfermería y Obstetricia como egresado de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México en el ámbito laboral dentro del Centro de Investigación Materno Infantil ya que con bases científicas desarrolla su papel como profesional de la salud, a través de la integración de información que se apoya de otros instrumentos de consulta en los cuales se fundamenta, para mostrar un instrumento educativo que sirva de apoyo básico para la realización de procedimientos en las áreas correspondientes a Enfermería Pediátrica el cual pretende mostrar de manera accesible sistematizada e ilustrada, una serie de procedimientos para la atención de un recién nacido de bajo riesgo a 5 años de edad, con la aplicación de cuadros y gráficas que normalmente se manejan para su valoración, evaluación y manejo

El presente manual tiene la finalidad de poder aplicarse en instituciones educativas que forman personal de enfermería como la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, en las materias de Obstetricia I, Pediatría, Crecimiento y Desarrollo, en los Hospitales u otras instituciones correspondientes al área de la salud como lo es el Centro de Investigación Materno Infantil Gen, San Luis Tlaxiatalmalco, Cimpo Gen y otras interesadas por el mismo.

Tales razones contribuirán en gran medida a la disminución de riesgos y daños en el área de enfermería Pediátrica para el nacimiento de niños sanos con alto nivel de salud.

CAPITULO I

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCION DEL RECIEN NACIDO A LOS 5 AÑOS DE EDAD

1.2.- DESCRIPCIÓN DEL MANUAL

- El presente manual se encuentra distribuido en 5 capítulos, los cuales abordan de manera clara y precisa los procedimientos del niño, desde su nacimiento con la atención inmediata a través de una guía de reanimación cardiopulmonar enfocada a disminuir el riesgo de asfixia. Se menciona la exploración física, exploración neurológica, somatometría y la detección oportuna de defectos al nacimiento así como su manejo. Además de la aplicación de cuadros guías de evaluación, clasificación y manejo del recién nacido para su asistencia oportuna como Apgar, Capurro, Silverman, Jurado y Vargas.
- En el Capítulo III - Se habla de lactancia Materna su importancia, técnicas que favorecen una lactancia exitosa, extracción manual, precauciones y cuidados que la madre deberá tomar en cuenta para disminuir riesgos a su salud y la de su hijo.
- Indicaciones y técnicas para el baño del bebé, Vigilancia y detección de signos de infección, hemorragias e insuficiencia respiratoria, valoración de una circuncisión.
- Los cuidados que se deberán tener a la llegada del niño y posteriores en el Hogar, como son la prevención de accidentes, Baños de sol, Visitas subsecuentes y una Vacunación oportuna y la importancia de la estimulación temprana durante el primer año de vida y Prueba del Tamiz Metabólico.
- El Capítulo IV - Hace referencia a las vacunas que se deberán administrar al niño recién nacido hasta los 5 años, dicho cuadro se encuentra dividido en dos partes:
 - 1) Cuadro básico de Vacunación
 - 2) Cuadro complementario de Vacunación
- En el Capítulo V se contempla Las Enfermedades Virales, Enfermedades Digestivas y las Enfermedades Respiratorias más comunes en la niñez con la Detección, Prevención y Manejo de cada una de ellas.
- Dentro de Capítulo VI se menciona la importancia del control del niño cuanto a su Nutrición, Crecimiento y Desarrollo a través de Cuadros de valoración en las que se determina a través de perceptivas su normalidad o anormalidad.
- Finalmente en el Capítulo VII - Cuidados en el hogar de manera general rescatando la vigilancia del programa de Lactancia Materna, capacitación a la

madre para utilizar la tarjeta de Control del niño, Prevención del Maltrato al Lactante y Los Derechos del Niño

- ◆ El Capitulo VIII Y IX Concluyen el presente manual con Anexos que refuerzan está información
- ◆ Cabe señalar que la mayoría de las Valoraciones y manejo se ha retomado de la práctica directa con la utilización operativa de dichos instrumentos en el Centro de Investigación Materno Infantil razones por las que se hace énfasis en la mayoría de este manual

1.3.- JUSTIFICACION

- ⇒ El presente manual de Procedimientos para la atención del Crecimiento y Desarrollo del recién nacido hasta los 5 años se justifica por que de acuerdo al conocimiento e identificación de factores que obstaculizan y limitan la atención eficiente y eficaz hacia el área perinatal enfocada al aspecto pediátrico, surge la necesidad de contar con un instrumento informativo que contenga los procedimientos perinatales básicos de manera accesible y aplicable en el área laboral
- ⇒ También se justifica porque al estudiante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (LEO), le permitira desarrollar apoyar y reforzar conocimientos teórico-prácticos que durante la formación académica se obtiene específicamente en las materias de Pediatría y Obstetricia I facilitando así la investigación de procedimientos de manera didáctica sistemática e ilustrada que responda a las necesidades de calidad y calidez que un recién nacido a los 5 años requiere
- ⇒ Al Pasante de servicio social en la LEO, se le facilitará el manejo oportuno con el desarrollo de habilidades y destrezas en la atención pediátrica unificando criterios en las áreas de Obstetricia, Crecimiento y Desarrollo Sin olvidar que el LEO de igual manera y con perspectivas mas amplias abordaria con mayor eficiencia en este aspecto durante el ejercicio libre de su profesion, con un manual que responda al perfil académico para el que fue formado
- ⇒ Instrumento que surge como respuesta a los factores de riesgo que cotidianamente se presentan en una sociedad en vias de desarrollo y a la actual problemática perinatal que afecta día con día la salud de cada individuo, por lo que se pretende ofrecer una respuesta a uno de los objetivos primordiales de salud Materno infantil que refiere el control del embarazo, parto puerperio y la vigilancia del crecimiento y desarrollo del recién nacido a los 5 años de edad, contribuyendo así al mejoramiento de la calidad y calidez de la atención de la madre y el niño en la etapa perinatal logrando el maximo de las

oportunidades de alcanzar así una vida digna y el derecho a la protección a la salud para todos los niños mexicanos

⇒ En base a lo proyectado, el presente manual de procedimientos se enfoca exclusivamente al área PEDIÁTRICA

1.4.- OBJETIVOS

1.4.1.-OBJETIVO GENERAL

⇒ Contar con un manual informativo que fundamente los procedimientos específicos para la atención del crecimiento y desarrollo del recién nacido a cinco años de edad como guía para el personal de enfermería en instituciones educativas y de salud

1.4.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS

⇒ Diseñar un manual de procedimientos que guíe la participación del personal de Enfermería y Obstetricia en la atención de calidad oportuna al recién nacido de bajo riesgo a cinco años de edad

⇒ Contar con una guía que optimice la vigilancia del crecimiento y desarrollo de la atención del recién nacido a 5 años de edad sistematizando la atención y racionalizando los recursos

⇒ Contribuir el aprendizaje teórico-práctico del personal de enfermería a través de la realización de un manual de procedimientos específicos para la atención y vigilancia del crecimiento y desarrollo del recién nacido a 5 años de edad

CAPITULO II

ATENCION DEL RECIEN NACIDO

II.- ATENCION DEL RECIEN NACIDO

Concepto:

Un recién nacido se trata de todo "producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún tipo de vida, tales como movimientos respiratorios, latidos cardíacos o movimientos definidos de músculos voluntarios"¹

Como es bien sabido, existen múltiples factores del Macro ambiente, Matroambiente y Microambiente que determinan el estado de salud del recién nacido y que se relacionan básicamente con influencias genéticas y ambientales que estas a su vez pueden ser biológicas, físicas o químico farmacológicas, las que actúan sobre el desarrollo normal del nuevo ser dando como resultado daños y defectos al nacimiento en ocasiones irreversibles que se manifiestan en las diferentes etapas del desarrollo del niño intra y extrauterinamente y que determinarán en forma muy importante el manejo al momento de su nacimiento

Por lo que la atención de un recién nacido debe comprender varios aspectos que permitan clasificar el riesgo que presenta desde su vida en útero hasta su nacimiento conociendo en primera instancia los antecedentes maternos como son la edad número de embarazos, la alimentación, exposición a substancias tóxicas, nivel socioeconómico acceso a los servicios de salud etc. otros como los que cursa durante el embarazo, el trabajo de parto y el nacimiento que puedan ser útiles para una evaluación diagnóstica y manejo oportunos. Ya que como sabemos los primeros momentos de la vida de un niño son los que determinan el resto de su vida y la calidad de esta

La atención del recién nacido comprende 3 periodos

- ⇒ Inmediata al nacimiento
- ⇒ Mediata en Hospitalización
- ⇒ Tardía después de su egreso (lactante)

¹ Secretaría de Salud (1995) NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO PARTO, PUERPERIO Y DEL RECIEN NACIDO. Mexico, D.F. pp. 20

2.1.-ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO.

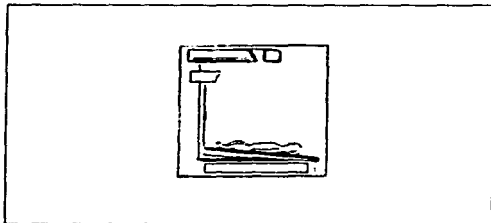
La atención inmediata del recién nacido comprende una serie de cuidados encaminados a brindar una asistencia oportuna, en base a el establecimiento de la respiración, temperatura corporal adecuada y facilitarle su alimentación. Los cuidados inmediatos son entonces

2.1.1- Prevención de la Pérdida de calor

El niño al nacer desarrolla a causa del frío, una pérdida de calor por evaporación, convección y radiación, esta pérdida se traduce a un aumento en la tasa metabólica, lo que provoca mayor requerimiento de OXÍGENO generando ACIDOSIS posteriormente- HIPOXEMIA, ACIDOSIS RESPIRATORIA, HIPOGLUCEMIA Y FINALMENTE LA MUERTE. Por lo que se deberá tomar en cuenta los siguiente aspectos

- Recibir al recién nacido con un compresa tibia.
- Colocar al RN en una cuna térmica
- Limpiar y secar rápidamente al niño de restos de líquido amniótico y otras secreciones evitando hacer maniobras bruscas.
- Retirar cualquier ropa húmeda que se encuentre a su alrededor y mantenerlo con una temperatura adecuada (36.5-37.5)

2.1.1.1.-Cuna Térmica



Una cuna térmica provee un ambiente apropiado para las necesidades del niño al nacer ya que reduce las pérdidas de calor por radiación y-o convección.

Fig 1 Cuna de Calor Radiante

PRECAUCIONES.

- Es importante precalentar la colchoneta y compresas donde se realizarán estas maniobras
- Evite cubrir al niño con sábanas, ya que impiden la llegada del calor a la piel.

2.1.1.2.-Secado Inmediato del Recién Nacido:

- Tan pronto el niño sea colocado debajo en la cuna térmica con calor radiante, séquelo y remueva todo rastro de líquido amniótico.
- Retire también toda compresa húmeda para evitar la pérdida de calor por evaporación.

2.1.2.- Permeabilidad de vías aéreas

El mantener limpias las vías respiratorias superiores e inferiores favorece una ventilación y aporte adecuado de oxígeno, de acuerdo a los siguientes pasos:

- Colocar al niño en posición correcta
- Aspirar boca y luego nariz.

2.1.2.1.-Posición

- La posición correcta es en decúbito dorsal o lateral ligeramente extendida
- Un ligero Trendelenburg puede ser de ayuda
- Coloque una compresa enrollada debajo de los hombros, 1.5 a 2.5 cm. del colchón para que mantenga la posición correcta (se usa principalmente en niños con un occipucio largo, debido al moldeamiento craneano, edema o permutares.

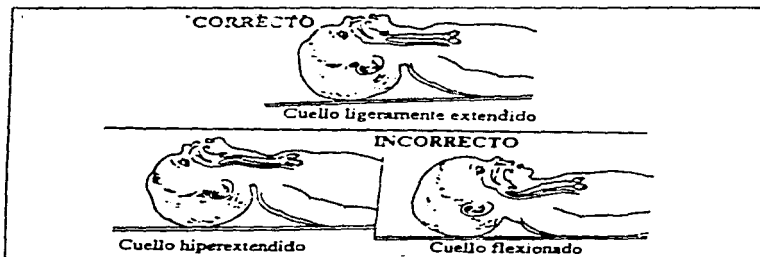


Fig 2 Posición correcta para el inicio de la reanimación o aspiración de secreciones

2.1.2.2.-Aspiración de Secreciones Bucofaríngeas

- Después de haber colocado al niño en posición correcta proceda a aspirar boca y luego nariz con una perilla de goma del No 1
- Gire la cabeza hacia un costado para permitir que se acumulen las secreciones de la boca y luego nariz
- Si las secreciones de la nariz y la boca no se remueven antes de que el recién nacido comience a respirar, el mismo puede llevarse a la tráquea y pulmón lo que puede generar serias consecuencias

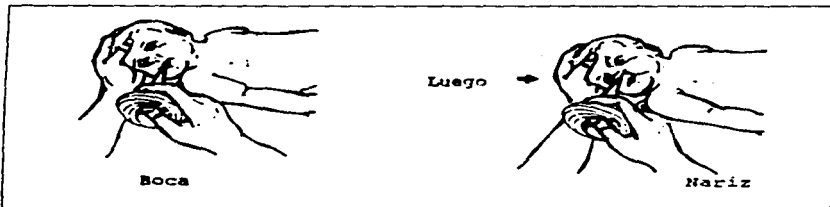


Fig 3 Aspiración de Secreciones

PRECAUCIONES

- Cuidado con el vigor y profundidad con que introduce la perilla, ya que puede desencadenar una repuesta vagal y apneas

2.1.3.-Estimulación táctil

- El secado y aspiración de secreciones producen estimulación al neonato y puede ser suficiente para inducir la respiración. Pero si el niño no respira inmediatamente se debe realizar estimulación táctil con el fin de que inicie la respiración como sigue



- Frotar la espalda del niño

Fig 4 Estimulacion tactil

- Con palmadas en las plantas de los pies o percutiendo el talón, generalmente inician la respiración

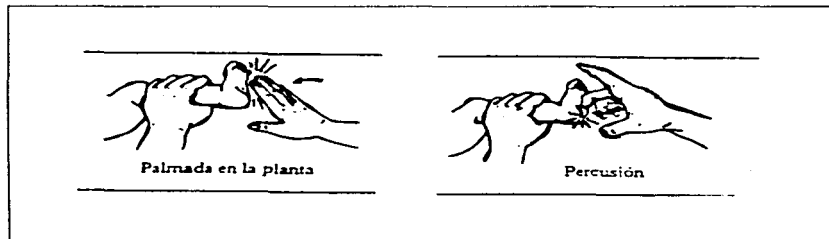


Fig 5 Estimulación Táctil

PRECAUCIONES

Evite hacer estimulación táctil muy brusca, pues podría provocar

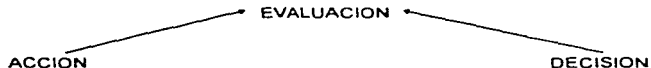
Al golpear la espalda
Comprimir las costillas

Forzar piernas sobre abdomen
Estimular esfínter anal
Usar compresas o baños de agua fría o caliente

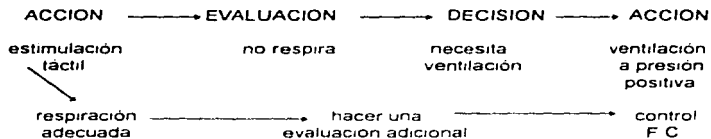
Lesionar la piel
Fracturas, neumotórax, dificultad respiratoria, muerte
Ruptura de hígado, bazo
Lesión del esfínter anal
Hipotermia, hipertermia Quemaduras

2.1.4.- Evaluación del neonato

La evaluación del recién nacido se inicia al rededor de los 20 segundos después del nacimiento, tomando en cuenta el ciclo: "EVALUACION - DECISION - ACCION", ya que si se tomara la valoración APGAR hasta finalizar el minuto, se perdería un tiempo muy valioso para el inicio de la reanimación en un niño asfisiado



Una reanimación eficiente y efectiva es llevada a cabo a través de una serie de acciones, evaluaciones, decisiones y más acciones. Por ejemplo, en algún momento mientras se da estimulación táctil a un recién nacido, usted evaluará las respiraciones del niño. Sobre la base de esa evaluación usted decidirá qué acciones tomar luego.



Si su evaluación de las respiraciones indica que el niño no está respirando o que la respiración es inadecuada usted tiene la base para decidir que la próxima acción es la de proveer ventilación a presión positiva. Si por otro lado las respiraciones son normales la próxima acción es evaluar la frecuencia cardíaca (F C) del niño.

Luego de iniciar cada acción usted debe evaluar sus efectos sobre el neonato y tomar una decisión acerca del próximo paso ¹.

- En base a lo anterior evalúe al niño de acuerdo a tres signos vitales

- 1 ESFUERZO RESPIRATORIO
- 2 FRECUENCIA CARDIACA
- 3 COLORACION

2.1.4.1.-Esfuerzo Respiratorio:

- El signo más importante en ser evaluado es el esfuerzo respiratorio, ya que una adecuada oxigenación suficiente al corazón, tejidos y el buen color depende de una adecuada respiración
- Si está respirando, se puede continuar con el siguiente paso que es comprobar la frecuencia cardíaca
- Si está Apneico o boqueando se debe administrar Ventilación a Presión Positiva con bolsa y máscara para reanimación

PRECAUCIONES

- Si continúa con la estimulación táctil en un niño que no responde, solo aumenta la hipoxia y retarda el inicio de la respiración.

¹ Cfr Ibidem p 1-24

2.1.4.2.-Frecuencia Cardíaca:

- Después de haber evaluado el esfuerzo respiratorio controle la frecuencia cardíaca (F C) del bebé
- La presencia de respiraciones no significa que el neonato tiene una buena frecuencia cardíaca
- La respiración puede estar presente pero no asegura el aporte suficiente de oxígeno para mantener una frecuencia cardíaca mayor a 100 latidos por minuto
- Al asegurarse que tiene una buena (F C), evalúe el color
- Si la F C es menor a 100 latidos por minuto inicie la ventilación con Presión Positiva, aunque el bebé tenga respiraciones espontáneas

2.1.4.3.- Coloración

- La coloración de un niño al nacer normalmente es sonrosada ligeramente cianótica, si se observara cianosis generalizada indicaría hipotermia, si la coloración se encuentra pálida indica que el niño tiene un déficit de riego sanguíneo a nivel sistémico
- Es importante checar la respiración del neonato al igual que mantenerlo a una temperatura adecuada

2.1.4.4.- ABC de la Reanimación Cardiopulmonar

Los pasos en la reanimación de un neonato siguen el bien conocido ABC de la reanimación los cuales son

- A. Establecer una vía aérea permeable**
- B. Iniciar Respiración**
- C. Mantener Circulación**

2.1.4.5.- Componentes del ABC de la reanimación neonatal

- A: Establecer una vía aérea permeable**
-Posición del niño

- Aspirar boca, nariz y en algunos casos tráquea
- Si es necesario introducir tubo endotraqueal para asegurar una vía aérea permeable

B: Iniciar Respiración

- Usar estímulos táctiles para iniciar la respiración
- Emplear ventilación o presión positiva cuando sea necesario usando bolsa y máscara o bolsa y tubo endotraqueal

C: Mantener Circulación

- Estimular y mantener la circulación sanguínea con masaje cardíaco o medicación

2.1.5.- Ligadura del cordón umbilical

Es necesario realizar hemostasia de las venas y arterias que se encuentran expuestas en el cordón umbilical después de haber sido cortado para evitar hemorragia o infección

- Coloque frente a usted al niño y anude el cordón umbilical de 3 a 5 cm de distancia de la pared abdominal, realizando doble nudo, con cuidado de no ejercer demasiada fuerza para no romperlo. realice un nuevo nudo a 2 cm del primero para asegurar la ligadura. Puede ser utilizado también seguros o broches de plástico vigilando que no latinee la piel del bebé



Fig 6 -

2.1.6.- Profilaxis Oftálmica.

- La protección ocular del niño, le permite evitar posibles infecciones gonococicas
- Aplique 1 gota de Cloranfenicol en cada ojo.

2.1.7.- Ministración de Vitamina K.

- La vitamina K permite corregir cualquier defecto de la coagulación que pueda existir en el recién nacido o esté relacionado con un déficit de esta vitamina
- Aplique 1 mg de Vitamina K hidrosoluble Vía intramuscular o en el cuádriceps de cualquier miembro inferior

2.1.8.- Temperatura corporal del recién nacido

- Generalmente los neonatos controlan su temperatura en las primeras horas del nacimiento, la temperatura corporal de la madre, al cabo de unas horas tendrá que controlar su propia temperatura que deberá ser de 36.5-37.5°
- Cuantifique y controle la pérdida de calor mientras ofrece los cuidados inmediatos, a través de la toma de la temperatura vía rectal, lubricando primero la punta del termómetro rectal e introduciendo lentamente con cuidado de no lastimar y perforar

2.1.9.- Permeabilidad de Vías aéreas

- Algunos estómagos de los niños extraídos por cesárea pueden contener abundante cantidad de líquido, que el de un niño nacido por parto.
- La regurgitación y aspiración de este líquido puede contribuir al desarrollo del Síndrome de Dificultad Respiratoria Idiopática (Membrana Hialina)
- Extraiga mediante una sonda pequeña para neonato el contenido del estómago, preferentemente antes de que inicie la lactancia materna.
- Identifique si existe atresia esofágica, en caso de que lo presente

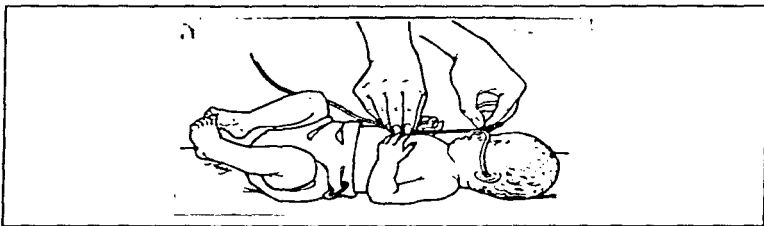
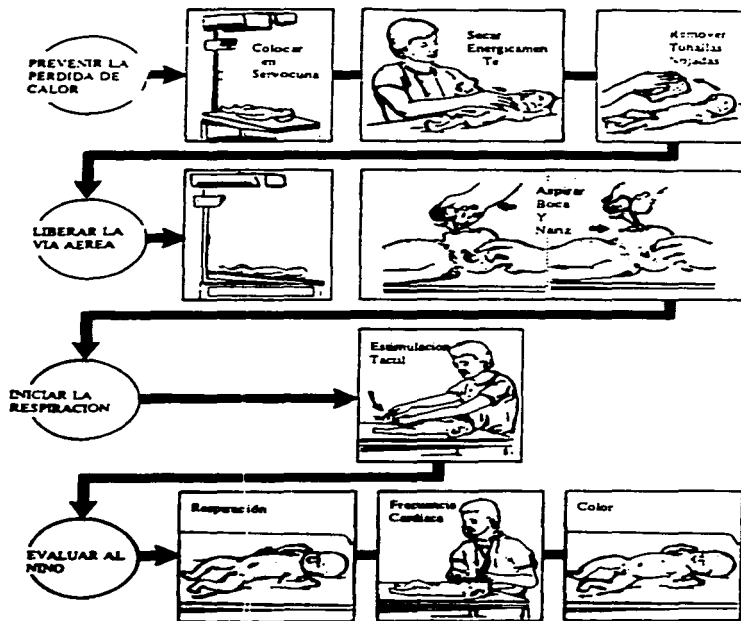


Fig 7 - Medición de la longitud de la sonda para extraer secreciones

ESQUEMA 1

RESUMEN DE LOS PASOS A SEGUIR EN LA ATENCION INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO



Secuencia de la atención del recién nacido

- 1 **La atención inmediata del recién nacido comprende la asistencia al momento de nacer, para el establecimiento de la respiración, temperatura adecuada e iniciar su alimentación**
- 2 **A la salida de la cabeza del bebé se deberá aspirar las secreciones Bucofaríngeas con una perilla del No 1 haciendo presión al globo e introduciendo cuidadosamente a través del carrillo de la boca y después nariz**
- 3 **Recibir al recién nacido con una compresa tibia**
- 4 **Colocar al niño en una cura térmica (Cuna Calor Radiante), previamente calentada**
- 5 **Limpiar y secar de inmediato al niño de restos de líquido amniótico y otras secreciones evitando hacer maniobras bruscas**
- 6 **Retire cualquier ropa húmeda que se encuentre a su alrededor y manténgalo con una temperatura entre 36.5 a 37.5**
- 7 **Coloque al niño en decubito dorsal con la cabeza dirigida al explorador ligeramente extendida puede utilizar una compresa enrollada para facilitar el procedimiento**
- 8 **Si son abundantes las secreciones gire la cabeza ligeramente a uno de sus lados y aspire nuevamente primero boca y luego nariz evite la introducción brusca hacia la tráquea y la aspiración frecuente en un mismo tiempo**
- 9 **Realice estimulación táctil con palmadas en la planta de los pies o percusión dos veces en talones o masaje en espalda**
- 10 **Evalúe al recién nacido de acuerdo a respiración frecuencia cardíaca y coloración**
- 11 **Verifique que el recién nacido esté respirando (Llanto fuerte)**
- 12 **Ausculte la Frecuencia cardíaca con un estetoscopio y un reloj visible, evaluando que esta sea mayor a 100 latidos por minuto**
- 13 **Valore la coloración del niño, está debe ser rosada**

14. Ligue el cordón umbilical a una distancia de 3-5 cm. de la pared abdominal, anudando sin hacer una fuerza que pudiera romperlo, realice otro nudo a 2 cm. del primero para asegurar la ligadura.
15. Aplique 1 mg de Vitamina K, vía intramuscular en la región glútea o en el cuádriceps del miembro inferior, con una jeringa de 1 cc.
16. Aplique una gota de cloranfenicol oftálmico al 1% en cada ojo .
17. Utilizar ambas manos, una para sentir y la otra para hacer presión en protuberancias a la exploración física_

⁴ Cfr. Barrera Reyes, Op. Cit, Pp 140-141.

2.2. EXAMEN FISICO

Concepto:

- El examen físico es una valoración sistematizada, a través de la cual se obtienen datos objetivos de las estructuras y funciones de los aparatos y sistemas del cuerpo que permitan obtener en forma precisa y ordenada información del niño en las áreas biológica, psicológica y social para la elaboración de un diagnóstico de la capacidad o incapacidad funcional

2.2.1 Métodos de exploración

- Los métodos de exploración se refieren a cuatro técnicas básicas, las cuales son auxiliares en la exploración del recién nacido
 - **INSPECCION**
 - **PALPACION**
 - **AUSCULTACION**
 - **PERCUSION**

2.2.1.1.- Inspección

- Se lleva acabo a través de la observación informada con un propósito, se inicia con la historia clínica y continua durante el examen físico
- La inspección nos ayuda a detectar características físicas significativas, observar y anular en forma precisa los hallazgos anormales en relación con los normales
- La inspección se divide de acuerdo a los siguientes criterios

Según la región a explorar

Local: Inspección por segmentos

General: Inspección de actitud, movimientos, marcha etc

Según la forma en que se realiza

Directa: Simple o inmediata (mediante la vista)

Indirecta: Instrumental

Por el estado de reposo o movimiento

Estática: o de reposo de un órgano o cuerpo

Dinámica: Mediante movimientos voluntarios o involuntarios³

³ Cfr. Barrera, Susana-Reyes, I. y, FUNDAMENTOS DE NEUROLOGIA, p. 115

2.2.1.2.-Palpación:

- Es la técnica de examinar a través del sentido del tacto el cuerpo del niño, se realiza como segundo paso en la valoración , con el fin de detectar la presencia o ausencia de masas, dolor, temperatura, tono muscular y movimiento.
- La palpación se divide en:

Por la forma en que se realiza

Directa: Por medio del tacto.
Indirecta: Mediante el empleo de instrumentos que permitan explorar conductos (sondas).

Según el grado de presión

Superficial: Con presión suave para obtener textura de la piel

Profunda: Con presión interna y así percibir órganos profundos

Según el tipo de exploración

Uní o digital: Para investigar puntos dolorosos, medir pániculo adiposo, etc

Tacto: Con uno o dos dedos para explorar cavidades.

Manual, sencilla o bimanual: se utilizan ambas manos, una para sentir y otra para tocar las protuberancias⁵

⁵ Cfr. Barrera-Reyes, Op. Cit, pp 140-141.

2.2.1.3.-Auscultación

- Es la técnica de escuchar ya sea con el oído o el estetoscopio, sonidos en áreas específicas del cuerpo del niño. Valorar ruidos o sonidos producidos en los órganos (contracción cardíaca, soplos, peristaltismo intestinal, ruidos pulmonares, etc) La auscultación se divide en:

Directa: golpear directamente la superficie del cuerpo

Indirecta: Se utiliza un estetoscopio

2.2.1.4.-Percusión

- La percusión se refiere al golpeteo ligero en porciones del cuerpo con golpes cortos y agudos, con el fin de producir sonidos que ayuden a determinar el tamaño, forma, posición y densidad de los órganos y tejidos. Es usada más frecuentemente en abdomen y tórax, y determina la cantidad de aire o material sólido de un órgano. Se realiza

Directa: Golpear directamente la superficie del cuerpo con los dedos en forma suave, breve y poco intensa

Indirecta o instrumental: Mediante golpes sobre cualquier superficie osteomuscular

2.2.1.5.-Medición

- Es la comparación de una magnitud con una unidad establecida y que se utiliza para dar valor numérico a algunos atributos del paciente.

2.2.2.- Exploración Física.

2.2.2.1.- Inspección General

Se deberá observar:

- Estado de alerta
- Respuesta a estímulos
- Estado de hidratación
- Coloración de la piel
- Movimientos respiratorios
- Movimientos anormales
- Malformaciones obvias al momento de la inspección

2.2.2.1.-Características Normales del Recién Nacido

- "La cara del recién nacido es inexpresiva y el maxilar inferior puede estremecerse si se le estimula.
- Los carrillos pueden estar llenos por la "bola adiposa de Bichat".
- Al estar acostado el niño sus extremidades pueden estar inmóviles debido a que todas sus energías están encaminadas a una respiración dificultosa
- Los movimientos torpes y temblorosos son clónicos en el tobillo o la mandíbula
- El estado nutritivo se aprecia por el peso y la talla, pero también por el aspecto arrugado o regordete del cuerpo
- Su piel presenta a veces sensibilidad a la presión
- El edema de los párpados es el resultado común de la irritación química producida por el cloranfenicol.⁷

2.2.2.3.- Piel

El examen de la piel se llevará a cabo a través de la palpación y de la inspección

- Es normal que el RN presente coloración rosada y en algunos casos acrocianosis, la textura de la piel en un RN a término es suave y ligeramente seca
- Para su exploración el niño deberá estar desnudo, en una habitación cálida e iluminada.

⁷ Cit. Nelson, Waldo E. TRATADO DE PEDIATRÍA, Tomo I, pp 390

- Inspeccione color, cianosis, ictericia, palidez, eritema, erupciones, grado de hidratación, textura, edema, manifestaciones hemorrágicas, manchas, distribución de bello y descamación.
- Tome un pliegue de la piel, entre el índice y el pulgar, cuando se libera la piel normal vuelve rápidamente a la forma de la superficie, blanda del cuerpo

Datos a Vigilar

⇒ "En estados de deshidratación la turgencia de la piel permanece distendida o suspendida por algunos segundos antes de volver a asumir su aspecto normal"

Lesiones normales:

Manchas mongólicas: son las zonas bien demarcadas de pigmentación, generalmente de color azul pizarra. Suelen aparecer en los gluteos o en la espalda y se presentan con mayor frecuencia en lactantes de raza negra

Hemangiomas: Cambio de color rojo que se observa al nacer

Nevo Pigmentario: Mancha rosada pálida que se observa con frecuencia en párpados y región occipital de recién nacidos de piel clara. Es de color poco intenso, palidez a la presión suele perder intensidad rápidamente y desaparecer como al año de edad ¹⁴

RECOMENDACIONES:

- Si los brazos están calientes y las piernas más frías, el niño puede tener coartación de la aorta.
- Piel húmeda y fría puede indicar enfermedad cardiaca. Si la piel es grasosa puede presentarse dermatitis seborreica del cuero cabelludo o eczema.

2.2.2.4.- Cabeza y Cráneo

-Pelo

- Puede observarse lanugo.
- Es común que sufra descamación en las primeras 4 semanas de vida
- Observe la presencia de tejido subcutáneo hidratado

¹⁴ Cfr. Rivera Angelina. **EXPLORACION FISICA**, Cuzimgen

-Cara

- Identificar tamaño, forma, simetría y posición de los ojos, boca y nariz

Datos a Vigilar

⇒ Marcas de fórceps en la cara, estas desaparecen al cabo de algunos días
 ⇒ "Se debe inspeccionar la boca para determinar su tamaño y simetría. La parálisis facial es más aparente durante el llanto"⁹

-Cráneo

- Se llevará a cabo a través de inspección y palpación
- Inspeccione forma, volumen, simetría, fontanelas, suturas y lesiones.
- Descartar la presencia de anencefalia, craneotabes, microcefalia e hidrocefalia
- Palpe la cabeza para detectar formas anormales durante los primeros días de vida, que puedan ser secundarios a

=Cefalohematoma

=Caput Succedaneum

=Moldeamiento de los huesos del cráneo

=Craneosinostosis

=Craneotrabes

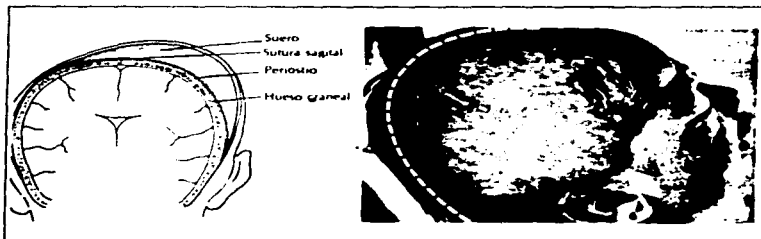


Fig 8 - El caput succedaneum es una acumulación de líquido (suerio) bajo el cuero cabelludo (fotografía cortesía de Mead Johnson Laboratories, Evansville, Ind.)¹⁰

- Palpe la fontanela anterior y determinar su tamaño y tensión, raramente mide de 4X4, tiene forma de diamante y deber ser plana , se cierra entre los 4 y los 18 meses. La fontanela posterior tiene forma de triángulo, generalmente se cierra a los 2 meses
- Palpe las suturas sobre todo la sagital, para determinar separacion o si esta se encuentra imbricada
- Determine si existe craneotabes o cefalohematoma (coleccion de sangre entre el periostio y el hueso)

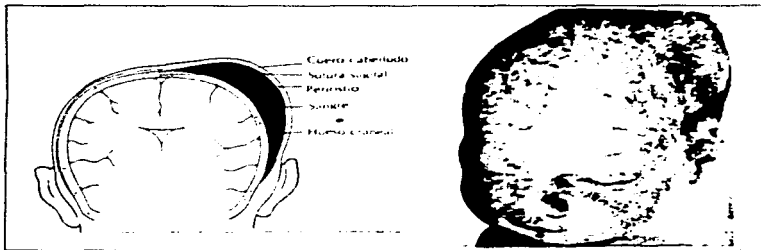


Fig. A. El cefalohematoma es una acumulación de sangre entre la superficie del hueso craneal y la membrana periosteica. B. Cefalohematoma sobre el hueso parietal izquierdo (fotografía reproducida con permiso de Potter, E. L. y Craig, J.M. Pathology of the fetus and infant 3a. ed. Copyright 1975 by Year Book Medical Publishers, Inc. Chicago.)¹¹

Datos a Vigilar

- ⇒ En el cuero cabelludo, buscar lesiones por fórceps o laceraciones por electrodos o bisturí
- ⇒ El cierre tardío de las fontanelas pueden indicar Raquitismo, Hidrocefalia, Microcefalia

-Cuello

- Inspecciones su forma y volumen

¹¹ Tomado de Olds, S.B. Ot. Al 1987 Enfermera Materno Infantil Ed Interamericana 2a de p.

¹¹ Op Cit p.

- Por palpación descarte la presencia de tumoraciones, contracturas musculares y torticollis.

Datos a Vigilar

- ⇒ El cuello corto haría sospechar de síndrome de Turner
- ⇒ Arqueo o incapacidad para flexionar el cuello son datos de meningitis

2.2.2.5.-Torax

- Inspeccione la forma y el volumen, la circunferencia es de 32.5 cm, 1 a 2 menos que el cefálico
- Puede haber crecimiento a nivel del nódulo mamario y puede existir secreción láctea
- Por palpación localice la ubicación del apex, puede haber protusión del extremo inferior del esternón (cartilago o apéndice xifoides)
- Identifique la presencia de Thrills palpando el precordio
- Es normal la presencia de ruidos bronquiales en ambos lados es clara la entrada de aire. Vigilar presencia de estertores que pueden indicar atelectasia neonatal
- Por auscultación cuantifique e identifique las características de la frecuencia cardíaca. Y vigile datos de arritmia, taquicardia o bradicardia
- Puede haber soplos funcionales, no hay vibraciones
- Observe el patrón de respiración, la presencia de taquipnea (mayor de 60 respiraciones por minuto) puede indicar alguna enfermedad pulmonar o cardíaca
- Checar los pulsos periféricos incluyendo el femoral
- Se toma la tensión arterial en caso de ausencia de pulso femoral
- La auscultación de la frecuencia cardíaca debe realizarse cuando el niño se encuentre tranquilo y se contará por 60 segundos. La presencia de soplos es frecuente en las primeras horas de nacimiento

2.2.2.6.-Abdomen

- Inspeccione y palpe el abdomen para identificar la presencia de distensión y retraso en evacuaciones por más de 48 horas, deberá sospechar en la enfermedad de Hirschsprung, o anomalías gastrointestinales, infección, megacolon congénito.

- **Aumento o disminución del peristaltismo, sospechar de estenosis duodenal, obstrucción del intestino delgado**
- **Revise la región umbilical, es de color blanco azulado, tiene dos arterias y una vena generalmente el cordón umbilical se cae entre 8 y 12 días, vigile datos de infección y sangrado del muñón umbilical**
- **El hígado se puede encontrar hasta 2 cm por debajo del borde**
- **costal derecho, el bazo puede ser palpado y deberá determinarse el tamaño y masas renales**
- **Auscultar el abdomen y examinar la región inguinal en busca de anillos hernianos**

2.2.2.7.-Genitales Masculinos

- **Inspeccione el pene, la fimosis es normal hasta el primer año de edad**
- **Checar la posición del meato urinario**
- **Examinar el escroto y palpar los testículos**

2.2.2.8.-Genitales Femeninos

- **Inspecciones la vulva, el clítoris y los labios menores son poco prominentes en los neonatos pretérminos en un neonato de término los labios mayores cubren a los menores y el clítoris puede permanecer grande**
- **Puede existir secreción blanquecina o sangrado trasvaginal**

2.2.2.9.-Columna Vertebral

- **En decúbito dorsal inspeccione y observe anomalidades a nivel de la línea media**

2.2.2.10.- Miembros Inferiores

- **Inspeccione la forma, postura y simetría, observar los movimientos espontáneos de las extremidades. Movilizar las articulaciones para determinar el nivel de movimiento**

2.2.2.11.-Cadera

- Es importante su exploración para realizar diagnóstico y ofrecer tratamiento temprano de una posible luxación congénita de cadera. Se identifica a través del signo de *Ortolani*.
- Con las rodillas flexionadas, flexionar la cadera. Colocar el dedo medio de cada mano sobre el trocánter mayor, el segundo dedo en la cara anterior de la rodilla y el pulgar en la parte más interna del muslo. Se examina una cadera a la vez, con abducción-aducción utilizando la otra para fijar la pelvis. Está maniobra reduce una cadera luxada y al momento de la reducción se escucha un chasquido. El examen termina suprimiendo la abducción del muslo, llevándolo hacia la línea media y a la vez aplicando presión hacia abajo a lo largo del eje longitudinal del fémur hacia afuera con el pulgar en la cara interna del muslo (*Signo de Barlow*).

2.2.3.-Exploración neurológica

- Las respuestas neurológicas varían dependiendo del estado neuroconducta en que se encuentre al neonato y se han determinado 5
 1. "Sueño profundo" Ojos cerrados, respiración regular y no existen movimientos bruscos
 2. Sueño superficial (REM) ojos cerrados con movimientos rápidos, respiración irregular, movimientos frecuentes y pequeños
 3. Despierto quieto: ojos abiertos, movimientos no bruscos
 4. Despierto activo: ojos abiertos, movimientos bruscos. No-llanto
 5. Llanto¹²

DEBERA OBSERVAR

1. Postura (estadio 2 y 3) el neonato mantiene una postura de flexión
2. Actividad motora espontánea (estadio 4 y 5) Los neonatos normales mueven sus extremidades en un patrón alterno, pero simétrico
3. Visión (estadio 3y 4) los ojos deben estar en la posición media y moverse conjuntamente, debe haber desviación persistente, estrabismo o nistagmus
4. Audición (estadio 2-4): el neonato responde con movimientos a un ruido.
5. Llanto: observar si este es de un buen tono, si es débil o si es excesivo. Succión y deglución
6. Tono muscular: se califica dependiendo de la resistencia que se obtenga a los movimientos pasivos, el control cefálico y la suspensión ventral.
7. Respuesta refleja: buscar los reflejos primitivos

¹² Op. Cit. NEONATOLOGÍA, p.p. 5-3

2.2.3.1.-Reflejo de Succión

- Estimule a los lados de la mejilla próximos a la boca, introduzca el dedo meñique en la boca deslizando suavemente en el paladar y las mejillas internas de la boca.
- De ser posible coloque al recién nacido en cualquiera de las mamas de la madre para iniciar la succión

2.2.3.2.-Reflejo de Búsqueda

- Gessell, empleo el término de Reflejo de Búsqueda, a la búsqueda de la leche que realiza el niño. Estimule con los dedos los lados de la mejilla próximos a la boca del niño
- Estimule el ángulo de la boca con el seno de la madre o con el dedo índice, observe como el labio inferior tiene un movimiento descendente del mismo lado y la lengua se mueve hacia el punto estimulado, cuando se aleja, la cabeza se vuelve para seguirlo



Fig 10 Reflejo de Búsqueda

2.2.3.3.-Reflejo de Deglución

- Este reflejo es provocado por el contacto con alimentos a nivel de la faringe y de la lengua

2.2.3.4.-Reflejo de Moro

- "Cualquier movimiento súbito del cuello desencadena este reflejo
- Consiste en una rápida abducción y extensión de los brazos, a la vez hay una abertura de las manos los brazos después se cierran, como si fuera a dar un abrazo"¹³
- Coloque al niño en posición supina con las manos colocadas debajo de la cabeza por los hombros con el tronco formando un ángulo de unos 30 grados, deje caer la cabeza hacia atrás y la respuesta aparece inmediatamente
- La falta consistente de este reflejo bilateralmente sugiere la existencia de una lesión cerebral, fracturas o una parálisis obstétrica
- El reflejo desaparecerá en el plazo de unas semanas o hasta los 3 meses.

2.2.3.5.-Reflejo de Marcha

- En posición erecta se presiona la planta del pie sobre la colchoneta, el niño camina. Este reflejo desaparece en 3 o 4 semanas



Fig 11.- El reflejo de marcha se desaparece después de un mes aproximadamente

¹³ Cfr. Ronald.S. EL NIÑO NORMAL I' p 175

2.2.3.6.-Reflejo de Presión

- Estimule la palma de la mano del niño y se deberá cerrar. Puede ser levantado del colchón con un solo dedo que haya sido colocado en la palma de su mano
- Este reflejo desaparece a los 2 meses en los niños normales.

2.2.3.7.-Reflejo de Babinski

- Coloque su mano en la planta del pie del bebé y con el dedo índice dirijalo suavemente del talón hacia la punta de los dedos del pie
- Este reflejo debe dar una respuesta de extensión

2.2.3.8.-Reflejo de Enderezamiento

- Incline el cuerpo del niño mientras está erguido y sus ojos cubiertos, se observa un movimiento de enderezamiento de la cabeza, que la devuelve a la posición erecta.
- La ausencia de este reflejo enderezador del cuerpo es un signo precoz de espasticidad

2.2.4.- Signos vitales

- Los signos vitales son indicadores del estado físico o como su nombre nos dice son signos de vida, a través de los cuales se obtienen los siguientes datos:
 - El estado de los órganos vitales (Corazón, Pulmones y vasos sanguíneos)
 - Respuesta al tratamiento
 - Mediciones básicas que se pueden comparar con otras futuras
 - Necesidades de otras pruebas diagnósticas
- Estos signos son:

- = Frecuencia respiratoria
- = Frecuencia cardíaca
- = Temperatura

2.2.4.1.-Frecuencia Respiratoria

- La respiración es un proceso fisiológico a través del cual se realiza un intercambio de oxígeno por bióxido de carbono, dicho oxígeno es transportado a cada célula para su adecuada función la cual es regulada por el centro respiratorio situado en la parte externa del bulbo raquídeo, y a su regreso la expiración y desecho es a través de CO₂
- La respiración normal deberá ser entre **40 a 60** respiraciones por minuto

TECNICA

- Con el apoyo de un reloj con segundero, se contarán el número de respiraciones palpando el ascenso y descenso del pecho durante un minuto. Un ascenso y descenso se considera una respiración

Datos a Vigilar

- ⇒ Movimientos torácicos y abdominales anormales
- ⇒ Determinar el tipo de respiración, "si es superficial (cuando solo inhala una pequeña cantidad de aire), o profunda (cuando inhala un gran volumen)"¹⁴

2.2.4.2.-Frecuencia Cardíaca o (Pulso)

- La frecuencia cardíaca es el número de latidos que ocurren en un minuto a causa del impacto de la sangre que es expulsada por el ventrículo izquierdo hacia la aorta, produciendo distensión en las paredes arteriales
- La frecuencia cardíaca (pulso) será de

Normal en el recién nacido	120 a 150 x minuto
Si duerme	70-90 x minuto
Si llora hasta	160 x minuto

TECNICA

- En posición supina, localice el ápex del corazón y ausculte con un estetoscopio los latidos y características que ocurren durante un minuto, y registre el

¹⁴ Cit Hamilton, Helen PROCEDIMIENTOS EN ENFERMERIA pp 18-21

resultado Asegúrese que el niño este cómodo y relajado para no afectar la frecuencia

Datos a Vigilar

- ⇒ Presencia de arritmias
- ⇒ Presencia de soplos
- ⇒ Bradicardia (posible insuficiencia cardíaca por disminución del gasto cardíaco)
- ⇒ Valore el riego sanguíneo cutáneo por la prueba de llenado capilar

2.2.4.3.-Temperatura Corporal

- Es la diferencia entre la cantidad de calor que el cuerpo produce y la que pierde Existen cuatro procesos que ayudan a regular la temperatura corporal.
 - = Convección
 - = Radiación
 - = Evaporación
 - = Conducción
- La temperatura corporal normal del recién nacido tomada por vía rectal es de 36.5-37.8 °C Axilar de 36.5 a 37.2 °C

TECNICA

Vías para tomar la temperatura

- Vía bucal refleja la temperatura arterial con más precisión. Descienda el mercurio del termómetro y déjelo en la boca por 3 a 4 min retirelo y lea en grados centígrados
- Vía rectal si la boca del niño está imposibilitada, se podrá utilizar la vía axilar o rectal Para la lectura rectal, lubrique con gel la punta del termómetro e introduzca a unos 2 cm En el recto y déjelo ahí por 1 ó 2 minutos proceda a leerlo y registre

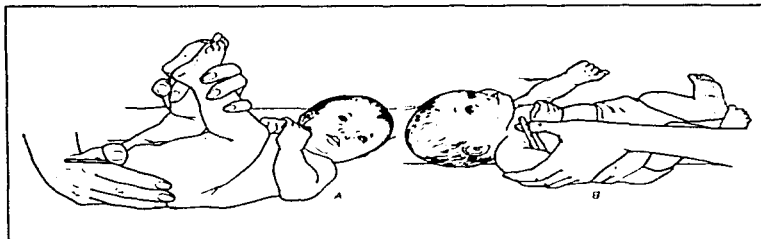


Fig 12 A. La temperatura axilar debe medirse durante tres minutos, sosteniendo el brazo con suavidad contra el termómetro y el costado. B. El termómetro rectal debe sostenerse colocado durante cinco minutos, a la vez que se sujetan las piernas

Datos a Vigilar

- ⇒ Si existe temperatura elevada, descarte:
- que esté muy arropado
 - presenta deshidratación
 - presenta septicemia
 - la cuna se encuentra muy caliente
 - hay fiebre

2.2.5.- SOMATOMETRIA

- La somatometría se ocupa de las mediciones del cuerpo.

2.2.5.1.-Peso

- "Peso es la unidad en kilogramos que se registra al valorar la masa corporal

2.2.5.2.-Peso al Nacer

- Es la valoración en gramos de la masa corporal del neonato, considerada dentro de la primera hora de vida.¹⁵

¹⁵ NEONATOLOGÍA PN 1 10-1

- "La medición de la masa corporal en los niños menores de un año debe realizarse utilizando una báscula pesa bebé; en los mayores de 2 años, en una báscula de plataforma.
- Debe realizarse sin ropa y expresarse en Kilogramos"¹⁶

TECNICA

- Una báscula manual o electrónica deberá estar sobre una superficie plana, horizontal y plana
- Proteja con un campo el plato de está y calibre su peso, ubique al niño desnudo, centrando su cuerpo en la base y registre el peso en gramos

2.2.5.3.-Longitud Supina (Talla)

- Es la distancia tomada desde el punto más alto del cráneo o vértex hasta los pies del neonato en un ángulo de 90° en posición decúbito dorsal en forma horizontal
- "La longitud en los niños menores de 2 años utilizando el infantómetro, la talla debe medirse a partir de los dos años utilizando el estadímetro. Debe realizarse sin zapatos y expresarse en centímetros"¹⁷

TECNICA

- La medición se lleva a cabo entre dos personas de preferencia. Se mide con una cinta métrica desde el vértex en línea imaginaria del borde superior del conducto auditivo con la región intraorbitaria, la segunda persona extiende los miembros inferiores hasta ponerlos en contacto con la cinta ajustada en longitud de su cuerpo, posteriormente lea su medición en milímetros

2.2.5.4.-Perímetro Cefálico

- Se conoce como el perímetro máximo de la cabeza, localizado entre la glabella (o punto medio del entrecejo) y el opistocráneo.

¹⁶ Sector Salud (1994) NORMA OFICIAL MEXICANA PARA EL CONTROL DE LA NUTRICIÓN, CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE, México, D.F., p. 11

¹⁷ Sector Salud. Op. Cit. p. 11

- Es una de las medidas más importantes, porque está relacionada con el volumen intracraneal y hace posible estimar la velocidad de crecimiento del cerebro.
- Debe realizarse por lo menos hasta los tres meses de edad con una cinta métrica metálica flexible de 0.5 mm de ancho, debiendo ser expresada en centímetros ¹⁸

TECNICA

- Coloque al niño en posición decúbito dorsal sobre la mesa de exploración
- Localice la glabella y el punto más prominente localizado en la sutura del occipital (opistocráneo)
- Fije la cinta alrededor de estos dos puntos y proceda a leer en milímetros

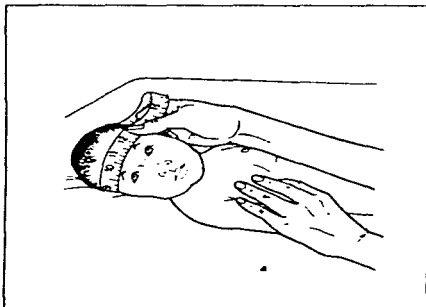


Fig. 13 - Medición de la circunferencia cefálica del neonato

2.2.5.5.-Perimetro Torácico

- Es la medida de la circunferencia máxima a nivel de las tetillas al frente del tórax y la 4a. vértebra dorsal posterior en posición decúbito dorsal.

¹⁸ Sector Salud Op. Cap. p. 11

TECNICA

- En posición de decúbito dorsal, localice las tetillas por la parte anterior y pase la cinta hasta cerrar la circunferencia procurando que la cinta quede al mismo nivel y la respiración se encuentre en fase máxima de inspiración. El resultado se lee en milímetros

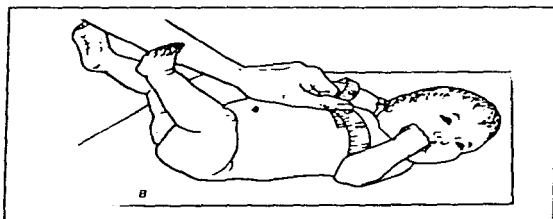


Fig 14 - Medición de la circunferencia torácica del neonato.

2.2.5.6.-Perimetro Abdominal

- Es la medida de la circunferencia del abdomen en posición decúbito dorsal.

TECNICA

- Mida con una cinta métrica alrededor del abdomen un centímetro por encima del cordón umbilical y tome como referencia la 2a. vértebra lumbar, pasando la cinta por estos 2 puntos sin presionar los tejidos. Expresa en milímetros su resultado.

2.2.5.7.-Perimetro Braquial

- Es el perímetro localizado en caída horizontal del brazo entre el punto medio del la parte distal y proximal del húmero.

TECNICA

- Coloque la cinta métrica en el punto medio del húmero y en relación con la parte superior de la apófisis del acromión. El resultado se expresa en milímetros.

2.3.- VALORACION CLASIFICACION Y EVALUACION DEL RECIEN NACIDO

- En toda unidad médica se cuenta con procedimientos normados para la asistencia del recién nacido, dentro de los más importantes para una atención oportuna se encuentran la valoración Apgar, Capurro, Silverman, y Jurado, que a continuación se mencionan:

2.3.1.- Valoración APGAR

La valoración Apgar fue desarrollada por la Dra. Virginia Apgar con el fin de valorar el estado físico del recién nacido al momento de nacer y la necesidad inmediata de reanimación, después se aplicó para evaluar daño neurológico teniendo poca utilidad y resultados. Actualmente evalúa las condiciones clínicas del recién nacido al minuto y a los cinco minutos y posteriormente cada 5 minutos durante la primera media hora según corresponda para determinar el grado de recuperación y evaluación en el caso de medidas de reanimación.

La valoración Apgar consiste en una puntuación que va de 0 a 10 puntos basados en 5 signos clínicos que son: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tono muscular, irritabilidad refleja y color.

Forma de evaluar cada signo:

Actividad Cardíaca (Frecuencia Cardíaca):

Se ausculta o se palpa la frecuencia cardíaca a nivel del ápex cardíaco. La frecuencia cardíaca menor de 100 latidos por minutos indica la necesidad de reanimación inmediata.

Piel: (Coloración):

Se inspecciona el color de la piel en busca de cianosis y palidez. Generalmente los neonatos presentan acrocianosis.

Gesticulación (Irritabilidad Refleja)

Refleja mediante la estimulación un llanto vigoroso o solo gesticula.

Actitud (Tono muscular):

Se valora por el grado de flexión y la resistencia de las extremidades al enderezarlas.

Respiración (Frecuencia respiratoria):


El llanto vigoroso indica buena respiración. La ausencia completa de las respiraciones se llama *apnea*.

2.3.1.1.-EVALUACION DEL RECIEN NACIDO APGAR

CUADRO NO. 1

VALORACION	0	1	2
A CTITUD	Flácido	Miembros flexionados sin resistencia	Miembros flexionados con resistencia
P IEL	Palidez, cianosis generalizada	Cianosis periférica	Rosado
G ESTICULACION	Ausente	Muecas, tos, estornudo débil	Muecas, tos, estornudo fuerte
A CTIVIDAD CARDIACA	Ausente	Menor de 100 latidos por minuto	100 ó mas latidos por minuto
R ESPIRACION	Ausente	Irregular o superficial	Normal o llanto fuerte

DECISION
AL 5º MINUTO

CALIFICACION	CLASIFICACION	CUIDADOS	RIESGO
1 - 3	Muy deprimido	Terapia intensiva*	
4 - 6	Depresión moderada	Vigilancia estrecha*	
7 - 10	Vigoroso	Con la madre	

* PREPARAR PARA REFERENCIA














Modificado Dr. Carlos Vargas G.

2.3.2.- Evaluación SILVERMAN ANDERSEN

- La valoración silverman evalúa el estado respiratorio al realizar los esfuerzos inspiratorios y expiratorios del lactante como mecanismo de compensar y conservar la homeostasia
- Está valoración fue desarrollada en 1956 por los Doctores Silverman y Andersen para "valorar el grado de insuficiencia respiratoria en el recién nacido pretérmino", se basa en 4 signos para valorar la inspiración y uno para la espiración¹⁹
- La valoración se realiza en todo recién nacido después de los 10 minutos posterior al nacimiento
- No es válido en el neonato que se encuentra apneico o intubado
- Puntuación de 0 existe una adecuada respiración
- Puntuación de 10 denota un neonato con severa dificultad respiratoria
- Está debe realizarse a los 10 minutos tomando como base la gráfica siguiente

2.3.2.1.- EVALUACION DEL RECIEN NACIDO "SILVERMAN"

CUADRO NO. 2

MOVIMIENTO TORACICO ABDOMINAL	TIBI INTERCOSTAL	RETRACCION ALFIDEA	ALIENTO NASAL	QUEJIDOS ESPONTEANEO
RITMICO Y REGULARES 	NO 	NO 	NO 	NO 
TORAX INMOVIL ADECUADO EN MOVIMIENTO	DISCRETO 	DISCRETA 	DISCRETO 	LEVE E INCONSTANTE 
TORAX Y ABDOMEN EN "SUBE Y BAJA"	ACENTUADO Y CONSTANTE 	MUY MARCADA 	MUY ACENTUADO 	CONSTANTE Y ACENTUADO 

VALORACION	CLASICO	RIESGO
0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10

SISTEMA DE EVALUACION DE RIESGO PERINATAL

Fuente VARGAS G Carlos (1997) NORMAS CIMI Gen

¹⁹ Tenorio G, Francisco (1944) NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DEL NEONATOLOGIA, IMPER pp 12-1

2.3.3.- Evaluación del recién nacido Capurro

- El método Capurro estima la edad gestacional, utilizando cinco datos somáticos: 1) Formación del pezón, 2) Textura de la piel, 3) Forma de la oreja, 4) Tamaño del tejido mamario y 5) Surcos plantares y dos signos neurológicos: 1) Signo de la bufanda y 2) Signo de la cabeza en gota
- Fue obtenida a través de un estudio protocolizado y prospectivo realizado en 1971, y esta basado en el trabajo de Dubowitz, fue simplificado por clínicos, pediatras y bioestadísticos del CLAP (Centro Latinoamericano de Atención Perinatal), consta de 2 evaluaciones Capurro A y Capurro B

CAPURRO A Comprende una constante de 204 días + la suma de los porcentajes de las 4 características físicas externas y 2 signos clínicos neurológicos que dan un intervalo de 300 a 309 días (284 a 441 semanas) con un error de + 84 días

- *Formula* "Edad gestacional en días = 204 + puntaje somático total para infantes con depresión neurológica"²⁰ entre 7

CAPURRO B Se utiliza cuando el recién nacido presenta una depresión por fármacos o por problemas neuronales o bien se trata de un mortinato o niños preterminos, comprende una constante que equivale a 200 días + la suma de las puntuaciones de 5 características físicas, que dan un intervalo de 204 a 298 días (29.1 a 42.4 semanas) con un error de 92 días

- *Formula* "Edad gestacional en días = puntaje combinado somático y neurológico para infantes sanos"²¹
- El resultado de esta puntuación determina la edad gestacional que se transpala en otro instrumento que clasifica de acuerdo a su edad gestacional y semanas de gestación, Valoración por Dr. Eduardo Jurado García
- "Cuando el niño está sano o normal y tiene más de 12 horas de nacido, se deben utilizar sólo cuatro datos somáticos de la columna A (se excluye la forma del pezón) y se agregan los 2 signos neurológicos (columna "B")
- Se suman los valores de los datos somáticos y los signos neurológicos, agregando una constante (K) de 200 días, para obtener la edad gestacional.

²⁰ GEN Grupo de Estudios al Nacimiento. GUÍA DE ESTUDIOS PARA LA PREVENCIÓN DE LOS DEFECTOS AL NACIMIENTO UNAM p 57

²¹ GEN Op Cit p 57

- Cuando el niño tiene signos de daño cerebral o disfuncional neurológica se utilizan los cinco datos somáticos (Columna A), agregando una constante (K) de 204 días, para obtener la edad gestacional.²²
- De acuerdo a los resultados obtenidos se clasificará al neonato de la siguiente manera.
 - ⇒ **Prematuro o Pretermino:** Todo recién nacido que sume 260 días de edad gestacional
 - ⇒ **Término o Maduro:** Cuando el recién nacido sume de 261 a 295 días de gestación
 - ⇒ **Postérmino o Posmaduro:** Si el recién nacido tiene más de 295 días de gestación

²² De la Fuente R. Juan NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO PARTO Y DEL RECIEN NACIDO, Secretara de Salud pp 43

2.3.4.- Evaluación Jurado

- Jurado es una Evaluación que clasifica al recién nacido de acuerdo a su peso en relación con la edad gestacional, (ya sea obtenida por fecha de última menstruación o bien por Capurro) mediante percentilas colocando un punto de inserción de la edad gestacional y el peso corporal
- "Dos propuestas similares aparecieron en 1967, por la necesidad de introducir un orden lógico en las propuestas de Curvas de Crecimiento intrauterino. La primera propuesta por F Battaglia se basó en la curva de crecimiento intrauterino elaborada por L.O Lubchenco y la segunda, propuesta el mismo año por Jurado, basada en una muestra de más de 1,600 recién niños en México
- Ambos consideraban 9 categorías de recién nacidos tomando en cuenta, edad gestacional y peso corporal. Pues el considerar solo uno de ellos resulta totalmente insuficiente y conduce a errores de concepto."²³
- De conformidad con la institución se pueden utilizar cualquiera de las dos opciones para determinar el peso al nacer en relación con la edad gestacional.
- Tome en cuenta las categorías correspondientes de las 9 probabilidades.

²³ Cfr. Jurado G. Eduardo MARCO CONCEPTUAL DE LA INVESTIGACION PERINATAL EN MEXICO. Definiciones operacionales. Congreso Nacional de Defectos al Nacimiento pp 29-33.

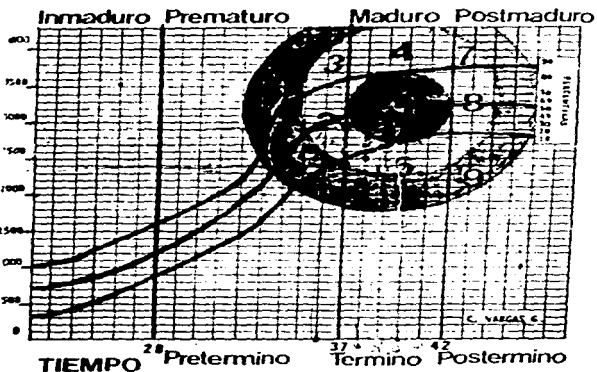
2.3.4.1.- Evaluación Método JURADO

GRAFICA NO. 2

CRECIMIENTO		CLASIFICACION	
HIPERTROFICO	1	Prétermino	Hipotrófico
	2	Prétermino	Eutrófico
	3	Prétermino	Hipertrofico
EUTROFICO	4	Término	Hipertrofico
	5	Término	Eutrófico
	6	Término	Hipotrófico
HIPERTROFICO	7	Postérmino	Hipertrofico
	8	Postérmino	Eutrófico
	9	Postérmino	Hipotrófico

MANEJO	
VERDE	Con la madre
AMARILLO	Vigilancia estrecha
ROJO	Terapia Intensiva

Desarrollo



Clasificación de acuerdo con la edad Gestacional.-

1. *Pre término*: Neonato que nace antes de las 37 semanas de gestación
2. *Término*: Neonato que nace entre las 37 y 42 semanas de gestación
3. Neonato que nace después de las 42 semanas de gestación
4. *Post término*: Hipotrófico (Pequeño) peso menor para la edad gestacional o con peso por debajo de la percentila 10, correspondiente a su edad gestacional
5. *Eutrófico (Apropiado)*: Peso adecuado para la edad gestacional, cuyo peso se localiza entre las percentilas 10 y 90 correspondientes a su edad gestacional (37 a 42 semanas)
6. *Hipertrofico*: Peso mayor para su edad gestacional. Con peso por arriba de la percentila 90 correspondiente a su edad gestacional (28 a 46 semanas)

Otras definiciones comúnmente mencionadas -

- *Aborto*: Es la expulsión o extracción de un feto o embrión que pese 500 gramos o menos con equivalente a 20 semanas (140 días completos) a 22 semanas completas (154 días completos) de gestación. Se incluye también por ejemplo (mola hidatiforme) independiente de su edad gestacional, con o sin evidencias de vida, ya sea espontáneo o inducido
- *Inmaduro*: Producto de la gestación cuyas edad gestacional sea menor de 28 semanas completas (196 días completos) y mayor de 22 semanas completas (154 días completos), independiente de su peso corporal, con ciertas condiciones de vida extrauterina que lo colocan en alto riesgo de muerte²⁴

Otra gráfica que nos puede ayudar en la clasificación del recién nacido es la propuesta por P. DUNN.

²⁴ Jurado G; Eduardo Op Cit p 30-31

RESUMEN

- La atención Inmediata del recién nacido comprende una serie de procedimientos priorizando la atención que le permita una recuperación favorable durante los primeros 20 segundos después de su nacimiento con apoyo del ABC de la reanimación para una reanimación oportuna
- Prevención de la pérdida de calor
- Manteniendo la circulación
- Estableciendo la respiración vigilando las vías aéreas permeables
- Posteriormente realizando los cuidados inmediatos y valoración neurológica que confirmen su estado funcional

- El examen físico de un recién nacido comprende una valoración sistematizada a través de la observación, auscultación percusión e inspección de las cuales se obtiene información objetiva de las estructuras y funciones de los aparatos y sistemas del cuerpo para la elaboración de un diagnóstico final de capacidad o incapacidad funcional
- Los reflejos primitivos son respuestas innatas que se van integrando durante los primeros meses del recién nacido y nos indican la presencia de daño neurológico, reflejo de succión, deglución, marcha babinski, etc
- Los signos vitales son signos de vida que indican el estado de los órganos vitales, estos son Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura
- La somatometría se encarga de estudiar las mediciones del cuerpo peso, talla, perímetro torácico, perímetro abdominal y perímetro braquial

- Una atención oportuna a un recién nacido se realiza con apoyo de guías y guías de evaluación que evalúe y clasifique al neonato al lugar mas oportuno para su establecimiento y buen manejo Alojamiento conjunto Cunero, Ucigen o en su caso Referencia a otro nivel de atención

- APGAR Es una valoración que evalúa el estado físico del niño en el primer minuto y al quinto minuto después de su nacimiento, con 5 signos básicos Actividad cardíaca, Piel, Gesticulación, Actitud y Respiración

- CAPURRO Es una valoración que estima la edad gestacional y estado neurológico de un recién nacido a través de 5 rasgos físicos y 2 para valoración neurológica: tamaño del tejido mamario, forma del pezón, forma de la oreja, pliegues plantares, signo de la bufanda y cabeza en gota

- SILVERMAN Es una valoración que evalúa con 4 signos, el grado de insuficiencia respiratoria aleteo nasal, quejido respiratorio, disociación toraco abdominal, y retracción xifoidea

- ◆ **JURADO:** Es una evaluación que determina el destino del recién nacido después de su nacimiento contando las semanas de gestación por Capurro y el peso al nacer.

2.4.- DEFECTOS AL NACIMIENTO

Concepto.

- El grupo de Estudios al Nacimiento (GEN), ha definido como Defecto al Nacimiento, toda alteración orgánica o funcional, presente al momento del nacimiento, notoria o latente, que impida la correcta adaptación del individuo al medio extrauterino en los aspectos biológicos, psicocológicos y sociales, dando lugar a la muerte o bien a la incapacidad de crecer en condiciones óptimas cuyo origen puede ser hereditario o resultado de algo que ocurra durante el embarazo o en el momento del parto

Toda enfermera neonatal debe estar familiarizada con los métodos para valorar cualquier anomalía presente al momento del nacimiento del neonato, por lo que se debe contar con instrumentos de fácil manejo para su valoración de algún **DEFECTO AL NACIMIENTO** el cual ha sido definido por el grupo GEN (Grupo de Estudios al Nacimiento), como toda alteración morfológica presente en el momento del nacimiento, en forma notoria o latente que impide la correcta adaptación al medio extrauterino en los aspectos biológicos, psicológico y social, ocasionando muerte o incapacidad limitante para crecer y desarrollarse en las mejores condiciones

Estudios recientes mencionan que alrededor del 35% de las causas de las malformaciones congénitas, el 25% son debidas a alteraciones genéticas y el 10% restante por factores ambientales biológicos, físicos o químicos endógenos o exógenos, del restante 65% se ignora su etiología

Dentro de los defectos al nacimiento más comunes encontramos a la *Hipotrofia*, la *Permutares*, la *Hipoxia Pennatal* y las *malformaciones congénitas*

2.4.1.-Antecedentes

En la República Mexicana nacen, cada año un promedio de 2.3 millones de niños, del 22% al 25% de ellos nacen portadores de un defecto al nacimiento

- 9.6% son prematuros (antes de cumplir 259 días de gestación)
- 10.2% afectados por grados variables de desnutrición intrauterina (con peso corporal bajo para la edad gestacional)
- 2 al 5% con malformaciones congénitas mayores y menores

De los 575,000 recién nacidos con defectos

- 225.000 son prematuros
- 235.000 desnutridos en útero
- 115.000 con alguna malformación

La mortalidad neonatal es muy alta en este grupo de niños así como en la infantil hasta los 7 años de vida, en estos solo sobreviven 400.000. Retomando los datos de Berger el 40% de estos sobrevivientes pueden ser considerados sanos y que más de 250.000 niños manifestarán algún problema al momento de nacer. Es de esperarse que cada año queden más de 20.000 niños con trastornos sistematizados (parálisis cerebral infantil hemiplejía, paraplejía, retardo mental grave), cerca de 48.000 niños con problemas de comunicación (ceguera sordera, mudéz, trastornos del lenguaje, etc.); alrededor de 65.000 con trastornos convulsivos y cerca de 14.000 con daño cerebral mínimo (retardo mental ligero, trastornos de conducta, trastornos del aprendizaje, etc.)

Es importante detectar con oportunidad los recién nacidos con "defecto", a fin de actuar oportunamente y tratar de hacer desaparecer o aminorar las consecuencias de dicho defecto

Para ello es necesario conocer la edad gestacional del recién nacido, su peso corporal y contar con el instrumento "adecuado" para la evaluación de estos parámetros, instrumento que ha sido denominado "CURVA DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO" y que de acuerdo con una serie de recomendaciones permita clasificar al recién nacido en 9 categorías a saber

1. Pretérmino Hipertrófico (Pretermino grande para su edad gestacional)
2. Pretérmino Eutrófico (Pretérmino adecuado para su edad gestacional)
3. Pretérmino Hipotrófico (Pretermino pequeño para su edad gestacional)
4. De término Hipertrófico (De término grande para su edad gestacional)
5. De término Eutrófico (De término adecuado para su edad gestacional)
6. De término Hipotrófico (De término pequeño para su edad gestacional)
7. Posttérmino Hipertrófico (Posttermino grande para su edad gestacional)
8. Posttérmino Eutrófico (Posttérmino adecuado para su edad gestacional)
9. Posttérmino Hipotrófico (Posttérmino pequeño para su edad gestacional)

2.4.2 HIPOTROFIA (bajo peso al nacer)

-Concepto

- El término bajo peso al nacer o hipotrofia se le llama a todo recién nacido cuyo peso corporal se sitúe por abajo de la percentila 10 de la distribución ponderal correspondiente a la edad gestacional (28 a 46 semanas).

- Para el Instituto Mexicano del Seguro Social, bajo peso se le designa al RN cuyo peso al nacer sea inferior a 2,500 gr que representa la percentila 10 en las gráficas de crecimiento y desarrollo de la población neonatal²⁵
- "Cuando no se disponga de los valores percentilares de la distribución de peso corporal para cada edad gestacional (semanas), se podrá acudir a los valores promedios y desviación estandar, en este caso los límites a usar serán promedio más menos 2 desviaciones estandar"²⁶
- Cuando se desconozca la edad gestacional se recomienda utilizar el método Capurro

-Clasificación

La siguiente clasificación del bajo peso al nacer es en función de la edad gestacional del RN, tomando en cuenta que un niño de término se considera desde la semana 37 hasta la 42 de gestación

Hipotrófico Pretérmino.

Son los RN con menos de 37 semanas de gestación y con peso corporal inferior al que corresponde para la edad gestacional marcado por debajo de la percentila 10 del peso corporal al nacer

Hipotrófico de Término.

Son los RN con edad gestacional de 37 a 42 semanas y con peso corporal inferior al que corresponde para la edad gestacional, marcado por debajo de la percentila 10 del peso corporal al nacer

Hipotrófico Posttérmino.

Son los RN con edad gestacional de 42 semanas con peso corporal superior al que corresponde para la edad gestacional, marcada por debajo de la percentila 10 del peso corporal al nacer²⁷

²⁵ *idem*, p. 41.

²⁶ DR. JURADO G. E. **LOS DEFECTOS AL NACIMIENTO, ESTADO DEL ARTE**, Gien '89 P.p. 28.

²⁷ *idem*, p. 41.

2.4.3.- PREMATUREZ O (PRETERMINO)

-Concepto

Comprende a todo recién nacido antes de cumplir las 37 semanas de edad gestacional independientemente de su peso corporal al nacer. Físicamente no tiene características de madurez.

-Clasificación

1. *Prematuro Hipertrofico.*

Recién nacido con menos de 37 semanas de gestación al nacer y con un peso corporal superior al correspondiente a la percentila 90 del peso corporal de referencia para la edad

2. *Prematuro Eutrofico.*

Recién nacido con menos de 37 semanas de edad gestacional al nacer pero con un peso corporal adecuado para la edad gestacional entre las percentilas 10 y 90 del peso.

3. *Prematuro Hipotrofico.*

Recién nacido con menos de 37 semanas de gestación al nacer y que tienen un peso inferior al que corresponde para edad gestacional, por debajo de la percentila 10 del peso corporal al nacer²⁸

2.4.4.- ASFIXIA PERINATAL (TRAUMA OBSTÉTRICO)

- Definición

ASFIXIA A = SIN FIXIS = PULSO

- Se define como un síndrome clínico caracterizado por depresión cardiorrespiratoria, secundario a hipoxemia y la isquemia tisular fetal.

- Fisiopatología

²⁸ Eduardo Jurado G. "Frecuencia e impacto de la prematuridad e hipotrofia al nacimiento" LOS DEFECTOS AL NACIMIENTO COMO PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA EN MÉXICO (MEMORIAS) 1979 P. 4

- Se caracteriza por hipoxemia - Hipoxia - Retención de CO₂ - acidosis metabólica - Acidosis mixta (metabólica y respiratoria) - Choque cardiogénico - Hipoxia isquémica cerebral - lesión neurológica y finalmente la muerte²⁹

En la etapa perinatal puede existir el riesgo de hipoxia intrauterina y sufrimiento fetal que dará origen a un aumento de la frecuencia cardiaca y elevación de la Tensión arterial, si está situación persistiera por periodos prolongados se presenta bradicardia, hipotensión, disminución del flujo sanguíneo y redistribución del mismo para proteger al cerebro, al corazón y a las glándulas suprarrenales, con lo cual el intestino, el hígado, los riñones, los pulmones y otros sufren un daño más temprano, causando finalmente daños irreparables, al disminuir el débito de oxígeno hacia el cerebro y alterarse el flujo sanguíneo cerebral, se instala isquemia tisular multifocal, necrosis tisular, (multifocal y necrosis celular generalizada) La necrosis se presenta en todas las áreas del cerebro, pero con preferencia en la corteza cerebral del hipocampo, glagios basales tronco y cerebelo³⁰

En la mayoría de los casos es debido a una asfisia intraparto. Trabajo de Parto anormal, valoración de Apgar menor de 5 y aplicación de maniobras de reanimación

Las secuelas neurológicas inmediatas en el niño de término, después de un período de hipoxia, se traduce en edema y necrosis de las áreas periféricas y dorsales de la corteza cerebral y núcleo basales, estas alteraciones, se han englobado bajo la designación de **ENCEFALOPATIA HIPOXICA ISQUEMICA**.

-Etiología

"La gran mayoría de las causas de hipoxia perinatal se originan intrauterinamente, el 20% antes del inicio del trabajo de parto, el 70% durante el parto y período expulsivo y el 10% restante durante el período neonatal

Las causas más frecuentemente asociadas son las siguientes:

- Parto prematuro y embarazo prolongado
- Hipertensión arterial con Preeclamsia
- Distosias de presentación (nalgas, tronco)

²⁹ cfr TAPIA I. José Luis **MANUAL DE NEONATOLOGIA** Pp 77

³⁰ Cfr ALVARADO U. Guadalupe **SECUELAS DE HIPOXIA PERINATAL** Pp 79

- Distocias de contractilidad uterina
- Placentas previas sangrantes, desprendimientos placentarios, prolapsos de cordón y - o circulares irreductibles.
- Infecciones intrauterinas
- Diabetes graves
- Eritoblastosis fetal
- Embarazo múltiple³¹
- Sufrimiento fetal agudo
- Acidosis fetal (Ph de arteria umbilical mayor de 7,11)
- Apgar menor o igual a 3 al minuto y-o menor de 6 a los 5 minutos
- Manifestaciones tales como encefalopatía hipóxico isquémica, aspiración de meconio, hipertensión pulmonar persistente, insuficiencia renal aguda, shock cardiogénico).

-Clasificación

- ⇒ **LEVE, o grado I** : en el que no se encuentra daño celular ni secuelas
- ⇒ **MODERADO, o grado II**: con escaso daño celular
- ⇒ **SEVERO, o grado III**: que corresponde a la necrosis celular generalizada .

³¹ Tápia I. José Luis Op Cit p 77

2.4.4.1.- Clasificación de Encefalopatía Hipoxica isquémica.

GRADO I	GRADO II	GRADO III
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de tono en las extremidades • Buenos reflejos • Disminuye su nivel de actividad pero responde bien a los estímulos • Hiperalerta • Probables crisis convulsivas tipo clónico durante las primeras 24 hrs 	<ul style="list-style-type: none"> • El tono muscular y los reflejos disminuyen • Se observa posición de rana • En las primeras 6 hrs posibles convulsiones acompañadas de períodos de apnea • La fontanela anterior se observa "llena" Puede durar hasta una semana • La recuperación es lenta • La posibilidad de sobrevida es buena • Aumenta el riesgo de se secuelas • Posteriormente retardo en el desarrollo psicomotor • trastornos de aprendizaje y oculomotores 	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta hipotonía, letargo • Poca respuesta a estímulos • Crisis de chupeteo o parpadeo seguidos por convulsiones tónico-clónicas • Aumenta la tensión de la fontanela anterior • Convulsiones muy frecuentes • Letargia progresiva • Coma • Respiración anormal con períodos prolongados de apnea y bradicardia • Pupilas fijas y dilatadas • Posibilidad de muerte elevada en un 50% • Secuelas como diplejía espástica, retraso psicomotor severo, microcefalia y ceguera cortical
<p style="text-align: center;">TRATAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responde fácilmente a medicamentos anticonvulsivos • Control de signos vitales por 4-6 h puede ser enviado con su madre, si está sintomático 	<p style="text-align: center;">TRATAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe ser observado por 12 a 24 h • Hospitalizar y retardar la primera alimentación hasta reestablecer el reflejo de succión y se auscultan ruidos intestinales 	<p style="text-align: center;">TRATAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización en terapia intensiva • Monitoreo continuo de signos vitales y tratamiento específico

2.5.6.- MALFORMACIONES CONGENITAS

"LOS OJOS NO VEN, LO QUE LA MENTE NO PIENSA"

Muchas de las malformaciones conocidas, son diagnosticadas muy fácilmente, por ser obvias a la vista. Sin embargo las malformaciones más peligrosas, son aquellas que no son manifiestas a simple vista y que pueden pasar desapercibidas, manifestándose en ocasiones cuando ya es demasiado tarde para su tratamiento.

La detección de estas malformaciones no siempre se manifiestan externamente, requiere de un buen índice de sospecha, por lo que siempre hay que investigar los factores de riesgo de cada recién nacido. Además de que se debe realizar una exploración física adecuada y cuidadosa para que se logren detectar tempranamente las malformaciones congénitas.

Actualmente se conocen alrededor del 35% de las causas de las malformaciones y de ellas, solo el 25% a causa de alteraciones genéticas y el 10% restante a factores ambientales, biológicos, físicos o químicos endógenos o exógenos. El restante 65% se ignora su etiología.

-Concepto.

Una malformación Congénita es un defecto permanente, anatómico, histológico, bioquímico o funcional que no puede ser reparado por el crecimiento y desarrollo del organismo.

Debido a que las malformaciones congénitas son aquellos defectos morfológicos resultantes de un desarrollo embriológico alterado, en este tipo de alteraciones se incluyen defectos menores y mayores y los que se manifiestan en forma aislada.

o como los que constituyen síndromes de malformaciones múltiples como resultado de un defecto estructural congénito³²

2.4.6.1.- Clasificación.

⇒-Defectos Estructurales.

Estos afectan la composición física de alguna región del cuerpo, ya sea en el tamaño o en la forma. Una parte del cuerpo puede faltar total o parcialmente o encontrarse duplicada, como ejemplos podemos citar los defectos del cierre del tubo neural, la hidrocefalia, el pie equino-varo, el labio paladar hendido, la polidactilia y el enanismo³³

⇒-Defectos Funcionales.

Son aquellos que impiden el adecuado funcionamiento de una o mas partes del cuerpo lo cuales son debidos a deficiencias químicas. Se pueden citar como ejemplos la ceguera a los colores, el glaucoma, la mucoviscidosis, la distrofia muscular de Huntinton y otros defectos mentales.

⇒-Defectos por errores Innatos del Metabolismo.

Los defectos innatos del metabolismo son los padecimientos resultantes de bloqueos metabólicos, debido a deficiencias congénitas de enzimas específicas, las cuales tienen reacciones químicas que son necesarias para que el organismo humano funcione.

Cada una de estas enzimas estan controladas por un gen diferente y por tanto, si en este gen existe alteración habrá un déficit de la enzimas y por ende su actividad catalítica.

Dentro de los errores innatos del metabolismo se encuentran la fenilcetonuria, la galactosemia, la tirocinemia, la enfermedad de orina de jarabe de arce, la homocistinuria, la hitidinemia y el hipotiroidismo congénito³⁴

³² Navarrete Juana "Factores que predisponen a las malformaciones congénitas", en LOS DEFECTOS AL NACIMIENTO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN MÉXICO (MEMORIAS) Coates-Gen Mexico, 1981 p 17

³³ Salvador Armendáriz "Conclusiones", en LOS DEFECTOS AL NACIMIENTO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN MÉXICO (MEMORIAS) DE CLATES-Gen Mexico, 1979 p 13

³⁴ Salvador Armendáriz Op Cit p 13

⇒ **Defectos por Enfermedades de la Sangre.**

En estos defectos se encuentran alteradas las funciones normales de este tejido. La disfunción puede ser debida a deficiencia de un componente de la sangre y la incapacidad de esta sustancia para llevar a cabo su función adecuadamente como por ejemplo: anemia de las células ohz, la hemofilia y la gamaglobulinemia³⁹

2.4.5.3.-Normas Generales de Manejo descritas por el Dr. Giovanni Porrás Ramirez.

- Si la malformación congénita pone en peligro la vida, debe iniciarse manejo intensivo preoperatorio que cubra los aspectos hidroelectrolíticos y ácido-base, cardiorespiratorio, gastrointestinal, nefrourológico y farmacológico.
- Mantener en incubadora con temperatura húmeda y oxigenación adecuadas. Preparación para el manejo óptimo, de operar
- En caso de que la malformación congénita no presente peligro para la vida, deberá también explicarse a los padres del paciente y esperar la edad, crecimiento y desarrollo adecuados, para mejores resultados estéticos y funcionales

CUADRO No 4

2.4.5.3.- CUADRO DE DETECCIÓN TEMPRANA DE MALFORMACIONES COONGENITAS

DETECCION TEMPRANA DE MALFORMACIONES CONGENITAS AL NACIMIENTO	
1 - Hubo Polihidramios	Defecto del tubo digestivo
2 - Pese y Mida al niño	Descartar bajo peso y Prematuréz
3 - Pase una sonda por narinas	Descarte atresia de coanas y fisura palatina

³⁹ *ibidem*, p 111

5 - Ausculte ruidos cardiacos y pulsos femorales.	Descarte cardiopatía congénita y coartación aórtica
6 - Ausculte ventilación pulmonar	Descarte Hernia Diafragmática
7 - Confirme que el cordón umbilical tenga 3 vasos.	Descarte malformación digestiva y urinaria
8 - Palpe cuidadosamente abdomen	Descarte tumoración abdominal de Wilms, neuroblastoma
9 - En varones revise meato urinario y presencia de testículos	Descarte hipospadias, epispadias y criptorquidea
10.- Revise columna vertebral	Descarte espina bifida
11 - Haga maniobra de Ortalani y de Galeazi	Descarte luxación congénita de cadera

OBSERVAR:

SI EN LAS PRIMERAS 48 HORAS DE NACIDO

- ⇒ SE DISTIENDE
- ⇒ VOMITA VERDE
- ⇒ NO EVACUA
- ⇒ NO URINA
- ⇒ SE PONE ICTERICO
- ⇒ SE PONES CIANOTICO

INDIQUE:

1. AYUNO HASTA NUEVA ORDEN
2. VENOCLISIS
3. SONDA OROGASTRICA ABIERTA
4. CUBRIRLO BIEN
5. TRASLADARLO A UN HOSPITAL QUE CUENTE CON UN CIRUJANO PEDIATRA.

2.4.5.4.- Valoración y manejo de Labio y paladar hendidos

- El labio y paladar hendidos son malformaciones congénitas importantes, tanto por su frecuencia como la preocupación de los padres a tener otro hijo con el mismo defecto
- El Labio hendido(LH), con o sin paladar hendido, representa una entidad genética diferente del paladar hendido solo (PH)
- El LH y el PH en ocasiones forman parte de síndromes poco comunes más o menos definidos, cuya etiología es variable y atribuye a veces a genes autosómicos dominantes (Síndrome de Vander Woude), otros a genes autosómicos recesivos (síndrome de Smith-Lemli-Opitz) o bien anomalías cromosómicas (trisomía 13)
- El LH y el PH se debe a herencia multifactorial o poligénica con manifestación más frecuente en el sexo masculino en el primero y en el segundo, es decir, corresponden a herencia multifactorial modificada por el sexo

Características del labio hendido con o sin paladar hendido(LH)	Características del paladar hendido solo (PH)
<ul style="list-style-type: none"> • El riesgo de recurrencia para los hermanos es de aproximadamente siete por cien • El LH es más frecuente en el sexo masculino (68%) y más frecuente también el unilateral (67% de los casos) y de éstos el del lado izquierdo se encuentra con una frecuencia dos veces mayor con respecto al del lado derecho. • Entre 9 y 25% con LH tienen alguna malformación congénita asociada. • La edad de los progenitores influye en el riesgo de tener un hijo con LH y es función de la edad paterna. • El orden de nacimiento tiene relación con la presencia de labio hendido, independiente de la edad de los padres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de PH entre los recién nacidos de la población mexicana es de 0 12 por mil • El PH es más frecuente en el sexo femenino (65% de los casos), fenómeno inverso al observado para el LH • En alrededor del 13% de los casos con PH se encuentra alguna otra malformación asociada • El riesgo de recurrencia para los hermanos de los niños afectados es de 4% aproximadamente.

-Manejo y Tratamiento

- 1 Desechar temores tanto del personal médico como el de los padres, y brindar seguridad al niño
- 2 Evitar correr riesgos innecesarios de broncoaspiración e infección, para lo cual por ningún motivo se le dará el biberón o el seno materno estando el niño acostado sino que es indispensable tomar al niño en los brazos y mantenerlo en posición erguida durante todo el tiempo que esté comiendo y hasta que expulse el aire ingerido
- 3 Mantener un aseo estricto, y cuidadoso de la boca y de la nariz, limpiando las secreciones antes de proporcionarle los alimentos
- 4 Cuando el niño es alimentado con biberón, los chupones deben ser blandos y con los orificios de diámetro ligeramente mayor que el habitual
- 5 Cuando los defectos del labio y del paladar no son amplios y la madre tiene paciencia y tensión, es recomendable la alimentación al seno, con todas las ventajas que representa
- 6 Si el niño es prematuro, puede requerirse la alimentación con gotero o con sonda
- 7 Si el defecto se limita al labio hendido, sin que esté involucrado el paladar, la alimentación no presenta dificultad alguna

-Tratamiento Quirúrgico

- El manejo quirúrgico del labio hendido es relativamente fácil y tiene como objetivo fundamental el restablecer el aspecto estético del paciente (Ver fig 15 y 16).
- La cirugía puede realizarse desde el momento mismo del nacimiento, aunque la mayor parte de los cirujanos prefieren esperar unos días para tener la seguridad de que no existen malformaciones congénitas asociadas
- El tratamiento quirúrgico del paladar hendido presenta mayores dificultades que el del labio hendido, ya que no se busca la estética sino que busca restituir la función del paladar
- El tratamiento para estos niños debe ser manejado de forma integral desde su nacimiento por especialistas: pediatra, cirujano, pediatra ortodoncista, experto en rehabilitación, terapeuta del lenguaje, psicólogo y trabajador social.
- El manejo quirúrgico requiere de dos tiempos: el primero se realiza a los dos meses de edad y se refiere a la cirugía nasolabial. El segundo tiempo corresponde a la cirugía velopalatina, que se debe efectuar al año de edad para lograr una mejor fonación y preservar al oído de infecciones.

- El ortodoncista debe vigilar la primera dentición desde los seis meses de edad del paciente hasta que ésta se complete, alrededor de los dos años, momento en el cual se procede a formular el programa global de tratamiento
- El lenguaje tiende a retrasarse un poco y se acompaña de alteraciones. El Tx. debe iniciarse cuando la herida quirúrgica ha cicatrizado.³⁶



Fig 15 - Paciente con LH Bilateral

Fig 16 - El mismo paciente post-operado

2.4.5.5.-Valoración y Manejo de el Síndrome de Down (Mongolismo)

- El mongolismo o síndrome de Down es una de las causas más frecuentes de retraso mental. Aproximadamente uno de cada 700 recién nacidos vivos tiene síndrome de Down.

-Diagnóstico

- A través de la observación de algunos signos agrupados que lo caracterizan encontramos rasgos clínicos frecuentes como:

³⁶ CIR GEN "El labio y paladar hendidos" p. 5-8

- 1 Ausencia del reflejo de Moro
- 2 Hipotonía muscular
- 3 Perfil facial plano
- 4 Fisuras palpebrales oblicuas
- 5 Pabellones auriculares displásicos
- 6 Piel redundante en la nuca
- 7 Pliegue palmar de los 4 dedos (simiano)
- 8 Hiperflexibilidad
- 9 Ausencia o displasia de la falange media del dedo meñique (clinodactilia)



Fig 17 - Fascies de un lactante con Síndrome de Down

- Cuando el retraso mental se acompaña de 4 o más de los signos mencionados el diagnóstico de síndrome de Down es muy probable

Malformaciones congénitas asociadas

- Las más frecuentes son las cardiopatías, congénitas en particular los defectos de cierre de los tabiques interauricular e interventricular y la persistencia del conducto arterioso
- Las malformaciones congénitas del aparato digestivo en especial el páncreas anular con estenosis o atresia del duodeno y la imperforación de ano

-Tratamiento

- Actualmente no existe tratamiento específico para curar el síndrome de Down, pero existe la estimulación intelectual y la rehabilitación que pueden mejorar al niño con síndrome de Down sobre todo en algunos aspectos como el tono muscular y la coordinación motora
- El problema más importante en los niños con Síndrome de Down es sin duda el retraso mental es de lento aprendizaje desde el nacimiento y casi nunca alcanza la inteligencia normal
- La rehabilitación del niño debe empezar desde el nacimiento por medio de la estimulación temprana con objeto de integrarlo progresivamente a su medio y a

la vida social. La participación de la familia es fundamental en la educación y desarrollo del niño.

-Consejo Genético

- El riesgo de tener un hijo con síndrome de Down por trisomía 21 regular aumenta al avanzar la edad materna (después de los 35 años) y dramáticamente (después de los 40)
- Cuando el médico diagnostica clínicamente un caso de síndrome de Down es conveniente que establezca también el tipo de anomalía cromosómica a través del cariotipo, ya que solamente así podrá determinar cuáles son los riesgos de que una pareja tenga otro hijo afectado.
- Cuando el médico no especialista en genética diagnostica un síndrome de Down, es conveniente que recurra al genetista para que este establezca el diagnóstico cromosómico especialmente en los casos en que
 1. La madre tiene menos de 35 años
 2. El hijo afectado es el primogénito
 3. Cuando hay antecedentes de abortos de repetición
 4. Cuando hay más de un afectado en la familia

El asesoramiento genético dependerá de los hallazgos cromosómicos y la edad de la madre.³⁷



Fig -18
Paciente con
Síndrome de Down
a la edad de 6 años

³⁷ Cit. G. N. El Síndrome de Down (Mongolismo) lo que el médico debe saber, p. 159

2.4.5.5.-Valoración y manejo de Espina Bífida

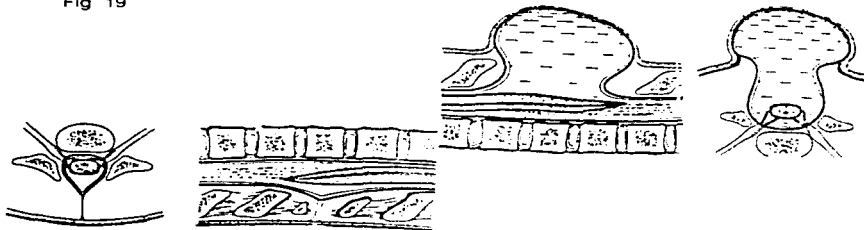
-Concepto.

- La espina bífida es un defecto en el cierre dorsal de la columna vertebral, a través del cual pueden protruir las meninges con o sin médula espinal y raíces nerviosas. Este defecto se localiza habitualmente en la región sacrolumbar, pero puede existir en cualquier punto de la línea medio dorsal a lo largo del neuroeje

-Etiología.

- El cierre completo del tubo neural se efectúa a los 28 días de la concepción, este tipo de defectos ocurre antes de esa fecha y se ha considerado que su origen es de tipo multifactorial, destacando un factor genético y un factor ambiental

Fig 19



A. Espina bífida occulta

B. Meningocele

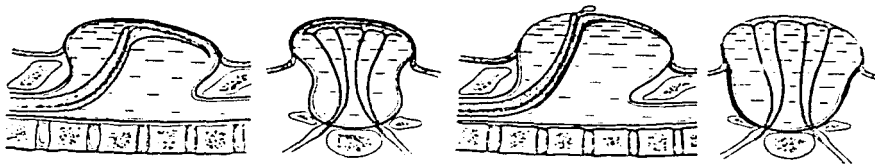


Figura 19

C Meningocele

D Placa neural sin cubiertas

-Clasificación.

Existen 4 tipos de espina bífida. Fig 19

- a) Espina bífida oculta Fig 2A
- b) Meningocele Fig 2B
- c) Mielomeningocele Fig 2C
- d) Placa neural carente de cubiertas Fig 2 D

Espina bífida oculta

- La espina bífida oculta es la menos problemática en la que la porción dorsal de una o mas vertebras. de la columna lumbosacra no cerró pero en la que no hay protrusión de elementos nerviosos o meningeos y por lo tanto su anatomia y fisiologia son normales
- Este defecto se encuentra cerrado por piel y tejido celular subcutaneo puede presentar un mechón de cabellos que nacen de una pequeña depresión dermoepidérmica. Muchas veces no se descubre al nacimiento

Meningocele

- Frecuentemente se encuentra cubierto por piel y la comunicación que guarda con el espacio subaracnoideo en el cuello es pequeña generalmente
- Este saco o bolsa. en ocasiones es muy delgado y puede encontrarse ulcerado y con salida lenta de liquido cefalorraquideo. Es estas condiciones debe considerarse el tratamiento quirurgico de urgencia por personal especializado. Los pacientes que sólo tienen meningocele generalmente no sufren

- Otras veces se nota la presencia de un pequeño tumor lipideo subcutáneo o una telangiectasia.
- Cuando hay compromiso neurológico puede manifestarse por alteraciones esfinterianas, causando enuresis o infecciones persistentes del tracto urinario, o por déficits motores con deformidad de los pies, marcha difícil, pelvis inclinadas o franca parálisis muscular. Raramente se encuentran trastornos tróficos en forma de ulceraciones de los dedos de los pies o de los gluteos, en estas condiciones cuando empeora la sintomatología con el crecimiento, está indicada la mielografía y la intervención quirúrgica, siempre por personal especializado.

disfunción neurológica y no llegan a presentar hidrocefalia, debe advertirse a los padres esta posibilidad y la necesidad de una segunda intervención quirúrgica derivativa.

ESPINA
BIFIDA

Occulta

Quística

Meningocele
Mielomeningocele
Placa neural sin
cubiertas

Sintomatología

- Los niños con déficit neurológico por mielomeningocele, en su mayoría sufren de paraparesia flácida y el nivel de alteración de la sensibilidad es un poco más bajo que el de la manifestación motora.
- Casi todos tienen incontinencia urinaria, es frecuente encontrar malformaciones en la porción posterior del cerebro, del mesencéfalo y del prosencefalo.
- Es común encontrar otras anomalías como hemivértebras, malformaciones renales y vejiga neurogénica.
- Problemas por hipertonicidad y desequilibrio muscular, como escoliosis, cofosis, luxación de la cadera y pié (Equinovaro).
- La parálisis parcial o completa del recto y su esfínter es una complicación frecuente, observándose a simple vista un ano laxo con ausencia del reflejo de la

Mielomeningocele

Son los defectos de cierre más frecuentes, ocurren de 5 a 10 veces más que los meningoceles. En ocasiones el saco se encuentra cubierto

por piel muy delgada, pero lo común es que solo esté cubierto por la aracnoides y que la médula pueda verse a través de esta membrana. Todos los niños afectados por mielomeningocele tienen déficit neurológico, la gran mayoría padece hidrocefalia, así como otras malformaciones congénitas del esqueleto y de las vías urinarias.

piel anal y en ocasiones prolapso de la mucosa rectal

Tratamiento

Todo recién nacido con mielomeningocele debe ser transferido, a un hospital que cuente con cirujanos neurólogos, cirujanos pediatras, teniendo en cuenta los 4 factores adversos mayores para efectuar la cirugía

- 1 Hidrocefalia establecida desde la vida intrauterina. Este grado de hidrocefalia, acompañado de mielomeningocele, es sustentado por un perímetro cefálico occipito-frontal mayor de 2 cm por encima de la percentila 90.
- 2 Marcada deformidad espinal, con amplio defecto de cierre.
- 3 Paraplejía con incontinencia urinaria y ano hipotónico.
4. Anomalías mayores asociadas, tales como cardiopatía congénita cianógena, atresia intestinal, insuficiencia respiratoria o prematuridad.

Si se ha decidido intervenir quirúrgicamente, el tratamiento consiste en extirpar el saco herniario, reponer la médula herniada y sus raíces dentro del conducto raquídeo y cerrar la dura, la fascia y la piel

Prevención

- Una buena alimentación y suplementos vitamínicos, así como ácido fólico desde antes de la concepción, disminuyen el riesgo de defectos del tubo neural.
- En los defectos de origen multifactorial se afecta siempre más un sexo que otro y en el caso de los defectos del tubo neural el sexo femenino es el más afectado.
- Dado que se trata de un defecto congénito de causa multifactorial, el riesgo de repetición no puede calcularse, ya que no es posible valorar la carga de factor poligénico que llevan los progenitores, ni cuantificar el o los factores ambientales precipitantes.
- En los matrimonios en que ha habido un caso de defectos del tubo neural, se impone el Consejo Genético²⁴

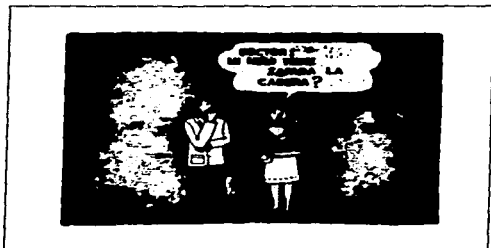
²⁴ Cfr. Dr. Giovanni Porras Espina, Ídida, lo que el médico debe saber GEN p. 1-6

Todo niño con espina bifida, ya sea meningocele, mielomeningocele, o placa neural carente de cubierta, debe cubrirse desde el momento de nacer con una compresa estéril humedecida en solución salina y avisar de inmediato para su traslado

Siempre deberá advertirse a los padres del paciente, de que a pesar de que el niño tenga en el momento de nacer un perímetro cefálico normal, su sistema ventricular se encuentra aumentado de volumen y en las primeras semanas de la vida pueden manifestarse los signos de hidrocefalia

El control periódico en una "Clínica de Espina Bífida" permitirá la adecuada evaluación y manejo por neurocirujanos cirujanos, pediatras, ortopedistas, urólogos, fisioterapeutas y psicólogos.

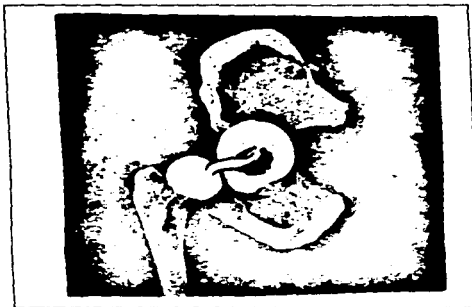
2.4.5.7.-Valoración y manejo de Luxación Congénita de Cadera



- La luxación congénita de cadera es un trastorno que afecta al sistema músculoesquelético y repercute gravemente sobre la estética, la función y en el aspecto biopsicosocial del individuo

Fig 20.- Pregunta de los padres

- La incidencia es del 8% de las consultas en los servicios de ortopedia pediátrica, más frecuente en el sexo femenino, también es más frecuente la luxación unilateral que la bilateral y la del lado izquierdo es predominante



- La causa de luxación congénita es multifactorial, por lo que en su etiología participan tanto factores hereditarios como ambientales

Fig 21

- El proceso mecánico sobre el efecto que produce la pared uterina para favorecer la luxación congénita de la cadera se explica por la presión que ejerce el continente sobre el contenido y es por ello que la malformación es más frecuente es el primer parto, en el oligohidramnios y en la eclampsia
- Es más frecuente en la estación invernal, a causa de sujetar fuertemente al bebé como un rollo o tamal con los que los miembros inferiores del niño en posición de aucción y extensión que es precisamente opuesta a la posición normal o libremente escogida. Esa posición forzada aumenta la presión de la epifisis femoral sobre el acetábulo favoreciéndose la luxación

Clasificación

La luxación congénita de la cadera se clasifica en

A Displasia acetabular o preluxación

Es cuando la epifisis femoral se encuentra dentro del acetábulo pero hay alteraciones articulares que favorecen la luxación

B. Cadera luxable

Es la que se acompaña de gran laxitud de los ligamentos. En estado de reposo la cabeza del fémur puede estar dentro o fuera del acetábulo. Es fácilmente reducible.

C. Cadera teratológica

D. Es la que está luxada desde el nacimiento, es irreducible, se acompaña de alteraciones graves de la articulación y deformidades o anomalías en otros aparatos y sistemas.

-Exploración.

Cuando se examina al niño éste debe encontrarse tranquilo porque si está llorando o inquieto la exploración no puede hacerse en forma adecuada.

⇒ El primer signo que se debe investigar es si existe asimetría de los pliegues cutáneos en la superficie interna de los muslos o de los glúteos y de los labios mayores si se trata de una niña. La asimetría de esos pliegues cutáneos nos revela que existe acortamiento de alguna de las dos extremidades inferiores (Fig - 22)

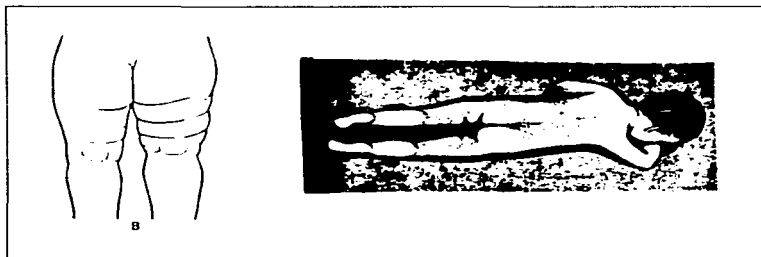


Fig. 22

Otro signo importante es la limitación de la abducción de las caderas. Se investiga con el niño decúbite dorsal flexionando las caderas y rodillas a 90° y luego se abduce o abren. Con esta maniobra en un niño normal las rodillas llegan a separarse de 70 a 90° , es decir, ambas rodillas deben tocar a la superficie de la mesa o ambas no abren suficientemente debe sospecharse que hay luxación congénita de cadera. En la fig 23 se aprecia claramente que la rodilla derecha no llega al plano de la mesa.

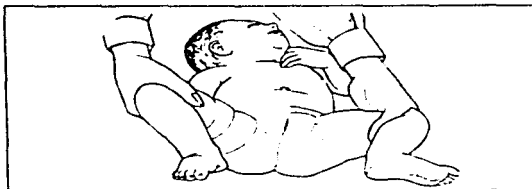


Fig. 23

⇒ Otra maniobra muy útil es la de **ORTOLANI** que consiste en llevar la cadera que se sospecha está luxada en aducción (hacia la línea media) y hacia abajo para después abducirla ligeramente, a la vez que se levanta el fémur y se presiona hacia adelante sobre el trocánter mayor. Cuando el signo es positivo y oye un "clic" que nos indica que la cadera es luxable y que requiere tratamiento. El signo, sin embargo, no es positivo en todos los casos (Ver fig 24)



Fig. 24

⇒ Se coloca al niño perpendicular al explorador y para examinar la cadera izquierda fijamos la pelvis y con la mano derecha tomamos el muslo con los dedos índice y medio sobre el trocánter mayor y hacemos movimientos de pronación - supinación de nuestro antebrazo derecho. Si la cadera es luxable percibimos claramente el "clic". Para la cadera derecha repetimos la maniobra cambiando de mano.

⇒ El signo de **BARLOW** se explora haciendo presión sobre la cadera con el muslo en aducción y flexión. Cuando hay inestabilidad de la cadera aun cuando la epífisis femoral se encuentre dentro del acetábulo, al flexionar la rodilla y la cadera a 90° y hacer abducción de ésta, o sea, al aproximar la rodilla a la línea media y empujar hacia abajo, la cadera se luxa, lo que se manifiesta por un "clic" en los dorso sobre el trocanter mayor. Al hacer la maniobra opuesta, abducción de la cadera y tracción, se siente la entrada de la epífisis femoral al acetábulo. Ver fig. (Fig.-25).

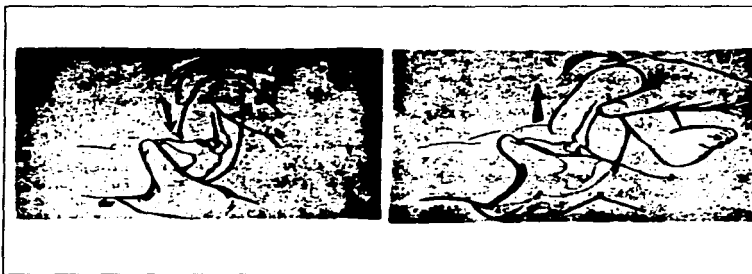


Fig - 25

Recomendaciones

- Es muy importante hacer hincapié en que las maniobras de Ortolani y la de Barlow deben hacerse con suavidad y cuidado. Si se realizan con brusquedad y fuerza se puede provocar la luxación traumática de la cadera, una epifisiolisis, o la fractura del fémur. (Fig. 26)
- En el niño mayor ya no se encuentran los signos de Ortolani y de Barlow, pero sí la asimetría de los pliegues cutáneos y la limitación de la abducción, se hacen evidentes otros signos como el signo de pistón que se investiga con las caderas y rodillas flexionadas a 90° y al impulsar hacia abajo las rodillas se siente como se desliza sobre el iliaco la epífisis femoral sin que se logre introducirla al acetábulo.

⇒ El signo de **BARLOW** se explora haciendo presión sobre la cadera con el muslo en aducción y flexión. Cuando hay inestabilidad de la cadera aun cuando la epifisis femoral se encuentre dentro del acetábulo, al flexionar la rodilla y la cadera a 90° y hacer abducción de ésta, o sea, al aproximar la rodilla a la línea media y empujar hacia abajo, la cadera se luxa, lo que se manifiesta por un "clic" en los dorso sobre el trocater mayor. Al hacer la maniobra opuesta, abducción de la cadera y tracción, se siente la entrada de la epifisis femoral al acetábulo. Ver fig (Fig -25)

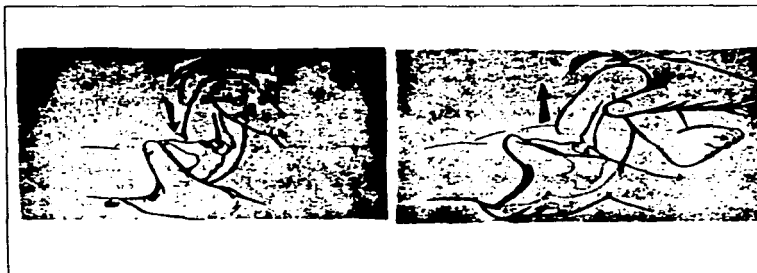


Fig - 25

Recomendaciones

- Es muy importante hacer hincapié en que las maniobras de Ortolani y la de Barlow deben hacerse con suavidad y cuidado. Si se realizan con brusquedad y fuerza se puede provocar la luxación traumática de la cadera, una epifisilistesis, o la fractura del fémur. (Fig. 26)
- En el niño mayor ya no se encuentran los signos de Ortolani y de Barlow, pero sí la asimetría de los pliegues cutáneos y la limitación de la abducción, se hacen evidentes otros signos como el signo de pistón que se investiga con las caderas y rodillas flexionadas a 90° y al impulsar hacia abajo las rodillas se siente como se desliza sobre el iliaco la epifisis femoral sin que se logre introducirla al acetábulo.

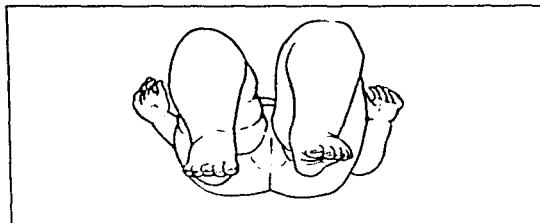


Fig. 26 -

- El signo de Galeazzi o de Allis que se investiga con las caderas y rodillas flexionadas y con los pies colocados sobre el mismo plano. Cuando es positivo se aprecia que las rodillas no están al mismo nivel, ya que del lado de la luxación la rodilla se encuentra a menor altura por el acortamiento del miembro inferior afectado.
- Este signo no es útil cuando la luxación es bilateral.
- El signo de Trendelenburg traduce la insuficiencia de los músculos abductores de las caderas luxadas. (Fig. 27)
- En las caderas luxadas los músculos no pueden cumplir con su función que es la de nivelar y elevar la himipelvis opuesta durante la marcha. Esa insuficiencia muscular se manifiesta cuando la luxación es unilateral por marcha de pato
- Como puede observarse en la fig 27. cuando el paciente se apoya sobre el miembro inferior normal, señalado por la N, se aprecia que el pliegue glúteo del lado opuesto se eleva junto con toda la pelvis opuesta se cae y el pliegue glúteo se encuentra más bajo que el del lado apoyado. En este caso se dice que el Trendelenburg es positivo.
- Si el Dx es luxación congénita de cadera en necesario efectuar estudio radiológico de la pelvis en posición anteroposterior para confirmarla
- En los niños menores de un año la radiografía debe tomarse en posición de "rana" porque en el recién nacido normalmente hay contractura del psoas iliaco, lo que produce flexión de los muslos sobre el abdomen y si se extienden éstos se provoca basculación de la pelvis hacia adelante, lo que podría dar falsas positivas o negativas, ya que la radiografía no sería realmente anteroposterior.

-Tratamiento



⇒ Cuando el tratamiento se hace en los primeros meses de la vida en forma tan sencilla como la aplicación de una férula de abducción como la que se muestra en la figura, se obtiene éxito en el 98% de los casos. (Fig 27)

Fig 27.

⇒ Cuando el diagnóstico se hace posteriormente, cuando el niño ya camina, el pronóstico se ensombrece y el tratamiento consiste en una serie de intervenciones quirúrgicas, con etapas prolongadas de hospitalización, pérdidas de períodos escolares, con las consecuencias secuelas físicas y psíquicas (Fig 28)³⁹

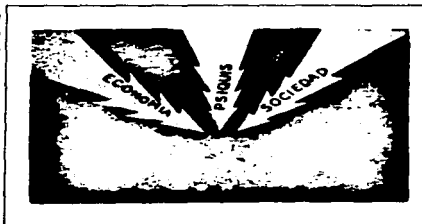


Fig. 28.

³⁹ Cfr. El diagnóstico de luxación congénita de cadera. GEN p. 1-10

2.5.- CLASIFICACION DE RIESGO DEL RECIEN NACIDO

2.5.1.-Evaluación de riesgo perinola al nacimiento del recién nacido.

El grupo de estudios al nacimiento (GEN), ha desarrollado Modelos productivos de riesgo para la atención perinola en sus diferentes etapas, en las cuales se contempla a la del recién nacido que tiene como característica la valoración de riesgo en un esquema cualitativo de colores según corresponda la gravedad o importancia del riesgo y el lugar donde se deberá recibir la atención

VERDE	RIESGO BAJO	PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
AMARILLO	RIESGO MEDIO	SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN
ROJO	RIESGO ALTO	TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Para poder clasificar al recién nacido de deberá tomar en cuenta los siguientes indicadores para su evaluación

Si encontráramos un color rojo y todos los demás son amarillos o verdes se considera Riesgo Alto, y si hubiera un solo amarillo y todos son verdes se clasifica como riesgo medio

La identificación y valoración de los factores de riesgo permite clasificar este mediante modelos predictivos que al ser aplicados en forma sistematizada a las mujeres en edad fértil y al recién nacido propiciarán la implantación de programas en los diferentes niveles de atención preventiva ⁴⁰

2.5.2.- Previgen VI

Se refiere a la evaluación de Riesgo Perinatal al nacimiento del niño, en cual se realiza con una guía sistematizada con factores de riesgo que pueden presentarse en esta etapa de la vida reproductiva

Esté Previgen contempla antecedentes del embarazo, riesgo del parto, evolución del trabajo de parto y condiciones del nacimiento del neonato (VER GUIA P VI)

*Los datos positivos de riesgo (amarillo y rojo) deben además anotarse en el apartado correspondiente del P 99 y deben además ser anotados y comentados en la nota de evolución de la Historia Clínica⁴¹

P. ej. APGAR 5 a los 5 min de vida

⁴⁰ DR VARGAS G CARLOS Normas para la atención Materno-Infantil CIMIGEN p. 3
⁴¹ CIMIGEN, Sistema para Detección y Evaluación de Riesgo Perinatal, Ago 1987-1993

Se debe anotar en P 99 en el apartado P VI, el número 25 que corresponde a la clave del factor de riesgo y la letra A que corresponde a la clasificación Amarillo o Riesgo Medio

El P 99 debe integrarse al expediente

Mencionar los riegos y niveles y posteriormente la ubicación , apoyado en la valoración Vargas

2.5.2.1.- Guía de Evaluación de riesgo perinatal al nacimiento en el recién nacido

PREVIGEN VI

1 ANTECEDENTES

01 Riesgo del embarazo	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Alto
02 Riesgo en el parto	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Alto

2 TRABAJO DE PARTO Y PARTO

03 Duración dilatación	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Muy rápida	<input type="checkbox"/> Muy prolongada
04 Duración expulsivo	<input type="checkbox"/> Normal < 2hs	<input type="checkbox"/> Muy rápido	<input type="checkbox"/> Prolongado
05 Ruptura membranas	<input type="checkbox"/> 6 ms o menos	<input type="checkbox"/> 7-12	<input type="checkbox"/> 13 y más
06 Líquido amniótico	<input type="checkbox"/> Con grumos	<input type="checkbox"/> Emulsionado	<input type="checkbox"/> Sin grumos
07 Líquido amniótico	<input type="checkbox"/> Claro	<input type="checkbox"/> Sangriento	<input type="checkbox"/> Con sangre
08 Líquido amniótico	<input type="checkbox"/> Claro	<input type="checkbox"/> Amarillento	<input type="checkbox"/> Verdoso
09 Líquido A cantidad	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Reducido	<input type="checkbox"/> Exagerado
10 Líquido A cantidad	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Exagerado
11 Placenta desprendida	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Descompletamente
12 Placenta peso	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Aumentado	<input type="checkbox"/> Muy bajo
13 Placenta infartos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ausados	<input type="checkbox"/> Múltiples
14 Cordón cm	<input type="checkbox"/> 31-67	<input type="checkbox"/> 68 o más	<input type="checkbox"/> 30 o menos
15 Cordón posición	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Circular	<input type="checkbox"/> Circular
16 Anestesia	<input type="checkbox"/> No y B P D	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> General
17 Parto	<input type="checkbox"/> Céfalo	<input type="checkbox"/> Parto	<input type="checkbox"/> Pélvico
18 Nacimiento	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Fórceps prog	<input type="checkbox"/> Fórceps urgente
19 Nacimiento	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cesárea prog	<input type="checkbox"/> Cesárea urgente
20 Trauma fetal	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si

3 NEONATO

21 Peso en gramos	<input type="checkbox"/> 2501-3500	<input type="checkbox"/> 2000-2500	<input type="checkbox"/> Menos de 2000
22 Peso en gramos	<input type="checkbox"/> 3501-4000	<input type="checkbox"/> 3501-4000	<input type="checkbox"/> Más de 4000
23 Edad Gest. Capurro (Sem)	<input type="checkbox"/> 37-41	<input type="checkbox"/> 33-36	<input type="checkbox"/> 32 o Menos
24 Edad Gest. (Capurro)	<input type="checkbox"/> 37-41	<input type="checkbox"/> 33-36	<input type="checkbox"/> 42 o Más
25 Apgar	<input type="checkbox"/> 07-10	<input type="checkbox"/> 04-06	<input type="checkbox"/> 01-03
26 Reanimación maniobras	<input type="checkbox"/> Normales	<input type="checkbox"/> Moderadas	<input type="checkbox"/> Intensas
27 Signos de infección	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sospecha	<input type="checkbox"/> Positivo
28 Sustrimento fetal	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo
29 Otros	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si

Riesgo bajo Riesgo medio Riesgo alto

Fuente: SISTEMA PARA DETECCIÓN Y EVALUACION DE RIESGO PERINATAL (1993) CIMI Gen

2.5.3.- Previgen VII

Siguiendo el mismo sistema, se valorará la guía del Previgen VII en cual servirá para identificar el riesgo Perinatal en el recién nacido de 0-6 días

2.5.3.1.- Guía de evaluación de riesgo perinatal en el recién nacido de 0 a 6 días

PREVIGEN VII

01. Riesgo Previgen VI	<input type="checkbox"/> Bajo	Medio	<input type="checkbox"/> Alto
02. Pérdida peso	<input type="checkbox"/> Hasta 8%	9-12%	<input type="checkbox"/> 13% y más
03. Control de temperatura	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
04. Alimentación	<input type="checkbox"/> Al seno	Otra	<input type="checkbox"/> Severa
05. Dispepsia	<input type="checkbox"/> No	Moderada	<input type="checkbox"/> Si
06. Oliguria	<input type="checkbox"/> No	Si	<input type="checkbox"/> Severa
07. Ictericia	<input type="checkbox"/> Leve	Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
08. Succión débil	<input type="checkbox"/> Normal	Fatiga	<input type="checkbox"/> Anormal
09. Lento	<input type="checkbox"/> Normal	Agudo	<input type="checkbox"/> Débil
10. Convulsiones	<input type="checkbox"/> Ausentes	Focal	<input type="checkbox"/> Generalizadas
11. Respuesta Examen	<input type="checkbox"/> Normal	Agitación	<input type="checkbox"/> Letargo
12. Fontanelas	<input type="checkbox"/> Normal	Deprimida	<input type="checkbox"/> Tensa
13. Tono muscular	<input type="checkbox"/> Normal	Hipotónico	<input type="checkbox"/> Hipotónico
14. Movimientos anormales	<input type="checkbox"/> No	Temblor	<input type="checkbox"/> Clónicos
15. Opistótonos	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si
16. Asimetría postural	<input type="checkbox"/> No	Abducción	<input type="checkbox"/> Si
17. Cadera	<input type="checkbox"/> Normal	Distorsión	<input type="checkbox"/> Distorsión
18. Presión	<input type="checkbox"/> Común	Sin presión	<input type="checkbox"/> Ausente
19. Búsqueda	<input type="checkbox"/> Normal	Limitada	<input type="checkbox"/> Ausente
20. Moro	<input type="checkbox"/> Normal	Asimétrica	<input type="checkbox"/> Ausente
21. Endereza miembros inferiores	<input type="checkbox"/> Normal	Incompleto	<input type="checkbox"/> Ausente
22. Cabeza sigue tronco	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
23. Marcha	<input type="checkbox"/> Normal	Incompleto	<input type="checkbox"/> No
24. Otros especifique			

Riesgo bajo Riesgo medio Riesgo alto

2.6.- ATENCIÓN MEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

2.6.1.- Ubicación del recién nacido

La evaluación de riesgo determinará el sitio al que se envía el recién nacido para su atención

RIESGO BAJO
RIESGO MEDIO
RIESGO ALTO

ALOJAMIENTO CONJUNTO
CUNERO DE CUIDADOS INTERMEDIOS
CUNERO DE CUIDADOS INTENSIVOS

Una vez evaluado el riesgo y con el recién nacido en situación estable debe ser enviado al sitio correspondiente para su atención, tomando las medidas preventivas necesarias para su seguridad y protección

Se deberá tomar en consideración los cuadros y gráficas que ya se han mencionado para su valoración y manejo oportuno, por lo que es necesario ubicar al neonato en el lugar adecuado para su atención, ya sea este Alojamiento Conjunto, Terapia intermedia Traslado (Terapia intensiva) o en su caso al Hogar

La valoración de Enfermería y de las características generales, las variaciones y las reacciones de todo neonato indicaran la manera de adaptación a la vida extrauterina, según los resultados de estas valoraciones la enfermera puede individualizar su asistencia en el lugar idóneo

Una de las formas en que puede ser evaluado el recién nacido para su ubicación se basa en una investigación realizada por el DR Carlos Vargas Director de Cimigen, el cual toma como parámetros básicos las semanas de gestación por método Capurro y el Peso del neonato

2.6.2.- Evaluación del recién nacido Método "VARGAS".

- 1 Determine las semanas de gestación por Método Capurro
- 2 Tome el peso del neonato
- 3 Clasifique al recién nacido en el encuadre que corresponda a su peso y semanas de gestación, sumando los dos parámetros y mencionando la letra que le corresponda
- 4 Ahora en el rectángulo de valoraciones de la parte posterior compare con sus resultados la ubicación del niño e identifique su área de traslado y el nivel de atención que requiere.

Ejemplo No. 1.-

Neonato que pesa 3,650 y tiene 41 SDG
Su ubicación será

1 más 2 = 3-5, e CON LA MADRE

Ejemplo No. 2.-


Neonato que pesa 2,400 y tiene 36 SDG
Su ubicación será 2 más 2 = 4, d

2.6.2.1.- Cuadro de Evaluación del Recién Nacido
Método de Vargas

CUADRO No. 4

Clave	Peso (gramos)	Clave	Capurro (semanas)
1	3 4000 ó más	a	3 42 y más
2	3 2249 y menos	b	3 35:6 y menos
3	3 3750 - 3999	c	3 41 - 41:6
4	3 2250 - 2499	d	3 36 - 36:6
5	1 2500 - 3749	e	1 37 - 40:6

Tachar un cuadro de cada columna y sumar su valor

Calificación	Cuidados	Riesgo
5 - 6	Cuidado Intensivo	
3 - 4	Cuidado Intermedio	
2	Con la madre	

CVG 48

SISTEMA DE EVALUACION DE RIESGO PERINATAL

2.6.2.2.-Alojamiento Conjunto.

El alojamiento conjunto es una habitación compartida que favorece el contacto precoz y permanente de la madre y el niño, impulsando la alimentación al seno materno en las primeras horas del nacimiento del niño, y el fortalecimiento de la interrelación afectiva. Se ingresan niños con bajo riesgo, según condiciones normales de adaptación inmediata y peso y edad gestacional que son los criterios para basar la valoración de la madurez y el riesgo de mortalidad neonatales.

Ventajas del alojamiento Conjunto

- Ahorran trabajo al personal de salud
- La madre cuida mejor a su hijo y satisface de inmediato sus necesidades
- Ambos aprenden a reconocerse tempranamente
- Facilita el adiestramiento de la mamá
- Aprovechamiento del espacio

Requisitos de Ingreso :

- Recién nacido con peso mayor a 2.500 kg
- Apgar mayor o igual a 7
- Madre no toxémica
- Capurro de más de 36 SDG
- No haber administrado inmunodepresores a la madre.
- SFA

2.6.2.3.-Terapia Intermedia

Terapia Intermedia es la unidad de cuidados intermedios al recién nacido durante las primeras 24 horas de vida, en la cual se coloca al neonato para su observación permitiendo a la enfermera valorarlo cuidadosamente e instituir las medidas de asistencia que se requieren. Para lo cual se deberá contar con el material y equipo de urgencia necesario.

Requisitos de Ingreso :

- Niños con peso inferior a 2.200 gr. independientemente de su edad gestacional.
- Recién nacido con edad gestacional de 36 SEG o menos, valorado por método Capurro, independiente de su peso
- Recién nacido con peso superior a 4.500 gr
- Recién nacido con APGAR al mín de 5 o menos

- Todo recién nacido que haya ameritado maniobras de reanimación independientemente de su peso y edad gestacional
- Todo recién nacido cuya madre curse con diabetes mellitus insulinodependientes, invariablemente de su peso y edad gestacional
- Todo recién nacido que curse con alguna patología obvia y que por sí misma impida el alojamiento Conjunto
- En general todo recién nacido en la evaluación de Previgén VI, tenga 5 o mas rubros amarillos combinados con 2 o mas rubros rojos independientemente de si existe o no patología en ese momento
- Todo recién nacido en área de hospitalización que presente dificultad para su adaptación ambiental, (difterias, cianosis de esfuerzos, dificultad respiratoria, metabopatías, procesos sépticos)⁴²

2.6.2.4.- Terapia Intensiva

Es el área de cuidados intensivos neonatales que cuenta con el equipo y personal apropiados para atender al lactante de ALTO RIESGO

Se le llama *Lactante de Alto riesgo* aquel cuyo estado de salud lo vuelve propenso al aumento de la morbilidad o la mortalidad a causa de dismadurez, inmadurez, trastornos físicos o complicaciones del nacimiento

En la mayoría de los casos el lactante es producto de un embarazo que se caracteriza por uno o mas factores de riesgos predecibles⁴³

La puntuación Apgar es un instrumento valioso para identificar al neonato de alto riesgo inmediatamente después de su nacimiento, además de una observación cuidadosa y el conocimiento de los antecedentes maternos y otros factores que puedan influir en el desarrollo intrauterino, y la adaptación del lactante a la vida extrauterina así como la duración del trabajo de parto, analgesia y anestesia maternas y complicaciones del Trabajo de parto y el parto esta información permitirá a la enfermera valorar las necesidades de asistencia de enfermería neonatales

Indicaciones de ingreso :

- Prematuros
- Asfixia
- Apgar menor de 5
- Malformaciones Congénitas
- Hijo de madre Diabética

⁴² CIMIGEN NORMAS DE UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS NEONATALES '95

⁴³ S B OLDS OT AL ENFERMERIA MATERNO INFANTIL DE Interamericana p. 834

- **Ictericia neonatal**
 - **Síndrome de insuficiencia respiratoria**
 - **Acidosis respiratoria**
 - **Acidosis metabólica**
 - **Síndrome de aspiración meconial**
 - **Hipoglucemia**
 - **Hipocalcemia**
 - **Enfermedad hemolítica del neonato**
 - **Anemia neonatal**
 - **Policitemia**
 - **Enfermedad Hemorrágica**
 - **Enfermedad intraventricular**
 - **Enterocolitis necrosante**
 - **Infecciones**
-

RESUMEN

- La atención inmediata del recién nacido comprende una serie de procedimientos priorizando la atención que le permita una recuperación favorable durante los primeros 20 minutos después de su nacimiento con apoyo de los pasos a seguir en una reanimación oportuna
- Prevención de la pérdida de calor
- Mantenimiento de la circulación
- Estableciendo la respiración vigilando las vías aéreas permeables
- Posteriormente realizando los cuidados inmediatos y valoración neurológica que confirmen su estado funcional

- El exámen físico de un recién nacido comprende una valoración sistematizada a través de la observación, auscultación, percusión e inspección de las cuales se obtiene información objetiva de las estructuras y funciones de los aparatos y sistemas del cuerpo para la elaboración de un diagnóstico final de capacidad o incapacidad funcional
- Los reflejos primitivos son respuestas innatas que se van integrando durante los primeros meses del recién nacido y nos indican la presencia de daño neurológico, reflejo de succión, deglución, marcha, babinski, etc
- Los signos vitales son signos de vida que indican el estado de los órganos vitales, estos son Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura
- La somatometría se encarga de estudiar las mediciones del cuerpo peso, talla, perímetro torácico, perímetro abdominal y perímetro braquial

- Una atención oportuna a un recién nacido se realiza con apoyo de gráficas y guías de evaluación que evalúen y clasifiquen al neonato al lugar más oportuno para su establecimiento y buen manejo. Alojamiento conjunto, Cunero, Ucigen o en su caso Referencia a otro nivel de atención.

- **APGAR:** Es una valoración que evalúa el estado físico del niño en el primer minuto y al quinto minuto después de su nacimiento, con 5 signos básicos: Actividad cardiaca, Piel, Gesticulación, Actitud y Respiración

- **CAPURRO:** Es una valoración que estima la edad gestacional y estado neurológico de un recién nacido a través de 5 rasgos físicos y 2 para valoración neurológica: Tamaño del tejido mamario, forma del pezón, forma de la oreja, pliegues plantares, signo de la bufanda y la cabeza en gota

- **SILVERMAN:** Es una valoración que evalúa con 4 signos el grado de insuficiencia respiratoria: aleteo nasal, quejido respiratorio, disociación toraco-abdominal y retracción xifoidea.

- ◆ **JURADO:** Es una evaluación que determina el estado del recién nacido después de su nacimiento contando las semanas de gestación por Capurro y el peso al nacer

-
- ◆ Un defecto al Nacimiento es toda alteración orgánica funcional presente al momento de nacer notoria o latente, que impide la correcta adaptación del individuo al medio extrauterino en los aspectos bio-psico-sociales, ocasionando la muerte o incapacidad para crecer y desarrollarse en las mejores condiciones
 - ◆ De 2, 500, 000 niños que nacen al año, un 25% de ellos nacen con algún defecto al nacimiento

Prematurez	10%	250 000
Hipotrofia	10%	250 000
Malformaciones congénitas	2 5%	125 000
Asfíxia Perinatal (trauma Obstétrico)	5%	25.000

- ◆ **Prematurez** Es todo recién nacido antes de cumplir las 37 semanas de gestación independientemente de su edad gestacional, no tiene características físicas de madurez
- ◆ **Hipotrofico** Es todo recién nacido cuyo peso corporal se sitúa por debajo de la percentil 10 correspondiente a la edad gestacional que se sitúa en un peso inferior a 2,500 gr
- ◆ **Malformaciones Congénitas** Es una defecto permanente físico, estructural, bioquímico o funcional que no puede ser reparado por el crecimiento y desarrollo del organismo, dentro de las mas comunes encontramos labio - paladar hendidos luxación congénita de cadera, espina bifida y síndrome de Down
- ◆ Para poder detectar tempranamente las malformaciones congénitas al nacimiento es necesario apoyarse de las normas generales de manejo escritas por el Dr. Giovanni , valoración y manejo adecuado para las mas frecuente
- ◆ **Asfíxia Perinatal** Es un síndrome clínico caracterizado por hipoxemia, hipoxia, acidosis mixta (metabólica y respiratoria), choque cardiogenico, hipoxia Isquémica Cerebral, lesión neurológica y finalmente la muerte

- ◆ La clasificación SARNAT nos permite clasificar el grado de asfixia en tres niveles I, II y III
- ◆ El sistema para detección y evaluación de riesgo perinatal, permite detectar tempranamente los factores de riesgo en cualquier etapa de la vida reproductiva
- ◆ Facilita la atención Materno Infantil al clasificar el riesgo
- ◆ Hace posible el funcionamiento del sistema de atención perinatal por niveles progresivos de atención de acuerdo al riesgo.
- ◆ VARGAS : Es una guía de valoración que determina el lugar de ingreso del neonato para una mejor atención según sus características de madurez (semanas de gestación por Capurro) y el Peso al nacer
- ◆ ALOJAMIENTO CONJUNTO Es un lugar donde su favorece la integración madre - hijo, que promueve la lactancia materna y fortalece la interrelación afectiva
- ◆ TERAPIA INTERMEDIA Es un lugar de cuidados intermedios durante las primeras 24 horas de vida extrauterina, periodo en el cual se presenta el periodo de transición y se busca su adaptación inmediata

TERAPIA INTENSIVA Es el área donde se brindan cuidados intensivos al neonato con alta tecnología para las necesidades de un niño de alto riesgo.

CAPITULO III

ATENCIÓN AL LACTANTE

III.- LACTANTE

3.1.- ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO

3.1.1.-Lactancia Materna

- Una de las formas de alimentación ideal para el recién nacido es sin duda, la leche materna ya que estudios actuales realizados por la Liga de la Leche fundamentan asertivamente los grandes beneficios que proporcionan a la madre a su hijo la familia, la comunidad y finalmente al País, para lo cual se debe cumplir con los lineamientos que sugieren para una lactancia exitosa iniciando por proporcionar nutrición exclusiva de la madre (lactancia al seno) desde las primeras horas del nacimiento o puerperio, a fin de favorecer la producción láctea y evitar complicaciones tan frecuentes como la mastitis y las grietas del pezón y algunas alteraciones sistémicas en el recién nacido
- La lactancia materna debe favorecer la deambulación temprana de la madre y la involución uterina, así como la mejor evolución para la recuperación de sus funciones corporales
- La leche humana es extraordinariamente apta para las necesidades nutritivas del neonato a término
- "Para crecer bien un niño debe recibir cantidad suficiente de un buen alimento. El mejor que dispone sin duda es la leche de su madre"⁴⁴

3.1.2.-Composición de la leche materna.

-Prelactado

- Es un líquido amarillento constituido por un elevado porcentaje de proteínas, vitaminas liposolubles y minerales ricos en anticuerpos.
- Favorece la producción de lactobacilos bifidos, destaca la concentración de inmunoglobulinas como la Iga y lactoferrina que junto a la gran cantidad de

⁴⁴ Liga de la leche LACTANCIA MATERNA, Dúptico

linfocitos y macrófagos, le confieren la condición protectora al recién nacido contiene también seroalbúmina sodio y cloro

- El volumen de calostro en los primeros tres días posteriores al parto, es de 2 a 20 mililitros, siendo suficiente para cubrir los requerimientos de recién nacido, contiene una pequeña cantidad de lactosa. Aparece desde el tercer mes de gestación

-Calostro

- Es una secreción amarillenta que tiene más proteínas y minerales pero menos azúcar y grasa que la leche madura. Alta densidad en poco volumen, comparada con la leche madura menos lactosa grasas y vitaminas hidrosolubles, más proteínas, vitaminas liposolubles (sodio, zinc, e inmunoglobulinas)
- El calostro contiene macrófagos que protegen al neonato contra infecciones respiratorias, los vómitos, alergias, el calostro rico en anticuerpos persiste durante dos a cuatro días después del parto, y se convierte gradualmente a leche

-Leche de transición

- Está leche se presenta del 4o al 10o día post-parto y tiene un incremento importante de lactosa, grasa, vitaminas hidrosolubles y un decremento de proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles razón por la cual el peso del bebé se mantiene por estos días estable

-Leche madura

- Se produce al 10o día post-parto y contiene el 90% de agua, del 7 al 8% de carbohidratos, su principal componente es la lactosa, 2,1 al 3,3% de lípidos, es baja en proteínas el 60% son séricas, inmunoglobulinas A, G, y M, albúmina, lactoferrina, lisozimas, contiene baja cantidad de hormonas del crecimiento, y minerales esenciales como (Na, K, Ma, Ca, Cl), las vitaminas liposolubles dependen de la dieta de la madre

3.1.3.- Componentes nutricionales de la leche materna con la leche de vaca

	CALOSTRO	LECHE HUMANA	LECHE DE VACA
AGUA%	87	88	88
ENERGIA (KCAL-100 ML)	58	70	69
LACTOSA (MG-100 ML)	53	73	44

3.1.4.- Volumen de la leche materna

VOLUMEN DE LA LECHE MATERNA

*A los 2 días 175 ml-día
A los 5 días 550 ml-día
A los 30 días 700 ml-día
A los 6 meses 800 ml-día*

3.1.5.- Ventajas de la lactancia materna

3.1.5.1.-Ventajas para el niño

- 1) Le da los nutrientes que requiere para su crecimiento y desarrollo Tiene las sustancias nutricias ideales para el niño
- 2) Al recibir el calostro, le proporciona defensas para las enfermedades y los nutrientes que necesita los primeros días de vida Es la vacuna que el niño recibe de su propia madre
- 3) Es la más fácil digestión y el organismo del niño aprovecha mejor que cualquier otro alimento
- 4) Le brinda cariño, protección, confianza y seguridad al niño, al estar en contacto con su madre
- 5) Ayuda a formar dientes sanos y evita deformaciones en la boca y en los dientes
- 6) Siempre está a tiempo y a la temperatura ideal

- 7) Es higiénica, no se descompone y no tiene riesgos de contaminación. Pasa directamente de la madre al niño

3.1.5.2.-Ventajas para la madre

- 1) Produce satisfacción psicológica en la madre
- 2) Disminuye el sangrado después del parto y ayuda a recuperar el tamaño y posición del útero
- 3) Previene el Cáncer de mama
- 4) Alivia la incomodidad producida por la saturación de los pechos
- 5) En forma exclusiva, tiene efecto anticonceptivo
- 6) Ahorra tiempo porque no necesita preparación
- 7) Ayuda a recuperar el peso que tenía antes del embarazo
- 8) Disminuye la incidencia de Osteoporosis
- 9) Disminuye efectos secundarios del Dispositivo Intrauterino

3.1.5.3.-Ventajas para la familia

- 1) Favorece una mejor unión familiar
- 2) Ventajas económicas, al evitar el consumo de otras leches, utensilios, etc
- 3) Evita una mala nutrición al niño, previniéndole infecciones y originando gastos médicos y de medicamentos

2.1.5.4.-Ventajas para el País

- 1) Representa un ahorro importante en la compra, almacenamiento y transporte de leches, además del ahorro por combustible, personal, etc, que se requiere para su distribución y preparación. Por otro lado contribuye en la conservación del medio ambiente por el proceso de obtención e industrialización.

3.1.6.-Diez pasos para una lactancia exitosa

En cada lugar donde se proporcione servicios de maternidad y cuidado para el recién nacido, se debería llevar a cabo lo siguiente:

Declaración conjunta de OMS-UNICEF (1989).

DIEZ PASOS PARA LOGRAR UNA LACTANCIA EXITOSA

- 1 Disponer de una política por escrito relativa a la Lactancia natural
- 2 Capacitar a todo el personal de salud en los conocimientos necesarios para implementar esta política
- 3 Informar a todas las mujeres embarazadas de los beneficios de la lactancia natural y la forma de amamantamiento
- 4 Ayudar a las madres a que inicien la lactancia dentro de la primera media hora después del parto
- 5 Enseñar a las madres como lactar y como mantener su producción de leche aun en caso de que sean separadas de sus hijos
- 6 Darle a los bebés recién nacidos únicamente leche materna sin ningún otro alimento o bebida a menos que sea indicado médicamente
- 7 Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los niños permitiéndoles estar juntos las 24 horas del día
- 8 Dar de lactar al niño cada vez que lo pida
- 9 No dar chupones de plástico ni biberones, a los bebés recién nacidos
- 10 Fomentar la creación de grupos de apoyo a la lactancia y canalizar o referir a las madres a ellos al darse de alta del hospital

3.1.7.- Técnica de Lactancia Materna

- 1 Primero lavarse bien las manos
- 2 Se recomienda que la mamá se encuentre cómoda y tranquila
- 3 Realizar ejercicios que preparen los pezones para la lactancia, estos se pueden practicar a partir del séptimo mes de embarazo

3.1.7.1.- Preparación de los pezones

- El uso de técnicas apropiadas para preparar el pezón ayudara a estimular el flujo sanguíneo, distribuir la lubricación de las glándulas de Montgomery, crear la capa de queratina y desarrollar un pezón que pueda asirse
- Las glándulas de Montgomery continúan lubricando el pezón y la piel de la areola durante todo el periodo de lactancia sus secreciones antimicrobianas mantienen un pH ácido de la piel y si esta lubricado no se altera mediante la limpieza o agregándole cremas, inhibe el crecimiento bacteriano dejando la piel suave y flexible permitiéndole, además, respirar Ver anexo No 4 (Anatomía de la Glándula mamaria)

- Estas secreciones proporcionan un sabor y olor que permiten al bebé encontrar el pezón. Si los pezones se lavan con alguna sustancia que no sea agua, esta lubricación natural puede desaparecer, secar la piel de la mano y reducir el aroma, razones por las cuales no debe frotarse nunca el pezón con una toalla ya que podría eliminar las capas protectoras de la piel.⁴⁵

3.1.7.2.-Técnica de Hoffman

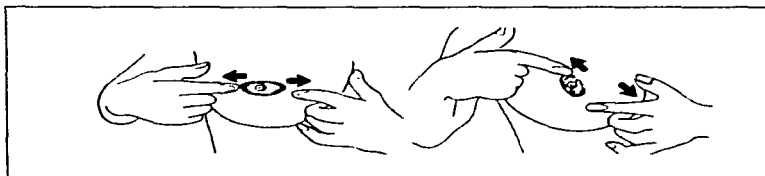


Fig. 29. 1) Los ejercicios de Hoffman tiene como finalidad incrementar la protrusión del pezón. Se instruye a la mujer para que coloque los dedos pulgar e índice en posición opuesta uno en relación con el otro, cerca del borde de la areóla. Fig. 29. 2) A continuación se hace presión contra la mama y se estira hacia afuera la piel para romper las adherencias. Esto se efectúa tanto en sentido horizontal como en sentido vertical, Jalando hacia afuera y girando suavemente.⁴⁶

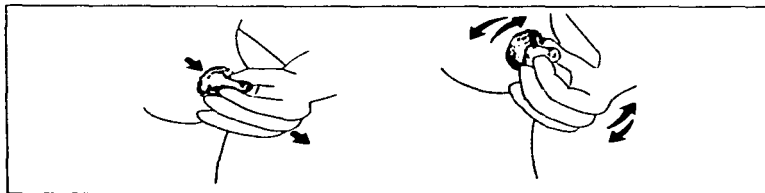


Fig. 29. 2)

⁴⁵ LA LIGA DE LA LECHE DE MEXICO "MANUAL DEL VULDIPLOMADO EN PSICOPROFILAXIS PERINATAL" LINEA UNAM CDMX 1997

⁴⁶ Cir. S.H. OLDS OT AL. ENFERMERIA MATERNO INFANTIL. 1ª. Interamericana Mexico 1991 p. 1064

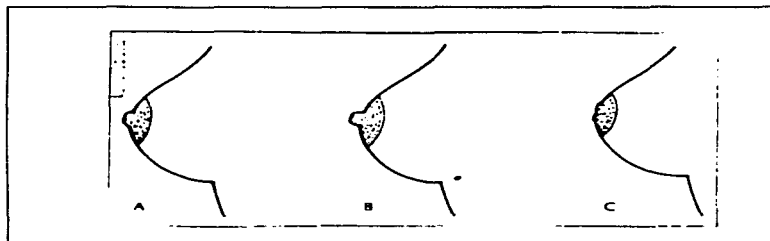


Fig. 30. A. Cuando no se estimulan, los pezones normales invertidos se ven semejantes B. cuando se estimula el pezón normal hace protrusión. C. se estimula el pezón invertido se retrae

3.1.7.3.-Técnica Marmet

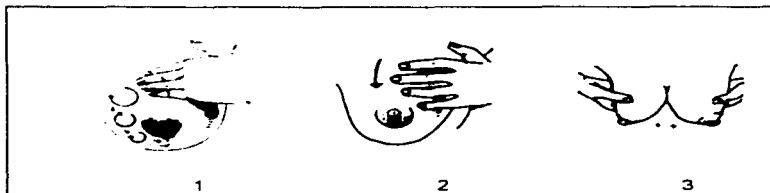


Fig 31 -

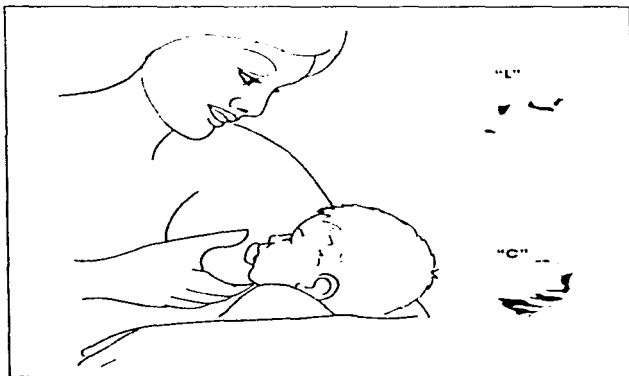
- 1) Indicar masaje a las células y conductos productores de leche presionando al seno firmemente con las yemas de los dedos contra la pared del pecho, empezando por arriba. Mover los dedos circularmente, concentrando en una zona por vez por unos cuantos segundos antes de moverse a otra zona. Hacerlo en espiral alrededor del seno hacia la areola a medida que masajea. Realizando los movimientos en dirección a las manecillas del reloj
- 2) Acaricie el área del seno desde arriba hacia el pezón, usando un contacto ligero de cosquileo. Continuar este movimiento acariciándolo para ayudarla a relajarse, lo cual a su vez, estimulará el reflejo de expulsar la leche

- 3) Sacudir el seno a la vez que se inclina hacia adelante para que la gravedad ayude la expulsión de la leche ⁴⁷ Ver Fig 32 -

RECOMENDACIONES IMPORTANTES

- ⇒ Evitar la limpieza excesiva
- ⇒ Solo es necesario el baño diario para mantener limpios los pezones
- ⇒ No utilizar lociones o cremas
- ⇒ Exponer los pezones al sol y el aire por unos minutos
- ⇒ No manipular en forma excesiva
- ⇒ Usar un sostén cómodo, no ajustado y cuando sea posible, permitir el roce de los pezones con la ropa por algunos minutos (sin sostén)
- ⇒ Si los pezones no sobresalen o se quedan hundidos, podrá utilizar un sostén cortado de las puntas y colocárselo un poco ajustado, de esta manera los pezones se irán formando para que el bebé los pueda tomar

3.1.7.4.-Posición de la mano en C



1.-Sostener el seno con la mano en posición de "L" o "C" el pulgar encima del seno, los demás dedos debajo y por detrás de la areola como se muestra en la figura

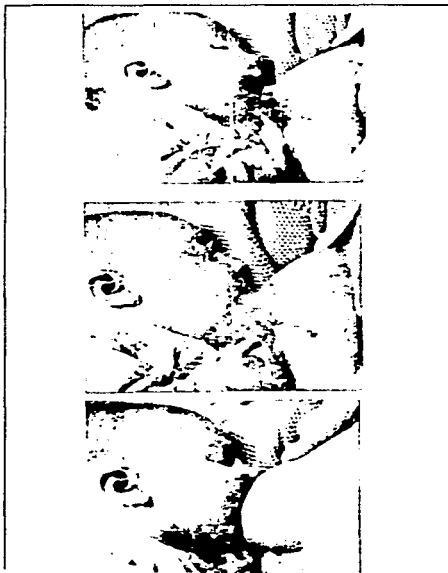
Fig 33 - Posición de la mano

Fig 34-1 - Hacer cosquilleo al labio inferior del bebé hasta que abra grande su boca, y rápidamente empujarlo hacia el pecho.

Es importante ser paciente, esto puede tomar tiempo, como se muestra en la figura

Fig. 34-2 - Asegurarse de que los labios del bebé estén detrás del pezón rodeando la areola, es decir, procurar que tome la mejor parte de la areola.

Fig. 34.- Sellado hermético de la boca del bebé.



3.1.7.5.-Cómo retirar al bebé del pecho



- Para Interrumpir la succión antes de retirar al bebé del pecho, se hará poniendo un dedo limpio en el lado de la boca del bebé, entre sus mandíbulas haciendo retracción de la areola hacia el tórax de tal forma que no haga vacío y provoque dolor al retirarlo bruscamente.

Fig 35 - Como retirar al bebé del pecho

INDICACIONES IMPORTANTES

- ⇒ Mientras se esté amamantando, el bebé debe tener libres las manitas y los pies. No debe estar demasiado arropado
- ⇒ Varie las posiciones de amamantar durante la primera semana
- ⇒ Después de amamantar al niño, exprimir un poco de leche del seno y untarla con un masaje en el pezón y areola, y luego secarlos al aire.
- ⇒ Dejarlos al aire lo más posible

3.1.8.-Posiciones para amamantar

3.1.8.1.-Posición de cuna



1. Colocar una o dos almohadas a su alrededor para apoyar a su bebé
2. Poner la cabeza del bebe en el recodo de su brazo y sostener con la misma mano las nalgas del niño
3. Asegurarse de que el bebé esté frente a ella, pecho a pecho al nivel de los seno, ojo con ojo y panza con panza

Fig 36

3.1.8.2.-Posición de fútbol

1. Poner una o dos almohadas a su lado para ayudar a sostener su brazo y al bebé, a nivel de su axila de tal forma que el abdomen del bebé toque las costillas de la madre
2. Sostener el cuello y parte de la cabeza de su bebé en su mano, con su antebrazo sosteniendo el torso del bebé contra su lado.
3. Seguir los pasos de la posición de la mano.



Fig 37

3.1.8.3. -Posición recostada

1. Recostarse de costado con almohadas sosteniendo su espalda y su pierna de arriba, flexionada hacia adelante
2. Poner al bebé de costado de frente a la mamá
3. Seguir los pasos de la posición de la mano

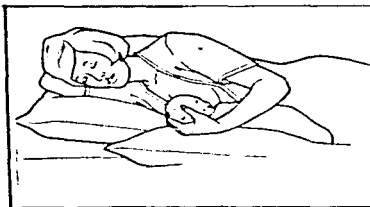


Fig 38

3.1.8.4.-Posición Decúbito lateral

"El cuerpo del niño sigue el cuerpo de la madre y están juntos piel con piel. La madre ofrece el pecho del lado que está acostada, con la mano libre en forma de "C"."⁴⁸



Fig 39

⁴⁸ Dr. Gálvez G. Salvador (1996) MANUAL DEL PROCESO DE ATENCIÓN PARA LA LACTANCIA MATERNA. IMMS HGZ N 2 A México, D.F pp. 53

3.1.8.5.- Posición Sentada

La madre toma al niño entre sus brazos, se sienta cómodamente con la espalda recta colocando almohadas sobre sus piernas para elevar al niño a nivel del tórax de la mamá y la cara del niño queda frente al pecho de la madre. El seno toca la cara del niño y el pezón el labio inferior, para desencadenar el reflejo de búsqueda



Fig. 38

Recomendaciones

⇒ "Se aconseja que se varíen éstas posiciones para que el niño comprima con las encías y la lengua distintos sitios de la areola y pezón para evitar la formación de grietas"⁴⁹

3.1.8.6.- Posiciones para extraer el aire del niño después de comer

1. Existen dos formas para sacar el exceso de aire. Manteniendo erguido al niño procurando que su cabeza se apoye en el hombro. Luego se dan masajes y ligeros golpecitos en la espalda.
2. Si el niño está más tranquilo boca abajo, hay que ponerlo en esta posición.
3. Evite sentarlo, ya que en esta posición el estómago se dobla y el aire tiene dificultad para lograr situarse por encima del nivel de la leche y poder salir.⁵⁰

⁴⁹ Galvez G. Salvador Op. Cit. p. 53

⁵⁰ Cit. Stefano Benvenuto, Milbeta y Yo (1997) Revista Año 1 Núm. 2 p. 21

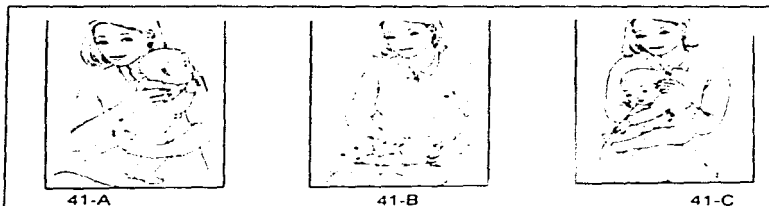


Fig 41 - Posiciones para extraer el aire del niño

3.1.9.-Manejo y Tratamiento para pezones adoloridos

1. Respirar profundamente, escuchar música suave o utilizar otra técnica de relajación antes y mientras amamanta
2. Limitar el tiempo de amamantamiento en el pezón adolorido
3. Amamantar con el lado menos adolorido primero
4. Exprimir un poco de leche primero para estimular su flujo
5. Masaje en senos mientras amamanta. Esto ayudará a estimular que la leche fluya.
6. Usar sostener forrados, o acolchonados no plásticos, cambiar los rellenos frecuentemente para mantener el pezón seco
7. Si los pezones están secos o agrietados, usar un poco de (lanolina pura) en ellos. Esto formará una barrera de humedad de modo que se mantengan secos
8. Si los senos están atiborrados (congestionados), intentar exprimir un poco de leche primero. Los senos atiborrados hacen muy difícil que el bebé se agarre al seno. Exprimir un poco de leche a mano o con una bomba ayuda a hacer la areola más suave, el pezón más erguido y el asimiento más fácil
9. Usar soportes para senos con múltiples hoyos entre amamantadas. Esto permitirá que el aire circule y los protege de ser rozados por el sostén.³¹

³¹ Cfr. MEDELA. Manejo de Pezones Adoloridos. Prevención y Tratamiento

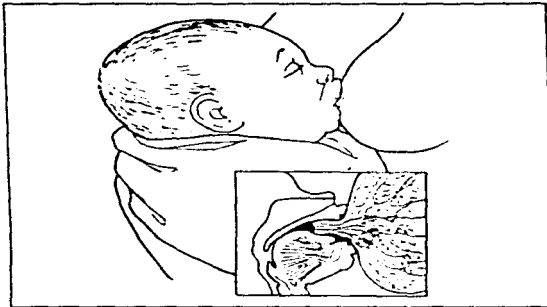


Fig 42 Es importante que la boca del bebe este cubriendo la mayor parte de la areola para que comprime los conductos que están por debajo y evitar así grietas en pezones.

3.1.10.-Extracción manual de la leche materna

Se recomienda realizar primero los masajes de acuerdo a la técnica MARMET, antes descritos.

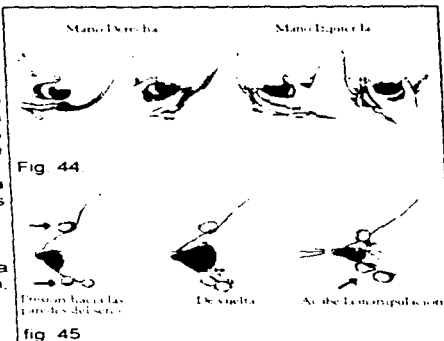
1. Colocar el pulgar (encima del pezón) y los dos primero dedos (debajo del pezón) a aproximadamente "1 a 1-1 2" del pezón, aunque no necesariamente en los bordes exteriores de la areola Usar está medida como guía, dado que los senos y areolas varían de tamaño de una mujer a otra Asegurándose de que la mano forme la letra "C" y las yemas de los dedos estén a las 6 y a las 12 en punto, en línea con el pezón Note que los dedos están colocados de modo que las reservas de leche yazcan debajo de ellos Ver fig 43 -



- 1 Evite tomar el seno en todo el hueso de la mano
- 2 Empuje directamente contra la pared del pecho
- 3 Evite separar los dedos
- 4 Para senos grandes, primero levante y luego empuje contra la pared del pecho

Fig 43 -

1. Apriete hacia adelante con el pulgar y los demás dedos al mismo tiempo. Este movimiento de apretar comprime y vacía las reservas de leche sin dañar el tejido sensible de los senos. Note la posición del pulgar y las uñas en el apretón final según se muestra en la ilustración.
2. Repita rítmicamente para drenar completamente las reservas Fig 44
3. Colocar, empujar, apretar
4. Colocar, empujar, apretar. Rote el pulgar y los dedos para eliminar otras reservas. usan. Fig. 45



EVITE ESTOS MOVIMIENTOS

1. No apriete los senos, puede causar moretones
2. Deslizar las manos por los senos puede causar dolorosas quemadas de la piel.
3. Evite jalar el pezón, puede resultar en daños a los tejidos



Fig 46 -

3.1.11.- Ablactación

- La ablactación la introducción de otros alimentos sólidos a la alimentación con lactancia materna, se inicia apartir de los 6 meses según la disposición y nutrición adecuada de la madre y características individuales del niño
- La recomendación es iniciar con verduras en pure como zanahoria chayote, calabaza, chicharo etc por 3 días cada una con el fin de ir asimilando y conociendo los sabores, posteriormente se incluyen las frutas, cereales, carnes, huevo y por último pescado.

3.1.11.1.- Aspectos fisiológicos necesario para iniciar la Ablactación.

La capacidad de recibir alimentos se desarrolla en tres estadios

- 1 Un período que comprende al menos 4 meses durante los cuales el niño succiona
2. Un periodo de transición, entre 4 y 8 meses, en el que el progreso del desarrollo neuromuscular permite deglutir alimentos más consistentes
- 3 Período adulto modificado, entre los 6 y doce meses, en el que se puede administrar alimentos sólidos picados con escasas probabilidades de ahogamiento y broncoaspiración

3.1.11.2.- Riesgos de una ablactación temprana.

- 1 El ofrecer alimentos diferentes a la leche materna, no solamente es innecesario (incluidos agua y té), sino que puede ser peligroso para la salud del niño
2. Esta práctica
 - ⇒ Interrumpe el patrón de alimentación por la madre
 - ⇒ Reduce la producción de la leche materna
 - ⇒ Aumenta el riesgo de infecciones, procesos alérgicos y desnutrición
3. En el caso de la madre de la madre, aumenta el riesgo de un nuevo embarazo.

3.1.12.- Destete

- El destete es el período comprendido en el que el niño ya no consume lactancia materna, solo los demás alimentos y otra leche artificial, generalmente ocurre entre los 4 meses al año y medio de edad

3.1.13.- Pautas para llevar acabo la Ablactación y Destete.

- La introducción de alimentos deberá iniciarse en forma de papillas
 - Aunque existe mucha controversia para el tipo y la forma de llevar acabo la ablactación se recomiendan las siguientes pautas
1. Iniciar con jugos y papillas preparadas usando alimentos básicos de la familia, a base de tubérculos, verduras, vegetales y - o frutas (Algunos nutricionistas recomiendan ofrecer las frutas al final, por la posibilidad de una mejor aceptación del niño)
 2. Los jugos proporcionan sobre todo azúcares y son buena fuente de Vit. C, potasio y líquidos. Deben ofrecerse en taza o cuchara
 3. Los vegetales deberán cocinar con poca agua, a fin de que conserven las vitaminas
 4. Es importante que las papillas tengan una consistencia adecuada, generalmente cuando se enfría se hace más densa, añada una pequeña cantidad de aceite, mantequilla o margarina para mantener su consistencia suave y aumentar el contenido energético sin incrementar el volumen
 5. Se deberá administrar al inicio, un solo alimento. El tiempo para la introducción de un nuevo alimento será a razón de uno nuevo por semana, de esta forma se puede detectar intolerancia
 6. La combinación de alimentos sólo debe realizarse cuando se ha determinado que se toleran por separado
 7. Los alimentos picados, deberán iniciarse al final del primer año de vida para promover la masticación, algunos autores recomiendan su inicio cuando el niño presenta 4 o más dientes⁵²

RECOMENDACIONES

- No hay necesidad de suspender la alimentación al seno materno, aún después de los 2 años
- La mayoría de los niños, suspenden voluntariamente la alimentación al seno materno, entre el año y los tres años (Explicar a la madre que deberá hacerlo)

⁵² Cfr. Hospital Amigo del Niño y de la Madre, 1997. MANEJO DEL LACTANTE.

poco a poco, mencionandole los riesgos emocionales que se presentan tanto en el niño como en ella.

- Aumentar el número de comidas diferentes al seno
- Disminuir una de las mamadas diarias con 1 a 2 semanas, durante 3 meses.
- Suspender por último el amamantamiento nocturno
- Consentirlo y dedicarle más tiempo, de manera que se sienta cercano a su madre de ciertas formas

"EL DESTETE SUBITO ES UNA CAUSA FRECUENTE DE DESNUTRICION"

3.2.- VIGILANCIA DE COLORACION DE PIEL Y TEGUMENTOS.

DATOS NORMALES	ALTERACIONES Y POSIBLES CAUSAS	VALORACION DE ENFERMERIA
<ul style="list-style-type: none"> • Color compatible con antecedentes raciales • Color sonrosado o rojizo en cara, tronco y extremidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Palidez de cara y conjuntivas (anemia, hipotermia, anoxia) • Rojo carnoso (hipoglucemia, reflejos vasomotores inmaduros, policitemia) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hablar con los padres sobre las variaciones comunes del color cutáneo para aliviar sus temores • Valorar el tiempo y extensión de presencia de los cambios de coloración
<ul style="list-style-type: none"> • Variaciones comunes acrocianosis, cianosis periorbitaria, cianosis peribucal o cambios de color en artequin 	<ul style="list-style-type: none"> • Coloración meconial (sufrimiento fetal) • Ictericia (reacción homolítica por incompatibilidad sanguínea, sepsis etc) 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar dificultad respiratoria • Obtener valores de Hb y hematocrito • Efectuar el diagnóstico diferencial para saber si la desviación es fisiológica o se trata de ictericia patológica
<ul style="list-style-type: none"> • Lisa, blanda, flexible. puede observarse descamación en manos y pies 	<ul style="list-style-type: none"> • Piel resquebrajada o descamada de manera generalizada (lactante hipotrófico o postérmino, incompatibilidad sanguínea, disfunción renal metabólica) • Escamas (eccema de las mejillas, por detrás de las orejas y en las regiones popliteas y anticubitales) • Seborrea y dermatitis • Gran cantidad de lanugo 	<ul style="list-style-type: none"> • Efectuar el diagnóstico diferencial • Instruir a los padres para que apliquen enjuagues al cuero

	(pretérmino)	cabelludo y la fontanela anterior todos los días, deberá emplearse jabón, y se evitará el aceite, se enjuagará bien
	<ul style="list-style-type: none"> • Arrugada o seca (baños frecuentes) • Ausencia de vermix (lactante postérmino) • Vernix amarilla (coloración de bilirrubina) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Turgencia pellizco de la piel (parte baja del abdomen) en "forma de toldo" • Elástica, recupera su forma normal después del pellizco • PIGMENTACION • Clara, se encuentran millos a lo largo del puente de la nariz o la frente que desaparecerán en plazo de unas cuantas semanas • Manchas de café con leche (uno o dos) • Manchas mongolicas o pigmentación macular de color negro azulado sobre la región lumbodorsal y las regiones glúteas, común en los lactantes de raza oscura. • Eritema neonatal tóxico 	<ul style="list-style-type: none"> • Conserva su forma de toldo (deshidratación) • Seis o más trastornos neurológicos como enfermedad de von Recklinghausen neurofibromatosis cutánea) • Xantoma (benigno o acompañado de metabolismo normal de los lípidos) • Impétigo (infección por estreptococo B-hemolítico del gupo A o por Staphylococcus aureus) 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la aparición de otros signos y síntomas de deshidratación • Garantizar a los padres la normalidad de esta pigmentación, desaparecerá durante el primero o los dos primeros años. • Tranquilizar a los padres señalándoles que las placas de xantoma desaparecerán en unas cuantas semanas • Su sobreviene impetigo, instruir a los padres sobre las precauciones de lavado de manos y de las ropas durante la asistencia en el

<ul style="list-style-type: none"> • Nevos telangiectásicos • Marcas del nacimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemangiomas • Nevo flámeo (mancha de vino tinto) • Nevo vascular (hemangioma en fresa) • Hemangiomas cavernosos 	<ul style="list-style-type: none"> hogar. • Colaboración con el médico • Explicar a los padres sobre el progreso de las marcas del nacimiento para eliminar las concepciones erróneas • Anotar tamaño y forma de los hemangiomas
<ul style="list-style-type: none"> • Molas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier mola o crecimiento que cambian de color o carácter • Erupciones (infecciones) 	<ul style="list-style-type: none"> • Enviar a la clínica correspondiente para vigilancia y valoración médica • Valorar la localización y el tipo de erupción (macular papular vesicular) • Obtener los antecedentes de la iniciación la historia prenatal y los signos y síntomas relacionados
<ul style="list-style-type: none"> • Petequias de cabeza y cuello (presentación pélvica, cordón enredado al cuello) 	<ul style="list-style-type: none"> • Petequias generalizadas (anomalías de las ropas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la causa, aconsejar a los padres si se requieren cuidados posteriores⁵³

⁵³ Cfr. S.B. OLDS OT AL. Enfermería Materno-infantil (Guía de valoración física del neonato 2a ed. E.P. Interamericana p.p. 786-787)

3.3.- DETECCION DE HEMORRAGIA, INFECCION O INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.

DATOS NORMALES	ALTERACIONES Y POSIBLES CAUSAS	VALORACION DE ENFERMERIA
RESPIRACION		
<ul style="list-style-type: none"> • Algunas de las primeras alteraciones que sufre el neonato en la Insuficiencia respiratoria, como una adaptación inadecuada para la vida extrauterina • a 50 respiraciones-min • sincronizacion de movimientos torácicos y abdominales • Respiraciones diafragmática abdominal • Taquipnea transitoria 	<ul style="list-style-type: none"> • Taquipnea (neumonía, SIR) • Respiración superficial rápida (hipermagnesemia a causa de las grandes dosis administradas a la madres toxémicas) • Quejido espiratorio, tiros intercostales aleteo nasal (insuficiencia respiratoria) • Apnea (tensión por frío, trastornos respiratorios) • Respiraciones menores de 30-min (anestesia o analgesia maternas) • Ampliación torácica desigual (neumonía, neumotórax, insuficiencia respiratoria) 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar el estado de sueño y vigilia, y correlacionarlo con el patrón respiratorio • Valorar todos los signos de insuficiencia respiratoria, comunicar las observaciones al médico
<ul style="list-style-type: none"> • Ampliación bilateral de tórax 		<ul style="list-style-type: none"> • Obtener mayor cantidad de datos relacionados con el esfuerzo respiratorio si la ampliación del tórax es desigual (regularidad, aleteo nasal, dificultad tanto a la inspiración como a la espiración)

- A la percusión no hay tiro intercostal, subcostal o suprasternal
- Disminución de la matidez a la percusión, observar la matidez sobre el hígado el diafragma y el corazón con estas áreas bien delimitadas
- Los ruidos respiratorios son más intensos en lactantes a la auscultación
- Los ruidos respiratorios bronquiales (se escuchan cuando tráquea y bronquios están más cerca de la pared torácica, por arriba del esternón y entre los omóplatos)
- Ruidos bronquiales en ambos lados
- Es clara la entrada de aire Los estertores pueden indicar atelectasia neonatal normal
- Tiros (insuficiencia respiratoria)
- Matidez en los campos pulmonares (consolidación pulmonar, atelectasia)
- Hiperresonancia del torax
- (neumonía, neumotorax, distension gástrica)
- Disminución de los ruidos respiratorios (disminución de la actividad respiratoria, atelectasia, neumotorax)
- Ruidos adventicios o anormales (enfermedad o insuficiencia respiratoria)
- Examinar con cuidado el tórax empleando técnicas de inspección, palpación y auscultación
- Informar al médico los datos importantes
- Efectuar exploración física completa e informar al médico los datos positivos

HEMORRAGIA

- Ocurre hemorragia a causa de deficiencia de vitamina K, es más común cuando el neonato es alimentado al pecho
- En ocasiones la hemorragia es interna Puede observarse hemorragia nasal del cordón umbilical, de la herida de
- Generalmente la hemorragia se presenta durante el segundo al tercer día de la vida pero puede sobrevivir antes.

circuncisión, del tubo digestivo y del cuero cabelludo, así como equimosis generalizada.

• El trastorno se puede prevenir por completo mediante inyección profiláctica de 1g. de vitamina K, dosis mayores provocarían hiperbilirrubinemia³⁴

INFECCION

- Los neonatos hasta un mes de edad son propensos a una infección conocida como *SEPSIS NEONATAL*, la producen factores como Prematuridad, sufrimiento fetal, asfixia, acidosis fetal, hipovolemia, SIR, empleo de catéteres umbilicales, administración de solución hiperosmolar, infecciones bacterianas, alimentación deficiente etc
- Hipotermia, crisis apnéicas, dificultad respiratoria, letargo, o irritabilidad. Distensión abdominal, hipersensibilidad, celulitis de pared abdominal, evacuaciones diarreicas, pueden observarse a las de intestino
- Vómitos (pueden estar teñidos con bilis)
- Ausencia de ruidos intestinales
- Vigilar datos de infección ya mencionados
- Realizar *Dextrostix*, una vez por turno
- Realizar *bilibabstix* una vez por turno
- Valorar cambios de alimentación
- Vigilar vómitos teñidos de meconio, aumento de residuo gástrico, auscultar ruidos intestinales
- Medir circunferencia abdominal cada dos o tres hrs
- Insertar sonda nasogástrica y hacer aspiración suave
- Observar signos de perforación de intestino y peritonitis y distensión. Observar signos vitales. Vigilar líquidos y electrolitos³⁵
- Ofrecer una explicación a los padres del proceso de la posible infección y el manejo de elección del lactante

³⁴ Cfr. Op. Cit p. 783-794, 951.

³⁵ Cfr. *Ibidem*. p. 955-956

3.4.- VALORACIÓN DE CIRCUNSIÓN AL RECIEN NACIDO.

Concepto

Se llama circuncisión al procedimiento quirúrgico que consiste en separar el prepucio del glande del pene y resecar una parte del mismo. Esto permite exponer el glande y deslizar con mayor facilidad el prepucio con finalidades higiénicas

DATOS NORMALES	ALTERACIONES Y POSIBLES CAUSAS	VALORACION DE ENFERMERIA
<ul style="list-style-type: none"> • PENE es de aspecto delgado, 2.5 cm de largo, 1 cm de ancho al nacer 	<ul style="list-style-type: none"> • Micropene (anomalía congénita) 	<ul style="list-style-type: none"> • Enviar a consulta genética
<ul style="list-style-type: none"> • Orificio urinario normal, meato uretral en la punta del pene 	<ul style="list-style-type: none"> • Atresia meatal 	<ul style="list-style-type: none"> • Observar y anotar la primera micción
<ul style="list-style-type: none"> • Abertura uretral no inflamada 	<ul style="list-style-type: none"> • Uretritis (infección) 	<ul style="list-style-type: none"> • Palpar en busca de ganglios linfáticos aumentados de tamaño y anotar la ocurrencia de micción dolorosa
<ul style="list-style-type: none"> • El prepucio se adhiere al glande y se puede deslizar más allá de la abertura uretral 	<ul style="list-style-type: none"> • Ulceración de la abertura meatal (infección, inflamación) 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar si la úlcera es producida por erupción del pañal, brindar consejo en cuanto a los cuidados
<ul style="list-style-type: none"> • Prepucio no circuncidado no apretado durante dos o tres meses 	<ul style="list-style-type: none"> • Fimosis si sigue el prepucio apretado después de tres meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir a los padres para que retraigan el prepucio con suavidad después del baño, con objeto de lograr retraer el prepucio a un estado normal y efectuar limpieza a intervalos mensuales después de los cuatro meses de edad
<ul style="list-style-type: none"> • Circuncisión • Tejido eréctil presente. 		<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a los padres la manera de cuidar la

herida circuncisión ⁵⁶	de
--------------------------------------	----

3.5.- BAÑO DEL RECIEN NACIDO

Es un procedimiento para limpiar el cuerpo del bebé, que favorece examinar el cuerpo del recién nacido, eliminar microorganismos y propiciar limpieza y comodidad al lactante

3.5.1.- Material y equipo

- | | |
|---|--------------------------|
| • Bañera o tina | Agua limpia |
| • Cubeta y vasija exclusivas para baño del bebé | Toalla limpia grande |
| • Lienzos, toallas pequeñas o esponja | Jabón neutro |
| • Shampoo para niños | Aceite para bebé o crema |
| • Pedazos de algodón | Pañales |
| • Ropa limpia | |

RECOMENDACIONES IMPORTANTES

- La demostración del baño real es la mejor manera que tiene la enfermera de enseñar a los padres.
- El baño deberá ser diario, a una hora que no se acerque a su alimento para que no lllore por hambre mientras que lo baña
- Preparar el lugar donde será bañado acercando todas las cosas que se utilizarán con el objeto de no estar produciendo corrientes de aire.
- *no podrá dejar ningún momento al bebé solo*
- Cuidar que no existan corrientes de aire
- El lugar deberá contar con una temperatura adecuada
- El agua tiene que estar templada, valorar su temperatura con el antebrazo o el codo
- Las manos con uñas cortas y limpias
- Si se encuentran los padres, instruirlos sobre el baño y resolver sus dudas.
- Contar con el material y equipo momentos antes del baño.
- Si el bebé se encuentra dormido, despertarlo antes, nunca introducirlo al agua dormido.
- **El baño no debe durar mucho tiempo y debe ser secado rápidamente.**

3.5.2.- Técnica

- Colocar a bebé en una bañera con agua tibia al tacto, medir la temperatura con el codo o el antebrazo, coloque una toalla o pañal en la superficie. Tomar al bebé detrás de su espalda poniendo una mano con el dedo pulgar y la palma entre su axila, colocarlo despacio e iniciar limpiando solo con agua cada uno de los ojos, con un pedazo de algodón o su propia mano. Con un lienzo suave o esponja limpia la parte exterior y por detrás de cada una de las orejas. No es necesario limpiar por dentro, la cerilla sale por sí sola. Limpie la cara comenzando con la frente, siga con las mejillas y alrededor de la boca.
- Lave el cabello con shampoo o con el mismo jabón. Sujete al bebé de manera que el brazo sostenga su espalda y la mano la cabeza sosténgala inclinada hacia atrás para que no le caiga jabón en los ojos. Con la mano libre moje el cabello, enjabone con movimientos circulares y enjuague. Enjabone y enjuague con lienzo o esponja el cuello, cuerpo y espalda.
- Sáquelo del agua, colóquelo en una superficie plana sobre una toalla, por último seque bien la piel, ponga especial atención a los pliegues, y si es de su agrado coloque alguna crema especial para bebé o aceite, no aplique talco.
- Cuide de limpiar bien los genitales separando los pliegues, asee de adelante hacia atrás, en los genitales masculinos, puede comenzar a retraer lo mas que pueda el prepucio sin lastimar (si no le practicaron circuncisión), si presenta esmectina, limpie con una torunda o lienzo limpio alrededor del pene y coloque el prepucio como estaba.
- Finalmente vístalo con ropa adecuada.

3.6.- CUIDADOS AL CORDON UMBILICAL.

Los cuidados al cordón umbilical pretenden evitar hemorragias e infecciones con una adecuada ligadura y cierre del mismo.

- Examinar el cordón umbilical al nacimiento del bebé para comprobar la presencia de dos arterias y una vena.
- Determinar la cantidad de gelatina de Wharton presente en el cordón, si la cantidad es excesiva puede aflojarse la ligadura al irse secando.
- Es necesario conservar limpio y seco el cordón umbilical, limpiándolo con torundas o isopos diariamente o aprovechar en el momento del baño para ser lavado únicamente con agua, no utilizar alcohol, merthiolate, u otra substancia ya que solo retrasará el proceso de cicatrización.
- Debe permanecer libre el área, solo con su pañal es suficiente y este deberá ser doblado hacia arriba para no hacer fricción y permitir que el aire circule alrededor del cordón, evitando que se humedezca y retrase su cicatrización.
- Cuidas de no colocar fajeros, frijoles, monedas o algún otro objeto pues provocaría una infección.

- Vigilar que no exista hemorragia del cordón con salida de sangre roja brillante o secreción purulenta, en ciertos casos es posibles que la enfermera lo realice nuevamente.
- Avisar cualquier anomalía al médico
- Indicar a los padres que no existe sensibilidad en esta zona por lo que no le duele al movimiento o manipuleo del cordón y que generalmente el cordón umbilical se desprende entre el 7o a 14o día del nacimiento.
- Facilitar el desprendimiento natural del cordón

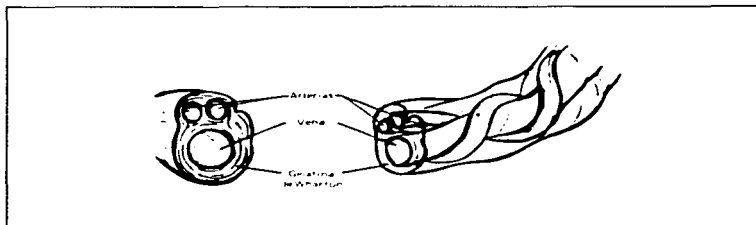


Fig. 47.- Esquema de un corte del cordón umbilical³⁷

3.7.-PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Una de las principales causas de muerte en niños son los accidentes seguidos de los envenenamientos y generalmente ocurren en el hogar por lo que importante informar a los padres sobre los cuidados que deben tomar en cuenta para ser prevenidos:

- Si el neonato es trasladado en automóvil deberá ir en un asiento del auto preferentemente en los de la parte de atrás y acompañado de una persona y no en asientos infantiles
- Todos los medicamentos deberán estar bajo llave, (algunos medicamentos parecen caramelos para niños).
- Las plantas ornamentales deben ponerse fuera del alcance de los niños de corta edad, muchas de ellas son venenosas.

³⁷ Tomado de: Mondragón, C. Héctor. Obstetricia Básica, (1995) Ed. Trillas p. 88

- Todos los artículos de limpieza deben colocarse en muebles altos fuera del alcance de los niños
- Cubrir todas las fuentes de energía eléctrica, y los cables que se encuentren a la vista
- No dejar objetos pequeños tirados en el piso como alfileres, monedas, botones etc. podría introducirlos a la boca y asfixiarse
- Los niños no necesitan almohadas o muñecos de peluche en la cuna mientras que duermen, estos artículos podrían ahogarlos al igual que acercarle bolsas de plástico

Ver esquema de prevención de Accidentes en el Hogar

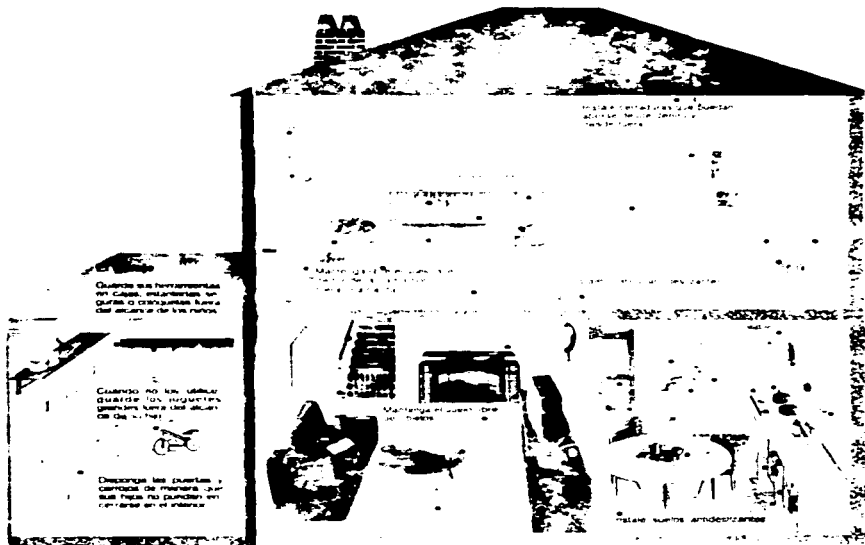
Mensajes Básicos

- La única defensa para prevenir los accidentes es actuar con precaución
- Para el niño, el adulto es un ejemplo. Le puede enseñar a proteger y cuidar su salud o a perderla
- El sentido de seguridad y autoprotección se adquiere en el hogar y en la escuela debe reforzarse
- En la práctica de actividades físicas y recreativas se deben evitar los actos y las condiciones inseguros
- En caso de accidente es tan importante saber qué hacer, como qué no hacer al dar primeros auxilios ⁵⁴

⁵⁴ Solidaridad Para la Vida, UNICEF, UNESCO, OMS, SSA, 1990 p. 70-71.

ESQUEMA No. 3

Esquema de Prevención de Accidentes en el hogar.**



** Tomado de Enciclopedia Prevenir & Vivir (1993) Volumen I p 18-19

3.8.- ESTIMULACION TEMPRANA

- La estimulación temprana surge de la idea de estructurar medidas que favorezcan y optimicen el desarrollo del niño sano, así como del que presenta problemas
- Estas acciones se fundamentan en diversas teorías, pero principalmente parten de las ideas de investigadores como son Jean Piaget, Arnold Gessel, Rene Spitz, Jerome Bruner y algunos conceptos de Sigmund Freud
- La estimulación temprana nació pensando en el niño que por las características de su gestación, nacimiento, herencia, ámbito social y familiar es considerado de alto riesgo
- El Crecimiento y el Desarrollo de un niño son procesos dinámicos que ocurren desde la concepción hasta la madurez. El desarrollo de un niño es un proceso continuo a través del cual se adquieren, habilitan y perfeccionan las funciones de cada uno de los órganos del cuerpo, así como la capacidad mental y la destreza para adaptarse a la vida
- El niño está dotado de un potencial que le permite desarrollar una vida psíquica la cual inicia con el cuerpo al sentir y actuar aportando datos del mundo y de sí mismo, diálogo social con los otros, donde articulan palabras y cumple paso a paso con otras funciones de aprendizaje: inteligencia, pensamiento, comprensión, lenguaje, lectura, escritura, movilidad, desplazamiento, equilibrio, coordinación, manipulación de objetos, interacción social y expresión de emociones.
- Esto se logra gracias a los diferentes tipos de estimulación como son: La multimodal, visual, táctil, auditiva, vestibular (a través del movimiento-meserlo) y propioceptiva (todo lo que da tono equilibrio), que representan logros importantes en la mayoría de los niños

3.8.1.-Áreas de Desarrollo

1. **Área "motora gruesa"**, que incluye movimientos del cuerpo, desplazamiento y cambios de posición y postura
2. **Área "motora fina"**, referente a la habilidad de realizar movimientos que requiere de mayor destreza como coordinación de manos y ojos para manipular objetos
3. **Área de "lenguaje-audición"** entendimiento y expresión del habla.
4. **Área "personal-social"** que son los aspectos de las relaciones del niño con las personas que lo rodean, sentimientos y emociones y capacidades de cuidarse a sí mismo

Es necesario comprender que todo ser humano al nacer inicia una etapa de desarrollo acelerado que dura aproximadamente 18 meses, y que es una etapa de aprendizaje y que no puede valerse por sí mismo, ya que poco a poco va adquiriendo su autonomía que se ve involucrada importantemente el trato constante de los padres los cuales irán reconociendo los cambios que ocurren durante ciertas etapas de la vida del niño

Aprender a conocerlo y a gozar de su desarrollo mediante juegos y ejercicios es la base de la estimulación temprana, que es lo que pretende manejar este Programa, para que sea aplicado al recién nacido hasta los 5 años de edad. El cual está basado en el **DESARROLLO DE GESSEL**, PROGRAMA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA Y ESQUEMA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA y de la experiencia de dos educadores perinatales quienes con demostración real en su práctica actual demuestran la evolución de la *Estimulación Temprana* en un niño normal

Se dará entonces una idea general que pueda ser utilizada como guía, aclarando que puede haber variaciones debido a las características particulares que cada niño pueda presentar en sus diferentes etapas del desarrollo de la vida, tomando en cuenta que no se puede apresurar el desarrollo, es decir no es posible hacer que un niño camine antes de tiempo si su cuerpo no está preparado para hacerlo. En cambio si a un niño se le da la oportunidad de aprender éste no desenvolvería su máximo potencial y su desarrollo se verá retrasado, por ejemplo, no habla si nadie le habla, aunque se encuentre bien de salud y su S N C esté listo para hacerlo

El sistema nervioso del recién nacido está aún inmaduro se sabe que la mielinización marca el punto de partida del sistema de conducción de impulsos nerviosos lo cual se realiza por etapas. Al nacer la mielinización solo alcanza los centros subcorticales, haciendo al recién nacido automático. Sus actos son reflejos, llamados "arcaicos reacciona a las estimulaciones con movimiento que no puede controlar y que los hace desde el nacimiento, demuestra que el sistema nervioso del recién nacido es normal, estos reflejos existen hasta el 20 mes (excepto el reflejo de marcha automática que solo dura una semana) y algunos otros se mantienen hasta los 24 meses

"Todo el desarrollo, desde el nacimiento hasta la edad adulta, depende de la maduración del S N C

El transcurso de esta evolución está determinado por factores *genéticos y fisiológicos del desarrollo, y por la estimulación del medio ambiente* ⁶⁰

"El DESARROLLO se define como un proceso de organización sucesiva de las funciones, mediante el cual se realizan progresivamente las capacidades

⁶⁰ PSICOLÓGICA JENNY FARIAS ESTIMULACIÓN TEMPRANA Curso Actualización CIMIGEN marzo de 1997

genéticas del organismos en relación con el ambiente."⁴¹ Conceptos fundamentales del desarrollo (tono ,postura)

3.8.2.-Principios para la Estimulación Temprana

1. La estimulación se debe iniciar desde los primeros días de vida del niño
2. El objetivo de la estimulación temprana es ayudar al niño a desarrollar y aprovechar sus potencialidades, y no acelerar su desarrollo
3. La estimulación temprana consiste en incitar al niño a participar en actividades mediante las cuales pueda aprender algo nuevo y útil, ya que esta es la única forma en que aprende
4. Es importante recordar que la estimulación debe ser variada, jamás forzarle
5. El niño necesita el máximo de libertad, ya que las llamadas actividades de auto desarrollo generalmente tienen lugar cuando el niño se entrega a ellas
6. Cuando el niño aprende algo hay que ayudarlo, pero la intervención del adulto se reducirá al mínimo
7. Cuando el niño a aprendido determinada habilidad en ciertas condiciones hay que brindarle el máximo de oportunidades para que la aplique en condiciones distintas
8. El niño debe permanecer en contacto con personas, en la medida que sea posible
9. El niño debe de interactuar constantemente con un pequeño grupo de personas que le sean familiares, particularmente los padres
10. Cuando a la mamá le resulte imposible ocuparse de su hijo, deberá procurar hacerlo indirectamente, creando un medio ambiente que incluya los estímulos suficientes para inducirle a la actividad
11. Los padres deben recordar que cada niño es diferente y respetar las características individuales del niño
12. La sobre estimulación resulta tanto o más peligrosa que la falta de estimulación es por eso que hay que prestar atención a las necesidades particulares de cada niño y no sobrepasarlas

3.8.3.- Requisitos para la Estimulación Temprana

1. El niño para ser estimulado deberá encontrarse en estado de alerta, es decir, despierto y sin llanto
2. Debemos tener a la mano todos los elementos para estimularlo
3. Las actividades deben realizarse cuando el bebé esté dispuesto sin forzarlo en ningún momento, si el niño no desea realizarla puede intentarse posteriormente

⁴¹ Op. Cit

4. Observar la respuesta del bebé a las actividades. En especial se deben considerar los siguientes puntos

- ⇒ Mímica
- ⇒ Expresión motora
- ⇒ Interés y atención
- ⇒ Condición física
- ⇒ Condición mental
- ⇒ Cansancio

5. Asegúrese de que las actividades son realizadas en forma apropiada.

3.8.4.-Características, Síntomas de alarma y Material de estimulación por mes

PRIMER MES

Características:

- Presenta movimientos incoordinados de todo su cuerpo. Mueve manos y pies extiende y cierra manos
- En prona puede levantar la cabeza y girarla a un lado
- Mira objetos coloridos o rostros colocados en su línea de visión, siguiéndolos hacia la línea media
- Disminuye la actividad cuando escucha sonidos próximos a él
- Diferencia la voz humana de otros sonidos y se tranquiliza al escucharla
- Emite vocalizaciones guturales refleja y expresa llanto de incomodidad

Síntomas de Alarma:

No existe respuesta pupilar desde el nacimiento
 No responde visualmente a la cara humana
 El llanto suena extraño, en un tono diferente a los demás o es incontrolable

Material de Estimulación:

Móviles de colores intensos
 Sonajeros que sirvan para estimulación auditiva
 Cuna (30x40x5 a 0)
 Guantes para masaje de diferentes texturas
 Aceites vegetales (almendra, manzanilla, olivo)

SEGUNDO MES

Características	Sintomas de alarma
<ul style="list-style-type: none"> Las extremidades aun se encuentran flexionadas pero menos rígidas comienza a abandonar la posición fetal. En supina la cabeza se mantiene en la línea media pero los movimientos de brazos y piernas son asimétricos En prona apoya la pelvis extendiendo los muslos y levanta e n forma intermitente la cabeza. Sentado la espalda se endereza ligeramente y la cabeza permanece recta pero bamboleante. Disminuye el reflejo de prensión palmar. Fija la mirada mira la mano de quien sostiene el objeto, y lo sigue más allá de la línea media. Se interesa más por los sonidos. Balucea y en ocasiones vocaliza cuando le hablan pero sigue comunicándose con el llanto. Esta despierto más tiempo <p>Aparece la sonrisa social</p>	<ul style="list-style-type: none"> Las primeras del primer mes. No sigue el movimiento con los ojos y la cabeza. No detiene su actividad ante sonidos de los juguetes o voz humana. Al sentarlo no intenta levantar la cabeza. <p>Material de Estimulación</p> <ul style="list-style-type: none"> Todos los anteriores Amaca Muñecos de goma que hacen ruido Rodillo de paña

TERCER MES

Características	Sintomas de Alarma
<ul style="list-style-type: none"> En prona se sostiene sobre sus antebrazos y levanta la cabeza 45° a 90° Sentado sostiene la cabeza fija aunque todavía bamboletea Parado sostiene brevemente su peso corporal Aparece la presión al contacto aunque todavía no es capaz de tomar objetos voluntariamente Descubre objetos los sostiene y los lleva a la boca Puede girar la cabeza para seguir un objeto 80° cambiar la mirada de un objeto a otro y mira otro más lejano Observa sus manos y juega con ellas Llora menos durante el día y aparece una respuesta vocal social <p>Al escuchar un sonido gira la cabeza para localizar la fuente sonora</p>	<ul style="list-style-type: none"> No intenta alcanzar objetos Presenta hipotonía Su cuerpo se arquea hacia atrás (al cargarlo y al sentarlo) En prona levanta la cabeza en exceso Manos empuñadas, ya deberían estar abiertas El pulgar permanece flexionado sobre la palma o pegado junto a la dorso Duerme la mayor parte del día <p>Material de estimulación</p> <ul style="list-style-type: none"> Todos los anteriores Variar juguetes Rodillos de 10 x 6,5 y de 20 x 11m Bolsitas de cascabeles (con los cascabeles amarillos con un listón)

CUARTO MES

CARACTERÍSTICAS	SINTOMAS DE ALARMA
<ul style="list-style-type: none"> Mayor control de cabeza y tronco Sentado, la cabeza erguida En prona, se apoya en antebrazos Intentar rodar 	<ul style="list-style-type: none"> Se encuentran rígidos los brazos las piernas y el tronco y cuesta trabajo doblarlos No presenta conducta social En posición prona no se sostiene con antebrazos

<ul style="list-style-type: none"> • Mantiene abiertas sus manos y gusta de jugar con ellas en la línea media, aparece la prensión cubito palmar • Intenta movimientos de prensión hacia un objeto que se le ofrece, realizando un acercamiento bimanual • Ve la mano y el objeto que lo sostiene • Reconoce la voz de mamá y puede distinguir voces familiares de las no familiares. • Vocaliza o sonríe cuando alguien lo sienta • Ríe a carcajadas • Respuesta de entusiasmo ante comida y juegos 	<p style="text-align: center;">Material de Estimulación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los anteriores • Cubos que pueda tomar de (2cm x 2 cm) • Espejo • Pelota de playa inflable (100 a 120) cm de diámetro
---	---

QUINTO MES

<p style="text-align: center;">CACTERISTICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permanece sentado con apoyo • La cabeza no cae • En prona extiende los brazos todo el pecho separado del apoyo, mantiene los codos extendidos. • Es supina está completamente estirado y en armonía con la línea media (desaparece reflejo tónico cervical) • Busca el sonajero cuando cae dentro de su campo visual • En prona araña la superficie de la mesa • Sostiene objetos entre los dedos y la parte superior de la palma 	<p style="text-align: center;">SINTOMAS DE ALARMA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muestra poco interés por los objetos a su alrededor • Disminuye su balbuceo y no emite los mismos sonidos que otros bebés <p style="text-align: center;">Material de Estimulación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los anteriores • Cuchara • Objetos manipulables de diferentes tamaños y formas • Juguetes de ensamble de figuras grande
---	---

SEXTO MES

<p style="text-align: center;">CARACTERISITICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permanece sentado por breves momentos, apoyados sus manos por delante, sostiene su cabeza • En prona, se eleva sobre sus manos • Levanta la cabeza y la espalda intentando sentarse • Toma un objeto en cada mano y observa un tercero • Domina la prensión voluntariamente • Le divierte tirar objetos que ha tomado • Reconoce la presencia de familiares • Juega e escondidas de manos • Lleva los pies a la cara y juega con ellos • Hay mayor coordinación boca-mano • Puede rodar de prona a supina • Gira la cabeza hacia el lugar de sonido • Balbucea varios sonidos y sonríe • Adquiere el sentido de pertenencia • Se reconoce al espejo y acaricia su imagen 	<p style="text-align: center;">SITOMAS DE ALARMA</p> <ul style="list-style-type: none"> • No intenta alcanzar objetos • Presenta hipotonía • Su cuerpo se arque hacia atrás al cargarlo y sentarlo • En prona, levanta la cabeza en exceso • Manos empuñadas. No las abre • El pulgar permanece flexionado sobre la palma, o pegado junto a el dorso • Duerme la mayor parte del día
---	--

SEPTIMO MES

CARACTERISTICAS	SINTOMAS DE ALARMA
<ul style="list-style-type: none"> • Se desplaza de un lugar a otro • Aparece la prensión en pinza inferior, con pulgar y meñique • Puede pasar cubos de una mano hacia delante para no caer, reflejo de paracaídas • Perfecciona su lalelo modulando una melodía • Sentado puede inclinarse para alcanzar un objeto • Gusta mucho de la música y del sonido de cascabeles, campanitas, cajas de música, etc. • Puede voltearse de supina a prona • Conoce a personas de casa y reacciona a personas extrañas • Toma alimentos sólidos de consistencia pastosa o finamente picados • Parado soporta en gran parte su peso corporal • En el espejo se acerca y acaricia su imagen • Emite sílabas dobles, inicia sílabo da da la ta • Inicia reacción de defensa lateral • Gusta de golpear objetos sobre la mesa 	<ul style="list-style-type: none"> • Apartir de este mes en lugar de mencionar síntomas de alarma específico detectaremos conductas que no se dan y trataremos de que se presenten mediante estimulación. Solo identifique comportamientos que no se presenten de la misma área <p style="text-align: center;">Material de estimulación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los anteriores • Libros de tela o pasta dura con figuras grandes • Animales de goma • Tasa entrenadora • Objetos pequeños

OCTAVO MES

Características	Sintomas de alarma
<ul style="list-style-type: none"> • Se mantiene solo y acostado sobre su espalda, puede incorporarse para sentarse • Inicia el arrastre • Se rueda de prona a supina y viceversa • Puede dejar uno de los juguetes que tiene en las manos para tomar otro • Juega a tirar objetos, les descubre una propiedad "hacen ruido al caer" • Identifica el no y su nombre • Reconoce sus alimentos y utensilios en los que se le sirve, sostiene la cuchara • Inicia la angustia de separación en la presencia o ausencia de su objeto amoroso la madre • Aparecen los juguetes compensatorios, de la seguridad que antes sentía con su madre • Tira del cordel para atraer un objeto hacia él • Tiene reacción de defensa posterior • Inhibe prensión plantar • Responde con distintos sonidos cuando le hablan <p>Busca un objeto fuera de su vista</p>	<p>NOTA: Esta es una edad poco conveniente para ingresar a la guardería.</p> <p style="text-align: center;">Material de estimulación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los anteriores • Cuentos • Juguetes con cordel • Muñecos

NOVENO MES

CARACTERISTICAS	SINTOMAS DE ALARMA
<ul style="list-style-type: none"> • Sentado puede inclinarse hacia adelante sin perder el equilibrio • Gira para desplazarse y generalmente inicia el gateo hacia atrás • Puede ponerse de pie sosteniendo de los muebles, pero aun no adquiere el equilibrio • Aparece la prensión en pinza superior • Deja caer objetos para volverlos a tomar con satisfacción • Gusta de sacudir objetos para golpearlos uno con otro • Responde por su nombre y entiende gestos como "ven acá" • Imita sonidos e intenta repetir fonemas simples como "ma-ma", "pa-pa", "da-da", etc • Puede sostener objetos y llevarlos a la boca • Sostiene una taza, mastica alimentos semisólidos, ya prefiere algunos alimentos • Le entusiasma jugar a tapar su rostro y que descubra a gente destapándose • Gatea • Se niega cuando no desea realizar algo 	<ul style="list-style-type: none"> • No volteo la cabeza cuando se le habla por detrás • Al pararlo apoyo solamente con la punta de los pies y al brincar no dobla las rodillas • Las piernas se cruzan como tijera <p style="text-align: center;">MATERIAL DE ESTIMULACION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los anteriores • Recipientes o frascos para introducir objetos • Papel para estrujar

DECIMO MES

CARACTERISTICAS
<ul style="list-style-type: none"> • Requiere de libertad vigilada • Gatea de cualquier manera y casi siempre hacia adelante • Se pone de pie agarrándose de los muebles y puede levantar un pie mientras se detiene • Da un paso de pasos con apoyo • Su prensión en pinza superior es mas fina, por lo cual puede tomar objetos pequeños • Le gusta meter y sacar objetos de una caja • Jala juguetes por el cordón • Señala con el índice al tiempo que vocaliza • Comprende el sentido de las frases simples y puede hacer gestos y decir palabras "adios" • Inicia el sentido de la tercera dimensión • Tira de la ropa para atraer la atención • Golpea un cubo con otro • Aparecen las primeras palabras (mamá, papá)
<p style="text-align: center;">MATERIAL DE ESTIMULACION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los anteriores • Cubos para hacer torres • Figuras y láminas para reconocer objetos • Caja con onfiscos • Instrumentos musicales

ONCEAVO MES**Características:**

- Gatea con mayor destreza y puede iniciar la marcha lateral apoyándose en los muebles
- Es el principio de los primeros pasos: puede andar tomado de las manos de un adulto
- Utiliza sus destrezas motrices para aumentar sus destrezas intelectuales
- Adquiere el sentido de la profundidad: de lo sólido del continente y del contenido: alto-bajo
- Señala con el índice: explora los orificios: ramitas, los bordes: descubre la tercera dimensión
- Tiene memoria visual y un sentido del orden bastante más desarrollado que los anteriores: observa "ausencias"
- Su capacidad de observación hace la imitación de una actividad importante pues le hace adquirir nuevos hábitos y actitudes a su personalidad
- Observa como comen los adultos: como se llevan la tasa a la boca: como utilizan los cubiertos: la servilleta: etc y quiere hacer lo mismo
- Obedece órdenes simples en situaciones habituales: como dar un juguete a otra persona
- Comprende las prohibiciones que se le imponen: "pronuncia la palabra: no"
- Tiene mayor sensibilidad táctil
- Se agacha y puede levantarse de nuevo
- La posición de pie es su preferida
- Sube escaleras gateando o aferrándose
- Juega con la comida
- Su vocabulario consta de 5 palabras
- Conoce el significado de 10 objetos o más
- Hace torres de dos cubos siguiendo el ejemplo
- Utiliza las manos en forma alterna

Material de estimulación

- Carrito para que pueda caminar apoyándose de él
- Silla pequeña
- Aros
- Popotes
- Clayotas y papel
- Pelota mediana

DOCEAVO MES**CARACTERÍSTICAS**

- Tres de cada cinco infantes aprenden a caminar solos al cumplir el año de edad: los otros lo harán en los siguientes cuatro meses
- Es capaz de quitarse alguna prenda de vestir
- De pie puede girar hasta 90°
- Imita baile y otras actividades sencillas
- Lanza objetos como si fueran pelotas: sin rumbo fijo
- Le atrae la diversidad de las texturas
- Le atraen la diversidad de los sonidos
- Toma objetos con mucha precisión sin necesidad de verlos directamente
- Tiende a agrupar juguetes

- Frecuentemente puede observarse apego a un objeto transicional
 - Comienza simultáneamente a cooperar y a resistir. (dependencia e independencia)
 - Construye una torre de dos a tres cubos por imitación
 - Controla las pocas palabras que utiliza
 - Conoce los nombres de todos los integrantes de la familia
 - Expresa y reconoce emociones
 - Identifica algunos animales en un libro
- Sigue instrucciones sencillas

Material de estimulación

- Algunos de los anteriores
- Papel para rasgar
- Juguetes de arrastrar
- Cajas de cartón

TRECE A QUINCE MESES

Características:

- Al mirar no fija la atención en un objeto
- Demuestra afecto a sus padres
- Le gustan los libros ilustrados
- Gusta de jugar con arena, tierra y agua
- Hace gestos para mostrar lo que quiere
- Su vocabulario es de 4 a 5 palabras como mínimo
- Da vuelta a las hojas de un libro
- Imita acciones
- Reconoce como mínimo una parte de su cuerpo
- Sentado arroja una pelota
- Sube las escaleras gateando
- Se pone de pie sin sujetarse de nada
- Camina en forma lateral tirando de un juguete
- Camina hacia atrás con ayuda
- Toma dos cubos en una mano
- Espontáneamente garabatea sobre un papel
- Construye una torre de dos cubos
- Quita y pone tapas de cajas pequeñas

DIECISEIS A DIECIOCHO MESES

CARACTERISITICAS

- Se quita a propósito los calcetines
- Come con cuchara aunque derrama un poco
- Entrega el plato al terminar de comer
- Comparte la mesa con los adultos
- Permanece jugando solo por un tiempo
- Demuestra con claridad sus emociones
- Prueba actitudes buscando límites
 - Canta mientras juega
- Tiene un vocabulario de 15 palabras
- Comprende órdenes simples si se acompañan de gestos

- Utiliza palabra frase
- Dice su nombre
- Le agrada mucho los versos y las canciones
- Endereza figuras que se le dan invertidas
- Abre puertas y cajones explorando su contenido
- Carga juguetes mientras camina
- Se mantiene en un pie con ayuda
- Sube escaleras apoyándose con ambas manos sin alternancia de pies
- Baja escaleras gateando
- Se agacha y toma un juguete sin caerse
- Corre
- Juega con ambas manos una sostiene y otra manipula
- Realiza torres de 3 o 4 cubos
- Imita un trazo vertical
- Debemos si el niño no desea realizarla puede intentarse posteriormente

DIECINUEVE A VEINTIUN MESES

- Toma una tasa con la mano
- Expresa verbalmente sus necesidades
- Se desviste con ayuda
- Permanece jugando sólo durante mas tiempo
- Reclama la presencia de sus padres al ir a dormir
- Tiene un vocabulario de 18 a 30 palabras
- Es capaz de nombrar 4 objetos conocidos
- Va de lo concreto a lo simbólico. Nombra 2 o 3 figuras
- Forma frases de 2 palabras
- Nombrar y reconoce 2 o 3 partes del cuerpo
- Intenta relatar experiencias
- Juega con masa o plastilina dando formas. le gusta unisucarse
- Coloca el triangulo en el tablero
- Es capaz de reconocer en donde deja sus juguetes
- Patea un pelota
- Juega en cucullitas
- Sube y baja escaleras sostenido de una mano. sin alternar pies
- Intenta quitar una tapa de rosca a un frasco pequeño
- Imita un trazo horizontal
- Enhebra una cuenta de diametro ancho

VEINTIDOS A VEINTICUATRO MESES

CARACTERISITICAS

- Gusta de ciertos alimentos bien definidos
- Reacciona ante situaciones peligrosas
- Colabora para guardar sus juguetes
- Desenvuelve golosinas cada vez más pequeñas

3.8.5.-Guía de Estimulación por Mes

Primer mes

Motricidad Gruesa	Motricidad fina	Lenguaje y audición	Personal - Social
Dejele desnudo para que pueda mover su cuerpo Cambio de posiciones (posición prona) Relaje brazos y piernas Estimule la parte superior de la espalda hacia la línea media para que levante la cabeza Realice el masaje Vimala y con texturas	Estimule el dorso de la mano para que la abra Masajeje la palma de las manos con diferentes texturas Coloque objetos ligeros en la mano del niño Leve las manos del niño a la línea media	Hablele mientras lo alimenta lo viste o lo cambia Permita que escuche los latidos maternos y paternos sobre el pecho Escuchar sonidos ambientales como agua teléfono timbre Realice masaje Vimala En el baño frotaie con diferentes esponjas	Respete los ciclos de sueño vigilia del bebe Expresa afectos dentro del núcleo familiar Acaricielo y hablele mientras lo atiende Imite sus gorgoros y sonidos

Segundo mes

Motricidad Gruesa	Motricidad fina	Lenguaje y audición	Personal - Social
Inicie la practica del masaje con presión (ver anexo) Realice giros con el bebe Acueste al niño de lado Coloque al niño en posición prona con el pecho sobre la cuna y las manos apoyadas fuera Hamacarlo cuidando que su cuerpo este alineado	Con el bebe acostado de lado propiciar que sostenga los objetos Propiciar que el bebe juegue con sus manos	Llamelo con frecuencia por su nombre Permita que el niño escuche y se familiarice con formas musicales cantos grabaciones etc	Repita las actividades del mes anterior Cuentele historias breves

Tercer mes

Motricidad Gruesa	Motricidad Fina	Lenguaje y Audición	Personal-Social
Boca arriba sobre una base firme o cuna tornacion con las dos manos por las manos y corbas del bebe y girarlo hasta que quede totalmente de lado cuidando que la cabeza siga el movimiento Cargarlo sentado con la espalda libre y el cuerpo volteo en relación al cuerpo del estimulador Flexiones en las posiciones sentado y erguido	Ayudele a hacer tortillitas de manteca o a aplaudir Invítelo a que tome objetos y se los lleve a la boca	Llamelo al bebe desde diferentes sitios y espere que lo localice Siempre que se acerque al niño anticipe la palabra a la acción Nombrele constantemente las partes de su cuerpo Invítelo a que imite las vocales Realice sonidos onomatopéyicos Colocar por periodos	Inicio de la sonrisa social propiciela Inicia la expresión clara de sentimientos favorezca Cualquier sonido que emita (tos, vocalizaciones) deberán ser imitados para que ellas repita nuevamente Hablele y cantele haciendo mímicas para que el niño observe los cambios de expresión

<p>Extensiones de brazos hacia arriba y hacia los lados</p> <p>Continúe la práctica del masaje con presión</p> <p>Coloque al niño en posición prona en forma transversal sobre el rodillo de 10 cm y balanceeelo suavemente de atrás para adelante</p> <p>Amacario cuidando que su cuerpo este alineado</p>		<p>pulseras de cascabeles en las muñecas</p>	
---	--	--	--

Cuarto mes

Motricidad Gruesa	Motricidad fina	Lenguaje y Audición	Personal - social
<p>Propiciar que el niño toque sus pies y juegue con ellos</p> <p>Coloque al niño en posición supina sobre la pelota de playa ligeramente desinflada y balancee al niño de izquierda de arriba hacia abajo</p> <p>Repertorio en posición prona</p> <p>Seguir practicando giros</p> <p>Iniciar el volteo</p> <p>Coloque al niño transversalmente apoyado sobre su vientre en rodillo de 20 cm de la cadera balanceeelo hacia adelante y hacia atrás</p> <p>Continúe con el masaje con presión</p> <p>Amacario variando las velocidades</p>	<p>Propicie la presión voluntaria palmar</p> <p>Invite al niño a jugar con sus dedos</p>	<p>Relate sucesos cotidianos y cuentos breves</p> <p>Hablele a su bebé correctamente y sin distorsionar el nombre de las cosas</p> <p>Continúe con sonidos musicales</p> <p>Inicie la lactación (recordando que la leche es aun el principal alimento del bebé)</p>	<p>Enseñele los alimentos y espere su respuesta antes de darselos</p> <p>Cada vez que lo alimento siéntelo alineado haga contacto visual con él e informele el nombre de los alimentos que come</p> <p>Inicie la capacidad de demora</p> <p>Antes de cargarlo levante los brazos ante el niño para que él lo imite</p> <p>Inicie el juego de las escondidas</p> <p>Coloque al niño enfrente del espejo y observe sus reacciones</p>

Quinto Mes

Motricidad gruesa	Motricidad fina	Lenguaje y Audición	Personal - Social
<p>Continúe con el volteo</p> <p>Mantenga sentado al bebé con ayuda de almohadas</p> <p>Continúe balanceando al bebé sobre la pelota de playa variando el ritmo y la velocidad a lo largo del mes</p> <p>Sujetarlo al bebé por el tronco a la altura de la cintura, inclínelo lentamente hacia adelante para que el bebé se esfuerce en recobrar el equilibrio</p> <p>Coloque al bebé sobre la</p>	<p>Propicie el golpeo de las palmas y objetos sobre diversas superficies</p> <p>Ayúdelo a tomar objetos variados y jugar con sus manos procurando que la presión sea cada vez mas fina</p>	<p>Coloquese detrás del niño y para que el niño volteo completamente</p> <p>Propicie que el niño golpee con su mano o con algún objeto sobre diversas superficies</p>	<p>Sonríe a la imagen refleja en el espejo</p> <p>Establezca un espacio de tranquilidad para sus comidas</p> <p>Puede empezar a integrarlo a la mesa familiar</p> <p>Proporcionele una cuchara para que se familiarice con ella</p> <p>Explorar el rostro de los adultos</p>

Octavo Mes

Motricidad Gruesa	Motricidad fina	Lenguaje y Audición	Personal - Social
<p>Acumule conductas de los meses anteriores (sobre todo volteo y sentado)</p> <p>Preparación para el gateo Coloque una faja de tela ancha por debajo del vientre del niño hasta que se coloque en cuatro puntos ayudelo con un estímulo visual para que lo toire</p> <p>Coloque al niño en posición supina transversa sobre el rodillo; muévelo hacia atrás procurando que quede arrodillado y hacia adelante para que se apoye en la palma de sus manos</p> <p>Favorezca toda forma de atlastre</p>	<p>Propicie que el niño realice ejercicios con las manos por medio de cantos volteando las palmas hacia arriba y hacia abajo</p> <p>Ofrezca objetos e intente que los tome utilizando índice y pulgar</p> <p>A la vista del niño tape un objeto para que él tire el paño</p> <p>Ate un cordel a un juguete que sea llamativo para el niño</p> <p>Entreguele el extremo libre para que tire del cordón hasta alcanzar el objeto</p>	<p>Repita las actividades del mes anterior</p> <p>Ofrezca alimentos finamente picados para propiciar la masticación y la deglución</p>	<p>Repite las manos antes de comer</p> <p>Facítele la identificación de la prohibición de algunas acciones peligrosas diciendole "no" y explicándole por que brevemente</p> <p>Ofrezcale líquidos en su tasa entrenadora</p> <p>Siente al bebé a la mesa y sea totalmente con la introducción de las manos del bebé en el plato</p>

Noveno Mes

Motricidad Gruesa	Motricidad fina	Lenguaje y Audición	Personal-Social
<p>Ayude al niño a gatear con las rodillas y las manos facilitándole movimientos de brazos y piernas</p> <p>Coloque objetos a diferentes distancias para que él se desplace a tomarlos</p> <p>Invítelo a gatear sobre la mamá o el papa acostados</p> <p>Continúe con ejercicios de balanceos para que el niño adquiera mayor equilibrio</p>	<p>Brinde al niño diferentes objetos y estímule a meterlos dentro de un bote o caja</p> <p>Cuando sostenga un objeto en cada mano ayúdelo a separarlos entre sí</p> <p>Acerquese objetos pequeños propiciando que los tome en el índice y el pulgar uno por uno</p> <p>Déle diferentes papeles y muéstrelle como estrujarlos (papeles metálicos o plásticos que no despiden ni se rompan)</p>	<p>Llame al niño por su nombre varias veces al día</p> <p>Leale cuentos con historias breves</p> <p>Déle al niño ordenes simples Encúete usted las acciones para que él las imite</p> <p>Repita las actividades del mes anterior</p>	<p>Muéstrele objetos de la vida cotidiana paseos por la casa.</p> <p>Leale acciones simples</p> <p>Ayúdelo a tomar la cuchara y a llevarse la a la boca</p> <p>Integre al niño a la mesa y ofrezcale algunos de los alimentos de la dieta familiar</p> <p>Permita que intente alimentarse por sí solo</p>

Decimo Mes

Motricidad Gruesa	Motricidad fina	Lenguaje y Audición	Personal - Social
<p>Invítelo a gatear sorteando obstáculos</p> <p>Continúe con el gateo hacia atrás (combienlo descalzo y con zapatos)</p> <p>Animelo a gatear sobre las</p>	<p>Entregue al niño objetos y ayúdelo a tocarlos con el índice y pulgar</p> <p>Bríndele objetos que pueda sacudir y estirar</p> <p>Facilite la pinza fina</p>	<p>Déle ordenes sencillas esperando que realice la acción</p> <p>Muéstrele láminas de cuentos</p>	<p>Coloque alimentos sólidos finamente picados para que los mastique</p> <p>Juegue a bailar con el niño</p> <p>Utilice normas de cortesía reiteradamente</p>

<p>escaleras hacia un objeto</p> <p>Propicie que se inque</p> <p>Ayúdalo a que permanezca sentado en una silla pequeña</p> <p>Facilite acciones como abrir, vaciar, llenar y cerrar cajones, gavetas</p> <p>Propicie que el niño se pare colocándolo junto a objetos o muebles de los que pueda sostenerse</p> <p>Propicie que el niño empiece a caminar apoyándose</p>	<p>Invite al niño a meter y sacar objetos de un recipiente</p> <p>En una caja de zapatos, estimule al niño para que meta y saque objetos.</p>	<p>Pregunte donde está papá o mamá tratando de que los busque con la vista</p>	<p>Señale con autoridad las cosas que no puede realizar</p> <p>Juegue con algunos instrumentos musicales (tambores, padero)</p>
---	---	--	---

Onceavo Mes

Motricidad Gruesa	Motricidad fina	Lenguaje y Audición	Personal - Social
<p>Favorecer la posición vertical</p> <p>Ayudar al niño a que se agache y se ponga de pie sosteniéndose con el año</p> <p>Coloque un trapo por debajo de las axilas e invítelo a caminar guardándolo en el trapo</p> <p>Invite al niño a sentarse y pararse de una silla pequeña sin ayuda</p> <p>Sobre un rodillo sentado a caballo llame su atención poniendo juguetes a su alrededor</p>	<p>Darle objetos pequeños para ejercitar pincia fina</p> <p>Darle dos cubos y apilelos frente a él para que imite su acción</p> <p>Aliméntese a arrojar la pelota hacia adelante rodando y aventandola por encima de la cabeza</p> <p>Proporcione crayolas gruesas para que rayonee un papel</p>	<p>Quando muestre interés en un ruido llévolo al lugar de origen</p> <p>Pídale diversos objetos y emblee el juego de dar y tomar</p> <p>Llévelo a que imite y exhale frente a un espejo</p> <p>Ofreciéndole líquidos con popote</p>	<p>Permitale que el niño intente realizar actividades de autocuidado solo</p> <p>Introduzca acciones de orden y limpieza</p> <p>Invítelo a que beba solo</p> <p>Integre al niño a la familia y coma frente a él para que lo imite</p> <p>Darle órdenes y espere su ejecución</p>

Doceavo Mes

Motricidad Gruesa	Motricidad fina	Lenguaje y Audición	Personal - Social
<p>Favorezca la caminata con apoyo</p> <p>Invítelo a caminar descalzo sobre diferentes texturas</p> <p>De la mano del niño invítelo a subir y bajar escaleras</p> <p>Invítelo a desplazarse de forma lateral, tomado de ambas manos y solo</p> <p>Invite al niño a levantar objetos del suelo agachándose y en cuclillas</p>	<p>Ofrezca pedazos de papel para que los arrugue y rasgue</p> <p>Darle cubos de diferentes tamaños para que los apile en torre</p> <p>Coloque un objeto frente a la vista del niño, tápelos con una caja y luego levántela para descubrir el objeto frente a él</p> <p>Continue metiendo y sacando objetos variados</p> <p>Darle oportunidad de jugar con agua y arena</p>	<p>Continue jugando con el popote</p> <p>Invite al niño a que huelo o inhale substancias (frutas, perfumes)</p> <p>Frente al espejo enseñelo a soplar con ayuda</p> <p>Estimule a mover la lengua en diferentes posiciones y direcciones</p> <p>Nombre las cosas y objetos no conocidos</p> <p>Háblele utilizando frases de dos palabras</p> <p>Cantele canciones infantiles que unan mímica a la letra</p>	<p>Guíelo para que señale las partes del cuerpo de otras personas</p> <p>Promueva juegos para que toque las diferentes partes del cuerpo de los hermanos o padres</p> <p>Estimulelo a que imite acciones como bañar muñecos y limpiar la casa</p> <p>Aprovecha las situaciones de la vida cotidiana para reforzar normas de cortesía</p>

3.8.6.-Masaje VIMALA-SCHNEIDER

- El masaje posibilita grandes beneficios en quienes lo reciben, es uno de los mejores métodos de relajación motora, sirve para liberar tensiones, mejora el contacto afectivo de la madre y el padre con el bebé, hace más receptivos a los niños.
- Puede aplicarse a los niños desde el nacimiento hasta que ellos lo decidan. Resulta necesario para niños con desarrollo normal e imprescindible para aquellos que presentan situaciones especiales: prematuridad, hospitalización, ceguera, sordera, retraso motor, PCI, Down, etc.
- A través del masaje se brinda una estimulación integral, puesto que se estimula en su totalidad el sistema nervioso periférico, y parte del sistema nervioso vegetativo, para construir una pronta mielinización, mejor maduración e integración del sistema nervioso central.

Como opera el masaje

SISTEMA NERVIOSO	Sistema nervioso central	Médula Encefalo
	Sistema nervioso periférico	Nervios sensitivos Nervios Sensoriales Nervios Motores
	Sistema nervioso vegetativo	

- A través del masaje se brinda una estimulación integral, puesto que se estimula en su totalidad el sistema nervioso periférico y parte del sistema nervioso vegetativo, para conseguir una pronta mielinización, mejor maduración e integración del sistema nervioso central.

PROCEDIMIENTO

- Selección del sitio adecuado para el masaje: airado-tibio
- Colocación del bebé sobre una cuna, de frente a la persona que va a dar el masaje.
- Lograr una postura cómoda y relajada
- Desvestirse al bebé teniendo cerca una muda de ropa y una mata
- Colocación de aceite vegetal en las palmas y calentarlas
- Pedir permiso al niño para iniciar el masaje
- Hablar y cantar al niño con cariño, procurar contacto visual e informarle de las partes de su cuerpo que se van tocando

El masaje es un acto de amor y respeto

Secuencia del masaje

- 1 Piernas y pies
2. Estómago
- 3 Pecho
- 4 Brazos y manos
- 5 Cara Espalda

PIERNAS Y PIES

- A. *Ordeñador hindú:* Tome la pierna del bebé sin meter el dedo pulgar y de masaje de la pierna interna hasta el tobillo, solo con la palma
- B. *Exprimidor:* Tomar el muslo sin tocar articulación con las dos manos encontradas y de giro suave y presión al mismo tiempo, después en pantorilla.
- C. *Trabajo con la planta de los pies:* Tome el pie del bebé y con los dedos pulgares majee el borde del talón hasta la mitad si todavía no camina, posteriormente hasta los dedos cuando ya lo haga
- D. *Molinillo:* Hacerlo en cada dedo del pie con el pulgar y el índice del estimulador, dando un pequeño jaioncito al final
- E. *Ovillito:* Coloque la palma de la mano sobre la planta del pie, cierre la mano y llévelo hacia adelante contar de 4 a 6 tiempos y regreso 4 repeticiones
- F. *Presionar toda la planta del pie,* haciendo movimientos circulares con los pulgares del talón hacia los dedos si todavía no camina es hasta la mitad.
- G. *Dorso del pie:* De los dedos del bebé masajee con movimientos circulares hasta alrededor del tobillo (suave)
- H. *Ordeñador sueco:* Igual que el Ordeñador hindú pero ahora es de abajo hacia arriba
- I. *Esta secuencia se realiza completa con una pierna y luego con la otra*

ESTOMAGO

- A. Ayuda a la digestión y a movilización de gases. Se realiza siguiendo las manecillas del reloj
- B. *Rueda de agua:* De masaje con la palma de su mano de arriba hacia abajo desde el ombligo hacia abajo.
- C. *Abnr un libro:* Coloque sus dos palmas de la mano sobre el abdomen del bebé deslicelas hacia afuera suave y lento
- D. *Soi-Luna:* Hacer un triángulo con su mano dejando ver el ombligo del bebé y masajee de la Izquierda a la Derecha
- E. *Te quero:* Primero deslice sus dedos con ligera presión en dirección del intestino de arriba hacia abajo en el lado izquierdo. 2o forme una "L" invertida de izquierda a derecha bajando por el mismo lado. 3o forme una "U" invertida de izquierda a derecha.
- F. *Caminando:* con sus dedos camine suavecito de izquierda a derecha

PECHO

- A. Libro abierto: Coloque sus dos manos sobre el pecho del bebé y cuando respire abra sus manos y cuando exhale cierre las nuevamente 6 repeticiones.
- B. Mariposa. A la altura de la cintura suva con su mano hasta el hombro y regrese (6 veces de cada lado)
- C. Abrazo del oso. Primero vibre sus brazos del bebé y júntelos en su pecho dando un ligero apretoncito de 2 a 4 veces

BRAZOS Y MANOS

- A. Masajée la axila - con las yemas de los dedos medio e índice, se da un masaje circular muy suave en la zona de la axila
- B. Ordeñador hindú (igual que en la pierna)
- C. Exprimidor (igual)
- D. Molinillo - en cada dedo de la mano del bebé, dando un ligero jaloncito al final
- E. Dorso de la mano - de la muñeca hacia los dedos del niño, con los pulgares del estimulador.
- F. Pequeños círculos alrededor de toda la muñeca de la mano del bebé, con los dedos índice y medio
- G. Ordeñador sueco (igual que en la pierna)
- H. Molinillo en todo el brazo

CARA

- A. Abrir un libro. coloque sus manos abombadas en la cara del bebé apoyadas en la frente y la barbilla y separe suavemente 3 veces
- B. Presionar suavemente los párpados tres veces con los pulgares arrastrando sobre el globo ocular hacia afuera 3 veces
- C. Iniciar sobre el puente nasal y bajar sobre el maxilar superior, con las yemas de los pulgares 2 veces
- D. Dibujar una sonrisa primero en la parte superior de los labios y después en la parte inferior, con las yemas de los pulgares
- E. Círculos pequeños a lo largo de toda la mandíbula
- F. Masajear encima de los oídos y detrás de ellos, avanzando hacia la barbilla con los dedos índice y medio

ESPALDA

- A. Acostado sobre las piernas del estimulador, transversalmente
- B. Amasando de arriba hacia abajo

- C. Deslizar la mano izquierda recorriendo toda la espalda, desde la nuca hacia abajo hasta encontrarse con la mano derecha que sostiene al bebé a la altura de las nalgas
- D. Repita el movimiento siguiéndolo hasta los tobillos, mientras levanta ligeramente las piernas con un mano
- E. Pequemos círculos alrededor de toda la espalda
- F. Peinar la espalda desde la nuca hasta las nalgas, con los dedos de la mano separados, e ir haciéndolo cada vez más suave hasta irse alejando

Por último. Darle las gracias al bebé haciendo un ligero apretoncito juntando sus manos en el pecho y lo dejarlo muy suavemente.

3.9.- TAMIZ NEONATAL

Concepto

El tamiz neonatal es una prueba que debe hacerse a todos los recién nacidos, para detectar enfermedades metabólicas que pueden producir retraso mental como:

- Hipotiroidismo congénito
- Fenilcetonuria
- Toxoplasmosis
- Homocistinuria
- Galactosemia
- Enfermedad de la orina en jarabe de arce

México es uno de los países con más alta incidencia de Hipotiroidismo congénito en el mundo (1 en 1000 a 2000) y en lo que refiere a la Fenilcetonuria, uno de cada 20.000 nacidos vivos la padecen.

Estas enfermedades son a causa de errores innatos del metabolismo que constituyen un grupo de trastornos hereditarios transmitidos por genes mutantes que dan como resultado un defecto enzimático que bloquea una vía metabólica y produce acumulación de metabolitos tóxicos para el lactante.⁶²

Algunas enfermedades congénitas como el Hipotiroidismo, la fenilcetonuria o y la toxoplasmosis no se manifiestan al nacimiento, sino tardíamente y causan retraso mental profundo y a veces epilepsia, ceguera u otros trastornos graves.

Como los niños afectados no presentan ningún síntoma y aparentemente están sanos, es necesario estudiarlos a todos, por medio de una sencilla prueba de sangre del talón. De esta manera se detecta a quienes padece alguna de estas enfermedades y se les trata para evitar sus efectos.

El tratamiento debe comenzar antes de los 3 meses de vida, ya que después el daño cerebral es irreversible.

En algunos niños no está desarrollada la glándula tiroides y por consecuencia sufren retraso mental.⁶³

⁶² S: B OLDS. Ot. Al Enfermería Materno Infantil 2a de ED Interamericana p 976

⁶³ UNAM Sector Salud. Prevención del retraso mental Manual para Médicos y Enfermeras. México 1987.

3.9.1.-Hipotiroidismo congénito y Fenilcetonuria

HIPOTOROIDISMO CONGENITO	FENILCETONURIA
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad causada por la ausencia, localización aberrante, malformación o disfunción de la glándula tiroides. Se manifiesta con crecimiento anormal, disfunción cerebral y de otros órganos, así como retraso mental • La detección se realiza mediante las pruebas de tamiz metabólico cuantificando hormonas como la TSH, T3 Y T4. • El diagnóstico se establece ante la presencia de altos niveles de la hormona estimulante de la tiroides y se corrobora con la Gamagrafía Tiroidea • El tratamiento consiste en el aporte de hormona tiroidea T4 desde el período neonatal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de origen hereditario autosómico recesivo. Se caracteriza por la carencia de la enzima fenilalanina hidroxilasa que produce un aumento de fenilalanina en el organismo y es causa de daño cerebral. • El recién nacido con esta enfermedad no metabolizada adecuadamente la fenilalanina que ingiere, acumulándose en su organismo. Esto le producirá un desarrollo neurológico anormal, retraso mental, alteraciones de la conducta y otros problemas graves • La detección al igual que el Hipotiroidismo Congénito se realiza a través de las pruebas de Tamiz Metabólico. El diagnóstico se establece ante la presencia de niveles altos de fenilalanina en sangre y se confirma con la cuantificación de aminoácidos y pteridinas en plasma además de cetoácidos en orina • El tratamiento consiste en la restricción de fenilalanina desde el período neonatal, proporcionándole alimento sintético en lugar de leche y de otros productos ricos en proteínas.

3.9.2.-Prueba de Tamiz Metabólico

- Como los niños afectados no presentan ningún síntomas y aparentemente están sanos en necesarios estudiarlos a todos por medio de una sencilla prueba de sangre de talón.
- La prueba debe realizarse en todos los recién nacidos, entre las 48 horas después del nacimiento y antes de los 60 días de vida del niño; ya que si la criatura requiere tratamiento, éste tiene que iniciarse antes de los 2 meses. Después el daño cerebral es irreversible

-Material

Torundas con alcohol, lanceta estéril, tarjeta de papel filtro y ficha de control.

3.9.3.- Técnica de tamiz metabólico

- 1 - Identifique el área a puncionar haciendo
- 2 - Inmovilice el pie
dos líneas imaginarias como es muestra en la figura



- 3.- Limpie el área a puncionar con el algodón impregnado de alcohol y deje evaporar el exceso.
- 4.- Introduzca la punta de la lanceta en la zona marcada del talón, haciendo un solo movimiento rápido y seguro en dirección casi perpendicular al pie.



- 5.- Si la sangre no fluyera, coloque el pie por debajo del nivel del corazón y frote la pierna.
- 6.- Elimine la primera gota de sangre con un algodón limpio y espere a que se forme una segunda gota.



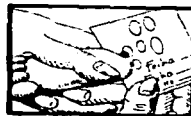
- 7.- Ponga en contacto la superficie de la tarjeta con la gota de sangre y deje que se impregne por completo el círculo. Cuide que el pie no toque la tarjeta.
- 8.- Observe que se haya impregnado la parte posterior de la tarjeta.



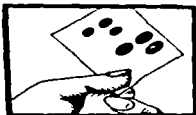
9.- Espere una nueva gota



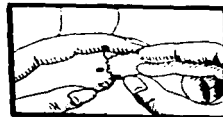
10.- Vuelva a poner en contacto la tarjeta con la gota de sangre para el segundo círculo.



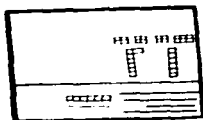
11.- Repita el mismo procedimiento hasta que haya completado los 6 círculos de la tarjeta.



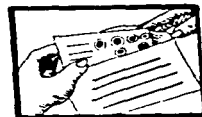
12.- Levante el pie del niño por arriba del nivel del corazón y presione el área puncionada con un algodón limpio.



13.- Anote claramente los datos del niño en la ficha de control.



14.- Ponga la tarjeta y la ficha de control en el sobre y envíela al laboratorio para su estudio.



INDICACIONES IMPORTANTES

- ⇒ Aunque el niño esté aparentemente sano, deberá realizarse el tamiz, como medida preventiva.
- ⇒ En caso de confirmarse la enfermedad, los bebés afectados deberán iniciar tratamiento médico de inmediato, para tener un desarrollo normal sin retraso mental.
- ⇒ Los padres deben atender las instrucciones y recomendaciones del personal médico.
- ⇒ Si donde se atendió el parto no realizan esta prueba, informarse donde la pueden efectuar y acudir a la brevedad posible.
- ⇒ La prueba de Tamiz Metabólico consiste en la toma de unas gotas de sangre del niño, a través de un pequeño piquete del talón entre 2 y 10 días de vida del bebé.

3.10.-VISITAS PERIODICAS AL HOSPITAL

De acuerdo a la Norma Oficial de la atención al recién nacido:

1. El menor de 28 días debe recibir dos consultas, la primera de ellas a los siete días y la segunda a los 28 días
2. El menor de un año debe recibir cinco consultas como mínimo, durante los subsiguientes 11 meses, otorgadas a los dos, cuatro, seis, nueve y doce meses
3. Se recomienda que lleve el control de citas cada mes hasta el año de vida.
4. El de uno a cuatro años, debe recibir una consulta cada seis meses.

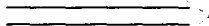
-En cada consulta se debe verificar

- ⇒ Talla
- ⇒ Peso
- ⇒ Perímetro cefálico
- ⇒ Desarrollo en el infante, preescolar y escolar abarcando las áreas del lenguaje social, coordinación y motora A través de la Evaluación Psicomotriz del Gesell.

5. Se recomienda utilizar el Tarjeta de Control del Niño (CIMIGEN), Anexo No.

3.10.1.- Referencia - Contrarreferencia

UNIDAD REFERENTE
RECEPTORA



UNIDAD

Concepto:

*Es el enlace que debe existir entre los diferentes niveles de atención y recursos del sistema de salud, por medio de mecanismos y acciones orientadas a realizar su operación y proporcionar servicios oportunos de calidad adecuada que satisfagan plenamente la demanda de salud del usuario ⁻⁶⁵

3.10.1.1.-REFERENCIA AL HOSPITAL

- La referencia a otro hospital es cuando se envía al paciente a otro nivel de atención que así lo amerite. Es necesario llenar todos los datos que se piden y el envío debe ser en las mejores condiciones de seguridad, oportunidad y justificación.
- Una copia debe integrarse al expediente y el original se entrega al paciente o familiar para que gestione la atención en el lugar donde se envía. (Ver *PREVIGEN 77*)
- La referencia de un niño de riesgo medio o alto al nivel de atención correspondiente debe llevarse acabo en el momento en que se detecta y evalúa un riesgo que no puede ser controlado y los recursos del nivel en que se hace la valoración.

3.11.2.- CONTRARREFERENCIA AL HOSPITAL

- Sirve para enviar a otro nivel al paciente que así lo amerite. (llenar todos los datos que se piden y recordar que el envío debe ser en las mejores condiciones de seguridad, oportunidad y justificación)
- La contrarreferencia se realiza con el registro de datos correspondientes en el lugar de nacimiento y se envía una copia al sitio en que se lleva a cabo la atención primaria de la familia (*VER ANEXO PREVIGEN 88*)
- Esta cédula o una copia de ella, debe quedarse integrada al expediente del niño y el original se entrega al paciente o familiar para que gestione la atención en el lugar al que se envía.

RECOMENDACIONES:

- Las guías para detección y evaluación de riesgo deben estar en los lugares donde van a ser utilizadas para consultar y recabar todos los datos contenidos en ella (consultorio o bolsillo)
- No forman parte del expediente, deben estar disponibles en las áreas de trabajo correspondientes.⁶⁶

⁶⁶ Cfr. VARGAS G. Carlos. *SISTEMA PARA Detección y Evaluación de Riesgo Perinatal*. (1993) CIMI (Cm) México.

RESUMEN

- La lactancia materna es el alimento ideal para cumplir con las necesidades del recién nacido, se recomienda hasta los 6 meses de edad por las grandes cantidades de anticuerpos que contiene y protege al niño contra enfermedades respiratorias digestivas, favorece así el apego materno, se mantiene a una temperatura adecuada, ahorro importante en la economía familiar, es un ahorro importante para la economía del País etc a través de una técnica apropiada para estimulación mamaria según técnica Marmet y Hodman abarcando además la técnica de extracción manual de la leche
- Para lograr tal fin se han establecido los Diez pasos para lograr una Lactancia Exitosa
- La importancia de saber detectar signos y síntomas de alarma nos permite valorar y ofrecer tratamiento oportuno durante la primera etapa de transición del recién nacido, ya que se encuentra propenso a presentar una mala adaptación al medio extrauterino y presentar cianosis, acrocianosis, signos de insuficiencia respiratoria como aleteo nasal, quejido respiratorio, alteraciones en la frecuencia respiratoria, sepsis neonatal como rubicundez, ictericia, petequias etc, Hemorragias nasales del cordón umbilical, del tubo digestivo, sepsis neonatal observando hipotermias, evacuaciones diarreicas, vomito etc
- La circuncisión es un procedimiento quirúrgico el cual pretende separar el prepucio del glande del pene y es importante indicarle a la madre los cuidados que debe tener en cuenta para disminuir riesgos de hemorragia e infección
- El baño del recién nacido es uno de los cuidados importantes que se deben considerar por los efectos beneficios y de salud como la relajación del tono muscular, activación de la circulación, descanso del niño, y percepción de un estado de bienestar
- Los cuidados al cordón umbilical son necesarios para disminuir riesgos de infección por los efectos como la humedad, aplicar objetos en el mismo o aplicar talco provocaría un campo propicio para la proliferación de bacterias
- Los accidentes son consecuencia de diferentes factores de riesgo que se pueden prevenir si se actúa con precaución, el adulto es la persona que puede enseñar al niño a cuidar su salud o a perderla

- El Tamiz Metabólico es una prueba que sirve para detectar alteraciones metabólicas del recién nacido durante los primeros tres meses de vida, como son: Hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, galactosemia, toxoplasmosis, homocistinuria etc. dentro de otras, el estudio se adquiere con la toma de unas gotas de sangre del talón del niño en papel filtro o algún otro aditamento que permita detectar estas alteraciones.
- La referencia de un niño se riesgo medio o alto al nivel de atención correspondiente debe llevarse acabo en el momento en que se detecta y evalúa un problema que no puede ser controlado en el nivel en que se hace la valoración.
- La contrarreferencia se realiza cuando se ha encontrado el riesgo o daño de un hospital de mayor a otro de menor complejidad para su manejo oportuno independientemente de que fuera o no referido por la unidad de atención.

CAPITULO IV

VACUNAS

IV.- VACUNAS

Concepto:

Vacuna es un biológico que contiene microorganismos vivos atenuados o muertos que no pueden causar la enfermedad, es una forma segura y efectiva de que el organismo se defiende de ciertas enfermedades desarrollando anticuerpos.

4.1.- Control de Inmunizaciones

- Si los niños no son vacunados, tres de cada cien morirán como consecuencia del sarampión, otros dos morirán de tosferina, otro más morirá de tétanos; y uno de cada doscientos niños quedará incapacitado toda la vida a causa de la poliomielitis.
- Los niños pueden estar protegidos contra estas enfermedades mediante una serie de vacunas. A pesar de contar con este servicio, muchos niños son vacunados en forma completa.
- Por ello es necesario que todos los padres conozcan las razones por las cuales deben vacunar a sus hijos, cuántas veces debe llevarlos a vacunar, cuándo y dónde pueden hacerlo.
- También es importante que los padres sepan cómo organizarse para facilitar que sus hijos reciban este servicio.

4.1.-CUADRO BASICO DE VACUNACIÓN

VACUNA	INDICACIONES	EDAD DE APLICACION	NO DOSIS	VIA Y SITIO DE APLICACION	REVACUNACION	REACCIONES	CONTRAINDICACIONES
BCG TUBERCULOSIS	PREVIENE LA TUBERCULOSIS EN NIÑOS DE 0-14 AÑOS, QUE NO PRESENTEN CICATRIZ O NÓDULO DE VACUNACION CON BCG ANTERIOR NO SE REQUIERE PRUEBA DE TUBERCULINA PREVIA CITAR A LOS NIÑOS AL 4º MES PARA OBSERVAR LA CICATRIZ SI NO EXISTE, VACUNAR NUEVAMENTE	RECIENTE NACIDO	MEJOR A 3 MESES O 0.05ML MAYOR DE 3 MESES A 14 AÑOS DE 0.1ML	INTRADERMICA EN LA REGION DELTOIDEA DERECHA INSERCIÓN INFERIOR DEL MUSCULO DELTOIDEO	6 AÑOS O AL INGRESAR A LA ESCUELA	EN LA 4ª SEMANA PÁPULA PUSTULA COSTRA CICATRIZ HIPERCROMICA DE LA 7 A 8 SEMANA NÓDULO DE 5-8 CM DIAMETRO	NIÑOS CON PESO MENOR A 2 KG FIEBRE ALTA CONSTANTE ENFERMOS DE SIDA LESIONES DERMATOLÓGICAS ESTADO INMUNODEPRESIVO PROOERMITIS
SABIN ANTIPOLIOMIELITICA	SE APLICAN EN NIÑOS DESDE RECIENTE NACIDOS, 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD PARA PREVENCIÓN DE LA POLIOMIELITIS PUEDE CONTINUAR LA APLICACION DEL ESQUEMA, SI LA INTERRUPCIÓN ENTRE UNA DOSIS Y OTRA FUE	RECIENTE NACIDO 2 MESES 4 MESES 6 MESES	3 2 GOTAS CON INTERVALO DE 2 MESES	ORAL	SOLO EN CAMPAÑAS DE VACUNACION A TODOS LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	NINGUNA	FIEBRE ARRIBA 38.5 ENFERMOS EN ESTADO DE GRAVEDAD

MENOR 6 MESES							
DPT DIFTERIA TOSFERINA TETANOS	SE UNA PARA LA PREVENCIÓN DE LA DIFTERIA LA TOSFERINA Y EL TETANOS EN NIÑOS DE 2 MESES A 4 AÑOS	2 MESES 4 MESES 6 MESES	3 0.5 ML CON INTERVALO DE 2 MESES MAXIMO 6 MESES	1 M PROFUNDA EN REGION GLUTEA	2 Y 4 AÑOS	FIEBRE QUE DURA UNO O DOS DÍAS, MALESTAR GENERAL DOLOR EN EL SITIO DE LA APLICACION	PADECIMIENTOS FEBRILES, RENALES HEPATICOS, CONVULSIONES REACCIONES SEVERAS A D P T TX CON ANTIDEPRESORES INMUNODEFICIENCIA ENF NEUROLOGICAS
SARAMPION	PREVIENE CONTRA UNA ENFERMEDAD GRAVE QUE ES EL SARAMPION	12 MESES DE EDAD, A LOS NIÑOS QUE NO HAN PADECIDO LA ENFERMEDAD HASTA 4 A	0.5 ML	SUBCUTANEA EN REGION DELTOIDEA DEL BRAZO IZQUIERDO	SE PUEDE APLICAR HASTA LOS 4 AÑOS	PUEDE PRESENTAR LOS MISMOS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD, AUNQUE NO LA PRESENTE, CANSANCIO DOLOR DE GARGANTA, FIEBRE, OJOS LLOROSOS Y ENROJECIDOS, MANCHAS BLANCAS EN LOS CARRILLOS	INMUNODEFICIENCIA ENF NEUROLOGICAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS ESTADO FEBRILES

4.2.- CUADRO COMPLEMENTARIO DE VACUNAS.

	INDICACIONES	EDAD DE APLICACION	NO DOSIS	VIA Y SITIO DE APLICACION	REVACUNACION	REACCIONES	CONTRAINDICACIONES
TOXOIDE TETANICO	PREVIENE EL TETANOS EN PERSONAS MAYORES DE 5 AÑOS INMUNIZADAS, O ESQUEMAS INCOMPLETOS DE DPTES IMPORTANTE EN EMBARAZADAS (60 MES Y 80 MES)	NIÑOS MAYO RES 5 AÑOS MUJERES EN EDAD FERTIL	2 0.5 ML CON INTERVALO DE 4 A 8 SEMANAS	1 M PROFUNDA O REGION DELTOIDEA	CADA 5 A 10 AÑOS	DOLOR EN EL SITIO DE LA APLICACION OCACIONALMENTE FIEBRE	NIÑOS CON TRATAMIENTO DE CORTICOSTEROIDES LEUCEMIA-LINFOMA SEPOSITIVOS AL SIDA ASINTOMATICOS
ANTIRUBEOLA		NIÑOS DE 12 MESES AL INGRESAR ESCUELA MUJERES FERTILES QUE NO HAN PADECIDO RUBEOLA	1 SOLA INYECCION	0.5 ML 1 M O SUBCUTANEA	NO HAY	FIEBRE ERUPCION LINFADENOPATIA CERVICAL EN ADULTOS ARTRALGIAS	MUJERES EMBARAZADAS INFECCIONES RESPIRATORIAS INFECCIONES FEBRILES AGUDAS HIPERSENSIBILIDAD INFECCIONES Y NEOMICINA FEBRILES AGUDAS

ANTINEU MOCOCICA		NIÑOS MAYORES DE 2 AÑOS CON ENF CRONICA Y RIESGO DE INFECCIO NEUMOCO CICA	1 SOLA INYECCION	0.5 ML SUBCUTANEA O INTRAMUSCULAR	EN PACIENTES EXPUESTOS O BAJO TRATAMIENT O INMUNODEP RESOR SIEMPRE POR INDICACION MEDICA	ERITEMA INJURACION DOLOR EN EL SITIO DE LA INYECCION	PERSONAS QUE EN LOS 5 AÑOS ANTERIORES HAYAN TENIDO NEUMOCOCIA
ANTIHAEMOPHILUS		2 A 11 MESES 1 A 4 AÑOS	1 M UNICAMENTE	3 DE 0.5 ML 2 DE 0.5 ML CON INTERVALO DE 2 MESES UNA SOLA DOSIS A NIÑOS DE 1-5 AÑOS	18 MESES A LOS 5 AÑOS	ERITEMA-CALOR O TUMEFACCION EN SITIO DE APLICACION	HIPERSENSIBILIDAD A ALGUN COMPONENTE DE LA VACUNA (HAEMOPHILUS INFLUENZA PROTEINA- DIFTERICA) EMBARAZO
ANTITIFOIDICA	SE USA EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES EN ZONAS ENDEMICAS Y DURANTE BROTES EPIDEMICOS	APARTIR DE LOS 6 AÑOS DE EDAD	1 SOLA INYECCION	0.5 SUBCUTANEA REGIOS DELTOIDEALES	CADA 3 AÑOS	LIGERO DOLOR EN EL PUNTO DE LA INYECCION DURANTE LAS PRIMERAS 24 HORAS RUBOR CEFALEA, FIEBRE	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS PADECIMIENTOS FEBRILES, RENALES O HEPATICOS

MENSAJES BASICOS

- Las vacunas protegen contra algunas enfermedades peligrosas. Un niño que no está vacunado tiene más probabilidades de enfermarse, de quedar incapacitado o de morir.
- La vacunación es una medida urgente. El niño debe estar completamente vacunado al cumplir el primer año de vida.
- Un niño enfermo se puede vacunar sin riesgo alguno ⁸⁷

CAPITULO V

ENFERMEDADES COMUNES DE LA NIÑEZ

V.-DETECCION, PREVENION Y MANEJO DE ENFERMEDADES MAS COMUNES EN LA NIÑEZ

5.1.- ENFERMEDADES VIRALES

Las enfermedades virales son causadas por virus que pueden afectar principalmente el SNC por medio de la invasión directa, por alteraciones infecto-contagiosas no tratadas oportunamente o como resultado de una respuesta inmunitaria alterada

ENFERMEDAD	PERIODO DE INCUBACION	VIA DE TRANSMISION	PRODOMOS	EXANTEMA	ENANTEMA	COMPLICACIONES	TRATAMIENTO	PREVENCIÓN
SARAMPION El sarampion es una enfermedad eruptiva por el virus del sarampion caracterizado por un periodo prodromico febril con manifestaciones respiratorias y un exantema especifico. Se presenta con mas frecuencia de	9-14 Dias	AEREA Saliva Secreciones de nariz y garganta	Fiebre, malestar general, anorexia y tos, coriza y conjuntivitis (3-5 dias)	Erupciones maculopapulares de cara a pie, dura de 7 a 10 dias, puede haber descamación	Manchas de Koplik	Deshidratación Desnutrición Convulsiones Otitis Otras mas graves Pneumonia Encefalitis	Si no se complica se cura espontaneamente con reposo absoluto, dieta normal, no muy condimentada, abundantes líquidos. Control de fiebre por medios físicos. Asistir al enfermo	La vacuna del sarampion debe aplicarse al año de edad, en caso de epidemia puede adelantarse hasta los ocho meses. Conviene re-actualizarla 6 años despues

<p>los 2-6 años pero puede prestarse en adolescentes y en adultos con más severidad que en los niños. Es sumamente contagiosa.</p>								
<p>RUBEOLA La rubéola es una enfermedad infectocontagiosa aguda de etiología viral. Es la más benigna de las 4 fiebres eruptivas de la infancia, pero es seri para mujeres embarazadas porque puede producir malformación es en el feto.</p>	14 - 21 días	Saliva de algún enfermo	Catarro congestión de la nariz, tos y fiebre ligera ganglios inflamados	Se acentua el malestar general y síntomas catarales. Al 2o día presenta manchas rosas maculopapulares discretas se diseminan rápidamente a cara tronco y extremidades, dura de 3-5 días. No producen comezón ni dejan mancha.	No hay o es muy leve	Es raro que se presenten si se tienen cuidados severales, como evitar enframamientos	Solo medidas generales. A veces espina para disminuir molestias	No es habitual el aislamiento. Es conveniente que las niñas adquieran la inmunidad a la enfermedad, antes de llegar a la adolescencia lo que evita complicaciones durante el embarazo.

FALTA PAGINA

No. 170

<p>ESCARLATINA Es la única de las 4 fiebres erupivas de la infancia que no es producida por un virus como la rubéola la varicela o el sarampión sino por un tipo de estrepto-coco. Corresponde a una faringoamigdalitis estreptocócica con síndrome y anafélico. Es contagiosa y se presenta generalmente entre los 4 y los 9 años.</p>	<p>2-5 DIAS</p> <p>Por contacto con la piel del enfermo secreciones de la nariz y la garganta o uso de cubiertos o juguetes contaminados. Riesgo de contagio durante 4 semanas y convalescencia.</p>	<p>1-2 días fiebre de 38-39°C inquietud o vomito ardor de garganta tanto Al 2o día erupciones rosas punteadas</p>	<p>Sensación de papel de lija eritema confluente en cabeza torax y extremidades dura 7 días. hay descamación, la piel se seca y se aspera</p>	<p>Faringe hiperémica amigdalas cubiertas de pus con dolor de garganta petequias en paladar, lengua color rojo fresa</p>	<p>Deshidratación Encefalitis Fiebre reumática Nefropatía Exaltación nerviosa delirio convulsiones</p>	<p>Reposo Anafélico Evitar contagios Precaución de acuerdo a peso y edad Aspirina para aliviar las molestias</p>	
<p>VARICELA Es una infección por el virus varicela zoster (VZ). Es altamente contagiosa y síndrome de complicaciones graves en los niños normales. Por lo general se presenta en menores de 9</p>	<p>4-21 días</p> <p>Secreciones de nariz y garganta y saliva. Se considera benigna</p>	<p>Malestar general y fiebre moderada por 2-4 días e hiporexia</p>	<p>Maculas eritematosas rápida evolución a papulas vesículas y costras que predominan en forma centripeta a tronco, cara y extremidades. Las costras se desprenden en la 3a semana sin cicatrizar. Puntos intensos fiebre en la etapa postulosa</p>	<p>Ulceración de la mucosa oral que mucocutánea puede presentar lesiones en conjuntivas, vagina y recto</p>	<p>Infecciones bacterianas Neumonía Bronconeumonía Encefalitis 10% presenta Síndrome de Reye Herpes Purpura Mopencarditis Herpes óptico Perleas Gullán Barré</p>	<p>No hay tratamiento específico. Asíe al enfermo por una semana. Ingesta de abundantes líquidos. Aspirina para aliviar molestias. Baños coloidales o caldóni tópicos para calmar la comezón de la piel. Lesiones infectadas aplicar antibiótico</p>	<p>Evitar en contacto con niños enfermos</p>

años aparece forma epidemia	Y en de							topico (neomona) y penicilina inyectada si la infección es severa	

5.2.- ENFERMEDADES DIGESTIVAS

5.2.1.- Gastroenteritis o Síndrome diarreico

Es una manifestación clínica de una patología extensa y variada asociada en la mayor parte de los casos, con agentes bacterianos, virales, parasitarios y micóticos, ya sea de manera aislada, o bien mediante una mezcla de los mismos.⁴⁶

La diarrea es el síntoma principal de una serie de padecimientos de las vías digestivas. En México las diarreas son una causa importante de muerte en niños

Concepto	Causas	Síntomas
Por diarrea debe entenderse una frecuencia de evacuaciones líquidas con materia fecal suelta y sin forma cuando un niño presente ocasionalmente una o dos evacuaciones líquidas no debe considerarse como diarrea.	<p>A) Falta de higiene en el manejo y la preparación de los alimentos que producen infecciones por bacterias, virus o parásitos intestinales como la ameba.</p> <p>B) Carencia de agua limpia o potable y la disposición inadecuada de excretas y de basura.</p> <p>C) Intoxicaciones alimenticias por la ingestión de alimentos descompuestos o expuestos al aire libre.</p> <p>D) Alergias a ciertos alimentos como la leche de vaca o el chocolate.</p> <p>E) Dieta rica en alimentos fibrosos que actúan como laxantes.</p> <p>Mal uso de medicamentos sobre todo purgantes y antibióticos.</p>	<p>Fiebre de 38-39°C, vómito, la diarrea intensa y generalmente no se acompaña de moco con sangre. La fiebre y vómito se resuelven en 24 a 48 hrs.</p> <p>La infección de rotavirus en las evacuaciones suelen ocurrir del 3er al 8o día de la enfermedad, síndrome de mala absorción transitorio.</p>

Cuadro Clínico

- ⇒ ***E. Coli enteroinvasiva***. Se presentan evacuaciones de moderada cantidad, las cuales contienen moco y sangre, pudiendo confundirse con un cuadro de disentería. Fiebre continua mayor de 38.5°C. Existe vómito y dolor abdominal, el paciente se ve con afección importante de su estado general y en ocasiones puede dar manifestaciones clínicas de septicemia.
- ⇒ ***Coli enterotoxigeno o enteropatógena***. Es más frecuente en recién nacidos y lactantes menores, la fiebre no es muy elevada pero en ocasiones cursa altas temperaturas, evacuaciones líquidas, abundantes y sin sangre, si no es manejada adecuadamente, puede presentar datos de deshidratación y desequilibrio hídrico.

⁴⁶ Cfr. González N. Napoleón. *INSTITUCIÓN CLÍNICA* (1990)4, de p. 147

- ⇒ **Shigella**: Predomina entre uno y cuatro años y menores de 6 meses, se presenta unicamente fiebre elevada de 39 a 40°C, se asocia a molestias digestivas vagas, 48 hrs después presenta cuadro diarreico con evacuaciones escasas, mucosas con sangre acompañadas de pujo y tenesmo (cuadro disenteriforme) La fiebre dura 3 días y el cuadro enteral entre 8 y 15 días
- ⇒ **Salmonella**: Predomina más en lactantes, se trasmite por ingestión de alimentos contaminados y por contacto con portadores humanos y animales domésticos. Período de incubación es de 8 a 24 hrs. Inicia con vomito seguido de cólico abdominal y evacuaciones diarreicas de severidad variable, líquidas con moco y con o sin sangre, y fiebre entre 38 y 39°C hasta 40°C
- ⇒ **Yersinia enterocolitica**: Afecta a todas las edades pero en mayor incidencia en menores de 4 años. El mecanismo de transmisión es por contacto con animales domésticos, o por la ingestión de alimentos contaminados. Período de incubación es de 4 a 10 días, los síntomas son como una gastroenteritis. Fiebre de 38.5 y 40°C, y puede presentarse sangre en evacuaciones, algunas veces presenta diarrea líquida profusa, vomito y dolor abdominal, ocurre en un 60 a 80% de los casos, el cuadro enteral puede producir ulceración, perforación y peritonitis. En niños mayores de 5 años el dolor abdominal es el síntoma más común pudiendo confundirse con un cuadro de apendicitis aguda, otras manifestaciones: eritema nudoso, eritema multiforme, exantemas maculopapulares, eritematosos, artritis, hepatitis, carditis, oftalmítis etc.⁹⁰
- ⇒ **Campylobacter fetus**: Afecta a niños como adultos, con mayor incidencia entre las dos semanas de vida y los 15 años de edad, se transmite por vía oral-fecal, de persona a persona. Período de incubación de 1 a 11 días. Presenta evacuaciones diarreicas con moco y sangre, líquidas abundantes, fétidas, en número variable, pero que puede llegar hasta 15 a 20 deposiciones en 24 hrs acompañadas de dolor abdominal.

Complicaciones	Tratamiento	Prevención
La más común es la deshidratación, que se debe a la pérdida de líquido. Es más seria si la diarrea está acompañada de vomito y fiebre. Esta complicación es muy severa en los menores de cuatro años y puede tener consecuencias fatales, como llegar a estado de choque secundario y estado terminal. La diarrea puede hacerse crónica y dar lugar a la desnutrición que afectará el desarrollo normal del niño. Entre otras se encuentran en síndrome de Reye, encefalitis, sangrado rectal.	Lo más urgente es evitar la deshidratación dando líquidos en abundancia y con frecuencia. Si las evacuaciones son más frecuentes es conveniente dar suero oral: 1. Vigilar la condición clínica del menor con el cuadro. Como evaluar el estado de hidratación de su paciente. 2. Decidir y aplicar el plan de tratamiento seleccionado. 3. En los niños deshidratados, iniciar el plan de tratamiento B.	Hervir todos los utensilios con los que se alimenta a los bebés, hervir durante 20 el agua con la que se preparan las leches en polvo. Lavarse las uñas y manos, antes de preparar los alimentos y después de ir al baño. Lave cuidadosamente frutas y verduras, refrigere carnes, pescados, embutidos y productos lácteos, así como los alimentos sobrantes y no comientos si huelen mal. Evite el consumo de antojitos callejeros o de comidas preparadas en sitios de dudosa higiene. ⁹¹

⁹⁰ González S. Napoleón. *Infectología Clínica* 4a de p. 158.

⁹¹ González S. Napoleón. *INFECCIOLOGÍA CLÍNICA* (1999) 4a de p. 30-31.

	<p>4 Capacita en forma teórica y práctica a la madre o familiar para preparar el medicamento "vía suero oral" y administrarlo al niño durante su estancia en el servicio.</p> <p>5 Otorgar el alta del paciente de acuerdo a la evolución clínica, el aprendizaje obtenido por el familiar para continuar su tratamiento en el hogar. Cita al paciente para su valoración 24 horas después del alta o antes si se presenta algún signo de alarma.</p>	
--	---	--

5.2.1.1.- Deshidratación

- La deshidratación es el estado consecutivo a la pérdida de agua y solutos. Se considera como la principal complicación de los cuadros gastroenterales, que pueden desencadenar hipovolemia importante que incluso conduzca a estado de choque.

Clasificación:

- ⇒ **Primer grado.** Cuando se pierde el 5% del peso corporal, o bien 50 ml/kg. Los primeros signos en aparecer son taquicardia y sequedad de las mucosas, fontanela hipotensa y disminución del tono ocular, insuficiencia circulatoria y alteración de la elasticidad de la piel.
- ⇒ **Segundo grado.** Cuando existe una pérdida equivalente al 10% del peso corporal o 100 ml/kg. Se presentan los signos anteriores agregando fontanela deprimida, ojos hundidos, signos de lienzo húmedo, cianosis y moteado de las extremidades, pulso rápido, oliguria y acidosis metabólica.
- ⇒ **Tercer grado.** Cuando existe una pérdida del 15% del peso corporal, equivalente a 150 ml/kg. A los signos anteriores se le agregan signos severos de insuficiencia circulatoria con estado de choque, encontrándose el paciente en anuria.

5.2.1.2.- Como evaluar el estado de deshidratación de su paciente

SIGNOS	BIEN HIDRATADO	DESHIDRATADO (2 SIGNOS O MAS)	CHOQUE HIPOVOLEMICO
--------	----------------	-------------------------------	---------------------

OBSERVE:

• ESTADO GENERAL	ALERTA	INQUIETO IRRITABLE	O	INCONCIENTE HIPOTONICO
• OJOS	NORMALES, LLORA CON LAGRIMAS	HUNDIDOS, LLORA SIN LAGRIMAS		
• BOCA Y LENGUA	HUMEDAS	SECAS	SALIVA	
• RESPIRACION	NORMAL	ESPESA RAPIDA PROFUNDA AUMENTADA	O	NO PUEDE BEBER
• SED		CONAVIDEZ		

EXPLORE:

• ELASTICIDAD DE LA PIEL	NORMAL	EL PLIEGUE SE DESHACE CON LENTITUD (+2)	
• PULSO	NORMAL	SEGURO RAPIDO	DEBIL O AUSENTE -5 SEGUNDOS
• LLENADO CAPILAR	+ 2 SEGUNDOS	3 A 5 SEGUNDOS	
• FONTANELA (LACTANTES)	NORMAL	HUNDIDA	

DECIDA⁷¹:

PLAN DE TRATAMIENTO	A	B	C
	<ul style="list-style-type: none"> Mantener lactancia materna exclusiva más frecuentemente hasta los 6 meses o más Vigilar estado de 	<ul style="list-style-type: none"> Ingresar a cuneno para observación Lactancia Materna ó Fórmula y Vida suero oral dosis respuesta 	<ul style="list-style-type: none"> Ingrear cuidados intensivos Líquidos parenterales con dextrosa al 10% o 5% y electrolitos en

⁷¹Cfr. CONACED MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA CAPACITACION DE LA MADRE Consejo Nacional para la Prevencion y el Control de las Enfermedades Diarreas México, 93 p 5 y 16.

	alerta	• Continuar alimentación normal	vena periférica Valance de líquidos (ingresos y egresos).
--	--------	---------------------------------	--

Mensajes Básicos

1. La pérdida excesiva de líquidos corporales provocada por la diarrea puede causar la muerte. Por ello es indispensable que los niños con diarrea beban líquidos en abundancia.
2. Cuando un lactante padece diarrea es importante seguir dándole el pecho, incluso con más frecuencia.
3. Un niño con diarrea necesita seguir alimentándose.
4. Si la diarrea es grave o el niño está deshidratado se requiere la ayuda de personas calificadas para su tratamiento.
5. Un niño que ha tenido diarrea necesita tomar una comida más al día hasta recuperar el peso que tenía antes de enfermar.
6. No deben administrarse medicamentos contra la diarrea excepto por indicación médica.
7. La diarrea puede prevenirse mediante la lactancia materna, la utilización de excusados, letrinas, o enterrando los excrementos, el mantenimiento de la limpieza del agua y de los alimentos, y el lavado de las manos antes de tocar los alimentos y después de ir al baño.

5.2.2.-Parasitosis intestinales.

- Las enfermedades causadas por parásitos son muy comunes en la población infantil de nuestro país.
- Existen una gran variedad de parásitos intestinales, de distintas formas y tamaños que varían como la amiba a través del microscopio hasta varios metros de largo como la solitaria, los ascariis (lombrices), los oxiurus (alfilerillo), los tricocéfalos y las giardias, que necesitan del organismo para vivir y alimentarse, y escogen el intestino para hacerlo.
- La enfermedad se adquiere por la ingestión de los huevecillos de los parásitos que se encuentran en gran cantidad en el excremento de algún enfermo, a través de las uñas y las manos de personas que preparan las comidas, o de los mismos alimentos que regados con aguas negras han sido mal lavados.

⁷ Solidaridad [A]R[A]LA VIDA (1990) UNICEF, UNESCO, OMS, SSA, p. 47

Síntomas	Complicaciones	Tratamiento	Prevención
<ul style="list-style-type: none"> Dolor de vientre falta de apetito, diarrea (con o sin sangre), anemia y desnutrición, expulsión de parásitos, que es un signo principal de la enfermedad, cuando la solitaria alcanza varios metros de longitud desprende trozos que semejan pedazos de tallarín unidos por anillos y éstos se expulsan por el ano. Las lombrices cuando se desarrollan en gran número se expulsan a veces hasta por la nariz. Los oxiuros pueden encontrarse por las noches en las afueras de ano producen muchas comezón miden de 1.5 a 1 cm de largo puntiagudos y de color blanco. Las amibas, las giardias, y los tricocefalos, están presentes en el excremento, y solo son visibles a través de un examen microscópico para identificarlos. 	<ul style="list-style-type: none"> Los huevecillos de la solitaria pueden invadir el cerebro y producir cisticercosis, que es una de las causas de la epilepsia. 	<ul style="list-style-type: none"> No hay ningún medicamento que sea efectivo para todos los parásitos. El mebendazol es efectivo contra la solitaria, los ascaris y los oxiuros. Realizar un análisis de excremento (coproparasitológico) para ofrecer el mejor tratamiento. Debe repetirse el análisis de excremento después del tratamiento para tener la seguridad de la curación. 	<ul style="list-style-type: none"> Lavarse las manos antes de preparar la comida, antes de comer y después de ir al baño. Mantener las uñas cortas pues sería un foco de infección lavar cuidadosamente las frutas y verduras, hervir el agua en caso de tener dudas sobre su potabilidad y la leche si no está pasteurizada si convive con animales debe desparasitarlos.

5.2.5.- Amibiasis

Amibiasis. Es una enfermedad causada por la amiba histolítica, presente en excremento en frutas y legumbres regadas con agua contaminada, afecta a niños, que viven en lugares con falta de higiene o climas tropicales.

Síntomas	Complicaciones	Tratamiento	Prevención
<ul style="list-style-type: none"> Evacuaciones diarreas con moco y sangre Dolor intestinal Cólicos Sensación de pujo 	<ul style="list-style-type: none"> Ulceración de la pared abdominal Perforación de intestinos Absesos en hígado 	<ul style="list-style-type: none"> Metronidazol Dieta con alimentos no irritantes Ingesta de verduras Ingerir líquidos con 	<ul style="list-style-type: none"> Higiene Lavado de manos después de ir al baño y antes de preparar los alimentos Hervir el agua

• Fiebre		abundancia	
• Deshidratación			

5.2.6.- Hepatitis

HEPATITIS: Es la inflamación del hígado debido a una infección por virus. Se adquiere por alimentos contaminados, excremento de enfermos, recibir sangre infectada, jeringas no esterilizadas, se le llama también ictericia y es muy contagiosa.

<i>Síntomas</i>	<i>Complicaciones</i>	<i>Tratamiento</i>	<i>Prevención</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Malestar general • Cansancio importante • Pérdida de apetito • Náuseas • Orina oscura • Heces blancas • Ictericia • Fiebre no más de 38°C • Dolor en hígado • Comezón general 	<ul style="list-style-type: none"> • Carcinoma del hígado • Se mantiene latente si no se dio tratamiento oportuno 	<ul style="list-style-type: none"> • Es una enfermedad viral, no existe la especial • En niños es casi siempre benigno • Restringir actividad • Dieta blanda en grasas y rica en proteínas y fibras 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislar al enfermo por 15 días • Lavar por separado todo artículo de uso del enfermo • Cuidar el uso de la taza del baño • Usar jeringas desechables cuando se requieran

5.2.7.- Apendicitis

APENDICITIS: Es la inflamación aguda de la parte del intestino final llamada apéndice, a causa de una obstrucción por excremento con semillas o algún otro parásito intestinal, e inflamarse bruscamente.

<i>Síntomas</i>	<i>Complicaciones</i>	<i>Tratamiento</i>	<i>Prevención</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor intenso en vientre por debajo y a la derecha del ombligo • Vómito • Fiebre (39°C) • Rigidez de todos los músculos • Malestar general • Dolor al caminar 	<ul style="list-style-type: none"> • Ruptura del apéndice y ocasionar peritonitis • Muerte 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención quirúrgica • No hay medicamentos que cure la apendicitis 	<ul style="list-style-type: none"> • No se puede prevenir • Prestar atención a cualquier sospecha • Llevarlo de inmediato al hospital

5.2.8.- Hernias

HERNIA⁷³ Es una abultamiento que se presenta en el ombligo o en la ingle, por una salida de intestino que sale por pared muscular débil. Son frecuentes en niños recién nacidos, que al caer el cordón umbilical queda una zona débil alrededor del ombligo.

SINTOMAS	COMPLICACIONES	TRATAMIENTO	PREVENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de una masa en el ombligo (hernia umbilical) o en la ingle (hernia inguinal) • Aumenta cuando en niño hace algún esfuerzo • Ocasional dolores ligeros 	<ul style="list-style-type: none"> • Intenso dolor por que una parte de intestino se atora en el orificio y queda sin circulación • Vómito • Endurecimiento del vientre 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar al médico especialista • Las hernias no cierran solas • No hay medicamentos para que cierren la hernia • Debe tratarse con operación al ser detectada 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar colocar pañales húmedos o moedys húmedos • No apretar demasiado el pañal del bebé • Ventilar el área de la cicatriz umbilical • No dejar llorar demasiado al bebé o realizar algún esfuerzo • Suele cerrar a los cinco años

⁷³ Cfr. Beatriz L. Fernández, (1986) **GUIA A SUS HEREDOS, SUS ENFERMEDADES Y ACCIDENTES**, ISSSTE, México p.56-61

5.3.- ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.

5.3.1.- Amigdalitis

Es una infección estreptocócica que se aloja en las amígdalas situadas en la garganta es una enfermedad muy frecuente de la infancia, se presenta en forma repetida hasta la adolescencia y adultez

Síntomas	Complicaciones	Tratamiento	Prevención
<ul style="list-style-type: none"> Principia como un resfriado común cansancio dolor de cabeza escalofríos sensación de nariz tapada y pérdida de apetito Dolor de garganta y fiebre de 38.5 a 40°C Pueden notarse ganglios inflamados Puede haber tos carraspera mal aliento y lengua sucia En garganta se observan amígdalas hipertróficas hiperémicas y en ocasiones con puntos blancos de pus. 	<ul style="list-style-type: none"> Son frecuentes y muy serias infección del oído, de los riñones, fiebre reumática y lesiones del corazón. 	<ul style="list-style-type: none"> Indicar aseo bucales con bicarbonato antibióticos y antipiréticos para bajar la fiebre y aminorar el dolor y combatir la infección. Tomar abundantes líquidos y frutas ácidas. Si la amigdalitis es repetitiva y hay abscesos alrededor de las amígdalas o se hace análisis que demuestren la presencia de bacterias piogénicas que pueden causar fiebre reumática el médico podrá indicar la necesidad de una amigdalectomía. 	<ul style="list-style-type: none"> No es tan contagioso como las enfermedades virales pero si deben tomarse precauciones como evitar besos y separar los utensilios para comer. Mientras el niño este enfermo no debe asistir a la escuela.

5.3.2.- Parotiditis

La parotiditis es una enfermedad aguda altamente contagiosa por el virus paramixovirus y que se autolimita, produciendo alta morbilidad y baja mortalidad que afecta con mayor frecuencia a glándulas salivales (parotidas), situadas en el cuello, abajo y adelante del oído y cursa con viremia, y que por lo tanto tiene otras localizaciones como el SNC, páncreas, testículos etc.

Puede padecerse a cualquier edad pero con mayor frecuencia entre los 5 y los 15 años

¹³ Cfr. González S. Napoleón. *Infectología Clínica* 4a ed. p. 383

Síntomas	Complicaciones	Tratamiento	Prevención
<ul style="list-style-type: none"> Puede comenzar con fiebre moderada de 37.5° a 38°C dolor de oído de cabeza y malestar general. La fiebre aumenta a 40°C. A los 2 o 3 días aparece la inflamación de las glándulas, a veces en un lado durante 4 o 5 días después disminuye y comienza del otro lado. En ocasiones se inflaman al mismo tiempo los dos lados y la cara del niño adquiere aspecto de conejo. El sitio duele cuando se toca se mastica o se traga. 	<ul style="list-style-type: none"> Pocas veces los niños tienen complicaciones. Estas son más frecuentes en la adolescencia o en los adultos. La principal es la inflamación de los testículos en el hombre y de los ovarios en la mujer, dolorosa pero que raras veces llega a producir esterilidad. Para evitarla se recomienda reposo en cama. Otras complicaciones son la encefalitis, polioencefalitis, esterilidad y sordera. 	<ul style="list-style-type: none"> Como es una enfermedad producida por virus, no existe ningún tratamiento especial. Se puede dar aspirina para aliviar el dolor y bajar la fiebre. Dar dieta blanda o líquida en caso de dolor muy intenso. Reposo relativo. Asistir al enfermo durante quince días para evitar contagios con los adultos que no la hayan padecido. Compresas tibias o tias locales en la parótida tumefacta. Evitar sustancias ácidas (cítricos) y poco condimentadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Cuando existen epidemias puede aplicarse gammaglobulina y vacuna pero sólo si lo recomienda el médico.

5.3.3.- Bronquitis

La bronquitis es la inflamación de los bronquios que son los tubos que conducen el aire a los pulmones. Resulta muchas veces como consecuencia de infecciones en las vías respiratorias altas (nariz o garganta).

La mayor parte de las bronquitis son producidas por virus que inflaman la delicada membrana que recubre el interior de los bronquios y que favorece la infección por bacterias, otras bronquitis son de origen alérgico.

Síntomas	Complicaciones	Tratamiento	Prevención
<ul style="list-style-type: none"> Comienza con tos seca, fiebre ligera, disminución del apetito. Al 2o día la tos se hace húmeda debido a que al aumentar la inflamación dentro de los bronquios hay secreciones que forman flemas. Los niños que normalmente se tragan las flemas pueden vomitar. La fiebre aumenta, hay dolor en el pecho, que se acentúa al toser. 	<ul style="list-style-type: none"> Una bronquitis que no sea tratada correctamente puede causar pulmonía, peligrosa en cualquier edad pero mucho más en los menores de tres años y también estados asmáticos. 	<ul style="list-style-type: none"> Es preciso que su hijo descanse y tome líquidos en abundancia. Reduzca la fiebre con aspirina y la tos ofreciendo limón con miel. Evitar los cambios bruscos de temperatura. Los antibióticos son necesarios cuando la fiebre aumenta y que indique que puede existir una infección por bacterias y el médico lo recomienda. 	<ul style="list-style-type: none"> Los niños propensos deben evitar los cambios bruscos de temperatura. Dar atención oportuna a las enfermedades de vías respiratorias: catarro, amigdalitis.

5.3.4.- Asma

El asma se debe aun brusco estrechamiento de los bronquios que impide el paso natural del aire hacia los pulmones. Se presenta como ataques periódicos y es alarmante, tanto para el niño como para los padres. No es contagiosa. Es de origen alérgico, que puede ser hereditaria u ocasionada por las infecciones repetidas de los bronquios.

Sintomas	Complicaciones	Tratamiento	Prevención
<ul style="list-style-type: none"> En cuestión de minutos un niño aparentemente normal comienza a sentir serias dificultades para respirar y se pueden oír silbidos en su pecho, tiene accesos de tos y notable fatiga. Esto produce una gran ansiedad. Las crisis se alternan con periodos en los que el niño no tendrá molestia alguna. 	<ul style="list-style-type: none"> Asma en casos crónicos Sensación de ahogamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Enviar al niño con un especialista en alergias o en vías respiratorias, que buscará el origen de la enfermedad e indicará los medicamentos que sirvan para controlar las crisis asmáticas. Una crisis severa requiere tratamiento de urgencia en el hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> Se deberá buscar los factores que provocan el ataque. P.ej. alergias a alimentos, pelo de flores, pelo de animales, polvo, ropa de lana, condiciones del clima. Si el origen es otro evitar los entornos, las infecciones de vías respiratorias y situaciones de tensión emocional.

5.3.5.- Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, generalmente de curso subagudo o crónico, que involucra diversos órganos o tejidos a nivel pulmonar y que es causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*⁷⁶ no es hereditaria y se trasmite de persona a persona, ya que las secreciones del enfermo contienen grandes cantidades de microbios.

Ataca principalmente a los pulmones, aunque se propaga a otras partes del cuerpo como los ganglios del cuello, los riñones, los intestinos y el cerebro.

Sintomas	Tratamiento	Prevención
<ul style="list-style-type: none"> Los primeros indicios de la enfermedad son muy leves y raras veces se notan durante las primeras etapas. Al principio aparece una tos que es cada vez más frecuente. Después fiebre de 38° a 38.5°C por las tardes, dolor en el pecho, pérdida de peso y mal estado de salud en general. 	<ul style="list-style-type: none"> Un diagnóstico temprano es importante, pues el tratamiento puede dar excelentes resultados siempre y cuando se acompañe de reposo y de una sobrealimentación, dieta rica en leche, nuevos carne, pan, mantequilla, miel, frutas y verduras. 	<ul style="list-style-type: none"> Conviene aplicar la vacuna que aunque no garantiza una inmunidad absoluta puede ayudar a prevenir la enfermedad. Evitar el contacto con personas con sospecha a tener la enfermedad. En algunos casos se ordenan estudios radiológicos.

⁷⁶ Cf. Fernandez L. Beatriz. *Cuadernos Hijos, Six Tuberculosas y Accidentes*, ISSI, México, 89, p. 52-54.

⁷⁷ Gonzalez S. Napoleón. *Infectología Clínica*, 4 de p. 105.

RESUMEN

- ◆ Las enfermedades virales son a causa de virus que pueden causar daño principalmente el en Sistema Nervioso Central por medio de invasión nerviosa directa, o como resultado de una respuesta inmunitaria alterada después de infecciones de diversos tipos
- ◆ Las enfermedades digestivas en su gran mayoría son causadas por mala higiene en la utilización de alimentos, malos hábitos higiénicos, presentando como síntoma principal las diarreas que ponen en juego la salud del niño. Por lo que importante detectar y prevenir oportunamente la presencia de deshidratación por la pérdida importante de líquidos y electrólitos lo que provocaría en etapas avanzadas choque hipovolémico.
- ◆ La deshidratación es la pérdida de líquidos y electrolitos que secundario a diarreas o la ingesta de líquidos escasos, se presenta signos y síntomas como pérdida de peso, fontanela deprimida, piel reseca y deshidratada, ojos hundidos en etapas avanzadas choque y anuria
- ◆ Las infecciones en Vías Respiratorias son alteraciones causadas por virus que ponen en riesgo la vida del paciente, muchas de ellas infectocontagiosas lo que hace pertinente prevenir y limitar su incidencia de contagio

CAPITULO VI
NUTRICION, CRECIMIENTO Y
DESARROLLO

VI-EVALUACION DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL RECIEN NACIDO A CINCO AÑOS DE EDAD.

6.1- NORMA OFICIAL MEXICANA

La Norma Oficial Mexicana establece la vigilancia del estado de nutrición, crecimiento y desarrollo de la población en menores de un año, uno a cuatro años, cinco a nueve años y diez a diecinueve años, tomando en cuenta los siguientes conceptos básicos.

6.1.1.-Clasificación del niño por edades de desarrollo (recién nacido a 5 años de edad).

Menor de 28 días	Recién Nacido
Menor de un año	Lactante menor o infante
De uno a cuatro años:	
Un año a un año 11 meses	Lactante mayor
Dos años a cuatro años	Preescolar
De cinco a nueve años	Escolar
De diez a diecinueve años	Adolescente

6.1.2.- Crecimiento

Proceso por el cual se incrementa la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento en el volumen de células (hiperplasia), el aumento en el volumen de las células (hipertrofia) y el incremento en la sustancia intercelular.

6.1.3.- Desarrollo

Es la diferencia sucesiva de órganos y sistemas. Se refiere al desarrollo de funciones, adaptaciones, habilidades y destrezas psicomotoras, relaciones afectivas y socialización.⁷⁷

⁷⁷ Justo Sierra C. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION (1994) Secretaría de Salud p. 11

6.2- Somatometría

6.2.1.- Longitud, Talla

La longitud debe medirse en los niños menores de dos años utilizando el infantómetro, la talla debe medirse a partir de los dos años utilizando el estadiómetro, estas medidas deben realizarse sin zapatos y expresarse en centímetros.

6.2.1.1.-Cálculo de Talla en niños de 2 a 7 años

$\text{Edad por 5 más } 80 = \text{Talla aproximada}$

6.3.2.- Peso

La medición de la masa corporal en los niños menores de dos años debe realizarse utilizando una báscula pesa bebé, en los mayores de dos años, en una báscula de plataforma. El peso debe realizarse sin ropa y expresarse en kilogramos.

6.3.2.1.- Aumento de Peso durante el Primer años de Vida.

3 meses	3 primeros meses aumenta 750 gramos por mes
4 - 9 meses	6 siguientes meses aumenta 500 gramos por mes
10 - 12 meses	3 siguientes meses aumenta 250 gramos por mes

6.3.2.2.- Cálculo de de peso ideal de 2 a 7 años

$\text{Edad por } 2 \text{ más } 7 = \text{Peso ideal} - 2 \text{ Kg.}$

6.3.3.- Perímetro cefálico

La medición del perímetro cefálico debe realizarse por lo menos hasta los tres meses de edad, con cinta métrica, siendo expresada en centímetros. En caso de detectarse problema, debe efectuarse el seguimiento y su medición por especialistas hasta los cinco años.

6.3.3.1.-Cálculo de Perímetro cefálico en recién nacidos a un año de edad

4	primeros meses aumenta 5 centímetros
8	siguientes meses aumenta 5 centímetros
1	año a 20 años aumenta 5 centímetros

6.3.3.2.- Tablas de referencia para valorar el perímetro cefálico

TABLA 1
PERÍMETRO CEFÁLICO (CM) POR EDAD (MESES)
1 MES A 36 MESES
NIÑAS

EDAD MESES	PERCENTILES						
	3	10	25	50	75	97	
1	31.6	34.7	35.9	36.4	37.1	38.4	39.8
2	31.8	34.6	37.3	37.9	38.9	39.7	41.6
3	37.4	38.0	38.6	39.2	40.1	41.1	43.8
4	38.3	39.2	39.1	39.4	41.1	42.3	43.6
5	39.3	40.0	40.7	41.5	42.4	43.2	44.4
6	40.0	40.7	41.5	42.4	43.1	44.0	45.0
7	40.6	41.3	42.1	43.2	43.9	44.7	45.6
8	41.1	41.9	42.7	43.8	44.5	45.3	46.2
9	41.6	42.3	43.1	44.4	45.0	45.8	46.7
10	42.1	43.0	43.8	44.9	45.4	46.3	47.1
11	42.5	43.3	44.2	45.2	45.8	46.6	47.5
12	42.8	43.6	44.6	45.6	46.2	47.0	47.8
13	43.2	44.0	45.0	45.9	46.5	47.3	48.1
14	43.5	44.3	45.2	46.2	46.8	47.6	48.4
15	43.7	44.6	45.6	46.4	47.1	47.9	48.7
16	44.0	44.8	45.7	46.7	47.3	48.1	48.9
17	44.2	45.0	45.9	46.9	47.6	48.3	49.1
18	44.4	45.2	46.1	47.1	47.8	48.5	49.3
19	44.5	45.4	46.3	47.3	48.0	48.7	49.5
20	44.7	45.5	46.5	47.4	48.2	48.9	49.7
21	44.8	45.7	46.6	47.5	48.4	49.1	49.8
22	45.0	45.8	46.8	47.7	48.5	49.3	50.0
23	45.2	46.0	46.9	47.8	48.7	49.4	50.1
24	45.3	46.2	47.1	48.0	48.8	49.6	50.3
25	45.4	46.3	47.4	48.3	49.2	50.0	50.7
30	46.0	46.8	47.7	48.6	49.5	50.3	51.1
33	46.2	47.1	48.0	48.9	49.7	50.6	51.4
36	46.4	47.4	48.3	49.3	50.2	50.9	51.7

Fuente: Anuarios de Investigación Médica, 6 sup. 1, 1975
Instituto Politécnico IMSS

FALTA PAGINA

No. 189

TABLA 2
PERIMETRO CEFALICO (CM) POR EDAD (MESES)
1 MES A 36 MESES

NIÑOS

EDAD MESES	P E R C E N T I L S						
	3	10	25	50	75	90	97
1	35.0	35.7	36.1	37.2	38.0	39.0	40.0
2	37.3	37.8	38.4	39.0	39.8	40.7	42.0
3	38.7	39.2	39.8	40.3	41.4	42.3	43.6
4	39.7	40.3	41.0	41.7	42.5	43.4	44.6
5	40.7	41.7	42.0	42.9	43.5	44.2	45.5
6	41.6	42.1	42.8	43.6	44.5	45.0	46.3
7	42.2	42.8	43.5	44.2	45.1	45.8	47.0
8	42.8	43.3	44.0	44.8	45.8	46.5	47.5
9	43.3	44.0	44.6	45.5	46.2	47.0	48.0
10	43.8	44.4	45.1	46.0	46.7	47.4	48.3
11	44.2	44.8	45.5	46.4	47.2	47.9	48.8
12	44.5	45.3	46.0	46.8	47.6	48.3	49.3
13	44.8	45.6	46.3	47.2	47.9	48.6	49.6
14	45.1	45.8	46.6	47.3	48.2	48.9	49.9
15	45.3	46.1	46.8	47.8	48.5	49.2	50.1
16	45.6	46.4	47.2	48.0	48.8	49.5	50.3
17	45.8	46.6	47.4	48.2	49.1	49.8	50.5
18	46.0	46.9	47.6	48.5	49.3	50.0	50.7
19	46.2	47.0	47.8	48.7	49.4	50.1	50.8
20	46.4	47.2	48.0	48.8	49.6	50.3	51.1
21	46.6	47.4	48.2	49.1	49.8	50.6	51.3
22	46.7	47.5	48.4	49.3	49.9	50.6	51.5
23	46.8	47.6	48.5	49.4	50.0	50.8	51.6
24	46.9	47.7	48.6	49.5	50.1	50.9	51.7
27	47.2	48.1	48.8	49.8	50.5	51.2	52.1
30	47.5	48.3	49.2	50.0	50.7	51.3	52.4
33	47.8	48.5	49.4	50.2	50.9	51.6	52.8
36	47.8	48.7	49.6	50.4	51.1	52.0	52.8

Fuente: Archivos de Investigación Médica, B, sup 1, 1975
 Somatometría Peditrica 19633

6.3.3.3.- Valoración del perímetro cefálico en el niño menor de tres años.

- Se recomienda medir el perímetro cefálico desde el nacimiento hasta los tres meses de vida, ya que existen malformaciones congénitas que también se derivan a nivel craneal
Si el perímetro cefálico se encuentra dentro de los percentiles 3 y 97 se debe considerar como valor normal
- Si el perímetro cefálico se sitúa por fuera de los valores percentiles antes mencionados, o si cambia dos carriles centilares hacia arriba o hacia abajo, se debe referir a una unidad de complejidad para su atención²

6.3. 4.- Valoración de la Desnutrición

El estado de nutrición se debe valorar, utilizando como mínimo los siguientes índices antropométricos, peso- edad y talla-edad. Complementando con peso-talla. Ver gráfica de la Norma Oficial para el Crecimiento y Desarrollo del niño

Calculo de desnutrición

Primer grado	del 15-25%
Segundo grado	del 25-40%
Tercer grado	del 40% a más

La valoración se debe hacerse vigilando la nutrición, crecimiento y desarrollo considerando los índices antropométricos antes señalados, relacionandolos con tablas o gráficas de crecimiento y desarrollo, que permitan ubicar la condición actual y la posibilidad de la vigilar la tendencia de los eventos³

6.3.5.- Valoración de la nutrición y crecimiento del niño menor de un año y de uno a cuatro años.

- El estado de nutrición se debe valorar, utilizando los siguientes índices antropométricos: peso-edad y talla-edad complementario con peso-talla
- "La vigilancia del crecimiento y desarrollo se debe valorar, utilizando la relación de los índices antropométricos señalados, relacionandolos con las tablas y

² De la Fuente J. Ramón. NORMA OFICIAL MEXICANA PARA EL CONTROL DE LA NUTRICIÓN, CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE, (1994). Secretaría de Salud, p. 24-26.

³ Cfr. Justo Sierra, p. 12

gráficas de Crecimiento y Desarrollo, que permitan ubicar la condición actual y la posibilidad de vigilar la tendencia de los eventos⁴

6.3.5.1.- Tablas de referencia para valorar PESO-EDAD en niñas y niños menores de 5 años.

Tabla 3

PESO (KG) POR EDAD
0 MESES A 4 AÑOS 11 MESES "NIÑAS"

EDAD MESES	-3 D.E.	-2 D.E.	-1 D.E.	MEDIANA	+1 D.E.	+2 D.E.	+3 D.E.
0	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
1	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
3	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
4	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
5	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
6	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
7	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
8	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
9	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
10	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
11	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
12	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
13	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
14	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
15	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
16	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
17	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
18	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
19	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
20	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
21	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
22	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
23	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
24	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
25	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
26	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
27	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
28	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
29	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
30	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
31	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
32	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
33	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
34	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
35	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
36	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
37	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
38	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
39	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
40	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
41	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
42	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
43	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
44	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
45	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
46	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
47	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
48	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
49	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
50	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
51	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
52	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
53	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
54	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
55	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
56	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
57	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
58	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
59	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
60	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
61	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
62	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
63	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
64	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
65	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
66	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
67	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
68	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
69	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
70	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
71	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
72	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
73	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
74	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
75	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
76	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
77	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
78	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
79	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
80	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
81	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
82	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
83	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
84	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
85	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
86	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
87	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
88	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
89	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
90	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
91	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
92	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
93	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
94	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
95	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
96	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
97	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
98	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
99	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
100	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2

Fuente: Medición al Crecimiento del Estado Nutricional. OMS - Querétaro, 1983.
Tablas de NCHS Growth Curves for Children, Birth-16 years, 1977

⁴ De la Fuente R. Juan. NORMA OFICIAL MEXICANA PARA EL CONTROL DE LA NUTRICION, CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. (1994) Secretaría de Salud

"A" TABLA 4
PESO (KG) POR EDAD
0 MESES A 4 AÑOS 11 MESES

"NIÑOS"

EDAD MESES	-3 D.E.	-2 D.E.	-1 D.E.	MEDIANA	+1 D.E.	+2 D.E.	+3 D.E.
0	3.0	2.6	2.4	2.4	2.6	2.8	3.0
1	2.2	2.0	1.8	1.7	1.8	2.0	2.2
2	2.0	1.7	1.5	1.4	1.5	1.7	2.0
3	1.7	1.5	1.4	1.4	1.5	1.7	1.9
4	1.5	1.4	1.4	1.4	1.5	1.6	1.8
5	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
6	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
7	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
8	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
9	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
10	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
11	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
12	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
13	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
14	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
15	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
16	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
17	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
18	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
19	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
20	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
21	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
22	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
23	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
24	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
25	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
26	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
27	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
28	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
29	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
30	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
31	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
32	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
33	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
34	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
35	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
36	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
37	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
38	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
39	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
40	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
41	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
42	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
43	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
44	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
45	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
46	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
47	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
48	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
49	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
50	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
51	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
52	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
53	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
54	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
55	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
56	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
57	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
58	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
59	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
60	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
61	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
62	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
63	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
64	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
65	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
66	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
67	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
68	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
69	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
70	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
71	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
72	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
73	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
74	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
75	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
76	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
77	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
78	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
79	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
80	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
81	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
82	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
83	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
84	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
85	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
86	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
87	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
88	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
89	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
90	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
91	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
92	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
93	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
94	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
95	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
96	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
97	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
98	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
99	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
100	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
101	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
102	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
103	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
104	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
105	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
106	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
107	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
108	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
109	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
110	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6
111	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6

Fuente: *Resolución del Comité del Estado Nutricional OMS, Comisión 1983*
Tendencia del PCVTS: Grupos curvas de Children Birth 18 years, 1977

6.3.5.2.- Tablas de referencia para valorar TALLA-EDAD en niñas y niños menores de 5 años.

TABLA 5

TALLA (CM) POR EDAD 0 MESES A 4 AÑOS 11 MESES

EDAD MESES	3 M E .	4 M E .	5 M E .	NIÑAS	6 M E .	7 M E .	8 M E .
0	50.9	51.3	51.7	51.8	51.9	52.0	52.0
1	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
2	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
3	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
4	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
5	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
6	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
7	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
8	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
9	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
10	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
11	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
12	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
13	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
14	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
15	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
16	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
17	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
18	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
19	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
20	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
21	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
22	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
23	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
24	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
25	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
26	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
27	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
28	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
29	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
30	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
31	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
32	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
33	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
34	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
35	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
36	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
37	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
38	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
39	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
40	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
41	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
42	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
43	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
44	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
45	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
46	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
47	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
48	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
49	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
50	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
51	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
52	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
53	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
54	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
55	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
56	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
57	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
58	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
59	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9
60	50.9	51.4	51.7	51.7	51.8	51.9	51.9

Fuente: Medición del Crecimiento del Estado Nutricional (1965) Guaymas (1965)
Tomado de I.C.H.S. Comercio exterior del Ecuador. Bula 18 párra. 1977

Fuente: Ibidem p 18

TABLA 6
TALLA (CM) POR EDAD
0 MESES A 4 AÑOS 11 MESES
NIÑOS

EDAD MESES	-3 D.E.	-2 D.E.	-1 D.E.	MEDIANA	+1 D.E.	+2 D.E.	+3 D.E.
0	49.6	51.0	52.2	53.5	54.8	55.9	57.4
1	49.2	50.7	51.8	53.1	54.2	55.3	56.9
2	50.2	51.7	52.7	54.0	55.1	56.2	58.0
3	51.2	52.7	53.6	55.5	56.7	57.8	59.7
4	51.6	53.1	54.0	56.5	57.7	58.8	60.8
5	52.6	54.1	55.0	57.0	58.2	59.3	61.4
6	53.6	55.1	56.0	58.0	59.2	60.3	62.5
7	53.6	55.1	56.0	57.0	58.2	59.3	61.5
8	54.6	56.1	57.0	58.0	59.2	60.3	62.4
9	54.6	56.1	57.0	58.0	59.2	60.3	62.4
10	55.6	57.1	58.0	59.0	60.2	61.3	63.4
11	55.6	57.1	58.0	59.0	60.2	61.3	63.4
12	56.6	58.1	59.0	60.0	61.2	62.3	64.4
13	56.6	58.1	59.0	60.0	61.2	62.3	64.4
14	57.6	59.1	60.0	61.0	62.2	63.3	65.4
15	57.6	59.1	60.0	61.0	62.2	63.3	65.4
16	58.6	60.1	61.0	62.0	63.2	64.3	66.4
17	58.6	60.1	61.0	62.0	63.2	64.3	66.4
18	59.6	61.1	62.0	63.0	64.2	65.3	67.4
19	59.6	61.1	62.0	63.0	64.2	65.3	67.4
20	60.6	62.1	63.0	64.0	65.2	66.3	68.4
21	60.6	62.1	63.0	64.0	65.2	66.3	68.4
22	61.6	63.1	64.0	65.0	66.2	67.3	69.4
23	61.6	63.1	64.0	65.0	66.2	67.3	69.4
AÑOS MESES							
24	62.6	64.1	65.0	66.0	67.2	68.3	70.4
25	62.6	64.1	65.0	66.0	67.2	68.3	70.4
26	63.6	65.1	66.0	67.0	68.2	69.3	71.4
27	63.6	65.1	66.0	67.0	68.2	69.3	71.4
28	64.6	66.1	67.0	68.0	69.2	70.3	72.4
29	64.6	66.1	67.0	68.0	69.2	70.3	72.4
30	65.6	67.1	68.0	69.0	70.2	71.3	73.4
31	65.6	67.1	68.0	69.0	70.2	71.3	73.4
32	66.6	68.1	69.0	70.0	71.2	72.3	74.4
33	66.6	68.1	69.0	70.0	71.2	72.3	74.4
34	67.6	69.1	70.0	71.0	72.2	73.3	75.4
35	67.6	69.1	70.0	71.0	72.2	73.3	75.4
36	68.6	70.1	71.0	72.0	73.2	74.3	76.4
37	68.6	70.1	71.0	72.0	73.2	74.3	76.4
38	69.6	71.1	72.0	73.0	74.2	75.3	77.4
39	69.6	71.1	72.0	73.0	74.2	75.3	77.4
40	70.6	72.1	73.0	74.0	75.2	76.3	78.4
41	70.6	72.1	73.0	74.0	75.2	76.3	78.4
42	71.6	73.1	74.0	75.0	76.2	77.3	79.4
43	71.6	73.1	74.0	75.0	76.2	77.3	79.4
44	72.6	74.1	75.0	76.0	77.2	78.3	80.4
45	72.6	74.1	75.0	76.0	77.2	78.3	80.4
46	73.6	75.1	76.0	77.0	78.2	79.3	81.4
47	73.6	75.1	76.0	77.0	78.2	79.3	81.4
48	74.6	76.1	77.0	78.0	79.2	80.3	82.4
49	74.6	76.1	77.0	78.0	79.2	80.3	82.4
50	75.6	77.1	78.0	79.0	80.2	81.3	83.4
51	75.6	77.1	78.0	79.0	80.2	81.3	83.4
52	76.6	78.1	79.0	80.0	81.2	82.3	84.4
53	76.6	78.1	79.0	80.0	81.2	82.3	84.4
54	77.6	79.1	80.0	81.0	82.2	83.3	85.4
55	77.6	79.1	80.0	81.0	82.2	83.3	85.4
56	78.6	80.1	81.0	82.0	83.2	84.3	86.4
57	78.6	80.1	81.0	82.0	83.2	84.3	86.4
58	79.6	81.1	82.0	83.0	84.2	85.3	87.4
59	79.6	81.1	82.0	83.0	84.2	85.3	87.4
60	80.6	82.1	83.0	84.0	85.2	86.3	88.4
61	80.6	82.1	83.0	84.0	85.2	86.3	88.4
62	81.6	83.1	84.0	85.0	86.2	87.3	89.4
63	81.6	83.1	84.0	85.0	86.2	87.3	89.4
64	82.6	84.1	85.0	86.0	87.2	88.3	90.4
65	82.6	84.1	85.0	86.0	87.2	88.3	90.4
66	83.6	85.1	86.0	87.0	88.2	89.3	91.4
67	83.6	85.1	86.0	87.0	88.2	89.3	91.4
68	84.6	86.1	87.0	88.0	89.2	90.3	92.4
69	84.6	86.1	87.0	88.0	89.2	90.3	92.4
70	85.6	87.1	88.0	89.0	90.2	91.3	93.4
71	85.6	87.1	88.0	89.0	90.2	91.3	93.4
72	86.6	88.1	89.0	90.0	91.2	92.3	94.4
73	86.6	88.1	89.0	90.0	91.2	92.3	94.4
74	87.6	89.1	90.0	91.0	92.2	93.3	95.4
75	87.6	89.1	90.0	91.0	92.2	93.3	95.4
76	88.6	90.1	91.0	92.0	93.2	94.3	96.4
77	88.6	90.1	91.0	92.0	93.2	94.3	96.4
78	89.6	91.1	92.0	93.0	94.2	95.3	97.4
79	89.6	91.1	92.0	93.0	94.2	95.3	97.4
80	90.6	92.1	93.0	94.0	95.2	96.3	98.4
81	90.6	92.1	93.0	94.0	95.2	96.3	98.4
82	91.6	93.1	94.0	95.0	96.2	97.3	99.4
83	91.6	93.1	94.0	95.0	96.2	97.3	99.4
84	92.6	94.1	95.0	96.0	97.2	98.3	100.4
85	92.6	94.1	95.0	96.0	97.2	98.3	100.4
86	93.6	95.1	96.0	97.0	98.2	99.3	101.4
87	93.6	95.1	96.0	97.0	98.2	99.3	101.4
88	94.6	96.1	97.0	98.0	99.2	100.3	102.4
89	94.6	96.1	97.0	98.0	99.2	100.3	102.4
90	95.6	97.1	98.0	99.0	100.2	101.3	103.4
91	95.6	97.1	98.0	99.0	100.2	101.3	103.4
92	96.6	98.1	99.0	100.0	101.2	102.3	104.4
93	96.6	98.1	99.0	100.0	101.2	102.3	104.4
94	97.6	99.1	100.0	101.0	102.2	103.3	105.4
95	97.6	99.1	100.0	101.0	102.2	103.3	105.4
96	98.6	100.1	101.0	102.0	103.2	104.3	106.4
97	98.6	100.1	101.0	102.0	103.2	104.3	106.4
98	99.6	101.1	102.0	103.0	104.2	105.3	107.4
99	99.6	101.1	102.0	103.0	104.2	105.3	107.4
100	100.6	102.1	103.0	104.0	105.2	106.3	108.4
101	100.6	102.1	103.0	104.0	105.2	106.3	108.4

Fuente: Administración del Censo del Estado Mexicano. CENS. General 1983.
 Tomadas de PE 15. Growth Curves for Children. Birth 18 years 1977

6.3.5.3.- Tabla de referencia para valorar PESO-TALLA en niñas y niños

TABLA 7

PESO (KG) POR TALLA (CM)
50 CM A 135 CM

NIÑAS

LONGITUD CM	-3 D.E.	-2 D.E.	-1 D.E.	MEDIANA	+1 D.E.	+2 D.E.	+3 D.E.
50	2.3	2.6	3.0	3.4	3.8	4.2	4.6
55	2.8	3.3	3.8	4.3	4.9	5.5	6.0
60	3.7	4.3	4.9	5.5	6.2	6.9	7.6
65	4.8	5.5	6.3	7.0	7.7	8.4	9.2
70	6.0	6.8	7.6	8.4	9.1	9.9	10.7
75	7.0	7.9	8.7	9.6	10.4	11.2	12.0
80	8.0	8.8	9.7	10.6	11.5	12.3	13.2
85	8.8	9.7	10.6	11.6	12.5	13.4	14.3
90	9.5	10.3	11.2	12.2	13.1	14.0	14.9
95	10.7	11.5	12.4	13.4	14.3	15.2	16.0
100	12.0	13.1	14.1	15.2	16.3	17.4	18.6
TALLA CM							
55	2.3	3.0	3.6	4.3	5.1	6.7	7.9
60	3.4	4.3	5.1	6.0	7.2	8.6	9.6
65	4.5	5.5	6.4	7.4	8.6	9.8	11.1
70	5.6	6.6	7.6	8.6	9.9	11.1	12.6
75	6.7	7.7	8.7	9.7	11.0	12.3	13.6
80	7.7	8.7	9.8	10.8	12.1	13.4	14.7
85	8.6	9.7	10.8	11.8	13.2	14.6	15.9
90	9.3	10.7	11.8	12.9	14.4	15.8	17.3
95	10.4	11.4	12.6	13.7	15.4	17.2	18.3
100	11.3	12.7	14.0	15.4	17.0	18.7	20.3
105	12.3	13.8	15.3	16.7	18.5	20.3	22.1
110	13.4	15.0	16.6	18.2	20.2	22.2	24.1
115	14.8	16.5	18.2	19.9	22.1	24.3	26.5
120	16.2	18.1	20.0	21.8	24.4	27.0	29.4
125	17.8	19.9	22.0	24.1	27.5	30.5	33.7
130	19.4	21.8	24.3	26.8	30.9	35.1	39.2
135	21.0	24.0	27.0	30.1	35.5	41.0	46.4

Fuente: Medición del Crecimiento del Estado Nutricional por UNICEF, Ginebra, 1963
Tomados de ICHIS Growth curves for Children Birth-18 years, 1977

TABLA 8
PESO (KG) POR TALLA (CM)
50 CM A 145 CM

NIÑOS

LONGITUD CM	-3 D.E.	-2 D.E.	-1 D.E.	MEDIANA	+1 D.E.	+2 D.E.	+3 D.E.
50	2.2	2.5	2.9	3.1	3.8	4.4	4.9
55	2.7	3.1	3.6	4.3	5.0	5.6	6.2
60	3.7	4.4	5.0	5.7	6.4	7.1	7.8
65	5.0	5.7	6.4	7.1	7.9	8.7	9.4
70	6.7	7.6	8.4	9.3	9.9	10.7	11.4
75	7.4	8.2	9.0	9.9	10.7	11.6	12.5
80	8.3	9.2	10.1	10.9	11.9	12.8	13.8
85	9.2	10.1	11.0	11.9	13.0	14.0	15.0
90	10.0	11.0	12.0	13.0	14.0	15.1	16.2
95	11.0	12.1	13.1	14.1	15.2	16.3	17.4
100	12.1	13.2	14.4	15.5	16.6	17.7	18.8
TALLA CM							
55	2.4	2.8	3.4	4.3	5.3	6.3	7.4
60	3.4	4.3	5.1	6.0	7.2	8.4	9.6
65	4.6	5.6	6.5	7.5	8.7	9.9	11.2
70	5.8	6.9	7.8	8.8	10.1	11.4	12.7
75	6.9	8.0	8.9	9.9	11.3	12.7	14.0
80	7.9	9.0	10.0	11.0	12.4	13.9	15.3
85	8.8	9.9	11.0	12.1	13.6	15.0	16.5
90	9.8	10.9	12.1	13.3	14.7	16.2	17.6
95	10.7	11.9	13.2	14.5	15.9	17.4	18.9
100	11.6	12.9	14.4	15.7	17.3	18.8	20.3
105	12.7	14.2	15.6	17.1	18.8	20.4	22.0
110	13.6	15.4	17.1	18.7	20.4	22.2	24.0
115	15.2	16.9	18.6	20.4	22.4	24.4	26.5
120	16.9	18.5	20.4	22.2	24.4	27.1	29.5
125	18.4	20.4	22.3	24.3	27.2	30.2	33.1
130	20.1	22.3	24.5	26.8	30.3	33.4	37.5
135	21.8	24.4	27.0	29.6	33.9	38.2	42.5
140	23.4	26.6	29.8	33.0	38.1	43.3	48.5
145	24.8	28.1	32.8	36.9	43.6	48.2	55.0

Fuente: Ministerio del Comercio del Ecuador, Programa de Censos, 1983.
Tomados de P. 215, Encuesta sobre los Niños, Bello 18 years 1977.

5.3.5.4.- Valoración de la Nutrición y el Crecimiento en el menor de un año y de uno a cuatro años.

Una vez comparados los valores de talla, edad y peso con las escalas recomendadas (OMS), el niño se debe clasificar según los cuadros siguientes, considerando los síntomas y signos clínicos del niño

Cuadro 5

PESO POR EDAD

Desviaciones estándar en relación con la mediana	Indicador
+ 2 a + 3	Peso- Edad
+ 1 a + 1 99	Obesidad
más-menos 1	Sobrepeso
- 1 a - 1 99	Peso normal
- 2 a - 2 99	Desnutrición leve
- 3 a y menos	Desnutrición moderada
	Desnutrición severa

Cuadro 6

TALLA EN RELACION CON LA EDAD

Desviaciones estándar en relación con la mediana	Indicador
+ 2 a + 3	Talla-Edad
+ 1 a + 1 99	Alta
más-menos 1	Ligeramente alta
- 1 a - 1 99	Estatura normal
- 2 y menos	Ligeramente baja
	Baja

Cuadro 7

PESO EN RELACION CON LA TALLA

Desviaciones estándar en relación con la mediana	Indicador Peso-Talla
+ 2 a + 3	Obesidad
+ 1 a + 1.99	Sobrepeso
más-menos 1	Peso normal
- 1 a - 1.99	Desnutrición leve
- 2 a - 2.99	Desnutrición moderada
- 3 y menos	Desnutrición grave ⁵

Una vez clasificado, se debe mantener el control subsecuente de acuerdo con los hallazgos

- Si el crecimiento y estado nutricional del niño es norma (1 D E) se debe citar a control subsecuente y orientar sobre la alimentación, higiene, inmunizaciones e hidratación oral
- Si el crecimiento y es estado nutricional del niño se encuentra con desnutrición leve, moderada o sobrepeso, talla ligeramente alta o baja (2 D E cuadros 1.2 y 3), citar a intervalos más cortos (cada 30 días en menores de cinco años o por períodos de dos meses en mayores de esa edad) En caso de no corregirse las alteraciones con el tratamiento indicado, se debe referir a un servicio de atención especializada, una vez resuelto el problema continuar su control en el primer nivel de atención
- Si el niño se encuentra con desnutrición grave u obesidad, y-o talla alta o baja (3 D E. Cuadros 1 y 2), se debe referir al niño a un servicio de atención médica especializada para atender el problema y una vez establecido el estado nutricional, se continuará el control en el primer nivel de atención⁶

⁵ De la Fuente Op Cit p.16-23

⁶ Ibidem, p. 23

RESUMEN

- ◆ Es importante vigilar el crecimiento y desarrollo del niño, valorando los índices antropométricos como son peso, talla, perímetro cefálico etc, relacionandolos con tablas y gráficas de crecimiento y desarrollo establecidas por la Norma Oficial Mexicana para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del niño y del Adolescente, lo cual permitirá ubicar la condición actual y la posibilidad de la vigilancia oportuna de algún evento

CAPITULO VII

CUIDADOS EN EL HOGAR

VII.- CUIDADOS EN EL HOGAR

Se deberá orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de lactancia materna exclusiva y los signos de alarma que ameriten atención médica

7.1-Vigilancia de indicaciones terapéuticas y cuidados en el hogar.

7.1.1.-Alimentación

- ◊ La alimentación ideal es Lactancia materna exclusiva
- ◊ La composición nutricional de la leche materna es ideal para los bebés humanos
- ◊ Se digiere con facilidad
- ◊ Reduce posibilidades de alergias
- ◊ La leche materna le transmite inmunidad al bebé
- ◊ Ayuda a la involución del útero
- ◊ Permite que la madre y el hijo tenga una íntima relación
- ◊ Resulta cómodo y económico a la vez
- ◊ El éxito de la alimentación al pecho se logra si se está convencida de querer amamantar y si se cuenta con el apoyo de la pareja y del pediatra
- ◊ El proceso de conocer al bebé estimula íntimamente sentimientos de afecto, protección y posesión que conformarán una relación más fuerte
- ◊ A mamar al bebé tiene un significado más amplio que la provisión de alimentos nutritivos y calorías para el crecimiento físico. Un bebé alimentado al pecho desarrolla un sentido de confianza, seguridad y bienestar
- ◊ Al amamantar, la hora de la comida significa mucho más que nutrición, significa amor, consuelo y alegría
- ◊ Se debe amamantar a libre demanda

NOTA. Se recomienda ver el capítulo de Lactancia materna

7.1.2.-Llanto

Es la forma en que el bebé se comunica y expresa sus emociones y necesidades las causas pueden ser

- Por hambre
- Tener cólicos
- Tener frío

Estar mojado
Estar incomódo
Estar exitado

- **Enfermedad** Necesidad de afecto
 Cuando el bebé llora lo importante es tener paciencia, hablarle, cargarlo, abrazarlo, mecerlo, etc.¹

7.1.3.-Juego

El juego es una necesidad natural del bebé, le brinda distracción alegría y le permiten progresar en su desarrollo motriz y psíquico. Jugar significa aprender, actuar, conocer, experimentar, descubrir, observar, gozar, en una palabra desarrollarse.

7.1.4.-Posiciones para dormir

Boca abajo sin almohadas, colchas o muñecos, puede ser en apoyo de una cuña o de lado.

7.1.5.-Cuidados en caso de Circuncisión

Aplicar vaselina en la punta del pene cada vez que lo cambie de pañal, no hay necesidad de utilizar vendajes.

7.1.6.-Cuidados al Ombligo

Lavar solo con agua y jabón, con el baño es suficiente solo tener precaución de secar bien alrededor en cada cambio de pañal hasta que cicatrice no es necesario usar mercuriolante, alcohol, benzal, vendas, fajeros o gasas.

7.1.7.-Baño

Es importante bañar al bebé diariamente ya que esto además de estimular la circulación sanguínea y las funciones de la piel, permite al bebé moverse y relajarse, mantiene su piel fresca y hace que el niño se acostumbre al agua. Se debe establecer un horario para el baño con el fin de que el niño se acostumbre a él.
 Es recomendable tener todos los accesorios a la mano.

¹ Cfr. Martínez C. Patricia PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS PERINATAL, Hosp. Español p. 101.

7.1.8.-Cuidado de las Uñas

Las uñas deben ser cortadas con frecuencia para evitar rasguños, utilice tijeras con punta chata. Corte las uñas en línea recta sin redondear las esquinas, especialmente en los pies

7.1.9.-Vestido

No vestir con ropa de más al bebé, elevaría su temperatura. Vestirlo de acuerdo al clima, vigile que no tenga seguros, alfileres o listones podría lastimarse. No lo envuelva en forma de "tamal", le limitaría el movimiento al igual que los guantes le impide que explore a través del tacto.

7.1.10.-Exposición al Sol

- En casa expóngalo al sol diario por 15 minutos vigilando que no le de sol en su cara y solo con su pañal

7.1.11.-Prevención de Enfermedades Digestivas

- Lávese bien las manos con agua y jabón después de ir al baño y antes de preparar y proporcionar alimentos
- Lave bien frutas, verduras y utensilios que utilizara para la preparación de papillas

7.1.12.-Prevención de Enfermedades Respiratorias

- "No exponer al bebé a corrientes de aire ni a cambios bruscos de temperatura. Evite llevarlo a lugares cerrados y concurridos, ya que son fuente de infección.
- No exponerlo a personas enfermas "besarlos" ²²

7.1.13.-Prevención de Accidentes e Intoxicaciones

- No administre medicamentos antes de consultar al médico, no administre medicamentos antes recetados o recomendados. Conserve los medicamentos en sus frascos originales y vigile su fecha de caducidad

²² SALINAS M. María Of. Al. Cuidados para el Embarazo parto y bebé. INPI R. P.P. 142

- **Asegúrese de ordenar los juguetes en lugar seguro, y no dejar al alcance objetos pequeños, mantener lejos del bebé a cojchas, almohadas y bolsas de plástico, pueden sofocarlo o asfixiarlo**

7.1.14.-Consultas Subsecuentes

- **Aunque el bebé se encuentre sano deberá asistir al médico con regularidad para vigilar su crecimiento y desarrollo saber los cambios en la forma de su alimentación según su edad, aplicación de vacunas según le corresponda, como estimularlo según su edad y aclarar dudas e inquietudes**
- **El menor de 28 días debe recibir dos consultas, la primera a los 7 días y la segunda a los 28 días, menos de 1 año debe recibir 5 como mínimo (a los 2, 4, 6 y 9 y 12), de 1 a 4 años una cada 6 meses**

7.1.15.-Síntomas de Alarma

Fiebre

- **Vigile su temperatura. Esta deberá ser de 35° a 37°C si es axilar, 36.5 a 37.5 si es rectal. Mayor a 37.5 axilar o 37.8 rectal significa fiebre. El bebé está inquieto, llora, ojos irritados y mejillas rojas**
- **Consulte al médico lo más pronto posible**

Diarrea.

- **“El sistema digestivo del bebé es muy delicado y puede responder con diarrea a cualquier cambio de alimentación y a las bacterias. Consulte a su médico en caso de defecaciones líquidas, con o sin moco o sangre. Ofrezca abundantes líquidos o de arroz”³**

Cólicos

- **El bebé sufre cólicos estomacales por guardar aire al momento de la lactancia se acentúan más si se alimentan con biberón, o se les ofrece otro alimento como agua tés o atole, sistema digestivo inmaduro, espasmos o gases intestinales**
- **Para disminuir estas molestias ofrezca solo leche materna, si se extrae la leche que el bebé la tome con gotero o vasito, hagalo eructar después de cada alimento haciendo una ligera presión en el abdomen (Vea técnica de lactancia materna.) y recostándolo boca abajo, masajee el abdomen del bebé Según técnica Vimaia. Solo en algunos casos se podrá utilizar un termómetro o supositorios de glicerina para hacerlo expulsar los gases**

7.2.- Vigilancia del Programa de Lactancia Materna

1. Promover la alimentación al seno materno en el menor de un año, como el mejor y único alimento desde el nacimiento hasta los cuatro meses de edad⁴
2. Cumplir con los diez pasos para lograr una lactancia materna exitosa. (Ver capítulo sobre Lactancia Materna)
3. Promover el alojamiento conjunto del recién nacido normal y la madre, durante su estancia en el hospital.
4. "La atención a la madre durante la lactancia debe comprender la vigilancia estrecha de la prescripción y uso de medicamentos con efectos indeseables en el niño. Informar a la madre sobre los efectos de los medicamentos
5. En las unidades médicas no se permite la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna⁵

Orientar a la madre sobre:

1. Técnica de alimentación al seno y ventajas que ésta tiene para ella y su hijo.
2. Inicio de la ab lactación a partir del 4-6o mes de edad, incorporando alimentos diferentes a la leche materna y continuar está Entre los 8 y 12 meses de edad, el niño debe estar integrado a la dieta familiar
3. Sobre la alimentación del niño enfermo, para que continúe dado dieta habitual, sin excluir alimento alguno, sobre todo la leche materna en menores de 4 meses
4. Cuando es necesario dar al niño alimentación artificial a base de leche de vaca natural o en polvo, si existe alguna contraindicación o impedimento para la lactancia al seno materno

7.3.- Capacitación a la madre para el manejo de la tarjeta de control del niño.

La madre deberá contar con una tarjeta de control del niño en la cual registrara y evaluará el crecimiento y desarrollo de su hijo contemplado .

- 1) Citas subsiguientes
- 2) Edad en meses y años (en menor de un año en meses y días)
- 3) Talla
- 4) Peso
- 5) Perímetro cefálico
- 6) Desarrollo en el infante, (Areas) lenguaje, social, coordinación y motora.

⁴ Justo Sierra Carlos. Diario Oficial de la Federación Secretaría de Salud. 1994. p. 12

⁵ Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido Secretaría de Salud. 1994 p. 30-31.

- 7) Valoración del estado de nutrición, crecimiento y desarrollo; peso y talla del niño de 1 a 4 años a través las tablas y gráficas correspondientes ⁶

Se recomienda ver tarjeta de control del niño CIMIGEN (Anexo Tarjeta de control del niño).

7.4.- Prevención de caries dental⁷

La caries es una enfermedad causada por bacterias que se producen en los restos de comida, (azúcares y harinas) que se quedan en los dientes

SINTOMAS	COMPLICACIONES	TRATAMIENTO	PREVENCION
Pequeñas manchas de color café sobre el esmalte de los dientes. Si avanza puede llegar al nervio. Inicia con dolor al introducir alimentos muy fríos o calientes después se hace constantes y aumenta de intensidad hasta llegar a ser inaguantable	La más común es la formación de abscesos alrededor de la raíz de la pieza dental afectada	Será el indicado por el dentista de acuerdo con la edad del niño y la pieza dental que se trate y las condiciones en que se encuentre. Tratar las caries en cuanto se descubran para evitar que crezcan o proliferen. Acudir al dentista por lo menos cada 6 meses.	Animar al niño a lavarse los dientes en primero en forma de juego, posteriormente enseñarle la mejor manera de como cepillarlos de las encías al borde de los dientes y después de cada alimentos. Dar aplicaciones locales de fluor

7.5.- PREVENCIÓN DEL MALTRATO AL LACTANTE

La prevención del maltrato al lactante se puede iniciar desde el periodo neonatal

- ◊ En el periodo post-natal la supervivencia del niño requiere que se satisfagan sus necesidades fisiológicas de alimentación, abrigo y descanso, sin embargo los padres pueden agredir al hijo en esta etapa, descuidando el alimento, vestido y afecto, y por lo tanto descuidando el mantener un nivel fisiológico en el lactante. "Adelson considera como niño golpeado al niño que muere en inanición".⁸
- ◊ Durante el primer año y medio el niño requiere de tiempo y atención plena, por lo que la relación padre-madre-hijo requiere que ellos acepten la absoluta dependencia del niño, en este periodo una separación prematura entre padres y niño es la forma de agresión que causa en el hijo sentimientos de desamparo e inseguridad, y temor y una desconfianza básica ante cualquier humano.
- ◊ Es importante que el embarazo haya sido deseado por la pareja pues crea seguridad y responsabilidad en el nuevo ser.

⁶ Cfr. Op Cit Justo S. Carlos p 12

⁷ Ibidem Fernández I. Benítez p 12

⁸ ADELSON I. "Homicide by Starvation: The Nutritional Variant of the Battered Child. JAMA A

- ◊ Orientación a través de redes de apoyo a madres soltera, con conflictos conyugales o embarazos en adolescentes
- ◊ Enseñar a los padres los derechos de los niños, a que no tengan miedo de perder su autoridad al saberlos educar de la mejor forma, que no hay fracaso o frustración cuando su hijo no corresponde a expectativas poco realistas
- ◊ Referir al niño maltratado algún lugar de adopción en caso de algún conflicto conyugal principalmente cuando alguno de los padres lo ataca por que no quiere al cónyuge o por celos
- ◊ Mantener el apego materno durante el primer año de vida, promoviendo seguridad, afecto y unión social que son la matriz de la capacidad de adaptación y relación con otras personas
- ◊ Facilitar que el niño desarrolle su propia identidad personal, ligada a la identidad familiar y a la identidad social
- ◊ Dar oportunidad a los niños para que se involucren en las múltiples tareas del hogar y núcleo social integrando su papel sexual dado por los padres a sus hijos
- ◊ Promover el desarrollo y la realización creativa de los chicos en la forma individualizada
- ◊ Mantener un sentido de unión a la familia, pero con un sentido paralelo de su libertad personal⁹
- ◊ Lograr un cambio en la cultura machista del ser humano en la responsabilidad de ser padre

7.6.- LOS DERECHOS DEL NIÑO

En el año de 1989 representantes de varios países se reunieron en la Organización de las naciones unidas para crear reglas que los adultos debieran seguir para mejorar el cuidado de los niños de todo el mundo, esta convención fue llamada "Convención de los derechos del niño" y se encuentran el articulos que concluyen lo siguiente:

- ◆ Niños y niñas son todas las personas menores de 18 años de edad
- ◆ La vida de los niños y las niñas, deben ser respetadas por si mismos y por los demás.
- ◆ Todos los adultos deben pensar siempre en lo es mejor para los niños y niñas
- ◆ Desde su nacimiento debe tener un nombre y una nacionalidad
- ◆ Debe tener buena alimentación, agua potable y vacunas para no enfermar o morir
- ◆ Los respectivos gobiernos deben dar ayuda a los niños cuando lo requieran
- ◆ Deben tener la oportunidad de ir a las escuelas secundarias y profesionales.
- ◆ En las escuela nadie puede imponerle castigos crueles

⁹ Cfr BRANDI F. Steele EL MALTRATO A LOS NIÑOS (1978) Ed. Ldical Mexico D.F. p 103-106

- ◆ Cuando se encuentre fuera de su familia debe tener protección y cuidados especiales
- ◆ Los niños son libres nadie los puede comprar o vender
- ◆ Su cuerpo merece ser respetado
- ◆ Puede decir lo que piensa o siente en todas las situaciones que le afecten
- ◆ Debe recibir información que le ayude a ser mejor

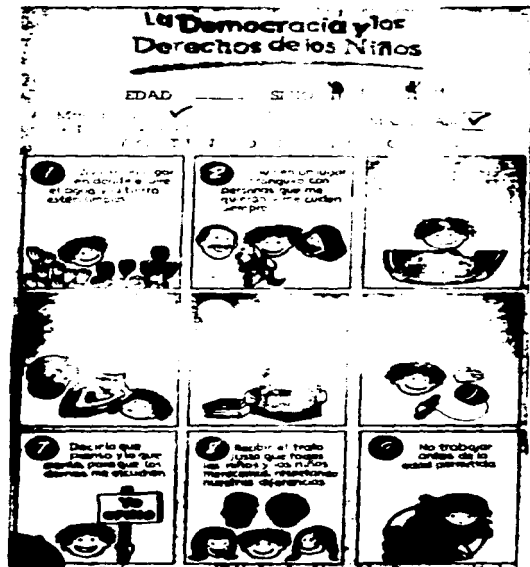
Los derechos del niño se encuentran clasificados en diferentes perspectivas:

- **Provisión**
- **Protección (Supervivencia y desarrollo)**
- **Participación**

1. **Derechos de supervivencia y desarrollo;** comprenden el derecho a un nivel adecuado, acceso a servicios médicos, derecho a la educación, a la salud, a una identidad, descanso y al esparcimiento
2. **Derechos de participación;** comprende la libertad de expresión, de asociación pacífica y de pensamiento, así como de religión, lengua y cultura
3. **Derechos de protección;** contempla a los anteriores y también la protección contra cualquier forma de agresión

**=Los derechos del niño son iguales para todos, independientemente de :
sexo, raza, religión y posición económica**

DERECHOS DE LOS NIÑOS



RESUMEN

- ◆ Es importante orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido en el hogar y las indicaciones de emergencia que debe considerar en caso de presentar algún problema de su hijo previa orientación en aspectos importantes de lactancia materna (Cuidados a las glándulas mamarias, extracción manual, frecuencia de amamantamiento, indicaciones en caso de congestión mamaria, etc); tiempo de ablactación y destete, por que llora su hijo y atención a esta necesidad, de que manera puede jugar y estimular al bebé por etapas, posiciones para el baño, cuidados de las uñas, baños de sol, etc.
- ◆ Dentro de las indicaciones terapéuticas, educación sobre como prevenir enfermedades digestivas, respiratorias, prevención de accidentes e intoxicaciones
- ◆ Importancia de consultas subsecuentes con el manejo adecuado de la Tarjeta de Control del niño y saber detectar desviaciones la cual incluye también la programación de consultas subsecuentes.
- ◆ Identificación de síntomas de alarma como fiebre mayor a 38 °C, Diarreas, cólicos, etc
- ◆ Prevención de la caries dental desde el recién nacido hasta etapas posteriores, con el fin de crear un hábito higiénico.

- ◆ La prevención del maltrato al Lactante, es una tarea difícil en la cual nos encontramos involucrados todo el personal multidisciplinario con que cuenta cada servicio de salud por la gran carga cultural y desinformación al público en cuanto a formas de presión, sin embargo se cuenta con grupos de apoyo que se encuentran impulsando este gran problema como son: programas de Psicoprofilaxis Perinatal, Escuela de padres, atención a adolescentes embarazadas, programas de Salud reproductiva, etc, de los cuales podemos apoyarnos para fortalecer una atención integral en cada individuo.

- ◆ Se cuenta actualmente con los Derechos del Niño, que gracias a la Convención realizada por la OMS rescata aspectos importantes en beneficio de todos los niños mexicanos, pues se pretende mantener un nivel alto de atención en nuestro País, derechos que son clasificados en:
 - Provisión (Supervivencia y desarrollo)
 - Protección
 - Participación

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

VIII.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- ⇒ Durante nuestra formación académica y a través de nuestro quehacer como estudiante y pasante de servicio social en la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia durante el periodo de prácticas hospitalarias en las áreas operativas, nos hemos dado cuenta que adolecemos de conocimientos que nos sirvan de apoyo en nuestro desarrollo profesional, en el área de pediatría, ya que no se cuenta con manuales o guías de apoyo que dirijan acciones específicas de enfermería, sin alta tecnología y con un adecuado uso de material y equipo para cumplir con nuestro objetivo de ofrecer atención de alta calidad a recién nacido, lactante y preescolar que se encuentra en nuestra manos
- ⇒ El papel que desarrolla el Licenciado en Enfermería y Obstetricia es muy amplio descuidando en ocasiones lo indispensable que es por ejemplo Una reanimación adecuada al recién nacido, priorizando sus cuidados inmediatos en las áreas de Cirugía, Partos y Cunero, así como una exploración física y neurológica eficaz, el poder fortalecer los programas de la Lactancia Materna, Estimulación temprana, Prevención de enfermedades tan comunes en la niñez como: digestivas, respiratorias virales etc., el baño, los cuidados en el hogar. Sin olvidar lo importante que es el orientar a la madre en cuanto medidas preventivas para estos aspectos como vacunación oportuna, reconocer signos de infección o dificultad respiratoria y la prevención del maltrato al lactante el saber de los derechos de los niños
- ⇒ Considero que el contenido de este manual fundamenta de manera lógica, clara y precisa los procedimientos básicos que se utilizan en la atención del niño en sus diferentes etapas (recién nacido, lactante y preescolar), además de ser accesible a cualquier personal de salud que lo desee conocer y utilizar
- ⇒ Es una propuesta que puede ser utilizada tanto a nivel educativo en los módulos de : crecimiento, desarrollo, Obstetricia I, e t c . como en los servicios hospitalarios de atención primaria a la salud como : toco cirugía (quirófanos, sala de partos), cuneros, alojamiento conjunto, seguimiento longitudinal del niño sano, y grupos de apoyo como lo es la Estimulación temprana y Lactancia materna.
- ⇒ Estrategia que contribuye a disminuir los índices de morbi-mortalidad neonatal e infantil, con una atención de calidad y calidez profesional, así como el uso racional de recursos humanos y materiales.
- ⇒ La información que se presenta, esta basada a partir de la experiencia y aplicación directa que se desarrollo durante el periodo de pasantía por el

Centro de Investigación Materno Infantil, con la integración de fuentes bibliográficas actualizadas en cuanto a valoraciones del recién nacido se refiere así como cursos de reanimación cardiopulmonar, lactancia materna y estimulación temprana, además de fuentes importante como Normas Oficiales para la atención de la nutrición crecimiento, desarrollo del recién nacido y Normas procedimientos de Neonatología del INPER.

⇒ Dentro de la información desarrollada se contemplaron en cinco grandes capítulos que son

- = La atención Inmediata y mediata del recién nacido
- = Lactancia Materna
- = Vacunas
- = Detección Prevención y Manejo de enfermedades comunes de la niñez
como : digestivas, respiratorias y virales
- = Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del recién nacido, basada en la Norma Oficial Mexicana
- = Cuidados en el Hogar.

Las cuales confirman el objetivo que al inicio del presente se mencionan, complementándolo con un resumen al finalizar cada uno.

RECOMENDACIONES

- ⇒ Para información mas detallada de cada tema así como valoraciones, es necesario revisar las fuentes bibliográficas señaladas.
- ⇒ Se propone continuar una segunda parte de dicho manual donde se toquen aspectos de la atención que se requiere el niño un segundo y tercer nivel nivel de atención con alta capacidad resolutive. O en dado caso complementar algún otro manual que sea elaborado en el área pediátrica y Obstétrica
- ⇒ Al finalizar el presente manual, cuya finalidad fue el realizar un Manual de procedimientos para la atención del crecimiento y desarrollo del Recién Nacido a los 5 años puedo decir que será de gran utilidad para el área educativa formadora de personal de enfermería y de la salud como instrumento didáctico en su desarrollo profesional inicial como parte integral del personal medico.

CAPITULO IX

ANEXOS

CUADROS

Y

GRAFICAS

ANEXO 1. CÉDULA DE REFERENCIA PREVIGEN 77

1. Nombre del paciente _____ 2. No. de exp. _____

3. Fecha de Menado

Da	Mes	Año

 4. Fecha de envío

Da	Mes	Año

5. Lugar en que se hizo la evaluación

Hogar _____
 Clínica _____
 Hospital _____
 Otro _____

6. Semanas de gestación por F. U. M. 6 1

--

 o aproximadamente 6 2

--

7. Evaluación de riesgo

Bajo
 Medio
 Alto

8. Se refiere a

Manero en su hogar (visita domiciliaria)
 Clínica de I nivel
 Clínica de II nivel
 Hospital

9. Factores de riesgo

Clave No _____	Color _____	<input type="checkbox"/> Servicio de urgencia
_____	_____	<input type="checkbox"/> Consulta alto riesgo
		<input type="checkbox"/> Consulta bajo riesgo

10. Especifique la causa del envío _____

11. Recomendaciones a la paciente _____

12. Nombre _____ 13. Clave _____ 14. Firma _____

15. Médico general 16. Lic. Ent. Obsi 17. Médico especialista G O

18. Otro 19. Tipo de paciente que se envía

Especifique _____

No embarazada Embarazada Recien nacido

CEDULA DE REFERENCIA PREVIGEN 77

ANEXO 2. CÉDULA DE CONTRAREFERENCIA PREVIGEN 88.

1 IDENTIFICACION

Incidir: No. Exp. Edad
 Ingresos: año mes día De Ingreso
 Sexo: Masculino Femenino Grupo Sanguíneo: Rh: + -

2 PARTO

Término: Pretermo Posttermo
 Natural: Feto: Céfalo Cefalo
 Anomalía: No Local Regional Distors
 Complicaciones: No Si
 Tratamiento: Médico Quirúrgico

3 RECÉN NACIDO

Adaptación: Comuna Cúter Terapéutica
 1. peso 1er mes 1.83 1.6 1.70 Cant
 2. peso 2do mes 17.3 16 17.10 Cant
 3. peso 3do mes 17.3 16 17.10 Cant
 4. peso 4to mes 17.3 16 17.10 Cant
 5. peso 5to mes 17.3 16 17.10 Cant
 6. peso 6to mes 17.3 16 17.10 Cant
 7. peso 7to mes 17.3 16 17.10 Cant
 8. peso 8to mes 17.3 16 17.10 Cant
 9. peso 9to mes 17.3 16 17.10 Cant
 10. peso 10to mes 17.3 16 17.10 Cant
 11. peso 11to mes 17.3 16 17.10 Cant
 12. peso 12to mes 17.3 16 17.10 Cant
 13. peso 13to mes 17.3 16 17.10 Cant
 14. peso 14to mes 17.3 16 17.10 Cant
 15. peso 15to mes 17.3 16 17.10 Cant
 16. peso 16to mes 17.3 16 17.10 Cant
 17. peso 17to mes 17.3 16 17.10 Cant
 18. peso 18to mes 17.3 16 17.10 Cant
 19. peso 19to mes 17.3 16 17.10 Cant
 20. peso 20to mes 17.3 16 17.10 Cant
 21. peso 21to mes 17.3 16 17.10 Cant
 22. peso 22to mes 17.3 16 17.10 Cant
 23. peso 23to mes 17.3 16 17.10 Cant
 24. peso 24to mes 17.3 16 17.10 Cant
 25. peso 25to mes 17.3 16 17.10 Cant
 26. peso 26to mes 17.3 16 17.10 Cant
 27. peso 27to mes 17.3 16 17.10 Cant
 28. peso 28to mes 17.3 16 17.10 Cant
 29. peso 29to mes 17.3 16 17.10 Cant
 30. peso 30to mes 17.3 16 17.10 Cant
 31. peso 31to mes 17.3 16 17.10 Cant
 32. peso 32to mes 17.3 16 17.10 Cant
 33. peso 33to mes 17.3 16 17.10 Cant
 34. peso 34to mes 17.3 16 17.10 Cant
 35. peso 35to mes 17.3 16 17.10 Cant
 36. peso 36to mes 17.3 16 17.10 Cant
 37. peso 37to mes 17.3 16 17.10 Cant
 38. peso 38to mes 17.3 16 17.10 Cant
 39. peso 39to mes 17.3 16 17.10 Cant
 40. peso 40to mes 17.3 16 17.10 Cant
 41. peso 41to mes 17.3 16 17.10 Cant
 42. peso 42to mes 17.3 16 17.10 Cant
 43. peso 43to mes 17.3 16 17.10 Cant
 44. peso 44to mes 17.3 16 17.10 Cant
 45. peso 45to mes 17.3 16 17.10 Cant
 46. peso 46to mes 17.3 16 17.10 Cant
 47. peso 47to mes 17.3 16 17.10 Cant
 48. peso 48to mes 17.3 16 17.10 Cant
 49. peso 49to mes 17.3 16 17.10 Cant
 50. peso 50to mes 17.3 16 17.10 Cant
 51. peso 51to mes 17.3 16 17.10 Cant
 52. peso 52to mes 17.3 16 17.10 Cant
 53. peso 53to mes 17.3 16 17.10 Cant
 54. peso 54to mes 17.3 16 17.10 Cant
 55. peso 55to mes 17.3 16 17.10 Cant
 56. peso 56to mes 17.3 16 17.10 Cant
 57. peso 57to mes 17.3 16 17.10 Cant
 58. peso 58to mes 17.3 16 17.10 Cant
 59. peso 59to mes 17.3 16 17.10 Cant
 60. peso 60to mes 17.3 16 17.10 Cant
 61. peso 61to mes 17.3 16 17.10 Cant
 62. peso 62to mes 17.3 16 17.10 Cant
 63. peso 63to mes 17.3 16 17.10 Cant
 64. peso 64to mes 17.3 16 17.10 Cant
 65. peso 65to mes 17.3 16 17.10 Cant
 66. peso 66to mes 17.3 16 17.10 Cant
 67. peso 67to mes 17.3 16 17.10 Cant
 68. peso 68to mes 17.3 16 17.10 Cant
 69. peso 69to mes 17.3 16 17.10 Cant
 70. peso 70to mes 17.3 16 17.10 Cant
 71. peso 71to mes 17.3 16 17.10 Cant
 72. peso 72to mes 17.3 16 17.10 Cant
 73. peso 73to mes 17.3 16 17.10 Cant
 74. peso 74to mes 17.3 16 17.10 Cant
 75. peso 75to mes 17.3 16 17.10 Cant
 76. peso 76to mes 17.3 16 17.10 Cant
 77. peso 77to mes 17.3 16 17.10 Cant
 78. peso 78to mes 17.3 16 17.10 Cant
 79. peso 79to mes 17.3 16 17.10 Cant
 80. peso 80to mes 17.3 16 17.10 Cant
 81. peso 81to mes 17.3 16 17.10 Cant
 82. peso 82to mes 17.3 16 17.10 Cant
 83. peso 83to mes 17.3 16 17.10 Cant
 84. peso 84to mes 17.3 16 17.10 Cant
 85. peso 85to mes 17.3 16 17.10 Cant
 86. peso 86to mes 17.3 16 17.10 Cant
 87. peso 87to mes 17.3 16 17.10 Cant
 88. peso 88to mes 17.3 16 17.10 Cant
 89. peso 89to mes 17.3 16 17.10 Cant
 90. peso 90to mes 17.3 16 17.10 Cant
 91. peso 91to mes 17.3 16 17.10 Cant
 92. peso 92to mes 17.3 16 17.10 Cant
 93. peso 93to mes 17.3 16 17.10 Cant
 94. peso 94to mes 17.3 16 17.10 Cant
 95. peso 95to mes 17.3 16 17.10 Cant
 96. peso 96to mes 17.3 16 17.10 Cant
 97. peso 97to mes 17.3 16 17.10 Cant
 98. peso 98to mes 17.3 16 17.10 Cant
 99. peso 99to mes 17.3 16 17.10 Cant
 100. peso 100to mes 17.3 16 17.10 Cant

4 PUÉRPERO

Ata comuna: Psicológica Postquirúrgica
 Complicaciones: No Si
 Tratamiento: Médico Quirúrgico

5 MORTALIDAD

Directa Indirecta
 Causa: Azoos, mermada, tardía
 Causa: temprana, tardía
 Causa: días, horas, minutos, segundos
 Causa:

PREVENCIÓN PARA LA SALUD REPRODUCTIVA: Si No
 I S C B ODU hormonales Otro Causa

EGRESO Madre FECHA: año mes día Duración: | Menor | Muerte

Diagnóstico: año mes día Duración: | Mayor | Muerte
 Diagnóstico: año mes día

EQUIPO DE SALUD

Ginecóloga: _____
 Obstetra: _____
 Pediatra: _____
 Lic. Ent: _____
 F.S: _____
 P.P: _____

CÉDULA DE CONTRAREFERENCIA PREVIGEN 88

**ANEXO 3. CÉDULA DE RESUMEN INTEGRAL DE RIESGO PERINATAL
PRÉVIGEN 99**

Nombre: _____ Exp. | | | | | | | | | |

Ocupación: _____

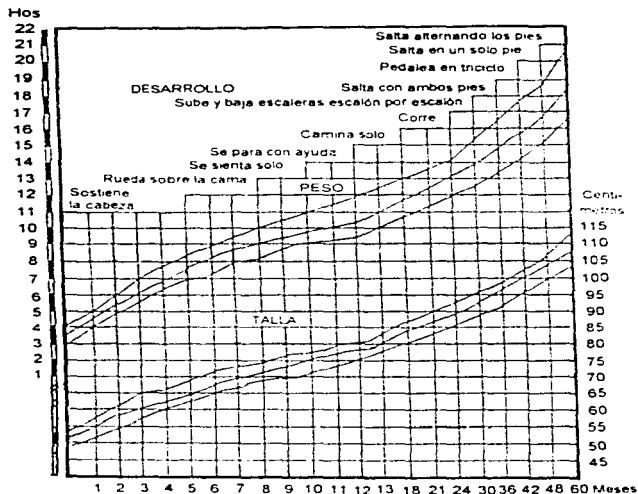
		FACTORES DE RIESGO												Observación	Médico	
Fecha:	Hora:	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2			
Prévigén I																
Prévigén II																
Sem. ges			+													
Prévigén III	4															
	8															
	12															
	16															
	20															
	24															
	28	•														
	32															
	34	••														
	36															
38																
40																
42																
Prévigén IV																

1 = Clave 2 = Color + = Vacuna • = Anestésica I •• = Anestésica II

ANEXO 4. ANATOMÍA DE LA GÁNDULA MAMARIA

Alveolo**Conductos lactíferos****Areola****Pezón****Senos
lactíferos**

ANEXO 5. TARJETA DE CONTROL DE RIESGO EN EL CRECIMIENTO, DESARROLLO Y NUTRICIÓN DEL NIÑO POR LA MADRE



Marque el punto que cruza la edad recién cumplida de su niño en meses con el peso, la talla y el desarrollo

Si este punto está fuera de las líneas marcadas, que se consideran normales, acude a su médico

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

A

APGAR. Es una evaluación diagnóstica y de pronóstico del recién nacido, que se realiza al minuto y a los cinco minutos y que evalúa las condiciones generales del niño al momento del nacimiento valorando cinco parámetros van de cero, uno y dos, la máxima calificación es diez y la mínima es cero. Los signos que se buscan son: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, llanto fuerte, tono muscular, flexión completa o movimientos activos; irritabilidad refleja que se busca por estimulación de la piel que debe ser sonrosado.

ASFIXIA. A (Sin) Fixis (Pulso) Disminución de Oxígeno a nivel celular. Falta de Oxígeno que lleva a un Estado metabólico como la acidosis metabólica acidosis respiratoria, Hipoxemia, Asfixia y la muerte o daño neurológico

ATELECTASIA NEONATAL. Atelectasia primaria es la ausencia de expansión alveolar inicial y se presenta frecuentemente en niños prematuros como resultado de inmadurez del diafragma y músculos respiratorios, hipermotilidad de la caja torácica u otras anomalías

Atelectasia secundaria es el colapso alveolar producido después de la expansión inicial de los alvéolos y la penetración de aire en ellos

ACROCIANOSIS. Coloración anulosa por deficiencia de oxígeno en extremidades del cuerpo como miembros inferiores y superiores, generalmente la presentan niños recién nacidos como consecuencia al período de adaptación

C

CEFALOHEMATOMA. Es una hemorragia subperióstica ocasionada por traumatismo durante el parto. La hinchazón está limitada a los límites de un solo hueso del cráneo, tiene consistencia blanda, pero no late, ni se agranda al llorar

CAPUT SUCCEDANEUM. Es el edema de tejidos blandos (cuero cabelludos) es menos duro Godete (+)

CRANEO TABES. Es el reblandecimiento anormal del cráneo, habitualmente de los huesos occipital y parietal, causado por una mineralización de los huesos, después de los tres años puede indicar RAQUITISMO.

CRANEOCINOSTOSIS. Se refiere al cierre temprano de las suturas del cráneo del niño.

D

DISTOCIA. Parto difícil, doloroso, lento. La causa puede residir en los anexos fetales (cordón y placenta) en el feto (forma, tamaño ó posición del feto), ó materna (estrechez ó malformación pélvica)

DERMATITIS SEBORREICA. Es una reacción inflamatoria crónica y recurrente de la piel que se transmite genéticamente. Característica en forma dermatítica en el cuero cabelludo y zonas intertriginosas. vulnerabilidad a las infecciones bacterianas y micóticas

E

EDAD GESTACIONAL. Duración del embarazo calculado desde el primer día de la última menstruación hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos. La medida del crecimiento fetal representa una variable continúa que se manifiesta con relación con un día específico de edad gestacional. Si la duración del embarazo se expresa en meses la palabra mes debe tomarse como equivalente a un período no mayor de 28 días completos.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO. Aquel en que se tiene la certeza ó la probabilidad de estados patológicos ó condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto que aumentan los peligros para la salud de la madre del producto, ó bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario con intervención ó no de alteraciones circunstanciales.

EMBRION. Es llamado así al producto de la concepción desde el momento de la fecundación y durante las primeras doce semanas completas de su desarrollo in útero, después éstas doce semanas pasa de embrión a feto.

EUTOCICO. Corresponde al parto normal cuando el feto se presenta de vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda a la madre ó al feto por medio de instrumentos quirúrgicos ó de reanimación.

ECZEMA. Reacción cutánea por hipersensibilidad, caracterizada por la presencia de placas papulovesiculosas redondas, algunas veces sangrantes.

ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG O MEGACOLON AGANGLIONAR CONGENITO. Es la ausencia congénitas de células ganglionares parasimpáticas en el plexo intramural en una porción del tubo intestinal, generalmente en la parte distal del colon.

F

FETO. Producto de la concepción que abarca desde la décimo tercera semana de embarazo y durante el tiempo que permanecen el interior de la cavidad uterina de la 37 a la 42 semana de gestación

FENILCETONURIA Es una enfermedad metabólica hereditaria caracterizada por la carencia de fenilalanina en el organismo y es causa de daño cerebral

G

GALACTOSEMIA Es una enfermedad metabólica de error congénito en el metabolismo de la galactosa, causando un retraso del crecimiento y del desarrollo y de abundantes lesiones hísticas

GEN Los genes son parte de los cromosomas, que son cuerpos en forma de barras que se encuentran en el núcleo de cada célula. Cada Gen contiene la información para la construcción de una proteína específica y se clasifican en genes recesivos y genes dominantes. Los genes están constituidos por ácidos desoxirribonucleico (DNA) y de hecho un gen es una producción de DNA que contiene la información específica para la síntesis de un polipéptido. Los genes controlan la síntesis de todas las proteínas del organismo ya sean estructurales o enzimáticas.

GENÉTICA La genética es la rama de la biología que se encarga del estudio de la herencia, abarca desde el desarrollo de las células reproductoras, la unión de estas para dar origen a un nuevo individuo, la función y mecanismo de los genes y sus mutaciones naturales o artificiales que producen variaciones en la descendencia, hasta la manera como tales variaciones se propagan, se ocupa igualmente de la interacción de la herencia y el ambiente en el desarrollo del individuo.

GESTACION Es aquel estado fisiológico especial de la mujer durante el cual permanece el embrión o feto en el útero, que va desde el inicio del último período menstrual hasta el nacimiento y dura aproximadamente 280 días.

H

HERENCIA. La herencia es el fenómeno biológico de la transmisión de caracteres o rasgos de una generación a otra o dicho en otras palabras de padres e hijos. Dentro de la herencia hay unos caracteres que son dominantes y otros recesivos.

HIPOXEMIA. Es la disminución de oxígeno en la sangre del bebé.

HIPOXIA Es el estado avanzado de la hipotermia, la célula sufre una falta importante de oxígeno y por mecanismo anaerobio se convierte en el ciclo de Krepps ocasionando daños irreversible.

HISTIDINEMIA. En la deficiencia de la enzima histidasa que normalmente convierte la histidina en ácido urocánico, es deficiente en el hígado y piel!

M

MACROAMBIENTE. Se define como macroambiente, la organización familiar, tomándola como célula social y además la estructura de la comunidad donde vive la mujer embarazada

Dentro del macroambiente se incluyen aspectos geográficos como son el aire, el suelo, el agua, la atmósfera, la polución, las condiciones climáticas y meteorológicas, la vegetación La fauna, la infraestructura social, económica y cultural, radiaciones, disponibilidad de servicios de salud y automedicación

MATROAMBIENTE O AMBIENTE MATERNO Se refiere a las condiciones del medio que impera en el organismo materno. Se entienden también por matroambiente a las características biológicas y psicológicas de la mujer gestante. Dentro de las primeras incluimos a la edad materna, estado nutricional de la madre, peso de la embarazada, número de embarazos, intervalo intergenésico, tamaño del corazón, trabajo físico intenso, infecciones, diabetes, y otros trastornos hormonales, hipertensión, cardiopatía, epilepsia, etc

Dentro de las características psicológicas encontramos a las alteraciones mentales, estados de angustia, ansiedad y tensión embarazos no deseados, farmacodependencia, tabaquismo, alcoholismo, etc

MALFORMACION CONGENITA. Es un defecto permanente anatómico histológico o químico que no puede ser reparado por el crecimiento o desarrollo del organismo

MASTITIS. Es la acumulación exagerada de leche en las glándulas mamarias, es ocasionada por una mala técnica de lactancia o exceso de producción de la leche se observan mamas enrojecidas, hizas y muy calientes lo que puede ocasionar fiebres altas principalmente durante todo el puerperio tardío

MEGACOLON CONGENITO (Enfermedad de Hirschsprung) Es una enfermedad del aparato digestivo donde presenta ausencia congénita de células ganglionares parasimpáticas en el plexo intramural en una porción del intestino. disminuye la peristalsis intestinal haciendo que se acumulen las heces fecales

MENINGITIS. Es una infección del Sistema Nervioso Central, producido por bacterias, predominantemente en neonatos de 6 a 12 meses de edad. Ordinariamente adquieren la infección al momento del parto. Los signos clínicos van desde irritación meníngea hasta coma.

MORTALIDAD PERINATAL. Expresa el número de muertes prenatales y neonatales. Desde el punto de vista bioestadístico se expresa indicando el número de muertes por mil nacido vivos.

MORTINATO

Producto de un embarazo de 21 semanas o más que después de concluir su separación del organismo materno, no respira ni manifiesta ningún signo de vida, como latidos cardíacos, fúnculares o movimientos definidos de los musculos voluntarios. Es el nacimiento de un feto que pesa más de 500 gramos.

MUERTE FETAL O MUERTE PERINATAL. Es la muerte in útero de un feto que al nacer pesa 501 gramos o más o desde que el embarazo cumple 21 semanas hasta antes del nacimiento.

MUERTE NEONATAL. Muerte del producto, que ocurre desde el momento del nacimiento hasta que el producto de la concepción cumple 28 días de nacido.

MUERTE PERINATAL. Muerte del producto, que ocurre desde que embarazo cumple 21 semanas, hasta los 28 días de nacido el producto de la concepción.

MUTACION. Alteración genética que puede tener efectos de largo alcance sobre las características del organismo o en las de sus descendientes. Cuando un gen muta, se altera la secuencia de aminoácidos del polipéptidos y en consecuencia la función de la proteína correspondiente.

MUCOVICIDIOSIS. (Fibrosis Quística) es una enfermedad hereditaria de los niños, adolescentes y adultos jóvenes debido a una disfunción generalizada de las glándulas exocrinas.

N

NACIMIENTO. Expulsión completa o extracción del organismo materno de un recién nacido que pesa más de 500 gramos (equivalente aproximadamente a 22 semanas completas o 154 días de gestación), no importando la edad gestacional estricta.

NEONATO DE ALTO RIESGO. Es aquel que puede presentar un impedimento físico, intelectual, social o de personalidad que puede dificultar el crecimiento, el desarrollo.

normal y la capacidad de aprender, como consecuencia de sucesos perinatales e influencias hereditarias o ambientales que actúan por separado o en combinación.

NISTAGMUS. Es un síntoma ocular de enfermedad cerebelosa, generalmente es apreciado por los padres, niños con borricidad o danza de los objetos

O

OBITO. Muerte in útero del producto de la concepción, que ocurre después de la vigésimo-primer semana de gestación. Este término es utilizado como sinónimo de muerte perinatal. El médico debe de expedir un certificado de defunción en estos productos.

OLOGOHIDRAMIOS Cantidad disminuida de líquidos de líquidos amniótico. Convencionalmente se puede considerar una cantidad menor de 800 mililitros.

OPISTOCRANEO. Es el punto más prominente localizado en la sutura del occipital

P

PARTO Proceso mediante el cual el producto de la concepción ya viable y sus anexos son expulsados del organismo materno a través de las vías genitales. Para fines normativos del ejercicio clínico estadístico se admite como parto la expulsión del producto o los productos de la concepción cuando el embarazo tiene más de 42 semanas y el feto pesa más de 500 gramos.

PARTO DE TERMINO Expulsión de un feto de 37 a 42 semanas de edad intrauterina y que pesa más de 2,500 gramos.

PARTO PRETERMINO. Expulsión del feto a partir de que el embarazo a cumplido 22 semanas y antes de que cumpla 28 semanas. El producto pesa habitualmente de 500 a menos de 1000 gramos

PARAPLEJIA. Es una enfermedad hereditaria degenerativa con destrucción de las células de Betz y degeneración del haz piramidal, especialmente manifiesta lejos de la corteza, pero es de tipo recesivo y a veces ligada al sexo, los varones son más a menudo afectados que las mujeres. Síntomas: rigidez y lentitud en la marcha, después con desarrollo progresivo de la paraplejia espástica, reflejos aumentados, babiniski puede aparecer tardíamente

PESO AL NACER. Es la cuantificación de la masa corporal de un recién nacido, momentos después de su nacimiento. Se considera normal, cuando pesa de 2,500 a 3,500 kg.

POLIHIDRAMIOS Se denomina así a la excesiva cantidad de líquido amniótico (Convencionalmente una cantidad mayor a 1,500 mililitros). El volumen normal acerca del término del embarazo es de 1,000 mililitros aproximadamente de líquido amniótico.

PREMATURO Comprende a todo recién nacido antes de cumplir las 37 semanas de gestación, independientemente de su peso corporal al nacimiento. Existen 3 categorías de prematuros: prematuro hipertrofico, prematuro hipotrofico y prematuro eutrofico.

PREMATURO EUTROFICO Niños con menos de 37 semanas de gestación al nacer, pero con peso corporal adecuado para la edad gestacional (entre las percentilas 90 y 10 del peso).

PREMATURO HIPERTROFICO Niños con menos de 37 semanas de gestación al nacer y con un peso corporal superior al correspondiente a la percentila 90 del peso corporal de referencia para la edad.

PREMATURO HIPOTROFICO Niños con menos de 37 semanas de gestación al nacer y con peso inferior al que corresponde para edad gestacional (por debajo de la percentila 10) del peso corporal al nacer.

R

RAQUITISMO. Se caracteriza por un defectuoso crecimiento del hueso que resulta del retraso o supresión del cartilago epifisario normal y de la calcificación normal. Estas alteraciones dependen de la disminución de las sales de calcio y fósforo en el suero disponible para la mineralización. Las células cartilaginosas dejan de completar su ciclo normal de crecimiento y degeneración de las células cartilaginosas.

RIESGO. En el contexto de salud, "riesgo", se define como la probabilidad que tiene un individuo, o un grupo de individuo o una comunidad a sufrir un daño.

S

SINDROME DE TURNER. Ó DIGENESIA GONADAL. Es un síndrome que se caracteriza por cuello con pliegues cutáneos y cúbito valgo en mujeres.

SEMANAS DE GESTACION Se refiere a las semanas de gestación que tiene el producto de la concepción. Su cuantificación obstétricamente es en base a la fecha de la última menstruación, tomando en cuenta el primer día del último período menstrual hasta el día del período gestacional en que se este, o bien por ultrasonido midiendo el diámetro biparietal del producto y multiplicando por la constante 4. Para que un recién nacido sea de término debe tener de 37 a 42 semanas de gestación por fecha de última regla, ultrasonido o Usher.

T

TRILLS. Significa palpando el precordio.

U

USHER Es una valoración que se práctica al recién nacido, para evaluar su edad gestacional, clínicamente. Se toman en cuenta 5 parámetros.

El cabello, éste será grueso y pigmentado en los niños de término y prétermino, será menos pigmentado. El cartilago articular es laxo flexible y sin surcos o está ausente mientras menor sea la edad gestacional, en tanto que en de término están bien marcados. El diámetro de las glándulas mamarias será menor de 4 cm., en niños de termino los genitales en el varón se encuentran elásticos, rugosos y están pigmentados y en los pretérminos son rígidos poco elásticos, sin pigmento. Los surcos de la planta del pie, en un recién nacido de término serán profundos reticulares y bien marcado, y en los preterminos son superficiales y poco perceptibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- ARMENDARES, Sagrera S LOS DEFECTOS AL NACIMIENTO. ESTADO DEL ARTE. Memoria del 1er. Congreso Nacional sobre Defectos al Nacimiento Gen. México, D.F., 1989 151 PP
- BALSEIRO, A. Lasty INVESTIGACION EN ENFERMERIA. Guía de tesis, procesos de atención de enfermería y trabajos académicos para titulación. Ed. Acuario México, D.F., 1991 225 PP
- BERUMEN A. Edna Ot al EL LABIO Y PALADAR ENDIGOS. Gen. A.C. México, D.F., 1989 8 p p
- BOLAÑOS, A. Lucía CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO PREESCOLAR. Tesis ENEO UNAM México, D.F. 1994 179 pp
- BLOOM, S. Ronald TEXTO DE REANIMACION NEONATAL. Project Hope American Heart Association Millwood, Virginia 1990 6-45 pp
- BRANDT, F. Steele EL MALTRAIO A LOS NIÑOS. Ed. Edico México, 1978 D.F. 240 pp.
- CIMIGEN, NORMAS PARA LA ATENCION MATERNO INFANTIL. H.P.S. México, D.F.; 1995. 47 pp.
- DIAZ, C. ERNESTO PEDIATRIA PERINATAL. Ed. Interamericana México, D.F., 1984 540 pp.
- CONACED MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA CAPACITACION DE MADRES. Estrategia de Información y capacitación a la población México. 1993. 20 pp.
- FLORES, DE J. Martha ot. al MANUAL PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE UN AÑO EN EL HOGAR. UISFS. Proyecto PROINAPSA. Colombia. Bucaramanga 1989.
- GANDY, et al. NEONATOLOGIA. Ed. Manual Moderno México, D.F., 1989. 390 pp.
- GESSEL, Arnold DIAGNOSTICO DEL DESARROLLO NORMAL Y ANORMAL DEL NIÑO. Ed. Paidós Vol 1 Buenos Aires. 1979
- GONZALES S. Napoleón INFECTOLOGIA CLINICA. De. Trillas México, D.F., 1989.
- 792 pp.

- HAYMAN L. Lucia ENFERMERÍA PEDIÁTRICA De Interamericana México, D.F.; 1989. 492 pp
- ILLINGWORTH, Ronald S EL NIÑO NORMAL Ed Manual Moderno 2a. ed México, D.F.; 1985 490 PP
- INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA Servicio de Salud Mental PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPORA. 1992
- JASSO, Luis. NEONATOLOGÍA PRACTICA Ed Manual Moderno 1980.
- JURADO, G Eduardo EL FETO Y SU AMBIENTE Grupo de estudios al nacimiento AC. México, D F 1993 113 pp
- JURADO G. Eduardo EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO. Academia Nacional de Medicina. México, 1971 31 pp
- JURADO G Eduardo LA CURVA DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO COMO INDICADOR DE RIESGO NEONATAL. Taller México 1983
- JURADO G Eduardo GUÍA DE ESTUDIOS PARA LA PREVENCIÓN DE LOS DEFECTOS AL NACIMIENTO GEN. A C UNAM S S A Mexico D F 1989
- LARRONDO C. José de Jesús EL DIAGNÓSTICO DE LUXACIÓN CONGENITA DE CADERA Gen A C México, D F 10 pp
- MANUAL sobre ENFOQUE DE RIESGO EN LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL Ed OPS Serie Paltex No 7 Washington 1986
- MARTÍNEZ y Martínez R LA SALUD DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE Ed Salvat 2a. ed. México, D.F. 1991 1045 pp
- MOORE L. Keith EMBRIOLOGÍA BÁSICA Ed Interamericana México, D.F. 1983 244 pp.
- NELSON, E Waldo TRATADO DE PEDIATRÍA, Ed Salvat 8a ed México, D.F. 1985. 1198 pp.
- NORMA TÉCNICA MANUAL DE A.C. Secretaria de salud. México 1991
- NOVEDADES. MI PERIODIQUITO. Domingo 22 de juni de 1997 8 pp
- OLDS S.B. OI. AI. ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL Un Concepto Integral Familiar. Ed. Interamericana. 2a ed México, D.F. 1987 1281 pp

- PERNOLL, Martín L. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINECOOBSTETRICOS. Ed. Manual Moderno 6a ed México, D F 1993
- PREVENIR Y VIVIR El médico responde. Ed. Planeta. Enciclopedia Tomo 1. Barcelona 1994. 280 pp
- PORRAS Giovanni. ESPINA BIFIDA. Lo que el médico debe saber. Gen A C México, D.F.
- SECRETARIA DE SALUD. NORMA OFICIAL MEXICANA PARA EL CONTROL DE LA NUTRICION, CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. México, D F, 1994. 56 pp
- RREDER, Sharón J et al. ENFERMERIA MATERNO INFANTIL. Ed. Harla 15a ed. México, D.F., 1992. 1157 PP
- SENTIES, Yolanda. NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y EL RECIEN NACIDO. Secretaria de Salud México, 1995
- SOLIDARIDAD PARA LA VIDA. Dirección General de Fomento a la salud 8a ed. UNICEF UNESCO OMS SSA 1991. 105 pp
- TORTORA, Gerard. PRINCIPIOS DE ANATOMIA Y FISIOLOGIA. Ed. Harla 5a ed. México, D.F., 1994. 840 pp
- TORRES L. Angeles. LA REPERCUSIÓN DE ALGUNOS FACTORES DEL MACROAMBIENTE EN LA INCIDENCIA DE DEFECTOS AL NACIMIENTO EN 300 R.N EN EL AREA DE INFLUENCIA DE H R G I Z DEL ISSSTE. Tesis. ENEO UNAM 1989. 277 pp
- UNICEF. CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO. Cuaderno. OMS México, D.F., 1991. 40 pp.
- VALENZUELA, H Rogelio. MANUAL DE PEDIATRIA. Ed. Interamericana. 10a ed. México, D F, 1989. 846 pp.