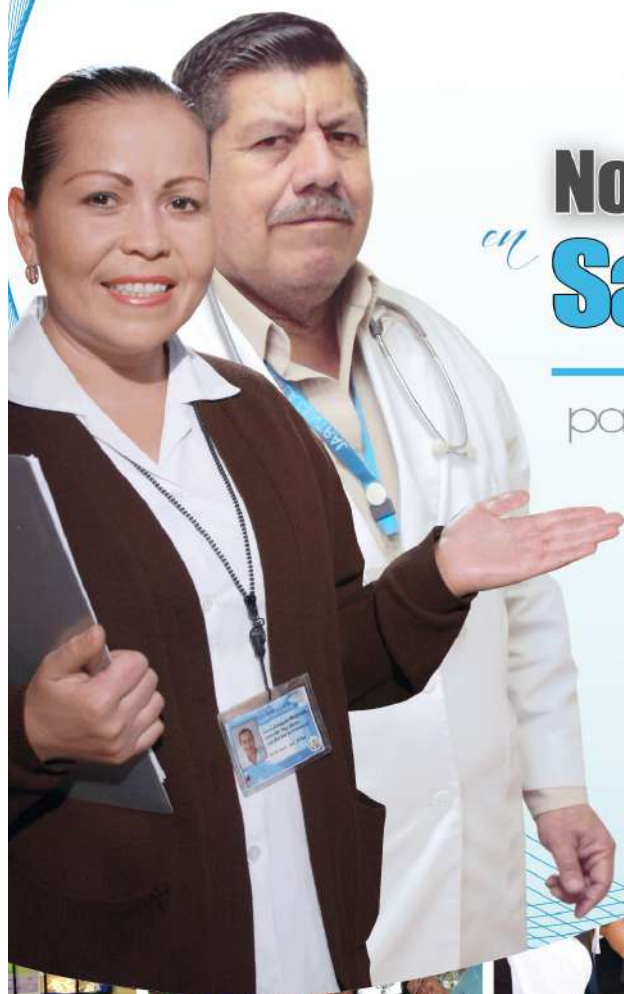


en Normas de Atención **Salud Integral**

para primero y segundo nivel

2018





Normas de Atención *en* **Salud Integral**

para primero y segundo nivel

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas

El contenido íntegro del presente documento es propiedad exclusiva del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la república de guatemala, por lo que toda reproducción total o parcial del mismo queda terminantemente prohibida, salvo que exista autorización expresa de la jefatura del Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud.

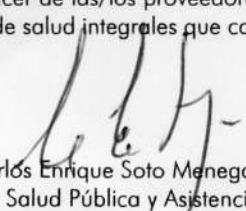
PRESENTACIÓN

La Constitución Política de la República de Guatemala establece la obligación del Estado de velar por la salud y la asistencia social de todas y todos los habitantes del país, a través de sus instituciones (Decreto 90-97 Código de Salud). En cumplimiento a este mandato, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) tiene como misión, garantizar el derecho a la salud, de una forma integral, universal y de calidad, ejerciendo la rectoría del sector salud, a través de la conducción, coordinación y regulación de la prestación de servicios de salud a la población.

El Acuerdo Gubernativo 115-99 establece que la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud (DGRVCS), a través del Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas (DRPAP), tiene como función principal diseñar, emitir, actualizar y reajustar periódicamente las normas de atención de los diferentes programas, así como la transferencia de las mismas, para la promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación de las personas, en las diferentes etapas del curso de vida, con calidad, enfoque de género, pertinencia intercultural y en condiciones de equidad.

Para dar cumplimiento a estas funciones, el personal técnico del DRPAP revisó y actualizó las "Normas de Atención Integral en Salud", las cuales contienen los lineamientos técnicos que deben ser aplicadas por los equipos multidisciplinarios, traducidas en acciones de salud para la población en las distintas etapas del curso de vida. Con esto también se busca mejorar progresivamente la situación de salud pública, contribuir efectivamente a la equidad y al desarrollo con un enfoque integral y diferenciado, basado en evidencia científica, apoyado en la coordinación interinstitucional e intersectorial y en la asistencia técnica de organismos de cooperación externa.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social expresa su voluntad política para la implementación de estas Normas de Atención, asumiendo los desafíos que implica la atención integral, integrada y continua, situando estas normas como la herramienta técnica que fortalecerá el quehacer de las/los proveedoras de salud para que proporcionen a la población servicios de salud integrales que contribuyan al desarrollo social a nivel nacional.


Dr. Carlos Enrique Soto Menegazzo
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social
Guatemala



AUTORIDADES

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Dr. Carlos Enrique Soto Menegazzo

Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. José Roberto Molina Barrera

Viceministro Técnico

Lic. José Gustavo Arévalo Henríquez

Viceministro Administrativo

Dr. Mario Alberto Figueroa Álvarez

Viceministro de Hospitales

Dr. Julio Humberto García Colíndres

Viceministro de Atención Primaria

Dr. Arnaldo Bringuez Aragón

Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS-

Dra. Karla Pamela Chávez Cheves

Dirección General de Regulación,
Vigilancia y Control de la Salud - DGRVCS -

Dra. Carmen Xiomara Castañeda Colíndres

Departamento de Regulación de
los Programas de Atención a la Personas - DRPAP -

INTRODUCCIÓN

El Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas -DRPAP-, en cumplimiento con sus funciones regulatorias en el diseño, emisión, actualización y reajuste periódico de las normas de atención, presenta las directrices técnicas que guían al personal de salud de los servicios, para brindar un abordaje integral, estandarizado y diferenciado a la población según sus diferentes etapas de curso de vida, a través de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

En el año 2010, fue publicada la última versión de las “Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel”, en el 2015 se inició la revisión de la evidencia científica para desarrollar el proceso de actualización de las normas vigentes. Estas contienen indicaciones que deben ser aplicadas por los equipos multidisciplinarios, como un instrumento guía para los proveedores de servicios de salud, con el fin que su contenido se traduzca en acciones para mejorar la salud de la población, contribuyendo efectivamente a la equidad y el desarrollo en el marco de la Atención Primaria en Salud Renovada -APSR- y las Redes Integradas de Servicios de Salud -RISS-.

El equipo técnico del DRPAP, en cumplimiento a sus funciones de elaborar y actualizar las diferentes normativas que respondan a las prioridades de salud del país y al derecho a la salud de la población, utilizó técnicas científicas para la búsqueda y consulta de información basada en evidencia, lo que fundamenta el contenido incorporado en éste y otros documentos normativos, además de reconocer y promover el abordaje multidimensional de la salud-enfermedad.

Al aplicar las normas se contribuye a cumplir el marco legal, político y los compromisos asumidos por el Estado de Guatemala, prioridades nacionales de salud, derecho a la salud, necesidades diferenciadas en la atención de las personas en las diferentes etapas de curso de vida, tomando en cuenta características individuales y colectivas.

En este marco de compromisos, también se incluyen los Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS- como un llamado mundial a la acción para poner fin a la pobreza, desigualdad, injusticia, y secuelas del cambio climático. En ellos se establecen los objetivos 3 y 5 “salud y bienestar” y “agua limpia y saneamiento”

cuyas acciones prioritarias en el ámbito de la salud pública fueron tomadas en cuenta para esta actualización.

Las normas de atención también buscan contribuir con los elementos esenciales de la APS-R como el acceso universal a la salud de la población, atención integral e integrada, abordaje a la persona, familia y comunidad, con equidad de género, pertinencia intercultural y enfoque de derechos humanos, entre otros.

El presente documento cuenta con tres secciones que abordan la atención integral de mujeres y hombres en el nivel individual, familiar y comunitario. Cada una de ellas responde al enfoque del Sistema de Gestión y Atención en Salud (Acuerdo Ministerial 152-2017) y a lo que mandata el Código de Salud (Decreto 90-97) en su Artículo 18 definiendo un modelo de atención en salud, “que promueva la participación de las demás instituciones sectoriales y de la comunidad organizada, que priorice las acciones de promoción y prevención de la salud, garantizando la atención integral en salud, en los diferentes niveles de atención y escalones de complejidad del sistema, tomando en cuenta el contexto nacional, multiétnico, pluricultural y multilingüe”.

Se debe acompañar la implementación de las Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, con los lineamientos contenidos en las “Normas con Pertinencia Cultural hacia la interculturalidad”.

Estas normas son de aplicación obligatoria en todos los servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, su aplicación está en contexto con los sistemas de salud interculturales y con la participación activa de personas, familias y comunidades, apoyadas en todas las guías, lineamientos y protocolos vigentes del MSPAS, así como el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud.

OBJETIVOS

General

Establecer los lineamientos técnicos al personal de salud para la atención integral, integrada, diferenciada, con enfoque de derechos, para las personas, familias y comunidades a través de la red de servicios estatales del MSPAS.

Específicos

1. Proporcionar lineamientos actualizados según medicina basada en evidencia, acciones integrales, diferenciadas e incluyentes de aplicación obligatoria en los servicios de salud.
2. Describir las acciones para que el personal de salud implemente en los servicios de primer y segundo nivel, la atención continua, integral y diferenciada a la población a través de acciones preventivas, detección, atención oportuna y orientación a la persona, a la familia y a la comunidad contribuyendo con el fortalecimiento de acciones de promoción de la salud.
3. Describir los criterios para garantizar la equidad e igualdad en la atención a las personas según etapa de curso de vida, con orientación a la familia y comunidad.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente norma es un documento técnico oficial (legal) que contiene directrices de carácter obligatorio a ser aplicados por el personal que brinda atención en los servicios de salud pública a nivel nacional.

VIGENCIA

La presente norma cobra vigencia a partir de su publicación oficial y se recomienda sea actualizada cada cinco años. Permanecerá vigente hasta que se establezcan nuevas normas.

LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE DE GÉNERO, PERTINENCIA INTERCULTURAL Y DERECHOS HUMANOS

A continuación, se describen doce lineamientos para facilitar al personal de salud la toma de decisiones que reduzcan las barreras de género y socioculturales en la atención en salud, como parte de las acciones que conduzcan a hacer efectivo el derecho a la salud.

1. Fortalecer en los servicios de salud el derecho a la salud de mujeres y hombres, según su cultura e identidad de género.

2. Brindar atención con equidad de género y pertinencia intercultural de acuerdo a las diferentes etapas del curso de vida, en los servicios de atención en salud, en la familia y la comunidad.
3. Promover la distribución de los recursos disponibles en igualdad de oportunidades para mujeres y hombres de los cuatro pueblos.
4. Propiciar ambientes con perspectiva de género y culturalmente aceptables, con participación de la comunidad.
5. Atender con respeto y dignidad a mujeres y hombres, según su identidad de género en las distintas etapas del curso de vida, y de los diferentes pueblos y culturas.
6. Respetar el derecho de las personas a expresarse y ser atendidos en su idioma materno, identidad cultural y de género.
7. Respetar en los servicios de salud, los elementos simbólicos que portan las personas de los diferentes pueblos (pulseras, piedras, amuletos, collares y otros). En caso de procedimientos especiales, el proveedor de salud puede retirarlos con respeto, previa explicación y autorización del motivo. Si la o el paciente se encuentra inconsciente, podrá retirarlos, guardarlos con sus pertenencias y entregarlos a la familia o acompañantes.
8. Permitir el acompañamiento de un familiar, terapeuta tradicional, abuela comadrona o quien decida la persona durante la atención.
9. Identificar oportunamente riesgos en la salud de mujeres y hombres en las diferentes etapas de curso de vida, de acuerdo a sus potencialidades y vulnerabilidades en todos los ámbitos, según su identidad cultural y de género e implementar acciones que contribuyan a reducirlos.
10. Respetar y atender las referencias de los terapeutas tradicionales y abuelas comadronas en los servicios de salud y hacer las contrarreferencias.
11. Promover el empoderamiento de la mujer embarazada en la toma de decisión para elegir el servicio de salud y la elección de la posición durante la atención del parto.
12. Apoyar y sensibilizar a las personas, mujeres y hombres en la transformación de roles que afectan su salud y para procurar el cuidado responsable de sí mismos y su familia.

ÍNDICE GENERAL

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS

MÓDULO 1

Embarazo, parto y puerperio

I. ATENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.	3
II. ACCIONES PREVENTIVAS	6
III. DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA	31
IV. ORIENTACIÓN INTEGRAL A LA MUJER Y A LA FAMILIA	75

MÓDULO 2

Neonato

I. ATENCIÓN INTEGRAL NEONATAL	99
II. ACCIONES PREVENTIVAS NEONATALES	108
III. DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA	124
IV. ORIENTACIÓN INTEGRAL A LA FAMILIA DEL NEONATO	192

MÓDULO 3

Lactante

I. ATENCIÓN INTEGRAL DEL LACTANTE	207
II. ACCIONES PREVENTIVAS PARA LACTANTES	210
III. DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA	228
IV. ORIENTACIÓN INTEGRAL A LA FAMILIA DEL LACTANTE	269

MÓDULO 4

Niñez

I. ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA Y EL NIÑO	293
II. ACCIONES PREVENTIVAS EN LA NIÑA Y EL NIÑO	303
III. DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA	357
IV. ORIENTACIÓN INTEGRAL A LA MADRE, PADRE O ACOMPAÑANTE DE LA NIÑA O EL NIÑO	464

MÓDULO 5

Adolescencia y juventud

I. ATENCIÓN INTEGRAL A ADOLESCENTES Y JÓVENES	489
II. ACCIONES PREVENTIVAS PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES	495
III. DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA	503
IV. ORIENTACIÓN INTEGRAL AL ADOLESCENTE Y JÓVEN Y A LA FAMILIA	565

MÓDULO 6

Persona adulta

I. ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA ADULTA	605
II. ACCIONES PREVENTIVAS	606
III. DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA	610
IV. ORIENTACIÓN INTEGRAL A LA PERSONA ADULTA Y A LA FAMILIA	718

Persona mayor

I. ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR	720
II. ACCIONES PREVENTIVAS	720
III. DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA	721
IV. ORIENTACIÓN INTEGRAL A LA PERSONA MAYOR Y A LA FAMILIA Y COMUNIDAD	742

MÓDULO 7

Atención a la demanda

I. ATENCIÓN DE EMERGENCIAS PRE-HOSPITALARIAS	761
II. DISCAPACIDAD	808
III. SALUD LABORAL	813
IV. ZOONOSIS	820
V. MEDICINA TRADICIONAL Y ALTERNATIVA	835
VI. ATENCIÓN A LA POBLACIÓN MIGRANTE	865
VII. PROMOCIÓN DE DONACIÓN VOLUNTARIA DE SANGRE	877
VIII. GÉNERO EN SALUD	882

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS FAMILIAS 907

ATENCIÓN INTEGRAL A LA COMUNIDAD 943

Atención integral a las

Personas

Neonato y
Lactante



Niña



Embarazo, Parto
y Puerperio



Persona Adulta



Persona
Mayor



Adolescentes y
Jóvenes



I. ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS

OBJETIVOS

General

Establecer lineamientos técnicos para el personal de salud, para la atención integral y diferenciada a las personas en las diferentes etapas del curso de la vida.

Específico

Describir los criterios, enfoques y principios que orienten al personal de salud en la aplicación de acciones, abordaje integral, diferenciado y continuo de la salud de las personas en las diferentes etapas de curso de vida, con respeto a su identidad cultural y de género.

ABORDAJE INTEGRAL DE LAS PERSONAS

Para proteger y contribuir a la realización progresiva del derecho a la salud de la población, es necesario que el Estado genere las condiciones para que todas las personas, (inclusive las de otras nacionalidades y sin importar su condición migratoria), tengan acceso a la salud y reciban una atención integral y diferenciada, llevando a cabo acciones de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, detección y atención oportuna, según la etapa del curso de vida en la que se encuentren.

Para proveer atención de calidad, es deber del personal de salud, generar la confianza y credibilidad en los servicios, especialmente los del primer y segundo nivel de atención, ya que éstos se convierten en la puerta de entrada y se realiza el primer contacto con las personas, en su entorno cultural.

Desde este primer contacto, es primordial propiciar lazos de confianza entre las personas usuarias y el personal del servicio de salud, con un trato respetuoso y digno, asegurando la privacidad y confidencialidad en la atención.

La atención se brinda a través de un proceso dinámico, en el que interactúan el personal de salud y las personas usuarias, permitiendo conocer las necesidades y dudas que tienen sobre su salud, para prevenir la aparición de problemas relacionados, detección y tratamiento oportuno a través de decisiones apoyadas en directrices de carácter normativo. Ésta interacción busca también disminuir los factores de riesgo y potenciar los factores que protegen la salud individual y favorecen la toma de decisiones que intervienen en el control respecto de su salud.

El curso de vida comienza en la concepción - gestación, continúa con el nacimiento, niñez, adolescencia y juventud para avanzar a la vida adulta, donde todo ser humano atraviesa procesos continuos de cambios que culminan con la etapa de persona mayor.

El personal de salud juega un papel clave al estar capacitado, poniendo en práctica habilidades adecuadas para cumplir con las normas y aspectos éticos. Esto ayuda a ganar una mayor comprensión sobre las características y necesidades de la población con la que se trabaja, sus diferentes concepciones sobre la salud y la enfermedad y permite adecuar la atención a las necesidades locales, culturales y sociales como el estilo de vida, la cosmovisión y prácticas de las personas que acuden a recibir atención en salud.

Además de una atención integral, también se brinda atención diferenciada, la cual individualiza las acciones, de modo que toda persona que asista, salga satisfecha, conforme al nivel de resolución. Todas las acciones que se llevan a la práctica, se acompañan del enfoque de género y de pertinencia intercultural, ya que existen enfermedades y problemas que afectan la salud como resultado de factores biológicos, sociales y culturales, con mayor frecuencia en unos grupos que en otros.

Los módulos contenidos en la presente norma para la atención a las personas son siete, de los cuales seis corresponden a cada una de las etapas del curso de vida y el séptimo además identifica los criterios y acciones para atender morbilidades específicas.

Módulo 1. Embarazo, Parto y Puerperio.

Módulo 2. Neonato (de 0 a 28 días).

Módulo 3. Lactante (de 29 días a menores de 1 año).

Módulo 4. Niñez (niños y niñas de 1 a menores de 10 años).

Módulo 5. Adolescencia (de 10 a menores de 20 años) y Juventud (de 20 a menores de 30 años).

Módulo 6. Persona Adulta (de 30 a 59 años) y Persona Mayor (de 60 años en adelante).

Módulo 7. Atención a la Demanda.

Estos módulos han sido estandarizados con base en una estructura, que guía y conduce en forma ordenada, la atención que brinda el personal de salud. Cada uno consta de introducción, objetivos, apartados para la atención, anexos y bibliografía. Los apartados se organizan de la siguiente manera:

Apartado 1. Atención integral a las personas. Son los pasos esenciales que se deben brindar durante la provisión del cuidado a la salud de las personas, cuando asisten al servicio de salud y se realiza el abordaje biopsicosocial completo, según la etapa del curso de vida. Su énfasis son las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Apartado 2. Acciones preventivas. Abarca las medidas que aseguren el bienestar de la población según etapa del curso de vida, y las acciones de protección contra los factores de riesgo que favorecen la aparición de enfermedades, según los criterios normados por los programas en los diferentes niveles de prevención en salud.

Apartado 3. Detección y atención oportuna. En esta sección se identifica mediante signos y síntomas, factores de riesgo o diagnósticos de las enfermedades más frecuentes, según etapa del curso de vida. También se establecen las acciones (conducta/tratamiento) que se deben realizar de manera coordinada y participativa para ofrecer el tratamiento adecuado, que contribuya a que la persona restablezca su salud y/o detenga o retrase el progreso de la enfermedad para mejorar su calidad de vida. La

captación temprana de los casos y el cumplimiento del abordaje integral evita o retarda la aparición de complicaciones, secuelas, incluso la muerte y con ello disminuya la consulta a los servicios de mayor complejidad, donde se atendería únicamente los casos que si ameriten ser vistos al nivel de especialidades. Incluye las orientaciones que deben darse a la persona respecto a las actuaciones que se deben seguir para minimizar el problema de salud, donde la familia que la/o acompaña juega un papel importante.

Apartado 4. Orientación integral a la persona y a la familia. Contribuye a mejorar y mantener la salud de la persona que asiste al servicio de salud, ya que mediante las orientaciones dirigidas al ámbito individual se logra aumentar la capacidad de ejercer control y mejorar su propia salud, a través de un diálogo respetuoso, entre los prestadores de salud y las personas usuarias. Estas acciones también buscan fortalecer la toma de decisiones dentro del ámbito familiar respecto a los procesos de salud-enfermedad y que a su vez son influidas por los determinantes-condicionantes sociales.

La orientación relacionada a la salud individual, debe proveerse a la persona que consulta respetando la confidencialidad y si el caso amerita puede orientarse al familiar u otra persona de su confianza que le acompaña. Es importante aprovechar la oportunidad para hablar de otros temas de salud a la persona y/o acompañantes, de acuerdo a la etapa del curso de vida.

Cuando la persona (neonato, lactante, niña, niño, adolescente, persona adulta o persona mayor) es acompañada por algún familiar, surge la oportunidad de obtener una imagen de la familia, que le permita ampliar la visión de su situación de salud e identificar causas y problemas para adecuar la capacidad de las acciones y observar la interacción entre los miembros de la familia, utilizando como herramienta de análisis el “filiograma”, ver anexo No.3 en el módulo de Adolescencia y Juventud página 573.

Embarazo, Parto y Puerperio

Mujer adolescente y adulta



Módulo

1



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	2
I. ATENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	3
EMBARAZO	3
PARTO	4
PUERPERIO	4
II. ACCIONES PREVENTIVAS	6
EMBARAZO	6
Atención Prenatal	6
Salud bucodental en la embarazada	9
Prevención del cáncer cervico uterino	9
Evaluación nutricional en la embarazada	9
Inmunizaciones durante el embarazo	15
Atención prenatal de la adolescente	21
Participación de la comadrona en la atención prenatal	22
PARTO	24
Atención calificada del parto	24
Atención diferenciada del parto en la adolescente	25
PUERPERIO	26
Vigilancia del puerperio inmediato (primeras 24 horas)	26
Atención del puerperio mediano (de 2 a 7 días) y del puerperio tardío (de 8 a 42 días)	28
III. DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA	31
HEMORRAGIA OBSTÉTRICA	31
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO	42
Preeclampsia	42
Eclampsia	43
Hipertensión crónica	43
Hipertensión crónica más preeclampsia sobreagregada	44
Hipertensión gestacional	44

INFECCIONES MATERNAS PERINATALES	50
Infección del Tracto Urinario -ITU-	50
Infección puerperal	51
Mastitis	52
Mastitis por Conducto Tapado	53
Mastitis por Infección Bacteriana	53
Prevención de la transmisión madre-hija (o) o transmisión materno-infantil del VIH, sífilis y hepatitis B.	55
Síndrome de flujo vaginal en el embarazo	60
Enfermedades transmitidas por vectores durante el embarazo	61
Zika	61
Malaria, dengue, chagas, oncocercosis y leishmaniasis	65
Infecciones Respiratorias Agudas	65
Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Agua - ETA -	66
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES	
-RPMO-	66
ANEMIA Y EMBARAZO	68
Anemia grave	70
DIABETES Y EMBARAZO	70
AFECCIONES BUCODENTALES	72
DEPRESIÓN POSPARTO	73
VIOLENCIA	74

IV. ORIENTACIÓN INTEGRAL A LA MUJER, FAMILIA Y COMUNIDAD

75

ANEXOS

Anexo No. 1	Orientaciones generales para atender o evitar dificultades para la mujer en período de lactancia.	76
Anexo No. 2	Posiciones para el parto normal con pertinencia cultural.	78
Anexo No. 3	Manejo activo de la tercera etapa del parto.	80
Anexo No. 4	Partograma.	82
Anexo No. 5	Plan de emergencia familiar.	83
Anexo No. 6	Plan de emergencia comunitario.	85
Anexo No. 7	Ficha perinatal y carné materno.	87

BIBLIOGRAFÍA

88

INTRODUCCIÓN

Salud se define según la Organización Mundial de la Salud, como: “El bienestar total que debe tener toda persona desde el punto de vista físico, mental, emocional, espiritual y no solamente la ausencia de enfermedades o impedimentos físicos”. Todas las acciones encaminadas a la atención del embarazo, parto y puerperio son necesarias para el mantenimiento de la salud de las mujeres.

Es importante realizar acciones encaminadas a una maternidad saludable, la cual dependerá de la oportunidad que tenga de acceder a un servicio de salud con personal calificado y competente que le garantice una atención con calidad, calidez y pertinencia cultural.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para fortalecer estas acciones ha desarrollado estrategias que han evidenciado ser exitosas para el acompañamiento durante el embarazo, parto y posparto, como son las acciones de: promoción e información desarrolladas para una atención diferenciada, redes locales de maternidad y paternidad responsable, acciones de vigilancia de las mujeres en edad fértil, entre otras.

Los servicios de salud deben promover acciones de protección a los grupos vulnerables, una atención prenatal temprana, una buena atención del parto y el seguimiento en el posparto, que le permitan a la mujer, una maternidad saludable y el crecimiento adecuado de su recién nacida/o.

OBJETIVOS

1. Unificar los criterios de promoción, prevención y atención de la población obstétrica, para poder dar una mejor respuesta en los servicios de salud en cualquier área geográfica del país.
2. Orientar a la pareja y a la familia, sobre los cuidados necesarios que se deben tener dentro del proceso del embarazo, parto y post evento obstétrico.
3. Promover el espacio intergenésico óptimo (espacio entre cada embarazo) a través de la oferta de los métodos de planificación familiar.
4. Detectar tempranamente factores de riesgo que permita a los proveedores una referencia oportuna.
5. Identificar la identidad cultural de la embarazada para su atención integral.



I. ATENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

PASOS ESENCIALES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EMBARAZO

1. Brinde atención integral (biopsicosocial) y diferenciada, con calidad y respeto, enfoque de género, pertinencia cultural y a su discapacidad, si la tiene; atienda en idioma materno, si no es posible solicite un intérprete y respete los objetos personales con significados simbólicos y en caso de ser necesario se podrán retirar con respeto.
2. Identifique signos y síntomas de peligro, si los hay, refiera, llene la boleta de referencia, indicando estado y tratamiento brindado. Establezca comunicación telefónica, para informar sobre el estado de la paciente. Registre en SIGSA y dé seguimiento a la contrarreferencia.
3. Llene correctamente la "Ficha de Riesgo Obstétrico".
4. Llene la ficha de la historia clínica completa. (ver anexo 7, página 87).
5. Llene carné, incluido el esquema de inmunizaciones.
6. Realice examen físico completo.
7. Requiera o evalúe exámenes de laboratorio clínico.
8. Brinde información, orientación y promoción sobre: lactancia materna inmediata y oportuna, alojamiento conjunto, lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida de la niña o niño e introducción de alimentos a partir del sexto mes de vida, así como continuar la lactancia materna hasta los dos años o más, opciones para mantener la lactancia incluso si es necesario separarse de sus hijas o hijos (ejemplo madre trabajadora o en circunstancias especiales), ingesta de líquidos y alimentación adecuada para la madre.
9. Brinde información, orientación y promoción sobre: derechos sexuales y reproductivos, consejería en planificación familiar, consejería pre y post en la realización de la prueba de VIH, paternidad y maternidad responsable, prevención de cáncer cérvicouterino, autoexamen de mamas, (ver anexo No. 9 en el Módulo de Adolescencia y Juventud) plan de emergencia familiar (ver anexo No. 5. de este módulo) y plan de emergencia comunitario,(ver anexo No. 6. de este módulo) y consumo de alimentos adecuados.
10. Entregue suplementos (hierro y ácido fólico) y medicamentos que sean necesarios.
11. Realice acciones de vigilancia epidemiológica, si el caso lo amerita.
12. Acuerde con la embarazada la próxima cita.
13. Aplique los pasos respectivos de la Iniciativa de Servicios de Salud Amigos de la Lactancia Materna (ISSALM).
14. Registre en SIGSA.

PARTO

1. Brinde atención integral (biopsicosocial) y diferenciada, con calidad y respeto, enfoque de género, pertinencia cultural y a su discapacidad, si la tiene; atienda en idioma materno, si no es posible solicite un intérprete y respete los objetos personales con significados simbólicos y en caso de ser necesario se podrán retirar con respeto.
2. Identifique signos y síntomas de peligro, si los hay, refiera, llene la boleta de referencia, indicando estado y tratamiento brindado. Establezca comunicación telefónica, para informar sobre el estado de la paciente. Registre en SIGSA y dé seguimiento a la contrarreferencia.
3. Permita a la embarazada decidir en qué posición quiere que se le atienda el parto, (ver anexo No. 2 de este módulo “Posiciones para el parto normal con pertinencia cultural”); cuando se trate de un parto normal, bajo criterio médico, capacidad técnica y si la infraestructura del servicio de salud lo permite.
4. Considere el acompañamiento por un familiar, persona de confianza o comadrona, en el momento del parto: cuando se trate de un parto normal, bajo criterio médico, si la infraestructura del servicio de salud lo permite y que no interfiera la privacidad de otras pacientes.
5. Llene correctamente e interprete el partograma, (ver Anexo No 4. de este módulo).
6. Realice prácticas que aseguren el parto limpio y seguro.
7. Realice el Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto -MATEP-, (ver Anexo No. 3 de este módulo).
8. Aplique los pasos respectivos de la Iniciativa de Servicios de Salud Amigos de la Lactancia Materna (ISSALM), así como clampeo o anudado oportuno del cordón umbilical, apego inmediato en sala de parto y contacto piel con piel.
9. Asegure el inicio de lactancia materna en la primera media hora de vida y lactancia exclusiva.
10. Registre en SIGSA.

PUERPERIO

1. Brinde atención integral (biopsicosocial) y diferenciada, con calidad y respeto, enfoque de género, pertinencia cultural y a su discapacidad, si la tiene; atienda en idioma materno, si no es posible solicite un intérprete y respete los objetos personales con significados simbólicos y en caso de ser necesario se podrán retirar con respeto.
2. Realice vigilancia inmediata del puerperio (signos vitales y masaje uterino abdominal).

3. Identifique signos y síntomas de peligro, si los hay, refiera, llene la boleta de referencia, indicando estado y tratamiento brindado. Establezca comunicación telefónica, para informar sobre el estado de la paciente. Registre en SIGSA y dé seguimiento a la contrarreferencia.
4. Aplique los pasos respectivos de la “Iniciativa de Servicios de Salud Amigos de la Lactancia Materna”: el alojamiento conjunto, apoyo en el reconocimiento de las señales de hambre, posición y agarre adecuados, lactancia a demanda durante el día y la noche, no dar ningún otro alimento o bebida.
5. Brinde información, consejería y suministro de métodos de planificación familiar.
6. Brinde información, orientación y promoción sobre: lactancia materna exclusiva, opciones para mantener la lactancia incluso si es necesario separarse de sus hijas o hijos (ejemplo madre trabajadora o en circunstancias especiales), ingesta de líquidos y alimentos para la madre.
7. Fomente la conformación de grupos de apoyo para la lactancia materna y/o la consejería especializada en el servicio de salud.
8. Informe sobre la prevención de cáncer cérvicouterino y de mama.

II. ACCIONES PREVENTIVAS

EMBARAZO

ATENCIÓN PRENATAL CIE-10-Z34

- **Primera cita:** antes de las 12 semanas de gestación.
- **Segunda cita:** alrededor de las 26 semanas de gestación.
- **Tercera cita:** alrededor de las 32 semanas de gestación.
- **Cuarta cita:** entre las 36-38 semanas de gestación.
En adolescentes: (10-19 años):
 - Citas cada 30 días a partir de su primera atención prenatal hasta la semana 35 (8 meses de embarazo).
 - Luego citas cada 15 días hasta el parto.
 - Si fuese menor de 14 años iniciar proceso de notificación en la Procuraduría General de la Nación y Ministerio Público, (guíese por el Protocolo de Atención a Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual).

Nota. La atención prenatal en adolescentes menores de 14 años debe ser brindada por especialista en ginecología y obstetricia, en compañía de una persona adulta que ella solicite.

Haga énfasis durante la consulta en:

- Presión arterial (tomada por el médico, si existe el recurso).
- Temperatura corporal.
- Pulso y respiración.
- Peso y talla.
- Identificar signos y síntomas de peligro, ver tabla siguiente:

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PELIGRO EN EL EMBARAZO

Primer trimestre	Segundo y tercer trimestre
• Hemorragia vaginal. • Palidez generalizada. • Dolor tipo cólico en la región pélvica. • Presencia de flujo vaginal (fétido, espeso de color amarillo, verde o blanco). • Náuseas y vómitos. La intensificación de estos síntomas (hiperhemesis gravídica) debe ser referida al hospital. • Molestias urinarias. • Fiebre. • Antecedentes de fiebre y dolores articulares. • Dificultad respiratoria.	• Hemorragia vaginal. • Palidez generalizada. • Dolores tipo parto. • Edema de cara y manos. • Salida de líquido por la vagina. • Fiebre. • Antecedentes de fiebre y dolores articulares. • Flujo vaginal. • Náuseas y vómitos. • Molestias urinarias. • Dolor de cabeza. • Epigastralgia (dolor en boca del estómago). • Presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg. • Trastornos visuales (se le nubla la vista, ve puntos negros o puntos de luz). • Sensación de múltiples partes fetales. • Disminución o ausencia de movimientos fetales. • Dificultad respiratoria.
Depresión, ansiedad, violencia sexual o intrafamiliar.	

Fuente. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de atención en Salud Integral para Primero y Segundo Nivel. Guatemala; 2010.

- Altura uterina después de las 20 semanas de embarazo.
- Edad gestacional y estimar la fecha probable de parto, de ser accesible se recomienda realizar a las embarazadas una ecografía (ultrasonido) antes de las 24 semanas de gestación.
- Situación y presentación fetal de las 36 semanas en adelante.
- Monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal de las 20 semanas en adelante (si tienen doppler después de las 12 semanas).
- Movimientos fetales desde las 18 semanas en adelante en multíparas y de las 22 semanas en adelante en primigestas.
- Ganancia o pérdida de peso.
- Exámenes de laboratorios, ver tabla siguiente:

LABORATORIOS

Primer control 1. Orina. 2. Heces. 3. Hematología 4. Glicemia en ayunas. 5. Grupo y Rh. 6. VDRL (análisis para detección de enfermedades venéreas)/RPR (Prueba de reagin plasmática rápida para sífilis). 7. Ofertar prueba de VIH. 8. Prueba rápida de Hepatitis B. 9. Papanicolaou o Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA). 10. De ser accesible se recomienda realizar TORCH (toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus, herpes virus).	Segundo Atención prenatal 1. Orina. 2. Glicemia en ayunas. 3. Ofertar prueba de VIH, 4. VDRL/RPR. 5. Hepatitis B.
	Tercera Atención Prenatal 1. Hematología. 2. Orina. 3. Glicemia en ayunas.
	Cuarta Atención Prenatal 1. Orina. 2. Glicemia. 3. Ofertar prueba de VIH. 4. VDRL/RPR. 5. Hepatitis B.
A toda paciente con fiebre, en zona endémica de malaria o nexo epidemiológico familiar o comunitario, realizar gota gruesa. En zonas endémicas de Chagas realizar tamizaje	

Fuente. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo Nivel. Guatemala; 2010.

Nota. A toda persona con fiebre, en zona endémica de malaria, Zika o nexo epidemiológico familiar o comunitario, realizar gota gruesa y prueba de Zika. En zonas endémicas de enfermedad de Chagas, realizar tamizaje. En embarazadas con sospecha de leishmaniasis cutánea, no administrar tratamiento. Si se sospecha leishmaniasis visceral, referir al hospital Roosevelt o al San Juan de Dios.

Nota. Mujeres con diagnóstico confirmado de enfermedad de Chagas, antes o durante el embarazo, principalmente las procedentes de localidades hiperendémicas y de alto riesgo que estuvieron infestadas con *Rhodnius prolixus* (Baja Verapaz, Alta Verapaz, Chiquimula, El Progreso, El Quiché, Huehuetenango, Jalapa, Jutiapa, Santa Rosa y Zacapa), no administrar tratamiento.

SALUD BUCO DENTAL DE LA EMBARAZADA

- Examen clínico de la cavidad bucal.
- Enseñanza de técnica del uso de hilo dental y cepillado.
- Consumo moderado de sal con flúor.
- Referir a odontología para evaluación, eliminación de focos sépticos y tratamiento periodontal, al menos 2 veces durante la atención prenatal e incluya aplicación de barniz con flúor.

PREVENCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO

- Oferte detección temprana de cáncer de cérvix mediante Papanicolaou o Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA).
- Dé a conocer los factores predisponentes al cáncer cérvicouterino.
- Si el examen es positivo y no tiene la capacidad resolutive para tratar a la persona, refiera inmediatamente a un nivel de mayor capacidad resolutive y dé seguimiento.

EVALUACIÓN NUTRICIONAL EN LA EMBARAZADA

Se recomienda brindar consejería a las mujeres embarazadas sobre la importancia de una alimentación saludable y de la actividad física necesaria durante el embarazo, con el fin de que se mantengan sanas y no aumenten excesivamente de peso durante el embarazo, ver tabla siguiente:

EVALUACIÓN NUTRICIONAL EN LA ATENCIÓN PRENATAL SI SE CAPTA ANTES DE LAS 12 SEMANAS DEL EMBARAZO Y SU SEGUIMIENTO

Primera atención prenatal	Segunda, tercera y cuarta atención prenatal
• Pese y registre el dato en la ficha de la embarazada. • Mida la circunferencia media del brazo para determinar estado nutricional y clasifique (esta medida se hace sólo durante el primer trimestre de embarazo), ◦ Si la medida de la circunferencia media del brazo es igual o mayor de 23 cm, quiere decir que tiene un buen estado nutricional y sus atenciones posteriores deben hacerse de acuerdo con los parámetros de la columna A, de la tabla de ganancia de peso mínimo esperado durante el primer trimestre (ver tabla después de este cuadro). ◦ Si la circunferencia media del brazo es menor a 23 cm, debe evaluarse con los parámetros de la columna B de la misma tabla y deberá ser referida para evaluación especializada en el servicio más cercano que cuente con nutricionista. • Informar a la embarazada de una alimentación con porciones adecuadas, según las "Guías Alimentarias para Guatemala".	Si se obtuvo la primera medida durante el primer trimestre, evaluar ganancia de peso durante el transcurso del embarazo de acuerdo a la tabla de ganancia de peso mínimo esperado, (ver después de esta tabla).

Fuente. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Normas de atención en Salud Integral para primero y segundo Nivel, Guatemala, 2010.

GANANCIA DE PESO MÍNIMO ESPERADO EN EMBARAZADAS, UTILIZANDO CIRCUNFERENCIA DE BRAZO, MEDIDA EN EL PRIMER TRIMESTRE

Mes de embarazo	A Libras que debe aumentar la embarazada, con circunferencia de brazo igual o mayor de 23 cm	B Libras que debe aumentar la embarazada con circunferencia de brazo menor de 23 cm
1	1/2	1
2	1/2	1
3	1	2
4	3	5
5	3	5
6	3	5
7	3	5
8	2 1/2	4
9	1	2
TOTAL	17 1/2	30

Fuente. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, Guatemala, 2010.

Evaluación nutricional en la atención prenatal cuando se capta después de las 12 semanas del embarazo y su seguimiento:

La evaluación nutricional se realiza utilizando el Índice de Masa Corporal (IMC), según la fórmula siguiente:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso en Kilogramos (kg)}}{\text{Talla en metros al cuadrado (m}^2\text{)}}$$

Ejemplo: Embarazada con 26 semanas de gestación que pesa 143 libras y mide 1.62 metros de altura.

Para calcular el peso en kilogramos (kg) dividir el peso en libras, por la constante 2.2, para este caso $143/2.2 = 65$ kg.

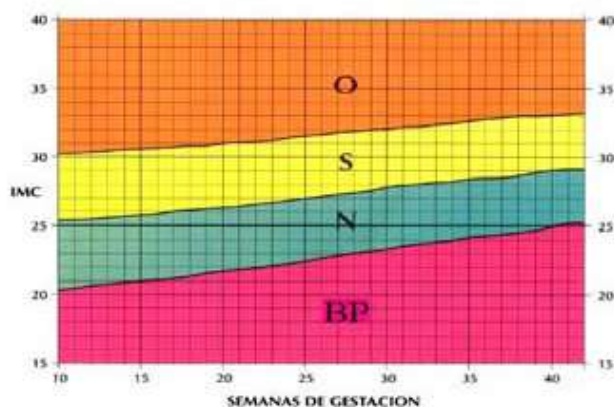
Para calcular la talla en metros cuadrados se debe realizar el siguiente procedimiento:

Talla 1.62 por $1.62 = 2.6 \text{ m}^2$

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso en kg}}{\text{Talla en m}^2} \quad \text{Ejemplo: } \frac{65 \text{ kg}}{2.6 \text{ Talla en m}^2} = 25$$

El resultado debe ser evaluado en la gráfica para evaluación nutricional de la embarazada, según índice de masa corporal que se muestra a continuación:

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN IMC



Fuente. Mardones F, Rosso, P. Curva de Rosso y Mardones para la evaluación del estado nutricional en embarazadas. Chile; 2005.

Clasifique según estado nutricional en:

- **BP:** Bajo Peso
- **N:** Normal
- **S:** Sobrepeso
- **O:** Obesidad

Uso de la curva para evaluar el estado nutricional:

- Localice en el eje horizontal de la gráfica la semana gestacional en que se realizó la medición.
- Identifique en el eje vertical el IMC que calculó.
- La zona de la gráfica donde se cruzan ambas líneas corresponde al diagnóstico nutricional, que está definido por distintos colores.
- Cuando el IMC materno se ubica sobre una línea divisoria de categoría de peso, la madre se clasifica en la categoría inmediata inferior.

En el ejemplo anterior un IMC de 25 a las 26 semanas de gestación se considera Normal.

**INCREMENTO DE PESO RECOMENDADO
DURANTE EL EMBARAZO**

Estado nutricional inicial	Incremento de peso total en kg/lb.	Incremento de peso semanal en gramos-onzas
Bajo Peso	12 a 18 kg (26 a 39 lb)	400 a 600 g (14 a 21 onzas)
Normal	10 a 13 kg (22 a 28 lb)	330 a 430 g (11 a 15 onzas)
Sobrepeso	7 a 10 kg (15 a 22 lb)	230 a 330 g (8 a 15 onzas)
Obesidad	6 a 7 kg (13 a 15 lb)	200 a 300 g (7 a 8 onzas)

Fuente. Ministerio de salud pública y asistencia social. Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel. Guatemala; 2010.

- **Consumo de alimentos:** pregunte sobre los hábitos de alimentación y recomiende de acuerdo al estado nutricional:
 - Incluir una refacción entre cada comida, con base a las “Guías Alimentarias para Guatemala”.
 - Tomar en cuenta la frecuencia y cantidad de alimento complementario entregado a mujeres embarazadas y en periodo de lactancia para complementar sus requerimientos nutricionales, según las estrategias nacionales, departamentales, municipales y locales.
- **Suplemente:** con sulfato ferroso y ácido fólico, de acuerdo al cuadro siguiente:

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

Suplemento	Presentación	Dosis	Frecuencia de entrega
Hierro	Tabletas de 300 mg de sulfato ferroso	2 tabletas de 300 mg cada 8 días	Entregar 24 tabletas en cada control
Ácido Fólico	Tabletas de 5 mg de ácido fólico	1 tableta de 5 mg cada 8 días	Entregar 12 tabletas en cada control

Nota. El CIE-10 se registra dependiendo de la atención prenatal que le corresponde: primera CIE-10-Z34.1, segunda CIE-10-Z34.2, tercera CIE-10-Z34.3 y cuarta CIE-10-Z34.4, primera atención puerpera CIE 10 Z.39 segunda atención puerpera CIE 10 Z.39.2

INMUNIZACIONES DURANTE EL EMBARAZO

Vacunación con Td

La vacuna Tétanos y Difteria (Td) debe administrarse a toda embarazada para evitar la infección de *Clostridium tetani*, causante del tétanos, tanto en la madre como en su hija/o al momento de nacer. El esquema a utilizar debe tomar en cuenta el lugar de residencia, para ello los municipios se clasifican en:

- **Municipios de riesgo:** se subdividen en fase de ataque y fase de mantenimiento.
 - **Municipio en fase de ataque:** municipio que haya presentado casos de tétanos neonatal (TNN) y no cumple con la meta de cobertura útil de vacunación de Td de 90 % o más.
 - **Municipio en fase de mantenimiento:** municipio que haya presentado casos de tétanos neonatal (TNN) y ya alcanzó la meta de cobertura útil de vacunación de Td de 90 % o más.
- **Municipios sin riesgo:** municipio que nunca ha presentado casos de tétanos neonatal (TNN) y que alcanza la meta de cobertura útil de vacunación de Td de 90 % o más.

Nota. Ver listado de municipios de riesgo de cada Dirección de Área de Salud.

Revisar carné de la madre, de su época de niñez y el de embarazada y en caso que no haya completado el esquema (esquema incompleto) se deberá continuar según antecedente de vacunación. Es decir sí solo tiene una dosis, continuar con la segunda y citar para la tercera y así hasta completar esquema (3 dosis más 2 refuerzos).

VACUNACIÓN CON Td EN EMBARAZADAS

Esquema convencional con vacuna Td en embarazadas mayores de 15 años de edad que residen en municipios SIN RIESGO para Tétanos Neonatal (TNN)

Vacuna	Grupo a ser vacunado	Jeringa y aguja	Dosis, vía de administración e intervalo
Td	Embarazadas que residen en municipios sin riesgo para TNN.	23 G x 1" x 0.5 ml. auto bloqueable.	5 dosis de 0.5 ml cada dosis; vía intramuscular, en la región deltoidea de cualquier brazo. • 1ª dosis: primer contacto. • 2ª dosis: un mes después de la primera dosis. • 3ª dosis: seis meses después de la 2ª dosis. • 1er Refuerzo: 10 años después de la 3ª dosis. • 2do Refuerzo: 10 años después del 1er. Refuerzo.

Fuente. Adaptado por el Programa de Inmunizaciones del Position Paper OPS/OMS, 2014.

ESQUEMA ACELERADO CON TD PARA EMBARAZADAS MAYORES DE 15 AÑOS

que residen en municipios CON RIESGO para
Tétanos Neonatal (TNN)

Vacuna	Grupo a ser vacunado	Jeringa y aguja	Dosis, vía de administración e intervalo
Td	Embarazadas que residen en municipios con riesgo para TNN.	23 G x 1" x 0.5 ml auto bloqueable.	5 dosis de 0.5 ml cada dosis; vía intramuscular, en la región deltoidea de cualquier brazo <u>1ª dosis:</u> primer contacto. <u>2ª dosis:</u> un mes después de la 1ra. dosis. <u>3ª dosis:</u> seis meses después de la 2ª dosis. <u>1er. Refuerzo:</u> 1 año después de la 3ª dosis. <u>2do Refuerzo:</u> 1 año después del 1er refuerzo.

Fuente. Adaptado por el Programa de Inmunizaciones del Position Paper OPS/OMS, 2014

ESQUEMA DE VACUNACIÓN CON Td PARA EMBARAZADAS MENORES DE 15 AÑOS DE EDAD

Según esquema de vacunación	Aguja y Jeringa	Dosis, vía de administración e intervalo
Completo	23 G x 1" x 0.5 ml. auto bloqueable.	Administrar un refuerzo.
Incompleto		Continuar y completar esquema según cuadro: Esquema de Vacunación con Td para Embarazada Mayor de 15 años de edad (con o sin riesgo).
Sin antecedente		Iniciar esquema según cuadro: Esquema de vacunación con Td para Embarazada Mayor de 15 años de edad.

Fuente. Adaptado por el Programa de Inmunizaciones del Position Paper OPS/OMS, 2014.

Nota: Completado esquema continuar con refuerzos cada 10 años. Todas las dosis de vacunas deben ser registradas en el carné y sigsa 5b.

Vacunación contra influenza en embarazadas

La vacunación contra la influenza en el embarazo se considera segura en cualquier trimestre. Esta recomendación se fundamenta no sólo en el posible curso grave de la gripe durante el embarazo, sino también para proteger a los lactantes contra la gripe durante sus primeros meses de vida, cuando son más vulnerables, ver cuadro siguiente:

VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA EN EMBARAZADAS

Grupo objetivo	No. de dosis a administrar	Dosis, Aguja y Jeringa	Vía de administración
Embarazadas	Una dosis	Dosis: 0.5 ml. vacuna contra influenza para adulto. Utilizar de 23 G x 1" x 0.5 ml.	Vía: IM, región deltoidea, dos dedos abajo del hombro en cualquiera de los brazos.

Fuente. Centro de Control de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), OPS/OMS.

Nota. Registrar en formulario 5b anexo e ingresar a módulo "Otros Grupos".

Orienta sobre

- La importancia de sus citas para atención durante el embarazo y el puerperio.
- La importancia del acompañamiento de su cónyuge, promoviendo la paternidad y maternidad responsable, de no ser posible, acompañarse de una persona de confianza.
- La necesidad de llevar una pequeña maleta con ropa para la madre y

su recién nacida/o, además de llevar consigo su documento personal de identificación y carné de atención prenatal.

- Los signos y señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y en el neonato.
- La necesidad de un parto limpio y seguro, por proveedor calificado en un ambiente adecuado, para el manejo de las complicaciones obstétricas.
- Preparar plan de emergencia familiar:
 - Cómo preparar su plan de emergencia familiar y averiguar sobre plan de emergencia comunitario.
 - Identificar el establecimiento a donde va a acudir en caso de una complicación.
- Los cuidados de la madre y su recién nacida/o.
- Alimentación y suplementación con micronutrientes.
- La importancia de comer porciones más pequeñas y más frecuentes.
- Recomendar que se alimente según las “Guías Alimentarias para Guatemala”, haciendo énfasis en el consumo de alimentos ricos en hierro (hígado y otras vísceras, moronga, carne, pollo, frijol). Hojas de color verde intenso, acompañadas de una porción de cítricos, como naranja, jugo de limón, mandarina, lima o piña).
- Importancia de la salud buco dental.
- La prevención de violencia sexual, familiar, depresión, consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, y otras drogas) y medicamentos.
- La importancia y prácticas adecuadas de lactancia materna, que deben ser.
 - Apego inmediato después del parto.
 - Practicar el alojamiento conjunto y lactancia a libre demanda de la niña o el niño, tanto de día como de noche.
 - Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida de la niña o niño.
 - Introducción de alimentos a partir del sexto mes de vida.
 - Continuar la lactancia materna hasta los dos años o más.
 - Opciones para mantener la lactancia incluso si es necesario separarse de sus hijas o hijos (ejemplo madre trabajadora o en circunstancias especiales).

- La planificación familiar (espaciamiento intergenésico óptimo de 3 a 5 años) e involucrar al hombre (cónyuge) en la planificación familiar y en los proyectos de vida.
- La prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) incluyendo Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sífilis y hepatitis B.
- El uso de condones como método dual (prevención de embarazos no planificados y de algunas ITS incluyendo VIH).

Atención prenatal de la adolescente

- La atención prenatal de la adolescente debe cumplir las mismas acciones preventivas de una mujer adulta, haciendo énfasis en los siguientes aspectos:
- Atención diferenciada a la adolescente embarazada.
- Detección de factores protectores y factores de riesgo, ver cuadro siguiente:

FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Factores protectores	Factores de riesgo
• Apoyo de la familia y de la pareja. • Apoyo de las redes sociales comunitarias. • Continuar con la educación formal (escolarizada). • Aceptación del embarazo. • Estado de salud y nutrición adecuada.	• Edad menor o igual a 14 años. • Sin apoyo de pareja y/o familia. • Baja escolaridad. • Pobreza. • No aceptación del embarazo. • Problemas de salud asociados. • Embarazo producto de abuso sexual. • Situación de calle. • Consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas) y de bebidas energéticas. • Conductas sexuales de riesgo. • Antecedentes ginecológicos y obstétricos que afecten el embarazo.

Fuente. Programa de Adolescencia y Juventud. Guatemala; 2017.

- Cambios físicos y corporales en los diferentes trimestres del embarazo.
- Preparación psicológica y física de la adolescente para el nacimiento de la o el recién nacido.
- Alimentación durante el embarazo.
- Actividad física durante el embarazo y posparto tardío.
- Información y educación para el autocuidado, lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria.
- Crianza de la niña o el niño y proyecto de vida.
- Prevención del consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas) y de bebidas energéticas.
- Sexualidad y afectividad.
- Paternidad y maternidad responsable.
- Estímulo de conductas que favorezcan el apego entre madre hija(o).
- Anticoncepción después del parto.
- Prevención de ITS, VIH y SIDA.
- Referencia para una atención integral (salud mental, trabajo social, nutrición y otros).

Nota. Las embarazadas menores de 14 años deben ser consideradas de alto riesgo por lo que deberán referirse a un servicio de salud con personal de ginecoobstetricia, salud mental, trabajo social y nutrición.

Promoción de la salud para adolescentes

- Establecimiento, funcionamiento y seguimiento de espacios amigables.
- Fortalecimiento en la educación de pares.
- Fortalecimiento de la Educación Integral en Sexualidad (EIS), en coordinación con el Ministerio de Educación, como parte del desarrollo integral.
- Encuentros de adolescentes y jóvenes con las “Redes de Paternidad y Maternidad Responsable”.

Participación de la comadrona en la atención prenatal

La Política Nacional de Comadronas de los Cuatro Pueblos de Guatemala 2015-2025 indica que “El quehacer de la comadrona, se respalda en que toda persona tiene derecho a su identidad cultural, su lengua y sus

costumbres, lo cual está regulado en el artículo 58 de la Constitución de Guatemala; asimismo, el artículo 66, hace referencia a la protección de los grupos étnicos, al reconocimiento y el respeto de sus formas de vida, costumbres, tradiciones, organización social y su vestimenta. De igual manera, los artículos 93, 94, 95 y 98 enfatizan sobre el derecho a la salud; en tal sentido, se llama a respetar las diferencias culturales de las personas y sus pueblos. Esta visión se fortalece en el Marco de los Acuerdos de Paz que reconoce el compromiso del Estado de fomentar el estudio y rescate de la medicina tradicional indígena”. Por tal motivo:

- Valorice el papel de las comadronas en las comunidades.
- Recomiende a las comadronas referir a toda embarazada a recibir atención prenatal a nivel institucional, dando acompañamiento y seguimiento a indicaciones del personal de salud.
- Indique a la comadrona que debe referir a la embarazada al servicio de salud más cercano y apoyar a identificar señales de peligro.
- Recomiende realizar en su comunidad actividades relacionadas con la alimentación, descanso, orientación sobre planificación familiar, paternidad y maternidad responsable, entre otras.
- Informe a toda comadrona que deberá tener un carné de identificación, extendido por un servicio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que deberá ser renovado cada año.
- Informe a toda comadrona que debe asistir mensualmente a reuniones convocadas por el servicio de salud para compartir conocimientos con otras comadronas y con la o el proveedor de servicios de salud de la localidad.

PARTO

Atención calificada del parto

- Asegure que haya privacidad durante la atención del parto.
- Adecúe un ambiente limpio y seguro, así como garantice prácticas beneficiosas para un parto limpio y seguro:
 - Asegure disponibilidad de equipo estéril y un lugar limpio para la atención del parto.
 - Mantenga a la mujer con ropa limpia así como sábanas y colchón limpios.
- Informe a la embarazada sobre lo que va a experimentar durante el parto y dé oportunidad a que exponga sus dudas, para que emocionalmente esté preparada para enfrentar ese momento de manera natural, y fortalecida con la información previa.
- Motive para que enfrente positivamente el momento del parto.
- Permita el acompañamiento por un familiar, persona de confianza o comadrona en el momento del parto normal, si la infraestructura del servicio lo permite y respetando la privacidad de otras pacientes.
- Deje que la mujer camine si así lo desea, (respetando criterios obstétricos).
- Permita y/o apoye a que tome líquidos, culturalmente permitidos y que no afecten negativamente a la madre y al feto.
- Utilice el partograma adecuadamente, debiendo iniciar su uso en la fase activa del trabajo de parto, cuando el cuello uterino tenga 4 centímetros de dilatación, ver Anexo No. 4 de este módulo.
- No rasure el área perineal.
- No realice enema evacuador.
- Recuerde que la episiotomía es restringida.
- Pince el cordón umbilical oportunamente (1 a 3 minutos después del parto). En caso que se requiera reanimación neonatal inmediata, ocurra rotura o desgarro del cordón, madre con VIH o hepatitis B; pince y córtelo de inmediato.
- Aplique el Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP), ver Anexo No.3 de este módulo.
- Coloque a la o el recién nacido, piel a piel sobre el abdomen de la

madre y favorezca el apego inmediato y la lactancia materna en la primera media hora de vida.

- Realice los cuidados rutinarios del neonato, después del apego inmediato.
- Identifique la aparición de complicaciones maternas y neonatales y tome las acciones inmediatas, de ser necesario refiera a un servicio con mayor capacidad resolutive, si no existe la capacidad a nivel local.
- Comunique a la madre el estado de la o el recién nacido, sexo, peso, longitud y hora de nacimiento.
- Anote en el libro de registro de nacimientos.
- Respete las costumbres locales y en caso de ser requerida la placenta, haga los procedimientos necesarios, siguiendo las normas de bioseguridad. Si existiera alguna enfermedad infecto contagiosa, explique que la entrega de la placenta no será posible, teniendo cuidado de respetar la confidencialidad de la madre.
- Registre en SIGSA.

Refiera a un establecimiento de mayor capacidad resolutive a toda embarazada con las siguientes características

- Primigestas, si el parto no se resuelve en 12 horas.
- Multípara, si el parto no se resuelve en 8 horas.
- Alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal.
- Situación y presentación fetal anormal.
- Si la placenta no sale 30 minutos después del parto.
- La referencia de mujeres en trabajo de parto debe ser de acuerdo a la evolución del partograma, (ver anexo No.4 de este módulo).

Atención diferenciada del parto en la adolescente

- Informe a la adolescente embarazada sobre lo que va a experimentar durante el parto y dé oportunidad a que exponga sus dudas, para que emocionalmente esté preparada para enfrentar ese momento de manera natural, y fortalecida con la información recibida.
- Dé trato diferenciado (edad, etnia y nivel de escolaridad).
- Toda embarazada menor de 14 años debe referirse a un servicio de salud que ofrezca atención con obstetra, salud mental, trabajo social y nutrición.

- La resolución del evento obstétrico en menores o igual a 12 años debe ser por medio de una operación cesárea.
- En embarazadas de 12 a 14 años, evalúe oportunidad de parto vía vaginal por obstetra y asegure analgesia de parto y el acompañamiento de familiar y psicóloga/o.

Nota. Recuerde que la adolescente no ha llegado a la plenitud de su madurez física y emocional por lo que requiere que la guíen y acompañen durante todo el trabajo de parto, de preferencia en su idioma materno.

PUERPERIO CIE-10-Z39

El puerperio se clasifica en: inmediato (primeras 24 horas), mediano (de 2 a 7 días) y tardío (de 8 a 42 días). De acuerdo a las horas o días posteriores al parto, proceda de la siguiente manera:

Vigilancia del puerperio inmediato: primeras 24 horas

Conducta/tratamiento

- Tome signos vitales cada 15 minutos, durante 2 horas y luego cada 30 minutos por 2 horas más.
- Vigile estado de conciencia.
- Asegure que el útero se encuentre involucionado, palpándolo cada 15 minutos, asegurándose que esté duro y debajo del ombligo (globo de seguridad de Pinard) y que no haya hemorragia vaginal.
- Pregunte, observe y verifique que no presente signos y síntomas de peligro:
 - Hemorragia vaginal, convulsiones, cefalea fuerte, visión borrosa, o dolor fuerte en la boca del estómago.
 - Dificultad para respirar.
 - Temperatura mayor de 38° C.
 - Ausencia de involución uterina.
 - Desgarros en región perineal.

- Hipertensión arterial (sistólica igual o mayor a 140 mm de Hg, diastólica igual o mayor a 90 mm de Hg).
- Hipotensión arterial, ver “Clasificación del Choque Hipovolémico con Base a Parámetros Clínicos”, en cuadro de hemorragia posparto, página 34.
- Si presenta signos y síntomas de peligro, debe actuar de la manera siguiente:
 - Estabilice.
 - Inicie tratamiento de acuerdo al problema encontrado.
 - Refiera a un servicio de salud con mayor capacidad resolutive si no se cuenta con los recursos necesarios para atenderla.
- Promueva el alojamiento conjunto madre-hija (o) durante las 24 horas, (tanto de día como de noche).
- Apoye a la madre para reconocer las señales de hambre, posición y agarre adecuados, explicándole las ventajas de la lactancia materna temprana y exclusiva, a demanda de día y de noche, opciones para mantener la lactancia incluso si es necesario separarse de sus hijas o hijos (ejemplo madre trabajadora o en circunstancias especiales).
- Brinde información, consejería y oferte métodos de planificación familiar de acuerdo a criterios de elegibilidad.
- Programe cita a la primera semana del puerperio.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia, si ese fuera el caso.

Oriente sobre

- Las señales de peligro y explique a la madre, a su cónyuge o acompañante que regrese al servicio para ayuda y tratamiento en caso de presentar alguna señal de peligro.
- Las diferentes posiciones para dar de mamar.
- La importancia de consumir líquidos para satisfacer su sed.

Atención del puerperio mediato (de 2 a 7 días) y del puerperio tardío (de 8 a 42 días)

Conducta/tratamiento

- Detecte signos y síntomas de peligro:
 - Hemorragia vaginal.
 - Cefalea fuerte, visión borrosa, o dolor fuerte en la boca del estómago.
 - Dificultad para respirar.
 - Temperatura mayor de 38 °C.
 - Secreción vaginal o sangrado con mal olor.
 - Dolor o ardor al orinar.
 - Hipertensión arterial (sistólica igual o mayor a 140 mm de Hg, diastólica igual o mayor a 90 mm de Hg).
- Estabilice si presenta signos y síntomas de peligro e inicie tratamiento de acuerdo al problema encontrado y refiera a un servicio con mayor capacidad resolutive, si no se cuenta con los recursos necesarios para atender a la madre.
- Fortalezca en la madre la información para reconocer en su hija o hijo: las señales de hambre, posición y agarre adecuados, explicándole las ventajas de la lactancia materna temprana y exclusiva durante los primeros seis meses de vida, cada vez que la niña o niño quiera (a demanda), tanto de día como de noche y las opciones para mantener la lactancia incluso si es necesario separarse de su hija o hijo (ejemplo madre trabajadora o en circunstancias especiales).
- Suplemente con sulfato ferroso y ácido fólico, por vía oral durante 6 meses posparto (ver tabla de suplementación en atención prenatal. página 14) y clasificar como CIE-10 - Z39
- Realice exámenes de laboratorio si el caso lo amerita y oferte VDRL, VIH y hepatitis B, si la madre no se tamizó durante el embarazo.
- Revise esquema de inmunizaciones si no se captó durante la atención prenatal y si no está vacunada, administre según esquema descrito en la atención prenatal “vacunación con Td en embarazadas” .Página 16

- Salud bucodental: referir a personal odontológico para evaluación, atención oportuna y preventiva.
- Prevención de cáncer cérvicouterino: oriente a que se realice Papanicolaou o IVAA, a los 40 días posparto, si no se lo ha efectuado.
- Problemas emocionales: en el puerperio las pacientes con psicosis, depresión severa o ansiedad, deben ser referidas para atención especializada.
- Informe a la pareja y familia sobre el acompañamiento y cuidados de la o el recién nacido.
- Planificación familiar:
 - Oferte todos los métodos anticonceptivos disponibles en los servicios de salud (naturales, orales, de barrera, de larga duración y quirúrgicos).
 - Asegure que la paciente y su pareja tomen una decisión voluntaria e informada sobre el método anticonceptivo que más se adecúe para ellos, a través de la consejería balanceada, (ver “Guía Nacional de Planificación Familiar”).
 - Provea métodos de planificación familiar con base a criterios médicos de elegibilidad, tomando en cuenta la protección de la lactancia materna exclusiva.
 - Haga participe al esposo/conviviente para que también él apoye directamente en la planificación familiar.
 - Registre en SIGSA.
 - Dé seguimiento a la contrarreferencia, si ese fuera el caso.

Oriento sobre

- Las señales de peligro y explique que busque ayuda en caso de presentar alguna de estas señales.
- La importancia del control en el puerperio y de la o el recién nacido.
- Vigilar por señales de depresión posparto.
- Los beneficios de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida. No dar ningún otro alimento ni bebida.
- Los cuidados e higiene personales. No es necesario lavar los pezones con agua y jabón antes de cada mamada.

- La alimentación con base en las “Guías Alimentarias para Guatemala”.
- Suplementación con micronutrientes en la misma cantidad y frecuencia que durante el embarazo (ver tabla de “suplementación con micronutrientes” en embarazo página 14 por un periodo de 6 meses.
- Alimento complementario a madre en período de lactancia, (6 meses post-parto) y tomar en cuenta la frecuencia y cantidad de alimento complementario entregado, para complementar sus requerimientos nutricionales, según las estrategias nacionales, departamentales, municipales y locales.
- La paternidad y maternidad responsable.
- La planificación familiar, el espaciamiento intergenésico (entre cada embarazo).
- Los riesgos del uso de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas) bebidas energéticas y medicamentos durante la lactancia.
- Prevención de violencia sexual e intrafamiliar.
- Fortalecer los factores protectores a las madres adolescentes. Es importante reforzar la consejería para su auto cuidado, previniendo otro embarazo. De ser posible, involucrar a la familia como factor protector.

III. DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA

HEMORRAGIA OBSTÉTRICA CIE-10-O45, O46, O67, O70, O71, O72

Es la pérdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse durante el embarazo, parto o en el puerperio, proveniente de genitales internos o externos. La hemorragia puede ser hacia el interior (cavidad peritoneal) o al exterior (a través de la vagina).

HEMORRAGIA OBSTÉTRICA MASIVA

Se define así a la pérdida de todo el volumen sanguíneo en un período de 24 horas o una pérdida sanguínea que requiera la transfusión de más de 10 unidades de sangre en un período de 24 horas. También se define como la pérdida de más del 50 % del volumen sanguíneo en un período de 3 horas o una pérdida de más de 150 ml/minuto por 20 minutos. En esta situación es necesaria la transfusión masiva (TM) de los 3 hemocomponentes de la sangre en cantidades equiparables (células empacadas, plasma fresco y plaquetas), en proporciones: 1:1:1.

HEMORRAGIA POSPARTO CIE-10-O72

Clínicamente se define así a cualquier pérdida de sangre que tenga el potencial de producir o que produzca inestabilidad hemodinámica o una pérdida de sangre estimada de más de 500 ml después de un parto vaginal o mayor a 1000 ml después de una cesárea, incluso una pérdida menor, pero asociada a signos de choque (shock).

FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

CAUSAS	FACTORES DE RIESGO
ATONÍA UTERINA	- Sobre-distensión uterina: - Polihidramnios. - Embarazo múltiple. - Macrosomía fetal (feto muy grande). - Trabajo de parto precipitado o prolongado. - Corioamnionitis (infección de membranas y líquido amniótico). - Miomatosis uterina (masas o tumores en el útero). - Alteraciones anatómicas uterinas. (Polisistolía) sobre estimulación con uterotónicos (oxitocina). - Gran multiparidad. - Mola hidatidiforme.
RUPTURA UTERINA	- Embarazo múltiple. - Presentación fetal anormal. - Mal uso de oxitócicos u otro uterotónico. - Cicatriz uterina: cesáreas o miomectomías (extirpación de miomas). - Maniobras uterinas externas o internas.
INVERSIÓN UTERINA	- Tracción violenta del cordón o no hacer contra tracción de la cara anterior del útero. - Acretismo placentario (adherencia anormal de la placenta al útero). - Cordón umbilical corto. - Sobre-distensión uterina: polihidramnios (aumento de la cantidad de líquido amniótico), embarazo múltiple o macrosomía fetal.
RETENCIÓN DE RESTOS Y/O TRASTORNOS DE ADHERENCIAS PLACENTARIAS (ACRETISMO PLACENTARIO)	- Alumbramiento incompleto (restos de placenta). - Placenta previa. - Cirugías uterinas: cesárea, miomectomía (extracción de miomas), legrado uterino. - Miomatosis uterina. - Adherencia anormal de la placenta. - Lóbulo placentario aberrante (lóbulo extra).

LESIONES DEL CANAL DE PARTO

Los diferentes tipos de lesiones corresponden a:

- Desgarros cérvico-vaginales.
- Desgarros complejos.
- Hematomas de la fosa isquio-rectal. (fondo de saco).
- Hematomas del ligamento ancho.
- Rotura segmentaria.
- Roturas complejas.
- Hematomas peri-uterinos.
- Ruptura útero-cervical.
- Desgarros perineales.
- Hematomas vulvo-perineales.
- Dilatación cervical manual.
- Parto con aplicación de fórceps.
- Macrosomía fetal.
- Parto precipitado.
- Presentación y situación fetal anormal.

CAUSAS

**COAGULOPATÍAS
HEREDITARIAS O
ADQUIRIDAS**

**TRATAMIENTOS
ANTICOAGULANTES
O CON
ANTIAGREGANTES
PLAQUETARIOS**

FACTORES DE RIESGO

- Complicación de los trastornos hipertensivos del embarazo Síndrome de HELLP (hemólisis elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia).
- Desprendimiento placentario.
- Más de 6 semanas de muerte fetal, independientemente de la edad gestacional.
- Sepsis.
- Embolia de líquido amniótico, (interrupción repentina del flujo de sangre).
- Fallo en los factores de coagulación (coagulopatía por consumo y dilucional).

Fuente. MSPAS, PNSR, "Manual de Código Rojo" para el manejo de la Hemorragia Obstétrica, Guatemala, segunda edición, 2014.

Signos y síntomas

- Choque (shock) hipovolémico, que es la condición producida por la rápida y significativa pérdida del volumen sanguíneo, provocando consecuentemente:
 - Inestabilidad hemodinámica.
 - Disminución de la perfusión tisular.
 - Intercambio gaseoso.
 - Hipoxia celular.
 - Daño a órganos.
- Para clasificar el choque (shock) hipovolémico, básiase en la tabla siguiente:

Perdida de volumen en ml	Estado de conciencia	Perfusión	Pulso (latidos/minuto)	Presión arterial sistólica (mmHg)	Grado de choque
500-1000 ml	Normal	Normal	60-90	Mayor de 90	Ausente
1000-1500 ml	Ansiedad	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve
1500-2000 ml	Ansiedad, confusión mental	Palidez, frialdad, sudoración	101-120	70-79	Moderado
Mayor de 2000 ml	Confusión mental, letárgica o inconsciente	Palidez, frialdad, sudoración, llenado capilar mayor de 3 segundos	Mayor de 120	Menor de 70	Severo
El grado de choque hipovolémico lo establece el parámetro más alterado					

Fuente. Fescina R, De Mucio B, Ortiz El, Jarkin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Paraguay; 2012.

Conducta/tratamiento

- Prioridades en el manejo
 - Restaure y mantenga el volumen sanguíneo con la rápida infusión de soluciones cristaloides a través de un acceso venoso de grueso calibre.
 - Mantenga el adecuado transporte de oxígeno a los tejidos con el reemplazo rápido de las pérdidas de sangre a través de la transfusión de células empacadas.
 - Mantenga la hemostasia y detenga el sangrado.
- Clasifique el choque (shock) hipovolémico en base a parámetros clínicos según la tabla anterior.
- Active código rojo de acuerdo al cuadro siguiente:

SECUENCIA DEL CÓDIGO ROJO

Etapas	Tiempo en minutos
Activación.	minuto cero
Reanimación y diagnóstico.	1 al 20
Tratamiento dirigido.	20 al 60
Tratamiento avanzado.	60 en adelante

Fuente. MSPAS, PNSR, “Manual de Código Rojo” para el manejo de la Hemorragia Obstétrica, Guatemala, segunda edición, 2014

- Coloque Traje Antichoque No Neumático (TANN).
- Inicie estrategia OVM (oxígeno, vías, monitoreo), de acuerdo al cuadro siguiente:

ESTRATEGIA OXÍGENO, VIAS, MONITOREO (OVM)

Oxígeno	Suministrar oxígeno con máscara con reservorio a 8 litros por minuto o con cánula nasal a 3 litros por minuto.	
Vías venosas	- Canalice dos venas periféricas (una en cada brazo) con catéter #14, 16 o #18 (catéter #18 permite paso de soluciones 105 ml por minuto, el #16 a 210 ml por minuto y el #14 315 ml por minuto). - Tome muestras para exámenes de laboratorio: hemoglobina y hematocrito, compatibilidad, tiempo de protrombina y parcial de tromboplastina, retracción del coágulo (Test de Weimer).	
Monitoreo de signos vitales y excreta urinaria	Parámetro	Objetivo de reanimación
	Frecuencia cardíaca.	Entre 60 y 90 por minuto.
	Frecuencia respiratoria.	Entre 12 y 20 por minuto.
	Presión arterial sistólica.	Entre 90 y 100 mm Hg.
	Temperatura.	Entre 36° y 37°centígrados. Evitar la hipotermia.
	Saturación de oxígeno.	Entre 90 y 92 %.
	Excreta urinaria, coloque sonda de Foley.	Mayor o igual a 30 ml por hora.

Fuente. MSPAS, PNSR, “Manual de Código Rojo” para el manejo de la Hemorragia Obstétrica, Guatemala, segunda edición, 2014.

- La reposición con volumen debe de ser con solución Hartman o salina normal, colocando bolus de 300 ml y evaluando la respuesta luego de cada 300 ml infundidos ya que la reposición de la volemia es adecuada si se cumplen los 4 requisitos siguientes:
 - Presión arterial sistólica: igual o mayor a 90 mm de Hg.
 - Excreta urinaria: mayor de 30 ml por hora o 0.5 ml/kg/hora.
 - Temperatura: mayor de 35 °C.
 - Llenado capilar en las uñas: menor de 3 segundos.
- Al normalizar todos los parámetros anteriores, debe suspender los bolus de 300 ml de soluciones cristaloides y continuar en infusión de los líquidos intravenosos a una velocidad de 50 gotas por minuto o 150 ml/hora en Bomba de Infusión Continua (BIC) si está disponible.
- No dé líquidos por vía oral a la paciente.
- Cubra a la paciente con una frazada o manta para mantener la temperatura corporal estable.
- Identifique la causa del sangrado y diagnostique de acuerdo al cuadro siguiente:

CAUSAS DE SANGRADO DURANTE EL EMBARAZO

PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE	POSPARTO
• Aborto y sus complicaciones • Embarazo ectópico. • Mola hidatidiforme	• Aborto y sus complicaciones. • Placenta previa. • Desprendimiento de placenta. • Ruptura uterina	Nemotécnico 4T • Tono (atonía uterina). • Tejidos (retención de restos placentarios). • Trauma (lesiones del canal de parto). • Trombina (alteraciones de la coagulación).

Fuente. MSPAS, PNSR, "Manual de Código Rojo" para el manejo de la Hemorragia Obstétrica, Guatemala, segunda edición, 2014.

- **Inicie tratamiento dirigido**

- Si la hemorragia se presenta durante cualquier trimestre del embarazo, dé tratamiento dirigido con base a la causa, (consulte la “Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal Calificada con Enfoque de Género y Pertinencia Cultural”).
- Si la hemorragia se presenta en el posparto, dé tratamiento dirigido con base a la causa y descritos en los cuadros siguientes:

TRATAMIENTO DIRIGIDO EN CASO DE HEMORRAGIA POSPARTO

Tono 70 %	Tejido 20 %	Trauma 9 %	Trombina 1 %
- Masaje uterino. - Compresión bimanual. - Compresión aórtica. - Fármacos uterotónicos.	- Revisión de cavidad uterina. - Legrado uterino instrumental.	- Corregir inversión uterina. - Reparar lesiones de canal de parto. - Descartar ruptura uterina.	Revertir coagulación, reemplazando factores de coagulación.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Oxitocina: 20 unidades en 1,000 ml de cristaloides (solución salina 0.9 % o solución de Hartman) a 60 gotas por minuto o 125 ml por hora en bomba de infusión continua (BIC) si está disponible. No utilizar bolus, puede producir hipotensión arterial.

Metilergonovina: 0.2 mg vía intramuscular (IM), dosis única. No utilizar vía intravenosa (IV), puede producir aumento de la presión arterial. No usar en preeclámpticas ni en pacientes con cardiopatías.

Prostaglandina sintética E1 (misoprostol): 800 microgramos transrectales (4 tabletas de 200 microgramos).

COMPRESIÓN MECÁNICA.

Compresión manual uterina (mansaje bimanual).

Taponamiento de la cavidad uterina.

Balón hidrostático intrauterino (condón con sonda de Foley).

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

SUTURAS COMPRESIVAS.	Técnica de B-Lynch, Ho-Cho.
LIGADURAS VASCULARES.	Ligadura de arterias uterinas, ováricas, hipogástricas.

RESECCIÓN DE ÓRGANO REPRODUCTOR.

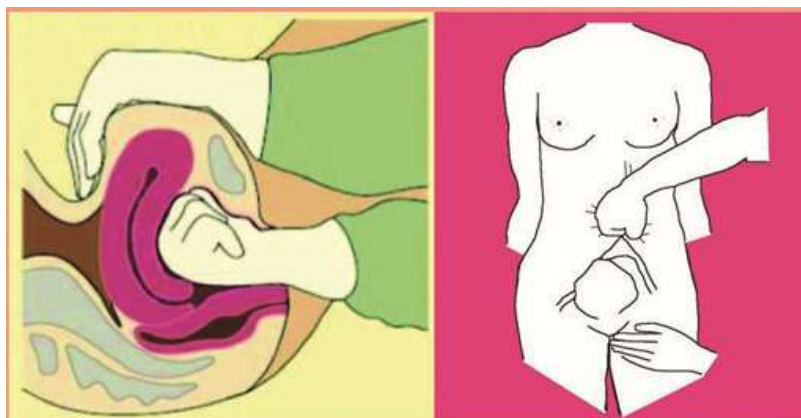
Histerectomía subtotal: se asocia desde el punto de vista técnico con menos tiempo quirúrgico, facilidad técnica y menor sangrado.

Histerectomía total: puede requerirse en casos cuando se asocia a acretismo placentario (placenta adherida anormalmente en una parte o de la totalidad de la placenta a la pared del útero), laceraciones del cuello, etc.

Fuente. MSPAS, PNSR, “Manual de Código Rojo” para el manejo de la Hemorragia Obstétrica, Guatemala, segunda edición, 2014.

- Si el diagnóstico es por atonía uterina, se deben realizar las maniobras de hemostasia, como el masaje uterino permanente, los uterotónicos, las maniobras compresivas como el masaje uterino bimanual o la compresión externa de la aorta (basarse en la figura siguiente) y tratamiento quirúrgico.

COMPRESIÓN BIMANUAL Y COMPRESIÓN AÓRTICA



Fuente. MSPAS, PNSR, “Manual de Código Rojo” para el manejo de la Hemorragia Obstétrica, Guatemala, segunda edición, 2014.

Al estabilizar a la paciente:

- Si es necesario refiera a un servicio de salud con mayor capacidad resolutive (para tratamiento avanzado).
- Llene adecuadamente hoja de referencia.
- Asegure el acompañamiento de un proveedor de salud calificado durante el traslado.
- Asegúrese de la recepción de la paciente, comunicándose vía telefónica o cualquier medio de comunicación.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Se consideran puntos importantes para disminuir la incidencia y/o gravedad de la hemorragia obstétrica los siguientes:

- Trate la anemia antes del parto con dosis de hierro y ácido fólico:
 - **Adolescente y adulta:** 2 tabletas de sulfato ferroso de 300 mg vía oral al día y una tableta de 5 mg de ácido fólico semanal, durante 3 meses.
 - Posteriormente continuar con la dosis semanal de hierro y ácido fólico en ambos casos.
- Confirmar la edad gestacional con la mayor precisión posible, con el objetivo de identificar las causas más frecuentes relacionadas a cada una de las etapas del embarazo.
- Identificar los factores de riesgo para hemorragia obstétrica con el fin de clasificar a la mujer con riesgo de sangrar desde su ingreso al servicio de salud.
- Hidratación oral durante el trabajo de parto.
- Acceso venoso de grueso calibre (No. 16 o No.18), de forma profiláctica.
- Uso del Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP). Su aplicación es obligatoria en todo tipo de parto vaginal o por cesárea.

Nota. Para mayores especificaciones en casos de manejo de la hemorragia obstétrica consulte el manual de “Código Rojo” 2014.

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo aparecen en la mayoría de casos al final del tercer trimestre de gestación, sin embargo, también se presentan en el segundo trimestre del embarazo y durante el puerperio. Se clasifican en 4 grupos, que tienen diferentes características pero que son muy parecidas clínicamente, considerando que es un mismo proceso fisiopatológico progresivo y no independiente. Estas son:

- Preeclampsia–eclampsia.
- Hipertensión gestacional.
- Hipertensión crónica.
- Hipertensión crónica más preeclampsia sobreagregada.

PREECLAMPSIA CIE-10-O14.9

Su definición involucra tres variables:

- Inicio después de la semana 20 de gestación, sin hipertensión previa.
- **Hipertensión** definida como presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm de Hg y/o diastólica mayor o igual a 90 mm de Hg (dos tomas separadas por cuatro horas de diferencia) o presión arterial sistólica mayor o igual a 160 mm de Hg y/o diastólica mayor o igual a 110 mm de Hg (una sola toma).
- **Proteinuria** definida como:
 - Relación de proteína/creatinina mayor o igual a 0.3 (ambos en mg/dl).
 - Proteinuria en orina de 24 horas de por lo menos 300 mg o más.
 - Más de 1 cruz (+) en la tira de orina si no se cuenta con los anteriores.

Se puede diagnosticar preeclampsia en ausencia de proteinuria, con la presencia de 1 o más de los siguientes criterios:

- Trombocitopenia: <100 mil plaquetas por mm^3 .
- Transaminasas elevadas: el doble de su valor normal.
- Creatinina: >1.1 mg/dl (o el doble del valor inicial sin insuficiencia renal crónica).
- Edema agudo de pulmón.
- Presencia de alteraciones visuales y/o cerebrales: (fosfenos, ceguera, cefalea, etc.).

CRITERIOS DE SEVERIDAD DE PREECLAMPSIA CIE-10-O14.1

- Presión sistólica mayor o igual a 160 mm de Hg.
- Presión diastólica mayor o igual a 110 mm de Hg.
- Trombocitopenia <100 mil plaquetas por mm^3 .
- Transaminasas elevadas el doble de su valor normal.
- Creatinina >1.1 mg/dl(o el doble del valor inicial sin insuficiencia renal crónica).
- Edema agudo de pulmón.
- Presencia de alteraciones visuales y/o cerebrales (fosfenos, ceguera, cefalea, etc.).

ECLAMPSIA CIE-10-O15

Es cuando se presentan convulsiones tónico-clónicas generalizadas que no se atribuyen a alguna otra causa, sino asociadas a algún trastorno hipertensivo del embarazo.

En la mayoría de los casos las convulsiones se presentan en las primeras 24 horas posparto, no obstante, se pueden presentar durante el embarazo y parto.

HIPERTENSIÓN CRÓNICA CIE-10-O10

Es cuando se presenta presión arterial mayor o igual a 140/90 mm de Hg en 3 situaciones:

- Hipertensión crónica conocida o con historia de tal complicación antes del embarazo.
- Hipertensión diagnosticada por primera vez durante las primeras 20 semanas del embarazo.
- Hipertensión que persiste más de 8 semanas posparto.

HIPERTENSIÓN CRÓNICA MÁS PREECLAMPSIA SOBRE AGREGADA CIE-10-O11

En toda embarazada con diagnóstico de hipertensión crónica a la cual, luego de 20 semanas de embarazo, se le suma una preeclampsia. Se debe sospechar preeclampsia sobre agregada en personas hipertensas crónicas, cuando exista proteinuria después de las 20 semanas de embarazo y/o se agrega alguna de las siguientes condiciones:

- Aumento súbito de la presión arterial o necesidad de más dosis de medicamentos antihipertensivos cuando ha sido controlada con dosis menores.
- Manifestación súbita de síntomas o signos.
- Descenso de plaquetas < 100 mil por mm^3 .
- Síntomas manifiestos como dolor en hipocondrio derecho (debajo de la costilla) o epigastralgia (en boca del estómago).
- Desarrollo de edema agudo de pulmón.
- Desarrollo de insuficiencia renal (creatinina > 1.1 mg/dl o elevación del doble de su valor basal en ausencia de patología renal).
- Proteinuria con aumento de excreción, aumento repentino o aparecimiento primario.

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL CIE-10-O13

Cuando se presenta hipertensión arterial después de la semana 20 de gestación y ausencia de proteinuria. Esta puede progresar a preeclampsia desde el momento que aparece algún criterio de la misma. La falta de normalización de la presión arterial luego del posparto cambia el diagnóstico a hipertensión crónica.

MEDIDAS BÁSICAS DE APOYO EN PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

PREECLAMPSIA

- Administre oxígeno de ser necesario.
- Coloque sonda Foley y mida excreta urinaria cada hora.
- Control de ingesta y excreta
- Monitoree signos vitales (presión arterial y frecuencia respiratoria)
- Toma de muestras de laboratorio.
- Evalúe la edad gestacional y bienestar fetal.
- Inicie sulfato de magnesio.
- Evalúe uso de antihipertensivos: con P/A $\geq 160/100$ mm de Hg.
- Busque criterios de severidad.
- Interrupción del embarazo.

ECLAMPSIA

- Evite aspiración, y coloque de lado a la persona. Proteja la vía aérea con bajalenguas
- Administre oxígeno en cánula nasal a 3 litros por minuto o mascarilla con reservorio a 8 litros por minuto y mantenga la vía aérea permeable (medir oximetría de pulso para control de hipoxia).
- Utilice antihipertensivos con P/A mayor o igual a 160/110 mm de Hg.
- Evite lesiones maternas durante la convulsión asegurando el entorno donde se encuentre la paciente (no intentar abolir o acortar la convulsión inicial).
- Evite estimulación sensorial.
- Inicie sulfato de magnesio.
- Interrupción de embarazo por parto vaginal o cesárea según Bishop y condición materno- fetal.
- Monitoree signos vitales, especialmente la presión arterial.

Fuente. MSPAS, PNSR, "Manejo de trastornos Hipertensivos en el Embarazo, 2015

- En caso de embarazo colocar en decúbito lateral izquierdo.
- Coloque sonda Foley.
- Control de ingesta y excreta.
- Canalice vía periférica.
- Tome de muestras de laboratorio.
- Evalué la edad gestacional y bienestar fetal.

Fuente. MSPAS, PNSR, *Manejo de los Trastornos Hipertensivos en el Embarazo*, 2015.

Conducta/tratamiento

- Utilice los principios fundamentales del manejo y tratamiento de la preeclampsia-eclampsia: una vez se tenga claro el diagnóstico de preeclampsia-eclampsia, el personal de salud debe tener claras las medidas básicas de apoyo descritas en la tabla anterior.
- Administre sulfato de magnesio:
 - El sulfato de magnesio se debe iniciar desde que se haga el diagnóstico de preeclampsia-eclampsia.
 - Si se diagnostica durante el embarazo, iniciar impregnación y debe administrarse hasta 24 horas después de la resolución del embarazo.
 - Si se diagnostica en el puerperio preeclampsia, se debe iniciar desde su diagnóstico hasta 24 horas después de iniciado el tratamiento y en el caso de eclampsia deberá mantenerse por 24 horas a partir del último evento convulsivo.

Nota. El sulfato de magnesio es el medicamento necesario y primordial para evitar el inicio de convulsiones o su recurrencia.

PRESENTACIÓN Y CONCENTRACIÓN DE LAS AMPOLLAS DE SULFATO DE MAGNESIO

Presentación Ampolla	Concentración	Cantidad en gramos
10 ml	10 %	1 gramo
10 ml	20 %	2 gramos
10 ml	50 %	5 gramos

Fuente. MSPAS, PNSR, *Manejo de los Trastornos Hipertensivos en el Embarazo*, 2015.

Para su administración, se divide en dosis de impregnación y dosis de mantenimiento, como se explica a continuación:

Dosis de impregnación

- Debe administrarse una dosis de 4 gramos de sulfato de magnesio, durante 15-20 minutos en una infusión intravenosa, diluidos en 50 ml de solución Hartman, solución salina, dextrosa al 5 % o agua tridestilada (tenga presente las concentraciones de sulfato de magnesio en las diferentes presentaciones).
- Cuando es un caso de preeclampsia severa o eclampsia, la impregnación por vía intravenosa es mandatoria.
- Cuando no esté disponible la administración intravenosa, se debe utilizar la vía intramuscular (IM) de la manera siguiente:
 - 5 gramos en cada glúteo para un total de 10 gramos. Conociendo de antemano que el efecto terapéutico es más lento que la inyección intravenosa y además es más dolorosa en su aplicación. Utilizar solo si la presentación del sulfato de magnesio es al 50 %, ver cuadro de dosis de impregnación, siguiente:

DOSIS DE IMPREGNACIÓN VÍA INTRAVENOSA DE SULFATO DE MAGNESIO

Concentración	Número de ampollas	Mezcla	Dosis de infusión
Ampolla de 10 ml al 10 %	Cuatro (4)	50 ml de solución de: lactato de Ringer, o solución salina normal o Dextrosa al 5 % o agua tridestilada	Pasar en 15 a 20 minutos
Ampolla de 10 ml al 20 %	Dos (2)		
Ampolla de 10 ml al 50 %	8 ml de la ampolla		

Fuente. MSPAS, PNSR, Manejo de los Trastornos Hipertensivos en el Embarazo, 2015

Dosis de mantenimiento

- Se debe usar una dosis de mantenimiento intravenosa (IV) a razón de 1 gramo por hora. La dilución dependerá de la concentración disponible.
- Para el mantenimiento intramuscular (IM) en casos donde no esté disponible la infusión intravenosa, se deberá utilizar 5 gramos cada cuatro horas.

DOSIS DE MANTENIMIENTO VÍA INTRAVENOSA DE SULFATO DE MAGNESIO

Concentración	Número de ampollas	Mezcla	Dosis de infusión
Ampolla de 10 ml al 10 %	10	500 ml de solución de lactato de Ringer o solución salina normal.	Vía IV 50 ml / h o 17 gotas/ minuto.
Ampolla de 10 ml al 20 %	5		
Ampolla de 10 ml al 50 %	2		

Fuente. MSPAS, PNSR, *Manejo de los Trastornos Hipertensivos en el Embarazo*, 2015.

- Evalúe cada 30 minutos reflejos osteotendinosos, frecuencia respiratoria y excreta urinaria, para vigilar intoxicación por sulfato de magnesio.
- En caso de intoxicación (disminución de la diuresis, alteración de los reflejos osteotendinosos, disminución de frecuencia respiratoria, paro respiratorio, bradicardia o paro cardíaco), se debe administrar como antídoto 1 gramo de gluconato de calcio (en 10 ml de solución al 10 %) vía intravenosa, lentamente por lo menos en 3 minutos.
- En caso de convulsiones persistentes se debe proceder de la manera siguiente:
 - Tratar con un bolus adicional de 2 gramos de sulfato de magnesio en un período de 5-10 minutos, y en caso presente otra convulsión,

se deberá administrar 2 gramos más, para un total de 4 gramos adicional a la dosis de carga.

- Estabilizar a la paciente y resolver el embarazo independientemente de la edad gestacional.
- En caso de crisis hipertensiva: se deben utilizar antihipertensivos solamente cuando las presiones sistólicas sean mayores o iguales a 160 mm de Hg o presiones diastólicas mayores o iguales a 110 mm de Hg.
- El objetivo será disminuir un máximo del 25 % los niveles de presión, la diastólica entre 90 y 110 y la sistólica entre 140 y 150 mm de Hg, nunca normalizarla.

MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA CRISIS HIPERTENSIVA

Medicamento	Vía	Dosis	Frecuencia	Máximo a usar
Hidralazina	Intravenosa	5 mg	Cada 15 minutos	30 mg
Nifedipina (tableta)	Oral	10 mg	Cada 15 minutos	50 mg

Fuente. MSPAS, PNSR, Manejo de los Trastornos Hipertensivos en el Embarazo, 2015.

Nota. El tratamiento definitivo de la preeclampsia o eclampsia es la resolución del embarazo.

Resolución del embarazo

- La vía de resolución del parto estará determinada por las características individuales de cada caso. La decisión se tomará cuando la persona se encuentre estabilizada. Para las mujeres con cualquier trastorno hipertensivo gestacional, el parto vaginal debe ser considerado la mejor opción a menos que una cesárea sea la única alternativa, (llenar consentimiento de la paciente o algún familiar o encargado).
- **Conducta posparto:** como ya se indicó, el tratamiento de la preeclampsia es la interrupción del embarazo. Sin embargo, algunas pacientes pueden debutar con trastorno hipertensivo en el periodo posparto y otras, con el diagnóstico realizado previamente, se pueden complicar con crisis hipertensivas, edema agudo de pulmón,



insuficiencia renal, eclampsia, síndrome de hemorragia cerebral y muerte materna (Síndrome de HELLP). Por tal motivo, toda paciente con trastorno hipertensivo debe ser vigilada muy de cerca durante el período posparto, en especial por la aparición de síntomas y/o criterios de severidad.

- En pacientes diagnosticadas con preeclampsia severa durante el embarazo, con el objetivo de prevenir eclampsia, se debe administrar sulfato de magnesio hasta 24 horas del posparto y en el caso de realizar el diagnóstico de preeclampsia severa en el puerperio, se debe iniciar inmediatamente sulfato de magnesio y mantenerlo por 24 horas. En pacientes con eclampsia deberá mantenerse por 24 horas a partir del último evento convulsivo utilizando las dosis y vías de administración mencionadas con anterioridad.

INFECCIONES MATERNAS PERINATALES

Las infecciones en el período perinatal representan un importante porcentaje de consultas en los servicios de salud. Estas infecciones pueden tener consecuencias discapacitantes a largo plazo. Varios factores pueden aumentar el riesgo de infecciones maternas perinatales, incluyendo problemas de salud preexistentes y condiciones espontáneas o intervenciones de proveedores de salud, durante el trabajo de parto y el parto. Las estrategias para reducir las infecciones maternas perinatales y sus complicaciones a corto y largo plazo se orientan principalmente a medidas preventivas en presencia de factores de riesgo.

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO CIE-10-O23

La Infección del Tracto Urinario (ITU) es considerada como la existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas.

Signos y síntomas

- Fiebre.
- Dolor suprapúbico (encima del pubis).
- Dolor lumbar (puño percusión lumbar positiva).
- Dolor de cabeza.
- Dolor y/o ardor al orinar.
- Náuseas y vómitos.
- Orina frecuente y escasamente (poliuria y polaquiuria).
- Escalofríos.
- Taquicardia materna y/o fetal.
- Malestar general.

Diagnóstico

La sospecha diagnóstica se obtiene con la realización de tira reactiva de orina. La presencia de leucocitos +, nitritos +, proteínas >1+ o hematíes >1+ con clínica, sugiere infección. De ser posible realice cultivo de orina para confirmar el diagnóstico (>100,000 unidades formadoras de colonias) y detectar resistencias en el antibiograma.

Conducta/tratamiento

- Trate con amoxicilina 500 mg, vía oral, cada 8 horas, durante 7 días.
- Acetaminofén 500 mg vía oral cada 6 horas durante 3 días.
- Si en tres días no hay mejoría clínica refiera al hospital. Llene hoja de referencia anotando fecha, hora de evaluación y medicamentos administrados.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a contrarreferencia.

Orientación sobre

- Señales de peligro.
- Higiene de genitales (no usar jabón ni ningún otro producto dentro de la vagina, después de orinar o defecar hay que limpiar la zona de la vulva desde la vagina hacia el ano).

INFECCIÓN PUERPERAL CIE-10-O85

Enfermedad causada por invasión de microorganismos patógenos a los órganos genitales externos o internos, después del aborto, parto o cesárea, y que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo, ocurridos durante la gestación. Usualmente por infección localizada dentro del útero, mamas o herida operatoria.

Signos y síntomas

- Fiebre (temperatura axilar mayor o igual a 38 °C).
- Taquicardia, frecuencia cardíaca (mayor a 90 por minuto).
- Malestar general.
- Loquios (flujo sanguinolento que sale del aparato genital) fétidos, color oscuro y aumentado en cantidad.
- Dolor abdominal bajo.
- Anorexia.
- Dificultad respiratoria (le cuesta respirar).

Conducta/tratamiento

- Descarte infección urinaria.
- Evalúe sub-involución uterina.
- Evalúe otros procesos infecciosos de acuerdo al perfil epidemiológico local.
- Examine las mamas por signos de mastitis (calor, rubor y dolor).
- Examine heridas operatorias (abdominales y episiotomía).
- Tome los signos vitales.
- Canalice con angiocath #16 o # 18.
- Inicie solución salina al 0.9 %.
- Coloque sonda de Foley.
- Si sospecha sub-involución uterina, agregue 20 unidades de oxitocina a la solución intravenosa.
- Inicie antibióticos:
 - Penicilina cristalina 3 millones de UI o ampicilina 2 gramos vía intravenosa (IV) inmediatamente, más.
 - Gentamicina 80 mg IV inmediatamente o amikacina 15 mg/kg/día, más.
 - Clindamicina 600 mg (IV) inmediatamente (STAT) o metronidazole 500 mg IV (STAT).
- Referir al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- Situación de la paciente e importancia de cumplir con la referencia.
- Cuidados de la solución durante el traslado.

MASTITIS

Congestión e inflamación de la glándula mamaria, puede ser uni o bilateral y que puede convertirse en un proceso infeccioso.

Nota. Si una mujer consulta por mastitis, sin estar embarazada ni en período de lactancia, deberá investigar cáncer de la mama.

MASTITIS POR CONDUCTO TAPADO O TAPONADO

CIE-10-091.2

Signos y síntomas

- Desarrollo gradual del problema.
- Aparición de un área roja localizada o masa de diámetro pequeño.
- Calor leve en el área roja (no siempre).
- Dolor localizado.
- Fiebre no mayor de 38 °C. axilar (no siempre).

Conducta/tratamiento

- Acetaminofén 500 mg, vía oral cada 6 horas, durante 3 días, para dolor y/o fiebre.
- Indique continuar con la lactancia.
- Indique realizar masaje suave en el área del conducto obstruido antes y durante el amamantamiento.
- Registre en SIGSA.

Orienta sobre

- Dar de mamar frecuentemente tanto de día como de noche.
- Si el pecho no se vacía después de dar de mamar, extraer la leche.
- Poner lienzos tibios en el área inflamada antes del amamantamiento.
- Indique que ofrezca primero el pecho afectado.
- Aumentar la frecuencia de las mamadas.
- Reposo en cama con la niña o niño.

MASTITIS POR INFECCIÓN BACTERIANA CIE-10-091.0

Signos y síntomas

- Síntomas repentinos y graves sin una causa aparente.
 - Fiebre mayor de 38°C (axilar), por más de 3 días.
 - Dolor de cuerpo.
 - Cansancio.
 - Malestar general.

- Área roja o endurecida en una o ambas mamas.
- Pezón agrietado o lastimado.
- Pus y sangre en la leche (no siempre).
- Estrías rojas que se extienden del lugar de la infección hacia atrás.

Conducta/tratamiento

- Trate con antibiótico:
 - **Primera elección:** dicloxacilina 500 mg, vía oral, cada 6 horas, durante 7 días.
 - **Segunda elección:** amoxicilina más ácido clavulánico 500 mg, vía oral, cada 8 horas, durante 7 días.
- Indique realizar masaje suave en el área afectada antes y durante el amamantamiento.
- Indique que ofrezca primero el pecho afectado.
- Indique reposo en cama con la niña o niño.
- Registre en SIGSA.

Orienta sobre

- No es necesario quitar la lactancia a la niña o niño durante este tiempo, esto podría empeorar el problema.
- Dar de mamar frecuentemente tanto de día como de noche, si el pecho no se vacía, extraer la leche, (manualmente o con tiraleche).
- Realizar masaje suave en el área afectada antes y durante el amamantamiento.
- Poner lienzos tibios en el área inflamada antes del amamantamiento.
- Ofrezca primero el pecho afectado.
- Importancia de terminar el tratamiento.
- Alternar ambos pechos en cada mamada, empezando con el pecho afectado para ayudar a que la leche fluya.
- Ingesta de abundantes líquidos.

Para prevenir la mastitis se recomienda

- Apoyar a la madre para una posición y succión correcta, (ver técnica en Módulo de Neonato, página 103).
- Alimentar a la niña o niño con lactancia materna cada vez que tenga hambre, tanto de día como de noche.
- Permitir que la niña o niño succione cada pecho hasta que sienta el pecho blando.

- Evitar el uso de ropa apretada y brasieres con ballenas o cualquier artículo que haga presión sobre el pecho, por ejemplo correas de pañaleras o mochilas.
- Evitar dormir boca abajo.

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MADRE-HIJA/O, O TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH, SIFILIS Y HEPATITIS B

VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO CIE- 10-O98.7

Atención prenatal

- Respete la percepción que la mujer tiene sobre aspectos de la sexualidad y proceso reproductivo (embarazo, parto, puerperio).
- Oferte la prueba rápida de VIH con orientación pre y post prueba con consentimiento informado y firmado. Utilice el idioma materno o solicite un traductor. Indicar que es necesario que también su pareja se realice la prueba de VIH.
- Si es negativa la prueba de VIH repetirla cada tres meses hasta que termine el embarazo y educar sobre factores de riesgo. Para que la embarazada se realice la prueba tres veces durante el embarazo se debe ofertar en las visitas de atención prenatal a las 12 semanas (prueba basal), a las 26 semanas y después de las 36 semanas de gestación antes que se resuelva el embarazo.
- Si el resultado de la prueba de VIH es reactivo:
 - Trate a la paciente con confidencialidad.
 - Confirme resultado según algoritmo diagnóstico para VIH a nivel local, si no tiene capacidad resolutive envíe al Laboratorio Nacional de Salud -LNS- o a la Unidad de Atención Integral -UAI- más cercana.
 - En caso de prueba confirmatoria reactiva, dé orientación post prueba.
 - Referir y vincular a UAI más cercana para seguimiento de la embarazada con VIH y niña o niño expuesto.
 - Registre en SIGSA 1.2 y SIGSA 3.

Oriente sobre

- La necesidad de informar y ofertar prueba de detección a la(s) pareja(s) sexual(es).
- Resolución del embarazo por cesárea a las 38 semanas (previamente programada a las 36 semanas)
- Alimentación con sucedáneos de la leche materna para la niña o niño expuesto.

EMBARAZADA QUE YA TOMA ANTIRRETROVIRALES CIE-10-O98.7

Embarazada VIH positiva que ya toma antirretrovirales sin trabajo de parto activo, referirla a la Unidad de Atención Integral -UAI- donde debe ser atendida de inmediato.

Emergencias y trabajo de parto

Conducta/tratamiento

- Oferte la prueba rápida de VIH en embarazadas que no lleven atención prenatal o que no se la hayan realizado, con orientación pre y post prueba, con consentimiento informado y firmado. Utilice el idioma materno o solicite un traductor.
- Registre en SIGSA 1.2 y SIGSA 3.
- Toda embarazada con diagnóstico de VIH, con trabajo de parto activo debe ser atendida en un servicio con capacidad para resolver por operación cesárea.
- Si la embarazada con diagnóstico de VIH llega con parto inminente y no tiene capacidad para resolver vía cesárea y sí para resolver parto vía vaginal, atender de acuerdo la norma para atención del parto:
 - Aplique normas de bioseguridad.
 - Inicie inmediatamente zidovudina (AZT) 2 mg / kg de peso por vía intra venosa (IV), diluido en 250 ml de dextrosa al 5 % o solución salina al 0.9 %. Luego continuar con 1 mg/kg de peso, hasta que se corte el cordón umbilical.
- Si es operación cesárea de emergencia:
 - Iniciar inmediatamente zidovudina - AZT- 2 mg/kg de peso vía intravenosa (IV) diluido en 250 ml de dextrosa al 5 % o solución salina al 0.9 %. Luego continuar con 1 mg/kg de peso, hasta cortar el cordón umbilical.

Si se resolvió vía vaginal o mediante cesárea:

- Evitar ordeñar el cordón umbilical hacia la parte fetal y ligar inmediatamente.
- Evitar el contacto del neonato con fluidos y secreciones maternas.
- Referir a madre y neonato a la UAI para seguimiento con hoja de referencia y pruebas realizadas a la madre.

Puerperio

- Respete la percepción que la mujer tiene sobre aspectos de la sexualidad y proceso reproductivo (embarazo, parto, puerperio).
- Oferte la prueba rápida de VIH en madres que no llevaron atención prenatal o que no se la haya realizado, con orientación pre y post prueba, con consentimiento informado y firmado. Utilice el idioma materno o solicite un traductor. Indique que es necesario que también su pareja se realice la prueba de VIH.
- Debe referir a las madres con diagnóstico de VIH a la UAI más cercana para su posterior seguimiento e inicio de profilaxis antirretroviral (ARV) para el neonato.
- Elabore hoja de referencia y solicite hoja de contrarreferencia para el archivo de contrarreferencias.
- Dé seguimiento a la madre, con cita en una semana. Si la madre no acude a la cita haga visita domiciliar para seguimiento.
- Registre en SIGSA 1.2 y 3.
- Si el parto se realizó fuera de los servicios de salud y se conoce el diagnóstico de VIH de la madre: referir a la madre y al neonato al hospital más cercano, con UAI.

SÍFILIS EN EL EMBARAZO CIE-10-O98.1

La sífilis es una enfermedad infecciosa con afectación sistémica causada por el microorganismo *Treponema pallidum*.

Factores de riesgo

- Trabajadoras sexuales.
- Usuaris de drogas.
- Múltiples parejas sexuales.
- Infección con VIH y otras ITS.

Signos y síntomas

Existen 3 estadios de sífilis, que se describen a continuación:

- **Sífilis primaria:** la lesión primaria es chancro, caracterizado por ser una úlcera indolora, indurada, de base limpia, con bordes elevados y duros que cicatriza o cura espontáneamente entre 4 y 6 semanas.

- **Sífilis secundaria:** varias semanas después de la aparición de la lesión primaria, como promedio de 4 a 8 semanas, la paciente presenta lesiones secundarias. Refiere fiebre, cefalea, linfadenopatías generalizadas, exantema papuloescamoso. La característica de estas lesiones es que no son pruriginosas (no pican), son simétricas, altamente infecciosas y a veces se convierten en pústulas. Las lesiones duran de 4 a 6 semanas. La persona que no es tratada sigue al período silencioso o sífilis latente.
- **Sífilis latente:** es la etapa en la que no hay síntomas clínicos y el Líquido Céfalorraquídeo (LCR) es normal. La latencia se inicia después del primer ataque de sífilis y puede durar toda la vida, esta se divide en:
 - **Temprana:** va desde el inicio hasta los 4 años.
 - **Tardía:** desde los 4 años en adelante. Es la etapa destructiva de la enfermedad. Afecta a cualquier órgano.
- **Sífilis terciaria:** es la etapa final de la sífilis. Puede haber daño neurológico y ceguera. Los daños son irreversibles.

Nota. La infección materna por sífilis es igual que en cualquier mujer no embarazada y puede adquirirse en cualquier etapa del embarazo.

Diagnóstico

- Toda embarazada debe someterse a pruebas serológicas en la atención prenatal para que la embarazada se realice la prueba tres veces durante el embarazo se debe ofertar en las visitas de atención prenatal a las 12 semanas (prueba basal), a las 26 semanas y después de las 36 semanas de gestación antes que se resuelva el embarazo.
- Si la prueba rápida es positiva dar tratamiento y el seguimiento respectivo con titulación a la embarazada.
- Los resultados de pruebas no treponémicas (VDRL = o > de 1:8 ó RPR = o > de 1:16) deben confirmarse con una prueba treponémica (TPHA o MHATP).
- El resultado de VDRL menor de 1:8 y RPR menor de 1:16 pero prueba treponémica (pruebas rápidas, TPHA o MHATP) positivas, puede deberse a una infección pasada o respuesta inflamatoria por otra causa.
- Se deberán solicitar las diluciones siempre que se realicen pruebas de VDRL y RPR para poder llevar control adecuado de la enfermedad a la embarazada. Si los títulos descienden el tratamiento fue adecuado, si aumentan, hay una reinfección.

- El seguimiento serológico con diluciones para sífilis deberá realizarse con el mismo reactivo que fue diagnosticada, ya que las diluciones de VDRL y RPR varían una de la otra.
- Deberá registrarse el último resultado de VDRL/RPR para registrarlo en el expediente del neonato.
- Se deberá hacer hoja de referencia del neonato, donde se explique la enfermedad de la madre y el último resultado de VDRL/RPR. (Ver sífilis neonatal en Módulo Neonato página 182).
- Registre en SIGSA 1.2 y SIGSA 3.

Conducta/tratamiento

- Realizar prueba de alergia a la penicilina.
- Penicilina benzatínica 2, 400,000 UI, vía intramuscular en dosis única.
- En caso de alergia a la penicilina se deberá referir a un tercer nivel para prueba de sensibilización, ya que otros antibióticos no son efectivos para evitar la transmisión materna infantil de la sífilis al neonato. Esta prueba NO debe realizarse en puestos ni en centros de salud.
- Deberá quedar constancia en el carné de la embarazada del tratamiento administrado.
- Brindar plan educacional para prevención de ITS y VIH.
- Evalúe a la madre entre 3 y 6 meses después del tratamiento, con el fin de considerar fracaso terapéutico o reinfección.
- Tratamiento para la pareja sexual:
 - Toda pareja sexual de una mujer embarazada infectada en cualquier estadio, debe ser evaluada clínica y serológicamente y tratada por resultado positivo.
 - Si la exposición ocurrió más de 90 días antes al diagnóstico de la sífilis primaria o latente temprana, aunque la prueba sea negativa, se indica penicilina benzatínica 2,400,000 UI, vía intramuscular dosis única.
 - En caso de alergia a la penicilina, doxiciclina 100 mg, por vía oral 2 veces al día durante 14 días.
 - En caso de sífilis latente tardía se indica penicilina benzatínica 2, 400,000 UI, vía intramuscular una vez por semana por tres semanas. En caso de alergia a la penicilina, doxiciclina 100 mg, por vía oral 2 veces al día durante 30 días.

Oriente sobre

- Importancia de completar el tratamiento y cumplimiento de las dosis recomendadas para curar la sífilis en el embarazo y evitar la sífilis congénita.
- Importancia del tratamiento de la pareja sexual para prevenir una reinfección.

HEPATITIS B EN EL EMBARAZO CIE-10-B16

Es una infección hepática potencialmente mortal causada por el virus de la hepatitis B (VHB). Constituye un importante problema de salud a nivel mundial y es el tipo más grave de hepatitis viral. Puede causar hepatopatía crónica y conlleva un alto riesgo de muerte por cirrosis y cáncer hepático.

Conducta/tratamiento

- Se deberá realizar prueba rápida para la detección del virus de la Hepatitis B (HBsAg) tres veces durante el embarazo, para lo cual se debe ofertar en las visitas de atención prenatal a las 12 semanas (prueba basal), a las 26 semanas y después de las 36 semanas de gestación antes que se resuelva el embarazo.
- Si la madre resulta positiva, se deberá enviar una muestra para su confirmación al Laboratorio Nacional de Salud (LNS).
- Si el resultado de la prueba es positiva referir al hospital más cercano (adjuntando los resultados) que proporcione tratamiento y seguimiento.
- La Hepatitis B es una enfermedad que afecta al neonato. Si la madre tiene HBsAg positivo hay riesgo de transmisión al neonato y si tiene HBeAg positivo este riesgo aumenta por lo que es necesario referirlo a un hospital para garantizar vacunación al neonato durante las primeras 12 hrs. de vida.
- Registre en SIGSA 1.2 y SIGSA 3.

TUBERCULOSIS CIE-10-A15

Ver Módulo de Neonato página 647 y Módulo de Persona Adulta y Persona Mayor página 646.

SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL EN EL EMBARAZO

CIE-10-N 89.8

Ver Módulo de Persona Adulta y Persona Mayor, página 668).

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES DURANTE EL EMBARAZO

ZIKA CIE-10-A92.8

Es una enfermedad causada por el virus Zika, un arbovirus del género *flavivirus* (familia *Flaviviridae*), muy cercano filogenéticamente a virus como el dengue, fiebre amarilla, encefalitis japonesa o el virus del Nilo occidental.

Diagnóstico diferencial: enfermedades febriles, dengue, chikungunya, toxoplasmosis, otras viremias, rubeola, citomegalovirus, herpes, sífilis (TORCHs) y otras enfermedades similares.

Factores de riesgo

- Presencia y dispersión del vector: identificación de mosquitos del género *Aedes* en las áreas de salud endémicas.
- Factores ambientales: precipitación pluvial, humedad, temperatura elevada, etc.
- Presencia de criaderos del mosquito: recipientes útiles (depósitos de agua, pilas, toneles, floreros, etc.) y no útiles (llantas, chatarras, basura orgánica, etc.)
- Población humana susceptible: cualquier persona que no haya padecido la enfermedad (población no inmune).
- Viajes a zonas geográficas de brotes o transmisión activa del virus en poblaciones humanas.
- Embarazos en zonas epidémicas y sin atención prenatal.
- Desconocimiento de medidas de protección durante las prácticas sexuales seguras y uso del condón antes, durante y después del embarazo.

Nota. El estudio de las epidemias en Asia y América del Sur ha demostrado que existe un porcentaje alto de contraer el virus y sin presentar síntomas. Del 70 al 80 % de los casos son asintomáticos.

Signos y síntomas

Se consideran casos sospechosos las personas que presentan:

- Exantema o rash (habitualmente maculopapular y pruriginoso) y al menos dos o más de los siguientes signos o síntomas:

- Conjuntivitis (no purulenta hiperhémica).
- Artralgias (dolores articulares).
- Mialgia (dolores musculares).
- Edema periarticular.
- Fiebre, generalmente no mayor a 38.5 °C.

Diagnóstico clínico: está basado en los signos y síntomas y en la definición de caso, ver Protocolo de Vigilancia Epidemiológica.

Diagnostico por laboratorio: se basa en la prueba positiva de muestras de suero y orina para la detección del virus.

- El Laboratorio Nacional de Salud -LNS- establece que la prueba debe ser tomada dentro de los 10 días de establecido el cuadro clínico. Lo anterior es recomendado como la única prueba para Guatemala en el momento actual.
- Asegurar cadena de frío para transporte de muestras debidamente rotuladas.

Conducta/tratamiento

- Priorizar pruebas diagnósticas a mujeres sexualmente activas, con sospecha de embarazo y que tengan sintomatología de la enfermedad.
- Si se confirmó o sospechó infección con Zika recientemente (1 mes), se recomienda el monitoreo de reflejos periféricos, sensibilidad y desplazamiento motor, sospecha de debilidad y pérdida de fuerza de extremidades distales que se desplaza a las proximales (síndrome de Guillian Barré).
- Garantizar la accesibilidad de condones y asesoría en salud reproductiva y planificación familiar durante el embarazo.
- Uso de preservativo durante el embarazo, si la pareja sexual ha padecido o padece Zika, debido al aumento de riesgo por la transmisión sexual por medio del semen.
- Con sospecha o confirmación de Zika, el parto deberá ser atendido en nivel institucional (CAP, CAIMI o en Hospital).
- Con sintomatología clínica menor de 10 días, compatible con Zika, se le deben tomar muestras de sangre y orina para confirmar el diagnóstico.
- Priorizar la atención integral y calificada a las embarazadas con sospecha o confirmación de Zika, a través del seguimiento en el hospital (prueba confirmada y ultrasonido) y monitoreo en los niveles de atención que cuentan con la capacidad de respuesta adecuada para el caso.

- Embarazadas adolescentes deberán ser atendidas exclusivamente en un hospital.
- En situaciones de embarazo con complicaciones obstétricas y/o neurológicas deberá referirse al hospital, para evaluación y tratamiento de acuerdo a la complicación.
- Atención prenatal con cuatro visitas al servicio de salud, como mínimo.
- Evaluación con ultrasonido obstétrico (ecografía) durante la atención prenatal a las que fueron detectadas con manifestaciones clínicas compatibles con Zika y a las que fueron confirmadas por laboratorio, para detectar malformaciones congénitas asociadas a Zika. Solamente en unidades especializadas con ultrasonido.
- Desarrollar sesiones de orientación psicobiosocial a los padres, madres o encargados relacionados con la niña o niño que presente secuelas relacionadas al virus (ver “Manual de Seguimiento para Pacientes con Secuelas Secundarias a la Enfermedad de Zika”).
- Actualmente no existe un tratamiento antiviral específico para la infección por virus del Zika. El tratamiento consiste en aliviar los síntomas.
- El manejo clínico de la infección por el virus Zika en la mujer embarazada es igual al de la población en general, siendo este primordialmente sintomático.
- Se debe tener siempre presente el uso del preservativo durante el embarazo y durante un período no menor a seis meses postparto.
- Las madres que han tenido una hija o hijo con secuelas por Zika, deben tener presente no embarazarse durante los siguientes tres años, para el adecuado cuidado de la o el recién nacido.
- Toda mujer diagnosticada con sintomatología por Zika, debe tener presente no embarazarse, para disminuir la posibilidad de tener un recién nacido con secuelas.
- Administre analgésico como acetaminofén tabletas 500 mg vía oral cada 6 a 8 horas, durante 3 a 5 días en personas adultas.
- Evite el uso de aspirina y otros anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) durante las coinfecciones con dengue, por riesgo de hemorragias.
- Administre antihistamínicos por exantema, si fuera necesario: maleato de clorfenilamina, 50 mg vía oral cada 6 horas.
- Mantenga la hidratación oral adecuada.
- Implemente las acciones de prevención siguientes:

Mujeres en edad fértil:

- Informar sobre el riesgo y la situación epidemiológica local o si piensa viajar a zonas de incidencia del virus, percatarse de las medidas de protección.
- Evitar embarazos durante situaciones de brotes y de alta transmisión del virus del Zika por las posibles complicaciones congénitas.

- Promocionar el adecuado empleo de los métodos anticonceptivos.
- Ofertar métodos de planificación familiar en las parejas sexualmente activas.
- Enfatizar la importancia de prácticas sexuales seguras, (uso del condón) o abstenerse de actividades sexuales en zonas donde hay transmisión del virus Zika.
- En caso de pacientes que hayan padecido la enfermedad o han estado en un lugar epidémico se recomienda esperar 6 meses para poderse embarazar, siempre y cuando no existan brotes en su comunidad, debido a la posible transmisión del Zika por medio del semen.
- Asegurar la provisión de condones, consultar de manera permanente la "Guía de Planificación Familiar".
- Mantener lactancia materna al recién nacido o lactante, incluso en lugares donde hay transmisión del virus Zika, ya que los beneficios superan los posibles riesgos de transmisión.
- Asegurar la calidad de la sangre para transfusiones.
- Evitar picaduras de zancudos en ambientes con circulación del virus Zika.
- Brindar consejería psicosocial a la madre y familiares en situaciones de tener recién nacido con microcefalia y otros síndromes congénitos y síndrome de Guillain Barré.
- Evitar el consumo de sustancia psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas) y bebidas energéticas.
- Realizar prácticas seguras de casa limpia y patio limpio sin criaderos de larvas de zancudos y otras acciones preventivas para el control de vectores.

CRITERIOS CLÍNICOS DE DIFERENCIACIÓN ENTRE ZIKA, CHIKUNGUNYA Y DENGUE

Cuadro Clínico	Zika	Chicungunya	Dengue
Intensidad de fiebre	+	++	+++
Exantema	+++	++	+
Conjuntivitis seca	+++	+	-
Cefalea	+	+	+++
Artralgia	+	+++	+/-
Discrasia / hemorragias	-	+/-	++
Choque	-	+/-	+++
Plaquetopenia	+/-	+/-	+++
Hemoconcentración	-	-	+++
Neutropenia	*+SI	+	++
Linfopenia	*+SI	+++	++
Microcefalia y síndrome de Guillian Barré	+	-	-

Adaptación de manifestaciones clínicas de chikungunya, MSP de Brasil 2014 y Componente Dengue DRPAP/MSPAS de Guatemala 2016.

+ Ambos hallazgos laboratoriales estan en proceso de estudio.

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO CON ZIKA

Ver Módulo de Neonato (página 180).

MALARIA, DENGUE, ENFERMEDAD DE CHAGAS, ONCOCERCOSIS Y LEISHMANIASIS.

Ver Módulo de Persona Adulta y Persona Mayor (página 699).

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS IRA

Ver Módulo de Adolescencia y Juventud (página 535).

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS Y AGUA - ETA -

Ver Módulo de Adolescencia y Juventud (página 542).

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES (RPMO) CIE-10-O42

Es la salida de líquido amniótico a través del orificio cervical y vagina después de las 20 semanas de gestación y antes de iniciar el trabajo de parto. La ruptura prematura de membranas puede ocurrir cuando el feto es mayor o igual de 37 semanas de gestación (RPMO a término), o antes de 37 semanas de gestación (RPMO pretérmino). El período latente es el intervalo entre la ruptura de membranas y el inicio del trabajo de parto. La duración del período latente varía de forma inversa a la edad gestacional.

Etiología y factores de riesgo

Entre las causas de ruptura prematura de membranas hay que considerar:

- Idiopática (causa desconocida).
- Infecciones de transmisión sexual.
- Infecciones del tracto urinario.
- Infecciones del tracto vaginal y útero, membranas ovulares.
- Polihidramnios (aumento de líquido amniótico).
- Insuficiencia cervical.
- Anomalías de la forma del útero.
- Secundaria a un cerclaje cervical o amniocentesis.
- Cirugía cervical previa (conización).
- Trauma, incluyendo accidente de tránsito y violencia.

Signos y síntomas

- Salida de líquido por vagina en forma de chorro o sostenida, en cantidad variable, de color claro, puede presentar manchas de vérnix
- Reducción del tamaño uterino.

Conducta/tratamiento

- Efectúe maniobra de Tarnier, presionando el fondo uterino, rechace la presentación y esto favorecerá la salida de líquido amniótico. Gene-

almente esta maniobra se efectúa con una mano intravaginal para rechazar la presentación. Si es posible rechace la presentación de forma abdominal.

- Efectúe examen vaginal con espéculo, debe hacerse con todas las medidas de precaución para evitar infección.
 - Prueba de tira de nitrazina: el pH de líquido amniótico es alcalino. Durante el examen vaginal coloque u obtenga una muestra del líquido y aplique a la tira de nitrazina (si tiene disponibilidad).
 - Helechización: obtener una muestra del líquido en vagina con un hisopo estéril, colocarlo en una laminilla y observar con microscopio, si es líquido amniótico se cristalizará y formará una imagen de helechito.

MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES

TIPO DE SERVICIO		
Primer nivel de atención	CAIMI	CAP
• Tome signos vitales maternos, frecuencia cardíaca fetal y busque la presencia de irritabilidad uterina. • No realice tacto vaginal. • Refiera a un servicio con capacidad resolutive.	• Tome signos vitales maternos, la Frecuencia Cardíaca Fetal -FCF- y busque la presencia de irritabilidad uterina. • Si el cuello tiene más de 4 cm de dilatación y hay trabajo de parto, deje evolucionar. • Efectúe operación cesárea, bajo indicación materna-fetal.	• Tome signos vitales maternos, -FCF- y busque la presencia de irritabilidad uterina. • Si el cuello tiene más de 4 cm de dilatación y hay trabajo de parto, deje evolucionar. • Evaluar la referencia a un servicio con mayor capacidad resolutive. • Si no hay trabajo de parto, refiera a servicio con mayor capacidad resolutive.

TIPO DE SERVICIO		
Primer nivel de atención	CAIMI	CAP
	• Si se detectan signos de infección (fiebre, taquicardia materna y fetal, fetidez de líquido amniótico), administre antibióticos: ▫ Ampicilina, 2 gramos por vía intravenosa cada 8 horas, más ▫ Gentamicina 80 mg por vía intramuscular cada 24 horas, más ▫ Metronidazol 500 mg por vía intravenosa cada 12 horas o clindamicina 500 mg por vía intravenosa y cada 12 horas. • Evalúe traslado a servicio con mayor capacidad resolutiva.	• Si se detectan signos de infección (fiebre, taquicardia materna y fetal, fetidez de líquido amniótico), administre antibióticos: ▫ Ampicilina, 2 gramos por vía intravenosa cada 8 horas, más ▫ Gentamicina 80 mg por vía intramuscular cada 24 horas, más ▫ Metronidazol 500 mg por vía intravenosa cada 12 horas o clindamicina 500 mg por vía intravenosa y cada 12 horas. • Evalúe traslado a servicio con mayor capacidad resolutiva.

Fuente. MSPAS-PNSR, *Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal*, Guatemala, 2011.

ANEMIA Y EMBARAZO CIE-10-O99.0

La anemia es un trastorno en el cual el número de eritrocitos (y por consiguiente, la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre) es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo.

La anemia ferropénica (deficiencia de hierro) es la primera causa de deficiencia nutricional que afecta a las mujeres embarazadas. Los principales factores de riesgo para desarrollar anemia por deficiencia de hierro son: bajo aporte de hierro, pérdidas sanguíneas crónicas a diferentes niveles, síndromes de mala absorción y períodos de vida en que las necesidades de hierro son especialmente altas.

Signos y síntomas

- Fatiga es el síntoma más común.
- Sudoración.
- Cefalea.
- Palpitaciones.
- Frialdad de piel.
- Dificultad para respirar.
- Irritabilidad.
- Raramente se desarrolla pica (preferencia por elementos no alimenticios como hielo o polvo ricos en contenido de hierro).

Diagnóstico

Hemoglobina (Hb) con valores menores a 11 g/dl o hematocrito (Hcto) < 33 %. En adolescentes hemoglobina menor a 12 g/dl y hematocrito menor de 36 %. La utilización del valor de hematocrito solo se realizará en lugares donde no se pueda determinar la hemoglobina, ya que el hematocrito puede estar alterado por factores como hemodilución, entre otros.

Conducta/tratamiento

- **Adolescente y adulta:** sulfato ferroso 2 tabletas de (300 mg cada una) al día, durante tres meses.
- Continuar tomando la tableta de ácido fólico semanalmente.
- Se debe repetir la prueba de Hb en dos semanas después de comenzar el tratamiento, para evaluar el cumplimiento, la administración correcta y la respuesta al mismo.
- Una vez que la concentración de hemoglobina está en el rango normal, la suplementación de una pastilla de sulfato ferroso a la semana debe continuarse hasta por lo menos seis semanas después del parto para reponer las reservas de hierro.
- Registre en SIGSA 3.

Oriente sobre

- Cómo tomar suplementos de hierro por vía oral correctamente. Esto debe ser con el estómago vacío, una hora antes de las comidas, con una fuente de vitamina C (ácido ascórbico), tal como jugo de naranja para maximizar la absorción. Otros medicamentos o antiácidos no deben tomarse a la misma hora.
- Mantener el sulfato ferroso fuera del alcance de los niños.
- Comer hígado y otras vísceras, moronga, carne, pollo, hojas verdes, acompañado de cítricos y frijol.

Anemia grave

- Hemoglobina menor de 7 g/dl.
- Refiera al hospital, para diagnóstico específico y tratamiento.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a contrarreferencia.

DIABETES Y EMBARAZO CIE 10 O24

Diabetes es la alteración metabólica de múltiples etiologías que incluye un grupo heterogéneo de padecimientos que tienen en común la alteración en el metabolismo energético caracterizada por hiperglicemia crónica que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina a nivel celular, lo que altera la homeostasis de los carbohidratos, grasas y proteínas.

HIPERGLICEMIA Y EMBARAZO

La prevalencia general es del 17 % cuando es detectada por primera vez durante el embarazo. Su presencia determina un embarazo de alto riesgo. Se clasifican en:

- Diabetes mellitus en el embarazo (DME) o diabetes pre-gestacional: esta puede ser insulino dependiente (tipo 1) o no insulino dependiente (Tipo 2).
- Diabetes gestacional (DG): es cualquier grado de intolerancia a la glucosa, con inicio o primer reconocimiento durante la actual gestación, independientemente del tipo de tratamiento que requiera, y de la persistencia o no de la condición después del embarazo. Su prevalencia es el 16 % de todos los embarazos.

Factores de riesgo

- Sobrepeso (IMC >25) antes del embarazo.
- Obesidad (IMC >30).
- Historia familiar de diabetes gestacional o diabetes tipo II.
- Hipertensión arterial crónica.
- Síndrome de ovario poliquístico.
- Embarazo múltiple.
- Uso crónico de esteroides sintéticos.
- Colesterol de alta densidad $>$ o igual a 35 y/o triglicéridos $>$ de 250 mg/dl.
- Edad materna $>$ de 25 años.
- Peso materno al nacer $>$ de 9 libras o $<$ de 6 libras.
- Hijo previo con peso al nacer $>$ de 9 libras.
- Pérdida fetal previa inexplicada o malformaciones congénitas fetales.
- Historia personal de intolerancia a la glucosa o diabetes gestacional previa con distocia de hombro.

Diagnóstico: examen de glucosa en ayunas: se recomiendan 3 momentos (antes de las 24 semanas, entre las 24-28 semanas y 32-34 semanas) para detectar DME o DG y estos diagnósticos se pueden establecer en cualquier trimestre del embarazo. El concepto de prediabetes no se utiliza durante el embarazo. Cualquier resultado de glicemia igual o mayor a 92 mg/dl referir al hospital para confirmar por medio de prueba de tolerancia a la glucosa y clasificación.

Conducta/tratamiento

- El manejo de la DG y de la DME Tipo 1 y 2 deberá iniciarse inmediatamente después del diagnóstico y evitar así resultados perinatales adversos.
- Un adecuado control metabólico reduce las complicaciones maternas y fetales y un correcto control glucémico antes de la concepción y al inicio de esta, reduce la frecuencia de malformaciones congénitas, que son la mayor causa de mortalidad y morbilidad severa en los hijos de madres diabéticas.
- El objetivo es la normalización de la glucemia, ya que la hiperglucemia materna y, por tanto la fetal, es responsable de complicaciones fetales, como de las que inciden sobre el curso del embarazo y el parto.
- El manejo adecuado durante el embarazo deberá incluir:
 - Dieta.

- Ejercicio.
- Tratamiento farmacológico óptimo.
- Valoración fetal.
- Educación materna en todos los momentos.
- Apoyo psicosocial.
- Todos los casos de DME y DG deben ser manejados por equipo multidisciplinario (obstetra, médico internista, endocrinólogo, nutrición) en el hospital.
- Todos los partos deben ser atendidos en el hospital para el manejo adecuado de la glicemia durante el trabajo de parto y puerperio por equipo multidisciplinario.
- Brinde consejería y oferte métodos de planificación familiar de acuerdo a criterios médicos de elegibilidad.
- Alentar a la madre a dar la lactancia materna que tiene un efecto protector en la incidencia de DM tipo 2.

Promoción y prevención

- Educación en salud sobre riesgos, uso de ejercicio y buena dieta.
- Tamizaje de diabetes en las mujeres en edad fértil con factores de riesgo.
- Consejería preconcepcional.
- El embarazo no es recomendable si:
 - Niveles de hemoglobina glicosilada > 10 %.
 - Nefropatía grave (creatinina plasmática > de 2 mg/dl o proteinuria > 3 gr /24 horas).
 - Hipertensión arterial crónica de difícil control.
 - Retinopatía proliferativa grave.
 - Neuropatía autonómica grave.

AFECCIONES BUCODENTALES

En caso de absceso por causa de caries dental o absceso periodontal.

Conducta/tratamiento

- Trate con amoxicilina cápsula de 500 mg vía oral, cada 8 horas, du-

- rante 7 días.
- En caso de alergia a la penicilina, dar clindamicina cápsula de 300 mg vía oral, cada 6 horas durante 7 días.
- Acetaminofén tableta de 500 mg vía oral, cada 6 horas, durante 3 días, solamente si hay dolor.
- Refiera al personal odontológico.
- Registre en SIGSA 22.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Nota. Para otras afecciones bucales, ver “Guía de Atención de Odontológica en Embarazadas”.

EPISODIOS DEPRESIVOS (DEPRESIÓN POSPARTO) CIE-10-F32 AL F32.9

Posterior al parto es normal que la madre experimente cambios en su estado de ánimo, que comienza a los pocos días de haber nacido la niña o niño, pero no dura más de 2 semanas.

La depresión posparto consiste en el cambio del estado de ánimo con tendencias a la tristeza, inactividad, pensamiento y sentimientos afectados, su origen tiene muchos factores, entre ellos hormonales, bioquímicos, genéticos, psicológicos, ambientales, y secundarios a cambios de roles (de embarazada a madre), puede aparecer justo después del parto, o varios meses después, de manera repentina o ir apareciendo lentamente.

Signos y síntomas

- Tristeza.
- Cambios repentinos de humor.
- Sentimientos de culpa.
- Ataques de pánico.
- Pensamientos suicidas.
- Sentir que nada es divertido.
- Falta de concentración.
- Ansiedad.
- Irritabilidad.
- Problemas para dormir.
- Cansancio extremo.
- Trastornos en la alimentación.
- Rechazo hacia la niña o niño.

Conducta/tratamiento

- De ser posible permitir el acompañamiento del guía espiritual.
- Respetar los objetos simbólicos y energéticos que porta la paciente.
- Refiera a un servicio de salud con capacidad resolutive para evaluación y tratamiento especializado (psicólogo, psiquiatra, otro).
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a contrarreferencia.

Oriente sobre

- El motivo del traslado a la mujer y familiar en forma clara y en su idioma.

VIOLENCIA

Ver Módulo de Adolescencia y Juventud (página 521).

Ver Protocolo de Atención a Víctimas /sobrevivientes de Violencia Sexual.

Ver Guía de Atención Integral y Diferenciada para Embarazada Menor de 14 años.

IV. ORIENTACIÓN INTEGRAL A LA MUJER, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Oriente sobre señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y en el neonato.
- Importancia de elaborar el plan de emergencia familiar ver anexo No. 5 página 83 de éste módulo.
- Importancia de elaborar el plan de emergencia comunitario ver anexo No. 6 página 85 de éste módulo.
- Importancia de la atención prenatal y del puerperio.
- Importancia de consumir micronutrientes: hierro y ácido fólico.
- Alimentación durante el embarazo, el puerperio y el período de lactancia.
- Importancia de la lactancia materna. Informe los beneficios de la lactancia materna para la madre:
 - Menos problemas de hemorragia posparto.
 - Menos riesgo de obesidad.
 - Menos riesgo de cáncer de mama.
 - Ayuda a espaciar los embarazos.
 - Menos riesgo de osteoporosis y de fractura de cadera.
- Informe de los beneficios de la lactancia materna para la niña o niño:
 - Crecimiento y desarrollo adecuado.
 - Mayor seguridad.
 - Menos problemas de enfermedades crónicas transmisibles.
 - Menos morbi-mortalidad
- Espaciamiento óptimo de los embarazos (3 a 5 años) y brinde consejería sobre planificación familiar.
- Informe sobre el Método de Lactancia y Amenorrea -MELA-, ver Guía Nacional de Planificación Familiar.
- Oriente sobre cómo atender y evitar dificultades asociadas a la lactancia materna, ver anexo No. 1 de este módulo "Orientaciones Generales para Atender o Evitar Dificultades para la Mujer en Período de Lactancia" página 76.

ANEXOS

ANEXO No.1 ORIENTACIONES GENERALES PARA ATENDER O EVITAR DIFICULTADES PARA LA MUJER EN PERÍODO DE LACTANCIA

PROBLEMA	RECOMENDACIÓN
PEZONES LASTIMADOS • Dolor. • Ardor. • Grietas. • Sangrado.	• Adecuada posición y agarre para la succión de la o el recién nacida/o al pecho (ver Módulo Neonato, página 103). • Evite el uso de sostén o telas sintéticas mientras sanan los pezones. • Coloque lienzos de té de manzanilla en el área lastimada. • Cambie posición en las mamadas para que no se abra la herida cuando la niña o niño succiona. • Continúe amamantando frecuente y exclusivamente, sobre todo si su niña o niño es menor de 6 meses. • Para prevenir el problema recomiende: ▫ Adecuada posición y agarre. ▫ No utilizar pachas ni pepe o pacificador.
INGURGITACIÓN O CONGESTIÓN MAMARIA • Pechos grandes, duros, pesados y sensibles . • Piel tirante. • Dolor . • Fiebre (en algunos casos) . • Los síntomas anteriores pueden aparecer en ambos pechos .	• Posición y agarre correctos (ver Módulo Neonato página 103). • Aplique lienzos con agua tibia antes de dar el pecho. • Haga masaje suave con movimientos circulares antes de dar el pecho. • Amamante frecuentemente. • Dar primero el pecho congestionado. • Permita que la o el recién nacido mame suficiente de cada pecho, hasta que queden blandos. • Aplique compresas frías entre una toma y otra. • Si la areola está inflamada y tensa, que extraiga (manualmente o con un tiraleche) un poco de leche para ablandar el pecho y facilitar la succión de la niña o niño. • Si el problema persiste por más de 48 horas, consultar al servicio de salud. • Para prevenir el problema recomiende: ▫ Evite que pase mucho tiempo entre cada mamada. ▫ Despierte a la niña o niño si duerme mucho, por lo menos cada 2 a 3 horas para que mame. ▫ Amamante sin horario y a libre demanda. ▫ No use pachas ni pepes (pacificadores).

PROBLEMA	RECOMENDACIÓN
PERCEPCIÓN DE POCA PRODUCCIÓN DE LECHE • La madre dice que no tiene suficiente leche. • La o el bebé no está creciendo bien. • La o el bebé no está orinando más de 6 a 8 veces al día.	• Reafirme en la madre que puede producir suficiente leche para su bebé. • Pregunte por qué la madre piensa que no tiene suficiente leche y aconseje según corresponda. • Revise y asegure buena posición y agarre. • Aumentar la frecuencia de mamadas por lo menos cada 2 horas, para estimular mayor producción. • Permita que la o el bebé mame todo lo que quiera de cada pecho. • No arrope o cubra demasiado a su bebé mientras mama. • Amamante de día y de noche. • Extraerse la leche entre mamadas, puede ayudar a aumentar la producción. • Elimine otras leches, líquidos, los pepes y las pachas. • Para prevenir el problema : ◦ Dé de mamar cada vez que la o el bebé lo pida. ◦ Que la madre aumente su ingesta de líquidos. ◦ Permita que la o el bebé termine con cada pecho (por lo menos de 15 a 20 minutos en cada uno). ◦ Si la o el bebé tiene menos de 6 meses, dé lactancia materna exclusiva

Nota. Recomiende a la madre el consumo de suficientes líquidos: agua, atoles, refrescos naturales. Recomiende No tomar café, aguas gaseosas ni bebidas energéticas.

ANEXO No. 2

POSICIONES PARA EL PARTO NORMAL CON PERTINENCIA CULTURAL

Si el entorno habilitante lo permite, la mujer puede elegir en qué posición tener su parto, en caso de emergencia obstétrica indicar claramente los motivos por los que no será posible.



Sentada en una silla sobre su pareja o acompañante



De rodillas con el apoyo de su pareja o acompañante



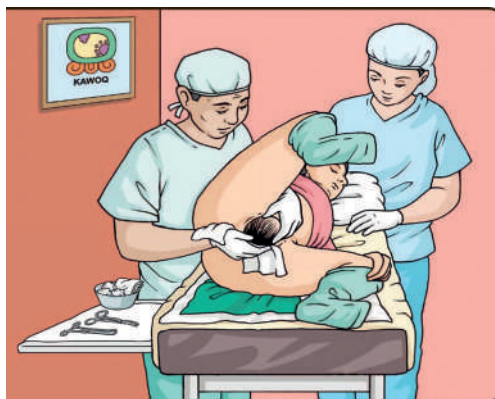
De cuclillas



De pie con el apoyo de su pareja o acompañante



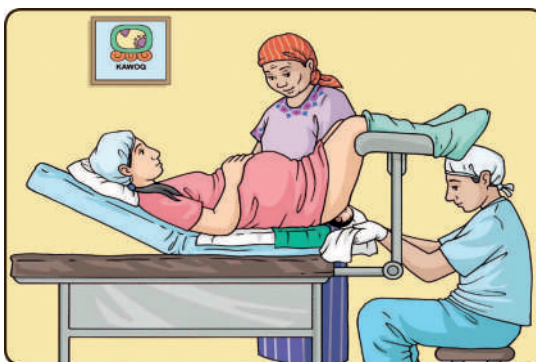
Sostenida o con el apoyo de lazos



Recostada sobre su lado izquierdo



De rodillas con el apoyo de sus manos, brazos y codos.



Parto horizontal o en litotomía

Nota. Para detalles del parto en posición vertical ver: Manual para la adecuación cultural del parto natural/vertical.

ANEXO No. 3

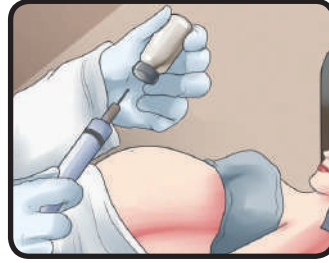
MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DEL PARTO -MATEP-

1



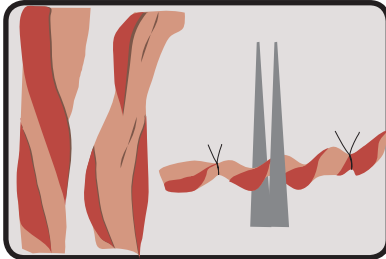
Ponga al bebé piel con piel sobre el abdomen de la madre, séquelo y evalúe si respira, si es necesario haga reanimación.

2



Administre oxitocina a la madre (10 UI IM)* en el primer minuto del nacimiento y después de descartar la presencia de otro feto.

3

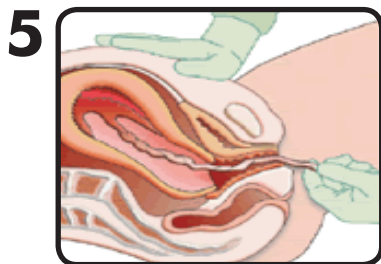


Pince y corte el cordón después que deje de latir y este aplastado después del nacimiento.

4



Ponga al neonato sobre el pecho de la madre en contacto directo piel a piel. Cubralo con un paño para evitar enfriamiento.



5 Realice tracción controlada del cordón, aplicando al mismo tiempo presión externa sobre el útero en dirección ascendente hacia la cabeza de la mujer.



6 Efectúe masaje uterino inmediatamente después de la salida de la placenta hasta asegurar que esté contraído y cada 15 minutos durante 2 horas después del parto.



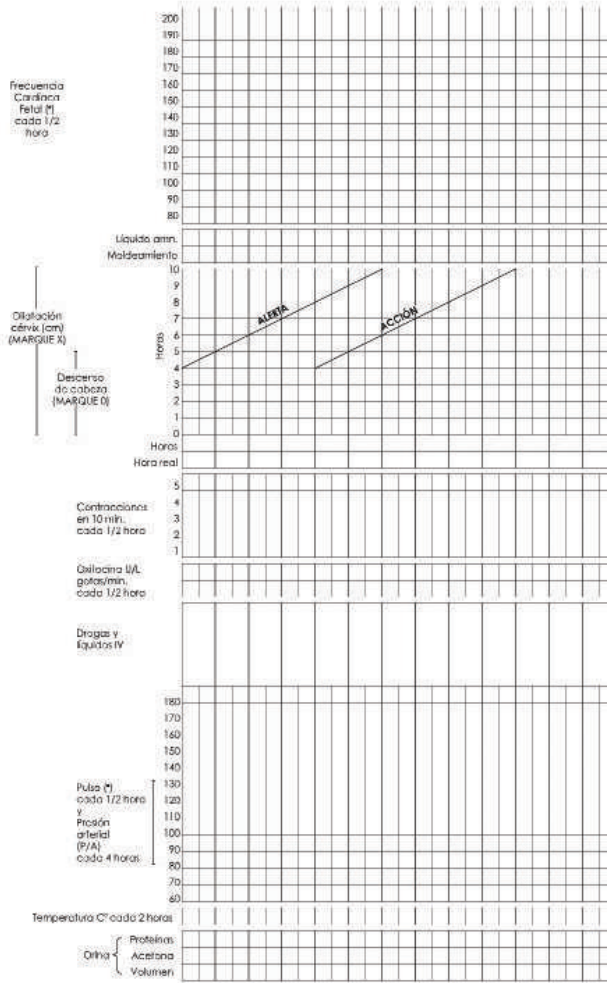
7 Durante la recuperación apoye a la mujer a dar de mamar, controle regularmente a la madre y a su recién nacido/a, palpe el útero a través del abdomen cada 15 minutos durante las primeras dos horas para asegurar que esté contraído y controle la pérdida de sangre vaginal.

ANEXO No. 4 PARTOGRAMA

PARTOGRAMA/MATEP/RN



Nombre: _____ Embarazos: _____ Partos: _____ Servicio: _____
 Fecha de admisión: ____/____/____ Hora de ingreso: _____ Ruptura de membranas: SI ☐ NO ☐ Hora: _____



MATEP			PLACENTA		
Oxitocina 10 UI/M (hora)	Tracción cordón y contracción uterina	Masaje uterino cada 15 min. por 2 horas	Completa	Incompleta*	Hora expulsión placenta
*Tratamiento:					
Responsable:					

CUIDADOS RUTINARIOS INMEDIATOS RN					
Apego precoz y LM inmediata	Fractura LM	Antibiótico ocular vular	Reanimación	Aljamiento conjunto	PF
Vit. K	SCG	Img. IM	SI	NO	
Responsable:					
RECÉN NACIDO					
Edad gestacional (sem)	Peso (kg/oz)	Talla (cm)	Circ. cef (cm)	BPN	SP
Capituro	SI	NO			
APGAR 1 min.	5 min.				
Nació	Hr.	Min.	Día	Mes	Año
Parto	Sexo				
PES	CST	F	M		
*Indicaciones:					

ANEXO No. 5

SEÑALES DE PELIGRO Y PLAN DE EMERGENCIA FAMILIAR

Mi familia y yo sabemos que estoy en peligro y buscamos ayuda cuando:

- Tengo hemorragia vaginal
- Dolor fuerte de cabeza, visión borrosa
- Tengo fiebre
- Tengo dolor fuerte en la boca del estómago
- Tengo hemorragia después del parto

Nuestro recién nacido está en peligro y buscamos ayuda cuando:

- Le cuesta respirar
- Es muy abigarrado (premature)
- Está muy frío o muy caliente
- Está morado
- No quiere mamar

Nuestro niño o niña está en peligro y buscamos ayuda cuando:

- NO puede mamar, ni caminar, ni hacer líquidos
- Vientre todo
- Tiene ataques o convulsiones
- Está desmayado o con dificultad para despertarse

Ministerio de Salud Pública

Madre apoyada, familia feliz

Preparamos el Plan de Emergencia con mi familia



¿A dónde ir?



¿Cómo ayuda la Comisión de Salud



¿Qué documentos debo llevar?



¿Cómo ir?



¿Quién me acompaña?



¿Qué debo llevar?



¿Cuánto dinero tenemos listo?



¿Quién cuida mi casa e hijos?



¿Quién es el responsable?

ANEXO No. 6

PLAN DE EMERGENCIA COMUNITARIO

¿Cuáles son las funciones de la Comisión de Salud de la comunidad?

Discutamos y decidamos cuáles funciones tiene nuestra Comisión de Salud.



Velar por la salud de los vecinos y hacer promoción y educación en salud



Velar por un ambiente saludable



Manejo adecuado de la basura



Vigilar el buen uso de proyectos de salud y ambiente



Velar por una escuela saludable



Tener un Plan de Emergencia Comunitario



Trabajar con los servicios de salud y velar porque estén equipados y funcionando



Gestionar los recursos ante autoridades



Colaborar en la organización de la comunidad

Anotemos las funciones de la Comisión de Salud de nuestra comunidad:

Acción comunitaria

Poniendo en marcha el plan

Ejercicio 4

¿Qué vamos hacer para tener un Plan de Emergencia Comunitario?

Completemos, en grupo, el siguiente plan.

¿Qué necesitamos solucionar? (Causa del problema)	¿Qué vamos hacer? (Acciones)	¿Cómo lo vamos hacer? (Actividades y pasos)	¿Quiénes lo haremos? (Responsables)	¿Cuándo lo haremos? (Fechas)
				
				
				

CARNÉ MATERNO Y FICHA PERINATAL

[illegible][illegible]

BIBLIOGRAFÍA

1. Decreto 32-2010. Ley para la Maternidad Saludable. (Diario de Centro América, número 41, Guatemala, de 07 de octubre de 2010).
2. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Vigilancia de la embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil para identificación de las muertes maternas. 2da. edición. Guatemala; 2013.
3. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas. Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel. Guatemala; 2011.
4. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas, Programa de Medicina Tradicional y Alternativa. Manual de adecuación cultural del parto natural/vertical. Guatemala; 2011.
5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas, Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guía para la implementación de la atención integral materna y neonatal. 2da edición. Guatemala; 2011.
6. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2016. Serie de informes técnicos: 16.12.
7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guía de atención integral y diferenciada para embarazadas menores de 14 años. Guatemala; 2015.
8. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Salud Reproductiva. Manual de código rojo para el manejo de la hemorragia obstétrica. 2da. Edición. Guatemala; 2014.
9. Fescina R, De Mucio B, Ortiz El, Jarkin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Informe de un grupo científico del CLAP/FLASOG. Paraguay; 2012.
10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guía para la atención integral de la hemorragia del primer y segundo trimestre. 2da. Edición. Guatemala; 2015.

11. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Salud Reproductiva. Manual para el manejo de los trastornos hipertensivos en el embarazo. Guatemala; 2015.
12. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el parto. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2015. Serie de informes técnicos: 16.01.
13. M López, T Cobo, M Palacio, A Goncé. Infecciones vías urinarias y gestación. Barcelona: Hospital Universitario Clínic Barcelona; 2017.
14. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica (GPC). Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. 1ª Edición, Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.
15. PROSAN/MSPAS. (2015). Manual del participante, Curso de 20 horas para el personal de salud. (2a Edición ed.). Guatemala.
16. Mardones, F. & Rosso, P. (2005). "A weight gain chart for pregnant women designed in Chile". Chile.
17. Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academies. (2014). Dietary Reference Intakes. Estados Unidos.
18. WHO. Guideline: Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva, World Health Organization, 2012. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77770/1/9789241501996_eng.pdf
19. Menchú, M., Torún B. Elías. (2012). Recomendaciones Dietéticas Diarias del INCAP. (2ª Edición). Guatemala.
20. MSPAS. (2012). Guías Alimentarias para Guatemala. Guatemala.



Neonato

Recién nacida o
Recién nacido de 0 a 28 días



2



ÍNDICE

ÍNDICE	
INTRODUCCIÓN	97
OBJETIVOS	98
I. ATENCIÓN INTEGRAL NEONATAL	99
DURANTE EL NACIMIENTO	99
DESPUÉS DEL NACIMIENTO	101
Orientación para la atención amigable a la madre y la o el recién nacido "Iniciativa de Servicios de Salud Amigos de la Lactancia Materna"- ISSALM-	102
Técnicas de amamantamiento	103
Otras recomendaciones para la madre	104
REANIMACIÓN NEONATAL	105
Algoritmo de reanimación neonatal básica	105
Algoritmo de reanimación neonatal avanzada	106
CUIDADOS ESENCIALES DEL NEONATO Y DETECCIÓN DE SEÑALES DE PELIGRO.	107
II. ACCIONES PREVENTIVAS NEONATALES	108
MONITOREO DEL CRECIMIENTO	108
Peso	108
Longitud	112
MONITOREO DEL NEURODESARROLLO	113
Perímetro cefálico	113
Reflejos	118
Estimulación oportuna	119
INMUNIZACIONES	121
EVALUACIÓN VISUAL	122
EVALUACIÓN AUDITIVA	123
EVALUACIÓN BUCAL	123
TAMIZAJE METABÓLICO	124

III. DETECCIÓN Y ATENCION OPORTUNA	124
ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA	124
Estabilización neonatal antes y durante el transporte.	126
ASFIXIA	127
PREMATUREZ	131
BAJO PESO AL NACER	134
CUIDADOS ESENCIALES DEL NIÑO PEQUEÑO	136
TÉCNICA MADRE CANGURO	137
HIPOTERMIA	140
HIPOGLICEMIA	141
ICTERICIA	143
CONJUNTIVITIS NEONATAL	146
ONFALITIS	147
INFECCIONES DE LA PIEL	148
MILIARIA	149
CANDIDIASIS ORAL	150
CANDIDIASIS EN EL ÁREA DEL PAÑAL	151
CÓLICO INFANTIL	152
DIENTES NEONATALES	154
MALFORMACIONES CONGÉNITAS	154
LABIO HENDIDO Y PALADAR HENDIDO	156
DEFECTOS DEL TUBO NEURAL	157
Espina bífida	158
Meningocele	158
Mielomeningocele	158
Encefalocele o meningoencefalocele	158
HIDROCEFALIA CONGÉNITA	160
PIE EQUINO VARO	161

PIE QUINO VALGO	161
DISPLASIA CONGÉNITA DE CADERA	162
SÍNDROME DE DOWN	164
OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS	166
TUBERCULOSIS PERINATAL, CONGÉNITA Y NEONATAL	167
ENFERMEDAD HEMORRÁGICA DEL RECIÉN NACIDO	169
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	171
Neumonía congénita	171
CONVULSIONES NEONATALES	172
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNA	174
Síndrome de rubéola congénita (SRC)	174
Tétanos neonatal	175
Tos ferina	177
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES	178
Malaria en neonato	178
Enfermedad de Chagas en el neonato	179
Zika	180
PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	182
Sífilis congénita	182
HIJA (O) DE MADRE CON CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	184
Síndrome de alcoholismo fetal	184
Síndrome de abstinencia neonatal	186
VIOLENCIA	188
CUADROS DE MEDICAMENTOS PARA EL NEONATO	190

IV. ORIENTACIÓN INTEGRAL A LA FAMILIA	
DEL NEONATO	192
PROMOCIÓN DE LA SALUD NEONATAL	192
PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS	194
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL NEONATO	194
Trauma por caídas	194
Quemaduras	195
Sofocación o asfixia	195
Intoxicaciones	195
Casi ahogamiento y ahogamiento	195
PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE MUERTE	
SÚBITA EN EL NEONATO	195
PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA	196
BIBLIOGRAFÍA	197

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-, reconoce que la niñez es una etapa muy valiosa, por lo que atender sus necesidades específicas y garantizar el cumplimiento de sus derechos es esencial para el desarrollo del país.

Se considera que aunque la mortalidad infantil va en descenso, según las Encuestas Nacionales de Salud Materno Infantil -ENSMI- en sus diferentes ediciones, se evidencia que la mortalidad neonatal no ha tenido cambios, por lo que se hace necesario continuar fortaleciendo la atención integral, con estrategias basadas en evidencia y con pertinencia cultural que contribuyan a mejorar la salud neonatal en Guatemala.

El nacimiento es el momento más crítico en la vida del ser humano e implica un importante riesgo de morbilidad y de mortalidad, debido a: hipoxia, enfriamiento, contaminación y traumatismos; por lo cual el personal de salud, debe estar capacitado adecuadamente para su atención.

El peso al nacer refleja la experiencia intrauterina y es un buen indicador del estado de salud y la nutrición de la madre, las probabilidades de supervivencia, crecimiento y desarrollo psicosocial del neonato. La finalidad de la presente norma es fortalecer la atención neonatal que se brinda en los servicios de salud.

OBJETIVOS

General

Contribuir a la disminución de la mortalidad y morbilidad en el período neonatal por medio de intervenciones básicas, basadas en evidencia científica.

Específicos

1. Promover el derecho a la salud integral neonatal.
2. Proveer los estándares básicos recomendados para la atención de la salud integral neonatal.
3. Promover acciones en la familia y comunidad para lograr un entorno favorable para los neonatos.
4. Prevenir, detectar y tratar integrada y oportunamente las enfermedades prevalentes en el neonato.

I. ATENCIÓN INTEGRAL NEONATAL

PASOS ESENCIALES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL NACIMIENTO

1	Cuidados antes de iniciar la atención neonatal: • Prepare el área para la atención del parto. • Prepare un área para reanimación, en caso fuera necesario, y verifique el equipo. • Identifique un asistente. • Realice lavado de manos y antebrazos con agua y jabón, si es posible aplique antisépticos.
2	Involucra en la medida de lo posible al padre, algún familiar, comadrona o acompañante en el proceso del nacimiento y cuidados neonatales.
3	Intervenciones inmediatamente después del nacimiento: • Después del nacimiento, coloque al neonato encima de la madre (apego inmediato) y séquele con un paño limpio, incluyendo la cabeza, luego descártelo, colóquelo un gorrito. • Limpie las vías aéreas o aspire, sólo cuando sea necesario (está indicado en casos de líquido amniótico meconial, sangre o pus), no lo realice de rutina, ya que puede producir un reflejo vago-vagal. • Si el neonato está vigoroso, el momento óptimo para ligar o pinzar el cordón es entre 1 y 3 minutos recuerde utilizar tijera estéril. No se recomienda el pinzamiento y corte precoz del cordón umbilical (menos de un minuto después del nacimiento), salvo que el neonato, sufra hipoxia y deba ser trasladado de inmediato para su reanimación). Se recomienda pinzar el cordón y cortar a 3 dedos (3 centímetros) de la base del mismo colocando un clamp o cinta de castilla para prevenir el sangrado. • Efectúe reanimación cardiopulmonar si fuera necesario: ver “Algoritmo de Reanimación del Neonato” (ver página 105). El 10 % de los neonatos requieren alguna reanimación cardiopulmonar. La clasificación de Apgar no debe utilizarse para decidir la reanimación, ya que, si es necesario reanimar, debe ser inmediatamente en los primeros segundos (ver página 106). • Evalúe la respiración y llanto: coloque al neonato, siempre que esté vigoroso, (frecuencia cardíaca > 100, con buen tono muscular) en posición boca abajo (prona), piel a piel sobre el pecho de la madre y cúbralo con una frazada seca y tibia incluyendo la cabeza.

- Valore clasificación de Apgar, (ver página 129) en el primer minuto y a los cinco minutos: un Apgar de 9 o más en el primer minuto, asegura una adaptación neonatal adecuada en el establecimiento y mantenimiento de la respiración y la estabilización de la temperatura.
- Ayude a iniciar la lactancia materna exclusiva durante la primera media hora de vida. Recuerde que el calostro es importante por sus propiedades nutricionales e inmunológicas.
- Determine la edad gestacional (ver puntaje de Capurro, página 132).
- Tome el peso (si no dispone de balanza mida el perímetro braquial utilizando una cinta de Shakir ver página 111).
- Mida la longitud y el perímetro cefálico, utilizando cinta métrica (ver página 113).
- Identifique a la madre y al neonato colocándole la pulsera de identificación, con el nombre completo de la madre, hora de nacimiento, fecha de nacimiento, peso y longitud.
- Administre vitamina K1 (fitomenadiona): 1 mg vía intramuscular (IM) en neonatos mayores de 1,500 gramos (3 libras con 4 onzas) y 0.5 mg en neonatos menores de 1,500 gramos en dosis única (en la cara anterior del muslo).
- Aplique en los ojos del neonato, 1 gota o ungüento en cada ojo, de antimicrobiano (cloranfenicol o eritromicina oftálmica) en la primera hora de vida. Si es niña, aplíquelo también en la vulva.
- Limpie todo el meconio y sangre de la piel (cuando estén presentes).
- No lo bañe inmediatamente, espere al menos 12 horas para evitar hipotermia, a excepción de recién nacidos de madres con VIH y hepatitis B.
- Administre la vacuna BCG y Hepatitis B al nacer según lineamientos del Programa de Inmunizaciones (ver página 121).
- Mantenga el alojamiento conjunto, en una habitación templada, protegida de corrientes de aire.
- Continúe la lactancia materna exclusiva y el alojamiento conjunto, (fortalece el lazo de amor entre madre y la o el recién nacida/o y asegura una nutrición adecuada).
- En caso de ser necesario referir, siga las indicaciones del diagrama de “Estabilización Neonatal Antes y Durante el Transporte”, (ver página 126).
- Active el plan de emergencia familiar y plan de emergencia comunitario, si es necesario. Ver anexo No. 5 y No. 6 incluido en módulo de Embarazo, parto y puerperio página 83.

PASOS ESENCIALES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DESPUÉS DEL NACIMIENTO

1	Realice evaluación completa del neonato, previo al egreso o durante su visita domiciliaria: • Examen físico completo. • Medición del perímetro cefálico. • Medir saturación de oxígeno (si cuenta con oxímetro de pulso). • Promueva la lactancia materna exclusiva y resuelva dudas. • Oriente a la madre sobre los cuidados del recién nacido en casa. • Verificar administración de BCG, Hepatitis "B", vitamina K y limpieza de cordón umbilical con clorexhidina.
2	Consulta del neonato a los 7 días de vida: • Detecte señales de peligro. • Brinde atención integral con calidad y respeto a su identidad cultural, de género y con atención especial en casos de discapacidad. • Revise el carné de la madre y del neonato. • Llene ficha clínica del neonato, (lactancia materna, vacunación, neurodesarrollo y otros). • Realice medición del perímetro cefálico, longitud y peso. • Realice evaluación completa. • Brinde orientación a la madre.
3	Consulta del neonato, a los 28 días de vida: • Detecte señales de peligro. • Brinde atención integral con calidad y respeto a su identidad cultural, de género y con atención especial en casos de discapacidad. • Revise el carné de la madre y el del neonato. • Llene ficha clínica del neonato. • Realice evaluación completa (lactancia materna, vacunación, neurodesarrollo y otros problemas). • Realice medición del perímetro cefálico, longitud y peso. • Brinde orientación a la madre, padre o responsable de la o el neonato.

ORIENTACIÓN PARA LA ATENCIÓN AMIGABLE A LA MADRE Y LA O EL RECIÉN NACIDA/O

“INICIATIVA DE SERVICIOS DE SALUD AMIGOS DE LA LACTANCIA MATERNA -ISSALM-”.

Es una estrategia para la promoción y apoyo a la lactancia materna, que debe ser aplicada por todos los servicios de salud, se basa en la implementación de los 10 pasos para una lactancia materna eficaz, que son:

- | |
|--|
| 1. Disponer de una copia escrita de las normas nacionales, que contemplan lo relativo a la lactancia natural y sistemáticamente ponerlas en conocimiento de todo el personal de atención de salud. |
| 2. Capacitar a todo el personal de salud para que esté en condiciones de poner en práctica esas normas. |
| 3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica |
| 4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera media hora después del parto y aprovechar las propiedades antibacteriales, antivirales y nutricionales del calostro. |
| 5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar y cómo mantener la lactancia, incluso si han de separarse de sus hijas o hijos. |
| 6. No dar a la o el recién nacida/o más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado (en casos muy especiales). |
| 7. Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y sus hijas/os durante las 24 horas del día (día y noche). |
| 8. Fomentar la lactancia natural sin horario cada vez que la niña o niño dé señales de quererse alimentar, tanto de día como de noche. |
| 9. No dar biberones (pachas), chupones o pepes (pacificadores) a las niñas o niños alimentados al pecho. |
| 10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del servicio de salud. |

TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO

Para mostrar a las madres las técnicas adecuadas para facilitar la succión, producción de leche materna y vaciamiento de los pechos se recomienda prestar atención a:

- **Posición para el amamantamiento:**
 - La cabeza y el cuerpo están alineados y frente a la madre.
 - El cuerpo está cerca de la madre (panza con panza).
 - La madre sostiene todo el cuerpo de la niña o niño.
 - La o el recién nacida/o está frente al pezón de la madre.
- **Buen agarre:**
 - La barbilla toca el pecho o está próxima a tocarlo.
 - La boca está bien abierta.
 - El labio inferior está evertido (hacia afuera).
 - La areola es más visible por arriba de la boca de la o el recién nacida que por debajo.



POSICION CORRECTA



POSICION INCORRECTA

Fuente. OMS/OPS.

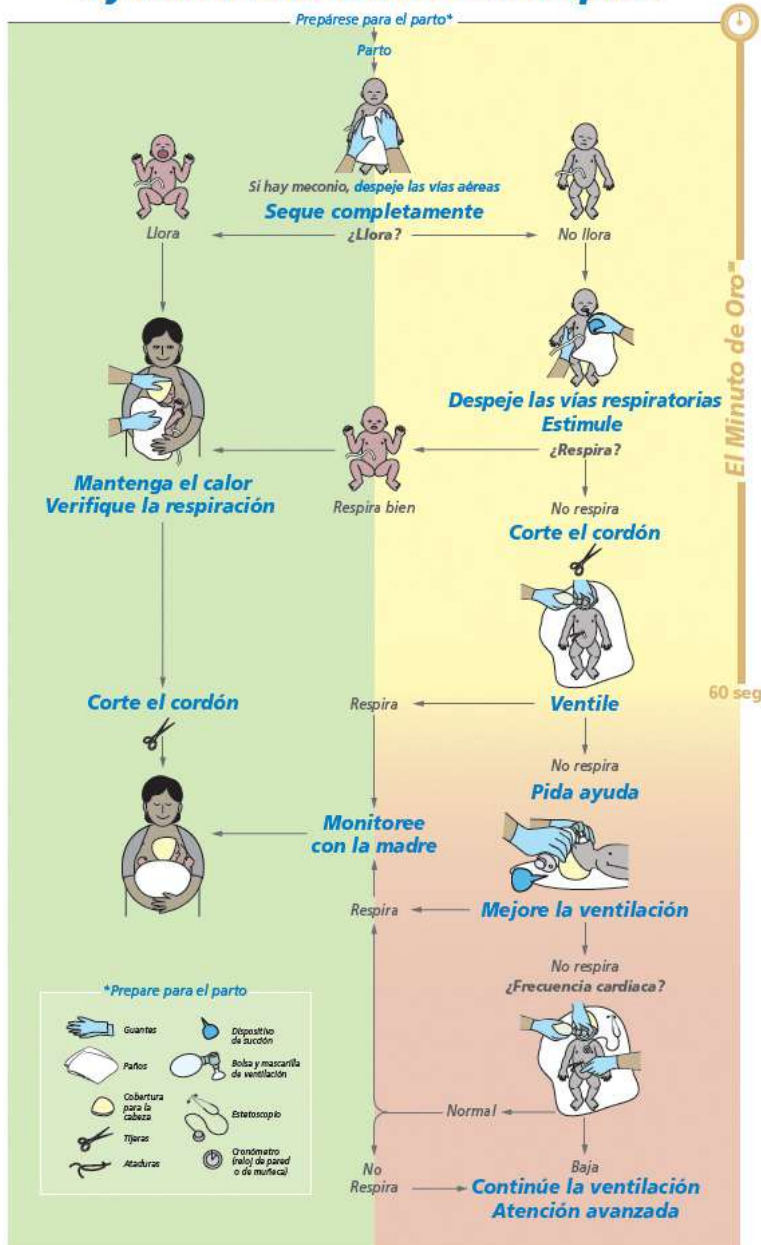
Otras recomendaciones para la madre

- Pida que le den a su niña o niño para que mame inmediatamente después del parto (durante la primera media hora) el apego inmediato facilita la producción de leche y ayuda a que el útero vuelva a su tamaño normal.
- Dele la primera leche o calostro que limpia el estómago de la o el recién nacida/o y le protege de enfermedades.
- Dele de los dos pechos en cada mamada para tener buena cantidad de leche. Es indispensable la succión frecuente y el vaciamiento de cada pecho para una producción adecuada de leche.
- Permita que mame suficiente del primer pecho antes de cambiar al segundo.
- Evite el uso de pachas y pepe o pacificador.
- Para la extracción de la leche materna:
 - Indique a la madre que para sacarse la leche (extracción manual de la leche) debe presionar los senos lactíferos con las yemas de los dedos y empujar hacia dentro rítmicamente.
 - Con las manos limpias, colocar en forma de “C” los dedos pulgar, índice y medio, dos dedos alrededor de la areola.
 - Siguiendo el borde de la areola, colocar los dedos en otro sitio de la misma y repetir los movimientos: empujar y presionar, empujar y presionar.
 - Depositar la leche en un recipiente limpio. La extracción de la leche toma unos 20 minutos.
- Para la conservación de la leche materna:
 - 2-4 horas a temperatura ambiente.
 - 12 horas si se coloca en un hielera o se envuelve en un paño limpio y mojado.
 - 2 días en refrigeración.
 - 2 semanas, si está congelada.
- Alimente exclusivamente con leche materna.

REANIMACIÓN NEONATAL

ALGORITMO DE REANIMACIÓN NEONATAL BÁSICA

Ayudar a los Neonatos a Respirar

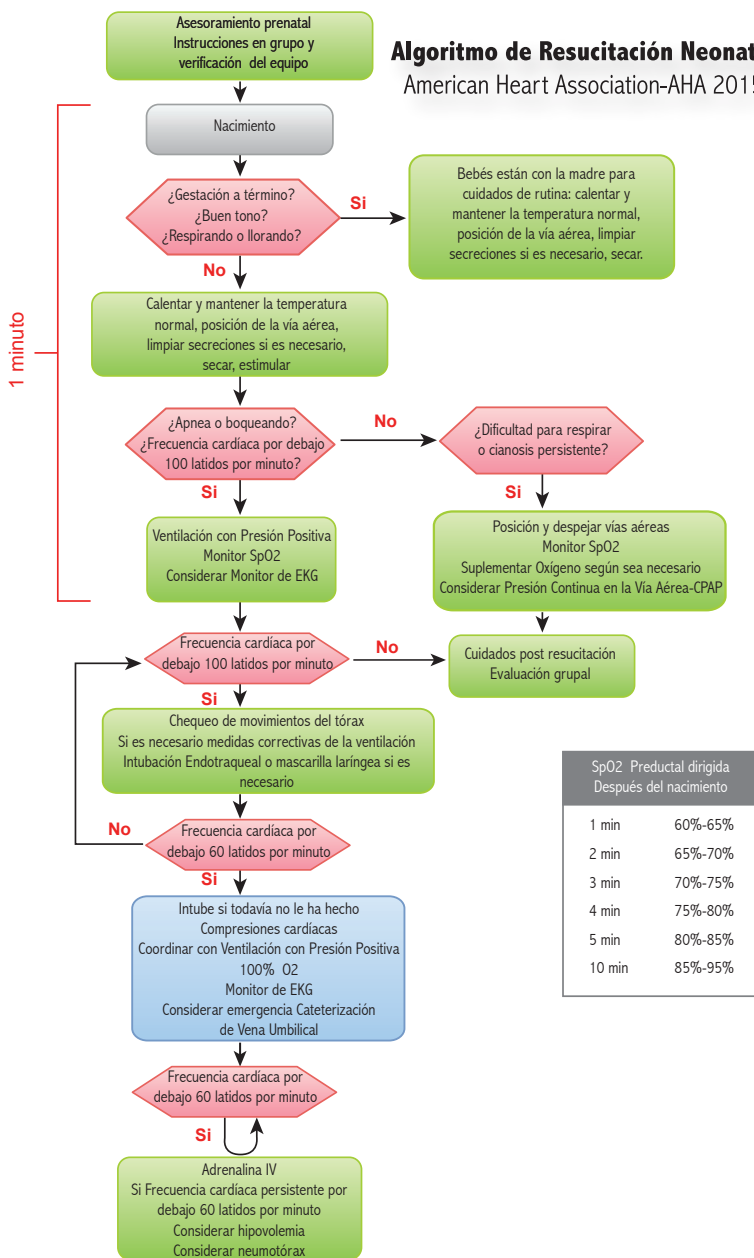


Fuente. Academia Americana de Pediatría 2010.

ALGORITMO DE REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA

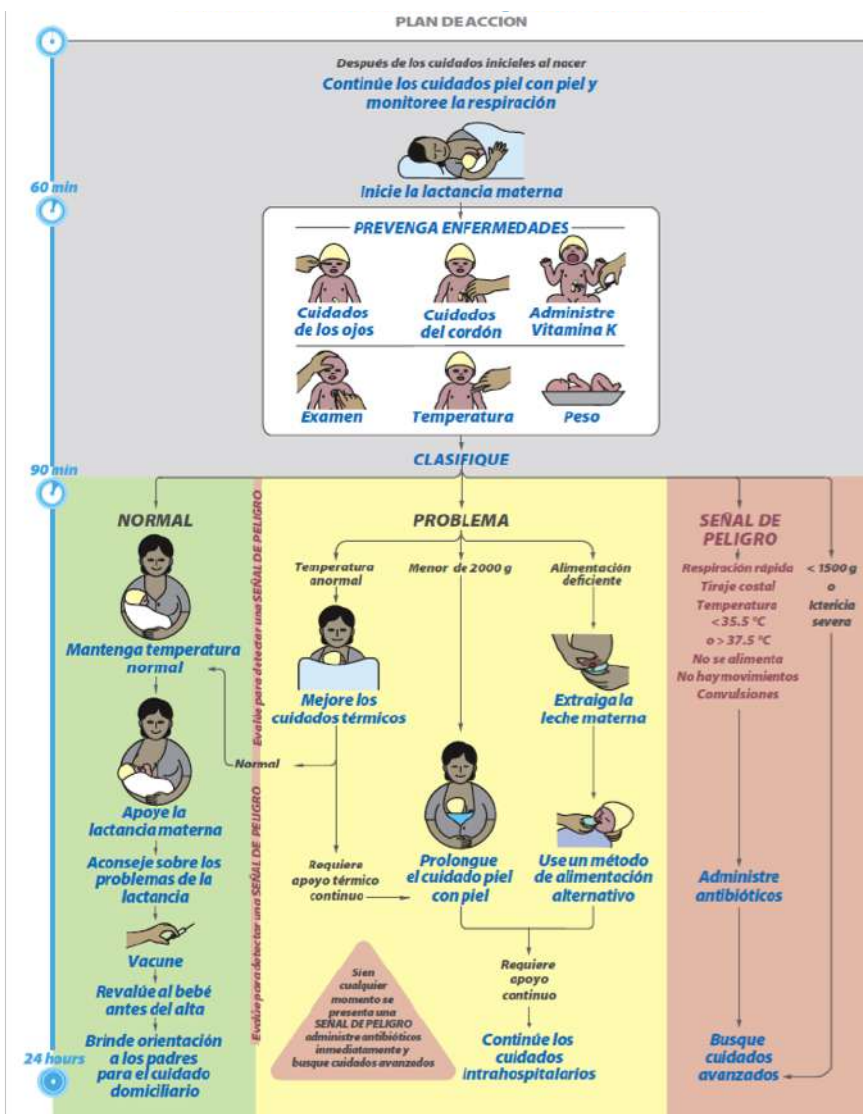
Algoritmo de Resucitación Neonatal

American Heart Association-AHA 2015



Fuente. Academia Americana de Pediatría 2015.

CUIDADOS ESENCIALES DEL NEONATO Y DETECCIÓN DE SEÑALES DE PELIGRO



Fuente: Academia Americana de Pediatría 2015.

II. ACCIONES PREVENTIVAS NEONATALES

MONITOREO DEL CRECIMIENTO

• PESO

- Pese al neonato sin ropa utilizando una balanza pediátrica o en balanza tipo Salter (de reloj) y clasifique según la tabla siguiente:

CLASIFICACIÓN DEL PESO AL NACER

Peso en gramos	Peso en libras	Clasificación
De 2,500 gramos o más	5 libras 8 onzas o más	Normal
1,500 a menos de 2,500 gramos	De 3 libras 5 onzas a 5 libras 8 onzas.	Bajo Peso
1,000 a menos de 1,500 gramos	De 2 libras 3 onzas a 3 libras 5 onzas.	Muy Bajo Peso
Menor de 1,000 gramos	Menor de 2 libras 3 onzas.	Extremadamente Bajo peso

Fuente. Adaptado por el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional. MSPAS. Guatemala.

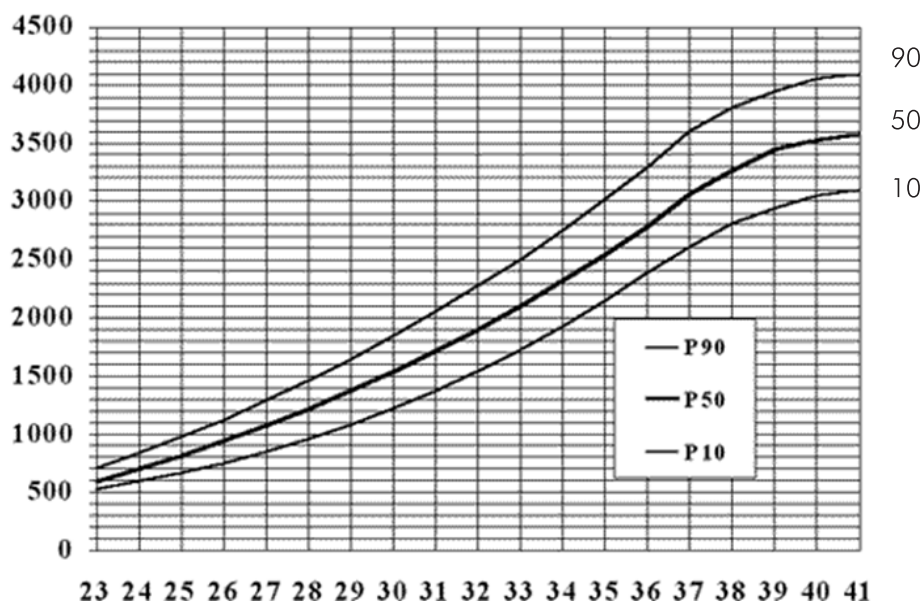
Clasificación del neonato según peso y edad gestacional

Para la clasificación del neonato prematuro, a término o postérmino se **utilizarán las curvas de Lubchenco**, según el peso y la edad gestacional.

Las y los neonatos se pueden definir de distintas maneras según sus medidas y ubicación dentro de dichas curvas, con distinción entre pretérmino, nacidos a término y postérmino, de la siguiente manera:

- **Neonato pretérmino adecuado para edad gestacional:** recién nacida/o prematuro con peso, entre el percentil 10 y el percentil 90 para su edad gestacional.
- **Neonato pretérmino pequeño para edad gestacional:** recién nacida/o prematuro con peso inferior al percentil 10 para su edad gestacional.
- **Neonato pretérmino grande para edad gestacional:** recién nacida/o prematuro con peso superior al percentil 90 para su edad gestacional.
- **Neonato a término adecuado para edad gestacional:** recién nacida/o a término con peso entre el percentil 10 y el percentil 90 para su edad gestacional.
- **Neonato a término pequeño para edad gestacional:** recién nacida/o a término con peso inferior al percentil 10 para su edad gestacional.
- **Neonato a término grande para edad gestacional:** recién nacida/o a término con peso superior al percentil 90 para su edad gestacional.
- **Neonato postérmino adecuado para edad gestacional:** recién nacida/o postérmino con peso entre el percentil 10 y el percentil 90 para su edad gestacional.
- **Neonato postérmino pequeño para edad gestacional):** recién nacida/o postérmino con peso inferior al percentil 10 y su edad gestacional.
- **Neonato postérmino grande para edad gestacional:** recién nacida/o postérmino con peso superior al percentil 90 para su edad gestacional.

GRÁFICA DE LUBCHENCO



Fuente: Anales Españoles de Pediatría. 2015.

Nota. Refiera al hospital más cercano a todo neonato menor de 2,000 gramos, si no tiene capacidad resolutive.

EVALUACIÓN DEL PERÍMETRO BRAQUIAL

Si no cuenta con balanza, en menores de 8 días mida el perímetro braquial con cinta de Shakir o cinta métrica.



Fuente. Adaptado por el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, 2010. MSPAS. Guatemala.

Procedimiento para medir perímetro braquial

- Doble el brazo izquierdo del neonato mida el punto medio entre el hombro y el codo para determinar la mitad.
- Coloque la cinta de Shakir alrededor del brazo con firmeza, en el punto medio que se ha establecido previamente, evitando que la piel se arrugue.
- Clasifique según el cuadro siguiente:

CLASIFICACIÓN DEL PERÍMETRO BRAQUIAL

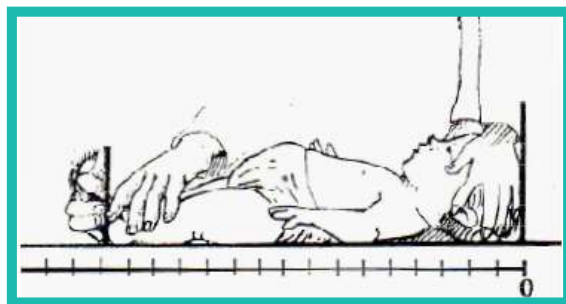
Evaluación	Clasifique
Color Blanco: Perímetro braquial mayor o igual a 9 centímetros en menores de 8 días.	Normal
Color Rojo: Perímetro braquial menor de 9 centímetros en menores de 8 días.	Bajo peso

Fuente. Adaptado por el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, 2010. MSPAS. Guatemala.

• LONGITUD

- Mida ubicando a la o el neonato, con la cabeza hacia la parte fija del infantómetro y los pies en la parte móvil ver descripción de la técnica en Módulo de Niñez.
- Marque el inicio de la longitud en el punto cero de la tabla de longitud de niña o niño según el caso, para su seguimiento.

POSICIÓN PARA LA MEDICIÓN DE LONGITUD



Fuente. Adaptado por el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, 2010. MSPAS. Guatemala

- El resultado debe ser evaluado de acuerdo a la gráfica, (ver módulo de niñez) de longitud para la edad, según sexo. Con base en los resultados clasifique de acuerdo al cuadro siguiente:

LONGITUD PARA LA EDAD

Mida la longitud en centímetros para edad	Desviación estándar	Clasificación
Realice la medición de la longitud Busque en el carné la gráfica de longitud, registre y clasifique	Entre +2 a -2	Longitud normal
	Debajo de -2	Retardo del crecimiento Moderado
	Debajo de -3	Retardo de crecimiento severo

Fuente. Adaptado por el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional

Nota. Esta clasificación es válida sólo para neonatos a término y adecuados para la edad gestacional.

MONITOREO DEL NEURODESARROLLO

PERÍMETRO CEFÁLICO

- Mida el perímetro cefálico como se indica:
 - Mida con cinta métrica no deformable.
 - Coloque la cinta a nivel de las protuberancias frontales y occipitales.
 - Realice la lectura en la región frontal.
 - Registre en centímetros.



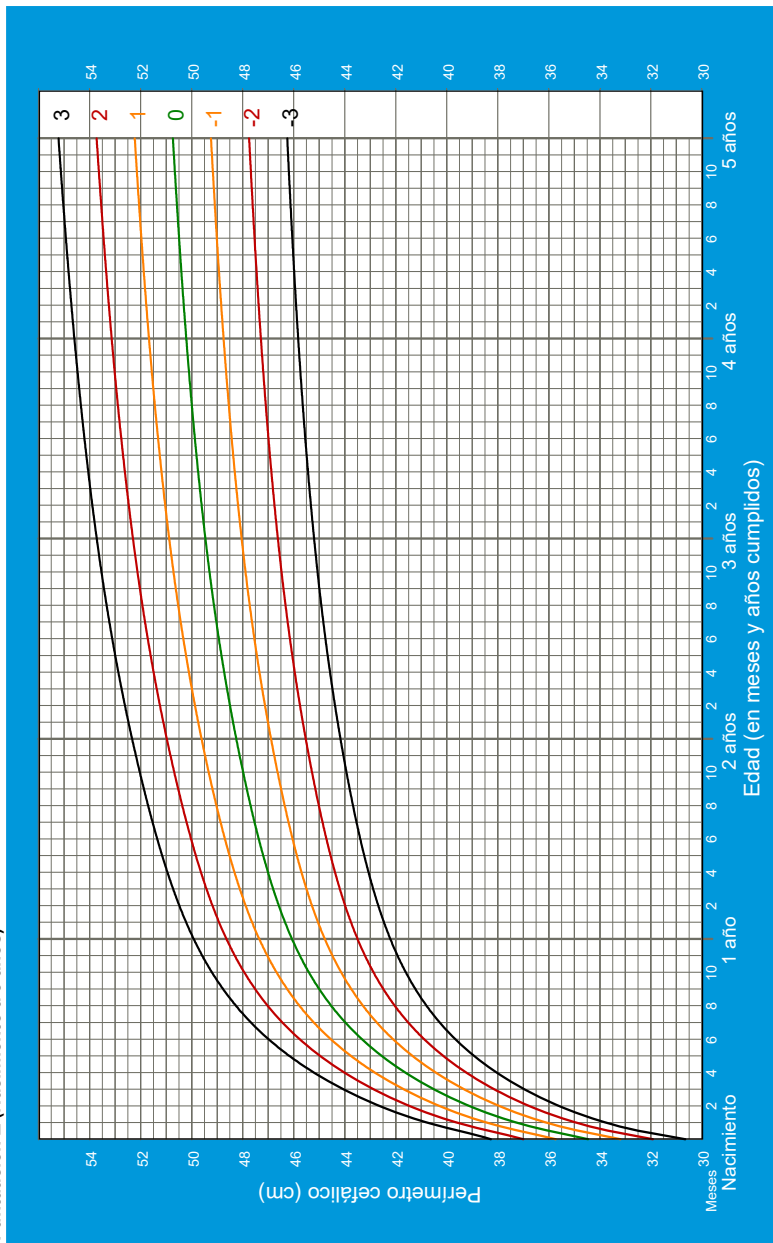
Fuente. Componente Neonatal del Programa de Salud Reproductiva.

- Verifique si el perímetro cefálico se encuentra entre los límites normales según sexo, utilizando las gráficas de Perímetro Cefálico para la Edad, de niñas y niños a término de la OMS, o en el caso de prematuros, utilice patrones de "InterGrowth" (ver página 117).

Perímetro cefálico para la edad Niños



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



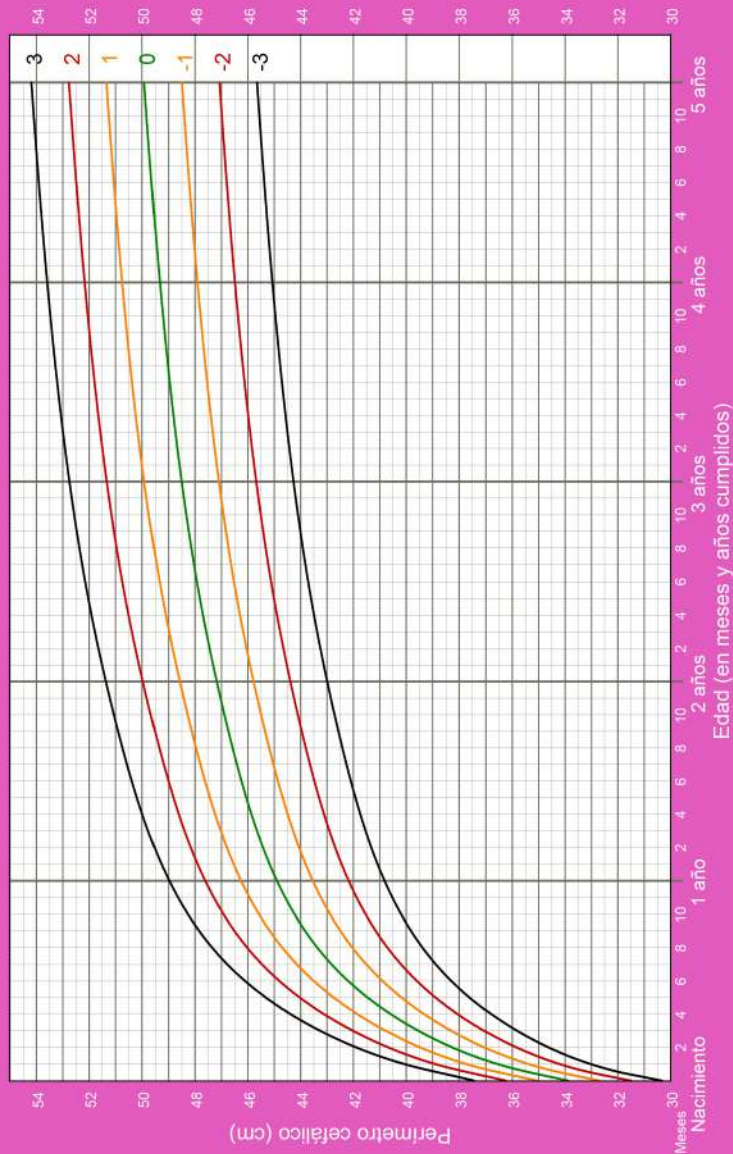
Fuente. OMS-OPS.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Perímetro cefálico para la edad Niñas



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Fuente. OMS-OPS.

- Clasifique el perímetro cefálico del neonato a término según el cuadro siguiente:

CLASIFICACIÓN DEL PERÍMETRO CEFÁLICO

Clasificación del indicador de perímetro cefálico	Puntuación
MACROCEFALIA	Arriba de + 2 desviaciones estándar
NORMAL	Entre +2 y -2 desviaciones estándar
MICROCEFALIA	Debajo de -2 desviaciones estándar

Fuente. OMS-OPS.

Patrones internacionales de crecimiento postnatal para recién nacidos pretérmino



Perímetro cefálico (cm)
niñas

INTERGROWTH-21st



Edad postmenstrual (semanas exactas)	Puntuación Z (desviaciones estándar)						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
27	18.8	20.5	22.2	24.0	25.7	27.4	29.2
28	20.3	21.9	23.5	25.1	26.7	28.3	29.9
29	21.7	23.2	24.7	26.2	27.6	29.1	30.6
30	23.0	24.4	25.8	27.1	28.5	29.9	31.3
31	24.1	25.4	26.7	28.1	29.4	30.7	32.0
32	25.2	26.4	27.7	28.9	30.1	31.4	32.6
33	26.2	27.4	28.5	29.7	30.9	32.1	33.2
34	27.1	28.2	29.3	30.5	31.6	32.7	33.9
35	27.9	29.0	30.1	31.2	32.3	33.4	34.5
36	28.7	29.8	30.8	31.9	32.9	34.0	35.0
37	29.4	30.4	31.5	32.5	33.5	34.6	35.6
38	30.1	31.1	32.1	33.1	34.1	35.1	36.2
39	30.7	31.7	32.7	33.7	34.7	35.7	36.7
40	31.3	32.3	33.2	34.2	35.2	36.2	37.2
41	31.8	32.8	33.8	34.8	35.7	36.7	37.7
42	32.3	33.3	34.3	35.3	36.2	37.2	38.2
43	32.8	33.8	34.7	35.7	36.7	37.7	38.6
44	33.2	34.2	35.2	36.2	37.1	38.1	39.1
45	33.7	34.6	35.6	36.6	37.6	38.6	39.5
46	34.1	35.1	36.0	37.0	38.0	39.0	40.0
47	34.4	35.4	36.4	37.4	38.4	39.4	40.4
48	34.8	35.8	36.8	37.8	38.8	39.8	40.8
49	35.1	36.1	37.1	38.1	39.2	40.2	41.2
50	35.5	36.5	37.5	38.5	39.5	40.5	41.5
51	35.8	36.8	37.8	38.8	39.9	40.9	41.9
52	36.1	37.1	38.1	39.2	40.2	41.2	42.2
53	36.3	37.4	38.4	39.5	40.5	41.5	42.6
54	36.6	37.6	38.7	39.8	40.8	41.9	42.9
55	36.8	37.9	39.0	40.0	41.1	42.2	43.2
56	37.1	38.2	39.2	40.3	41.4	42.5	43.6
57	37.3	38.4	39.5	40.6	41.7	42.8	43.9
58	37.5	38.6	39.7	40.8	42.0	43.1	44.2
59	37.7	38.9	40.0	41.1	42.2	43.3	44.5
60	37.9	39.1	40.2	41.3	42.5	43.6	44.7
61	38.1	39.3	40.4	41.6	42.7	43.9	45.0
62	38.3	39.5	40.6	41.8	43.0	44.1	45.3
63	38.5	39.7	40.8	42.0	43.2	44.4	45.5
64	38.6	39.8	41.0	42.2	43.4	44.6	45.8

Patrones internacionales de crecimiento postnatal para recién nacidos pretérmino



Perímetro cefálico (cm)
niños

INTERGROWTH-21st



Edad postmenstrual (semanas exactas)	Puntuación Z (desviaciones estándar)						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
27	19.6	21.3	23.0	24.8	26.5	28.2	30.0
28	21.1	22.7	24.3	25.9	27.5	29.1	30.7
29	22.5	24.0	25.5	27.0	28.4	29.9	31.4
30	23.8	25.2	26.5	27.9	29.3	30.7	32.1
31	24.9	26.2	27.5	28.8	30.2	31.5	32.8
32	26.0	27.2	28.5	29.7	30.9	32.2	33.4
33	27.0	28.2	29.5	30.5	31.7	32.9	34.0
34	27.9	29.0	30.1	31.3	32.4	33.5	34.7
35	28.7	29.8	30.9	32.0	33.1	34.2	35.3
36	29.5	30.5	31.6	32.7	33.7	34.8	35.8
37	30.2	31.2	32.3	33.3	34.3	35.4	36.4
38	30.9	31.9	32.9	33.9	34.9	35.9	37.0
39	31.5	32.5	33.5	34.5	35.5	36.5	37.5
40	32.1	33.1	34.0	35.0	36.0	37.0	38.0
41	32.6	33.6	34.6	35.6	36.5	37.5	38.5
42	33.1	34.1	35.1	36.0	37.0	38.0	39.0
43	33.6	34.6	35.5	36.5	37.5	38.5	39.4
44	34.0	35.0	36.0	37.0	37.9	38.9	39.9
45	34.5	35.4	36.4	37.4	38.4	39.4	40.3
46	34.9	35.8	36.8	37.8	38.8	39.8	40.8
47	35.2	36.2	37.2	38.2	39.2	40.2	41.2
48	35.6	36.6	37.6	38.6	39.6	40.6	41.6
49	35.9	36.9	37.9	38.9	39.9	40.9	41.9
50	36.3	37.3	38.3	39.3	40.3	41.3	42.3
51	36.6	37.6	38.6	39.6	40.6	41.6	42.7
52	36.9	37.9	38.9	39.9	41.0	42.0	43.0
53	37.1	38.2	39.2	40.3	41.3	42.3	43.4
54	37.4	38.4	39.5	40.6	41.6	42.7	43.7
55	37.6	38.7	39.8	40.8	41.9	43.0	44.0
56	37.9	39.0	40.0	41.1	42.2	43.3	44.4
57	38.1	39.2	40.3	41.4	42.5	43.6	44.7
58	38.3	39.4	40.5	41.6	42.7	43.8	45.0
59	38.5	39.6	40.8	41.9	43.0	44.1	45.3
60	38.7	39.9	41.0	42.1	43.3	44.4	45.5
61	38.9	40.1	41.2	42.4	43.5	44.7	45.8
62	39.1	40.3	41.4	42.6	43.8	44.9	46.1
63	39.3	40.5	41.6	42.8	44.0	45.2	46.3
64	39.4	40.6	41.8	43.0	44.2	45.4	46.6

• REFLEJOS

- Evalúe reflejos con base al cuadro siguiente:

EVALUACIÓN DE REFLEJOS EN EL NEONATO

Reflejo	Estimulación	Reacción
Marcha automática	Mantenga al niño en posición vertical en la mesa de exploración, coloque una de sus manos sobre el tórax del niño de tal manera que además se encuentre ligeramente echado hacia adelante.	Se desencadenarán una sucesión de pasos por el contacto del pie con la mesa de exploración.
Prensión palmar	Con el niño en decúbito dorsal sobre la mesa de exploración, coloque sus dedos índices en las palmas de la mano del niño. Esta maniobra puede hacerse de forma simultánea en los dos lados.	Esta estimulación sobre la palma provoca una fuerte reacción de los dedos, ocasionando el cierre de la mano.
Reflejo de moro	Con el niño en decúbito dorsal sobre la mesa de exploración, levante sólo sus hombros unos centímetros con una ligera tracción tomándole de las dos manos, con los miembros superiores en extensión. Suelte gentil pero repentinamente para que el niño regrese al decúbito dorsal sobre la mesa de exploración y aparezca el reflejo.	Usted observará una abducción de los brazos con extensión de los antebrazos y apertura de las manos, luego una aducción de los brazos y flexión de los antebrazos y por último de forma ocasional llanto. Valore su presencia y simetría tomando en cuenta que los tres primeros meses es simétrico y completo (abducción del brazo, extensión del antebrazo y apertura de las manos).
Reflejo provocado tónico asimétrico del cuello	Con el niño en decúbito dorsal sobre la mesa de exploración, tome la cabeza del niño y realice una rotación pasiva de la cabeza primero hacia un lado y después hacia el otro, en cada posición debe permanecer por lo menos 15 segundos.	Usted observará una extensión del miembro superior del lado hacia el cual se gira la cara del niño y una flexión más pronunciada del lado opuesto. La respuesta puede desencadenarse solamente a nivel de los miembros inferiores, que se colocan con una discreta flexión del lado hacia el cual se gira la cara y con discreta extensión del lado opuesto.

Prensión plantar	Con el niño en decúbito dorsal sobre la mesa de exploración, toque firme pero gentilmente con su dedo pulgar la planta del pie del niño aplicando este estímulo entre las cabezas del primer y segundo metatarsiano, aplique un estímulo por lado a la vez.	Usted observará que el niño flexiona los dedos del pie estimulado.
Reacción de paracaídas	Tome al niño por detrás, sujetándolo fuerte, pero gentilmente de la espalda y cadera con ambas manos, acérquelo a usted en suspensión ventral; después sujetándolo firmemente inclínelo con la cabeza hacia adelante, sobre la mesa de exploración.	Usted observará que el niño realiza un movimiento brusco de extensión de los miembros superiores con abertura de las manos como si quisiera protegerse de una caída.

Fuente. Adaptación Programa Nacional de Salud Reproductiva. Componente Neonatal 2018.

• ESTIMULACIÓN OPORTUNA

▫ Motor grueso

- Colóquele ropa cómoda que le permita moverse libremente.
- Con las yemas de los dedos de ambas manos, efectúe un masaje circular sobre la cabeza, ejerciendo muy ligera presión. Incluya toda la cabeza y la frente.
- Cuelgue objetos de colores vivos y muévalos en sentido horizontal lentamente a 20 cm para que los siga con la vista.
- Brinde masaje en los brazos (de los hombros a las manos) y las piernas (de los muslos a los pies).
- Colocar en diferentes posiciones.

▫ **Motor fino**

- Póngale su dedo en la mano para que lo apriete, sino lo hace, ayúdele; si le aprieta jale suavemente su mano para que haga fuerza. Haga este mismo ejercicio con las dos manos.
- Colóquelo un dedo en la palma de la mano, para que al sentir el contacto la cierre.

▫ **Social**

- Cántele canciones de cuna, le dan seguridad. Recuerde que en esta etapa duerme la mayor parte del tiempo.
- Mientras le da pecho, le cambia o le baña podría: cantarle, hablarle, mirarle, abrazarle con cariño y ponerle música.

▫ **Lenguaje**

- Aprenda a distinguir el llanto, llamándole por su nombre.
- Recuerde que la forma de lenguaje para comunicarse en este período es por medio de gritos, llanto, sonidos para expresar soledad, dolor, cansancio. El neonato comprende cuando le hablan.
- Imita las vocalizaciones de la o el recién nacida/o, sonidos como "a-a-a" y repítalo exagerando un poco.

▫ **El neonato, hasta los dos meses de edad**

- Oriente a la madre, para que tanto ella como otros miembros de la familia o convivientes, mantengan un diálogo con el neonato, buscando un contacto visual (ojo con ojo).
- Enseñe a la madre que debe hablarle al recién nacido, con voz suave y apacible mientras la o lo amamanta. El recién nacido pasa mucho tiempo del día alimentándose y este tiempo es una oportunidad para mostrarle que su voz tiene un tono feliz, que va de acuerdo a su sonrisa. Se le puede decir por ejemplo: ¿Qué te pasa? ¿Estás con hambre? "Mamá te ama mucho, papá te quiere mucho".
- Estimule visualmente al recién nacido con objetos coloridos, a una distancia mínima de 30 centímetros, realizando movimientos oscilatorios a partir de la línea media (moviéndolos).
- Colóquelo en posición decúbito ventral (boca abajo) para estímulo cervical (del cuello) y llame su atención poniéndose al frente, estimulándole visual y auditivamente.

INMUNIZACIONES

- Administre las vacunas de Hepatitis B y BCG de la forma siguiente:

INMUNIZACIONES DEL NEONATO

Vacuna	Edad de administración	Aguja y jeringa	Dosis, vía de administración e intervalo	Observaciones
Hepatitis B pediátrica ¹	Antes de cumplir las primeras 24 horas de vida.	25 G x 5/8 x 0.5 ml auto bloqueable	Dosis: única de 0.5 ml. Vía: intramuscular profunda (tercio medio del muslo o cara antero lateral externa).	La administración de la vacuna después de 24 horas del nacimiento, no brinda protección que evite la transmisión vertical (madre-hijo), si se tiene conocimiento que la madre es positiva a Hepatitis "B", vacunar al RN en las primeras 12 horas de vida.
BCG ²	Lo más cerca del nacimiento, hasta antes de cumplir 1 año de edad.	27 G x 3/8 x 0.1 ml auto bloqueable	Dosis: única de 0.05 ml (la dosis puede variar, según prospecto del productor). Vía: intradérmica, brazo derecho. (Programa de Inmunizaciones informará cambio de presentación y dosis).	- Administrar la vacuna lo antes posible, para generar inmunidad antes que el niño/a se exponga a la enfermedad. - NO administrar después de un año de edad, ya que no se adquiere respuesta celular adecuada.

¹. Vacuna contra hepatitis B antes de cumplir las primeras 24 horas de vida, siempre que el neonato tenga peso mínimo de 2,000 gramos (4.4 libras o 2 kilos), con el objetivo de evitar la transmisión vertical de madre a hijo, si la madre fuera portadora de hepatitis B. En niños: menores de 2000 gm queda a criterio de especialista.

². Vacuna BCG siempre que el lactante tenga peso mínimo de 2,000 gramos (4.4 libras o 2 kilos), a fin de prevenir contra las formas graves de tuberculosis (TB miliar y meníngea)

Fuente. Adaptación por el Programa de Inmunizaciones, 2017.

Nota. Recuerde registrar las dosis administradas en el carné, en el cuaderno SIGSA 5a e ingresar datos a SIGSA WEB.

Si madre es positiva a hepatitis B además de la vacuna, refiera a hospital con capacidad resolutoria para estudio y tratamiento.

EVOLUCIÓN DE LA ZONA DE ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA BCG

Presentación	Pápula	Mácula	Nódulo	Absceso y ulceración	Costra	Cicatriz queloide
Tiempo	15 a 30 minutos después de la administración de la vacuna.	A las 2 o 3 semanas después de la administración de la vacuna, es roja, luego indurada a la tercera y cuarta semana.	Entre la 4ta y 6ta semana, es eritematosa y aumenta de tamaño entre la 1era y 2da semana.	Después de la 6ta semana, la úlcera deja escapar líquido seroso.	Entre la 6ta y 12va semana después de la vacunación.	Casi siempre al final de la 12 va semana, se forma cicatriz menor de 10 milímetros, queda esta cicatriz para toda la vida.

Fuente. Adaptación por el Programa de Inmunizaciones, 2017.

• EVALUACIÓN VISUAL

- Realice tamizaje clínico del desarrollo del comportamiento visual para la detección precoz de anomalías oculares y de la visión.
- Inspección de estructuras externas de los ojos.
- Reflejo rojo y fotomotor.
- Seguir el comportamiento visual.
- Utilizando una linterna o un oftalmoscopio directo, debe evaluar:
 - Si ambos ojos son simétricos (simetría ocular).
 - Ojos asimétricos, caída del párpado (ptosis).
 - Aumento del tamaño del ojo o bien ojos prominentes (exoftalmos), probable glaucoma congénito.
 - Aumento de lagrimeo y secreción (epífora).

- Reflejo rojo del fondo ocular: se realiza con oftalmoscopio directo puesto en cero, mirando a través del lente ocular se verá toda la pupila iluminada en color rojo, lo que significa que el rayo de luz ha pasado hasta la retina y se ha reflejado. Con este simple examen se puede descartar toda patología que, desde la córnea hasta la retina, impida que una imagen sea enfocada en la mácula como: cataratas congénitas, fibroplasia retrobulbar, retinopatía del prematuro, hemorragias vítreas, tumores intraoculares, desprendimiento de retina.
- Si identifica alguna de las patologías anteriores referir al hospital más cercano con especialidad de oftalmología.
- A todo neonato prematuro se le debe realizar evaluación especializada a las cuatro semanas de vida para detección temprana de retinopatía.

• EVALUACIÓN AUDITIVA

- Reacciona a los sonidos girando la cabeza hacia la derecha o hacia la izquierda en dirección al ruido y tardando entre un segundo y medio o más para hacerlo.
- Prefiere sonidos fuertes. Además, prefiere el sonido de la voz humana que cualquier otro sonido, por eso a la semana ya puede reconocer la voz de la mamá y papá.
- No es normal que se sobresalte al escuchar una fuerte palmada a uno o dos metros de distancia, o no le tranquiliza la voz de la madre.
- Si identifica alguna de las anomalías anteriores, referir al hospital más cercano.

Nota. Las evaluaciones visual y auditiva, permiten detectar oportunamente sordera, ceguera o ambas (sordoceguera).

• EVALUACIÓN BUCAL

- Detección de dientes neonatales: referir al hospital más cercano con personal odontológico para su extracción si fuera necesario, por incomodidad durante la lactancia materna y evitar el riesgo de aspiración de uno de estos dientes.

- Detección de malformaciones congénitas: labio y paladar hendido, para su referencia al hospital más cercano para orientación y tratamiento oportuno.
- La higiene buco dental debe efectuarse mediante un sistema “dedocepillo” (dedil), que consiste en lavar las encías del recién nacido con el dedo cubierto con una gasa húmeda.

• TAMIZAJE METABÓLICO

- Para la detección de hipotiroidismo congénito neonatal, se debe investigar la hormona estimulante de tiroides (TSH por sus siglas en inglés) entre los días 3 y 7 de vida. Si no hay capacidad resolutive, refiera al hospital más cercano, o a los hospitales San Juan de Dios o Roosevelt.

Nota. Realice detección temprana de discapacidad y riesgo neurosensorial.

III. DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA

Nota. Para dudas en el cálculo de los medicamentos en todas las patologías, consultar el cuadro al final de esta sección.

ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA

- **Evalúe y clasifique siguiendo la secuencia del registro ficha única de salud integral de la niñez:**
 - Preguntar motivo de consulta.
 - Si el motivo de consulta es por una patología, descartar signos de peligro en general, de acuerdo a la clasificación triage.
 - Evaluar alimentación, vacunación, neurodesarrollo y otros problemas.
- **Realice clasificación (triage) de acuerdo a su condición de gravedad, ver cuadro en la página siguiente:**

CLASIFICACIÓN (TRIAGE)

Signos de gravedad que requieren atención URGENTE ENFERMEDAD GRAVE	Signos de enfermedad que requieren atención inmediata INFECCIÓN LOCAL	No tiene ningún signo de GRAVEDAD O ENFERMEDAD
• No puede tomar el pecho • Vomita todo. • Temp. axilar $< 35.5^{\circ}\text{C}$ ó $> 37.5^{\circ}\text{C}$. • Historia de convulsiones. • Se mueve solo al estimularlo. • Tiraje subcostal grave. • Ictericia que inicia antes de las primeras 24 horas. • Ictericia hasta por debajo del ombligo. • FR ≥ 60 ó < 30 por minuto • Anomalías congénitas mayores.	• Secreción purulenta conjuntival. • Ombligo eritematoso o con secreción purulenta sin extenderse a la piel. • Pústulas en la piel (pocas o localizadas). • Placas blanquecinas en la boca.	Evalúe: • Vacunas. • Alimentación • Peso, talla y circunferencia cefálica. • Neurodesarrollo.

Fuente. AIEPI-MSPAS.

- Determine la necesidad de la reanimación cardiopulmonar, ver algoritmo de reanimación neonatal, (página 105-106).
- Estabilice antes del traslado, según diagrama siguiente:

ESTABILIZACIÓN NEONATAL ANTES Y DURANTE EL TRANSPORTE

1. PREVENIR Y/O TRATAR LA HIPOTERMIA

- Mida temperatura axilar (rango seguro 36.5 a 37.5 °C).
- Póngale en contacto piel a piel sobre el pecho de la madre, y cúbrala/o con una frazada seca y favorezca que busque el pecho.
- Colóquele gorrito.
- Si la madre, padre o un familiar cercano no está, utilice como última opción: cualquier fuente de calor, cuna radiante, incubadora, colchón térmico, según esté disponible.

2. PREVENIR Y/O TRATAR LA HIPOGLICEMIA

(Se considera hipoglicemia al nivel de glucosa menor a 45 mg/dl en neonatos a término y pretérmino).

- Administre leche materna o calostro succionada o métodos alternativos (con vasito o sonda).
- Si no dispone de leche materna, administre dextrosa al 5 % por vía oral o sonda orogástrica de 30 ml.

3. MANTENER VÍA AÉREA PERMEABLE Y OXIGENACIÓN ADECUADA

- Si es necesario aspire secreciones y coloque la cabeza en posición de olfateo
- Administre oxígeno por cámara cefálica, cánula nasal o bolsa mascarilla, ventilación mecánica.

4. EVALÚE ESTABILIDAD DE SIGNOS VITALES Y NECESIDAD DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

- Ver Algoritmo de Reanimación Neonatal (página 105).
- De ser posible coloque monitor de signos vitales durante la estabilización y el traslado.

5. ADMINISTRE LA PRIMERA DOSIS DE ANTIBIÓTICOS

- Ampicilina 50 mg/kg/dosis + Gentamicina 4 mg/kg/dosis o Amikacina 15 mg/kg/día en una dosis por vía intramuscular (IM) o IV según capacidad resolutive

6. OTROS CUIDADOS IMPORTANTES

- Distensión abdominal: colóque sonda orogástrica y déjela abierta.
- Dificultad respiratoria: debe ser transportado(a) con sonda orogástrica abierta.
- Malformación con exposición de vísceras: cubrir con plástico estéril (bolsa vacía de solución salina).
- Fractura o trauma: inmovilizar el área afectada.

7. EL NEONATO DEBE SER ACOMPAÑADO POR PERSONAL CAPACITADO DURANTE EL TRANSPORTE Y POR LA MADRE, PADRE O UN RESPONSABLE

8. RECUERDE ENVIAR LA HOJA DE REFERENCIA

Fuente. Adaptado del AIEPI por PNSR, componente neonatal. 2018.

- Llene la boleta de referencia: indicando estado de la o el neonato y manejo brindado.
- Establezca comunicación telefónica al hospital o CAIMI para informar sobre el estado del neonato.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Situación del recién nacido/a y el motivo de la referencia, a la familia o responsable.

ASFIXIA CIE-10-P21.9

Es la deficiencia del aporte de oxígeno, falla de la perfusión asociado o no a la isquemia, que ocurre en el período fetal o neonatal y que afecta a distintos tejidos y órganos, relacionado con acidosis metabólica y eventualmente acidosis respiratoria.

Factores de riesgo

- **Pre parto**
 - Diabetes materna.
 - Hipertensión inducida por el embarazo.
 - Muerte fetal o neonatal previa.
 - Hipertensión crónica.
 - Anemia.
 - Isoinmunización fetal previa (problemas de Rh).
 - Hemorragia durante el 2º trimestre.
 - Infección materna.
 - Enfermedad cardíaca, renal, pulmonar, tiroidea o neurológica materna.

- Embarazo menor de 37 semanas.
- Embarazo postérmino (mayor de 41 semanas).
- Discrepancia de tamaño y edad gestacional.
- Gestación múltiple.
- Madre con consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, otras drogas).
- Polihidramnios (líquido amniótico aumentado en volumen).
- Oligohidramnios (líquido amniótico disminuido en volumen).
- Ruptura prematura de membranas.
- Terapia con medicamentos como magnesio, bloqueadores adrenérgicos y otros.
- Embarazo en adolescentes.
- Madre mayor de 35 años.

- **Intra parto**

- Presentaciones anormales.
- Parto prematuro.
- Corioamnionitis (infección del líquido amniótico y sus membranas).
- Ruptura prematura de membranas (más de 18 horas antes del nacimiento).
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Hiperestimulación uterina (por uso de oxitócicos).
- Placenta previa.
- Prolapso de cordón umbilical.
- Uso de anestesia general.
- Hemorragia intra parto.

Signos y síntomas

- El puntaje de Apgar es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento. El puntaje en el minuto 1, determina qué tan bien toleró el neonato el proceso de nacimiento. El puntaje al minuto 5, le indica al proveedor de atención médica la adaptación del neonato fuera del vientre materno.
- Evalúe a través del puntaje de Apgar al minuto y a los cinco minutos según la tabla siguiente:

EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL PUNTAJE DE APGAR

SIGNOS	CALIFICACION DE APGAR		
	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	Menor de 100 por minuto	Mayor de 100 por minuto
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Llanto débil	Llanto fuerte
Tono muscular	Flácido	Hipotonía, alguna flexión	Normal, activo moviéndose
Irritabilidad refleja	No responde	Muecas	Tose, llora, estornuda
Color de la piel	Cianosis o palidez	Cuerpo rosado, extremidades cianóticas (acrocianosis)	Rosado

Interprete de acuerdo a la tabla siguiente:

Punteo	Interpretación del APGAR
De 0 a 3	Severamente deprimido (asfixia grave)
De 4 a 6	Moderadamente deprimido (asfixia moderada o leve)
De 7 a 10	Normal

Fuente. Norma de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, 2010. MSPAS. Guatemala.

La puntuación de Apgar no debe utilizarse para decidir reanimación neonatal, ya que ésta debe llevarse a cabo antes del minuto de vida, (ver algoritmo “Ayudando a los Bebés a Respirar” página 105).

Un Apgar de 9 o 10 en el primer minuto, indica una adaptación neonatal adecuada (registre en el partograma, ver anexo No. 4 del módulo de embarazo, parto y puerperio página 82).

Valores menores de los indicados, implican una complicación en el nacimiento, y se deben tomar medidas inmediatas y posteriormente referir al hospital más cercano.

Conducta/tratamiento

- Inicie la reanimación neonatal inmediatamente en los primeros segundos al nacer, si fuera necesario.
- Estabilice y refiera al hospital más cercano, si el caso lo amerita y no tiene capacidad resolutive.
- Administre oxígeno de 1 a 3 litros por minuto, si el caso lo amerita.
- Prevenga la hipoglicemia.
- Observe si mejora luego de los pasos básicos de la reanimación neonatal.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- La situación del recién nacido y el motivo de la referencia, a la madre, padre o encargado.
- La importancia de seguimiento a largo plazo.
- Importancia de estimulación oportuna después del alta del hospital.
- Tamizaje auditivo y visual.

PREMATUREZ CIE-10-P07.3

Se considera prematura/o a todo neonato menor de 37 semanas de edad gestacional de acuerdo a fecha de última regla o valoración de Capurro (ver página 132). Se deben detectar oportunamente los factores de riesgo en la madre y hacer la referencia oportuna antes del parto.

La prematurez en la mayoría de casos se asocia a dificultad respiratoria, por lo que necesita traslado urgente al hospital más cercano.

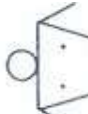
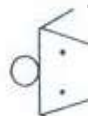
Factores de riesgo

- Infecciones maternas clínicas o subclínicas.
- Corioamnionitis.
- Infección del tracto urinario.
- Embarazo en adolescentes o madres mayores de 35 años.
- Partos prematuros previos.
- Situación socioeconómica desfavorable.
- Consumo de sustancias psicoactivas a (alcohol, tabaco y otras drogas).
- Enfermedad materna de Zika.

Signos y síntomas

- La prematurez engloba un conjunto de manifestaciones que dependen de la edad gestacional. Clasifique edad gestacional según puntaje de Capurro utilizando la tabla siguiente:

PUNTAJE DE CAPURRO PARA EL CÁLCULO DE LA EDAD GESTACIONAL

FORMA DE LA OREJA	Chata deforme pabellón no incurvado	Pabellón parcialmente incurvado en la parte superior	Pabellón incurvado en toda la parte superior	Pabellón totalmente incurvado	
	 0	 8	 16	 24	
TAMAÑO DE LA GLÁNDULA MAMARIA	No palpable	Palpable menor de 5 mm	Palpable entre 5 y 10 mm	Palpable de 10 y más mm	
	 0	 5	 10	 15	
FORMACIÓN DEL PEZÓN	Apenas visible sin areola	Diámetro menor de 5 mm	Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada. Borde NO levantado	Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada. Borde levantado	
	 0	 5	 10	 15	
TEXTURA DE LA PIEL	Muy fina y gelatinosa	Fina, lisa	Más gruesa, descamación superficial discreta	Gruesa, grietas superficiales, descamación en manos y pies	Grietas gruesas, profundas, aperturadas
	0	5	10	15	20
PLIEGUES PLANTARES	Sin pliegues	Marcas mal definidas en la mitad anterior	Marcas bien definidas en la mitad anterior. Surcos en la mitad anterior	Surcos en la mitad anterior	Surcos en más de la mitad anterior
	 0	 5	 10	 15	 20

Cálculo:

- Se suman los puntajes totales de las 5 características
- A ese total se le suman 204 (que es una constante)
- El resultado se divide entre 7 (que es el número de días); el resultado final es el número de SEMANAS de gestación.

Fuente: Norma de Atención en Salud Integral para primer y segundo nivel, 2010. MSPAS. Guatemala.

- Clasifique según peso al nacer, (ver sección bajo peso al nacer página 134).
- Identifique signos de infección perinatal.
- Identifique dificultad respiratoria, según el puntaje de Silverman-Anderson siguiente:

PUNTAJE PARA EVALUAR DIFICULTAD RESPIRATORIA SILVERMAN-ANDERSON

SIGNOS	PUNTAJE		
	0	1	2
Movimiento tóraco abdominal	Rítmico regular	Tórax inmóvil abdomen en movimiento	Tórax y abdomen sube y baja
Tiraje intercostal	No	Discreto	Intenso y constante
Retracción xifoidea	No	Discreto	Notable
Aleteo nasal	No	Discreto	Muy intenso
Quejido espiratorio	No	Leve o inconstante	Constante e intenso

Evalúe de acuerdo al puntaje con la tabla siguiente:

De 1 a 3	Dificultad respiratoria leve
De 4 a 6	Dificultad respiratoria moderada
De 7 a 10	Dificultad respiratoria severa

Fuente. Norma de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, 2010. MSPAS. Guatemala.

Conducta/tratamiento

- Inicie la reanimación neonatal inmediatamente en los primeros segundos al nacer, si es necesario (ver página 105-106).
- Estabilice y refiera inmediatamente al hospital más cercano, si el caso lo amerita y no tiene capacidad resolutoria, (ver diagrama de estabilización neonatal antes y durante el transporte, página 126).
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Situación del recién nacido/a y el motivo de la referencia, a la madre, padre o encargado.
- Lactancia materna durante el traslado, si es factible.
- La importancia del seguimiento a largo plazo.
- Importancia del seguimiento nutricional y del desarrollo.
- Importancia de estimulación oportuna después del alta del hospital.
- Tamizaje de hipotiroidismo congénito y capacidad auditiva y visual.

BAJO PESO AL NACER CIE-10-P07.1

Todo neonato que nace con peso menor de 2,500 gramos (5 libras y 8 onzas), ya sea debido a prematuridad o debido a que son pequeños para su edad gestacional o ambas cosas.

Factores de riesgo

- Prematurez.
- Insuficiencia placentaria.
- Desnutrición materna.
- Infecciones intrauterinas.
- Situación socioeconómica desfavorable.
- Consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas).

Signos y síntomas

- Ver clasificación en sección de peso en acciones preventivas página 108 y algoritmo “Cuidado del Niño Pequeño” página 136.

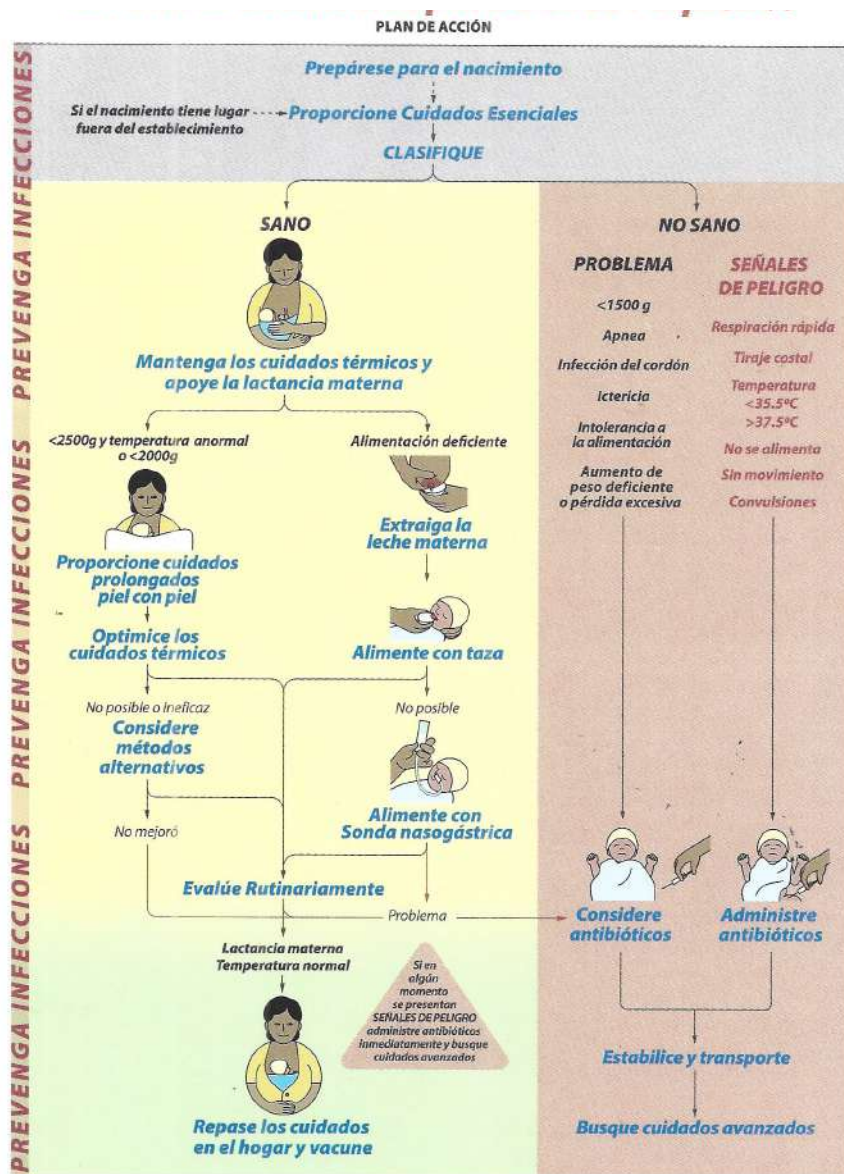
Conducta/tratamiento

- **Neonatos menores de 2,000 g (4 libras 6 onzas):**
 - Estabilice y refiera inmediatamente al hospital más cercano, siguiendo diagrama de “Estabilización Neonatal Antes y Durante el Transporte”.

- Refiera utilizando técnica de “Madre Canguro”, (ver página 137).
 - Solicite que activen plan de emergencia familiar y plan comunitario.
 - Inicie lactancia materna de ser posible, o extracción de la leche materna para ser suministrada con técnica de vasito, jeringa estéril o con sonda orogástrica o nasogástrica (sonda de alimentación).
- **Neonatos de 2000 a 2500 g (mayor de 4 libras con 6 onzas, sin complicaciones al nacimiento):**
 - Pese en días alternos (un día sí y un día no).
 - Debe aumentar progresivamente de peso, 1 onza (30 gramos) o más al día, después del décimo día (ya que los primeros 10 días puede tener pérdida no mayor al 10 % del peso al nacer).
 - Criterios para seguimiento semanal:
 - Ganancia de peso adecuado en la última semana.
 - Que succione adecuadamente.
 - Que la madre comprenda y esté dispuesta a mantener la técnica de “Madre Canguro”, hasta que la o el recién nacida/o alcance la temperatura corporal normal (36.5 °C axilar).
 - Que la madre esté dispuesta a llevarle a seguimiento, según indicaciones del personal de salud.
 - Indique a la madre que deberá continuar con lactancia materna exclusiva, asegurando una adecuada succión.

Nota. En servicios con capacidad resolutive los neonatos sanos de 1500 - 2000 gramos (según cuidados esenciales del niño pequeño) valorar técnica de madre canguro a nivel local (ver página 137).

CUIDADOS ESENCIALES PARA RECIEN NACIDOS PREMATUROS O BAJO PESO



© 2015 por la Academia Americana de Pediatría

Fuente. Academia Americana de Pediatría 2015.

TÉCNICA MADRE CANGURO

La madre, padre o encargado (a) tendrá al recién nacido junto a su pecho, en posición vertical, piel con piel, desnudo, (solamente con pañal), todo el día, incluso durante la realización de las tareas del hogar. Deberán dormir en posición semisentada con él o con ella siempre junto a su pecho, todas las noches. La madre debe usar esa misma posición cada vez que le dé de mamar.

Beneficios de la técnica “Madre Canguro”

1. **Calor:** el calor es generado y transmitido por el cuerpo de la madre o el padre, por lo que puede acortar o eliminar, a su debido tiempo, la necesidad de una incubadora. Para llevar a cabo con éxito la técnica “Madre Canguro”, uno de los dos progenitores u otro familiar, deberá colocarle siempre sobre el pecho en contacto piel con piel.
2. **Leche materna:** la o el recién nacida/o aprende a mamar y así recibe el alimento y protección contra infecciones. La madre debe darle el pecho tan frecuentemente como lo pida. Si duerme más de tres horas debe despertarle y ofrecerle el pecho.
3. **Amor:** la madre, padre o encargada (o) le deben estimular con caricias, cantos, voz, arrullo y el latido de su corazón. Esto estimula su recuperación y le ayuda a ganar peso rápidamente.
4. **Posición:** debe ser colocada/o en posición vertical (casi paradita/o) sobre el pecho de la madre o padre, para evitar que vomite y se ahogue.

Finalización de la técnica de Madre Canguro

Se mantendrá esta técnica, hasta que se normalice la temperatura corporal y la o el recién nacida/o gane peso de forma constante. Cuando ese momento llega casi siempre la o el recién nacida/o se manifiesta incómoda/o junto al pecho de la madre o padre, ya no duerme tranquilamente.

Seguimiento

Deberá ser llevada/o cada semana para control de peso y crecimiento hasta que alcance las 5 libras y 8 onzas. Posteriormente asistirá al control de crecimiento y vigilancia del desarrollo de manera mensual.

Es importante recordar que los recién nacidos en técnica madre canguro tienen las mismas habilidades que cualquier otra/o; ven, oyen, sienten y aprenden. Esto se logra con el cariño y estímulo de su madre, padre y familia.

Nota. Recuerde vacunar a las niñas(os) prematuros según Esquema Nacional de Inmunizaciones.



Fuente. PROSAN/Hospital Roosevelt, 2017

Orienta sobre

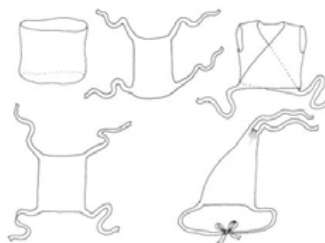
- Utilización adecuada de la técnica de Madre Canguro.
- Técnica adecuada de lactancia materna.
- Alimentación exclusivamente con leche materna. Si no puede succionar directamente del pecho, debe hacerse extracción manual y administrar la leche extraída con vaso pequeño, cuchara o jeringa estéril.
- Para alimentación con vaso:
 - Sentar al recién nacido recto o semirecto, sujetando la espalda, cabeza y cuello.
 - Acercar el vasito a los labios, apoyarlo suavemente en el labio inferior y los bordes de la taza tocando la parte exterior del labio superior.
 - Incline el vasito con cuidado, hasta que la leche toque los labios.
 - El recién nacido se pone alerta y abre la boca y los ojos.
 - Si es prematura/o comienza a meter la leche con su lengua dentro de la boca.
 - Si es a término o mayor, succiona la leche, derramando algo.
 - No vierta la leche en la boca del recién nacido, sólo sujete la taza en su boca y deje que haga el resto por sí misma/o.



Fuente. PROSAN/Hospital Roosevelt, 2017.



**Mamá y papá con
el neonato en posición
canguro**



**Bolsas para sostener
al neonato en
posición canguro**

Nota. Para la conservación y manejo de la leche materna, ver Manual para Promoción y Apoyo a Lactancia Materna en un Servicio de Salud Amigo de la Lactancia Materna. Curso de 20 horas para el personal de salud (2ª Edición) Guatemala PROSAN/MSPAS (2015).



**Cómo vestir al neonato
para la técnica
madre o padre
canguro**

HIPOTERMIA CIE-10-P80

Neonato con temperatura axilar menor de 36.5 °C.

Factores de riesgo

- Prematurez.
- Bajo peso al nacer.
- Sepsis neonatal.
- Hipoglicemia.

Signos y síntomas

- Piel fría.
- Hipo actividad.
- Pobre succión.
- Llanto débil.
- Letargo.
- Choque (shock).
- Apnea (momentos en que no respira).
- Palidez.
- Taquipnea (respiración rápida).
- Cianosis.

Prevención de la hipotermia

- Apego inmediato en contacto piel a piel y prolongarlo como mínimo durante una hora, en el momento del parto.
- Inicio de la lactancia materna en la primera media hora de vida y mantenerla a libre demanda, (cada vez que quiera la niña o niño), tanto de día como de noche.
- Método madre canguro para neonatos menores de 2500 g, sin complicaciones.

Conducta/tratamiento

- Identifique necesidad de reanimación (ver algoritmo de cuidados esenciales para recién nacidos prematuros o bajo peso página 136).

- Identifique otros signos y señales de peligro.
- Identifique estado de hidratación y glicemia.
- Si el neonato se encuentra estable coloque inmediatamente piel a piel con la madre e inicie la técnica madre canguro.
- Estimule la lactancia y verifique la alimentación.
- Si con eso no mejora:
 - Estabilice y refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Situación del recién nacido y motivo de la referencia, si fuera necesaria.
- Importancia de técnica madre canguro para mantenerle con temperatura adecuada.
- Cómo prevenir la hipotermia:
 - Mantener el alojamiento conjunto.
 - Uso de gorrito durante el primer mes de vida.
 - Técnica de Madre Canguro para recién nacidos menores de 2500 gramos sin complicaciones.

HIPOGLICEMIA CIE-10-P70

Neonato con glucosa sanguínea menor de 45 mg/dl.

Factores de riesgo

- Prematurez.
- Bajo peso al nacer.
- Sepsis neonatal.
- Macrosomía.
- Hija (o) de madre diabética.
- Dificultad para la alimentación.

Signos y síntomas

- Cambios en el nivel de conciencia: irritabilidad, llanto anormal, letargia, estupor.
- Hipotonía.
- Temblores.
- Mala succión.
- Convulsiones.
- Taquipnea (respiración rápida) o apneas (períodos en que deja de respirar).

Prevención de la hipoglicemia

- Apego inmediato en contacto piel a piel y prolongarlo como mínimo durante una hora, en el momento del parto.
- Inicio de la lactancia materna en la primera media hora de vida y mantenerla a libre demanda, (cada vez que quiera el neonato tanto de día como de noche.
- Uso de técnica de Madre Canguro para recién nacidos menores de 2500 gramos, sin complicaciones.

Conducta/tratamiento

- Si el neonato presenta alguno de los signos y síntomas mencionados, debe realizar examen de glucosa sanguínea inmediatamente.
- Inicio de la lactancia materna exclusiva lo antes posible después del nacimiento, sin ningún otro alimento o bebida.
- Evalúe glucosa sanguínea con glucómetro, a los 60 minutos de vida en todo neonato: de madre diabética, grande para edad gestacional, bajo peso al nacer o restricción del crecimiento intrauterino (pequeño para edad gestacional).
- Clasifique si es sintomática o asintomática
 - Se considera sintomático si se encuentra hipoactivo, con dificultad respiratoria, hipotérmico, con pobre succión o convulsionando.
- Reevalúe glucosa sanguínea con glucómetro 30 minutos después de la primera ingesta de leche materna; si resultado es mayor de 45 mg/dl, se continuará con lactancia materna exclusiva y a libre demanda (sin horarios).

- Si el resultado es menor de 45 mg/dl y se encuentra en un servicio de salud que cuente con soluciones, administre bolus de dextrosa al 10 %, 2 ml/kg por vía intravenosa (IV) e inicie infusión de glucosa al 10 % de 80 a 100 ml/kg/día (5-8 mg/kg/minuto) vía intravenosa en el neonato sintomático.
- Estabilice y refiera al hospital según diagrama de “Estabilización Neonatal Antes y Durante el Transporte”, ver página 126.

Oriente sobre

- Continuar con lactancia materna exclusiva y a demanda, si el valor de glicemia es normal.
- Si continúa baja la glicemia, oriente sobre la situación del recién nacido/a y la necesidad del traslado al hospital.
- Alimentarle con lactancia materna a demanda, durante el traslado, si se encuentra estable.

Nota. Debe iniciarse lactancia materna en los primeros 30 minutos de vida y dar a libre demanda (cada vez que el recién nacido quiera), tanto de día como de noche, (no dejarle dormir más de tres horas).

ICTERICIA NEONATAL CIE-10-P59

Es la coloración amarilla de la piel en diferentes partes del cuerpo por aumento de bilirrubinas en sangre. Más del 50 % de neonatos a término y el 80 % de los neonatos pretérmino presentan cierto grado de ictericia. La ictericia se puede clasificar como ictericia patológica e ictericia fisiológica.

ICTERICIA PATOLÓGICA CIE-10-P59

Signos y síntomas

- Inicia el primer día de vida.
- La bilirrubina aumenta más de 5 mg/dl diarios.
- Se considera patológica también cuando dura más de 10 días en el neonato a término y 21 días en el neonato prematuro.

- Ictericia de alto riesgo clasificada en zona 3 de Kramer, (ver página 145).
- Ictericia intensa: las palmas de las manos y las plantas de los pies presentan un color amarillo intenso.

Causas

- Enfermedad hemolítica del neonato, debida a incompatibilidad de grupo sanguíneo o a deficiencia de la enzima Glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD).
- Hemorragias o hematomas en cabeza (cefalohematomas).
- Sífilis congénita u otra infección intrauterina.
- Enfermedad hepática como hepatitis o atresia biliar.
- Hipotiroidismo.

ICTERICIA FISIOLÓGICA CIE-10-P59

Signos y síntomas

- Se presenta generalmente después de las primeras 24 horas, alcanzando bilirrubinas hasta 12 mg entre el cuarto a quinto día, desapareciendo entre el octavo al noveno día.
- En neonatos prematuros se manifiesta después de las primeras 48 horas, llegando a niveles máximos entre el cuarto y quinto día, declinando después de la segunda semana. Sin embargo, pueden tener secuelas neurológicas (kernícterus) con cifras consideradas como fisiológicas por lo cual para su manejo debe ser referido al hospital más cercano.

Factores de riesgo

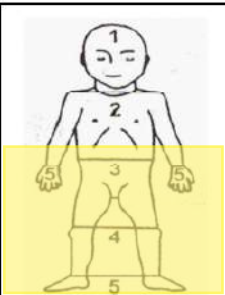
- Historia de hermanos con ictericia neonatal.
- Hipoxia, acidosis.
- Antecedente de madre Rh negativo o parejas con evidencia de incompatibilidad de grupo.
- Policitemia (aumento de glóbulos rojos).
- Medicamentos maternos: sulfas, oxitocina, digitálicos.

- Sepsis neonatal.
- Prematurez.
- Bajo peso al nacer.

Signos y síntomas

- Coloración amarilla de la piel y mucosas.
- Clínicamente puede realizar una estimación de los niveles de bilirrubinas aplicando la Clasificación de Kramer, según el cuadro siguiente:

CLASIFICACIÓN DE KRAMER PARA ICTERICIA NEONATAL

	ZONA 1	Ictericia de cabeza y cuello	6 mg /dl
	ZONA 2	Ictericia hasta el ombligo	9 mg /dl
	ZONA 3	Ictericia hasta las rodillas	12 mg /dl
	ZONA 4	Ictericia hasta los tobillos	15 mg /dl
	ZONA 5	Ictericia de las palmas de las manos y plantas de los pies	18 mg /dl

Fuente. Adaptado por PNSR, componente neonatal.

Conducta/tratamiento

- **Todo neonato menor de siete días** con ictericia o que cumpla con criterios de ictericia patológica, refiera inmediatamente al hospital, para diagnóstico y tratamiento.
- Llenar adecuadamente la referencia, recomendando continuar con lactancia materna exclusiva.
- **Todo neonato prematuro o de bajo peso con ictericia**, refiera inmediatamente al hospital, para diagnóstico y tratamiento.
- **Todo neonato que no cumpla con los criterios de ictericia patológica**, indique a la madre que le exponga al sol, entre 9 y 10 de la mañana, únicamente con pañal y gorrito, por un tiempo de 15 minutos, durante 2 días y que retorne al servicio para nueva evaluación.

- Continuar con lactancia materna exclusiva, cada vez que el recién nacido/a quiera, tanto de día como de noche.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia, si ese fuera el caso.

Oriente sobre

- Estado de la o el recién nacida/o e importancia de cumplir con la referencia, si ese fuera el caso.
- Asegúrese que la madre entendió la manera correcta de exponerle al sol.
- Continuar con lactancia materna exclusiva durante el traslado y durante su estancia en el hospital.

CONJUNTIVITIS NEONATAL CIE10-P-39.1

Infección de uno o ambos ojos con enrojecimiento, secreción purulenta e hinchazón palpebral, que puede ser producida por: a) Conjuntivitis química, b) *Neisseria gonorrhoeae* (del 2° al 5° día), c) *Chlamydia trachomatis* (del 5° al 14° día) y d) *Staphylococcus aureus*.

Factores de riesgo

- Infección materna por alguno de los gérmenes involucrados.
- No practicar profilaxis ocular al nacimiento.

Signos y síntomas

- Secreción de los ojos entre el primer día y las dos semanas después del nacimiento.
- Puede haber una secreción acuosa, sanguinolenta, espesa y purulenta proveniente de los ojos del neonato.
- Los párpados se tornan hinchados, rojos y sensibles.

Conducta/tratamiento

- Inicie tratamiento aplicando primera dosis de cloranfenicol o eritromicina (solución oftálmica) 2 gotas en cada ojo, cada 6 horas.

- Refiera al neonato junto a la madre y al padre, al hospital más cercano, para diagnóstico específico y tratamiento.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Situación de la o el recién nacida/o y el motivo de la referencia.
- Continuar con lactancia materna exclusiva y a libre demanda durante el traslado.
- Limpieza ocular con agua segura.

ONFALITIS CIE-10-P38

Infección del ombligo y los tejidos que lo rodean. Es una infección típica del período neonatal (en la primera semana de vida). Puede ser el punto de diseminación hematógena para una septicemia, por lo cual es muy importante su diagnóstico y tratamiento. Puede ser causada por: a) *Staphylococcus aureus*, b) *Streptococcus pyogenes*, c) Gérmenes Gram-negativos como *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* y *Klebsiella*.

Factores de riesgo

- Atención del parto en casa.
- Uso de tijera contaminada para el corte del cordón umbilical.
- Corioamnionitis (infección del líquido amniótico y las membranas).
- Ruptura prolongada de membranas ovulares.
- Cuidados inadecuados del cordón umbilical.

Signos y síntomas

- Induración.
- Eritema (enrojecimiento) alrededor del ombligo.
- Mal olor.
- Dolor en el área periumbilical.
- Asociado o no a exudado purulento de la base del ombligo.

Conducta/tratamiento

- Estabilice según diagrama de Estabilización Neonatal Antes y Durante el Transporte (ver página 126).
- Realice limpieza con clorhexidina.
- Refiera a hospital más cercano.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- Situación del recién nacido y motivo de la referencia.
- Continuar con lactancia materna exclusiva y a demanda durante el traslado.
- Regresar al servicio al salir del hospital.

INFECCIONES DE LA PIEL CIE-10-P39.4

Infección en la piel producida por bacterias especialmente por *Staphylococcus aureus* y puede dividirse en infección localizada e infección grave.

Factores de riesgo

- Atención del parto en casa.
- Corioamnionitis (infección del líquido amniótico y las membranas).
- Ruptura prolongada de membranas ovulares.
- Cuidados inadecuados del cordón umbilical.

Signos y síntomas

- Pústulas.
- Pápulas.
- Enrojecimiento.
- Calor en el área afectada.

Conducta/tratamiento

- En infecciones localizadas y si tiene capacidad resolutive, dé primera dosis de dicloxacilina 50 mg/kg/día, por vía oral (PO).

- Estabilice y refiera al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- Situación del recién nacido y el motivo de la referencia.
- Medidas higiénicas: lavarse las manos, lavar suavemente las pústulas o vesículas con agua y jabón todos los días y secar la zona afectada.
- No usar polvos, cremas y lociones en la piel.
- Continuar con lactancia materna exclusiva.

MILIARIA CIE-10-L74.0, L74.1, L74.2 **MILIARIA NO ESPECIFICADA CIE-10 L74.3**

Es una frecuente alteración transitoria de los conductos sudoríparos, secundaria al atrape de sudor en la piel, con mayor frecuencia a esta edad en nariz, mejillas y frente. También se le llama “sarpullido”.

Factores de riesgo

- Uso de talcos y aceites sobre áreas muy sudorosas.
- Higiene no adecuada.

Signos y síntomas

Puede manifestarse en tres formas:

- **Miliaria cristalina (CIE-10 L74.1):** las gotitas de sudor quedan atrapadas por vesículas superficiales 1-2 mm, de paredes delgadas que se descaman. Frecuentemente aparece al final de la primera semana de vida y tiende a recurrir.
- **Miliaria rubra (CIE-10 L74.0):** se caracteriza por máculas y pápulas eritematosas, puntiformes de 1-4 mm, sin descamación o máculas rojas con punto blanco. Más común después de los 15 días de vida y en lactantes.
- **Miliaria profunda (CIE - 10 L74.2):** es considerada la más grave debido a que ocasiona lesiones extensas, rojas y molestas y puede dar lugar a infecciones; generalmente afecta extremidades y tronco.

Conducta/tratamiento

- La mayoría de los episodios remiten por sí solos en pocos días sin presentar complicaciones.
- Indique que lo importante para prevenir y tratar es:
 - Baño diario.
 - Evitar la sudoración manteniéndole en un ambiente ligeramente fresco.
 - Utilizar ropa adecuada para la temperatura del lugar.
 - Evitar el uso de cremas o talcos en la piel.
- Registre en SIGSA.

Orientación sobre

- Continuar con la lactancia materna exclusiva.
- Medidas generales de higiene del recién nacido /o.

CANDIDIASIS ORAL CIE-10-B37

Infección producida por hongos, caracterizada por presencia en la boca de placas blanquecinas similares a leche cortada.

Factores de riesgo

- Uso de antibióticos.
- Uso de esteroides.
- Neonatos con sistema inmune debilitado.

Signos y síntomas

- Observe labios y cavidad bucal buscando:
 - Grumos blancos dentro de la boca y/o labios, que al ser removidos se observan áreas rojas o sangrantes.
 - Dificultad para la lactancia, con dolor al succionar y tragar.

Conducta/tratamiento

- Analgésico: acetaminofén 10 mg/kg/dosis, vía oral (PO) cada 6 horas, durante 3 días.
- Antimicótico: nistatina en suspensión 1 ml PO cada 6 horas durante 7 días (frasco gotero 100,000 UI/1ml) aplicar la mitad de la dosis en cada lado de la boca (el medicamento debe tener contacto con la mucosa oral, puede distribuirlo con un dedil).
- Revise los pezones de la madre: si encuentra lesiones, indique aplicar la nistatina sobre el área afectada de los pezones, después de cada mamada, durante 7 días.
- Cite en tres días para control.
- Registre en SIGSA.

Oriento sobre

- A los padres, sobre la importancia de la higiene oral y la limpieza de adentro y fuera de la boca.
- Enseñe a la madre, al padre, o responsable, la forma de hacer la higiene bucal y la aplicación del medicamento adentro y fuera de la boca, si fuera necesario.
- Si no logra succionar el seno materno (por dolor), indique que le ofrezca leche materna con vasito, cuchara o una jeringa descartable estéril y enséñele la técnica.
- Cómo limpiar con un trapo limpio (dedil) las encías de la o el recién nacida/o ya que ayudará a reducir la colonización de las bacterias y por lo tanto disminución de enfermedades.
- Cuidado de los pezones de la madre y baño diario.

CANDIDIASIS EN EL ÁREA DEL PAÑAL CIE-10-L22

Es una dermatitis micótica (producida por hongos) provocada fundamentalmente por *Candida albicans*.

Signos y síntomas

- Lesiones satélites y/o circulares eritematosas, con descamación en el área del pañal.

Factores de riesgo

- Uso de pañales desechables.
- Retraso en el cambio del pañal.
- Piel húmeda.

Conducta/tratamiento

- Aplique nistatina crema tópica cada 6 horas en las lesiones durante 7 días.
- Si existe infección local bacteriana sobre agregada administre:
 - Dicloxacilina 50 mg/kg/día, dividido en cuatro dosis (cada 6 horas), por vía oral (PO) durante 10 días.
- Indique regresar en 2 días para observar evolución.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- Cambio de pañal cada vez que esté mojado, uso de crema de óxido de zinc, para proteger la piel del recién nacido, con cada cambio de pañal.
- Evitar el uso de calzón de plástico, si usa pañales de tela.
- No lavar los pañales con detergente ni blanqueador, sólo con jabón suave.
- Lavarse correctamente las manos, después de cada cambio de pañal. (ver anexo No. 2 en el Módulo de Lactante: “10 Reglas de Oro para Prevenir las Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Agua”, página 279).
- Continuar con la lactancia materna exclusiva.

CÓLICO INFANTIL CIE-10-R10.83

Son contracciones espasmódicas del músculo liso intestinal, que causan dolor e incomodidad.

Factores de riesgo

- No se han establecidos factores de riesgo.
- Es más frecuente en recién nacidos que no reciben lactancia materna exclusiva o que son alimentados exclusivamente con fórmulas lácteas.
- En neonatos amamantados, una causa de gases y molestias es cuando la madre les ofrece mamadas muy cortas de cada pecho.

Signos y síntomas

- Episodios de llanto intenso o inconsolable, usualmente a la misma hora cada día.
- Pueden tener una duración de 2 a 30 minutos.
- Persiste el llanto aunque le carguen en brazos.
- Por lo general, la situación se resuelve antes de los cuatro meses de edad.
- Registre en SIGSA.

Conducta/tratamiento

- Generalmente no es necesario el uso de medicamentos.
- Asegúrese que el llanto no sea persistente (más de 2 horas) y que no tenga signos de infección (fiebre, vómitos, diarrea o irritabilidad persistente).
- Si tiene los síntomas anteriores, refiera inmediatamente al hospital.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia, si fuera el caso.

Orienta sobre

- Sacar los gases después de cada mamada.
- Que ofrezca el pecho por lo menos durante 15 minutos de cada lado.
- Para prevenir el cólico infantil, aconseje a la madre que al finalizar cada mamada, cargue al recién nacido sobre su pecho, con la cabeza sobre su hombro, procediendo a dar palmaditas suaves sobre la espalda, hasta provocarle el eructo.

- Realizar masajes abdominales suaves para relajar los músculos.
- Que observe si hay signos de infección: fiebre, vómitos, diarrea o irritabilidad persistente, de ser así, consulte inmediatamente al servicio de salud.

DIENTES NEONATALES CIE-10-K00.6

Es la presencia de dientes al nacimiento que han erupcionado prematuramente o suelen ser supernumerarios (extras).

Signos y síntomas

- Evidencia de dientes móviles o fijos al examen físico.

Conducta/tratamiento

- Refiera al servicio de salud más cercano con odontóloga/o para evaluar si es necesario su extracción, por incomodidad durante la lactancia.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- Motivo de la referencia.
- No intentar extraer el diente.
- Continuar con lactancia materna exclusiva.

MALFORMACIONES CONGÉNITAS

Condición congénita: cualquier condición patológica o potencialmente patológica que se produce durante la vida intrauterina y es causado por factores genéticos, ambientales o ambos y son evidentes antes del nacimiento, en el nacimiento o más tarde en la vida.

Anomalía congénita: es una anomalía estructural o funcional de los órganos, sistemas o partes del cuerpo que se produce durante la vida intrauterina y es causada por factores genéticos, ambientales o ambos y es evidente antes del nacimiento, en el nacimiento o más tarde en la vida.

Factores de riesgo

- **Factores de riesgo modificables (no genéticos):**
 - Hábitos y estilos de vida de la madre (consumo de sustancias psicoactivas alcohol, tabaco y otras drogas).
 - Enfermedades maternas como la diabetes.
 - Consumo de medicamentos de uso no indicado durante el embarazo.
 - Condiciones maternas como la deficiencia de ácido fólico, obesidad.
 - Infecciones maternas causadas por microorganismos como; el virus de la rubéola, Zika, *Toxoplasma gondii*, *Treponema pallidum*, entre otros.
- **Factores de riesgo genéticos.**
 - Antecedentes familiares, en algunos casos.

Signos y síntomas

- Evidencia al examen físico de malformación o anomalía congénita mayor o menor.

Conducta/tratamiento

- Refiera al hospital con capacidad para atención de toda anomalía mayor, siguiendo diagrama de “Estabilización Neonatal Antes y Durante el Transporte”, ver página 126.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Situación del recién nacido y motivo de la referencia.
- De ser posible mantener alimentación con lactancia materna y apego con la madre.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

LABIO HENDIDO (LEPORINO) CIE-10-Q36 Y PALADAR HENDIDO CIE-10-Q35

Defecto congénito. El labio hendido se origina por la fusión incompleta de los procesos maxilar y nasomedial del embrión. Es uno de los defectos de nacimiento más frecuente. Se presenta, con frecuencia, acompañado de paladar hendido o fisura palatina.

Factores de riesgo

- Está vinculado a la deficiencia en la ingesta de ácido fólico en la mujer en edad fértil.
- Antecedentes familiares de labio o paladar hendido.
- Presencia de otras anomalías congénitas.

Signos y síntomas

- **En labio hendido:** hendidura o separación en el labio superior, puede ser unilateral o bilateral.
- **En paladar hendido:** el velo del paladar presenta una fisura o grieta que comunica la boca con la cavidad nasal.

Conducta/tratamiento

- Brinde apoyo a la madre y a la familia para la aceptación y el manejo del impacto de tener su recién nacido con este problema.
- Debe realizar un examen físico completo para diagnosticar otras malformaciones congénitas y definir su clasificación.
- Enseñe la técnica de lactancia materna para este tipo de malformación y de ser necesario, ayudar con otras técnicas de alimentación (con vasito), siempre con la leche de la madre.
- Refiera a consulta externa del hospital más cercano. El tratamiento del labio y paladar hendido es quirúrgico, pero lo debe realizar el cirujano maxilofacial, cuando ya ha alcanzado cierto peso.
- Si observa solo falta de unión del labio, lo debe clasificar como labio hendido CIE-10-Q36.

- Si existe fisura o hendidura en el paladar, se clasifica como paladar hendido CIE-10-Q35, si labio y paladar coexisten CIE-10-Q37.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Explique el motivo de la referencia y la importancia de seguir las indicaciones del personal de salud.
- El tratamiento puede involucrar hasta tres cirugías en edades distintas.
- Dé asesoría e información a los padres sobre la lactancia materna y los cuidados que debe tener:
 - Amamantar al recién nacido en posición semisentada para que no se ahogue. Sostenerle para que su nariz y garganta estén más altas que el pecho. La glándula mamaria o el dedo de la madre pueden ocluir (cubrir) la hendidura del labio y ayudar a mantener la succión.
 - Importancia de la lactancia materna exclusiva para prevenir infecciones y que gane peso rápidamente.

DEFECTOS DEL TUBO NEURAL

Son defectos congénitos del cerebro, la columna vertebral y la médula espinal. Se producen en el primer mes de embarazo, muchas veces antes que la mujer sepa que está embarazada.

Nota. La deficiencia de ácido fólico en las mujeres en edad fértil y que quedan embarazadas, juega un papel importante en el apareamiento de defectos del tubo neural.

ESPINA BÍFIDA CIE-10-Q05

Anomalía congénita de la columna vertebral que se manifiesta por una falta de fusión en los arcos vertebrales, lo que ocasiona que la médula espinal y las membranas que la recubren queden al descubierto y en contacto con el exterior.

MENINGOCELE CIE-10-Q05.9

Protrusión (desplazamiento o salida) de las meninges a través de un defecto óseo en el cráneo o la columna vertebral, lo que da origen a la formación de un quiste visible desde el exterior que está lleno de líquido cefalorraquídeo.

MIELOMENINGOCELE CIE-10-Q05.9

Defectos en los que la médula y las raíces sensitivas abandonan el canal vertebral. Por lo general, se localiza en la región lumbosacra pudiendo aparecer de manera cerrada o abierta y ulcerada. Es la de mayor gravedad y por lo general, produce afectaciones motoras severas y parálisis, con ausencia de sensibilidad por debajo de la lesión.

ENCEFALOCELE O MENINGOENCEFALOCELE CIE-10-Q01

Defecto congénito causado por la herniación del cerebro, cerebelo y meninges a través de un defecto en el cráneo.

Factores de riesgo

- Está vinculado a la deficiencia en la ingesta de ácido fólico en la mujer en edad fértil.
- Madre diabética.
- Consumo de medicamentos de uso no indicado durante el embarazo.
- Madre adolescente.

Signos y síntomas

- Defecto evidente en cráneo o columna vertebral.
- Puede observarse quiste íntegro o ulcerado.
- Parálisis total o parcial de los miembros inferiores con la correspondiente falta de sensibilidad parcial o total, según el tipo de defecto del tubo neural.
- Puede haber pérdida del control de los esfínteres (vesical y anal, cuando son mayores).
- Otras malformaciones congénitas asociadas (cardiopatías o músculo esqueléticas) asociación con hidrocefalia.

Conducta/tratamiento

- Brinde apoyo a la madre y a la familia para la aceptación y el manejo del impacto de tener su recién nacido con este problema.
- Estabilice según diagrama de Estabilización Neonatal Antes y Durante el Transporte (ver página 126).
- Cuidados adecuados de la piel, no romper la bolsa (membrana) que rodea al mielomeningocele.
- En mielomeningocele cubra con apósito seco y estéril el área afectada.
- Refiera inmediatamente al hospital.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orientación sobre

- Situación del recién nacido y el motivo de la referencia.
- Cuidados del área afectada.
- Continuar con lactancia materna exclusiva.
- Indique que al estar en el hospital, debe movilizarle varias veces para evitar contracturas o llagas.
- Indique cómo mantener posturas adecuadas.

HIDROCEFALIA CONGÉNITA CIE-10-Q03

Es la acumulación anormal del líquido cefalorraquídeo dentro de los ventrículos del cerebro, que se evidencian por aumento del tamaño del cráneo.

Signos y síntomas

- Al palpar la cabeza del neonato, a lo largo de las líneas de sutura, puede encontrar que los huesos están separados y las fontanelas están tensas y abombadas.
- Puede haber: vómitos, somnolencia, irritabilidad, desviación de los ojos hacia abajo (signo de sol poniente) y crisis convulsivas.
- Perímetro cefálico mayor del percentil 90 ó puntaje Z+3 para la edad, ver cuadro siguiente:

PERÍMETRO CEFÁLICO EN RECIÉN NACIDOS

NIÑO	EDAD	NIÑA
Percentil 90		Percentil 90
37.12 cm	Neonato	36.11 cm
38.84 cm	1 mes	37.59 cm

Fuente. Adaptado por Componente Neonatal del Programa de Salud Reproductiva.

Nota. Para prematuros utilizar Intergrowth 21 (ver página 117) y a término OMS/OPS (ver página 114, 115).

Conducta/tratamiento

- Brinde apoyo a la madre y a la familia para la aceptación y el manejo del impacto de tener su recién nacido con este problema.
- Refiera al hospital más cercano para tratamiento oportuno y rehabilitación.
- Si tiene dificultad para alimentarse enseñe las técnicas alternativas (vaso, cuchara) con la leche de la madre.

- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a contrarreferencia.

Oriente sobre

- Situación del recién nacido y motivo de la referencia, a la madre, padre o encargado.
- Continúe con lactancia materna exclusiva.

PIE EQUINO VARO CIE-10-Q66.0

Es la deformidad de uno o ambos pies, provocando inclinación hacia adentro de su eje normal.

PIE EQUINO VALGO CIE-10-Q66.4

Es la deformidad de uno o ambos pies, provocando inclinación hacia afuera de su eje normal.

Factores de riesgo

- Antecedentes familiares.
- Anomalías del tubo neural.

Signos y síntomas

- La parte superior del pie generalmente está torcida hacia abajo y adentro, lo que acentúa el arco y hace que el talón se doble hacia adentro.
- Los músculos de la pantorrilla en la pierna afectada generalmente están subdesarrollados.
- El pie afectado puede ser hasta media pulgada (alrededor de 1 cm) más corto que el otro pie.
- A pesar de su apariencia, el pie equino varo en sí, no causa ningún dolor o molestia.

Conducta/tratamiento

- Brinde apoyo a la madre y a la familia para la aceptación y el manejo del impacto de tener su recién nacido con este problema.
- Referir a consulta externa de traumatología del hospital más cercano (con esta especialidad) para tratamiento oportuno y rehabilitación.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Oriente a la madre sobre los cuidados y la importancia de cumplir con la referencia.

DISPLASIA CONGÉNITA DE CADERA CIE-10-Q65

Se presenta cuando la cabeza del fémur se sale de la cavidad pélvica (no se articulan adecuadamente) pero ambas continúan en contacto y los ligamentos de esta articulación pueden estar flojos o muy estirados.

Factores de riesgo

- Antecedentes familiares.
- Posición intrauterina.
- Oligohidramnios (líquido amniótico disminuido en volumen).
- Macrosomía fetal (mayor de 4000 gramos).
- Sexo femenino.
- Parto en presentación de nalgas.

Signos y síntomas

- Asimetría de los miembros inferiores.
- Asimetría de los pliegues de miembros inferiores.
- Rotación anormal de miembros inferiores.
- Maniobras de Barlow y Ortolani positivas al examen físico, ver tabla siguiente:

MANIOBRA DE ORTOLANI Y MANIOBRA DE BARLOW

Prueba de Ortolani

La maniobra es positiva cuando se obtiene la sensación y/o se escucha ("Clic") de que la cabeza femoral ha entrado en el acetábulo. Suele ser positiva hasta los 6 meses de edad, después de esta edad es excepcional el conseguirlo, perdiendo validez. La maniobra es negativa cuando la cadera es normal o bien es irreductible, como suele ocurrir después de los 6 meses de edad.



Prueba de Barlow

Es una maniobra que intenta provocar la luxación con el objeto de identificar las caderas reducidas pero inestables. La prueba se realiza colocando a la niña o niño en la misma posición que la anterior y sujetando la pelvis con una mano, mientras con la contraria se realiza la maniobra, empujando con el pulgar, sobre la cara interna y proximal del muslo hacia atrás mientras se realiza un movimiento de aducción. La prueba es positiva cuando es una cadera subluxable o luxable y negativa cuando es una cadera normal.



Fuente. *Pediatría de Nelson. Edición 17.*

Conducta/tratamiento

- Brinde apoyo a la madre y a la familia para la aceptación y el manejo del impacto de tener su recién nacido con este problema.
- Refiera a consulta externa de traumatología del hospital más cercano con esa especialidad.
- Continúe con lactancia materna exclusiva.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Nota. El objetivo fundamental del tamizaje de la displasia del desarrollo de cadera es el diagnóstico precoz, que permite un tratamiento oportuno y eficaz, mejorando el pronóstico.

Oriente sobre

- Situación del recién nacido y el motivo de referencia, a la madre, padre o responsable.
- Importancia de cumplir con la referencia, para evitar discapacidad.

SÍNDROME DE DOWN (ANORMALIDADES CROMOSÓMICAS)

CIE-10-Q90.0

Conjunto de signos que se caracterizan por la presencia de un grado variable de discapacidad cognitiva y unos rasgos físicos peculiares, comúnmente causados por una trisomía.

Factores de riesgo

- Edad materna mayor de 35 años.
- Padres portadores de la translocación del cromosoma afectado.

Signos y síntomas

- Rostro aplanado.
- Cabeza pequeña.
- Presentan cuello corto.
- Lengua protuberante.
- Párpados inclinados hacia arriba (fisuras palpebrales).
- Orejas pequeñas o de forma inusual.
- Poco tono muscular.
- Manos anchas y cortas con un solo pliegue en la palma.
- Dedos de las manos relativamente cortos, manos y pies pequeños.
- Flexibilidad excesiva.
- Baja longitud.
- Pueden tener asociadas anomalías cardíacas y gastrointestinales entre otras.

Conducta/tratamiento

- Brinde apoyo a la madre y a la familia para la aceptación y el manejo del impacto de tener un recién nacido con este problema.
- Refiera a hospital más cercano para atención integral y detección oportuna de anomalías cardíacas, metabólicas, auditivas, visuales entre otras.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- La aceptación e inclusión del recién nacido en la familia.
- Promoción de la inclusión del recién nacido en la comunidad.
- Seguimiento del recién nacido con síndrome de Down.
- Estimulación temprana.
- Enseñe la técnica de lactancia materna para este tipo de recién nacido. Una opción es usar la posición de “mano de bailarina”:
 - Sostenga su seno con la mano en C (pulgar arriba, los demás dedos por debajo).
 - Resbale la mano que sostiene el pecho hacia adelante, sosteniendo el pecho con tres en vez de cuatro dedos.
 - Su dedo índice y pulgar deben estar libres ahora frente al pezón.
 - Doble el índice un poco de tal forma que sostenga suavemente una mejilla del recién nacido, mientras que el pulgar sostiene la otra mejilla.
 - El dedo índice y el pulgar forman una “U” con el mentón de la niña o niño apoyado en la parte de abajo de la “U”.
 - La posición de “mano de bailarina” hace que el peso del seno no se apoye en el mentón y le ayuda a sostener su cabeza derecha (recta) mientras amamanta.

OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS CIE-10-Q89.9

- Alteraciones congénitas del aparato respiratorio CIE-10-Q30-34.
- Cardiopatías congénitas CIE-10-Q20-28.
- Alteraciones del tracto digestivo (ano imperforado, atresias intestinales, atresia esofágicas, otras) CIE-10-Q39-Q45.
- Malformaciones congénitas de oído CIE-10-Q16-17.
- Criptorquidia (testículo no descendido) CIE-10-Q53.
- Cardiopatías no cianóticas congénitas CIE-10-Q28.9.
- Hemangiomas (cara, cuello, genitales y extremidades) CIE-10-D18.0.
- Fimosis (estrechez de la abertura del prepucio, que impide descubrir el glande, parcial o totalmente) CIE-10-N47.1.
- Genitales ambiguos CIE-10-Q56.4.

Conducta/tratamiento

- Brinde apoyo a la madre y a la familia para la aceptación y el manejo del impacto de tener un recién nacido con este problema.
- Refiera al hospital más cercano.
- Llene adecuadamente la referencia.
- Continúe con lactancia materna exclusiva.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Situación del recién nacido y el motivo de referencia, a la madre, padre o responsable.
- Importancia de cumplir con las indicaciones del personal de salud y cumplir con la referencia.

TUBERCULOSIS PERINATAL CIE-10-O98.0 CONGÉNITA Y NEONATAL CIE-10-P37.0

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecto contagiosa de transmisión aérea provocada por el *Mycobacterium tuberculosis* que afecta diferentes órganos, pero especialmente los pulmones. Un feto puede contraer la enfermedad a través de su madre antes de nacer, al respirar, al tragar líquido amniótico infectado antes o después de nacer, al respirar aire con micro gotitas infectadas. La mayor parte de los recién nacidos de madres afectadas por la tuberculosis activa desarrollan la enfermedad durante el primer año de vida si no se les administra tratamiento, o se les vacuna.

La tuberculosis es un factor de alto riesgo de complicaciones y muerte en el embarazo y el puerperio, no solo para la madre, sino también para el neonato. La tuberculosis puede afectar al producto del embarazo por 3 vías:

- **Transplacentaria:** produciendo la llamada tuberculosis congénita.
- **Por aspiración y/o deglución:** del líquido amniótico durante el trabajo de parto.
- **Por contagio:** de la madre u otro familiar, en los primeros días de vida.

Durante el embarazo, la bacilemia (cantidad de bacilos) puede infectar la placenta o el tracto genital materno y luego ser transmitido al feto por diseminación hematógena, por la placenta o por ingestión de líquido amniótico contaminado. La diseminación hematógena (por la sangre) llevará a formar complejos primarios en hígado o pulmón, mientras que la ingestión la llevará a pulmón o tracto digestivo. Estos mecanismos son cada uno la causa del 50 % de las TB congénitas. La coinfección con VIH es un factor que ha aumentado el riesgo de transmisión congénita. Es importante el examen de toda gestante con síntomas sugerentes de TB, especialmente si tiene VIH, para administrar el tratamiento de tuberculosis a tiempo.

Signos y síntomas

- **Estudio de contacto:** debe investigarse exhaustivamente el antecedente de tuberculosis en la madre, en cualquier estadio y en cualquier período de la gestación; así como después del nacimiento del recién nacido. También debe investigarse foco de contagio intrafamiliar por el riesgo de contaminación en las primeras semanas de vida; así como al personal médico y paramédico de la sala de neonatología (recién nacidos). Debe tomarse en consideración que la prueba de tuberculina en el adulto no debe considerarse para hacer diagnóstico.
- El neonato tiene que tener alguna lesión comprobada para TB y al menos uno de los siguientes:
 - Complejo primario o granuloma caseoso en hígado.
 - Tuberculosis en la placenta o en el tracto genital materno.
 - Exclusión de transmisión posnatal de la TB.
- Sospecha de tuberculosis congénita (TB perinatal) en neonatos, que presentan los siguientes síntomas precozmente después del nacimiento:
 - Hepatomegalia.
 - Esplenomegalia.
 - Dificultad respiratoria.
 - Fiebre.
 - Linfadenopatía.
 - Distensión abdominal.
 - Secreción de oído.
 - Lesiones papulares de piel.

Ante la sospecha de una TB perinatal sea congénita o neonatal, se debe buscar confirmar el diagnóstico. El “GeneXpert” es la tecnología de elección para el análisis de cualquier muestra que proceda del recién nacido, con cultivo en paralelo.

Nota. Cuando hay sospecha de cualquier caso de tuberculosis congénita, perinatal o neonatal; debe referirse al hospital más cercano.

Conducta/tratamiento

- Todo neonato, sin evidencia de enfermedad tuberculosa, contacto de madre con TB bacteriológicamente confirmada, debe recibir isoniazida 10 mg/kg/día vía oral (máximo 300 mg día), durante 6 meses.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia, si procede.

Orienta sobre

- La percepción de la enfermedad, para que las personas busquen ayuda en el centro de salud más cercano a su domicilio, frente a cualquier síntoma sospechoso de TB.
- Una conducta higiénica, por parte de la madre enferma como en cualquier patología respiratoria, es que se tapen la boca al toser o estornudar, siendo primordial el uso de tapabocas por lo menos durante las primeras dos semanas de tratamiento o hasta que la baciloscopía se encuentre negativa.

ENFERMEDAD HEMORRÁGICA DEL RECIÉN NACIDO CIE-10-P53

Sangrado de diferente magnitud en el período neonatal, comúnmente causado por deficiencia de vitamina K, produciendo una disminución de los factores de coagulación que dependen de esta vitamina.

La vitamina K proviene normalmente de la dieta y de la síntesis bacteriana intestinal. El intestino no está colonizado al nacer y por lo tanto no hay producción bacteriana de vitamina K y al agotarse la vitamina K obtenida de la madre a través de la placenta, aparecen las manifestaciones clínicas.

Factores de riesgo

- No haber tenido profilaxis con vitamina K al nacimiento.
- Consumo materno de medicamentos que interfieren con la vitamina K (anticoagulantes).
- Prematuridad.
- Alimentación deficiente.
- Uso de antibióticos en el neonato.
- Enfermedades hepáticas del neonato.

Signos y síntomas

- Se presenta durante los primeros días de vida y excepcionalmente en forma más tardía en neonatos que no se les administró vitamina K en forma profiláctica.
- Melena (heces con sangre oscura), rectorragia (sangrado rectal), hematemesis (vómitos con sangre), cefalohematoma, sangrado del cordón umbilical, equimosis (moretes), petequias, hemorragias viscerales y sangrado posterior a una cirugía.
- Palidez de la piel y mucosas.

Conducta/tratamiento

- Administrar vitamina K (fitomenadiona) 1 mg vía intramuscular (IM) en el muslo (cara antero externa, en el tercio medio).
- Estabilice y refiera a hospital más cercano (ver página 126).
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Oriente a la madre, padre o encargado sobre la situación del recién nacido/a y el motivo de la referencia.

Nota: El neonato no debería padecer enfermedades transmitidas por agua y alimentos ya que su alimentación debe ser exclusiva con lactancia materna. No obstante, si el motivo de consulta es que vomita todo o presenta diarrea (signo de peligro), estabilice y refiera inmediatamente al hospital más cercano.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDA -IRA-

NEUMONÍA CONGÉNITA CIE-10-P23

Es una infección respiratoria de menos de quince días de evolución, que puede ser causada por virus, *Streptococcus pneumoniae*, bacilos coliformes, *Streptococcus agalactiae*, *Listeria monocytogenes*, *Bordetella pertusis*, entre otros.

Nota: Existe un periodo en el que es difícil definir si la neumonía es congénita o adquirida en la comunidad, sin embargo, para fines de la presente norma, toda neumonía en neonato debe ser clasificada como neumonía congénita.

Factores de riesgo

- Ruptura prolongada de membranas ovulares.
- Corioamnionitis.
- Prematurez.

Signos y síntomas

- Frecuencia respiratoria mayor de 60 por minuto.
- Tiraje subcostal de diferente magnitud.
- Le cuesta respirar (valore la dificultad respiratoria en neonatos, con el puntaje de Silverman Anderson, (ver página 133).

Conducta/tratamiento

- Si tiene capacidad resolutive:
 - Aplique la primera dosis de antibiótico:
 - Ampicilina 50 mg/kg/dosis, más gentamicina 4 mg/kg/dosis o amikacina 15 mg/kg/día en una dosis por vía intramuscular (IM) o intravenosa.
 - Si hay cianosis o saturación de oxígeno menor de 90 %, coloque oxígeno en cánula nasal de 1-3 litros por minuto.
 - Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C y el neonato puede deglutir, administre acetaminofén 10 mg/kg vía oral o medios físicos.
- Establezca y refiera, aplicando el diagrama de “Estabilización Neonatal Antes y Durante el Transporte” (ver página 126).

- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- La situación del recién nacido y el motivo de la referencia.
- Si la condición lo permite continúe con lactancia materna exclusiva.

Nota. Toda neumonía en neonato, se considera grave, por lo tanto hay que referirle al hospital.

CONVULSIONES NEONATALES CIE-10-P90

Es una descarga sincrónica excesiva de un grupo neuronal que dependiendo de su localización se manifiesta con síntomas motores, sensitivos, autonómicos o de carácter psíquico, con o sin pérdida de conciencia.

En el neonato, un amplio rango de desórdenes sistémicos y en especial del sistema nervioso central, puede incrementar el riesgo de convulsiones con el riesgo de discapacidad motora o cognitiva y alta mortalidad.

Factores de riesgo

- Parto traumático.
- Trabajo de parto prolongado.
- Enfermedad hipertensiva materna.
- Asfixia perinatal.
- Hijo de madre diabética.
- Prematurez.
- Infecciones (meningitis, sepsis).
- Kernícterus (secuela neurológica por ictericia patológica severa).
- Anomalías metabólicas (hipocalcemia, hipoglicemia, hiponatremia, otras.)

- Consumo de sustancias psicoactivas por la madre (alcohol, tabaco y otras drogas).
- Anomalías congénitas del sistema nervoso central.

Signos y síntomas

- Las convulsiones neonatales muy raramente se muestran como crisis generalizadas, se expresan como:
 - Movimientos oculares.
 - Chupeteo.
 - Midriasis (dilatación de las pupilas).
 - Crisis de cianosis.
 - Apnea.
 - Rubicundez facial.

Conducta/tratamiento

- Aspire suavemente si presenta vómito o residuos de leche.
- Administre oxígeno y asegure vía aérea permeable.
- Diagnostique y trate la hipoglicemia u otras causas metabólicas o electrolíticas.
- Si está convulsionando y si tiene capacidad resolutive:
 - Administre diazepam 0.1 mg/kg vía intravenosa (IV) dosis única, lentamente.
- Terapia anticonvulsiva, si tiene capacidad resolutive:
 - Fenobarbital 20 mg/kg diluido en 20 ml de solución salina o dextrosa al 5 %, vía intravenosa (IV) para 30 minutos en dosis única.
- Estabilice y refiera al hospital más cercano (ver página 126).
- Registre en SIGSA.

- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- La condición del recién nacido y motivo de la referencia.
- Continuar lactancia exclusiva durante el traslado.

Nota. El 80 % de los neonatos, que convulsionan, presentan daño neurológico.

ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNA

SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA -SRC-

CIE-10-P35.0

Infección viral adquirida por el feto en crecimiento en una mujer que haya contraído rubéola, especialmente durante el primer trimestre del embarazo, y que le causa múltiples defectos.

Factores de riesgo

- Infección materna con rubéola, en cualquiera de los trimestres del embarazo.

Signos y síntomas

- Cataratas (opacidad gris blanquecina del ojo).
- Lesiones oculares.
- Cardiopatías (defectos del corazón).
- Sordera.
- Alteraciones del neurodesarrollo.

Conducta/tratamiento

- Brinde apoyo a la madre y a la familia para la aceptación y el manejo del impacto de tener un recién nacido con este problema.

- Proceda según Protocolo de Vigilancia Epidemiológica.
- Refiera inmediatamente al hospital, si existe sospecha de síndrome de rubeola congénita.
- Continúe con lactancia materna exclusiva.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- La condición del recién nacido y motivo de la referencia.
- Continuar lactancia exclusiva durante el traslado.

TÉTANOS NEONATAL CIE-10-A33

Infección causada por la bacteria *Clostridium tetani*. Generalmente el neonato ha succionado o llorado normalmente los primeros dos días de vida y a partir del tercer día presenta algún síntoma o signo compatible con la enfermedad.

Factores de riesgo

- Atención del parto en condiciones inadecuadas.
- Manipulación no limpia del cordón umbilical.
- Madre sin esquema de vacunación con Td.

Signos y síntomas

- Convulsiones.
- Dificultad para succionar.
- Trismo o espasmo de los músculos de la masticación que lleva a la expresión facial conocida como risa sardónica.
- Llanto persistente.

- Opistótonos (hiperextensión de la cabeza y cuerpo hacia atrás, como en arco).

Conducta/tratamiento

- Brinde apoyo a la madre y a la familia para la aceptación y el manejo del impacto de tener su recién nacido con este problema.
- Proceda según Protocolo de Vigilancia Epidemiológica.
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano, si existe sospecha de tétanos neonatal (ver página 126).
- Investigue sobre:
 - Las dosis de vacuna Td en la madre (si tiene menos de 2 dosis).
 - La persona que atendió el parto.
 - Lugar y las condiciones en que éste fue atendido.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- Situación del recién nacido y motivo de la referencia.
- Continuar con lactancia exclusiva durante el traslado, si es posible.

TOS FERINA CIE-10-A37

Es una enfermedad bacteriana altamente contagiosa que ocasiona una tos violenta e incontrolable que puede dificultar la respiración.

Se caracteriza por inflamación traqueo bronquial y accesos típicos de tos violenta y espasmódica. Podría acompañarse de vómitos al terminar la tos sin que exista otra causa, cianosis peribucal, hemorragia sub conjuntival.

Factores de riesgo

- Madres no inmunizadas.
- La transmisión de la mayoría de las infecciones respiratorias en el neonato se producen a través del contacto doméstico, con familiares cercanos.

Signos y síntomas

- Tos de más de 2 semanas de duración.
- Paroxismos.
- Accesos de tos rápida, consecutiva, cianotizante (que produce cianosis) y emetizante (que produce vómitos) con sensación de asfixia, que terminan con un ruido estridente durante la inspiración (estridor inspiratorio).
- Vómitos después de la tos.

Conducta/tratamiento

- Proceda según Protocolo de Vigilancia Epidemiológica.
- Estabilice y refiera al hospital más cercano, (ver diagrama de “Estabilización Neonatal Antes y Durante el Transporte” página 126).
- Dé primera dosis acetaminofén: 10 mg/kg/dosis, vía oral (PO), en caso de fiebre o dolor.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- La situación del recién nacido, a la madre, padre o responsable y el motivo de la referencia,
- Continuar con lactancia materna exclusiva durante el traslado, si puede alimentarse.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

Son un conjunto de enfermedades que se caracterizan por ser provocadas por un vector.

MALARIA EN EL NEONATO CIE-10-P37.3 (*P. falciparum*)

CIE 10-P37.4 (*otros plasmodium*)

Debe ser considerado en un neonato febril, sin otra causa aparente, cuya madre permaneció en una zona de riesgo para adquirir malaria, incluso años antes.

Signos y síntomas

- Fiebre sin otra causa aparente.

Conducta/tratamiento

- Estabilice y refiera al hospital, para diagnóstico parasitológico y tratamiento correspondiente (ver diagrama de “Estabilización Neonatal Antes y Durante el Transporte”, página 126).
- Administre primera dosis de acetaminofén 10 a 15 mg/kg/dosis, por vía oral (PO).
- El tratamiento dependerá del tipo de *Plasmodium* causal y de la zona en el cual fue adquirido.

Oriente sobre

- La situación del recién nacido y motivo de la referencia, a la madre, padre o responsable.
- Recomiende continuar con lactancia materna exclusiva.

ENFERMEDAD DE CHAGAS EN EL NEONATO CIE10 B 57

Evalúe a todos los neonatos de mujeres con diagnóstico confirmado de enfermedad de Chagas antes o durante el embarazo.

Signos y síntomas

La mayoría de los neonatos infectados son asintomáticos.

- Los prematuros pueden presentar:
 - Bajo peso para la edad gestacional.
 - Ictericia.
 - Anemia.
 - Hepatomegalia.
 - Esplenomegalia.
 - Signos de meningo encefalitis.
 - Signos de miocarditis.
 - Lesiones oculares.
- El pronóstico en estos casos es grave, puede causar complicaciones cardíacas si no son tratadas oportuna y adecuadamente, desencadenando la muerte.

Conducta/tratamiento

- Para confirmar diagnóstico, tome y envíe las muestras al Laboratorio Nacional de Salud:
 - Muestra sanguínea capilar para Micro Strout (búsqueda del parásito).
 - Si la prueba es negativa, se realiza tres serologías de ELISA: a los 9, 12 y 18 meses de edad para diferenciar la presencia de anticuerpos propios o maternos.

- Refiera para su tratamiento al hospital más cercano.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

ZIKA

Atención al neonato con Zika

Según la OMS es todo recién nacido vivo, de cualquier edad gestacional que cumpla con los criterios de caso de síndrome congénito sospechoso de estar asociado a la infección por el virus del Zika y en quien se haya confirmado por laboratorio la infección por virus del Zika, independiente de la detección de otros agentes.

Signos y síntomas

- Antecedentes de madre infectada, que presentó signos y síntomas compatibles de la enfermedad de Zika, habiéndosele comprobado o no la enfermedad, a través de laboratorio.
- Microcefalia.
- Protuberancias en el cráneo.
- Espasmos musculares.
- Malformaciones congénitas.
- Alteraciones funcionales en ojos o/y oídos.
- Hija/o de madre sospechosa o confirmada con infección por Zika o con manifestaciones sugestivas de síndrome congénito.

Conducta/tratamiento

- En el caso de neonato con microcefalia, proceda según Protocolo de Vigilancia Epidemiológica.
- Tomar muestra del cordón umbilical para prueba de Zika, conservando la cadena de frío para su traslado.

- Si el neonato presenta microcefalia u otras alteraciones neurológicas debe completársele la ficha de vigilancia epidemiológica para este evento.
- Brinde apoyo a la madre y a la familia para la aceptación y el manejo del impacto de tener su recién nacido con este problema.
- Evaluación clínica en búsqueda de edad gestacional, malformaciones congénitas, alteraciones oculares (cataratas) y espasticidad de miembros.
- El neonato que presenta complicaciones al momento de nacer, debe dársele prioridad a esta emergencia y luego proceder de acuerdo a los puntos anteriores relacionados con la enfermedad de Zika.
- Medición de perímetro cefálico:
 - Verifique si el perímetro cefálico se encuentra entre los límites normales, según la edad y el sexo.
 - La medida media del perímetro cefálico de un neonato a término y normal oscila entre 32 a 37 centímetros, cualquier diferencia en estos parámetros debe referirse al hospital, con medidas tomadas al nacimiento y 24 horas después.
 - La microcefalia se define por un perímetro cefálico por debajo de 2 desviaciones estándar de la media de la población de referencia, según edad y sexo (ver pág. 116).
 - A todo neonato, con sospecha de microcefalia debe medírsele nuevamente el perímetro cefálico, 24 horas después de su nacimiento.
- Proporcione apoyo neuropsicosocial a la madre y familiares de acuerdo a lo indicado en el “Manual para Apoyo en Salud Mental por Secuelas a Enfermedad de Zika”.
- Referir junto a la madre y familiares más cercanos al hospital para recibir apoyo psicosocial y seguimiento del caso.
- Un neonato con o sin microcefalia de madre sospechosa o confirmada de Zika debe referirse al hospital más cercano para atención

especializada de neurología, oftalmología, otorrinolaringología, genética, salud mental, entre otros.

- En caso de neonato prematuro, debe referirse al hospital más cercano y brindarle todas las indicaciones y cuidados necesarios para su traslado (ver diagrama de “Estabilización Neonatal Antes y Durante el Transporte”, página 126).
- No hay tratamiento antiviral específico para Zika en recién nacidos.
- Registre en SIGSA.
- Proceda a llenar correctamente la boleta de referencia.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Nota: para prematuros utilizar Intergrowth 21th (ver página 117).

Oriente sobre

- A la madre, padre o responsable, sobre la situación del recién nacido y motivo de la referencia.
- Continuar con lactancia materna exclusiva y contacto afectivo madre-hija/o.

PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Los neonatos, de madres con Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-, pueden adquirirlas de manera congénita, tal es el caso de la sífilis, hepatitis B y VIH. En estos casos, el abordaje se debe realizar a nivel hospitalario.

En el primer y segundo nivel de atención, el personal de salud debe promocionar la asistencia a atención prenatal, detectar los casos de ITS en madre y pareja/s sexuales y hacer la referencia respectiva al hospital.

SÍFILIS CONGÉNITA CIE-10-A50

Enfermedad causada por el *Treponema Pallidum*, transmitida de madre a hijo durante la gestación. Se considera esta patología en presencia de una prueba no treponémica, (VDRL o RPR) en el recién nacido con

títulos cuatro veces mayores a los de la madre al momento del parto o treponémica reactiva (FTA-ABS o MHA-TP) y/o en el caso de un neonato hijo de gestante con diagnóstico de sífilis con una o varias manifestaciones sugestivas de sífilis congénita al examen físico.

Factores de riesgo

- Control prenatal inadecuado.
- Antecedente de enfermedades de transmisión sexual.
- Múltiples parejas sexuales en la madre.
- Abuso de sustancias en la madre.
- Pobreza.
- Madre diagnosticada con sífilis durante el embarazo, sin apego al tratamiento.

Signos y síntomas

- Hepatoesplenomegalia.
- Eritema maculopapular.
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Periostitis en huesos largos.
- Rinorrea mucosanguinolenta.
- Ictericia.
- Bajo peso al nacer.
- Lesiones cutáneas ampollosas en palmas y plantas.
- Anemia.
- Hidrops fetal.

- Linfadenopatías.
- Algunos recién nacidos pueden ser asintomáticos.

Conducta/tratamiento

- Realice evaluación radiológica si cuenta con la capacidad resolutive.
- Todo caso con sospecha de sífilis congénita se debe referir al hospital para completar estudios diagnósticos (VDRL de líquido cefalorraquídeo y otras pruebas específicas en sangre).

Oriente sobre

- La situación del recién nacido y el motivo de la referencia, a la madre, padre o responsable.
- Un adecuado control prenatal y apego al tratamiento para embarazos futuros.

HIJA/O DE MADRE CON CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SÍNDROME DE ALCOHOLISMO FETAL CIE-10-Q86.0

El síndrome de alcoholismo fetal es un grupo de anomalías en los neonatos hijos de madres que consumen alcohol durante la gestación. Es la causa más común conocida de retardo mental no genético.

Factores de riesgo

El cuadro completo generalmente se desarrolla en recién nacidos de madres alcohólicas o de madres que ingieren bebidas alcohólicas con frecuencia o compulsivamente. No obstante, no existe ningún nivel de consumo de alcohol que pueda considerarse seguro, incluso beber poco o con moderación puede afectar al feto en desarrollo.

Muchas drogas pueden pasar del torrente sanguíneo de la madre al feto a través de la placenta. El alcohol no es la excepción. El alcohol se degrada mucho más lentamente en el cuerpo inmaduro del feto que en el cuerpo de un adulto. Esto hace que los niveles de alcohol permanezcan elevados durante más tiempo en el feto.

Signos y síntomas

- Cabeza pequeña, mandíbula pequeña y pómulos planos y pequeños.
- Orejas malformadas.
- Ojos pequeños, desarrollo deficiente del nervio óptico, estrabismo.
- Nariz respingona, tabique nasal bajo.
- Dientes y estructura superior de la boca pequeños.
- Tórax hundido.
- Movimiento limitado de dedos y codos.
- Espacio excesivo entre dedos, líneas anormales en palmas de las manos.
- Exceso de cabello.
- Uñas poco desarrolladas.
- Desarrollo incompleto o inexistente de las estructuras encefálicas.
- Hernia umbilical o diafragmática.
- Soplos cardíacos, defectos cardíacos, anomalías de los grandes vasos.
- Desarrollo incompleto de los genitales.
- Retardo: mental, motor y de crecimiento.
- Irritabilidad durante el período neonatal e hiperactividad durante la niñez.
- Coordinación deficiente.

Conducta/tratamiento

- Estabilice y refiera inmediatamente al hospital (ver diagrama de “Estabilización Neonatal Antes y Durante el Transporte”, página 126).
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- Situación del recién nacido y el motivo de la referencia, a la madre, padre o responsable.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL CIE-10-P96.1

Es un término para denominar a un grupo de problemas que experimenta el neonato, derivado que al nacimiento se separa de la madre y se le retira de la exposición a las sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas).

Casi todas las drogas pasan del torrente sanguíneo de la madre al feto, a través de la placenta. Las sustancias que provocan dependencia y adicción en la madre también hacen que el feto se vuelva adicto. Al nacer, la dependencia del neonato a la sustancia continúa. Sin embargo, como la droga ya no está disponible por la placenta, el sistema nervioso central del neonato, se hiperestimula y da lugar a los síntomas de abstinencia.

Factores de riesgo

- Consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas) en la madre.

Signos y síntomas

- Crecimiento intrauterino deficiente.
- Nacimiento prematuro.
- Convulsiones.
- Anomalías congénitas.

- Temblores.
- Irritabilidad (exceso de llanto).
- Problemas al dormir.
- Llanto fuerte.
- Tono muscular rígido.
- Reflejos hiperactivos.
- Mala alimentación y succión pobre.
- Vómitos.
- Diarrea.
- Deshidratación.
- Sudoración excesiva.

Conducta/tratamiento

- Estabilice y refiera al hospital más cercano (ver diagrama de “Estabilización Neonatal Antes y Durante el Transporte”, página 126).
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Situación del recién nacido y motivo de la referencia.
- Referir a ambos padres a grupos de apoyo, si hay en la comunidad.

VIOLENCIA CIE-10-T4.0 AL CIE-10-T74.8

Es el uso intencional de la fuerza física (traumatismo), agresión sexual y/o amenazas contra un recién nacido, que puede tener como consecuencia problemas de neurodesarrollo, psicológicos o la muerte.

Signos y síntomas

La violencia en los recién nacidos puede identificarse por:

- Abandono, negligencia (no atender las necesidades) descuido y mala higiene.
- Referencia de familiares o vecinos sobre maltrato y/o golpes.
- Evidencia de lesiones en el cuerpo:
 - Fracturas óseas inexplicables o inusuales.
 - Lesiones o cicatrices, aparentemente de quemaduras inexplicables.
 - Ojos amoratados u otra lesión similar inexplicable.
 - Marcas de mordeduras.
 - Marcas alrededor del cuello.
 - Marcas circulares alrededor de las muñecas.

Conducta/tratamiento

- Refiera a la madre, padre o persona encargada y al recién nacido al hospital más cercano para investigación y seguimiento del caso por personal especializado (trabajo social, psicología y/o psiquiatría).
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Diferentes tipos de violencia, (verbal, física, sexual, de género).
- Instituciones donde pueden ir a hacer la denuncia si fuera el caso:

Ministerio Público -MP-, Procuraduría General de la Nación -PGN-
Procuraduría de Derechos Humanos -PDH-, Policía Nacional Civil
-PNC-.

- Refiera a albergues del Programa de Prevención y Erradicación de la Violencia Intrafamiliar -PROPEVI-, si el caso lo amerita y si hubiera uno cerca.

CUADRO DE MEDICAMENTOS PARA EL NEONATO

Medicamento	Dosis	Presentación	Vía	Peso del niño o niño en Kgs. (1 Kilogramo es igual a 2.2 libras)							
				1.5-2 Kg 3.3 a 4.4 lb	2-2.5 Kg 4.4 a 5.5 lb	2.5-3 Kg 5.5 a 6.6 lb	3-3.5 Kg 6.6 a 7.7 lb	3.5-4 Kg 7.7 a 8.8 lb	4-4.5 Kg 8.8 a 9.9 lb		
Acetaminofen	10mg/Kg dosis	Gotero 100 mg/ml	Oral P.O.	3 gotas 4 gotas	4 gotas 5 gotas	5 gotas 6 gotas	6 gotas 7 gotas	7 gotas 8 gotas	8 gotas 9 gotas		
		Jarabe 120mg/5ml		0.6 ml 0.8 ml	0.8 ml 1 ml	1 ml 1.3 ml	1.3 ml 1.5 ml	1.5 ml 1.7 ml	1.7 ml 1.9 ml		
	15mg/Kg dosis	Gotero 100 mg/ml	Oral P.O.	5 gotas 6 gotas	6 gotas 8 gotas	8 gotas 9 gotas	9 gotas 10 gotas	10 gotas 12 gotas	12 gotas 14 gotas		
		Jarabe 120mg/5ml		0.9 ml 1.3 ml	1.3 ml 1.6 ml	1.6 ml 1.9 ml	1.9 ml 2.2 ml	2.2 ml 2.5 ml	2.5 ml 2.8 ml		
Ampicilina	50mg/Kg/dosis	Frasco 500mg/1ml diluir en 5ml de agua esterilizada. Una vez preparada la concentración es de 100 mg/ml.	Intramuscular I.M.	0.75 ml 1 ml	1 ml 1.3 ml	1 ml 1.3 ml	1.5 ml 1.8 ml	1.8 ml 2 ml	2 ml 2.3 ml		
		Administre inmediatamente ya que luego de 1 hora la ampicilina pierde su potencia.									
Gentamicina	4 mg/Kg dosis de carga	Frasco de 80 mg/2ml diluir en 6ml de agua esterilizada	Intramuscular I.M.	0.75 ml 1 ml	1 ml 1.3 ml	1.3 ml 1.5 ml	1.5 ml 1.8 ml	1.8 ml 2 ml	2 ml 2.3 ml		
		Concentración del preparado 10mg/ml		0.6 ml 0.8 ml	0.8 ml 1 ml	1 ml 1.2 ml	1.2 ml 1.4 ml	1.4 ml 1.6 ml	1.6 ml 1.8 ml		

CUADRO DE MEDICAMENTOS PARA EL NEONATO

Medicamento	Dosis	Presentación	Vía	Peso de la o el neonato en Kg (1 Kilogramo es igual a 2.2 lbs)							
				1.5-2 Kgs 3.3 a 4.4 lbs	2-2.5 Kgs 4.4 a 5.5 lbs	2.5-3 Kgs 5.5 a 6.6 lbs	3-3.5 Kgs 6.6 a 7.7 lbs	3.5-4 Kgs 7.7 a 8.8 lbs	4-4.5 Kgs 8.8 a 9.9 lbs		
Dicloxacilina	25mgs/Kg./ dosis Por 10 días	Suspensión 125 mg/5ml	Por vía Oral Primera semana cada 12 horas	1.5ml 2ml	2ml 2.5ml	2.5ml 3ml	3ml 3.5ml	3.5ml 4ml	4ml 4.5ml		
			Por vía Oral Semanas 2, 3 y 4 cada 8 horas	0.5ml 0.7ml	0.7ml 0.8ml	0.8ml 1ml	1ml 1.2ml	1.2ml 1.4ml	1.4ml 1.5ml		
	50mgs/Kg./ dosis Por 10 días	Suspensión 125 mg/5ml	Por vía Oral Primera semana cada 12 horas	3ml 4ml	4ml 5ml	5ml 6ml	6ml 7ml	7ml 8ml	8ml 9ml		
			Por vía Oral Semanas 2, 3 y 4 cada 8 horas	1ml 1.5ml	1.4ml 1.6ml	1.6ml 2ml	2ml 2.4ml	2.4ml 3.8ml	2.8ml 3ml		

Fuente. Adaptado por Componente Neonatal del Programa de Salud Reproductiva. 2018.

V. ORIENTACIÓN INTEGRAL A LA FAMILIA DEL NEONATO Y LA COMUNIDAD

PROMOCIÓN DE LA SALUD NEONATAL

Intervención
Señales de peligro.
Lactancia Materna exclusiva en los primeros seis meses de vida.
Promoción de la donación voluntaria de leche materna.
Promoción del programa madre canguro para el manejo de recién nacidas y recién nacidos prematuros o de bajo peso al nacer.
Promoción de la primera visita domiciliaria para evaluar en las primeras 24 horas de vida a las recién nacidas y recién nacidos.
10 Reglas de Oro.
Lavado de manos.
Prácticas para vivir una niñez saludable (Ver <i>Guía de atención integral de la niñez</i>).
Orientación sobre administración de medicamentos.
Promoción del buen trato infantil.
Prevención de violencia.

- **Para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental**
 - Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
 - Afecto y estimulación temprana.
- **Para los cuidados en el hogar**
 - Lactancia materna exclusiva, aún cuando está enferma o enfermo.
 - No utilizar ningún tipo de solución o polvos en el ombligo.
 - Proteger del maltrato y el descuido.
 - Dormir con mosquitero en zonas de malaria, dengue y Zika.

- **Para prevenir las enfermedades**
 - Lactancia materna exclusiva.
 - Vacunación.
 - Ambiente limpio, agua segura, lavado de manos.
- **Para buscar atención fuera del hogar**
 - Reconocer los signos de peligro y buscar ayuda oportuna.
 - Cumplir las indicaciones del personal de salud.
 - Importancia de la atención prenatal.
- **Consulta de seguimiento y visita domiciliaria**
 - Aconsejar a los padres o encargados sobre cuando volver a consulta de seguimiento. Visitas domiciliarias tempranas para todo recién nacido.
 - Se recomienda al menos dos visitas domiciliarias para las madres y su recién nacido/a: la primera dentro de las primeras 24 horas de vida y otra posterior, en el día 3. De ser posible una tercera visita a la primera semana de vida (día 7) debe ser realizada.

SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO

Control después del nacimiento (posnatal).	24 horas, 3ro. y 7mo. día
Infección local. Diarrea. Candidiasis oral. Cualquier problema de alimentación.	2 días
Bajo peso al nacer.	3 días
Problemas crecimiento y de desarrollo.	30 días

Fuente. Adaptado por Programa de Salud Reproductiva, Componente Neonatal 2018.

- **Cuándo volver inmediatamente al servicio de salud**

- Si la o el recién nacida/o presenta lo siguiente:

- No toma el pecho o mama mal.
- Se ve mal.
- Presenta cianosis.
- Dificultad para respirar.
- Fiebre o hipotermia.
- Vomita todo.
- Ictericia.

PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS

- Vacunación con BCG (*Bacilo de Calmette Guerin*).
- Tamizaje, mediante la provisión de servicios adecuados de salud pública.
- Administrar la vacuna BCG a todo neonato, independiente de la exposición al VIH, especialmente teniendo en cuenta la alta endemicidad de la tuberculosis en las poblaciones con una prevalencia elevada de VIH". La vacuna BCG confiere protección parcial contra las manifestaciones graves de la enfermedad (tuberculosis miliar y tuberculosis meníngea).
- Si la madre es BK (+) o BK (-) con baciloscopía positiva o si aún no tiene tratamiento antifímico, deberá utilizar mascarilla para dar lactancia materna.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL NEONATO

- **TRAUMA POR CAÍDAS CIE-10-W19.9**

- Aconseje a la madre o encargada, no utilizar zapatos de tacón o resbalosos cuando le cargue en brazos.
- Utilizar silla especial y cinturón de seguridad al transportarle en automóvil.

- **QUEMADURAS CIE-10-T30**

- No manipular cosas calientes cuando le cargue.
- Verifique la temperatura del agua antes de bañarle.
- No le deje cerca, veladoras, candelas o planchas.
- No le acueste cerca de estufas.

- **SOFOCACIÓN O ASFIXIA CIE-10-T71**

- Al acostarle colóquele boca arriba o de lado, para evitar el riesgo de ahogamiento.
- No le deje cerca de la cara almohadas o frazadas.
- No le deje a su alcance bolsas plásticas (no son juguete).

- **INTOXICACIONES CIE-10-X40.0**

- No deje al alcance de otros niños mayores productos que accidentalmente puedan administrarle al recién nacido, tales como: medicamentos, insecticidas, plaguicidas, abonos, venenos, bebidas alcohólicas, productos químicos o de limpieza, entre otros.

- **CASI AHOGAMIENTO Y AHOGAMIENTO CIE-10-W74.9**

- Nunca le deje sola/o en la bañera, recuerde que 5 centímetros de agua son suficientes para que se ahogue.

PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA EN EL NEONATO

- Es la muerte repentina y no se puede determinar la causa exacta de la misma.
- Los recién nacidos deben dormir siempre boca arriba o de lado, en una superficie plana y firme (cuna o cama).
- No dormir con la cabeza cubierta por cobijas, telas, bufandas o similares.
- Debe evitarse la exposición al humo de cigarrillo, antes y después del nacimiento.

- La vestimenta debe ser de una sola pieza (mameluco) para evitar que piezas de tela puedan cubrir el rostro del recién nacido.
- No dejar objetos pequeños cerca, que sean susceptibles a ser aspirados.

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

“La violencia contra la niñez, puede afectar la salud física y mental de las niñas y niños, perjudicar su habilidad para aprender y socializar, afecta desde el momento que inicia así como en el futuro. Puede socavar su desarrollo como adultos funcionales. En los casos más graves, la violencia contra la niñez conduce a la muerte”. UNICEF, 2007, ver los protocolos siguientes:

- Protocolo de Atención Integral con Enfoque Intercultural de Niñas Niños Víctimas de Maltrato Infantil, versión vigente.
- Protocolo de Atención en Salud Integral con Pertinencia Cultural para la Niñez y Adolescencia en Situación de Trabajo Infantil y sus Peores Formas, versión vigente.
- Protocolo de Atención Integral a Víctimas Sobrevivientes de Violencia Sexual, versión vigente.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Perímetro cefálico para la edad. 2017 (revisado 14 de Diciembre de 2017) disponible en: http://www.who.int/childgrowth/standards/second_set/chts_hcfa_ninas_p/es/
2. Guía para la vigilancia y manejo de la infección del virus Zika y sus complicaciones en Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2017. 1st ed.
3. Gleason C, Devaskar S. Avery's diseases of the newborn. 9na edición. Caplan M: Saunders Elsevier; 2012.
4. Cloherty J, Stark A. Manual of Neonatal Care. 8va edición. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2017.
5. Van Winkel M, De Bruyne R, Van de Velde S, Van Biervliet. Vitamin K, an update for the paediatrician. Eur J Pediatr. 2009; 168:127-13.
6. Costakos D, Greer F, Love L, Dahlen L, Suttie J. Vitamin K Prophylaxis for Premature Infants: 1 mg vs 0.5 mg. Am J Perinatol. 2003; 20:485-490.
7. Puckett R, Offringa M. Profilaxis con vitamina K para la hemorragia por deficiencia de vitamina K en neonatos. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas. 2007; 4.
8. Manual de Atención Neonatal. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay 2,011.
9. Normas de atención en salud integral para el primero y segundo nivel, módulo Neonatos, MSPAS.
10. Academia Americana de Pediatría. Cuidados Esenciales para Bebés Pequeños Ayudando a los Bebés a Sobrevivir. Estados Unidos de América, 2015.
11. Academia Americana de Pediatría. Ayudando a los Bebés a Respirar, Ayudando a los Bebés a Sobrevivir. Estados Unidos de América, 2015.
12. Academia Americana de Pediatría. Texto de Reanimación Neonatal. 7ma edición. Estados Unidos de América, 2016.
13. Kliegman R, Stanton B, St Geme J, Schor N. Nelson Textbook of Pediatrics. 20th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016.

14. The Global Health Network (internet). England; the International Fetal and Newborn Growth Consortium for the 21st Century, 2009 (actualized 2018; cited november 2017). Available in : <https://intergrowth21.tghn.org/about/introducción-al-proyecto-intergrowth-21ts/>
15. Villar J, Cheikh I et al. International standards for newborn weight, length, and head circumference by gestational age and sex: The Newborn Cross-Sectional Study of the INTERGROWTH-21 st Project. *Lancet* 2014; 384 (9946): 857-68.
16. PROSAN/MSPAS. (2015). Manual de participante. Curso de 20 horas para el personal de salud. (2ª Edición). Guatemala.
17. OPS/OMS (2008). Interpretando los indicadores de crecimiento. Ginebra.
18. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2010). Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel. Guatemala.
19. Kahl Lauren, Hughes H. The Harriet Lane Handbook 21 Edition. Elsevier. The Johns Hopkins Hospital 2017
20. Kliegman, R., Stanton, B., St. Geme, J. W., Schor, N. F., & Behrman, R. E. (2016). Nelson textbook of pediatrics (Edition 20.) Philadelphia, Elsevier. 2016

Lactante

de 29 días a menor de 1 año



Módulo

3

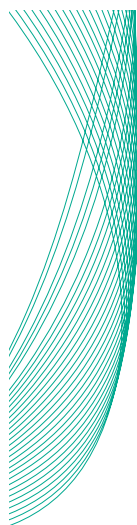


INDICE

INTRODUCCIÓN	205
OBJETIVOS	206
I. ATENCIÓN INTEGRAL DE LACTANTES	207
Pasos esenciales para la atención integral de lactantes	207
II. ACCIONES PREVENTIVAS PARA LACTANTES	210
Monitoreo del crecimiento	210
Edad	210
Peso	210
Técnica para la toma de peso con balanza pediátrica	210
Medición de longitud	211
Comparación peso y longitud	213
Evaluación de la alimentación	213
Lactancia materna exclusiva	213
Lactancia materna y alimentación complementaria de acuerdo a la edad	214
Suplementación con micronutrientes	214
Vigilancia del neurodesarrollo	215
Inmunizaciones	220
Esquema de vacunación acelerado para niños menores de 1 año de edad	221
Vacunación contra influenza estacional en grupos de riesgo priorizados	223
Salud bucodental	223
Técnicas de higiene bucodental desde la aparición del primer diente	223
Salud visual	225
Salud auditiva	225
Displasia congénita de la cadera	227
Signo de Galeazzi	227
Test de Ober	227

III. DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA	228
Indicador de desnutrición global, peso/edad	228
Peso normal/edad	228
Peso bajo (peso bajo/edad)	228
Lactante (con peso bajo/edad) con tendencia de la curva hacia arriba	228
Lactante (con peso bajo/edad) con tendencia de la curva horizontal o hacia abajo	229
Indicador desnutrición crónica, longitud/edad	230
Longitud normal/edad	230
Lactante (con longitud normal/edad) con tendencia de la curva hacia arriba	230
Lactante (con longitud normal/edad) con tendencia de la curva levemente horizontal	230
Retardo de crecimiento (longitud baja en relación a la edad)	231
Indicador desnutrición aguda, peso para la longitud	232
Peso normal/longitud (estado nutricional normal)	232
Desnutrición aguda moderada sin complicaciones (peso bajo/longitud)	232
Desnutrición aguda moderada con complicaciones (peso bajo/longitud)	233
Desnutrición aguda severa sin complicaciones (peso bajo/longitud)	234
Desnutrición aguda severa con complicaciones (peso bajo /longitud)	234
Desnutrición aguda severa, diagnóstico por signos clínicos	235
Marasmo	235
Kwashiorkor	236
Kwashiorkor-marasmático	236
Anemia	238
Anemia severa	239
Salud bucodental	240
Caries dental	240
Malformaciones Congénitas de la Cara y Cavidad Oral (Ver módulo de Neonato página 156).	241
Enfermedades Prevenibles por Vacunación	241

Hepatitis B	241
Tuberculosis	241
Tuberculosis Miliar	241
Tuberculosis del Sistema Nervioso	241
Poliomielitis	241
Difteria	242
Tétanos	243
Tos Ferina	244
Sarampión	244
Parotiditis	245
Rubéola	246
Influenza Estacional	247
Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)	248
Neumonía Grave	248
Neumonía	249
Resfriado Común	250
Otitis Media Crónica	251
Otitis Media Aguda	252
Amigdalitis Bacteriana	253
Amigdalitis Viral	254
Mastoiditis Aguda	255
Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Agua (ETA)	255
Diarrea	255
Enfermedad Diarreica Aguda con Deshidratación Grave	256
Enfermedad Diarreica Aguda con Deshidratación	256
Enfermedad Diarreica Aguda sin Deshidratación	257
Enfermedad Diarreica Aguda Sanguinolenta	258
Diarrea Persistente con Deshidratación	259
Diarrea Persistente sin Deshidratación	260
Diarrea por sospecha de Rotavirus	261
Cólera (ver sección ETA del módulo de Niñez página 407)	
Parasitosis (ver sección ETA módulo de Niñez página 409)	
Trichuriasis (ver sección ETA del módulo de Niñez página 410)	
Ascaridiasis (ver sección ETA del módulo de Niñez página 411)	



Anquilostomiasis y Necatoriasis (ver sección ETA del módulo de Niñez página 412)	
Teniasis (ver sección ETA del módulo de Niñez página 413)	
Enterobiasis (ver sección ETA del módulo de Niñez página 414)	
Amebiasis (ver sección ETA del módulo de Niñez página 415)	
Giardiasis (ver sección ETA del módulo de Niñez página 416)	
Fiebre tifoidea (ver sección ETA del módulo de Niñez página 418)	
Hepatitis Aguda Tipo "A" (ver sección ETA del módulo de Niñez página 419)	
Intoxicación Alimentaria Bacteriana No Especificada (ver sección ETA del módulo de Niñez página 420)	
Planes para Rehidratación Oral -SRO-	262
Plan A, tratamiento de la diarrea en el hogar (ver cuadro con lineamientos en sección ETA del módulo de Niñez)	262
Plan B, administración de SRO hipoosmolar	264
Plan C, Tratamiento Rápido de la Deshidratación Grave (ver cuadro con lineamientos en sección ETA del módulo de Niñez)	264
Sífilis congénita	265
Sífilis congénita tardía	265
Tuberculosis	265
Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	266
VIH/Sida pediátrico	266
Enfermedades Transmitidas por Vectores	267
Oncocercosis, Dengue, Chikungunya, Zika, Chagas (ver módulo Persona Adulta y Persona Mayor página 699 a la 718).	267
Malaria en el lactante	267
IV. ORIENTACIÓN GENERAL INTEGRAL A LA FAMILIA	269
Violencia	269
Síndrome de Muerte Súbita del Lactante -SMSL- (ver módulo de Neonato página 195)	273
Prevención de accidentes	273
Anexos	276
Anexo No. 1. Medicamentos para lactantes	276
Anexo No. 2. 10 Reglas de Oro para prevenir las enfermedades Transmitidas por alimentos y agua	279
Bibliografía	280

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social reconoce que garantizar el cumplimiento de los derechos y atender las necesidades de la niñez maya, garífuna, xinka y mestiza es esencial para el desarrollo del país, y que comprometerse con el bienestar y la salud de niñas y niños es una responsabilidad del Estado de Guatemala.

Según la información publicada en la última Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil -ENSMI- 2,014-2,015, la mortalidad en niñas y niños menores de 5 años va en descenso, no ocurre lo mismo con el grupo de 29 días a menores de un año (lactantes), lo que implica la necesidad de implementar estrategias dirigidas a la población de este grupo de edad y fortalecer las acciones para brindar atención integral e integrada, con pertinencia intercultural y enfoque de género, que contribuyan a mejorar la salud de los mismos.

La finalidad del presente módulo es contribuir a disminuir la morbilidad y la mortalidad de la población lactante y a cumplir con la obligación del Estado de Guatemala en consecución al artículo 24 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño que dicta “El derecho de la niña y el niño al disfrute del más alto nivel posible de salud”.

OBJETIVOS

General

Contribuir a la disminución de la mortalidad y morbilidad en lactantes de 29 días a menores de 1 año de edad, a través de la implementación de intervenciones basadas en evidencia científica y relacionadas a la salud infantil.

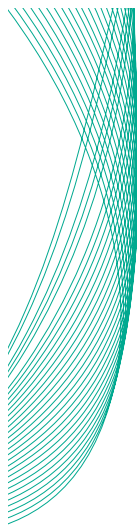
Específicos

1. Promover el cumplimiento del derecho a la salud integral de lactantes.
2. Proveer los estándares básicos recomendados para la atención de la salud integral en lactantes.
3. Prevenir, detectar y tratar integrada y oportunamente las enfermedades prevalentes en lactantes con la finalidad de disminuir riesgos y evitar complicaciones.

I ATENCIÓN INTEGRAL DE LACTANTES

PASOS ESENCIALES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LACTANTES

1	Salude cordialmente e informe a la familia de la niña o el niño, pregunte el motivo de consulta e informe acerca de la ruta de atención del servicio, con respeto a la cultura, tomando en cuenta su edad y género.
2	• Tome el peso, longitud o talla, perímetro cefálico, anotándolos en el carné y en la ficha clínica. • Tome y anote la temperatura axilar. • Identifique: ▫ Probables enfermedades, evaluar estado nutricional, alimentación, neurodesarrollo, esquema de vacunación y otros problemas (ver “Guías de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia AIEPI”). ▫ En caso de enfermedades transmisibles (tuberculosis, VIH y otras) realice todas las acciones de vigilancia epidemiológica del MSPAS. • Investigue: ▫ Antecedentes antes, durante el embarazo y quirúrgicos, del nacimiento (tipo de parto, quien lo atendió, controles de embarazo), familiares, alimentación, alergias, de hermanas y hermanos desnutridos o fallecidos. • Identifique signos y síntomas de peligro: ▫ Realice evaluación y clasificación para determinar la necesidad de reanimación cardiopulmonar y/o referencia oportuna de acuerdo a su condición de gravedad, aplicando la tabla de identificación de signos de peligro (al final de esta sección de pasos esenciales). ▫ Si de acuerdo al análisis fuera necesaria la reanimación cardiopulmonar, inicie según procedimiento (ver módulo Niñez página 296). • Si amerita, refiera: ▫ Estabilice y llene boleta de referencia. ▫ Establezca comunicación con el servicio de salud a referir. ▫ Informe a la familia sobre el estado de la niña o niño lactante y el motivo de referencia. ▫ Dé seguimiento al caso (contrarreferencia). • Si no amerita referencia: ▫ Brinde atención integral, con calidad, con respeto a la cultura, tomando en cuenta su edad y género. • Observe el estado general de la niña o el niño lactante: ▫ Vitalidad. ▫ Llanto. ▫ Color de la piel. ▫ Estado de las mucosas. ▫ Brinde atención integral, con calidad y respeto con atención especial en casos de discapacidad (física, sensorial y/o mental o cognitiva). ▫ Observe el lenguaje no verbal, gestos, actitud y presentación de paciente y acompañante.



3	• Llene todos los datos de la historia clínica y realice la evaluación integral. ▫ Realice examen físico completo: - Tos o dificultad para respirar. - Signos de deshidratación. - Presencia de sangre en heces. • Realice evaluación nutricional: ▫ Antropometría: peso, longitud o talla. • Evalúe: ▫ Esquema de vacunación. ▫ Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. ▫ Después de 6 meses: lactancia materna, introducción oportuna y adecuada de alimentos. ▫ Salud bucodental. ▫ Salud visual y auditiva. ▫ Neurodesarrollo. ▫ Actividad física, formal e informal. • Otros problemas: ▫ Violencia: maltrato, negligencia, abandono, exclusión, lesiones a repetición. ▫ Vivienda: servicios básicos agua potable (agua entubada, segura apta para consumo humano), sanitario, drenajes, hacinamiento (número de personas que viven en la casa), materiales de la construcción, condiciones de saneamiento ambiental y de la vivienda ya sean adecuadas o no.
4	• Requiera exámenes de laboratorio: ▫ Hematología completa. ▫ Orina. ▫ Heces. ▫ Otros según amerite el caso.
5	• Oferte y administre: ▫ Alimento complementario a niñas y niños lactantes, mayores de 6 meses. - Vitamina A. - Vitaminas y minerales espolvoreados.
6	• Oriente a la familia sobre: ▫ Prácticas para vivir una niñez saludable. ▫ Factores protectores y factores de riesgo encontrados. ▫ Técnica de cepillado y del uso del hilo dental. ▫ Prevención de la violencia, accidentes, intoxicaciones.
7	• Trate de forma integral: ▫ Los problemas de salud detectados (ver sección III. Detección y Atención Oportuna). ▫ Considere referir a otro nivel de atención si no hay capacidad resolutoria en el servicio.
8	• Registre en el carné y SIGSA que corresponda.

9	• Acuerde las acciones de resolución de los problemas detectados, en forma conjunta entre personal de salud y la madre, padre o acompañante y la niña o el niño. • Establezca una cita de seguimiento.
10	• Oferte la cartera de servicios a la madre, padre y/o acompañantes.

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE PELIGRO

Signos de gravedad que requieren atención URGENTE	Signos de enfermedad que requieren atención inmediata	No tiene ningún signo de gravedad o enfermedad
• Irritabilidad, letargia y/o inconsciencia • Convulsiones • No quiere beber o mamar • Vomita todo lo que come	• Fiebre ($>37.5^{\circ}\text{C}$) • Tos • Problemas de oído • Diarrea • Anemia • Fallo en el crecimiento físico • Fallo en el neurodesarrollo • Problemas de piel • Problemas bucodentales • Sospecha de violencia • Otros problemas	Evalúe: • Alimentación • Peso, longitud o talla y circunferencia cefálica • Neurodesarrollo • Suplementación con micronutrientes • Vacunas

Fuente. Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, 2010. MSPAS. Guatemala.

II. ACCIONES PREVENTIVAS PARA LACTANTES

MONITOREO DEL CRECIMIENTO

EDAD

Pregunte a la madre, padre o acompañante de la niña o niño lactante, la fecha de nacimiento exacta (día, año y mes) para determinar la edad en años y meses, anote y tenga disponible el dato para registrar en gráficas según peso y longitud.

PESO

Realice monitoreo mensual de peso a toda/o lactante que llegue a los servicios con o sin enfermedad de la siguiente forma:

TÉCNICA PARA LA TOMA DE PESO CON BALANZA PEDIÁTRICA

- Verifique que la balanza tenga el platillo y marca en "0".
- Asegúrese que está calibrada, de lo contrario, calíbrela en ese momento.
- Tenga siempre a mano el instrumento de registro, lápiz y borrador.
- Pida a la madre o persona encargada que quite la ropa al lactante y proceda a pesarlo.
- En lugares de mucho frío, pese al lactante con ropa, luego pida a la persona encargada que retire la ropa procurando cubrir a la niña o niño para mantener el calor, luego pese la ropa y aplique la siguiente fórmula:

$$\text{Peso de lactante con ropa} - \text{peso de la ropa} = \text{peso real}$$

- Espere el momento en que la aguja de la balanza está inmóvil y lea el peso en voz alta a los 100 g (0.1 kg) más cercanos e indique a la persona responsable cuál es el peso de la o el lactante.
- Anote el peso en el instrumento correspondiente.
- Marque el resultado con un punto en la gráfica de peso para edad según corresponda.
- Para pesar a la o el lactante con la balanza tipo Salter (vea el módulo Niñez . ACCIONES PREVENTIVAS EN LA NIÑA Y EL NIÑO, MONITOREO DEL CRECIMIENTO).

CLASIFICACIÓN DE PESO PARA EDAD EN NIÑAS Y NIÑOS A PARTIR DE LAS CURVAS DE CRECIMIENTO OMS/OPS

Clasificación del indicador peso para edad P/E	Puntuación
Peso normal	Entre + 2 y - 2 Desviaciones Estándar
Peso bajo moderado	Debajo de -2 hasta -3 Desviaciones Estándar
Peso bajo severo	Debajo de -3 Desviaciones Estándar

Fuente. Elaborada con base a “Interpretando los indicadores de crecimiento”, OMS/OPS (2008). PROSAN, 2017.

Clasifique el peso de acuerdo a la curva de peso para edad de OMS (vea el módulo Niñez, ACCIONES PREVENTIVAS EN LA NIÑA Y EL NIÑO, MONITOREO DEL CRECIMIENTO página 311 y 312).

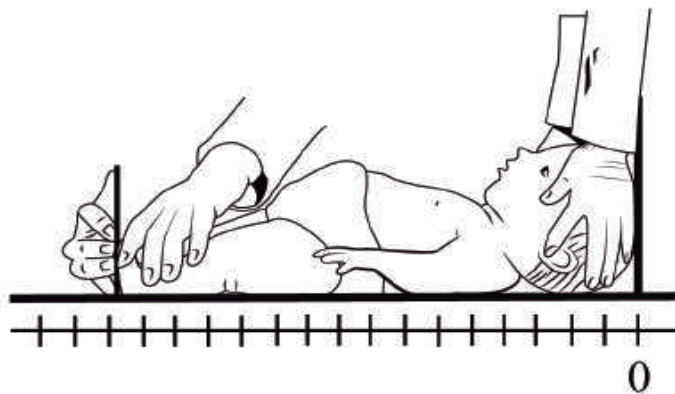
MEDICIÓN DE LONGITUD

Realice monitoreo mensual de longitud a toda/o lactante que llegue al servicio de salud sin enfermedad grave de la siguiente forma:

- Tenga a mano los formularios para la recolección de los datos (carné de la niña y niño, cuaderno de la niña y el niño menor de 7 años), lápiz y borrador.
- Para la toma de longitud o talla, deben participar dos proveedores de salud.
- Una/o de los proveedores debe colocarse de rodillas frente al tope fijo del infantómetro.
- La/el otro proveedor/a debe colocarse a un lado del infantómetro, a la altura del tope móvil.
- Acueste a la niña o niño lactante sobre el infantómetro verificando que talones, pantorrillas, nalgas y hombros estén pegados al infantómetro.
- Verifique que a la niña o niño lactante tenga la cabeza recta, sosteniéndola de ambos lados y que la vista esté hacia arriba.
- La persona que está del lado del tope móvil (padre, madre o proveedores de salud), debe sostener las rodillas de la niña o niño lactante y asegurarse que estén rectas.

- Mueva el tope móvil hasta topar los talones y lea la medida en voz alta al milímetro (0.1 cm) más cercano.

TÉCNICA PARA LA MEDICIÓN DE LONGITUD



Fuente. Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, 2010. MSPAS. Guatemala.

El resultado debe ser evaluado de acuerdo a la gráfica (ver módulo de Niñez) de longitud o talla para la edad, según el sexo. Según la ubicación de los datos en la gráfica clasifique la longitud de acuerdo a la tabla siguiente:

CLASIFICACIÓN DE PESO PARA EDAD EN LACTANTES

Clasificación del indicador peso para edad L/E	Puntuación
Longitud normal	Entre + 2 y - 2 Desviaciones Estándar
Retardo del crecimiento	Debajo de -2 a -3 Desviaciones Estándar
Retardo del crecimiento severo	Debajo de -3 Desviaciones Estándar

Fuente. Elaborada con base a "Interpretando los indicadores de crecimiento", OMS/OPS (2008). PROSAN, 2017.

COMPARACIÓN DE PESO Y LONGITUD

Al contar con ambas mediciones (peso y longitud), es necesario conocer el estado nutricional actual de la o el lactante. Ver curvas de peso para longitud (vea el módulo **Niñez ACCIONES PREVENTIVAS EN LA NIÑA Y EL NIÑO, MONITOREO DEL CRECIMIENTO** página 303). Clasifique el resultado de acuerdo a la siguiente tabla:

CLASIFICACIÓN DE PESO PARA LA LONGITUD EN LACTANTES

Clasificación del indicador peso para longitud	Puntuación
Obesidad	Arriba de + 3 Desviaciones Estándar
Sobrepeso	Arriba de + 2 a +3 Desviaciones Estándar
Estado Nutricional Normal	Entre +2 a -2 Desviaciones Estándar
Desnutrición Aguda Moderada	Debajo de -2 a -3 Desviaciones Estándar
Desnutrición Aguda Severa	Debajo de -3 Desviaciones Estándar

Fuente. Organización Mundial de la Salud, Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Ginebra, OMS, 2008.

EVALUACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN

La alimentación de los lactantes será distinta según su desarrollo y las necesidades nutricionales, recuerde que la alimentación mantiene una relación estrecha con su entorno social y familiar, principalmente con la madre o cuidadores. Evaluar con base a las “Guías Alimentarias para la Población Menor de 2 Años para Guatemala”.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Verifique y haga recomendaciones con base a:

- Leche materna como único alimento para la niña o niño lactante menor de seis meses.
- Adecuada posición y agarre.
- Reconocimiento de señales tempranas de hambre.
- Frecuencia/lactancia a demanda en el día y en la noche.
- Beneficios de la lactancia exclusiva para la madre y para la niña o niño lactante.
- Evitar el uso de pachas o biberones, pepes o pacificadores.

LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE ACUERDO A LA EDAD

Verifique y haga recomendaciones con base a:

- **De 6 a 8 meses**

- Dar primero pecho y después otros alimentos.
- Servir alimentos machacados y/o suavizados con leche materna o gotas de aceite (no exceder la consistencia líquida).
- Para poder conocer la cantidad de alimentos ingeridos por la niña o niño se recomienda servirlos en un plato y con cuchara que servirán como medios de medición.
- Evitar el uso de pachas o biberones, pepes o pacificadores.

- **De 9 a 11 meses**

- Continuar con lactancia materna y después otros alimentos.
- Servir alimentos en consistencia de “trocitos”.
- Continuar sirviendo alimentos en plato y con cuchara, al menos tres veces al día.
- Evitar el uso de pachas o biberones, pepes o pacificadores.

- **De 12 a 24 meses**

- Servir toda la variedad de alimentos que consume la familia.
- Continuar sirviendo alimentos en plato, cuchara, taza o vaso, al menos cinco veces al día (ejemplo: desayuno, refacción, almuerzo, refacción, cena).
- Continuar con lactancia materna posterior a los tiempos de comida recomendados.
- Evitar el uso de pachas o biberones, pepes o pacificadores.

Tomar en cuenta la frecuencia y cantidad de alimento complementario entregado a niñas y niños de 6 meses a menores de 1 año, según las estrategias nacionales, departamentales, municipales y locales.

Nota. Nunca olvidar la recomendación de lavarse las manos con agua y jabón antes de dar los alimentos.

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

Los problemas nutricionales se dan tanto por exceso como por deficiencia. Las deficiencias que con mayor frecuencia se presentan en Guatemala son las de los micronutrientes: hierro, yodo, cobre, selenio, ácido fólico, zinc, vitaminas A, D, E, y vitaminas del complejo B. Por lo que es necesaria la suplementación a niñas y niños lactantes menores de 1 año, de acuerdo a la tabla siguiente:

DOSIS DE MICRONUTRIENTES PARA LACTANTES

Suplemento	Presentación	Dosis	Frecuencia de entrega
Micronutrientes espolvoreados	Sobre de 1 gramo	1 sobre, 1 vez al día, por 60 días	60 sobres al cumplir los 6 meses Monitorear consumo de sobres de micronutrientes espolvoreados y nueva entrega
Vitamina "A"	Perla de 100,000 UI	Dar el contenido de 1 perla (100,000 UI) por vía oral, dosis única	1 perla al cumplir los 6 meses, si no se administró a los 6 meses administrar en cualquier momento antes de cumplir 1 año de edad.

Fuente. Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, 2010. MSPAS. Guatemala.

VIGILANCIA DEL NEURODESARROLLO

DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL NEURODESARROLLO

- Verifique si el perímetro cefálico se encuentra entre los límites normales según sexo.
- Clasifique el perímetro cefálico.

TECNICA PARA LA MEDICIÓN DEL PERÍMETRO CEFÁLICO EN LACTANTES

Procedimiento:

- Mida con cinta métrica no deformable.
- Coloque la cinta a nivel de las protuberancias frontales y occipitales.
- Realice la lectura en la región frontal.
- Registre en centímetros.
- Evalúe el resultado de acuerdo al cuadro de perímetro cefálico y clasifique.



Fuente. Sección Desarrollo Editorial DRPA, 2018

CLASIFICACIÓN DE PERÍMETRO CEFÁLICO EN LACTANTES

Indicador de perímetro cefálico	Puntuación
MACROCEFALIA	Arriba de + 2 Desviaciones Estándar
NORMAL	Entre +2 y -2 Desviaciones Estándar
MICROCEFALIA	Debajo de -2 Desviaciones Estándar

Fuente. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, Guatemala, 2010.

Conducta/tratamiento

- Ver curva de perímetro cefálico en módulo de Neonato página 114.
- Si encuentra microcefalia o macrocefalia refiera a hospital más cercano para una evaluación especializada del desarrollo.
- Registre en SIGSA.
- De seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Proporcione a la madre o encargada/o el apoyo neuropsicosocial adecuado, consultando el “Manual para Apoyo a Pacientes con Secuelas Neuropsicológicas Secundarias a Enfermedad de Zika”.
- Importancia de cumplir con la referencia.

CRITERIOS PARA EVALUAR LOGROS EN EL ÁREA MOTORA GRUESA

Sentarse sin ayuda (de 4 a 9 meses)	Sentada(o) sin apoyo, con su cabeza recta al menos 10 segundos. No utilizar los brazos o manos para mantenerse sentado en una posición correcta.
Sostenerse con ayuda (de 5 a 11 meses y 15 días)	De pie con ayuda, se mantiene parado (a)sobre los dos pies agarrándose de un objeto fijo.
Gatear (de 5 a 13 meses y 15 días)	Gatea con manos y rodillas, con movimientos rítmicos y continuos, al menos tres movimientos seguidos.
Caminar con ayuda (de 6 a 14 meses)	Andar con ayuda, está en posición de pie con la espalda recta, camina al menos 5 pasos agarrándose de un objeto fijo.
Sostenerse solo(a) (de 7 a 17 meses)	De pie sola(o), las piernas soportan el peso de su cuerpo total y se mantiene de pie durante al menos 10 segundos.
Caminar sola(o) (de 8 a 18 meses y 15 días)	Andar solo(a), camina al menos 5 pasos en posición de pie y no hay contacto con personas ni objetos.

Fuente. Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, 2010.
MSPAS. Guatemala.

Para fines de registro de los criterios de las tablas se enlista:

- Trastorno específico del desarrollo en la función motriz CIE-10-F82.
- Trastornos específicos mixtos del desarrollo CIE-10-F83.
- Trastorno del desarrollo psicológico no específico CIE-10-F89.

NEURODESARROLLO DE 0 A 12 MESES

EDAD	DESARROLLO EMOCIONAL (Áreas socio afectiva)	COMUNICACIÓN (Área del lenguaje)	MOVIMIENTO (Área motora gruesa y fina)
1 a 2 Meses	Mira el rostro del examinador o la madre.	- Reacciona al sonido. - Sonrisa social.	- Reflejo de moro. - Reflejo copleopalpebral (cierra y abre los ojos al aplaudirle a 30 cm. De distancia en un máximo de 3 intentos). - Reflejo de succión. - Al estar acostado sus brazos y piernas deben estar flexionadas, cabeza lateralizada. - Sigue con la mirada un objeto. - Eleva la cabeza.
2 a 4 Meses	Responde a los estímulos del examinador. 	Emite sonidos. 	- Agarra objetos. - Sostiene la cabeza. 
4 a 6 Años	Atiende al su nombre.	Localiza un sonido.	- Se da vuelta. - Intenta alcanzar un juguete. - Se lleva objetos a la boca.
6 a 9 Años	Se vuelve huraño ante extraños.	Dice sílabas repetidas (ma-ma, da-da).	- Juga a taparse y destaparse. - Pasa objetos de una mano a la otra. - Se sienta sin apoyo.
9 a 12 Meses	Reconoce a los miembros de la familia. 	Jerga o jerigonza. 	- Imita gestos, agarra objetos con el índice y el pulgar, - Camina con apoyo. 

Fuente. AIEPI, MSPAS, Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, 2010. MSPAS. Guatemala.

PROMOCIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL EN EL LACTANTE

EDAD	ORIENTACIONES PARA LA PROMOCIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL SALUDABLE
2 Meses	- Háblele y busque el contacto visual. - Estimule visualmente con objetos coloridos, a una distancia mínima de 30 centímetros realizando pequeños movimientos oscilatorios a partir de la línea media. - Coloque en posición boca abajo (decúbito ventral) para estímulo cervical, llame su atención colocándose al frente estimulándole visual y auditivamente.
4 Meses	- Interactúe estableciendo contacto visual y auditivo, conocerse con el lactante. - Siente con apoyo para que se pueda ejercitar el control de la cabeza. - Estimule al lactante toque objetos.
6 Meses	- Coloque objetos a una pequeña distancia para que los alcance. - Permita que lleve objetos (limpios y de regular tamaño) a la boca. - Estimule con sonidos fuera de su alcance visual para que localice el sonido. - Aplauda y juegue para estimular para que pase de la posición boca abajo (decúbito ventral) a la posición boca arriba (decúbito supino).
9 Meses	- Juegue a taparse y descubrirse con un pedazo de tela. - Dele juguetes para que pueda pasarlos de una mano a otra. - Háblele e introduzca palabras de fácil sonorización (da-da, pa-pa, etc.).
12 Meses	- Juegue, ponga música hágale gestos (aplauda, diga adiós con la mano). - Bajo estricta supervisión, dele objetos pequeños (observe que no se los lleve a la boca o nariz) para que pueda utilizar sus dedos como una pinza. - Háblele y enséñele a decir el nombre de las personas y objetos que los rodean. - Coloque al lactante en un lugar en donde pueda cambiar de posición, de estar sentado a estar de pie con apoyo por ejemplo de una cama, al lado de una silla y pueda desplazarse apoyándose en estos objetos.

Fuente. Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, 2010. MSPAS. Guatemala.

INMUNIZACIONES

Para prevenir, controlar o evitar complicaciones de las principales causas de enfermedad infecciosas en lactantes, a partir de los 2 meses y antes de cumplir el primer año de edad, se debe iniciar, continuar y concluir la serie primaria del esquema de vacunación, según edades recomendadas para cada dosis, lo que se detalla en el cuadro siguiente:

VACUNACIÓN EN LACTANTES ESQUEMA DE VACUNACIÓN REGULAR

Vacuna	Edad de administración	Jeringa y aguja	Dosis, vía de administración e intervalo	Observaciones
BCG	Lo más cerca del nacimiento hasta antes de cumplir 1 año de edad	27 G x 3/8 x 0.1 ml auto bloqueable	Dosis: única de 0.05 ml (la dosis puede variar según prospecto del productor). Vía: intradérmica, brazo derecho	Administrar la vacuna lo antes posible, para generar inmunidad antes que el niño/a se exponga a la enfermedad. • NO administrar después de un año de edad, ya que no se adquiere respuesta celular adecuada.
IPV (Vacuna inactivada contra la Poliomielitis)	2 meses	23 G x 1" x 0.5 ml auto bloqueable	Dosis: Primera dosis contra Poliomielitis de 0.5 ml. Vía: intramuscular (tercio medio cara antero lateral externa del muslo izquierdo).	Las vacunas IPV y Neumococo se administran en muslo izquierdo (usando jeringas diferentes) dejando una distancia de 2.5 centímetros entre el lugar de administración de cada una.
OPV	4 y 6 meses	No usar jeringa	Dosis: 2, cada dosis de 2 gotas. Vía: oral. Intervalo: 2 meses entre dosis.	Idealmente completar la serie primaria a los 6 meses de edad.
Pentavalente	2, 4 y 6 meses	23 G x 1" x 0.5 ml auto bloqueable	Dosis: 3, de 0.5 ml cada dosis. Vía: intramuscular profunda (tercio medio cara antero lateral externa del muslo derecho). Intervalo: 2 meses entre dosis.	Idealmente completar la serie primaria a los 6 meses de edad.

Lactante

Vacuna	Edad de administración	Jeringa y aguja	Dosis, vía de administración e intervalo	Observaciones
Rotavirus	2 y 4 meses de edad	No usar jeringa	Dosis: 2, de 1.5 ml cada dosis (contenido completo del vial). Vía: oral. Intervalo: 2 meses entre dosis.	Idealmente completar el esquema a los 4 meses de edad.
Neumococo	2 y 4 meses de edad	23 G x 1" x 0.5 ml auto bloqueable	Dosis: 2, de 0.5 ml cada dosis. Vía: intramuscular (tercio medio cara antero lateral externa del muslo izquierdo). Intervalo: 2 meses entre dosis.	Idealmente completar la serie primaria a los 4 meses de edad Las vacunas neumococo e IPV se administran en muslo izquierdo (usando jeringas diferentes) dejando una distancia de 2.5 centímetros entre el lugar de administración de cada una.
Influenza Estacional	6 meses a menores de 1 año de edad	23 G x 1" x 1 ml	Dosis: 2, de 0.25 ml cada dosis. Vía: intramuscular (tercio medio cara antero lateral externa del muslo izquierdo). Intervalo de 2 meses entre dosis.	Los lactantes vacunados por primera vez, administrarse segunda dosis con cepa actualizada.

Fuente. Programa de Inmunizaciones, Guatemala 2017, adaptado de lineamientos grupo técnico asesor de inmunizaciones de OPS/OMS.

Nota. Recuerde registrar las dosis administradas en el carné, cuaderno SIGSA 5a, e ingresar datos a SIGSA WEB.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACCELERADO PARA NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD

En caso que no haya sido posible la captación oportuna del lactante en la edad recomendada para cada vacuna, se debe asegurar el seguimiento de cada dosis del esquema, con el objetivo de proteger con prontitud al lactante recuperando el esquema de vacunación, respetando para ello intervalos mínimos de un mes entre dosis y asegurando la simultaneidad de vacunas, de acuerdo a la tabla siguiente:

VACUNACIÓN PARA NIÑAS Y NIÑOS CAPTADOS ANTES DE CUMPLIR 1 AÑO DE EDAD, QUE NO FUERON VACUNADOS EN EDAD RECOMENDADA*(ESQUEMA ACELERADO)

Edad en meses para administrar cada dosis de vacuna									
Mes de edad en que el niño/a es captado	BCG	IPV / Pentavalente	OPV / Pentavalente		Neumococo		Rotavirus		
			1ra. dosis	2da. dosis	3ra. dosis	1ra. dosis	2da. dosis	1ra. dosis	2da. dosis
3 meses	Una dosis en cualquiera de estas edades si no hay antecedente vacunal (ver módulo Neonato)	3	4	6	3	4	3	4	
4 meses		4	5	6	4	5	4	5	
5 meses		5	6	7	5	6	5	6	
6 meses		6	7	8	6	7	6	7	
7 meses		7	8	9	7	8	7	No aplica	
8 meses		8	9	10	8	9	No aplica		
9 meses		9	10	11	9	10			
10 meses		10	11		10	11**			
11 meses		11	No aplica	No aplica	11**	No aplica			

*Este cuadro NO sustituye el Calendario Nacional de Vacunación, lo complementa.

** Recuerde que debe respetarse un intervalo de 2 meses entre la última dosis de neumococo de la serie primaria y el refuerzo.

Todas las dosis de vacuna administradas, deben ser registradas en el carné, así como en el cuaderno del niño o niña (SIGSA 5a) y en el sistema oficial de información SIGSA WEB.

Recuerde que los esquemas de vacunación deben continuarse, NO reiniciarse, independientemente del tiempo transcurrido desde la última dosis de vacuna administrada.

Fuente. Programa de Inmunizaciones, Guatemala 2017.

VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA ESTACIONAL EN GRUPOS DE RIESGO PRIORIZADOS

La vacunación contra la influenza es una estrategia para proteger de la enfermedad a las personas que son vacunadas, ya sea de forma total o parcial, de acuerdo al mayor o menor grado de concordancia entre las cepas que circulan en la temporada correspondiente, incluidas en la formulación de la vacuna administrada. Además contribuye a limitar la circulación viral en la comunidad; es por todo ello que la vacunación contra la influenza estacional constituye una acción de salud preventiva de interés nacional prioritario.

Los virus de la influenza estacional experimentan mutaciones frecuentes, por tanto la inmunidad adquirida tras una infección previa, no garantiza protección contra otras variantes antigénicas, en consecuencia, cada dos o tres años ocurren brotes epidémicos de influenza.

La vacunación contra influenza estacional está recomendada cada año en grupos de riesgo priorizados, los cuales pueden cambiar de uno a otro año, por lo que se recomienda ver los lineamientos específicos de influenza estacional que publica cada año el Programa de Inmunizaciones.

Ver esquema de vacunación contra influenza estacional en grupos priorizados en anexos del módulo de Atención a la Demanda página 893.

SALUD BUCODENTAL

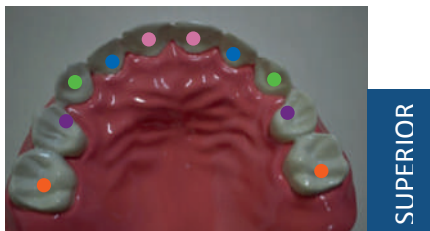
Realizar un examen visual de la cavidad bucal, si observa algo anormal como una masa, manchas blancas, rojas o úlceras, referir con personal profesional de odontología.

TÉCNICA DE HIGIENE BUCODENTAL DESDE LA APARICIÓN DEL PRIMER DIENTE

- El padre, madre o encargado deberá lavarse las manos antes de iniciar la limpieza.
- Deberá utilizar un cepillo dental de cabeza pequeña, con cerdas suaves, el cual debe ser de uso personal.
- En caso de no disponer del cepillo adecuado utilice gasa o un paño limpio humedecido en agua segura, enrollado en el dedo índice.
- Desde el nacimiento se debe limpiar las encías y lengua. El cepillado suave debe realizarlo desde que aparece el primer diente (alrededor de los 6 meses).
- Los dientes superiores se cepillan de arriba hacia abajo.
- Los dientes inferiores se cepillan de abajo hacia arriba.
- Las muelas en la superficie donde se mastica se cepillan en forma circular.

- Deben limpiarle los dientes tanto por el lado del labio como por el lado de la lengua.
- El cepillado dental debe hacerlo después de cada comida.
- Cambie el cepillo cada 3 meses o cuando esté deteriorado (las puntas de la cerda están hacia afuera).

SECUENCIA DE ERUPCIÓN Y CAMBIO DE LAS PIEZAS DENTALES TEMPORALES



SUPERIOR

Dientes Superiores		Erupción	Cambio de dientes
Central	●	8-12 meses	6-7 años
Lateral	●	9-13 meses	7-8 años
Canino	●	16-22 meses	10-12 años
Primer molar	●	13-19 meses	9-11 años
Segundo molar	●	25-33 meses	10-12 años



INFERIOR

Dientes Inferiores		Erupción	Cambio de dientes
Central	●	6-10 meses	6-7 años
Lateral	●	10-16 meses	7-8 años
Canino	●	17-23 meses	9-12 años
Primer molar	●	14-18 meses	9-11 años
Segundo molar	●	23-31 meses	10-12 años

Nota. Si los dientes no hacen su aparición después del periodo de erupción deberá referirse al odontólogo.

Fuente. Programa de Salud Bucodental, 2016.

SALUD VISUAL

Realice el tamizaje clínico del desarrollo del comportamiento visual, para la detección precoz de anomalías oculares y de la visión:

CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN OCULAR EN LACTANTES

EDAD	LA EVALUACIÓN OCULAR INCLUYE
Lactante y hasta los 2 años de edad	• Inspección de estructuras externas de los ojos y reflejos fotomotor. • Seguir el comportamiento visual. • Vigilar alineación ocular. Es significativo el estrabismo fijo a cualquier edad y cualquier estrabismo a partir de los 6 meses.

Fuente. DRPAP, 2018

Al abrir la historia clínica en el primer control de salud, se recogerán datos sobre antecedentes personales y familiares, en relación a enfermedades de los ojos (considerar factores de riesgo oftálmico).

En todos los controles de salud, se preguntará a los padres o responsables sobre el comportamiento visual y se realizará examen externo de ojos.

SALUD AUDITIVA

La evaluación auditiva es importante para detectar la deficiencia auditiva durante la infancia, porque el diagnóstico precoz y la rehabilitación adecuada previenen una de las consecuencias más importantes de la hipoacusia infantil, que da como resultado el crecer sin lenguaje. Existen signos simples de observar que pueden ser indicadores de deficiencia auditiva, estos se observan en la tabla CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN AUDITIVA EN LACTANTES, ver página siguiente:

CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN AUDITIVA EN LACTANTES

Evaluación auditiva simple

• Se mantiene indiferente a los ruidos familiares. • No se orienta hacia la voz de la madre. • No responde a emisiones a la voz humana. • No emite sonidos guturales para llamar la atención. • No hace sonar juguetes con sonidos si se le deja al alcance de la mano. • No emite sílabas (pa, ma, ta). • No vocaliza para llamar la atención sino que golpea objetos. • No juega con sus vocalizaciones.	• No atiende a su nombre. • No se orienta a sonidos familiares no necesariamente fuertes. • No juega imitando gestos que acompañan canciones infantiles (los labios) o sonríe al reconocerlas. • No dice adiós con la mano cuando se le dice esa palabra. • No reconoce cuando le nombran papá o mamá. • No comprende palabras familiares. • No entiende una negación. • No responde a "dame" si no se le hace el gesto indicativo con la mano.

Fuente. DRPAP, 2018

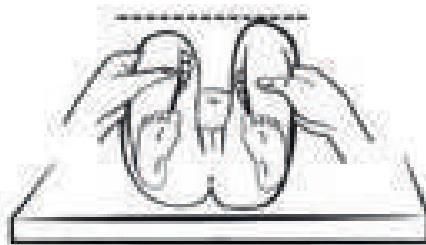
El personal de salud de los diferentes niveles de atención, tiene una gran responsabilidad a la hora de detectar la pérdida auditiva durante la infancia, por lo que se recomienda:

- Al "abrir" la historia clínica en el primer control de salud, se recojan datos sobre antecedentes personales y familiares en relación a problemas de audición.
- En todos los controles de salud, se pregunte a los padres o responsables sobre el comportamiento auditivo de su hija/o y se realice examen externo de orejas y oídos.
- Realizar el tamizaje clínico del desarrollo del comportamiento auditivo, para la detección precoz de problemas de audición, utilizando la tabla CRITERIOS PARA LA DETECCIÓN DE DEFICIENCIA AUDITIVA (Ver SALUD AUDITIVA en módulo Niñez página 356).

DISPLASIA CONGÉNITA DE LA CADERA CIE-10-Q65

DIAGNÓSTICO DE DISPLASIA CONGÉNITA DE CADERA A TRAVÉS DE SIGNO DE GALEAZZI

Aparece cuando se coloca a la niña o niño en posición supina con ambas caderas y rodillas flexionadas. Si las rodillas no están a la misma altura, el signo de Galeazzi es positivo y suele corresponder a una dislocación de la cadera o al acortamiento congénito del fémur.



Fuente. DRPAP, 2018

DIAGNÓSTICO DE SIMETRÍA DE CADERA A TRAVÉS DE TEST DE OBER

La prueba se realiza con el niño boca abajo: con una mano se estabiliza la pelvis, con la otra se mantiene la rodilla en flexión y se intenta aproximar “suavemente” la rodilla a la otra sin que oscile la pelvis. Su positividad indica un síndrome postural, benigno, que consiste en la contractura de los músculos abductores de la cadera, lo que “obliga” a la cadera contralateral a permanecer habitualmente en una posición de aducción forzada. Si no se trata, puede provocar a partir de los 6 meses de edad, la aparición tardía de Displasia en el desarrollo de la cadera.



Fuente. Exploración del aparato locomotor cadera y rodilla. Alberto Delgado Martínez. Hospital Joén. Barcelona. España. Revista Asociación Española de Pediatría 2016; edición 69.

Lactante

III. DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA

INDICADOR DE DESNUTRICIÓN GLOBAL, PESO/EDAD

PESO NORMAL/EDAD

Signos y síntomas

Lactante con peso con relación a la edad entre +2 y -2 desviaciones estándar según sexo, según las curvas de crecimiento infantil del nacimiento a cinco años de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para niñas y para niños (vea el módulo Niñez, ACCIONES PREVENTIVAS EN LA NIÑA Y EL NIÑO, MONITOREO DEL CRECIMIENTO página 311).

Conducta/tratamiento

- Cumpla con las acciones preventivas en la o el lactante.
- Lactancia materna exclusiva.
- Investigue si la madre ha dado micronutrientes según la norma.
- Registre en SIGSA 3 y cuaderno 5A.

Orienta sobre

- Importancia de lactancia materna exclusiva, si es menor de seis meses.
- A partir del sexto mes sobre la introducción oportuna de alimentos y continuar con lactancia materna.

PESO BAJO (PESO BAJO/EDAD)

Signos y síntomas

Lactante con peso para la edad por debajo de -2 desviaciones estándar.

Al evaluar la tendencia de la curva en la gráfica de peso para edad de acuerdo al sexo de la o el lactante, podría tener dos situaciones:

LACTANTE (CON PESO BAJO/EDAD) CON TENDENCIA DE LA CURVA HACIA ARRIBA

Conducta/tratamiento

Refleja que va ganando peso. Si es así, entonces:

- Indique a la madre, padre o encargado que a la niña o niño está mejorando y estimule para continuar con las acciones recomendadas.
- Proporcione micronutrientes y explique su uso.
- Cumpla con las acciones preventivas en la o el lactante.
- Refiera a la madre a un grupo de apoyo, en donde exista.
- Registre en SIGSA 3 y cuaderno 5A.

Oriente sobre

- Indique que continúe dando lactancia materna exclusiva si es menor de 6 meses.
- Si tiene 6 meses en adelante, indique que debe seguir con lactancia materna y la introducción oportuna y adecuada de alimentos según las “Guías Alimentarias para Población Menor de 2 Años”.

LACTANTE (CON PESO BAJO/EDAD) CON TENDENCIA DE LA CURVA HORIZONTAL O HACIA ABAJO

Refleja que la o el lactante no ganó o perdió peso.

Conducta/tratamiento

- Evalúe si presenta algún problema de salud que requiera atención médica y trate según normas específicas.
- Evalúe si se están cumpliendo las recomendaciones nutricionales.
- Proporcione micronutrientes y explique su uso.
- Evalúe si está dando lactancia materna exclusiva si es menor de 6 meses.
- Si es mayor de 6 meses evalúe la introducción oportuna y adecuada de alimentos además de la lactancia materna.
- Además de las acciones preventivas:
 - Refiera a un grupo de apoyo en donde exista.
 - Si la o el lactante es mayor de 6 meses refiera a un programa de ayuda alimentaria, si existiera en la comunidad.
- Cite para seguimiento en 1 mes.
- Registre en SIGSA 3 y cuaderno 5A.

Oriente sobre

- Importancia de cumplir con las recomendaciones.
- Asistir a los controles en la fecha indicada.
- Acudir al servicio de salud en caso de observar cualquier signo de peligro.
- Si la o el lactante ya tiene más de 6 meses haga énfasis en el consumo de alimentos sólidos, de origen animal, altos en energía y proteínas, higiénicamente preparados.
- Alimentación del lactante según “Guías Alimentarias para Población Guatemalteca Menor de 2 Años”.
- Citar para seguimiento en un mes.

INDICADOR DESNUTRICIÓN CRÓNICA, LONGITUD/EDAD

LONGITUD NORMAL/EDAD

Lactante con una longitud para edad entre +2 y -2 desviaciones estándar según sexo, a partir de las curvas de crecimiento infantil del nacimiento a cinco años de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para niñas y para niños.

Conducta/tratamiento

- Cumpla con las acciones preventivas.
- Investigue si la madre ha dado micronutrientes según la norma.
- Proporcione micronutrientes y explique su uso.
- Registre en SIGSA 3 y cuaderno 5A.

LACTANTE (CON LONGITUD NORMAL/EDAD) CON TENDENCIA DE LA CURVA HACIA ARRIBA

- Refleja que va ganando longitud, si es así:
 - Felicite a la madre, padre o persona encargada.
 - Continúe con las acciones preventivas en el lactante.
 - Proporcione micronutrientes.
 - Indique que continúe dando lactancia materna exclusiva si es menor de 6 meses.
 - Si tiene 6 meses o más indique que debe seguir lactancia materna y dar la introducción oportuna y adecuada de alimentos según las "Guías Alimentarias para Población Guatemalteca Menor de 2 Años".
- Registre en SIGSA 3 y cuaderno 5A.

LACTANTE (CON LONGITUD NORMAL/EDAD) CON TENDENCIA DE LA CURVA LEVEMENTE HORIZONTAL

- Refleja que no ganó suficiente longitud, pero sigue en un rango normal.

Conducta/tratamiento

- Cumpla con las acciones preventivas.
- Refiera a la madre a un grupo de apoyo, en donde exista.
- Proporcione micronutrientes y explique su uso.
- Registre en SIGSA 3 y cuaderno 5A.

Orienta sobre

- Alimentación de la y el lactante según "Guías Alimentarias para Población Guatemalteca Menor de 2 Años".

- Indique que continúe dando lactancia materna exclusiva si es menor de 6 meses, y si tiene 6 meses o más indique que debe seguir lactancia materna y dar la introducción oportuna y adecuada de alimentos según las “Guías Alimentarias para Población Guatemalteca Menor de 2 Años”.

RETARDO DE CRECIMIENTO (LONGITUD BAJA EN RELACIÓN A LA EDAD) CIE-10-E45

Lactante con una longitud por debajo de -2 desviaciones estándar, según sexo, a partir de las curvas de crecimiento infantil del nacimiento a cinco años de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para niñas y para niños.

La tendencia de la curva en la gráfica de longitud podría ser:

1. Si la curva empieza a subir, refleja que está aumentando de longitud.
2. Si la curva se muestra horizontal, refleja que no ganó longitud.

Nota. Si la tendencia la curva se muestra hacia abajo refleja que hay un error de medición en la toma actual o en la previa. Por lo que deberá medir nuevamente.

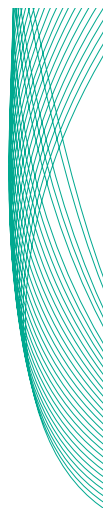
Conducta/tratamiento

- Cumpla con las acciones preventivas.
- Entregue a la madre, padre o acompañante tabletas de zinc:
 - De 2 a menores de 6 meses de edad: 15 tabletas de 20 mg, e indicar dar media tableta al día, durante 30 días.
 - A las y los lactantes de 6 meses o más de edad, entregar 30 tabletas de 20 mg, e indicar dar 1 tableta diaria por 30 días.
 - Recomiende disolver en agua o leche materna para la administración. Recordando que el tratamiento completo es de 3 meses.
 - Proporcione micronutrientes y explique su uso.
- Cite en un mes para nueva evaluación de longitud y entrega de zinc para otro mes de tratamiento.
- Refiera a la madre a un grupo de apoyo a la lactancia, si hubiera en la comunidad.
- Registre en SIGSA 3 y cuaderno 5A.

Orientación sobre

- Alimentación y nutrición de acuerdo a edad (ver en este módulo sección ACCIONES PREVENTIVAS PARA LA Y EL LACTANTE, EVALUACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN, lactancia materna y alimentación complementaria de acuerdo a la edad).

Nota. Si la madre, padre y/o responsable no puede proporcionar la alimentación recomendada según edad para mayores de 6 meses, refiera a otras instituciones con programas de protección social.



INDICADOR DESNUTRICIÓN AGUDA, PESO PARA LA LONGITUD

PESO NORMAL/LONGITUD (ESTADO NUTRICIONAL NORMAL)

Lactante con peso para longitud entre +2 y -2 desviaciones estándar según sexo. Se clasifica utilizando el indicador peso para longitud a partir de las curvas de crecimiento infantil del nacimiento a cinco años de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para niñas y para niños.

Conducta/tratamiento

- Cumpla con las acciones preventivas.
- Investigue si la madre ha dado micronutrientes según la norma.
- Proporcione micronutrientes y explique su uso.
- Registre en SIGSA 3 y cuaderno 5A.

Orienta sobre

- Alimentación de la y el lactante según “Guías Alimentarias para Población Guatemalteca Menor de 2 Años”.
- Indique que continúe dando lactancia materna exclusiva si es menor de 6 meses, y si tiene 6 meses o más indique que debe seguir lactancia materna y dar la introducción oportuna y adecuada de alimentos según las “Guías Alimentarias para Población Guatemalteca Menor de 2 Años”.

DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA SIN COMPLICACIONES CIE-10-E44 (PESO BAJO/LONGITUD)

Lactante con peso para la longitud debajo de -2 hasta -3 desviaciones estándar, sin presencia de complicaciones.

Conducta/tratamiento

- Cumpla con las acciones preventivas.
- Investigue lactancia materna y alimentación complementaria y realice las acciones según “Protocolo para el Tratamiento Ambulatorio de Niños y Niñas con Desnutrición Aguda Moderada sin Complicaciones”.
- Si es mayor de seis meses, administre una perla de vitamina A de 100,000 Unidades Internacionales (UI), aunque ya haya recibido la dosis a los seis meses.
- Proporcione micronutrientes y explique su uso.
- Evalúe si presenta algún problema de salud que requiera atención médica y trate según protocolo.
- Cite en 15 días para nueva evaluación.

- Registre en SIGSA 3, cuaderno 5A y posteriormente al diagnóstico en el cuaderno para desnutrición aguda “DA”, llene y reporte la “Ficha de Notificación Obligatoria para Desnutrición Aguda”.

Oriente sobre

- Si es menor de seis meses, continuar con lactancia materna exclusiva.
- Si es mayor de seis meses, continuar con la lactancia y la introducción oportuna y adecuada de alimentos.
- Suplementación de micronutrientes.
- Importancia de cumplir con las recomendaciones.
- Asistir a los controles en la fecha indicada.
- Acudir al servicio de salud en caso de observar cualquier signo de peligro.
- Alimentación del lactante según “Guías Alimentarias para Población Guatemalteca Menor de 2 Años”.
- En la segunda cita:
 - Evalúe si están siguiendo las recomendaciones de alimentación.
 - Determine la ganancia de peso y dé seguimiento a otros problemas de salud encontrados.
 - Refiera a un programa de educación y atención nutricional donde exista.

Nota. Si la madre, padre y/o responsable no puede cumplir con el tratamiento en el hogar refiera a un Centro de Recuperación Nutricional -CRN- en donde esté disponible y/o a otras instituciones con programas de protección social.

DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA CON COMPLICACIONES CIE-10-E44 (PESO BAJO/LONGITUD)

Lactante con peso para la talla debajo de -2 hasta -3 desviaciones estándar, con complicaciones médicas (edema, delgadez extrema, neumonía, diarrea, dermatosis, fiebre y otras).

Conducta/tratamiento

- Estabilice y refiera al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA 3, cuaderno 5A y posteriormente al diagnóstico en el cuaderno para desnutrición aguda “DA”, llene y reporte la “Ficha de Notificación Obligatoria para Desnutrición Aguda”.
- Continuar con seguimiento al egreso del hospital.

Oriente sobre

- Situación de la niña o niño lactante.
- Importancia de cumplir con la referencia y asistir a los controles en el servicio de salud al egreso del hospital.

DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA SIN COMPLICACIONES CIE-10-E43 (PESO BAJO/LONGITUD)

Lactante con peso para la longitud debajo de -3 desviaciones estándar, sin complicaciones médicas.

Conducta/tratamiento

- Tratar según "Protocolo para el Tratamiento de Niñas y Niños con Desnutrición Aguda Severa sin Complicaciones en la Comunidad" y su guía operativa.

DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA CON COMPLICACIONES CIE-10-E43 (PESO BAJO/LONGITUD)

Lactante con peso para la longitud debajo de -3 desviaciones estándar, con presencia de una o más complicaciones (edema, delgadez extrema, neumonía, diarrea, dermatosis, fiebre, entre otras).

Signos y síntomas

- Estado de conciencia alterado.
- Anorexia (sin apetito).
- Gravemente enferma/o.
- Fiebre.
- Diarrea.
- Dificultad respiratoria.
- Signos de deshidratación.
- Signos de edema moderado o severo.
- Palidez palmar severa.
- Dificultad para comer o tragar.

Conducta/tratamiento

- Estabilice y refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Continúe lactancia materna durante el traslado.
- Registre en SIGSA 3, cuaderno 5A y posteriormente al diagnóstico en el cuaderno para desnutrición aguda "DA", llene y reporte la "Ficha de Notificación Obligatoria para Desnutrición Aguda".

- Al retorno de la niña o niño lactante:
 - Continúe tratamiento ambulatorio en el servicio de salud según el “Protocolo para el Tratamiento de Niñas y Niños con Desnutrición Aguda Severa sin Complicaciones en la Comunidad” y su guía operativa.
 - Proporcione micronutrientes y explique su uso.
 - Continúe con la evaluación nutricional hasta que alcance el peso adecuado para su longitud (entre +2 a - 2 DE).

Orienta sobre

- Situación de la niña o niño lactante.
- Importancia de cumplir la referencia al hospital.
- Importancia de cumplir con los controles en el servicio de salud al egreso del hospital.

DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA, DIAGNÓSTICO POR SIGNOS CLÍNICOS

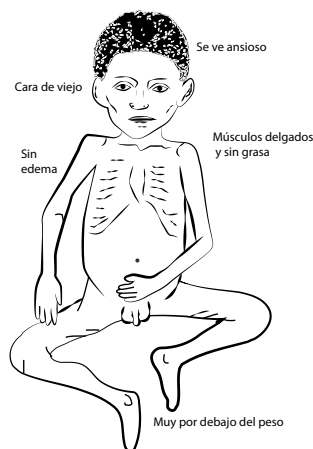
MARASMO CIE-10-E41

Manifestación clínica de la desnutrición aguda que se caracteriza por emaciación de tejidos magros y ausencia de tejido muscular que le da apariencia de anciano.

Signos y síntomas

- Muy flaca/o e inactiva/o.
- Cara de viejita/o.
- Disminución de tejido muscular y adiposo.
- Piel seca y plegadiza.
- Extremidades flácidas.

Signos clínicos de Marasmo



Fuente. Adaptadas por Sección Desarrollo Editorial del DRPAP, 2017.

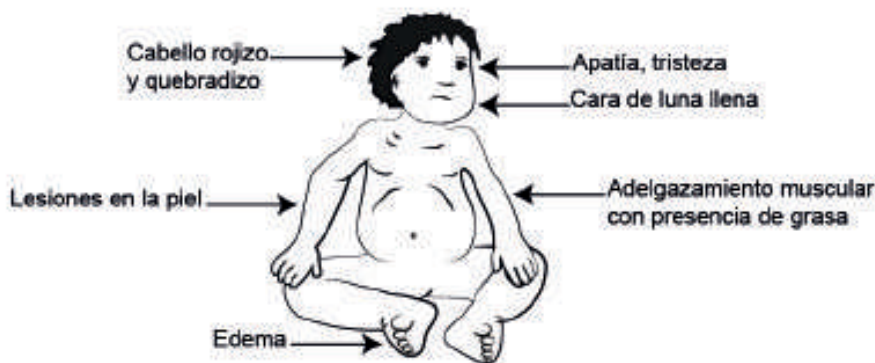
KWASHIORKOR CIE-10-E40

Manifestación clínica de la desnutrición aguda que se presenta como consecuencia de alimentación deficiente en proteínas. La niña o niño lactante presenta edema (hinchazón) en la cara y extremidades o bien lesiones pelagroides como costras y descamación en las piernas.

Signos y síntomas

- Manchas en la piel y lesiones (piel se descama).
- Cara de luna llena.
- Edema (hinchazón) en cara y extremidades.
- Cabello escaso, quebradizo y decolorado (signo de bandera).

Signos clínicos Kwashiorkor



Fuente. Adaptadas por Sección Desarrollo Editorial del DRPAP, 2017.

KWASHIORKOR-MARASMÁTICO CIE-10-E42

Manifestación clínica de la desnutrición aguda que es de forma edematosa, combina las características clínicas del kwashiorkor y el marasmo. Las principales manifestaciones son el edema del kwashiorkor con o sin lesiones cutáneas, y la emaciación muscular y reducción de la grasa subcutánea del marasmo. Asimismo puede ocasionar cambios en la piel, por ejemplo, dermatosis en copos de pintura; cambios del cabello, cambios mentales y hepatomegalia. Muchos de estos niños presentan diarrea.

Signos y síntomas

- Edema del kwashiorkor con o sin lesiones cutáneas.
- Emaciación muscular.
- Reducción de la grasa subcutánea del marasmo.
- Cambios en la piel como dermatosis en copos de pintura.
- Cambios del cabello.
- Cambios mentales.
- Hepatomegalia.
- Puede presentar diarrea.

COMPLICACIONES QUE PUEDEN ACOMPAÑAR LA DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA

Signos y síntomas

- Dificultad para respirar y/o tiraje costal (al respirar se le hunde debajo de las costillas).
- Fiebre.
- Hotermia (baja temperatura).
- Signos de edema moderado o severo.
- No mama ni toma líquidos.
- Vomita todo lo que come o bebe.
- Diarrea que no se quita.
- Parasitosis intestinal.
- Estado de conciencia alterado.
- No llora o se queja mucho.
- Palidez palmar severa.
- Anemia severa.
- Daño severo en los ojos (deficiencia severa de vitamina A).
- Se deshidrata fácilmente.
- Signos de deshidratación.
- Hipoglicemia (baja de azúcar).
- Lesiones cutáneas o úlceras.

Conducta/tratamiento

- Establezca de acuerdo a signos y síntomas y capacidad del servicio.
- Administre una dosis de emergencia de vitamina A (aunque se le haya administrado su dosis anteriormente):
 - Menores de 6 meses 1 perla (50,000 UI).
 - De 6 meses a menores de 1 año, 1 perla (100,000 UI).
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Continúe lactancia materna durante el traslado.
- Registre en SIGSA 3, cuaderno 5A y posteriormente al diagnóstico en el cuaderno para desnutrición aguda "DA", llene y reporte la "Ficha de Notificación Obligatoria para Desnutrición Aguda".
- Al regreso de la niña o niño:
 - Continúe tratamiento ambulatorio en el servicio de salud según el "Protocolo para el Tratamiento de Niñas y Niños con Desnutrición Aguda Severa sin Complicaciones en la Comunidad" y su guía operativa.
 - Continúe con la evaluación nutricional hasta que alcance el peso adecuado para su longitud (entre +2 a - 2 DE).

Oriente sobre

- Situación de la niña o niño lactante.
- Importancia de cumplir la referencia al hospital.
- Importancia de asistir a los controles en el servicio de salud al egreso del hospital.

ANEMIA CIE-10-D50

Condición provocada por la disminución del número o tamaño de glóbulos rojos en la sangre. La más frecuente es provocada por la falta de hierro. Se caracteriza por palidez.

Conducta/tratamiento

- Diagnóstico de confirmación: hemoglobina menor de 11 g/dl, hematocrito menor de 33 %.
- Administrar sulfato ferroso de acuerdo a la tabla mostrada después del presente párrafo.
- Oriente con base a las "Guías Alimentarias para Población Guatemalteca Menor de 2 Años".
- Continúe con lactancia materna.
- Cite en 1 mes y realice control de hemoglobina y hematocrito.

- Si los valores no han mejorado o han disminuido refiera al hospital para estudio, diagnóstico y tratamiento.
- Registre en SIGSA.

DOSIS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SULFATO FERROSO A LACTANTES CON ANEMIA

EDAD	PRESENTACIÓN Y DOSIS	
	Gotas pediátricas 125 mg de sulfato ferroso en 1 ml	Jarabe 200 mg de sulfato ferroso en 5 ml
Menores de 6 meses	1 gotero al día	1/2 cucharadita (2.5 ml) 1 vez al día
De 6 a 11 meses	1 gotero dos veces día	1 cucharadita (5 ml) al día hasta nuevo control para toma de decisiones

Fuente. Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, 2010. MSPAS. Guatemala.

ANEMIA SEVERA CIE-10-D50

Es la disminución del número o tamaño de glóbulos rojos en la sangre. La más frecuente es provocada por la falta de hierro (anemia ferropénica).

Signos y síntomas

- Palidez palmar intensa.
- Palidez de mucosas.

Diagnóstico

- El diagnóstico de confirmación se realiza por medio de un valor de hemoglobina en la sangre, menor de 7 g/dl.

Conducta/tratamiento

- Refiera al hospital más cercano para estudio y tratamiento.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- Situación de la niña o el niño lactante, a la madre, padre o encargado.
- Importancia de cumplir la referencia al hospital.

- Asistir a los controles en el servicio de salud al egreso del hospital y cumplir con la frecuencia y dosis en la suplementación con micronutrientes.

SALUD BUCODENTAL

CARIES DENTAL CIE-10-K02

Es una enfermedad de los dientes producida por, consumo excesivo de azúcares, falta o mala higiene bucal.

Signos y síntomas

- Manchas en los dientes.
- Sensibilidad aumentada.
- Dolor.
- Destrucción de la estructura de los dientes.

Factores de riesgo

- Consumo inadecuado de azúcares.
- Uso de pacha o biberón.
- Dormir tomando pacha.
- Uso de pepes o pacificadores.

Conducta/tratamiento

- Diagnóstico. Durante esta etapa del curso de vida, se debe observar la superficie de la estructura dentaria, para detectar la presencia caries (por biberón), la cual inicia como una mancha blanca en la superficie del diente. El esmalte sano es liso y brillante, pero el esmalte afectado por las bacterias es opaco y su superficie irregular.
- Tratamiento:
 - **No farmacológico.** Limpieza de las encías y de los primeros dientes, se puede realizar envolviendo un pedazo de tela o gasa en el dedo índice (dedil).
 - **Farmacológico.** Si existe caries y dolor, dar acetaminofén en jarabe 10-15 mg/kg de peso por dosis, vía oral (PO) cada 6 horas, durante un periodo no mayor de 3 días.
- Refiera a servicio con personal de odontología.

Orientación sobre

- Medidas preventivas.
- Riesgos del uso de la pacha y del pepe o pacificador.
- Que no duerman tomando pacha.
- Disminuir consumo excesivo de azúcares.
- Limpieza de dientes con dedil.

MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE LA CARA Y CAVIDAD ORAL

(Ver módulo de Neonato página 156).

ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN

Evalúe el esquema de vacunación de la o el lactante, en caso de estar incompleto descarte las enfermedades prevenibles por vacuna. En lactantes son las siguientes:

HEPATITIS B CIE-10-B16.9

Ver módulo de Embarazo, Parto y Puerperio página 60.

TUBERCULOSIS

Es una enfermedad infectocontagiosa de transmisión aérea provocada por el *Mycobacterium tuberculosis* que afecta diferentes órganos, pero especialmente los pulmones.

TUBERCULOSIS MILIAR CIE-10-A19

La tuberculosis miliar o tuberculosis diseminada es una forma de tuberculosis caracterizada por una diseminación amplia al resto del cuerpo de pequeñas lesiones granulomatosas de aproximadamente 1-5 milímetros. La tuberculosis miliar puede afectar un gran número de órganos, incluyendo el hígado y el bazo (ver conducta/tratamiento de tuberculosis módulo de Niñez página 437).

TUBERCULOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CIE-10-A17

La tuberculosis del sistema nervioso central incluye tres formas clínicas:

- a. Meningitis.
- b. Tuberculoma intracraneal.
- c. Aracnoiditis espinal tuberculosa.

Conducta/tratamiento

- Ver de módulo de Niñez página 437.

POLIOMIELITIS CIE-10-A80

Es una enfermedad muy contagiosa causada por un virus que invade el sistema nervioso y puede causar parálisis en cuestión de horas. El virus se transmite de persona a persona, principalmente por vía fecal-oral, o con menos frecuencia a través del agua o los alimentos contaminados y se multiplica en el intestino.

Signos y síntomas

- Fiebre.
- Cansancio.
- Cefalea (dolor de cabeza).
- Vómitos.
- Rigidez del cuello.
- Dolores en los miembros inferiores.
- Parálisis irreversible (generalmente de las piernas).
- Parálisis de los músculos respiratorios.

Conducta/tratamiento

- Proceda según protocolo de vigilancia epidemiológica.
- Refiera inmediatamente al hospital.
- Registre en SIGSA.

Orientación sobre

- A la madre, padre o responsable sobre la situación de la niña o niño lactante.
- Importancia de cumplir con el traslado.
- Continuar con lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses y en mayores de 6 meses continuar con lactancia y ofrecer, porciones pequeñas de alimentos que más le gusten, preparaciones espesas y ofrecerlas con más frecuencia. Insistir en que no deje de comer.

DIFTERIA CIE-10-A36

Es una enfermedad infecciosa que ataca las vías respiratorias que destruye el tejido orgánico, cubriendo la garganta con una membrana gruesa, de color gris, dificultando la respiración e impidiéndole tragar. Si no se trata adecuadamente, la bacteria produce una toxina que puede atacar el músculo del corazón o el sistema nervioso.

Signos y síntomas

- Dolor de garganta y dificultad para deglutir (tragar).
- Dolor o inflamación de amígdalas.
- Adenopatías cervicales.
- Membrana gris en garganta (no siempre visible).

Conducta/tratamiento

- Proceda según protocolo de vigilancia epidemiológica.
- Refiera inmediatamente al hospital.

- Dé tratamiento a contactos directos (niños de todo el núcleo familiar) con penicilina benzatinica 50,000 UI/kg, vía intramuscular (IM) profunda (en glúteo o nalga) en dosis única. La dosis máxima es de 800,000 UI.
- En caso de alergia a la penicilina administre: claritromicina jarabe 5 mg/kg por día PO, cada 12 horas durante 7 días.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a contrarreferencia.

Oriente sobre

- A la madre, padre o responsable sobre la situación del lactante.
- Motivo del traslado e importancia de cumplir con el mismo.
- Continuar con lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses y en mayores de 6 meses continuar con lactancia y ofrecer, porciones pequeñas de alimentos que más le gusten, preparaciones espesas y ofrecerlas con más frecuencia. Insistir en que no deje de comer.

TÉTANOS CIE-10-A35

Es una enfermedad provocada por neurotoxinas de *Clostridium tetani* que afectan al sistema nervioso. Los microorganismos ingresan al cuerpo a través de heridas causadas por instrumentos punzo cortantes oxidados, tales como machetes, clavos, alambre, pedazos de vidrio, astillas de madera, tijeras, entre otros.

Signos y síntomas

- Violentas contracciones musculares.
- Dificultad respiratoria.
- Dificultad para alimentarse.
- Sensibilidad aumentada a la luz y a estímulos externos.

Conducta/tratamiento

- Proceda según protocolo de vigilancia epidemiológica.
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA
- Dé seguimiento a contrarreferencia.

Oriente sobre

- A la madre, padre o responsable sobre la situación del lactante.
- Importancia y motivo del traslado al hospital.
- Al estabilizarse continuar con lactancia materna.

TOS FERINA CIE-10-A37.0

Es una enfermedad infecciosa aguda sumamente contagiosa de las vías respiratorias, que se caracteriza por tos que termina con un ruido estridente durante la inspiración (estridor inspiratorio).

Signos y síntomas

- Inflamación traqueo bronquial.
- Accesos de tos rápida, consecutiva, cianotizante (se pone azulado o morado alrededor de la boca) y hemetizante (vómitos al terminar la tos sin que exista otra causa) con sensación de asfixia, tos violenta y espasmódica.
- Hemorragia sub conjuntival (en ojos).
- Pueden presentarse convulsiones secundarias a la asfixia.
- En lactantes menores de 6 meses la tos no siempre va acompañada de estridor y pueden presentar accesos de apnea (no pueden respirar).

Conducta/tratamiento

- Proceda según protocolo de vigilancia epidemiológica.
- Refiera al hospital más cercano para tratamiento.
- En caso de fiebre o dolor, dé primera dosis de acetaminofén en jarabe de 10 a 15 mg/kg.

Orientación sobre

- A la madre, padre o responsable sobre la situación de la niña o niño lactante y motivo e importancia del traslado.
- Continuar con lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses y en mayores de 6 meses continuar con lactancia y ofrecer, porciones pequeñas de alimentos que más le gusten, preparaciones espesas y ofrecerlas con más frecuencia. Insistir en que no deje de comer.
- Registre en SIGSA.

SARAMPIÓN CIE-10-B05

Enfermedad infecciosa exantemática (con ronchitas) que se inicia como una infección respiratoria.

Signos y síntomas

- Tos.
- Fiebre.
- Conjuntivitis (inflamación o infección de la conjuntiva).
- Fotofobia (sensibilidad a la luz).

- Manchas de Koplik en mucosa de la boca (pequeños puntos blancorrojizo).
- Típicas manchas en la piel de color rojo (eccemas) y/o (exantema).
- Estado general debilitado.
- Posibles complicaciones: otitis media, laringo traqueo bronquitis, neumonía, diarrea, crisis convulsivas febriles, encefalitis y ceguera.

Conducta/tratamiento

- Proceda según protocolo de vigilancia epidemiológica.
- Dé acetaminofén en jarabe de 10 a 15 mg/kg, cada dosis, cada 6 horas, PO, por 3 días, en caso de fiebre o dolor.
- Indique reposo en cama.
- Abundante ingesta de líquidos.
- Refiera al nivel de mayor complejidad, si presenta complicaciones.
- Revisar esquema de vacunación de niños y niñas del grupo familiar y evitar contacto con el enfermo.
- Reporte el caso al nivel inmediato superior como enfermedad de notificación obligatoria.
- Aplique protocolo de vigilancia epidemiológica.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- A la madre, padre o responsable sobre la situación del lactante.
- Continuar con lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses y en mayores de 6 meses continuar con lactancia y ofrecer, porciones pequeñas de alimentos que más le gusten, preparaciones espesas y ofrecerlas con más frecuencia. Insistir en que no deje de comer.
- Proteger de luz intensa en la habitación.

PAROTIDITIS CIE-10-B26.1

Es una enfermedad contagiosa que puede ser aguda o crónica, localizada fundamentalmente en una o ambas glándulas parótidas, que son glándulas salivales mayores ubicadas detrás de las ramas ascendentes de la mandíbula.

Signos y síntomas

- Fiebre moderada.
- Cefalea.
- Malestar general.
- Anorexia (falta de apetito).

- Dolor abdominal.
- Las complicaciones pueden ser: inflamación de los testículos (orquitis) muy rara antes de los 10 años de edad, inflamación de los ovarios (ovaritis) y mastitis en niñas que han llegado a la adolescencia, encefalitis, meningitis, pérdida de la audición o sordera.

Conducta/tratamiento

- Proceda según protocolo de vigilancia epidemiológica.
- Dé acetaminofén en jarabe de 10 a 15 mg/kg, cada dosis, cada 6 horas, PO, durante 3 días, en caso de fiebre o dolor.
- Registre en SIGSA.

Orienta sobre

- A la madre, padre o responsable sobre situación del lactante.
- Refiera al nivel de mayor complejidad, si presenta complicaciones.
- Importancia de guardar reposo en cama para prevenir complicaciones.
- Continuar con lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses y en mayores de 6 meses continuar con lactancia y ofrecer, porciones pequeñas de alimentos que más le gusten, preparaciones espesas y ofrecerlas con más frecuencia. Insistir en que no deje de comer.

RUBÉOLA CIE-10-B06

La rubéola es una infección vírica aguda, exantemática y contagiosa. Por lo general la enfermedad es leve en las niñas y los niños. Inicia con un cuadro febril. Tiene consecuencias graves en las embarazadas, porque puede causar muerte fetal o defectos congénitos en la forma del síndrome de rubéola congénita.

Signos y síntomas

- Fiebre.
- Ganglios linfáticos (retroauriculares) inflamados y dolorosos al tacto.
- Erupción cutánea que empieza en la cara y se extiende por el resto del cuerpo en sentido descendente.
- A medida que se va extendiendo por el tronco, la erupción suele ir desapareciendo de la cara.

Conducta/tratamiento

- Proceda según protocolo de vigilancia epidemiológica.
- Dé acetaminofén en jarabe de 10 a 15 mg/kg, cada dosis, cada 6 horas, PO, durante 3 días, en caso de fiebre o dolor.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- A la madre, padre o responsable sobre la situación del lactante.
- Refiera al nivel de mayor complejidad, si presenta complicaciones.
- Continuar con lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses y en mayores de 6 meses continuar con lactancia y ofrecer, porciones pequeñas de alimentos que más le gusten, preparaciones espesas y ofrecerlas con más frecuencia. Insistir en que no deje de comer.
- Evitar el contacto del lactante enfermo con mujeres embarazadas.

INFLUENZA ESTACIONAL CIE-10-J10 Y J11

La influenza (también conocida como gripe) es una enfermedad respiratoria contagiosa provocada por los virus de la influenza, puede causar una enfermedad leve o grave y en ocasiones puede llevar a la muerte. La influenza es diferente al resfrío. Por lo general comienza súbitamente.

Signos y síntomas

- Fiebre con escalofríos.
- Tos, dolor de garganta.
- Mucosidad nasal o nariz tapada.
- Dolores musculares.
- Dolor de cabeza.
- Fatiga (cansancio).
- Vómitos y diarrea, (más común en la niñez que en los adultos).
- Algunos lactantes desarrollan complicaciones como: neumonía, bronquitis, sinusitis o infección del oído.

Conducta/tratamiento

- Proceda según protocolo de vigilancia epidemiológica.
- Dé acetaminofén en jarabe de 10 a 15 mg/kg, cada dosis, cada 6 horas, PO, durante 3 días, en caso de fiebre o dolor.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- A la madre, padre o responsable sobre la situación del lactante.
- Refiera al nivel de mayor complejidad, si presenta complicaciones.
- Continuar con lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses y en mayores de 6 meses continuar con lactancia y ofrecer, porciones pequeñas de alimentos que más le gusten, preparaciones espesas y ofrecerlas con más frecuencia. Insistir en que no deje de comer.

Lactante

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -IRA-

Se conoce como Infecciones Respiratorias Agudas -IRA- a un conjunto de enfermedades transmisibles del sistema respiratorio, con duración menor de 15 días y que afecta las vías respiratorias superiores e inferiores (ver módulo de Niñez, página 384).

Nota. Identificar signos generales de peligro en la sección de Atención Integral ver cuadro "IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE PELIGRO", al inicio de este módulo página 209.

La severidad o gravedad de las IRA, es variable, pudiendo cursar con una molestia leve hasta llegar a comprometer la vida.

NEUMONÍA GRAVE (BACTERIANA NO ESPECIFICADA) CIE10-J15.9

La neumonía es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones. Estos están formados por pequeños sacos, llamados alvéolos, que en las personas sanas se llenan de aire al respirar. Los alvéolos de los enfermos de neumonía están llenos de pus y líquido, lo que hace dolorosa la respiración y limita la absorción de oxígeno.

Signos y síntomas

- Tiraje subcostal.
- Estridor.
- Sibilancias.
- Frecuencia respiratoria:
 - Menor de 2 meses 60 o más respiraciones por minuto.
 - De 2 meses a menor de 1 año, 50 o más respiraciones por minuto.
- Puede o no haber:
 - Fiebre.
 - Estertores crepitantes o subcrepitantes.
 - Quejido espiratorio.
 - Cianosis.
 - Aleteo nasal.
 - Tiraje intercostal o supraesternal.

Nota. Según la estrategia AIEPI toda lactante menor de 2 meses con respiración rápida debe ser referido inmediatamente al hospital más cercano.

Conducta/tratamiento

- Refiera al hospital más cercano, acompañado por personal de salud calificado para el traslado.
- Estabilice antes de referir.
- Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C, administre acetaminofén jarabe, de 10 a 15 mg/kg dosis, PO, primera dosis, si la condición del lactante lo permite, si no, utilice medios físicos.
- Si presenta sibilancias y no es posible el traslado inmediato, administre salbutamol nebulizado a 0.15 mg/kg en 2 ml de solución salina, como dosis única.
- Registre en SIGSA.
- Dar seguimiento a la contrarreferencia del hospital o citarlo en 48 horas posterior al alta hospitalaria.

NEUMONÍA (BACTERIANA NO ESPECIFICADA) CIE-10-J15.9

Inflamación o infección del parénquima pulmonar, causada por un agente viral o bacteriano.

Signos y síntomas

- Frecuencia respiratoria:
 - En menores de 2 meses, toda frecuencia respiratoria rápida se clasifica como neumonía grave y debe ser referida.
 - De 2 meses a menor de 1 año, 50 o más respiraciones por minuto.
- Puede o no haber fiebre, sibilancias, estertores y tos.

Conducta/tratamiento

- Identifique posibles signos generales de peligro y proceda según estado general.
- Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C, administre acetaminofén jarabe, de 10 a 15 mg/kg por dosis, vía oral (PO), primera dosis, si la condición del lactante lo permite, si no, utilice medios físicos.
- Antibióticos:
 - Primera elección: amoxicilina jarabe (frasco de 250 mg/5 ml) 90 mg/kg/día PO dividido en 3 dosis (cada 8 horas), durante 7 a 10 días según evolución.
 - Por alergia a amoxicilina (penicilinas) administre:
 - Claritromicina jarabe, 15 mg/kg/día PO cada 12 horas durante 10 días, o
 - Azitromicina durante 5 días, 1er día 10 mg/kg PO, 2do a 5to día 5 mg/kg/día, PO.

- Si presenta sibilancias nebulizar con salbutamol 0.15 mg/kg/dosis en 2 ml de solución salina, evaluar y si necesita poner 2 dosis mas.
- Continúe con salbutamol jarabe (2 mg/5 ml) 0.35 mg/kg/día PO cada 12 horas, durante 2 días hasta la reconsulta.
- Dar tratamiento coadyuvante con sulfato de zinc, ver página 261 en este módulo.
- Vigile el estado de hidratación y proceda de acuerdo a la clasificación.
- Reconsulta en 24 a 48 horas de acuerdo a evolución.
- Si no mejora referir al hospital más cercano, acompañado por personal de salud calificado para el traslado.
- Estabilice antes de referir.
- Registrar en SIGSA.

Oriente sobre

- El motivo de traslado, si fuera necesario.
- Insistir en que el paciente no deje de comer, si el estado general lo permite.
- Continuar con lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses y en mayores de 6 meses continuar con lactancia y ofrecer porciones pequeñas de los alimentos que más le gusten, preparaciones espesas y ofrecerlas con más frecuencia.
- Lavado de manos, del grupo familiar o cuidadores.
- Mantener una adecuada higiene ambiental en el hogar y proteger al lactante de los cambios bruscos de temperatura.

RESFRIADO COMÚN (RINOFARINGITIS AGUDA) CIE-10-J00

Infección de vías aéreas superiores producida por virus, que cura espontáneamente. Los síntomas pueden durar de dos a siete días.

Signos y síntomas

- Tos.
- Coriza.
- Estornudos.
- Lagrimeo.
- Secreción nasal.
- Irritación de la nasofaringe.
- Sensación de frío y malestar.

Conducta/tratamiento

- Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C, indique acetaminofén jarabe, de 10 a 15 mg/kg por dosis, PO, durante 3 días o utilice medios físicos.
- Registrar en SIGSA.
- Cite en 3 a 5 días de acuerdo a evolución, para seguimiento.

Orienta sobre

- Si presenta tos por más de 14 días refiera a hospital más cercano para estudio y tratamiento.
- Evitar besar al lactante, toser y estornudar cerca de él.
- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y luego iniciar alimentación complementaria.
- Aumente la ingesta de líquidos y vigile el estado de hidratación.
- Si no mejora o los síntomas empeoran debe volver a consultar.
- Lavado de manos antes de comer o preparar los alimentos del lactante, después de ir al sanitario, cambiar pañales o entrar en contacto con secreciones.
- No escupa en el suelo o en otras superficies expuestas al medio ambiente.
- No comparta vasos, platos, alimentos o bebidas.
- Cumplir esquema de vacunación.
- Evitar el humo de cocina y de fumadores.
- Mantenga la casa ventilada.
- Proteja al lactante de los cambios bruscos de temperatura.
- Abrigue sin acalorar, vigilando que respire.

OTITIS MEDIA CRÓNICA (OTRAS OTITIS MEDIA CRÓNICAS SUPURATIVAS) CIE-10-H66.3

Supuración persistente del oído por 2 o más semanas a través de perforación de membrana timpánica.

Signos y síntomas

- Persistencia de secreción por más de 14 días
- Secreción serosa o purulenta.
- Puede o no haber fiebre o dolor.

Conducta/tratamiento

- Realizar limpieza externa con gasa o mechas limpias.
- No bañar en tinas, piscinas, río o mar y cuidar que no entre agua al oído.
- Cite en 5 días para control.
- Si no mejora, referir a hospital más cercano para estudio y seguimiento por especialista.
- Registre en SIGSA.
- De seguimiento a contrarreferencia.

Oriente sobre

- Continuar lactancia materna, con énfasis en la posición y agarre adecuados del lactante.
- No introducir objetos o medicamentos no recetados por personal de salud en los oídos del lactante.

OTITIS MEDIA AGUDA (NO ESPECIFICADA) CIE-10-H66.9

Infección del oído medio menor a 14 días de evolución.

Signos y síntomas

- Dolor persistente de oído.
- Historia o no de resfriado.
- Presencia de fiebre.
- Secreción serosa o purulenta.

Conducta/tratamiento

- Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C, indique acetaminofén jarabe, de 10 a 15 mg/kg por dosis, PO durante 3 días o utilice medios físicos.
- Administre antibióticos:
 - Primera opción amoxicilina suspensión 90 mg/kg/día, PO dividido cada 12 horas durante 7 a 10 días.
 - Otras opciones amoxicilina más ácido clavulánico, suspensión, 90 mg/kg/día, (base amoxicilina), PO dividido en dos dosis (cada 12 horas), durante 10 días.
 - En caso de alergia a la amoxicilina (penicilinas), dé:
 - Claritromicina suspensión, 15 mg/kg/día, dividido en dos dosis (cada 12 horas), PO, durante 10 días, o
 - Azitromicina durante 5 días, 1er día 10 mg/kg PO del 2do al 5to día dar 5 mg/kg/día, PO.
- Cite en 48 a 72 horas para seguimiento.

Oriente sobre

- Si no mejora o los síntomas empeoran vuelva a consultar inmediatamente.
- Realizar limpieza externa de oídos todos los días con mechas limpias, repetir hasta que ya no salgan manchadas.
- Previo al baño cubra el oído para evitar que se introduzca agua con jabón en el oído.
- No bañar en tinas, piscinas, río o mar.
- No introduzca objetos en el oído o medicamentos no recetados por personal de salud en los oídos del lactante.
- Continúe con lactancia materna.
- Registrar en SIGSA.

AMIGDALITIS BACTERIANA (AGUDA NO ESPECIFICADA) CIE-10-J03.9

Es un proceso agudo febril con inflamación de las mucosas de las amígdalas. Puede ser causada por virus o bacterias. La causa bacteriana es poco frecuente antes de los dos años de edad.

Signos y síntomas

- Fiebre.
- Dolor de garganta asociado o no a dificultad para tragar.
- Dolor de cabeza, de cuerpo o irritabilidad.
- Mal aliento.
- Náuseas, vómitos.
- Eritema amigdalino.
- Inflamación de amígdalas y faringe, con exudado de color blanquecino amarillento, edema, úlceras o vesículas.
- Adenopatía cervical o sub maxilar.

Conducta/tratamiento

- Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C, indique acetaminofén jarabe, de 10 a 15 mg/kg por dosis, PO, durante 3 días o utilice medios físicos.
- Laboratorio: si fuera posible, previo al tratamiento con antibióticos, realice cultivo de orofaringe.

- Tratamiento con antibiótico:
 - Primera opción: amoxicilina suspensión 50 mg/kg/día, PO cada 12 horas, durante 10 días.
 - Segunda opción: penicilina benzatinica 600,000 UI intra muscular, dosis única.
 - Si el paciente es alérgico a la penicilina, administre claritromicina 15 mg/kg/día dividido en dos dosis (cada 12 horas), PO durante 10 días.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- Cita en 48 horas.
- Continuar con lactancia materna.

AMIGDALITIS VIRAL (AGUDA NO ESPECIFICADA) **CIE-10-J03.9**

Infección de las amígdalas producida por virus. Más del 80 % de los casos de amigdalitis son virales y no requieren antibióticos.

Signos y síntomas

Fiebre, amígdalas enrojecidas y aumentadas de tamaño, dolor de garganta asociado o no a dificultad para tragar, beber, dolor de cuerpo, puede haber adenopatía cervical o sub maxilar.

Conducta/tratamiento

- Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C, indique acetaminofén jarabe, de 10 a 15 mg/kg por dosis, PO durante 3 días o utilice medios físicos.
- Registrar en SIGSA.

Oriente sobre

- Continuar con lactancia materna.
- Indique que si los síntomas empeoran vuelva a consultar inmediatamente.
- Cite en 72 horas para seguimiento.

MASTOIDITIS AGUDA CIE-10-H70.0

Infección de la apófisis mastoides o hueso mastoideo del cráneo. Este hueso está localizado por detrás de la oreja.

Signos y síntomas

- Hinchazón y enrojecimiento detrás del oído, dolorosa al tacto.
- Puede o no haber secreción del oído.
- Fiebre que puede ser alta o incrementarse súbitamente.
- Dolor de cabeza.

Conducta/tratamiento

- Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C, administre acetaminofén jarabe, de 10 a 15 mg/kg dosis, PO primera dosis, si la condición del lactante lo permite; si no, utilice medios físicos.
- Referir a hospital más cercano.
- Dé seguimiento a contrarreferencia.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- Situación de la niña o niño e importancia de cumplir con la referencia.
- Orientaciones generales de IRA (ver módulo Niñez página 385).

ENFERMEDADES TRASMITIDAS POR ALIMENTOS Y AGUA -ETA-

Ver definición y orientaciones generales de -ETA- (ver módulo Niñez página 394).

DIARREA

Se define como diarrea la deposición de tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona), de heces sueltas o líquidas. La deposición frecuente de heces formadas (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y “pastosa” por bebés amamantados.

Los agentes causales de la diarrea pueden ser variados, pero en esta etapa del curso de vida uno de los más comunes es el rotavirus, las formas graves se previenen con la vacunación oportuna (consultar protocolo de vigilancia epidemiológica).

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE (DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO) CIE-10-A09

Presencia de uno o más signos de deshidratación grave (ver cuadro con Clasificación y Tratamiento de la Deshidratación ver módulo Niñez página 396).

Conducta/tratamiento

- Inicie terapia de rehidratación con Plan C (ver cuadro con CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DESHIDRATACIÓN página 396, módulo de Niñez).
- Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C, administre acetaminofén jarabe, de 10 a 15 mg/kg dosis, PO primera dosis, si la condición del lactante lo permite; si no, utilice medios físicos.
- Administre zinc primera dosis si tolera PO (ver página 261 de este módulo).
- Coordine traslado y refiera, si es posible acompañado de personal de salud para el traslado.
- Estabilice antes de ser referido.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a contrarreferencia.

Orienta sobre

- La situación del lactante y el motivo de traslado.

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA CON DESHIDRATACIÓN (DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO) CIE-10-A09

Presencia de dos o más signos de deshidratación (ver cuadro con CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DESHIDRATACIÓN página 396, módulo de Niñez).

Conducta/tratamiento

- Evalúe signos generales de peligro y proceda.
- Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C, administre acetaminofén jarabe, de 10 a 15 mg/kg dosis, PO, primera dosis, si la condición del lactante lo permite; si no, utilice medios físicos.
- Inicie terapia de rehidratación según plan que corresponda. Proporcione 4 sobres de sales de rehidratación hipoosmolar y orientar como usarlas.
- Laboratorios: si es posible indique examen de heces y orina simple y

brinde tratamiento de acuerdo a resultados.

- Administre sulfato de zinc según cuadro de “SULFATO DE ZINC COMO TRATAMIENTO COADYUVANTE EN CASOS DE DIARREA PARA NIÑAS Y NIÑOS DE 2 MESES A MENORES DE 1 AÑO”, página 261, en este módulo.
- De acuerdo al estado general del paciente y evolución de la terapia de rehidratación, evalúe, coordine traslado y refiera.
- Estabilice antes de referir.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a contrarreferencia.

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA SIN DESHIDRATACIÓN (DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO) CIE-10-A09

No tiene signos de deshidratación, (ver cuadro con CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DESHIDRATACIÓN página 396, módulo de Niñez).

Conducta/tratamiento

- Evalúe signos generales de peligro y proceda.
- Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C, indique acetaminofén jarabe, de 10 a 15 mg/kg por dosis, PO, durante 3 días o utilice medios físicos.
- Inicie terapia de rehidratación según Plan A (ver página 397 y cuadro de CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DESHIDRATACIÓN en página 396 módulo de Niñez).
- Proporcionar 4 sobres de sales de rehidratación hipoosmolar, y orientar como usarlas.
- Laboratorios: si es posible indique examen de heces y orina simple, y brinde tratamiento de acuerdo a resultados.
- Administre sulfato de zinc según cuadro de “SULFATO DE ZINC COMO TRATAMIENTO COADYUVANTE EN CASOS DE DIARREA PARA NIÑAS Y NIÑOS DE 2 MESES A MENORES DE 1 AÑO”, página 261 en este módulo.
- Cite en 48 horas para seguimiento.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- Si no mejora o los síntomas empeoran vuelva a consultar.

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA SANGUINOLENTA

CIE-10-A09.0

Signos y síntomas

- Evacuaciones diarreicas.
- Presencia de sangre en las heces.
- Puede haber o no signos de deshidratación.

Conducta/tratamiento

- Inicie terapia de rehidratación que corresponda de acuerdo al grado de deshidratación.
- Coordine traslado y refiera a hospital acompañado de personal de salud si es posible.
- Estabilice antes de referir.
- Proporcione terapia de rehidratación oral durante el traslado.
- Si la temperatura axilar es mayor de 38° C, administre acetaminofén jarabe, de 10 a 15 mg/kg dosis, PO, primera dosis, si la condición del lactante lo permite; si no utilice medios físicos.
- Laboratorio: si es posible indique, hematología completa, heces simple, sangre oculta en heces.
- Si es imposible el traslado, administre tratamiento con antibiótico:
 - Primera opción azitromicina durante 5 días, 1er día 10 mg/kg PO, del 2do al 5to día 5 mg/kg/día, PO.
 - Solo para lactantes que se vean tóxicos:
 - Ciprofloxacina 20 mg/kg PO, dividido cada 12 horas durante 3 a 5 días.
- Administre sulfato de zinc primera dosis según cuadro de "SULFATO DE ZINC COMO TRATAMIENTO COADYUVANTE EN CASOS DE DIARREA PARA NIÑAS Y NIÑOS DE 2 MESES A MENORES DE 1 AÑO" página 261 en este módulo.
- Proceder según protocolos de vigilancia epidemiológica.
- Dé seguimiento a contrarreferencia.

Oriente sobre

- La situación del lactante y el motivo de traslado.

DIARREA PERSISTENTE CON DESHIDRATACIÓN CIE-10-A06.1

Diarrea de 14 días o más de evolución.

Signos y síntomas

- Inquietud, irritabilidad, letargia o somnolencia.
- Ojos hundidos.
- Bebe o mama ávidamente con sed o no tolera.
- Signo de pliegue cutáneo.
- Pueden haber signos de deshidratación grave o moderada.

Conducta/tratamiento

- Inicie terapia de rehidratación, según plan que corresponda.
- Coordine traslado y refiera a servicio de salud con mayor capacidad resolutive, si es posible acompañado por personal de salud.
- Proporcione terapia de rehidratación oral durante el traslado.
- Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C, administre acetaminofén jarabe, de 10 a 15 mg/kg dosis, PO, primera dosis, si la condición del lactante lo permite; si no, utilice medios físicos.
- Administre sulfato de zinc, según cuadro de “SULFATO DE ZINC COMO TRATAMIENTO COADYUVANTE EN CASOS DE DIARREA PARA NIÑAS Y NIÑOS DE 2 MESES A MENORES DE 1 AÑO” página 261 en este módulo.
- Laboratorios: si es posible indique hematología completa, orina, heces simple y brinde tratamiento de acuerdo a resultados.
- Si el lactante presenta desnutrición debe ser evaluado como se indica en la sección de ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A MENORES DE 5 AÑOS en DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA en este módulo, página 228.
- Estabilice antes de referir.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a contrarreferencia.

Orientación sobre

- La situación del lactante, a la madre, padre o encargado.
- Activar planes de emergencia (familiar y comunitario).
- Cómo dar el suero oral durante el traslado.
- Las orientaciones generales al inicio de ETA página 394 módulo Niñez.

DIARREA PERSISTENTE SIN DESHIDRATACIÓN CIE-10-A06.1

Signos y síntomas

- Evacuaciones diarreicas de 14 o más días de evolución.
- Bebe o mama bien.
- No hay signos de deshidratación.

Conducta/tratamiento

- Inicie terapia de rehidratación con Plan A página 397 módulo Niñez.
- Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C, administre acetaminofén jarabe, de 10 a 15 mg/kg dosis, PO, primera dosis, si la condición del lactante lo permite; si no, utilice medios físicos.
- Administre sulfato de zinc según cuadro al inicio de ETA página 261 en este módulo.
- Coordine traslado al hospital para estudio y tratamiento.
- Estabilice antes de referir.
- Indique dar suero oral durante el traslado.
- Si la niña o niño presenta desnutrición debe ser evaluado como se indica en la sección de ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A MENORES DE 5 AÑOS en DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA en este módulo, página 228.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a contrarreferencia.

ZINC COMO TRATAMIENTO COADYUVANTE EN CASOS DE DIARREA Y NEUMONÍA PARA LACTANTES

EDAD	PRESENTACION	DOSIS
2 a menores de 6 meses*	Primera opción: Fascos jarabe (10 mg/5 ml)	5 ml (10 mg) PO una vez al día durante 10 días.
	Segunda opción: Tabletas <u>dispersables</u> *	10 mg*, PO una vez al día durante 10 días. (Si la tableta es de 20 mg, pártala y dé la mitad).
6 meses a menores de 1 año.	Primera opción: Fascos jarabe (10 mg/5 ml)	10 ml (20 mg) PO una vez al día durante 10 días.
	Segunda opción: Tabletas <u>dispersables</u> de 20 mg	Una tableta <u>dispersable</u> PO una vez al día durante 10 días.
*- Las medicamentos usados en edad pediátrica, deben ser en jarabe o suspensión, sin embargo, solo sí, no se dispone de la presentación en jarabe que recomienda el programa, dé la presentación en tabletas <u>asegurando que sean dispersables</u>. Recuerde: • La tableta de Sulfato de Zinc debe ser <u>DISPERSABLE</u>, ya que, se deshace sola al colocarla en un líquido. Usted debe colocar la tableta en una cuchara con agua segura (agua hervida, clorada o purificada) o leche materna hasta que se deshaga, en un tiempo no mayor de dos minutos. Si esto no sucede revise la fecha de vencimiento y proceda a utilizar otra tableta. • Completar los 10 días de tratamiento recomendados. • Cuando se rompe el empaque primario de un medicamento ya no se asegura su efectividad y puede contaminarse.		

DIARREA POR SOSPECHA DE ROTAVIRUS (ENTERITIS POR ROTAVIRUS) CIE-10-A08.0

Síntomas y signos:

- Diarrea líquida, frecuente y abundante.
- Vómitos frecuentes.
- Disminución del apetito.
- Fiebre de instalación rápida.
- Deshidratación que rápidamente llega a ser severa.

Conducta/tratamiento

- Inicie terapia de rehidratación, según plan que corresponda.
- Si es posible, canalice una vía IV para rehidratación de emergencia si fuera necesario, evaluando la condición de paciente.
- Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C, administre acetaminofén jarabe, de 10 a 15 mg/kg dosis, vía oral, primera dosis, si la condición del lactante lo permite; si no, utilice medios físicos y explique como hacerlo en el hogar.
- Administre zinc primera dosis, si tolera vía oral ver cuadro arriba.

- Coordine traslado y refiera a hospital acompañado de personal de salud, si es posible.
- Estabilizar antes de referir.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- La situación del lactante y el motivo de traslado si es necesario.
- Continuar la lactancia materna si el paciente esta consciente y lo tolera.

Si se presentan lactantes con alguna de las siguientes enfermedades ver sección ETA del módulo de Niñez desde la página 407 a la 421.

CÓLERA (NO ESPECIFICADO) CIE-10-A00.9

PARÁSITOSIS INTESTINAL (SIN OTRA ESPECIFICACION) CIE-10-B82.9

TRICHURIASIS CIE-10-B79

ASCARIDIASIS CIE-10-B77

ANQUILOSTOMIASIS Y NECATORIASIS (INCLUYE UNCINARIAS) CIE-10-B76

TENIASIS CIE-10-B68

ENTEROBIASIS (OXIUROS) CIE-10-B80

AMEBIASIS (NO ESPECIFICADO) CIE-10-A06.9

GIARDIASIS CIE-10-A06.9

FIEBRE TIFOIDEA CIE-10-A01.0

HEPATITIS AGUDA TIPO "A" CIE-10-B15.9

INTOXICACIÓN ALIMENTARIA BACTERIANA (NO ESPECIFICADA) CIE- 10- A05.9

PLANES PARA REHIDRATACIÓN ORAL

Dependiendo del grado de deshidratación, existen tres tipos de planes: A, B y C (ver módulo de Niñez sección de ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS Y AGUA -ETA-, cuadro de "Clasificación y tratamiento de la deshidratación"), para hidratar o rehidratar por PO y son los siguientes:

Plan A

Tratamiento de la diarrea en el hogar (ver cuadro con lineamientos en sección ETA del módulo de Niñez). en lactantes; enseñe a la madre, padre o encargado las 3 reglas básicas en el hogar.

1. Dar más líquidos de lo usual para prevenir deshidratación.

- Continuar con lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses y continuada en mayores de 6 meses; ofrecer a niñas y niños mayores de 6 meses, porciones pequeñas de alimentos que más le gusten, preparaciones espesas y ofrecerlas con más frecuencia. Insistir en que no deje de comer.
- Administre sales de rehidratación oral (SRO) hipoosmolar en el hogar cuando:
 - Ha sido tratado con el Plan B o C en un servicio de salud y es egresado al hogar.
 - Se dificulta el traslado inmediato a un servicio de salud, o si la diarrea empeora.

2. Continuar dando alimentación de acuerdo a la edad para prevenir desnutrición.

3. Indique cuándo traer al niño o niña al servicio de salud

- Regrese inmediatamente si no mejora.
- Si presenta dos señales de peligro.
- Si mejora, indique que regrese en dos días para control.
- Cumplir con el tratamiento indicado.

Si la o el lactante va a recibir sales de rehidratación oral en el hogar, enseñe a la madre, padre o encargado a:

- Preparar SRO hipoosmolares como se indica en el sobre.
- Administrar SRO hipoosmolares después de cada evacuación según cuadro siguiente y dele 4 sobres de suero para dos días.

CANTIDAD NECESARIA APROXIMADA DE SRO POR DÍA

Edad	Suero Oral después de cada evacuación	Sobres SRO necesario
< 1 año	50 -100 ml (2-3 onz)	1 sobre

Fuente. Programa de Enfermedades Transmitidas por Alimentos.

- Dé por cucharadita o jeringa si es menor de 1 año.
- Si vomita, espere 10 minutos y reinicie dando 1 cucharadita cada 5 minutos.

Plan B

Administre SRO Hipoosmolar de la siguiente manera:

TRATAMIENTO DE LACTANTES CON ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN

CANTIDAD APROXIMADA DE SOLUCIÓN DE SRO EN LAS PRIMERAS 4 HORAS		
Edad	Menos de 4 meses	De 4 a 11 meses
Edad	Menor de 5 Kg Menor de 11 libras	De 5 a 7.9 Kg De 11 a 17 libras
Mililitros	200 a 400 ml	400 a 600 ml
Medida local* en taza de té - taza pequeña-	De taza y media a Dos tazas y media	De dos tazas y media a 4 tazas

Observaciones:

- Use la edad del paciente solo cuando no conozca el peso.
- La cantidad aproximada de SRO en mililitros también se puede calcular multiplicando por 75 el peso del paciente en kilos.
- *Para pasar el peso de un paciente de kilos a libras multiplique el peso en kilos por 2.2.
- Si el paciente quiere más SRO, darle más.
- Aliente a la madre para que siga amamantando al lactante.

Fuente. Manual Clínico para los servicios de salud, Tratamiento de la diarrea de la OMS, *con aportes del Programa de Enfermedades Transmitidas por alimentos y agua

Plan C

TRATAMIENTO RÁPIDO DE LA DESHIDRATACIÓN GRAVE

(ver cuadro con lineamientos en sección ETA del módulo de Niñez página 399).

SÍFILIS CONGÉNITA CIE-10-A53.0

(Ver módulo Neonato página 182).

SÍFILIS CONGÉNITA TARDÍA CIE-10-A-52

Signos y síntomas

- Lesiones oculares (queratitis).
- Deformaciones de huesos y dientes.
- Alteraciones del desarrollo y neurológicas.
- Sordera.

Conducta/tratamiento

- Refiera al hospital más cercano.
- Oriente a la madre, padre o encargado, sobre situación de la niña o niño y el motivo del traslado.
- Continuar con lactancia materna. Contraindicada cuando hay lesiones en la piel de los pezones. Si es solo en uno, dar del pecho que no tiene lesiones.
- Registre en SIGSA 3.
- Llene ficha de vigilancia epidemiológica.

TUBERCULOSIS

Es una enfermedad infectocontagiosa de transmisión aérea provocada por el *Mycobacterium tuberculosis* que afecta diferentes órganos, pero especialmente los pulmones.

Factores de riesgo

La tuberculosis se desarrolla en el organismo humano en dos etapas:

- Por antecedentes de la madre.
- Cuando una persona infectada desarrolla el cuadro clínico.

El hogar sigue siendo el principal lugar de contagio de la tuberculosis, generalmente por el hacinamiento y pobres condiciones de vida.

Prevención

Administrar según el calendario de vacunación de Guatemala la vacuna BCG (Bacilo de Calmette Guérin), ya que confiere protección parcial contra las enfermedades graves de la enfermedad (miliar y meningea).

La madre con TB debe continuar la lactancia materna utilizando cubre boca

Lactante

o mascarilla hasta que presente el 1er control negativo en tratamiento de primera línea, comprendiéndose que la lactancia materna no es un medio de contagio. Pero si lo es la cercanía de la madre infectada al lactante (ver ampliación del tema en módulo de Niñez página 439).

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

CIE-10-A63.8

Proceda según el protocolo de víctimas/sobrevivientes de violencia sexual, versión vigente.

En estos casos debe descartarse abuso sexual, proceda según el protocolo de víctimas/sobrevivientes de violencia sexual, versión vigente.

No es recomendable el manejo sindrómico de infecciones de transmisión sexual en este ciclo de vida. Para su abordaje deberá referirse al hospital más cercano para diagnóstico etiológico y tratamiento respectivo.

VIH/SIDA PEDIÁTRICO CIE-10-B24

Las manifestaciones del Sida suelen presentarse antes de los 5 años de edad.

Se debe sospechar cuando se tengan antecedentes de madre VIH positiva, indagar si la madre tuvo control prenatal y se realizó pruebas de VIH, o si presenta signos y síntomas de Sida (suelen aparecer entre los 4 y 8 meses de edad).

Signos y síntomas

- Linfadenopatía (inguinal y axilar principalmente).
- Candidiasis oral, hepatomegalia, esplenomegalia, dermatitis.
- Retraso en el crecimiento notable con estancamiento de peso/longitud.
- Infecciones bacterianas a repetición (sepsis, neumonías, meningitis, abscesos, celulitis, infecciones urinarias, otitis, sinusitis), fiebre y diarrea inespecíficas.
- Síndrome de desgaste (fiebre y diarrea inespecífica, pérdida de peso con retraso peso/longitud).
- Retardo en el neurodesarrollo.

Conducta/tratamiento

- Refiera a todo paciente sospechoso a hospital a Unidad de Atención Integral -UAL- para VIH (ver Anexo No. 2 en módulo Persona Adulta y Persona Mayor página 745) más cercana para realización de pruebas diagnósticas. En la boleta de referencia deben colocarse antecedentes

de la madre como si es VIH positiva conocida o no, si recibe tratamiento antirretroviral y fecha de inicio, resultado de la última carga viral de la madre y fecha, y en qué unidad de atención integral lleva seguimiento.

- Oriente a la madre, padre o encargado sobre condición de la o el lactante y el motivo de referencia.
- Indicar alimentación con sucedáneos de la leche materna y evitar alimentación mixta (ver Guía de Atención Nutricional de Personas con VIH).
- Registre en SIGSA.
- Si sospecha de agresión sexual debe abordarlo según el “Protocolo de Atención Integral a Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual”, versión vigente.
- Dé seguimiento a contrarreferencia.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

ONCOCERCOSIS, DENGUE, CHIKUNGUNYA, ZIKA, CHAGAS

Ver módulo Persona Adulta y Persona Mayor páginas 699 a la 718. Para apoyo psicológico en enfermedad de Zika, consultar el Manual para apoyo a pacientes con secuelas neuropsicológicas secundarias a enfermedad de Zika.

MALARIA EN LACTANTES

Signos y síntomas

(ver módulo de Persona Adulta y Persona Mayor página 699).

Conducta/tratamiento

- Continúe con lactancia materna.
- La oportunidad de tratamiento consiste en iniciarlo, en las primeras 72 horas a partir del inicio de los síntomas, de acuerdo a los esquemas presentados en las tablas mostradas después de los siguientes párrafos.
- En lactantes vigile el cumplimiento del tratamiento, para asegurar recuperación total.
- En malaria asociada trate con el esquema de *P. vivax* (14 días). Antes de iniciar el tratamiento tomar muestra de sangre en papel filtro (tarjetas Whatman FTA) las pruebas de control deben realizarse al día 4, 15 y al 28 post tratamiento.

CURA RADICAL EN PLASMODIUM FALCIPARUM (3 DÍAS)

Etapa del ciclo de vida	Cloroquina	Primaquina
Menores de 6 meses.	37.5 mg (1/4 de tableta de 150 mg base) diario por 3 días, PO.	NO ADMINISTRAR.
De 6 meses a menores de 1 año.	75 mg (1/2 tableta de 150 mg base) diario por 3 días, PO.	2.5 mg (1/2 de tableta de 5 mg base) diario por 3 días, PO.

Fuente. Esquema de tratamiento del Programa de Enfermedades transmitidas por Vectores, 2017.

CURA RADICAL EN PLASMODIUM VIVAX (14 DÍAS)

Etapa del ciclo de vida	Cloroquina	Primaquina
Menores de 6 meses.	37.5 mg (1/4 de tableta de 150 mg base) diario por 3 días y luego, 37.5 mg (1/4 de tableta de 150 mg base) cada 21 días hasta los 6 meses de edad.	Antes de los 6 meses no dar primaquina. A partir de los 6 meses de edad: 2.5 mg (1/2 de tableta de 5 mg base) diario por 14 días.
De 6 meses a menores de 1 año.	75 mg (1/2 tableta de 150 mg base) diario por 3 días.	25 mg (1/2 tableta de 150 mg base) diario por 14 días.

Fuente. Esquema de tratamiento del Programa de Enfermedades transmitidas por Vectores, 2017.

Nota. Antes de los 6 meses de edad NO se puede utilizar primaquina por riesgos de problemas sanguíneos. En caso de vomitar el medicamento, esperar media hora y repetirla misma dosis. Si continúa con vómitos, referir al hospital. En la presencia de malaria NO administrar suplementación con hierro.

IV. ORIENTACIÓN INTEGRAL A LA FAMILIA

VIOLENCIA CIE-10-T74.0 AL T74.8

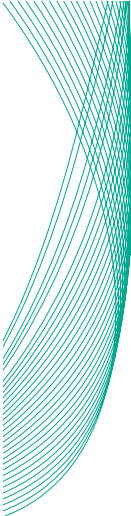
“La violencia contra la niñez afecta la salud física y mental, perjudicando así su habilidad para aprender, socializar y en el futuro su desarrollo funcional como adulto. En los casos más graves, la violencia contra las niñas y niños conduce a la muerte” (UNICEF, 2007).

Las formas de violencia en lactantes puede ser por negligencia o abandono, abuso físico, sexual, psicológico, etc.

Factores de riesgo importantes son madres, padres o encargados con problema de consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas).

Conducta/tratamiento

- Refiera a la madre, padre o encargado al servicio de salud de mayor capacidad de resolución, para abordaje psicosocial especializado (salud mental o trabajo social).
- Asesore a la madre o encargado sobre la búsqueda de grupos de auto ayuda (Narcóticos Anónimos, Alcohólicos Anónimos, etc.) en la localidad o departamento.
- En coordinación con miembros del “Comité de Violencia” realice la notificación a las diferentes instituciones donde pueden hacer la denuncia (Ministerio Público, Procuraduría General de la Nación, Procuraduría de Derechos Humanos, Policía Nacional Civil, etc.).
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia cuando retorne al servicio de salud.
- Proceda de acuerdo al protocolo que corresponda:
 - Protocolo de Atención a Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual versión vigente, directorio de referencia actualizado.
 - Protocolo de Atención en Salud Integral de Niñas y Niños en Situación de Maltrato Infantil, 3ra. Edición.
 - Protocolo de Atención en Salud Integral con Pertinencia Cultural Para la Niñez y Adolescencia en Situación de Trabajo Infantil y sus Peores Formas, versión vigente.



Oriente sobre

- Las diferentes manifestaciones de la violencia: verbal, física, psicológica, familiar, sexual, patrimonial, política, de género, así como los efectos del consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas) durante la lactancia materna.
- Importancia de llevar a cabo referencia.

Fortalezca los factores protectores

- Llevar a monitoreo de crecimiento y vigilancia del desarrollo.
- Dar alimentación según “Guías Alimentarias para la población menor de 2 años”.
- Informe sobre los derechos de la niña y el niño.
- Eduque para una crianza con amor.
- Fomente las actividades lúdicas (juegos) que permitan el desarrollo de habilidades y destrezas con actitudes positivas.
- Proporcione juguetes atractivos y adecuados para la recreación de acuerdo a la edad según lo recomendado en la tabla “JUGUETES RECOMENDADOS EN EL HOGAR, PARA LACTANTES DE ACUERDO A EDAD”.
- Oriente en el cuidado y alimentación de la madre en período de lactancia para contribuir a su salud y a la del lactante.
- Recomiende prácticas higiénicas para el cuidado del lactante como lavado de manos, baño, cambio de pañal y otros.
- Promocione y fomente la formación de grupos de apoyo para madres para educar acerca de la alimentación y el cuidado infantil.
- Estimule la autoestima de la o el lactante reforzando su conducta y características positivas.
- Importancia de las vacunas.
- Promueva el derecho e importancia de inscribir en el Registro Nacional de Personas -RENAP-.

Prevenga factores de riesgo

- Facilite y fortalezca la comunicación.
- Propicie la armonía familiar.
- Propicie cuidados especiales en caso de discapacidad.
- Promueva el monitoreo del crecimiento y la vigilancia del desarrollo.
- Identifique signos y síntomas de peligro.
- Riesgos del uso inadecuado de medicamento.
- Promover la importancia y usos del carné.

PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LACTANTES

Intervención	Familia	Comunidad
Señales de peligro.	✓	✓
Lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida y continuada hasta los dos años de vida o más. A partir de los 6 meses iniciar con alimentación adecuada y oportuna.	✓	✓
Promoción del programa madre canguro para el manejo de recién nacidas y recién nacidos prematuros o de bajo peso al nacer.	✓	✓
Promoción de la primer visita domiciliaria para evaluar en las primeras 24 hrs. de vida a las y los recién nacidos.	✓	✓
10 Reglas de Oro.	✓	✓
Lavado de manos.	✓	✓
Prácticas para vivir una niñez saludable (AIEPI comunitario).	✓	✓
Orientación sobre administración de medicamentos.	✓	✓
Promoción del buen trato infantil.	✓	✓
Prevención de la violencia.	✓	✓

Fuente. DRPAP, 2017.

Signos y síntomas

MALTRATO INFANTIL EN NIÑAS Y NIÑOS SEGUNDO Y PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

¿Tiene la niña o el niño signos compatibles con maltrato, abuso, negligencia o falta en la crianza?

PREGUNTAR EN EL IDIOMA MATERNO	OBSERVAR Y DETERMINAR	EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
Si la niña o el niño presenta alguna lesión:	Determinar si presenta lesión física: Sugestiva de maltrato: lesiones en la forma o huella de un objeto (lesiones en zonas posteriores, dorso de las manos, espalda y glúteos o cualquier fractura).	Uno de los siguientes: - Lesión física sugestiva de maltrato - Lesiones en genitales o ano - Indicadores clínicos psicológicos de violencia: cambios de conductas repentinos, cambios del rendimiento escolar, ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, vergüenza, aislamiento extremo, regresión de conductas, enuresis, retraimiento e inhibición. Poca relación interpersonal con su compañerías), fugas del hogar, intentos de suicidio, usos de drogas y alcohol, autolesiones. - La niña o el niño expresa espontáneamente que es víctima de maltrato físico y/o abuso sexual - Lesiones secundarias a trabajo infantil - Detectar Síndrome de Münchausen por poderes	COMPATIBLE CON MALTRATO INFANTIL	- Realice la evaluación de daños - Brinde soporte básico de vida en trauma - Trate las lesiones y el dolor establezca - Notifique a la autoridad competente: - Procuraduría General de la Nación, Ministerio Público, Juzgados de Niñez y Adolescencia, Juzgados de Paz - Registre en SIGSA - REFIERA INMEDIATAMENTE AL HOSPITAL MÁS CERCANO
¿Cómo se produjeron las lesiones?	Clasificar Inespecíficas: localizadas en áreas expuestas (en general son pocas, no tienen forma limitada, no tienen un patrón definido). Determinar si presenta flujo, secreción, sangrado, lesiones o cicatrices en genitales o ano.		si presenta ABUSO SEXUAL (Referir al Protocolo de Atención a Víctimas/ Sobrevivientes de Violencia Sexual)	
¿Cuándo se produjeron las lesiones?	Determinar si la niña o el niño expresa espontáneamente que es víctima de maltrato y/o abuso sexual, si la niña o el niño por su edad de desarrollo aun no puede hablar sea muy minucioso(a) en la observación.	Dos o más de los siguientes signos: - Lesiones físicas inespecíficas - Comportamiento del niño o la niña alterado - Comportamiento alterado de los cuidadores - Niño o niña descuidado en su higiene - Niña o niño descuidado en su salud - El niño o la niña expresa espontáneamente que es víctima de maltrato emocional o negligencia - Lesiones secundarias a trabajo infantil	SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL	- REFIERA AL HOSPITAL MÁS CERCANO - Registre en SIGSA
¿Cómo corrige a su hija o hijo?	Determinar si existe discrepancia entre la historia/ desarrollo y las lesiones.			- Reforzar comportamientos positivos de buen trato. - Promover medidas preventivas. - Reforzar el respeto y garantía de los derechos de la niñez. - Citar para la próxima consulta
¿Cómo solucionan los conflictos en su hogar?	Observar si hay evidencia de alteración en el comportamiento de los cuidadores: descuidados, castigadores, a la defensiva, agresivos.	Presenta uno solo de los signos descritos en la fila anterior	FALLA EN LA CRIANZA	
¿La niña o el niño trabajan?	Determinar si la niña o el niño está descuidado en su salud: La consulta es tardía para la causa; o El esquema de vacunación está incompleto, o El niño o la niña se encuentra desnutrido.	No tiene ninguno de los signos anteriores	NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO	- Felicitar a la madre, padre o encargado(a) - Reforzar comportamientos positivos de buen trato: - Promover los derechos de la niña y el niño - Promover medidas preventivas. - Recordar la próxima visita de crecimiento y vigilancia del desarrollo

Fuente. Protocolo de Atención Integral con Enfoque Intercultural de Niñas y Niños Víctimas de Maltrato Infantil, 2da. Edición, MSPAS Guatemala.

JUGUETES RECOMENDADOS EN EL HOGAR, PARA LACTANTES DE ACUERDO A LA EDAD

EDAD	JUGUETES ADECUADOS
1 a 3 meses	Objetos de material flexible y suave para manipularlo.
4 a 6 meses	Objetos pequeños no peligrosos: sonajeros(chinchines), cajas, aros de plástico.
7 a 9 meses	Pelota de trapo, cubos de colores, animales de felpa o trapo, pedazos de madera, pequeños utensilios de cocina (sin punta ni filos en los bordes).
10 a 12 meses	Lo anterior más objetos del mismo hogar que estimulen su imaginación y le permitan crear juegos.

Fuente. Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, 2010. MSPAS. Guatemala.

SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE -SMSL-

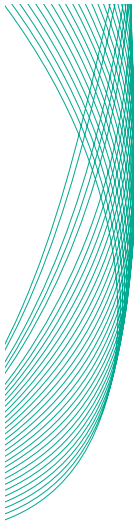
(Ver módulo de Neonato página 195).

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

La OMS define accidente como “todo suceso eventual, involuntario o anómalo, independiente de su gravedad, que conlleva un daño físico o psíquico como consecuencia de una falta de prevención o defecto de seguridad”.

Medidas preventivas

- Seguridad en el vehículo.
- No dejar a los niños dentro de los vehículos con los vidrios cerrados.
- Vigilar la temperatura del agua para el baño.
- Prevención de incendios en el hogar.
- Elementos peligrosos del hogar (enchufes, puntas, ventanas, ángulos de puertas, paredes, muebles y aparatos eléctricos).
- Prevención en la aspiración de cuerpos extraños.
- Dejar fuera del alcance de las niñas y niños medicamentos, drogas, y sustancias tóxicas y causticas.
- Acompañar a los menores durante el uso de cohetillos y otros juegos pirotécnicos.
- No guardar los cohetes en los bolsillos.



Se recomienda colocar en un lugar visible los teléfonos de asistencia del Centro de Información y Asesoría Toxicología CIAT-USAC Guatemala
Teléfonos: (502) 2230-0807, 2251-3560. Fax: (502) 2230-0776.
Correo electrónico: ciat@intelnet.net.gt. Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a 15:00 horas, en horarios no hábiles a través de un número de emergencias: 1-801-0029832 y (502) 2230-0807.

Implementar intervenciones integrales rápidas y apropiadas para prevenir y atender intoxicaciones en lactantes por personal de salud capacitado, recomendadas en la “Guía Toxicológica para el Manejo Integral de Pacientes Pediátricos Intoxicados” MSPAS 2015.

Prevención de accidentes en lactantes

Trauma por caídas CIE 10 W 19.9	• No le deje superficies altas (ejemplo: cambiador, sillas, escaleras, etc.). • No deje al alcance objetos pequeños que puedan ser aspirados. • No le deje solo (a) en andadores o cochecitos. • No deje objetos en el suelo con los que pueda tropezar.
Heridas cortantes CIE 10 T 14.1	• Emplee utensilios de plástico (vaso, plato, etc.). • Mantenga fuera del alcance todo objeto cortante o puntiagudo (cuchillo, tijeras, hojas de afeitar). • No les permita llevar objetos de vidrios. • Cubra los bordes filosos de los muebles . • Guarde las herramientas después de usarlas.
De tránsito	• Utilice silla y cinturón de seguridad al transportarle en automóvil.
Quemaduras CIE 10 T30	• No maneje objetos y líquidos calientes cuando le cargue en brazos. • No le permita el ingreso a la cocina. • Revise que las estufas no sean peligrosas, no les permita acercarse a las hornillas. • No deje recipientes con contenidos caliente a su alcance. • Verifique la temperatura de las bebidas y comidas antes de dárselas. • Verifique la temperatura del agua con que les bañe • No deje solo(a) con fuego encendido (velas, estufa de leña o gas, entre otros).

Fuente. Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, 2010.
MSPAS. Guatemala.



Prevención de accidentes en lactantes

Sofocación o asfixia Cie10 T71	• Revise que la ropa no tenga adornos pequeños, botones que pueda aspirar. • No deje almohadas cerca. • No deje al alcance objetos pequeños que puedan ser aspirados. • No les permita jugar con bolsas de plástico no atarse cuerdas alrededor del cuello. • Para ampliar este contenido, consultar módulo de Niñez página 298 a 302.
Electrocuciones CIE 10 W87	• No permita el acceso a cables de electricidad, enchufes, toma corrientes.
Intoxicaciones CIE 10 X40.0	• No deje al alcance medicamentos, insecticidas, plaguicidas, abonos, venenos, bebidas alcohólicas, productos químicos y de limpieza, objetos de plomo, entre otros, que puedan ser bebidos y/o administrados accidentalmente.
Casi ahogamiento y ahogamiento CIE10 W74.9	• No les deje solo en las bañeras, recipientes con agua, pilas, estanques, piscinas, ríos, entre otros.

Fuente. Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, 2010.
MSPAS. Guatemala.

ANEXO No. 1

MEDICAMENTOS PARA LAS Y LOS LACTANTES

MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	DOSIS	VÍA	FRECUENCIA	Peso del niño o niña en kg (1 kilogramo es igual a 2.2 libras)							
					1 mes		2 meses		3 meses		4 meses	
					Niño 4.3 kg	Niña 4.0 kg	Niño 5.2 kg	Niña 4.7 kg	Niño 6.0 kg	Niña 5.4 kg	Niño 6.7 kg	Niña 6.2 kg
Acetaminofén	120 mg/ 5 ml	10 mg/kg/dosis	Oral PO	Cada 6 horas	1.8 ml	1.7 ml	2.2 ml	2 ml	2.5 ml	2.3 ml	2.8 ml	2.6 ml
		15 mg/kg/dosis			2.7 ml	2.5 ml	3.3 ml	2.9 ml	2.8 ml	3.4 ml	4.2 ml	3.9 ml
Amoxicilina	250 mg/ 5 ml	50 mg/kg/día	Oral	Cada 8 horas	1.4 ml	1.3 ml	1.7 ml	1.6 ml	2 ml	1.8 ml	2.3 ml	2 ml
					0.4 ml	0.4 ml	0.5 ml	0.5 ml	0.6 ml	0.5 ml	0.7 ml	0.6 ml
Penicilina Procainica	4,000,000 UI	50,000 UI/kg/día	IM Intra Muscular Frasco de 4,000,000 UI Diluir en 7.5 ml de agua esterilizada Concentración del preparado 500,000UI/ml	Cada 24 horas								
Penicilina Benzatínica	1,200,000 UI	50,000 UI/kg/día	I.M. Intra Muscular Diluir en 4.5 ml de agua esterilizada Concentración del preparado 240,000UI/ml	Cada 24 horas	0.9 ml	0.8 ml	1 ml	1 ml	1.3 ml	1.2 ml	1.4 ml	1.3 ml
Trimetropin Sulfametaxazol	40 mg TMP + 200 mg SMX en 5 ml	10 mg/kg/día En base a TMP	Oral	Cada 12 horas			3.3 ml	2.9 ml	3.8 ml	3.4 ml	4.2 ml	3.9 ml
Salbutamol	2 mg/5 ml	0.35 mg/kg/día	Oral	Cada 8 horas	1.2 ml	1.2 ml	1.5 ml	1.4 ml	1.8 ml	1.6 ml	2 ml	1.8 ml
Ranitidina	150 mg/10 ml	2 mg/kg/dosis	Oral	Cada 12 horas	0.6 ml	0.6 ml	0.8 ml	0.8 ml	0.8 ml	0.8 ml	1 ml	1 ml
Claritromicina	Jarabe 250 mg/ 5 cc	15 mg/kg/día	Oral	Cada 12 horas	1 ml	1 ml	1 ml	1 ml	1 ml	1 ml	1 ml	1 ml
Salbutamol	Solución para nebulizar al 5% (5 mg/ml)	0.15 mg/kg/dosis	Nebulizar con 3 cc de solución salina	Cada 6 horas	2 gotas	2 gotas	3 gotas	3 gotas	4 gotas	4 gotas	4 gotas	4 gotas

MEDICAMENTOS PARA LAS Y LOS LACTANTES

[illegible]

MEDICAMENTOS PARA LAS Y LOS ACTANTES

MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	DOSIS	VÍA	FRECUENCIA	Peso del niño o niña en kg (1 kilogramo es igual a 2.2 libras)					
					9 meses		10 meses		11 meses	
					Niño 9.2 kg	Niña 8.6 kg	Niño 9.5 kg	Niña 8.9 kg	Niño 9.9 kg	Niña 9.2 kg
Acetaminofén	120 mg/ 5 ml	10 mg/kg/dosis	Oral PO	Cada 6 horas	3.8 ml	3.6 ml	4 ml	3.7 ml	4 ml	3.8 ml
		15 mg/kg/dosis			5.7 ml	5.4 ml	6 ml	5.5 ml	6 ml	5.8 ml
Amoxicilina	250 mg/ 5 ml	50 mg/kg/día	Oral	Cada 8 horas	3 ml	2.8 ml	3.2 ml	3 ml	3.3 ml	3 ml
Eritromicina	125 mg/5 ml	40 mg/kg/día	Oral	Cada 6 horas	3.6 ml	3.4 ml	3.8 ml	3.6 ml	4 ml	3.6 ml
	250 mg/5 ml				1.8 ml	1.7 ml	1.9 ml	1.8 ml	2 ml	1.8 ml
Penicilina Procaína	4,000,000 UI	50,000 UI/kg/día	I.M. Intra Muscular Frasco de 4,000,000 UI Diluir en 7.5 ml de agua esterilizada Concentración del preparado 500,000UI/ml	Cada 24 horas	1 ml	1 ml	1 ml	1 ml	1 ml	1 ml
Penicilina Benzatínica	1,200,000 UI	50,000 UI/kg/día	IM Intra Muscular Diluir en 4.5 ml de agua esterilizada Concentración del preparado 240,000UI/ml	Cada 24 horas	1.9 ml	1.8 ml	2 ml	1.8 ml	2 ml	1.9 ml
Trimetropin Sulfametaxazol	40 mg TMP + 200 mg SMX en 5 ml	10 mg/kg/día En base a TMP	Oral	Cada 12 horas	5.7 ml	5.4 ml	6 ml	5.5 ml	6.2 ml	5.7 ml
Salbutamol	2 mg/5 ml	0.35 mg/kg/día	Oral	Cada 8 horas	2.7 ml	2 ml	2.8 ml	2.6 ml	3 ml	2.7 ml
Ranitidina	150 mg/10 ml	2 mg/kg/día	Oral	Cada 12 horas	1.5 ml	1.5 ml	1.5 ml	1.5 ml	1.5 ml	1.5 ml
Claritromicina	Jarabe 250 mg/5 cc	15 mg/kg/día	Oral	Cada 12 horas	1.5 ml	1.5 ml	1.5 ml	1.5 ml	1.5 ml	1.5 ml
Salbutamol	Solución para nebulizar al 5 % (5 mg/ml)	0.15 mg/kg/dosis	Nebulizar con 3 cc de solución salina	Cada 6 horas	6 gotas	6 gotas	6 gotas	6 gotas	6 gotas	6 gotas



10 Reglas de ORO

Para evitar Enfermedades transmitidas por alimentos y agua

1 Al comprar alimentos vea la fecha en forma y legible. Los alimentos antes de ser fumigados deben estar cubiertos.



2 Hervir el agua que se vaya a usar y preparar los alimentos.



3 Lavar las manos antes de cocinar y preparar alimentos, después de ir al baño o limpiar y cambiar pañales.



4 Asegurar que los alimentos estén bien cocidos. El pollo, carne, resaca y leche, pueden estar contaminados con microbios pero que debe cocinarlos bien.



5 Evitar el consumo de alimentos crudos y alimentos cocinados.



6 Limpiar y cocinar inmediatamente los alimentos después de cocinarlos.



7 Guardar bien los alimentos que vamos a refrigerar.



8 Antes de servir los alimentos calentarlos bien.



9 Mantenga los alimentos bien tapados, lejos del alcance de moscas, cucarachas, ratas y otros animales.



10 Lavar los utensilios de la cocina y desinfectar con CLORO todas las superficies.

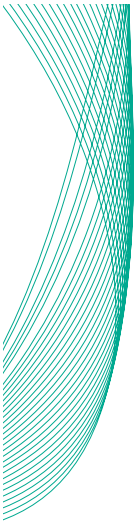


¡ Acuda al centro o puesto de salud más cercano, los tratamientos son gratis !

BIBLIOGRAFIA

1. Nelson Tratado de Pediatría 17 edición-R.E. Behrman, nR. M. Kliegman, H. B. Jenson Kliegman MD (Autor). Richard E, Array ISBN. Behrman MD (Autor), Hal B. Nelson Tratado de Pediatría 17ma Edición.
2. Amira Consuelo Figueiras. Isabel Cristina Neves de Souza. Viviana Graciela Ríos. Yehuda Benguigui. Organización Panamericana de la Salud Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI Washington, D:C:: OPS, 2011 Segunda edición: 2011 (Serie OPS/ FCH/HL/ 11.4E).
3. Org,Mond. Santé Sér. Rapp. Techn., 1950.27; Wlth Org. techn. Rep. Ser.,1950.27.
4. Acuerdo Ministerial No. 1632-2009/ Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos indígenas e interculturalidad en Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
5. ClinicalAffairsCommittee-InfantORALHealthSubcommitteeCVoCaGoiohcCL, American Academy of Pediatric Dentistry; 5p. (80 reference). <NGC-8732(1). Pdf>Guideline on infant oral health care.2011.
6. Canadian Task Force for Preventive Health Care. Guía de seguimiento clínico. Recomendaciones para infancia y adolescencia. Basado en evidencia científica. <http://www.ctfphc.org/>.
7. ICSI Health Care Guideline: Preventive services for children and adolescents. 18th edition, Septiembre 2012. Guía de actividades preventivas para la infancia y adolescencia priorizadas en función del nivel de evidencia y efectividad. www.icsi.org.
8. US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical preventive Services. 3a edition: periodic updates. Evaluación grado de evidencia científica Atención Primaria. <http://www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm>
9. Lassi ZS, Haider BA, Bhutta ZA. Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes (Review) the Cochrane Collaboration and published in the Cochrane Library 2010, Issue 11; Available from: [http://www. Thecochrane Library.com](http://www.ThecochraneLibrary.com)
10. Gera T. Shad D, Garner P, Sachdev HS. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Strategy for children under five: effects on death, service utilization and illness (Protocol) The Cocrane Library 2,012, Issue 9. <http://www.thecochranelibrary.comvv>.
11. Kattwinkel J. Periman JM, Aziz K,Colby C. Fairchild K, Gallagher J, et al. Part 15. Neonatal resuscitation 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.

- Circulation. 2010;122:S909-S919.
12. Guidelines for Health Supervision de la American Academy of Pediatrics. Plan seguimiento de Infancia y adolescencia. <http://aappolicy.Aappublications.org/policy-sttement/index.dtl>.
 13. Nelson: Tratado de Pediatría (19 ED) (2 Vol) R:B. Kliegman, ELSEVIER España, S.A, 2,012.
 14. M. COSTACURTA PM, R. Docimo. Riga-Fede. Disease And Neonatal Teeth. Oral and Implantology. 2012;V:26-30 (5)
 15. Mhaske S, Yuwanati MB, Mhaske A, Ragavendra R, Kamath K, Saawarn S. Natal and Neonatl Teeth: An Overview of the literature. ISRN Pediatrics. 2013;2013:956269. Epub 2013/09/12.
 16. Guyatt G, Oxman AD, Aki EA, Kunz R, Vist G, Brozek J et al. Grade Guidelines::1. Introduction-Grade evidence profiles and summary of findings tables. J. Clin Epidemiol 2011 April;64 (4):383-94. <http://www.gradeworkinggroup.org/publications/JCE-series.Htm>.
 17. Panel Academia Americana de Oftalmología Pediátrica y Estrabismo. Patrones de Prácticas prefentes . Evaluación Ocular Pediátrica. San Francisco CA: Academia Americana de Oftalmología;2007.
 18. Comité Derechos Humanos del Niño. Observación General. Número 15 (2013). Artículos Número 15 y 24. <http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/GC.15-Sp.pdf>.
 19. Ministerio de Salud y protección social. Colciencias. Guía de práctica clínica de Recién nacido. 2013. Guía número 02. Bogotá. Colombia. Abril 2013.
 20. Zupan J, Garner P. Cuidado tópico cordón umbilical. Revisión Cochrane. Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software. <http://www.update-software.com>.
 21. E-lactancia. Consultada en enero 2016. <http://e-lactancia.org>
 22. OPS/OMS (2008). Interpretando los indicadores de crecimiento. Ginebra.
 23. PROSAN/MSPAS. (2015). Manual de participante. Curso de 20 horas para el personal de salud. (2ª Edición. ed.). Guatemala.
 24. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2010). Normas de atención en Salud Integral para Primero y Segundo Nivel. Guatemala.



Niñez

de 1 año a menor de 10 años



Módulo

4



INDICE

INTRODUCCIÓN	291
OBJETIVOS	292
Generales	293
Específicos	293
I. ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA Y EL NIÑO	293
PASOS ESENCIALES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A MENORES DE 10 AÑOS	293
Signos y señales de peligro	297
Reanimación cardiopulmonar en niñas y niños	298
Lactante, niña o niño inconsciente con obstrucción vía aérea por cuerpo extraño (OVACE)	300
II. ACCIONES PREVENTIVAS EN LA NIÑA Y EL NIÑO	303
EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A MENORES DE 10 AÑOS	303
Monitoreo del crecimiento en niñas y niños de 1 a 5 años	303
Edad	304
Peso	304
Longitud o talla	308
INDICADORES	312
Evaluación del indicador peso para edad	312
Evaluación del indicador longitud o talla para la edad	315
Evaluación del indicador del peso para longitud o talla	319
Evaluación antropométrica en niñas y niños de 5 a menores de 10 años	323

Índice de masa corporal (IMC)	323
Evaluación de la alimentación	324
Suplementación con micronutrientes	327
Evaluación de la actividad física en niñas y niños de 1 a menores de 10 años	328
Desparasitación	330
Detección temprana de las alteraciones del neurodesarrollo	331
Neurodesarrollo infantil	334
INMUNIZACIONES	341
Esquemas de vacunación	341
SALUD BUCODENTAL	352
SALUD VISUAL	354
SALUD AUDITIVA	355

III. DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA 357

Estado nutricional de niñas y niños de 1 a menores de 5 años	357
Indicador de desnutrición global, peso/edad	357
Indicador desnutrición crónica, longitud o talla/edad	359
Indicador desnutrición aguda, peso para la longitud o talla	361
Desnutrición Aguda Moderada sin complicaciones	362
Desnutrición Aguda Moderada con complicaciones	363
Desnutrición Aguda Severa con complicaciones	364
Desnutrición aguda severa, diagnóstico por signos clínicos	365
Marasmo	365
Kwashiorkor	366

Anemia por deficiencia de hierro	367
Anemia severa	369
Sobrepeso y obesidad en niñas y niños de 2 a menores de 5 años	370
CARIES DENTAL	372
Enfermedad periodontal	375
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNA	376
CHOQUE (SHOCK)	377
DISCAPACIDAD INTELECTUAL (RETRASO MENTAL)	381
OTROS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO HABITUAL Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA O ADOLESCENCIA	382
TRASTORNOS DEL SUEÑO	
(ver módulo Persona Adulta y Persona Mayor página 733)	
VIOLENCIA	383
TRATA DE PERSONAS	
(ver módulo de Adolescencia y Juventud página 530)	
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)	384
Neumonía	386
Resfriado común	389
Mastoiditis	389
Otitis	390
Amigdalitis	392
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS Y AGUA (ETA)	394
Diarrea	395
Diarrea aguda con deshidratación grave	401
Diarrea aguda con deshidratación	402
Diarrea aguda sin deshidratación	403

Diarrea persistente con deshidratación	404
Diarrea persistente sin deshidratación	405
Diarrea sanguinolenta	406
Cólera	407
Parasitoris intestinal sin especificación	409
Trichuriasis	410
Ascaris	411
Anquilostomiasis y necatoriasis	412
Tenias	413
Enterobiasis	414
Amebiasis	415
Giardiasis	416
Fiebre tifoidea	418
HEPATITIS AGUDA TIPO "A"	419
INTOXICACIÓN ALIMENTARIA	420
ASMA BRONQUIAL	421
SÍNDROME ANAFILÁCTICO	426
ENFERMEDADES DE LA PIEL	427
Sarcoptiosis	427
Impétigo	429
Prurigo por insectos	430
Dermatitis atópica	431
Micosis cutáneas superficiales	432
Tiña corporis	432
Tiña pedis	433
Tiña capitis	434
Pediculosis debida a pediculosis humanus	435
TUBERCULOSIS	436

Tuberculosis drogoresistente	440
Tuberculosis multidrogorresistente	442
Niñas y niños con tuberculosis asociada a VIH/SIDA	442
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	443
VIH/SIDA	444
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES	445
Malaria	445
Chagas	448
Enfermedad febril por Zika (Ver módulo Embarazo, Parto y Puerperio página 61)	450
Oncocercosis (Ver módulo Persona Adulta y Persona Mayor. página 714)	450
ENFERMEDADES CRÓNICAS EN NIÑAS Y NIÑOS	450
 IV. ORIENTACION A LA MADRE, PADRE O ACOMPAÑANTE DE LA NIÑA O EL NIÑO	 464
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	464
PREVENCIÓN DE INTOXICACIONES EN NIÑAS Y NIÑOS	465
ANEXOS	471
Anexo No. 1. Tablas de Índice de Masa Corporal	471
Anexo No. 2. Higiene Bucodental	474
Anexo No. 3. Evaluación de la Salud Visual (Cartel de Agudeza Visual)	475
BIBLIOGRAFÍA	478



INTRODUCCIÓN

El abordaje integral de la niñez desde la experiencia de la salud pública, es fundamental para el desarrollo del país, ya que es una etapa de la vida en donde se sientan las bases para el desarrollo de hombres y mujeres sanos.

La niñez representa una etapa de gran vulnerabilidad, en el cual el organismo es especialmente sensible a factores del entorno y con un comportamiento variable ante los determinantes de la salud, que conlleva a una atención diferenciada en los niveles de atención en salud.

La finalidad del presente módulo es contribuir a disminuir la morbilidad y la mortalidad en esta etapa del curso de vida, priorizando aquellas enfermedades más frecuentes, y fortalecer la atención que se brinda a las niñas y los niños con enfoque biopsicosocial, de derechos humanos, género y pertinencia intercultural, dando cumplimiento al artículo 24 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño “El derecho de la niña y el niño al disfrute del más alto nivel posible de salud”.

Con un enfoque integrado de la salud infantil, se utilizará como una de las estrategias, la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia -AIEPI-, la cual contribuirá a operativizar el cumplimiento del marco legal nacional e internacional que protege a la niñez y potenciar el desarrollo de la infancia, que es esencial y beneficioso para el desarrollo del país.

OBJETIVOS

General

Contribuir a la disminución de la morbilidad y la mortalidad en niñas y niños de 1 a menores de 10 años de edad, desarrollando intervenciones básicas, basadas en evidencia científica relacionadas a la salud infantil.

Específicos

1. Promover el derecho a la salud integral de las niñas y los niños.
2. Proveer los estándares actualizados para la atención de la salud integral de las niñas y los niños de 1 año a menores de 10 años.
3. Prevenir, detectar y tratar de manera integrada y oportuna las enfermedades prevalentes en la niñez con el fin de disminuir riesgos y evitar complicaciones.

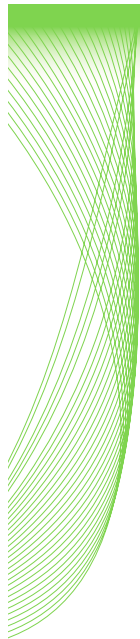
I. ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA Y EL NIÑO

PASOS ESENCIALES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A MENORES DE 10 AÑOS

1	• Salude cordialmente e informe a la familia de la niña o el niño, pregunte el motivo de consulta e informe acerca de la ruta de atención del servicio, con respeto a la cultura, tomando en cuenta su edad y género.
2	• Identifique signos y síntomas de peligro: ▫ Irritabilidad o letargia. ▫ Convulsiones. ▫ No pude mamar o tomar líquidos. ▫ Vomita todo. ▫ Tiene tos con dificultad para respirar. ▫ Signo de pliegue desaparece muy lentamente (deshidratación). ▫ Presenta fiebre persistente. ▫ Desnutrición grave. ▫ Palidez palmar intensa. • Si amerita, refiera: ▫ Estabilice y llene boleta de referencia. – Informe a la familia sobre el estado de la niña o niño y el motivo de referencia. – Si es posible comuníquese al servicio al que referirá. – Dé seguimiento al caso si es posible (contrarreferencia).

2	• Si no amerita referencia: ▫ Brinde atención integral, con calidad, con respeto a la cultura, tomando en cuenta su edad y género. • Observe el estado general de la niña o el niño: ▫ Vitalidad. ▫ Llanto. ▫ Color de la piel. ▫ Estado de las mucosas.
3	• Llene todos los datos de la historia clínica y realice la evaluación integral. ▫ Realice examen físico completo. • Realice evaluación nutricional: ▫ En menores de cinco años, monitoreo de crecimiento: peso, longitud o talla. ▫ En niñas y niños de 5 a menores de 10 años de edad, determine Índice de Masa Corporal -IMC-. • Evalúe consumo de alimentos: ▫ Si es menor de dos años: - Come de todos los alimentos disponibles en el hogar y continúa lactancia materna hasta los dos años o más. - Evalúe el consumo, con base a las “Guías Alimentarias para la Población Guatemalteca Menor de 2 Años”. ▫ Si es mayor de dos años: - Evalúe el consumo, con base a las “Guías Alimentarias para Guatemala”.

3	• Evalúe: ▫ Salud bucodental. ▫ Salud visual. ▫ Salud auditiva. ▫ Neurodesarrollo. ▫ Actividad física formal e informal. • Realice evaluación psicosocial: ▫ Identifique factores protectores y de riesgo (ver en módulo de Adolescencia y Juventud páginas 491 y 567).
4	• Requiera o evalúe exámenes de laboratorio: ▫ Hematología completa. ▫ Orina. ▫ Heces. ▫ Otros según amerite el caso.
5	• Oferte y administre: ▫ Suplementación con micronutrientes en niñas y niños de 1 a menores de 5 años: – Vitaminas y minerales espolvoreados. ▫ Suplementación con micronutrientes en niñas y niños de 5 a menores de 10 años con hierro. ▫ Administre desparasitante (albendazol) a niñas y niños de 1 a menores de 10 años. ▫ Evalúe el esquema de vacunación.



6	• Orienta a la familia y a la niña y el niño sobre: ▫ Prácticas para vivir una niñez saludable. ▫ Factores protectores y factores de riesgo encontrados. ▫ Técnica de cepillado y del uso del hilo dental. ▫ Prevención de la violencia, accidentes, intoxicaciones.
7	• Trate de forma integral: ▫ Los problemas de salud detectados (ver en sección de Detección y Atención Oportuna, de éste módulo). ▫ Considere referir a otro nivel de atención si no hay capacidad resolutive en el servicio.
8	• Registre en el carné y SIGSA que corresponda.
9	• Acuerde las acciones de resolución de los problemas detectados, en forma conjunta entre personal de salud y la madre, padre o acompañante y la niña o el niño. ▫ Establezca una cita de seguimiento.
10	• Oferte la cartera de servicios a la madre, padre y/o acompañantes.

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE PELIGRO

Realice evaluación y clasificación para determinar la necesidad de reanimación cardiopulmonar y/o referencia oportuna de acuerdo a su condición de gravedad:

SIGNOS DE PELIGRO EN LA NIÑA Y EL NIÑO

Signos de peligro que requieren atención inmediata y traslado URGENTE	Signos de enfermedad que requieren atención ambulatoria	No tiene ningún signo de gravedad o enfermedad (evalúe)
▫ Irritabilidad, letargia y/o inconsciencia. ▫ Convulsiones. ▫ No quiere beber o mamar. ▫ Vomita todo lo que come.	▫ Fiebre ($> 37.5^{\circ}\text{C}$). ▫ Tos. ▫ Problemas de oído. ▫ Anemia. ▫ Diarrea. ▫ Problemas de piel. ▫ Problemas bucodentales. ▫ Fallo en el crecimiento físico (peso y talla). ▫ Fallo en el neurodesarrollo. ▫ Sospecha de violencia.	▫ Vacunas. ▫ Suplementación con micronutrientes espolvoreados a niñas y niños mayores de 1 año a menores de 5 años. ▫ Suplementación con vitamina A de niñas y niños hasta los 2 años. ▫ Desparasitación. ▫ Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses. ▫ Alimentación complementaria y lactancia continuada hasta los 2 años o más. ▫ Peso y talla. ▫ Circunferencia cefálica. ▫ Neurodesarrollo.

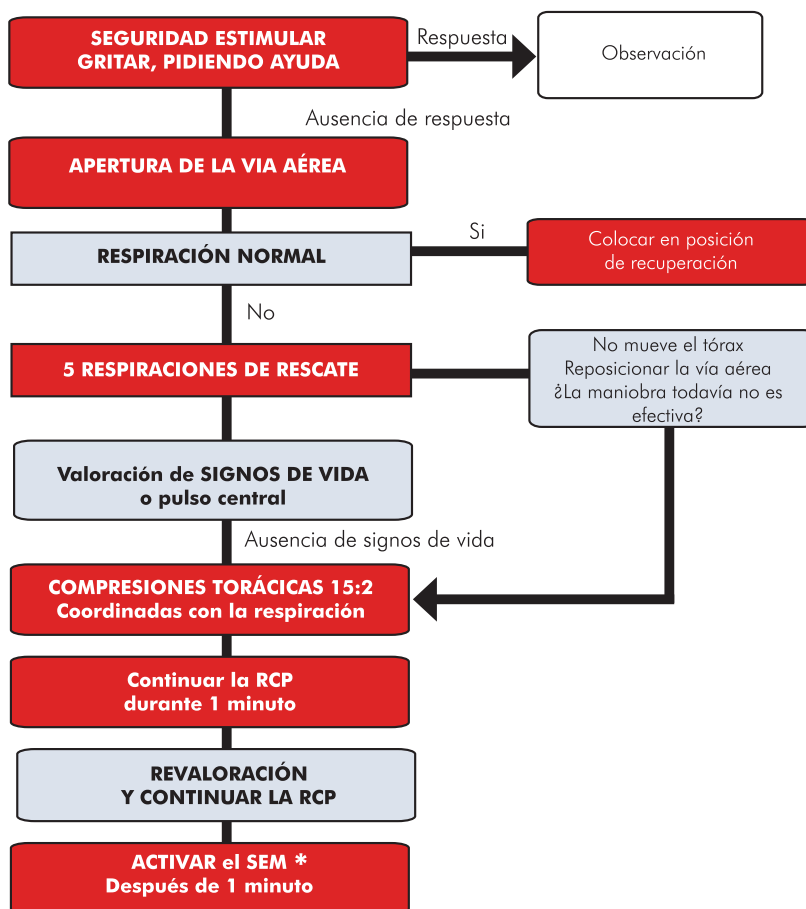
Fuente. AIEPI – MSPAS, 2017.

Nota. La reanimación cardiopulmonar la debe realizar personal calificado.

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN NIÑAS Y NIÑOS

Efectúe reanimación cardiopulmonar, si es necesario, según las indicaciones del algoritmo siguiente:

ALGORITMO DE SOPORTE BÁSICO DE VIDA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA PEDIÁTRICA

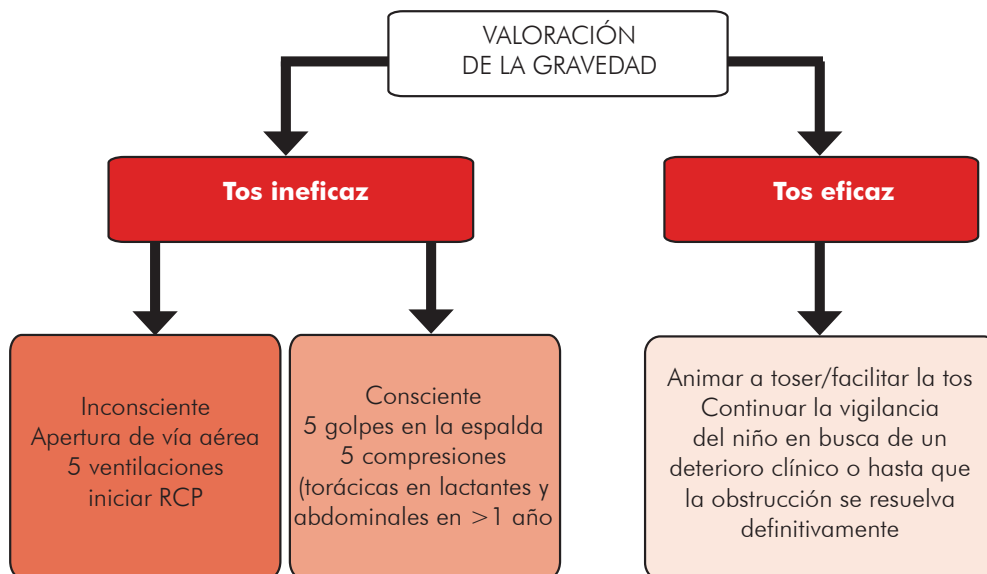


Fuente: Manual del curso de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada pediátrica
European Paediatric Life Support Spanish Translation, 1a Edición, Bélgica 2010

* **SEM:** Sistema de Emergencia Médica, Cuerpos de Bomberos de Guatemala.

Si sospecha Obstrucción Vía Aérea por Cuerpo Extraño -OVACE- utilice el siguiente algoritmo:

ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AEREA



Fuente. Manual del curso de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada pediátrica
European Paediatric Life Support Spanish Translation, 1a Edición, Bélgica 2010.

Conducta/tratamiento

- Si la niña o el niño está tosiendo de forma eficaz, no es precisa ninguna maniobra externa, anime a la niña o el niño a toser y vigile de forma continua.
- Si la tos de la niña o el niño es o se está haciendo ineficaz, trasládele inmediatamente al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA 3.
- De seguimiento a la contrarreferencia, si fuera el caso.

LACTANTE CONSCIENTE CON OBSTRUCCIÓN VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO (OVACE)



Golpes en la espalda en un lactante consciente



Girar al lactante hacia la posición supina colocando su brazo libre a lo largo de la espalda del niño y sujetando la zona occipital con la otra mano



La vía aérea se mantiene abierta con una mano mientras se realizan las maniobras



Golpes en el tórax en un lactante consciente

Fuente. Manual del curso de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada pediátrica. European Pediatric Life Support Spanish Translation, 1ª Edición, Bélgica 2010.

LACTANTE, NIÑA O NIÑO INCONSCIENTE CON OBSTRUCCIÓN VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO (OVACE)

- Colóquele en una superficie plana y rígida.
 - Explore la boca: abra la boca y busque algún objeto visible, si lo ve, haga un intento para extraerlo mediante un barrido con el dedo, nunca lo haga a ciegas, ya que esta maniobra puede introducir el objeto más profundamente en la faringe y provocar lesiones.
 - Realice respiraciones de rescate.
 - Compresiones torácicas y Reanimación Cardio Pulmonar -RCP-.
 - Para RCP vea algoritmo de reanimación cardiopulmonar básica pediátrica (ver página 298 en éste módulo).

Nota. Si el caso lo amerita y el servicio de salud cuenta con personal certificado por el Grupo de Reanimación Avanzada Pediátrica del MSPAS, inicie Reanimación Cardiopulmonar avanzada pediátrica.

Conducta/tratamiento

- Si hay necesidad de referencia a otro servicio de salud:
 - Estabilice.
 - Llene boleta de referencia.
 - Oriente a la familia o responsable, sobre estado de la niña o el niño y el motivo de la referencia.
- Registre en SIGSA.
- De seguimiento a la contrarreferencia, si fuera el caso.

NIÑA O NIÑO CONSCIENTE CON OBSTRUCCIÓN VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO (OVACE)



Fuente. Manual del curso de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada pediátrica
European Pediatric Life Support Spanish Translation, 1ª Edición, Bélgica 2010.

II. ACCIONES PREVENTIVAS EN LA NIÑA Y EL NIÑO

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A MENORES DE 10 AÑOS

MONITOREO DEL CRECIMIENTO EN NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A MENORES DE 5 AÑOS

La antropometría es el estudio que se ocupa de las proporciones y medidas del cuerpo humano. Las medidas utilizadas con mayor frecuencia son el peso y la longitud o talla (estatura), ya que en el caso de la niñez, proporcionan información útil para determinar el estado nutricional de acuerdo a la edad y con base a su resultado realizar las acciones preventivas o curativas necesarias.

El monitoreo del crecimiento (peso y longitud o talla) debe realizarse en toda niña o niño de 1 a menores de 5 años y sirve para:

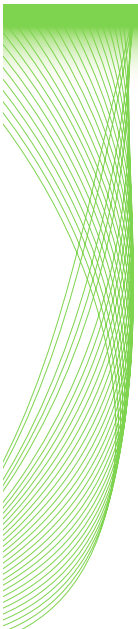
- Identificar niñas y niños que pudieran tener problemas en el crecimiento.
- Determinar patrones de crecimiento en la niña o niño.
- Evaluar tratamientos para problemas en el crecimiento.

Este debe realizarse con la periodicidad que se indica en la tabla siguiente:

MONITOREO DEL CRECIMIENTO (PESO Y LONGITUD O TALLA) EN NIÑAS Y NIÑOS DE UNO A MENORES DE CINCO AÑOS

Edad	Frecuencia	Controles
De 1 a menos de 2 años	Cada mes	12 al año
De 2 a menos de 3 años	Cada tres meses	4 al año
De 3 a menos de 5 años	Cada seis meses	2 al año

Fuente. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Normas de Atención en Salud Integral para Primero y Segundo Nivel, Guatemala, 2010.



Utilice los estándares de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y realice monitoreo a todas las niñas y los niños, con o sin enfermedad. Propicie un espacio físico adecuado (sin corrientes de viento, piso parejo, pared recta para colocar el tallímetro o metro). Para efectuar un adecuado monitoreo de crecimiento de la niña o niño se utiliza el peso y la longitud o talla, que permiten la construcción de tres indicadores:

- Peso para la edad.
- Longitud o talla para la edad.
- Peso para longitud o talla.

A continuación se describe cómo realizar la toma de cada una de las medidas que van a permitir la construcción de los indicadores:

EDAD

Pregunte a la madre, padre o acompañante de la niña o niño la fecha de nacimiento exacta (día, año y mes) para determinar la edad en años y meses, anote y tenga disponible el dato para registrar en gráficas según peso y longitud o talla.

PESO

Técnica para la toma de peso con Balanza Salter

- Pasos para la toma de peso para niñas y niños de uno a menores de dos años con balanza Salter:
 - Cuelgue con un lazo la balanza de un soporte o una viga.
 - Coloque el reloj de la balanza a la altura de la vista de la persona que leerá la medida.
 - Cuelgue el calzón en la balanza y verifique que marca cero (0) con todo y el calzón vacío.
 - Tenga siempre a mano el instrumento de registro, lápiz y borrador.
 - Pida a la madre que le quite la ropa a la niña o niño y en lugares donde el clima no lo permita, pida a la madre que lleve una mudada

completa de ropa y pésela para restarlo del peso de la niña o niño con ropa.

- Verifique que el pañal esté seco.
- Introduzca sus manos por la parte inferior del calzón y pida a la madre que le entregue a la niña o niño.
- Agarre a la niña o niño por los pies e introdúzcalos en el calzón, dejando un brazo adelante y el otro atrás, para mantener el equilibrio.
- Cuelgue el calzón en la balanza y espere el momento en que la aguja de la balanza esté inmóvil y lea el peso en voz alta a los 100 g (0.1 kg) más cercanos, e indique a la madre cual es el peso de la niña o niño.
- Anote el peso en el instrumento correspondiente.
- Descuelgue el calzón de la balanza para bajar a la niña o niño y solicite a la madre que lo vista.
- Marque el peso con un punto (dicho comúnmente como plotear) en las tablas de crecimiento de la niña o niño, según sea el caso.

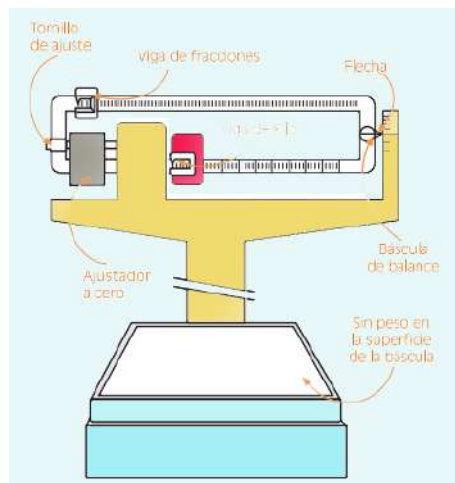
TÉCNICA PARA LA TOMA DE PESO CON BALANZA SALTER



Fuente. DRPAP, 2017.

- Pasos para la toma de peso para niñas y niños de 2 a menores de 5 años.
 - No deben utilizarse balanzas de baño o similares debido a que el resorte pierde flexibilidad con el uso.
 - Utilice balanza de palanca y plataforma (ver imagen de partes de la balanza).
 - Coloque las vigas en posición de cero, para ello es necesario que quite de la superficie de la balanza (plataforma) cualquier objeto que tenga.

PARTES DE LA BALANZA DE PIE



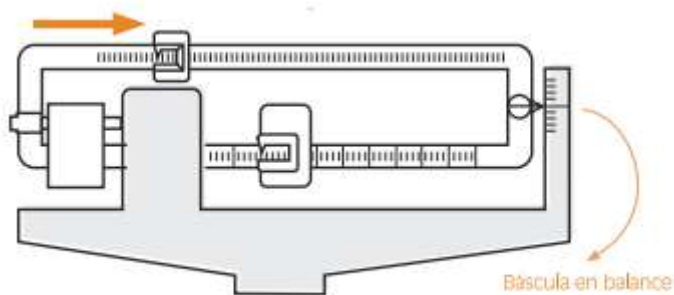
Fuente. Adaptadas por Diseño gráfico del DRPAP, 2017.

- Si la niña o el niño será medido sobre un pañal o manta, se coloca esta primero y después se ajusta a cero la balanza.
- Utilice el tornillo de ajuste y el ajustador a cero hasta que la flecha de la báscula o balanza marque cero.
- Antes de realizar la medición del peso, es importante que identifique cualquier discapacidad física en la niña o el niño, ya que esto ayuda a realizar mediciones exactas y puede prevenir errores.

- Para la toma del peso, la báscula se debe encontrar en una superficie plana, horizontal y firme. Antes de iniciar, compruebe el adecuado funcionamiento de la báscula o balanza.
 - Verifique que ambas vigas (fracción y kilos vea la imagen) de la palanca se encuentren en cero y la báscula esté bien balanceada.
- Si muestra alguna resistencia, no se debe pesar. Si es estrictamente necesario hacer la medición, se hará una observación anexa al registro.
- Lo que sigue es prepararle para ser pesada/o:
 - Antes de subir a la niña o niño a la báscula, verifique que no traigan exceso de ropa, como suéter, chumpa, sombrero o gorra, ni dinero, llaves o cosas pesadas en los bolsillos de la ropa, que pudieran sobrestimar el peso.
 - Preferentemente se pesan después de haber evacuado y vaciado la vejiga.
 - Coloque a la niña o niño en el centro de la plataforma, quien debe pararse de frente al medidor, erguido con hombros abajo, los talones juntos y con las puntas separadas.
 - Verifique que los brazos de la niña o niño estén hacia los costados y holgados, sin ejercer presión.
 - Chequee que la cabeza esté firme y mantenga la vista al frente en un punto fijo.
 - Pida a la madre o padre que ayude a que no se mueva para evitar oscilaciones en la lectura del peso.
 - Deslice la viga de abajo (graduaciones de 20 kg), hacia la derecha aproximando el peso de la niña o niño. Si la flecha de la palanca se va hacia abajo, avance la viga al número inmediato inferior.
 - Deslice la viga de arriba (graduaciones en kg y 100 g) hacia la derecha hasta que la flecha de la palanca quede en cero y no esté oscilando.
 - A veces es necesario realizar varios movimientos hasta que quede la flecha fija en el cero.
 - Realice la lectura de la medición, de frente y en kilogramos y gramos, otra opción es bajar a la niña o niño y hacer la lectura.

- Registre el dato inmediatamente y lea en voz alta (por ejemplo, 48.5 kg).

AJUSTE DE LA BALANZA DE PIE



Fuente. Adaptadas por Diseño gráfico del DRPAP, 2017.

- Si la balanza del servicio solo marca libras, convierta el peso a kilogramos, dividiéndolo en 2.2.
- Para informar a la madre o padre cuánto pesa la niña o niño, si lo tiene en kilos, conviértalo a libras, multiplicándolo por 2.2.
- Marque el peso con un punto (plotear) en las tablas de crecimiento de la niña o niño, según sea el caso.

LONGITUD O TALLA

- Realice medición de longitud en menores de 2 años o que midan menos de 85 centímetros.
- Realice la medición de la talla en mayores de 2 años o que midan más de 85 centímetros.
- Cada vez que se realice control de peso, debe realizarse control de longitud o talla.

- **Pasos para la toma de longitud:**

- Tenga a mano los formularios para la recolección de los datos (carné de la niña y niño, cuaderno de la niña y el niño menor de 7 años), lápiz y borrador.
- Para la toma de longitud o talla, deben participar dos proveedores de salud.
- Uno de los proveedores debe colocarse de rodillas frente al tope fijo del infantómetro.
- El otro proveedor debe colocarse a un lado del infantómetro, a la altura del tope móvil.
- Acueste a la niña o niño sobre el infantómetro verificando que talones, pantorrillas, nalgas y hombros estén pegados al infantómetro.
- Verifique que la niña o niño tenga la cabeza recta, sosteniéndola de ambos lados.
- Verifique que la vista de la niña o niño esté hacia arriba.
- El proveedor (o padre o madre) del lado del tope móvil, debe sostener las rodillas de la niña o niño y asegurarse que estén rectas.
- Mueva el tope móvil hasta topar los talones y lea la medida en voz alta al milímetro (0.1 cm) más cercano.

TÉCNICA PARA LA TOMA DE LONGITUD



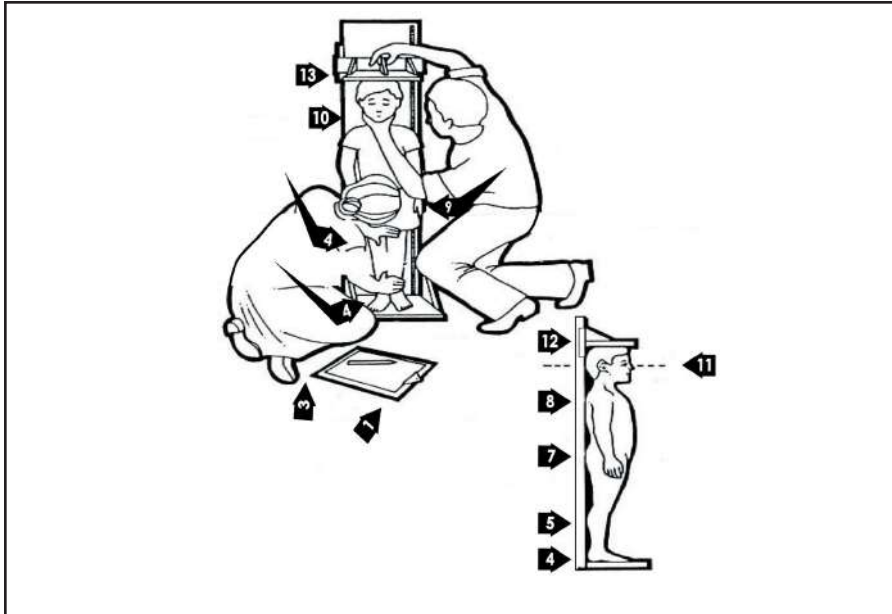
Fuente. INCAP. 2007. *Manual de Antropometría Física.* Guatemala.

- Anote la medición en el carné y en el SIGSA correspondiente y compare con la anterior (si existe) y repita el proceso de ser necesario (si es menor a la anterior).

- **Pasos para la toma de talla:**

1. Tenga a la mano el formulario para la recolección de los datos (carné de la niña y niño, cuaderno de la niña y el niño menor de 7 años), lápiz y borrador.
2. Verifique que las niñas no tengan adornos (moños, ganchos, colas) en el pelo o peinados altos que puedan interferir con la medición y que los niños no tengan gorra.
3. Pida a la niña o niño que se quite los zapatos y que coloque sus talones pegados al tallímetro o pared y que ponga las rodillas rectas.
El proveedor de salud debe colocarse frente a la niña o niño, de lado del tallímetro en donde se encuentra la cinta métrica. Esta persona será la encargada de tomar la medida.
4. Verifique que los talones estén pegados al tallímetro o pared.
El proveedor de salud auxiliar o el padre o madre, debe sostener los pies con una mano.
5. Verifique que las pantorrillas estén pegados al tallímetro o pared.
6. Verifique que las rodillas estén rectas.
El proveedor de salud auxiliar o padre o madre, debe sostener las rodillas con la otra mano.
7. Verifique que las nalgas estén pegadas al tallímetro o pared.
8. Asegúrese que los hombros y cabeza estén pegados al tallímetro o pared.
9. El padre, madre o encargado, debe colocarse de rodillas frente a la niña o el niño, del lado del tallímetro, opuesto al proveedor.
Verifique que los brazos estén colgados sobre las caderas de la

TÉCNICA PARA LA TOMA DE TALLA



Fuente. INCAP. 2007. *Manual de Antropometría Física.* Guatemala.

niña o niño.

10. Tome a la niña o niño por la quijada.
 11. Asegúrese que la vista de la niña o niño estén a 90° (grados) de la pared.
 12. Coloque el cartabón (parte móvil del tallímetro) en la parte superior de la cabeza apretando suavemente.
 13. Lea la medida en voz alta al milímetro más cercano (ejemplo: 100.2 cm o 98.8 cm).
- Marque el peso con un punto, (plotear) en las tablas de crecimiento de la niña o niño, según sea el caso.
 - Anote la medición y repita el proceso de ser necesario porque tiene menos talla que en el control anterior.

INDICADORES

EVALUACIÓN DEL INDICADOR PESO PARA EDAD

Marque con un punto (plotear), en las tablas de peso para la edad de la niña o niño, según sea el caso de la siguiente manera:

- Busque sobre el eje horizontal o línea de abajo, la edad en meses.
- Fije su dedo sobre el número que indica la edad de la niña o niño y luego vaya subiéndolo poco a poco sobre el eje vertical hasta encontrar la línea que corresponde al peso actual.
- En el lugar donde se junta la edad con el peso, dibuje o rellene un pequeño círculo (punto negro).
- Evalúe donde dibujó el punto y clasifique.
- Dibuje una línea desde el punto que marcó en el control de crecimiento anterior, hasta el punto actual. De esta forma usted irá dibujando la curva de crecimiento de la niña o niño.
- Clasifique de acuerdo a la tabla siguiente.
- Luego de clasificar revise la sección Detección y Atención Oportuna de éste módulo página 357, para identificar las acciones según el estado nutricional de la niña o niño.

CLASIFICACIÓN DEL INDICADOR PESO PARA EDAD EN NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A MENORES DE 5 AÑOS

Clasificación del indicador peso para edad P/E	Desviación Estándar (DE)
Peso normal	Entre +2 hasta -2 desviaciones estándar
Peso bajo moderado	Debajo de -2 hasta -3 desviaciones estándar
Peso bajo severo	Debajo de -3 desviaciones estándar

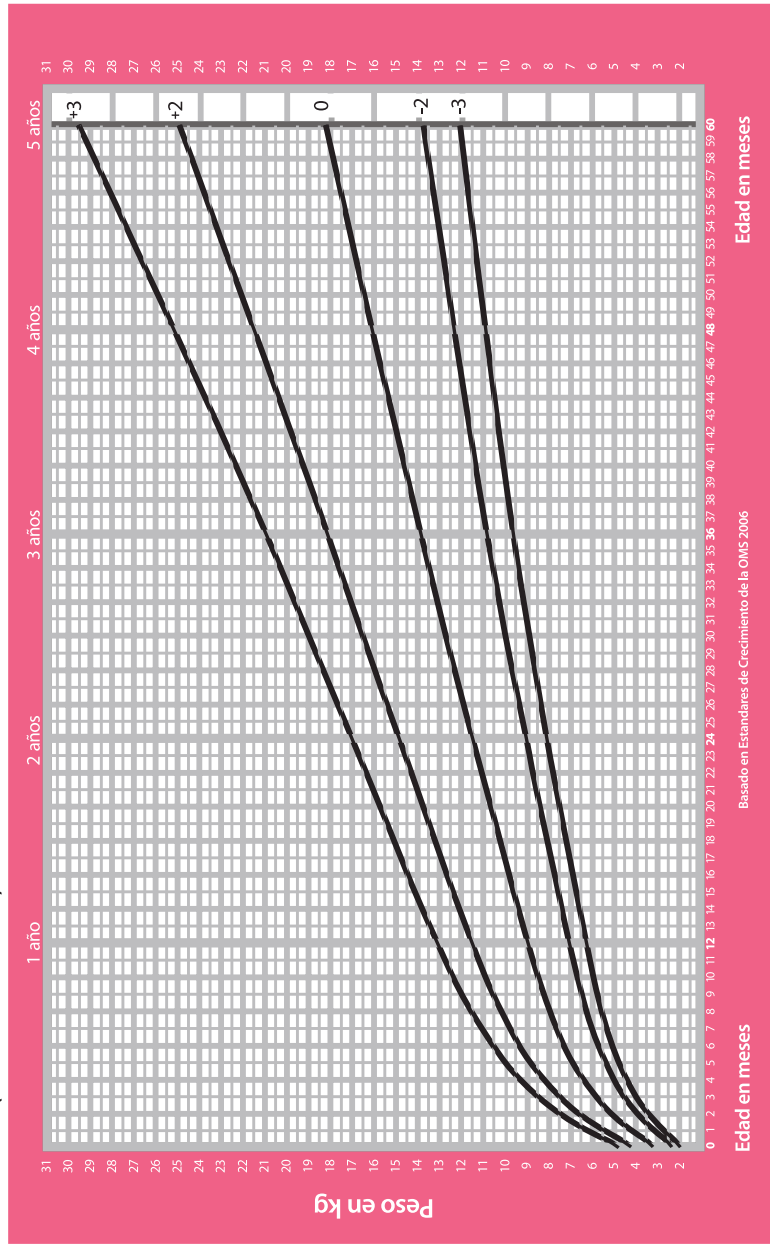
Fuente. Elaborada con base a "Interpretando los indicadores de crecimiento", OMS/OPS (2008). PROSAN, 2017.

Nota. Las gráficas a continuación son con fines demostrativos. Para realizar la evaluación nutricional se recomienda para mayor precisión utilizar las gráficas de mayor tamaño.

GRÁFICAS DE LA OMS PARA EL REGISTRO DE PESO PARA LA EDAD EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Peso para la edad Niñas

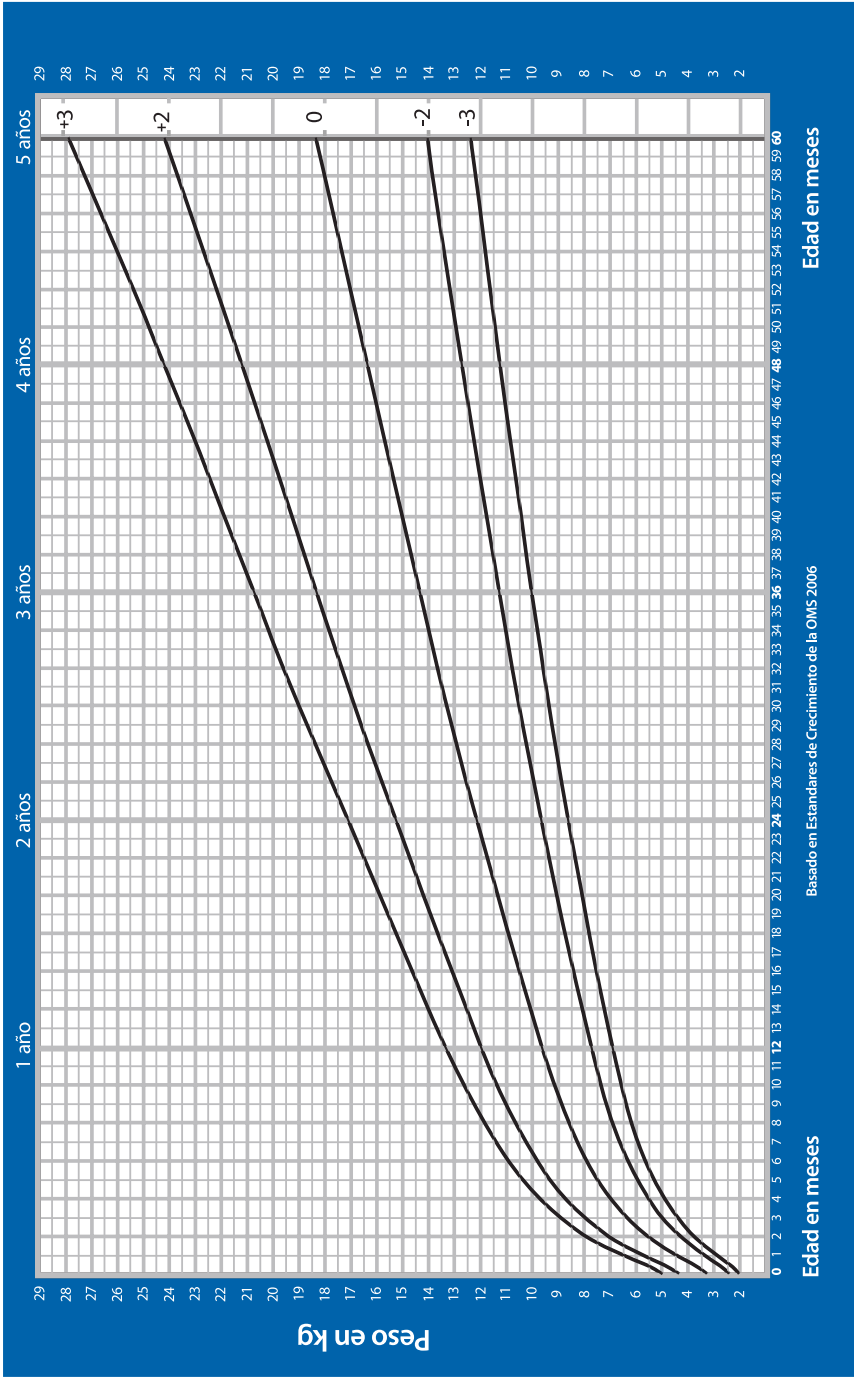
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Fuente. OMS-OPS.

Peso para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Basado en Estándares de Crecimiento de la OMS 2006

Fuente. OMS-OPS.

EVALUACIÓN DEL INDICADOR LONGITUD O TALLA PARA LA EDAD

- Realice y obtenga la medición de la longitud o talla en centímetros.
- Determine la edad en meses a partir de la fecha de nacimiento.
- Utilice la gráfica de longitud o talla adecuado al sexo y edad de la niña o niño que está evaluando.
- Para graficar la longitud/talla para la edad de la niña o niño:
 - Busque sobre el eje horizontal o línea de abajo, la edad en meses.
 - Fije su dedo sobre el número que indica la edad de la niña o niño y luego vaya subiéndolo poco a poco sobre el eje vertical hasta encontrar la línea que corresponde a la talla actual.
 - En el lugar donde se junta la longitud/talla con la edad, dibuje o rellene un pequeño círculo (punto negro).
 - Evalúe donde dibujó el punto y clasifique.
 - Dibuje una línea desde el punto que marcó en el control de crecimiento anterior, hasta el punto actual. De esta forma usted irá dibujando la curva de crecimiento de la niña o niño.
 - Clasifique de acuerdo a la tabla de longitud o talla para la edad.
 - Informe a la madre, padre o encargado el estado nutricional actual de la niña o el niño.
 - Luego de clasificar revise la sección Detección y Atención Oportuna de éste módulo página 357, para identificar las acciones según el estado nutricional de la niña o niño.

CLASIFICACIÓN DEL INDICADOR LONGITUD O TALLA PARA LA EDAD EN NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A MENORES DE 5 AÑOS

Clasificación del indicador longitud/talla para edad L-T/E	Desviación Estándar (DE)
Longitud/talla normal	Entre +2 hasta -2 desviaciones estándar
Retardo del crecimiento moderado	Debajo de -2 hasta -3 desviaciones estándar
Retardo del crecimiento severo	Debajo de -3 desviaciones estándar

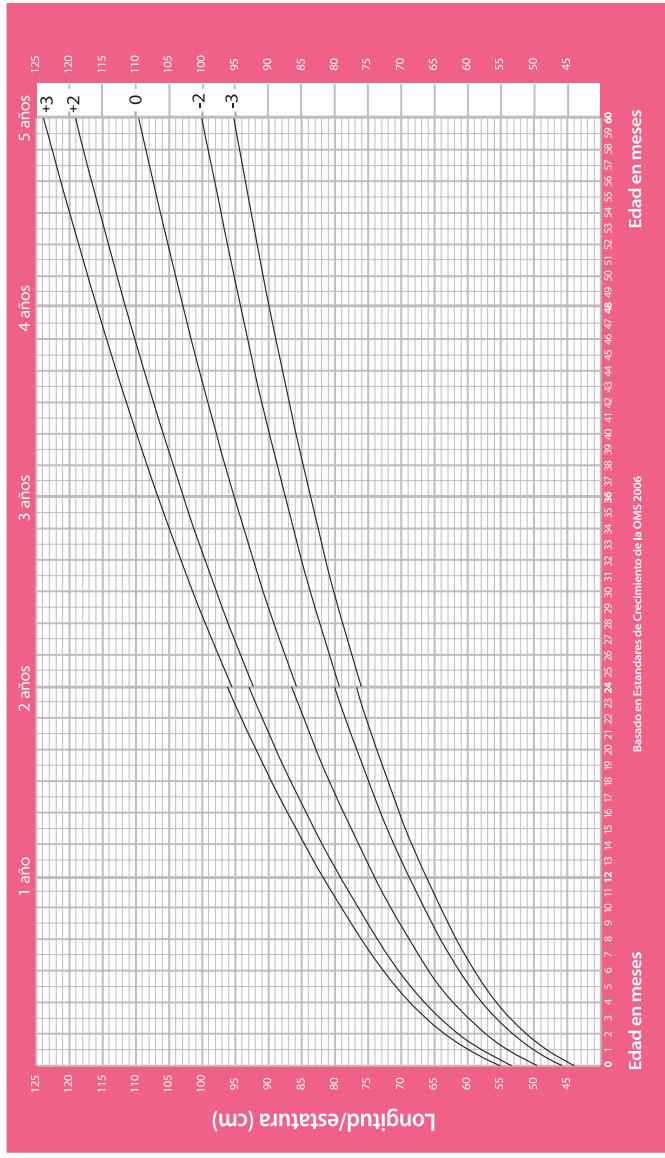
Fuente. Elaborada con base a “Interpretando los indicadores de crecimiento”, OMS/OPS (2008). PROSAN, 2017.

Nota. Las gráficas a continuación son con fines demostrativos. Para realizar la evaluación nutricional se recomienda para mayor precisión utilizar las gráficas de mayor tamaño.

GRÁFICAS DE LA OMS PARA EL REGISTRO DE LONGITUD O TALLA PARA LA EDAD EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Longitud/talla para la edad Niñas

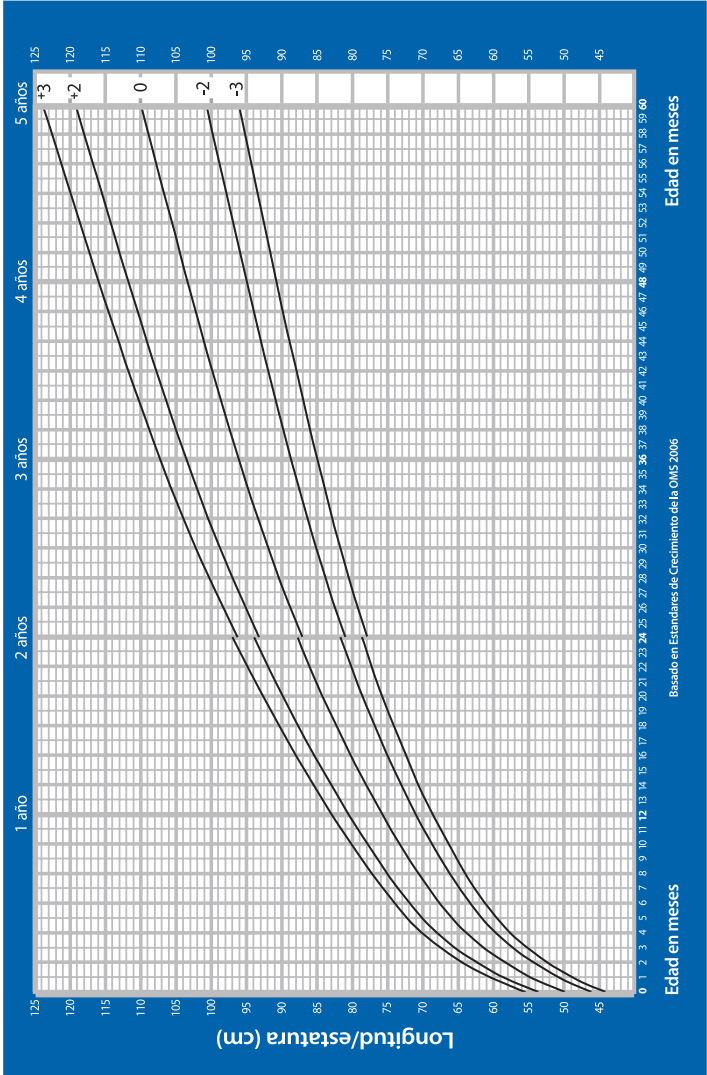
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Fuente. OMS-OPS.

Longitud/talla para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Basado en Estándares de Crecimiento de la OMS 2006

Fuente. OMS-OPS.

EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL PESO PARA LONGITUD O TALLA

- Realice y obtenga la medición del peso de la niña o el niño en kilogramos (kg) y la medición de la longitud o talla en centímetros (cm).
- Utilice la gráfica peso para la longitud o talla adecuado al sexo y edad de la niña o niño que está evaluando.
- Para graficar el peso para la longitud/talla de la niña o niño:
 - Busque sobre el eje horizontal o línea de abajo, la longitud o talla actual de la niña en centímetros.
 - Fije su dedo sobre el número que indica la longitud o talla de la niña o niño y luego vaya subiéndolo poco a poco sobre el eje vertical hasta encontrar la línea que corresponde al peso actual.
 - En el lugar donde se junta la longitud o talla con el peso, dibuje o rellene un pequeño círculo (punto negro).
 - Evalúe donde dibujó el punto y clasifique.
 - Dibuje una línea desde el punto que marcó en el control de crecimiento anterior, hasta el punto actual. De esta forma usted irá dibujando la curva de crecimiento de la niña o niño.
 - Clasifique de acuerdo a la tabla de peso para la longitud o talla.
 - Informe a la madre, padre o encargado el estado nutricional actual de la niña o el niño.
 - Luego de clasificar revise la sección Detección y Atención Oportuna de éste módulo página 357, para identificar las acciones según el estado nutricional de la niña o niño.

CLASIFICACION DEL INDICADOR PESO PARA LA LONGITUD O TALLA EN NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A MENORES DE 5 AÑOS

Clasificación del indicador peso para la longitud o talla	Desviación Estándar (DE)
Obesidad	Arriba de +3 desviaciones estándar
Sobrepeso	Arriba de +2 a +3 desviaciones estándar
Normal	Entre +2 a -2 desviaciones estándar
Desnutrición moderada	Debajo de -2 a -3 desviaciones estándar
Desnutrición severa	Debajo de -3 desviaciones estándar

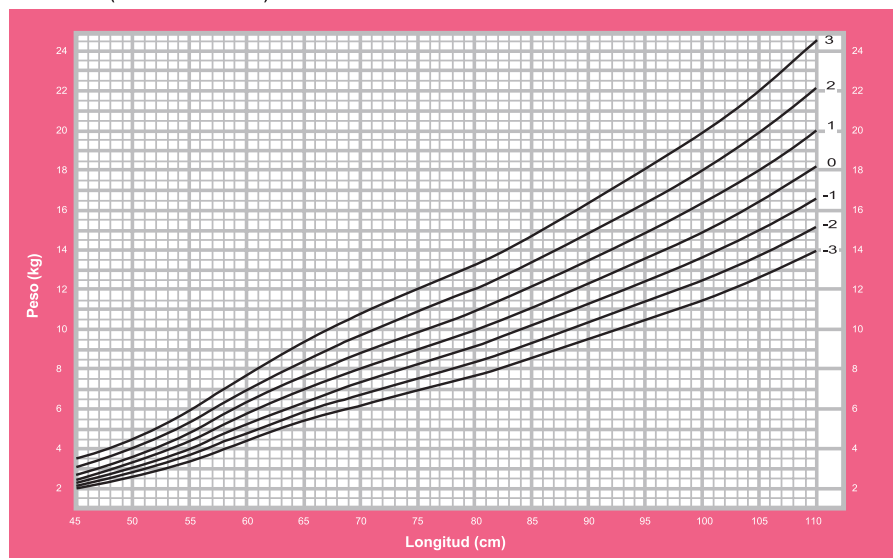
Fuente. Elaborada con base a “Interpretando los indicadores de crecimiento”, OMS/OPS (2008). PROSAN, 2017.

Nota. Las gráficas a continuación son con fines demostrativos. Para realizar la evaluación nutricional se recomienda para mayor precisión utilizar las gráficas de mayor tamaño.

GRÁFICAS DE LA OMS DEL REGISTRO DE PESO PARA LONGITUD O TALLA EN NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

Peso para la longitud Niñas

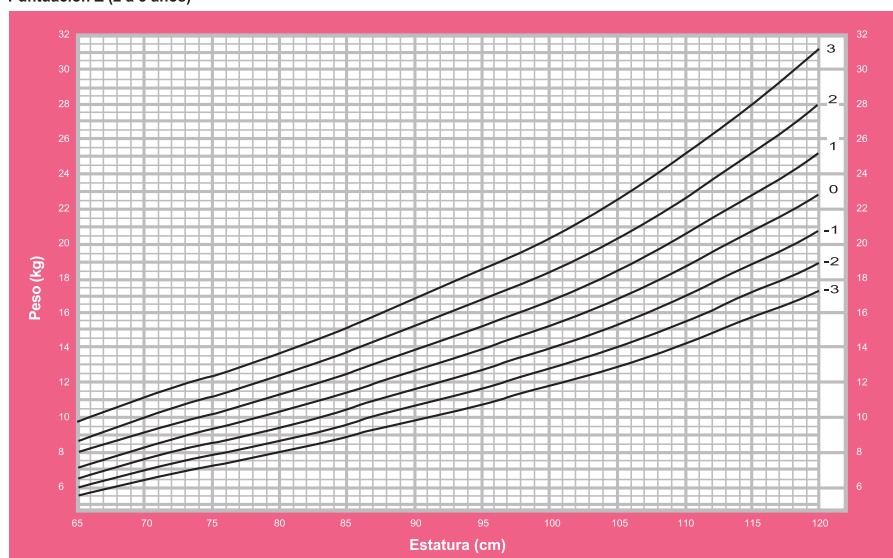
Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

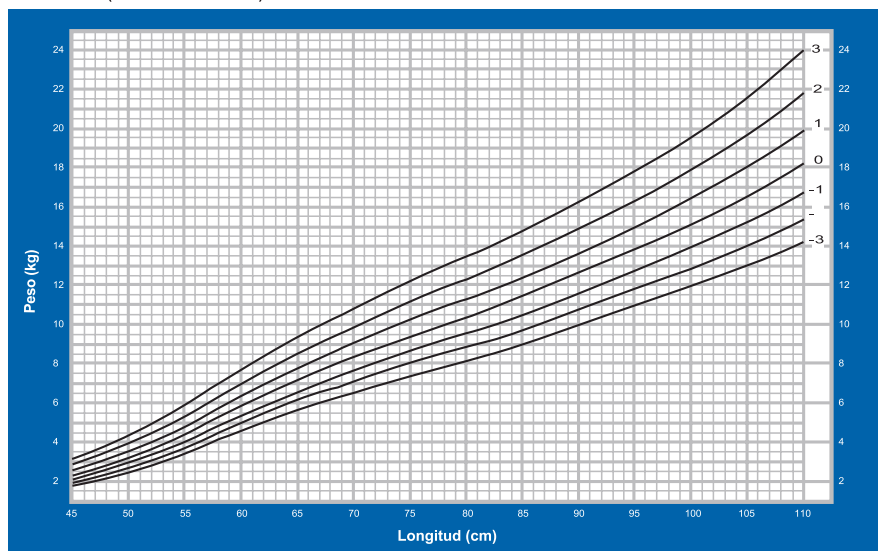


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

GRÁFICAS DE LA OMS DEL REGISTRO DE PESO PARA LONGITUD O TALLA EN NIÑOS

Peso para la longitud Niños

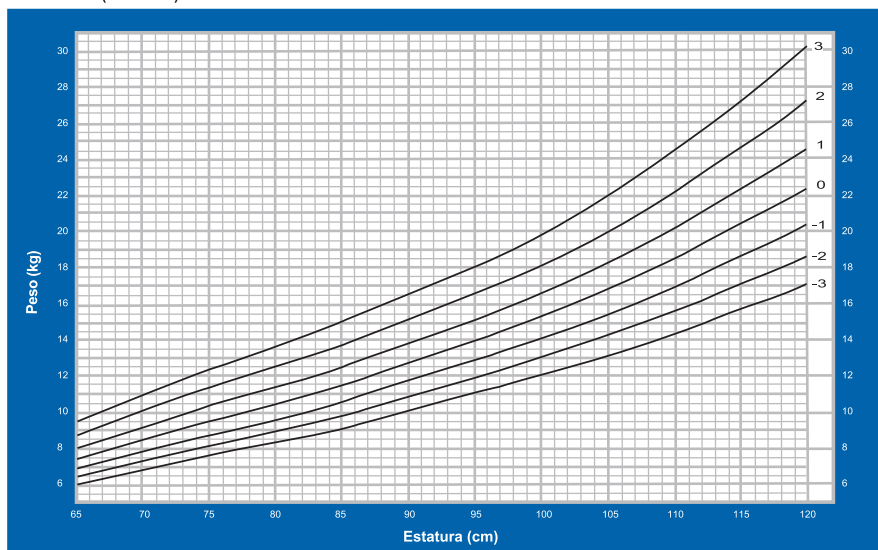
Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA EN NIÑAS Y NIÑOS DE 5 A MENORES DE 10 AÑOS

ÍNDICE DE MASA CORPORAL -IMC-

Es un indicador especialmente útil para evaluar sobrepeso y obesidad que se obtiene de la relación entre el peso y la estatura o talla, para calcularlo establezca el peso en kilogramos (kg) de la niña o el niño en una balanza para adulta/o y la talla en metros con un tallímetro o cinta métrica.

Para el cálculo del IMC utilice la fórmula siguiente:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso en kg}}{\text{Talla en m}^2}$$

Interpretación del IMC para la edad

(Ver anexo No. 1 Tablas de Índice de Masa Corporal, página 471).

Ejemplo:

Calcule el índice de masa corporal -IMC- de una niña quien tiene 7 años, que pesa 62 libras (28.18 kg) y mide 1.20 metros.

Observaciones:

- Para calcular la talla en metros cuadrados de la niña se multiplica la talla (1.20) por sí misma.
- $1.20 \times 1.20 = 1.44$ metros cuadrados (m^2).
- Para calcular el peso en kg dividir, el peso en libras dentro de la constante 2.2.

$$\begin{array}{l} \text{Peso en} \\ \text{Kilos} \end{array} \quad \frac{\text{Peso en lb}}{2.2} = \frac{62}{2.2} = 28 \text{ kg}$$

Para calcular el IMC divida el peso en kg/talla en mts², para este caso:

$$\text{IMC} = \frac{28 \text{ kg}}{1.44 \text{ m}^2} = 19.4$$

El índice de masa corporal de la niña es de 19.4, por lo que su diagnóstico nutricional es sobrepeso (ver anexo No. 1 Tablas de Índice de Masa Corporal, página 471)

Luego de clasificar el estado nutricional revise la sección Detección y Atención Oportuna, de éste módulo página 357, para identificar las acciones según el estado nutricional de la niña o niño.

EVALUACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN

MENORES DE 2 AÑOS

Después de realizada la clasificación de peso y talla (antropometría), realice la evaluación de consumo de alimentos y de acuerdo a lo encontrado oriente a la madre, padre o encargado.

- Niñas y niños menores de dos años, evalúe con base a las “Guías Alimentarias para la Población Guatemalteca Menor de dos Años” y oriente a partir de la figura “Cómo alimentar a niños y niñas menores de 2 años”, página siguiente.

Tomar en cuenta la frecuencia y cantidad de alimento complementario entregado a niñas y niños de 1 a menores de 2 años según las estrategias nacionales, departamentales, municipales y locales.

Cómo alimentar a niños y niñas menores de 2 años

	0 a 6 meses	6 a 8 meses	9 a 11 meses	1 a 2 años	Enfermo o en recuperación
Lactancia materna	 Dale todo pecho. Dale todo pecho.	 Dale pecho y cantidad.	 Dale pecho y cantidad.	 Dale cantidad y pecho.	 Dale todo pecho. Dale todo pecho. Dale todo pecho. Dale todo pecho. Dale todo pecho.
Consistencia de los alimentos	 Líquido.	 Alimentación líquida y sólida.	 Píntate o cámbiate de líquido.	 Píntate, cámbiate o píntate.	 Alimentación líquida y sólida.
Cantidad de alimentos	 Dale todo lo que el niño o la niña quiera comer. Dale todo lo que el niño o la niña quiera comer.	 Dale 2 a 3 cucharadas cada vez.	 Dale 3 a 4 cucharadas cada vez.	 Dale 4 a 8 cucharadas cada vez.	 Dale 10 a 15 cucharadas cada vez.
Variedad de alimentos	 Solo leche materna.	 Dale todo lo que el niño o la niña quiera comer. Dale todo lo que el niño o la niña quiera comer.	 Dale todo lo que el niño o la niña quiera comer. Dale todo lo que el niño o la niña quiera comer.	 Dale todo lo que el niño o la niña quiera comer. Dale todo lo que el niño o la niña quiera comer.	 Dale todo lo que el niño o la niña quiera comer. Dale todo lo que el niño o la niña quiera comer.
Frecuencia de los alimentos	 Dale de 10 a 12 veces al día y de noche.	 Dale 2 a 3 veces al día.	 Dale 3 a 4 veces al día. 3 tiempos y 3 refrigerios.	 Dale 4 a 5 veces al día. 4 tiempos y 4 refrigerios.	 Dale 5 a 6 veces al día. 5 tiempos y 5 refrigerios.
Modo de dar con amor	 Mírele y concéntrate al darle pecho.	 Mírele en los ojos.	 Mírele en los ojos.	 Mírele en los ojos.	 Mírele en los ojos.

Elaborado por el Ministerio de Salud Pública y Asesoría Técnica (MSPAT) con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
Diseñado por el Ministerio de Salud Pública y Asesoría Técnica (MSPAT) con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
Distribuido por el Ministerio de Salud Pública y Asesoría Técnica (MSPAT) con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).



Fuente: PROSAN, 2017.

MAYORES DE 2 AÑOS

- Niñas y niños mayores de 2 años, evalúe con base a las “Guías Alimentarias para Guatemala” y la tabla siguiente:

EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS

Grupo de Alimentos	Todos los días	3 veces por semana	2 veces por semana	1 vez por semana	Nunca
Granos, cereales y papas					
Verduras, hortalizas y hierbas					
Frutas					
Leche o atol fortificado					
Queso					
Huevos					
Carnes (blancas y rojas)					
Agua segura					
Alimentos no nutritivos: aguas carbonatadas (gaseosas), dulces					

Fuente. PROSAN, 2017.

Pregunte a la madre, padre o encargado acerca del consumo de los alimentos de cada grupo (columna izquierda) según la frecuencia indicada (todos los días, 3 veces por semana, 2 veces por semana, 1 vez por semana, nunca). Ejemplo:

Pregunta: ¿Cada cuánto come huevos?

Respuesta: solo el día de mercado.

En este caso, deberá registrar en la fila del grupo “huevos” una “X” en la casilla de la columna “1 vez por semana”.

Todas las respuestas que hayan sido marcadas dentro de los recuadros sombreados, son las maneras adecuadas. Si la niña o el niño comen carnes y huevos con mayor frecuencia también es correcto.

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A MENORES DE 5 AÑOS

Los problemas nutricionales se dan tanto por exceso como por deficiencia. Las deficiencias que con mayor frecuencia se presentan en Guatemala son las de los micronutrientes: hierro y ácido fólico, zinc y vitaminas del complejo B. Por lo que es necesaria la suplementación en niñas y niños de 1 a menores de 5 años, de acuerdo a la tabla siguiente:

DOSIS PARA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES EN NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A MENORES DE 5 AÑOS

Micronutrientes	Edad	Dosis	Frecuencia de entrega
Vitamina A	En relación a vitamina A, se omite la suplementación en niñez de 1 a menores de 2 años.		
Vitaminas y minerales espolvoreados (se entrega en lugar de hierro y ácido fólico)	1 año a menores de 5 años.	1 sobre diario por 60 días.	Cite cada 6 meses para monitorear el consumo de sobres de micronutrientes espolvoreados y hacer nueva entrega.

Fuente. Lineamientos para la suplementación. PROSAN, 2017.

Registre la entrega de micronutrientes en el carné, en el cuaderno SIGSA 5a.

NIÑAS Y NIÑOS DE 5 A MENORES DE 10 AÑOS

Suplemente a niñas y niños de 5 a menores de 10 años con hierro, con base a la tabla siguiente:

SUPLEMENTACIÓN CON HIERRO A NIÑAS Y NIÑOS DE 5 A MENORES DE 10 AÑOS

Edad	Suplemento	Administración y Dosis	Frecuencia de entrega
Niñas y niños de 5 a menores de 10 años	Hierro	1 Tableta de 300 mg de sulfato ferroso (60 mg de hierro elemental) cada 8 días, vía oral PO	12 tabletas cada tres meses, cite para monitorear consumo de las tabletas

Fuente. Lineamientos de Suplementación. PROSAN, 2017.

EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A MENORES DE 10 AÑOS

La actividad física es importante para la salud de la población. Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. (OMS). Si las niñas y niños utilizan computadora o ven televisión, se recomienda que sea por un tiempo menor de 2 horas al día. Evalúe la actividad física de acuerdo al cuadro a continuación.

EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Tipo de actividad	Actividad	Todos los días	1 vez por semana	2 a 3 veces por semana	De 3 a 4 veces por semana 30 minutos	Nunca
Informal (actividades que se realizan todos los días)	Jugar al aire libre en lugares seguros					
	Caminar					
	Ayudar con tareas de la casa acorde a la edad (Ej. regar las flores, etc)					
	Recoger juguetes					
	Montar bicicleta					
	Jugar o pasear al aire libre en lugares seguros					
	Bailar					
Formal (sesiones de ejercicio físico bien programadas y supervisadas)	Baloncesto					
	Balónpie (football)					
	Volleyball					

Fuente. PROSAN, 2017.

Según el tipo de actividad pregunte la frecuencia que la niña o niño la realiza. Anote la respuesta en la columna correspondiente (todos los días, 1 vez por semana, etc.).

Todas las respuestas que hayan sido marcadas dentro de los recuadros sombreados se consideran adecuadas. Recomiende realizar un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física. Si las niñas y niños utilizan computadora o ven televisión, se recomienda que sea por un tiempo menor de 2 horas al día.

DESPARASITACIÓN

El tratamiento preventivo contra el parasitismo se debe repetir cada 6 meses, a partir del año de edad. En niñas y niños pequeños se recomienda triturar la tableta (según su edad) y administrarla con agua segura, si aun así se les dificulta tragar, es mejor dar el jarabe. Basándose en la tabla siguiente:

ESQUEMA DE TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA EL PARASITISMO, CON ALBENDAZOL

Edad	Dosis	Presentación	Frecuencia	Vía de administración
1 año a menores de 2 años	200 mg	Tabletas masticables o jarabe (si hay disponible)	Cada 6 meses	Oral
2 años a menores de 6 años	400 mg	Tabletas masticables o jarabe (si hay disponible)	Cada 6 meses	Oral

Fuente. Programa de ETA, 2017.

Nota. La presentación del albendazol puede ser en tabletas de 400 mg o de 200 mg/5 ml en frascos. Verifique bien la dosis a administrar. En el caso de dosis de 200 mg en tableta, machaque la tableta, con agua limpia y segura.

DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL DESARROLLO

- Mida el perímetro cefálico con cinta métrica no deformable.
- Coloque la cinta a nivel de las protuberancias frontales (frente) y occipitales (abultamiento óseo detrás de la cabeza) ver ilustración.
- Realice la lectura en la región frontal, en centímetros.

MEDICIÓN DE PERÍMETRO CEFÁLICO



Fuente. DRPAP, 2017.

- Verifique si el perímetro cefálico se encuentra entre los límites normales, según la edad y el sexo (según las gráficas del perímetro cefálico de OMS).
- Clasifique el perímetro cefálico según el siguiente cuadro.

CLASIFICACIÓN DEL PERÍMETRO CEFÁLICO

CLASIFICACIÓN DEL PERÍMETRO CEFÁLICO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Macrocefalia	Arriba de +2 Desviaciones Estándar
Normal	Entre -2 hasta +2 Desviaciones Estándar
Microcefalia	Debajo -2 hasta +2 Desviaciones Estándar

Fuente. OMS-OPS.

Nota. Si encuentra microcefalia o macrocefalia, consulte y aplique lo referido en la escala simplificada de evaluación del neurodesarrollo (ver más adelante), acorde a la edad y refiera para una evaluación especializada del desarrollo.

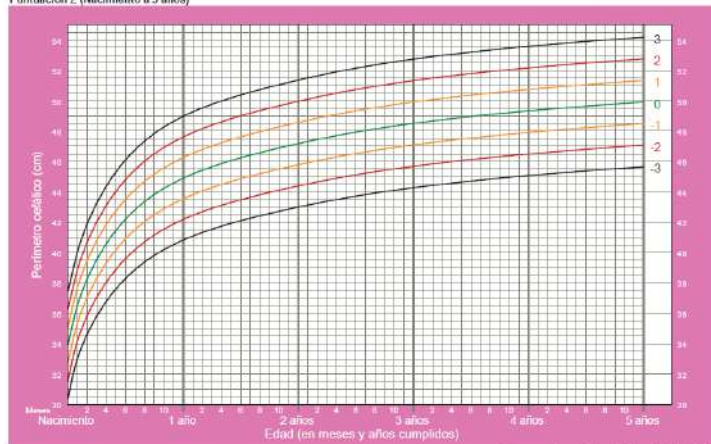
Nota. Las gráficas a continuación son con fines demostrativos. Para realizar la evaluación nutricional se recomienda para mayor precisión utilizar las gráficas de mayor tamaño.

GRÁFICAS DE LA OMS PARA EL REGISTRO DE PERÍMETRO CEFÁLICO DE NIÑAS Y NIÑOS

Perímetro cefálico para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

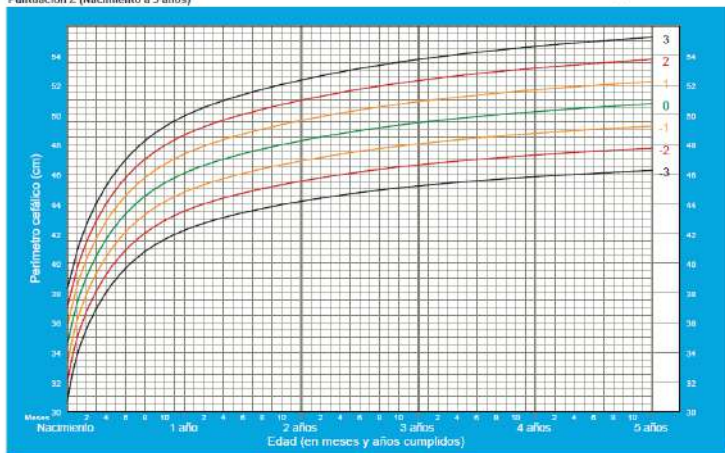
Organización
Mundial de la Salud



Perímetro cefálico para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

Organización
Mundial de la Salud



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Fuente. OMS-OPS.

NEURODESARROLLO INFANTIL

- Pregunte a la madre, padre o responsable si la niña o el niño cumple el logro a ser evaluado y marque cada logro que la niña o niño cumple de acuerdo a su edad.
- Si la madre, padre o responsable no es capaz de responder a algún logro, solicite que la niña o niño realice el logro esperado.
- Realice vigilancia del neurodesarrollo y detecte factores de riesgo que pueden afectar el desarrollo, de acuerdo a los criterios propuestos en las tablas siguientes:

ESCALA SIMPLIFICADA DE EVALUACIÓN DEL NEURODESARROLLO

EDAD	DESARROLLO EMOCIONAL (Área socio afectiva)	COMUNICACIÓN (Área de lenguaje)	MOVIMIENTO (Área motora gruesa y fina)
12 a 15 meses	▫ Reconocer los miembros de la familia. ▫ Juega con otras niñas y niños.	▫ Jerga o jerigonza. ▫ Dice una palabra.	▫ Imita gestos (aplaude). ▫ Pinza superior. ▫ Camina con o sin apoyo. ▫ Brazos y piernas flexionadas.
18 a 24 meses	▫ Cárguela (o) cuando la niña o niño lo desee.	▫ Dice de tres a cinco palabras.	▫ Identifica 2 objetos. ▫ Garabatea espontáneamente. ▫ Camina para atrás, da dos pasos sin caerse. ▫ Ejecuta gestos a pedido. ▫ Coloca objetos en un recipiente. ▫ Se quita la ropa. ▫ Construye una torre de tres trozos (cubos). ▫ Señala dos figuras. ▫ Patea una pelota.

2 a 3 años	▫ Dice nombres. ▫ Señala dos figuras. ▫ Se viste con supervisión.	▫ La niña o niño forma frases de dos palabras.	▫ Construye o apila torres de 4 a 6 trozos (cubos). ▫ Se para sola(o) en un pie con ayuda. ▫ Salta con ambos pies
3 a 4 años	▫ Control de esfínteres. ▫ Reconoce dos acciones. ▫ Se pone una prenda de vestir.	▫ Dice nombres de un amigo. ▫ Comprende dos adjetivos.	▫ Salta en un pie. ▫ Tira la pelota. ▫ Mueve el pulgar con una mano cerrada. ▫ Se para en un pie durante un segundo. ▫ Copia una línea vertical.
4 a 5 años	▫ Gusta de juegos competitivos. ▫ Elige objetos del mismo color. ▫ Copia círculos. ▫ Se viste sin ayuda.	▫ Emplea verbos en pasado. ▫ Comprende el significado de encima, debajo, al frente y atrás.	▫ Camina hacia atrás. ▫ Cuenta con los dedos de una mano. ▫ Salta en un solo pie. ▫ Copia una cruz. ▫ Copia círculos.
5 a 6 años	▫ Se cepilla los dientes sin ayuda. ▫ Señala la línea más larga. ▫ Dibuja una persona con 6 partes	▫ Define cinco palabras. ▫ Hace analogías.	▫ Marcha con punta y talón.
6 a 7 años	▫ Acepta y sigue reglas de juegos.	▫ Define siete palabras.	▫ Se para en un pie por 7 segundos. ▫ Copia un cuadro.

7 a 8 años	▫ Se amarra los zapatos. ▫ Sabe que día de la semana es. ▫ Suma y resta números de una sola cifra. ▫ Cuenta de 2 en 2.	▫ Lee un párrafo. ▫ No sustituye un sonido por otro al hablar (la r).	▫ Copia un rombo.
8 a 9 años	▫ Cuenta de 5 en 5. ▫ Define palabras sin referirse solo a sus usos (¿qué es una naranja? Una fruta). ▫ Suma y resta números de dos cifras.	▫ Da una respuesta apropiada a una pregunta.	▫ Dibuja una figura humana con 16 partes.

Fuente. OMS. *Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil en el contexto de AIEPI* (primera edición) y *Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI* (segunda edición), 2015.

FACTORES DE RIESGO QUE PUEDEN AFECTAR EL NEURODESARROLLO

RIESGOS	FACTORES
GENÉTICOS	Desordenes médicos definidos, especialmente los de origen genético (trastornos innatos del metabolismo, las malformaciones congénitas, el Síndrome de Down y otros síndromes genéticos).
BIÓLOGICOS	Prematurez, hipoxia cerebral grave, kernicterus, meningitis, encefalitis.
SOCIO AMBIENTALES	Falta de afecto por parte de la madre, padre o encargado o familia, las condiciones de vida negativas ligadas a la familia, al medio ambiente, a la comunidad: violencia intrafamiliar, abuso, maltratos, o problemas de salud mental de la madre o de quien cuida a los niños y niñas, practicas inadecuadas, consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas).

Fuente. Normas de Atención en Salud Integral para el primero y segundo nivel, 2010.

Para clasificar el neurodesarrollo infantil, basarse en la tabla siguiente:

EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL NEURODESARROLLO INFANTIL

EVALÚE	CLASIFIQUE	CONDUCTA
- Ausencia de una o más condiciones para el grupo de edad anterior a la edad de la niña o niño; o - Perímetro cefálico $<p10$ y $>p90$; o - Presencia de 3 o más alteraciones físicas (fenotípicas).	POSIBLE ATRASO DEL DESARROLLO	- Orienta a la madre, padre o encargado(a) sobre el motivo del traslado. Refiera para una evaluación especializada de desarrollo. - Registre en el SIGSA.
- Ausencia de una o más de las condiciones para el grupo de edad al que pertenece la niña o el niño. - La niña o niño cumple con todas las condiciones para el grupo de edad al que pertenece pero hay uno o más factores de riesgo.	PROBABLE RETRASO EN EL DESARROLLO	- Orienta a la madre, padre o encargado(a) sobre la estimulación de su hija o hijo de acuerdo a su edad. - Haga una consulta de seguimiento y control a los 30 días. - Indique a la madre padre o encargado (a) los signos de alarma para volver antes.
	DESARROLLO NORMAL CON FACTORES DE RIESGO	
Cumple con todas las condiciones para el grupo de edad al que pertenece la niña o el niño y no hay factores de riesgo.	DESARROLLO NORMAL	- Felicite a la madre, padre o encargado(a). - Orienta a la madre padre o encargado(a) para que continúe estimulando a su hija o hijo. - Haga seguimiento en cada consulta de control. - Indique a la madre padre o encargado (a) los signos de alarma para volver antes.

Fuente. Manual para la vigilancia del Desarrollo infantil en el contexto de AIEPI

Oriente sobre

- A la madre, padre o acompañante, según la edad de la niña o niño con base a la tabla siguiente:

ORIENTACIONES SOBRE NEURODESARROLLO DE ACUERDO A EDAD

EDAD	PROMOCIÓN DEL NEURODESARROLLO INFANTIL SALUDABLE
12 MESES	• Juegue con la niña o niño, ponga música, hágale gestos (aplauda, diga adiós con la mano). • Bajo estricta supervisión, déle objetos pequeños (observe que no se los lleve a la boca o nariz) para que pueda utilizar sus dedos como una pinza • Hable con la niña y el niño y enséñele a decir el nombre de las personas y objetos que los rodean. • Coloque el niño o niña en un lugar en donde pueda cambiar de posición, de estar sentado a estar de pie con apoyo por ejemplo de una cama, al lado de una silla y pueda moverse apoyándose en estos objetos.
15 MESES	• Estimule a la niña y niño proporcionándole recipientes y objetos de diferentes tamaños para que desarrolle la función de encajar un objeto en un molde y de colocar un objeto en un recipiente. • Enséñele palabras simples por medio de rimas, música y sonidos, cántele y hablele. • Ayude a la niña o niño para que pueda desplazarse en pequeñas distancias tomándose de objetos para estimular que camine sin apoyo.
18 MESES	• Pida a la niña o niño diversos objetos, pidiéndolos por su nombre, refuerce las funciones de “dar, traer, soltar” y demuéstrole cómo hacerlo.
24 MESES	• Estimule a la niña y niño a ponerse y quitarse sus vestimentas en los momentos indicados, inicialmente con ayuda. • Juegue con la niña y niño con objetos que pueda apilar y demuéstrole cómo hacerlo. • Solicite a la niña y niño que señale figuras de revistas y juegos que ya conoce. • Juegue a patear la pelota (hacer gol).

2 A MENOS DE 3 AÑOS	• Converse, hable con la niña (o), utilice frases cortas. • Enseñe a la niña (o) a ponerse en un pie con ayuda. • Dele la niña (o) objetos para que los apile (coloque un objeto sobre otro).
3 A MENOS DE 4 AÑOS	• Felicite a la niña (o) y anime con frases positivas. • Juegue con la niña (o) y dé ordenes complejas en frases cortas. • Juega con otras(os) niñas (os). • Enséñele y juegue a saltar en un pie. • Enséñele a copiar una cruz.
4 A MENOS DE 5 AÑOS	• Léale cuentos y/o cuénteles historias. • Enséñele a contar con los dedos de las manos. • Juegue con la niña (o) actividades competitivas. • Inicie educación preescolar (párvulos, preparatoria).
5 A MENOS DE 6 AÑOS	• Alentar a la niña (o) a vestirse sin ayuda. • Pida a la niña (o) que colabore con tareas sencillas (recoja los platos después de comer, ordene objetos). • Juegue con la niña (o) tenta o escondite.
6 A MENOS DE 7 AÑOS	• Oriente a la madre para que permita que la niña(o) realice actividades por sí misma(o) sin supervisión (cepillarse los dientes). • Juegue con la niña(o) a diferenciar las características de objetos (alto-bajo, cerca-lejos, más - menos). • Lea o cuente cuentos a la niña(o) y pida que realice un dibujo de la historia.
De 7 AÑOS EN ADELANTE	• Dedique tiempo y muestras de amor a la niña y niño. • Enseñe cómo comportarse a través de contar historias (diferencias entre el bien y el mal). • Corríjalo gentilmente de manera que no se sienta avergonzada (o) ó triste. • Estimule a realizar juntos tareas fáciles del hogar, por ejemplo: (guardar la ropa, recoger los platos). • Motívela (o) a contar historias. • Enséñele a nombrar cosas, contar, comparar, los tamaños, formas y colores. • Permítale bajo su supervisión jugar al aire libre con otras niñas y niños.

Fuente. Adaptado del Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil en el Contexto del AIEPI

- Oriente a la madre, padre o acompañante, sobre la mejor forma de estimular el desarrollo, la comunicación y el movimiento con base a la tabla siguiente:

ORIENTACIONES SOBRE CUIDADOS PARA EL NEURODESARROLLO INFANTIL SALUDABLE EN NIÑAS (OS) DE 6 AÑOS O MÁS

DESARROLLO EMOCIONAL	COMUNICACIÓN	MOVIMIENTO
• Dedique amor y tiempo. • Cuénteles historias para enseñarle cómo comportarse (diferencia entre lo bueno y lo malo). • Corríjalo gentilmente de manera que no se sienta avergonzada (o) o triste. • Estimule a realizar juntos tareas fáciles del hogar por ejemplo: regar las flores, clasificar la ropa.	• Escuche, motive a hacer preguntas. • Motívela (o) a narrar historias. • Enséñele a nombrar cosas, contar, comparar, combinar tamaños formas y colores de las cosas que le rodean.	• Estimule que dibuje, escriba, coloree. • Permítale bajo supervisión jugar al aire libre con otras niñas y niños. • Motive juegos activos, correr, saltar.

Fuente. AIEPI, MSPAS.

INMUNIZACIONES

Las vacunas se adhieren al esquema de acuerdo a la situación epidemiológica del país, tomando en cuenta las prioridades en cada uno de los grupos objetivos de adquirir enfermedad prevenible por vacuna. La inmunidad se alcanza al completar el esquema de vacunación y podemos decir que el niño se encuentra inmunizado.

El esquema de vacunación para los grupos objetivos del programa de inmunizaciones se presenta en la tabla siguiente:

VACUNAS Y SU ADMINISTRACIÓN

Vacuna	Edad de administración	Aguja y jeringa	Dosis, vía de administración e intervalo	Observaciones
SPR	12 meses y 18 meses	25 G x 5/8" x 0.5 ml auto bloqueable.	Dosis: 2, de 0.5 ml cada dosis. Vía: Subcutánea, brazo izquierdo.	Insistir que la vacuna se administre al cumplir 12 meses, y la segunda dosis a los 18 meses.
Neumococo Refuerzo	12 meses	23 G x 1" auto x 0.5 ml auto bloqueable.	Dosis: 1 de 0.5 ml. Vía: Intramuscular (IM) profunda (tercio medio del muslo izquierdo o cara antero lateral externa).	Asegurar el refuerzo ÚNICO en la edad recomendada 12 meses.

Vacuna	Edad de administración	Aguja y jeringa	Dosis, vía de administración e intervalo	Observaciones
Refuerzos 1 y 2 OPV/DPT	1 año 6 meses (18 meses) 4 a 6 años	OPV: oral DPT: 23 G x 1" auto x 0.5 ml auto bloqueable	OPV: 2, cada dosis de 2 gotas. Vía: oral. DPT: 0.5 ml cada dosis. Vía: Intramuscular (IM) profunda (tercio medio del muslo o cara antero lateral externa de pierna).	Asegurar el cumplimiento de ambos refuerzos en la edad recomendada.
Influenza Estacional	- De 1 años a menor de 2 años - De 2 años a menor de 3 años	23 G x 1 x 1 ml	2 dosis de 0.25 ml si nunca ha recibido esta vacuna, con un intervalo de 1 mes entre dosis. Si ya la recibió anteriormente la dosis es 0.5 ml en dosis única. Vía: Intramuscular (IM), tercio medio, cara antero-lateral externa de muslo.	Revisar antecedente vacunal.

Fuente. Lineamientos Programa de Inmunizaciones, 2018.

Nota. Recuerde registrar las dosis administradas en el carné, en el cuaderno SIGSA 5a e ingresar datos a SIGSA WEB.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN ATRASADO EN NIÑAS Y NIÑOS DE 1 AÑO A MENORES DE 7 AÑOS

Vacunación para niñas y niños captados de 1 año de edad, que no fueron vacunados en edad recomendada*

Edad de captación de niña/o		Edad para la administración de cada dosis de vacunas atrasada								
Año	Meses	fIPV/ PENTA	1 ^a fIPV/PENTA		SPR		Neumo	Refuerzos OPV/ DPT		
		1 ^{ra} . Dosis (fIPV y Penta)	2da. Dosis (fIPV y Penta)	3ra. Dosis (OPV y Penta)	1 ^{ra} . dosis	2da. dosis		Primer refuerzo	Segundo refuerzo	
1	0	1a	1a - 1 m	1a - 2 m	1a - 2 m	1 año (12 meses)	1 año 6 meses	1 año (12 meses)		
	1	1a - 1 m	1a - 2 m	1a - 2 m	1a - 3 m	1 dosis en cualquiera de estas edades, si no se le administró a los 12 meses de edad.	Administrar segunda dosis a los 18 meses de edad (esquema regular) o respetar Intervalo mínimo de 1 mes entre dosis.	Se puede administrar entre los 13 a menor de 24 meses de edad, sí no se administró a los 12 meses de edad (esquema regular).	1 año después de 3ra. OPV/ PENTA. De 4 a 6 años de edad (esquema regular).	
	2	1a - 2 m	1a - 3 m	1a - 4 m						
	3	1a - 3 m	1a - 4 m	1a - 5 m						
	4	1a - 4 m	1a - 5 m	1a - 6 m						
	5	1a - 5 m	1a - 6 m	1a - 7 m						
	6	1a - 6 m	1a - 7 m	1a - 8 m						
	7	1a - 7 m	1a - 8 m	1a - 9 m						
	8	1a - 8 m	1a - 9 m	1a - 10 m						
	9	1a - 9 m	1a - 10 m	1a - 11 m						
	10	1a - 10 m	1a - 11 m	2 años						
	11	1a - 11 m	2 años	2a - 1 m						

* Este cuadro NO sustituye el Esquema de Vacunación Regular, lo complementa. La Vacuna IPV se fraccionará (fIPV) a partir del 26 de abril, por lo que la dosis será de 0.1 ml intradérmica en brazo izquierdo, cuando el Programa de Inmunizaciones lo indique, 2 dosis, una a los 2 meses y la otra a los 4 meses.

Fuente. Lineamientos Programa de Inmunizaciones, 2018.

VACUNACIÓN PARA NIÑAS Y NIÑOS CAPTADOS DE 2 AÑOS DE EDAD, QUE NO FUERON VACUNADOS EN EDAD RECOMENDADA *

Edad de captación de niña/o		Edad para la administración de cada dosis de vacunas atrasada							
Año	Meses	fIPV/ PENTA	fIPV/ PENTA	OPV/ Penta	SPR		Neumo	Refuerzos OPV/ DPT	
		1ra. dosis	2da. dosis	3ra. dosis	1ra. dosis	2da. dosis		Primer refuerzo	Segundo refuerzo
2	0	2º	2a - 1m	2a - 2 m	1 dosis en cualquiera de estas edades, si no se le ha administrado. Deje un intervalo mínimo de 1 mes entre la primera y la segunda dosis.		No aplica	1 año después de 3ra. OPV/ PENTA.	Un año después del primer refuerzo o hasta los 6 años (esquema regular).
	1	2a - 1 m	2a - 2 m	2a - 3 m					
	2	2a - 2 m	2a - 3 m	2a - 4 m					
	3	2a - 3 m	2a - 4 m	2a - 5 m					
	4	2a - 4 m	2a - 5 m	2a - 6 m					
	5	2a - 5 m	2a - 6 m	2a - 7 m					
	6	2a - 6 m	2a - 7 m	2a - 8 m					
	7	2a - 7 m	2a - 8 m	2a - 9 m					
	8	2a - 8 m	2a - 9 m	2a - 10 m					
	9	2a - 9 m	2a - 10 m	2a - 11 m					
	10	2a - 10 m	2a - 11 m	3 años					
	11	2a - 11 m	3 años	3a - 1 m					

* Este cuadro NO sustituye el Esquema de Vacunación Regular, lo complementa.
Fuente. Lineamientos Programa de Inmunizaciones, 2018.
Nota: El cambio de IPV por fIPV se hará efectivo al notificarlo el Programa de Inmunizaciones.

VACUNACIÓN PARA NIÑAS Y NIÑOS CAPTADOS DE 3 AÑOS DE EDAD, QUE NO FUERON VACUNADOS EN EDAD RECOMENDADA*

Edad de captación de niña/o		Edad para la administración de cada dosis de vacunas atrasada							
Años	Meses	fIPV/ PENTA	fIPV/ PENTA	OPV/ Penta	SPR		Neumo	Refuerzos OPV/DPT	
		1ra. dosis	2da. dosis	3ra. dosis	1ra. dosis	2da. dosis		Primer refuerzo	Segundo refuerzo
3	0	3a	3a - 1 m	3a - 2 m	1 dosis en cualquiera de estas edades, si no se le ha administrado. Deje un intervalo mínimo de 1 mes entre la primera y la segunda dosis.		Refuerzo	1 año después de la 3ra. Dosis de OPV/PENTA.	1 año después del 1er. Refuerzo, o hasta los 6 años de edad en esquema regular con un Intervalo mínimo de 6 meses entre R1 y R2.
	1	3a - 1 m	3a - 2 m	3a - 3 m					
	2	3a - 2 m	3a - 3 m	3a - 4 m					
	3	3a - 3 m	3a - 4 m	3a - 5 m					
	4	3a - 4 m	3a - 5 m	3a - 6 m					
	5	3a - 5 m	3a - 6 m	3a - 7 m					
	6	3a - 6 m	3a - 7 m	3a - 8 m					
	7	3a - 7 m	3a - 8 m	3a - 9 m					
	8	3a - 8 m	3a - 9 m	3a - 10 m					
	9	3a - 9 m	3a - 10 m	3a - 11 m					
	10	3a - 10 m	3a - 11 m	4a					
	11	3a - 11m	4a	4a - 1 m					

* Este cuadro NO sustituye el Esquema de Vacunación Regular, lo complementa.

Fuente. Lineamientos Programa de Inmunizaciones, 2018.

Nota: El cambio de IPV por fIPV se hará efectivo al notificarlo el Programa de Inmunizaciones.

VACUNACIÓN PARA NIÑAS Y NIÑOS CAPTADOS DE 4 AÑOS DE EDAD, QUE NO FUERON VACUNADOS EN EDAD RECOMENDADA *

Edad de captación de niña/o		Edad para la administración de cada dosis de vacunas atrasada							
Años	Meses	fIPV/ PENTA	fIPV/ PENTA	OPV/ Penta	SPR		Neumo	Refuerzos OPV/ DPT	
		1ra. dosis	2da. dosis	3ra. dosis	1ra. dosis	2da. dosis		Primer refuerzo	Segundo refuerzo
4	0	4a	4a - 1 m	4a - 2 m	1 dosis en cualquiera de estas edades, sí no se le ha administrado.	Deje un intervalo mínimo de 1 mes entre la primera y la segunda dosis.	Refuerzo	Primer refuerzo	Segundo refuerzo
	1	4a - 1 m	4a - 2 m	4a - 3 m				6 meses después de la 3ra. dosis OPV/ PENTA o antes de cumplir 6 años de edad.	Hasta los 6 años de edad en esquema regular con intervalo mínimo de 6 meses entre 1er y 2do refuerzo.
	2	4a - 2 m	4a - 3 m	4a - 4 m					
	3	4a - 3 m	4a - 4 m	4a - 5 m					
	4	4a - 4 m	4a - 5 m	4a - 6 m					
	5	4a - 5 m	4a - 6 m	4a - 7 m					
	6	4a - 6 m	4a - 7 m	4a - 8 m					
	7	4a - 7 m	4a - 8 m	4a - 9 m			No aplica		
	8	4a - 8 m	4a - 9 m	4a - 10 m					
	9	4a - 9 m	4a - 10 m	4a - 11 m					
	10	4a - 10 m	4a - 11 m	5a					
	11	4a - 11 m	5a	5a - 1 m					

* Este cuadro NO sustituye el Esquema de Vacunación Regular, lo complementa.

Fuente. Lineamientos Programa de Inmunizaciones, 2018.

Nota: El cambio de IPV por fIPV se hará efectivo al notificarlo el Programa de Inmunizaciones.

VACUNACIÓN PARA NIÑAS Y NIÑOS CAPTADOS DE 5 AÑOS DE EDAD, QUE NO FUERON VACUNADOS EN EDAD RECOMENDADA *

Edad de captación de la niña/o		Edad para la administración de cada dosis de vacunas							
Años	Meses	fIPV/ PENTA	fIPV/ PENTA	OPV/ PENTA	SPR		Neumo	Refuerzos OPV/DPT	
		1ra. dosis	2da. dosis	3ra. dosis	1ra. dosis	2da. dosis		Primer refuerzo	Segundo refuerzo
5	0	5a	5a - 1 m	5a - 2 m	1 dosis en cualquiera de estas edades, si no se le ha administrado. Deje un intervalo mínimo de 1 mes entre la primera y la segunda dosis.		Refuerzo No aplica	6 meses después de 3ra. dosis de OPV/ PENTA o antes que el niño cumpla 6 años de edad*	Hasta los 6 años de edad en esquema regular respetando intervalo de 6 meses entre 1er y 2do refuerzo.
	1	5a - 1 m	5a - 2 m	5a - 3 m					
	2	5a - 2 m	5a - 3 m	5a - 4 m					
	3	5a - 3 m	5a - 4 m	5a - 5 m					
	4	5a - 4 m	5a - 5 m	5a - 6 m					
	5	5a - 5 m	5a - 6 m	5a - 7 m					
	6	5a - 6 m	5a - 7 m	5a - 8 m					
	7	5a - 7 m	5a - 8 m	5a - 9 m					
	8	5a - 8 m	5a - 9 m	5a - 10 m					
	9	5a - 9 m	5a - 10 m	5a - 11 m					
	10	5a - 10 m	5a - 11 m	6 años					

* Este cuadro NO sustituye el Esquema de Vacunación Regular, lo complementa.

Fuente. Lineamientos Programa de Inmunizaciones, 2018.

Nota: El cambio de IPV por fIPV se hará efectivo al notificarlo el Programa de Inmunizaciones.

VACUNACIÓN PARA NIÑAS Y NIÑOS CAPTADOS DE 6 AÑOS DE EDAD, QUE NO FUERON VACUNADOS EN EDAD RECOMENDADA *

Edad de captación de la niña/o		Edad para la administración de cada dosis de vacunas								
Años	Meses	fIPV/DPT/ Hepatitis B**	fIPV/ DPT/ HB	OPV/ Hepatitis B**/DPT	SPR		Neumo	Refuerzos OPV/DPT		
		1ra. dosis	2da. dosis	3ra. dosis	1ra. dosis	2da. dosis		Primer refuerzo	Segundo refuerzo	
6	0	6a	6a - 1 m	6a - 2 m	1 dosis en cualquiera de estas edades, si no se le ha administrado.	Deje un intervalo mínimo de 1 mes entre la primera y la segunda dosis.	Refuerzo	6 meses después de 3ra. dosis de OPV/DPT o hasta los 6 años de edad o completar esquema con Td ***	Hasta los 6 años de edad en esquema regular, respetando intervalo de 6 meses entre 1er y 2do refuerzo o completar esquema con Td.	
	1	6a - 1 m	6a - 2 m	6a - 3 m						
	2	6a - 2 m	6a - 3 m	6a - 4 m						
	3	6a - 3 m	6a - 4 m	6a - 5 m						
	4	6a - 4 m	6a - 5 m	6a - 6 m						
	5	6a - 5 m	6a - 6 m	6a - 7 m						
	6	6a - 6 m	6a - 7 m	6a - 8 m						
	7	6a - 7 m	6a - 8 m	6a - 9 m						
	8	6a - 8 m	6a - 9 m	6a - 10 m						
	9	6a - 9 m	6a - 10 m	6a - 11 m						
	10	6a - 10m	6a - 11m	7 años OPV/Td						

* Este cuadro NO sustituye el Esquema de Vacunación Regular, lo complementa.

Fuente. Lineamientos Programa de Inmunizaciones, 2018.

Nota: El cambio de IPV por fIPV se hará efectivo al notificarlo el Programa de Inmunizaciones.

Nota 1

** Sí la niña y niño tiene alguna dosis de pentavalente (según carné) administrar Hepatitis B hasta completar 3 dosis, sí no tiene antecedente o registro administrar las 3 dosis de Hepatitis B.

*** Sí el niño o niña ya cumplió 7 años de edad, administre Td en lugar de DPT. Solamente las dosis de Td administrarlas a niñas y niños mayores de 7 años deben ser registradas en el formulario SIGSA 5b, el resto de vacunas se pueden registrar en SIGSA 5b Anexo, Vacunación en otros grupos de población.

Nota 2

En caso que no haya sido posible la captación oportuna del niño/niña en la edad recomendada para cada vacuna se debe asegurar el seguimiento de cada dosis del esquema, con el objetivo de proteger con prontitud al niño/niña recuperando el esquema de vacunación, respetando para ello el intervalo mínimo de un mes entre dosis y asegurando la simultaneidad de vacunas Vacuna Triple Vírica -SPR-, Vacuna Antipoliomelítica Oral -OPV- y Pentavalente -PENTA-.

VACUNACIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS DE 7 AÑOS A 15 AÑOS QUE NO FUERON VACUNADOS EN LA EDAD RECOMENDADA ESQUEMA ATRASADO

Antecedente	Dosis, vía de administración e intervalo de tiempo entre dosis de vacuna
Sin ninguna dosis de vacuna	SPR/SR: 0.5 ml, sub-cutánea en brazo izquierdo tercio medio de la región músculo deltoides. • 1ra. Dosis: Primer contacto. • 2da. Dosis: 1 mes después de la 1ra. dosis. • Td: 0.5 ml, intramuscular (IM) región deltoides cualquier brazo. • Primera: Td: Primer contacto. • Segunda: Td: 1 mes después de la primera dosis. • Tercera: Td: 6 meses después de la segunda dosis. • Refuerzo 1: (Td) 10 años después de la 3ra dosis. • Refuerzo 2: (Td) 10 años después del refuerzo 1. Vacunas contra la Poliomielitis: fIPV: 0.1 ml, intradérmica (ID) región deltoidea brazo izquierdo. Nº de dosis: 2 dosis: al primer contacto y al mes de la primera dosis. Si la SPR/SR y la fIPV se van a administrar en la misma sesión de vacunación, administrar la fIPV en el brazo contrario al que se administró la SPR/SR. La vacuna fIPV se administra si la persona nunca ha sido vacunada con OPVt. Nota. Si tiene que administrar dos vacunas parenterales de forma simultánea, recuerde respetar un espacio de 2.5 cm entre una y otra vacuna. OPV: 2 gotas vía oral (PO). • Tercera: OPV: 1 mes después de la segunda dosis. • Hepatitis B: 0.5 ml vía intramuscular (IM). • Primera: primer contacto. • Segunda: 4 semanas o 1 mes después de la primera dosis. • Tercera: 5 meses después de la primera dosis.

* El cambio de IPV por fIPV lo notificará el Programa de Inmunizaciones

Antecedente	Dosis, vía de administración e intervalo de tiempo entre dosis de vacuna
Con esquema incompleto	- Continúe el esquema iniciado. - Utilice intervalo mínimo (un mes entre cada dosis en la serie primaria). - Los refuerzos se administran con intervalo de 6 meses entre el 1ro. y el 2do. - Evalúe esquema de SPR/SR e inicie o complete (ver arriba, sin ninguna dosis de vacuna).
Adolescente mujer de 10 años Con esquema completo	Administrar refuerzo de la adolescencia con Td R 3 dosis de 0.5 ml Intramuscular (IM), región deltoidea de cualquier brazo.

Fuente. Lineamientos Programa de Inmunizaciones, 2018.

Nota. La vacuna SPR se administra desde los 12 meses hasta los 10 años de edad. La SR se administra de los 11 años en adelante. Recuerde que el esquema de vacunación debe continuarse, NO reiniciarse, independientemente del tiempo transcurrido desde la última dosis de vacuna administrada.

* Consulte la Guía para la Prevención del Cáncer de Matriz, para especificaciones en aplicación de vacuna en niñas de 10 años, iniciada en el año 2018.

VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA ESTACIONAL EN GRUPOS DE RIESGO PRIORIZADOS

Grupo objetivo	N° de dosis administrar	Dosis aguja y jeringa	Vía de administración	Registro primario	Sistema de cómputo
Personas con enfermedad crónica de 36 meses de edad (3 años) en adelante.	Una dosis	Dosis 0.5 ml vacuna contra influenza para adulto 23 G x 1" x 0.5 ml.	IM, región deltoidea, dos dedos debajo del hombro en cualquiera de los brazos.	- Formato 5b anexo - Carné específico	Módulo "Otros Grupos de Población"

Fuente. Lineamientos Programa de Inmunizaciones, 2018.

SALUD BUCODENTAL

Realizar un examen visual de la cavidad bucal, si observa algo anormal como: masa, manchas blancas o rojas, úlceras o presencia de labio y paladar hendido, referir al odontólogo.

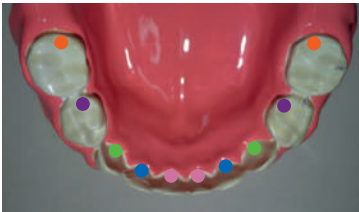
La secuencia de erupción y cambio de las piezas dentales temporales se presentan a continuación:

SECUENCIA DE ERUPCIÓN Y CAMBIO DE LAS PIEZAS DENTALES TEMPORALES



SUPERIOR

Dientes superiores	Erupción	Cambio de dientes
Central	8-12 meses	6-7 años
Lateral	9-13 meses	7-8 años
Canino	16-22 meses	10-12 años
Primer molar	13-19 meses	9-11 años
Segundo molar	25-33 meses	10-12 años



INFERIOR

Dientes inferiores	Erupción	Cambio de dientes
Central	6-10 meses	6-7 años
Lateral	10-16 meses	7-8 años
Canino	17-23 meses	9-12 años
Primer molar	14-18 meses	9-11 años
Segundo molar	23-31 meses	10-12 años

Fuente. Programa de Salud Bucodental, 2017.

Nota. Si los dientes temporales no hacen su aparición después del período de erupción, deberá referirse a odontóloga/o.

Orientar sobre erupción de primer molar permanente por su importancia en oclusión.

EXAMEN CLÍNICO

El personal odontológico debe realizar examen clínico intra-oral y extra-oral.

CRONOLOGÍA DE LA DENTICIÓN MIXTA (TEMPORAL Y PERMANENTE)

- Estadísticamente para Latinoamérica a los 6 años inicia la sustitución de piezas temporales por permanentes y aparece el primer molar permanente superior e inferior, es importante preservar esta pieza ya que determina una adecuada mordida (oclusión), evitando mal posiciones dentarias.
- A los 7 años sustitución de los incisivos centrales superiores e inferiores.
- A los 8 años sustitución de los incisivos laterales superiores e inferiores.
- A partir de los 9 años sustitución de caninos superiores e inferiores y premolares.

APLICACIÓN DE BARNIZ CON FLÚOR AL 5%

Este barniz tiene un alto contenido de flúor, el cual es usado para prevenir las caries dentales, a partir de los 6 años.

- Debe aplicarlo el personal odontológico o personal de salud previamente capacitado.
- Debe aplicarse en todas las piezas dentales de niñas y niños.
- Para que sea efectivo, debe aplicarse cada seis meses.
- Procedimiento de aplicación:
 - Colocar una pequeña cantidad de barniz, aproximadamente una medida de 0.25 ml, en un recipiente de plástico pequeño o papel encerado.
 - Secar los dientes con una gasa, los dientes deben mantenerse lo más secos posible, durante la aplicación.
 - Aplicar con un hisopo o pincel una capa delgada de barniz en las superficies de los dientes; primero en los dientes inferiores y luego en los dientes superiores.
 - Dejar que se seque el barniz en los dientes más o menos un minuto, manteniendo la boca abierta.
- Registre en SIGSA 22.

Oriente sobre

- No debe consumir alimentos ni bebidas durante 1 hora después de la aplicación.
- Evitar consumir alimentos duros o pegajosos el resto del día.
- Evitar el uso del cepillo o hilo dental durante el resto del día, para que la aplicación sea más efectiva (ver anexo No. 2).
- La apariencia amarillenta y con superficie pegajosa que puedan tener los dientes al inicio, desaparecerá al día siguiente.
- Luego continuar con cepillado normal tres veces al día.
- Es importante que la aplicación del barniz de flúor, se realice cada seis meses.

SALUD VISUAL

En la ficha clínica, se recogerán datos sobre antecedentes personales y familiares en relación a enfermedades de los ojos (considerar factores de riesgo oftálmico).

Pregunte a la madre, padre o responsable sobre el comportamiento visual de la niña o niño, realice examen externo de ojos y anexos (párpados, pestañas y cejas) y practique lo siguiente:

EVALUACIÓN PRIMARIA DE LOS OJOS Y TOMA DE AGUDEZA VISUAL

Con ayuda de una lámpara de mano y una pequeña lupa, puede revisar lo siguiente:

- Observe la forma y posición de ambos ojos, deben ser simétricos (del mismo tamaño) en todos sus aspectos físicos y funcionales; deben responder a la luz cerrando los párpados instintivamente.
- Evalúe la posición de párpados y pestañas, los párpados deben ser del mismo tamaño, abrirse y cerrarse al mismo tiempo, ser de igual forma y no presentar dificultad para efectuar su función habitual.
- Evalúe la conjuntiva, la parte blanca del ojo deberá observarla blanca.
- Evalúe la córnea, la parte que cubre el centro del ojo debe ser transparente y brillante.
- Revise el iris y la pupila, la parte de color del ojo, así como la parte

central de color negro, situadas por debajo de la córnea, ambas deben ser simétricas (del mismo tamaño) en ambos ojos y la pupila debe observarse negra y reaccionar a la luz haciéndose pequeñas.

- Observe si al enseñarle un objeto o la luz de la lámpara, centra, sigue y mantiene la mirada en todos los movimientos del objeto o luz.
- Revise la presencia de cualquier signo de enfermedad o anormalidad ocular (asimetría, secreción purulenta, hinchazón, lagrimeo, ojo rojo o acomodación para ver de cerca o de lejos).
- Observe si hay en el área externa ocular alguna anormalidad por enfermedad, factores genéticos o trauma.
- Evalúe la agudeza visual, apoyándose en la Cartel de Agudeza Visual, que se utiliza en niños a partir de cinco años (ver anexo No. 3 página 475 de éste módulo).
- Registre en SIGSA.

Conducta/tratamiento

Si la niña o niño asiste a la escuela, pregunte ¿cuál es su comportamiento visual? Ejemplo, forma natural o forzada de ver y desplazarse.

Nota. Cualquier signo de alarma que reconozca, refiera inmediatamente al nivel hospitalario.

SALUD AUDITIVA

En el marco de la atención integral de la salud, el personal de los diferentes niveles de atención, puede detectar a tiempo la pérdida auditiva durante la infancia; el diagnóstico precoz, atención y rehabilitación adecuada es básica para facilitar la inclusión de niñas y niños con dificultad auditiva a la familia, educación y comunidad.

- En el primer control de salud, se recogerán datos sobre antecedentes personales y familiares, en relación a problemas de audición.
- Pregunte a los padres o responsables sobre el comportamiento auditivo de la niña o niño.
- Realice examen externo de orejas y oídos.
- Registre en SIGSA.

EVALUACIÓN AUDITIVA SIMPLE

CRITERIOS	SI	NO
¿Se mantiene indiferente a los ruidos familiares?		
¿Se orienta hacia la voz de la madre?		
¿Se sobresalta a ruidos extraños?		
¿Atiende a su nombre?		
¿Se orienta a sonidos familiares no necesariamente fuertes?		
¿Dice “adiós” con la mano cuando se le dice esta palabra?		
¿Emite sonidos guturales para llamar la atención?		
¿Reconoce cuando le nombran a “papá” y “mamá”?		

Fuente. Guía de Atención Integral del Cuidado del Oído y la Audición para la Prevención de la Sordera.

Conducta/tratamiento

- Si la niña o niño asiste a la escuela, pregunte ¿cuál es su comportamiento auditivo? Ejemplo, obedece y sigue instrucciones.

III. DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA

ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A MENORES DE 5 AÑOS

INDICADOR DE DESNUTRICIÓN GLOBAL, PESO/EDAD

PESO NORMAL/EDAD

Es toda/o niña o niño con peso para edad entre +2 y -2 desviaciones estándar, según sexo. Se obtiene utilizando el indicador peso para edad en las curvas de crecimiento infantil del nacimiento a cinco años de la Organización Mundial de la Salud -OMS- para niñas y para niños (ver página 313 y 314 de éste módulo).

Conducta/tratamiento

- Cumpla con las acciones preventivas (suplementación con micronutrientes, desparasitación y vacunación).
- Investigue si la madre ha dado micronutrientes, según la norma.
- Oriente sobre la alimentación de la niña o niño, de acuerdo a edad.
- Registre en el SIGSA 3, en el cuaderno 5a y en el carné de la niña o niño.

PESO BAJO/EDAD

Es toda niña o niño con peso para edad entre -2 y -3 desviaciones estándar, podría tener dos situaciones:

Niña o niño (con peso bajo/edad), pero con tendencia de la curva hacia arriba

- Refleja que va ganando peso.

Conducta/tratamiento

- Indique a la madre, padre o encargado que la niña o niño está mejorando y estimule para continuar con las acciones recomendadas.

- Cumpla con las acciones preventivas.
- Refiera a la madre a un grupo de apoyo, en donde exista.
- Registre en SIGSA 3 y cuaderno 5a.

Niña o niño (con peso bajo/edad), pero con tendencia de la curva horizontal o hacia abajo

- Refleja que no ganó o perdió peso.

Conducta/tratamiento

- Evalúe si presenta algún problema de salud que requiera atención médica y trate según normas específicas.
- Investigue si ha implementado lo recomendado.
- Cumpla con las acciones preventivas de la niña o niño.
- Además de las acciones preventivas:
 - Refiera a un grupo de apoyo en donde exista.
 - Refiera a un programa de ayuda alimentaria, si existe en la comunidad.
- Cite en un mes.
- Registre en SIGSA 3 y cuaderno 5a.

Oriente sobre

- Según la edad de la niña o el niño, de acuerdo a las recomendaciones de cualquiera de los documentos siguientes:
 - Guías Alimentarias para la Población Guatemalteca Menor de 2 Años.
 - Guías Alimentarias para Guatemala (para población en general a partir de los dos años).
- Haga énfasis en el consumo de alimentos sólidos, de origen animal, altos en energía y proteínas, higiénicamente preparados.
- Si es menor de dos años, recomiende que continúe con lactancia materna hasta los 2 años o más.

En la segunda cita (1 mes más tarde):

Conducta/tratamiento

- Controle la evolución del peso.
- Evalúe si se están cumpliendo las recomendaciones nutricionales.
- Oriente según la edad de la niña o el niño, de acuerdo a las recomendaciones de cualquiera de los documentos siguientes:
 - Guías Alimentarias para la Población Guatemalteca Menor de 2 Años.
 - Guías Alimentarias para Guatemala (para población en general a partir de los dos años).
- Haga énfasis en el consumo de alimentos sólidos, de origen animal, altos en energía y proteínas, higiénicamente preparados.
- Recomiende que se continúe la lactancia materna hasta los 2 años o más.
- Evalúe y trate si existe algún otro problema de salud.
- Si en ésta nueva evaluación se estanca o pierde peso, realice evaluación nutricional (peso para longitud/talla).
- Registre en SIGSA 3, en el cuaderno 5a y en el carné.

INDICADOR DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA, LONGITUD O TALLA/EDAD

LONGITUD O TALLA NORMAL/EDAD

Es toda niña o niño con longitud/talla para edad entre +2 y -2 desviaciones estándar según sexo. Se realiza utilizando el indicador longitud/talla para edad, según sexo a partir de las curvas de crecimiento infantil del nacimiento a cinco años de la Organización Mundial de la Salud -OMS- para niñas y para niños.

Conducta/tratamiento

- Cumpla con las acciones preventivas (suplementación con micronutrientes, desparasitación y vacunación).
- Investigue si la madre ha dado micronutrientes, según la norma.
- Oriente sobre la alimentación de la niña o niño, de acuerdo a edad.
- Registre en el SIGSA 3 y en el cuaderno 5a.

Este indicador podría tener dos situaciones:

- **Longitud o talla normal/edad con tendencia de la curva hacia arriba**
 - Refleja que va ganando longitud o talla, si es así:
 - Felicite a la madre, padre o persona encargada.
 - Continúe con las acciones preventivas.
 - Indique que continúe dando lactancia materna continuada y alimentación complementaria si es menor de 2 años según las “Guías Alimentarias para la Población Guatemalteca Menor de 2 Años”.
- **Longitud o talla normal/edad con tendencia de la curva levemente horizontal**
 - Refleja que no ganó suficiente longitud/talla pero sigue en un rango normal.

Conducta/tratamiento

- Cumpla con las acciones preventivas.
- Refiera a la madre a un grupo de apoyo, en donde exista.
- Investigue si la madre ha dado micronutrientes, según la norma.
- Si es menor de 2 años, indique que continúe dando lactancia materna.
- Registre en SIGSA 3 y cuaderno 5a.

Orienta sobre

- Alimentación de la niña o niño según “Guías Alimentarias para Población Menor de 2 Años” y “Guías Alimentarias para Guatemala” (para población en general a partir de los dos años).

RETARDO DE CRECIMIENTO (LONGITUD BAJA EN RELACIÓN A LA EDAD) CIE-10-E45

Niña o niño con longitud o talla por debajo de -2 desviaciones estándar según sexo a partir de las curvas de crecimiento infantil del nacimiento a cinco años de la Organización Mundial de la Salud -OMS- para niñas y para niños.

Este indicador podría tener dos situaciones:

1. Si la curva empieza a subir, refleja que está aumentando de longitud.
2. Si la curva se muestra horizontal, refleja que no ganó longitud.

Conducta/tratamiento

- Cumpla con las acciones preventivas.
- Entregue a la madre, padre o acompañante tabletas de zinc:
 - 30 tabletas de zinc de 20 mg para que le dé una tableta diaria durante 30 días. El tratamiento completo es de 3 meses.
- Cite en 1 mes para nueva evaluación de longitud/talla y entrega de zinc.
- Refiera a la madre a un grupo de apoyo a la lactancia, si hubiera en la comunidad.
- Registre en SIGSA 3 y cuaderno 5a.

Orienta sobre

- Alimentación y nutrición de acuerdo a edad.

INDICADOR DESNUTRICIÓN AGUDA, PESO PARA LA LONGITUD O TALLA

PESO NORMAL/LONGITUD O TALLA

Niña o niño con peso para longitud entre +2 y -2 desviaciones estándar según sexo. Se clasifica utilizando el indicador peso para longitud o talla a partir de las curvas de crecimiento infantil del nacimiento a cinco años de la Organización Mundial de la Salud -OMS- para niñas y para niños.

Conducta/tratamiento

- Cumpla con las acciones preventivas.
- Investigue si la madre ha dado micronutrientes según la norma.
- Registre en SIGSA 3 y cuaderno 5a.

Oriente sobre

- Alimentación de la niña o niño según “Guías Alimentarias para Población Guatemalteca Menor de 2 Años”.
- Si es mayor de dos años, orientar de acuerdo a las “Guías Alimentarias para Guatemala”.

DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA SIN COMPLICACIONES CIE-10-E44

(PESO BAJO/LONGITUD O TALLA)

Es toda niña o niño con peso para la talla debajo de -2 a -3 desviaciones estándar, sin complicaciones médicas.

Conducta/tratamiento

- Cumpla con las acciones preventivas.
- Investigue la alimentación, de acuerdo a la edad.
- Realice las acciones según el “Protocolo Para el Tratamiento Ambulatorio de Niñas y Niños con Desnutrición Aguda Moderada sin Complicaciones en la Comunidad”.
- Si es mayor de un año, administre vitamina A, 200,000 Unidades Internacionales (UI), vía oral (PO) aunque ya haya recibido la dosis a los seis meses.
- Evalúe si presenta algún problema de salud que requiera atención médica y trate según protocolo.
- Cite en 15 días para nueva evaluación.
- Registre en SIGSA 3, cuaderno 5a y posteriormente al diagnóstico en el cuaderno para desnutrición aguda “DA”, llene y reporte la “Ficha de Notificación Obligatoria para Desnutrición Aguda”.
- Refiera si es necesario o dé seguimiento a contrarreferencia.

Oriente sobre

- Si es menor de dos años, continuar con lactancia materna hasta los 2 años o más y alimentación, según las “Guías Alimentarias para la Población Guatemalteca Menor de 2 Años” y si es mayor de 2 años implementar las “Guías Alimentarias para Guatemala”.

En la segunda cita

- Evalúe si están siguiendo las recomendaciones dadas de acuerdo a las “Guías Alimentarias para la Población Guatemalteca Menor de 2 Años” y “Guías Alimentarias para Guatemala”, según la edad.
- Determine la ganancia de peso y dé seguimiento a otros problemas de salud encontrados.
- Refiera a un programa de educación y atención nutricional (donde exista).

Nota. Si la madre, padre o responsable no puede cumplir con el tratamiento en el hogar, refiera a un Centro de Recuperación Nutricional y/o algún programa de protección social.

DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA CON COMPLICACIONES CIE-10- E44

(PESO BAJO/LONGITUD O TALLA)

Es toda niña o niño con peso para la talla debajo de -2 a -3 desviaciones estándar, con complicaciones médicas (edema, delgadez extrema, neumonía, diarrea, dermatosis, fiebre y otras).

Conducta/tratamiento

- Estabilice y refiera al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA 3, cuaderno 5a y posteriormente al diagnóstico en el cuaderno para desnutrición aguda “DA”, llene y reporte la “Ficha de Notificación Obligatoria para Desnutrición Aguda”.

Orientes sobre

- Situación de la niña o el niño y el motivo del traslado.
- Importancia de cumplir con la referencia y asistir a los controles en el servicio de salud al egreso del hospital.

DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA SIN COMPLICACIONES CIE-10 E43

(PESO BAJO/LONGITUD O TALLA)

Es toda niña o niño con peso para la talla debajo -3 desviaciones estándar, sin complicaciones médicas (estado de conciencia normal, si acepta alimentos).

Conducta/tratamiento

- Trate según protocolo vigente para tratamiento ambulatorio de niñas y niños con desnutrición aguda severa.
- Registre en SIGSA 3, cuaderno 5a y posteriormente al diagnóstico en el cuaderno para desnutrición aguda "DA", llene y reporte la "Ficha de Notificación Obligatoria para Desnutrición Aguda".

DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA CON COMPLICACIONES CIE-10-E43

(PESO BAJO/LONGITUD O TALLA)

Es toda niña o niño con peso para la talla debajo -3 desviaciones estándar, con presencia de uno o más de las complicaciones siguientes:

Signos y síntomas

- Estado de conciencia alterado.
- Anorexia (sin apetito).
- Fiebre.
- Diarrea.
- Dificultad respiratoria.
- Signos de deshidratación.

- Signos de edema moderado o severo.
- Palidez palmar severa.
- Dificultad para comer o tragar.
- Gravemente enfermo.

Conducta/tratamiento

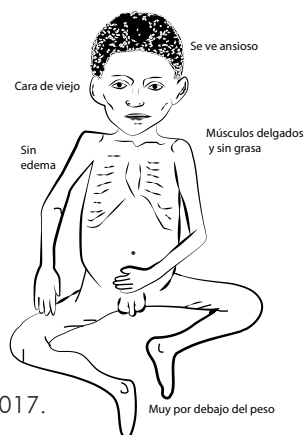
- Estabilice y refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Continúe lactancia materna durante el traslado, si aún estuviera mamando.
- Posteriormente al diagnóstico registre en el cuaderno para desnutrición aguda "DA", llene y reporte la "Ficha de Notificación Obligatoria para Desnutrición Aguda".
- Al regreso de la niña o el niño (contrarreferencia):
 - Continúe tratamiento ambulatorio en el servicio de salud, según "Protocolo para el Tratamiento Ambulatorio de Niñas y Niños con Desnutrición Aguda Moderada sin Complicaciones en la Comunidad".
 - Continúe con la evaluación nutricional hasta que alcance el peso adecuado para su longitud o talla (entre +2 a - 2 Desviaciones Estándar).

DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA, DIAGNÓSTICO POR SIGNOS CLÍNICOS (ver concepto en Módulo Lactante, página 235).

MARASMO CIE-10-E41

Signos y síntomas

- Muy flaca/o e inactiva/o.
- Cara de viejita/o.
- Disminución de tejido muscular y adiposo.
- Piel seca y plegadiza.
- Extremidades flácidas.



Fuente. Adaptadas por Desarrollo Editorial del DRPAP, 2017.

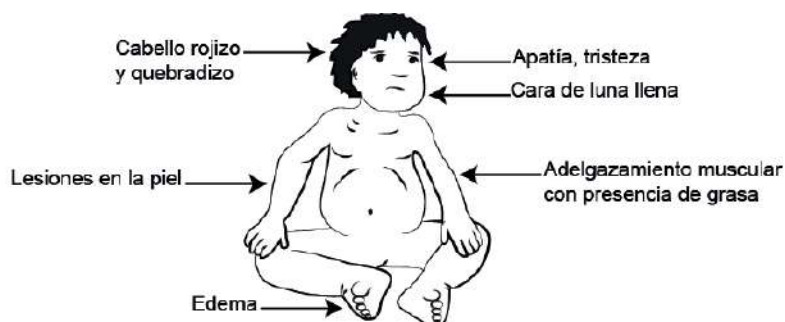
KWASHIORKOR CIE-10-E40

(Ver concepto en Módulo Lactante, página 236).

Signos y síntomas

- Manchas en la piel y lesiones (piel se descama).
- Cara de luna llena.
- Signo de bandera en el pelo (franjas oscuras y franjas más claras).
- Edema (hinchazón) en extremidades.

SIGNOS CLINICOS DE KWASHIORKOR



Fuente. Adaptadas por Desarrollo Editorial del DRPAP, 2017.

Las complicaciones que pueden acompañar la desnutrición aguda severa son:

Signos y síntomas

- Dificultad para respirar y/o tiraje inter costal (al respirar se le hunde debajo de las costillas).
- Fiebre.
- Baja temperatura o hipotermia.
- No mama, ni toma líquidos.
- Vomita todo lo que come o bebe.
- Diarrea que no se quita.
- Parasitosis intestinal.
- Esta desmayada/o.

- No llora, ni se queja mucho.
- Anemia severa.
- Deficiencia severa de vitamina "A" (úlceras corneales, pérdida de visión, ceguera nocturna).

Conducta/tratamiento

- En niñas y niños de 1 a menos de 5 años, administre vitamina A 200,000 UI de (dosis de emergencia), vía oral (PO) aunque se le haya administrado su dosis anteriormente.
- Estabilice y refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Si aún mama, continúe lactancia materna durante el traslado.
- Registre en SIGSA.
- Al retornar la niña o el niño (contrarreferencia):
 - Continúe tratamiento ambulatorio en el servicio de salud, según "Guía Operativa del Protocolo para el Tratamiento Ambulatorio de Niñas y Niños con Desnutrición Aguda Severa sin Complicaciones en la Comunidad".
 - Continúe con el monitoreo del crecimiento cuando la niña o niño alcance un peso adecuado para su longitud/talla (peso para longitud/talla esperado, según rangos de curvas OMS (entre +2 a -2 Desviaciones Estándar.)

* Para definición y signos y síntomas de Kwashiorkor y Marasmo, ver módulo Lactante página 236.

ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO CIE-10-D50

Es la disminución del número o tamaño de glóbulos rojos en la sangre. Existen varias causas de anemia, la más frecuente es provocada por la falta de hierro.

El diagnóstico de confirmación se realiza con: hemoglobina menor de 12 g/dl y/o hematocrito menor de 33 %

Signos y síntomas

- Palidez palmar.
- Falta de energía (debilidad).
- Falta de apetito.

Conducta/tratamiento

- El diagnóstico de confirmación se realizará donde exista el laboratorio adecuado para el efecto.
- Administrar sulfato ferroso durante 3 meses de acuerdo a la tabla siguiente:

ADMINISTRACIÓN DE SULFATO FERROSO VÍA ORAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN NIÑAS Y NIÑOS DE 1 AÑO A MENORES DE 10 AÑOS

EDAD	PRESENTACIÓN Y DOSIS DE TRATAMIENTO		
	Gotas pediátricas (125 mg de sulfato ferroso en 1 ml).	Jarabe (200 mg de sulfato ferroso en 5 ml).	Tabletas (300 mg de sulfato ferroso).
1 año a 1 año 6 meses	1 y 1/2 gotero 2 veces al día.	1 y 1/2 cucharadita al día.	
De 1 año 7 meses a 4 años 11 meses		1 cucharadita 2 veces al día.	1 y 1/2 tableta al día.
De 5 a 9 años			1 tableta 2 veces al día.

Fuente. Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, 2010.

- Indique a la madre que además, debe administrar una tableta de ácido fólico de 5 mg semanalmente.
- Registre en SIGSA 3, en el cuaderno 5a y en el carné de la niña o el niño.

Orienta sobre

- Consumo de alimentos ricos en hierro (hojas verdes).
- Adecuada alimentación con base a las "Guías Alimentarias para la Población Guatemalteca Menor de 2 Años" y "Guías Alimentarias para Guatemala", de acuerdo a edad.

ANEMIA SEVERA CIE-10-D50

Es la disminución del número o tamaño de glóbulos rojos en la sangre. La más frecuente es provocada por la falta de hierro.

Signos y síntomas

- Palidez palmar intensa.
- Palidez de mucosas.
- Falta de apetito.
- Ganas de comer tierra (pica).
- Fatiga.
- Palpitaciones.
- Dificultad para respirar.
- Dolor de cabeza (cefalea).

El diagnóstico de confirmación se realizará donde exista el laboratorio adecuado para el efecto.

Conducta/tratamiento

- Refiera al hospital más cercano para diagnóstico específico y tratamiento.
- Registre en SIGSA 3 y en el carné de la niña y el niño.
- Dé seguimiento a contrarreferencia.

Oriente sobre

- La situación y estado de la niña o el niño, a la madre, padre o encargado, así como el motivo de la referencia.

SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑAS Y NIÑOS DE 2 A MENORES DE 5 AÑOS CIE-10-E66

- Obtenga la medición de peso y longitud/talla en la niña o niño.
- Clasifique de acuerdo a la siguiente tabla:

CLASIFICACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD

Clasificación	Desviación Estándar (DE)
Obesidad	Arriba de + 3 desviaciones estándar
Sobrepeso	Arriba de +2 a +3 desviaciones estándar
Normal	Entre +2 a -2 desviaciones estándar

Fuente. Elaborada con base a “Interpretando los indicadores de crecimiento”, OMS/OPS (2008). PROSAN 2017.

Conducta/tratamiento

- Evalúe alimentación de acuerdo a edad y recomiende los cambios necesarios en hábitos alimentarios (insistir en la omisión de comida chatarra y bebidas carbonatadas).
- Evalúe la actividad física y promueva los cambios en la actividad física informal y formal (ver página 329 de éste módulo).
- Registre en SIGSA 3.
- Establezca cita para reevaluación en 30 días.
- Si no hay cambios en dos controles mensuales, refiera a la niña o niño para tratamiento especializado con nutricionista al centro de salud o el hospital más cercano.

Orienta sobre

- La alimentación adecuada para la edad, porciones pequeñas 3 tiempos y 2 refacciones (ver Guías Alimentarias de acuerdo a la edad).

- Evitar el consumo de dulces, chocolates, golosinas, gaseosas, comida fritas, café, entre otros.
- Importancia de sustituir alimentos fritos por preparaciones con poca grasa.
- Evitar el consumo de manteca, mantequilla, margarina y sustituirlo por aceites vegetales, alimentos procesados y sustituirlos por alimentos frescos y naturales aprovechando la disponibilidad de alimentos de la familia.
- No utilizar alimentos dietéticos (bajos en calorías).
- El tiempo de comida debe realizarse en la mesa en un momento tranquilo y en familia sin distracciones como la televisión.
- Es importante que el cambio a alimentación saludable se realice de forma paulatina y accesible a la economía de la familia.
- Consumo de agua segura (4 a 6 vasos al día).
- Actividad física:
 - Todos los días, 2 horas al día.
 - Involucrar a la niña o niño en actividades deportivas y recreativas de la comunidad, escuela y círculo social en el que se desenvuelve, por ejemplo: caminatas, carreras, balonpie (fútbol), nadar, entre otros.
 - Disminuir actividades sedentarias como ver televisión o videojuegos no más de dos horas.

ORIENTACIÓN SEGÚN LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL

OBESIDAD	• Oriente a la madre, padre o encargado sobre la situación encontrada y motivo de traslado. • Refiera a evaluación especializada (nutricionista, pediatra, endocrinólogo) al hospital. • Registre en SIGSA.
SOBREPESO	• Evalúe la alimentación de la niña o niño y oriente sobre la alimentación adecuada para la edad. • Recomiende actividad física. • Reevalúe en 30 días. • Registre en SIGSA. • Si después de 2 controles no hay cambios refiérase evaluación especializada al hospital.
NORMAL	• Felicite y oriente sobre: alimentación, nutrición y actividad física. • Suplementación con hierro. • Registre en SIGSA.

Fuente. Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, 2010.

CARIES DENTAL CIE-10-K02

Es una enfermedad de los dientes que se manifiesta con destrucción de su estructura producida por la mala higiene bucal, consumo de azúcares y falta de cepillado dental.

Factores de riesgo

- Una dieta con alto consumo de azúcares.
- Falta de higiene bucal o deficiencia de la misma.

Conducta/tratamiento

- Diagnóstico:
 - **Personal no odontológico**
 - Detectar la presencia de caries dental, durante la evaluación visual de la cavidad bucal, observando manchas blancas, cafés o negras.
 - Preguntar si existe dolor dental, o sensibilidad al calor, frío o al ingerir alimentos azucarados.
 - Observar la presencia de algún absceso en la cavidad bucal.
 - **Personal odontológico**
 - Use un explorador para examinar la estructura dental, páselo suavemente a través de la superficie dental, sólo para ayudarse en el aspecto visual de cualquier cambio de contorno o cavidad.
 - No ejerza presión retentiva del explorador en ningún momento.
 - Detecte si hay lesión, en cuyo caso determine su severidad.
 - Diagnóstico diferencial: evalúe si hay lesiones como defectos del desarrollo del esmalte, lesiones no cariosas y fracturas dentales.
- **Tratamiento farmacológico:**
 - En presencia de dolor por caries dental dar acetaminofén en suspensión, dar 10-15 mg/kg dosis vía oral (PO) cada 6 horas, no más de 3 días.
 - En presencia de infección o absceso por caries dar:
 - Amoxicilina en suspensión, dar 50 mg/kg/día PO cada 8 horas durante 7 días.
 - Si el paciente es alérgico a la penicilina, dar Clindamicina 40 mg/kg/día cada 6 horas, vía PO durante 7 días.
- **Tratamiento preventivo por personal odontológico:**
 - Realizar aplicación de barniz de flúor en niños y niñas cada seis meses (puede ser también aplicado por personal de salud, previamente capacitado).
 - Realizar aplicación de sellantes de fosas y fisuras sobre estructura sana.
 - Es necesario tener un aislamiento relativo o absoluto al momento

de colocar los sellantes de fosas y fisuras, ya que la contaminación con saliva reduce su efectividad. Además los sellantes deben ser evaluados periódicamente.

- **Tratamiento restaurativo por personal odontológico:**

- El tipo de preparación y el material a utilizar dependen de la lesión cariosa. Tome en cuenta que se debe conservar la mayor parte de tejido sano.
 - Realizar restauraciones de amalgama, en las piezas afectadas.
 - Realizar restauraciones de resina, en las piezas indicadas.
 - Puede utilizar su criterio clínico, para realizar otros tratamientos.
 - Aplique la técnica Práctica de Restauración Atraumática -PRAT-. Realizar en las escuelas a niños y niñas que presenten caries dental, que no involucre a la pulpa dental.
 - Iniciar la Técnica PRAT priorizando la población escolar de 6 a 12 años en las escuelas de educación primaria (aplicar los criterios de la Guía de Aplicación de la Técnica PRAT, elaborada por el Programa de Salud Bucal).
 - El personal odontológico deberá realizarla en las escuelas una vez por semana.
- Registre en SIGSA 22.

Oriente sobre

- El cepillado dental debe realizarse desde el momento de salir el primer diente.
- El cepillado dental en los niños y niñas menores de 6 años debe ser realizado con la ayuda de la madre, el padre o el encargado después de cada comida. Si utiliza pasta dental, la cantidad debe ser del tamaño de una arveja. La pasta dental debe de ser 1000 a 1450 partes por millon (ppm) de flúor pueden usarla niñas y niños a partir de los 2 años de edad.
- Cambiar las cerdas del cepillo cada 3 meses o cuando las cerdas pierden su forma original.
- Enseñar que el cepillo dental es de uso personal y el uso adecuado de la seda o hilo dental.
- Recomendar el uso de un dentífrico (pasta dental) fluorado a partir de los 5 años de edad, ya que los niños más pequeños tienen dificultad para escupir. Además se les debe recordar que la pasta no se debe tragar.

- Enseñanza de métodos alternativos: si no tiene cepillo dental, recomendar a los padres o encargados envolver el dedo índice con un pedazo de tela limpio (dedil), para que realice la limpieza de los dientes de la niña o niño. Descartar el dedil luego de cada limpieza.
- Fomentar la importancia de la alimentación saludable.
- Recomendar que adquieran sal yodada y fluorurada, ya que es una medida de prevención de la caries dental.
- Enseñar a madres, padres o encargados, niños y niñas sobre la edad de erupción y exfoliación dentaria.

Nota. Se debe tener presente que todo éxito de las actividades educativas requiere de concientizar y motivar a los padres de familia, niñas y niños, por ello es importante que la persona que provea atención primaria en salud informe acerca de la caries dental y cómo prevenirla.

ENFERMEDAD PERIODONTAL CIE-10-K05

Las enfermedades periodontales son gingivitis y periodontitis, pero en esta etapa del curso de vida es más frecuente la gingivitis.

GINGIVITIS

Es la inflamación de las encías, las cuales se pueden ver rojas, inflamadas y sangran fácilmente al cepillado.

Factores de riesgo

- Mala o pobre higiene bucal.
- Caries profunda.
- Consumo excesivo de azúcares.
- Desnutrición.

Conducta/tratamiento

- **Diagnóstico por personal no odontológico:**
 - Pregunte a la madre, padre o encargada/o de la niña o el niño si le sangra fácilmente las encías, tiene dolor al comer y/o mal olor.
 - Detecte mal aliento.

- Observe si la niña o el niño tiene las encías rojas, hinchadas y si existe acumulación de restos alimenticios en sus dientes y muelas. Además presione la encía y compruebe si es de consistencia suave. Si encuentra estas características, clasifique a la enfermedad como gingivitis y refiera al odontólogo.

- **Diagnóstico por personal odontológico:**

- Evalúe la presencia y cantidad de placa bacteriana.
- Evalúe los tejidos periodontales de soporte.
- Establezca el diagnóstico de enfermedad periodontal de origen bacteriano, para su posterior tratamiento.

- **Tratamiento por personal odontológico:**

- Enseñanza de técnica de cepillado dental.
- Detartraje (eliminación de sarro o cálculos dentales) por cuadrantes.
- Tratamiento de caries dental.
- Profilaxis dental y aplicación de barniz con flúor al 5 %.
- Acetaminofén 10 - 15 mg/kg dosis para el dolor cada 6 horas vía oral (PO) (no más de tres días).
- Amoxicilina en suspensión 50 mg/kg/día, cada 8 horas, vía oral (PO) durante 7 días (no se debe dar más de 500 mg). Si el paciente es alérgico a la penicilina, dar clindamicina 40 mg/kg/día cada 6 horas, (PO) durante 7 días.
- Registre en SIGSA 22.

Oriente sobre

- La importancia de completar los días de tratamiento.
- Plan educacional de higiene bucal de forma personalizada, con énfasis en la técnica de cepillado para disminuir la presencia de la placa bacteriana en los dientes, muelas y lengua (ver anexo No. 2 página 474).

ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNA

En lo relacionado a la descripción de las enfermedades prevenibles por vacuna, ver módulo Lactante página 241, excepto, la vacunación contra la influenza estacional, que es una estrategia para proteger de la enfermedad a las niñas y niños que son vacunadas, ya sea de forma total o parcial, pero de acuerdo al mayor o menor grado de cepas que

circulan en la temporada correspondiente e incluidas en la formulación de la vacuna administrada. Además contribuye a limitar la circulación viral en la comunidad; es por ello que la vacunación contra la influenza estacional constituye una acción de salud preventiva de interés nacional prioritario.

Los virus de la influenza estacional experimentan mutaciones frecuentes por lo regular cada año, debido a esto la inmunidad adquirida tras una infección previa, no garantiza protección contra otras variantes antigénicas. En consecuencia, cada dos o tres años ocurren brotes epidémicos de influenza.

La vacunación contra influenza estacional está recomendada cada año en grupos de riesgo priorizados, los cuales pueden cambiar de uno a otro año, por lo que se recomienda ver los lineamientos específicos de Influenza estacional, que son actualizados cada 12 meses por el Programa de Inmunizaciones (ver anexo No. 1 del módulo Atención a la Demanda página 890).

CHOQUE (SHOCK) CIE-10-R57.1

La causa más común de choque en niñas y niños se debe a la pérdida aguda de líquidos, (como en una diarrea grave o hemorragia severa), o a través de pérdida capilar en una enfermedad grave (fiebre elevada por dengue). En todos los casos, es importante reemplazar este líquido rápidamente. Se debe colocar una vía intravenosa y administrar líquidos inmediatamente.

Signos y síntomas

- Para evaluar la circulación:
 - Tiene las manos calientes.
 - El llenado capilar tarda más de 2 segundos.
 - El pulso está débil y rápido.

Conducta/tratamiento

- Si no tiene condiciones para atención, refiera al hospital más cercano.
- Si está sangrando, aplique presión para detener la hemorragia.

- Optimice la circulación cerebral acostando a la niña o niño con los pies por arriba del nivel de la cabeza.
- Administre oxígeno, si hay disponible.
- Mantenga temperatura adecuada.
- Establezca rápidamente un acceso intravenoso (IV) o intraóseo (IO) si está capacitado en este procedimiento. Comience a administrar líquidos para choque, de acuerdo al estado nutricional como se muestra en las tablas siguientes.
- Si no hay acceso a canalización observe si la niña o el niño puede beber o se le puede colocar una sonda nasogástrica, si hay disponible, aplicando el plan B de rehidratación.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

CONDUCTA Y TRATAMIENTO DEL CHOQUE O SHOCK, DE ACUERDO AL ESTADO NUTRICIONAL

Si la niña o el niño NO tiene desnutrición grave	Si la niña o el niño TIENE desnutrición grave (Marasmo/Kwashiorkor)
▪ Establezca acceso vascular (canalización IV o IO) y extraiga sangre para análisis de laboratorio de emergencia. ▪ Fije la cánula intravenosa e inmovilice la extremidad con una férula. ▪ Prepare lactato de Ringer o solución salina, asegúrese de que la infusión ingrese bien. ▪ Administre un bolus de 20 ml/kg lo más rápido posible. ▪ Reevalúe la circulación. Respuesta adecuada: manos más calientes, pulso más lento y llenado capilar más rápido posea Plan C de Rehidratación. Si NO hay respuesta adecuada: ▪ Administre otro bolus de 20 ml/kg de lactato de Ringer o solución salina. ▪ Reevalúe la circulación y si todavía no hay respuesta adecuada: Administre otro bolus de 20 ml/kg de lactato de Ringer o solución salina. ▪ Debe evaluar la circulación nuevamente. Si todavía NO hay respuesta adecuada: ▪ Repita bolus de lactato de Ringer. ▪ Proceda al traslado a nivel superior de referencia. Si todavía NO hay respuesta adecuada: ▪ Brinde orientaciones para traslado. ▪ Evalúe inicio de reanimación cardiopulmonar	▪ Establezca acceso vascular y extraiga sangre para análisis de laboratorio de emergencia. ▪ Si no hay acceso periférica observe si la niña o el niño puede beber o se le puede colocar una sonda nasogástrica. ▪ Revise el peso de la niña o del niño. ▪ Fije la cánula intravenosa e inmovilice la extremidad con una férula. ▪ Administre solución intravenosa: ▫ Administre D/A al 5 % más solución salina 0.45% (o D/A al 5 % más solución de Hartman) a 15 ml/kg, en 1 hora. ▪ Si no hay acceso IV/IO: ▫ Administre Sales de Rehidratación Oral -SRO- por vía oral o por medio de una sonda nasogástrica: - 5 ml/kg cada 30 min por 2 horas, luego - 5-10 ml/kg/h por las siguientes 4-10 horas ▪ Verifique la frecuencia cardíaca y respiratoria cada 5-10 minutos. ▪ Detenga la infusión intravenosa si la frecuencia cardíaca aumenta 15 latidos/min, o la frecuencia respiratoria 5 respiraciones/min). Si hay respuesta adecuada: disminución de la frecuencia cardíaca y respiratoria ▪ Repita (15 ml/kg IV/IO) en 1 hora ▪ Cambie a rehidratación oral o por sonda nasogástrica con sales de rehidratación oral de baja osmolaridad 10 ml/kg/h el momento que no esté en choque. Si NO hay respuesta adecuada: ▪ Refiera a mayor nivel de atención. ▪ Administre solución intravenosa de mantenimiento a 4 ml/kg/hora.

Si la niña o el niño NO tiene desnutrición grave	Si la niña o el niño TIENE desnutrición grave (Marasmo/Kwashiorkor)																								
Cómo administrar soluciones por vía intravenosa rápidamente para choque a una niña o un niño sin desnutrición grave con base en edad/peso estándar.	Cómo administrar soluciones por vía intravenosa rápidamente para choque a una niña o un niño con desnutrición grave (Marasmo/Kwashiorkor) con base en edad/peso estándar.																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Edad/peso</th><th>Volumen de lactato de ringer o solución salina</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2 meses (<4 kg)</td><td>75 ml</td></tr> <tr> <td>2 a <4 meses (4 a <6 kg)</td><td>100 ml</td></tr> <tr> <td>4 a <12 meses (6 a <10 kg)</td><td>150 ml</td></tr> <tr> <td>1 a <3 años (10 a <14 kg)</td><td>250 ml</td></tr> <tr> <td>3 a <5 años (14 a 19 kg)</td><td>350 ml</td></tr> </tbody> </table>	Edad/peso	Volumen de lactato de ringer o solución salina	2 meses (<4 kg)	75 ml	2 a <4 meses (4 a <6 kg)	100 ml	4 a <12 meses (6 a <10 kg)	150 ml	1 a <3 años (10 a <14 kg)	250 ml	3 a <5 años (14 a 19 kg)	350 ml	▪ Pese a la niña o al niño (o estime el peso) para calcular el volumen de solución a administrar. ▪ Administre solución intravenosa, 15 ml/kg en 1 hora. Use una de las siguientes soluciones (en orden de preferencia) según la disponibilidad: - D/A 5 % más lactato de Ringer; o - D/A 5 % más solución salina 0.45 %; o - D/A 5 % más solución de Hartman diluida; o, si no están estas disponibles, Lactato de Ringer <table border="1"> <thead> <tr> <th>Edad/peso</th><th>Volumen de solución intravenosa administre durante 1 hora (15 ml/kg)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4 kg</td><td>60 ml</td></tr> <tr> <td>6 kg</td><td>90 ml</td></tr> <tr> <td>8 kg</td><td>120 ml</td></tr> <tr> <td>10 kg</td><td>150 ml</td></tr> <tr> <td>12 kg</td><td>180 ml</td></tr> </tbody> </table>	Edad/peso	Volumen de solución intravenosa administre durante 1 hora (15 ml/kg)	4 kg	60 ml	6 kg	90 ml	8 kg	120 ml	10 kg	150 ml	12 kg	180 ml
Edad/peso	Volumen de lactato de ringer o solución salina																								
2 meses (<4 kg)	75 ml																								
2 a <4 meses (4 a <6 kg)	100 ml																								
4 a <12 meses (6 a <10 kg)	150 ml																								
1 a <3 años (10 a <14 kg)	250 ml																								
3 a <5 años (14 a 19 kg)	350 ml																								
Edad/peso	Volumen de solución intravenosa administre durante 1 hora (15 ml/kg)																								
4 kg	60 ml																								
6 kg	90 ml																								
8 kg	120 ml																								
10 kg	150 ml																								
12 kg	180 ml																								

Fuente. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Cuarta edición. Protocolo Tratamiento Nivel Hospitalario, Desnutrición Aguda Severa y sus Complicaciones en el Paciente Pediátrico, Guatemala, 2013.

Oriente sobre

- A la madre, padre o responsable sobre el estado de la niña o el niño y su motivo de traslado.

DISCAPACIDAD INTELECTUAL (ANTERIORMENTE CONOCIDO COMO RETRASO MENTAL) CIE-10-F70 AL F79

Se caracteriza por limitaciones en el desarrollo que afectan el funcionamiento intelectual, motor, del lenguaje y en la forma como se relaciona en la vida diaria. Las personas con esta discapacidad tienen mayor riesgo de sufrir explotación o abusos físicos y sexuales

Signos y síntomas

- Dificultad de aprendizaje.
- Problemas de comportamiento.
- Retraso en el desarrollo psicomotor.
- Problemas de adaptación social.

Conducta/tratamiento

- Refiera a nivel especializado para realizar un diagnóstico preciso y recibir educación especial (FUNDABIEM, Ávida España, Instituto Neurológico de Guatemala, Clínicas de educación especial de universidades, entre otros).
- Referir a la madre, padre o encargado para atención en salud mental.
- En niñas y niños de 1 a 2 años o más, continuar con lactancia materna.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- En el caso de confirmación de diagnóstico:
 - La persona con discapacidad intelectual es capaz de realizar tareas cotidianas y tener relaciones afectivas normales.
 - Con apoyo adecuado, se puede adaptar mejor a su entorno.
 - Es necesario brindar afecto y realizar actividades de juego, en el caso de niñas y niños.
 - Evitar estigma y discriminación.
- Importancia de asistencia periódica al servicio de salud a nivel local.

OTROS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA O ADOLESCENCIA CIE-10-F98.8

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN SIN HIPERACTIVIDAD CIE-10-F98.8

Comportamiento persistente que refleja desatención y desinhibición conductual, impulsividad y en ocasiones hiperactividad (demasiada actividad). Suele presentarse a partir de los cinco años de edad.

Signos y síntomas

- Dificultad persistente para mantener la atención (la atención se mantiene durante un corto espacio de tiempo, cambia frecuentemente de actividad).
- Descuido en sus actividades diarias y dificultad en organizar tareas y actividades.
- Limitación para seguir instrucciones.
- Impulsividad.
- Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- Dificultades escolares y de aprendizaje.
- Con frecuencia tiene dificultad para permanecer quieto o en un solo lugar (es común cuando está en clase o comiendo).

Conducta/tratamiento

- Refiera con profesional de salud mental para evaluación y conducta.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.
- Referir a la madre, padre o encargado para atención de salud mental.

Oriente sobre

- Informe a la madre, padre y/o encargado, que el comportamiento de la niña o niño, no es por falta de educación o por voluntad, sino que está causado por una alteración de la atención y del autocontrol.
- Que es un trastorno tratable.

- Con apoyo y tratamiento permite una integración a las actividades cotidianas y al entorno social.
- Evitar castigos ya que no ayudan a controlar este comportamiento.
- Actividades físicas y/o deportivas pueden ayudar a liberar el exceso de energía.
- Consumir una dieta balanceada y equilibrada de acuerdo a las “Guías Alimentarias para Guatemala”.
- Disminuir el consumo de azúcares, cafeína y alimentos con colorantes artificiales.
- Proveer los alimentos en horarios determinados y porciones pequeñas que se puedan repetir ya que tienden a levantarse de la mesa.
- Identificar si hay alergias a algún alimento y evitar los mismos.
- Consumir alimentos ricos en ácidos grasos esenciales, omega, 3 y omega 6, como pescado, aceite de girasol y/o consumir suplementos.

TRASTORNOS DEL SUEÑO CIE-10-F51 AL F51.9

(Ver módulo Persona Adulta y Persona Mayor página 733).

VIOLENCIA CIE-10-T74.0 AL T74.8

Es el uso intencional de la fuerza física y/o emocional, agresión sexual y/o amenazas contra una niña o niño, contra sí mismo, grupo o comunidad que puede tener como consecuencia problemas de neurodesarrollo, problemas psicológicos o la muerte.

Factores de riesgo

Las niñas y niños con alta vulnerabilidad son:

- Las que tienen madres, padres o encargados, con problema de consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas).
- En situación de orfandad; que viven con familiares que se han hecho cargo de ellos.
- Viven en situación de calle.
- Que desempeñan trabajo infantil.
- Población migrante.
- Con madre o padre que tiene otro conviviente.
- Que están o han estado institucionalizados.

Signos y síntomas:

- Evidencia de golpes (magulladuras, quemaduras sistémicas ocasionadas con cigarro, plancha, agua hirviendo, fracturas y/o arrancones de pelo).
- Historia de violencia psicológica (insultos, gritos, amenazas, degradaciones, comparaciones).
- Terrores nocturnos, pesadillas o trastornos del sueño.
- Signos de abandono (falta de higiene, desnutrición, entre otros).
- Cambios en la conducta.
- Pertenencia a grupos transgresores.
- Fugas (abandono del hogar).
- Violencia sexual.

Conducta/tratamiento

(Ver módulo Lactante página 269).

TRATA DE PERSONAS

(Ver módulo de Adolescencia y Juventud página 530).

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -IRA-

Son un conjunto de enfermedades transmisibles del sistema respiratorio con duración menor de 15 días y que afectan las vías respiratorias superiores e inferiores.

Signos y síntomas

- Tos.
- Dificultad para respirar.
- Dolor de oídos o garganta.
- Malestar general.
- Puede o no presentar fiebre.

ORIENTACIONES GENERALES PARA INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -IRA-

Alimentación

- Para menores de 2 años, lactancia materna y alimentación de acuerdo a las “Guías Alimentarias para la Población Guatemalteca Menor de 2 años”.
- Para mayores de 2 años, oriente de acuerdo a las “Guías Alimentarias para Guatemala”.
- A pesar de la disminución de apetito, estimular a la niña o niño a consumir porciones pequeñas de alimentos, con texturas suaves y agradables.
- En la recuperación, aumentar el tamaño de las porciones y tiempos de comida.

Cuidados de la niña o niño enfermo

- Abrigar a la niña o el niño sin acalorar, y protegerle de la lluvia y los cambios bruscos de temperatura.
- En caso de presentar otitis crónica, no se recomienda el baño en piscinas, lagos o ríos.
- Cómo secar el oído con mechas: con gaza limpia, forme una mecha, y límpielo superficialmente.

Cómo dar los medicamentos

- Para hacer una suspensión del medicamento, utilice agua segura (hervida, clorada, filtrada o embotellada (ver sección ETA página 400 de éste módulo), llenar el frasco hasta la marca que indica la etiqueta.
- Todo antibiótico debe ser administrado en las dosis, horario y días indicados, para evitar la resistencia bacteriana a los mismos.
- Iniciar con sulfato de zinc como tratamiento coadyuvante en casos de neumonía en niñas y niños (ver dosis página 401 de éste módulo).

Cómo evitar el contagio

- Separar a las niñas y a los niños de otros menores o personas enfermas con infecciones respiratorias.
- Evitar que les besen, tosan o estornuden cerca.
- No deben compartir alimentos y utensilios (cubiertos, vasos, platos, entre otros).
- Enseñar a toser y estornudar adecuadamente, utilizando el ángulo interno del codo o cubriéndose la boca y nariz con pañuelo desechable o papel higiénico.
- Evaluar uso de mascarilla en las niñas y niños que tosen o estornudan, para evitar el contagio.
- Practicar lavado de manos frecuente.
- Ventilar la habitación donde duerme.

NEUMONÍA GRAVE (NEUMONIA BACTERIANA NO ESPECIFICADA) CIE-10 J15.9

La neumonía es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones. Estos están formados por pequeños sacos, llamados alvéolos, que en las personas sana se llenan de aire al respirar. Los alvéolos de los enfermos de neumonía están llenos de pus y líquido, lo que hace dolorosa la respiración y limita la absorción de oxígeno.

Signos y síntomas

- Tos.
- Tiraje intercostal, subcostal o retro esternal severo.
- Dificultad respiratoria severa.
- Aleteo nasal severo.
- Intranquilidad severa.
- Frecuencia respiratoria por arriba de 30 por minuto.
- Puede o no haber fiebre.
- Puede o no haber sibilancias.
- Puede haber o no cianosis severa.
- Pueden haber o no estertores y/o sibilancias marcados.

Conducta/tratamiento

- Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C, dar acetaminofén jarabe, 10 a 15 mg/kg dosis, por vía oral (PO), primera dosis, si no utilizar medios físicos y explique cómo hacerlo en el hogar.
- Tratamiento con antibiótico:
 - Ampicilina 50 mg/kg/dosis, administre primera dosis IM y refiera. Pacientes alérgicos a la penicilina: administre primera dosis de gentamicina 4 mg/kg/dosis, IM y refiera.
- Si presenta sibilancias o signos de dificultad respiratoria administre salbutamol nebulizado 0.15 mg/kg en 2 ml de solución salina (dosis única previa al traslado).
- Si tolera vía oral (PO), administre sulfato de zinc (ver página 401 de éste módulo).
- Coordine traslado y refiera a hospital acompañado de algún miembro del personal de salud si es posible.
- Estabilice antes de referir.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- La situación de la niña o niño y el motivo de traslado a la madre, padre o encargada (o).

NEUMONÍA (NEUMONIA BACTERIANA NO ESPECIFICADA) CIE-10 J15.9

Ver definición en página anterior.

Signos y síntomas

- Tos.
- De 1 año a menores de 5 años, respiración rápida de 40 o más por minuto.
- De 5 a menores de 10 años, respiración rápida de 30 o más por minuto.
- Dificultad respiratoria.
- Aleteo nasal.

- Intranquilidad.
- Puede haber o no cianosis leve.
- Estertores crepitantes y subcrepitantes.
- Puede o no haber sibilancias.
- Puede o no haber fiebre.

Conducta/tratamiento

- Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C, administre acetaminofén jarabe, de 10 a 15 mg/kg dosis, vía oral (PO) cada 6 horas durante 3 días.
- Antibióticos:
 - Amoxicilina 90 mg/kg/día, dividido en tres dosis (cada 8 horas), vía oral (PO), durante 7 a 10 días, según evolución.
 - En caso de alergia a la amoxicilina (penicilinas) cambiar el tratamiento a:
 - Claritromicina 15 mg/kg/día dividido en dos dosis (cada 12 horas), PO durante 10 a 14 días, según evolución, o bien
 - Azitromicina cada 24 horas, durante 5 días:
 - 1er día: 10 mg/kg PO, 2do a 5to día: 5 mg/kg/día PO.
 - Si el niño no está vacunado con pentavalente o desconoce el antecedente de vacunación, dar: amoxicilina+ácido clavulánico suspensión o gragea de acuerdo a la edad del paciente, PO, a 80 mg/kg/día, dividido cada 12 horas durante 7-10 días de acuerdo a evolución. Niñas y niños mayores de 70 lbs. administre amoxicilina+ácido clavulánico en tabletas de 500 mg en base a la amoxicilina durante 7 a 10 días.
- Si presenta sibilancias nebulice con 2 a 3 ml de solución salina más salbutamol al 5 % ,0.15 mg/kg/dosis, espere 20 minutos y reevalúe, si es necesario puede nebulizar por 2 veces más.
- Administre sulfato de zinc (si tolera PO), ver página 401 de éste módulo.
- Cite en 2 días para control y oriente que si paciente no mejora o empeora vuelva inmediatamente al servicio de salud.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

RESFRIADO COMÚN (RINOFARINGITIS AGUDA) CIE-10-J00

Infección de vías aéreas superiores producida por virus, que dura de dos a siete días y cura espontáneamente.

Signos y síntomas

- Tos.
- Coriza.
- Estornudos.
- Lagrimeo.
- Secreción nasal.
- Irritación de la nasofaringe.
- Sensación de frío y malestar.

Conducta/tratamiento

- Si presenta fiebre o dolor: acetaminofén jarabe, de 10 a 15 mg/kg/ dosis, por vía oral (PO), cada 6 horas durante 3 días.
- Si tiene buen estado neurológico y los síntomas son intensos, indicar para niños mayores de 2 años:
 - Loratadina, jarabe: 0.2 mg/kg/día, PO durante 3 días ó
 - Maleato de Clorfeniramina jarabe 0.35 mg/ kg/día dividido cada 6 o cada 8 horas PO durante 3 días. Dosis máxima 2 mg.
- Registre en SIGSA.

Orienta sobre

- Regresar en 72 horas para seguimiento.
- Si los síntomas empeoran, volver a consultar.

MASTOIDITIS AGUDA CIE-10 H70.0

Infección de la apófisis mastoides o hueso mastoideo del cráneo. Este hueso está localizado por detrás de la oreja.

Signos y síntomas

- Hinchazón y enrojecimiento detrás del oído, dolorosa al tacto.
- Fiebre.
- Dolor de cabeza.

Conducta/tratamiento

- Si la temperatura es mayor de 38 °C y tiene dolor, acetaminofén jarabe, 10 a 15 mg/kg/dosis, por vía oral (PO), primera dosis.
- Referir a hospital más cercano.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orientación sobre

- Situación de la niña o niño e importancia de cumplir con la referencia.
- Seguir las orientaciones generales de IRA, ver página 385 de éste módulo.

OTITIS MEDIA AGUDA (NO ESPECIFICADA) CIE-10 H66.9

Infección del oído medio menor a 14 días de evolución.

Signos y síntomas

- Dolor persistente e intenso de oído.
- Supuración de oído de menos de 14 días de evolución.

Conducta/tratamiento

- Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C o tiene dolor, dé acetaminofén jarabe, de 10 a 15 mg/kg dosis, vía oral (PO) cada 6 horas durante 3 días.
- Realice una demostración de limpieza externa del oído, con mechas.

- Uso de antibióticos:
 - Primera elección: amoxicilina suspensión o comprimidos (si necesario disuelta o triturada), de acuerdo a la edad del paciente, a 90 mg/kg/día PO, dividido en dos dosis (cada 12 horas) durante 10 días.
 - Segunda elección: amoxicilina más ácido clavulánico suspensión o tableta, de acuerdo a la edad del paciente, a 90 mg/kg/día (de amoxicilina) PO dividido en dos dosis (cada 12 horas) durante 10 días.
 - En caso de alergia a penicilina, administre:
 - Claritromicina suspensión o comprimidos, de acuerdo a la edad 15 mg/kg/día PO, dividida en dos dosis (cada 12 horas) durante 10 días.
- Cite en 48 horas para seguimiento.
- Indique que si los síntomas persisten vuelva al servicio inmediatamente.
- Registre en SIGSA.

Orienta sobre

- Que si tiene secreción de oído cómo deberá realizar la limpieza externa del oído afectado todos los días con mechas limpias, repetir hasta que ya no salgan manchadas.
- Que deseche las mechas sucias en una bolsa y lo descarte a la basura, lavándose posteriormente las manos con agua y jabón.
- Previo al baño, cubrir el oído para que no se introduzca agua con jabón.
- No introducir objetos en el oído.
- Durante seis meses posteriores al tratamiento, no bañarse en el mar, ríos o piscinas.
- Seguir las orientaciones generales de IRA, ver página 385 de éste módulo.

OTITIS MEDIA CRÓNICA (OTRAS OTITIS MEDIAS CRÓNICAS SUPURATIVAS) CIE-10 H66.3

Supuración persistente del oído.

Signos y síntomas

- Supuración de más de 14 días de evolución (2 semanas o más).

Conducta/tratamiento

- Realizar limpieza externa con gasa o mechas limpias, demostrando cómo hacerlo e indicar que se debe realizar con frecuencia cada vez que el oído esté con secreción.
- Indicar que el cuadro se resuelve solo y que puede durar hasta dos meses.
- Si tiene fiebre o dolor, administre acetaminofen jarabe 10 a 15 mg/kg/ dosis PO cada 6 horas durante 3 días.
- Si la fiebre no cede o aumenta el dolor regrese al servicio de salud inmediatamente para ser referido a hospital.
- Cite en 15 días para control.
- Registre en SIGSA.
- Si el cuadro se repite debe ser referido al hospital para evaluación y tratamiento especializado.

Orienta sobre

- Cómo realizar la limpieza externa del oído afectado con mechas limpias, repetir hasta que ya no salgan manchadas.
- Que deseche las mechas sucias en una bolsa y lo descarte a la basura, lavándose posteriormente las manos con agua y jabón.
- Previo al baño, cubrir el oído para que no se introduzca agua con jabón.
- No introducir objetos en el oído.
- Durante seis meses posteriores al tratamiento, no bañarse en el mar, ríos o piscinas.
- Seguir las orientaciones generales de IRA, ver página 385 de éste módulo.

AMIGDALITIS BACTERIANA (AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA) CIE-1 J03.9

Proceso agudo febril con inflamación de las mucosas de la faringe y las amígdalas. Puede ser causada por virus o bacterias. La causa bacteriana es poco frecuente antes de los dos años de edad.

Signos y síntomas

- Amígdalas enrojecidas y aumentadas de tamaño.
- Fiebre.
- Dolor de garganta.

- Puntos sépticos o exudado purulento.
- Ganglios linfáticos del cuello y submandibulares, aumentados de tamaño y dolorosos.

Conducta/tratamiento

- Acetaminofén jarabe, 10 a 15 mg/kg/dosis, por vía oral (PO), cada 6 horas durante 3 días.
- Uso de antibióticos:
 - Primera opción: amoxicilina suspensión o cápsulas 50 mg/kg/día PO, dividido en dos dosis (cada 12 horas), durante 10 días.
 - Segunda opción: penicilina benzatinica:
 - Niñez con peso menor a 30 kg: 600,000 UI vía intramuscular (IM), dosis única.
 - Niñez con 30 kg o más de peso: 1, 200,000 UI (IM), dosis única.
- Si es alérgica/o a la penicilina: claritromicina, 15 mg/kg/día PO, dividido en dos dosis (cada 12 horas) durante 7 a 10 días, según evolución.
- Registre en SIGSA.

Orienta sobre

- Importancia de cumplir con el tratamiento.
- Seguir las orientaciones generales de IRA, ver página 385 de éste módulo.

AMIGDALITIS VIRAL (AGUDA NO ESPECIFICADA) CIE-10 J03.9

Proceso agudo febril con inflamación de las mucosas de la faringe.

Signos y síntomas

- Fiebre.
- Dolor de garganta.
- Amígdalas enrojecidas y aumentadas de tamaño.
- Puede o no haber ganglios linfáticos del cuello y submandibulares, aumentados de tamaño y dolorosos.

Conducta /tratamiento

- Por dolor o temperatura mayor de 38 °C administre acetaminofén jarabe, 10 a 15 mg/kg dosis, por vía oral (PO), cada 6 horas durante 3 días.
- Registre en SIGSA.

Orienta sobre

- Seguir las orientaciones generales de IRA, ver página 385 de éste módulo.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS Y AGUA (ETA)

Son enfermedades generalmente de carácter infeccioso o tóxico, causadas por bacterias, virus, parásitos o sustancias químicas que contienen los alimentos o el agua contaminada y que entran al organismo por la boca. Las ETA pueden causar daño al individuo, la familia e incluso la comunidad.

ORIENTACIONES GENERALES PARA TODAS LAS ETA

- Mantener la lactancia materna y alimentación complementaria, de acuerdo a la edad según las “Guías Alimentarias para la Población Guatemalteca Menor de 2 años” y para mayores de 2 años “Guías Alimentarias para Guatemala”.
- A pesar de la disminución de apetito, estimular a la niña o niño a consumir porciones pequeñas de alimentos, con texturas suaves y agradables.
- En la recuperación, aumentar el tamaño de las porciones y la frecuencia de las comidas.
- Utilizar sales de rehidratación oral de acuerdo a la clasificación de la deshidratación y explicar su importancia.
- Explicar las 10 Reglas de Oro para prevenir las enfermedades transmitidas por alimentos y agua (ver anexo No. 2 en módulo Lactante página 279).
- Mantener una adecuada higiene ambiental en el hogar.

- No compartir los utensilios de alimentación (cubiertos, vasos, platos).
- No auto medicar.
- Los medicamentos deben administrarse según indicaciones del personal de salud en dosis y frecuencia.
- La madre o persona encargada debe lavarse las manos con agua y jabón antes de dar lactancia, después de usar el sanitario, cambiar pañales, antes de tener contacto con los alimentos, al prepararlos, servirlos y darlos a su hija o hijo (ver anexo No.2 del módulo Lactante página 279).
- Descartar adecuadamente pañales desechables.
- Informar a los padres o encargados sobre la adecuada disposición de excretas y basura.
- Lavar frutas y verduras antes de cocinarlas o comerlas.
- Consumo agua segura (hervida o clorada, ver página 400 de éste módulo).
- Higiene personal y uso de calzado (zapatos, “ginas”, chancletas, sandalias).

DIARREA

Es la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. La deposición frecuente de heces formadas (de consistencia sólida) no es diarrea, tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y “pastosa” de niñas y niños amamantados.

Conducta/tratamiento

- Clasifique e inicie manejo de la niña o niño con diarrea, de acuerdo a la deshidratación, ver tabla en página siguiente:

CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DESHIDRATACIÓN

Evalúe y clasifique	Bien hidratado	Deshidratado dos o más signos	Deshidratado grave dos o más signos
Observe			
Estado general	Alerta	Inquieto o irritable	Inconsciente Hipotónico
Ojos	Llora con lágrimas	Hundidos llora sin lágrimas	Hundidos, llora sin lágrimas
Sed	Normal	Aumentada, bebe con avidez	No puede beber
Pliegue cutáneo	Normal	El signo de pliegue se deshace con lentitud (menor de 2 segundos)	El signo de pliegue se deshace con lentitud (mayor de 2 segundos)
Explore			
Pulso	Normal	Rápido	Débil o ausente
Llenado capilar	Menor de 2 segundos	De 3 a 5 segundos	Más de 5 segundos
Conducta/ tratamiento			
	PLAN "A"	PLAN "B"	PLAN "C"

Plan A

Tratamiento de la diarrea en el hogar a niñas y niños menores de 10 años; enseñar a la madre, padre o encargado las 3 reglas básicas en el hogar:

1. Dar más líquidos de lo usual para prevenir deshidratación:
 - Si la niña o el niño es mayor de 6 meses, además de la lactancia materna y SRO hipoosmolares, dar líquidos caseros agua de arroz, agua de plátano, ingerir líquidos a libre demanda.
 - Administre SRO hipoosmolares en el hogar cuando:
 - Ha sido tratado con el Plan B o C en un servicio de salud y es egresado al hogar.
 - Se dificulta el traslado inmediato a un servicio de salud, o si la diarrea empeora.
2. Continuar dando alimentación para prevenir desnutrición.
3. Indique cuándo traer al niño o niña al servicio de salud:
 - Regrese inmediatamente si no mejora.
 - Si presenta dos señales de peligro.
 - Si mejora, indique que regrese en 2 días para control.

Cumplir con el tratamiento indicado.

Si la niña o el niño va a recibir sales de rehidratación oral en el hogar, enseñe a la madre, padre o encargado a:

- Preparar SRO hipoosmolares como se indica en el sobre.
- Como administrar SRO hipoosmolares después de cada evacuación según cuadro siguiente y dele suficientes sobres de suero para dos días.

Forma de administrar el suero oral después de cada deposición acuosa:

Edad	Suero oral después de cada evacuación	Sobres SRO necesario
1-10 años	100-200 ml (3-6 onzas)	2 sobre/día

Fuente. OMS/OPS.

- Si es mayor de 1 año, dé frecuentemente por pequeños sorbos.
- Si vomita, espere 10 minutos y reinicie dando 1 cucharadita cada 5 minutos.

Plan B

Determinar la cantidad de Sales de Rehidratación Oral hipoosmolares, para dar en las primeras 4 horas.

Dependiendo de la evolución puede calcularse la misma cantidad o menos, si el paciente no presenta signos de deshidratación, continuar el tratamiento en casa con Plan A.

Cantidad aproximada de suero oral para 4 horas:

100 ml/kg de peso

Si no conoce el peso de la niña o niño, utilizar el peso ideal para la edad

Edad en años	Peso ideal		Cantidad de SRO a administrar en 4 horas	
	Niño	Niña	Niño	Niña
1	9,9 kg	9,5 kg	990 ml	950 ml
2	12.3 kg	11.9 kg	1,230 ml	1,200 ml
3	14.6 kg	14.1 kg	1,460 ml	1,410 ml
4	16.7 kg	16.0 kg	1,670 ml	1,600 ml
5	18.7 kg	17.6 kg	1,870 ml	1,760 ml
6	20.7 kg	19.5 kg	2,070 ml	1,950 ml
7	22.9 kg	21.8 kg	2,290 ml	2,180 ml
8	25.3 kg	24.8 kg	2,530 ml	2,480 ml
9	28.1 kg	26.6 kg	2,810 ml	2,660 ml

Fuente. OMS/OPS.

Mostrar a quien corresponda cómo se administra el suero oral:

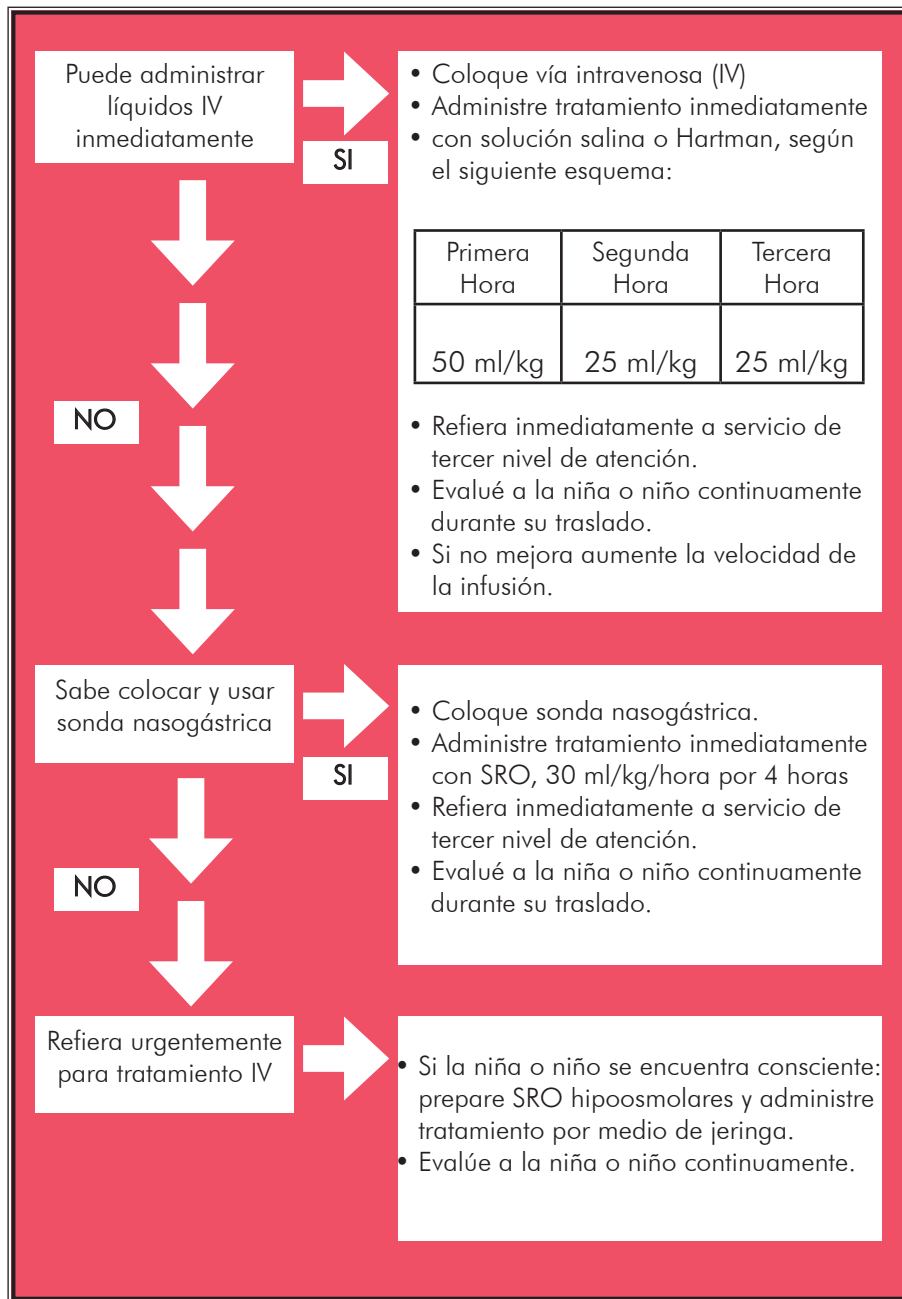
- Dar con frecuencia sorbos de suero oral con vaso o taza, si la niña o niño vomita, esperar 10 minutos y después continuar; pero lentamente.
- Evaluar signos vitales y de deshidratación.

Al concluir la rehidratación:

- Reevaluar el grado de hidratación.
- Seleccionar el plan apropiado para continuar el tratamiento.

Plan C

TRATAMIENTO RÁPIDO DE LA DESHIDRATACIÓN GRAVE



Fuente. OMS/OPS.

Instrucciones para preparar las sales de rehidratación oral -SRO- preferiblemente hipoosmolares:

- **Paso 1:** use agua segura, (clorada o hervida).

Para beber agua segura es necesario	
CLORAR EL AGUA DE LA SIGUIENTE MANERA	
Cantidad de agua	Gotas de cloro a agregar
1 litro	1 gota
1 galón	4 gotas
1 cubeta de 15 litros	16 gotas
1 tonel	2 cucharadas soperas
Esperar 30 minutos antes de consumir el agua.	
HERVIR EL AGUA DE LA SIGUIENTE MANERA	
Ponga la olla con agua al fuego.	
Cuando el agua esté hirviendo, déjela hervir por un minuto.	
Deje enfriar el agua hervida con la olla tapada.	
Nota. Al clorar el agua se recomienda revisar las instrucciones (concentración del fabricante) de cuánto cloro agregar al agua para consumo. Si el agua ha sido clorada ya no es necesario hervirla.	

- **Paso 2:** vacíe todo el polvo de un sobre de SRO (preferiblemente hipoosmolar) en un litro del agua hervida (fría) o clorada.
- **Paso 3:** revuelva bien el agua con el polvo para preparar el suero.
- **Paso 4:** dele el suero a la niña/o con cuchara lentamente a requerimiento.
- **Paso 5:** después de 24 horas, tire el suero sobrante porque ya no sirve, prepare un litro nuevo de suero si es necesario.

Instrucciones para administrar sulfato de zinc:

ZINC COMO TRATAMIENTO COADYUVANTE EN CASOS DE DIARREA Y NEUMONÍA PARA NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A MENORES DE 5 AÑOS

EDAD	PRESENTACIÓN	DOSIS
1 a menores de 5 años	Primera opción: Fracos jarabe (10 mg/5 ml)	10 ml (20 mg) PO una vez al día durante 10 días
	Segunda opción: Tabletas <u>dispersables</u> de 20 mg	Una tableta <u>dispersable</u> (20 mg) PO una vez al día durante 10 días
*- Los medicamentos usados en edad pediátrica deben ser en jarabe o suspensión, sin embargo, solo sí, no se dispone de la presentación en jarabe que recomienda el programa, dé la presentación en tabletas, <u>asegurando que sean dispersables</u>. Recuerde: • La tableta de Sulfato de Zinc debe ser DISPERSABLE, ya que, se deshace sola al colocarla en un líquido, usted debe colocar la tableta en una cuchara con agua segura (agua hervida, clorada o purificada) o leche materna hasta que se deshaga, en un tiempo no mayor de dos minutos. Si esto no sucede revise la fecha de vencimiento y proceda a utilizar otra tableta. • Completar los 10 días de tratamiento recomendados. • Cuando se rompe el empaque primario de un medicamento ya no se asegura su efectividad y puede contaminarse.		

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA CON DESHIDRATACIÓN GRAVE (Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso CIE-10 A09)

Signos y síntomas

- Letargia o inconciencia.
- Ojos hundidos.
- No puede beber o mamar, o lo hace mal.
- Signo de pliegue cutáneo (la piel vuelve muy lentamente a su lugar -más de dos segundos-).

Conducta/tratamiento

- Inicie terapia de rehidratación con Plan C, página 399 de éste módulo.
- Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C y si la condición de la niña o niño lo permite, administre primera dosis de acetaminofén jarabe, de 10 a 15 mg/kg dosis, vía oral (PO) si no utilice medios físicos.
- Administre sulfato de zinc primera dosis, si tolera PO, ver página 401 de éste módulo.
- Coordine traslado y refiera inmediatamente, acompañado de algún miembro del personal de salud.
- Si tolera, refiera administrando pequeñas dosis de suero oral.
- Estabilice a la niña o niño antes de ser referido.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a contrarreferencia.

Orientación sobre

- La situación de la niña o niño y el motivo del traslado a madre, padre o encargado.
- Activar planes de emergencia (familiar y comunitario).
- Cómo aplicar los medios físicos y dar suero oral durante el traslado.
- Orientaciones generales al inicio de ETA, ver página 394 de éste módulo.

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA CON DESHIDRATACIÓN (DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO) CIE-10 A09

Signos y síntomas

- Inquieto o irritable.
- Ojos hundidos.
- Bebe o mama ávidamente con sed.
- Signo de pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente a su lugar -más de dos segundos-.

Conducta/tratamiento

- Inicie terapia de rehidratación según plan que corresponda.
- Laboratorios: si hay capacidad, examen de heces y orina simple, y brinde tratamiento de acuerdo a resultados.

- Administre sulfato de zinc (si tolera vía oral (PO), página 401.
- Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C, dé primera dosis de acetaminofén jarabe: 10 a 15 mg/kg dosis PO.
- De acuerdo al estado general de la niña o niño y evolución de la terapia de rehidratación, evalúe y coordine traslado si es necesario.
- Estabilice y refiera inmediatamente, de preferencia acompañado por algún miembro del personal de salud.
- Activar planes de emergencia familiar y comunitario, ver módulo Embarazo Parto y Puerperio, páginas 83 y 85.
- Si no refiere a otro servicio de salud, cite en 24 horas para seguimiento.
- Registre en SIGSA.
- Si refiere, dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- La situación de la niña o niño a madre padre o encargado.
- Cómo preparar y dar el suero oral.
- Que si los síntomas persisten o empeoran vuelva al servicio.
- Las orientaciones generales de ETA, ver página 394 de éste módulo.

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA SIN DESHIDRATACIÓN (DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO) CIE-10 A09

Signos y síntomas

- Evacuaciones diarreicas.
- Bebe o mama bien.
- No hay signos de deshidratación.

Conducta/tratamiento

- Inicie terapia de rehidratación con plan A.
- Laboratorios: si hay capacidad, examen de heces y orina simple y brinde tratamiento de acuerdo a resultados.
- Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C, administre acetaminofén jarabe, de 10 a 15 mg/kg dosis, vía oral (PO) cada 6 horas durante 3 días.
- Proporcione cuatro (4) sobres de sales de rehidratación, de preferencia hipoosmolares.

- Administre sulfato de zinc página 401 de éste módulo.
- Cite en 48 horas para seguimiento.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- La situación de la niña o niño a madre, padre o encargado.
- Cómo preparar y dar el suero oral, ver página 400 de éste módulo.
- Que si los síntomas persisten o empeoran vuelva al servicio de salud.
- Las orientaciones generales de ETA, ver página 394 de éste módulo.

DIARREA PERSISTENTE CON DESHIDRATACIÓN CIE-10-A06.1

Diarrea de más de catorce días de evolución.

Signos y síntomas

- Inquietud o irritabilidad.
- Ojos hundidos.
- Bebe o mama ávidamente con sed.
- Puede haber deshidratación grave o moderada.
- Signo de pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente a su lugar.

Conducta/tratamiento

- Inicie terapia de rehidratación, según plan que corresponda.
- Laboratorio: si hay capacidad, hematología completa, orina, heces simple y brinde tratamiento de acuerdo a resultados.
- Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C acetaminofén jarabe: 10 a 15 mg/kg dosis, por vía oral (PO), primera dosis.
- Administre sulfato de zinc, ver cuadro de página 401.
- Debe orientarse su traslado tomando en cuenta el grado de deshidratación, considerando los planes A, B o C.
- Coordine traslado y refiera a servicio de salud con mayor capacidad resolutive, si es posible, acompañado por personal de salud.
- Si la niña o niño presenta desnutrición debe ser evaluado como se indica en la sección de ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑAS Y NIÑOS

DE 1 A MENORES DE 5 AÑOS en DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA en éste módulo página 357.

- Estabilice antes de referirle.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia, apoyese con nutricionista si cuenta con el recurso.

Oriente sobre

- La situación de la niña o niño, a la madre, padre o encargado.
- Activar planes de emergencia (familiar y comunitario).
- Cómo dar el suero oral durante el traslado.
- Las orientaciones generales de ETA, ver página 394 de éste módulo.

DIARREA PERSISTENTE SIN DESHIDRATACIÓN CIE 10-A06.1

Signos y síntomas

- Evacuaciones diarreicas de más de 14 días de evolución.
- Bebe o mama bien.
- No hay signos de deshidratación.

Conducta/tratamiento

- Inicie terapia de rehidratación con plan A.
- Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C, administre primera dosis de acetaminofén jarabe, de 10 a 15 mg/kg dosis, vía oral (PO) cada 6 horas durante 3 días.
- Administre sulfato de zinc, ver página 401 de éste módulo.
- Coordine el traslado al hospital para estudio y tratamiento.
- Estabilice antes de referir.
- Si la niña o niño presenta desnutrición debe ser evaluado como se indica en la sección de ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A MENORES DE 5 AÑOS en DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA en este módulo, página 357.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

DIARREA SANGUINOLENTA CIE-10 A09.0

Signos y síntomas

- Evacuaciones diarreicas.
- Presencia de sangre en las heces.
- Puede haber o no signos de deshidratación.

Conducta/tratamiento

- Proceda según protocolos de vigilancia epidemiológica.
- Inicie terapia de rehidratación que corresponda de acuerdo al grado de deshidratación.
- Laboratorio: hematología completa, heces simple, sangre oculta en heces.
- Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C, administre acetaminofén jarabe, de 10 a 15 mg/kg dosis, vía oral (PO) cada 6 horas durante 3 días.
- Tratamiento con antibiótico:
 - Primera opción: azitromicina
 - 1er día 10 mg/kg/día PO, 2do al 5to día: 5 mg/kg/día PO.
 - Segunda opción: ciprofloxacina 20 mg/kg PO dividido en dos dosis (cada 12 horas) durante 3 a 5 días (solo para niños con toxicidad sistémica) y que no fue posible el traslado.
- Administre sulfato de zinc ver página 401 de éste módulo.
- Si la niña o niño presenta desnutrición debe ser evaluado como se indica en la sección de ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A MENORES DE 5 AÑOS en DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA página 357 de éste módulo.
- En casos de pacientes con deshidratación grave o desnutrición grave, referir a hospital, con acompañamiento por personal de salud.
- Si decide referir, establezca antes y coordine la referencia.
- Registre en SIGSA.
- De seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- La situación de la niña o niño, a la madre, padre o responsable.
- Si refiere, activar planes de emergencia familiar y comunitario, ver módulo Embarazo Parto y Puerperio páginas 83 y 85.
- Cómo preparar y dar el suero oral.
- Que si los síntomas persisten o empeoran vuelva al servicio de salud.
- Las orientaciones generales de ETA, ver página 394 de éste módulo.

CÓLERA (NO ESPECIFICADO) CIE-10 A00.9

Enfermedad infecto contagiosa intestinal aguda, ocasionada por la bacteria *Vibrio cholerae*, que afecta el intestino delgado.

Signos y síntomas

- Inicio repentino de diarrea frecuente, acuosa y profusa sin dolor (heces como agua de arroz).
- Náuseas y vómitos abundantes, al inicio.
- Deshidratación rápida y severa.

Nota. Deshidratación rápida, acidosis, colapso circulatorio, hipoglicemia y la insuficiencia renal pueden causar la muerte rápidamente en los casos no tratados.

Conducta/tratamiento

- Aplique protocolos de vigilancia epidemiológica.
- Notificación obligatoria e inmediata.
- Registre en SIGSA.
- Tratar a todo paciente en la Unidad Local de Tratamiento del Cólera -UTC- (ver “Guía para la promoción, prevención, vigilancia y control del Cólera”).
- Debe usar guantes y mascarillas para manipular al paciente.
- Utilice cama o silla de tratamiento del cólera.
- Inicie terapia de rehidratación, según plan que corresponda o evaluando la condición del paciente, canalice vía intravenosa, para rehidratación de emergencia, si fuera necesario.
- Administre sulfato de zinc primera dosis si tolera vía oral (PO).

- Trate la fiebre, si la hubiera, con medios físicos o con acetaminofén dosis 10 a 15 mg/kg PO cada 6 horas.
- Si en el puesto de salud no cuenta con UTC, coordine el traslado a la más cercana.
- Lave meticulosamente las manos con agua y jabón (personal de salud, familia y acompañantes).
- Desinfección concurrente (durante la estadía del paciente en el servicio de salud): de las heces y los vómitos, así como de los artículos y la ropa de cama usados por los pacientes, por medio de cloro o calor.
- Limpieza terminal a la salida del paciente del servicio.
- Desinfección concurrente y terminal del vehículo de traslado del paciente, por personal debidamente capacitado (no utilizar ríos ni fuentes comunes de abastecimiento de agua, como pilas, bebederos o tanques).
- Investigue y haga control de contactos, comunidad y ambiente.
- Vigilancia de personas que compartieron alimentos y bebidas con la/el enfermo de cólera, durante cinco días previos a la aparición del cuadro.
- Rehidratación de acuerdo al plan que corresponda.
- Uso de antibióticos:
 - Primera opción: azitromicina 20 mg/kg PO dosis única (dosis máxima 1 g), o
 - Segunda opción: ciprofloxacina 20 mg/kg/día PO dosis única (dosis máxima 1 g).
- Si hay signos o riesgo de transmisión secundaria dentro del núcleo familiar, dar tratamiento a los miembros que lo integran.
 - Personas adultas.
 - Primera opción: doxiciclina 300 mg PO dosis única.
 - Otras opciones: ciprofloxacina 1 g PO dosis única o azitromicina 1 g PO dosis única.
 - Niñez: tratamiento igual que el paciente con cólera.
 - Embarazadas:
 - Azitromicina 1 g PO, dosis única.

Oriente sobre

- Situación de la niña o niño y la importancia del traslado urgente a la UTC.

- Poner en práctica medidas de control de moscas y otros insectos.
- Limpieza de la casa y utensilios (con cloro) usados por la persona enferma.

PARASITOSIS INTESTINAL (SIN ESPECIFICACIÓN) CIE-10 B 82.9

Es la infestación por helmintos, que necesitan una etapa en el suelo para su reproducción. Los agentes causales son los nematodos (gusanos o lombrices): *Trichuristrichiura*, *Áscaris lumbricoides*, y las uncinarias que infectan a los humanos (*Necátor americanus* y *Ancylostoma duodenale*). Se transmite por el consumo de alimentos o agua contaminada o por penetración de los gusanos a través de la piel, por el contacto de pies y manos con el suelo.

Signos y síntomas generales

Dependen del tipo de parásito y del grado de infestación (cantidad de parásitos en el cuerpo).

- Puede ser asintomático.
- Dolor en el epigastrio.
- Sensación de llenura.
- Náuseas y vómitos.
- Mala absorción de alimentos.
- Disminución o aumento del apetito.
- Dolor abdominal recurrente.
- Pérdida de peso o pobre ganancia de peso.

Orientaciones generales

- Explicar las 10 Reglas de Oro para prevenir las enfermedades transmitidas por alimentos y agua, con énfasis en el lavado de manos (ver anexo No. 2, página 279 en módulo Lactante).
- Mantener una adecuada higiene personal y del hogar, que incluya uñas limpias y cortas.
- No andar descalzo.
- Eliminación adecuada de las heces.

- Es importante que se dé a niñas y niños pequeños o personas a las que se les dificulte deglutir, las presentaciones de medicamentos en suspensión, de no contar con ellas asegúrese de indicar que la tableta este bien disuelta para evitar ahogamiento.

TRICHURIASIS CIE-10 B79

Es una infestación parasitaria por *Trichuris trichiura*, que de acuerdo al grado de parasitación pueden variar los síntomas.

Signos síntomas

- Puede ser asintomática.
- Dolor tipo cólico.
- Diarreas ocasionales.
- Tenesmo (sensación de querer defecar y no poder).
- Deposiciones mucosanguinolentas (en pacientes inmunodeprimidos).
- Anemia.
- Prolapso rectal (salida del ano), en el que se observan con frecuencia, los parásitos enclavados en la mucosa.

Conducta/tratamiento

- Diagnóstico clínico: es imposible en las formas leves y medianas; en casos intensos con cuadro disentérico se debe hacer un diagnóstico diferencial con amebiasis y otras parasitosis intestinales.
- Diagnóstico por laboratorio: identificación de huevos en heces fecales.
- Primera opción albendazol:
 - De 1 a menores de 2 años 200 mg/día en jarabe o tabletas, vía oral (PO) durante 3 días.
 - De 2 años en adelante 400 mg/día en jarabe o tabletas, PO durante 3 días.
- Segunda opción mebendazol, 100 mg cada 12 horas, vía oral (PO) durante 3 días.
- Registre en SIGSA.

Nota. La presentación del albendazol puede ser en tabletas de 200 o 400 mg, o suspensión de 200 o 400 mg. Verifique la dosis a administrar.

Oriente sobre

- Seguir orientaciones generales parasitosis intestinal, ver página 409 y de ETA ver página 394 de éste módulo.

ASCARIS CIE-10 B77

Es una infestación parasitaria por *Áscaris lumbricoides* (lombrices), que de acuerdo al grado de parasitación pueden variar los síntomas.

Signos y síntomas

- Digestivos: dolor abdominal difuso (por irritación mecánica) y menos frecuentemente meteorismo, vómitos y diarrea.
- Respiratorios: desde sintomatología inespecífica hasta síndrome de Löeffler (cuadro respiratorio agudo con fiebre de varios días, tos y expectoración abundante y signos de condensación pulmonar transitoria, consecuencia del paso pulmonar de las larvas y una respuesta de hipersensibilidad asociada).
- Otros síntomas: anorexia, malnutrición, obstrucción intestinal, absceso hepático.

Conducta/tratamiento

- Diagnóstico por laboratorio: hallazgo del parásito o sus huevos en examen de heces simple.
- Primera opción albendazol:
 - De 1 a menores de 2 años 200 mg/día en jarabe o tabletas, vía oral (PO) durante 1 día.
 - De dos años en adelante 400 mg/día en jarabe o tabletas, PO durante 1 día.
- Segunda opción mebendazol:
 - 100 mg cada 12 horas, PO durante 3 días.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- Seguir orientaciones generales parasitosis intestinal, ver página 409 y de ETA ver página 394 de éste módulo.

ANQUILOSTOMIASIS Y NECATORIASIS (INCLUYE UNCINARIAS) CIE-10 B76

Es una infestación parasitaria por *Necátor americanus* o *Ancylostoma duodenale*.

Signos síntomas

- Piel: síndrome de “*larva migrans cutánea*”, dermatitis pruriginosa, transitoria y recurrente en pies y zonas interdigitales, donde penetran y se desplazan hasta alcanzar el sistema circulatorio.
- Respiratorio: desde síntomas inespecíficos a síndrome de Löeffler (ver ascariasis).
- Digestivos: dolor epigástrico, náuseas, pirosis (sensación de quemadura que sube del estómago) y diarrea ocasionalmente.
- Anemia.

Conducta/tratamiento

- Diagnóstico clínico: se da a través del conjunto área endémica, persona con signos y síntomas cutáneos, pulmonares, anemia, contacto de piel con tierra.
- Diagnóstico por laboratorio: examen de heces simple. Hallazgo de huevos del parásito en heces fecales.
- Primera opción, mebendazol:
 - 100 mg cada 12 horas, PO durante 3 días.
- Segunda opción, albendazol
 - De 1 a menores de 2 años 200 mg/día en jarabe o tabletas, vía oral (PO) durante 3 a 5 días.
 - De dos años en adelante 400 mg/día en jarabe o tabletas, PO durante 3 a 5 días.
- Registre en SIGSA.

Nota. La población en edad escolar de 6 a 14 años será desparasitada a través de campañas nacionales masivas, las cuales se llevarán a cabo 2 veces al año con un intervalo de 6 meses, entre una y otra. El medicamento a utilizar será albendazol tableta masticable de 400 mg. Seguir los lineamientos anuales de las campañas de desparasitación que son actualizadas por el programa IRA y ETA.

Oriente sobre

- Seguir orientaciones generales parasitosis intestinal, ver página 409 y de ETA ver página 394 de éste módulo.

TENIAS CIE-10 B68

Enfermedad producida por el parásito *Taenia*, después del consumo de carne de res (*Taenia saginata*) o cerdo (*Taenia solium*).

Signos y síntomas

- Puede ser asintomática.
- Nauseas.
- Sensación de llenura.
- Disminución o aumento del apetito.
- Dolor abdominal recurrente.
- Meteorismo.
- Pérdida de peso o pobre ganancia de peso.
- Convulsiones sin antecedente febril o epilepsia.
- Dolor de cabeza.
- Diarrea escasa.
- Puede ocurrir la salida del parásito por el ano, con molestia y prurito perianal.

Conducta/tratamiento

- Diagnóstico por laboratorio: examen de heces, visualización de proglótides (segmentos del parásito) en materia fecal.
- Diagnóstico clínico: observación por parte del paciente o del personal de salud de la salida del parásito en heces.
- Si hay deshidratación, inicie terapia de rehidratación que corresponda.
- Trate la fiebre, si la hubiera, con acetaminofén jarabe, 10 a 15 mg/kg cada 6 horas, por vía oral (PO) o medios físicos.
- De acuerdo al estado general o si hay antecedente o presencia de convulsiones, referir y trasladar a hospital más cercano.

- Tratamiento con albendazol:
 - De 1 a menores de 2 años 200 mg/día en jarabe o tabletas, vía oral (PO) durante 3 días.
 - De 2 años en adelante 400 mg/día en jarabe o tabletas, PO durante 3 días.
- Registre en SIGSA.
- Repita examen de heces un mes después de terminado el tratamiento.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orientación sobre

- Cocinar bien la carne de cerdo (no deben quedar partes rojas, rosadas o crudas).
- Seguir orientaciones generales parasitosis intestinal, ver página 409 y de ETA ver página 394 de éste módulo.

ENTEROBIASIS (OXIUROS) CIE-10 B80

Enfermedad producida por el parásito *Enterobius vermiculares*.

Signos y síntomas

- Puede ser asintomático.
- Prurito o sensación de cuerpo extraño en el ano.
- Invasión genital (vulvovaginitis), despertares nocturnos.
- Sobreinfección secundaria a excoriaciones por rascado.
- Dolor abdominal que en ocasiones puede ser recurrente y localizarse en fosa ilíaca derecha simulando una apendicitis aguda.
- No están demostrados los síntomas que tradicionalmente se relacionan con oxiuriasis como bruxismo (cuando una persona aprieta los dientes o los hace frotar de atrás hacia adelante uno sobre el otro).
- Enuresis nocturna (incontinencia urinaria).

Conducta/tratamiento

- Diagnóstico:
 - Test de Graham: por la mañana, antes de defecación o lavado se coloca cinta adhesiva transparente en el ano del paciente, al despegarla se visualiza los huevos depositados por la hembra en la zona perianal.

- Visualización directa del gusano adulto en la exploración anal o vaginal.
- Examen de heces simple.
- Primera opción, mebendazol:
 - 100 mg dosis única, PO repetir a los 7 o 15 días.
- Segunda opción, albendazol
 - De 1 a menores de 2 años, 200 mg en jarabe o tabletas, vía oral (PO) dosis única. Repetir a los 7 o 15 días.
 - De dos años en adelante, 400 mg en jarabe o tabletas, PO dosis única repetir a los 7 o 15 días.
- Registre en SIGSA.

Orientes sobre

- Seguir orientaciones generales parasitosis intestinal, ver página 409 y de ETA ver página 394 de éste módulo.

AMEBIASIS (NO ESPECIFICADA) CIE-10 A06.9

Enfermedad producida por el parásito *Entamoeba histolytica*.

Signos y síntomas

- Puede ser asintomática o presentarse en cuadros leves o hasta fulminantes:
- Amebiasis asintomática: esta es la forma más frecuente, en el 90 % del total de casos.
- Amebiasis intestinal invasora aguda o colitis amebiana disintérica: gran número de deposiciones con contenido mucoso y hemático, tenesmo franco (sensación o deseo de seguir defecando aun teniendo el intestino vacío), con volumen de la deposición muy abundante en un principio y casi inexistente posteriormente, dolor abdominal importante, tipo cólico. En casos de pacientes desnutridos o inmunodeprimidos pueden presentarse casos de colitis amebiana fulminante, perforación y formación de amebomas con cuadros de obstrucción intestinal asociados.
- Amebiasis intestinal invasora crónica o colitis amebiana no disintérica: dolor abdominal tipo cólico con cambio del ritmo intestinal,

intercalando periodos de estreñimiento con deposiciones diarreicas, tenesmo leve, sensación de plenitud posprandial, náuseas, distensión abdominal, meteorismo (gases) y borborigmos (ruidos intestinales).

Conducta/tratamiento

- Si hay deshidratación, inicie terapia de rehidratación que corresponda.
- Diagnóstico por laboratorio: examen de heces simple, visualización de quistes en heces o de trofozoítos en cuadro agudo con deposiciones acuosas.
- Forma intestinal leve o moderada, incluida la disentería amebiana y otras formas invasivas.
- Medicamentos:
 - Primera opción, Tinidazol: tabletas o suspensión 50-60 mg/kg vía oral (PO), una dosis diaria, durante 3 días. No más de 2 g al día. Si a la niña o niño se le dificulta tragar la tableta y no hay suspensión, asegúrese de machacarla bien en agua azucarada y evitar que se ahogue con los fragmentos de la tableta.
 - Otras opciones:
 - Metronidazol: suspensión o tableta 35-50 mg/kg/día, PO, dividido cada 8 horas; administrar después de las comidas, durante 7 a 10 días.
 - Secnidazol: a partir de los 2 años, 30 mg/kg PO, dosis única (máximo 2 g).
- Registre en SIGSA.

Orientación sobre

- Seguir orientaciones generales parasitosis intestinal, ver página 409 y de ETA ver página 394 de éste módulo.

GIARDIASIS CIE- 10 A07.1

Enfermedad producida por el parásito *Giardia lamblia*.

Signos y síntomas

La sintomatología puede ser muy variada:

- Asintomático: más frecuente en niñez de áreas endémicas.

- Giardiasis aguda: diarrea acuosa que puede cambiar sus características a esteatorreicas (heces grasosas), deposiciones muy fétidas, distensión abdominal con dolor, pérdida de peso.
- Giardiasis crónica: sintomatología subaguda y asociada a signos de malabsorción, desnutrición y anemia. Puede haber además evacuaciones pequeñas y numerosas con poco contenido fecal, dolor abdominal intenso, tenesmo (sensación de evacuación incompleta), puede presentar deshidratación.

Conducta/tratamiento

- Si hay deshidratación, inicie terapia de rehidratación que corresponda.
- Diagnóstico por laboratorio: examen de heces simple, quistes en las heces o trofozoítos en el cuadro agudo, con deposiciones acuosas.
- Medicamentos primera opción:
 - Tinidazol, 50 mg/kg/día, vía oral (PO), dosis única. No más de 2 g al día, o bien
 - Secnidazol a partir de los 2 años, 30 mg/kg vía oral (PO), dosis única (máximo 2 g).
- Otras opciones:
 - Metronidazol, suspensión o tableta, 15 mg/kg/día, PO, dividido cada 12 horas, durante 3 días, o bien
 - Albendazol:
 - De 1 a menores de 2 años 200 mg al día (suspensión) PO, durante 5 días dosis única.
 - Mayores de 2 años: 400 mg al día (suspensión) PO, durante 5 días dosis única.

Nota. En caso de no contar con suspensión de albendazol, puede hacer uso de tabletas, machacándolas cuidadosamente para evitar que la niña o niño se ahogue al tragar.

- Registre en SIGSA.

Orientación sobre

- Seguir orientaciones generales parasitosis intestinal, ver página 409 y de ETA ver página 394 de éste módulo.

FIEBRE TIFOIDEA CIE-10 A01.0

Enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Salmonella thypi*. Puede cursar como un estado febril sin foco aparente.

Signos y síntomas

- Fiebre alta y continua (arriba de 38 °C) durante más de 3 días, sin aumento de frecuencia cardíaca.
- Diarrea o estreñimiento.
- Vómitos.
- Dolor abdominal.
- Distensión abdominal.
- Dolor de cabeza.
- Malestar general.
- Hepatomegalia y esplenomegalia (agrandamiento de hígado y bazo).
- Manchas rosadas en piel.
- Alteración del estado de conciencia.
- Puede haber presencia de sangre en heces.

Conducta/tratamiento

- Seguir protocolo de vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria.
- Inicie terapia de rehidratación que corresponda.
- Si la fiebre es mayor de 38 °C, administre primera dosis de acetaminofén en jarabe de 10 a 15 mg por kg de peso, vía oral (PO) y/o medios físicos.
- Vigile por distensión abdominal.
- Coordine el traslado, de ser posible presente el caso.
- Refiera y traslade al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- La situación de la niña o niño a la madre, padre o responsable.
- Importancia de cumplir con el traslado al hospital.
- Estar atentos a señales de deshidratación y distensión abdominal.
- Activar los planes de emergencia familiar y comunitario ver módulo Embarazo Parto y Puerperio, páginas 83 y 85.

HEPATITIS AGUDA TIPO "A" CIE-10 B 15.9

Enfermedad producida por el virus de la hepatitis "A", que afecta principalmente al hígado.

Signos y síntomas

- Ictericia (piel y conjuntivas amarillas).
- Fiebre.
- Náusea y vómitos.
- Diarrea.
- Dolor abdominal.
- Falta de apetito.
- Orina color café.
- Hepatomegalia.
- Dolor abdominal
- Heces blanquecinas o incoloras (acolia).

Conducta/tratamiento

- Seguir protocolo de vigilancia epidemiológica.
- Inicie terapia de rehidratación que corresponda.
- Trate la fiebre, si la hubiera, con medios físicos.
- Referencia al hospital más cercano para confirmar diagnóstico y tratamiento.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orientación sobre

- La situación de la niña o niño, a la madre, padre o responsable.
- El motivo e importancia del traslado.
- Continuar con alimentación de acuerdo a edad. Insistiendo en que la niña o niño no deje de comer. Ofrecer porciones pequeñas de alimentos que más le gusten, preparaciones espesas y bríndelas con más frecuencia.

- **Medidas de prevención:**

- Explicar las 10 Reglas de Oro para prevenir las enfermedades transmitidas por alimentos y agua (ver anexo No. 2 en módulo Lactante página 279).
 - Lavarse bien las manos con jabón y agua después de usar el sanitario o limpieza de la niña o niño.
 - No compartir alimentos o utensilios de comida utilizados por la niña o niño con otros miembros de la familia.
 - Después de cada uso el sanitario o letrina debe ser desinfectada con cloro.
 - Descarte los pañales desechables cubiertos con bolsa o papel, para evitar que las moscas y otros insectos entren en contacto con las heces.
- Consejería sobre tipo de dieta: alimentación para la niña y niño enfermo y sin grasa, rica en azúcares.

INTOXICACIÓN ALIMENTARIA (BACTERIANA NO ESPECIFICADA) CIE-10 A05.9

Síntomas de inicio brusco que ocurren tras la ingesta de alimentos y que no pueden ser atribuidos a otra causa. Los agentes causales pueden ser variados.

Signos y síntomas

- Inicio de los síntomas 30 minutos a 24 horas después de la ingesta de alimentos contaminados.
- Náuseas y vómitos frecuentes.
- Diarrea.
- En algunos casos dolor abdominal tipo cólico.
- Fiebre y escalofríos.
- Alteraciones del estado de conciencia.
- Signos de deshidratación.

Conducta/tratamiento

- Inicie terapia de rehidratación que corresponda.
- Trate la fiebre, si la hubiera, dé primera dosis de acetaminofén en jarabe de 10 a 15 mg/kg de peso, vía oral (PO) y/o medios físicos.

Use sulfato de zinc como tratamiento coadyuvante en diarrea en menores de 5 años.

- Refiera al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- La situación de la niña o niño a la madre, padre o encargado.
- El motivo e importancia del traslado.
- Continuar con alimentación de acuerdo a edad. Si tolera ofrecer porciones pequeñas de alimentos que más le gusten, preparaciones espesas y bríndelas con más frecuencia.
- Activación de los planes de emergencia familiar y comunitario, ver módulo Embarazo Parto y Puerperio, página 83 y 85.
- La práctica habitual lavado de manos con agua y jabón antes de preparar o ingerir alimentos y después de ir al baño o cambiar pañales.
- Explicar las 10 Reglas de Oro para prevenir las enfermedades transmitidas por alimentos y agua (ver anexo No. 2 en módulo Lactante página 279).

ASMA BRONQUIAL CIE-10-J45

Enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, se caracteriza por obstrucción bronquial variable y reversible, ya sea espontáneamente o con tratamiento, cursa con aumento de la respuesta inflamatoria de la vía aérea, frente estímulos como alérgenos, fármacos, ejercicio, aire frío, risa o llanto, humo, entre otros.

Factores de riesgo

- Predisponentes:
 - Alergia.
 - Historia familiar de asma.

Causas

- Alimentos.
 - En el hogar: ácaros, animales domésticos y mohos.
 - En el ambiente exterior:
 - Pólenes.
 - Mohos.
- En el lugar de trabajo:
 - Productos químicos.
 - Polvos.
 - Madera.
 - Harina, entre otros.
- Medicamentos:
 - Aspirina.
 - Ciertos analgésicos antiinflamatorios.
- Situaciones que generan ansiedad y estrés.

Desencadenantes de las crisis

- Infecciones víricas de las vías aéreas superiores.
- El ejercicio, más frecuentemente cuando el ambiente es frío o seco.
- Los cambios climáticos, como descensos de la temperatura, la humedad y la niebla.
- El reflujo gastroesofágico.
- La inhalación activa y pasiva de humo, entre ellos de tabaco, leña, entre otros.

Signos y síntomas

- Tos.
- Sibilancias (silbidos) en el pecho.
- Secreciones (flemas).
- Disnea o dificultad respiratoria con fatiga.
- Sensación de opresión en el pecho.
- Estos síntomas suelen cursar en crisis, durando unos días y cediendo, o bien cursar con síntomas de forma continúa con agudizaciones ocasionales más intensas.

Conducta/tratamiento

- Coloque a la niña o niño en una posición cómoda.
- Considere todas las exacerbaciones potencialmente graves hasta su control.
- Clasifique la severidad, según la tabla de clasificación, que se encuentra en la página siguiente 424.
- Considerando tener los conocimientos y las condiciones e insumos para el adecuado tratamiento, proceda a este. De lo contrario proporcione atención inmediata y refiera a nivel superior de atención, dando principales indicaciones a la madre, padre o responsable.
- Si decide dar tratamiento, guíese por el algoritmo de asma en pediatría, ver página 425.
- Trate según el algoritmo siguiente de asma en pediatría.
- Registre en SIGSA.

CLASIFICACIÓN DE SEVERIDAD EN CRISIS AGUDA DE ASMA BRONQUIAL

PARÁMETRO	LEVE	MODERADA	SEVERA	INMINENTE PARO RESPIRATORIO
Disnea.	Al caminar, pero puede acostarse.	Al hablar. Lactante: llanto más suave y corto. Dificultad para alimentarse. Prefiere estar sentado.	En reposo. Lactante: deja de alimentarse; encorvado hacia adelante.	
Habla.	Oraciones.	Frases cortas.	Palabras sueltas.	
Estado de conciencia.	Puede estar agitado.	Habitualmente agitado.	Habitualmente agitado.	Somnolencia y confusión.
Frecuencia respiratoria.	Aumentada.	Aumentada.	Frecuentemente mayor de 30/min.	
	Frecuencias respiratorias normales en niñas y niños despiertos:			
		Edad	Frecuencia normal	
		2 - 12 meses	Menos de 50/min.	
		1 - 5 años	Menos de 40/min.	
		6 - 8 años	Menos de 30/min.	
Uso de músculos accesorios y retracciones supraesternales.	Usualmente no.	Usualmente.	Usualmente.	Movimientos de tórax y abdominales paradójicos.
Sibilancias.	Moderadas, a menudo solo al final de la aspiración.	Fuertes.	Fuertes.	Ausentes.
Pulsaciones/ minuto.	menor 100	100-120	mayor 120	Bradycardia.
	Guía de límites superior de pulso en niñas y niños			
		Edad	Límite superior de pulso	
		2-12 meses	menor de 160/min	
		1-2 años	menor de 120/min	
		3-10 años	menor de 110/min	
Saturación de oxígeno (O ₂ % con aire ambiental).	Mayor de 95 %	91-95 %	Menor 90 %	

Fuente: Global Initiative for Asthma: Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Revised 2006

ALGORITMO DE ASMA EN PEDIATRÍA

Realice la evaluación y clasificación inicial

Tratamiento inicial:

- Nebulice con salbutamol 0.1 - 0.15 ml / kg (máximo 1 ml) en 3 ml de solución salina. Repetir cada 15 minutos por 1 hora.
- Si no hay respuesta inmediata.
- Si el paciente tomo recientemente glucocorticoides orales.

Si el episodio es severo:

- utilice glucocorticoides.
- Referir procediendo a la administración prednisona 1 mg/kg/día (dosis máxima 50 mg/día) por vía oral o Dexametasona 0.2 mg/kg IM (dosis máxima 6 mg).

Referir también si presentan:

- Historia de crisis por asma (con riesgo de muerte).
- Historia de tratamiento previo con ventilador.
- Uso excesivo de salbutamol (más de un envase al mes).

Evalúe la respuesta

Respuesta sostenida

- Después de 1 hora
- Examen físico normal
- No dificultad respiratoria
- Saturación de oxígeno $O_2 > 95 \%$

Respuesta incompleta en 1 a 2 horas

- Historia de pacientes de alto riesgo
- Síntomas leves o moderados
- Saturación de oxígeno $O_2 < 95 \%$

Pobre respuesta en 1 hora

- Historia de paciente de alto riesgo
- Síntomas severos*
- Saturación de oxígeno $O_2 < 95 \%$

- Salbutamol 0.35 mg/kg/día dividido cada 8 horas por 5 días o 1 a 2 puff cada 8 horas en espaciador.
- Si utilizó glucocorticoides Predisona 1 mg/kg/día (dosis máxima 50 mg/día) por 5 días.
- Oriente a la madre, padre o encargado.
- Cite en 2 días.
- No de antibióticos si no hay evidencia de infección bacteriana.

Continúe con:

- Nebulice con Salbutamol 0.03 ml/kg/ (máximo 1ml) y 3 ml de solución salina.
- Oriente a la madre, padre o encargado.
- Refiera al hospital más cercano.

Continúe con:

- Nebulice con 0.03 ml/kg/ (máximo 1 ml) y 3 ml de solución salina.
- Oriente a la madre, padre o encargado.
- Administre oxígeno a 2 a 3 litros por minuto.
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano.

* En caso de síntomas severos y NO contar con Salbutamol, utilice Epinefrina (1:1000) 0.01 ml/kg (dosis máxima 0.3 ml) dosis única y refiera inmediatamente al hospital más cercano.

Oriente sobre

- El motivo del traslado, si el caso lo amerita.
- La importancia del control ambiental para disminuir y atenuar los alérgenos que contribuyen a las crisis.
- Características de la enfermedad y la importancia de evitar los factores desencadenantes.
- Reconocimiento de la exacerbación de las crisis para acudir al servicio de salud de inmediato.
- El consumo de medicamentos entre cada crisis.
- En niñas y niños de 1 a 2 años o más, que aun estén lactando, continuar con lactancia materna.

SÍNDROME ANAFILÁCTICO CIE-10-T78.2

La anafilaxia es la manifestación más seria de la alergia. Es severa, abrupta y amenaza la vida.

Causas más frecuentes:

- Respuesta a:
 - Medicamentos (antibióticos, antiinflamatorios, entre otros).
 - Transfusiones sanguíneas.
 - Antitoxinas.
 - Alimentos:
 - Manías.
 - Nueces.
 - Huevos.
 - Pescado.
 - Mariscos, etc.
- Picaduras de insectos.

Signos y síntomas

- Edema.
- Urticaria (ronchas).
- Prurito (picazón o comezón).
- Vómitos.
- Calambres.

- Disnea (dificultad para respirar).
- Síncope.
- Choque.

Conducta/tratamiento

- Adrenalina (epinefrina) 1:1,000, intramuscular (IM) 0.01 ml/kg, repetir si es necesario cada 15 minutos. Dosis máxima 0.5 ml.
- Administre bolus intravenoso (IV) (a chorro) 20 ml/kg de solución salina o Hartman.
- Después de haber estabilizado a la niña o niño, administre una dosis de maleato de clorfeniramina:
 - Menores de 2 años de edad gotas 0.35 mg/kg/día vía oral (PO)
 - De 2 a 6 años, jarabe 1 mg PO.
 - De 6 a menores de 10 años, jarabe 2 mg PO
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a contrarreferencia.

NOTA. Una ampolla de adrenalina (epinefrina) contiene 1 mg/1 ml.

Orienta sobre

- La importancia de cumplir con la referencia.

ENFERMEDADES DE LA PIEL

SARCOPTIOSIS CIE-10-B86

Dermatosis pruriginosa, caracterizada clínicamente por surcos, pápulas, vesículas o pústulas y costras hemáticas. Conocida también como escabiosis, sarna, rasquiña o roña. Causada por liberación de secreciones tóxicas (antígenos) del ácaro *Sarcoptes scabiei* variedad *Hominis*.

Es muy contagiosa y se transmite por contacto directo de persona a persona o por objetos de uso común (toallas, sábanas, prendas de vestir). Se debe examinar a otros miembros de la familia.

Signos y síntomas

- Prurito (picação) de predominio nocturno.
- Las lesiones aparecen más a menudo en muñecas, entre los dedos, axilas y pliegue interglúteo, genitales, región periumbilical, palmas de las manos y planta de los pies.
- Las lesiones son frecuentes debajo de bandas, anillos, brazaletes.
- En niñas y niños o en la variedad de sarna noruega puede aparecer en piel y cara.

Complicaciones

- Sobre infección bacteriana.
- Glomerulonefritis aguda post estreptocócica.
- Dermatitis irritativa por tratamientos médicos o caseros.

Conducta/tratamiento

- Niñas y niños menores de 2 años:
 - Tratamiento tópico específico con loción de benzoato de bencilo al 25 %, se aplica únicamente sobre las lesiones, del cuello hacia abajo cada 24 horas por 5 días, aplíquelo en la noche y báñele por la mañana, todos los días para retirar el medicamento.
 - Si la loción le causa irritación e intranquilidad, bañarle inmediatamente con agua y jabón y aplicarla nuevamente por la mañana.
 - Se puede utilizar también permethrin crema al 5 %, una vez por semana en todo el cuerpo por dos semanas.
 - No aplicar en cara, ni ingerir el medicamento porque es tóxico.
- Niñas y niños mayores de 2 años:
 - Se puede aplicar cualquiera de los tratamientos tópicos anteriores o crema de hexacloruro de gamma benceno, aplicar por 2 días, sólo en las lesiones del cuello hacia abajo, durante la noche y después de 8 horas bañar con agua y jabón, y repetir tratamiento, una semana después.
- Registre en SIGSA 3.

Oriente sobre

- Medidas higiénicas personales y familiares (hervir la ropa de uso diario y la ropa de cama, exponerla al sol el mayor tiempo posible).
- Tratamiento específico a todas las personas con quien convive la niña o el niño, sobre todo a nivel de los lechos interdigitales y dorso de las manos.
- En niñas y niños de 1 a 2 años o más, continuar con lactancia materna.

IMPÉTIGO CIE-10-L01

Es una infección superficial de la piel (epidermis subcorneal), bacteriana más común en niñas y niños. Existen dos tipos, el impétigo buloso y no buloso, causada por el *Streptococcus beta hemolítico* del grupo A y *Stafiloccocus aureus*.

Signos y síntomas

- Inicia como pequeñas vesículas o pústulas, que se rompen y se convierten rápidamente en costras mielicéricas (con apariencia de miel seca) de 2 cm.
- Algunos presentan costra serohemática seca (costra común).
- Puede haber lesiones excamativas y mal olor.
- Algunas veces pueden haber bulas (ampollas) transparentes flácidas, más común en áreas intertriginosas (zonas sometidas a roces), ingle y abdomen.
- Las bulas se rompen fácilmente produciendo un halo de escama y eritema.

Conducta/tratamiento

- Ácido fusídico en crema, dos veces al día durante 7 días.
- Dicloxacilina 25 mg/kg/día, cada 6 horas, por vía oral (PO) durante 7 a 10 días.
- Si es alérgica/o a la penicilina, claritromicina 15 mg/kg/día, cada 12 horas, PO durante 7 a 10 días.
- Maleato de clorfeniramina 0.35 mg/kg/día, cada 8 horas, PO durante 5 días.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- Medidas higiénicas, limpieza con agua y jabón en las áreas afectadas y juguetes de las niñas y niños.
- Cumplir con la aplicación del medicamento.
- Evitar el contacto con otros niños y niñas, es muy contagioso.
- Refiera a un servicio de mayor resolución si:
 - No responde al tratamiento.
 - Las lesiones son muy extensas.
 - Presenta infecciones a repetición.
- En niñas y niños que aún están lactando, continuar con lactancia materna.

PRURIGO POR INSECTOS CIE-10-L29.8

Se manifiesta por una erupción papular (tipo de lesión en la piel) crónica o recurrente causada por una reacción de sensibilidad a los piquetes de insectos. Se observa con más frecuencia en niños y niñas de 2 a 7 años de edad.

Signos y síntomas

- Lesiones papulares, vesiculares o ampollas, de aspecto urticarial de predominio en áreas expuestas a las picaduras, aunque puede aparecer en cualquier parte del cuerpo.
- Existen lesiones cicatrizantes hipo e hiperpigmentadas.
- El principal síntoma es el prurito (picazón o comezón).

Conducta/tratamiento

- Loción de calamina, aplicar cada 6 horas, en piel afectada durante 5 días.
 - Niñas y niños menores de 2 años de edad, maleato de clorfeniramina en gotas, 0.35 mg/kg/día, cada 8 horas, por vía oral (PO), durante 5 días.
 - Niñas y niños de 2 a menores de 10 años de edad, maleato de clorfeniramina en jarabe, 0.35 mg/kg/día, cada 6 horas, PO durante 5 días, o loratadina, jarabe, 5 mg cada 24 horas, PO durante 5 días.
- Refiera si no mejora a un servicio de salud con mayor capacidad de resolución.

- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Uso de ropa adecuada, manga larga y pantalón largo, para proteger a las niñas y niños de piquetes de insectos.
- Uso de mosquiteros en camas y ventanas.
- Fumigar las habitaciones de la casa.
- Evitar estrecha relación con animales de la casa o “despulsar” a perros y gatos que habiten en la casa.
- Empleo racional de insecticidas.
- Adecuada alimentación, en niñas y niños de 1 a 2 años o más, si aún están lactando, continuar con lactancia materna y aplicar los criterios técnicos contenidos en las “Guías Alimentarias”, de acuerdo a edad.

DERMATITIS ATÓPICA CIE-10-L20

Es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, se acompaña de piel seca y prurito intenso.

Signos y síntomas

- El prurito (picazón o comezón) es el síntoma más importante.
- En niñas y niños pequeños, las lesiones aparecen en la cara básicamente, pero pueden presentarse en todo el cuerpo.
- En niñas y niños mayores, las zonas implicadas son: zonas de flexión, de extremidades, cuello, muñecas y tobillos.
- Lesiones exematosas agudas que presentan pápulas eritematosas, asociadas a escoriación y exudados serosos.
- Las lesiones crónicas presentan placas engrosadas y acentuación de pliegues o “liquenificación”.
- Complicaciones: sobreinfecciones bacterianas y virales.

Conducta/tratamiento

- Hidrocortisona, crema al 1 % aplicar en cara, 3 veces al día, durante 7 días, recuerde no exponer al sol.
- Para el cuerpo betametazona crema al 0.05 % aplicar 3 veces al día durante 7 días, recuerde no exponer al sol.

- Niñas y niños menores de 2 años de edad.
 - Maleato de clorfeniramina en gotas, 0.35 mg/kg/día, cada 8 horas, por vía oral (PO), durante 5 días.
- Niñas y niños de 2 a menores de 10 años de edad.
 - Maleato de clorfeniramina en jarabe, 0.35 mg/kg/día, cada 6 horas, PO durante 5 días, o loratadina, jarabe 5 mg cada 24 horas, PO durante 5 días.
- En caso de sobre infecciones bacterianas, tratar como impétigo.
- Si no mejora, refiera a un servicio de salud con servicio de dermatología.
- Registre en SIGSA.

Orientación sobre

- Importancia de no exponer a la niña o niño al sol.
- Humectar la piel con emolientes (aceite de bebé) o cremas humectantes (de avena).
- Baño diario con jabón suave (jabón para bebé).
- Mantener las uñas cortas en la niña o el niño.
- No utilizar cloro ni blanqueadores o suavizantes en la ropa de la niña o niño.
- Utilizar ropa de algodón.
- Adecuada alimentación, en niñas y niños de 1 a 2 años o más, si aún están lactando, continuar con lactancia materna y aplicar las “Guías Alimentarias de acuerdo a edad”.

MICOSIS CUTÁNEAS SUPERFICIALES

TIÑA CORPORIS CIE-10-B35.4

Infección por hongos, que afectan la parte de la piel no pilosa (que no tiene vellos) del cuerpo.

Signos y síntomas

- Lesiones circulares con borde eritematoso (rojizo) levantado, a veces con vesículas pequeñas.

Conducta/tratamiento

- Investigue si hay otros familiares o algunas mascotas, con los mismos síntomas.
- Indique clotrimazol o ketoconazol en crema, aplicar 3 veces al día, en el área afectada, durante 2 semanas.
- Registre en SIGSA.

Orientación sobre

- Baño diario con jabón azufrado.
- Trate a los otros familiares, si los hubiera.
- La importancia de tratar a los animales infectados.
- Adecuada alimentación, en niñas y niños de 1 a 2 años o más, si aún están lactando, continuar con lactancia materna y aplicar las guías alimentarias de acuerdo a edad.

TIÑA PEDIS (PIE DE ATLETA) CIE-10-B35.3

Infección por hongos que afecta los pies y a menudo afecta también las manos. Son más comunes en ambientes húmedos y calientes.

Signos y síntomas

- Dermatitis intertriginosa (zonas sometidas a roces).
- Maceración en fisuras y planta o borde del pie.
- Prurito.
- Hiperqueratosis (engrosamiento) escamosa en talón y sitios de roce.
- Mal olor de los pies.
- La afección en uñas es común.
- Puede haber sobre infección secundaria.
- Ocasionalmente reacciones vesiculosas.

Conducta/tratamiento

- Indique clotrimazol o ketoconazol en crema, aplicar 3 veces al día, en el área afectada, durante 2 semanas.
- Si no mejora en dos semanas, refiera a un servicio de salud con dermatólogo/a.
- Registre en SIGSA 3.

Oriente sobre

- Limpieza diaria de los pies y manos.
- Evitar la humedad en el calzado.
- Uso adecuado del calzado (no andar descalzo).
- Exposición al sol, del calzado de uso diario.
- No intercambiar calzado ni calcetas o calcetines, con el resto de la familia.

TIÑA CÁPITIS CIE-10-B35.0

Hongos que afectan la piel de la cabeza, puede ocurrir en varias formas clínicas. Puede ser inflamatoria y no inflamatoria.

Signos y síntomas

- Eritema o enrojecimiento.
- Descamación.
- Prurito.
- Caída del pelo en parche (alopecia).

Conducta/ tratamiento

- Ketoconazol crema, aplicar 2 veces al día, durante 2 semanas.
- Si no mejora en dos semanas, refiera a un servicio de salud con dermatólogo/a.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- Adecuado uso del medicamento.
- Limpieza diaria de la cabeza.
- Evitar gorras e intercambio de las mismas.
- Evitar intercambiar peines.

PEDICULOSIS DEBIDA A PEDICULUS HUMANUS CÁPITIS CIE-10-B85.0

Es una afección cutánea, producida por la infestación por piojos, se localiza principalmente en la piel con pelo y cabello. El ciclo de vida del piojo tiene tres fases: liendre (6 a 7 días), ninfa (7 días) y adulto (30 días).

Signos y síntomas

- Sensación como que algo se mueve en el cabello.
- Picazón.
- Irritación.
- Lesiones en la piel, ocasionadas por el rascado, las que pueden infectarse.

Conducta/tratamiento

- Loción ivermectina al 0,5 % para el tratamiento de los piojos de la cabeza en niñas y niños, en una sola aplicación en el cabello seco. Dejar con la cabeza envuelta por la noche y lavar por la mañana con cuidado para proteger los ojos, o bien
- Loción de benzoato de bencilo al 5 %. Aplicar y dejar con la cabeza envuelta por la noche y lavar por la mañana, con cuidado para proteger los ojos; cuando se usa según las indicaciones, mata piojos, pero no es ovicida; por lo que se debe administrar un segundo tratamiento 7 días después del primer tratamiento, para matar cualquier ninfa, antes que puedan producir nuevos huevos.
- Se deben utilizar los peines con diente fino para eliminar liendres (huevos de los piojos).
- Si es aceptado, se recomienda recortar el cabello.
- Para disminuir la probabilidad de "autoreinfestación" después del tratamiento, examine visualmente el cabello y pásele el peine especial para eliminar piojos y liendres cada 2 o 3 días. Continúe haciendo los exámenes visuales durante 2 o 3 semanas hasta asegurarse que todos los piojos y liendres han desaparecido.
- Es necesario determinar el origen del problema (quién contagió los piojos) para establecer la cura definitiva (recuerde reportar, para investigar a nivel escolar).

- Pasar agua hirviendo a la ropa (incluyendo la ropa de cama y toalla) o guardar la ropa durante dos semanas en una bolsa de plástico cerrada.
- Registre en SIGSA 3.

Orientación sobre

- Adecuado uso del medicamento.
- Los piojos no vuelan y no pueden saltar, las formas más comunes de contagio son:
 - Contacto directo sobre todo entre niñas y niños.
 - Ponerse ropa infestada con piojos.
 - Usar peines o toallas que han sido usadas por personas infestadas.
 - Utilizar camas que han sido usadas por personas infestadas.

TUBERCULOSIS CIE-10-A15 AL A16

Enfermedad infectocontagiosa de transmisión aérea provocada por el *Mycobacterium tuberculosis* (bacilo de Koch). El reservorio principal es el ser humano, afecta principalmente los pulmones, sin embargo hay otras áreas del cuerpo humano que pueden ser afectados ocasionando tuberculosis extra pulmonar.

Signos y síntomas

- Tos de más de 15 días de evolución.
- Fiebre especialmente por las noches.
- Pérdida o no ganancia de peso.
- Apatía.
- Irritabilidad.
- Decaimiento.
- Anorexia.
- Retraso en el crecimiento.
- Fatiga.
- Falta de actividad.
- Formas de presentación de tuberculosis pulmonar:
 - Síndrome bronquial obstructivo que no responde a broncodilatadores.

- Neumonía expansiva por tuberculosis.
- Bronconeumonía tuberculosa.
- Tuberculosis miliar.
- Tuberculosis post primaria (tipo adulto) con compromiso de lóbulos superiores y formación de cavidades.
- Formas de presentación en tuberculosis, extra pulmonar:
 - Compromiso linfático.
 - Tuberculosis ganglionar.
 - Tuberculosis meníngea.
 - Afecciones óseas y articulares: mal de Pott, coxalgia, osteoartritis, otomastoiditis, derrame pericárdico, peritoneal y pleural.
 - Tuberculosis laríngea, intestinal o urogenital: son más frecuentes en niñas y niños mayores de cinco años.
 - Dolor pleural.
 - Fiebre.
 - Tos.
 - Tuberculosis intestinal o peritoneal: dolor abdominal, vómitos y sangre en heces.
 - Piel: nódulo duro, adherido, fluctuante (móvil) y con supuración central.

Conducta/tratamiento

- Reacción de tuberculina o prueba de Mantoux:
La reacción de la tuberculina no hace el diagnóstico de tuberculosis infantil, pero es útil como apoyo. Se considera positiva una induración de más o menos 5 mm en niños menores de 5 años, desnutridos o con VIH. En todos los demás son 10 mm de induración. El valor predictivo positivo es superior al 90 % para estos casos en particular. Una prueba reactiva de Derivado Proteico Purificado (PPD) en una niña o niño menor de 5 años, no vacunado, aunque esté asintomático, basta para hacer diagnóstico de infección de tuberculosis latente.
- **Criterios de diagnóstico.**
 - Bacteriológico: demostración del bacilo por medio de cultivo extendido (lavado gástrico, LCR, cultivo, entre otros).
 - Anatomopatológico: granuloma específico.
 - Inmunológico: prueba de PPD positiva igual o mayor a 5 mm.

- Radiológico: patrón sugestivo de tuberculosis.
 - Clínico: sintomatología sugestiva.
 - Epidemiológico: contacto estrecho con caso basiloscopía positivo.
- Proceda de acuerdo al Protocolo de Vigilancia Epidemiológica y “Manual para la atención al Paciente con Tuberculosis”.
- Estudio de contactos:
 - Realice investigación epidemiológica familiar o a contactos domiciliarios relacionados con tuberculosis.
 - Se considera contacto de tuberculosis a todo niño o niña que convive con adulto con tuberculosis bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado. Así como toda niña o niño sin evidencia de enfermedad tuberculosa, pero contacto de madre con tuberculosis bacteriológicamente confirmada.
 - Administrar isoniazida a 10 mg/kg/día vía oral (PO) (dosis máxima de 300 mg diarios), durante 6 meses.
 - En niñas y niños mayores de 12 meses de edad que viven con VIH, sin antecedentes de contacto con caso de tuberculosis que es improbable que tengan tuberculosis activa de acuerdo a tamizaje basado en síntomas.
 - Administrar isoniazida a 10 mg/kg/día PO (dosis máxima de 300 mg diarios), durante 6 meses.
 - En niñas y niños menores de 5 años con VIH, que son contactos de un caso con tuberculosis y que de acuerdo al tamizaje basado en síntomas, es improbable que tengan una tuberculosis activa, administrar:
 - Niños hasta los 5 años: isoniazida a 10 mg/kg/día, PO, con un rango de 7-15 mg/kg/día, con dosis máxima de 300 mg/kg/día, durante 6 meses.
 - Niños con VIH mayores de 5 años: isoniazida 5 mg/kg/día, PO, con rango de 4-6 mg/kg/día, con dosis máxima de 300 mg/kg/día, durante 6 meses.
- Registre en SIGSA.

Nota. Todos los casos probables de tuberculosis se deben referir al hospital más cercano para confirmar diagnóstico y establecer tratamiento.

Oriente sobre

- En los casos de estudio de contactos:
 - A la madre, padre o acompañante del por qué se le va a dar el tratamiento y que debe llevar a la niña o niño diariamente para recibirlo.
- En los casos probables:
 - A la madre, padre o encargada/o sobre la situación de la niña o el niño y el motivo del traslado.
- Se recomienda el uso de mascarilla a la madre con tuberculosis durante la lactancia, para evitar el contagio a través de la tos a la niña o niño lactante.

DOSIS DE MEDICAMENTOS PARA NIÑAS Y NIÑOS HASTA LOS 25 KG DE PESO (APROXIMADAMENTE 5 AÑOS)

Medicamento	Símbolo	Dosis diaria y rango (mg/kg)	Dosis máxima diaria (mg)
Rifampicina	R	15 (10-20)	600
Isoniazida	H	10 (7-15)	300
Pirazinamida	Z	35 (30-40)	1,800
Etambutol	E	20 (15-25)	1,600

Fuente. OMS/OPS. Programa de Tuberculosis, 2017.

Niñas y Niños con peso mayor deben usar dosis de adulto.
(Ver módulo Persona Adulta y Persona Mayor página 651).

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS PARA NIÑAS Y NIÑOS

TIPO DE TUBERCULOSIS	ESQUEMA DE TRATAMIENTO Dosis administradas de lunes a sábado	
	50 dosis 1era Fase	105 dosis 2da Fase
Niñas y niños sin VIH con TB pulmonar con baciloscopía negativa, nódulos linfáticos intratorácicos y linfadenitis periférica por tuberculosis.	2 HRZ	4 HR
Tuberculosis pulmonar extensa con BK (+) Niñas y Niños con VIH y TBP con BK (-) con o sin enfermedad extensa de parénquima Formas graves de TB EP (distintos tipos de meningitis tuberculosa/TB osteoarticular).	2 HRZE	4 HR
Tuberculosis meníngea y osteoarticular.	2 HRZE 50 dosis administradas de lunes a sábado.	10 HR 282 dosis administradas de lunes a sábado.
R: Rifampizina; H: Isoniazida; Z: Pirazinamida; E: Etambutol.		

Fuente. OMS/OPS. Programa de Tuberculosis, 2017.

TUBERCULOSIS DROGORRESISTENTE (TB-DR)

Niña o niño que presenta una cepa de *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) con cualquier tipo de resistencia a los medicamentos anti-tuberculosos.

El diagnóstico definitivo de tuberculosis drogorresistente se realiza a través del cultivo de esputo y de la prueba de sensibilidad (PSD) donde se aísla al *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) y donde se evidencia la sensibilidad o resistencia a los medicamentos.

La prueba de sensibilidad sigue siendo el estándar de oro en el diagnóstico de tuberculosis drogoresistente.

Es importante el antecedente y nexo epidemiológico (contacto estrecho con el caso índice resistente para el diagnóstico y tratamiento).

CLASIFICACIÓN DE LA TUBERCULOSIS DROGORRESISTENTE, DE ACUERDO AL PERFIL DE RESISTENCIA

TIPO DE RESISTENCIA	CARACTERÍSTICAS
Monorresistencia	Resistencia in vitro a solo un medicamento anti-TB de primera línea (DPL), que no sea rifampicina.
Polirresistencia	Resistente in vitro a más de una DPL anti-TB. Que no sea isoniazida y rifampicina a la vez.
Multidrogoresistencia (MDR)	Resistencia in vitro al menos a isoniazida (H) y a rifampicina (R).
Extensamente resistente (XDR)	Resistencia in vitro a cualquier fluoroquinolona y al menos a uno de los tres medicamentos inyectables de segunda línea (capreomicina, kanamicina y amikacina), en casos con multidrogoresistencia.
Resistencia a rifampicina RR	MTB con resistencia in vitro a la rifampicina ya sea por métodos fenotípicos o genotípicos, con o sin resistencia a otros medicamentos antituberculosos. Incluye cualquier resistencia a la rifampicina, ya sea monoresistencia, multidrogoresistencia, polirresistencia o extensamente resistente.

Fuente. OMS/OPS. Programa de Tuberculosis, 2017.

TUBERCULOSIS DROGORRESISTENTE EN PEDIATRÍA (MONORRESISTENTE, MULTIDROGORRESISTENTE)

Es cuando un paciente (niña o niño) con antecedentes de tuberculosis, o no, presenta resistencia a isoniazida y rifampicina.

Debido a que la niña o niño no expectora, si se puede, realizar un cultivo del lavado gástrico. Es importante el antecedente y nexa epidemiológico (contacto estrecho con casos índice resistente) para el diagnóstico y tratamiento).

Conducta/tratamiento

- Referir al Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación Zona 11, en la ciudad capital, para estudio, diagnóstico y tratamiento.
- Registre en SIGSA.
- Asegurarse que las personas adultas que contagiaron a la niña o niño, están siendo tratados.

Orienta sobre

- Situación de la niña o el niño e importancia de cumplir con la referencia.
- Debe limpiarse y ventilar la vivienda.
- Si hay otros menores en el grupo familiar, se debe realizar estudio de contacto y referir para descartar tuberculosis MDR.
- Las medidas de prevención están dirigidas a evitar la diseminación de la tuberculosis.
- Debe ser diagnosticado el adulto que ha adquirido la enfermedad y ha contagiado a la niña o el niño, para prevenir contagiar a otros miembros de la familia.

NIÑAS Y NIÑOS CON TUBERCULOSIS ASOCIADA A VIH/SIDA

La infección por VIH trae consigo una destrucción progresiva de los mecanismos de defensa del organismo y puede pasar desapercibida.

El VIH acelera la progresión a tuberculosis, aumenta la probabilidad de recidiva (repetición poco tiempo después de resuelta la fase aguda) en pacientes ya tratados de tuberculosis. La aparición de la enfermedad tuberculosa en pacientes infectados de VIH es definitoria de SIDA. La tuberculosis es la causa de muerte de 1 de cada 3 personas con SIDA en el mundo, por lo cual se le debe realizar prueba de VIH y viceversa.

La sospecha de tuberculosis en niñas y niños con VIH, se basa inicialmente en la presencia de los síntomas clínicos ya descritos: tos, fiebre, pérdida de peso, apatía.

El examen físico puede acompañarse con exámenes adicionales de acuerdo a la sintomatología (por ejemplo radiografía del tórax). En sospecha de tuberculosis pulmonar se debe aplicar el Xpert como prueba inicial, acompañada del cultivo a toda muestra obtenida, ya sea por expectoración inducida o aspirado gástrico.

Nota. Toda niña o niño con éstas características referirlo al hospital más cercano

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) CIE-10 A 63.8

En estos casos debe descartarse abuso sexual, proceda según el “Protocolo de Atención Integral a Víctimas/sobrevivientes de Violencia Sexual”.

Respete el pudor de las niñas y niños al realizar la entrevista y el examen físico, hágase acompañar de la madre, el padre o familiar cercano de confianza dela niña o niño, en ausencia de éstos acompañarse del personal de salud.

Ante la presencia de los siguientes signos y síntomas: secreción uretral, secreción vaginal, papilomas, condilomas, úlceras genitales o anales, referir al nivel hospitalario para evaluación, diagnóstico y tratamiento.

VIH/SIDA CIE-10- B24

En niñas y niños menores de 18 meses no se utilizan pruebas rápidas para realizar el diagnóstico, debido a la posibilidad de que los anticuerpos presentes sean de origen materno. Por ello para hacer el diagnóstico de VIH en este grupo se requiere que:

- Presenten resultados positivos en 2 determinaciones separadas de Ácido desoxirribonucleico (ADN) proviral/carga viral, según el protocolo de VIH/Sida.

Se define como caso de Sida en niñas y niños mayores de 18 meses y de menos de 10 años, si dos pruebas de anticuerpos VIH, la primera altamente sensible y la segunda altamente específica, son positivas y dos o más de las condiciones del grupo 1 (ver protocolo de VIH/Sida), o una o más de las condiciones del grupo 2 (ver protocolo de VIH/Sida), están presentes.

Signos y síntomas

- Retardo en el desarrollo psicomotor.
- Retardo en el crecimiento.
- infecciones a repetición (respiratorias, gastrointestinales y piel entre otras).

Conducta/tratamiento

- Refiera al hospital más cercano con capacidad resolutive o a la Unidad de Atención Integral para VIH-UAI (ver anexo No. 2 página 745 en módulo de Persona Adulta y Persona Mayor), activando el plan de emergencia comunitario, guardando la confidencialidad del caso.
- En el caso de niñas (os) VIH positivos expuestos a TB (tuberculosis) deben ser referidos a hospital para evaluar quimioprofilaxis.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- Condición de la niña o niño y motivo de referencia a la madre, padre o responsable.

Nota. Toda sospecha de ITS/VIH Sida en niñas y niños debe descartarse maltrato infantil y abordarlo, según el “Protocolo de Atención Integral a Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual” y Protocolo de Atención en Salud Integral de niñas y niños en situación de Maltrato Infantil.

SÍFILIS CONGÉNITA CIE-10-A53.0

(Ver módulo Neonato página 182).

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

MALARIA

(Ver módulo de Persona Adulta y Persona Mayor página 699).

Conducta/tratamiento

- La oportunidad de tratamiento oportuno consiste en iniciarlo, en las primeras 72 horas a partir del inicio de síntomas (ver esquema de tratamiento según especie de parásito en páginas 446 y 447).
- Continúe con lactancia materna.
- Líquidos abundantes.
- Registre en SIGSA.
- Ver “Protocolo de Vigilancia Epidemiológica” y realizar notificación obligatoria.
- Dé tratamiento según el esquema siguiente:

Nota. En caso de vomitar el medicamento, esperar media hora y repetir la misma dosis. Si continúa con vómitos, referir al hospital.

CURA RADICAL EN PLASMODIUM FALCIPARUM (3 DÍAS)

EDAD	PRIMER DÍA	SEGUNDO Y TERCER DÍA
1 a 2 años	150 mg de cloroquina (1 tableta de 150 mg base) más 2.5 mg de primaquina (1/2 tableta de 5 mg base vía oral (PO)).	75 mg de cloroquina (1/2 tableta de 150 mg base) más 2.5 mg de primaquina (1/2 tableta de 5 mg base) PO.
3 a 6 años	150 mg de cloroquina (1 tableta de 150 mg base) más 5 mg de primaquina (1 tableta de 5 mg base) PO.	150 mg de cloroquina (1 tableta de 150 mg) más 5 mg de primaquina (1 tableta de 5 mg) PO.
7 a 10 años	300 mg de cloroquina (2 tabletas de 150 mg base) más 10 mg de primaquina (2 tabletas de 5 mg base) PO.	225 mg de cloroquina (1y 1/2 tabletas de 150 mg base) más 10 mg de primaquina (2 tabletas de 5 mg base) PO.

Fuente. Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores, 2017.

Dosis de cloroquina 25 mg/kg dividido en 3 días. Dosis primaquina 0.25 mg/kg/día durante 3 días.

CURA RADICAL EN *PLASMODIUM VIVAX* (14 DÍAS)

EDAD	PRIMER DÍA	SEGUNDO Y TERCER DÍA	CUARTO AL CATORCEAVO DÍA
1 a 2 años	150 mg de cloroquina (1 tableta de 150 mg base) más 2.5 mg de primaquina (1/2 tableta de 5 mg base) vía oral (PO).	75 mg de cloroquina (1/2 tableta de 150 mg base) más 2.5 mg de primaquina (1/2 tableta de 5 mg base) PO.	2.5 mg de primaquina (1/2 tableta de 5 mg base) PO.
3 a 6 años	150 mg de cloroquina (1 tableta de 150 mg) base más 5 mg de primaquina (1 tableta de 5 mg base) PO.	150 de cloroquina (1 tableta de 150 mg) más 5 mg base de primaquina (1 tableta de 5 mg base) PO.	5 mg de primaquina (1 tableta de 5mg base) PO.
7 a 10 años	300 mg de cloroquina (2 tabletas de 150 mg) más 10 mg de primaquina (2 tableta de 5 mg base) PO.	225 mg de cloroquina (1 y 1/2 tabletas de 150 mg base) más 10 mg de primaquina (2 tabletas de 5 mg base) PO.	10 mg de primaquina (2 tabletas de 5 mg base PO.

Dosis de Cloroquina 25 mg/kg dividido en 3 días. Dosis Primaquina 0.25 mg/kg/día durante 14 días.

Fuente. Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores, 2017.

- Las infecciones asociadas de *P. falciparum* y *P. vivax* deben ser tratadas de acuerdo con el esquema de tratamiento de *P. vivax*.
- Seguimiento de caso:
 - En caso de *P. falciparum*, realizar gota gruesa de control al día 4, 14 y 28 post tratamiento. Antes de iniciar el tratamiento tomar muestra de sangre en papel filtro (tarjetas Whatman FTA).
 - En caso de *P. vivax*, realizar gota gruesa de control al día 15 y 28 post tratamiento.
 - En malaria asociada (presenta las dos especies de plasmodium), las pruebas de control deben realizarse al día 4, 15 y al 28 post tratamiento. También se debe tomar muestra en el papel filtro mencionado para *P. falciparum*.
- Registre en SIGSA 3.
- Refiera:
 - A toda persona que no mejora en 48 horas de tratamiento.
 - Sospecha de malaria complicada o severa (malaria por *P. falciparum* y *P. vivax*).
 - Cualquier síntoma del Sistema Nervioso Central -SNC-.
 - Postración.
 - Parasitemia elevada.
 - Dificultad respiratoria y anemia severa.

CHAGAS CIE-10- B57

Signos y síntomas

- **Chagas agudo**
 - Fiebre.
 - Linfadenopatía que generalmente aparece 48 horas después de la inoculación del parásito.
 - Anemia.
 - Hepatomegalia (hígado grande).
 - Esplenomegalia (vazo grande).
- **Chagas crónico indeterminado**
 - Decaimiento.
 - Palpitaciones.
 - Mareos.

- Síncope (pérdida pasajera del conocimiento).
- Disnea (dificultad para respirar).
- Edema en miembros inferiores (principalmente).

Conducta/tratamiento

- Diagnóstico
 - Caso agudo. Los casos sospechosos deben enviarse al laboratorio clínico del servicio de salud con capacidad para la investigación parasitológica en frote periférico y micro Strout para niñas menores de 7 años. La toma de la muestra debe de hacerse en los primeros 15 días de iniciados los signos y síntomas.
 - Caso crónico indeterminado. Se debe realizar la búsqueda de anticuerpos IgG específicos anti *T. cruzi* por método serológico de ELISA recombinante.
- Toma y envío de muestra
 - Muestra sanguínea y/o muestra sanguínea venosa en vacutainer y transportada en cadena de frío al laboratorio del servicio de salud con capacidad.
 - Los resultados dudosos deben enviarse al Laboratorio Nacional de Salud.
- Tratamiento
 - Benznidazol tabletas 100 mg, 10 mg/kg/día por vía oral (PO) en tres tomas separadas, administradas a diario durante 60 días, dosis máxima 400 mg/día.
 - Nifurtimox tabletas 120mg, 10 mg/kg/día PO en tres tomas separadas, administradas a diario durante 60 días, dosis máxima 700 mg/día.
 - Para ambos tratamientos es importante el control antes, durante y después de la medicación por lo que deberá observar el estado general de salud del paciente poniendo especial cuidado en su estado nutricional y hacer los controles periódicos de hematología, orina, transaminasas, creatinina y nitrógeno de urea cuando sea posible en el servicio de salud.
- Evalúe a la niña o niño en intervalos no mayores de 15 días durante el tratamiento.
- Hacer controles periódicos de hematología, orina, transaminasas, creatinina y nitrógeno de urea, de ser posible.

- Refiera al hospital más cercano los casos complicados con signos cardiacos, megacolon o del sistema nervioso central.
- Tome muestras sanguíneas a los 6 meses, para Chagas agudo, y a los 18 meses para Chagas indeterminado, luego de terminar el tratamiento y cada año hasta que las mismas se tornen negativas.
- Monitoree periódicamente la presencia de signos y síntomas de complicaciones y refiera al nivel hospitalario los casos complicados con reacciones adversas al medicamento u otras alteraciones.
- Reporte a SIGSA y realice la notificación obligatoria al Departamento de Epidemiología.

Nota. Después de confirmar la positividad de la enfermedad debe orientarse a proporcionar el tratamiento y seguimiento adecuados a los pacientes, teniendo en cuenta la posibilidad de daño cardiaco, megacolon u otros, en cuyo caso deberá referirse al hospital más cercano.

ENFERMEDAD FEBRIL POR VIRUS ZIKA CIE-10-A92.8

(Ver módulo Embarazo, Parto y Puerperio página 61).

OTRAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES ONCOCERCOSIS

(Ver módulo Persona Adulta y Persona Mayor página 714).

ENFERMEDADES CRÓNICAS EN NIÑAS Y NIÑOS

SÍNDROME NEFRÓTICO CIE-10-N04

Entidad clínica definida por 5 características de laboratorio:

- Proteinuria mayor a 3.5 g en 24 horas (+ + + + o más) en tira reactiva o examen de orina completo.
- Hipoalbuminemia menor de 3.5 g/dl.
- Edema de inicio palpebral hasta generalizarse (anasarca).
- Hipercolesterolemia (niveles altos de colesterol en sangre).
- Lipiduria (presencia de lípidos en la orina).

Signos y síntomas

- Ganancia de peso en un corto período.
- Oliguria (disminución de la producción de orina).
- Ocasionalmente hipertensión arterial.

Conducta/tratamiento

- Tome la presión arterial.
- Refiera al hospital más cercano para tratamiento y evaluación especializada.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- A la madre, padre o encargado sobre la situación de la niña o niño y el motivo de traslado o referencia.
- En niñas y niños de 1 a 2 años o más, que aun estén lactando, continuar con lactancia materna durante el traslado.

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA CIE-10-N18

Alteración anatómica o del funcionamiento de los riñones, se presenta con o sin disminución de la tasa de filtración glomerular, con incremento en los niveles sanguíneos de nitrógeno de urea y creatinina y/o alteraciones de la orina.

Factores de riesgo

- Historia de:
 - Bajo peso al nacer (menor de 2,500 gramos).
 - Infecciones urinarias a repetición.
 - Personal o familiar de urolitiasis (cálculos renales).
 - Uso o exposición a sustancias químicas tóxicas para el riñón (plaguicidas).

- Antecedentes de desnutrición.
- Hipertensión arterial.
- Enfermedades autoinmunes.

Signos y síntomas

- Edema (hinchazón).
- Fatiga.
- Picazón o prurito generalizado.
- Cefalea.
- Náusea y vómitos con sangre ocasional.
- Anuria (disminución o ausencia de producción de orina).
- Nicturia (orina más por las noches).
- Palidez.
- Abdomen aumentado de volumen.

Conducta/tratamiento

- Refiera inmediatamente para evaluación y tratamiento hospitalario.
- En niñas y niños de 1 a 2 años o más, que estén lactando, continuar con lactancia materna durante el traslado.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- La situación de la niña o niño y motivo del traslado o referencia a la madre, padre o encargado.

DIABETES MELLITUS CIE-10-E10 A E11

De la totalidad de casos de diabetes en la población en general el 5 % corresponde a niñas, niños y adolescentes, siendo la más frecuente la diabetes tipo I.

La diabetes tipo I es una enfermedad autoinmune de las células beta del páncreas, caracterizado por hiperglucemia crónica, por lo que hay una deficiencia absoluta de insulina.

Factores de riesgo

Todavía se están investigando, sin embargo se aumenta el riesgo cuando se tiene:

- Un familiar con diabetes tipo I.
- Exposición a ciertos factores medioambientales.
- Exposición a ciertas infecciones virales.
- Bajo peso al nacer o macrosomía (recién nacido más grande que el promedio).

Conducta/tratamiento

- Diagnóstico
 - Aproximadamente el 95 % de las niñas y niños que comienzan con diabetes presentan la triada clásica:
 - Poliuria: aumento de la cantidad y frecuencia para orinar.
 - Polidipsia: aumento de la sed.
 - Polifagia: aumento del apetito, come mucho.
 - El diagnóstico debe sospecharse en niñas y niños que presentan:
 - Cansancio.
 - Alteraciones de conciencia, pérdida del estado de alerta o desmayos inexplicables por otras causas.
 - Pérdida brusca de peso.
 - Visión borrosa.
 - Susceptibilidad a infecciones micóticas (por hongos).
 - Niveles altos de azúcar, según el cuadro de la siguiente página, establecidos mediante exámenes de laboratorio.
- Refiera al hospital más cercano con capacidad resolutive para estabilización y tratamiento especializado.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

NIVELES ALTOS DE AZUCAR EN NIÑAS Y NIÑOS

Glicemia	Valor
Al azar	Mayor o igual a 200 mg/dl
En ayunas	Mayor o igual a 126 mg/dl

Fuente. Asociación Americana de Diabetes (ADA). OMS.

Orientes sobre

- Situación y estado de la niña o el niño a la madre, padre o encargado.
- Motivo de traslado, en caso necesario.
- Continuar la alimentación complementaria y lactancia materna, hasta cumplir los 2 años de edad o más, según “Guías Alimentarias para Población Guatemalteca Menor de 2 años”.
- A partir de los dos años, dar alimentación según “Guías Alimentarias para Guatemala”.
- Prácticas en la niñez para la prevención de enfermedades crónicas en la adolescencia y vida adulta (obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, otras).
- Estilos de vida saludable:
 - Mantener un peso adecuado durante toda la vida,
 - Realizar actividad física (niñas y niños 60 minutos (o más) diariamente.
 - Consumir dieta saludable:
 - Con énfasis en alimentos de origen vegetal (frutas y verduras).
 - Moderación en la ingesta de carnes rojas, procesadas (embutidos).
 - Ingesta de agua segura y abundante.
 - Refacción escolar saludable.
 - Evitar comida chatarra.
 - Evitar aguas carbonatadas, energizantes, jugos envasados, otros.
- Evitar la exposición al humo de tabaco.
- Promover el deporte.
- Promover programas educativos para maestros, estudiantes y familias de los estudiantes.

CÁNCER CIE-10-D48

Proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede producir metástasis en puntos distantes del organismo. A diferencia del cáncer en adultos, la mayoría de cáncer en edad pediátrica es secundario a factores genéticos-hereditarios.

Factores de riesgo

Aún se sigue investigando la etiología del cáncer en las niñas y los niños, se puede mencionar algunos factores de riesgo asociados:

- Radiación ionizante: la exposición a rayos X durante el embarazo.
- Sustancias químicas y medicamentos: exposición a plaguicidas, componente N-nitroso que se encuentra en algunos alimentos curados y el tabaco, consumidos durante el embarazo.
- Factores biológicos: algunos virus específicos como virus de Epstein Barr, VIH, hepatitis B y C, linfotrópico y el Virus del Papiloma Humano (VPH).
- Factores genéticos y familiares.
- Edad.

CARACTERÍSTICAS DEL CÁNCER EN LA NIÑEZ

Sitio	Tejidos
Estado al diagnóstico	80 % diseminado
Detección temprana	Generalmente accidental
Tamizaje	Difícil
Respuesta	La mayoría responde a quimioterapia
Prevención	Improbable

Fuente. OPS/OMS. Diagnóstico Temprano del Cáncer en la Niñez. Washington, 2014

CÁNCERES MÁS FRECUENTES EN LA NIÑEZ

Cánceres más frecuentes según grupo de edad		
Menores de 5 años	5 a 10 años	Mayores de 10 años
Leucemias	Leucemias	Leucemias
Neuroblastoma	Linfoma no Hodgkin	Linfoma no Hodgkin
Tumor de Wilms	Linfoma Hodgkin	Linfoma Hodgkin
Tumores testiculares (saco vitelino)	Tumores del SNC	Tumores del SNC
Retinoblastoma	Sarcoma partes blandas	Tumor de células germinales (ovario extragonadales)

Fuente. OPS/OMS. *Diagnóstico Temprano del Cáncer en la Niñez*. Washington, 2014

SIGNOS, SÍNTOMAS, CLASIFICACIÓN DE RIESGO DE CÁNCER Y CONDUCTA

EVALUAR	CLASIFICAR	CONDUCTA/ TRATAMIENTO
Uno de los siguiente signos: • Fiebre por más de 7 días sin causa aparente. • Dolor de cabeza, persistente y progresivo; de predominio nocturno, que despierta al niño o aparece al momento de levantarse en la mañana y puede acompañarse de vómitos. • Dolores óseos que han aumentado progresivamente en el último mes e interrumpen su actividad. • Petequias, moretes y/ o sangrados. • Palidez palmar o conjuntival severa. • Leucocoria (pupila blanca). • Estrabismo que ha ido apareciendo. • Aniridia (falta de iris). • Heterocromia (ojo de diferente color). • Hifema (sangre dentro del ojo). • Proptosis (ojo saltado). • Ganglios > 2.5 cm diámetro, duros, no dolorosos, con evolución > o igual 4 semanas. • Signos y síntomas neurológicos focales, agudos y /o progresivo. • Convulsión sin fiebre ni enfermedad neurológica de base. • Debilidad unilateral (una de las extremidades o de un lado del cuerpo). • Asimetría física (facial). • Cambios del estado de conciencia o mental (en el comportamiento, confusión). • Pérdida de equilibrio al caminar. • Cojea por dolor. • Dificultad al hablar. • Alteraciones en la visión (borrosa, doble, ceguera súbita). • Masa palpable en abdomen. • Hepatomegalia y/o esplenomegalia (hígado grande/o vazo grande). • Masa en algún renglón del cuerpo sin signos de inflamación	Alto Riesgo de ser cáncer	• Referir urgentemente a un hospital con servicio de hematooncología pediátrica, si no es posible a un servicio de hospitalización de pediatría. • Estabilizar al paciente, si es necesario iniciar líquidos intravenosos, oxígeno, manejo de dolor. • Si se sospecha tumor cerebral y hay deterioro neurológico orientar a madre, padre o encargado sobre la problemática. • Hablar con los padres o responsables y explicar la necesidad e importancia de la referencia y la urgencia de la misma. • De ser posible comuníquese con el centro de referencia optimizar el traslado. • Registre en SIGSA.

Uno de los siguientes: • Pérdida de apetito en los últimos 3 meses. • Pérdida de peso en los últimos 3 meses. • Cansancio o fatiga en los últimos 3 meses. • Sudoración nocturna importante, sin causa aparente. • Palidez palmar o conjuntival leve. • Linfadenopatía dolorosa o con evolución < 4 semanas o con diámetro < o igual 2.5 o consistencia no dura. • Aumento de volumen en cualquier región del cuerpo con signos de inflamación.	Bajo Riesgo de ser cáncer	• Examen físico completo en busca de una causa para los signos encontrados. • Revise la alimentación de la niña o niño y corrija los problemas encontrados. • Si hay pérdida de peso, pérdida de apetito, fatiga o cansancio refiera a nivel hospitalario para consulta con el pediatra para iniciar estudios e investigar posibles TBC, VIH. • Si tiene palidez palmar leve, inicie tratamiento antiparasitario y hierro con control cada 14 días. Si empeora, referir urgentemente. Si en control del mes no hay mejoría, solicitar hemograma y frotis de sangre, buscar causa de anemia y tratar o referir según corresponda. • Tratar con antibiótico el proceso inflamatorio que produce aumento de volumen en una región del cuerpo y controle en 14 días, si no mejora referir. • Enseñe signos de alarma para regresar de inmediato • Asegure inmunizaciones y control de crecimiento y desarrollo.
No cumple criterios para clasificarse en ninguna de las anteriores	No tiene riesgo de ser cáncer	• Asegure inmunizaciones y control de crecimiento y desarrollo. • Asegure un ambiente libre de tabaco. • Recomiende alimentación saludable y actividad física regular.

Fuente. OPS/OMS. *Diagnóstico Temprano del Cáncer en la Niñez*. Washington, 2014.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL CIE-10-I10

Se define Hipertensión Arterial -HTA- en niñas y niños cuando los valores de Presión Arterial Sistólica -PAS- y/o Presión Arterial Diastólica -PAD- se encuentran de forma repetida, en tres o más ocasiones separadas, igual o por encima de niveles mostrados en tabla simplificada, ver página 461 de este módulo.

La toma de la Presión Arterial -P/A- debe formar parte del examen de rutina de la niña y el niño desde los primeros días de vida. Esto permite obtener el perfil de P/A, junto con el de su peso y talla, evaluar las variaciones que se esperan según su crecimiento y desarrollo, y detectar precozmente alteraciones de la misma. La P/A en la niñez, junto con la historia familiar de HTA, es uno de los principales indicadores que predice HTA en la vida adulta.

Factores de riesgo

Que la niña o el niño presente signos de peligro compatibles:

- Antecedentes personales (prematuridad con canalización de vasos umbilicales, displasia broncopulmonar, infecciones urinarias, entre otros).
- Antecedentes familiares (HTA, obesidad o síndrome metabólico).

Signos y síntomas

- La mayoría de las niñas y los niños con HTA están asintomáticos (más del 60 %) o presentan una clínica poco específica, y cuando aparece suele ser una hipertensión arterial secundaria y/o grave (crisis hipertensiva).
- Epistaxis, cefalea, trastornos del sueño, fatiga crónica; en niños pequeños, retardo del crecimiento, vómitos e irritabilidad.
- Crisis hipertensiva: cefalea intensa, alteraciones visuales, vómitos, crisis convulsiva o focalización neurológica. Un valor superior a los presentados en la tabla simplificada, ver página 461 de este módulo y su aparición ha sido de forma rápida y brusca, o si se acompaña de síntomas.

CAUSAS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

1 a 5 años	5 a 10 años
Enfermedad renal Enfermedad renovascular Coartación de la aorta esencial	Enfermedad renal Enfermedad renovascular Enfermedad endocrina esencial

Fuente. Children's Hospital. London Sciencies Centre Stephanie Chu, RN. BSCNm MN(C) Lee Dupuism RPhm MSCHP. 2018

CAUSAS DE CRISIS HIPERTENSIVA

Renales	Riñón poliquístico, uropatía obstructiva, pielonefritis, glomerulonefritis, displasia renal.
Renovascular	Trombosis venosa central, estenosis arterial renal, síndrome hemolítico urémico, vasculitis.
Farmacológica	Corticoides, retirada de medicación antihipertensiva, ciclosporina, teofilina, entre otras.
Neurológica	Meningoencefalitis, hemorragia subaracnoidea intraventricular parenquimatosa, hipertensión intracraneal.
Tumoral	Feocromocitoma, tumor de Wilms, neuroblastoma.
Hormonal	Hiperplasia suprarrenal, hipertiroidismo, enfermedad de Cushing.
Otra	Hipervolemia, crisis de pánico, dolor intenso, síndrome de Guillian Barré, antiinflamatorios no esteroideos, entre otras.

Fuente. Pediatrics. A Publications, Org. Fron American Academy of Pediatrics. Volume 140. Number 3. February 11, 2018.

TABLA SIMPLIFICADA QUE INDICA LOS VALORES DE P/A POR ENCIMA DE LOS CUALES SE DEBEN REFERIR AL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN PARA ESTUDIO Y TRATAMIENTO.

Edad (años)	P/A sistólica (mm Hg)	P/A diastólica (mm Hg)
De 3 a < 6	≥ 100	≥ 60
De 6 a < 9	≥ 105	≥ 70
De 9 a < 12	≥ 110	≥ 75
De 12 a < 15	≥ 115	≥ 75
≥ 15 años	≥ 120	≥ 80

Fuente. De la Cerda Ojeada F, Herrero Hernando C. Hipertensión Arterial en Niños y Adolescentes. *Protocolo diagnóstico pediátrico*. 2014;1:171-89 Asociación Española de pediatría. Protocolos actualizados al año 2014.

Conducta/tratamiento

- Medición de la P/A en niñas y niños:
A toda niña o niño se le debe tomar presión arterial al menos una vez al año, aplicando la siguiente técnica para tomar la presión arterial en niñas, niños y adolescentes:
 - Debe estar en un ambiente tranquilo, con la máxima relajación física y emocional posible.
 - Estar en reposo previamente, por lo menos 5 minutos.
 - La niña o el niño debe estar sentado con la espalda apoyada o en posición decúbito supino (acostado boca arriba).
 - El brazo derecho debe estar al nivel del corazón.
- Conducta previa a la toma de la P/A:
 - Explicar a la niña o al niño el procedimiento a realizar.
 - Tranquilizar a la persona acompañante, madre, padre o responsable.
- Equipo necesario:
 - Esfigmomanómetro pediátrico.
 - Brazaletes para esfigmomanómetro de diferentes tamaños.
 - Estetoscopio pediátrico.
 - Tablas de talla y peso para la edad en desviaciones estándar de la OMS para niñas y niños.

- Instrucciones para la toma de la presión arterial:
 - La longitud del manguito para la toma de la P/A debe cubrir el 80-100 % del perímetro del brazo, y la anchura el 40-50 % del perímetro del brazo. El tamaño del manguito debe tener las características siguientes:

CARACTERÍSTICAS DEL MANGUITO PARA LA TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL

Edad	Ancho (cm)	Longitud (cm)	Circunferencia de brazo
Recién nacido	4	8	10
Lactante	6	12	15
Niña o Niño	9	18	22
Adolescente	10	24	26

Fuente. National High Blood Pressure. Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics*. 2004;124 (2, suppl4th Report): 555- 576.

- Una vez colocado el manguito alrededor del antebrazo, se insufla lentamente hasta una presión 20-30 milímetros de mercurio (mm Hg) superior a la presión arterial sistólica esperada, identificada en la tabla según la edad o hasta que se deje de palpar el latido de la arteria radial.
- Colocar la membrana del estetoscopio en la fosa antecubital, no debajo del manguito y desinflar lentamente a un ritmo de 2-3 mmHg/segundo. La presión arterial sistólica corresponde con inicio del latido arterial y la presión arterial diastólica con la desaparición del latido.
- Valoración posible del daño orgánico (tomarse en cuenta para seguimiento y consejería):
 - Cardíaca (hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica).

- Renal (necrosis arteriolar, insuficiencia renal).
- Cerebral (hemorragia cerebral, infarto cerebral, encefalopatía hipertensiva).
- Vascular (isquemia, disección de aorta).
- Retina (retinopatía hipertensiva).
- Promueva los hábitos saludables, ver diabetes, página 454 de éste módulo.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- La situación de la niña o niño, el motivo del traslado a la madre, padre o responsable.
- Nota de traslado y referencia de lo encontrado.
- Complicaciones de la enfermedad.
- Visita domiciliar de seguimiento.
- Importancia de asistir a consulta regular al servicio de salud posterior a consulta hospitalaria.

IV. ORIENTACION A LA MADRE, PADRE O ACOMPAÑANTE DE LA NIÑA O EL NIÑO

Promueva los factores protectores de la niña y el niño:

- Desarrolle actividades lúdicas que permitan el desarrollo de habilidades y destrezas con actitudes positivas.
- Oriente sobre la importancia de la recreación y dedicación de tiempo para estimular y fortalecer la integración familiar.
- Demuestre interés en sus actividades y enfatice la importancia de tener una buena educación.
- Estimule la autoestima de la niña o niño reforzando su conducta y características positivas.
- Evite la crítica, descalificación y las comparaciones.
- Promueva la igualdad entre la niña y el niño.
- Estimule el auto cuidado.
- Comunicación intrafamiliar.
- Respetar las opiniones.
- Establecer límites.
- Promueva la maternidad y paternidad responsable.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

La Organización Mundial de la Salud, define accidente como “todo suceso eventual, involuntario o anómalo, independiente de su gravedad, que conlleva un daño físico o psíquico como consecuencia de una falta de prevención o defecto de seguridad”.

- De 0 a < 2 años
 - Seguridad en el vehículo (utilizando cinturones de seguridad y sillas especiales para niñas y niños pequeños).
 - Temperatura adecuada del agua del baño.
 - Prevención de quemaduras e incendios en el hogar (cocina).
 - Protección de elementos peligrosos del hogar (gradas, enchufes, puntas, puertas, ventanas, ángulos de puertas).
 - Prevención de la aspiración de cuerpo extraño.
 - No dejar al alcance de niñas y niños, medicamentos, drogas, sustancias tóxicas y cáusticas que puedan ser bebidos o administrados accidentalmente.

- De 2 a < 6 años
 - Seguridad en el vehículo y educación vial (utilizando cinturones de seguridad y sillas especiales para niñas y niños pequeños).
 - No dejar al alcance de niñas y niños fármacos y sustancias tóxicas.
 - Cuidado con elementos peligrosos del hogar, (gradas, enchufes, puntas, puertas, ventanas, ángulos de puertas).
 - Prevención de incendios del hogar (fósforos fuera del alcance de las niñas y los niños).
 - Seguridad en las piscinas, ríos, lagos.
 - Prevención de la aspiración de cuerpo extraño.
 - Seguridad en bicicleta (cascos y protectores).
- Mayores de 6 años
 - Seguridad en el vehículo (utilizando cinturones de seguridad) y educación vial.
 - Seguridad en bicicleta, patines y patineta (cascos y protectores).
 - Prevención de incendios en el hogar, (almacenamiento seguro de fósforos, encendedores y cohetillos).
 - Seguridad en las piscinas, ríos y lagos.
 - Prevención de intoxicaciones.
 - Prevención de la conducta violenta.

PREVENCIÓN DE INTOXICACIONES EN NIÑAS Y NIÑOS

- Asegúrese que todo lo que pueda ser tóxico esté guardado en lugares altos, fuera del alcance las niñas y los niños.
- Use candados de seguridad que no puedan ser abiertos por las niñas y los niños.
- Guarde las medicinas, los productos de higiene del hogar y sustancias tóxicas en lugares seguros, (preferentemente bajo llave).
- Plaguicidas en sus contenedores originales con sus etiquetas originales.
- Siempre lea las etiquetas antes de usar cualquier producto.
- Llame de forma gratuita para obtener información sobre prevención de intoxicaciones.

Se recomienda colocar en un lugar visible los teléfonos de asistencia de Centro de Información y Asesoría Toxicológica -CIAT-USAC- Guatemala:

Teléfonos: (502) 2230 0807, 2251 3560. Fax: (502) 2230 0776

Correo electrónico: ciat@intelnet.net.gt.

Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a 15:00 horas. Y en horario no hábil a través de un número de emergencias: 1-801-0029832 y (502) 2230 0807.

- Implementar intervenciones integrales rápidas y apropiadas para prevenir y atender intoxicaciones en niñas y niños por personal de salud capacitadas recomendadas en la "Guía Toxicológica para el Manejo Integral de Pacientes Pediátricos Intoxicados".

MEDIDAS DE SEGURIDAD VIAL

- Promover las 10 estrategias de seguridad vial para proteger a las niñas y niños en carreteras:
 1. Control de la velocidad: la reducción de la velocidad es primordial para proteger a las niñas y niños en carretera.
 2. Prevención de la conducción bajo efectos de alcohol.
 3. Uso de cascos por ciclistas y motociclistas.
 4. Protección a las niñas y niños en los vehículos.
 5. Uso correcto de cinturón de seguridad y asientos especiales para lactantes, niñas y niños.
 6. Mejoramiento de la vista y visibilidad de las niñas y niños.
 7. Mejoramiento de la infraestructura vial.
 8. Adaptación de diseño de los vehículos.
 9. Proporcionar atención adecuada a las niñas y niños con traumatismos.
 10. Vigilar a las niñas y los niños en proximidades de las carreteras.

PRÁCTICAS PARA VIVIR UNA NIÑEZ SALUDABLE

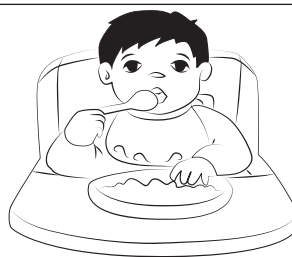
Brindar atención integral, diferenciada e inclusiva con respeto utilizando el idioma materno para niñas y niños mayas, garífunas, xincas y mestizos.

1. Para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental de la niña y el niño:

- A partir de los 6 meses continuar con lactancia materna hasta los 2 años y más.



- A partir de los 6 meses de vida continúe con la lactancia materna e inicie la introducción oportuna y adecuada de alimentos.
- Suplementación con micronutrientes espolvoreados para un adecuado crecimiento y desarrollo.



- Cariño, juego, comunicación, atender sus necesidades espirituales, emocionales, físicas y sociales.
- Atención integral en salud a la niñez con discapacidad.
- Atención integral en salud a la niñez migrante.

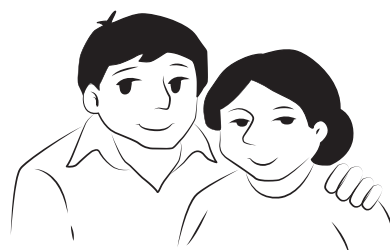


2. Para prevenir las enfermedades

- Vacunación completa para la edad.
- Ambiente limpio, agua, segura, lavado de manos, cepillado de dientes, cubrirse la boca al toser y estornudar y no escupir en el piso.
- Dormir con pabellones en zonas de malaria, dengue, chikungunya y Zika.
- Vacunar contra la rabia a las macotas (perros, gatos y otros).



- Brindar educación integral en sexualidad a los padres.
- Cuidar a las niñas y los niños.



3. Para los cuidados en el hogar

- Brindar alimentación saludable y más líquidos cuando están enfermos.
- Participar en el cuidado de la salud de la niña o al niño y la familia.



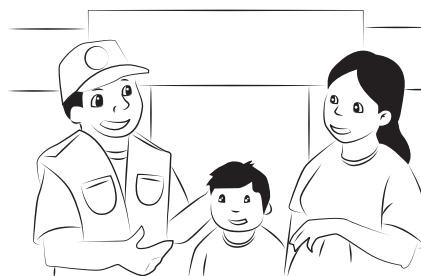
- Cuidado y tratamiento apropiado cuando están enfermos (as).
- Zinc como tratamiento coadyuvante en caso de diarrea o neumonía a partir de los 2 meses de edad a menores de 5 años de vida.



- Protección y prevención de lesiones y accidentes.

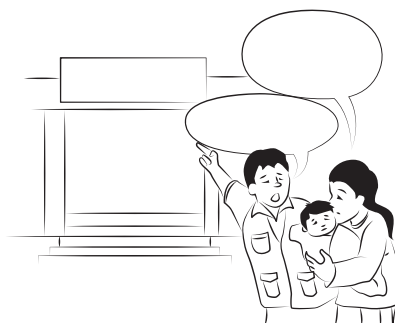


- Prevenir y proteger a niñas y niños de accidentes.
- Protección especial a la niñez en emergencias.
- Proteger a la niña o al niño del maltrato infantil, del trabajo infantil y sus peores formas.



4. Para buscar atención fuera del hogar

- Reconocer los signos generales de peligro:
 - No puede beber o lactar.
 - Vomita todo lo que toma.
 - Ha tenido convulsiones.
 - Esta letárgico o inconsciente.
- Buscar ayuda oportuna en los servicios de salud.



- Seguir las orientaciones del personal de salud.



5. Para promover factores de protección de la niñez

- Amor y buen trato.
- Lactancia materna.
- Desarrollar la autoestima de la niña o el niño.
- Prevenir la violencia física, psicológica y sexual.
- Contribuir al cumplimiento de los derechos de niñas y niños.



ANEXO No. 1

TABLAS DE INDICE DE MASA CORPORAL

TABLA DE IMC PARA LA EDAD, DE NIÑAS DE 5 A MENORES DE 20 AÑOS (OMS 2007)					
Edad (años: meses)	Desnutrición severa menor a - 3 DE (IMC)	Desnutrición moderada mayor o igual a - 3 a menor a -2 DE (IMC)	Normal mayor o igual - 2 a menor o igual a +1 DE (IMC)	Sobrepeso mayor a +1 a menor o igual +2 DE (IMC)	Obesidad mayor a +2 DE (IMC)
5:1	menos de 11.8	11.8-12.6	12.7-16.9	17.0-18.9	19.0 o más
5:6	menos de 11.7	11.7-12.6	12.7-16.9	17.0-19.0	19.1 o más
6:0	menos de 11.7	11.7-12.6	12.7-17.0	17.1-19.2	19.3 o más
6:6	menos de 11.7	11.7-12.6	12.7-17.1	17.2-19.5	19.6 o más
7:0	menos de 11.8	11.8-12.6	12.7-17.3	17.4-19.8	19.9 o más
7:6	menos de 11.8	11.8-12.7	12.8-17.5	17.6-20.1	20.2 o más
8:0	menos de 11.9	11.9-12.8	12.9-17.7	17.8-20.6	20.7 o más
8:6	menos de 12.0	12.0-12.9	13.0-18.0	18.1-21.0	21.1 o más
9:0	menos de 12.1	12.1-13.0	13.1-18.3	18.4-21.5	21.6 o más
9:6	menos de 12.2	12.2-13.2	13.3-18.7	18.8-22.0	22.1 o más
10:0	menos de 12.4	12.4-13.4	13.5-19.0	19.1-22.6	22.7 o más
10:6	menos de 12.5	12.5-13.6	13.7-19.4	19.5-23.1	23.2 o más
11:0	menos de 12.7	12.7-13.8	13.9-19.9	20.0-23.7	23.8 o más
11:6	menos de 12.9	12.9-14.0	14.1-20.3	20.4-24.3	24.4 o más
12:0	menos de 13.2	13.2-14.3	14.4-20.8	20.9-25.0	25.1 o más
12:6	menos de 13.4	13.4-14.6	14.7-21.3	21.4-25.6	25.7 o más
13:0	menos de 13.6	13.6-14.8	14.9-21.8	21.9-26.2	26.3 o más
13:6	menos de 13.8	13.8-15.1	15.2-22.3	22.4-26.8	26.9 o más
14:0	menos de 14.0	14.0-15.3	15.4-22.7	22.8-27.3	27.4 o más
14:6	menos de 14.2	14.2-15.6	15.7-23.1	23.2-27.8	27.9 o más
15:0	menos de 14.4	14.4-15.8	15.9-23.5	23.6-28.2	28.3 o más
15:6	menos de 14.5	14.5-15.9	16.0-23.8	23.9-28.6	28.7 o más
16:0	menos de 14.6	14.6-16.1	16.2-24.1	24.2-28.9	29.0 o más

16:6	menos de 14.7	14.7–16.2	16.3–24.3	24.4–29.1	29.2 o más
17:0	menos de 14.7	14.7–16.3	16.4–24.5	24.6–29.3	29.4 o más
17:6	menos de 14.7	14.7–16.3	16.4–24.6	24.7–29.4	29.5 o más
18:0	menos de 14.7	14.7–16.3	16.4–24.8	24.9–29.5	29.6 o más
18:6	menos de 14.7	14.7–16.4	16.5–24.9	25.0–29.6	29.7 o más
19:0	menos de 14.7	14.7–16.4	16.5–25	25.1–29.7	29.8 o más

Nota. Redondear la edad en meses al semestre más cercano.

Fuente. Adaptada de FANTA III. *Tablas de IMC y Tablas de IMC para la Edad, de niños(as) y adolescentes de 5 a 18 años de edad y tablas de IMC para adultos (as) no embarazadas, no lactantes igual o mayor a 19 años de edad. Guatemala 2013.*

TABLA DE IMC PARA LA EDAD, DE NIÑOS DE 5 A MENORES DE 20 AÑOS (OMS 2007)

Edad (años: meses)	Desnutrición severa menor a – 3 DE (IMC)	Desnutrición moderada mayor o igual a – 3 a menor a –2 DE (IMC)	Normal mayor o igual – 2 a menor o igual a +1 DE (IMC)	Sobrepeso mayor a +1 a menor o igual +2 DE (IMC)	Obesidad mayor a +2 DE (IMC)
5:1	menos de 12.1	12.1–12.9	13.0–16.6	16.7–18.3	18.4 o más
5:6	menos de 12.1	12.1–12.9	13.0–16.7	16.8–18.4	18.5 o más
6:0	menos de 12.1	12.1–12.9	13.0–16.8	16.9–18.5	18.6 o más
6:6	menos de 12.2	12.2–13.0	13.1–16.9	17.0–18.7	18.8 o más
7:0	menos de 12.3	12.3–13.0	13.1–17.0	17.1–19.0	19.1 o más
7:6	menos de 12.3	12.3–13.1	13.2–17.2	17.3–19.3	19.4 o más
8:0	menos de 12.4	12.4–13.2	13.3–17.4	17.5–19.7	19.8 o más
8:6	menos de 12.5	12.5–13.3	13.4–17.7	17.8–20.1	20.2 o más
9:0	menos de 12.6	12.6–13.4	13.5–17.9	18.0–20.5	20.6 o más
9:6	menos de 12.7	12.7–13.5	13.6–18.2	18.3–20.9	21.0 o más
10:0	menos de 12.8	12.8–13.6	13.7–18.5	18.6–21.4	21.5 o más
10:6	menos de 12.9	12.9–13.8	13.9–18.8	18.9–21.9	22.0 o más
11:0	menos de 13.1	13.1–14.0	14.1–19.2	19.3–22.5	22.6 o más

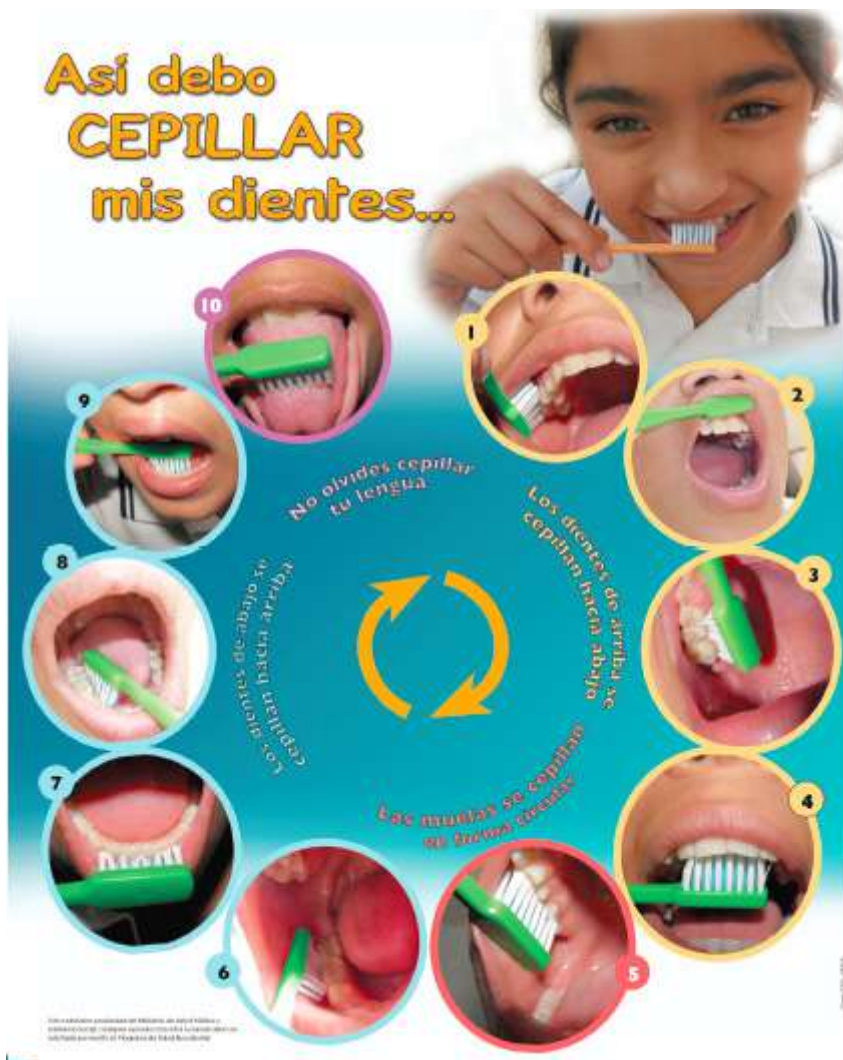
11:6	menos de 13.2	13.2–14.1	14.2–19.5	19.6–23.0	23.1 o más
12:0	menos de 13.4	13.4–14.4	14.5–19.9	20.0–23.6	23.7 o más
12:6	menos de 13.6	13.6–14.6	14.7–20.4	20.5–24.2	24.3 o más
13:0	menos de 13.8	13.8–14.8	14.9–20.8	20.9–24.8	24.9 o más
13:6	menos de 14.0	14.0–15.1	15.2–21.3	21.4–25.3	25.4 o más
14:0	menos de 14.3	14.3–15.4	15.5–21.8	21.9–25.9	26.0 o más
14:6	menos de 14.5	14.5–15.6	15.7–22.2	22.3–26.5	26.6 o más
15:0	menos de 14.7	14.7–15.9	16.0–22.7	22.8–27.0	27.1 o más
15:6	menos de 14.9	14.9–16.2	16.3–23.1	23.2–27.4	27.5 o más
16:0	menos de 15.1	15.1–16.4	16.5–23.5	23.6–27.9	28.0 o más
16:6	menos de 15.3	15.3–16.6	16.7–23.9	24.0–28.3	28.4 o más
17:0	menos de 15.4	15.4–16.8	16.9–24.3	24.4–28.6	28.7 o más
17:6	menos de 15.6	15.6–17.0	17.1–24.6	24.7–29.0	29.1 o más
18:0	menos de 15.7	15.7–17.2	17.3–24.9	25.0–29.2	29.3 o más
18:6	menos de 15.8	15.8–17.3	17.4–25.2	25.3–29.5	29.6 o más
19:0	menos de 15.9	15.9–17.5	17.6–25.4	25.5–29.7	29.8 o más

Nota. Redondear la edad en meses al semestre más cercano.

Fuente. Adaptada de FANTA III. Tablas de IMC y Tablas de IMC para la Edad, de niños(as) y adolescentes de 5 a 18 años de edad y tablas de IMC para adultos (as) no embarazadas, no lactantes igual o mayor a 19 años de edad. Guatemala 2013.

ANEXO No. 2 HIGIENE BUCODENTAL

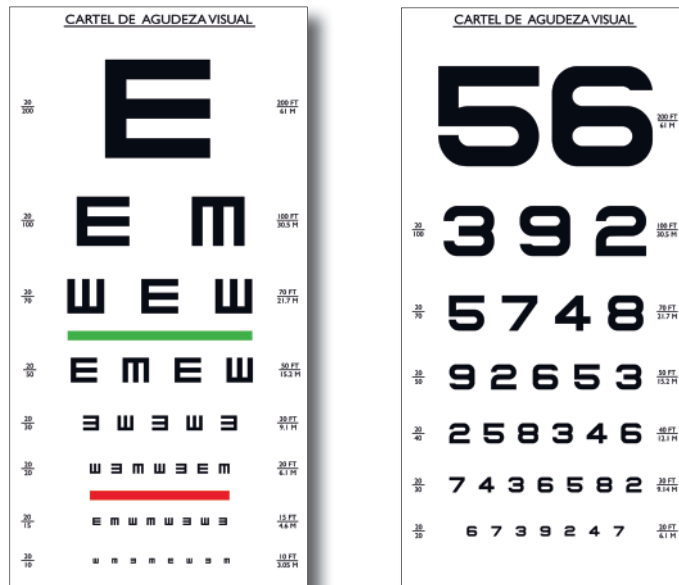
Así debo
CEPILLAR
mis dientes...



ANEXO No. 3 EVALUACIÓN DE SALUD VISUAL -CARTEL DE AGUDEZA VISUAL-

Nota. Este cartel está elaborado con una serie de letras, números o símbolos negros (optotipos) sobre un fondo blanco, que van ordenados en filas de mayor a menor, para ser leídas a una distancia de 6 metros y altura de 1 metro del piso, con la que se determina la agudeza visual.

Para la evaluación mediante el uso del cartel, debe tenerse en cuenta que la persona necesita una preparación previa, para decir si está en condiciones de responder de forma verbal o de mostrar mediante señas la posición de la “E” (indicando hacia qué lado apuntan las patitas, derecha izquierda arriba o debajo de la “E”).



Fuente. Consensuado con oftalmólogos y optómetras expertos en medición de optotipos. Instituto Panamericano contra la Ceguera-. Guatemala. (IPC) Noviembre, 2017.

Nota: En caso de detectar signos de infección, lesión o trauma ocular, consultar anexo 11 de módulo de Adolescencia y Juventud, página 584.

Técnica para niñas y niños de 5 años en adelante (aplica en todas las etapas del curso de vida)

- Se coloca el cartel a una distancia de 6 metros y a una altura de 1 metro del nivel del piso, en un lugar bien iluminado, sin reflejos ni distractores.
- No permitir que la niña o niño vea la tabla antes de la prueba.
- Se le enseña a contestar "Para qué lado están las patitas del dibujo "E".
- Se evalúa cada ojo por separado, iniciando por norma con el ojo derecho.
- Cubra el ojo izquierdo con un oclisor, círculo de cartón o papel grueso que cubra en su totalidad de la zona nasal a la zona externa del ojo.
- No ejerza presión sobre el ojo, evitando así alterar la agudeza visual posteriormente, cuando corresponda evaluarlo.
- Evite usar la mano para cubrir el ojo.
- La evaluación se realiza iniciando por la letra más grande, en la línea superior, en forma consecutiva fila por fila, hasta llegar a la letra más pequeña.
- Detenga la evaluación cuando no identifique tres figuras (optotipos) en una misma línea y anote la numeración que corresponde, a la izquierda de la fila que lee completa.
- Debe indicar de forma puntual la letra que debe ver la persona que está evaluando. (Ejemplo: señale con un lápiz).
- Evite cubrirla o mancharla, sólo señale dejándola libre para su lectura.
- No es aconsejable evaluar todas las letras de una línea, si contestó de una forma segura y rápida.
- En el caso que la niña o niño utilice lentes, se debe efectuar la evaluación primero sin lentes y luego con lentes puestos, para comprobar si estos son todavía adecuados, indicando los resultados de cada ojo sin ayuda visual y con ayuda visual en ambos ojos.
- Se toma como Agudeza Visual, el resultado anotado al lado de la última línea, en la cual contestó correctamente, se anota por separado la de cada ojo, que pueden ser iguales o diferentes en cada uno.
- La Agudeza Visual normal debe de ser 20/20 a partir de los siete años. Menores de esta edad, se considera normal 20/30 a 20/40. Por arriba de esos valores debe ser referido al oftalmólogo.

- Si la niña o niño examinado no ve la letra E grande 20/200 se le avanza la cartilla metro a metro acercándose hacia la persona, anotando la distancia en metros donde logra verla. Ejemplo: 20/200 a dos metros.
- Si la niña o niño a menos de medio metro del cartel no ve la E 20/200, se le mueve la mano abierta al frente en cada ojo y en ambos ojos, si no percibe el movimiento de mano (NMM) y si lo percibe (MM).
- Ilumine por separado cada ojo con una linterna de mano, para evaluar la percepción de luz y registrar si NO Percibe la Luz (NPL) en uno o en ambos ojos. Igualmente si identifica la estimulación luminosa indique Percibe Luz (PL).
- Si no percibe luz, ni movimiento de manos con ambos ojos se describe persona ciega. Si solo percibe en un ojo se pone ceguera de un ojo que puede ser el izquierdo o el derecho.
- Ante cualquier duda es importante que refiera a la persona a servicios de salud con atención de personal especializado para la salud visual.

BIBLIOGRAFIA

1. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. U.S. Department of Health and Human Services. Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports, Vol. 64.No. 3.
2. World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition 2016. Geneva: WHO, 2016.
3. Organización Panamericana de la Salud. Nota descriptiva. [citado noviembre 2016] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/>.
4. Tratamiento de la diarrea. Manual clínico para los servicios de Salud. Washington, D.C.: OPS; 2008. p 25, 40.
5. Tratamiento de las enfermedades infecciosas. 7ma. ed. Organización Panamericana de la Salud; 2017-2018. p 30-32,35,53,54,63,68,69,191,192,199,200-202.
6. El control de enfermedades transmisibles. 19va. ed. Organización Panamericana de la Salud; 2011. P 15-22,77-87,350-352,379.385,438, 652-656,689-693,796,797.
7. Abdelnour A, Ruvinsky RO, Odio C, et al. Consenso de la Sociedad latinoamericana de Infectología Pediátrica sobre neumonía adquirida en la comunidad. Revista de enfermedades infecciosas en Pediatría. Volumen XXIV. Núm. 94. pág. 7. 2010 nov. [citado 14 jun 2017] Disponible en: http://www.slipe.org/pdf/ConsensoNACninosSLIPE_8sept2010.pdf.
8. Protocolos diagnósticos terapéuticos de Infectología. Sociedad española de Pediatría. 2011. [citado 14 jun 2017] Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-infectologia>.
9. Opciones de tratamiento en shigelosis. Mejía Salas Héctor. Opciones de tratamiento en shigelosis. Rev. bol. ped. [Internet]. 2007 [citado 2017 Jun 16]; 46(1): p 80-84.

10. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752007000100014&lng=es.
11. Datos clave de las enfermedades infecciosas desatendidas. Helminurias transmitidas por el suelo. OPS. [Internet]. [Citado 26 mar 2017].
12. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24737&Itemid=270.
13. Enfermedades diarreicas. Nota descriptiva. OMS. [Internet]. [Citado mayo 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>.
14. Prevention, Diagnosis, and Treatment of Tuberculosis in Children and Mothers: Evidence for Action for Maternal, Neonatal, and Child Health Services, Haileyesus Getahun, Delphine Sculier, Charalambos Sismanidis, Malgorzata Grzemska, and Mario Raviglione, Stop TB Department, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2012.
15. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children 2nd ed WH 2014.
16. B. J. Marais, INT J TUBERC LUNG DIS 8(4):392–402 2004 IUATLD.
17. Rapid Advice Treatment of tuberculosis in children, Ginebra 2010.
18. Tuberculosis, Fargas, Caminero 3º edición, Santiago, Buenos Aires 2011.
19. Guidelines on the management of latent tuberculosis infection, WHO 2015.
20. New fixed dose combinations for the treatment of TB in Children, OMS/OPS 2017.



Adolescencia

de 10 a menores de 20 años

y Juventud

de 20 a menores de 30 años



Módulo

5



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	487
OBJETIVOS	488
I. ATENCIÓN INTEGRAL A ADOLESCENTES Y JÓVENES	489
Adolescencia	489
Juventud	491
Factores protectores y de riesgo	491
Estilo de vida saludable	491
Pasos esenciales para la atención integral de Adolescentes y Jóvenes	492
II. ACCIONES PREVENTIVAS	495
SALUD BUCODENTAL	495
INMUNIZACIONES	495
EVALUACIÓN NUTRICIONAL	496
Evaluación Antropométrica	496
Consumo de Alimentos	497
Suplementación con micronutrientes	499
Actividad Física	499
HÁBITOS SALUDABLES	501
EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PUBERAL	501
ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES	501
PARTICIPACIÓN DEL ADOLESCENTE Y JOVEN EN LA EDUCACIÓN ENTRE PARES	502
EDUCACIÓN INTEGRAL EN SEXUALIDAD -EIS-	502
III. DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA	503
ACNÉ	503
TRASTORNOS DE LA MENSTRUACIÓN	504
Dismenorrea	504
Dismenorrea Primaria	504
Dismenorrea Secundaria	504
Síndrome Premenstrual	505

AMENORREA	505
Amenorrea Primaria	505
Amenorrea Secundaria	506
HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL (ANORMAL)	507
EMBARAZOS EN ADOLESCENTES	507
ABORTO EN LA ADOLESCENCIA	509
ENFERMEDADES DE LA MAMA	510
Subdesarrollo Mamario	510
Hiperplasia Mamaria Juvenil	510
Nódulos y Masas de Distinta Consistencia y Tamaño	511
Salida de Secreción por el Pezón	512
ENFERMEDADES DE TESTÍCULO Y ESCROTO	512
Epididimitis/Orquitis	512
Torsión Testicular	513
Criptorquidia	514
RIESGOS ALIMENTARIOS	515
ANEMIA	517
Anemia Severa	518
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	519
Anorexia Nerviosa	519
Bulimia Nerviosa	520
VIOLENCIA	521
Violencia Sexual	522
TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE ALCOHOL	523
USO DE TABACO	524
OTROS TRASTORNO DE ANSIEDAD SIN ESPECIFICACIÓN	526
DEPRESIÓN (TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL LEVE)	527

CONDUCTA SUICIDA/SUICIDIO (AUTOLESIONES INTENCIONALES) **528**

TRATA DE PERSONAS **530**

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL -ITS- **532**

VIH y SIDA **533**

TUBERCULOSIS

(ver módulo de Persona Adulta y Persona Mayor página 646).

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -IRA- **535**

Neumonía Grave 535

Neumonía 536

Otitis Media Crónica 537

Otitis Media Aguda 538

Amigdalitis Bacteriana 539

Amigdalitis Viral 540

Resfriado Común 541

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS Y AGUA -ETA- **542**

Enfermedad Diarreica Aguda 542

Enfermedad Diarreica Sanguinolenta 544

Diarrea Persistente con Deshidratación 546

Diarrea Persistente sin Deshidratación 546

Cólera 547

Fiebre Tifoidea 549

Hepatitis Aguda Tipo "A" 550

Parasitosis Intestinal 551

- Trichuriasis 552

- Ascariasis 553

- Anquilostomiasis y Necatoriasis (Incluye Uncinarias) 554

- Teniasis 554

- Enterobiasis (Oxiuros) 556

SALUD BUCODENTAL **557**

Caries Dental 557

- Enfermedad Periodontal 559

- Gingivitis	559
- Periodontitis	561
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES	564
Chagas y Zika	564
ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA ADOLESCENCIA	564
ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA JUVENTUD	564
IV. ORIENTACIÓN INTEGRAL AL ADOLESCENTE Y JOVÉN Y A LA FAMILIA	565
ORIENTACION A ADOLESCENTES Y JOVENES	565
ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	535
Acciones de Prevención para Adolescentes y Jóvenes	565
Acciones de Prevención para Orientar a la Familia y la Comunidad	565
ANEXOS	567
Anexo No. 1. Factores Protectores y de Riesgo en la Adolescencia y Juventud	567
Anexo No. 2. Clasificación del Desarrollo Puberal	570
Anexo No. 3. Familiograma	573
Anexo No. 4. Detección de Riesgo Psicosocial	574
Anexo No. 5. Actividad Física	577
Anexo No. 6. Hábitos Saludables	578
Anexo No. 7. La Olla Familiar	579
Anexo No. 8. Autoexamen Testicular	580
Anexo No. 9. Autoexamen de Mama	581
Anexo No.10. La Ruta de Atención de Embarazada Menor de 14 Años	582
Anexo No.11. Evaluación de Trastornos Visuales	584
BIBLIOGRAFIA	585

INTRODUCCIÓN

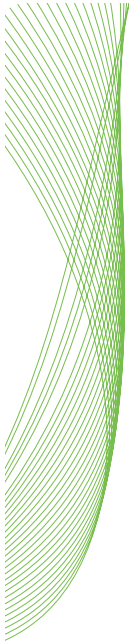
El abordaje integral y diferenciado de la salud de la población adolescente y joven es fundamental para el desarrollo físico, emocional, intelectual, individual, como seres en constante relación familiar y comunitaria, puesto que ésta etapa de la vida es formativa y a la vez vulnerable, en ella se moldean hábitos benéficos o no y por ende traerán consecuencias para su salud durante toda la vida. Los estilos de vida que adopten y practiquen marcarán su futuro.

Brindar acciones integrales en salud pública (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención, tratamiento y recuperación), con base a estándares de calidad que aseguren la reducción de secuelas y muerte, lo que es indispensable en este ciclo de vida.

En congruencia con el marco epidemiológico, legal y de derechos humanos, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- plantea el abordaje integral y diferenciado a la población adolescente y joven a través de la presente norma, que contiene los lineamientos técnicos basados en evidencia científica para que sean aplicados por el personal de salud en los servicios.

La morbilidad característica de la población adolescente y joven, está condicionada por determinantes biológicos, sociales y culturales, que aumentan la vulnerabilidad física, mental y social de dicha población, es por ello que los servicios de salud deben brindar atención basada en el marco del enfoque de derechos, pertinencia cultural y enfoque de género. Es de resaltar que la prevención desde cualquier punto de vista y en este caso enfocada a la salud integral, es la mejor aliada que pueda tener la adolescencia y juventud para alcanzar bienestar.

Con la aplicación del presente módulo, el MSPAS contribuye a implementar el Artículo 24 de la Convención de los Derechos del Niño “El derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud”.



OBJETIVOS

General

Proporcionar la normativa para que el personal de salud del primero y segundo nivel brinde a la población adolescente y joven, atención y orientación integral de calidad, basada en evidencia científica, con enfoque de género, pertinencia cultural y de derechos humanos.

Específicos

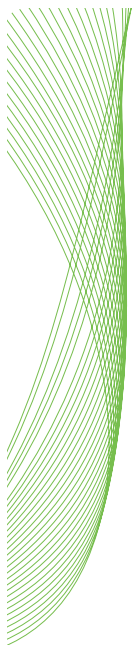
1. Proveer los estándares básicos para la atención en salud integral y diferenciada de adolescentes y jóvenes.
2. Establecer lineamientos para la identificación oportuna y prevención de factores de riesgo, fortalecimiento de factores protectores y estilos de vida saludables en adolescentes y jóvenes, su familia y comunidad.
3. Proporcionar lineamientos claros para la prevención de enfermedades, atención oportuna de adolescentes y jóvenes con problemas de salud y su referencia a servicios de mayor capacidad resolutive.
4. Orientar a adolescentes, jóvenes, familia y comunidad sobre las estrategias de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención en salud para adolescentes y jóvenes, en coordinación con otros sectores o aliados estratégicos.

I ATENCIÓN INTEGRAL A ADOLESCENTES Y JÓVENES

ADOLESCENCIA

La adolescencia es la etapa del curso de la vida comprendida entre las edades de 10 a 19 años, es un período de cambios y marca el final de la niñez y el inicio de la vida adulta. Se divide en tres etapas: adolescencia temprana, media y tardía.

- **La adolescencia temprana:** es la etapa de los 10 a 13 años de edad, inicia con cambios físicos, como crecimiento rápido, cambios en la voz, crecimiento del vello púbico, axilar y del rostro. En las adolescentes crecen las mamas, se desarrollan los genitales y sus cuerpos se moldean. En los adolescentes se desarrolla la masa muscular y crecen sus genitales. El desarrollo biopsicosocial comprende:
 - Independencia-dependencia: pierden el interés de participar en actividades familiares, comparten más con amigas y amigos del mismo sexo; al relacionarse con amigos del sexo opuesto lo hacen en grupo, ponen a prueba la autoridad, necesitan privacidad y tienen comportamiento inestable.
 - Imagen corporal: sienten inseguridad por los cambios físicos en la pubertad. Se comparan con sus pares para ver si es normal, aumentan su interés por conocer los órganos sexuales y cómo funcionan. Tienen inquietudes sobre la masturbación, menstruación y los sueños húmedos.
 - Integración grupal: quieren un mejor amigo o amiga, la amistad es intensa, son afines y tiernos con adolescentes del mismo sexo y son vulnerables a la presión de los pares.
 - Desarrollo de la identidad: les cuesta identificar sus propios intereses de los ajenos, están pendientes de su persona “egocentrismo”, piensan que los demás están pendientes de sus actos y de cómo lucen; fantasean “sueñan despiertos”, se encierran en sus pensamientos, son analíticos y críticos; son idealistas, impulsivos y no han definido su vocación.
- **La adolescencia media:** está comprendida entre los 14 y 16 años. Se produce el crecimiento acelerado o estirón, cambio marcado de la voz, finalizan los cambios puberales y alcanzan características de los adultos.



- El desarrollo psicosocial en esta etapa comprende:
 - Independencia-dependencia: les interesa pertenecer a grupos y asumen sus valores, cuestionan los valores de su familia, se relacionan con más facilidad con pares del sexo opuesto, sienten curiosidad natural por temas de sexualidad, no analizan las consecuencias de sus actos, lo que puede generar conductas de riesgo.
 - Imagen corporal: les preocupa menos los cambios de la pubertad, se sienten mejor con su apariencia y tienen una mejor aceptación de sí mismas (os). Invierten tiempo y dinero en mejorar su apariencia y lucir atractivas (os), por ejemplo, las adolescentes usan maquillaje, los adolescentes con estilos de peinados y en ambos vestimenta a la moda.
 - Integración grupal: se integran mejor a los grupos de pares, deportivos, religiosos y culturales; la presión ejercida por la familia disminuye, reconocen y aprecian sus valores.
 - Desarrollo de la identidad: tienen mayor capacidad intelectual; razonan sobre sí mismos y el mundo, se preguntan ¿quién soy?, ¿qué quiero?, ¿a dónde voy?; sentimientos de “omnipotencia”, piensan que sus actos no tienen consecuencias; no tiene clara su vocación, se involucran en muchas actividades al mismo tiempo.
- **La adolescencia tardía:** es la etapa comprendida entre los 17 y 19 años. Se finaliza el desarrollo físico sexual. Tienen un comportamiento más tranquilo y estable, mayor capacidad para la intimidad y el afecto, por eso las relaciones de noviazgo o íntimas son más significativas a las que les dedican mucho tiempo y atención. Es común que razonen sobre la obediencia a las figuras de autoridad y la solidaridad con su grupo de pares. El aspecto más importante de esta etapa es la adquisición de su identidad. El desarrollo psicosocial en esta etapa comprende:
 - Independencia-dependencia: el grupo de pares es menos importante, seleccionan las amistades, son más responsables, piensan más las consecuencias de sus actos, las relaciones familiares vuelven a ser importantes, son más condescendientes y aceptan más las reglas y los valores de sus padres, dedican más tiempo y atención a sus relaciones afectivas.
 - Imagen corporal: aceptan su imagen personal.
 - Integración grupal: se sienten más cómodos con sus propios valores y su identidad. Se ocupan más de la relación de pareja y de establecer un vínculo afectivo, son menos vulnerables a la presión grupal, puesto que ya no es tan importante el grupo de pares como antes.



- Desarrollo de la identidad: alcanzan autonomía e independencia, toman decisiones y aceptan las consecuencias de ellas, reconocen situaciones de riesgo y a quien pedir ayuda; vocación definida, tienen definidos sus valores, se preocupan por los problemas sociales. Sin embargo, lo anterior no debe ser tomado como un estándar general porque según el contexto en el que se desarrollen estas características pueden variar.

JUVENTUD

Es el período en el que se adquiere la ciudadanía plena, mediante el ejercicio de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

Para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala y para efecto de la presente norma, se utilizará el rango de edad de 20 a menores de 30 años de edad, considerando el desarrollo biopsicosocial.

FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO

Son factores individuales, familiares, amigos o pares, en centros educativos y en la comunidad, que les servirán para neutralizar o potenciar los factores de riesgo a los que pueden estar expuestos, ver Anexo No.1 de este módulo página 567.

ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Es el compromiso y responsabilidad que asumen las y los adolescentes en el cuidado de su propia salud, para que decidan con libertad y de forma consciente desarrollarse como seres humanos.

Los elementos que se relacionan con los estilos de vida saludables son: nutrición, hidratación, actividad física, higiene, prevención de accidentes, prevención de consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol y otras), la convivencia armoniosa con las personas, la comunidad y el ambiente.

PASOS ESENCIALES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES (con base a estándares de calidad)

1	• Informe a la o el adolescente sobre la ruta de atención del servicio.
2	• Identifique signos y síntomas de peligro. Si amerita referencia: refiera (estabilice y llene boleta de referencia). • Si es posible, comuníquese al servicio al que se hará la referencia y dé seguimiento. • Si tiene capacidad resolutive: brinde atención integral, con calidad, respeto, enfoque de género y pertinencia cultural.
3	• Llene todos los datos de la historia clínica y realice la evaluación integral. • Realice examen físico completo: signos vitales. Cuando un médico evalúe a una adolescente, asegúrese que esté acompañada de una persona adulta de su confianza y de no ser así, alguien de enfermería. • Evalúe agudeza visual en el servicio y refiriera a evaluación oftalmológica (una vez al año), ver Anexo No.11 página 584 de este módulo y Anexo No.3 del módulo de Niñez página 475. • Evalúe la audición una vez al año. • Realice evaluación bucodental: refiera a control odontológico para tratamiento de caries, enfermedad periodontal (problema de sangramiento de encías) y abscesos. Realice esta evaluación cada 6 meses o como mínimo una vez al año. • Realice Papanicolaou o Inspección Visual con Ácido Acético -IVAA- cada 3 años, a toda adolescente con vida sexual activa. • Evalúe el estado de desarrollo puberal: cada 6 meses en menores de 14 años y una vez al año en de 14 y más años (utilice las tablas de Tanner), ver Anexo 2 de este módulo página 570. • Realice evaluación nutricional: antropometría (peso, talla y cálculo de índice de masa corporal -IMC- para adolescentes, ver anexo No. 1 en módulo Niñez página 471. Identifique consumo de alimentos y rutina de actividad física (apoyarse en las "Guías Alimentarias para Guatemala", "la Olla Familiar" ver anexo No. 7 de este módulo página 579). • Realice evaluación psicosocial. Identifique factores protectores y de riesgo, ver anexo No. 1 de este módulo página 567. • Defina estructura y funcionamiento familiar (familiograma), ver anexo No. 3 de este módulo página 573. • Evalúe rendimiento escolar y socialización con pares (adolescentes y jóvenes) y profesores.

	• Evalúe actividad: recreación, utilización del tiempo libre, tareas del hogar. • Evalúe conducta sexual, determine riesgos en adolescentes que tengan vida sexual activa). • Evalúe consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas), ver páginas 523-524 y anexo No. 4 de éste módulo página 574. • En adolescentes menores de 14 años embarazadas, utilice la ruta de denuncia correspondiente “Ruta de Abordaje Integral de Embarazos en Niñas y Adolescentes Menores de 14 Años de Edad”, ver anexo No. 10 página 582 de éste módulo.
4	• Requiera o evalúe exámenes de laboratorio: glicemia, orina, hemoglobina y hematocrito (una vez al año o cuando lo amerite). Adolescentes y jóvenes con conductas sexuales de riesgo: VIH con orientación pre y post prueba y consentimiento informado, VDRL y Hepatitis B.
5	• Oferte y proporcione: ▫ Suplemento de micronutrientes (hierro y ácido fólico). ▫ Si es hombre: sulfato ferroso 1 tableta de 300 mg, vía oral (PO) cada 8 días. ▫ Si es mujer: sulfato ferroso 1 tableta de 300 mg, PO cada 8 días, más ácido fólico 1 tableta de 5 mg, cada 8 días. • Cite en tres meses para monitorear consumo de los micronutrientes. • Proporcione desparasitante: albendazol 1 tableta de 400 mg o dos tabletas de 200 mg PO, cada 6 meses. • Evalúe el esquema de vacunación (ver sección de ACCIONES PREVENTIVAS de éste módulo página 495). • Administre vacuna toxoide tetánico y toxoide diftérico (Td) según los lineamientos del Programa de Inmunizaciones. • En adolescentes embarazadas: ver módulo de embarazo, parto y puerperio. • Administre otras vacunas según los lineamientos del Programa de Inmunizaciones. • Oferte y entregue condones, lubricantes a base de agua, y métodos anticonceptivos, si la o el adolescente es sexualmente activo, según la “Guía de Planificación Familiar”.

6	• Oriente al adolescente, joven y familia sobre: ▫ Estilos de vida saludables; factores protectores y de riesgo encontrados; técnica de cepillado dental, así como la técnica de uso del hilo dental, prevención de embarazos, ITS, VIH y Sida; métodos anticonceptivos; auto examen de mama, (ver sección de anexo No. 9 página 581 de éste módulo y autoexamen testicular anexo No. 8 página 580). ▫ Prevención de accidentes, relación sexo, género, autoestima y conductas a seguir según los problemas encontrados y otros.
7	• Trate de forma integral problemas de salud detectados según apartado “Detección y Atención Oportuna”. Refiera a otro nivel de atención si no hay capacidad resolutive en el servicio.
8	• Registre en SIGSA.
9	• Establezca cita de seguimiento.
10	• Oferte los servicios a usuarios y acompañantes.

II ACCIONES PREVENTIVAS

Estas acciones se encuentran incluidas en los pasos esenciales para la atención.

SALUD BUCODENTAL

APLICACIÓN DE FLÚOR: barniz con flúor al 5 % cada seis meses.

APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS: sobre estructura sana. Estos procedimientos deben ser realizados por personal de odontología.

INMUNIZACIONES

Ver cuadro de Vacunación en Niñas y Niños de 7 hasta 15 años que no fueron vacunados en edad recomendada “Esquema Atrasado” en el módulo de Niñez página 350.

VACUNACIÓN EN MUJERES ADOLESCENTES DE 10 AÑOS

ANTECEDENTE	DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN E INTERVALO DE TIEMPO ENTRE DOSIS DE VACUNA
Adolescente mujer de 10 años con esquema completo (pentavalente 3 dosis y DPT 2 dosis)	Td R3: 0.5 ml, intramuscular (IM) tercio medio del músculo deltoides. • Administrar refuerzo de la adolescencia. HPV: 0.5 ml, IM tercio medio del músculo deltoides, cualquier brazo. • Primera dosis: primer contacto. • Segunda dosis, 6 meses después de la primera dosis.

Fuente. Programa de Inmunizaciones, Guatemala, 2018.

- Vacunación en adolescentes de 10 años a menores de 19 años.

Se administraran vacunas según grupos priorizados o condiciones específicas ver las secciones siguientes:

1. Vacuna Td en hombres en caso de heridas tetanógenas, ver Anexo No. 1 en módulo de Atención a la Demanda página 890.
2. Vacuna contra Hepatitis B para adulto de grupos de riesgo priorizados, ver anexo No. 1 en módulo de Atención a la Demanda página 891 y personas victimas de violencia sexual.
3. Vacuna contra influenza estacional, ver anexo No. 1 en módulo de Atención a la Demanda página 892.

EVALUACIÓN NUTRICIONAL

EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

Establezca el peso de la o el adolescente en una balanza para adulto y la talla con un tallímetro o cinta métrica.

Ejemplo: calcule el Índice de Masa Corporal -IMC- de Marisol, es una adolescente de 15 años, que pesa 110 libras y mide 1.60 metros. La fórmula a utilizar será la siguiente:

$$\text{IMC} = \text{Peso en kg} / \text{Talla en m}^2$$

Para calcular el peso en kilos dividir el peso en libras por la constante 2.2:

$$\frac{110}{2.2} = 50\text{kg}$$

Para calcular la talla en metros cuadrados de Marisol debe realizar el siguiente procedimiento:

$$\text{Talla } 1.60 \text{ por talla } 1.60 = 2.56 \text{ metros cuadrados (m}^2\text{)}.$$

Para calcular el IMC divida el peso en kg/talla en m², para este caso:

$$\frac{50 \text{ kg}}{2.56 \text{ m}^2} \quad \text{IMC} = 19.53$$

De acuerdo al resultado de IMC de Marisol, clasifique su estado nutricional, según su edad y sexo, para ello utilice la tabla "IMC para la edad de 5 a menores de 19 años", ver anexo No. 1 página 471 en módulo de Niñez y analice según la interpretación siguiente:

El índice de masa corporal de Marisol es de 19.53, entre -2 desviación estándar (15.9) y + 1 (23.5) por lo que su diagnóstico nutricional es normal.

Para el cálculo del IMC en jóvenes se utilizan las tablas para adulto, ver anexo No. 1 página 744 del módulo de Persona Adulta y Persona Mayor.

CRITERIOS Y CLASIFICACIÓN PARA DETERMINAR EL IMC EN JÓVENES

Criterios para interpretar los resultados del IMC	Clasificación de Índice de masa corporal
Debajo de 18.5	Bajo Peso
18.5 – 24.9	Normal
25 – 29.9	Sobrepeso
Mayor de 30	Obesidad

Fuente. PROSAN, 2018.

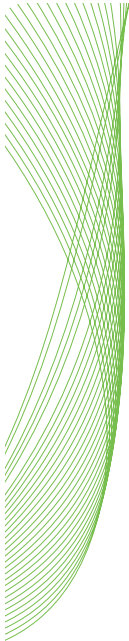
CONSUMO DE ALIMENTOS

Para evaluar el consumo de alimentos utilice la tabla siguiente:

FRECUENCIA DEL CONSUMO DE ALIMENTOS Y ACTIVIDAD FÍSICA

GRUPOS DE ALIMENTOS/ FRECUENCIA	TODOS LOS DÍAS	3 VECES POR SEMANA	2 VECES POR SEMANA	MUY RARA VEZ	NUNCA
Granos, cereales y tubérculos					
Hierbas/verduras					
Frutas					
Leche y huevos					
Carnes					
Agua Pura					
Actividad Física					

Fuente. Guías Alimentarias para Guatemala, 2012.



Todas las respuestas que hayan sido marcadas dentro de los recuadros sombreados son las maneras adecuadas, ver ejemplo en módulo Niñez página 326. Si toma leche, come huevos y carnes con mayor frecuencia, también es correcto.

- Si se está alimentando de forma adecuada, felicítele y anímele a que siga con esos hábitos de alimentación. Por el contrario, si la alimentación no es adecuada, debe proporcionar información y orientación completa y dar seguimiento en 15 días para reevaluar el consumo de alimentos.
- Después de la orientación sobre las recomendaciones de las “Guías Alimentarias para Guatemala”, verificar qué cambios hará la o el adolescente para mejorar su alimentación.
- Es tarea de todo el personal de salud, orientar sobre el uso y aplicación de las “Guías Alimentarias para Guatemala” Olla Familiar, ver anexo No. 7 en éste módulo página 579. Los aspectos fundamentales de estas guías son los siguientes:

Oriente sobre

- Comer variado cada día, como se ve en la olla familiar, porque es más sano y económico.
- Comer todos los días hierbas, verduras y frutas, porque tienen muchas vitaminas.
- Comer diariamente tortillas y frijoles, por cada tortilla sirva dos cucharadas de frijol, porque trae cuenta, llena más y alimenta mejor.
- Comer tres veces por semana o más: huevos, queso, leche o Incaparina, que son especiales para el crecimiento en la niñez, adolescencia y la salud de toda la familia.
- Comer al menos dos veces por semana o más, un trozo de carne, pollo, hígado o pescado para evitar la anemia y la desnutrición.
- Comer semillas como manías, habas, semillas de marañón, ajonjolí y otras, porque son buenas para complementar su alimentación.
- Comer menos margarina, crema, manteca, frituras y embutidos para cuidar su corazón y gastar menos.

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

Administre micronutrientes de acuerdo a la tabla siguiente:

SUPLEMENTACIÓN CON HIERRO Y ÁCIDO FÓLICO

ADOLESCENTE	SUPLEMENTO	PRESENTACIÓN	EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS	FRECUENCIA DE ENTREGA
*Hombre y mujer.	Hierro.	Tabletas de 300 mg de sulfato ferroso.	10 a menores de 30 años.	1 tableta 300 mg PO cada 8 días.	Cite en tres meses para monitorear consumo de las tabletas de micronutrientes.
Mujer.	Ácido fólico.	Tabletas de 5 mg de ácido fólico.	10 a menores de 30 años.	1 tableta de 5 mg PO cada 8 días.	Cite en tres meses para monitorear consumo de tabletas de micronutrientes.

Fuente. Normas de atención en Salud Integral para Primero y Segundo Nivel, 2010.

***Nota.** En hombres suplemente hierro sólo de 10 a 19 años.

ACTIVIDAD FÍSICA

En la adolescencia la actividad física debe ser de moderada a intensa. Es recomendable 60 minutos de ejercicio todos los días. Evalúe la actividad física de acuerdo a la tabla de calificación siguiente:

TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA

Intensidad de la actividad	Todos los días		3 veces por semana		1 vez por semana		Muy rara vez		Nunca
	60 min o más	Menos de 60 min	60 min o más	Menos de 60 min	60 min o más	Menos de 60 min	60 min o más	Menos de 60 min	No hace actividad física
Moderada									
Intensa/Vigorosa									

Fuente. Guías Alimentarias para Guatemala, 2012.

Se recomiendan 60 minutos de actividad física moderada o vigorosa al día, en un solo periodo o distribuido en dos periodos de 30 minutos. El beneficio es mayor, si se practican más de 60 minutos al día. Cualquier actividad física, aunque no sea con el tiempo e intensidad que se recomienda, es de beneficio para la salud, ver anexo No. 5 página 577 de éste módulo.

EJERCICIO FÍSICO Y ALIMENTACIÓN

Recomendaciones para adolescentes de 10 a 13 años	Recomendaciones para adolescentes de 14 a 19 años Continuar con los hábitos adquiridos
• Hacer deporte en grupo. • Tomar agua. • Respetar las reglas deportivas. • Alimentación saludable según la actividad física. • Ejercicios de calentamiento muscular antes del deporte. • Ejercicios de estiramiento después de hacer deporte. • Crear hábitos deportivos (elegir el deporte que le guste más).	• Alimentación saludable según la actividad física. • Tener una rutina propia. ▫ Acondicionamiento aeróbico: carrera continúa sin agotarse (20 minutos al día, por lo menos 3 días por semana). ▫ Acondicionamiento anaeróbico: carrera a intensidad elevada intercalando por otros menos intensos (trotar o caminar). ▫ Acondicionamiento muscular: distintos ejercicios. Frecuencia de 3 a 6 veces por semana.

Fuente. Guías de Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes Programa de Adolescencia y Juventud, 2015.

Oriente sobre

- Actividades recreativas, deportivas, caminatas, campamentos, práctica de bailes, ejercicios aeróbicos entre otros, que estimulen mantenerse en actividad y gastar energía.
- Dormir 8 horas diarias.
- Disminuir el uso de televisión, videojuegos, internet y otras actividades sedentarias.
- Para recomendaciones de actividad física en la adolescencia y juventud, consultar “Guías Alimentarias para Guatemala”.

HÁBITOS SALUDABLES

Es un conjunto de hábitos que conforman el estilo de vida saludable, que sumados a los hábitos de alimentación y actividad física, incluyen aspectos preventivos en salud tales como el no consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, tener higiene adecuada, control del estado de salud, descanso, recreación, equilibrio de la salud mental y relaciones sociales sanas, ver anexo No. 6 página 578 de éste módulo.

Oriente sobre

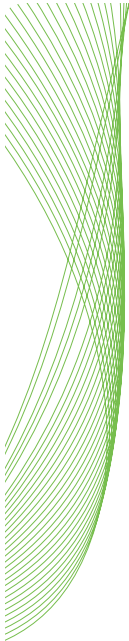
- Hábitos de higiene: aseo personal, baño diario y/o después de actividad física, lavarse la cara y ojos, secarse bien el pelo y el cuerpo. Lavarse las manos antes de comer y después de ir al sanitario, cortarse las uñas de pies y manos, cambiarse de ropa a diario, lustrar los zapatos.
- Salud Bucodental: cepillarse los dientes y usar hilo dental después de cada comida y después del consumo de alimentos y bebidas azucaradas.
- Higiene y cuidado de mascotas: bañarlos y mantener limpia el área donde se mantienen. Si los sacan a caminar, llevar bolsas plásticas y recoger lo que defequen. Si son perros o gatos, llevarlos al servicio de salud para vacuna.
- Otros consejos que considere oportunos, según el contexto local.

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PUBERAL

Es la medición de la maduración del desarrollo sexual, a través de evaluar los cambios físicos del desarrollo, basados en las características sexuales externas primarias y secundarias, que incluyen el tamaño de las mamas, tamaño de genitales, desarrollo del vello púbico y axilar. Esta medición se realiza con la escala de Tanner, la que permite evaluar de forma objetiva el desarrollo sexual, ver anexo No.2 de éste módulo página 570.

ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES

Son espacios creados por personal de salud y generalmente se ubican en los servicios de salud o en espacios públicos de la localidad, promueven el intercambio entre adolescentes y jóvenes por medio de actividades físicas, sociales, culturales, artísticas y comunitarias, que persiguen desarrollar conocimientos, habilidades, actitudes, capacidades y destrezas que permiten promover la salud y prevenir enfermedades (consultar “Guía para la Implementación y funcionamiento de Espacios Amigables para Adolescentes y Jóvenes”).



PARTICIPACIÓN DEL ADOLESCENTE Y JOVEN EN LA EDUCACIÓN ENTRE PARES

Esta es una estrategia que promueve la información, educación y participación de adolescentes y jóvenes líderes, con la finalidad que se constituyan en aliados de su propia salud, para desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades con otras/os adolescentes y jóvenes, tales como organización de grupos, incidencia y participación.

EDUCACIÓN INTEGRAL EN SEXUALIDAD -EIS-

Es una estrategia que se trabaja en coordinación con el Ministerio de Educación, con el fin de desarrollar conocimientos y actitudes sobre la vida y la sexualidad, como parte del desarrollo integral. Es responsabilidad del Ministerio de Educación, la atención de la población escolar, mientras que el MSPAS, es responsable de la educación en sexualidad de adolescentes y jóvenes no escolarizados, desarrollando acciones en los servicios de salud, la comunidad y especialmente en los espacios amigables con la finalidad de prevenir las infecciones de transmisión sexual, ITS, el VIH, los embarazos en adolescentes y la violencia sexual. Cada Dirección de Área de Salud -DAS-, a través de su red de servicios, desarrollará la coordinación con el Ministerio de Educación en el nivel que le corresponde.

III. DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA

ACNÉ CIE-10-L70

Enfermedad inflamatoria de la unidad pilosa, se caracteriza por los comedones (acumulación de keratina, sebo, vellos y micro organismos dentro del folículo piloso), se ven como puntos blancos, negros, pápulas, pústulas, y/o nódulos en la piel, que pueden o no dejar cicatriz. Se puede presentar en diferentes grados según los síntomas y signos.

CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DEL ACNÉ

SIGNOS Y SÍNTOMAS	CONDUCTA/TRATAMIENTO
Grado I Acné Leve Comedones sin inflamación, hasta con 10 lesiones en un lado de la cara.	- Mantenga la piel limpia, usar jabones sin olor o de bebe. - Evite usar cosméticos y productos que obstruyan los poros - Controle el estrés y los factores precipitantes, no pellizcar - Use loción o gel de peróxido de benzoil 5 o 10 %, cada 12 horas por 3 semanas. - Si no mejora refiera a hospital con servicio de dermatología.
Grado II Inflamación moderada. Comedones, pápulas, pústulas 10 a 25 lesiones en un lado de la cara.	Atender conducta del grado I, más: - Use loción o gel de peróxido de benzoil 5-10 %, cada 12 horas por 6 semanas. - Tetraciclina en cápsulas de 500 mg, vía oral PO cada 12 horas por 6 a 8 semanas o bien, - Claritromicina en tabletas 500 mg, PO cada 12 horas por 6 a 8 semanas. - Doxicilina en cápsulas de 100 mg, PO cada 12 horas. - Seguimiento en 2 meses después del inicio del tratamiento. - Si no mejora referir al hospital con dermatóloga/o.
Grado III Inflamación localizada severa 25 a 50 lesiones en un lado de la cara.	- Referir al hospital para tratamiento especializado por dermatología.
Grado IV Inflamación generalizada severa más de 50 lesiones en un lado de la cara	

Fuente. Normas de Atención en Salud Integral para el primero y segundo nivel, 2010. MSPAS.

Nota. La mayoría de los casos inician antes de la pubertad, pueden afectar la autoestima. Para evitar las secuelas se debe tratar antes que se complique.

TRASTORNOS DE LA MENSTRUACIÓN

DISMENORREA CIE-10-N94.6

Es el dolor que se produce durante la menstruación. Es frecuente motivo de consulta en las adolescentes. La dismenorrea puede ser primaria o secundaria.

DISMENORREA PRIMARIA CIE-10-N94.4

Dolor antes o durante la menstruación, difuso, bilateral y de corta duración.

Puede acompañarse de dolor de cabeza, tensión mamaria, náuseas, vómitos y diarrea; es el tipo de dismenorrea más frecuente y coincide con el inicio de los ciclos anovulatorios regulares, que se producen en los 2 primeros años después de la menarquía (primera menstruación).

Conducta/tratamiento

- Inicie ibuprofeno tabletas de 400 mg PO, una tableta cada 8 horas, durante 3 días, ante la primera señal de la menstruación.
- Si no mejora refiera a servicio con atención de ginecología.
- Registre en SIGSA 3.

Oriento sobre

- Que mejorará en forma espontánea.
- El uso de métodos anticonceptivos modernos, si tiene vida sexual activa.
- Regresar a consulta, si no mejora con el tratamiento indicado.

DISMENORREA SECUNDARIA CIE-10-N94.5

Dolor coincidente con la menstruación, asociado a procesos patológicos como inflamación pélvica, varices pélvicas, tumores, endometriosis, miomas, uso de Dispositivo Intra Uterino -DIU-, quistes ováricos, estenosis cervical o malformaciones congénitas. Puede ser después de la menstruación o después de relaciones sexuales.

Conducta/tratamiento

- Refiera a hospital para evaluación y tratamiento.
- Oriente sobre la importancia de asistir al hospital para ser evaluada por especialista.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

SÍNDROME PREMENSTRUAL CIE-10-N94.3

Es un conjunto de síntomas de tipo emocional y físico, frecuente en las adolescentes y que en general se evidencia dos años o más después de la menarquía. Aparece poco después de la menstruación y desaparece poco después de su inicio, puede afectar la vida social de la adolescente.

Signos y síntomas

- Emocionales: cambios de ánimo, irritabilidad, fatiga, alteración del apetito.
- Físicos: cefaleas, tensión mamaria, distensión abdominal, diarrea ocasional, estreñimiento, dolor en las piernas, náuseas y palpitaciones.

Conducta/tratamiento

- Inicie ibuprofeno tabletas de 400 mg PO, cada 8 horas, durante 3 días.
- Si las molestias persisten y no mejoran, refiera al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- El síndrome pre-menstrual es frecuente y sin riesgos.
- Seguir las recomendaciones dadas en el servicio de salud.

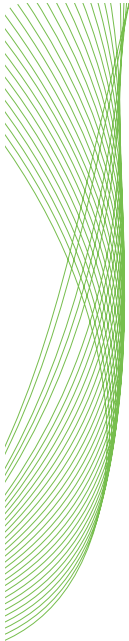
AMENORREA CIE-10-N91.2

Es la ausencia del flujo menstrual, la amenorrea puede ser primaria o secundaria.

AMENORREA PRIMARIA CIE-10-N91.0

Signos y síntomas

- Ausencia de menarquía en adolescentes que llegan a los 16 años.
- Si a los 14 años no menstruó y carece de caracteres sexuales secundarios.
- Si no menstruó 1 año después de haber alcanzado el Grado V de Tanner mamario, ver anexo No. 2 página 570 de éste módulo.
- Si no menstruó 5 años después de haber iniciado el desarrollo mamario, Tanner Grado II, ver anexo No. 2 página 570 de éste módulo.



Conducta/tratamiento

- Descarte embarazo con prueba rápida o de laboratorio en sangre.
- Si la prueba de embarazo es negativa, refiera a hospital para su tratamiento especializado.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- La importancia de asistir al hospital para ser evaluada por especialista.
- Si la prueba de embarazo es positiva, dar seguimiento de acuerdo al módulo de Embarazo, Parto y Puerperio.

AMENORREA SECUNDARIA CIE-10-N91.1

Signos y síntomas

- Ausencia de menstruación por 3 meses o más en adolescentes con ciclos menstruales regulares.
- Ausencia de menstruación por 6 meses o más en adolescentes con ciclos menstruales irregulares.

Conducta/tratamiento

- Descarte embarazo con prueba rápida o de laboratorio en sangre.
- Si la prueba de embarazo es negativa, refiera a hospital para tratamiento especializado.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- La importancia de asistir al hospital para ser evaluada por especialista.
- Si la prueba de embarazo es positiva, dar seguimiento de acuerdo al módulo de Embarazo, Parto y Puerperio.

HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL (ANORMAL) CIE-10-N93.9

Es una menstruación irregular y/o profusa que no es causada por enfermedad estructural o sistémica, es muy frecuente en las adolescentes alrededor de la menarquía. La causa más frecuente es la anovulación.

Conducta/tratamiento

- Refiera al servicio de salud con especialista.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- La importancia de cumplir la referencia.
- Cómo llevar el calendario menstrual.

EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

Según la definición de la “Guía de Prevención del Embarazo en la Adolescencia en Guatemala”, el embarazo en la adolescencia es “aquel que se produce entre los 10 y los 19 años de edad”, independiente del grado de madurez biológica o psicológica y del nivel de independencia de su familia.

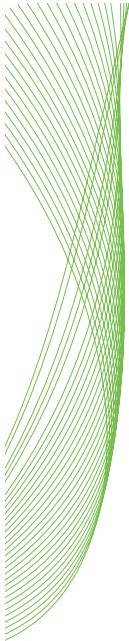
Factores de riesgo

Los factores de riesgo pueden ser individuales, familiares y sociales y se pueden mencionar los siguientes:

Baja autoestima, violencia sexual, fracaso o deserción escolar, sentimientos de soledad, discapacidad, crisis familiares como separaciones, divorcios, duelos, problemas de comunicación con los padres, ausencia de un proyecto de vida, impulsividad e inestabilidad emocional, antecedentes familiares de maternidad o paternidad en la adolescencia, falsas creencias sobre la fertilidad, consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas), presión de la pareja o de los pares, ausencia o poca educación sexual, en situación de calle, maras, explotación sexual, migración, otros.

Existen tres factores determinantes para un embarazo:

- Relaciones sexuales sin protección (sin uso de métodos anticonceptivos, que incluye el condón).
- Abuso sexual/violencia sexual.
- Violación.



Conducta/tratamiento

- Actúe según protocolo de Atención Integral a Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual, si hay historia de abuso sexual o violencia sexual.
- Oferte métodos anticonceptivos modernos a adolescentes sexualmente activas, según “Guía de Planificación Familiar”.
- Registre en SIGSA.

Orienta sobre

- Retrasar el inicio de relaciones sexuales, hasta alcanzar madurez física, psicológica y social.
- Utilizar métodos anticonceptivos, si es sexualmente activa/o.
- Cumplir con el uso apropiado del método anticonceptivo.
- La educación sexual, acorde a edad y a sus demandas de información.
- Factores de riesgo y factores protectores.

Nota. Todo embarazo en la adolescencia es considerado de alto riesgo. Los embarazos en menores de 14 años son catalogados como violencia sexual. Deben referirse a un servicio de salud con especialidad en ginecoobstetricia y utilizar la ruta de denuncia correspondiente “Ruta de Abordaje Integral de Embarazos en Niñas y Adolescentes Menores de 14 Años de Edad”, ver anexo No. 10 página 582 de éste módulo.

Riesgo durante el embarazo en adolescentes

- Edad menor o igual a 14 años, sin apoyo de pareja y/o familia, baja escolaridad, pobreza, no acepta el embarazo, embarazo producto de violencia sexual, estatura menor a 1.50 metros, consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas), conducta sexual de riesgo, antecedentes ginecobstétricos que afecten el embarazo, abortos previos, o presencia de ITS.
- Adolescente con discapacidad: intelectual, visual, auditiva, luxación congénita de cadera, entre otras.

Conducta/tratamiento

- Actúe de acuerdo al módulo de Embarazo, Parto y Puerperio.
- Si es menor de 14 años, consultar la “Guía de Atención Integral y Diferenciada para Embarazadas Menores de 14 años”, Programa Nacional de Salud Reproductiva -PNSR- 2015.
- Registre en SIGSA.

Nota. Existen factores protectores durante el embarazo; apoyo familiar, de la pareja, de pares, continuación de estudios, aceptación de embarazo, buena salud tanto física como mental.

Oriente sobre

- La importancia de cumplir con las citas para la atención prenatal.
- La importancia de la vacunación.
- Cumplir con la suplementación.

ABORTO EN LA ADOLESCENCIA

Es la finalización del embarazo, (ya sea espontáneo, terapéutico o procurado, con o sin consentimiento) en una adolescente, antes de las 20 semanas de gestación; en este período no es posible que el feto pueda sobrevivir fuera del útero.

Factores de riesgo

- Embarazo antes de los 14 años.
- Bajo nivel educativo.
- Desnutrición.
- Pobreza.
- Presión familiar.
- Violencia sexual.
- Migración.
- Situación de calle.
- Consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas).

Signos y síntomas

- Sangrado vaginal.
- Dolor abdominal.
- Contracciones.
- Fiebre.
- Debilidad.
- Vómitos.
- Dolor de espalda.
- Mareos.

Conducta/tratamiento

- Asegure la confidencialidad.
- No juzgue a la adolescente.

- Establezca y refiera a un servicio de salud con capacidad resolutive.
- Oferte apoyo de salud mental al retornar al servicio.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- La importancia de cumplir con la referencia.

Nota. En Guatemala, el aborto no está legalizado; según lo establece el Código Penal, Decreto Número 17-73, en sus Artículos 133 al 140; salvo cuando se cuenta con diagnóstico favorable de por lo menos de dos médicos, si no se tiene la intención directa de terminar con el embarazo; o si se recomienda con el fin de evitar un peligro debidamente establecido para la vida de la madre.

ENFERMEDADES DE LA MAMA

SUBDESARROLLO MAMARIO CIE-10-N64.9

Ausencia de tejido mamario o mamas muy pequeñas, acompañado de amenorrea o retraso puberal, ver anexo No. 2 página 570 de éste módulo.

Conducta/tratamiento

- Refiera a hospital más cercano, para evaluación genética y endocrinológica.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- La importancia de cumplir la referencia al hospital para evaluación por especialista.

Nota. No se considera patología cuando las mamas son pequeñas durante la pubertad, cuando se evidencie maduración sexual normal.

HIPERPLASIA MAMARIA JUVENIL CIE-10-N62

Crecimiento mamario más rápido de lo normal, puede ser unilateral, puede tener antecedentes familiares. Se puede presentar tanto en hombres como en mujeres adolescentes, ver anexo No. 2 página 570 de éste módulo.

Signos y síntomas

- Dolor de cuello y/o espalda.
- Mala postura (cifosis).
- Ulceraciones o necrosis del tejido mamario.
- Estiramiento y aplanamiento de la areola.
- Dificultad para realizar actividades diarias.
- Pueden sentir vergüenza y afectar su autoestima.

Conducta/tratamiento

- Refiera al hospital más cercano, para evaluación especializada.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- La importancia de asistir al hospital para su evaluación.

NÓDULOS Y MASAS DE DISTINTA CONSISTENCIA Y TAMAÑO CIE-10-N63

Son protuberancias o abultamientos en las mamas que pueden variar en localización, tamaño, consistencia y número.

Signos y síntomas

- Abultamiento mamario que pueden estar asociado a dolor constante.
- Dolor local durante el periodo premenstrual.
- Dolor solo durante la palpación.

Conducta/tratamiento

- Refiera al hospital para evaluación especializada.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- La importancia de asistir al hospital para su evaluación.

SALIDA DE SECRECIÓN POR EL PEZÓN (Galactorrea)

CIE-10-N64.3

Es la salida de líquido a través del pezón, puede ser transparente o con algún color, (lechosa, blanca, amarilla o verde), la cantidad puede ser mínima o abundante. Cuando es lechosa se define como galactorrea. Su característica es que en este caso, no está relacionado a embarazo, parto o lactancia materna.

Conducta/tratamiento

- Refiera al hospital para evaluación especializada.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- La importancia de asistir al hospital para su evaluación.

ENFERMEDADES DE TESTÍCULO Y ESCROTO

EPIDIDIMITIS/ORQUITIS CIE-10-N45

Epididimitis es la inflamación aguda del epidídimo, órgano ubicado en la parte superior de cada testículo, donde se almacenan y maduran los espermatozoides.

Orquitis es la inflamación del testículo, puede ser unilateral o bilateral.

La epididimitis y la orquitis son causadas por: infecciones de transmisión sexual, como la clamidia y la gonorrea; traumatismo en el área genital y en personas con parotiditis (paperas). En ambas patologías se presentan con similar sintomatología.

Signos y síntomas

- Malestar general.
- Fiebre.
- Dolor testicular.
- Aumento del volumen testicular.
- Inflamación del escroto (membrana que cubre los testículos).
- Puede presentarse con o sin uretritis (ardor o dolor al orinar).

Conducta/tratamiento

- Inicie ibuprofeno en tabletas de 400 mg, vía oral (PO), una cada 8 horas durante 3 días.
- Ciprofloxacina 1 tableta de 500 mg, PO, dosis única. Más azitromicina 2 tabletas de 500 mg (1 gr), PO, dosis única o bien,
- Doxiciclina 1 tableta de 100 mg, cada 12 horas, PO, durante 7 días.
- Dé tratamiento de igual forma a la pareja sexual, si la tiene.
- Refiera a un servicio de mayor capacidad resolutive en caso de no mejorar en 2 días o si es por traumatismo refiera de inmediato.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

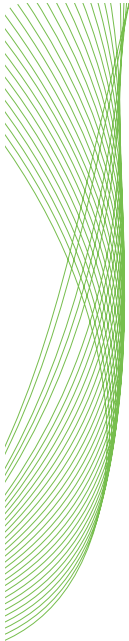
- Reposo absoluto, durante el tratamiento.
- Cumplir con el tratamiento de la manera indicada.
- Que regrese al servicio si no mejora en dos días.
- Las causas que provocan el problema.
- La importancia del control y tratamiento de la pareja o parejas sexuales.

TORSIÓN TESTICULAR CIE-10-N44

Es la torsión del cordón espermático que interrumpe el suministro de sangre al testículo y al escroto; es más frecuente durante la adolescencia entre los 12 y 18 años, aunque también puede presentarse en niños.

Signos y síntomas

- Inflamación del testículo.
- Dolor intenso y repentino en un testículo.
- Elevación de un testículo con el escroto.
- Cambios de coloración de la piel del escroto.
- Fiebre.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Desmayo.



Conducta/tratamiento

- Alivie el dolor con ibuprofeno una tableta de 400 mg PO.
- Refiera de forma urgente al hospital más cercano (para tratamiento quirúrgico).
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orientación sobre

- La importancia de asistir al hospital más cercano, de no atenderlo oportunamente puede perder el testículo.

CRIPTORQUIDIA CIE-10-Q53

Es la falta de descenso de uno o de los dos testículos. Suele ser asintomático, si es bilateral puede ser señal de disgenesia gonadal (testículo no terminó de formarse). En caso de ser unilateral, el testículo puede estar en la zona inguinal, por lo que es necesaria una cirugía para su corrección.

Signos y síntomas

- Ausencia de testículo unilateral o bilateral.

Conducta/tratamiento

- Refiera de forma urgente al hospital (para tratamiento quirúrgico).
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orientación sobre

- La importancia de cumplir la referencia al hospital más cercano.
- El peligro de pérdida del o los testículos, si no se cumple la referencia.

Nota. Los testículos pueden afectarse de forma irreversible al exponerse a temperaturas superiores a la ideal cuando no descienden, ocasionar infertilidad e incluso sufrir degeneración que desencadene a cáncer testicular. Al detectar tumoraciones en los testículos, referir de inmediato al hospital puesto que durante la adolescencia, pueden ser malignos.

RIESGOS ALIMENTARIOS

Son los riesgos que están asociados a hábitos alimentarios no adecuados durante la vida de las personas.

Factores de riesgo

- Alimentación desordenada: obviar tiempos de comida, con frecuencia desayuno o almuerzo, concentrando la ingesta en horario vespertino.
- Alto consumo de comidas rápidas: golosinas y bebidas azucaradas, alta densidad calórica y bajo contenido de nutrientes.
- Bajo consumo de calcio, poco o nulo consumo de lácteos.
- Consumo de bebidas energizantes, no adecuadas para el organismo.
- Abuso de suplementos dietéticos.
- Bajo consumo de frutas y vegetales.
- Tendencia frecuente a dietas hipocalóricas especialmente en adolescentes mayores, asumiendo en muchos casos regímenes vegetarianos o dietas muy restrictivas, desbalanceadas y sin fundamento, que pueden comprometer el potencial de crecimiento o inducir carencias específicas.
- Alimentación familiar inadecuada.
- Mayor número de comidas fuera de la casa, por motivos de estudio o laborales.
- Poco control y orientación de padre, madre o responsables respecto a la alimentación.
- Otros factores de riesgo son:
 - Enfermedades crónicas.
 - Embarazo temprano.
 - Medicación crónica.
 - Uso de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas).

Signos y síntomas

- Bajo peso.
- Desnutrición.
- Sobrepeso u obesidad.
- Asociados a trastornos de la conducta alimentaria:

- Caries dental.
- Dientes amarillos,
- Vómitos inducidos, lesiones en la boca, entre otros.
- Insatisfacción de su imagen corporal.
- Palidez palmar leve o intensa, cansancio, somnolencia.
- Deficiencias de micronutrientes.

CUANDO TIENE UN ÍNDICE DE MASA CORPORAL -IMC- NORMAL

Conducta/tratamiento

- Felicítelo.
- Registre en SIGSA 3.

Oriente sobre

- Prevenir los factores de riesgo detectados en la consulta.
- Consumir alimentación saludable.
- Practicar estilos de vida saludable.
- Vigile en consultas sucesivas la progresión de los hábitos y calidad de la alimentación.

CUANDO TIENE UN IMC BAJO O ALTO

Conducta/tratamiento

- Refiera al hospital u otro servicio cercano, con especialista (nutricionista, psicólogo, psiquiatra, endocrinólogo) para atención especializada.
- Vigile en consultas de seguimiento la progresión de los hábitos y la calidad de la alimentación.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- La importancia de asistir al hospital u otro servicio, para recibir atención especializada.
- Prevenir los factores de riesgo detectados en la consulta.
- Consumir una alimentación saludable, de acuerdo a las “Guías Alimentarias para Guatemala”.

ANEMIA CIE-10-D50

La anemia se define como una disminución en la concentración de la hemoglobina. La OMS ha establecido los rangos de referencia normales dependiendo de la edad y sexo. De acuerdo a estos criterios la anemia está presente cuando la hemoglobina se encuentra por debajo de 13 g/dl en los hombres o 12 g/dl en las mujeres.

Se estima que aproximadamente la mitad de la anemia en la población se debe a la deficiencia de hierro. Aunque la deficiencia de hierro es la causa más común, otras deficiencias de vitaminas y minerales, inflamación crónica, infecciones parasitarias, y trastornos hereditarios pueden causar anemia. Tanto la anemia y deficiencia de hierro tienen consecuencias graves para la salud y en términos económicos.

Signos y síntomas

- Palidez en piel y mucosas.
- Cefalea (dolor de cabeza).
- Disnea (dificultad para respirar).
- Taquicardia (aumento de la frecuencia cardíaca).
- Cansancio.

NIVELES DE HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO PARA TRATAMIENTO DE ANEMIA

RANGO DE EDAD	ANEMIA MEDIDA POR VALORES DE HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO		DOSIS DE TRATAMIENTO
	Hemoglobina ¹ (g/dl)	Hematocrito ² (%)	Sulfato ferroso, Tabletas (300 mg PO)
Niñas y Niños de 10 a 11 años	<11.5	34	2 tabletas cada 24 horas (al día) durante tres meses.
Adolescentes de 12 a 19 años con o sin embarazo	<12	36	

1 La hemoglobina es una proteína transportadora de oxígeno que se encuentra dentro de los glóbulos rojos y que atrapa el oxígeno a través de su componente de hierro. La concentración de hemoglobina en la sangre es un indicador común para diagnosticar la anemia.

2 El hematocrito representa el porcentaje de glóbulos rojos en la sangre y al igual que la hemoglobina, es un indicador común para diagnosticar la anemia. Bajos niveles de hematocrito son indicativos de anemia.

Fuente. Normas de Atención en Salud Integral para el primero y segundo nivel, 2010. MSPAS.

Nota. Para la determinación y tratamiento de anemia en la población joven, consultar módulo de Persona Adulta y Persona Mayor página 657.

Adolescencia y Juventud

Conducta/tratamiento

- Sulfato ferroso, tabletas de 300 mg PO, dos tabletas cada 24 horas (600 mg), durante tres meses.
- Evaluar y tratar otras enfermedades asociadas que están causando la anemia, como sangrados menstruales y otros, enfermedades crónicas, entre otras.
- Vigilar en consultas de seguimiento, por progresión, regresión o resolución de la anemia.
- Registre en SIGSA 3.

Orientación sobre

- Posibles molestias derivadas del tratamiento.
- Regresar al servicio si da reacciones al tratamiento.
- Consumir una alimentación saludable, de acuerdo a las "Guías Alimentarias para Guatemala".

ANEMIA SEVERA CIE-10-D50

Es la disminución del número o tamaño de glóbulos rojos en la sangre. Se caracteriza por hemoglobina por debajo de 7 g/dl. La más frecuente es provocada por la falta de hierro (anemia ferropénica).

Signos y síntomas

- Palidez palmar intensa.
- Palidez marcada de mucosas.
- Fatiga.
- Taquicardia o palpitaciones.
- Mareos.
- Calambres musculares, más frecuentes por la noche.

Conducta/tratamiento

- Refiera al hospital más cercano para diagnóstico y atención integral.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orientación sobre

- La importancia de asistir al hospital para recibir tratamiento especializado.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA CIE-10-F50 AL F50.9

Son trastornos del comportamiento, asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos; se presentan dos síndromes frecuentes y claramente delimitados: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

ANOREXIA NERVIOSA CIE-10-F50.0

Es un trastorno del comportamiento derivado de un intenso temor a la obesidad, por el cual la persona genera una serie de conductas que tienen como objetivo conseguir el ideal del cuerpo perfecto, presentan distorsión de la imagen corporal, caracterizada por una idea persistente de miedo a la gordura (sobrepeso), exigiéndose a sí misma/o el mantenerse por debajo del límite de peso adecuado.

Signos y síntomas

- Evita consumir alimentos.
- Consume medicamentos que quitan el apetito.
- Miedo irracional a estar obesa/o.
- Evita comer con la familia.
- Lleva un régimen estricto de alimentación.
- Hace demasiado ejercicio.
- Usa ropa suelta para disimular las formas del cuerpo.
- Se aísla para evitar la confrontación.
- Pérdida significativa de peso.
- Alteraciones menstruales.

Conducta/tratamiento

- Refiera al hospital para atención multidisciplinaria e integral.
- Indique la necesidad de recibir acompañamiento de personal especializado de salud mental, tanto para el adolescente o joven, como para su familia.
- Oferte los espacios amigables para adolescentes y material informativo.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- La importancia de ir al hospital y cumplir con el tratamiento.
- Los problemas de alimentación detectados.
- La identificación oportuna de signos de peligro para evitar posible recaída.
- El desarrollo de hábitos de alimentación saludable, según las “Guías Alimentarias para Guatemala”.
- Los beneficios de compartir por lo menos un tiempo de comida en familia.
- Identificar a una persona de su confianza con quien pueda compartir el problema.

BULIMIA NERVIOSA CIE-10-F50.2

Es un trastorno del comportamiento que consiste en la ingesta excesiva de alimentos y que después se intenta compensar con conductas como provocarse el vómito, abuso de laxantes, diuréticos, o dietas restrictivas intermitentes, que se convierte en una costumbre, modificando la conducta de la persona, dado que pierde el control en la ingesta de alimentos.

Signos y síntomas

- Ansiedad o compulsión por comer.
- Episodios llamados atracones.
- Diversidad de dietas.
- Sube o baja de peso de forma brusca.
- Caries y lesiones en área bucal y en las manos por la provocación de vómitos.
- Inestabilidad en los estados de ánimo.

Conducta/tratamiento

- Refiera al hospital para atención multidisciplinaria e integral.
- Indique la necesidad de recibir acompañamiento de profesional especializado de salud mental, tanto para el adolescente o joven, como para su familia.
- Oferte los espacios amigables para adolescentes y material informativo.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- La importancia de ir al hospital y cumplir con el tratamiento.
- La identificación oportuna de signos de peligro para evitar posible recaída.
- Los problemas de alimentación detectados.
- El desarrollo de hábitos de alimentación saludable, según las “Guías Alimentarias para Guatemala”.
- Los beneficios de compartir por lo menos un tiempo de comida en familia.
- Identificar a una persona de su confianza con quien pueda compartir el problema.

VIOLENCIA CIE-10-T74.0 AL CIE-10-T74.8

Es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra la/el adolescente o joven, contra sí mismo, otra persona, un grupo o una comunidad, que puede tener como consecuencia problemas de neurodesarrollo, psicológicos o la muerte.

Factores de riesgo

- Historia de violencia psicológica (insultos, gritos, amenazas, degradaciones, comparaciones).
- Pertenencia a grupos transgresores.
- Fugas (abandono del hogar).
- Violencia sexual.
- Consumo de sustancias psicoactivas en la familia (alcohol, tabaco y otras drogas).

Signos y síntomas

- Ver módulo de Niñez página 383.

Conducta/tratamiento

- Trate según Protocolo de Atención en Salud Integral de Niñas y Niños en Situaciones de Maltrato Infantil.
- Dele acompañamiento de salud mental y a la familia.
- Registre en SIGSA 3.

Oriente sobre

- La importancia de reforzar comportamientos positivos de buen trato y respetar los derechos y garantías de la niñez y adolescencia.
- Cumplir las recomendaciones para tratar el caso.

- Oferte los espacios amigables para adolescentes y materiales informativos.

VIOLENCIA SEXUAL CIE-10-T74.2

Es todo acto sexual, tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. Este abuso puede incluir penetración vaginal, oral, anal, caricias o proposiciones verbales explícitas.

Signos y síntomas

- **Físicos:** hematomas, equimosis, erosiones, quemaduras, golpes en diferentes partes del cuerpo. Signos de uso de fuerza o defensa, lesiones en los pechos y extremidades.
- **Emocionales:** irritabilidad, tristeza, vergüenza, culpa, timidez, cambios repentinos de estado de ánimo, aislamiento, inseguridad, duerme mucho o poco.

Conducta/tratamiento

- Refiera a servicio de salud con capacidad resolutive para tratamiento integral.
- Proceda de acuerdo a el Protocolo de Atención Integral a Víctimas/ Sobrevivientes de Violencia Sexual.
- Oferte los espacios amigables y grupos de autoayuda si existen a nivel local.
- Dé a conocer material de promoción.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- El respeto, crianza con cariño, brindar confianza y seguridad.
- El riesgo de muerte por violencia y denuncia oportuna en las instituciones correspondientes.

Nota. Víctimas de violencia sexual deben consultar inmediatamente o antes de las 72 horas posteriores a la agresión.

TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE ALCOHOL CIE-10-F10

Es una enfermedad que provoca daño progresivo a los sistemas del organismo, asociado al uso y abuso del alcohol, se considera una conducta inadecuada que afecta tanto al individuo como a su familia.

Signos y síntomas de intoxicación aguda

- Alteraciones de la conducta.
- Lagunas mentales.
- Alteración de la conciencia.
- Aliento alcohólico.
- Pérdida de equilibrio y alteración de la marcha.

Conducta/tratamiento

- Evalúe el estado de conciencia.
- Identifique signos de peligro como letargia o inconciencia (no responde a estímulos dolorosos).
- Mantenga vía aérea permeable.
- Canalice vía periférica con solución de dextrosa al 10 % más 2 mililitros (ml) de complejo B, a 40 gotas por minuto.
- Refiera a hospital para su tratamiento integral.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a contrarreferencia.

Factores de riesgo de ingesta crónica de alcohol

- Consumo recurrente y exagerado.
- Pertenencia a grupos con tendencias al consumo.
- Problemas familiares.
- Problemas legales o judiciales.
- Accidentes.
- Deserción escolar.
- Adolescente en situación de calle.

Signos y síntomas

- Alteraciones de la conducta o de la conciencia.

- Signos de abandono:

- Desnutrición.
- Sobrepeso.
- Falta de higiene.

Conducta/tratamiento

- Refiera a grupos de autoayuda (Alcohólicos Anónimos, otros).
- Invite a participar en los espacios amigables para adolescentes.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- Los riesgos de consumir alcohol y sus consecuencias para la salud.
- Evitar tener bebidas alcohólicas al alcance.
- Evitar lugares donde se beba alcohol.
- Practicar estilos de vida saludable.
- Dé a conocer material de promoción de la salud.

USO DE TABACO CIE-10-Z72.0

Es un síndrome/enfermedad de daño multisistémico progresivo, asociado a la adicción de tabaco que se considera una conducta de riesgo, que afecta al individuo, familia y comunidad.

Signos y síntomas

- Olor a cigarro impregnado en piel, boca y ropa.
- Patrón de consumo diario.
- Ansiedad por fumar.
- Disminución del apetito.
- Intentos fallidos para dejar de fumar.
- Coloración amarillenta en dientes y uñas.
- Tos crónica.
- Abstinencia (irritabilidad, inquietud, dolores de cabeza, disminución de la frecuencia cardíaca, aumento del apetito, insomnio y dificultad de concentración).

Signos y síntomas de intoxicación aguda

- Palidez.
- Náuseas, vómitos.
- Sialorrea (exceso de salivación).
- Sequedad de la garganta.
- Miosis (contracción de las pupilas).
- Diarrea.
- Taquicardia, sudoración fría.
- Convulsiones.

Conducta/tratamiento

- Refiera a servicio de salud con personal especializado para cesación de consumo de tabaco y atención integral.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- Los riesgos y daños a la salud en la persona fumadora y en las que se exponen al humo de segunda mano o fumador pasivo (según la “Guía de Cesación del Tabaco”).
- Los beneficios que tiene el dejar de fumar en la persona, familia y comunidad.
- La existencia de parches y otras opciones de sustitución de nicotina para dejar de fumar.
- Practicar estilos de vida saludable.
- Evitar lugares o situaciones donde hay consumo de tabaco.
- Cuando tenga deseos de fumar, identifique formas alternativas de tener algo en la boca (tiras de apio, zanahoria, mascar chicle, entre otras).
- Disminuir de forma progresiva el consumo, estableciendo una fecha o momento.
- Retirar los cigarros, encendedores y ceniceros.
- Hacer pública la decisión de dejar de fumar ante familiares, amigos y compañeros de trabajo.
- Asistir a grupos de autoayuda.
- Invitar a participar en los espacios amigables.
- Dé a conocer material de promoción de la salud.

OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD SIN ESPECIFICACIÓN CIE-10-F41.9

La ansiedad es una emoción natural, que pone en alerta a la persona ante una amenaza o peligro. Sin embargo, cuando la ansiedad manifiesta mayor intensidad, que se refleja en un conjunto de síntomas que no son controlables, afectando la conducta, el desempeño de la persona y que permanece por un período de tiempo determinado, se habla de un trastorno de ansiedad.

Signos y síntomas

- Temblores y sudoración.
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Desconfianza, preocupaciones acerca de tragedias venideras.
- No puede controlarse, sin salida a sus problemas y dificultades de concentración.
- Tensión muscular, agitación, inquietud.
- Fuertes dolores de cabeza, mareos.
- Palpitaciones.
- Dificultad para respirar, sensación de ahogo.
- Sequedad de boca, molestias estomacales, entre otros.

Conducta/tratamiento

- Descartar enfermedades o ingesta de medicamentos que puedan provocar estas manifestaciones clínicas.
- Evaluar e identificar factores de riesgo de la o el adolescente y joven.
- Refiera a un servicio de salud con atención de profesional especializado de salud mental.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- Hablar libremente y estar dispuesta (o) a recibir apoyo.
- Los espacios amigables para adolescentes o grupos de autoayuda.
- Suspender el consumo de café, té, sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas).
- Asistir a actividades que distraigan o ayuden a su autoconfianza.
- Fortalecer factores protectores, ver anexo No. 1 en éste módulo página 567.

- Realizar actividades recreativas o relajación (Ejemplo: actividad física, deportes, paseos, actividades culturales, espirituales y sociales).
- Dé a conocer material de promoción de la salud.

DEPRESIÓN (TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL LEVE) CIE-10-F33.0 AL F33.9

Pérdida de interés en actividades de la vida diaria (bañarse, cambiarse, peinarse, comer, hacer deporte, entre otros), indiferencia, pérdida de confianza en sí misma/o, sentimientos de inferioridad, trastornos del sueño.

Signos y síntomas

- Deseos de dormir mucho (hipersomnia) o no dormir (insomnio).
- Pérdida extrema del apetito o ingesta mayor de lo usual asociado a:
 - Pérdida o ganancia de peso.
 - Pérdida de energía y disminución de actividad.
- Disminución del deseo sexual (pérdida de la libido).
- Disminución de la atención y concentración, bajo rendimiento escolar.
- Aislamiento, poco interés por actividades sociales.
- Ideas de culpa y de ser inútil.

Conducta/tratamiento

- Evalúe e identifique factores de riesgo en la adolescencia y juventud.
- Identifique posibles causas que desencadenan la depresión.
- Identifique posible riesgo de conducta suicida (pensamientos de su propia muerte o planes para quitarse la vida).
- Evite abordar temas que puedan lastimar sentimientos, al recordar otras situaciones dolorosas (ejemplos: separación amorosa, pérdida de un ser querido, objetos, mascotas).
- Respete los silencios.
- Si los síntomas son persistentes alerte a la familia para su vigilancia y referencia a profesional de salud mental.
- Brinde apoyo y seguridad.
- Registre en SIGSA 3.

Oriente sobre

- Hablar libremente y recibir apoyo para retomar actividades cotidianas.
- Los espacios amigables o grupos de autoayuda.

- Suspender el consumo de café, té, sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas).
- Asistir a actividades que distraigan o ayuden a su autoconfianza.
- Fortalecer factores protectores, ver anexo No. 1 en éste módulo página 567.
- Realizar actividades recreativas o relajación (Ejemplo: actividad física, deportes, paseos, actividades culturales, espirituales y sociales).
- Dé a conocer material de promoción de la salud.

CONDUCTA SUICIDA/SUICIDIO (AUTOLESIONES INTENCIONALES) CIE-10-X60 AL X84

CONDUCTA SUICIDA

Abarca un amplio espectro: desde la ideación suicida, elaboración de un plan (que incluye el método que se utilizará, obtención de los medios para intentarlo hasta la posible consumación), se tiene un recorrido conflictivo en la idea, intento y logro.

SUICIDIO

Es el acto o intento de privarse de la vida por la persona misma, en situaciones que le son intolerables desde el punto de vista orgánico, emocional o vital. Las ideas de suicidio y las reacciones suicidas también pueden obedecer a una perturbación grave de la afectividad, a un tema delirante u obsesivo o a desórdenes alucinatorios.

Factores de riesgo

- Intentos suicidas previos.
- Consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas).
- Historia familiar de suicidio.
- Ausencia de redes sociales de apoyo.
- Depresión.

Signos y síntomas

- Ideas suicidas, intensas y persistentes.
- Plan suicida desarrollado.
- Depresión.
- Cambio en hábitos alimenticios y del sueño.
- Acciones violentas, conducta rebelde o fuga de la casa.

- Descuido en apariencia personal.
- Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse o empeoramiento del rendimiento escolar.

Conducta/tratamiento

- Refiera al hospital o al servicio más cercano con atención de salud mental.
- Considere de alto riesgo cualquier declaración de ideación suicida, no lo deje solo/a y solicite ayuda.
- Alerta a la familia de la gravedad del problema.
- Brinde comprensión, apoyo, confianza y seguridad.
- No criticar, censurar y no considerar la conducta a la ligera.
- Refiera a redes de apoyo y otras alternativas de solución al regresar del hospital.
- Trate de convencer que desista de la idea y acepte recibir ayuda.
- Indague por los factores que determinan su conducta.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- La urgencia de ser tratado en el hospital u otro servicio de salud, por personal especializado.
- Hablar libremente y recibir apoyo para retomar actividades cotidianas
- Espacios amigables o grupos de autoayuda.
- Suspender el consumo de café, té, sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas).
- Asistir a actividades que distraigan o ayuden a su autoconfianza.
- Fortalecer factores protectores, ver anexo No. 1 en éste módulo página 567.
- Realizar actividades recreativas o relajación (Ejemplo: actividad física, deportes, paseos, actividades culturales, espirituales y sociales).
- Dar a conocer material de promoción de la salud.

Nota. El principio de confidencialidad NO aplica en los casos que la vida de la persona está o pueda estar en peligro. Explique esto siempre a la familia o acompañante.

Nota. En todo caso de envenenamiento investigar posible conducta suicida.

TRATA DE PERSONAS

Por trata de personas se entenderá la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluirá, las siguientes modalidades:

- Explotación sexual.
- Prostitución ajena.
- Explotación laboral.
- Trabajo forzoso.
- Esclavitud.
- Venta de personas.
- Extracción y tráfico de órganos.
- Pornografía.
- Matrimonio forzado o servil.
- Mendicidad.
- Reclutamiento de menores para fines delictivos.
- Adopción irregular.
- Entre otros.

Factores de riesgo

- Económicos:
 - Pobreza, desempleo y endeudamiento.
 - Tener una enorme deuda que no puede saldar.
- Sociales y culturales:
 - Violencia intrafamiliar, discriminación por motivos de género en la familia y cultura patriarcal.
 - Situación de calle.
- Políticos y legales:
 - Ausencia de legislación apropiada y aplicación débil de sanciones.
- Internacionales:
 - Creciente feminización de la migración laboral.
 - Aumento de políticas de inmigración de los países receptores.

Signos y síntomas

- Contusiones, cicatrices y otras señales de maltratos físicos y tortura.
- Evidencia de ser objeto de control físico o psicológico.
- Imposibilidad de salir de la vivienda o lugar de trabajo.
- Imposibilidad de hablar por sí mismos o dar información personal.
- La información es suministrada por alguien que acompaña a la persona.
- Pérdida del control de documentos de identificación personal (Documento Personal de Identificación -DPI-, tarjeta de identificación o pasaporte en caso de migrantes).
- Pérdida de la sensación de tiempo o espacio.

Conducta/tratamiento

- Atender integralmente los problemas emergentes según capacidad resolutoria del servicio.
- Utilizar las guías y “Protocolos de Atención Integral a Víctimas/ Sobrevivientes de Violencia Sexual”, “Atención a la Violencia de Niñas, Niños y Adolescentes”.
- Fortalecer autoestima.
- Si detecta a una posible víctima, denuncia a las autoridades correspondientes.
- Registre en SIGSA 3.

Orienta sobre

- Mantener la calma para tener la capacidad de tomar decisiones.
- No correr riesgos.
- No sentirse culpable de lo que le sucede.
- Denunciar a la Policía Nacional Civil, Ministerio Público, Procuraduría General de la Nación y/o Procuraduría de Derechos Humanos.
- Desconfiar de desconocidos que le ofrezcan trabajos muy bien pagados y más si le piden fotos en traje de baño.
- No proporcionar datos personales a través de redes sociales.
- No dar datos a personas desconocidas.
- No dar los documentos de identificación a desconocidos.
- Evitar viajar o salir con personas desconocidas.
- Si viaja, informar a la familia con quién estará y a dónde va.

- Pedir a una persona adulta de su confianza, que le acompañe a las entrevistas de trabajo.
- Conocer las amistades de sus hijas/os), sus direcciones y números de teléfono, enséñeles a desconfiar de extraños y a no recibir regalos de éstos.
- Los derechos para tener acceso a la atención integral de salud, psicosocial y protección sin discriminación.
- A tomar su propia decisión de aceptar o no atención en salud y de realizarse análisis para determinar la presencia de enfermedades.

Nota. El Protocolo de Palermo, establece, en el artículo 29 “Es una obligación de los Estados parte, impartir capacitación en materia de prevención de trata de personas y/o reforzar dichas capacitaciones dirigidas al personal encargado de aplicar y hacer cumplir la ley”.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL -ITS- CIE-10-A63.8

Ver definición en módulo de Persona Adulta y Persona Mayor página 666.

Factores de riesgos

- Relaciones sexuales de riesgo (vaginal, oral o anal) sin el uso correcto y constante del condón y lubricante a base de agua.
- Adolescente sin vacuna contra Hepatitis B.
- Antecedentes de ITS, VIH (sífilis, hepatitis B o C, papilomatosis, herpes genital, tricomoniasis, entre otros).
- Pareja con antecedentes o padece ITS, VIH.
- Múltiples parejas sexuales.
- Cambio frecuente de pareja sexual, sin uso correcto y constante del condón y lubricante a base de agua.
- Tatuajes y/o piercings hechos en condiciones de riesgo.
- Transfusión sanguínea.
- Uso de sustancias psicoactivas (alcohol y otras drogas).
- Comparte el uso de agujas y jeringas (en uso de drogas Inyectables).
- Víctima de abuso sexual.
- Fuera del sistema educativo.
- Situación de calle.
- Trabaja en la calle.
- Integrante de pandillas.

- Adolescente sin vacuna para VPH (prevención de cáncer de matriz).
- Adolescente considerado en vulnerabilidad por sexo, genero, pueblo, identidad o situación socioeconómica.
- Institucionalizado (instituciones de menores).
- Albergado, refugiado, desplazado o migrante.
- Conducta sexual de riesgo en la familia.
- Víctima de trata de personas que incluye explotación sexual.

Conducta/tratamiento

- Ver módulo de Persona Adulta y Persona Mayor página 666.

Nota. Si es menor de edad referir a hospital nacional más cercano con capacidad resolutive para el diagnóstico etiológico por posibles implicaciones legales, acompañado de padre, madre o responsable. En caso de violencia sexual aplicar protocolo vigente de Atención a Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual.

VIH y SIDA CIE-10-B24

Factores de riesgo en adolescentes y jóvenes con VIH

- Frágiles relaciones parentales y problemas de comunicación, lo que vulnera la confianza que debe tener el adolescente a sus padres o adultos cercanos para compartirles problemas de salud o situaciones de riesgo por las que esté pasando.
- No recibir educación sobre sexualidad en su núcleo familiar. La falta de compromiso de los padres para hablar sobre estos temas con sus hijos, pone a estos últimos en vulnerabilidad frente a la desinformación o mala información.
- Condición de calle u orfandad.
- No recibir educación formal (se encuentran en mayor vulnerabilidad adolescentes no escolarizados).
- Poco acceso a educación gradual sobre sexualidad y poco apoyo para la definición de su proyecto de vida, tanto dentro como fuera del hogar.
- Padecer algún tipo de violencia dentro de su núcleo familiar, en el ámbito escolar (bullying) o en otros espacios sociales.
- Poco acceso a educación sobre derechos humanos, tanto dentro como fuera del hogar.
- Inicio temprano de relaciones sexuales y vida sexual activa sin tener clara la responsabilidad que eso implica.
- Poco o nulo acceso a la información sobre el VIH, tanto dentro como fuera del hogar.

- Relaciones sexuales de riesgo (sin utilizar correcta y constantemente el condón y lubricante a base de agua).
- Ser parte de las poblaciones clave (hombres que tienen sexo con hombres o personas trans).
- Consumo de sustancias psicoactivas.
- Ser víctimas de violencia sexual.
- Estigma y discriminación asociados a VIH u otra causa.
- Que presente alguna ITS o una enfermedad oportunista.
- Haber experimentado alguna pérdida familiar o de un ser querido.
- Ansiedad e incertidumbre de ser tratado en las unidades de adultos.
- Poco apoyo familiar o de adultos cercanos para fortalecer su adherencia al tratamiento y el cumplimiento de sus citas.
- Poco acceso a servicios de salud especializados.
- Otros factores como el sexo, género, identidad, pueblo al que pertenecen, pobreza, sumados a su edad y su condición de VIH, potencian su vulnerabilidad social.

Factores de riesgo en adolescentes y jóvenes infectados de forma perinatal

- No conocer su diagnóstico. Cuando no le ha sido informado su problema de salud, sobre la gradualidad en la información de su diagnóstico.
- Ha perdido la seguridad en el servicio al cambiar de clínica pediátrica a la clínica de adultos.
- Baja autoestima por cualquier causa, incluyendo por problemas asociados con su problema de salud y por efectos del tratamiento (talla baja, lipodistrofia, entre otros). Sobre efectos físicos del tratamiento, y las complicaciones a esta edad por infección perinatal.

Conducta/tratamiento

- Identifique signos y señales de peligro.
- Trate la morbilidad por la que consulta.
- Oriente sobre los signos de peligro que debe vigilar para re-consultar de inmediato.
- Atienda con respeto, confidencialidad, evitando el estigma y discriminación.
- Oferte condón y lubricante a base de agua a pacientes sexualmente activos.
- Refiera al hospital para atención especializada cuando amerite.

- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a contrarreferencia.
- Para completar conducta y tratamiento, ver módulo de Persona Adulta y Persona Mayor página 664.

Oriente sobre

- El derecho a no ser discriminado ni estigmatizado.
- Consultar los servicios de salud para recibir apoyo psicosocial.
- Prevenir las conductas sexuales de riesgo.
- Buscar un referente adulto en quien confiar.
- Fomentar el desarrollo de su proyecto de vida.
- Fomente los estilos de vida saludable.
- Promocionar derechos sexuales y reproductivos.

Nota. Se recomienda realizar la prueba de VIH por lo menos una vez al año a adolescentes sexualmente activos.

Es importante que los servicios del primer y segundo nivel de atención establezcan comunicación con los médicos de los hospitales que realizan el seguimiento del caso (Unidades de Atención Integral), para brindar atención integral al adolescente y referir/contrarreferir cuando sea necesario. En anexo No. 2 del módulo de Persona Adulta y Persona Mayor página 745, se muestra el listado de Unidades de Atención Integral para personas con VIH.

TUBERCULOSIS CIE-10-A15 AL A18

Ver módulo de Persona Adulta y Persona Mayor página 647.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -IRA-

NEUMONÍA GRAVE (BACTERIANA NO ESPECIFICADA)

CIE-10-J15.9

Ver definición en el módulo de Niñez página 386.

Signos y síntomas

- Tos.
- Dificultad respiratoria severa.
- Aleteo nasal.
- Frecuencia respiratoria mayor de 20 respiraciones por minuto.
- Intranquilidad.
- Tiraje intercostal, supra esternal y supraclavicular.
- Fiebre.

- Cianosis (coloración azul de la piel) y/o palidez marcadas.
- A la auscultación: estertores (crepitantes y subcrepitantes), disminución del murmullo vesicular y puede haber o no sibilancias.

Conducta/tratamiento

- Si la temperatura es mayor de 38 °C, administre acetaminofén, 500 mg (1 tableta) por vía oral (PO) dosis única antes del traslado.
- Administre oxígeno, si fuera posible, por cánula binasal a 1 ó 2 litros por minuto.
- Administrar penicilina procaínica 800,000 UI/kg, por vía intramuscular profunda (IM) (dosis única previa a traslado), realizar prueba de alergia previo a la administración.
- En caso de alergia a la penicilina administre una dosis de azitromicina 500 mg PO.
- Si presenta sibilancias nebulice con salbutamol al 5 % (5 mg/ml), 1 ml en 2 ml de solución salina, con intervalo de 15 minutos tres dosis y luego evaluar (se exceptúa embarazadas hipertensas).
- Coordine traslado y refiera al hospital acompañado por personal de salud.
- Estabilice previo al traslado.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

NEUMONÍA (BACTERIANA NO ESPECIFICADA) CIE-10-J15.9

Ver definición en módulo de Niñez página 386.

Signos y síntomas

- Tos.
- Dificultad respiratoria leve.
- Aleteo nasal leve.
- Frecuencia respiratoria mayor de 20 respiraciones por minuto.
- Fiebre.
- A la auscultación: estertores (crepitantes y subcrepitantes), disminución del murmullo vesicular y puede haber o no sibilancias.

Conducta/tratamiento

- Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C, administre acetaminofén, 500 mg, (1 tableta), PO cada 6 horas, durante 3 días.

- Antibióticos:
 - Amoxicilina (1 gramo, 2 capsulas), PO, cada 8 horas durante 7 días. En caso de alergia a la amoxicilina (penicilina) cambiar el tratamiento a:
 - Claritromicina 500 mg PO cada 12 horas durante 7 días.
- Si presenta sibilancias nebulice con salbutamol al 5 % (5 mg/ml), 1 ml en 2 ml de solución salina, con intervalo de 15 minutos, tres dosis y luego evaluar.
- Para continuar en casa indique salbutamol, 2 mg (1 tableta) PO cada 8 horas por tres días (se exceptúa en embarazadas hipertensas).
- Cite en 72 horas (3 días) para seguimiento.
- Evalúe la necesidad de ofrecer dieta suave o líquida.
- Estabilice y refiera al hospital si no mejora después de 72 horas o en cualquier momento si empeora.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orientación sobre

- Si no mejora o empeora vuelva inmediatamente al servicio de salud.
- Continuar alimentación adecuada, si come poco, dar pequeñas porciones varias veces al día.
- Las personas enfermas de infecciones respiratorias no deben compartir alimentos y utensilios con otras personas (cubiertos, vasos, etc.).
- Aumentar la ingesta de líquidos.
- Informar a la familia cuándo debe regresar con urgencia, ver neumonía grave páginas 535 y 536.

Nota. Si es mayor de 30 años, indique cómo hacer ejercicios respiratorios y drenaje postural.

OTITIS MEDIA CRÓNICA (OTRAS OTITIS MEDIA CRÓNICA SUPURATIVAS) CIE-10-H66.3

Supuración persistente del oído mayor a 14 días.

Signos y síntomas

- Secreción persistente de oído mayor a 14 días (2 semanas o más).

Conducta/tratamiento

- Si la temperatura es mayor de 38 °C, presenta dolor o inflamación: dé ibuprofeno 400 mg (1 tableta), PO cada 8 horas durante 3 días.

- En embarazo se recomienda utilizar acetaminofén tableta 500 mg, PO, cada 6 horas durante 3 días.
- Realizar limpieza externa con gasa o mechas limpias, cuantas veces sea necesario, para evitar sobreinfección.
- Evitar que entre agua al oído durante el baño.
- Refiera a hospital para estudio y tratamiento por especialista.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orientación sobre

- La forma de secar el oído con una mecha de gasa. Indicar que se debe realizar con frecuencia cada vez que el oído esté con secreción.
- Importancia de cumplir la referencia.

OTITIS MEDIA AGUDA (NO ESPECIFICADA) CIE-10-H66.9

Infección del oído medio menor a 14 días de evolución.

Signos y síntomas

- Adenopatía retroauricular.
- Puede o no haber fiebre.
- Dolor persistente e intenso de oído.
- Supuración de oído de menos de 14 días de evolución.

Conducta/tratamiento

- Si la temperatura es mayor de 38 °C, presenta dolor o inflamación: dé ibuprofeno 400 mg (1 tableta), PO cada 8 horas durante 3 días.
- En embarazo se recomienda utilizar acetaminofén tableta de 500 mg, PO cada 6 horas durante 3 días.
- Antibióticos:
 - Primera elección, amoxicilina, 500 mg (1 cápsula) PO, cada 8 horas durante 10 días.
 - Segunda elección, amoxicilina más ácido clavulánico 500 mg, (1 tableta PO) cada 12 horas durante 7 días.
- En caso de alergia a penicilina, administre claritromicina 500 mg: (1 tableta PO) cada 12 horas durante 10 días.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- Cite en 72 horas (3 días) para seguimiento.
- Indíquelo que si los síntomas empeoran vuelva a consultar.
- Si no mejora después de 72 horas o empeora al tener tratamiento; valore cambio de tratamiento o referencia al hospital.

AMIGDALITIS BACTERIANA (AGUDA NO ESPECIFICADA)

CIE-10-J03.9

Proceso agudo febril con inflamación de las mucosas de la faringe y las amígdalas.

Signos y síntomas

- Fiebre.
- Dolor de garganta asociado o no, a dificultad para tragar.
- Amígdalas enrojecidas y aumentadas de tamaño.
- Puntos sépticos o exudado blanquecino amarillento (purulento).
- Edema, úlceras o vesículas.
- Dolor de cabeza, mialgias (dolor de cuerpo).
- Adenopatía (ganglios linfáticos aumentados de tamaño) cervical o sub maxilar.
- Aliento fétido (halitosis).
- Náuseas, vómitos.

Conducta/tratamiento

- Si la temperatura es mayor de 38 °C, acetaminofén 500 mg, (1 tableta), vía oral (PO) cada 6 horas durante 3 días.
- Antibióticos (si es posible realice cultivo de orofaringe previamente).
 - Amoxicilina cápsula de 500 mg. Dé 2 cápsulas cada 12 horas PO durante 10 días.
 - Penicilina benzatinica:
 - Adolescentes de 10 a menores de 12 años: 600,000 UI, intramuscular (IM), dosis única.
 - Adolescentes mayores de 12 años 1,200,000 UI IM, dosis única.
- En caso de alergia a la penicilina: dé claritromicina 500 mg, (1 tableta) PO cada 12 horas durante 7 días, o bien,

- Azitromicina:
 - Primer día 500 mg. (1 tableta) PO.
 - Segundo al cuarto día: 250 mg (media tableta), PO al día.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- Las personas enfermas de infecciones respiratorias no deben compartir alimentos y utensilios con otras personas (cubiertos, vasos, etc.).
- Cite en 72 horas para seguimiento.
- Refiera al hospital, si la o el paciente no mejora después de 72 horas o empeora.

AMIGDALITIS VIRAL (AGUDA NO ESPECIFICADA) CIE-10-J03.9

Infección de las amígdalas producida por virus.

Signos y síntomas

- Dolor de garganta asociado o no a dificultad para tragar.
- Fiebre.
- Tos.
- Amígdalas enrojecidas y aumentadas de tamaño.
- Mialgias.
- Puede haber adenopatía cervical o sub maxilar.

Conducta/tratamiento

- En caso de fiebre mayor de 38 °C acetaminofén 500 mg, (1 tableta), vía oral (PO) cada 6 horas durante 3 días.
- En caso de dolor de garganta dé ibuprofen 400 mg 1 tableta PO cada 8 horas durante 3 días.
- Indique gárgaras con té de manzanilla frío.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- Las personas enfermas de infecciones respiratorias no deben compartir alimentos y utensilios con otras personas (cubiertos, vasos, etc.).
- Cite en 72 horas para seguimiento.

RESFRIADO COMÚN (RINOFARINGITIS AGUDA) CIE-10-J00

Infección de vías aéreas superiores producida por virus, que dura de dos a siete días y cura espontáneamente.

Signos y síntomas

- Tos.
- Coriza.
- Estornudos.
- Lagrimeo.
- Irritación de la nasofaringe.
- Sensación de frío y malestar.

Conducta/tratamiento

- Si presenta fiebre o dolor: acetaminofén 500 mg, (1 tableta) PO, cada 6 horas durante 3 días.
- Loratadina, 10 mg (1 tableta) PO una vez al día durante 3 o 5 días dependiendo de los síntomas, o bien,
- Maleato de clorfeniramina, 1 tableta de 4 mg PO, cada 8 horas durante 3 a 5 días, dependiendo de los síntomas.
- Registre en SIGSA.

Orienta sobre

- Las personas enfermas de infecciones respiratorias no deben compartir alimentos y utensilios con otras personas (cubiertos, vasos, entre otros).
- Aumentar la ingesta de líquidos.
- Si los síntomas empeoran, vuelva a consultar.
- Orientaciones generales en caso de IRA, ver módulo de Niñez página 385.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS Y AGUA -ETA-

Son enfermedades generalmente de carácter infeccioso o tóxico, causadas por bacterias, virus, parásitos o sustancias químicas que contienen los alimentos o el agua contaminada y que entran al organismo por la boca. Las ETA pueden causar daño al individuo, la familia e incluso la comunidad.

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA CIE-10-A09

(Diarrea y Gastroenteritis de Presunto Origen Infeccioso)

Tres o más deposiciones al día o deposiciones más frecuentes de lo normal (de heces sueltas o líquidas) para la persona. No se identifica como diarrea a las deposiciones frecuentes de heces formadas (de consistencia sólida).

Signos y síntomas

- Evacuaciones diarreicas.
- Dolor abdominal.
- Pueden haber náuseas y vómitos.
- Pueden o no haber signos de deshidratación.
- Sed.
- Puede o no haber fiebre.

Conducta/tratamiento

- Identifique signos generales de peligro.
- Inicie hidratación según al plan que corresponda de acuerdo a la clasificación de deshidratación, ver cuadro en página 543. Si el tratamiento se basa en el plan A dé 4 sobres de SRO hipoosmolar, si no tiene, dé 4 SRO isoosmolar.
- Reevalúe el estado de hidratación y actúe de acuerdo a la clasificación.
- Indique laboratorio de heces y orina simple.
- Referir a hospital en caso de:
 - Paciente con antecedentes de insuficiencia renal crónica, diabetes o insuficiencia cardíaca y presente deshidratación, acompañada/o por personal de salud.
 - Pacientes con deshidratación grave o desnutrición grave acompañados por personal de salud.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

SIGNOS GENERALES DE PELIGRO Y CLASIFICACIÓN DE LA DESHIDRATACIÓN

ANÁLISIS	A	B	C
1. OBSERVE			
Condición general.	Bien alerta.	Intranquilo, irritable.	Comatoso, hipotónico.
Ojos Lágrimas.	Normales Presentes	Hundidos Ausentes	Muy hundidos y secos Ausentes.
Boca y lengua.	Húmedas.	Secas.	Muy secas.
Sed.	Bebe normal sin sed.	Sediento, bebe rápido y ávidamente.	Bebe mal o no es capaz de beber.
2. EXPLORE			
Signo pliegue cutáneo.	Desaparece rápidamente.	Desaparece lentamente < de 2 segundos.	Desaparece muy lentamente > de 2 segundos.
Pulso.	Normal.	Rápido.	Debil o ausente.
Llenado capilar.	Menor de 2 segundos.	De 3 a 5 segundos.	Más de 5 segundos.
Decisión.	El paciente no presenta signos de deshidratación.	Si el paciente presenta 2 o más signos (de la columna B) se clasifica como algún grado de deshidratación.	Si el paciente presenta 2 o más signos (de la columna C) se clasifica como deshidratación Grave.
3. CONDUCTA/TRATAMIENTO			
Rehidratación.	Use el Plan A.	Use el Plan B.	Use el Plan C.
	Controle la fiebre con: Acetaminofén tableta 500 mg, cada 6 horas, por 3 días.	Controle la fiebre con: Acetaminofén tableta 500 mg, cada 6 horas, por 3 días.	Controle la fiebre con: 10 a 12 años: Acetaminofén tableta 500 mg, cada 6 horas, por 3 días.
Laboratorios.	Examen de heces, Hematología con Velocidad de sedimentación.	Examen de heces, Hematología con Velocidad de sedimentación.	Traslado inmediato, sin laboratorios.
4. CLASIFICAR COMO			
	Enfermedad diarreica aguda sin deshidratación CIE-10-A 09.1.	Enfermedad diarreica aguda con deshidratación CIE-10-A 09.2.	Enfermedad diarreica aguda con deshidratación grave CIE-10-A 09.3.
5. REFERENCIA			
	No.	Evaluar referencia al terminar plan de rehidratación.	Si.

PLAN B DE REHIDRATACIÓN TRATAMIENTO DE LA DIARREA EN EL HOGAR PRIMERAS 4 HORAS (SALES DE DESHIDRATACIÓN ORAL)

Edad en años	10 años a menores de 12 años	12 años a menores de 14 años	14 años a menores de 16 años	De 16 años a más
Peso	25 a menos de 35 kg	35 a menos de 42 kg	42 a menos de 50 kg	50 a más kg
Mililitros	2000 a 2500	2500 a 3000	3000 a 3500	3500 a 4000

Fuente. Normas de Atención en Salud Integral para el primero y segundo nivel, 2010. MSPAS.

Nota. Ver planes de rehidratación A y C en el módulo de Niñez páginas 397 y 399.

- Después de las primeras 4 horas, administrar líquidos SRO a demanda, según lo tolere.
- Al concluir, reevaluar el grado de hidratación y seleccionar el plan apropiado para continuar.
- Alimentación a demanda en pequeñas cantidades.

Orienta sobre

- Cómo preparar las sales de rehidratación oral.
- Aumentar la ingesta de líquidos, como agua de plátano o agua de arroz cocido.
- Evitar bebidas carbonatadas o muy dulces.
- Aplicar las 10 Reglas de Oro.
- Eliminación sanitaria de las heces.
- Higiene ambiental dentro y fuera del hogar.
- Cite en 48 horas para seguimiento.

DIARREICA SANGUINOLENTA CIE-10-A09.0

Deposiciones diarreicas con presencia de sangre.

Signos y síntomas

- Evacuaciones diarreicas.
- Presencia de sangre en las heces.
- Con o sin presencia de fiebre.
- Puede haber o no signos de deshidratación.

Conducta/tratamiento

- Aplique el Protocolo de Vigilancia Epidemiológica.
- Inicie plan de rehidratación que corresponda.
- Si la temperatura es mayor de 38 °C, acetaminofén, 500 mg (1 tableta) vía oral (PO), cada 6 horas, durante 3 días.
- Proporcione 4 sobres de sales de rehidratación oral de preferencia hipoosmolar.
- Laboratorios: hematología completa, con velocidad de sedimentación, heces, orina.
- Antibiótico:
 - **Primera elección:** ciprofloxacina tabletas, 500 mg, PO cada 12 horas durante 3 días.
 - **Segunda elección:** azitromicina 500 mg PO, cada 24 horas durante 3 días.
- Cite en 48 horas para seguimiento.
- En casos de pacientes con deshidratación grave, refiera a hospital.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- Cómo preparar las sales de rehidratación oral, ver módulo Niñez página 400.
- Aumentar la ingesta de líquidos, como agua de plátano o agua de arroz cocido.
- Si la persona vomita, espere 10 minutos y después continuar, pero lentamente.
- Evitar bebidas carbonatadas, energizantes, jugos o néctares.
- Aplicar las 10 Reglas de Oro para prevenir las enfermedades transmitidas por alimentos y agua, ver anexo No. 2 en módulo de Lactante página 279.
- Cuide que el sanitario o letrina que use quede tapado y se mantenga limpio.
- El papel sanitario usado debe depositarse en recipiente tapado.
- Higiene ambiental dentro y fuera del hogar.
- En caso de traslado, coordine con personal hospitalario y oriente a familiares el motivo del mismo.

DIARREA PERSISTENTE CON DESHIDRATACIÓN CIE-10-A-06.1

Deposiciones diarreicas de 14 días o más, con presencia de signos de deshidratación.

Signos y síntomas

- Ojos hundidos.
- Signo de pliegue cutáneo, la piel vuelve muy lentamente o lentamente a su lugar.
- Mucosas secas.
- Bebe con sed.
- No orina.

Conducta/tratamiento

- Inicie terapia de rehidratación que corresponda (según planes A, B o C).
- Si la temperatura es mayor de 38 °C, administre acetaminofén tableta 500 mg, vía oral (PO) cada 6 horas, durante 3 días.
- Estabilice al paciente antes de ser referido.
- Refiera al hospital acompañado por personal de salud.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- La situación del paciente y el motivo del traslado.
- Cómo administrar líquidos durante el traslado.

DIARREA PERSISTENTE SIN DESHIDRATACIÓN CIE-10-A06.1

Deposiciones diarreicas de 14 días o más, sin signos de deshidratación.

Conducta/tratamiento

- Inicie terapia de rehidratación con plan A.
- Si la temperatura es mayor de 38 °C, administre acetaminofén tableta 500 mg PO.
- Refiera a hospital para diagnóstico y tratamiento.
- Registrar en SIGSA.

Oriente sobre

- La situación del paciente y el motivo del traslado.

CÓLERA (NO ESPECIFICADO) CIE-10-A00.9

Enfermedad intestinal aguda, ocasionada por la bacteria *Vibrio cholerae*, que afecta el intestino delgado.

Signos y síntomas

- Diarrea de inicio repentino.
- Acuosa y profusa con manchas y moco.
- Aspecto de agua de arroz.
- Puede o no presentar vómitos y calambres abdominales.

Conducta/tratamiento

- Aplique Protocolos de Vigilancia Epidemiológica.
- Realice notificación obligatoria e inmediata.
- Registre en SIGSA.
- Tratar a todo paciente en la Unidad Local de Tratamiento del Cólera -UTC-, ver "Guía para la Promoción, Prevención, Vigilancia y Control del Cólera".
- Debe usar guantes y mascarillas para manipular al paciente.
- Utilizar cama o silla de tratamiento del cólera.
- Inicie terapia de rehidratación, según plan que corresponda, si es plan A o B utilice SRO isoosmolar.
- Canalice vía intravenosa, para rehidratación de emergencia, si fuera necesario.
- Trate la fiebre, si la hubiera, con medios físicos o con acetaminofén 500 mg (1 tableta), por vía oral (PO).
- Administre:
 - Primera opción: doxiciclina 300 mg PO dosis única.
 - Otras opciones:
 - Ciprofloxacina 1 g PO dosis única o bien
 - Azitromicina 1 g PO dosis única.
- Control de contactos y ambiente:
 - Lavado meticuloso de manos (personal de salud, familia y visitantes).
 - Poner en práctica medidas de control de moscas.
 - Desinfección concurrente (durante la estadía del paciente en el servicio de salud): de las heces y los vómitos, así como de los artículos y la ropa de cama usados por los pacientes, por medio de cloro o calor.

- Limpieza terminal (a la salida del paciente del servicio).
- Desinfección concurrente y terminal del vehículo de traslado del paciente.
- El personal de salud que manipula al paciente debe usar guantes y mascarillas.
- Vigilancia de personas que compartieron alimentos y bebidas con un enfermo de cólera durante cinco días previos a la aparición del cuadro.
- Si hay signos o gran posibilidad de transmisión secundaria dentro del núcleo familiar, habrá que dar tratamiento a los miembros que lo integran.
- Si hay signos o gran posibilidad de transmisión secundaria dentro del núcleo familiar, habrá que dar tratamiento a los miembros que lo integran.
 - Adolescentes, jóvenes y adultos:
 - Primera opción: doxiciclina 300 mg PO dosis única.
 - Otras opciones: ciprofloxacina 1 g PO dosis única o azitromicina 1 g PO dosis única.
 - Niñez:
 - Primera opción: azitromicina 20 mg/kg PO dosis única (dosis máxima 1 g), o bien
 - Ciprofloxacina 20 mg/kg/día PO dosis única (dosis máxima 1 g).
 - Embarazadas:
 - Azitromicina tabletas, 1 g PO, dosis única.

Oriente sobre

- A la madre, padre o acompañante sobre situación del paciente y la importancia del traslado urgente a la UTC.
- Poner en práctica medidas de control de moscas.
- Limpieza de la casa y utensilios (con cloro) usados por la persona enferma.
- Aplicar 10 Reglas de Oro para prevenir las enfermedades transmitidas por alimentos y agua, ver anexo 2 en módulo de Lactante página 279.
- Eliminación sanitaria de las heces.

FIEBRE TIFOIDEA CIE-10-A01.0

Enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Salmonella thyphi*.

Signos y síntomas

- Fiebre sin causa aparente.
- Fiebre alta (mayor a 38.5 °C) sin que aumente la frecuencia cardíaca.
- Dolor e hipersensibilidad abdominal.
- Diarrea o estreñimiento.
- Vómitos.
- Dolor de cabeza (cefaléa), malestar general.
- Hepato-esplenomegalia (palpación del hígado y bazo por debajo del reborde costal).
- Manchas rosadas en piel que blanquean a la presión, puede presentar sangre en las heces.
- Alteración de la conciencia (casos graves).

Nota. Si la fiebre dura más de 7 días, debe investigar y descartar malaria.

Conducta/tratamiento

- Realice notificación obligatoria e inmediata.
- Coordine traslado y refiera a hospital acompañado por personal de salud.
- Estabilice antes de ser referido.
- Inicie terapia de rehidratación, según plan que corresponda
- Canalice vía intravenosa, para rehidratación de emergencia, si fuera necesario.
- Trate la fiebre, si la hubiera, con medios físicos o con acetaminofén 500 mg (1 tableta), por vía oral (PO).
- Registre en SIGSA.
- Aplique Protocolo de Vigilancia Epidemiológica (estudio de contactos en el núcleo familiar).
- Búsqueda de contactos entre familiares, compañeros de trabajo y estudio.

Oriente sobre

- La situación del paciente y la importancia del traslado urgente al hospital, a la madre, padre o encargado.
- Poner en práctica medidas de control de moscas.
- Limpieza de la casa y utensilios (con cloro) usados por la persona enferma.
- 10 Reglas de Oro para prevenir las enfermedades transmitidas por alimentos y agua, ver anexo No. 2 en el módulo Lactante página 279.
- Eliminación sanitaria de las heces.

HEPATITIS AGUDA TIPO A CIE-10-B15.9

Enfermedad producida por el virus de la hepatitis A transmitida por ingerir alimentos o agua contaminada.

Signos y síntomas

- Fiebre.
- Nauseas, vómitos.
- Pérdida de apetito.
- Diarrea, heces blanquecinas (acolia).
- Dolor abdominal.
- Falta de apetito.
- Orina color café, hepatomegalia, puede o no presentar ictericia (color amarillo en piel y mucosas).

Conducta/tratamiento

- Seguir Protocolo de Vigilancia Epidemiológica.
- Realizar notificación obligatoria e inmediata.
- Inicie terapia de rehidratación, según plan que corresponda.
- Proporcionar 4 sobre de sales de rehidratación oral hipoosmolar.
- Si la temperatura axilar es mayor de 38 °C, utilice medios físicos y explique cómo hacerlo en el hogar.
- Indique dieta sin grasa en los primeros días, luego continuar dieta a tolerancia del paciente.
- Coordine y refiera a hospital a todo paciente con signos de deshidratación grave, o que presente signos de enfermedad hepática severa (hemorragias, manchas que desaparecen al presionarla (petequias, hemorragia nasal (epistaxis), acompañado por personal de salud.

- Estabilice antes de referirle.
- Si no necesita referencia, cítele en una semana.
- Laboratorio si fuera posible:
 - Transaminasas.
 - Bilirrubinas.
- Desinfección concurrente: eliminación sanitaria de las heces, la orina y la sangre.
- Registre en SIGSA
- Dé seguimiento a la contrarreferencia, si fuera necesario.

Oriente sobre

- Las 10 Reglas de Oro para prevenir las enfermedades transmitidas por alimentos y agua, ver anexo No. 2 en el módulo Lactante página 279.
- Alimentación baja en grasas, luego a tolerancia.
- Eliminación sanitaria de las heces.

PARASITOSIS INTESTINAL (SIN OTRA ESPECIFICACIÓN) CIE-10-B82.9

Las geohelmintiasis o helmintiasis transmitidas por el contacto con el suelo, son comúnmente conocidas como lombrices intestinales. Los agentes causales son los nematodos: *Trichuris trichiura*, *Áscaris lumbricoides*, y las *uncinarias* que infectan a los humanos (*Necátor americanus* y *Ancylostoma duodenale*).

Signos y síntomas generales

Dependen del tipo de parásito y del grado de infestación (cantidad de parásitos en el cuerpo).

- Puede ser asintomático.
- Dolor en el epigastrio (boca del estómago).
- Sensación de llenura.
- Náuseas y vómitos.
- Mala absorción de alimentos.
- Disminución o aumento del apetito.
- Dolor abdominal recurrente.
- Pérdida de peso o pobre ganancia de peso.

Conducta/tratamiento

- Si hay deshidratación, inicie terapia de rehidratación que corresponda.
- Trate la fiebre, si la hubiera, con acetaminofén 500 mg (1 tableta) por vía oral (PO) cada 6 horas durante 3 días o medios físicos.
- Trate según el parásito.

Orienta sobre

- Las 10 Reglas de Oro para preparación higiénica de alimentos y prevenir enfermedades, enfatizando en lavado de manos para prevenir las enfermedades transmitidas por alimentos y agua, ver anexo No. 2 en módulo de Lactante página 279.
- Mantener una adecuada higiene personal y del hogar, incluyendo mantener las uñas limpias y cortas.
- Evitar andar descalzos.
- Eliminación adecuada de las heces.

Nota. La población en edad escolar de 6 a 14 años será desparasitada a través de campañas nacionales masivas, las cuales se llevarán a cabo 2 veces al año con un intervalo de 6 meses, entre una y otra.

El medicamento a utilizar será albendazol tableta masticable de 400 mg.

Seguir los lineamientos anuales para las campañas de desparasitación del Programa de IRA y ETA.

TRICHURIASIS CIE-10-B79

Es una infestación parasitaria por *Trichuris trichiura*, que de acuerdo al grado de parasitación pueden variar los síntomas.

Signos y síntomas generales

- Puede ser asintomática.
- Provocar dolor tipo cólico.
- Diarreas ocasionales.
- Tenesmo (sensación de querer defecar y no poder).
- Deposiciones muco sanguinolentas (en pacientes inmunodeprimidos).
- Anemia.
- Prolapso rectal (salida del ano), en el que se observan con frecuencia, los parásitos enclavados en la mucosa.
- Digestivos: dolor abdominal difuso (por irritación mecánica) y menos frecuentemente meteorismo (gases), vómitos y diarrea.

Conducta/tratamiento

- Diagnóstico clínico: es imposible en las formas leves y medianas; en casos intensos con cuadro disentérico, se debe hacer un diagnóstico diferencial con amebiasis y otras parasitosis intestinales.
- Diagnóstico por laboratorio: identificación de huevos en heces fecales.
- Mebendazol: 100 mg. Una tableta cada 12 horas, PO durante 3 días o bien,
- Albendazol: 400 mg una vez al día tableta, PO durante 3 días.
- Registre en SIGSA.
- Orientaciones generales de parasitosis, ver página 409 y ETA página 394.

Nota. La presentación del albendazol puede ser en tabletas de 200 o 400 mg, verifique la dosis a administrar.

ASCARIS (ASCARIDIASIS) CIE-10-B77

Es una infestación parasitaria por *Áscaris lumbricoides*, que de acuerdo al grado de parasitación pueden variar los síntomas.

Signos y síntomas

- **Digestivos:** dolor abdominal difuso (por irritación mecánica) y menos frecuentemente meteorismo, vómitos y diarrea. Posibilidad de abdomen agudo por obstrucción causada por los parásitos).
- **Respiratorios:** desde sintomatología inespecífica hasta síndrome de Löeffler (cuadro respiratorio agudo con fiebre de varios días, tos y expectoración abundante y signos de condensación pulmonar transitoria, consecuencia del paso pulmonar de las larvas y una respuesta de hipersensibilidad asociada).
- **Otros:** anorexia, malnutrición absceso hepático, expulsión del parásito por heces, por boca o nariz.

Conducta/tratamiento

- Laboratorio: heces simple, identificación de huevos en materia fecal
- Albendazol: tableta de 400 mg PO, dosis única o bien,
- Mebendazol: Una tableta de 100 mg cada 12 horas, PO durante 3 días.
- Repetir el tratamiento a los 15 días.
- Registre en SIGSA.
- Orientaciones generales de parasitismo ver página 409 y ETA página 394.

ANQUILOSTOMIASIS Y NECATORIASIS (INCLUYE UNCINARIAS) CIE-10-B76

Es una infestación parasitaria por *Necátor americanus* o *Ancylostoma duodenale*.

Signos y síntomas

- Piel: síndrome de “*Larva migrans cutánea*”, dermatitis pruriginosa, transitoria y recurrente en pies y zonas interdigitales, donde penetran y se desplazan hasta alcanzar el sistema circulatorio.
- Respiratorios: desde síntomas inespecíficos a síndrome de Löeffler (ver ascariasis).
- Digestivos: dolor epigástrico, náuseas, pirosis (sensación de quemadura que sube del estómago) y diarrea ocasionalmente.
- Anemia.

Conducta/tratamiento

- Diagnóstico clínico: área endémica, paciente con signos y síntomas cutáneos, pulmonares, anemia, contacto de piel con tierra.
- Diagnóstico por laboratorio: examen de heces simple. Hallazgo de huevos del parásito en heces fecales.
- Tratamiento:
 - Mebendazol 100 mg. 1 tableta cada 12 horas via oral durante 3 días o bien,
 - Albendazol 400 mg 1 tableta al día, vía oral (PO) durante 3 a 5 días.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- Orientaciones generales, ver módulo Niñez página 409.
- Las 10 Reglas de Oro para preparación higiénica de alimentos y prevenir enfermedades.

TENIASIS CIE-10-B68

Enfermedad producida por el parásito *Taenia*, después del consumo de carne de res (*Taenia saginata*) o cerdo (*Taenia solium*).

Signos y síntomas

- Náuseas.
- Sensación de llenura.

- Disminución o aumento del apetito.
- Dolor abdominal recurrente.
- Meteorismo.
- Pérdida de peso o pobre ganancia de peso.
- Convulsiones sin antecedente febril o epilepsia.
- Dolor de cabeza.
- Diarrea escasa.
- Puede ocurrir la salida del parásito por el ano, con molestia y prurito perineal.
- Puede ser asintomática.

Conducta/tratamiento

- Si hay deshidratación, inicie terapia de rehidratación que corresponda.
- Trate la fiebre, si la hubiera, con acetaminofén, tabletas: 500 mg cada 6 horas vía oral (PO) durante 3 días.
- De acuerdo al estado general o si hay antecedente o presencia de convulsiones, referir y trasladar al hospital más cercano.
- Diagnóstico clínico: observación por parte del paciente o del personal de salud de la salida del parásito por el ano.
- Diagnóstico por laboratorio: visualización de proglótides (segmentos del parásito) en las heces.
- Tratamiento con albendazol 400 mg, tabletas, una vez al día PO durante 3 días.
- Registre en SIGSA.
- Repetir examen de heces un mes después de terminado el tratamiento.

Orientación sobre

- Cocinar bien la carne de cerdo (no deben quedar partes rojas, rosadas o crudas).
- Orientaciones generales, ver módulo Niñez página 409.
- 10 Reglas de Oro para preparación higiénica de alimentos y prevenir enfermedades, ver anexo No. 2 módulo Lactante página 279.
- Mantener una adecuada higiene personal y del hogar.
- Mejorar la higiene de los lugares donde se crían cerdos.

ENTEROBIASIS (OXIUROS) CIE-10-B80

Enfermedad producida por el parásito *Enterovirus vermiculares*.

Signos y síntomas

- Prurito o sensación de cuerpo extraño en el ano.
- Invasión genital (vulvovaginitis), despertares nocturnos.
- Sobreinfección secundaria a excoriaciones por rascado.
- Dolor abdominal que en ocasiones puede ser recurrente y localizarse en fosa ilíaca derecha simulando una apendicitis aguda.
- No están demostrados los síntomas que tradicionalmente se relacionan con oxiuriasis como bruxismo (cuando una persona aprieta los dientes o los hace frotar de atrás hacia adelante, uno sobre el otro).
- Enuresis nocturna (moja la cama).
- Puede ser asintomático.

Conducta/tratamiento

- Diagnóstico
 - Test de Graham: por la mañana, antes de defecación o lavado, se coloca cinta adhesiva transparente en el ano del paciente, al despegarla se visualiza los huevos depositados por la hembra en la zona perianal.
 - Visualización directa del gusano adulto en la exploración anal o vaginal.
 - Examen de heces simple.
- Mebendazol 100 mg 1 tableta PO dosis única y repetir tratamiento a los 7 o 15 días o bien,
- Albendazol 400 mg PO dosis única. Repetir tratamiento a los 7 o 15 días.
- Registre en SIGSA.
- Orientaciones generales de parasitosis, ver módulo Niñez páginas 394 y 409 .

SALUD BUCODENTAL

CARIES DENTAL CIE-10-K02

Es una enfermedad de los dientes producida por la mala higiene oral, consumo excesivo de azúcares y falta de cepillado dental, que se manifiesta con destrucción de la estructura de los dientes.

Factores de riesgo

- Alto consumo de azúcares.
- Consumo de alimentos o bebidas azucaradas.
- Falta de higiene o mala higiene oral.
- Tabaquismo.
- Alimentación inadecuada.
- Consumo de alcohol.

Signos y síntomas que puede detectar el personal no odontológico

- Presencia de manchas blancas, cafés o negras.
- Áreas destruidas de la pieza dental.
- Dolor dental, o sensibilidad al calor, al frío y al ingerir alimentos azucarados.
- Presencia de algún absceso en la cavidad bucal.

Conducta/tratamiento por personal no odontológico

- Para el dolor administre: acetaminofén tableta 500 mg, vía oral (PO) cada 6 horas, durante 3 días.
- Para infecciones o abscesos:
 - En adolescentes de 10 a 12 años:
 - Amoxicilina en suspensión, dar 50 mg/kg/día, PO cada 8 horas, durante 7 días.
 - Si pesa más de 32 kilos o 70 libras, utilizar la misma dosis de los de 13 años y más.
 - Si el paciente es alérgico a la penicilina, administrar clindamicina 1 cápsula de 300 mg, PO cada 6 horas durante 7 días.
 - En adolescentes de 13 años en adelante:
 - Amoxicilina/ácido clavulanico 500/125 mg cada 8 horas, PO durante 7 días.
 - Si el paciente es alérgico a la penicilina, administre clindamicina 1 cápsula de 300 mg, cada 6 horas, PO durante 7 días.

- Refiera al servicio de salud que cuente con personal odontológico.
- Registre en SIGSA 22.

Oriente sobre

- Prevenir los factores de riesgo.
- Estilos de vida y alimentación saludable.
- Higiene bucal: uso del cepillo, hilo dental y dentífrico con flúor, ver anexo No. 2 en el módulo de Niñez página 474.
- El cepillo es de uso personal, si no lo tiene, usar un pedazo de tela (dedil).
- Si usa dedil, descartarlo después de cada limpieza.
- Tratar tabaquismo y alcoholismo, si existe el problema.
- Consumo adecuado de sal con yodo y flúor.

Evaluación de la cavidad bucal por personal odontológico

Para la detección de la caries, los dientes deben estar limpios de placa en todas las superficies. Los criterios son descriptivos y están basados en la apariencia visual de cada superficie dental:

- Use un explorador de punta redonda, para evitar daño en la estructura dental; páselo suavemente a través de la superficie dental sólo para ayudarse en el aspecto visual, de cualquier cambio de contorno o cavidad.
- No ejerza presión retentiva del explorador en ningún momento.

Signos y síntomas detectados por personal odontológico

- Los signos y síntomas indicados anteriormente más:
 - Cambio de contorno o cavidad en la pieza
 - Otras lesiones diferentes a la caries como:
 - Defectos del desarrollo del esmalte.
 - Lesiones no cariosas.
 - Fracturas dentales.

Conducta/tratamiento por personal odontológico

- Determine la severidad de la lesión y proceda según guías del Programa de Salud Bucodental.
- Restauración de amalgama en las piezas indicadas.
- Restauración de resina, en las piezas indicadas, uso de Practica Restaurativa Atraumatica -PRAT- y sellantes.

- Utilizar su criterio clínico, para realizar otros tratamientos.
- Determine piezas cariadas, perdidas y obturadas -Índice del CPO- en adolescentes de 12 años de edad únicamente.
- Indague la presencia de otras lesiones diferentes a la caries.
- Trate el dolor, las infecciones y oriente según tratamiento de infección ya indicado en infecciones y abscesos página 557, sección de caries dental.
- Registre en SIGSA 22.

Oriente sobre

- El cepillo es de uso personal, si no lo tiene, usar un pedazo de tela (dedil).
- Uso de barniz con flúor más profilaxis dental.
- Si usa dedil, descartarlo después de cada limpieza.
- Tratar tabaquismo y alcoholismo, si existe el problema.
- Consumo adecuado de sal yodada y fluorada.
- Importancia de cumplir con los tratamientos de medicamentos.

ENFERMEDAD PERIODONTAL CIE-10-K05

Enfermedad inflamatoria e infecciosa de las encías y de tejidos de soporte (hueso), se divide en gingivitis y periodontitis.

GINGIVITIS CIE-10-K05.0

Es la inflamación de las encías, las que se pueden observar rojas y sensibles al sangrado con el cepillado dental.

Factores de riesgo

- Alto consumo de azúcares.
- Falta de higiene o mala higiene oral.
- Tabaquismo.
- Alimentación inadecuada.
- Consumo de alcohol.
- Otros factores de riesgo como estrés, enfermedades que afectan el sistema inmune, diabetes, infecciones virales entre otros.

Signos y síntomas

- Encías inflamadas, rojas.

- Encías que sangran con facilidad durante el cepillado.
- Mal aliento.
- Acumulación de restos alimenticios en los dientes y muelas.
- Recesión gingival.
- Mal posición dentaria, puntos de contacto abiertos.
- Restauraciones deficientes.

Conducta/tratamiento por personal no odontológico

- Refiera a servicio que cuente con personal odontológico.
- Registre en SIGSA 22.

Oriente sobre

- La importancia de acudir al servicio de salud que cuente con personal odontológico para su diagnóstico y tratamiento.
- Si está embarazada debe acudir de inmediato para ser atendida por personal odontológico, para reducir riesgos durante el embarazo y parto.

Conducta/tratamiento por personal odontológico

- Para la detección de la gingivitis debe:
 - Eliminar la placa bacteriana si existe.
 - Observe los tejidos periodontales.
 - Mida el espacio entre el diente y la encía (surco gingival), con ayuda de la sonda periodontal.
 - Evalúe la presencia de recesión gingival, mal posición dentaria, puntos de contacto abiertos, restauraciones deficientes y aparatos protésicos.
 - Determine la severidad de la lesión y proceda según guías del Programa de Salud Bucodental.
- Registre en SIGSA 22.

Oriente sobre

- Si está embarazada debe acudir de inmediato para ser atendida por personal odontológico, para reducir riesgos durante el embarazo y parto.
- Informe sobre técnica de cepillado dental, consumo adecuado de sal yodada y con flúor (fluorada).

• **PERIODONTITIS CIE-10-K05.2**

Es la enfermedad de las encías producida por bacterias, que causan la pérdida de los tejidos de la encía, destrucción del hueso que rodea a los dientes, cálculos dentales, provocando movilidad y algunas veces la pérdida de los dientes.

Factores de riesgo

- Alto consumo de azúcares.
- Falta de higiene o mala higiene oral.
- Tabaquismo.
- Alimentación inadecuada.
- Consumo de alcohol.
- Restauraciones defectuosas.
- Otros factores de riesgo, como estrés, enfermedades que afectan el sistema inmune, diabetes, infecciones virales entre otros.

Signos y síntomas

- Encías inflamadas, rojas o con pus.
- Encías que sangran con facilidad durante el cepillado.
- Movilidad de piezas dentales.
- Mal aliento.
- Cambios de color en la mucosa bucal (manchas).
- Ampollas y/o úlceras en la boca, lengua, mejillas, cielo de la boca (paladar), absceso periodontal.
- Dolor.
- Falta de saliva.
- Cálculos dentales.

Conducta/tratamiento por personal no odontológico

- Refiera a servicio que cuente con personal odontológico.
- Registre en SIGSA 22.

Orienta sobre

- La importancia de acudir al servicio de salud que cuente con personal odontológico para su diagnóstico y tratamiento.

- Si está embarazada debe acudir de inmediato para ser atendida por personal odontológico para reducir riesgos durante el embarazo y parto.
- En adolescentes de 10 a 12 años:
 - Amoxicilina en suspensión, dar 50 mg/kg/día, cada 8 horas, vía oral (PO) durante 7 días.
 - Si pesa más de 32 kilos o 70 libras, utilizar la misma dosis de los de 13 años y más.
 - Si el paciente es alérgico a la penicilina, dar clindamicina 1 cápsula de 300 mg, cada 6 horas PO durante 7 días.
 - En adolescentes de 13 años en adelante: amoxicilina/ácido clavulánico 1 tableta de 500/125 mg cada 8 horas, PO durante 7 días.
 - Si el paciente es alérgico a la penicilina, administre clindamicina 1 cápsula de 300 mg, cada 6 horas, PO durante 7 días.
 - Técnica del cepillado.

Conducta/tratamiento por personal odontológico

- Para la detección de la periodontitis debe:
 - Eliminar la placa bacteriana si existe.
 - Observe los tejidos periodontales.
 - Mida el espacio entre el diente y la encía (surco gingival), con ayuda de la sonda periodontal.
 - Determinar el grado de movilidad dentaria.
 - Si es posible evalúe radiográficamente (tener en cuenta cuándo no se puede realizar exposición radiográfica).
 - Evalúe la presencia de cálculos, recesión gingival, mal posición dentaria, puntos de contacto abiertos, restauraciones deficientes y aparatos protésicos.
 - Realice detartraje y raspado radicular.
- En presencia de abscesos:
 - Realice debridación, incisión quirúrgica y drenaje (tome en cuenta las condiciones cardíacas asociadas de la o el usuario por riesgo de endocarditis, en este caso es necesaria la profilaxis antibiótica con amoxicilina 500 mg cada 8 horas PO, 1 día previo al procedimiento).

- En presencia de infección o abscesos administre antibiótico:
 - En adolescentes de 10 a 12 años:
 - Amoxicilina en suspensión, dar 50 mg/kg/día cada 8 horas, PO durante 7 días.
 - Si el paciente es alérgico a la penicilina, dar clindamicina 1 cápsula de 300 mg, cada 6 horas PO durante 7 días.
 - Si pesa más de 32 kilos o 70 libras, utilizar la misma dosis de los de 13 años y más.
 - En adolescentes de 13 años en adelante:
 - Amoxicilina/ácido clavulánico 1 tableta de 500/125 mg cada 8 horas, PO durante 7 días.
 - Si el paciente es alérgico a la penicilina, administre clindamicina 1 cápsula de 300 mg cada 6 horas, PO durante 7 días.
- En caso de no responder a la debridación continuar con antibiótico.
 - Indique enjuagues con clorhexidina 10 ml cada 12 horas, durante 5 a 7 días.
 - Determine la severidad de la lesión y proceda según guías del Programa de Salud Bucodental.
 - Detartraje supragingival y subgingival únicamente en piezas con cálculos dentales.
 - Eliminar sobreextensiones de las restauraciones, establecer puntos de contacto.
 - Observar crecimiento de tejido blando y referir para cirugía.
 - Adaptación de prótesis.
 - Profilaxis dental.
 - Registre en SIGSA 22.

Oriente sobre

- Prevenir los factores de riesgo mismos de caries dental.
- Tener alimentación saludable.
- Higiene bucal: uso del cepillo, hilo dental y dentífrico fluorado, ver anexo No. 2 en el módulo Niñez página 474).
- El cepillo es de uso personal, si no lo tiene usar un pedazo de tela (dedil).
- Cepillado 3 veces al día.
- Cambiar cepillo cada 3 meses o cuando pierda su forma original.
- Si usa dedil, descartarlo después de cada limpieza.

- Tratar tabaquismo y alcoholismo si existe el problema.
- El consumo adecuado de sal yodada y con flúor (fluorada).

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

Ver módulo de Persona Adulta y Persona Mayor página 699.

CHAGAS Y ZIKA

Ver Zika en módulo Embarazo, Parto y Puerperio, página 61 y Chagas en módulo de Persona Adulta y Persona Mayor página 711.

ENFERMEDADES CRÓNICAS

Para adolescentes ver módulo de Niñez página 450.

Para Jóvenes ver módulo de Persona Adulta y Persona Mayor, página 635.

IV. ORIENTACIÓN INTEGRAL AL ADOLESCENTE Y JÓVEN Y A LA FAMILIA

ORIENTACION A ADOLESCENTES Y JÓVENES

Una de las acciones de promoción de la salud, es la orientación, en estos grupos etáneos es fundamental este aspecto, pues permite abordar temas de interés tales como: estilos de vida saludable, factores protectores, factores de riesgo, educación integral de la sexualidad, y muchos otros más. Dar a conocer las estrategias y servicios de salud para adolescentes.

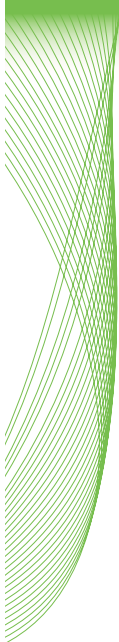
ACCIONES DE PREVENCIÓN PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

- Promueva e implemente acciones de comunicación para el desarrollo dirigidas a adolescentes, jóvenes y sus familias, e incluya al personal de salud.
- Estimule y fortalezca el desarrollo de factores protectores.
- Refuerce la comunicación, apoyo, protección familiar y grupal.
- Promueva la incorporación a grupos juveniles y/o redes disponibles en la comunidad.
- Identifique el problema, oriente y refiera al servicio de salud, con capacidad resolutoria en la especialidad.
- Promueva y fomente la paternidad y maternidad responsable.
- Detecte riesgo psicosocial, ver anexo No. 4 en este módulo página 574.
- Detecte riesgo psicosocial, en la familia, el centro educativo y a nivel comunitario (consulte "Guía de Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes").
- Identifique la disponibilidad de personal de atención primaria, capacitado en intervenciones breves para el abordaje de la salud mental en casos de alcoholismo.

ACCIONES DE PREVENCIÓN PARA ORIENTAR A LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD

Oriente sobre

- Buscar estrategias para mejorar la comunicación (paciencia, afecto, respeto, escuchar detenidamente).
- Estar alertas a señales, mensajes y cambios de comportamiento, permitirle tener amistades, fortaleciendo su autonomía.
- Asignar tareas de acuerdo a las habilidades, evitar las críticas y la descalificación.

- 
- Respetar la privacidad, permitirle que ordene su espacio, “no imponer su orden o su estética”.
 - No divulgar los secretos que les han confiado sus hijos o hijas.
 - Saber y comprender que al desafiar la autoridad buscan su independencia.
 - Establecer límites, apoyar para reflexionar sobre su vida.
 - Evitar los castigos físicos, generan agresividad, afectan su autoestima e independencia, escúchelos y llegue a acuerdos.
 - Demostrar interés en las actividades que realiza.
 - Abordar situaciones familiares con responsabilidad, analizar situaciones, orientar en la búsqueda de sus propias respuestas.
 - Buscar ayuda a tiempo para que no se complique la situación.
 - Al sancionar, ser proporcional a la falta, de inmediato y que no afecte a los demás integrantes de la familia.
 - Permitir que disfrute de forma sana las etapas de su desarrollo.
 - Dialogar acerca de su futuro, no se contradiga, porque le confunde.
 - Estimular la utilización del tiempo en actividades que fomenten su desarrollo.

ANEXOS

ANEXO No.1 FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

FACTORES EN EL INDIVIDUO	
FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
• Sentido de pertenencia a un grupo; es alegre y expresa amor. • Autoestima alta. • Maneja el estrés, se recrea y practica deporte; buenas relaciones interpersonales. • Valores morales y espirituales. • Cuenta con proyectos de vida. • Se adapta bien en la escuela. • Buena salud y hábitos saludables. • Vida sexual responsable. • Buena salud física y estado nutricional adecuado y hábitos saludables.	• Problemas emocionales y de conducta. • Ha roto relación con familia y pares. • Conductas autodestructivas. • Baja autoestima; antecedentes de abuso; menarquía temprana. • Problemas médicos; trastornos alimentarios, sedentarismo; ausencia de proyecto de vida; consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas). • Bajo nivel educativo y socioeconómico • Conductas sexuales de riesgo. • Trastornos y malos hábitos alimenticios y sedentarismo.
FACTORES EN LA FAMILIA	
FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
• Buenas relaciones intrafamiliares. • Familia da amor y apoyo. • Conoce sobre la adolescencia. • Conductas saludables positivas y constructivas. • Satisface las necesidades básicas.	• Padre y/o madre lejano o ausente. • Disponibilidad o consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas, tensión/ violencia). • Enfermedades discapacitantes. • Carencias afectivas.

FACTORES CON LOS AMIGOS O PARES

FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
• Amigos con conductas saludables. • Amistades que desapruueban las conductas de riesgo. • Compañerismo y amistad. • Proyecto de vida. • Líderes estudiantiles, deportistas, artistas, religiosos entre otros.	• Amigos que consumen sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas). • Amigos o pares con conductas problemáticas (maras, hábitos inadecuados de conducta). • Presión de grupo. • Anti valores. • Los amigos o pares no son responsables con estudio.

FACTORES EN LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS

FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
• Ambiente escolar positivo. • Desaprobación de conductas problemáticas, normas de conducta, actividades escolares y extraescolares. • Programas educativos.	• Maestros con conductas de riesgo. • Violencia en el ámbito escolar. • Estrés e inseguridad, discriminación. • No hay acceso a recreación. • Ambiente escolar insalubre. • Baja calidad de la educación.

FACTORES EN LA COMUNIDAD

FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
• Oportunidades de desarrollo social; acceso a deporte, cultura y recreación. • Leyes a favor de adolescentes. • Cuenta con servicios para adolescentes, • Organizaciones juveniles, centros de capacitación y formación. • Promoción de paternidad y maternidad responsable.	• Pobreza y poca seguridad. • Falta de oportunidad de desarrollo, violencia, inequidad; ausencia de oportunidades de desarrollo. • Trabajo en riesgo. • Consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas) • Maras. • Discriminación • Influencia de publicidad. • Aceptación cultural de matrimonios y embarazos en la adolescencia. • Ambiente frustrante.

HOJA DE PANORAMA DE FACTORES PROTECTORES PARA LA ADOLESCENCIA

Área de Salud: _____ Distrito de salud: _____ Fecha: _____

Comunidad evaluada: _____ Se recomienda llenar ésta hoja 1 vez al año en la comunidad

No	FACTORES PROTECTORES	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Existen equipos deportivos integrados por adolescentes y jóvenes.			
2	Grupos juveniles en actividades socioculturales.			
3	Existen oportunidades de desarrollo para la adolescencia y juventud.			
4	Participación de adolescentes y jóvenes en auditoria social.			
5	Existen políticas municipales para la adolescencia y juventud.			
6	Oportunidad de becas.			
7	Organizaciones que trabajan en pro de la adolescencia y juventud.			
8	Bajos índices de embarazo en adolescentes.			
9	Instalaciones culturales, recreativas, deportivas y sociales.			
10	Se brindan servicios de salud dirigidos a adolescentes y jóvenes.			
11	Existen centros de capacitación y formación para adolescentes.			
12	Ambiente libre de riesgos (contaminación, violencia, conductas).			
13	Existencia de grupos de adolescentes y jóvenes con fines religiosos.			
14	Empresas que apoyan el desarrollo de la comunidad.			
15	Calles con suficiente alumbrado público.			
16	La comunidad es percibida segura.			
17	Existencia de medios de transportes seguros.			
18	La comunidad invierte en adolescentes.			
19	Hay espacio para realizar actividades al aire libre.			
20	Existe oportunidad de asistir a un centro ocupacional.			

Nombre y cargo de quienes participaron: _____

RECOMENDACIONES: _____

*Si no logra determinar en la investigación la existencia de un factor protector, detallarlo en las observaciones

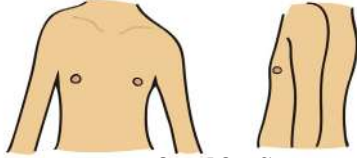
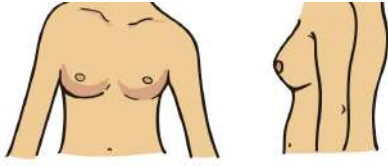
Nombre y firma de la persona que aplicó la instrumento _____

Ésta hoja no se llena por cada adolescente, es un instrumento para conocer los factores protectores comunitarios.

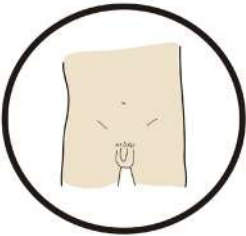
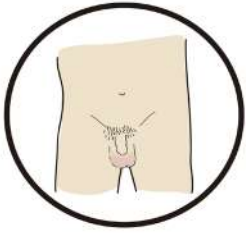
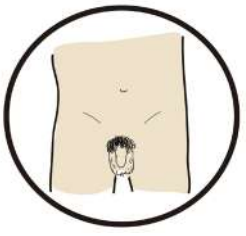
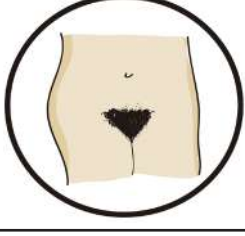
ANEXO No. 2

CLASIFICACIÓN DEL DESARROLLO PUBERAL

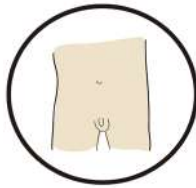
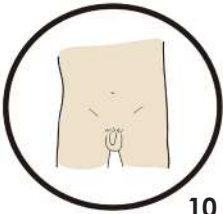
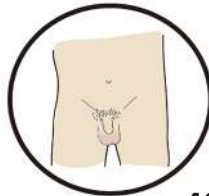
GRADOS DE TANNER PARA EL DESARROLLO MAMARIO EN LA ADOLESCENTE

Grado	Descripción	Ilustración
1 Prepuberal	No hay tejido mamario palpable, solo el pezón protruye, la areola no está pigmentada.	 8 a 13 años
2	Se palpa tejido mamario bajo la areola con pigmentación de ésta. Areola y pezón protruyen juntos, observándose un aumento del diámetro areolar. Es la etapa del botón mamario (telarquia).	 10 a 15 años
3	Se caracteriza por crecimiento de la mama y areola con pigmentación de ésta; el pezón ha aumentado de tamaño; la areola y la mama tiene un solo contorno.	 11 a 15 años
4	Existe mayor aumento de la mama, con la areola más pigmentada y levantada, por lo que se observan tres contornos (pezón, areola y mama).	 12 a 16 años
5	La mama es de tipo adulto, solo el pezón protruye y la areola tiene el mismo contorno de la mama.	

GRADOS DE TANNER PARA EL DESARROLLO DEL VELLO PÚBICO PARA AMBOS SEXOS

GRADO	DESCRIPCIÓN	ILUSTRACIÓN	
1	No existe vello público.	9 a 15 años	8 a 13 años
2	Existe crecimiento de un vello suave, largo, pigmentado, liso o levemente rizado en la base del pene o a lo largo de labios mayores.	 11 a 15 años	 10 a 14 años
3	Se caracteriza por pelo más oscuro, más áspero y rizado, que se extiende sobre el pubis en forma poco densa.	 12 a 16 años	 10 a 15 años
4	El vello tiene las características del adulto, pero sin extenderse hacia el ombligo o muslos.	 13 a 17 años	 12 a 16 años
5	El vello pubiano es de carácter adulto se extiende hacia la cara interna de muslos, en el varón se extiende hacia el ombligo; este lo consideran como grado VI.	 13 a 17 años	 12 a 16 años

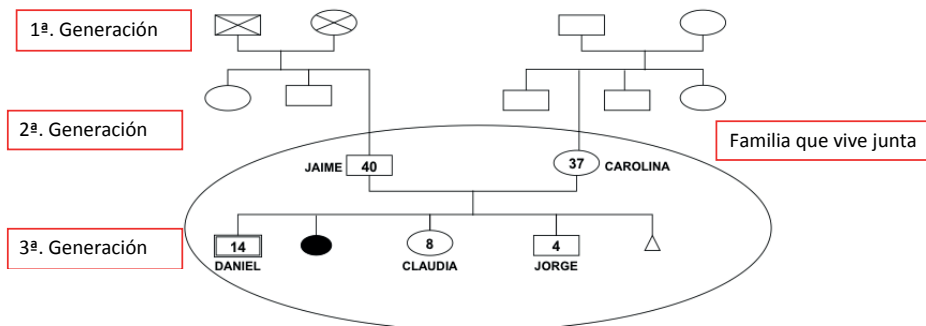
GRADOS DE TANNER PARA EL DESARROLLO GENITAL DEL VARÓN ADOLESCENTE

GRADO	DESCRIPCIÓN	ILUSTRACIÓN
1	Los testículos, escroto y pene tienen características infantiles.	 9 a 15 años
2	El pene no se modifica, el escroto y los testículos aumentan ligeramente de tamaño; la piel del escroto se enrojece y se modifica su estructura, haciéndose más laxa; el testículo alcanza un tamaño superior a 2.5 centímetros en su eje mayor.	 10 a 15 años
3	Se caracteriza por testículos y escroto más desarrollados, (testículos de 3.3 a 4 cm); el pene aumenta en grosor.	 12 a 16 años
4	Hay mayor crecimiento del pene, con aumento de su diámetro y desarrollo del glande, los testículos aumentan de tamaño (4.1 a 4.5 cm) y el escroto está más desarrollado y pigmentado.	 13 a 17 años
5	Los genitales tienen forma y tamaño semejantes a los del adulto, largo testicular mayor de 4.5 cm.	

ANEXO No. 3

EL FAMILIOGRAMA

Es un esquema que permite hacer una descripción general de la dinámica familiar del adolescente o joven con el fin de visualizar su situación y propiciar la atención o el abordaje a su problemática. El familiograma es un instrumento que se utiliza para obtener información de las circunstancias familiares que afectan a la o el adolescente o joven en el momento de la consulta.



Daniel (14 años) es el primer hijo de Jaime y Carolina (casados), luego la madre tuvo un aborto; sus hermanos son Claudia (8 años) y Jorge (4 años); actualmente la madre está embarazada.

Los abuelos paternos de Daniel fallecieron pero no se conoce la causa; tiene una tía y un tío. Del lado materno aún viven sus abuelos, 2 tíos y una tía.



****Para la aplicar el familiograma, consultar los lineamientos para elaborar el familiograma del Programa Adolescencia y Juventud**

Nota. La utilización del familiograma se explica con profundidad en los procesos de transferencia de las normas.

Anexo No. 4

DETECCIÓN DE RIESGO PSICOSOCIAL

Tamizaje de factores de riesgo psicosocial en las y los adolescentes y jóvenes, identifique riesgo o antecedente de:

- Uso de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas).
- Ser víctima/victimario de violencia.
- Embarazo.
- Conducta suicida (ideación e intento).
- Manifestación de tristeza.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos alimenticios.

Riesgo psicosocial en la familia

Las relaciones familiares se modificarán con el tiempo, por ello es importante realizar su seguimiento en cada consulta. Pregunte a la o el adolescente y joven:

¿Cómo está conformada la familia?

- ¿Hay conflictos?
- ¿Cómo son las relaciones familiares?
- ¿Quiénes son las personas que visitan con más frecuencia la casa?
- ¿Qué piensa de su familia?
- ¿Quién es la persona adulta con quien se identifica más?
- Su rol dentro de la familia.
- ¿Es migrante o ha tenido que migrar?
- Profesión/oficio y escolaridad de la madre, padre o responsable.
- Antecedentes personales y/o familiares.
- Enfermedades.
- Discapacidad.
- Adicciones.

¿Cómo lo resuelve la familia?

Según respuestas a las preguntas anteriores considere comportamientos familiares: migrante, riesgos ambientales y sociales, actitud del adolescente ante su familia, conductas violentas, desempleo del padre, la madre, signos de agresión física, factores protectores, convivencia pacífica, capacidad para sobreponerse y enfrentarse a situaciones negativas.

Riesgo psicosocial en educación:

- Deserción escolar.
- Bajo rendimiento.
- Tiene antecedentes de conflictos con la ley.
- Tiene malas relaciones interpersonales.
- Tiene problemas con las líneas de autoridad.
- Manifestaciones de conductas violentas.
- Migración familiar en época escolar.
- Discapacidad.

Conductas sexuales de riesgo, indague:

- Conocimientos sobre sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual e identidad sexual.
- Inicio de relaciones sexuales y presión de grupo.
- Comportamiento sexual de grupo de pares.
- Comportamiento de la pareja actual.
- Existencia de conductas sexuales de riesgo.
- Antecedente de abuso sexual, trata, migrante.
- Riesgo de abuso sexual o violencia sexual.
- Nivel socioeconómico y limitaciones económicas.
- Creencias y prácticas religiosas, espiritualidad.
- Posibilidad de embarazo actual y percepción del mismo.

Si en las consultas anteriores indicó no haber iniciado actividad sexual, siga haciendo la pregunta en consultas siguientes.

Consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas)

Pregunte a la o el adolescente o joven:

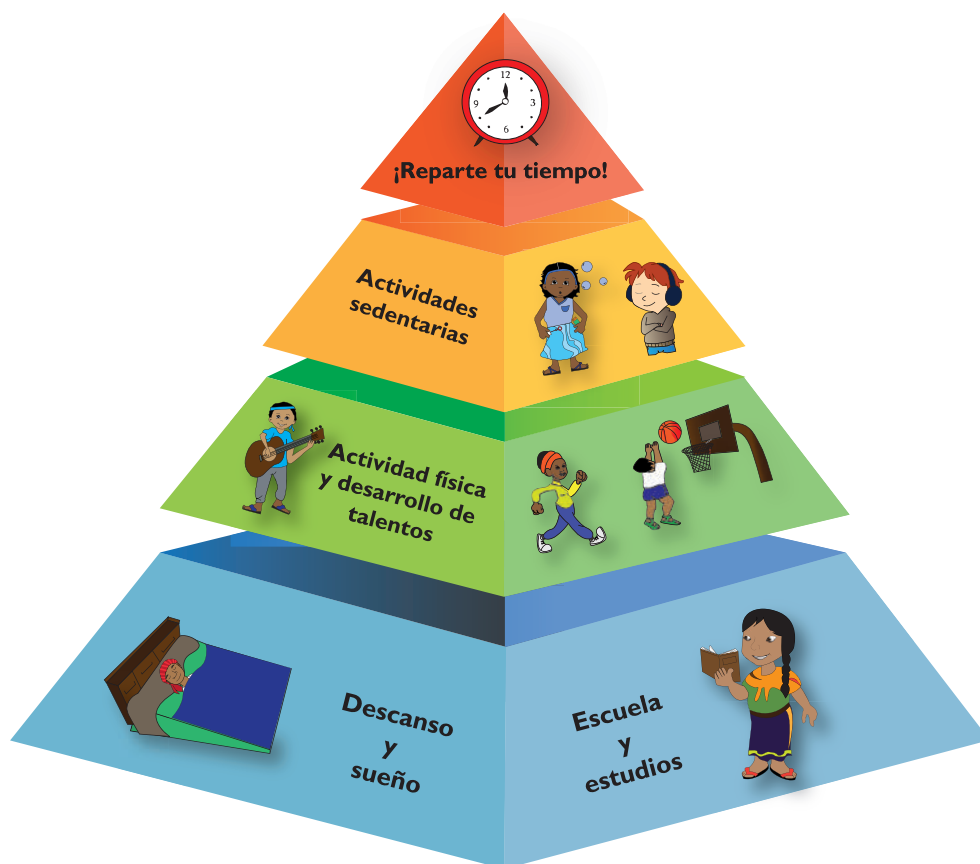
- ¿Qué sabe sobre drogas u otras sustancias?
- ¿Se relaciona con personas que las consumen?
- ¿Ha probado alguna droga? ¿Cuándo?
- Si consume ¿Con qué frecuencia, cantidad?
- ¿Compañeros de su escuela que consumen?
- ¿Existen adicciones en la familia?
- ¿Tiene interés y disposición a una rehabilitación?
- ¿Ha contado con terapia anteriormente?
- ¿Vive en situación de calle?

Bajo riesgo: consumo de droga por única vez por curiosidad, mantiene comunicación con la familia, tiene claro cómo afectan las drogas a las personas.

Alto riesgo: exceso de tiempo ocioso, estrés, frecuenta bares, discotecas, otros, se ausenta de la casa por días o noches, no estudia, conductas violentas, antecedentes de transgresión a la ley, baja autoestima, dificultad para relacionarse, situación de calle, pertenece a grupos de alto riesgo y con adicciones, antecedentes familiar de adicciones, no tiene apoyo familiar.

ANEXO No. 5

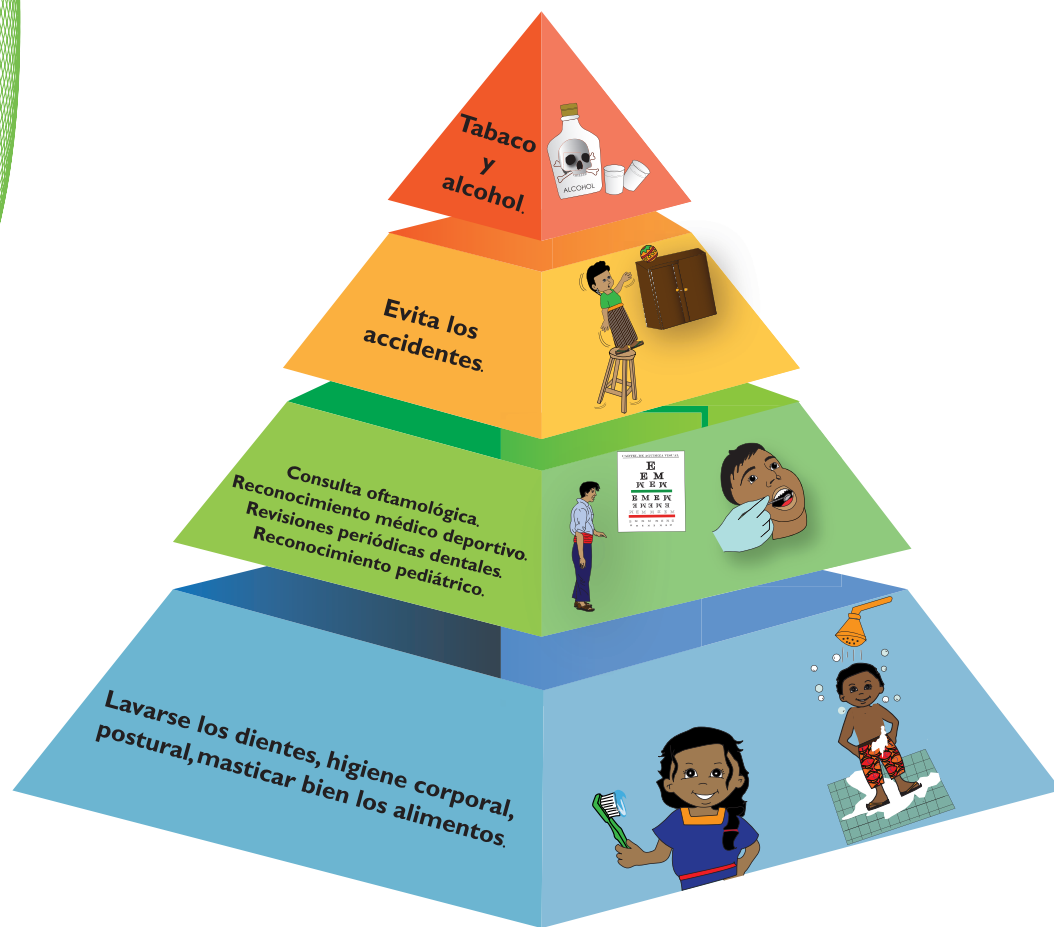
ACTIVIDAD FÍSICA



Fuente. Guía para Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes MSPAS 2015.

ANEXO No. 6

HÁBITOS SALUDABLES



Fuente. Guía para Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes MSPAS 2015.

ANEXO No. 7

LA OLLA FAMILIAR

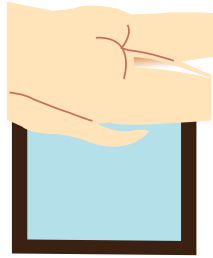


Fuente. Guías Alimentarias para Guatemala, 2012.

ANEXO No. 8 AUTOEXAMEN TESTICULAR

Autoexamen Testicular

1 MIRA



Relaja tu escroto

revisa tus testículos justo después de un baño o ducha, cuando los músculos del escroto se encuentran relajados; de manera que es más fácil sentir algún bulto, crecimiento anormal o alta sensibilidad en los testículos. Párate frente a un espejo y busca alguna hinchazón en la piel del escroto.

2 SOSTÉN



Sostén el escroto en tus manos

y siente el tamaño y peso de cada testículo. Es común que uno sea ligeramente más grande y/o que cuelgue más abajo que el otro.

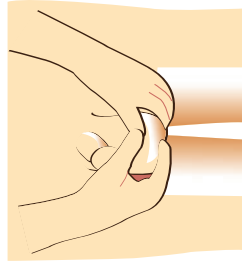
3 SIENTE



Siente cada testículo

y ruédalos (unos por uno) entre tu pulgar y el resto de los dedos. Deberían sentirse suaves. Es normal sentir una estructura de forma alargada como un pequeño tubo en la parte trasera de cada testículo. No deberías sentir dolor al revisar tus testículos.

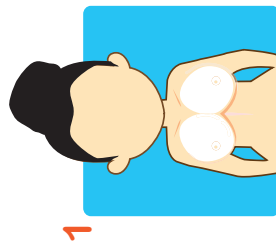
4 REPITE



Una vez que ya estés familiarizado con la sensación de tus testículos, mantente atento antes cualquier cambio en ellos. Si detectas algo extraño, no te alarmes; solo acude donde un médico lo antes posible.

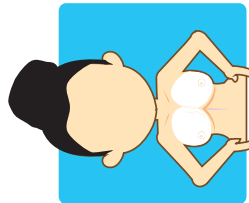
ANEXO No. 9 AUTOEXAMEN DE MAMA

Autoexamen de Mama



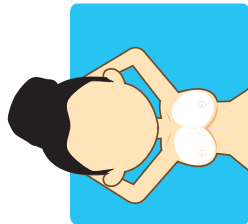
1

Con los brazos hacia abajo, observa si tus pechos están equilibrados, no hay deformaciones, cambios en el color o el pezón está desviado, hundido, o diferente a lo habitual.



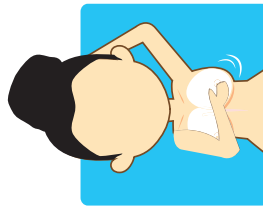
2

Coloca las manos en las caderas y presionalas. Inclínate ligeramente hacia adelante y comprueba los cambios del punto anterior.



3

Ahora sube los brazos hacia arriba y vuelve a observar si hay algunos de los síntomas anteriores.



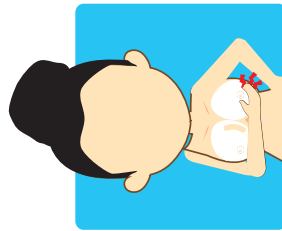
4

De pie con una mano detrás de la cabeza, explora cada una de las mamas con movimientos circulares.



5

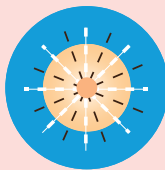
Examinarte también tumbada boca arriba, con una almohada bajo tu espalda.



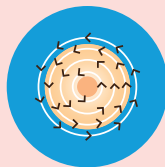
6

Aprieta los pezones para comprobar que no sale líquido anormal.

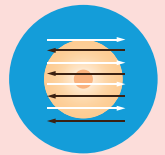
Determina el método



Método Radial



Método Espiral



Método Vertical

ANEXO No. 10

RUTA DE ABORDAJE INTEGRAL DE NIÑAS Y ADOLESCENTES EMBARAZADAS MENORES DE 14 AÑOS

FASE I: ATENCIÓN INMEDIATA

A Niña o adolescente embarazada o madre acude al establecimiento de salud para atención prenatal, parto, postparto o servicios médicos para su hijo/a.

B Niña o adolescente embarazada o madre es identificada por actores institucionales, autoridades locales o comunitarias, organizaciones de sociedad civil o religiosas entre otras.



La Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas, será el ente rector y encargado del monitoreo de la Ruta.

1

La institución (Ministerio de Salud Pública, instituciones públicas o privadas, actores locales, comunitarios o indígenas, organizaciones de sociedad civil, religiosas o de cooperación internacional) que identifiquen a la niña o adolescente menor de 14 años de edad, embarazada o madre, deberán trasladar la información* a la Procuraduría General de la Nación y el Ministerio Público, vía teléfono o correo electrónico, en un plazo máximo de 1 día hábil, donde no exista delegación de estas instituciones, será a la Policía Nacional Civil o Juzgado de Paz.



2

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, brindará la atención prenatal, parto, post parto y/o servicios médicos tanto a la niña o adolescente como para su hijo/a. Implementará su ruta interna y presentará el informe mensual de lo actuado, en la Mesa Técnica.



2.1

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, trasladará mensualmente al Registro Nacional de las Personas, el informe* de casos atendidos para establecer y validar la edad, así como los demás datos que puedan ser compartidas de las niñas o adolescentes embarazadas o madres, atendidas en cualquier servicio de salud.



2.2

El Registro Nacional de las Personas, dentro de los cinco días hábiles siguientes después de haber recibido la información, trasladará el Informe al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para lo que corresponda.



2.3

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, trasladará el informe verificado al Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo Social, Procuraduría General de la Nación, Ministerio Público y la Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas para su conocimiento y efecto.



3

La Procuraduría General de la Nación, implementará su Ruta Interna y:

1. Coordinará las acciones necesarias a efecto de garantizar la protección de la niña o adolescente menor de 14 años de edad. (Proceso de Protección)
2. Se apersonará al proceso que corresponda, siempre y cuando la niña o adolescente carezca de representación legal y/o sus representantes se nieguen a darle seguimiento al proceso. (Proceso Penal).



3.1

La Procuraduría General de la Nación, Ministerio Público, Policía Nacional Civil o Juzgado Paz cuando reciba la información de un caso identificado de una niña o adolescente embarazada o madre, por cualquier otro actor que no sea el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, referirá a la niña o adolescente al servicio de salud más cercano.



4

La investigación y persecución penal de todos los casos de niñas o adolescentes embarazadas o madres menores de 14 años de edad, quedará a cargo del Ministerio Público y de la Procuraduría General de la Nación cuando sea aceptado como querellante adhesivo y/o representante legal de la menor. En el proceso de protección, la Procuraduría General de la Nación dará el seguimiento respectivo durante todo el proceso.



*Informe: Nombres y Apellidos, dirección completa, número de teléfono, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento.

FASE II: SEGUIMIENTO EDUCATIVO E INCORPORACIÓN A PROGRAMAS SOCIALES

5

El Ministerio de Educación, al recibir el informe por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, implementará su Ruta Interna con el fin que la niña o adolescente embarazada o madre menor de 14 años de edad, continúe sus estudios, ya sea en el establecimiento educativo en el que se encontraba o su incorporación a programadas educativas alternativas. El Ministerio de Educación, presentará las acciones realizadas, en la reunión mensual de la mesa técnica.



6

El Ministerio de Desarrollo Social, al recibir el informe por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, implementará su Ruta Interna para la atención e inclusión de las niñas o adolescentes embarazadas o madres al Programa Social asignado, según criterios específicos. El Ministerio de Desarrollo Social, presentará las acciones realizadas, en la reunión mensual de la mesa técnica.



Fuente. Adaptada de la Ruta de Abordaje Integral de Niñas y Adolescentes embarazadas menores de 14 años de la Secretaría Contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas.

ANEXO No. 11

EVALUACIÓN DE TRASTORNOS VISUALES

Realizar examen de salud visual, utilizando cartel de Agudeza Visual ver anexo No. 3 en módulo Niñez página 475.

Evaluar existencia de infección en los ojos.

Evaluar la existencia de trauma o lesión en los ojos.

Signos y síntomas	Conducta/tratamiento
Adolescente sano o sana (sin problemas de agudeza visual).	Cita para reevaluación en 6 meses.
Agudeza visual disminuida.	Refiera a consulta especializada de oftalmología.
Signo de infección ocular.	Dar antibiótico local: Cloranfenicol o sulfacetamida 2 gotas en cada ojo, cada 4 horas por 7 días. Orientación para aplicar tratamiento.
Lesión o trauma ocular.	Tratamiento sintomático acetaminofén 500 mg vía oral (PO) cada 6 horas y referir para evaluación oftalmológica. Refiera inmediatamente para evaluación con personal especializado de oftalmología.

Fuente. Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, 2010. MSPAS. Guatemala.

BIBLIOGRAFIA

1. Enfermedades no transmisibles en las Américas. Indicadores Básicos 2011. Washington DC. OPS. 2011.
2. TAN. Eating Patterns, dietary quality and obesity. Of the American College of Nutrition. 2001; 20:599-08.
3. Cusminsky M, Moreno E M, Suarez Ojeda E N. Crecimiento y Desarrollo: Hechos y tendencias. Washington: OPS/OMS; 1988. (Publicación Científica; 510).
4. Rodríguez DJA. Ginecomastia. Endocrinología Clínica. Mediterráneo; 2000.
5. Zhu SY, Du ML, Huang TT. An analysis of predictive factors for the conversion from premature thelarche into complete central precocious puberty. J Pediatr Endocrinol Metab. [En línea] 2008 Jun; [Citado 10 Oct 2013] 21(6):533-8.
6. Temboury Molina MC. Desarrollo puberal normal: pubertad precoz. Rev Pediatr Aten Primaria [en línea] 2009; [citado 10 Oct 2013] 11 Supl 16:s127-s14. Disponible en: <http://www.pap.es/files/1116-1018-pdf/2.%20desarrollo%20puberal.pdf>
7. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa. Ottawa, Canadá: OMS; 1986.
8. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Comisión Nacional de Guías Alimentarias. Guías Alimentarias para Guatemala. Guatemala marzo 2012.
9. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra: OMS; 2004.
10. M. González-Gross M, Gómez-Lorente JJ, J. Valtueña J C, Ortiz Meléndez A. La pirámide de estilo de vida saludable para niños y adolescentes. Nutr Hosp [en línea] 2008[citado 10 Oct 2013]; 23(2):159-68.
11. Organización Panamericana de la Salud. IMAN servicios: normas de atención en salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington, D.C.: OPS; 2005.
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía de Prevención de embarazos en adolescentes en Guatemala. Guatemala: MSPAS; 2010.
13. Contraception Calling Why Aren't More Young Women Listening?[en línea] Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy; [2012] [citado 10 Oct 2013] Disponible en: <http://www.thenationalcampaign.org/resources/pdf/pubs/contraception-calling.pdf>.
14. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública. Resolución CD50.R2, 50º Consejo Directivo. 62º Sesión del Comité Regional. Washington, DC: OMS; 2010.
15. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles en las Américas. Indicadores Básicos 2011. Washington, D.C.: OPS; 2011.
16. Nicklas TA, Baranowski T, Cullen KW, Berenson G. Eating patterns, dietary quality and obesity. J Am Coll Nutr [en línea] 2001 [citado 10 Oct 2013]; 20



(6):599-08. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11771675?report=abstract>.

17. Lodha R, Kabra SK, Pandey RM. Antibiotics for community-acquired pneumonia in children (Review). The Cochrane collaboration [en línea] 7 de noviembre 2012 [fecha de acceso 16 de Junio de 2015]. 202 Páginas. URL disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002109.pub4/pdf>
18. Bueno Campaña, Calvo Rey, Jimeno Ruiz, Faustino Sánchez, Quevedo Teruel, Martínez Granero, Et al. Lactancia Materna y protección contra las infecciones respiratorias en los primeros meses de vida. Revista Pediatría de Atención Primaria [en línea] 03 mayo de 2011 [fecha de acceso 16 de Junio de 2015]. Volumen XIII No. 50. Pág. 213-224. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v13n50/04_original2.pdf
19. Injante-Injante, M. Huertas-Talavera, E. Curasi-Gomez, O. Lactancia materna exclusiva como factor de protección para infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda, en niños de 6 a 11 meses en un hospital general de Ica, Perú. Revista Médica Panacea [en línea] 31 de agosto 2014 [fecha de acceso 22/06/2015]. Pág. 51-55. URL disponible en: <http://rev.med.panacea.unica.edu.pe/index.php/med/article/view/104>.
20. Oliva González, Y.; Piloto Morejón, M.; Iglesias Gómez, P. Clínica epidemiología de las infecciones respiratorias agudas en pacientes de 0-14 años. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [en línea] 11 de enero 2013 [fecha de acceso 23 de Junio de 2015]. 13 Páginas. URL disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v17n1/rpr06113.pdf>.
21. Correa, J.; Pinto, D.; Lucas S.; Camacho Juan,; Rondón, M.; Quintero, J. A cluster-randomized controlled trial of hand rubs for prevention of infectious diseases among children in Colombia. Revista panameña Salud Pública [en línea] Junio 2012 [fecha de acceso 24 de Junio de 2015]. Volumen 31 No. 6. Pág. 213-224. URL disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000600005
22. Retureta Milán, M.; Posada Fernández, P.; Ferrer Martín, Y.; Rodríguez Viera, I. Riesgo de infecciones respiratorias agudas en la población infantil del municipioiego de Ávila. Cuba. Centro Provincial de Higiene Epidemiología y Microbiología Ciego de Ávila [en línea] 2011 [fecha de acceso 22/06/2015]. 6 páginas. URL disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/pdf/T3.pdf.
23. Edith Rivas R. Catalina Sepúlveda R. Luis Bustos M. Sabrina Sepúlveda R. Condiciones sociales, factores biológicos y conducta de cuidado materno en prevención de enfermedades respiratorias n lactantes. CIENCIA Y ENFERMERIA XVII [en línea] 2011 [fecha de acceso 22 de Junio 2015]. Páginas 105 – 115. URL disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n1/art_11.pdf



24. ZHENG xiaohong, QIAN Hua, ZHAO yili, SHEN hongping, ZHAO zhuohui, SUN yuexia & SUNDELL Jan. Home risk factors for childhood pneumonia in Nanjing, China. Chinese Science Bulletin [en línea] Abril 8 2013 [fecha de acceso 02 de Julio de 2015]. 7 páginas. URL disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11434-013-5686-5>
25. Leyla Asadi, Wendy I. Sligl, Dean T. Eurich, Isabelle N. Colmers, Lisa Tjosvold, Thomas J. Marrie, and Sumit R. Majumdar. Macrolide-Based Regimens and Mortality in Hospitalized Patients with Community Acquired Pneumonia: A Systematic Review and Meta-analysis. Clinical Infectious Diseases [en línea] 31 de mayo 2012 [fecha de acceso 04 de Julio de 2015]. 10 páginas. URL disponible en: <http://cid.oxfordjournals.org/content/55/3/371>. long.
26. Sánchez, J.; Alonso Villada, O.; Rojas, M.; Montoya, L.; Díaz, A.; Vargas, C.; Et al. Efecto del zinc aminoquelado y el sulfato de zinc en la incidencia de la infección respiratoria y la diarrea en niños preescolares de centros infantiles. Biomédica [en línea] 2014, vol.34, n.1 [fecha de acceso 24 de Junio de 2015]. Pág. 79-91. URL disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572014000100011&lng=en&nrm=iso
27. Zhang L, Mendoza-Sassi R | A, Wainwright C, Klassen T P. Nebulised hypertonic saline solution for acute bronchiolitis in infants (Review). The Cochrane Collaboration [en línea] 8 de mayo 2013 [fecha de acceso 16/07/2015]. 103 páginas. URL disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006458.pub3/epdf>
28. Gadomski A M, Scribani M B. Bronchodilators for bronchiolitis (Review). The Cochrane Collaboration [en línea] 20 de enero 2014 [fecha de acceso 6/07/2015]. 76 páginas. URL disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001266.pub4/epdf>
29. Spinks A, Glasziou P. P., Del Mar C B. Antibiotics for sore throat (Review). The Cochrane Collaboration [en línea] noviembre 5, 2013 [fecha de acceso 23/07/2015]. 43 páginas. URL disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858CD000B023.poub4/epdf>
30. Van Driel M L, De Sutter A I M, Keber N, Habraken H, Christiaens T. Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis (Review). The Cochrane Collaboration [en línea] octubre 19, 2012 [fecha de acceso 23/07/2015]. 73 páginas. URL disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004406.pub3/pdf>
31. Al Balawi ZH, Othman SS, Al Faleh K. Intranasal ipratropium bromide for the common cold (Review). The Cochrane Collaboration [en línea] 9 de abril 2013 [fecha de acceso 3/06/2015]. 103 páginas. URL disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/PDF/CD008231.pdf>
32. De Sutter AIM, van Driel ML, Kumar AA, Lesslar O, Skrt A. Oral antihistamine-decongestant-analgesic combinations for the common cold (Review). The

- Cochrane Collaboration [en línea] 16 de Diciembre 2011 [fecha de acceso 13/07/2015]. 103 páginas. URL disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004976.pub3/epdf>
33. King D, Mitchell B, Williams C P, Spurling G K P. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections (Review). The Cochrane Collaboration [en línea] 13 de agosto 2014 [fecha de acceso 31/07/2015]. 36 páginas. URL disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/WileyPDF/EN/CD006821.pdf>
 34. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el desarrollo de planes integrados de acción para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas en Latino América y el Caribe, Washington D:C 2011.
 35. Sirinavin S GP. Antibióticos para el tratamiento de infecciones intestinales por salmonelas En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Oxford: Update Software Ltd Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd) 2013 Número 5 ISSN 1745-9990 2008; Número 4. (3).al. LCOe. Guía de Bolsillo AIEPI. In: Colombia MdSd, editor.
 36. Ministerio de Salud de Costa Rica. Guías para el manejo clínico de la enfermedad diarreica, In: Caja Costarricense de Seguro Social ICDlyeenS, editor. Costa Rica 2009.
 37. Organización Panamericana de la Salud, Tratamiento de la diarrea, manual clínico para los servicios de salud, OPS. Washington 2008.
 38. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Guía diarrea aguda en niños y adultos, tratamiento 2010.
 39. Khitam Muhsen MML. A systematic Review and Meta-analysis of the between Giardia Lamblia and endemic Pediatric Diarrhea in developing countries, . Clin Infect Dis. 2012 December 15; 55(Suppl 4): S271–S93.
 40. Mercedes R. de Materan, María Tomat, Dolores Pérez, Betzabe Roa, Ruth Meneses. Terapia de rehidratación oral, Arch Venez Puer Ped v. dic. 2009; 72 n.4 Caracas.
 41. Sirinavin S, Garner P PRODIGY Guidance – Gastroenteritis. September 2004.. Antibióticos para el tratamiento de infecciones intestinales por salmonelas (Revisión Cochrane traducida).En: La Brblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2.Oxford: update 2005 Issue 2. Chinchester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 42. Organización Mundial de la Salud 2005. Prevención y control de la esquistosomiasis y Geohelminthiasis. Ginebra.
 43. Botero D, Restrepo M. Conceptos generales sobre la parasitología. Parasitosis. Humanas. 4ª ed. Medellín: CIB; 2003.
 44. Martín del Barco OH, Álvarez P, López R. Parasitosis intestinal.FMC. 2009; 16(1): 14-24.

45. Pérez JL, Hernández M, Pisos E, Carranza C, Castillo M, Aparicio P. Tratamiento de las enfermedades parasitarias (I): Protozoosis. Inf Ter Sist Nac Salud. 2007; 31:3-16.
46. Pérez JL, Hernández M, Pisos E, Carranza C, Castillo M, Aparicio P. Tratamiento de las enfermedades parasitarias (II): Helmintosis y ectoparasitosis. Inf Ter Sist Nac Salud. 2007; 31:55-64.
47. Manual de Manejo de Enfermedades Parasitarias Prioritarias en C.H. Honduras / Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal. --2a. Ed. -- [Tegucigalpa]: Organización Panamericana de la Salud / [AZER Impresos], [2009]180pp.
48. María Liza M Gonzales, Leonila F Dans, Elizabeth G Martínez. Fármacos antiamebianos para el tratamiento de la colitis amebiana (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: [http:// www.update-software.com](http://www.update-software.com). (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD006085. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
49. Nicole M. Mackey-Lawrence and William Arthur petri Jr. Amoebic dysenteBry. Clinoical Evridenrce, daate Apdri1 201o0 r
50. OPS. Tratamiento de las enfermedades infecciosas 2011-2012. Quinta edición. Editorial OPS. Washington, D.C., Estados Unidos de América. 2011. Páginas 206-208, 218-221 y 222-23.
51. Beltrán Galvis Oscar, Intoxicación alimentaria, Guías para manejo de urgencias, Colombia
52. González, Marco; Et al. Manual de Terapéutica 2012-2013. Medellín, Colombia. 2012. Páginas 132-158
53. Becerril, Marco; Et al. Parasitología medica. Tercera Edición. Mc Graw Hill. México, D.F. 2011.
54. Schroth RJ, Halchuk S, Star L. Prevalence and risk factors of caregiver reported Severe Early Childhood Caries in Manitoba First Nations children: results from the RHS Phase 2 (2008–2010). International Journal of Circumpolar Health. 2013;72(0).
55. Kanter MZ. Comparison of oral and i.v. acetylcysteine in the treatment of acetaminophen poisoning. American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists. 2006;63(19):1821-7. Epub 2006/09/23.
56. Jaramillo A, Arce RM, Herrera D, Betancourth M, Botero JE, ContrerasA. Clinical and microbiological characterization of periodontal abscesses. Journal of clinical periodontology. 2005;32(12):1213- 8. Epub 2005/11/05.
57. Ramu C, Padmanabhan TV. Indications of antibiotic prophylaxis in dental practice–Review. Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine. 2012;2(9):749-54.
58. Periodontology AAo. Parameter On Acute Periodontal Diseases. Journal Periodontol - Mayo 2000. 2000;71:4. Epub 866.

59. Xie Y, Chen J, He J, Miao X, Xu M, Wu X, et al. Antimicrobial resistance and prevalence of resistance genes of obligate anaerobes isolated from periodontal abscesses. *Journal of periodontology*. 2014;85(2):327-34. Epub 2013/05/11.
60. Dorothy S. Carlson, DEd, RN, y Ellen Pfadt, PhD(c), RN Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 31/05/2011. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato. 20 Nursing. 2011, Volumen 29, Número
61. Barbara Buchberger RH, Hendrik Hupertz, Katharina Friepotner, Natalie Pomorin, Jorgen Wasem. <HTA-07-06.pdf>the effectiveness of interventions in workplace health promotion as to maintain the working capacity of health care personal. 2011:
62. Lindsey Rennick Salone WFV, Jr. and Deborah L. Dee. <JADA-2013-Salone-143-51.pdf>Breastfeeding: An overview of oral and general health benefits. *Journal JADA* 2013. *JADA* 2013:143-51.
63. Kanter MZ. Comparison of oral and i.v. acetylcysteine in the treatment of acetaminophen poisoning. *American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*. 2006;63(19):1821-7. Epub 2006/09/23.
64. Dholam KP, Somani PP, Prabhu SD, Ambre SR. Effectiveness of fluoride varnish application as cariostatic and desensitizing agent in irradiated head and neck cancer patients. *International journal of dentistry*. 2013;2013:824982.
65. Luegas Elisa Quintero JEF, Muñúzuri Jorge Hernández, Jan Mulder.<1472-6831-13-42.pdf>The atraumatic restorative treatment (ART) strategy in Mexico. *BMC Oral Health*. 2013(ART):13-42.
66. Anders Holmén US, Kerstin Magnusson and Svante Twetman. Tobacco use and caries risk among adolescents- a longitudinal study in Sweden. *Article*. 2013:7.
67. Ramu C, Padmanabhan TV. Indications of antibiotic prophylaxis in dental practice-Review. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*. 2012;2(9):749-54.
68. Chu CH, Mei ML, Cheung C, Nalliah RP. Restoring proximal caries lesions conservatively with tunnel restorations. *Clinical, cosmetic and investigational dentistry*. 2013; 5:43-50.
69. Quintero LE, Frencken JE, Hernandez MJ, Mulder J. The atraumatic restorative treatment (ART) strategy in Mexico: two-years follow up of ART sealants and restorations. *BMC oral health*. 2013; 13(1):42.
70. Ijaz S, Croucher RE, Marinho VC. Systematic reviews of topical fluorides for dental caries: a review of reporting practice. *Caries research*. 2010;44(6):579-92.
71. Ari T, Ari N. The Performance of ICDAS-II Using Low-Powered Magnification with Light-Emitting Diode Headlight and Alternating Current Impedance Spectroscopy Device for Detection of Occlusal Caries on Primary Molars. *ISRN dentistry*. 2013;2013:276070.

72. Instituto Catalán de la Salud. (2006). Atención de la Enfermería al enfermo con sida. En ATS DI de Atención Especializada del Instituto Catalán de la Salud(4ta Edición ed., pág. 423). Sevilla, España: MAD, S.L
73. Organización Mundial de la Salud. Control de las Leishmaniosis.
74. Informe técnico No. 949. 2010. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82766/1/WHO_TRS_949_spa.pdf
75. Perich M.J., A.L. Hoch, N. Rizzo y E.D. Rowton. 1995. Insecticide barrier spraying for the control of sand fly vectors of cutaneous leishmaniasis in rural Guatemala. *Am J TropMedHyg.* 52(6):485- 488.
76. El Naim, Et. Al Control of the vector of cutaneusleishmaniasis in Sudan, using permethrin-impregnated curtains. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology.* 1995; 89: 104. Suplemento I.
77. Ministerio da Saúde. Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral. Serie A. Normas e Manuais Técnicos. 1a.ed. Brasil, 2006. P 22,23, 61-69.
78. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia social de Guatemala/ Departamento de Regulación de Atención a las Personas –DRPAP-. Normas de Atención en Salud Integral para el primero y segundo nivel de atención. Guatemala 2010. 590 p.
79. Organización Panamericana de la Salud. -- Directrices para el tratamiento de la malaria. 2ª. Ed. Washington, DC. : OPS, 2011. 148 p.
80. World Health Organization. Guidelines for the treatment of malaria. Third edition. Geneva. 2015. 317 p.
81. Heymann, David L. –El control de las enfermedades transmisibles. 19ª ed. Washington D.C. American Public Health Association/ Organización Panamericana de la Salud, 2011. 866 p.
82. Tratamiento de las enfermedades infecciosas: 2011-2012. 5ª. Ed. Washington, DC. : OPS, 2011. 332 p.
83. Guatemala. Ministerio de Salud Pública. Esquema radical de tratamiento para la malaria por Plasmodium vivax y asociados por 14 días: Esquema radical de tratamiento para la malaria por Plasmodium falciparum por 3 días. [Tarjeta] . Guatemala: Ministerio de Salud Pública, s.f.
84. Vargas Herrera, J. Prevención y control de la Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores en el Perú. *Revista Peruana de Epidemiología.* 2003, 11(1).
85. Alger JM. Diagnóstico microscópico de la malaria. Gota gruesa y extendido fino. *Rev Med Hondur.* 1999;67:216-8.
86. Alvarez G, Piñeros JG, Tobón A, Ríos A, Maestre A, Blair S, et al. Efficacy of three choroquine-primaquine regimens for treatment of Plasmodium vivax malaria in Colombia. *Am J Trop Med Hyg.* 2006;75:605-9.
87. Padilla JC, Montoya R. Guía de atención clínica de malaria. *Infectio.* 2011; 15(4): 302-32.
88. Soumahoro MK, Boelle PY, Gauzere BA, Atsou K, Pelat C, Lambert B, et al.

The Chikungunya epidemic on La Reunion Island in 2005-2006: a cost-of-illness study. *PLoS neglected tropical diseases*. 2011;5(6):e1197. E pub 2011/06/23.

89. Lewthwaite P, Vasanthapuram R, Osborne JC, et al. Chikungunya virus and central nervous system infections in children, India. *Emerg Infect Dis*. 2009;15(2):329-331.
90. 89.Robin S, Ramful D, Zettor J, et al. Severe bullous skin lesions associated with chikungunya virus infection in small infants. *Eur J Pediatr*. 2010; 169(1):67-72. Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19401826>
91. Ministerio de salud Pública. Guía de Manejo Clínico Para la Infección por el Virus Chikungunya. República Dominicana, 2014.
92. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud-Ministerio de Protección Social. Guía de Atención del Dengue. En: Guía de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades en Salud Pública. Colombia. P 135-173. 2008.
93. Lee, L. K., T. L. Thein, et al. (2011). "Dengue knowledge, attitudes, and practices among primary care physicians in Singapore." *Ann Acad Med Singapore*40(12): 533-538.
94. Gobierno Federal de México: Guía de Practica clínica GPC: Manejo del dengue no grave y el dengue grave. Consejo de Salud General, México D. F. Secretaría de Salud 2010. Publicado por CENETEC. www.cenetec.salud.gob.mx.
95. WHO. Guías para la RBC: Componente Salud. Rehabilitación Basada en la comunidad. Biblioteca de la Organización Mundial de la Salud. Clasificación NLM: MB 320. 2012.
96. USA: Departament of Health and Human Services. Public Health Emergency Response Guide. For State, local, and Tribal Público Health Directors. Center for Disease Control and Prevention (CDC) Vers. 2. 2011.
97. Gobierno federal México: Guía de referencia rápida. Triage Hospitalario de primer contacto en los servicios de urgencias adultos para el segundo y tercer nivel. Guía de práctica clínica (GPC). Consejo de salubridad general. No. Reg. ISSSTE. 339-08. México, 2010.
98. Blasco, Let.al. Enfermedad de Chagas y embarazo. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2011; 76(3): 162 – 168
99. República de Honduras, Secretaría de Salud, Programa Nacional de Chagas. Rotaflio "La prevención y control de la enfermedad de Chagas es responsabilidad de todos y todas".
100. Ampuero, Julia, et Al. Leishmaniasis. Módulos Técnicos Serie Documentos Monográficos N°8, Lima 2000. p 65
101. Organización Mundial de la Salud. Control de las Leishmaniasis. Informe técnico No. 949. 2010
102. Ministerio da Saúde. Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral. Serie A. Normas e Manuais Técnicos. 1a.ed. Brasil, 2006. P 22,23, 61-69

103. Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH.
104. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. OMS.2013.
105. Panel on antiretroviral therapy and management of HIV-infected children.
106. Guidelines for the use of antiretroviral agents in pediatric HIV infection. [HTTPS:// aidsinfo.nih.gov](https://aidsinfo.nih.gov) Julio, 2015.
107. Documento de consenso del CEVIHP (panel de expertos del colaborativo español para la infección VIH pediátrica, SEIP (sociedad Española de infectología pediátrica), AEP (asociación española de pediatría), SPNS (secretaría del plan nacional del SIDA), respecto al tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes infectados por el VIH. Marzo, 2012.
108. Prevención y Control de Enfermedades, departamento secretaria AUGÉ y de Coordinación Estructural y Metodológica Gobierno de Chile. Manejo y Tratamiento del Virus de Hepatitis B (VIHB).Serie Guías Clínicas Ministerio de Salud Pública, Gobierno de Chile 2013.
109. Grupo de expertos de la secretaria del plan nacional sobre el Sida. Grupo de estudio de Sida. GESIDA, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y Sociedad Española de Infectología pediátrica Marzo 2013.
110. Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH, en relación con la reproducción, embarazo parto y profilaxis de Transmisión Vertical del niño expuesto .Marzo 2013
111. Grupo de expertos de la secretaria del plan nacional sobre el Sida. Grupo de estudio de Sida.
112. Clin. Perinatal Dec.2010 ;(37)(4) :751 -763 Diagnosis of HIV challenges and strategies for HIV prevention and detection among pregnant women and their infants.
113. An. Pediátricos. (Barc).2012; 76(6):360:e1-360-e9 Noguera A, De José MI, Grupo de trabajo sobre Infección por VIH en el niño de la SEIP. Recomendaciones de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica para el seguimiento del niño expuesto al virus de la inmunodeficiencia humana y fármacos antirretrovirales durante el embarazo y el periodo neonatal.
114. Guidelines for the use of antiretroviral agents in Paediatric HIV Infection. AIDS INFO WEBSITE ([HTTP://aids info.nih.gov](http://aidsinfo.nih.gov))February 2014.
115. Organización Panamericana de la Salud, Manual de Capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/Sida para equipos de atención primaria y comunitaria en Latinoamérica y el Caribe 2004.
116. Rev. Panamericana de Salud Pública 2008;24(4);256-64 Gómez M, Comparación de tres estrategias de tamizaje para la prevención de la infección perinatal por VIH en Colombia. Análisis de decisiones.
117. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Ecuador 2013,Guía de Prevención y Control de la Transmisión Materno Infantil del VIH y Sífilis Congénita y de Atención Niños/as con VIH /Sida.
118. Organización Panamericana de la Salud 2010; Iniciativa Regional para la

Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe Estrategia de Monitoreo Regional.

119. Carlos Mejía Dr. Et al, Primera Edición 2012-2013; Guía de Diagnóstico y Tratamiento de las Hepatitis Virales.
120. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH Y Sida. Manual de Técnicas y Procedimiento de Diagnóstico de VIH, Sífilis.2013.
121. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH Y Sida. Guía de Tratamiento Antirretroviral y de Infecciones Oportunistas en Guatemala 2013.
122. Programa Nacional de Sida, DRPAP/MSPAS, Guatemala 2011. Guía de atención nutricional en personas con VIH, Tercer nivel de Atención, Programa Nacional de Sida, DRPAP/MSPAS, Guatemala 2011.
123. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala, Octubre 2014.
124. Protocolo de Atención a Víctimas/sobrevivientes de violencia sexual, Guatemala 2008.
125. Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Sida. Guatemala 2005. Manual de Orientación en ITS/VIH/SIDA, 2005.
126. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala 2012.
127. Estrategia Nacional de Condones 2012-2015.
128. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida, DRPAP/ MSPAS, Guatemala 2007
129. Manual de abordaje integral de las infecciones de transmisión sexual con énfasis en el Manejo Sindrómico Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala 2010.
130. Normas de Atención en salud integral, para primero y segundo nivel. Departamento de Regulación de los Programas de atención a las Personas.
131. Formulario de reporte mensual de tamizaje de ITS,VIH,Sida SIGSA SIDA 1.2
132. <https://ais.paho.org/classifications/Chapters>.
133. Instituto Catalán de la Salud. (2006). Atención de la Enfermería al enfermo con sida. En ATS DI de Atención Especializada del Instituto Catalán de la Salud (4ta Edición ed., pág. 423). Sevilla, España: MAD, S.L.
134. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2010). Normas de atención en Salud Integral para Primero y Segundo Nivel. Guatemala.
135. FANTA III. (2013) Tablas de IMC y Tablas de IMC para la Edad, de niños(as) y adolescentes de 5 a 18 años de edad y tablas de IMC para adultos(as) no embarazadas, no lactantes igual o mayor a 19 años de edad. Guatemala.
136. MSPAS. (2012). Guías Alimentarias para Guatemala. Guatemala.

PERSONA ADULTA de 30 años a 59 años **Y PERSONA MAYOR** de 60 años en adelante



Módulo

6



PERSONA ADULTA

INTRODUCCIÓN	603
OBJETIVOS	604
I. ATENCIÓN INTEGRAL DE LA PERSONA ADULTA	605
II. ACCIONES PREVENTIVAS PARA LA PERSONA ADULTA	606
Prevención de la hipertensión	606
Prevención del sobrepeso y obesidad	606
Detección del riesgo para desarrollar enfermedades del corazón	607
Suplementación con micronutrientes	608
Laboratorios de tamizaje y control	608
Inmunizaciones	609
Evaluación oftalmológica	609
Evaluación auditiva	609
Salud bucodental	609
Prevención de cáncer cérvico uterino y de mama	609
Detección de pie diabético	609
Detección temprana de problemas de próstata	609
Planificación familiar	609
Entrega de medicamentos	609
Orientación Integral	609
III. DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA EN LA PERSONA ADULTA	610
DIABETES MELLITUS	610
Diabetes Mellitus Tipo 1 -DM1-	610
Diabetes Mellitus Tipo 2 -DM2-	610
Complicaciones Agudas de Diabetes Mellitus Tipo 2 -DM2-	617
Hipoglicemia	617
Hiperglicemia Severa	218
Pie Diabético	619
Nefropatía Diabética	620
Neuropatía Diabética	621

HIPERTENSION ARTERIAL	622
Hipertensión Arterial Primaria -HTAP-	622
Hipertensión Arterial Secundaria -HTAS-	622
CRISIS HIPERTENSIVA	626
Urgencia Hipertensiva	626
Emergencia Hipertensiva	627
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	629
DISLIPIDEMIAS	630
Causas de Dislipidemia Primaria	630
Causas Frecuentes de Dislipidemia Secundaria	631
EVENTO CEREBROVASCULAR	633
Evento Cerebrovascular Isquémico	633
Evento Cerebrovascular Hemorrágico (Derrame Cerebral) (Subaracnoideo) (Intraencefálico) (Otras Hemorragias).	633
HEMIPLEJÍA	634
ASMA BRONQUIAL	635
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA -EPOC-	637
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA -ERC-	639
CÁNCER	641
SIGNOS DE ALERTA PARA EL CÁNCER	641
Cáncer de Mama	642
Cáncer Colorrectal	642
Cáncer de Cérvix	643
Cáncer de Próstata	643
Cáncer Gástrico	643
Cáncer Hepático	643
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS Y AGUA -ETA-	
Ver módulo de Adolescencia y Juventud, página 542	
HEMORROIDES	643
GASTRITIS	645
HEPATITIS A	
Ver módulo de Adolescencia y Juventud página 550	

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -IRA-

Ver módulo de Adolescencia y Juventud, página 542

646

Neumonía

646

TUBERCULOSIS

647

Tuberculosis Pulmonar Bacteriológicamente Confirmada

648

Tuberculosis Clínicamente Diagnosticada

649

Tuberculosis Pulmonar -TBP-

649

Tuberculosis Extra Pulmonar

649

Tuberculosis del Sistema Nervioso Central

649

TUBERCULOSIS ASOCIADA A OTRAS ENFERMEDADES

652

Tuberculosis y VIH/SIDA

652

Tuberculosis y Diabetes

653

ENFERMEDAD DE HANSEN (LEPRA)

656

ANEMIA

657

ANOREXIA

659

SOBREPESO Y OBESIDAD

661

MENOPAUSIA Y CLIMATERIO

662

INFECCION POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA -VIH-

663

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA -SIDA-

663

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL -ITS-

666

Síndrome de Secreción Uretral

666

Síndrome de Flujo Vaginal

668

- Síndrome de Úlcera Genital

670

- Ulceración en la Vulva

670

- Ulceración del Pene

670

Síndrome de Dolor Abdominal Bajo

671

Síndrome de Bubón Inguinal

672

Síndrome Ano-Rectal

673

Herpes Genital

675

Papilomatosis Genital

677

Sífilis

678

Granuloma Inguinal	680
Pediculosis Púbica	681
Molusco Contagioso	682
Sarcoptiosis o Escabiosis	683
ENFERMEDADES CARDIOPULMONARES	684
INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA Y PERIFÉRICA	685
VÉRTIGO	686
SALUD BUCODENTAL	687
Caries Dental	687
Enfermedad Periodontal	688
Candidiasis Oral	689
ANSIEDAD SIN ESPECIFICACIÓN	690
TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE ALCOHOL	691
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DE TABACO	692
Tabaquismo	692
Uso Nocivo	692
Síndrome de Dependencia	692
Estado de Abstinencia	692
DISCAPACIDAD AUDITIVA	693
DISCAPACIDAD VISUAL	694
DEPRESIÓN (TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL LEVE)	695
TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO Y TRANSITORIO SIN ESPECIFICACIÓN	696
DEMENCIA SIN ESPECIFICACIÓN	697
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES	699
Malaria	699
- Malaria por <i>Vivax</i> o <i>Falciparum</i> sin Complicaciones	699
- Malaria por <i>Vivax</i> o <i>Falciparum</i> con Complicaciones	701
- Malaria en el Embarazo	702
Dengue	704
- Dengue no Grave (dengue clásico)	704

- Dengue Grave (dengue hemorrágico)	704
Chikungunya	707
- Chikungunya Aguda	708
- Chikungunya Subaguda	708
- Chikungunya Crónica	709
Enfermedad de Chagas	711
Oncocercosis	714
Leishmaniasis	715
- Leishmaniasis Cutánea	715
- Leishmaniasis Mucocutánea	717
- Leishmaniasis Visceral (Kala Azar)	718

IV. ORIENTACIÓN A LA PERSONA ADULTA Y A LA FAMILIA Ver Orientación a la Persona Adulta Mayor y a la Familia página 542

PERSONA MAYOR

719

CLASIFICACIÓN DE SALUD DE LA PERSONA MAYOR

Persona mayor activa y saludable	719
Persona mayor enferma	719
Persona mayor frágil	719
Persona geriátrica compleja	720

I. ATENCIÓN INTEGRAL DE LA PERSONA MAYOR Ver sección de la Persona Adulta página 605

II. ACCIONES PREVENTIVAS DE LA PERSONA MAYOR Ver sección de la Persona Adulta página 606

III. DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA PARA LA PERSONA MAYOR

721

INFECCIONES RESPIRATORIAS EN LA PERSONA MAYOR

721

Neumonía Grave	721

SÍNDROMES GERIÁTRICOS

722

Estreñimiento o Constipación	722

ENFERMEDAD DE PARKINSON

724

HIPERPLASIA PROSTÁTICA

725

CAÍDAS	725
CONFUSIÓN, DELIRIO (TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES)	728
TRASTORNOS DE LA MARCHA Y EL EQUILIBRIO	730
INCONTINENCIA URINARIA	730
TRASTORNOS NO ORGÁNICOS DEL SUEÑO	733
DISFUNCIÓN SEXUAL ERÉCTIL (IMPOTENCIA SEXUAL)	734
SÍNDROME DE LA INMOVILIDAD	735
ABUSO O MALTRATO Y NEGLIGENCIA O ABANDONO	737
ALZHEIMER	739
IV. ORIENTACIÓN A LA PERSONA MAYOR Y A LA FAMILIA	742
ALIMENTACIÓN BÁSICA Y SALUDABLE	742
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	743
Factores de riesgo	743
Factores protectores	743
ANEXOS	744
Anexo No. 1 tabla de Índice de Masa Corporal	744
Anexo No. 2 Ubicación de Unidades de Atención Integral -UAI-	745
Anexo No. 3 Índice de Katz	746
Anexo No. 4 Tabla de Yesavage	747
Anexo No. 5 Escala de Gijon	748
Anexo No. 6 Tabla de Levey	749
Anexo No. 7 Ejercicios de Kegel	751
BIBLIOGRAFÍA	752

INTRODUCCIÓN

Se considera adulta a la persona entre 20 y 59 años, pero según la Ley de Juventud, la clasificación de juventud incluye a las personas entre 19 a 29 años. Es por eso que en éste módulo se consideran personas adultas de 30 a 59 años y personas mayores de 60 años y más, según el Decreto 80-96 de la Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad del Congreso de la República de Guatemala.

En ambos grupos son particularmente prevalentes las patologías crónicas no transmisibles, las cuales deben abordarse con un enfoque integral y preventivo desde la edad adulta, para su mejor control, disminución de las complicaciones a largo plazo, para una mejor calidad de vida de las personas.

Sin embargo aún en estas etapas de la vida aparecen enfermedades transmisibles como las infecciones de transmisión sexual -ITS-, virus de inmunodeficiencia humana -VIH-, Sida, infecciones del tracto urinario -ITU-, infecciones respiratorias agudas -IRA- enfermedades transmitidas por agua y alimentos -ETA-, entre otras.

Además se le da importancia a los principales síndromes geriátricos en la sección que se refiere a las personas mayores, para que las y los proveedores de salud puedan conocer los cambios y patologías que ocurren durante el envejecimiento.

Las y los proveedores de salud que trabajan en los distintos servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-, deben prestar atención de calidad a la población de personas adultas y personas mayores que consultan diariamente, y debe hacerse con enfoque de género y pertinencia cultural, haciendo énfasis de manera diferenciada en la persona mayor.

Este módulo es una guía para responder a los problemas prioritarios de éstas etapas del curso de vida y su abordaje, de manera sencilla y práctica, la cual debe ser utilizada por las y los proveedores de salud.

No existe una fórmula rígida para la valoración de una persona adulta o persona mayor; esta debe ser centrada en la persona reconociendo su individualidad y también la heterogeneidad de estos grupos de población.

OBJETIVOS

General

Proporcionar la normativa técnica a los servicios de salud, para mejorar la calidad de vida en la etapa de persona adulta y persona mayor, previniendo la morbi-mortalidad por causas injustas y evitables y promover el envejecimiento digno, activo, saludable y productivo.

Específicos

1. Proveer los estándares básicos que se deben realizar en la atención integral (biopsicosocial) de la persona adulta y la persona mayor.
2. Detectar oportunamente las enfermedades prioritarias en la persona adulta y persona mayor.
3. Prevenir las complicaciones por enfermedades crónicas en las personas adultas y personas mayores.
4. Fomentar que en los servicios de salud se aseguren las condiciones básicas de atención de las personas adultas y a las personas mayores.
5. Fomentar en el personal de los servicios que brinden una atención integral con pertinencia cultural respetando su idioma materno.

PERSONA ADULTA (DE 30 A 59 AÑOS)

I. ATENCIÓN INTEGRAL DE LA PERSONA ADULTA

La atención integral de la persona adulta, incluirá las siguientes actividades:

1.	Historia clínica completa (periódica y anual).
2.	Llene y revise el carné y actualice según el esquema de vacunación vigente.
3.	Realice examen físico completo: • Toma de presión arterial. • Examen visual. • Examen auditivo. • Examen bucodental. • Realice examen de posturas: de pie, sentado y caminando.
4.	Realice evaluación nutricional: • Antropometría: peso, talla, cálculo de Índice de Masa Corporal -IMC- y circunferencia de cintura. • Consumo de alimentos. • Actividad física. • Consumo de hierro y ácido fólico (mujeres).
5.	Efectúe evaluación psicosocial: • Hogar: psicodinamia familiar. • Empleo: condiciones laborales, ingreso económico. • Consumo de sustancias psicoactivas: alcohol, tabaco y otras drogas. • Sexualidad: Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-, Virus del Papiloma Humano -VPH-, Virus de Inmunodeficiencia Adquirida -VIH/Sida-. • Violencia: física, psicológica, sexual, patrimonial, entre otras. • Depresión. • Conducta suicida (ideas, intento y suicidio).
6.	Requiera o evalúe exámenes de laboratorio.
7.	Evalúe y/o realice Papanicolaou o Inspección Visual por Ácido Acético -IVAA-.
8.	Orienta sobre importancia del autoexamen de mamas.
9.	Orienta sobre problemas encontrados, medicamentos, alimentación, prevención de accidentes, ITS, VIH y Sida entre otros.
10.	Refiera para atención especializada, (nutrición, salud mental, odontología, ginecología, otro si el caso lo amerita).
11.	Orienta en los métodos de planificación familiar según "Guía de Planificación Familiar".
12.	Establezca cita de seguimiento.
13.	Oferte cartera de servicios a usuarias/os y/o acompañantes.
14.	Registre en SIGSA 3.
15.	Dé seguimiento a la contrarreferencia, si fuera el caso.

II. ACCIONES PREVENTIVAS PARA LA PERSONA ADULTA

PREVENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN

- Evalúe la presión arterial a toda persona adulta que se presente a la consulta.

PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y OBESIDAD

- Realice evaluación antropométrica: establezca el peso en una balanza para personas adultas y la talla con tallímetro o cinta métrica.
- Calcule el Índice de Masa Corporal -IMC- como se ilustra en el ejemplo de Teresa, utilizando la fórmula siguiente:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso en kg}}{\text{Talla en m}^2}$$

Teresa de 45 años, pesa 119 libras y mide 1.60 metros. Para calcular la talla en metros cuadrados debe realizar el siguiente procedimiento:

Talla $1.60 \times 1.60 = 2.56$ metros cuadrados (m^2).

Para calcular el peso en kilos dividir el peso en libras dentro de la constante 2.2, para este caso $119/2.2 = 54$ kg

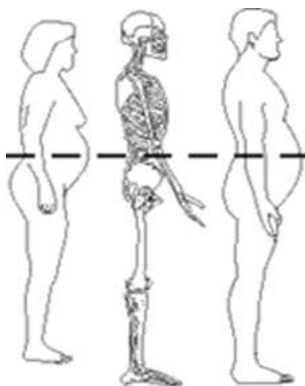
$$\text{IMC} = \frac{54 \text{ kg}}{2.56} = 21$$

INDICE DE MASA CORPORAL

IMC= Peso (kg) / Talla (m ²)	
ESTADO NUTRICIONAL	CLASIFICACIÓN
Bajo peso	Menos de 18.5
Normo peso	18.6 - 24.9
Sobrepeso	25 - 29.9
Obeso	Mayor de 30

Fuente. PROSAN, 2017.

- **Realice medición de circunferencia abdominal:** se mide la circunferencia de cintura utilizando una cinta métrica de la manera siguiente:
 - **Procedimiento:** coloque en el paciente la cinta métrica entre el punto medio del reborde costal y la cresta iliaca (generalmente a nivel del ombligo), pídale que se relaje. Proceda a tomar la medición en la inspiración. Asegúrese que la cinta quede ajustada pero no apretada en el estómago.



DETECCIÓN DEL RIESGO PARA DESARROLLAR ENFERMEDADES DEL CORAZÓN

A partir del resultado obtenido, utilizando la tabla siguiente:

RIESGO DE DESARROLLAR ENFERMEDADES DEL CORAZÓN

Riesgo	Circunferencia de cintura abdominal (cm)	
	Hombres	Mujeres
Sin riesgo	Menos de 90 cm	Menos de 80 cm
Riesgo elevado	Igual o mayor a 90 cm	Igual o mayor a 80 cm

Fuente. Programa del Adulto Mayor, 2017.

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

- Proporcione a las mujeres en edad reproductiva, hierro y ácido fólico, de acuerdo a la tabla siguiente:

DOSIS DE ÁCIDO FÓLICO Y SULFATO FERROSO PARA MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA

Suplemento	Presentación	Edad de aplicación	Dosis	Frecuencia de entrega
Ácido fólico.	Tabletas de 5 mg de ácido fólico.	20 a 54 años.	1 tableta De 5 mg PO cada 8 días.	Cite en tres meses para monitorear consumo de las tabletas de micronutrientes.
Sulfato ferroso.	Tableta de 300 mg de sulfato ferroso.	20 a 54 años.	1 tableta de 300 mg PO cada 8 días.	

Fuente. Programa del Adulto Mayor, 2017.

Laboratorios de tamizaje y control

- Hemograma.
- Glicemia.
- Orina.
- Nitrógeno de urea y creatinina.
- Hemoglobina glicosilada cada 6 meses en pacientes con diabetes.
- Perfil lípido anual, colesterol (HDL y LDL) y triglicéridos a personas con factores de riesgo: hipertensas y diabéticas.

INMUNIZACIONES

- **Vacuna contra el tétanos y difteria (Td):** revisar carné de vacunación, si no tiene vacuna administre a mujeres en edad reproductiva Td1 al 1er contacto; Td2, 1 mes después; Td 3, 6 meses después; Td-Refuerzo 1 (Td-R1) 10 años después; Td-Refuerzo 2 (Td-R2) 10 años después.
- **Vacuna de la influenza:** administre a personas mayores concentradas en asilos, en grupos organizados y proveedores de salud, según esquema del Programa de Inmunizaciones, ver módulo Atención a la Demanda, anexo No. 1 página 892.
- **Vacuna contra la hepatitis B:** a toda persona adulta o persona mayor, ver módulo Atención a la Demanda, anexo No. 1 página 891.

Evaluación oftalmológica: cada año, especialmente a las personas diabéticas.

Evaluación auditiva: cada año referir a consulta a servicio con capacidad de realizar audiometría.

Salud bucodental: realice control de placa bacteriana, enseñe técnica de cepillado. Referir a personal odontológico, cada 6 meses para evaluación.

Prevención de cáncer cérvico uterino y de mama

- Toda mujer adulta debe realizarse el Papanicolau o Inspección Visual con Ácido Acético -IVAA- cada 3 años, después de haber iniciado vida sexual activa.
- Detección oportuna de cáncer de mama: orientación para autoexamen de la mama y examen de mamas una vez al año, ya sea mamografía o ultrasonido, de acuerdo a edad.

Detección de pie diabético: evaluación de los pies en cada consulta observando coloración, pulso, sensibilidad, infecciones y úlceras.

Detección temprana de problemas de próstata: en hombres, evaluación de próstata.

Planificación familiar: orientación y consejería para planificación familiar, según “Guía de Planificación Familiar a Mujeres en Edad Fértil”, (edad de 10 a 54 años).

Entrega de medicamentos: que alcancen hasta la próxima consulta a las personas diabéticas y/o hipertensas.

Orientación integral basándose en la sección IV de Orientación a la Persona Mayor y a la Familia página 742 de éste módulo.

III. DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA EN LA PERSONA ADULTA

DIABETES MELLITUS CIE-10-E14

Es una enfermedad crónica que comprende un grupo de trastornos metabólicos de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que es el resultado de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina.

DIABETES MELLITUS TIPO 1 (DM1)

Es una enfermedad autoinmune en la cual las células beta del páncreas se han destruido, perdiendo la capacidad de producir insulina y, como consecuencia se origina elevación de la glucemia; típicamente se presenta abruptamente, y usualmente en la niñez, adolescentes y juventud menor de 30 años. Sin embargo existe una forma de presentación de lenta progresión que inicialmente puede no requerir insulina; a este grupo pertenecen aquellos casos denominados como diabetes autoinmune latente del adulto.

DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)

La DM2 es el resultado de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina, generalmente de un proceso iniciado muchos años antes de su aparición clínica. La desnutrición en la vida intrauterina y/o en la infancia persiste como un factor de riesgo para tener diabetes al futuro. Por otra parte, la desnutrición crónica es factor desencadenante de la obesidad más tarde en la vida y esta es el principal factor del desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2.

Signos y síntomas

- Polidipsia (sed intensa).
- Disminución de peso.
- Polifagia (aumento de apetito)
- Poliuria (orinar frecuentemente).

Puede iniciar con

- Deshidratación.
- Respiración rápida.
- Pérdida de conciencia.
- Pérdida de peso.
- Astenia (cansancio), debilidad, inanición y agotamiento.
- Infecciones a repetición: candidiasis vaginal, micosis cutánea, Infecciones del Tracto Urinario -ITU-, entre otros.

Factores de riesgo

- Persona mayor de 40 años.
- Obesidad y sobrepeso.
- Síndrome metabólico.
- Alteración previa de la glucosa.
- Sedentarismo.
- Antecedentes de diabetes en familiares.
- Mujeres con antecedentes de hijas e hijos macrosómicos (más de 9 libras).
- Tabaquismo y alcoholismo.
- Dislipidemias.
- Tratamientos con esteroides.

Laboratorios

- Recuerde hacer dos pruebas de glicemia en ayunas para confirmar diagnóstico de diabetes. Si es posible realice prueba de glucosa en ayunas y 2 horas después de comer (postprandial).
- Realice prueba de orina si es necesario.
- Realice exámenes de nitrógeno de urea y creatinina en donde haya capacidad resolutive.
- Realice glicemia (con glicemia sérica), a partir de los 20 años una vez al año, interprete los resultados de acuerdo a la tabla de criterios para diagnosticar diabetes mellitus siguiente:

CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR DIABETES MELLITUS

Examen	Normal	Glicemia en Ayunas Alterada -GAA-	Intolerancia a la Glucosa -IG-	Diabetes Mellitus
Glicemia en ayunas	<100 mg/dl	100 a 125 mg/dl	No aplica	≥ 126 mg/dl
Glicemia 2 horas post carga de glucosa	<140 mg/dl	NA	140 a 199 mg/dl	≥ 200 mg/dl
Hemoglobina glicosilada A1C	<5.7 %	5.7-6.4 %		≥ 6.5 %

Fuente. Programa Nacional de ECNT y Cáncer, 2017.

Nota. Cuando se utiliza glucómetro, un valor mayor a 110 mg/dl en ayunas es indicador de diabetes. Se debe confirmar con glicemia sérica en ayunas y 2 horas postprandial.

- Realice inspección y sensibilidad de los pies en cada consulta y busque la presencia de reflejos aquiliano y patelar y pulso pedio:
 - **Reflejo aquiliano:** paciente sentado, con las piernas colgando, se toma el pie con la mano izquierda, flexionando ligeramente y se percute el tendón de Aquiles. Se produce la extensión del pie, por contracción de los gemelos y el soleo.
 - **Reflejo patelar o rotuliano:** paciente sentado, con piernas semiflexionadas, se percute el tendón del músculo cuádriceps, por debajo de la rótula. Se produce una elevación de la pierna, por contracción del cuádriceps.
 - **Pulso pedio:** se palpa en el dorso de los pies, entre el tendón del dedo gordo del pie y el segundo dedo.

TOMA DEL PULSO PEDIO



Fuente. Programa Nacional de ECNT y Cáncer, 2017.

Conducta/tratamiento

- Cumpla con todos los pasos para la evaluación inicial y periódica del paciente en sus aspectos clínicos y metabólicos.
- Realice tamizaje para tuberculosis en todas las personas diabéticas.
- Clasifique y trate de acuerdo al “Algoritmo para el Manejo de Enfermos con Diabetes Mellitus”, ver página 616 de éste módulo.
- Tratamiento farmacológico:
 - Se recomienda iniciar de inmediato el tratamiento con antidiabéticos orales, en el caso de las personas con glucemias en ayunas mayores 240 mg/dl y/o HbA1c mayor de 8.5 %, en particular cuando han perdido peso asociado a síntomas de hiperglucemia.
 - Tratamiento farmacológico de monoterapia (un solo medicamento) Cuando los valores de glucemia sean menores a 240 mg/dl y/o HbA1c menores de 8.5 %, se debe iniciar un medicamento al momento del diagnóstico, simultáneamente con el inicio de las modificaciones en el estilo de vida. Sin embargo, en lugares donde se tenga un programa para lograr cambios efectivos del estilo de vida a corto plazo, se podría aplazar la monoterapia hasta la siguiente medición de la HbA1c (máximo a los tres meses), si no se logran alcanzar valores normales iniciar medicamentos.
 - La metformina es la única biguanida disponible y se debe considerar como el Antidiabético Oral -ADO- de primera línea en todas las personas con diabetes tipo 2 y en particular en las que tienen sobrepeso.
 - Las sulfonilúreas (Glimepiride) se pueden considerar como ADO de primera línea en personas con peso normal o que tengan contraindicación a la metformina.
 - Tratamiento farmacológico combinado (dos o más medicamentos): Se debe iniciar tratamiento combinado metformina y glimepirida en pacientes con DM2 cuando los niveles de glicemia superen los 240 mg/dl y hemoglobina glucosilada sea mayor a 8.5 % o, cuando las metas de control de la glucemia o HbA1c no están siendo alcanzadas con un solo medicamento, la meta de HbA1c (7 %) debe alcanzarse en los primeros 3 a 6 meses de tratamiento y mantenerse en forma permanente para evitar las complicaciones crónicas de la diabetes.

DOSIFICACIÓN DE METFORMINA DE 850 mg (PO) PARA PERSONAS DIABÉTICAS

SEMANA	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA
Primera	½ tableta con el desayuno	½ tableta con el almuerzo	½ tableta con la cena
Segunda	½ tableta con el desayuno	1 tableta con el almuerzo	½ tableta con la cena
Tercera	1 tableta con el desayuno	1 tableta con el almuerzo	½ tableta con la cena
Si persiste el descontrol glicémico, hasta normalizar	1 tableta con el desayuno	1 tableta con el almuerzo	1 tableta con la cena

Fuente. Programa Nacional de ECNT y Cáncer, 2017.

- El tratamiento con medicamentos debe indicarse de la manera siguiente:
 - Iniciar con (monoterapia) metformina, (tableta 850 mg) en personas con glucemia inferior a 240 mg/dl y hemoglobina glicosilada menor de 8.5 %.
 - La metformina debe considerarse como el antidiabético oral de primera línea en todas las personas con diabetes tipo 2 y en particular en las que tienen sobrepeso.
- Se debe iniciar tratamiento combinado metformina y glimepirida en pacientes con DM2 cuando los niveles de glucemia superen los 240 mg/dl y hemoglobina glicosilada sea mayor a 8.5 %, de la manera siguiente:
 - 1 tableta de glimepirida (2 mg), diaria vía oral, ½ hora antes del desayuno y
 - Metformina de acuerdo a la dosificación del cuadro anterior. Se puede aumentar paulatinamente la dosis de glimepirida dependiendo del resultado de las glicemias de control hasta 8 mg al día.
- Refiera para tratamiento especializado a las personas con las características siguientes:
 - Niveles glicémicos y Hemoglobina Glicosilada -HbA1c- en valores inadecuados, a pesar de recibir medicamentos combinados.
 - Pérdida acelerada de peso.
 - Complicaciones agudas y crónicas.
 - Paciente con insuficiencia renal y hepática.
 - Embarazadas.

- Si encuentra ausencia o disminución del pulso pedio y de los reflejos aquiliano y patelar, ver página 612 de éste módulo.
- **Mida anualmente un perfil de lípidos a toda persona con DM2.**
- Indique hemoglobina glicosilada cada 3 meses.
- Refiera a evaluación oftalmológica cada año.
- Dé seguimiento a pacientes con insulino terapia, contrarreferidos por los hospitales y otros servicios de salud.
- Refiera al “Club de Personas con Diabetes”, si existe en la comunidad.
- Registre en SIGSA 3.

Oriente sobre

- Mantener un peso adecuado durante toda la vida.
- Evitar el sobrepeso y la obesidad.
 - En personas con obesidad se debe disminuir en un 7 % su peso corporal en el primer año de tratamiento.
 - Mantener un índice de masa corporal entre 18.6 y 24.9 kg/m²,
 - Realizar actividad física (30 minutos diarios).
 - Limitar las conductas sedentarias (ver televisión, mantenerse sentado, juegos electrónicos, entre otros).
- Consumir dieta saludable, con énfasis en alimentos de origen vegetal (frutas y verduras).
 - Moderar la ingesta de carnes rojas y procesadas (embutidos).
 - Evitar las comidas chatarra (hamburguesas, pollo frito, pizza, frituras de bolsita).
 - Evitar consumir aguas gaseosas (bebidas carbonatadas), jugos procesados, entre otros.
- Ingesta abundante de agua segura.
- Prevenir el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas).
- Disminuir y retrasar el progreso natural de la enfermedad.
- Evitar o retrasar la aparición de las complicaciones, cuando la diabetes ya está establecida.
- Evitar el daño progresivo en los tejidos y órganos, para lo cual debe:
 - Realizarse el auto monitoreo de la glicemia, con glucómetro.
 - Realizarse el examen de hemoglobina glicosilada cada 3 meses.
 - Someterse a evaluación oftalmológica cada año.

ALGORITMO PARA EL MANEJO DE LOS ENFERMOS CON DIABETES MELLITUS



METAS PARA CONTROL GLICÉMICO EN PACIENTES DIABETICOS

Examen	ADECUADO	INADECUADO	IMC=Peso en Kg / Talla en M ²	
Glicemia en ayunas	70 - 115	>115	Normal	18.0 a 24.9 kg /M2
Glicemia 2 h. PP	70 - 160	>160	Sobrepeso	25.0 a 29.9 kg /M ²
HbA _{1c}	< 7.0 %	≥ 7 %	Obesidad	≥ 30 kg / M ²
Fuente ALAD - IDF			Fuente OMS	

COMPLICACIONES AGUDAS DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2) CIE-10-E11

HIPOGLICEMIA CIE-10-E16.2

Es la glucosa plasmática por debajo de 50 mg/dl.

Signos y síntomas

- Cansancio.
- Sudoración.
- Temblor.
- Confusión y pérdida de conciencia.
- Palidez y piel fría.
- Palpitaciones.
- Ansiedad e insomnio.
- Hambre repentina.
- Cefalea y náuseas.
- Pérdida de conocimiento.

Factores de riesgo

- Retrasar u omitir una comida.
- Administrar insulina sin tomar alimentos.
- Beber alcohol en exceso o sin ingerir alimentos simultáneamente.
- Hacer ejercicio intenso sin haber ingerido una refacción previa.
- Equivocarse en las dosis del hipoglucemiante.
- Enfermedad renal concomitante.

Conducta/tratamiento

- Administre una sola dosis de azúcar simple (bebida azucarada o un vaso con agua y tres cucharadas de azúcar).
- Si la persona ha perdido el conocimiento o se encuentra obnubilada (semi-inconsciente) y se niega a ingerir azúcar, administre de 100 a 300 ml de dextrosa al 10 % vía intravenosa (IV) a chorro, (si no cuenta al 10 %, administre dextrosa al 5 %).
- Después de haber recibido la dosis oral o parenteral de glucosa y esté en capacidad, debe ingerir alimentos ricos en carbohidratos (una porción de pan, pastel, pastas o banano y no ingerir aguas gaseosas).
- Refiera inmediatamente si la persona no mejora o si no hay capacidad resolutive.

- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

HIPERGLICEMIA SEVERA CIE-10-R73.9

Es la glucosa plasmática en ayunas mayor de 300 mg/dl.

Signos y síntomas

- Cansancio.
- Poliuria (orinar mucho).
- Aliento a manzana en ayunas.
- Respiración rápida.
- Polidipsia (sed intensa).
- Calambres.
- Vómitos.
- Rubor (enrojecimiento de la piel).
- Hipotensión (presión baja).
- Pérdida de la visión.
- Pérdida de conocimiento.

Conducta/tratamiento

- Administre solución salina 1,000 ml vía intravenosa (IV), a 60 gotas por minuto.
- Refiera urgentemente al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Complicaciones crónicas

- Oftalmológicas: retinopatía diabética, catarata, glaucoma, lesiones en córnea.
- Neuropatía.
- Pie diabético.
- Nefropatía diabética.
- Insuficiencia renal.

PIE DIABÉTICO CIE-10-E10.5

Es una lesión con pérdida de continuidad de la piel (úlceras), en uno o ambos pies. Constituye el principal factor de riesgo para la posterior amputación de la extremidad.

Signos y síntomas

- Infecciones.
- Úlceras (superficiales y profundas).
- Celulitis y linfangitis.
- Cambios de coloración.
- Ausencia o disminución del pulso pedio y de los reflejos aquiliano y patelar.
- Puntos o áreas negras (necrosis).

Factores de riesgo

- Neuropatía periférica.
- Infección.
- Enfermedad vascular periférica.
- Trauma.
- Edad avanzada.
- Larga duración de la diabetes.
- Pobre control glicémico.
- Calzado inapropiado.
- Úlceras o amputaciones previas.

CLASIFICACIÓN DEL PIE DIABÉTICO

CLASIFICACIÓN	SIGNOS O SINTOMAS
GRADO 0	Pie en riesgo por presencia de enfermedad vascular periférica, neuropatía, deformidades ortopédicas, neuropatía sin presencia de úlcera.
GRADO 1	Úlcera superficial.
GRADO 2	Úlcera profunda que llega a tendón, ligamento, articulaciones y/o hueso.
GRADO 3	Infección localizada, celulitis, absceso, osteomielitis.
GRADO 4	Gangrena local.
GRADO 5	Gangrena extensa.

Fuente. Programa Nacional de ECNT y Cáncer, 2017.

Persona Adulta y Persona Mayor

Conducta/tratamiento

Prevención primaria del pie diabético (Grado 0)

La prevención primaria implica ante todo la detección temprana y el manejo de los factores de riesgo para pie diabético descritos anteriormente. Las medidas preventivas más importantes incluyen.

- Examen minucioso de los pies en cada visita.
- Evaluación anual de los componentes neurológico y vascular.
- Higiene podológica (atención de callos, uñas entre otras).
- Educación sobre el uso adecuado de calzado.
- Educación sobre prevención de trauma (no caminar descalzo, uso de calcetines).
- Ejercicio físico supervisado.
- En caso de presentar lesiones grado 3 en adelante debe referirse al hospital para tratamiento quirúrgico.

Prevención secundaria (Grados del 1 al 5)

El objetivo es evitar que se avance de los grados 1 y 2 de Wagner a los más severos, como la gangrena, mediante el cuidado adecuado de las úlceras y corrección de los factores desencadenantes.

- Examine los pies en cada consulta.
- Inicie tratamiento con: clindamicina 300 mg, vía oral (PO) cada 8 horas durante 10 días; más ciprofloxacina 500 mg cada 12 horas PO, durante 10 días.
- Refiera al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

NEFROPATÍA DIABÉTICA CIE-10-E14.2

Es la alteración del funcionamiento renal, secundario a la diabetes mellitus, mal controlada.

Signos y síntomas

- Proteinuria: orina simple, tira reactiva; mayor de 300 mg/dl o más de dos cruces (microalbuminuria).
- Pre-hipertensión o hipertensión arterial.
- Edema.
- Anuria (falta de orina) o poliuria (exeso de orina) nocturna.

- Pérdida de peso.
- Palidez mucocutánea.

Factores de riesgo

- No apego al tratamiento.
- Consumo de alcohol.
- Uso de nefrotóxicos (aminoglucósidos, medios de contraste, AINES).

Conducta/tratamiento

- Refiera al hospital si sospecha nefropatía diabética.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

NEUROPATÍA DIABÉTICA CIE-10-E14.4

Es una complicación frecuente en la cual se presenta daño en los nervios como resultado de los altos niveles de azúcar en la sangre (hiperglicemia). Los síntomas comienzan de 10 a 20 años después del diagnóstico de la diabetes. Las lesiones en los nervios del cráneo (pares craneales) o los de la columna vertebral y sus ramificaciones. Este tipo de lesión nerviosa (neuropatía) tiende a desarrollarse en etapas.

Signos y síntomas

- Dificultad para tragar.
- Dolor profundo, con mayor frecuencia en los pies y en las piernas.
- Pérdida de la sensación de calor o frío.
- Calambres musculares.
- Entumecimiento (si los nervios están gravemente dañados, la persona puede no estar consciente que se le ha infectado una ampolla o una herida menor).
- Hormigueo o sensación de ardor en las extremidades particularmente los pies.
- Cambios en la visión.
- Pérdida del reflejo aquiliano.
- Pérdida de sensibilidad en los pies.
- Se puede llegar a las complicaciones siguientes:
 - Lesión en los pies debido a la pérdida de la sensibilidad.
 - Degradación muscular y desequilibrio.

- Ulceración de la piel y tejidos blandos, que posteriormente pueden requerir amputación.

Conducta/tratamiento

- Refiera al hospital más cercano para evaluación y tratamiento.
- En caso que la persona no pueda asistir o ser llevada de inmediato indique:
 - Gabapentina: inicialmente 300 mg vía oral (PO) cada 8 horas, durante 10 días y evalúe la continuidad del tratamiento.
 - Neurotropas: una ampolla de 25,000 UI, una vez al día, vía intramuscular (IM), durante 10 días.
- Los objetivos del tratamiento son evitar el empeoramiento de la neuropatía y reducir sus síntomas.

Orienta sobre

- Autoexamen en forma regular de los pies para: identificar pequeñas infecciones, prevenir el empeoramiento de las lesiones y evitar las amputaciones.
- Acudir al servicio de salud si detecta lesiones o infecciones.
- Dieta balanceada para control de la glicemia. Consumo de medicamentos según lo indicado.
- Actividad física adecuada.

HIPERTENSION ARTERIAL CIE-10-I10 AL CIE-10-I15

La Hipertensión Arterial -HTA- se define como una condición médica, caracterizada por un incremento permanente de los valores de presión arterial: sistólica (PAS) a 130 o más mm de Hg y/o el nivel de presión arterial diastólica (PAD) a 80 o más mm de Hg. Casi la mitad de las personas no presenta síntomas. De acuerdo a su etiología la HTA se clasifica en:

HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA -HTAP- CIE-10-I10

Es HTAP cuando los estudios no logran determinar una causa de la misma. Se presenta con mayor frecuencia en personas adultas y casi no existe en la niñez.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA -HTAS- CIE-10-I15

En este tipo de hipertensión, sí se logra identificar la causa, por problemas de salud específicos.

Signos y síntomas

- Cefalea.
- Visión borrosa.
- Mareos.
- Opresión en el pecho.
- Zumbido de oídos.
- Letargia o inconsciencia.
- Sudoración excesiva.
- Convulsiones.
- Edema.
- Anuria (no orina).
- Sangrado por la nariz (epistaxis).

Factores de riesgo

- Edad: personas mayores de 50 años tienen mayor riesgo.
- Sexo: más frecuente en mujeres.
- Antecedentes familiares de hipertensión.
- Tabaquismo.
- Sedentarismo.
- Consumo elevado de sal.
- Obesidad.
- Colesterol elevado.
- Diabetes mellitus.
- Enfermedad renal.

Diagnóstico

La hipertensión arterial es una enfermedad casi siempre asintomática, silenciosa, y lentamente progresiva que se presenta generalmente en personas entre 30 y 50 años, que después de 10 o 20 años ocasiona daños significativos en órganos blancos. El diagnóstico debe estar basado en el promedio de por lo menos dos mediciones, tomadas al menos en dos visitas posteriores a la detección inicial, o a través de un período más prolongado (excepto cuando las cifras de presión son muy altas que ameriten tratamiento inmediato). Cuando la PAS y PAD se ubican en diferentes valores, se utilizará el valor más alto para clasificarlo. Clasifique la hipertensión de acuerdo a la tabla siguiente.

CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN

CLASIFICACIÓN	SISTÓLICA mm de Hg	DIASTÓLICA mm de Hg
Normal	<120	<80
Presión elevada	120-129	<80
Hipertensión estadio 1	130-139	80-89
Hipertensión estadio 2	Mayor o igual a 140	Mayor o igual a 90

Fuente. Jeffery, Susan. New ACC/AHA. Hypertension Guidelines Make 130 the New 140. Nov. 2017.

Conducta/tratamiento

- Básese en el “Algoritmo para el Manejo de Pacientes con Hipertensión Arterial”, al final de emergencia hipertensiva, ver página 628 de éste módulo.

PRESIÓN ELEVADA

- Cambio de estilo de vida.
- Actividad física.
- Alimentación saludable.

HIPERTENSIÓN ESTADÍO 1

Tratamiento

- **Primera elección:** diuréticos tiazídicos, dosis, ver cuadro de medicamentos antihipertensivos, más abajo.
- **Segunda elección:** IECAS o ARA II, más tiazídicos, dosis ver cuadro de medicamentos antihipertensivos, en la siguiente página.

HIPERTENSIÓN ESTADÍO 2

- Los casos de hipertensión arterial estadio 2 que presentan complicaciones cardiovasculares, renales, enfermedad hipertensiva del embarazo, serán referidos al hospital más cercano.
- Si no presenta complicaciones ni enfermedades asociadas, iniciar tratamiento con diuréticos, tiazídicos más IECAS.
- Si la persona tiene triglicéridos elevados, indicar ciprofibrato 100 mg, vía oral (PO), cada 24 horas.
- Si la persona tiene colesterol elevado, indicar atorvastatina, comprimidos 10 mg, PO cada 24 horas.
- Para inicio de tratamiento, consultar el cuadro siguiente:

MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS

ACCIÓN	MEDICAMENTO	DOSIS HABITUAL	OBSERVACIONES
1. IECA Inhibidores de la enzima Convertidora de Angiotensina.	Ramipril Cilazapril Enalapril Captopril	2.5-10 mg/día 2.5-10 mg/día 10-20 mg/día 25-50 mg/día Todos PO	Efecto secundario: tos Contraindicaciones: Embarazo. Mayor efecto protector del riñón, recomendable monitorear creatinina y el potasio sérico para descartar deterioro renal o hiperpotasemia en pacientes de edad avanzada.
2. ARA II Antagonistas del receptor de Angiotensina II.	Irbesartán Losartán	75-300 mg/día 50 -100 mg/día	Efecto secundario: hiperkalemia Es un nefroprotector
3. Diuréticos Tiazídicos.	Hidroclorotiazida	12.5-25 mg/día	Acción de corta duración -Aumento de los niveles de colesterol, glucosa y ácido úrico -Depleción de potasio
4. Diuréticos de ASA.	Furosemida	20-80 mg (cada 12 horas)	Hipopokalemia Alcalosis hipoclorémica
5. Calcio antagonistas Dihidropiridínicos.	Amlodipina Felodipino Isradipino	5-10 mg/día 5-20 mg/día 2.5-5 mg/día	Efectos secundarios: edema de miembros inferiores, hipertrofia gingival
6. Beta bloqueador.	Atenolol	25-100 mg/día	Efectos secundarios: broncoespasmo, bradicardia, insuficiencia cardíaca congestiva. Puede enmascarar a la hipoglicemia inducida por la insulina. -Alteración de la circulación periférica, insomnio, fatiga, hipertrigliceridemia.

Fuente. Guías de Atención del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Cáncer, Guatemala, 2011.

Persona Adulta y Persona Mayor

- Mida anualmente el perfil de lípidos a toda persona con hipertensión arterial y mantener los valores óptimos.
- Realice la evaluación antropométrica (peso anual).
- Realice tamizaje, mediante la toma de presión arterial a toda persona que consulta a los servicios de salud.
- Promueva la atención prenatal en las mujeres embarazadas, para detectar hipertensión.
- Fomente en la persona adulta y persona mayor el auto monitoreo de la presión arterial.
- Registre en SIGSA 3.

Oriente sobre

- No automedicarse.
- Cambios en el estilo de vida y adoptar estilo de vida saludable:
 - Realizar actividad física (30 minutos diarios).
 - Limitar las conductas sedentarias.
 - Consumir dieta saludable, ver oriente sobre de diabetes página 615 en este módulo.
 - Reducir el consumo de sal, no deberá exceder de una cucharadita (5 g) por día.
 - Mantener un índice de masa corporal entre 18.6 y 24.9 kg/m².

Nota. Toda mujer embarazada con hipertensión arterial, debe ser referida a un servicio de salud con capacidad resolutive para tratamiento especializado.

CRISIS HIPERTENSIVA CIE-10-I10

URGENCIA HIPERTENSIVA

Es la elevación de la presión arterial mayor de 180/110 mm de Hg sin lesión o daños en órgano blanco.

Signos y síntomas

- Cefalea.
- Visión borrosa.
- Nausea.
- Mareo.
- Palpitaciones.

Conducta/tratamiento

- Captopril 25-50 mg o enalapril 5-20 mg por vía oral (PO), dosis única.
- Control de la presión arterial en 1-2 horas, si no hay descenso referir al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orientación sobre

- Ser consistente con el tratamiento antihipertensivo establecido.
- Importancia de cumplir con la referencia.

EMERGENCIA HIPERTENSIVA

Son situaciones en las que hay hipertensión arterial (cualquier cifra) y evidencia de daño agudo a un órgano blanco.

Signos y síntomas

- Dolor precordial de características anginosas (opresivo, irradiado a hombros, brazos, cuello y/o espalda).
- Disnea asociada a crepitantes pulmonares u otros signos de congestión pulmonar.
- Ingurgitación yugular o ritmo de galope.
- Alteración de conciencia, hemiparesia (parálisis de una parte del cuerpo), afasia (imposibilidad para hablar), desarticulación de palabras.
- Convulsiones.
- Presencia de exudados, hemorragias y/o edema de papila en el fondo de ojo.
- Anuria (no orina).

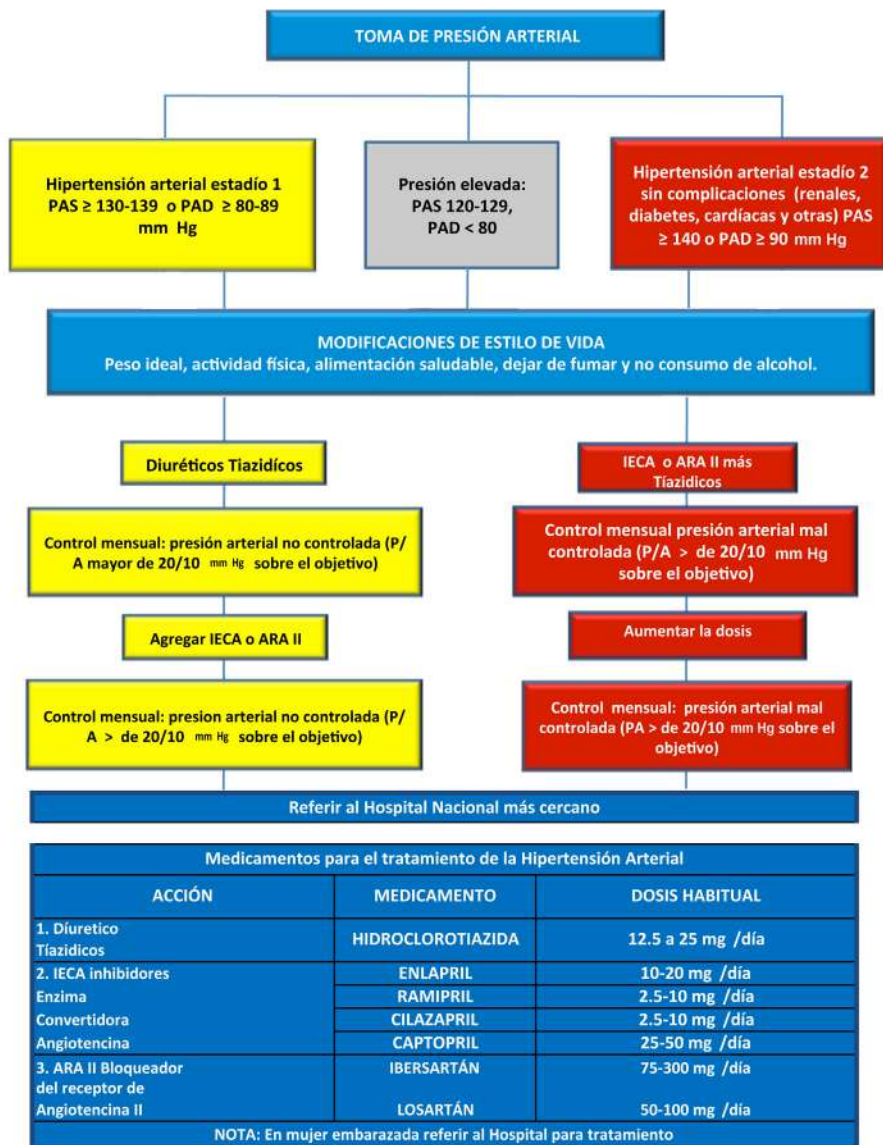
Conducta/tratamiento

- Administrar captopril de 25 a 50 mg o enalapril de 5 a 20 mg vía oral dosis única.
- Refiera de inmediato a la persona al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orientación sobre

- Situación de la persona e importancia de cumplir inmediatamente con la referencia.

ALGORITMO PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL



Fuente. Programa Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Cáncer, 2018.

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (INFARTO CARDÍACO) CIE-10-I21

El infarto es un daño, necrosis o muerte de una parte del músculo del corazón producido por una obstrucción en una de las arterias que lo irrigan. La isquemia o suministro deficiente de oxígeno que resulta de la obstrucción de una arteria produce angina de pecho que, si se atiende rápidamente, no produce muerte del tejido cardíaco, mientras que si se mantiene esta anoxia (falta de oxígeno) se produce la lesión del miocardio y finalmente la necrosis; es decir el infarto.

Signos y síntomas

- Dolor de pecho repentino: puede propagarse a los brazos y hombros sobre todo, del lado izquierdo, la espalda, cuello e incluso los dientes y la mandíbula.
- Disnea o dificultad para respirar.
- Agitación, palidez generalizada, sudoración.
- Mareos.
- Palpitaciones.
- Náuseas.
- Frecuentemente con presión arterial elevada.

Factores de riesgo

- Hipertensión arterial.
- Persona mayor.
- Sexo masculino.
- Tabaquismo.
- Abuso del alcohol.
- Hipercolesterolemia:
 - Niveles elevados de LDL (Lipoproteínas de Baja Densidad por sus siglas en inglés). Arriba de 160 mg/dl, también conocido como colesterol malo.
 - Niveles bajos de HDL (Lipoproteínas de Alta Densidad, por sus siglas en inglés). También conocido como colesterol bueno. (debajo de 40 mg/dl).
- Diabetes mellitus.
- Obesidad (IMC mayor de 30).

Muchos de los factores de riesgo cardiacos son modificables, de modo que gran cantidad de ataques al corazón, pueden ser prevenidos al mantener un estilo de vida saludable.

Conducta/tratamiento

- Refiera inmediatamente al hospital más cercano, en posición semisentada con las rodillas dobladas.
- Administre oxígeno con mascarilla, a 2-3 litros por minuto, (si hay disponible).
- Administre aspirina tabletas 300 mg, vía oral (PO), si no es alérgica/o.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

DISLIPIDEMIAS CIE-10-E78

Conjunto de enfermedades asintomáticas, resultantes de las concentraciones anormales de las lipoproteínas sanguíneas: triglicéridos, colesterol total, colesterol HDL, (conocido como colesterol bueno) y colesterol LDL, (conocido como colesterol malo). Tales concentraciones constituyen un factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares y se pueden modificar con un estilo de vida saludable.

Realizar tamizajes en la población en riesgo, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno son estrategias costo efectivas en la prevención de la morbilidad cardiovascular.

Su prevalencia es mayor en las personas con diabetes, hipertensión arterial o sobrepeso. El resultado de las dislipidemias es la arterioesclerosis, que constituye un factor de riesgo independiente para sufrir morbilidad y mortalidad cardiovascular, como:

- Cardiopatía isquémica: infarto, angina e insuficiencia cardíaca.
- Enfermedad vascular cerebral: isquemia cerebral transitoria, infarto cerebral,
- Hemorragia cerebral.
- Insuficiencia arterial periférica: claudicación intermitente y la isquemia arterial aguda de miembros inferiores, que puede resultar en gangrena y amputación.
- Aneurisma de la aorta y disección de la aorta.
- Otras: oclusión de las arterias mesentéricas.

Causas de dislipidemia primaria

Factores genéticos son determinantes para la concentración de las lipoproteínas y esas son las dislipidemias primarias. Se producen en exceso o hay deficiencia en la eliminación de triglicéridos y colesterol LDL o hay producción deficiente o eliminación excesiva de colesterol HDL.

Si la persona no tiene los factores de riesgo de las secundarias, referir al hospital más cercano para estudio y tratamiento.

Causas frecuentes de dislipidemia secundaria

Diabetes mellitus, consumo de alcohol, ingesta de fármacos (diuréticos, beta bloqueadores, estrógenos, esteroides, entre otros), hipotiroidismo, obesidad, síndrome nefrótico, hepatopatía obstructiva, insuficiencia renal crónica.

Factores de riesgo

- Edad, (la concentración de colesterol LDL y triglicéridos aumenta en proporción directa con la edad, el fenómeno opuesto ocurre con el HDL).
- Estilo de vida no saludable (falta de ejercicio, obesidad, tabaquismo, sedentarismo y dieta alta en grasa) en ambos sexos.
- Factores genéticos son determinantes para la concentración.

VALORES NORMALES DE CONCENTRACIÓN DE LÍPIDOS EN SANGRE

LIPIDO	CONCENTRACIÓN
Triglicéridos	Menor de 150 mg/dl
Colesterol total	Menor de 190 mg/dl
Colesterol HDL	40 a 60 mg/dl
Colesterol LDL	Limítrofe menor de 130 mg/dl Óptimo menor de 100 mg/dl

Fuente. Guías para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. 2011.

Conducta/tratamiento

- Las metas del tratamiento de las dislipidemias son: reducción de los lípidos séricos a niveles normales y evitar la aparición de eventos cardiovasculares.
- **No farmacológico:** la educación juega un papel determinante para el éxito del tratamiento. El objetivo central es que la persona adquiera un estilo de vida saludable permanentemente, eliminando así todos los factores de riesgo modificables concomitantes.
- **Farmacológico:** toda persona con dislipidemia, es candidato para recibir tratamiento hipolipemiente, ya que la disminución de la concentración de los lípidos séricos y/o el aumento del colesterol HDL, disminuyen la mortalidad cardiovascular.

- El tratamiento debe continuar por el tiempo que la persona esté expuesta al factor de riesgo, debe ser evaluada a las seis semanas después de su inicio. Una vez alcanzada la meta debe conservar un estilo de vida saludable y evaluar los niveles cada seis meses.

TRATAMIENTO DE LAS DISLIPIDEMIAS

TIPO DE DISLIPIDEMIA	MEDICAMENTOS	DOSIS	OBSERVACIONES
Hipertrigliceridemia (valores mayores a 1000 mg/dl referir al hospital).	Fibratos: Ciprofibrato Gemfibrozil (1/2 hora antes de la cena)	50-100 mg 600 mg	En tratamientos prolongados realizar transaminasas
Hipercolesterolemia HDL	Estatinas: Lovastatina Atorvastatina Simvastatina	20-40 mg 80 mg 80 mg	Si el paciente presenta dolores musculares suspender el tratamiento
Dislipidemias mixta	Estatinas: Lovastatina Atorvastatina Simvastatina	20-40 mg 80 mg 80 mg	Existe mayor riesgo de rabdomiolisis cuando se asocia fibratos con estatinas

Fuente. Guías para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. PNECNTyC. 2015.

EVENTO CEREBROVASCULAR CIE-10-I60 AL CIE-10-I64

Los términos accidente o ataque cerebrovascular, infarto cerebral, derrame cerebral o, menos frecuentemente, apoplejía son utilizados como sinónimos del término que incluye todas las enfermedades cerebrovasculares, debidas a la interrupción repentina del riego sanguíneo a alguna parte del cerebro (ICTUS).

EVENTO CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO CIE-10-I63

Es el más común, cuando un vaso sanguíneo resulta bloqueado por un coágulo de sangre, interrumpiendo el flujo de sangre.

EVENTO CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICO (Derrame Cerebral) CIE-10-I60 (Subaracnoideo) CIE-10-I61 (Intraencefálico) CIE-10-I62 (Otras hemorragias)

Es cuando un vaso sanguíneo del cerebro se rompe, causando una filtración de sangre dentro del mismo.

Signos y síntomas

Los síntomas dependen de qué parte del cerebro está lesionada. Estos se presentan súbitamente y sin aviso, pueden ser episodios (ocurren, luego se detienen) o pueden empeorar lentamente con el tiempo.

- Dolor de cabeza.
- Náuseas y vómitos.
- Letargo, somnolencia, estupor, retraimiento, coma.
- Pérdida de la coordinación y equilibrio.
- Dificultad para hablar, deglutir o leer.
- Parálisis y/o cambios de sensibilidad especialmente en un solo lado del cuerpo; disminución de la sensibilidad u hormigueo.
- Confusión repentina.
- Debilidad de cualquier parte del cuerpo.
- Cambios de la visión (disminución repentina de la visión o pérdida total de la visión).

Factores de riesgo

- Hipertensión arterial (factor número uno).
- Diabetes.
- Sobrepeso y obesidad.
- Cardiopatía.

- Colesterol alto.
- Personas mayores.
- Consumo de alcohol y tabaco.
- Consumo de drogas.

Conducta/tratamiento

- Refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a contrarreferencia.

HEMIPLEJÍA CIE-10-G81.9

Es el cuadro clínico establecido a un evento cerebro vascular caracterizado por incapacidad para movilizar la mitad del cuerpo ya sea derecha o izquierda y puede ser total o parcial. Puede presentarse dificultad para hablar y problemas visuales.

Signos y síntomas

- Inconsciencia o desorientación.
- Inmovilidad de miembro superior o inferior afectado.
- Inmovilidad de la mitad de la boca.
- Incapacidad para levantar el párpado o ceja del lado afectado.
- Dificultad para mover la lengua.
- Pérdida de fuerza muscular, del lado afectado.
- Elevación de la presión arterial.
- Estado de ansiedad.
- Nerviosismo.

Conducta/tratamiento

- Estabilice y refiera al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orientación sobre

- Tomar medicamentos indicados para evitar recaídas y complicaciones.
- Cuidados de la piel y dentadura.
- Adecuada alimentación.
- Movilización constante para evitar contracturas o úlceras por presión.
- Mantener posturas adecuadas.

ASMA BRONQUIAL CIE-10-J45

Es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, que se caracteriza por una obstrucción bronquial variable y reversible ya sea espontáneamente o con tratamiento, que cursa con un aumento de la respuesta de la vía aérea frente a la gran variedad de estímulos: alérgenos, fármacos, ejercicio, aire frío, risa o llanto, humo, entre otros.

Signos y síntomas

- Tos.
- Silbidos en el pecho.
- Secreciones (flemas).
- Disnea o dificultad respiratoria con fatiga.
- Sensación de opresión.

Estos síntomas suelen cursar en crisis, durando unos días y cediendo, o bien cursar con síntomas de forma continua, con agudizaciones ocasionales más intensas. En todas las formas es característico el predominio nocturno de los síntomas.

Factores de riesgo

- **Predisponentes:**
 - Alergia.
 - Historia familiar de asma.
- **Causales:**
 - En el hogar: ácaros, animales domésticos y mohos.
 - En el ambiente exterior: polen y mohos.
 - En el lugar de trabajo: productos químicos, polvos, madera, harina, entre otros.
 - Medicamentos: aspirina y ciertos analgésicos antiinflamatorios.

Desencadenantes de las crisis

- Infecciones vírales de las vías aéreas superiores.
- Hacer ejercicio y con mayor frecuencia cuando el ambiente es frío seco.
- Cambios climáticos, como descensos de la temperatura, la humedad y la niebla.
- Reflujo gastroesofágico.
- Embarazo, los periodos menstruales y la menopausia empeoran el asma en algunas mujeres.

- Inhalación activa y pasiva de humo, entre ellos de tabaco, leña, entre otros.

Conducta/tratamiento

Ver tabla de escala para estimar la gravedad de la crisis de asma en la siguiente página.

- En caso de crisis de asma:
 - Estimar la gravedad de la crisis (ver cuadro página siguiente).
 - En caso de crisis grave o paro inminente, refiera al hospital más cercano, con oxígeno, acompañado de un proveedor y con primera dosis de medicamentos indicados para casos leves o moderados.
- En caso de crisis leve o moderada:
 - Dexametasona: 1 ampolla de 4 mg, por vía intramuscular (IM) en dosis única.
 - Nebulizar con salbutamol: 20 gotas (1 ml) en 2 ml de suero fisiológico, se puede indicar en tres ocasiones con un intervalo de 15 a 30 minutos entre cada nebulización.
 - Si la persona no mejora refiera inmediatamente al hospital más cercano para tratamiento.
 - Tratamiento de mantenimiento salbutamol 4 mg por vía oral (PO).
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Importancia de cumplir con el tratamiento como se le indica.
- Características de la enfermedad y la importancia de evitar los factores desencadenantes.
- Control ambiental para disminuir y atenuar los alérgenos que contribuyen a las crisis.
- Reconocimiento de la exacerbación de las crisis, para acudir al servicio de salud de inmediato.
- Consumo de medicamentos inter-crisis, como le fueron recomendados.

ESCALA PARA ESTIMAR LA GRAVEDAD DE LA CRISIS DE ASMA

SIGNO	LEVE	MODERADA	GRAVE	PARO INMINENTE
Disnea	Al caminar mejora al acostarse	Al hablar, prefiere estar sentada/o	Estando Acostada/o	Severa
Habla	Frases	Parte de frases	Palabras	No puede hablar
Nivel de conciencia	Puede estar agitada/o	Habitualmente agitada (o)	Siempre agitada/o	Somnolienta/o o confusa/o
Frecuencia respiratoria	Aumentada	Aumentada	Muy aumentada	Muy aumentada
Tiraje intercostal	No	Habitualmente	Habitualmente	Movimiento paradójico
Sibilancias	Moderadas	Fuertes	Muy fuertes	
Pulso	Menor de 100	De 100 a 120	Mayor de 120	Bradicardia

Fuente. Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, 2010. MSPAS. Guatemala.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA -EPOC- CIE-10-J43 Y CIE-10-J44

La EPOC no es una sola enfermedad, sino un concepto general que designa diversas dolencias pulmonares crónicas, cuya característica común es una limitación (reducción) persistente del flujo de aire en los pulmones, que se presenta de manera, crónica y con frecuencia progresiva, está asociada a una reacción inflamatoria pulmonar, que resulta principalmente de la exposición al humo del tabaco (activa y pasiva), contaminación del aire en ambientes cerrados (por ejemplo uso de leña para cocinar o para calefacción), contaminación del aire exterior (humo de motores de combustibles fósiles, diésel por ejemplo), o a sustancias en el ambiente de trabajo (vapores, sustancias irritantes y gases).

Los términos más familiares como bronquitis crónica y enfisema pulmonar, ahora se incluyen dentro de la EPOC. Algunos casos son consecuencia del asma crónica.

Factores de riesgo

- Tabaquismo.
- Exposición al humo de biomasa.
- Antecedente de tuberculosis.
- Infecciones respiratorias y tos recurrente en la infancia.

- Contaminación ambiental y exposición laboral.
- Déficit de Alfa 1-antitripsina.

Signos y síntomas

- Disnea persistente, al principio se presenta al esfuerzo. Con el tiempo llega a aparecer en reposo.
- Tos crónica.
- Producción regular de flemas.
- Bronquitis frecuentes.
- Sibilancias.

Conducta/tratamiento

- Salbutamol o ipratropio inhalado
- Vacunación contra la Influenza al salir del cuadro agudo, ver anexo 1, módulo Atención a la Demanda página 892.
- Tratamiento y control de las comorbilidades (hipertensión, diabetes).
- Apoyo psicológico (ansiedad, depresión).
- Refiera al hospital para tratamiento especializado.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- Situación de la persona e importancia de cumplir con la referencia.
- Cesación de tabaquismo.
- Actividad física.
- Alimentación balanceada.

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA -ERC- CIE-10-N18 Y CIE-10-N19

Es aquella situación patológica en que existe presencia de indicadores de daño o lesión renal, los que pueden ser alteraciones estructurales o funcionales del riñón y/o una reducción de la tasa estimada de filtración glomerular (FG) *por debajo de 60 ml/min/1.73 m² de superficie corporal independientemente de la causa*, de 3 meses o más de evolución, ver Tablas de Levey anexo No. 6 páginas 749 y 750.

La evidencia del daño puede encontrarse en la elevación de la creatinina en sangre, la microalbuminuria y las alteraciones persistentes del examen de orina por un plazo superior a tres meses, particularmente.

Signos y síntomas

La ERC es asintomática en sus primeras etapas, no es hasta que se encuentra en estadios 4 y 5 que presenta los síntomas siguientes:

- Edema.
- Fatiga.
- Picazón o prurito generalizado.
- Cefalea.
- Náusea y vómitos con sangre ocasional.
- Pérdida de peso.
- Anuria.

Factores de riesgo

- Bajo peso al nacer.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes.
- Aspectos laborales (deshidratación, golpe de calor, exposición a plaguicidas, agua contaminada con metales pesados como arsénico o mercurio, ingesta de aguas gaseosas y antiinflamatorios como diclofenaco e ibuprofeno, entre otros).
- Infecciones del tracto urinario a repetición.
- Obesidad, (IMC mayor o igual a 30).
- Mayor de 50 años.
- Mujer con historia de hipertensión durante el embarazo.
- Historia personal de urolitiasis (cálculos, masas duras, “piedras” en las vías urinarias: riñones, uréteres y vejiga) (2 o más episodios).

- Uropatía obstructiva (cuando la orina no puede drenar a través del uréter) de cualquier origen.
- Historia de nefrotoxicidad o uso crónico de antiinflamatorios no esteroides (AINES). Ejemplo: diclofenaco, aspirina, piroxicán, pirazolonas, nimesulinas, entre otros.
- Antecedentes personales o familiares de enfermedades glomerulares, vasculares, intersticiales, quísticos y familiares en diálisis.
- Recuperación de insuficiencia renal aguda de cualquier causa.

Es muy importante identificar los factores de riesgo antes enumerados, así como la ocupación de la persona; otros datos que hacen pensar en la ERC son los siguientes: historia familiar de ERC, infección, obstrucción o litiasis urinaria, hipertrofia prostática, glomerulonefritis post infecciosa, nefropatía por VIH, enfermedades autoinmunes (lupus eritematoso diseminado, crioglobulinemia).

Laboratorios

- Proteinuria: microalbuminuria con tira reactiva mayor a 30 mg/dl.
- Hematología completa.
- Creatinina en sangre.

Conducta/tratamiento

- Refiera al hospital para confirmación de diagnóstico y tratamiento.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- Ver hipertensión arterial página 622 de éste módulo.
- Evitar exposiciones prolongadas al sol y a altas temperaturas (mantener una hidratación adecuada, los trabajadores de campo por ejemplo en los ingenios de azúcar, deben protegerse del sol con sombrero, camisa de manga larga e hidratarse adecuadamente (cantidad, calidad y frecuencia).
- Evitar exposición a tóxicos ambientales insecticidas y plaguicidas en caso necesario utilizar equipo especial y bañarse después de manipularlos.
- Control de:
 - Dislipidemias.
 - Hipertensión arterial.
 - Diabetes Mellitus.

CÁNCER

SIGNOS DE ALERTA PARA EL CÁNCER CIE-10-D48

Según la OMS, se denomina cáncer a un conjunto de más de 100 enfermedades diferentes cuya característica común es la pérdida de los mecanismos que regulan el crecimiento normal de las células, su proliferación y muerte; lo cual ocasiona la aparición de masas o tumores malignos en diferentes sitios, por ejemplo de mama, cuello uterino, próstata, estómago, colon, recto, hígado, pulmón, laringe, boca y otros.

Signos y síntomas

- Tos crónica.
- Ronquera inexplicable o cambios repentinos de voz.
- Disminución de peso sin causa aparente.
- Sangrado anormal de mucosas y cavidades.
- Lesiones de piel que no sanan.
- Cambios de tamaño y color en la apariencia de lunares o verrugas.
- Cambio de color o presencia de masas, tumores o induraciones en cualquier parte del cuerpo (mama, testículo, abdomen, piel).
- Deposiciones (heces) planas, delgadas y sanguinolentas o negras.
- Presencia de sangre en orina o dificultad al iniciar el acto de orinar.
- Dificultad para tragar.
- Fiebre sin causa aparente.
- Sangrado anormal vaginal y sangrado en las relaciones sexuales.

Conducta/tratamiento

- Investigue antecedentes familiares de cáncer.
- Refiera al hospital más cercano para evaluación diagnóstico y tratamiento.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- Evitar el sobrepeso y la obesidad.
- Lograr y mantener un peso adecuado durante toda la vida.
- Evitar el aumento de la circunferencia abdominal (cintura).
- Mantenerse físicamente activa(o).
- Alimentación saludable: según Guías Alimentarias para Guatemala.

Persona Adulta y Persona Mayor

- Evitar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Evitar exposición al sol (sobre todo de 11:00 a 15:00 horas) y utilizar protector solar.
- Prevenir infecciones de transmisión sexual.
- Evitar exposición a sustancias cancerígenas.
- En mujeres: cómo realizar auto examen de mama, Papanicolaou cérvico uterino o inspección visual con ácido acético y autoprueba para detectar el virus del papiloma humano -VPH-.
- Recomienda que una vez al año el personal de salud realice el examen de palpación de las glándulas mamarias.
- En hombres: que debe realizarse antígeno prostático.
- Promover el control prenatal.
- Promover estilos de vida saludables.
- No auto medicarse.
- Evitar el consumo sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas).
- Evitar la exposición ocupacional y ambiental: la exposición a carcinógenos ocupacionales y ambientales, puede influir en la aparición de cáncer.

CÁNCER DE MAMA CIE-10-C50

Debe realizarse el auto examen mensual de la mama y para el efecto el personal de salud debe capacitar a las pacientes en el procedimiento, ver anexo No. 8 en módulo de Adolescencia y Juventud página 581. Se recomienda que una vez al año el personal de salud realice el examen.

- El tamizaje de cáncer de mama mediante mamografía y ultrasonido está indicado en:
 - Toda mujer entre 40 y 49 años de edad, con dos o más factores de riesgo, cada dos años.
 - Todas las mujeres mayores de 50 años cada año.
 - Toda mujer en edad reproductiva (antes de los 40 años de edad), que tenga antecedentes familiares de cáncer de mama, en madre o hermana, durante la edad reproductiva (antes de los 40 años de edad) debe de realizárselo anualmente.

CÁNCER COLORRECTAL CIE-10-C18

Se recomienda ofrecer tamizaje a los hombres y mujeres a partir de los 50 años. Se utiliza principalmente la detección de sangre oculta en heces cada dos años.

CÁNCER DE CÉRVIX CIE-10-C53.0

El tamizaje de cáncer de cuello de útero a través del Papanicolaou o mediante la inspección visual con ácido acético -IVAA- debe realizarse en los casos siguientes: a los 40 días post parto y a las mujeres mayores de 25 años cada 3 años, ver Módulo Embarazo Parto y Puerperio página 9.

CÁNCER DE PRÓSTATA CIE-10-C61

Realizar tamizaje con tacto rectal cada año a partir de los 50 años, antígeno prostático cada año, a los hombres mayores de 50 años que tengan síntomas.

CÁNCER GÁSTRICO CIE-10-C16

Realizar prueba de *Helicobacter pylori* en sangre a toda persona mayor de 25 años con síntomas gástricos. Si son positivos dar tratamiento y realizar endoscopia y biopsia.

CÁNCER HEPÁTICO CIE-10-C22.0

Realizar ultrasonido, a personas con diagnóstico de hígado graso, cirrosis y hepatitis B.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS Y AGUA -ETA-

Ante cualquier sospecha de ETA refiera a hospital más cercano, si el paciente esta consciente y puede tragar, inicie SRO hipoosmolar cada 15 minutos a pequeños sorbos, un vaso de 200 ml cada 2 horas.

HEMORROIDES CIE-10-184.9

Son varices o inflamación de las venas en el recto y el ano. También se les conoce con el nombre de almorranas, estas son consecuencia del esfuerzo del pujo para evacuar el intestino, aunque pueden ser causadas por el embarazo, el envejecimiento y el estreñimiento crónico o diarrea.

Signos y síntomas

- Sensación de ardor en el recto.
- Comezón.
- Humedad anal constante.
- Dolor.
- Sangrado al evacuar (aunque no siempre sangran).
- Manchado de la ropa y sensación de salida de alguna protuberancia.

Para clasificarlas, básese en la tabla siguiente:

CLASIFICACIÓN DE LAS HEMORROIDES

GRADO	HALLAZGOS
Grado 1	La hemorroide se localiza en el tejido submucoso. Puede defecar sangre roja viva.
Grado 2	Sobresalen al defecar pero se reintroduce espontáneamente con el cese del esfuerzo.
Grado 3	Salen al defecar y deben ser reintroducidas manualmente.
Grado 4	Las hemorroides no se pueden reintroducir y están siempre colapsadas.

Fuente. Programa de Adulto Mayor MSPAS/DRPAP.

Factores de riesgo

- Herencia.
- Estreñimiento.
- Envejecimiento.
- Diarrea que puede producir irritación.
- Ocupacional: estar de pie o sentado durante mucho tiempo seguido, ejemplos: conserjes, choferes, dentistas, secretarias adultas mayores o discapacitados que permanezcan mucho tiempo en una sola posición.
- Embarazo, sobre todo en las últimas semanas.
- Obesidad.
- Abuso de laxantes.
- Ingesta de alcohol.
- Nutricionales.

Conducta/tratamiento

- Trate el estreñimiento, ver estreñimiento página 722 en éste módulo.
- Trate la diarrea que puede estar produciendo irritación.
- Recomiende aplicar hielo o compresas frías en la fase aguda del trastorno. El frío hará disminuir la hinchazón, luego que se dé baños tibios en la zona, (baños de asiento) dos o tres veces por día. Esta secuencia frio-calor es una forma temporal de aliviar el dolor y desinflamar.
- Cite en ocho días.
- Si no mejora y para grados 3 y 4:
 - Refiera al hospital más cercano para evaluación y tratamiento.

- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Mantener buena higiene en el recto, limpiarse bien al defecar.
- Evitar comidas muy sazonadas, picantes y grasosas.
- Evitar el consumo de alcohol.
- Utilizar papel higiénico suave.
- Realizar ejercicios tres a cuatro veces por semana, durante media hora (caminar, correr).
- Alimentos recomendados: todos los que contengan fibra, como pan o tortilla, verdura o fruta que se pueda comer con cáscara o bagazo (uva, naranja, banano o papaya) y tomar siempre abundante agua.

GASTRITIS CIE-10-K29.7

Es una inflamación del revestimiento interno (mucosa) del estómago. También es reconocida como enfermedad péptica o dispepsia. Puede ser aguda o crónica y producirse por una infección bacteriana (*Helicobacter pylori*), viral o por enfermedades autoinmunes así como por consumo de algunos medicamentos.

Signos y síntomas

- Agruras (sensación de dolor o quemazón en el esófago, justo debajo del esternón).
- Ardor de estómago.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Sensación de distensión del abdomen.

Factores de riesgo

- Malos hábitos alimenticios (horarios irregulares, comidas muy irritantes).
- Exceso de alcohol.
- Fumar tabaco.
- Estrés (aumenta la cantidad de ácido gástrico).
- Ingestión de sustancias corrosivas o cáusticas.
- Reflujo biliar: es un reflujo retrogrado de bilis al estómago.

Conducta/tratamiento

- Identifique y trate la causa según capacidad resolutive.
- Lansoprazol 30 mg (una capsula) por vía oral (PO), 15 minutos antes del desayuno durante 8 semanas (2 meses).
- Registre en SIGSA.
- Refiera al hospital si la persona no mejora.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- Cambio de hábitos alimenticios.
- Evitar frituras, comidas muy condimentadas, café, té, chile, aguas gaseosas, pimienta, mostaza, vinagre, alimentos y bebidas a temperaturas extremas.
- Evitar el consumo de alcohol y tabaco.

HEPATITIS AGUDA TIPO A CIE-10-B15.9

Ver módulo de Adolescencia y Juventud página 550.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

NEUMONIA GRAVE

Ver módulo Adolescencia y Juventud, página 535.

NEUMONÍA CIE-10-J15.9

DEFINICIÓN: Ver módulo niñez, página 386.

Signos y síntomas

Ver módulo Adolescencia y Juventud, páginas 535 y 536.

Conducta/tratamiento

Ver módulo de Adolescencia y Juventud página 536; no obstante, debe incluir:

- Manejo de enfermedades concomitantes y control de enfermedades crónicas.
- Evitar el encamamiento prolongado.
- Hacer ejercicios respiratorios.
- Hacer drenaje postural 4 a 5 veces al día.

Orientes sobre

- Ventilar durante el día la habitación donde duerme.
- Vigilar o actualizar el esquema de vacunación de los miembros de la familia.
- En el caso de recetar salbutamol orientar sobre los efectos adversos.

TUBERCULOSIS CIE-10-A15

Es una enfermedad infecto-contagiosa de transmisión aérea, provocada por un microorganismo denominado *Mycobacterium tuberculosis* (bacilo de Koch). El reservorio principal es el hombre, afecta principalmente los pulmones, sin embargo hay otras áreas del cuerpo humano que pueden ser afectadas ocasionando tuberculosis extra pulmonar. Según OPS/OMS una persona que presenta tuberculosis pulmonar y extra pulmonar, debe ser clasificada como tuberculosis pulmonar.

Signos y síntomas

- Tos persistente durante 15 días o más de duración.
- Expectoración productiva, a veces sanguinolenta.
- Fatiga.
- Pérdida de apetito.
- Pérdida de peso.
- Sudores nocturnos.
- Fiebre.
- Decaimiento.
- Dificultad para respirar.
- Dolor en el tórax.

Factores de riesgo

- Casos contagiados en la comunidad.
- Duración del contagio, número y naturaleza de las interacciones entre un caso de tuberculosis
- Los susceptibles, son todos aquellos que entran en contacto con la persona contagiada.
- Estado inmunológico y nutricional deprimido.
- Infección por VIH/Sida.
- Enfermedades con tratamientos inmunosupresores.
- Alcoholismo.
- Drogadicción.

- Silicosis (enfermedad pulmonar por aspiración de polvo de sílice).
- Diabetes y otras enfermedades crónicas.

Tuberculosis presuntiva: personas que presentan síntomas o signos sugestivos de tuberculosis (antes caso sospechoso de tuberculosis).

Pesquisa de sintomático respiratorio: es la búsqueda activa e investigación del sintomático respiratorio. (Es toda persona consultante mayor de 10 años, con tos y expectoración de más 15 días de evolución).

Recolección de la muestra de esputo (material que sale de las vías respiratorias, al toser profundamente): se debe realizar baciloscopia (examen del esputo) a toda persona detectada como sintomático respiratorio o tuberculosis presuntiva. Para ello se debe explicar a la persona que se van a examinar tres muestras:

- **Primera muestra:** en el momento que se detecta como sintomático respiratorio, explicar a la persona que debe toser fuertemente y que deposite en el envase (que se le ha proporcionado) la flema o gargajo que le salga al toser, (que no debe ser saliva). Al entregar la primera muestra, darle dos envases, para recolectar la segunda y tercera muestras y explicarle cómo va a obtener la segunda muestra en su casa.
- **Segunda muestra:** a la mañana siguiente en la casa, al levantarse, en ayunas y sin enjuagarse ni lavarse la boca, nuevamente toser fuertemente, hasta que salga la flema o gargajo y colocarla en uno de los envases que se le están entregando y llevarlo en ese momento, al servicio de salud o a la comunidad, según corresponda, llevando consigo el envase restante.
- **Tercera muestra:** en el servicio y/o comunidad, al entregar la segunda muestra. Asegurarse que la muestra sea de buena calidad (que sea flema).

TUBERCULOSIS PULMONAR BACTERIOLÓGICAMENTE CONFIRMADA CIE-10-A.15

Técnicas de diagnóstico

- Baciloscopia (examen de esputo o gargajo).
- Cultivo.
- Prueba rápida con método WRD como el Xpert MTB/RIF (es una técnica rápida para el diagnóstico de la tuberculosis cuyo resultado se procesa en dos horas y permite además conocer si hay resistencia a la rifampicina).

TUBERCULOSIS CLÍNICAMENTE DIAGNOSTICADA CIE-10-A16

Es aquel caso que no cumple con los criterios para la confirmación bacteriológica, pero ha sido diagnosticado como TB activa por un proveedor de salud, utilizando otros métodos diagnósticos (rayos X o histología).

Si estos casos clínicamente diagnosticados posteriormente, resultan ser bacteriológicamente confirmados (antes o después de comenzar el tratamiento) debe de ser reclasificado como bacteriológicamente confirmado.

TUBERCULOSIS PULMONAR -TBP-

Se refiere a cualquier caso confirmado bacteriológicamente o clínicamente diagnosticado de tuberculosis, que implica el parénquima pulmonar o el árbol traqueo-bronquial. La tuberculosis miliar se clasifica como TB pulmonar porque frecuentemente hay lesiones en el pulmón.

Nota. Según OPS/OMS toda persona con tuberculosis pulmonar y con tuberculosis extrapulmonar se debe clasificar como un caso de tuberculosis pulmonar.

TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR CIE-10-A18

Se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de TB que involucra otros órganos además de los pulmones, por ejemplo, pleura, ganglios linfáticos, abdomen, tracto genitourinario, piel, articulaciones, huesos y meninges.

TUBERCULOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CIE-10-A16

Signos y síntomas

- Fiebre (muy similar a fiebre tifoidea y/o malaria).
- Pérdida de peso.
- Tos.
- Linfadenopatía (crecimiento ganglionar, con o sin dolor). Se presenta más frecuentemente en casos VIH positivos).
- Esplenomegalia (bazo agrandado).
- Los signos y síntomas más comunes de la meningitis tuberculosa son:
 - Fiebre.
 - Tos.
 - Vómitos.
 - Cambio de conducta.
 - Seguido de rigidez de nuca.
 - Signos de focalización y convulsiones.

Diagnostico microbiológico

- **Baciloscopia:** es la técnica de elección en el diagnóstico de la tuberculosis. Es el examen microscópico de una muestra biológica, generalmente esputo. Es utilizada en la mayoría de los casos de tuberculosis para diagnóstico y seguimiento del tratamiento.
- **PCR en tiempo real (Xpert ®MTB/RIF):** es una técnica rápida que permite detectar la presencia del complejo M. tuberculosis, así como la resistencia a la rifampicina; por medio de la detección de las mutaciones más comunes asociadas a la resistencia, en un periodo de dos horas desde el montaje de la prueba. Está indicado para los siguientes casos: personas adultas o niñas y niños con sospecha de tuberculosis extrapulmonar, diabéticos y pacientes con inmunosupresión y enfermedades terminales, casos antes tratados (fracasos, abandonos, recaídas), personas privadas de libertad, personas con VIH/SIDA, personas que han tenido contacto con pacientes multidrogo-resistentes.
- **Cultivo:** se realiza en personas que persisten con baciloscopia positiva durante el tratamiento, sintomático respiratorio con baciloscopia negativa y clínica compatible, investigación de contactos de caso drogoresistente, en toda investigación de diagnóstico de localización extra pulmonar, toda muestra proveniente de niñas y niños (contenido gástrico, biopsia, orina, Líquido Céfalorraquídeo -LCR-, confirmar fracasos, pacientes previamente tratados, identificación de micobacterias, estudios de sensibilidad in vitro. El cultivo es estándar de oro en el diagnóstico, seguimiento y para certificar la curación de la tuberculosis, en casos con baciloscopia negativa.

Otros métodos diagnósticos

- **Radiológico:** la radiografía de tórax no hace diagnóstico de la enfermedad, es un método de apoyo diagnóstico.
- **PPD (derivado proteico purificado):** es una prueba inmunológica in vivo la cual produce una intradermorreacción de bordes firmes más o menos definidos, que permite una induración en la piel del antebrazo izquierdo, la reacción tuberculínica permite distinguir individuo reactivo (mayor de 5 mm) no reactivos (de 0 a 5 mm) y se realiza por medio de una inyección intradérmica de 0.1 ml derivado proteico purificado, aplicada en la parte interna del antebrazo izquierdo y de cuya lectura se realiza de 48 a 72 horas. Está indicado en personas VIH positivo y niños inmuno-deprimidos. Es importante señalar que una PPD negativa no descarta la infección por TB o la posibilidad de diagnóstico de TB en niños.

Conducta/tratamiento

- Basarse en la tabla siguiente:

ESQUEMA DE TRATAMIENTO ACORTADO DE TUBERCULOSIS

CASOS NUEVOS Y PREVIAMENTE TRATADOS	FASE INICIAL 2 MESES RHZE VÍA ORAL	FASE DE CONTINUACIÓN 4 MESES RH VÍA ORAL
• Bacteriológicamente confirmados. • Clínicamente diagnosticados. • TB Extrapulmonar. • Casos TB/VIH. • Casos TB/Diabetes	50 dosis administradas de lunes a sábado. Se inicia al tener el diagnóstico. DURACIÓN: 2 MESES R: 600 mg (2 capsulas). H: 300 mg (1 tableta). Z: 1500 mg (3 tabletas). E: 1200 mg (3 tabletas). Si la persona pesa menos de 55 kg (121 libras) utilice el siguiente cálculo R: 10 mg/kg peso. H: 5 mg/kg peso. Z: 30 mg/kg peso. E: 20 mg/Kg peso.	105 dosis administradas de lunes a sábado. Se inicia inmediatamente después de la fase Inicial. DURACIÓN: 4 MESES R: 600 mg (2 capsulas). H: 300 mg (3 tabletas). Si el paciente pesa menos de 55 kg (121 libras) utilice el siguiente cálculo R: 10 mg/kg peso. H: 15 mg/kg peso.
R: Rifampicina; H: Isoniazida; Z: Pirazinamida; E: Etambutol.		

Fuente. Programa de Tuberculosis /MSPAS/DRPAP.

Controles durante el tratamiento

- **Fase inicial:** control al segundo mes independientemente de la dosis.
- **Fase de continuación:** controles mensuales para certificar curación independientemente del número de dosis:
 - Si al segundo mes de tratamiento, se obtiene un resultado de baciloscopía positivo, se deberá solicitar una muestra para Xpert MTB/RIF y cultivo para evaluar la posibilidad de resistencia a la rifampicina.
 - Si la baciloscopía sigue positiva al tercer mes, evaluar el cultivo en curso y repetir el Xpert MTB/RIF.
 - Si se obtiene un resultado de resistencia a rifampicina (RR) deberá suspenderse el tratamiento y registrarlos en el libro de tratamientos de

segunda línea, como caso de tuberculosis resistente a la rifampicina (TB/RR) e iniciar tratamiento con el esquema que corresponde (consultar Guía de Tuberculosis Drogo Resistente (TB/DR).

Nota. Ninguna persona debe pasar a la fase de continuación, si no ha negativizado su esputo.

TUBERCULOSIS ASOCIADA A OTRAS ENFERMEDADES

TUBERCULOSIS Y VIH/SIDA

La infección por VIH trae consigo una destrucción progresiva de los mecanismos de defensa del organismo y la tuberculosis puede pasar desapercibida.

Signos y síntomas

- Fiebre.
- Tos.
- Pérdida significativa de peso.
- Diaforesis nocturna (sudoración) independientemente de su duración.

En personas adultas y adolescentes con VIH, debe aplicarse el algoritmo clínico para el descarte de la tuberculosis activa (consultar Manual para la Atención al Paciente con Tuberculosis).

Diagnostico microbiológico

Las personas VIH positivas con inmunosupresión avanzada, tienden con mayor frecuencia a tener tuberculosis extra pulmonar. Por lo que es importante realizar tamizaje en estas personas. Se recomienda como primera prueba diagnóstica el Xpert MTB/RIF, en muestra de esputo ante la sospecha de tuberculosis asociada a VIH o tuberculosis drogo-resistente. Frente a un Xpert negativo, se debe realizar un cultivo (consultar Manual para la Atención al Paciente con Tuberculosis).

Conducta/tratamiento

- Es el mismo que para personas con tuberculosis, sin VIH (2 HRZE-4HR. ver tabla de esquema de tratamiento acortado, página 651 de éste módulo.
- Registre en SIGSA 3.

Nota. A toda persona con tuberculosis, se le debe de realizar prueba de VIH y viceversa.

TUBERCULOSIS Y DIABETES

Las personas diabéticas tienen mayor susceptibilidad a contagiarse y padecer de tuberculosis, especialmente cuando la diabetes es severa y de difícil control. El riesgo para contraer tuberculosis se aumenta mediante el deterioro de las defensas, como en el caso de personas que presentan infección por VIH. El retraso en el diagnóstico de la tuberculosis y la diabetes complica el tratamiento de la tuberculosis activa y aumenta el riesgo de muerte por estas causas. Se recomienda que a toda persona sintomática respiratoria, se le realice prueba de glicemia, para conocer su estado respecto a la diabetes mellitus y ser tamizada con GeneXpert.

Para realizar el diagnóstico de TB pulmonar en personas con diabetes mellitus (DM) y sintomática respiratoria, se debe solicitar el estudio del esputo por Xpert, además del cultivo y prueba de sensibilidad, como en toda población de riesgo.

Conducta/tratamiento

- Es el mismo que en el adulto (2 HRZE-4HR) ver esquema de tratamiento acortado página 651 de éste módulo.
- Registre en SIGSA 3.

Para conocer las complicaciones y/o Reacciones Adversas a los Fármacos Antituberculosos -RAFAS-, que pueden presentarse durante el uso de los medicamentos, consultar la tabla siguiente:

COMPLICACIONES DE LOS MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS

COMPLICACIÓN	CONDUCTA
Fallo renal.	Suspender tratamiento y referir a servicio de mayor complejidad.
Hepatitis sintomática.	-Suspender tratamiento y evaluar transaminasas. -Referir a la persona en tratamiento y con elevación de las enzimas hepáticas, para su adecuada evaluación y seguimiento con especialista.
Hipersensibilidad cutánea.	Si es grave, interrumpir el tratamiento, desensibilizar si isoniazida es esencial.
Neuropatías periféricas.	Vigilancia y administración de piridoxina.
Púrpura trombocitopénica.	Suspensión inmediata y definitiva.
Anemia Hemolítica.	Suspensión inmediata y definitiva.
Trastornos vestibulares. Sordera.	Suspensión inmediata y definitiva.
Toxicidad ocular.	Efecto potencial del etambutol. Antes de iniciar tratamiento es recomendable realizar evaluación de la calidad de la visión de colores y en especial rojo y verde.

Fuente. *Tuberculosis*, Victorino Farga, José Antonio Camineros, 3ª. Edición, Editorial Mediterráneo, Santiago, Buenos Aires 2011.

Drogorresistencia

La clasificación está basada en la resistencia a los medicamentos, en función a los resultados de pruebas de sensibilidad, obtenidas en cada paciente y es la siguiente:

- **Monorresistencia:** resistencia a solo un medicamento anti-tuberculoso de primera línea.
- **Polirresistencia:** resistencia a más de un medicamento anti-TB de primera línea, que no sea isoniazida y rifampicina a la vez.
- **Multidrogorresistencia -MDR-:** resistencia al menos a isoniazida (INH) y a rifampicina (RIF), ambos considerados como los medicamentos más efectivos contra la tuberculosis.

- **Extensamente resistente -XDR-:** resistencia a cualquier fluoroquinolona y al menos a uno de los tres medicamentos inyectables de segunda línea (capreomicina, kanamicina y amikacina), en casos con multidrogorresistencia.
- **Resistencia a rifampicina -RR-:** resistencia detectada utilizando métodos fenotípicos y genotípicos, con o sin resistencia a otros medicamentos anti-TB. Incluye cualquier resistencia a la rifampicina, ya sea monoresistencia, multidrogorresistencia, polirresistencia o extensamente resistente.

Factores que crean resistencia

- **En el manejo médico o del personal de salud:**
 - Esquemas iniciales con insuficiente número y/o baja dosificación de medicamentos.
 - Un solo medicamento o una combinación débil en un tratamiento, que no cura en los casos nuevos y antes tratados, produciendo monoterapia encubierta.
 - Incumplimiento del Tratamiento Directamente Observado -TDO-.
- **En la adherencia de la persona al tratamiento:**
 - La persona, probablemente no se toma todos los medicamentos prescritos o tiene una monoterapia.
 - Intolerancia/toxicidad.
 - Reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFAS).
 - Estilo de vida desordenado/abuso de sustancias.
 - Creencias culturales.
 - Embarazo.
 - Diabetes mellitus y sus variables clínicas.
 - Trastornos mentales y del comportamiento.
 - Mala absorción de los medicamentos.
- **En el manejo operativo:**
 - Falta de supervisión directa del tratamiento.
 - Falta de credibilidad ante el diagnóstico, por parte del paciente.
 - Falta de credibilidad respecto de la eficacia o la necesidad del tratamiento.
 - Desconocimiento del paciente sobre el tema debido a la falta de información o por el déficit de plan educacional antes de iniciar el tratamiento.

- **En el manejo programático:**

- Irregularidad en el suministro de los medicamentos antituberculosos.
- Uso de medicamentos sin adecuados controles de calidad.
- Disminución de la efectividad de los medicamentos por mal almacenaje.

ENFERMEDAD DE HANSEN (LEPRA) CIE-10-A30.9

La lepra es una enfermedad granulomatosa de evolución crónica, infecciosa, poco contagiosa, producida por el *Micobacterium leprae*, que se caracteriza por lesiones cutáneas y de los nervios periféricos; además puede afectar otras estructuras, como mucosas de las vías respiratorias, ojos, músculos, hígado, testículos, entre otras.

Signos y síntomas

- Lesiones cutáneas hipopigmentadas o eritematosas con pérdida clara de sensibilidad.
- Compromiso de nervios periféricos, demostrando un engrosamiento claro con pérdida de sensibilidad.
- Alopecia (caída del pelo) de cejas.
- Engrosamiento de pabellón auricular (de la oreja).
- Nódulos cutáneos de predominio en regiones frías o distales del cuerpo.
- Máculas infiltradas.

Diagnóstico

El diagnóstico debe reunir criterios clínicos, baciloscópicos e histopatológicos, siendo conclusión diagnóstica la correlación de estos. Enfatizando la búsqueda de signos de afección de nervios periféricos (anestesia, parálisis, atrofia muscular, úlcera trófica, especialmente en planta de pies así como lesiones en las manos).

Se deben palpar de forma bilateral los nervios periféricos (cubital, ciático, poplíteo externo, mediano, radial, tibial posterior y ramas cutáneas de plexo cervical superficial, ramas del facial y trigémino) en busca de trayectos nerviosos dolorosos o incrementados de tamaño.

La lepra lepromatosa es la forma maligna de la enfermedad. Su diagnóstico tardío hace que la persona presente discapacidades irreversibles. La mayoría de las personas tienen una inmunidad innata contra la enfermedad. Solo aquellos que conviven con un enfermo durante mucho tiempo corren el riesgo de contraerla.

Factores de riesgo

- Hábitos higiénicos inadecuados en el hogar.
- Promiscuidad.
- Alimentación deficiente.
- Reducción de la inmunidad celular.
- Factores genéticos.
- Persona con lepra en el hogar.

Conducta/tratamiento

- Si hay sospecha clínica de una lesión, referir a dermatólogo de hospital departamental, y/o ponerse en contacto con el Instituto Nacional de Dermatología “INDERMA” (Hospital las Piedrecitas zona 6 ciudad capital) el cual es el centro especializado de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Hansen.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.
- Una vez se determine el diagnóstico de enfermedad de Hansen, los contactos familiares, deberán ser evaluados y referidos también al INDERMA.
- Registre en SIGSA 3 con el código CIE-10-A30.9 solo cuando sea confirmado el diagnóstico.

Orienta sobre

- Medidas higiénicas adecuadas, tanto personales como en el hogar.
- Explicar el motivo de la referencia.
- Evitar estigma y discriminación hacia la persona confirmada con enfermedad de Hansen.
- Importancia de examinar a todo el grupo familiar si hay una persona con enfermedad de Hansen.

ANEMIA CIE-10-D50

Es la disminución de la concentración de la hemoglobina (Hb) pigmento que da el color rojo en la sangre, debajo de los límites normales. Se produce una disminución del hematocrito (Ht). No tiene un valor fijo para todas las personas, pues depende de varios factores tales como edad, sexo y ciertas circunstancias como el embarazo y lugar de residencia.

La anemia se puede clasificar de varias maneras, ya sea basadas por la causa de la enfermedad y otras en las características de los eritrocitos. Algunas anemias se dan por anomalías congénitas o por factores hereditarios. Las deficiencias nutricionales (folatos o ácido fólico, vitamina

B12, entre otras vitaminas y minerales) también producen anemia, la más común es la causada por deficiencia de hierro o anemia ferropénica.

Signos y síntomas

- Palidez.
- Cansancio.
- Palpitaciones.
- Cefalea.
- Mareo.
- Somnolencia.

Factores de riesgo

- Dieta pobre en hierro y ácido fólico.
- Enfermedades crónicas digestivas (enfermedad de Crohn y enfermedad celíaca).
- Uso prolongado de medicamentos, como los antiácidos.
- Pérdida crónica de sangre.
- Enfermedad genética: Sicklemig.
- Parasitismo intestinal.
- Hemorragia ginecológica y obstétrica.
- Enfermedades crónicas.
- No comen bien.
- No comen carne.
- Persona adulta mayor con abandono familiar.

VALORES DE HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO QUE INDICAN ANEMIA

	HOMBRE ADULTO Y PERSONA MAYOR	MUJER ADULTA Y PERSONA MAYOR
Hemoglobina	Menor de 12 g/dl	Menor de 11 g/dl
Hematocrito	Menor de 39 %	Menor de 36 %

Fuente. Normas de atención en Salud Integral para Primero y Segundo Nivel, 2010.

Conducta/tratamiento

- Sulfato ferroso, 1 tableta de 300 mg, 2 veces al día, PO durante 3 meses.
- Continuar ácido fólico de 5 mg, 1 tableta semanal, PO, durante 3 meses, en mujeres en edad reproductiva.
- Toda persona con hemoglobina por debajo de 7 mg/dl debe ser referida para evaluación y tratamiento.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- Incluir en la comida hígado, y otras vísceras, morcilla (moronga), carne, frijo, pollo, hojas verdes acompañado de cítricos (limón, naranja, lima, piña, entre otros).
- Comer de acuerdo a las Guías Alimentarias para Guatemala.

Nota. Si las concentraciones de sulfato ferroso son diferentes de las indicadas, deberá hacerse el cálculo proporcionando 3 mg de hierro elemental/kg de peso/día.

ANOREXIA CIE-10-R63.0

Pérdida del apetito sin causa aparente, la cual se puede presentar de manera aguda o crónica.

Signos y síntomas

- Rechazo al alimento acompañado de:
 - Pérdida de peso.
 - Debilidad.
 - Cansancio.

Factores de riesgo

- Derrame cerebral (evento cerebrovascular).
- Demencia.
- Trastornos emocionales, duelo, depresión.
- Cáncer.
- Infecciones agudas o crónicas.
- Dolor de dientes al comer, dientes o muelas con caries, dientes fracturados, restos de dientes (restos radiculares) y úlceras en boca, sin causas aparentes u ocasionadas por prótesis mal adaptadas.

- Uso de sustancias psicoactivas (alcoholismo, tabaco y otras drogas).
- Uso de otros medicamentos (sedantes, antibióticos).
- Uso de digoxina en problemas del corazón.
- Gastritis.
- Reflujo gastroesofágico.
- Estreñimiento crónico.

Conducta/tratamiento

- Descarte siempre una causa orgánica.
- Trate de acuerdo a la causa, según factores de riesgo.
- Si detecta problemas bucales referir a odontóloga (o) para evaluación y tratamiento.
- Refiera a un establecimiento de mayor capacidad resolutive, cuando la causa no puede ser identificada.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Importancia de tratar la causa de la anorexia.
- Que la participación familiar es indispensable para corregir la anorexia o falta de apetito.
- Que con frecuencia mejorará al intensificar la interacción social y las muestras de afecto (ejemplo: acompañamiento en los tiempos de comida).
- Uso de alimentos de acuerdo a las Guías Alimentarias para Guatemala.
- Vivir solo, se asocia en general con un régimen alimentario más deficiente.
- La mitigación del sabor puede afectar el tipo de alimentos ingeridos.
- Las personas mayores tardan más en ingerir los alimentos y así es posible que no finalicen una comida.
- Que las personas con este problema desconocen sobre el régimen alimentario o falta de aptitudes para cocinar.
- Que las personas con este problema tienen adherencia a regímenes alimentarios especiales inapropiados.
- Las discapacidades físicas pueden impedir la compra o preparación de los alimentos.
- Problemas o enfermedades del aparato digestivo.

SOBREPESO Y OBESIDAD CIE-10-E66

Es el incremento en la cantidad de grasa corporal, producida por un balance positivo de energía, ocasionado por una ingesta excesiva asociada habitualmente a un bajo gasto energético.

Es un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares tales como hipertensión, diabetes y dislipidemia. Su diagnóstico se hace en base al índice de masa corporal (IMC), se considera:

- Normal: entre 18.6 y 24.9.
- Sobrepeso: de 25 a 29.9.
- Obesidad: más de 30.

La persona, puede además presentar una circunferencia de cintura (abdominal) elevada (mayor de 80 centímetros en mujeres y mayor de 90 centímetros en hombres).

Conducta/tratamiento

- Recomiende cambios en la ingesta de alimentos (dieta).
- Realice exámenes de laboratorio (triglicéridos, colesterol, glicemia).
- Controle presión arterial.
- Dé tratamiento de acuerdo a resultados.
- Registre en SIGSA 3.
- Refiera al hospital más cercano, para consulta con nutricionista, si el caso lo amerita o si no se observa disminución de peso en 2 meses.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia, si es el caso.

Orientación sobre

Estilos de vida saludable

Alimentación

- Masticar lentamente y abandonar la mesa en cuanto se termina de ingerir los alimentos, ayuda a evitar que siga comiendo.
- Evitar realizar otras actividades mientras come, como por ejemplo leer o ver televisión.
- Aumentar el número de tiempos de comida, (desayuno, refacción, almuerzo, refacción y cena) disminuyendo el tamaño de las porciones y prefiriendo frutas y verduras para las refacciones.
- Disminuir el consumo de grasas y azúcares simples.
- Disminuir el consumo de café o té.
- Evitar el consumo de mantequilla, crema, mayonesa, paté y productos de pastelería con crema, ya que aportan grasas saturadas y colesterol, además de calorías, al igual que las frituras.

- Preferir pollo o pescado (no frito) en lugar de las carnes rojas.
- Consumir de 6 a 8 vasos de agua al día.
- Consuma leche o sus derivados sin grasa.

- **Actividad Física**

- Debe individualizarse el tipo de actividad, realizando previamente un chequeo médico completo.
- Caminar, por lo menos 30 a 40 minutos sostenidos, 3 a 4 veces por semana.
- Esta actividad puede adaptarse a las actividades de la vida diaria de la persona.

MENOPAUSIA Y CLIMATERIO CIE-10-N95.1

Menopausia: proceso natural en la mujer que suele ocurrir entre los 45-55 años con la finalización de la menstruación. Hay un cambio en los niveles hormonales (estrógenos y progesterona), los cuales van disminuyendo gradualmente, debido al cese de la función de los ovarios.

Climaterio: es el periodo que antecede a la menopausia y se extiende al menos 5 años después de esta.

Signos y síntomas

- Sofocos.
- Calor frecuente.
- Sudoración por la noche.
- Menstruación irregular.
- Cambios anímicos (ansiedad, depresión).
- Disminución del deseo sexual.
- Insomnio (falta de sueño).
- Manchado de sangre entre los periodos.
- Sequedad vaginal y relaciones sexuales dolorosas.
- Infecciones vaginales e infecciones de las vías urinarias.
- Efectos negativos a largo plazo:
 - Pérdida de calcio y osteoporosis.
 - Cambios en los niveles de colesterol, triglicéridos y HDL.
 - Mayor riesgo de cardiopatías.

Conducta/tratamiento

- Si es factible recomienda realizar densitometría ósea.
- Si los síntomas están afectando la salud de la persona, refiera al hospital más cercano.

- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Vestirse con ropa ligera.
- Evitar la cafeína, consumo de tabaco y alcohol.
- Realizar ejercicios y/o caminatas.
- Uso de lubricantes de agua, durante las relaciones sexuales.
- Permanecer activa sexualmente ayuda a mantener la elasticidad de la vagina.

INFECCION POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA -VIH- CIE-10-Z21.X

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

-SIDA- CIE-10-B24X

El VIH es el virus de inmunodeficiencia humana, que daña el sistema inmunológico (debilitando las defensas) mediante la destrucción de los glóbulos blancos que combaten las infecciones, dando lugar al apareamiento de infecciones oportunistas con lo que se convierte en la fase de sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida).

Entre las infecciones oportunistas más frecuentes, se pueden mencionar: neumonía atípica, tuberculosis, micosis atípica, candidiasis oral, meningitis, presencia de alguna infección de transmisión sexual: herpes, úlceras genitales, secreción uretral, papilomatosis, dolor pélvico, dolor de abdomen bajo.

Signos y síntomas

Puede ser asintomático o manifestarse como una infección oportunista, entre las más frecuentes tenemos:

- Fiebre intermitente.
- Ganglios aumentados de tamaño, dolorosos o no, cervicales, axilares e inguinales.
- Síndrome de desgaste, se define como diarrea crónica (mayor de un mes) asociado a pérdida de peso del 10 % o más.
- Enfermedades infecciosas a repetición, tales como respiratorias, gastrointestinales, piel y mucosas, entre otras.

Factores de riesgo

- Relaciones sexuales por vía vaginal, anal, oral, sin el uso correcto y constante del condón.

- Uso de jeringas contaminadas.
- Transfusiones de sangre no tamizada (analizada o segura).
- De la madre infectada a la niña o niño, durante el embarazo, el parto o la lactancia.
- Uso de instrumentos cortantes o perforantes no esterilizados (aretes en diferentes partes del cuerpo y tatuajes entre otros).
- Accidentes laborales en proveedores de salud.

Nota. El VIH no se transmite a través de contacto con fluidos sin sangre como saliva, sudor, lágrimas, picaduras de mosquitos o, por compartir cubiertos, platos, tazas y baño.

Conducta/tratamiento

Si sospecha de infección por VIH

- Realice orientación pre prueba de VIH, que incluye la firma del consentimiento informado.
- Realice la prueba rápida altamente sensible.
 - Si la prueba es reactiva: realice una segunda prueba altamente específica. Si la segunda prueba es reactiva se interpreta como resultado positivo, refiera a la persona a la Unidad de Atención Integral -UAI- más cercana, para establecer conducta a seguir, ver anexo No. 2 página 745 de éste módulo. Si el resultado de la segunda prueba es no reactiva se interpreta como resultado indeterminado y también se debe referir a la Unidad de Atención Integral -UAI- más cercana, para realizar una tercera prueba confirmatoria y brindar seguimiento en caso el servicio no contara con ella.
 - Si la prueba es no reactiva: valore el riesgo de infección y realizar nuevamente la prueba en 3 meses.
- Realice orientación post prueba.
- Realice vigilancia de contactos sexuales (oferte la prueba a las parejas sexuales).
- Registre en SIGSA SIDA 1.2 y SIGSA 3.
- Para mayores detalles sobre el diagnóstico de VIH consultar la Guía de Atención Integral para Personas con VIH.

Oriente sobre

- Manejo de emociones al plantear la sospecha diagnóstica.
- Reforzar conceptos de protección familiar y grupal.
- Si es sexualmente activa (o) reforzar uso correcto y consistente del condón y entregar condones con lubricantes a base de agua según se indica en la Estrategia Nacional de Condones y Medidas Preventivas

de las Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-, ver tabla.

- Oriente para prevención de ITS y VIH a toda/o adolescente sexualmente activa/o.
- Sospeche y descarte abuso sexual y violencia.
- En caso de violencia sexual aborde según protocolo de atención para víctimas sobrevivientes de violencia sexual.
- Para personas adultas y personas mayores evalúe la presencia de comportamientos de riesgo y violencia sexual cuando acudan a consultar por síntomas de infección del tracto genital, como también durante la consulta de planificación familiar.

CANTIDAD MENSUAL DE CONDOMES MASCULINOS Y LUBRICANTES A BASE DE AGUA A ENTREGAR GRATUITOS POR POBLACIÓN

POBLACIÓN META	DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE CONDOMES	NÚMERO DE LUBRICANTES A BASE DE AGUA	NÚMERO DE TUBOS DE LUBRICANTE A BASE DE AGUA
Población General	Hombres y mujeres Sexualmente Activos	12 condones en la primera consulta y 24 cada mes	Sachet por condón	Ninguno
Jóvenes y Adolescentes	Sexualmente Activos	12 condones en la primera consulta y 24 cada mes	Sachet por condón	Ninguno
ME	Mujer embarazada	12 condones en la primera consulta y luego 24 cada mes	Siempre agitada/o	Ninguno
JRS	Jóvenes en riesgo social	24 cada mes	Sachet por condón	Ninguno
HR	Hombres en riesgo	24 condones	Sachet por condón	Ninguno
HSH	Hombres que tiene sexo con hombres	12 condones en la primera consulta y luego 48 condones al mes	Sachet por condón	Ninguno
MTS	Mujeres Trabajadoras del Sexo	144 condones cada quince días	Sachet por condón	1 tubo de lubricante por cada 144 condones

Fuente. Programa de ITS-VIH-SIDA.

Persona Adulta y Persona Mayor

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL -ITS- CIE-10-A63

El enfoque sindrómico aborda las ITS como un conjunto de síntomas y signos que pueden ser causados por más de un agente transmitido por vía sexual (bacterias, virus, hongos, protozoarios, ectoparásitos) cuyo objetivo es el diagnóstico y tratamiento sindrómico en la primera consulta, cuando no exista laboratorio, consultar la Guía para el Abordaje Sindrómico del Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con ITS.

Laboratorios si existe posibilidad

- Realice prueba para sífilis a toda persona con ITS.
- Realice prueba para hepatitis B a personas con factores de riesgo, como hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trabajadoras sexuales y población Trans, si existe capacidad resolutive.
- Oferte la prueba de VIH, con consentimiento informado y firmado, si es aceptada realizar orientación pre y post prueba.
- Se realizará una orientación para ITS y VIH a toda persona adolescente sexualmente activa. Sospechar y descartar abuso sexual y violencia.
- En caso de adolescentes hágase acompañar de la madre, el padre o familiar cercano de confianza, al realizar la entrevista y el examen físico, en ausencia de éstos acompañese de un integrante del personal de salud.

SÍNDROME DE SECRECIÓN URETRAL CIE-10-N343

Salida de líquido abundante o escaso a través de la uretra, de color amarillo, amarillo verdusco, blanquecino u opaco.

Signos y síntomas

- Secreción mucoide o mucopurulenta.
- Pequeñas costras en el meato urinario.
- Manchas en la ropa interior.
- Ardor o dolor al orinar.
- Micción frecuente.
- Ocasionalmente picazón.

Conducta/tratamiento

- Tome historia clínica.
- Realice examen físico, comprimiendo el pene desde la base hasta el glande si es necesario.
- Antes de iniciar el tratamiento con antibióticos, realice cultivo de la secreción para identificar microorganismos resistentes a los antibióticos; referir muestra al Laboratorio Nacional.

- Trate:
 - **Primera opción:** azitromicina 1 gr (2 tabletas de 500 mg) vía oral (PO), dosis única, acompañada de ceftriaxona 250 mg vía intramuscular (IM) dosis única, más tinidazol o metronidazol 500 mg (4 tabletas PO), dosis única.
 - Si el servicio no dispone de azitromicina, administrar doxiciclina 1 tableta de 100 mg cada 12 horas PO, durante 7 días.
 - **Opción alternativa:** en caso de alergia a cefalosporinas el tratamiento alternativo es ciprofloxacina 500 mg, PO dosis única, acompañada de azitromicina 2 g PO dosis única, más metronidazol 2 g PO dosis única.
 - Para la pareja (s) sexual (es), indique el mismo tratamiento.
 - Al administrar metronidazol o tinidazol indique al paciente que no debe consumir alcohol durante el periodo de tratamiento y hasta 24 horas después de finalizado el mismo en el caso de metronidazol y 72 horas en el caso de tinidazol.
- Realice prueba para sífilis a toda persona con ITS.
- Realice prueba para hepatitis B a personas con factores de riesgo, como hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trabajadoras sexuales y población Trans, si existe capacidad resolutive.
- Oferte la prueba de VIH si se tiene disponibilidad, con información y con consentimiento informado y firmado. Si es aceptada realice consejería pre y post prueba.
- Dé seguimiento e indique que regrese si los síntomas continúan después de una semana de tratamiento.
- En caso de violencia sexual aplique el protocolo vigente de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual.
- Provea condones de acuerdo a la estrategia nacional de condones (ver tabla en página 665) y enseñe el uso correcto del condón.
- Eduque y oriente sobre conductas sexuales de menor riesgo.
- Registre en SIGSA 3.

Oriente sobre

- ITS y conductas sexuales de menor riesgo para cambios de comportamiento.
- Promueva el uso correcto y constante del condón (enseñe técnica utilizando el dildo).
- No tener relaciones sexuales mientras esté en tratamiento.
- Indicar que regrese si continúa los síntomas una semana después de iniciado el tratamiento.

SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL CIE-10-N89.8

Salida de líquido abundante o escaso a través de la vagina.

Signos y síntomas

- Aumento de secreción vaginal con cambio de color (amarillo o amarillo verdusco), con mal olor.
- Prurito (picazón) o irritación vulvar.
- Disuria (dolor al orinar).
- Dispareunia (dolor al tener relaciones sexuales).
- Evalúe el riesgo de acuerdo al cuadro siguiente:

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE FLUJO VAGINAL

EVALUACIÓN DE RIESGO	PUNTUACIÓN	
	SI	NO
¿Su pareja tiene secreción uretral?	2	0
¿Es usted menor de 21 años?	1	0
¿Es mujer soltera?	1	0
¿Ha tenido más de una pareja en el último año?	1	0
¿Ha tenido una nueva pareja en los últimos 3 meses?	1	0

Fuente. Programa de VIH.

- Si desconoce la respuesta de la primera pregunta clasificar como SÍ (2 puntos):
 - Si la suma total es menor que 2 el riesgo es negativo, tratar solo por **vaginitis**.
 - Si la suma total es igual o mayor que 2 el riesgo es positivo; tratar como **cervicitis más vaginitis**.

Conducta/tratamiento

- Tome historia clínica, evalúe el riesgo de la paciente.
- Realice examen físico.
- Antes de iniciar el tratamiento con antibióticos, realice cultivo de la secreción para identificar microorganismos resistentes a los antibióticos; referir muestra al Laboratorio Nacional de Salud (LNS).
- **En paciente sin riesgo positivo, tratar sólo para vaginitis:**
 - **Primera opción:** fluconazol (200 mg) 1 cápsula vía oral (PO) dosis única, más metronidazol (500 mg) 4 tabletas PO dosis única.

- Si no cuenta con fluconazol en el servicio, la alternativa es clotrimazol al 2 % crema vaginal, una aplicación al día al acostarse durante 3 días, o en su defecto óvulos vaginales.
- Si no cuenta con metronidazol en el servicio, la alternativa es tinidazol (500 mg) 4 tabletas PO, dosis única.
- **En paciente con riesgo positivo, tratar para cervicitis y vaginitis:**
 - **Primera opción:** ceftriaxona 250 mg intramuscular (IM) dosis única, más azitromicina (500 mg) 2 tabletas PO, dosis única, más metronidazol (500 mg) 4 tabletas PO, dosis única, más fluconazol (200 mg) una cápsula PO, dosis única.
 - Si no cuenta con metronidazol en tabletas en el servicio, administrar tinidazol (500 mg) 4 tabletas PO, dosis única, o en su defecto metronidazol (500 mg) un óvulo vaginal dosis única.
 - Si no se cuenta con fluconazol en cápsulas, administrar clotrimazol crema vaginal al 2 % un aplicador cada noche durante 3 días, o en su defecto óvulos vaginales.
- **En paciente embarazada sin riesgo positivo, trate sólo para vaginitis:**
 - Clotrimazol al 2 % crema vaginal, una aplicación diaria, al acostarse durante 3 días, más metronidazol* (500 mg) 4 tabletas vía oral (PO), dosis única.
- **En paciente embarazada con riesgo positivo, trate para cervicitis y vaginitis:**
 - Ceftriaxona 250 mg vía intramuscular (IM) dosis única, más azitromicina (500 mg) 2 tabletas PO dosis única, más metronidazol* (500 mg) 4 tabletas PO dosis única, más clotrimazol crema vaginal al 2 % un aplicador cada noche durante 3 días.

Nota. El uso de metronidazol* está contraindicado antes de las 14 semanas de gestación.

- **Para las parejas sexuales:** indique el mismo tratamiento, excepto el fluconazol o el clotrimazol.
- Al administrar metronidazol o tinidazol indique al paciente que no debe consumir alcohol durante el periodo de tratamiento y hasta 24 horas después de finalizado el mismo en el caso de metronidazol y 72 horas en el caso de tinidazol.
- Realice prueba para sífilis a toda persona con ITS.
- Realice prueba para hepatitis B a personas con factores de riesgo como mujeres trabajadoras sexuales si existe capacidad resolutive.

- Oferte la prueba de VIH con consentimiento informado y firmado. Si es aceptada realice consejería pre y post prueba.
- De seguimiento e indique que regrese si los síntomas continúan después de una semana de tratamiento.
- En caso de violencia sexual aplicar el protocolo vigente de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual.
- Proveer condones de acuerdo a la Estrategia Nacional de Condones (ver tabla en página 665) y enseñar el uso correcto del condón.
- Eduque y oriente sobre conductas sexuales de menor riesgo.
- Registre en SIGSA 3.

SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL

ULCERACIÓN EN LA VULVA CIE-10-N76.6

ULCERACIÓN DEL PENE CIE-10-N48.5

Úlcera en los genitales externos y/o internos, (masculinos o femeninos) ano y región perianal. Puede ser causada por sífilis o chancro blando.

Signos y síntomas

- Úlcera(s) o llaga(s) con o sin dolor en el área genital, anal, rectal o cavidad bucal.
- Dolor de la zona afectada. Tumefacción de los ganglios linfáticos inguinales.

Conducta/tratamiento

- Tome historia clínica.
- Realice examen físico.
- Trate:
 - **Primera opción:** penicilina benzatínica 2, 400,000 Unidades internacionales (UI) dosis única, vía intramuscular (IM), acompañada de azitromicina (500 mg) 2 tabletas vía oral (PO), dosis única.
 - **Opción alternativa en personas alérgicas a la penicilina:** doxiciclina una tableta de 100 mg PO, cada 12 horas, durante 14 días, más azitromicina, (500 mg) 2 tabletas PO dosis única.

Nota. La doxiciclina está contraindicada durante el embarazo.
Sospechar infección por HSV ver apartado de herpes genital página 675.

- En caso de alergia a la penicilina en embarazadas se deberá referir al hospital, para prueba de desensibilización, ya que otros antibióticos no son efectivos para evitar la transmisión materno infantil de la sífilis a la niña o niño. **Esta prueba no debe realizarse en puestos ni en centros de salud.**

- Trate a las parejas sexuales de igual forma.
- Realice prueba para sífilis a toda persona con ITS.
- Realice prueba para hepatitis B a personas con factores de riesgo, como hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trabajadoras sexuales y población Trans, si existe capacidad resolutive.
- Oferte la prueba de VIH con consentimiento informado y firmado. Si es aceptada realice consejería pre y post prueba.
- Brinde seguimiento a la o el recién nacido.
- En caso de violencia sexual aplique el protocolo vigente de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual.
- Proveer condones de acuerdo a lo normado en la estrategia nacional de condones y enseñar el uso correcto del condón.
- Eduque y oriente sobre conductas sexuales de menor riesgo.
- Registre en SIGSA 3.

Oriente sobre

- Importancia que la pareja o parejas sexuales reciban el mismo tratamiento.
- Que regrese si continúa los síntomas una semana después de finalizado el tratamiento.

SÍNDROME DE DOLOR ABDOMINAL BAJO CIE-10-N73.9

Dolor o sensación de pesadez en la parte inferior del abdomen (pelvis).

Signos y síntomas

- Falta o atraso menstrual.
- Parto o aborto reciente.
- Dolor abdominal de rebote o signo de Blumberg.
- Resistencia abdominal en tabla o abdomen duro.
- Sangrado vaginal anormal.
- Masa abdominal.

Conducta/tratamiento

- Tome historia clínica (incluyendo la historia ginecológica).
- Realice examen abdominal y ginecológico.
- Si la paciente presenta uno o más de los signos anteriores, refiera al hospital para evaluación y tratamiento especializado.
- Si no presenta ninguno de los anteriores pero hay presencia de los signos y síntomas siguientes:

- Fiebre 38 °C o más.
- Dolor al movilizar el cérvix o al hacer palpación abdominal baja.
- Secreción vaginal.
- Administre ceftriaxona, 250 mg por vía intramuscular (IM) dosis única, acompañada de azitromicina, (500 mg) 2 tabletas por vía oral (PO) en dosis única, más metronidazol 1 tableta de 500 mg, PO cada 12 horas durante 14 días.
- Cite a la paciente en 24 horas para seguimiento o si el dolor persiste.
- Al administrar metronidazol indique a la paciente que no debe consumir alcohol durante el periodo de tratamiento y hasta 24 horas después de finalizado el mismo.
- Si no presenta ninguno de los signos anteriores, buscar otras causas de dolor abdominal y referir al hospital, si es necesario para manejo especializado.
- Realice prueba para sífilis a toda persona con ITS.
- Realice prueba para hepatitis B a personas con factores de riesgo, como mujeres trabajadoras sexuales, si existe capacidad resolutive.
- Oferte la prueba de VIH con consentimiento informado y firmado. Si es aceptada realice consejería pre y post prueba.
- En caso de violencia sexual aplique el protocolo vigente de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual.
- Proveer condones de acuerdo a la estrategia nacional de condones (ver tabla página 665) y enseñar el uso correcto del condón.
- Registre en SIGSA 3.

Oriente sobre

- Eduque y oriente sobre conductas sexuales de menor riesgo.
- Promueva el uso correcto y constante del condón (enseñe técnica).
- No tener relaciones sexuales mientras esté en tratamiento.

SÍNDROME DE BUBÓN INGUINAL CIE-10-A64

Crecimiento doloroso y fluctuante de los ganglios linfáticos a nivel inguinal, acompañados cambios inflamatorios en la piel del área.

Signos y síntomas

- Ganglios dolorosos en la región inguinal.
- Abscesos fluctuantes.
- Fístulas.

Conducta/tratamiento

- Tome la historia clínica.
- Realice examen físico.
- Si presenta úlceras, trate como síndrome de úlcera genital.
- Si no presenta úlcera y presenta bubón inguinal, trate:
 - Azitromicina (tabletas de 500 mg) 2 tabletas PO semanales durante 3 semanas, acompañadas de ceftriaxona 250 mg vía intramuscular (IM) dosis única.
 - Indique el mismo tratamiento a la o las pareja (s) sexual (es).
- Realice prueba para sífilis a toda persona con ITS.
- Realice prueba para hepatitis B a personas con factores de riesgo, como hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trabajadoras sexuales y población Trans, si existe capacidad resolutive.
- Oferte la prueba de VIH con consentimiento informado y firmado. Si es aceptada realice consejería pre y post prueba.
- En caso de violencia sexual aplique el protocolo vigente de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual.
- Provea condones de acuerdo a lo normado en la estrategia nacional de condones y enseñar el uso correcto del condón.
- Indicar que regrese si continúa los síntomas una semana después del tratamiento.
- Registre en SIGSA 3.

Orientación sobre

- ITS y conductas sexuales de menor riesgo para cambios de comportamiento.
- Promueva el uso correcto y constante del condón (enseñe y demuestre técnica mediante uso del dildo).
- No tener relaciones sexuales mientras esté en tratamiento.

SÍNDROME ANO-RECTAL CIE-10-K62.89

Este síndrome se caracteriza por presencia de prurito anal, tenesmo, urgencia para evacuar y presencia de secreciones en el ano que no son ni sangre ni heces. Los agentes patógenos causales se transmiten tanto por contigüidad con los genitales como por la práctica de sexo anal receptivo.

Signos y síntomas

- Secreción mucopurulenta por el orificio anal (recto).
- Prurito.

- Urgencia para evacuar.
- Estreñimiento.
- Malestar ano-rectal.
- Tenesmo (pujo y sensación de no poder defecar).
- En ocasiones la persona puede referir dolor intenso que se asemeja al observado en EPI.
- A la exploración se pueden observar eritema en los márgenes del ano y residuos de secreciones o costras.
- La anoscopía puede mostrar exudado purulento cubriendo las paredes del recto y el canal anal y en ocasiones lesiones petequiales.

Conducta/tratamiento

- Realice historia clínica. Es importante interrogar a la persona sea mujer u hombre.
- Realice examen físico, incluyendo anoscopía.
- Antes de iniciar el tratamiento, realice cultivo de la secreción para identificar microorganismos resistentes a los antibióticos; referir muestra al Laboratorio Nacional de Salud -LNS-.
- Trate:
 - **Primera opción:** ceftriaxona 250 mg vía intramuscular (IM) dosis única, acompañada de azitromicina (500 mg) dos tabletas (1gr) vía oral (PO) dosis única, más metronidazol (500 mg) PO cada 12 horas durante 14 días.
 - Recuerde a la persona que durante el tiempo que dure el tratamiento con metronidazol debe abstenerse totalmente de consumir alcohol y hacerlo incluso hasta 72 horas después de finalizado el tratamiento.
 - **Segunda opción:** si no se dispone de azitromicina en el servicio, administre en su lugar doxiciclina una tableta de 100 mg PO, dos veces al día (cada 12 horas) durante 7 días.
 - Si hay indicios clínicos o serológicos de la presencia de *Treponema pallidum* agregue al tratamiento penicilina benzatínica 2.400,000 UI vía intramuscular (IM) dosis única.
 - Si se observan lesiones de aspecto vesicular en la mucosa o en el tegumento perineal y estas se acompañan de picazón, prurito o dolor, puede tratarse de infección por Virus de Herpes Simple -VHS-, se debe agregar al tratamiento aciclovir (400 mg) una tableta vía oral (PO) cada 6 horas durante 7 días.

- Realice prueba para sífilis a toda persona con ITS.
- Realice prueba para hepatitis B a personas con factores de riesgo, como hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trabajadoras sexuales y población Trans, si existe capacidad resolutive.
- Oferte la prueba de VIH con consentimiento informado y firmado. Si es aceptada realice consejería pre y post prueba.
- En caso de violencia sexual aplique el protocolo vigente de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual.
- Provea condones de acuerdo a lo normado en la estrategia nacional de condones y enseñar el uso correcto del condón.
- Indique que regrese si continúan los síntomas una semana después de finalizado el tratamiento.
- En la consulta de seguimiento, los servicios con capacidad resolutive deben teñir las paredes de la mucosa rectal y anal con solución de ácido acético y lugol. Si hay zonas que captan el colorante deben ser biopsiadas para identificar displasia intraepitelial (baja o alta) causada por Virus del Papiloma Humano -HPV-.
- Registre en SIGSA 3.

Oriente sobre

- ITS y conductas sexuales de menor riesgo para cambios de comportamiento.
- Promueva el uso correcto y constante del condón (enseñe y demuestre técnica mediante uso del dildo).
- No tener relaciones sexuales mientras esté en tratamiento.
- Medidas higiénicas.

HERPES GENITAL CIE-10-A60.8

Enfermedad causada por el virus del herpes simple.

Signos y síntomas

- Lesiones en piel y mucosas de tipo vesicular (ampollas).
- Picazón.
- Ardor o dolor (sensación de quemadura).
- Dolor muscular.

Conducta/tratamiento

- Tome historia clínica, identifique si se trata de primoinfección o de infección recurrente (más de nueve episodios al año).
- Realice examen físico.
- Trate en el caso de primoinfección:
 - Aciclovir (400 mg) una tableta por vía oral (PO) cada 6 horas durante 7 días o aciclovir 800 mg PO cada 12 horas durante 5 días.
 - Acetaminofén 1 tableta de 500 mg, PO, cada 6 horas, durante 3 días, para el dolor.
- En casos recurrentes, referir al hospital, o al centro de salud especializado en ITS, si hubiera cerca.
- Indique el mismo tratamiento a la o las parejas sexuales.
- Realice prueba para sífilis a toda persona con ITS.
- Realice prueba para hepatitis B a personas con factores de riesgo, como hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trabajadoras sexuales y población Trans, si existe capacidad resolutive.
- Oferte la prueba de VIH con consentimiento informado y firmado. Si es aceptada realice consejería pre y post prueba.
- En caso de violencia sexual aplicar el protocolo vigente de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual.
- Indique que regrese si continúa los síntomas una semana después del tratamiento.
- Proveer condones y lubricantes, (ver tabla página 665 en este módulo).
- Registre en SIGSA 3.

Oriente sobre

- ITS y conductas sexuales de menor riesgo para cambios de comportamiento.
- Promueva el uso correcto y constante del condón (enseñe y demuestre técnica mediante uso del dildo).
- No tener relaciones sexuales mientras esté en tratamiento.
- Hacer ver a la persona que la enfermedad aparece cíclicamente y no se cura (hasta 80 % de los casos pueden presentar recurrencia a lo largo de su vida).

PAPILOMATOSIS GENITAL CIE-10-A63.0

Presencia de carnosidades (verrugas) de tamaño variable localizadas en genitales externos y/o internos, periné, área perianal, ano u oro-faringe. Pueden aparecer bajo el prepucio o en el eje del pene y en la piel del escroto.

Signos y síntomas

- Ocasionalmente secreción seropurulenta fétida.
- Las carnosidades pueden ser dolorosas o molestas.

Conducta/tratamiento

- **Primera opción:** podofilina al 25 % en tintura de benjuí, aplicación tópica en lesiones externas. (no recomendable en mujeres embarazadas).
- Se recomienda el uso de vaselina para proteger la piel adyacente a la lesión.
- Lavar la zona tratada después de 4 horas, repetir aplicación cada semana, durante cuatro semanas.
- **Segunda opción:** ácido tricloroacético (cauterización directa) al 80 % semanalmente hasta resolución.
- **Tercera opción:** crioterapia con nitrógeno líquido cada semana 2 a 4 tratamientos.
- Referir a hospital más cercano si:
 - No tiene capacidad resolutive.
 - Por falta de respuesta al tratamiento.
 - Por presencia de papilomas grandes o intensos.
- **Toda mujer embarazada debe ser referida al hospital más cercano.**
- Realice prueba para sífilis a toda persona con ITS.
- Realice prueba para hepatitis B a personas con factores de riesgo, como hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trabajadoras sexuales y población Trans, si existe capacidad resolutive.
- Oferte la prueba de VIH con consentimiento informado y firmado. Si es aceptada realice consejería pre y post prueba.
- En caso de violencia sexual aplique el protocolo vigente de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia, si fuera el caso.

Oriente sobre

- ITS y conductas sexuales de menor riesgo para cambios de comportamiento.
- Promueva el uso correcto y constante del condón (enseñe y demuestre técnica mediante uso del dildo).
- No tener relaciones sexuales mientras esté en tratamiento.

SÍFILIS CIE-10-A53.9

Enfermedad infecciosa producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*.

Signos y síntomas

- Existen 3 estadios de sífilis los que se describen a continuación:
 - **Sífilis primaria:** la lesión primaria es chancro, caracterizado por ser una úlcera indolora, indurada, de base limpia, con bordes elevados y duros que cicatriza o cura espontáneamente entre 4 y 6 semanas.
 - **Sífilis secundaria:** varias semanas después de la aparición de la lesión primaria, como promedio de 4 a 8 semanas, el paciente presenta lesiones secundarias. Refiere fiebre, cefalea, linfadenopatías generalizadas, rash descamativo especialmente en el tórax, lesiones cutáneas o mucocutáneas (pápulas en las palmas de las manos y planta de los pies). La característica de estas lesiones es que no son pruriginosas (no pican), son simétricas, altamente infecciones y a veces se convierten en pústulas. Las lesiones duran de 4 a 6 semanas, La persona no tratada sigue al período silencioso o sífilis latente.
 - **Sífilis latente:** es la etapa en la que no hay síntomas clínicos y el líquido céfalo raquídeo -LCR- es normal. La latencia se inicia después del primer ataque de sífilis y puede durar toda la vida, esta se divide en:
 - **Temprana:** va desde el inicio hasta los 4 años.
 - **Tardía:** desde los 4 años en adelante. Es la etapa destructiva de la enfermedad. Afecta a cualquier órgano.
 - Cuando es latente (asintomática), se diagnostica con VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) o RPR (Prueba Rápida para Reaginas Plasmáticas), positiva y si existe la capacidad resolutive, se confirma como una prueba rápida treponémica, o una prueba TPHA.
- **Sífilis terciaria:** es la etapa final de la sífilis. Pueden haber daños irreversibles, (neurológicos, ceguera, entre otros).
- Si la prueba rápida es positiva hacer diluciones con RPR o VDRL si la dilución es mayor de 1:8 (VDRL) o 1:16 (RPR), dar tratamiento.

- Los resultados de pruebas No Treponémicas deben confirmarse con una prueba Treponémica (TPHA o MHATP).
- El resultado de VDRL menores de 1:8 y RPR menor de 1:16 pero prueba Treponémica (Prueba rápidas, TPHA o MHATP) positivas, se interpretan como infección pasada.
- Se deberán solicitar las diluciones siempre que se realicen pruebas de VDRL y RPR para poder llevar control adecuado de la enfermedad. Si los títulos descienden, el tratamiento fue adecuado, si aumentan, hay una re infección.
- El seguimiento serológico con diluciones para sífilis deberá realizarse con el mismo reactivo que fue diagnosticada, ya que las diluciones de VDRL y RPR varían una de la otra.
- Registre en SIGSA 1.2 y SIGSA 3.

Conducta/tratamiento

- Tome la historia clínica.
- Realice el examen físico.
- Si hay presencia de chancro, trate como síndrome de úlcera genital.
- Si no hay presencia de chancro, trate al tener los resultados de las pruebas para sífilis:
 - Realice prueba de alergia a la penicilina.
 - Penicilina benzatínica 2,400,000 UI, vía intramuscular (IM) dosis única.
 - En caso de alergia a la penicilina administre doxiciclina (comprimidos de 100 mg) 1 comprimido por vía oral (PO) cada doce horas durante catorce días.
- Cite a la persona a los 3 meses y a los 6 meses para seguimiento con el examen VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) o RPR (Prueba Rápida para Reaginas Plasmáticas).
- Indique el mismo tratamiento a la o las pareja sexuales.
- Realice prueba para hepatitis B, a personas con factores de riesgo, como hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trabajadoras sexuales y población Trans, si existe capacidad resolutive.
- Oferte la prueba de VIH con consentimiento informado y firmado. Si es aceptada realice consejería pre y post prueba.
- En caso de violencia sexual aplique el protocolo vigente de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual.

- Registre en SIGSA 3.

Oriente sobre

- ITS y conductas sexuales de menor riesgo para cambios de comportamiento.
- Importancia de retornar a las citas a los tres y seis meses.
- Promueva el uso correcto y constante del condón (enseñe y demuestre técnica mediante uso del dildo).
- No tener relaciones sexuales mientras esté en tratamiento.

GRANULOMA INGUINAL CIE-10-A59.3

Enfermedad causada por la bacteria *Klebsiella granulomatis*. Se disemina sobre todo a través de la relación sexual vaginal o anal.

Signos y síntomas

- Protuberancias debajo de la piel de la región genital, que luego se abren y se convierten en úlceras no dolorosas.
- Raramente hay inflamación de los ganglios.

Conducta/tratamiento

- Ceftriaxona 250 mg vía intramuscular (IM) dosis única, más.
- Azitromicina 2 tabletas de 500 mg vía oral (PO), dosis semanal durante 3 semanas.
- Realice prueba para sífilis a toda persona con ITS.
- Realice prueba para hepatitis B a personas con factores de riesgo, como hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trabajadoras sexuales y población Trans, si existe capacidad resolutive.
- Oferte la prueba de VIH con consentimiento informado y firmado. Si es aceptada realice consejería pre y post prueba.
- En caso de violencia sexual aplique el protocolo vigente de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual.
- Registre en SIGSA 3.

Oriente sobre

- ITS y conductas sexuales de menor riesgo para cambios de comportamiento.
- Promueva el uso correcto y constante del condón (enseñe y demuestre técnica mediante uso del dildo).
- No tener relaciones sexuales mientras esté en tratamiento.

PEDICULOSIS PÚBLICA CIE-10-B85.2

Infestación causada por el ectoparásito *Phthirus pubis*, que se puede observar directamente o por microscopio, afecta la zona púbica, pero también puede afectar otras zonas como el vello axilar o las cejas.

Signos y síntomas

- Picazón o prurito intenso la región púbica y de los genitales.
- Puede observarse el parásito en el vello púbico.

Conducta/tratamiento

- **Primera opción:** gammabenceno (permetrina) champú al 1 %, aplicar única dosis sobre el vello limpio y seco (realizar baño previamente). Dejar reposar por 10 minutos, luego enjuagar con abundante agua. Peinar con peine de dientes finos. Repetir el procedimiento a los 10 días. Contraindicado en niñas y niños menores de 2 meses.
- **Segunda opción:** benzoato de bencilo loción al 25 %, lavar cuidadosamente con agua y jabón las áreas afectadas, secar bien y aplicar dejándolo actuar por 24 horas. Retirar con limpieza minuciosa al pasar las 24 horas. Peinarse con peine de dientes finos. Repetir el procedimiento luego de 3 días de descanso. Contraindicado durante el embarazo, la lactancia y en niños menores de 2 años.
- **Tercera opción:** lindano champú al 1 % única dosis, aplicar sobre el vello limpio y seco (realizar baño previamente). Dejar reposar por 4 minutos, mantener el vello descubierto durante ese tiempo. Luego enjuagar con agua tibia haciendo espuma con el champú (no utilizar agua caliente). Peinarse con peine de dientes finos. Contraindicado durante el embarazo, la lactancia y en niños menores de 10 años. Si está embarazada o dando lactancia y debe aplicarle el lindano a otra persona, utilizar guantes al aplicarlo para prevenir que su piel lo absorba.
- Indique el mismo tratamiento a la o las pareja (s) sexual (es).
- Realice prueba para sífilis a toda persona con ITS.
- Realice prueba para hepatitis B a personas con factores de riesgo, como hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trabajadoras sexuales y población Trans, si existe capacidad resolutive.
- Oferte la prueba de VIH con consentimiento informado y firmado. Si es aceptada realice consejería pre y post prueba.
- En caso de violencia sexual aplicar el protocolo vigente de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual.
- Registre en SIGSA 3.

Oriente sobre

- ITS y conductas sexuales de menor riesgo para cambios de comportamiento.
- Promueva el uso correcto y constante del condón (enseñe y demuestre técnica mediante uso del dildo).
- No tener relaciones sexuales mientras esté en tratamiento.
- Medidas higiénicas personales y familiares.
- Lavado de ropa, sábanas y secado con calor, diariamente durante el tratamiento, lo cual se indica también para las otras personas que viven en el hogar y para las parejas íntimas. La ropa y los peluches que no puedan lavarse, guardarlos en bolsas plásticas selladas durante dos semanas.

MOLUSCO CONTAGIOSO CIE-10-B08.1

Es una infección viral ocasionada por un pox virus, que ha ido en aumento en personas con vida sexual activa y en personas con virus de inmunodeficiencia humana.

Signos y síntomas

- Pequeños granos en ocasiones dolorosos, en región genital y otros lugares del cuerpo.
- Cuando se presiona se obtiene una perla blanca de consistencia firme y luego sangra espontáneamente.
- Puede haber enrojecimiento alrededor de las lesiones.

Conducta/tratamiento

- Cada lesión se cauteriza con nitrógeno líquido o por electrocauterización si el servicio tiene esa capacidad resolutive.
- Refiera al servicio o al hospital más cercano, si no hay capacidad resolutive.
- Realice prueba para sífilis a toda persona con ITS.
- Realice prueba para hepatitis B a personas con factores de riesgo, como hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trabajadoras sexuales y población Trans, si existe capacidad resolutive.
- Oferte la prueba de VIH con consentimiento informado y firmado. Si es aceptada realice consejería pre y post prueba.
- En caso de violencia sexual aplique el protocolo vigente de atención a víctimas sobrevivientes de violencia sexual.
- Registre en SIGSA 3.

Oriente sobre

- ITS y conductas sexuales de menor riesgo para cambios de comportamiento.
- Promueva el uso correcto y constante del condón (enseñe y demuestre técnica mediante uso del dildo).
- No tener relaciones sexuales mientras esté en tratamiento.
- Medidas higiénicas personales y familiares.
- Lavado de ropa y sábanas, diariamente durante el tratamiento.

SARCOPTIOSIS O ESCABIOSIS CIE-10-B86

Es una infestación en la piel causada por el *Sarcoptes scabiei* y es una de las causas más comunes de dermatitis pruriginosa. Se transmite principalmente por contacto directo, estrecho, sin descartar la transmisión por fómites (ropa de cama o personal) en infestaciones severas.

Signos y síntomas

- Prurito intenso (picazón) y escoriaciones en región genital, piel de miembros superiores, abdomen, pezones y otras partes del cuerpo.

Conducta/tratamiento

- **Primera opción:** gammabenceno (permetrina) crema al 5 %, aplicar en toda la piel (no sólo sobre la piel afectada) desde la base del cuello hasta la punta de los pies, poniendo especial atención en las áreas que se encuentran entre los dedos de las manos y los pies (incluyendo la parte inferior y entre las uñas), muñecas, axilas, genitales y nalgas (respetando siempre las mucosas genital y anal) y dejar 8 a 12 horas durante la noche. Volver a aplicar la crema en las manos si éstas se lavan antes de las 8 horas con el fin de cumplir el correcto tratamiento. Bañarse al día siguiente. Realizar este procedimiento por tres días consecutivos. Aplicar una cuarta dosis a las 2 semanas. Contraindicado en niñas y niños menores de 2 meses.
- **Segunda opción:** benzoato de bencilo loción al 25 % aplicación por tres noches consecutivas, en las áreas afectadas dejándolo actuar por 12 horas. Baño diario. Repetir el procedimiento después de 3 días.

Nota. No administrar durante el embarazo, la lactancia y en niñas y niños menores de 2 años.

- **Tercera opción:** lindano loción al 1 % única dosis, aplicar por la noche sobre la piel limpia y seca (realizar baño previamente) desde el cuello hasta la planta de los pies, incluyendo debajo de las uñas. Dejar reposar durante 8 a 12 horas. Luego bañarse con agua tibia

(no utilizar agua caliente). Contraindicado durante el embarazo, la lactancia y en niños menores de 10 años. Si está embarazada o dando lactancia y debe aplicarle el lindano a otra persona, utilizar guantes al aplicarlo para prevenir que su piel lo absorba.

- Buscar la enfermedad en la pareja y en el resto de miembros de la familia.
- Dar tratamiento preferentemente a toda la familia al mismo tiempo y si no es posible, a quienes tengan signos y síntomas.
- Si hay infección por rascado, dé tratamiento.
- Registre en SIGSA 3.

Oriente sobre

- Medidas higiénicas, personales y familiares.
- Lavado de ropa, sábanas y secado con calor, diariamente durante el tratamiento, lo cual se indica también para las otras personas que viven en el hogar y para las parejas íntimas.
- La ropa y los peluches que no pueda lavarse, guardarla en bolsas plásticas selladas durante dos semanas y luego ventilarlas y exponerlas al sol. También exponer el calzado al sol.

ENFERMEDADES CARDIOPULMONARES CIE-10-R09.8

Estados patológicos pulmonares que afectan secundariamente la función y anatomía de las cavidades derechas del corazón (cor pulmonale).

Signos y síntomas

- Disnea.
- Fatiga.
- Sudoración.
- Hipotermia (temperatura baja).
- Ortopnea (solo se puede respirar en posición semisentada).
- Disnea paroxística nocturna.
- Edema de miembros inferiores.
- Ascitis (acumulación de líquido en el abdomen).
- Disnea de esfuerzo sin dolor precordial.

Conducta/tratamiento

- Estabilice y refiera al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA Y PERIFÉRICA CIE-10-I87.2

La insuficiencia venosa es una enfermedad muy común que en muchos casos se manifiesta por la presencia de varices. En esta afección las venas tienen problemas para retornar la sangre de las piernas al corazón. Esto sucede porque se debilita las válvulas que existen en las venas.

Factores de riesgo

- Edad.
- Antecedentes familiares de esta afección.
- Ser mujer (relacionado con los niveles de la hormona progesterona).
- Antecedentes de trombosis venosa profunda en las piernas.
- Obesidad.
- Embarazo.
- Permanecer sentado o de pie por mucho tiempo.
- Estatura alta.

Signos y síntomas

- Dolor intenso, pesadez o calambres en las piernas.
- Picazón y hormigueo.
- Dolor que empeora al pararse.
- Dolor que mejora al levantar las piernas.
- Hinchazón de las piernas.
- Enrojecimiento de piernas y tobillos.
- Cambios en el color de la piel alrededor de los tobillos.
- Venas varicosas superficiales.
- Engrosamiento y endurecimiento de la piel en las piernas y en los tobillos, úlceras en las piernas y en los tobillos.
- Herida que es lenta para sanar en las piernas y los tobillos.

Conducta/tratamiento

- Si no hay úlceras recomienda el uso medias de compresión para disminuir la hinchazón o edema.
- Si es muy severo y/o hay úlceras, referir a servicio u hospital con capacidad resolutive.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orientes sobre

- Importancia de hacer ejercicio de manera regular.
- Evitar sentarse o estar de pie por períodos prolongados. Incluso mover ligeramente las piernas ayuda a que la sangre circule.
- Tener cuidado con las heridas si tiene úlceras abiertas o infecciones.
- Bajar de peso si tiene sobrepeso.

VÉRTIGO CIE-10-H81.9

Sensación ilusoria que las cosas externas están rotando, o que se está dando vueltas en el espacio.

Signos y síntomas

- Mareo que aparece súbitamente con los cambios de posición (levantarse, sentarse o acostarse).

Causas más frecuentes

- Trastornos del oído interno.
- Enfermedad cerebro vascular, aguda o crónica.
- Hipotensión ortostática (al levantarse demasiado rápido).
- Interacciones medicamentosas.

Conducta/tratamiento

- Dimenhidrinato tabletas de 25 mg, vía oral (PO) cada 8 horas, durante 3 días.
- Refiera a hospital más cercano para estudio y tratamiento.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

SALUD BUCODENTAL

CARIES DENTAL CIE-10-KO2

Es una enfermedad de los dientes producida por la mala higiene bucal, consumo excesivo de azúcares y falta de cepillado dental, que se manifiesta con destrucción de la estructura de los dientes.

Factores de riesgo

- Consumo de tabaco.
- Falta de higiene y mala higiene bucal.
- Nivel educacional.
- Dieta deficiente, alto consumo de azúcares.

Diagnóstico

- **Personal no odontológico:**
 - Observe manchas blancas, cafés, negras o áreas destruidas de la pieza dental.
 - Pregunte si existe dolor dental, o sensibilidad al calor, frío y al ingerir alimentos azucarados.
 - Observe la presencia de algún absceso en la cavidad bucal.
 - Si detecta algo de lo anterior, referir a personal odontológico.

Conducta/tratamiento

- **No farmacológico:**
 - Cepillado de las superficies dentales.
 - Uso adecuado de hilo dental.
- **Farmacológico:**
 - Acetaminofén 1 tableta de 500 mg vía oral (PO), cada 6 horas por dolor. Sin exceder más de 3 días.
 - Amoxicilina/ácido clavulánico 1 tableta de 500 mg/125 mg cada 8 horas PO durante 7 días en presencia de infección o absceso.
 - Si el paciente es alérgico a la penicilina, clindamicina 1 tableta de 300 mg cada 6 horas PO durante 7 días.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- Enseñe la técnica de cepillado dental.
- Indique cambiar el cepillo cada tres meses, cuando las cerdas pierden su forma original, inclinándose hacia afuera, para evitar contaminación con germen.
- El cepillo dental es de uso personal.

- Enseñe el uso de la seda o hilo dental.
- Recomiende el uso de un dentífrico con flúor.
- Si no tiene cepillo dental, recomiende al usuario/a envolver el dedo (dedil) índice con un pedazo de tela, para que realice la limpieza.
- Fomente la importancia de la alimentación saludable, haciendo énfasis en la disminución de consumo de azúcares.
- Recomiende que consuman sal yodada y fluorada.

ENFERMEDAD PERIODONTAL CIE-10-K.05

Enfermedad inflamatoria e infecciosa de las encías y los tejidos de soporte (hueso) que puede provocar enrojecimiento, hinchazón y sangrado en la encía, exposición de la raíz, separación o cambio de posición de los dientes, presencia de pus, mal aliento, dientes flojos y finalmente la pérdida de las piezas dentarias. Se manifiesta de dos maneras: gingivitis y periodontitis (piorrea).

Gingivitis

Es la inflamación de las encías. Las cuales se puede ver rojas, inflamadas y sangran fácilmente al cepillado.

Periodontitis

Enfermedad de las encías por bacterias, hay pérdida de los tejidos de la encía, destrucción del hueso que rodea a los dientes, presenta calculos dentales, causa movilidad y algunas veces la pérdida de los dientes.

Signos y síntomas

- Sangrado de las encías (al cepillarse).
- Mal aliento.
- Encías inflamadas, rojas.
- Acumulación de restos alimenticios en dientes y muelas.

Factores de riesgo

- Fumar.
- Mala higiene dental.
- Consumo de agua gaseosa, golosinas, jugos envasados, otros.
- Diabetes.
- Enfermedades sistémicas.
- Alcoholismo.
- Drogadicción.
- Alimentación inadecuada.

Conducta/tratamiento

- Referir al personal odontológico.
- Registre en SIGSA.

CANDIDIASIS ORAL CIE-10-B37

Es una infección causada por hongos (*Cándida albicans*) que afecta las encías, labios o lengua. Se puede observar como grumos de leche, que al ser desprendidas con un instrumento o baja lenguas, dejan un área roja que puede sangrar.

Signos y síntomas

- Existencia de grumos blancos que al ser removidos se observa área roja o sangrante.
- Dolor al comer y tragar.
- Molestias en encías en pacientes sin piezas dentales (edéntulos) parcial o total, que utilicen prótesis, solicitarle que se la retire para observar.

Factores de riesgo

- Sistema inmune debilitado (VIH, diabetes, quimioterapia).
- Tomar antibióticos fuertes, especialmente durante largos períodos de tiempo.
- Mala higiene bucal.

Conducta/tratamiento

- Nistatina (frasco gotero 100,000 UI/1ml), 4 ml por vía oral (PO) (realizando buches) cada 6 horas durante 7 días.
- Acetaminofén 1 tableta de 500 mg PO, cada 6 horas. Sin exceder más de 3 días.
- Indique a la persona que durante la noche debe retirar su prótesis y limpiar su encía, lengua, y las otras partes de la boca.
- Referir al personal odontológico.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Remoción de las prótesis parciales o totales para una adecuada limpieza dentales y espacios edéntulos (sin dientes).
- Visitar al odontológico cada 6 meses.
- En autoexamen identificar crecimientos de tejidos para que el odontólogo lo refiera a patólogo por sospecha de cáncer.

- Las prótesis dentales nunca son definitivas. Deben ser evaluadas y de ser necesario reemplazarlas.

ANSIEDAD SIN ESPECIFICACIÓN CIE-10-F41.9

Se vive como una sensación difusa de angustia o miedo y deseo de huir, sin que quien lo sufre pueda identificar claramente el peligro o la causa de este sentimiento.

Signos y síntomas

- Temblores, sudoración.
- Aprensión: preocupaciones acerca de tragedias venideras, sentirse al borde y sin salida, dificultades de concentración.
- Tensión muscular, agitación e inquietud, cefaleas, temblores, incapacidad de relajarse.
- Mareos, ritmo cardíaco acelerado, dificultad para respirar, sensación de ahogo, vértigo, resequedad de boca, molestias epigástricas, dificultad para conciliar el sueño, entre otros.

Conducta/tratamiento

- Descarte enfermedades y problemas físicos e ingesta de medicamentos que puedan provocar manifestaciones clínicas, (ejemplo: gastritis, migraña, diabetes, diarrea, hipotensión, enuresis, convulsiones, otros).
- Identifique potenciales factores predisponentes y desencadenantes.
- Permita que la persona hable libremente y bríndele apoyo y seguridad.
- Refiera a un servicio que cuente con especialistas de salud mental.
- Explique la relación entre los síntomas físicos y los emocionales en la ansiedad.
- Posible riesgo de suicidio (pensamiento de su propia muerte, o planes para quitarse la vida) y alerte a la familia para su vigilancia.
- Incluya a la familia en el tratamiento.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Explique que el miedo es normal ante situaciones específicas.
- Explique la relación entre los síntomas físicos y los emocionales en la ansiedad.
- Que se evite el consumo de café, té, alcohol, tabaco y otras drogas.

TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE ALCOHOL CIE-10-F10

Cuando el consumo de alcohol causa problemas graves en la vida de la persona o su núcleo familiar y sin embargo sigue bebiendo.

Signos y síntomas

- Historia de ingesta de alcohol excesiva.
- Aliento etílico.
- Pérdida de equilibrio y alteración en la marcha.
- Visión borrosa.
- Alteración de reflejos.
- Deterioro físico.
- Lagunas mentales.
- Síndrome de abstinencia (irritabilidad e inquietud).
- Pérdida de apetito.
- Signos de abandono (desnutrición y falta de higiene).
- Bajo rendimiento laboral.
- Ausencia o deserción laboral.
- Problemas familiares.
- Pertenencia a grupos con tendencia al consumo.
- Problemas legales.
- Aislamiento.

Conducta/tratamiento

- Complejo B, 2 ml vía intramuscular (IM) o vía intravenosa (IV) diluido en 1,000 ml de solución de dextrosa al 5 %.
- Clordiazepóxido 25 mg, vía oral (PO), cada 8 horas o diazepam 10 mg PO cada 8 horas durante 3 días (bajo prescripción médica).
- Ranitidina 150 mg PO, dos veces al día cada 12 horas, durante 7 días.
- Tiamina 500 mg por PO o 1 gr vía intravenosa (IV), cada 24 horas durante 3 días.
- Referir al hospital más cercano, si no se cuenta con los medicamentos indicados para el tratamiento.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Grupos de auto ayuda para tratamiento de sostén.
- Acciones preventivas relacionadas al alcoholismo.
- Importancia de la participación de la familia para el tratamiento.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DE TABACO CIE-10-Z72.0

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL TABACO CIE-10-F17.2

TABAQUISMO

USO NOCIVO

SÍNDROME DE DEPENDENCIA

ESTADO DE ABSTINENCIA

Es la adicción a la nicotina, componente del tabaco. Usar o consumir tabaco durante un período largo de tiempo puede incrementar el riesgo de muchos problemas de salud, entre los que se pueden mencionar: tos y catarros (resfriados) severos, enfermedades graves de los pulmones, incluyendo bronquitis crónica y enfisema (acumulación patológica de aire en los pulmones), así como problemas cardiovasculares.

Signos y síntomas

- Coloración amarillenta en dientes y uñas.
- Olor a cigarro impregnado en piel, boca y ropa.
- Tos crónica.
- Ansiedad por fumar.
- Disminución del apetito.
- Ansiedad por fumar.
- Disminución del apetito.
- Síndrome de abstinencia: irritabilidad, inquietud, dolores de cabeza, disminución de la frecuencia cardiaca, aumento del apetito, disminución de la vigilia o insomnio y dificultades de concentración.

Signos de intoxicación aguda

- Palidez.
- Nauseas.
- Vómitos.

- Sialorrea (salibación excesiva).
- Sequedad de la garganta.
- Miosis (contracción de pupilas).
- Diarreas.
- Taquicardia.
- Sudoración fría.
- Convulsiones.

Conducta/tratamiento

- Trate los síntomas específicos (tos, cefalea).
- Refiera a hospital más cercano si presenta síntomas severos (enfisema, convulsiones, taquicardia, entre otros).
- Si es posible, coloque oxígeno.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Cumplir con la referencia inmediata, si fue referido.
- Informe sobre existencia de parches y otras opciones de sustitución de nicotina para dejar de fumar.
- Riesgos y daños a la salud para el fumador y para las personas expuestas al humo de segunda mano (fumadores pasivos).
- Beneficios inmediatos, a mediano y a largo plazo que conlleva la cesación del fumador.

DISCAPACIDAD AUDITIVA CIE-10-H93

La disminución total o parcial de la agudeza auditiva, puede ser congénita o adquirida, temporal o permanente. Las causas más frecuentes son: a) Tapón ceruminoso, b) Trauma, c) Perforaciones del tímpano, d) Infecciones de oído a repetición.

Signos y síntomas

- Disminución de la agudeza auditiva.
- No detiene su actividad ante la voz humana o sonidos.
- Responde erróneamente a las preguntas que se le hace.
- Hay que gritarle para que atienda.

Conducta/tratamiento

- Visualice conducto auditivo externo en busca de tapón ceruminoso.
- Indique a la persona, que debe aplicarse de 4 a 5 gotas de glicerina, cada 12 horas en el o los oídos con tapón ceruminoso, durante tres días.
- Cite al cuarto día.
- Proceda a realizar lavado de oídos utilizando una jeringa asepto o una jeringa de 50 ml, después verifique que el canal esté totalmente limpio.
- Si a pesar de habérsele lavado el oído persiste pérdida de la audición, refiera al hospital más cercano para evaluación por especialista.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriento sobre

- Importancia de cumplir la referencia.
- Tener paciencia para comunicarse con la persona.
- No burlarse de la persona por su discapacidad.
- Explicar que hay opciones para mejorar la audición.

DISCAPACIDAD VISUAL CIE-10-H53.9

Perdida de la agudeza visual, parcial o total de uno o de los ojos, puede ser congénita o adquirida, temporal o permanente. Las causas más frecuentes son: a) traumas, b) glaucoma, c) cataratas, d) tumores, e) diabetes, entre otras.

Signos y síntomas

- Lagrimeo.
- Cierra o se cubre un ojo para enfocar la vista.
- Parpadea más de lo normal.
- Tropieza con objetos pequeños.
- Tiene dificultad para leer.
- Al leer sostiene el documento muy lejos o muy cerca de los ojos.
- No distingue letras, números u objetos a distancia.
- Frunce la frente al fijar la vista.
- Ve nublado o doble.
- Tiene blancas o grises las pupilas en la parte central del ojo.
- Se mareo o tiene dolor de cabeza.

Conducta/tratamiento

- En caso de trauma limpie el área afectada y tape con una gasa y refiera al hospital más cercano.
- Si no hay trauma, utilice el cartel de Snellen para evaluar la agudeza visual, ver anexo No. 3 del módulo de Niñez, página 475.
- Refiera al hospital más cercano con especialidad de oftalmología, para evaluación y tratamiento especializado.

Oriente sobre

- Importancia de cumplir la referencia.
- Tener paciencia para apoyar a desplazarse a la persona.
- No burlarse de la persona por su discapacidad.
- Explicar que hay opciones para mejorar la visión.

DEPRESIÓN (TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL LEVE) CIE-10-F33 - F33.9

Ver definición en módulo de Adolescencia y Juventud, página 527.

Signos y síntomas

- Bajo estado de ánimo o tristeza que puede durar más de dos semanas.
- Pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar actividades que normalmente eran placenteras.
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente producen una respuesta emocional (ejemplo, estar alegre por el festejo de una circunstancia importante).
- Trastornos del sueño (despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual o tener dificultad para conciliar el sueño).
- Empeoramiento del estado de ánimo por la mañana.
- Tristeza prolongada y sin causa justificada.
- Enlentecimiento psicomotor (poca fuerza, poca energía) observada o referida por personas que le conozcan.
- Trastornos de la alimentación (pérdida marcada o aumento del apetito).
- Pérdida o aumento de peso.
- Notable disminución del deseo sexual (perdida de la libido).

Conducta/tratamiento

- Refiera al servicio de salud más cercano con profesionales especializados en salud mental.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contra referencia.

Oriente sobre

- Posible riesgo de suicidio (pensamientos de su propia muerte, planes o intento de quitarse la vida). Alertar a la familia para su vigilancia y urgencia dé ayuda especializada.
- Planificación de actividades a corto plazo que distraigan o ayuden a reforzar la autoconfianza.
- Búsqueda de alternativas que puedan ayudar a enfrentar situaciones de la vida diaria.
- Realizar actividades recreativas o de relajación, (como actividad física, deportes, paseos, actividades culturales, espirituales y sociales).

Nota. Los medicamentos deben ser prescritos por la o el médica/o y no se deben suspender abruptamente.

TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO Y TRANSITORIO SIN ESPECIFICACIÓN CIE-10-F23.9

Inicio agudo con un cuadro clínico anormal que se desarrolla en una o dos semanas o menos y puede asociarse o no con estrés agudo, se debe descartar el consumo reciente de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas).

Signos y síntomas

- Ideas delirantes.
- Alucinaciones (oye voces, siente olores, siente o ve cosas de origen desconocido o que no perciben otras personas).
- Alteraciones de la percepción.
- Perturbación del comportamiento ordinario (extravagante), habla incomprensible o incoherente.
- Estados transitorios de perplejidad, falso reconocimiento o déficit de atención o concentración.
- Temor o desconfianza.
- Creencias extrañas (tener poderes sobrenaturales, ser perseguida/o).

Conducta/tratamiento

- La persona debe ser entrevistada con calma y ser escuchada para ganar su confianza.
- No censure, cuestione, juzgue, critique ni trate con ligereza lo que la persona dice.
- Evite estigma y discriminación.
- Refuerce sus vínculos con la realidad y procurar que sus necesidades básicas sean cubiertas (alimentación, higiene, vestido).
- Cuide de la integridad física de la persona y de quienes lo rodean.
- No discuta sobre lo irreal o inadecuado de su pensamiento y/o conducta.
- Evite confrontaciones o críticas.
- Refiera con personal especializado de salud mental en el servicio de salud más cercano.
- En caso que la persona se encuentre en situación de calle o abandono, referir al hospital nacional de salud mental.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriento sobre

- Indique a la familia que si le han iniciado medicamento antipsicótico estén atentos a efectos secundarios, como resequedad de boca, visión borrosa, temblor, hipotensión, calambres, desviación de la comisura labial, dificultad para tragar, rigidez de cuello.
- Estar preparados para afrontar las recaídas.
- Importancia de cumplir la referencia si ese fuera el caso.

DEMENCIA SIN ESPECIFICACIÓN CIE-10-F03

Síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente crónico o progresivo, en el que hay déficit, disfunciones intelectuales (memoria, pensamiento u orientación).

Signos y síntomas

- Alteraciones del lenguaje.
- Pérdida de habilidades motoras (caminar, comer, hablar).
- Alteraciones de las capacidades afectivas y de la conducta:
 - Tornarse irritable, ansioso o suspicaz.
 - Aislarse o deprimirse, agresividad o cambios repentinos de humor.

- Desasosiego y deseo de cambiar de lugar (vagabundeo).
- Desorientación en lugares previamente conocidos.
- Historia de infartos cerebrales y patología en la circulación.
- Dificultad para recordar cosas nuevas, posteriores y cosas aprendidas con anterioridad (nombres de familiares).
- Alteraciones del ciclo de sueño o vigilia (se invierte y existe agitación durante la noche).
- Alteraciones psicóticas (alucinaciones o ideas delirantes).
- Claro deterioro funcional a nivel personal y social.

Conducta/tratamiento

- Refiera al hospital más cercano, para atención especializada.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- Importancia de cumplir con la referencia.
- No reírse ni burlarse de la situación de la persona.
- No discriminar y evitar la estigmatización.

TRATA DE PERSONAS

Ver definición en módulo de Adolescencia y Juventud, página 530.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

MALARIA CIE-10-B50

La OMS describe que la malaria o paludismo es una enfermedad infecciosa potencialmente mortal, causada por parásitos del género *Plasmodium* que se transmiten a las personas, a través de la picadura de mosquitos hembras infectados del género *Anopheles*, llamados vectores del paludismo. Hay cinco especies de estos parásitos, pero dos de ellas son las más predominantes (*Plasmodium falciparum* y *Plasmodium vivax*).

Se define como un caso de malaria a toda persona que, independientemente de la presencia o ausencia de signos y síntomas clínicos, se ha confirmado la presencia de los parásitos de la malaria a través de diagnósticos de laboratorio (gota gruesa y frote, PDR o pruebas moleculares en casos especiales).

MALARIA POR PLASMODIUM VIVAX SIN COMPLICACIONES CIE-10-B51.9

O FALCIPARUM SIN COMPLICACIONES CIE-10-B50.9

Signos y síntomas

- Fiebre que se repite cada 2 o 3 días.
- Sudoración y escalofríos.
- Más uno o varios de los siguientes:
 - Malestar general.
 - Hepato-esplenomegalia (hígado y bazo agrandado).
 - Anemia.

Conducta/tratamiento

- Paciente febril, tomar muestra de sangre para examen microscópico (gota gruesa y frote) y prueba rápida (PDR) en donde esté disponible.
- Si PDR es positiva se inicia el tratamiento cumpliendo esquema, si el resultado de laboratorio es negativo se debe suspender el tratamiento.
- En caso de *P. falciparum* tomar muestra de sangre en papel filtro (tarjetas Whatman FTA) antes de iniciar el tratamiento.
- Muestras control se realizarán de la siguiente manera: *P. falciparum* día 4, 14 y 28 post tratamiento y *P. vivax* días 15 y 28 post tratamiento.
- El esquema global de 11 a 15 años y 16 en adelante para el tratamiento de *Plasmodium vivax* y *falciparum* es el de la tabla siguiente:

CURA RADICAL EN PLASMODIUM FALCIPARUM (3 DÍAS)

EDAD	PRIMER DÍA	SEGUNDO Y TERCER DÍA
11 a 15 años de Edad.	Menor de 12 mg/dl cloroquina 450 mg PO (3 tabletas de 150 mg base) más primaquina 15 mg base (1 tableta).	Menor de 11 mg/dl cloroquina 300 mg PO (2 tabletas de 150 mg base) más primaquina.
16 y más años (incluye persona adulta y persona mayor).	Cloroquina 600 mg PO (4 tabletas de 150 mg) más primaquina 15 mg (1 tableta).	Cloroquina 450 mg PO (3 tabletas de 150 mg) más primaquina 15 mg base (1 tableta).

Fuente. Esquema de tratamiento del programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores, 2017.

CURA RADICAL EN PLASMODIUM VIVAX (14 DÍAS)

EDAD	PRIMER DÍA	SEGUNDO Y TERCER DÍA	CUARTO AL CATORCEAVO DÍA
De 11 a 15 Años.	Cloroquina 450 mg PO (3 tabletas de 150 mg base) más Primaquina 15 mg base (1 tableta).	Cloroquina 300 mg PO (2 tabletas de 150 mg base) más Primaquina 15 mg base (1 tableta).	Primaquina 15 mg PO base (1 tableta).
De 16 y más años (Incluye persona adulta y persona adulta mayor).	600 mg de cloroquina PO (4 tabletas de 150 mg base) más 15 mg de primaquina base (1 tableta).	450 mg de cloroquina PO (3 tabletas de 150 mg base) más 15 mg de primaquina 15 mg base (1 tableta).	Primaquina 15 mg base PO (1 tableta).

Dosis de cloroquina 25 mg/kg/dividido en 3 días. Dosis de primaquina 0.25 mg/kg/día durante 14 días.

Fuente. Esquema de tratamiento del programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores, 2017.

Nota. En caso de vomitar el medicamento esperar media hora y repetir la misma dosis, si continúa con vómitos referir al hospital. En malaria asociada que presenta las dos especies de *Plasmodium*, trate con esquema de *P. vivax*.

MALARIA POR PLASMODIUM VIVAX CON COMPLICACIONES CIE-10-B51.8

O FALCIPARUM CON COMPLICACIONES CIE-10-B50.8

Signos y síntomas

- Fiebre que se repite cada 2 o 3 días.
- Sudoración y escalofríos.
- Más uno o varios de los siguientes:
 - Hipoglicemia.
 - Anemia severa.
 - Dificultad respiratoria.
 - Ictericia (piel amarilla).
 - Edema, más disminución de la cantidad de orina.
 - Coma.

Conducta/tratamiento

- Proceda según Protocolo de Vigilancia Epidemiológica.
- Referir inmediatamente al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.
- Seguimiento con control de gota gruesa:
 - En caso de *P. falciparum*, realizar gota gruesa al día 4 y 14 post tratamiento.
 - En caso de *P. vivax* realizar gota gruesa al día 15 y 28 post tratamiento.
- Vigile la adherencia al tratamiento para asegurar la cura radical.
- En malaria asociada (presenta las dos especies de *Plasmodium*), las pruebas de control deben realizarse al día 4, 15 y al 28 post tratamiento. También se debe tomar muestra en el papel filtro mencionado para *P. falciparum*.
- Refiera en caso de sospecha de malaria complicada o severa de acuerdo a los criterios siguientes:
 - Todo paciente con diagnóstico sospechoso o confirmado de malaria, especialmente a *P. falciparum*, que no tiene mejoría en dos días de tratamiento.
 - Cualquier síntoma del sistema nervioso central, postración, ictericia, parasitemia elevada.

- Cite en 2 días después de iniciado el tratamiento y si la persona no mejora referir al hospital.
- Registre en SIGSA 3.

Oriente sobre

- Seguir el tratamiento de la manera indicada.
- Evitar la exposición de la persona enferma a la picadura del mosquito, para protección del resto del grupo familiar.
- Uso de mosquitero.

MALARIA EN EL EMBARAZO CIE-10-O98.6

La malaria gestacional ha sido definida como la presencia del *Plasmodium* en sangre periférica materna y/o el hallazgo de parásitos en la placenta.

Signos y síntomas

Ver apartado de signos y síntomas de malaria por *P. vivax*, *P. falciparum* sin complicaciones, página 699.

Conducta/tratamiento

- En zonas endémicas realice gota gruesa desde la primera atención prenatal y en forma rutinaria durante cada control.
- En áreas no endémicas debe realizar gota gruesa a la mujer embarazada solo si presenta fiebre, con el antecedente que haya estado en una zona endémica de malaria por un año.
- De preferencia debe realizarla dentro de las primeras 72 horas de inicio de los síntomas.
- Durante el embarazo y puerperio la malaria severa se debe diferenciar de la infección de origen uterino, urinario o mamario.
- En el caso de disponer de pruebas de diagnóstico rápido de malaria, el tratamiento debe de iniciarse de inmediato y evaluar su continuidad al tener el resultado de la gota gruesa.
- Proceda según protocolo de vigilancia epidemiológica
- Administre medicamento de acuerdo al siguiente esquema:

TRATAMIENTO PLASMODIUM FALCIPARUM EN EMBARAZO

PRIMER DÍA	SEGUNDO Y TERCER DÍA
Cloroquina 600 mg PO (4 tabletas de 150 mg base) en una sola toma.	Cloroquina 450 mg PO (3 tabletas de 150 mg base), en una sola toma.

Fuente. Esquema de tratamiento del programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores, 2017.

En caso *P. falciparum*, realizar gota gruesa de control al cuarto (4), décimo cuarto (14) día y (28) día post tratamiento.

Nota. La primaquina está contraindicada en embarazadas y madres lactantes de niños menores de 6 meses (por riesgo de discrasia sanguínea, en caso de deficiencia de la enzima glucosa 6 fosfato deshidrogenasa).

TRATAMIENTO PLASMODIUM VIVAX EN EMBARAZO

PRIMER DÍA	SEGUNDO Y TERCER DÍA
Cloroquina 600 mg PO (4 tabletas de 150 mg base), en una sola toma.	Cloroquina 450 mg PO (3 tabletas de 150 mg base), en una sola toma.

Fuente. Esquema de tratamiento del programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores, 2017.

Posterior al parto se dará seguimiento a la paciente durante 6 meses, realizando controles hemáticos mensuales. Después de ese período, o si la paciente optara por no dar lactancia o la suspendiera por algún motivo se procede a completar el tratamiento con primaquina (1 tableta de 15 mg base, PO cada día durante 14 días).

Nota. En caso de vomitar el medicamento, esperar media hora y repetir la dosis. (Administrar el tratamiento después de las comidas).

- Si continúa con vómitos, referir al hospital.
- Vigile la adherencia al tratamiento.
- Visite en 2 días después de iniciado el tratamiento y si la paciente no mejora referirla al hospital.
- Registre en SIGSA.

- En caso de malaria complicada o severa referir a hospital a:
 - Toda embarazada con diagnóstico confirmado de malaria, especialmente a *P. falciparum*, que no tiene mejoría franca en 24 horas de tratamiento.
 - Cualquier síntoma del sistema nervioso central, postración, ictericia, parasitemia elevada.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Seguir el tratamiento de la manera indicada.
- Evitar la exposición de la persona enferma a la picadura del mosquito, para protección del resto del grupo familiar.
- Uso de mosquitero.
- Si no mejora en dos días volver al servicio inmediatamente.

DENGUE CIE-10-A90 Y CIE-10-A91

El dengue es una enfermedad viral de evolución aguda, dinámica y sistémica, cuyo agente causal se transmite por la picadura del mosquito *Aedes aegypti*. El curso clínico de la enfermedad se desarrolla de dos maneras: dengue no grave y dengue grave. Debe considerarse los antecedentes en la familia y comunidad.

DENGUE NO GRAVE CIE-10-A90 (Dengue clásico)

Es una enfermedad infecciosa endémica y epidémica de zonas tropicales y subtropicales, que afecta a toda persona y cursa en sus inicios de forma similar a las manifestaciones de una influenza.

DENGUE GRAVE CIE-10-A91 (Dengue hemorrágico)

Es la complicación del dengue no grave que se inicia con signos de alarma y es el resultado de la infección grave potencialmente mortal que compromete la vida del paciente. El riesgo es mayor si se ha padecido anteriormente dengue con un serotipo de virus diferente o se tiene baja inmunidad. El cuadro clínico es complejo, hay disminución de la presión arterial media, hemorragias y shock, finalmente puede desencadenar la muerte.

DENGUE CLÁSICO CIE-10-A90 (Dengue no grave)

Signos y síntomas

- Fiebre de inicio repentino arriba de 38.5 °C con duración de 2 a 7 días acompañados de dos o más de los siguientes:

- Malestar general.
- Decaimiento.
- Dolor de cabeza (cefalea).
- Dolor retro orbitario, (aumenta cuando el paciente mueve los ojos).
- Dolor de articulaciones (artralgias).
- Dolor de músculos (mialgias).
- Erupción cutánea (rash, exantema).
- Sudoración.
- Antecedente de dengue en la familia o vecino.

Dengue con signos de alarma

Signos y síntomas

En el cuadro clínico del dengue las señales que marcan el inicio de la fase crítica son:

- Dolor abdominal intenso y continuo, sensibilidad a la palpación.
- Dolor torácico o disnea.
- Derrame pleural o seroso al examen clínico.
- Vómitos persistentes.
- Hipotermia.
- Lipotimia (azúcar baja) o decaimiento excesivo.
- Somnolencia, irritabilidad o convulsiones.
- Hepatomegalia (hígado grande) o ictericia (piel amarilla) .
- Disminución de plaquetas.
- Incremento de hematocrito.
- Disminución de la presión arterial media.
- Disminución de la diuresis (orina poco).
- Prueba de torniquete positiva (fragilidad capilar).

Conducta/tratamiento

- El diagnóstico de la enfermedad es eminentemente clínico, complementado con los estudios epidemiológicos, vigilancia por laboratorios y estudios de laboratorio clínico e imágenes.
- **Pruebas específicas de laboratorio**
 - **Examen serológico** específico para dengue. Detección de anticuerpos contra el virus del dengue. Tomar muestra de suero, después de padecer la fase virémica de la enfermedad, sexto día hasta el quinceavo día. Obtener resultados de laboratorio en

menos de una semana. Detección de IgM=para dengue reciente. Detección IgG=para dengue padecido anteriormente. Uso de método de ELISA. El examen específico de laboratorio es para vigilancia de los anticuerpos y/o virus del dengue (D1-D2-D3-D4).

- **Examen virológico** y aislamiento de serotipos de dengue-virus. Tomar muestra de suero en tubo estéril o vacutainer durante la viremia, entre el segundo y quinto día de la fiebre. Idealmente tomar la muestra en el tercer día de la viremia o de fiebre. Requiere cultivo del virus para poder aislarlo en el laboratorio. Obtener resultados de laboratorio de referencia en menos de dos semanas.
- Pueden hacerse otros estudios de laboratorio que ayuden al manejo clínico del paciente, tales como: recuento de hematocrito, recuento de plaquetas, recuento de glóbulos blancos, así como rayos x de tórax y ultrasonido.

Nota. Debe procesarse la muestra virológica dentro de las primeras 48 horas. Las muestras para determinar el agente etiológico se tomarán en pacientes que cumplan con la definición de caso y de acuerdo a la normativa y protocolo de vigilancia epidemiológica.

- Proceda según Protocolo de Vigilancia Epidemiológica.
- Clasificación clínica del estado de la enfermedad.
- Evalúe la hemodinámica cardiovascular.
- Evalúe presión arterial media.
- Canalice con solución salina o lactato de Ringer (control estricto en la administración de soluciones).
- Administre acetaminofén:
 - Persona adulta o persona mayor: tabletas 500 mg hasta 1 g cada 6 horas, vía oral (PO), durante 3 a 5 días.
 - En edad pediátrica: 10-15 mg/kg/peso en suspensión, cada 6 horas, PO, durante 2 días.
 - En mujeres embarazadas, tableta 500 mg PO dosis única y referir al hospital.
- Manejo de protocolos para atender grupos de edad de alto riesgo en caso de complicaciones (ejemplo coinfección).
- Llenado correcto de hoja de referencia.
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano si presenta complicaciones o signos de alarma, como dolor abdominal o hemorragia.

- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Reposo en cama.
- No dar aspirina u otro antiinflamatorio.
 - Líquidos abundantes.
 - Dieta libre si la condición de la persona lo permite.
- Seguir las recomendaciones del personal de salud.
- Uso de mosquitero, repelentes y otras medidas de protección personal y familiar.

Nota. Se recomienda que todo caso sospechoso o probable de dengue con signos de alarma o dengue grave, sea referido de inmediato al hospital más cercano.

CHIKUNGUNYA CIE-10-A92.0

Enfermedad infecciosa causada por un virus del género *Alfavirus*. Este virus después de haber sido incubado, es transmitido a los humanos por mosquitos del género *Aedes* principalmente *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*.

Definición de caso sospechoso de fiebre chikungunya

Es toda persona con fiebre repentina mayor de 38.5 °C continua, intermitente y artralgia (dolor de articulaciones) severa o artritis bilateral y simétrica, de comienzo agudo que no se explican por otras condiciones médicas, y que reside, proviene o ha visitado áreas epidémicas o endémicas, durante las dos semanas anteriores al inicio de los síntomas. Además, puede presentar erupción maculopapular con predominio en tronco, dolor de cabeza, mialgias y dolor de espalda difuso.

Definición de caso confirmado de fiebre chikungunya

Es toda persona considerada como caso sospechoso de fiebre chikungunya, con resultado positivo de una de las pruebas de laboratorio solicitada para complementar el diagnóstico de la enfermedad. Las pruebas pueden ser:

- Detección de ácidos ribonucleicos -ARN- (RT-PCR).
- Aislamiento viral (en BSL3).
- Detección de IgM.
- Seroconversión o aumento en el título de anticuerpos por ELISA (IgM/ IgG).

Diagnóstico diferencial de chikungunya

La chikungunya puede presentarse de forma atípica o puede coexistir con otras enfermedades infecciosas como el dengue, malaria o leptospirosis, artritis post infecciosa y artritis reumatoidea juvenil.

Las enfermedades a ser consideradas en el diagnóstico diferencial pueden variar en relación a algunas características epidemiológicas relevantes, tales como el lugar de residencia, antecedentes de viajes y exposición.

CHIKUNGUNYA AGUDA

La fase aguda dura entre 3 y 10 días, incluyendo la fiebre que puede ser continua o intermitente.

Signos y síntomas típicos

- Inicio súbito de fiebre alta, típicamente superior a 39 °C.
- Dolor articular no severo y severo (los síntomas articulares generalmente son: simétricos, articulaciones proximales a manos y pies, tumefacción, asociada con frecuencia a tenosinovitis).
- Otros: cefalea, dolor de espalda difuso, mialgias, náuseas, vómitos, poliartritis, rash y conjuntivitis.
- En niños suele presentarse erupción maculopapular muy pruriginosa, en adultos es menos frecuente.

Signos y síntomas atípicos

- **Neurológico:** meningoencefalitis, síndrome de Guillain Barré.
- **Ocular:** neuritis óptica, iridociclitis (inflamación del globo ocular incluyendo el iris y el cuerpo ciliar), retinitis, uveítis, epiescleritis (inflamación de la esclerótica del ojo).
- **Cardiovascular:** miocarditis, pericarditis, insuficiencia cardíaca, arritmias, inestabilidad hemodinámica.
- **Dermatológico:** hiperpigmentación fotosensibilidad, úlceras intertriginosas, dermatosis vesicobulosas.
- **Renal:** nefritis e insuficiencia renal aguda.

CHIKUNGUNYA SUBAGUDA

Después de los primeros 10 días, la mayoría de las personas sentirán una mejoría en su estado general de salud y del dolor articular. Sin embargo, posteriormente puede ocurrir una reaparición de los síntomas y algunos pacientes pueden presentar síntomas reumáticos como aumento del dolor en articulaciones y huesos previamente lesionados y engrosamiento

alrededor de los tendones de los dedos. Estos síntomas son más comunes dos o tres meses después del inicio de la enfermedad.

Algunas personas también pueden desarrollar trastornos circulatorios en las extremidades. Además de los síntomas físicos, la mayoría sufrirán síntomas de fatiga general y debilidad.

CHIKUNGUNYA CRÓNICA

Se caracteriza por la persistencia de síntomas por más de tres meses. La frecuencia con que las personas reportan síntomas persistentes varía sustancialmente.

El síntoma persistente más frecuente es la artralgia inflamatoria en las mismas articulaciones que se vieron afectadas durante la etapa aguda. Generalmente no hay cambios significativos en las pruebas de laboratorio ni en las radiografías de las áreas afectadas.

En la etapa crónica de la enfermedad suele encontrarse deformidades en las articulaciones de las extremidades superiores e inferiores y región lumbar, ocasionando de esta manera disfunciones y discapacidades en la locomoción y manualidad de las personas afectadas. Dicha situación exacerba aún más el estado degenerativo de las personas con problemas de artritis reumática en estado avanzado. Situación que agrava el estado de salud del paciente con artritis reumatoidea.

El diagnóstico de la enfermedad es eminentemente clínico, complementado con los estudios epidemiológicos, vigilancia laboratorial y estudios de laboratorio clínico e imágenes.

Conducta/tratamiento

- Proceda según Protocolo de Vigilancia Epidemiológica.
- Clasificación clínica del estado de la enfermedad.
- Llenado correcto de hoja de referencia.
- Refiera inmediatamente al hospital si la persona presenta complicaciones o signos de alarma, como dolor abdominal o hemorragia.
- En neonatos, lactantes y mujeres embarazadas no dar tratamiento y referir inmediatamente al hospital.
- **Pruebas específicas de laboratorio**
 - **Pruebas Viroológicas:** RT- PCR (reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa reversa), para detección de ácidos nucleicos del ARN del chikungunya. Se recomienda muestras de suero a partir del 1er al 7º día de la aparición de los síntomas. La muestra debe tomarse a los pacientes en periodo de viremia.

- **Pruebas serológicas.** ELISA de captura del anticuerpo IgM (MAC-ELISA), es positivo a partir del 3er día de la enfermedad y persiste durante dos meses; posteriormente cae a niveles no detectables. La sensibilidad es de 93 % y la especificidad del 95 %.
- ELISA para IgG permanece positivo durante toda la vida.
- La posibilidad de tener resultados falsos positivos es baja para el método de ELISA.
- **Toma y envío de muestras:** se debe recolectar suero de la fase aguda durante los primeros ocho días de la enfermedad y suero de la fase convaleciente 10–14 días después de la recolección de la muestra de la fase aguda. Conservación y envío de la muestra en cadena de frío. Envío de la muestra al laboratorio de referencia:
 - Enviar con refrigerantes, asegurar la cadena de frío, entre + 4 °C y + 8 °C.
 - Enviar durante las primeras 48 horas.
 - Enviar siempre la ficha clínica y epidemiológica completamente llena.
- Evalúe el estado de hidratación.
 - Si fuera necesario, administre Sales de Rehidratación Oral -SRO-.
- Trate el dolor y fiebre:
 - En personas adultas y personas mayores: acetaminofén 500 mg, dos tabletas (1g) por vía oral (PO), cada 6 horas, durante 3 a 5 días.
 - Si el dolor se intensifica, administre naproxeno 500 mg tabletas PO cada 12 horas, hasta que se calme el dolor (aproximadamente 1 semana).
 - No dar aspirina, diclofenaco u otro antiinflamatorio no esteroideo.
- Administre loratadina, 10 mg tabletas PO cada 24 horas durante 2 a 3 días.
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano, si presenta complicaciones.
- Personas con secuelas neurológicas referir oportunamente a servicios con personal especializado.
- Llenado de hoja de referencia con las indicaciones adecuadas.
- Registre en SIGSA 3.
- Dar seguimiento a la contrarreferencia.

Nota. En caso de vomitar el medicamento, esperar media hora y repetir la dosis. (Administrar el tratamiento después de las comidas).

Orientación sobre

- Reposo en cama.
- Líquidos según necesidad.
- Dieta libre si la condición de la persona lo permite.
- Evite:
 - La automedicación.
 - Que la persona con chikungunya aguda sea picado por mosquitos en fase adulta, durante la fase virémica (primera semana después de los primeros síntomas) utilizando mosquitero, repelentes o ropa apropiada.
 - El consumo de bebidas alcohólicas.
 - Esfuerzo físico que aumente el dolor.
 - El rascado en áreas con dermatosis para prevenir infecciones.
 - Exposición a rayos solares.
- Mantener las uñas cortas y limpias.
- Lavado de manos con frecuencia.
- Seguir recomendaciones del personal de salud.
- La vigilancia y el control integrado del vector es lo más importante para la prevención del dengue y otros arbovirosis.

Nota. Se recomienda que todo caso sospechoso o probable de chikungunya con signos de alarma y coinfecciones con dengue sea referido de inmediato al hospital más cercano, especialmente embarazadas y pacientes pediátricos.

ENFERMEDAD DE CHAGAS CIE-10-B57

Es una enfermedad parasitaria producida por *Trypanosoma cruzi* y transmitida en Guatemala principalmente por los vectores hematófagos (que se alimentan de sangre), *Rhodnius prolixus*, (en vías de eliminación) y *Triatoma dimidiata* (chinches picudas, talaje o telepate), quienes lo transmiten al humano, a los animales domésticos y salvajes (perros, gatos, ratones, conejos, murciélagos y primates).

Signos y síntomas

Fase aguda (primeros 60 días):

- Se presenta de forma asintomática, especialmente en la niñez y personas jóvenes.
- Chagoma (nódulo subcutáneo) en cualquier parte del cuerpo.
- Edema de ambos o uno de los párpados (signo de Romaña).
- Fiebre.

- Linfadenopatía (aparece a las 48 horas después de la inoculación del parásito por medio de las heces de la chinche).
- Hepatomegalia.
- Esplenomegalia.

Fase crónica indeterminada (después de 60 días):

- Signos de insuficiencia cardíaca congestiva y arritmia:
 - Palpitaciones.
 - Mareos.
 - Sincope.
 - Disnea.
 - Edema de miembros inferiores (principalmente).
- Alteraciones digestivas:
 - Megacolon.
 - Megaesófago.
 - Mixtas (cólón y esófago)

Conducta/tratamiento

- Proceda según protocolo de vigilancia epidemiológica.
- Practique examen de laboratorio:
 - **Caso agudo**
 - Realice frote periférico para casos sospechosos si tiene capacidad resolutive, para la investigación parasitológica.
 - La toma de la muestra debe hacerse en los primeros 15-45 días de iniciados los signos y síntomas.
 - **Caso crónico indeterminado**
 - Anticuerpo IgG: específicos anti *T. cruzi* por método de ELISA recombinante.
 - El tamizaje se realiza en donadores y en bancos de sangre y el diagnóstico específico se realiza en el Laboratorio Nacional de Salud -LNS-.
 - Debe realizarse tamizaje en embarazadas, para prevenir Chagas congénito.
- Tome la muestra sanguínea periférica o venosa en vacutainer y transporte en cadena de frío al laboratorio del servicio de salud con capacidad resolutive.

Nota. Los resultados dudosos deben enviarse al Laboratorio Nacional de Salud para confirmación.

- Administre uno de los dos medicamentos presentados a continuación:
 - Nifurtimox tabletas de 120 mg 10 mg/kg/día, por vía oral (PO) a pacientes hasta 40 kilos de peso y en personas con más de 40 kilos de peso, dar 8 mg/kg/día, PO en tres tomas separadas, administradas diariamente, durante 60 días.
 - Benznidazol tabletas 100 mg 7.5 mg/kg/día PO en pacientes hasta 40 kilos de peso y en personas con más de 40 kilos de peso, dar 5 mg/kg/día PO en tres tomas separadas, administradas diariamente, durante 60 días.

Nota. No administre tratamiento durante el embarazo, la lactancia, ni a menores de 18 meses.

- Registre en SIGSA 3.
- Adopte medidas para la búsqueda activa y pasiva de chinches picudas en las viviendas, junto con el personal local de vectores.

Oriente sobre

- La importancia de realizar actividades de higiene dentro y fuera de la casa, (consultar “ Manual operativo de Vigilancia y Control Entomológico de la Enfermedad de Chagas”) para evitar que la chinche picuda se reproduzca; tales como:
 - Limpiar y ordenar (recoger y enterrar la basura).
 - Inspeccionar la vivienda (paredes, techos, acumulación de material) para la búsqueda del vector.
 - Evitar acumular materiales (teja, adobes piedras y otros).
 - Remozar las paredes agrietadas.
 - Evitar la convivencia con animales domésticos dentro de la vivienda.
 - Separar las camas de las paredes.

ONCOCERCOSIS CIE-10-B73

La oncocercosis, también llamada ceguera de los ríos o enfermedad de Robles, es causada por el parásito *Onchocerca volvulus* transmitida por

Nota. Evalué a todas las hijas o hijos de mujeres con diagnóstico confirmado de chagas, ya sea confirmadas antes o durante el embarazo, principalmente las procedentes de localidades hiperendémicas y de alto riesgo que estuvieron infestadas con *Rhodnius prolixus* (Baja Verapaz, Alta Verapaz, Chiquimula, El Progreso, El Quiché, Huehuetenango, Jalapa, Jutiapa, Santa Rosa y Zacapa).

la mosca *Simulium ochraceum*, principal vector en Guatemala. En el año 2016 OMS/OPS, verificó que la enfermedad está “eliminada” en el país. Por lo que actualmente se realizan actividades de vigilancia pos verificación:

Caso sospechoso: toda persona que presenta nódulo(s) fibroso (s) subcutáneo (s) principalmente en la cabeza y hombros o en la cintura, cadera y espalda.

Caso confirmado: toda persona sospechosa con pruebas parasitológicas positivas.

Signos y síntomas

- Lesiones en piel por rascado, con cambio de coloración (enrojecido o morado).
- Problemas oculares:
 - Lagrimeo.
 - Conjuntivitis.
 - Fotofobia (intolerancia a la luz).
 - Sensación de cuerpo extraño en ambos ojos.
 - Pérdida de la agudeza visual o ceguera total e irreversible.

Conducta/tratamiento

- Proceda según Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de Oncocercosis.
- Registre en SIGSA 3.

LEISHMANIASIS CIE-10-B55

LEISHMANIASIS CUTÁNEA CIE-10-B55.1

Nota. Enfermedad en proceso de eliminación certificada por OPS y OMS.

Grupo de enfermedades parasitarias causadas por protozoos de género *Leishmania*, que son introducidos al organismo a través de la picadura de hembras de un vector del género *Lutzomya*.

Signos y síntomas

- Úlcera (s) usualmente redondeada e indolora, de apariencia granulosa, de aspecto limpio y recubierta por costra, los bordes son elevados e indurados, más comúnmente en la superficie expuesta de la piel, como brazos, cara, hombros, parte externa de la mano, piernas, orejas y nuca.
- Pueden observarse como pápulas.
- Crecimientos verrugosos vegetantes (con forma de coliflor) y nodulares.

Conducta/tratamiento

- Proceda según Protocolo de Vigilancia Epidemiológica.
- Realice frote directo de la manera siguiente:
 - Rotule dos láminas porta objetos en uno de los extremos con el número de registro del laboratorio.
 - Escoja la lesión más nueva y activa, esto es la lesión con los bordes más elevados.
 - La lesión debe estar libre de infección. Si estuviera infectada, debe tratarse primero la infección y después tomar la muestra.
 - Retire la costra de la superficie, si estuviera presente.
 - Elija el borde más activo de la lesión y realice el raspado con una hoja de bisturí. Hágalo de tal manera que no sangre, si esto sucede limpie la sangre con una gasa estéril.
 - Se deben tomar 2 láminas y hacer dos extendidos uno de cada uno de los bordes opuestos de la lesión.
 - Deje secar las muestras a temperatura ambiente, de preferencia fijar la lámina con alcohol absoluto.
- Envíe la muestra inmediatamente al laboratorio del nivel local. Si esto no fuera posible, refiera el frote al Laboratorio Nacional de Salud, acompañado de la ficha clínica.
- Realice una prueba de embarazo a mujeres en edad fértil, antes de iniciar el tratamiento.

Nota. No administre tratamiento durante el embarazo, la lactancia, ni a menores de 12 meses.

- El esquema de tratamiento debe ser administrado de acuerdo a la tabla siguiente:

Persona Adulta y Persona Mayor

ESQUEMA DE DOSIFICACIÓN DE ANTIMONIATO DE MEGLUMINE

KILOGRAMOS	DOSIS DIARIA (ml)	KILOGRAMOS	DOSIS DIARIA (ml)
10	2.5	36	8.9
11	2.7	37	9.1
12	3.0	38	9.4
13	3.2	39	9.6
14	3.5	40	9.9
15	3.7	41	10.1
16	4.0	42	10.4
17	4.2	43	10.6
18	4.4	44	10.9
19	4.7	45	11.1
20	4.9	46	11.4
21	5.2	47	11.6
22	5.4	48	11.9
23	5.7	49	12.1
24	5.9	50	12.3
25	6.2	51	12.6
26	6.4	52	12.8
27	6.7	53	13.1
28	6.9	54	13.3
29	7.2	55	13.6
30	7.4	56	13.8
31	7.7	57	14.1
32	7.9	58	14.3
33	8.1	59	14.6
34	8.4	60	14.8
35	8.6	Mayor de 60	15.0

Fuente. Adaptado del Manual para el Abordaje Integral de las Leishmaniasis en Honduras. Tegucigalpa, 2016, por el Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores, 2018.

Nota. Para reducir el riesgo de toxicidad del antimonio de meglumine, la dosis máxima a aplicar es de 15 ml por día (3 ampollas).

Persona Adulta y Persona Mayor

- Si después de 2 meses de terminado el esquema de tratamiento no hay una reducción del 50 % del diámetro de la lesión, se debe administrar un segundo ciclo de tratamiento. Si no hay cura al terminar este tratamiento, referir a los hospitales Roosevelt o San Juan de Dios.

Oriente sobre

- En lesiones de piel se debe realizar la limpieza diaria con bastante agua y jabón.
- Evitar el uso de remedios caseros.
- Al salir al campo usar camisa de manga larga, sombrero y botas.
- Uso de repelentes corporales.
- Mantener limpio y libre de maleza unos 300 metros alrededor de la vivienda.
- Evitar tener animales domésticos o de granja adentro de la casa. De preferencia mantenerlos en corrales, limpios y alejados de la casa.

LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA CIE-10-B55.2

Complicación de una leishmaniasis cutánea que curó espontáneamente o que recibió tratamiento incompleto o inadecuado. Ésta se manifiesta en un período de varios años luego de la lesión leishmaniásica inicial y se manifiesta por daño de la mucosa nasal u oral.

Signos y síntomas

- Sensación de congestión.
- Obstrucción y/o prurito nasal.
- Rinorrea serohemática o purulenta.
- Epistaxis (sangrado de nariz).
- Perforación y destrucción del tabique nasal y de los tejidos blandos, pudiendo llegar a provocar graves mutilaciones (nariz de tapir) y muerte por infecciones secundarias.

Conducta/tratamiento

- Proceda según protocolo de vigilancia epidemiológica.
- Administre el medicamento de acuerdo al peso según la tabla anterior (ver leishmaniasis cutánea) durante 20 a 28 días de acuerdo al grado de extensión de la lesión.
- Ante la sospecha clínica de leishmaniasis mucocutánea, referir al hospital más cercano, para confirmar el diagnóstico.

LEISHMANIASIS VISCERAL (KALA AZAR) CIE-10-B55.0

Kala Azar significa fiebre negra. Enfermedad parasitaria que afecta las vísceras, especialmente, hígado y bazo, introducida al organismo por protozoos de género *Leishmania* a través de la picadura de hembras de un mosquito flebótomo (que se alimenta de sangre).

Signos y síntomas

- Fiebre que tiene un comienzo gradual o repentino, es persistente e irregular a menudo con dos picos febriles al día, que se alternan con períodos de apirexia y febrícula.
- Hepatomegalia.
- Esplenomegalia.
- Linfadenopatía.
- Anemia.
- Emaciación y debilidad progresiva.

Conducta/tratamiento

- Proceda según Protocolo de Vigilancia Epidemiológica.
- Todo caso sospechoso debe ser referido al hospital Roosevelt o al San Juan de Dios, para confirmar diagnóstico y dar tratamiento.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Importancia de cumplir la referencia.
- Seguir las recomendaciones e indicaciones del personal de salud para el tratamiento.

IV. ORIENTACION A LA PERSONA ADULTA Y LA FAMILIA

Ver sección de Persona Mayor página 742.

PERSONA MAYOR (DE 60 AÑOS EN ADELANTE)

PERSONA MAYOR

Comprende a las personas de 60 años y más. Los cambios biológicos y fisiológicos lo hacen un grupo vulnerable, por lo que la atención debe ser integral y diferenciada para abordar los problemas de salud. Estos cambios han hecho que exista la especialidad de geriatría, que atiende la salud de la persona mayor y la gerontología que atiende socialmente la integración social de la misma. Es importante conocer los factores de riesgo en los cambios del envejecimiento.

CLASIFICACIÓN DE LA SALUD DE LA PERSONA MAYOR

Persona mayor activa y saludable: es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos de peligro, ni síntomas atribuibles a enfermedades agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal.

El objetivo fundamental de la atención a este grupo poblacional en el primer y segundo nivel de atención, es la promoción de la salud y la prevención primaria de enfermedades, específicas.

Persona mayor enferma: es aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica en diferente grado de gravedad, habitualmente no discapacitante y que no cumple los criterios de persona mayor frágil o paciente geriátrico complejo.

El objetivo prioritario es la atención del daño, la rehabilitación y acciones preventivas. Dependiendo de las características y complejidad del daño, esta persona será atendida en el servicio de salud local o referida a otro servicio de mayor complejidad, según las necesidades de la persona, (válido para toda la red de servicios de salud).

Persona mayor frágil: es aquella que cumple dos o más de las condiciones siguientes:

- 80 años o más.
- Dependencia parcial, según valoración del “Índice de Katz” ver anexo No. 3 página 746 de éste módulo.
- Deterioro cognitivo leve o moderado.
- Manifestaciones depresivas “Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE” ver anexo No. 4 página 747 de éste módulo.
- Riesgo social: según la “Escala de Valoración Socio-Familiar de GIJON” ver Anexo No. 5 página 748 de éste módulo.
- Caídas: una caída en el último mes o más de tres caídas en el año.
- Pluripatología: tres o más enfermedades crónicas.

- Enfermedad crónica que condiciona, incapacidad funcional parcial. Ejemplo déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuelas de evento cerebro vascular, enfermedad de Parkinson, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca reciente, entre otras.
- Polifarmacia: toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 semanas.
- Hospitalización en los últimos 12 meses.
- Índice de masa corporal -IMC menor de 18 (bajo peso) o mayor de 30 (obesidad), ver anexo No. 1 página 744 al final de este módulo.

El objetivo principal para atención de la persona mayor frágil, es la prevención secundaria y terciaria. Dependiendo de las características y complejidad del daño, las personas serán atendidas en el establecimiento de salud más cercano a su vivienda o referidas a otro servicio de mayor capacidad resolutive, según las necesidades, (válido para toda la red de servicios de salud).

Persona geriátrica compleja es aquella que cumple con tres o más de las condiciones siguientes:

- 80 años o más.
- Tres o más enfermedades crónicas (pluripatología).
- El proceso o enfermedad principal tiene carácter discapacitante.
- Deterioro cognitivo severo.
- Existe problema social en relación con su estado de salud según la “Escala de Valoración Socio Familiar de GIJON” ver anexo No. 5 al final de este módulo.
- Persona con enfermedad terminal, como: cáncer avanzado, insuficiencia cardíaca terminal y otras enfermedades con un pronóstico de vida menor de 6 meses.

El objetivo principal en este grupo es el asistencial, tanto terapéutico como rehabilitador, (válido para toda la red de servicios de salud).

I. ATENCIÓN INTEGRAL DE LA PERSONA MAYOR

Ver sección de la Persona Adulta página 605.

II. ACCIONES PREVENTIVAS DE LA PERSONA MAYOR

Ver sección de la Persona Adulta página 606.

III. DETECCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA EN LA PERSONA MAYOR

Ver sección de la Persona Adulta página 610.

INFECCIONES RESPIRATORIAS EN LA PERSONA MAYOR

NEUMONÍA GRAVE. CIE 10 J15.9

El diagnóstico para inicio del manejo de paciente puede basarse en la evaluación clínica, sin embargo debe tener en cuenta que la presentación puede ser atípica.

Signos y síntomas

Ver neumonía grave en módulo Adolescencia y Juventud, página 535.

Considere además los siguientes:

- Hipotermia.
- Fiebre.
- Inmovilidad.
- Delirio o confusión.
- Puede o no presentar tos.
- Puede o no presentar cianosis.

Factores de riesgo

- Hábito de fumar.
- Exposición al humo de leña.
- Conviven con niños menores de 5 años NO vacunados.
- Enfermedades crónicas concomitantes.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica -EPOC- ó fibrosis pulmonar.
- Inmovilidad.
- Caída con más de una hora sin levantarse.
- Malnutrición.
- Alcoholismo.
- Pacientes en asilos/institucionalizados.

Conducta/tratamiento

- Si tiene, administre oxígeno por cánula binasal a 1 o 2 l/minuto.
- Si el estado de conciencia lo permite y el paciente puede tragar:
 - Administre antes de referir a hospital primera dosis de:
 - Acetaminofén, tableta 500 mg, vía oral dosis única si la temperatura axilar es mayor de 37.5 °C.
 - Amoxicilina /ácido clavulánico 875/125 mg, vía oral, más
 - Azitromicina 500 mg vía oral ó claritromicina 500 mg vía oral.
- Si la condición del paciente no permite la ingesta PO:
 - Administre penicilina procaína: 800.000 UI IM; antes de inyectar, investigue si el paciente no es alérgico a la penicilina.
 - Baje la fiebre con medios físicos.
- Si tiene equipo, nebulice con 1 ml de salbutamol más 2 ml de solución salina; evaluar evolución y si es necesario repetir cada 15 minutos por 2 dosis más.
- Coordine traslado y refiera a hospital acompañado de un familiar y personal de salud.
- Estabilice previo al traslado.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.
- Registre en SIGSA.

SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Son las formas diferentes de presentación de las enfermedades en las personas mayores. A veces, un síndrome puede ser la causa de otro y en ningún caso deben ser atribuidos al envejecimiento normal.

ESTREÑIMIENTO O CONSTIPACIÓN CIE-10-K59.0

Dificultad para evacuar en un período de tiempo, frecuencia menor a tres veces por semana, con duración prolongada y fatigante, frecuentemente acompañadas de la sensación de evacuación incompleta. El estreñimiento crónico afecta cerca de un 30 % de personas de más de 60 años de edad y es más común en las mujeres.

- Factores de riesgo.
- Poca ingesta de agua.
- Inmovilidad.
- Medicamentos: antiinflamatorios, diuréticos, hierro etc.

- Estrés.
- Uso y abuso de café y bebidas alcohólicas.
- Cambios de costumbres: horarios de alimentación, tipo de alimentos.

Causas más frecuentes

- Efecto colateral de los medicamentos.
- Colon irritable.
- Manifestación de enfermedades metabólicas.
- Enfermedades neurológicas.
- Obstrucción del colon.

Conducta/tratamiento

- Antes de iniciar cualquier tratamiento, efectuar tacto rectal para descartar causas orgánicas y/o eliminar heces endurecidas.
- Recomiende aumentar la cantidad de líquidos y fibra que la persona ingiere durante el día.
- Evite en la medida de lo posible los laxantes estimulantes.
- En el caso de estreñimiento por hipomotilidad (disminución de los movimientos intestinales), es útil el uso de *Psyllium plantago*, en polvo, 2 cucharadas disueltas en medio vaso de agua pura, moverlo rápidamente y tomarlo 2 horas antes de acostarse.
- Si la persona no mejora refiera al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Durante el desayuno tomar algún líquido caliente.
- Evitar el sedentarismo y efectuar más actividad, como caminar durante 15-20 minutos después de desayunar.
- Fomentar la evacuación intestinal después de consumir alimentos para aprovechar el reflejo gastrocólico de manera natural y sin forzar, para evitar otras complicaciones.
- Al tener deseo de defecar, nunca dejar para más tarde, el ir al inodoro o letrina.
- Importancia de una alimentación con abundante agua pura, y frutas con suficiente fibra, para evitar el estreñimiento.

ENFERMEDAD DE PARKINSON CIE-10-G20

Enfermedad crónica y degenerativa del sistema nervioso que se produce por la falta de producción de una sustancia química en el cerebro llamada dopamina, la cual es responsable de ayudar a los movimientos del cuerpo y de regular el estado de ánimo de una persona. Se caracteriza por falta de coordinación, rigidez muscular y temblores. Los síntomas comienzan lentamente, en general, en un lado del cuerpo. Posteriormente afectan ambos lados. La enfermedad de Parkinson suele comenzar alrededor de los 60 años, pero puede aparecer antes. Es mucho más común entre los hombres que entre las mujeres.

Signos y síntomas

- Temblor en las manos, los brazos, las piernas, la mandíbula y la cara.
- Temblor en reposo.
- Rigidez articular.
- Salivación abundante.
- Limitación en los movimientos con lentitud (bradicinesia).
- Marcha de base amplia y/o alteración asimétrica en los reflejos posturales.
- Problemas de equilibrio y coordinación.

Conducta/tratamiento

- Referir al hospital más cercano para confirmación de diagnóstico e iniciar tratamiento especializado.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriento sobre

- Situación de la persona e importancia de cumplir con la referencia y el tratamiento que le prescriban.

HIPERPLASIA PROSTÁTICA CIE-10-N40

Es un aumento de volumen de la glándula prostática. La incidencia aumenta a medida que avanza la edad.

Signos y síntomas

- Comienzo lento o demorado del flujo urinario e intermitencia urinaria.
- Disminución de la fuerza y proyección del torrente urinario.
- Nicturia (necesidad de orinar 2, 3 o más veces por la noche).
- Disuria (ardor al orinar).
- Hematuria (macroscópica) presencia de sangre en la orina.
- Retención urinaria aguda.
- Polaquiuria (frecuencia urinaria aumentada).
- Urgencia urinaria (o miccional) necesidad intensa de orinar.
- Incontinencia urinaria (no puede retener la orina).

Conducta/tratamiento

- Evaluación: al tacto rectal puede encontrar aumento del volumen de la próstata, la cual en condiciones normales se palpa de forma lisa, firme y de consistencia elástica. Debe buscar áreas de induración focal que puede sugerir malignidad y requerir otros estudios.
- Refiera al hospital más cercano si encuentra alguna alteración de la próstata.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Importancia de cumplir con la referencia.
- Que si no se atiende el problema, puede llegar a producirse una obstrucción total de la salida de la orina.

CAÍDAS CIE-10-W19.9

Es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite a la persona al suelo contra su voluntad. Ésta suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada o no por el paciente o un testigo.

FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS

FACTORES INTERNOS (DEL PACIENTE)	FACTORES EXTERNOS (DEL ENTORNO O AMBIENTE)
• Impotencia funcional (amputación de miembro, disminución de la fuerza muscular, parálisis, Parkinson, artrosis) inestabilidad motora y debilidad muscular por inmovilización prolongada. • Estado de confusión, desorientación y/o alucinación. • Alteraciones oculares o sensitivas. • Hipotensión postural. • Sedación o ingestión de fármacos que produzcan depresión del nivel de conciencia o mareos. • Polifarmacia (uso de más de tres medicamentos). • Consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas). • Enfermedades neurológicas (epilepsia, convulsiones, derrames cerebrales, vértigos, mareos). • Enfermedades cardíacas (arritmias, portadores de marcapasos, infartos). • Enfermedades del aparato respiratorio (fatiga, falta de aire (disnea). • Hipoglucemia. • Deshidratación.	• Iluminación deficiente. • Ropa y calzado inadecuado. • Pisos resbalosos (mojados). • Alfombras arrugadas. • Cables en lugares de paso. • Desorden. • Pisos desnivelados. • Escaleras sin pasamanos. • Mobiliarios inestables. • Barreras arquitectónicas (no hay rampas, obstáculos en las aceras, etc. • Gradas muy altas (no deben de tener más de 15 cms de alto. • Animales domésticos. • Camas demasiado altas. • Baño muy retirado de la cama. • Medios de transportes inseguros. • Inodoro muy bajo. • Baños sin puntos de apoyo para que el adulto mayor.

Fuente. Programa del Adulto Mayor MSPAS/DRPAP.

COMPLICACIONES DE LAS CAÍDAS EN LAS PERSONAS MAYORES

Lesiones físicas:

- Lesiones de tejidos blandos (contusiones y laceraciones).
- Fracturas (cadera, fémur, húmero, costillas, muñeca).
- Trauma de cráneo (inconsciencia).
- Hipotermia, deshidratación, neumonía (si la persona permanece en el suelo más de una hora sin auxilio).

Efectos emocionales:

- Vergüenza, pena, bochorno.
- Miedo a las caídas.
- Disminución de la actividad física por falta de confianza.
- Aislamiento social.
- Hospitalización.

Conducta/tratamiento

- Evalúe condición de la persona.
- Descarte fracturas.
- Dé tratamiento de acuerdo a capacidad de respuesta.
- Refiera al hospital más cercano, si es necesario.
- Registre en SIGSA.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES

FACTORES EXTERNOS (AMBIENTALES)	RECOMENDACIONES
Suelo.	a) Evitar derrames de líquidos. b) Evitar alfombras arrugadas. c) Evitar cordones y obstáculos en zonas de paso.
Iluminación.	a) Adecuada iluminación en todas las áreas especialmente en áreas de paso. b) Interruptores de fácil acceso. c) Tener interruptores de luz cercanos a la cama.
Gradas.	a) Fijar bien las alfombras si las tiene, colocar pasamanos o barandas a ambos lados. b) Poner material anti-deslizante en los bordes de las gradas. c) Colocar rampas en lugar o a la par de las gradas.
Tareas domésticas.	a) Secar de inmediato líquidos derramados. b) No dejar objetos en el suelo o en las gradas. c) Guardar los objetos útiles en estanterías de fácil acceso. d) Eliminar los muebles muy bajos.
Cocina.	a) Que los utensilios se puedan tomar sin esfuerzos. b) Tener unas gradas o banco seguro si es necesario alcanzar algo que este alto.

Baño.	a) Colocar alfombras antideslizantes en la ducha. b) Instalar barandas de apoyo para que la persona mayor se auxilie. c) Inodoros más altos. d) Uso del orinal (cerca de la cama por la noche).
Patios.	a) Reparar pisos rotos. b) No caminar por terrenos desnivelados. c) Caminar por lugares bien iluminados. d) Evitar charcos de agua.
Cuidado personal.	a) Uso de calzado adecuado y ajustado. b) No caminar con chancletas. c) Evitar zapatos con tacones altos. d) Uso de lentes adecuados a su visión. e) Ejercicios moderados que le den una buena forma física.

Fuente. Programa del Adulto Mayor MSPAS/DRPA P.

CONFUSIÓN, DELIRIO (TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES) CIE-10-F22.0 al CIE-10-F22.9

Desorden agudo, transitorio y fluctuante de la cognición (pensamiento), atención, percepción, psicomotricidad y el ciclo de sueño-vigilia, obnubilación, potencialmente reversible.

Factores de riesgo

- Edad mayor de 75 años.
- Intervención quirúrgica reciente (principalmente fractura de cadera).
- Déficit visual y auditivo.
- Mal estado nutricional.
- Inmovilidad.
- Enfermedades crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica -EPOC-, insuficiencia cardíaca, enfermedades renales y hepáticas graves).
- Traumatismos.
- Quemaduras.
- Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central: (enfermedad de Parkinson, demencia).
- Arterioesclerosis cerebral.
- Infecciones.
- Polifarmacia.

- Privación del sueño.
- Deterioro cognitivo previo.
- Consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas).
- Estrés, duelo, miedo y depresión.
- Episodios de agitación, vagabundeo e intranquilidad que alterna con periodos de somnolencia y letargo.
- Deterioro de la atención y concentración.

Signos y síntomas

- Comienzo brusco, con fluctuaciones durante el día y frecuente empeoramiento durante la noche.
- Inversión del ciclo sueño-vigilia.
- Historia de obnubilación (perdida pasajera del entendimiento).
- Disminución de la vigilia de corta duración.
- Desorientación en tiempo y espacio.
- Episodios de agitación, vagabundeo e intranquilidad que alterna con periodos de somnolencia y letargo.
- Deterioro de la atención y concentración.
- Deterioro de la memoria a corto plazo (memoria de fijación).
- Generalmente muestra ansiedad, suspicacia y recelo.
- Presencia de alucinaciones visuales que se exacerban por la noche.
- Ideas delirantes de persecución.
- Pensamiento desorganizado y distorsionado.

Conducta/tratamiento

- Establezca y refiera al servicio de salud más cercano con profesional especializado de salud mental.
- Evite el estigma y discriminación.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orientación sobre

- Situación de la persona e importancia de cumplir las indicaciones o la referencia.

TRASTORNOS DE LA MARCHA Y EL EQUILIBRIO CIE-10-R26

Disminución de la capacidad de caminar, incorporarse, girar e inclinarse adecuadamente.

Signos y síntomas

- Dificultad para deambular o mantener la posición vertical cuando se está de pie.
- Tendencia a caer al volver la cabeza, agacharse o incorporarse (vértigo).
- Adopción de posturas anormales del cuerpo al avanzar.
- Problemas para iniciar la marcha o detenerse.

Principales causas

- **Neurológicas:** isquemia cerebral, infartos cerebrales previos y enfermedad de Parkinson.
- **Sensoriales:** trastornos del oído interno y disminución de agudeza visual.
- **Infecciosas:** infecciones del sistema nervioso central.

Conducta/tratamiento

- Estabilice y refiera al hospital más cercano, para evaluación y tratamiento.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Situación de la persona e importancia de cumplir con la referencia.

INCONTINENCIA URINARIA CIE-10-N39.4

Es la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, de una magnitud (intensidad) suficiente para provocar consecuencias sociales, higiénicas y médicas, afectando la calidad de vida de la persona mayor.

Factores de riesgo

- Mayor de 65 años.
- Sexo femenino.
- Menopausia.
- Deterioro funcional: físico y mental.

- Infecciones del tracto urinario.
- Inmovilidad aguda establecida.
- Demencias, depresión.
- Historia de múltiples partos.
- Barreras arquitectónicas.
- Medicamentos (diuréticos, anticolinérgicos).
- Constipación crónica.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica -EPOC-.
- Obesidad.
- Diabetes mellitus.
- Enfermedad cerebrovascular.
- Vaginitis atrófica.

CLASIFICACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA

INCONTINENCIA URINARIA TRANSITORIA	INCONTINENCIA URINARIA ESTABLECIDA
• Delirio-confusión. • Restricción de la movilidad-inmovilidad. • Incontinencia urinaria por rebosamiento (causas prostáticas, neurológicas, medicamentos como anti colinérgicos, narcóticos). • Inflamación-infección. • Poliuria (diabetes). • Polifarmacia (uso de más de 3 medicamentos). • Depresión. • Estreñimiento e impactación fecal. • Vaginitis atrófica senil (deficiencia hormonal). • Baño alejado.	• Pérdida de orina simultánea a aumentos en la presión intraabdominal (toser, reírse, estornudar). Usualmente poca cantidad. Más frecuente en la mujer. • Salida de orina (usualmente en cantidades un poco mayores) debido a la incapacidad para retener la orina después de que se tiene la sensación de plenitud vesical. Ambos sexos. • Daño cerebral (derrames cerebrales, demencia tumores, enfermedad de Parkinson). • Lesiones de la médula espinal (tumores, traumatismos). • Tumores de vejiga, litiasis (cálculos renales), prolapso uterino, estrechez de la uretra.

Fuente. Programa de Adulto Mayor. MSPAS.

Diagnóstico

En toda persona con incontinencia urinaria se debe realizar:

- Listado completo de medicamentos.
- Examen físico completo (neurológico).
- Examen general de orina.
- Glucosa sérica.

Conducta/tratamiento

- Descarte retención aguda de orina (globo vesical) y trátela según capacidad de resolución local.
- En mujeres: revisión ginecológica para detectar casos de vaginitis atrófica, prolapso uterino, cistocele (vejiga baja) y rectocele.
- En hombres: tacto rectal para evaluar patología prostática.
- En mujeres y hombres: tacto rectal para descartar impactación fecal.
- Identifique la causa de la incontinencia, si es posible.
- Si hay infección dar tratamiento con antibióticos.
- En vaginitis atrófica aplicar estrógenos en forma local, dos veces al día durante 2 meses.
- Recomiende ejercicios de Kegel para fortalecer el piso pélvico (ver anexo No. 7 página 751 en este módulo).
- En el rebosamiento puede ser tratamiento quirúrgico o cateterismo a largo plazo (nivel superior).
- Refiera al hospital más cercano, si considera necesario.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Situación de la persona y conducta a seguir.
- No beber agua después de las 8:00 pm.
- No aguantar los deseos de orinar.
- Uso de pañales, si fuera necesario.
- Si le refirió, importancia de cumplir con la referencia.

TRASTORNOS DEL SUEÑO DE ORIGEN SIN ESPECIFICACIÓN CIE-10-F51.9

En la persona mayor el patrón de sueño normal se estima entre 4 a 6 horas como máximo (puede variar según la persona). Las variaciones por encima, debajo o interrupción del patrón de forma recurrente, pueden considerarse como alteración del mismo.

Signos y síntomas

- Cambios en el estado de ánimo como irritabilidad o decaimiento.
- Alteración que puede cursar con aumento o disminución de las horas diarias de sueño.
- Sueño intermitente.
- Malestar personal o interferencia en realizar las actividades de la vida diaria.

Factores de riesgo

- **Neurológicos:** derrame cerebral, tumores o infecciones del sistema nervioso central, dolor físico.
- **Psicológicos:** depresión, ansiedad, cambios en el ambiente o condiciones de vida, trastorno bipolar.
- **Orgánicos:** infecciones, apnea del sueño, Parkinson, enfermedad péptica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertrofia prostática.
- **Medicamentosos:** uso de sedantes inductores del sueño, antialérgicos, anticolinérgicos, antigripales, beta bloqueador.

Conducta/tratamiento

- Refiera a un servicio con personal especializado de salud mental.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- Tener un horario fijo para acostarse y levantarse.
- El dormitorio debe estar a una temperatura confortable y lo más libre de ruido posible.
- No usar la cama para actividades como leer o ver televisión.
- Si la persona se acuesta y no logra dormirse en 30 minutos debe levantarse y realizar alguna actividad hasta que se encuentre cansado y pueda dormir.

- Disminuir ingesta de líquidos alrededor de la hora de dormir, para evitar la necesidad de orinar por la noche (nicturia).
- Evitar el consumo de café y tabaco antes de dormir.
- Evitar siestas diurnas excesivas.

DISFUNCIÓN SEXUAL ERÉCTIL (impotencia sexual) CIE-10-F52

Incapacidad persistente para conseguir y mantener una erección suficiente para consumir una relación sexual satisfactoria.

Signos y síntomas

- Dificultad o imposibilidad para conseguir una adecuada erección del pene.
- Trastornos emocionales incluyendo ansiedad, depresión y baja autoestima.

Factores de riesgo

- **Neurológicos:** derrame cerebral, lesiones de medula espinal, neuropatía diabética.
- **Psicológicos:** ansiedad, depresión, demencia, cambios en la situación de vida.
- **Orgánicos:** arteriosclerosis, hipotensión arterial, enfermedades testiculares, infecciones del tracto urinario, desnutrición.
- **Medicamentosos:** uso de sedantes, antihipertensivos.
- **Consumo de sustancias psicoactivas:** alcohol, tabaco y otras drogas.

Conducta/tratamiento

- Establezca la causa, si es posible.
- Trate con medicamentos si es por factores orgánicos.
- No administre medicamentos para la disfunción sexual, si hay evidencia de enfermedad cardíaca.
- Refiera a un servicio con personal especializado de salud mental.
- Registre en SIGSA 3.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

SÍNDROME DE LA INMOVILIDAD

Disminución de la capacidad para desarrollar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. El síndrome de la inmovilidad lleva a la persona mayor a presentar cambios en múltiples sistemas. Este cuadro clínico multifactorial es potencialmente reversible y prevenible.

PRINCIPALES CAUSAS PARA LA INMOVILIDAD EN LA PERSONA MAYOR

MUSCULO ESQUELÉTICAS	NEUROLÓGICAS	CARDIO-VASCULARES	PULMONARES	OTRAS
-Artritis. -Osteoporosis. -Fracturas (fémur cadera). -Enfermedad de los pies.	-Enfermedad de Parkinson. -Enfermedad degenerativa del sistema nervioso.	-Insuficiencia cardíaca severa. -Enfermedad coronaria (angina). Enfermedad vascular periférica (claudicación).	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica -EPOC-severa.	-Baja visión. -Desnutrición. -Obesidad. -Inmovilidad forzada (hospital asilo). -Ayuda inadecuada para la movilización. -Enfermedad grave.

Fuente. Programa de Adulto Mayor. MSPAS

CLASIFICACIÓN DE LA INMOVILIDAD

ALTERACIÓN LEVE	ALTERACIÓN MODERADA	ALTERACIÓN SEVERA
Dificultad para caminar distancias largas y subir gradas.	Dificultad para realizar en forma independiente su movilización dentro del hogar.	Desde la dificultad de movilización independiente de su cama, a realizar actividades básicas de la vida diaria, hasta la inmovilidad total.

Fuente. Programa de Adulto Mayor.

Complicaciones de la inmovilidad

- Úlceras por presión.
- Balance negativo de sodio y potasio.
- Aumento de la creatinina.
- Trombosis, embolias.
- Incontinencia urinaria.
- Reducción del volumen sanguíneo.
- Atrofia muscular.
- Insuficiencia respiratoria por neumonía u otras causas.
- Depresión.

Conducta/tratamiento

- Trate la enfermedad concomitante.
- Prevenga complicaciones asociadas a la inmovilidad.
- Sea realista e individualice las metas.
- Enfatique el logro de la independencia funcional.
- Motive y apoye al paciente, a la familia y a la persona cuidadora.
- Registre en SIGSA 3.

OBJETIVOS DE LA REHABILITACIÓN

OBJETIVOS DE LA TERAPIA FÍSICA	OBJETIVOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL
• Aliviar el dolor. • Mantener y mejorar el rango de arco de movimientos. • Mejorar la realización de actividades motoras. • Mejorar la coordinación. • Mejorar la marcha y la estabilidad. • Valorar la necesidad de medios auxiliares y enseñar su uso (bastón sencillo, de cuatro puntos de apoyo, andador y silla de ruedas).	• Restaurar la independencia. • Evaluar y mejorar la función sensorial. • Evaluar y mejorar la función perceptual motora. • Mejorar la capacidad de resolver problemas.

Fuente. Programa de Adulto Mayor MSPAS/DRPAP

Oriente sobre

- La importancia de la autosuficiencia, para la persona mayor.
- Los riesgos de tener complicaciones derivadas de la inamovilidad.
- Cambiar de posición a la persona que está postrada en cama, para prevenir úlceras.
- Cumplir las recomendaciones apropiadamente.

ABUSO O MALTRATO Y NEGLIGENCIA O ABANDONO

CIE-10-T74.0

Es una forma de violencia a las personas mayores. Es cualquier acción, serie de acciones, o ausencia de acción apropiada que produce daño físico o psicológico y que ocurre dentro de una relación de confianza. Las manifestaciones de abuso y maltrato de las personas mayores pueden tomar distintas dimensiones.

Abuso o maltrato

- **Abuso físico:** causar daño físico o lesión, coerción física como impedir el movimiento libre de una persona sin justificación apropiada. También se incluye dentro de esta categoría el abuso sexual.
- **Abuso psicológico:** causar daño psicológico como estrés y ansiedad o agredir la dignidad de una persona con insultos e ignorarlos.
- **Abuso económico o patrimonial:** expropiación de los bienes, fraude o estafa, engaño o robo de su dinero o propiedades.

Negligencia o abandono

Implica descuido u omisión en la realización de determinadas acciones o el dejar desamparada a una persona que depende de uno o por la cual uno tiene alguna obligación legal o moral. Esta puede ser intencionada o no intencionada.

Negligencia intencionada por ejemplo, cuando el familiar o persona a cargo, por prejuicio o descuido deja de proveerle los cuidados apropiados para su situación.

Cuando los cuidados necesarios no se proveen por ignorancia o por incapacidad de realizarlos, se considera negligencia o abandono no intencionado.

TIPO DE INDICADORES DE POSIBLE ABUSO O NEGLIGENCIA

TIPO	HISTORIA	EXAMEN FÍSICO
Abuso físico.	Descripción de hechos cambiantes, improbables o conflictivos con relación a la lesión.	-Evidencia de lesiones, especialmente múltiples en diferentes grados de resolución. -Deshidratación o desnutrición. -Fracturas que no tienen causa determinada. -Señales de estar amarrado, atado o golpeado.
Por medicación.	Consultas recurrentes asociadas a complicaciones por errores medicamentosos.	Signos de intoxicación por exceso o bien ausencia de efecto terapéutico por sub-dosificación.
Abuso psicológico.	Historia de conflictos entre la persona adulta mayor y familiares o persona que lo cuida. Maltrato, estigma y discriminación.	Se observa que a la persona adulta mayor, le cuesta comunicarse en presencia de la persona que lo acompaña.
Negligencia.	Episodios recurrentes en enfermedades similares. Problemas médicos no atendidos.	-Pobre higiene. -Desnutrición. -Hipotermia. -Úlceras por presión no atendidas. -Niveles sub terapéuticos de medicamentos.

Fuente. Programa del Adulto Mayor MSPAS/DRPAP.

Conducta/tratamiento

- Detectado el tipo de abuso debe informar al Ministerio Público o a la estación de policía más cercana.
- Consulta con el psicólogo para evaluar daño psicológico.
- Plan educacional para la familia y el cuidador.
- Tratamiento de las lesiones físicas si existieran.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- Importancia del cuidado de las personas mayores.

TRATA DE PERSONAS

Ver módulo de Adolescencia y Juventud página 530.

ALZHEIMER CIE-10-G30

Es una forma de demencia que afecta de manera progresiva y degenerativa el cerebro y con ello la memoria, el pensamiento y la conducta. Existen dos tipos de enfermedad de Alzheimer:

- **Aparición temprana:** es menos común. Los síntomas aparecen antes de los 60 años, está asociada a antecedentes familiares y tiende a progresar rápidamente.
- **Aparición tardía:** es el tipo más común, se desarrolla en personas de 60 años o más y se cree que es menos probable heredarla.

Factores de riesgo

- Edad.
- Antecedentes familiares de la enfermedad.
- Presión arterial alta por mucho tiempo.
- Antecedentes de traumatismo craneal.
- Sexo femenino.
- Consumo de algunos medicamentos.
- Las personas con esta enfermedad a menudo olvidan beber y comer y como resultado presentan deshidratación y/o desnutrición.

Signos y síntomas

- **En etapas tempranas:**
 - Repetición frecuente de palabras u oraciones.
 - Ubicación equivocada de cosas.
 - Dificultad para recordar el nombre de objetos conocidos.
 - Perderse en rutas conocidas.
 - Cambios de personalidad.
 - Perder interés por las cosas que antes disfrutaba.
 - Dificultad para realizar tareas que requieren algo de elaboración mental, pero que solían ser fáciles, como practicar juegos complejos y aprender rutinas o informaciones nuevas.
- **En etapas avanzadas:**
 - Olvidar detalles acerca de eventos corrientes.

- Olvidar eventos en la vida personal, perdiendo conciencia de quienes.
- Problemas para escoger la ropa apropiada.
- Alucinaciones, discusiones, repartir golpes y conducta violenta.
- Delirio, depresión y agitación.
- Dificultad para realizar tareas básicas como preparar alimentos y conducir vehículos.
- **En etapas finales:**
 - No reconocen el lenguaje.
 - No reconocen a los miembros de la familia.
 - No son capaces de desempeñar las actividades básicas de la vida diaria, como comer, vestirse y bañarse.
- **Complicaciones**
 - Pérdida de la capacidad de la persona para desempeñarse o cuidar de sí misma.
 - Úlceras de decúbito, contracturas musculares (pérdida de la capacidad para mover articulaciones debido a la pérdida de la función muscular), infecciones (particularmente infecciones urinarias y neumonía) y otras complicaciones relacionadas con la inmovilidad durante las etapas finales de la enfermedad.
 - Caídas y fractura.
 - Pérdida de la capacidad para interactuar.
 - Desnutrición y deshidratación.
 - Insuficiencia en los sistemas corporales.
 - Disminución del periodo de vida.
 - Comportamiento dañino o violento hacia sí mismo o hacia las otras personas que le rodean.
 - Maltrato por parte de un cuidador demasiado estresado.
 - Efectos secundarios de los medicamentos.

Conducta/tratamiento

No existe cura para la enfermedad de Alzheimer. Los objetivos del tratamiento son:

- Disminuir o hacer más lento el progreso de la enfermedad.
- Manejar los problemas de comportamiento, confusión y agitación.
- Modificar el ambiente del hogar.

- Apoyar a los miembros de la familia y otras personas cuidadoras.
- Refiera a un centro con capacidad resolutive, servicio de psiquiatría y neurología.
- Registre en SIGSA 3.

Oriente sobre

- Importancia del autocuidado de la familia y el establecimiento de redes de apoyo familiar y psicosocial.
- Estigma y discriminación.
- Hacer agradable el lugar donde vive la persona con diagnóstico de Alzheimer.
- Proporcionar recordatorios frecuentes, notas, listas de tareas de rutina o instrucciones para las actividades diarias.
- Propiciar espacios para hablar acerca de los desafíos e involucramiento en su propio cuidado.
- Ofrecer comidas adicionales debido al aumento de la actividad física por la inquietud y el hecho de deambular.
- Comidas supervisadas y acompañamiento y ayuda en el momento de alimentarse.

IV. ORIENTACIÓN A LA PERSONA MAYOR Y A LA FAMILIA

ALIMENTACIÓN BÁSICA Y SALUDABLE

La persona adulta y la persona mayor deben alimentarse con base a las "Guías Alimentarias para Guatemala".

Grasas necesarias para el buen funcionamiento del organismo

La grasa en niveles adecuados, es un nutriente para el buen funcionamiento del organismo, ya que es una fuente de energía. Las grasas son necesarias para la absorción y transporte de vitaminas liposolubles (solubles en grasa) como A, D, E y K.

Sin embargo, el consumo de grasa en exceso es perjudicial, provoca aumento de peso, el cual es un factor de riesgo de diabetes, hipertensión, enfermedades del corazón, cáncer, cálculos biliares, osteoartritis, entre otras.

Entre las grasas necesarias para el buen funcionamiento del organismo están las monoinsaturadas que se encuentran en el aceite de oliva, maní, aguacates, frutas secas, almendras, entre otros y las grasas polinsaturadas en aceites vegetales como maíz, girasol, soya, algodón y los ácidos grasos omega-3 que se encuentran en los mariscos y pescados.

Grasas perjudiciales para la salud

Grasas trans: al mezclar hidrógeno con un aceite vegetal, esto hace que la grasa se vuelva más sólida (la margarina) y menos propensa a estropearse, por ello la industria la usa en todas las boquitas tostadas en bolsitas, comida rápida como hamburguesas, papas fritas, pollo frito, donas, pasteles, galletas dulces y saladas.

Estas grasas son dañinas para el organismo porque disminuyen el colesterol bueno y aumentan el colesterol malo, dañando las arterias y elevando la presión, afectando el corazón y otros órganos vitales.

Colesterol: el cuerpo produce el colesterol que necesita, es por ello que no se deben ingerir en exceso alimentos que lo contengan, tales como carnes, aves, mariscos, huevos, productos lácteos, manteca, margarina y mantequilla.

Grasas saturadas: por lo general se encuentran en forma sólida en las carnes rojas, aves de corral, mantequilla y leche entera, otros alimentos naturales tales como el coco.

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

Factores de riesgo

- Inactividad física.
- Alimentación no saludable.
- Sobrepeso y obesidad.
- Consumo de tabaco.
- Consumo de alcohol.
- Hipertensión arterial.
- Glucemia elevada.

Factores protectores

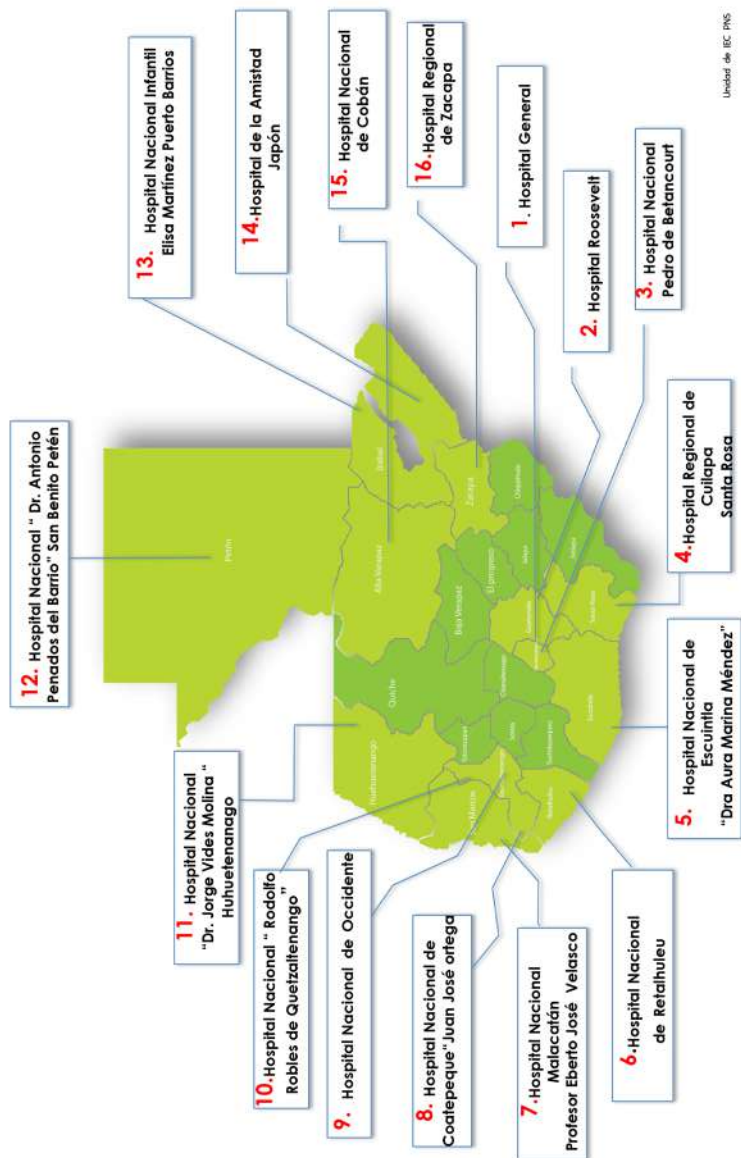
- Actividad física, por lo menos 30 minutos diarios y de intensidad moderada o 150 minutos a la semana de intensidad fuerte.
- Alimentación saludable, según Guías Alimentarias para Guatemala.
- Mantener peso saludable con un índice de masa corporal entre 18.5-24.9 kg/m²
- Evitar el consumo de tabaco.
- Evitar el consumo de alcohol.
- Control periódico de la presión arterial y evitar el consumo de sal.
- Control de la glucemia.
- Dieta controlada de carbohidratos:
 - Comer porciones pequeñas a lo largo del día.
 - Control de horario y cuánta cantidad de carbohidratos consume.
- Consumir variedad de alimentos integrales, frutas y vegetales.
- Consumir menos grasas.

Peso en kilos (kg) y en libras (lbs)

Obeso

ANEXO No. 2

UBICACIÓN DE UNIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL (UAI)



Nota. El MSPAS cuenta con 16 Unidades de Atención Integral. Para los pacientes con derecho a IGSS, se recomienda establecer comunicación con la sede del IGSS más cercana para seguimiento del paciente. Para los pacientes que laboran para el Ministerio de la Defensa Nacional se recomienda establecer comunicación con el Centro Médico Militar para seguimiento del paciente.

Fuente. Programa de ITS, VIH/Sida

ANEXO No. 3 ÍNDICE DE KATZ (Actividades básicas de la vida diaria)

ACTIVIDADES	INDEPENDIENTE		DEPENDIENTE	
BAÑARSE.	SI	NO	SI	NO
VESTIRSE.	SI	NO	SI	NO
IR AL INODORO.	SI	NO	SI	NO
TRASLADARSE.	SI	NO	SI	NO
CONTINENCIA DE ESFÍNTERES.	SI	NO	SI	NO
ALIMENTARSE.	SI	NO	SI	NO

Fuente. Programa Adulto Mayor.

- Total de índice: (número de respuestas positivas).
- De acuerdo a estas actividades clasificar así:
 - A. Independiente en alimentarse, continencia de esfínter, trasladarse, ir al inodoro, vestirse y bañarse.
 - B. Independiente en todo, menos una de las funciones.
 - C. Independiente en todo, menos baño y una función adicional.
 - D. Independiente en todo, menos baño, vestirse y una función adicional
 - E. Independiente en todo, menos baño, vestirse, ir al inodoro y una función adicional.
 - F. Independiente en todo, menos baño, vestirse, ir al inodoro, trasladarse y una función adicional.
 - G. Dependiente en las 6 funciones.

ANEXO No. 4

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (abreviada)

¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	SI	NO
¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
¿Se siente a menudo aburrido?	SI	NO
¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	SI	NO
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
¿Se siente a menudo sin esperanza?	SI	NO

¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	SI	NO
¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	SI	NO
¿Cree que es maravilloso estar vivo?	SI	NO
¿Piensa que no vale nada tal como está ahora?	SI	NO
¿Piensa que su situación es desesperada?	SI	NO
¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	SI	NO

Fuente. Programa Adulto Mayor.

Si las respuestas coinciden con alternativas en negrita y mayúscula anotar un punto.

Valoración:

De 0 a 5	NORMAL
De 5 a 10	DEPRESIÓN MODERADA
Más de 10	DEPRESIÓN SEVERA

ANEXO No. 5

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN (Abreviada y modificada)

Situación familiar	
1. Vive con pareja y/o familia sin conflicto.	
2. Vive con pareja de similar edad.	
3. Vive con pareja y/o familia o/y otros, pero no pueden o no quieren atenderlo.	
4. Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades.	
5. Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia.	
Relaciones y contactos sociales	
1. Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio.	
2. Sólo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa.	
3. Sólo se relaciona con familia, sale de casa.	
4. No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (más de 1 por semana).	
5. No sale del domicilio, ni recibe visitas (menos de 1 por semana).	
Apoyos red social	
1. No necesita ningún apoyo.	
2. Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.	
3. Recibe apoyo social formal suficiente (centro de día, trabajador /a familiar, vive en residencia, etc.).	
4. Tiene soporte social pero es insuficiente.	
5. No tiene ningún soporte social y lo necesita.	
Puntuar en dependencia de la situación	
Valoración	
Menos de 7 puntos	Buena situación social. (bajo riesgo).
De 8 a 9 puntos	Situación social intermedia.
Más de 10 puntos	Severo deterioro social.

Fuente. Programa Adulto Mayor.

ANEXO No. 6

TABLA DE LEVEY

TABLA LEVEY MUJERES Y HOMBRES

La primera columna corresponde a la edad de la persona, en las siguientes columnas se especifica la tasa de filtración glomerular de acuerdo a la creatinina en plasma; las cuadrículas que se encuentran en color blanco corresponden a estadio 2 de ERC, en color gris claro corresponden a estadio 3, el gris intermedio corresponde a estadio 4 y el gris oscuro a estadio 5.

TABLA LEVEY MUJERES																											
Edad	1	1,2	1,4	1,6	1,8	2	2,2	2,4	2,6	2,8	3	3,3	3,5	3,8	4	4,3	4,5	4,8	5	5,5	6	6,5	7	7,5	8	9	9
20	75,3	61,0	51,0	43,7	38,2	33,8	30,3	27,4	25,0	22,9	21,2	19,3	17,7	16,4	15,2	14,2	13,3	12,5	11,7	10,5	9,5	8,7	6,0	7,4	6,8	6,4	6,8
25	71,9	58,3	45,8	41,5	36,5	32,3	29,0	26,2	23,9	21,9	20,2	18,5	16,9	15,6	14,5	13,5	12,7	11,9	11,2	10,1	9,1	8,3	7,6	7,0	6,5	6,1	5,7
30	69,3	58,2	47,0	43,3	35,2	31,1	27,9	25,2	23,0	21,1	19,5	17,8	16,3	15,1	14,0	13,1	12,2	11,5	10,8	9,7	8,8	8,0	7,3	6,8	6,3	5,9	5,5
35	67,2	54,4	45,6	39,1	34,1	30,2	27,0	24,5	22,3	20,5	18,9	17,2	15,8	14,6	13,6	12,6	11,8	11,1	10,5	9,4	8,5	7,7	7,1	6,6	6,1	5,7	5,3
40	65,4	53,0	44,3	38,0	33,2	29,4	26,3	23,8	21,7	19,9	18,4	16,8	15,4	14,2	13,2	12,3	11,5	10,8	10,2	9,1	8,3	7,5	6,9	6,4	5,9	5,5	5,2
45	63,8	51,7	43,3	37,1	32,4	28,7	25,7	23,2	21,2	19,5	18,0	16,4	15,0	13,9	12,9	12,0	11,3	10,6	10,0	8,9	8,1	7,4	6,8	6,2	5,8	5,4	5,1
50	62,5	50,6	42,4	35,3	31,7	28,1	25,2	22,8	20,7	19,0	17,6	16,0	14,7	13,6	12,6	11,8	11,0	10,3	9,8	8,7	7,9	7,2	6,6	6,1	5,7	5,3	4,9
55	61,3	49,7	41,6	35,6	31,1	27,5	24,7	22,3	20,3	18,7	17,2	15,7	14,4	13,3	12,4	11,5	10,8	10,1	9,6	8,6	7,8	7,1	6,5	6,0	5,6	5,2	4,9
60	60,2	48,8	40,8	35,0	30,6	27,1	24,2	21,9	20,0	18,4	16,9	15,5	14,2	13,1	12,2	11,3	10,6	10,0	9,4	8,4	7,6	6,9	6,4	5,9	5,5	5,1	4,8
65	59,2	48,0	40,2	34,4	30,1	26,6	23,8	21,6	19,7	18,1	16,7	15,2	14,0	12,9	12,0	11,2	10,4	9,8	9,2	8,3	7,5	6,8	6,3	5,8	5,4	5,0	4,7
70	58,4	47,3	39,6	33,9	29,6	26,2	23,5	21,2	19,4	17,8	16,4	15,0	13,7	12,7	11,8	11,0	10,3	9,7	9,1	8,2	7,4	6,7	6,2	5,7	5,3	4,9	4,6

☐ Estadio 2
 ☐ Estadio 3
 ☐ Estadio 4
 ☐ Estadio 5

Fuente. Programa de Persona Mayor

Persona Adulta y Persona Mayor

TABLA LEVEY HOMBRES

Edad	1	1,2	1,4	1,6	1,8	2	2,2	2,4	2,6	2,8	3	3,25	3,5	3,75	4	4,25	4,5	4,75	5	5,5	6	6,5	7	7,5	8	8,5	9
20	101,5	82,2	68,8	59,0	51,5	45,6	40,9	37,0	33,7	30,9	28,6	26,0	23,9	22,1	20,5	19,1	17,9	16,8	15,8	14,2	12,8	11,7	10,7	9,9	9,2	8,6	8,0
25	97,0	78,6	65,8	56,4	49,2	43,6	39,0	35,3	32,2	29,6	27,3	24,9	22,8	21,1	19,6	18,3	17,1	16,1	15,1	13,6	12,3	11,2	10,3	9,5	8,8	8,2	7,7
30	93,5	75,7	63,4	54,3	47,4	42,0	37,6	34,0	31,0	28,5	26,3	24,0	22,0	20,3	18,9	17,6	16,5	15,5	14,6	13,1	11,8	10,8	9,9	9,1	8,5	7,9	7,4
35	90,6	73,4	61,4	52,7	46,0	40,7	36,5	33,0	30,1	27,6	25,5	23,2	21,3	19,7	18,3	17,1	16,0	15,0	14,1	12,7	11,5	10,4	9,6	8,9	8,2	7,7	7,2
40	88,2	71,4	59,8	51,3	44,7	39,6	35,5	32,1	29,3	26,9	24,8	22,6	20,8	19,2	17,8	16,6	15,5	14,6	13,8	12,3	11,2	10,2	9,3	8,6	8,0	7,5	7,0
45	86,1	69,7	58,4	50,0	43,7	38,7	34,7	31,3	28,6	26,2	24,2	22,1	20,3	18,7	17,4	16,2	15,2	14,3	13,4	12,0	10,9	9,9	9,1	8,4	7,8	7,3	6,8
50	84,3	68,3	57,1	49,0	42,8	37,9	33,9	30,7	28,0	25,7	23,7	21,6	19,8	18,3	17,0	15,9	14,9	14,0	13,2	11,8	10,7	9,7	8,9	8,2	7,6	7,1	6,7
55	82,6	67,0	56,0	48,0	41,9	37,1	33,3	30,1	27,4	25,2	23,3	21,2	19,5	18,0	16,7	15,6	14,6	13,7	12,9	11,6	10,5	9,5	8,7	8,1	7,5	7,0	6,5
60	81,2	65,8	55,1	47,2	41,2	36,5	32,7	29,6	27,0	24,7	22,9	20,8	19,1	17,7	16,4	15,3	14,3	13,4	12,7	11,4	10,3	9,4	8,6	7,9	7,4	6,9	6,4
65	79,9	64,7	54,2	46,4	40,5	35,9	32,2	29,1	26,5	24,3	22,5	20,5	18,8	17,4	16,1	15,0	14,1	13,2	12,5	11,2	10,1	9,2	8,5	7,8	7,2	6,8	6,3
70	78,7	63,8	53,4	45,7	39,9	34,4	31,7	28,7	26,1	24,0	22,1	20,2	18,5	17,1	15,9	14,8	13,9	13,0	12,3	11,0	10,0	9,1	8,3	7,7	7,1	6,7	6,2

☐ Estado 2
 ☐ Estado 3
 ☐ Estado 4
 ☒ Estado 5

ANEXO No. 7

EJERCICIOS DE KEGEL

1. El lento

Apretar los músculos como para detener el chorro de orina, contraerlos y mantenerlos así mientras cuenta hasta 5 respirando suavemente. Luego, relajarlos durante 5 segundos más, se repite la serie 10 veces. Intente aumentar progresivamente el tiempo de contracción y relajación. Empiece por 5 segundos en cada caso hasta llegar a los 20. Cuanto más tiempo consiga aguantar la contracción de los músculos, más fuertes se harán.

2. El rápido

Apriete y relaje los músculos tan rápidamente como pueda hasta que se canse o transcurran unos 2 o 3 minutos (lo que suceda primero). Empiece con 10 repeticiones cuatro veces al día hasta alcanzar las 50 repeticiones diarias.

3. El ascensor

Este ejercicio requiere cierta concentración, pero sus resultados son muy buenos. La vagina es un tubo muscular con secciones en forma de anillo dispuestas una sobre otra. Imagínese que cada sección es una planta diferente de un edificio, y que sube y baja un ascensor tensionando cada sección. Empiece subiendo el ascensor suavemente hasta la primera planta, aguante durante un segundo, y suba hasta la segunda planta. Siga subiendo tantas plantas como pueda (normalmente no más de cinco). Para bajar, aguante también un segundo en cada planta. Cuando llegue abajo, intente ir al sótano, empujando los músculos pélvicos hacia abajo durante unos segundos (tal y como si estuviera de parto). Finalmente, intente relajar por completo la musculatura durante unos segundos. Sobre todo, no se olvide de respirar pausadamente y de no realizar el ejercicio con ayuda de los músculos abdominales.

4. La onda

Algunos músculos del suelo pélvico están dispuestos en forma de un ocho, pero con tres anillos. Un anillo se sitúa alrededor de la uretra, otro alrededor de la vagina, y el último alrededor del ano. Contraiga éstos músculos de delante a atrás y relájelos de atrás a delante. Haga estos ejercicios tantas veces como pueda al día. El objetivo es conseguir realizarlos sin que se noten. Cuando empiece a realizarlos, pueden parecerle incómodos y raros, pero pronto verá que podrá llevarlos a cabo sin que los demás se den cuenta. Al principio al practicar el ejercicio lento, puede notar que los músculos no quieren mantenerse contraídos. También es posible que se canse enseguida con el rápido. Pero si persevera, notará que en pocos días no le supondrán ningún esfuerzo.

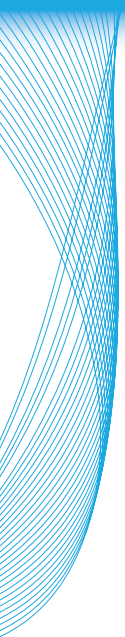
Fuente. Programa de Persona Mayor

BIBLIOGRAFIA

1. DECRETO 80-96 Ley de Protección a las personas de la tercera edad.
2. Instituto Nacional de Estadística - INE: Proyecciones de población Censo 2002.
3. Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes tipo 2 con Medicina basada en evidencia, Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes, Edición 2013
4. World Health Organization. Global Status report on noncommunicable diseases 2010, Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants. World Health Organization. ISBN 978 92 4 156422 9 Ginebra: OMS; 2011. Se encuentran en: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd/report2010/en/>
5. Noncommunicable diseases in the Americas: Basic Indicators 2011 [Internet]. Washington, DC: OPS; 2011 [citado el 1 de febrero del 2013]. Se encuentra en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1930&Itemid=1708&lang=en
6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Centro Nacional de Epidemiología: Análisis de Situación de Salud, Guatemala 2013. Se encuentra en <http://cne.mspas.gob.gt>.
7. Instituto Nacional de estadística (INE): Estadísticas Vitales Continuas: Se encuentra en: <http://www.ine.gob.gt/index.php/estadísticas/2013-10-30-16-43-37>
8. Instituto Nacional de estadística (INE): Caracterización de la República de Guatemala, 2012, se encuentra en: <http://ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/02/26/5eTCcFIHERnaNVeUmm3iabHaKgXtw0C.pdf>.
9. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Normas de Atención Integral, para el primero y segundo nivel, Guatemala 2010.
10. World Health Organization. Global Status report on noncommunicable diseases 2010, Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants. World Health Organization. ISBN 978 92 4 156422 9 Ginebra: OMS; 2011. Se encuentra en: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd/report2010/en/> Pan American Health Organization.
11. Pan American Health Organization. Noncommunicable diseases in the Americas: Building a healthier future. Washington, D.C.: OPS © 2011; Se encuentra en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14832&Itemid=
12. Alleyne, G., Binagwaho, A., Haines, A., Jahan, S., Nugent, R., Rojhani, A., Stuckler, D. (2013) Embedding non-communicable diseases in the post-2015 development agenda. Lancet 381(9866): 16-22.
13. Pan American Health Organization, Health Information and Analysis Project.

Health situation in the Americas: Basic indicators 2009. Washington, D.C.

14. Organización Mundial de la Salud: Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. RIO DE JANEIRO | BRASIL | 19-21 DE OCTUBRE DE 2011.
15. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Centro Nacional de Epidemiología: Análisis de Situación de Salud, Guatemala 2013. Se encuentra en <http://cne.mspas.gob.gt>
16. Instituto Nacional de Estadística (INE): Estadísticas Vitales Continuas: Se encuentra en <http://www.ine.gob.gt/index.php/estadísticas/2013-10-30-16-43-37>
17. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa nacional para la Prevención de enfermedades Crónicas no Transmisibles y Cáncer, Guatemala, 2011. Guías para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles: Diabetes, Hipertensión, Insuficiencia Renal Crónica, Enfermedades Cardiovasculares, Cáncer. Se encuentra en www.mspas.gob.gt
18. Boletín Informativo del Centro Integral del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá para la Prevención de Enfermedades Crónicas (CIIPEC), en.- feb. 2010
19. Programas Nacionales de Control del Cáncer. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Políticas y Pautas para la Gestión. Washington, D.C: OPS, © 2004.
20. Longchong RM. Oncología Pediátrica. En: Colección de Pediatría. 1ra ed. Ciudad de la Habana: Pueblo y Educación; 1997. p.55- 63.
21. Tortajada JF, García J, López JA, Berbel O. Factores ambientales asociados a cáncer pediátrico. Rev Española Pediatr. [serie en Internet] 1999 (citado 10 Abr 2007); 55: 166-177. Disponible en: <http://www.pehsu.org/cancer/cancerenvirom/cancerenvirom.htm>
22. Saavedra, S. (1999-2005). Obesidad. Revista de la Federación Argentina de Cardiología. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/revista/99v28n4/saave2/saave2.htm>
23. MSPAS. (2012). Guías Alimentarias para Guatemala. Guatemala.
24. PROSAN/MSPAS. (2015). Manual del participante, Curso de 20 horas para el personal de salud. (2a Edición ed.). Guatemala.
25. Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD): Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia. Edición 2013. Se encuentra en: http://issuu.com/alad-diabetes/docs/guías_alad_2013.
26. Federación Internacional de Diabetes (FID): ATLAS de la DIABETES de la FID: 6ª edición. © 2013. Disponible en línea FID: www.idf.org/diabetesatlas.

- 
27. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles y Cáncer: Guías para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de las Enfermedades Crónicas no Trasmisibles: Diabetes, Hipertensión, Insuficiencia Renal Crónica, Enfermedades Cardiovasculares, Cáncer. Guatemala 2011. Se encuentra en www.mspas.gob.gt. Adulto & Adulto Mayor.
 28. Organización Panamericana de la Salud. Leishmaniasis en las Américas, Recomendaciones Para el Tratamiento. Washington, 2013. p 8
 29. Gobierno de la República de Honduras. Manual para el Abordaje Integral de las Leishmniasis en Honduras. Tegucigalpa, 2016. P 25, 26

Atención a la Demanda

Emergencias Pre- Hospitalarias, Discapacidad,
Salud Laboral, Zoonosis, Medicina Tradicional,
Migrantes, Bancos de Sangre y Género en Salud



Módulo

7

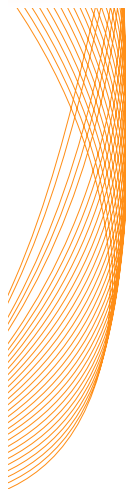


ÍNDICE

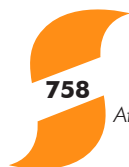
	Página
INTRODUCCIÓN	759
OBJETIVOS	760
VINCULACIÓN ATENCIÓN A LA DEMANDA	
- NORMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL	760
I. ATENCIÓN DE EMERGENCIAS PRE-HOSPITALARIAS	761
PRINCIPIOS GENERALES DE ATENCIÓN EN EMERGENCIAS PRE HOSPITALARIAS	761
HERIDAS	763
Heridas abiertas	763
Heridas simples	763
Heridas complicadas	763
Heridas cerradas	764
Heridas con pérdidas de tejidos	764
Lesiones por aplastamiento	765
Heridas en cara y cráneo - Trauma en cara y cráneo	765
Escala de Glasgow para adultos y modificada para niñas y niños	767
Heridas abiertas de abdomen - Traumas abiertos de abdomen	768
Trauma cerrado de abdomen	769
Herida en tórax - Traumas en tórax	770
Pérdida de miembros	770
Abdomen agudo - Hemorragia interna sin trauma	772
CUERPOS EXTRAÑOS	772
Cuerpos extraños en ojos	773
Cuerpos extraños en oídos	774
Cuerpos extraños en nariz	776
EPISTAXIS (HEMORRAGIA NASAL)	777
PICADURA DE INSECTOS	778
Avispas y abejas	778
Edema angioneurótico	779
Choque (Shock) anafiláctico	780
Arañas y Alacranes	781

QUEMADURAS	782
Regla de los nueve	783
Clasificación de Lund y Browder superficie corporal quemada	784
Quemaduras de primer grado	785
Quemaduras de segundo grado	786
Quemaduras de tercer grado	788
Quemaduras por químicos	789
Quemaduras por electricidad	790
GOLPE DE CALOR (SOFOCACIÓN)	791
FRACTURAS	792
INTOXICACIONES	793
INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	793
Manejo general del paciente con intoxicación aguda por plaguicidas	794
Intoxicación por organofosforados y carbamatos	794
Intoxicación por herbicidas bupiridilos y clorofenoxi	796
Intoxicación por plaguicidas fumigantes	801
Intoxicación por fosfina	802
Intoxicación por cianuro	803
Intoxicación aguda por plaguicidas organoclorados	804
INTOXICACIÓN POR FUNGICIDAS - DITIOCARBAMATOS	805
INTOXICACIÓN POR RODENTICIDAS Y/O ANTICUAGULANTES	806
II. DISCAPACIDAD	808
Principales causas de discapacidad	809
Medidas de promoción para el cuidado de personas con discapacidad	812
III. SALUD LABORAL	813
Factores protectores para la prevención de riesgos laborales	813
Riesgo laboral	814
PROBLEMAS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS EN LAS PERSONAS TRABAJADORAS	814

FACTORES DE RIESGO ERGONÓMICOS	816
FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS	817
FACTORES DE RIESGO FÍSICOS	818
IV. ZOONOSIS	820
RABIA EN HUMANOS POR MORDEDURAS DE ANIMALES	820
Uso de vacuna antirrábica en exposición leve y grave	823
Uso de inmunoglobulina antirrábica humana (suero homólogo)	823
Esquema de re-exposición y pre-exposición	823
MORDEDURA DE SERPIENTE	827
Uso de suero antiofídico	830
ACCIDENTE OFÍDICO EN EL EMBARAZO	831
LEPTOSPIROSIS	832
Leptospirosis anictérica (sin ictericia)	833
Leptospirosis icterica o síndrome de Weil	833
V. MEDICINA TRADICIONAL Y ALTERNATIVA	835
LINEAMIENTOS GENERALES DE PERTINENCIA CULTURAL EN SALUD	835
Cambio de actitud en proveedores de salud	836
Infraestructura	836
LA FITOTERAPIA	837
Formas de preparación de plantas medicinales	837
Dosificación - Posología	839
MONOGRAFÍAS DE LAS ESPECIES VEGETALES MÁS COMUNES RECONOCIDAS COMO MEDICINALES	840
Imágenes de las monografías de plantas medicinales	859
HUERTOS DE PLANTAS MEDICINALES - IMPLEMENTACIÓN	864
VI. ATENCIÓN A LA POBLACIÓN MIGRANTE	865
Definiciones generales	865
Características de las personas trabajadoras migrantes agrícolas	866
Características de las personas migrantes en tránsito (de paso)	867
Características de personas migrantes retornadas o repatriadas	867
Factores de riesgo de las personas migrantes	868



LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS MIGRANTES	869
LINEAMIENTOS GENERALES POR NIVEL PARA LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN MIGRANTE Y SU FAMILIA	872
VII. PROMOCIÓN DE DONACIÓN VOLUNTARIA DE SANGRE	877
¿Qué es la sangre?	877
¿Qué es la donación voluntaria de sangre y porqué es importante?	877
Razones para donar sangre	877
Requisitos para donar sangre	877
MEDIDAS DE PREVENCIÓN	879
Mitos y realidades	880
Transfusión en el segundo nivel de atención	881
VIII. GÉNERO EN SALUD	882
Incorporar el enfoque de género para la salud	882
La socialización del enfoque	882
Institucionalización de la perspectiva de género en la salud	883
-IPGS-	
Empoderamiento	884
Equidad de género en salud	885
Igualdad de género	885
Relaciones de género	886
Violencia de género	886
Prevención y promoción de la salud	888
ANEXOS	890
Anexo No. 1 Vacunación	890
Anexo No. 2 Directorio de Red de Apoyo para Personas con Discapacidad	894
Anexo No. 3 Clasificación Clínica de las Intoxicaciones	898
Anexo No. 4 Guía para la Atención del Paciente Expuesto a Rabia	899
Anexo No. 5 Panorama de Factores de Riesgo de los Migrantes Agrícolas	901
BIBLIOGRAFIA	903



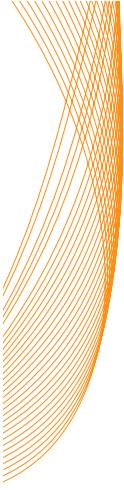
INTRODUCCIÓN

En este módulo se encuentran las enfermedades o eventos que pueden darse en alguna o todas las etapas del curso de vida, pero que no son específicas de las mismas. Se describen los temas de atención pre-hospitalaria de emergencias, discapacidad, salud laboral, prevención y atención de enfermedades zoonóticas, medicina tradicional y alternativa, atención a la población migrante, promoción de donación voluntaria de sangre y enfoque de género en salud.

“Atención a la demanda se percibe como una necesidad de atención en salud” que incluye acciones de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación del estado de salud. Esta necesidad puede responder a factores biopsicosociales, (accidentes, discapacidad, riesgo laboral, intoxicaciones, donación de sangre, uso alternativo y complementario de plantas medicinales, género) y otros factores ligados a las etapas del curso de vida. Para Guatemala los servicios de salud según la Constitución Política de la República, son gratuitos para todos los habitantes, respondiendo de esa manera al derecho a la salud.

El Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas -DRPAP-, cumpliendo con los fines para los cuales fue creado y para facilitar la atención e intervenir oportunamente ante el apareamiento de enfermedades, presenta el presente módulo para dar respuesta integral a las personas que demandan servicios de salud que no están contemplados en los primeros seis módulos de la presente Norma, en las diferentes etapas del curso de vida.

Al mismo tiempo se le debe ofertar atención integral a las o los acompañantes que lleguen a los servicios y a los demás miembros de la familia.



OBJETIVOS

1. Brindar atención integral en salud a la demanda de las personas con eventos, enfermedades y/o problemas de salud que son transversales para todas las etapas del curso de vida.
2. Establecer los lineamientos técnicos para la atención integral de las personas que demandan servicios relacionados a atención de emergencias pre-hospitalarias, discapacidad, salud laboral, prevención y atención de enfermedades zoonóticas, medicina tradicional y alternativa, atención a la población migrante, promoción de donación voluntaria de sangre y enfoque de género en salud.

VINCULACIÓN ATENCIÓN A LA DEMANDA NORMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL

Toda persona en cualquier etapa del curso de vida que solicite atención a los servicios de salud del MSPAS y que tenga como respuesta alguno de los temas incluidos en el “Módulo de Atención a la Demanda”, debe ser atendida integralmente de acuerdo a la etapa del curso de vida y al módulo que le corresponda, además se le debe brindar la orientación integral individual, familiar y comunitaria que amerite, con la finalidad de promocionar los servicios de salud y la prevención de enfermedades, así como el involucramiento de las familias y comunidades, considerando el derecho a la salud, pertinencia cultural y enfoque de género.



I. ATENCIÓN DE EMERGENCIAS PRE - HOSPITALARIAS

Es la atención que se brinda a una persona afectada desde que ingresa al servicio de salud del primero o segundo nivel, hasta que la misma reciba atención en el nivel hospitalario.

PRINCIPIOS GENERALES DE ATENCIÓN EN EMERGENCIAS PRE-HOSPITALARIAS

- Utilice equipo de protección individual, así como medidas de bioseguridad.
- De ser necesario y si tiene disponible, use mascarilla, guantes, gafas, o ropa de intervención quirúrgica, otros.
- Tome precaución ante la exposición de agentes biológicos (sangre, fluidos corporales y secreciones), físicos y químicos.
- Luego de los procedimientos y antes de quitarse los guantes, elimine los materiales de desecho en un recipiente para objetos punzocortantes y bolsas plásticas de acuerdo al material (desechos infecciosos en una bolsa roja y desechos comunes en una bolsa negra).
- Si la condición de la persona es crítica y necesita referencia inmediata, antes y durante el traslado aplique las siguientes medidas:
 - a. Asegúrese que la vía aérea esté permeable y verifique que la respiración y ventilación sean adecuadas.
 - b. Proteja la columna vertebral, si hay riesgo de lesión, para evitar lesiones mayores.
 - c. Verifique pulso, presión arterial y llenado capilar.
 - d. Controle las hemorragias.
 - e. Evalúe estado neurológico: Glasgow, pupilas, ver tabla en página. 767 de éste módulo.
 - f. Mantenga temperatura corporal.

- Si hay choque hipovolémico, reponer líquidos con soluciones cristaloides: solución salina isotónica o lactato de Ringer, según la evaluación del estado cardiopulmonar.
 - Personas adultas: inicie con 1000-2000 ml en bolus intravenoso (IV) o 20 ml/kg. Luego evalúe según el estado cardiopulmonar.
 - Niñez: 20 ml/kg en bolus intravenoso (IV) hasta tres veces. Repetir dosis iguales hasta restablecer la presión arterial. No sobrepasar el 60 % de los requerimientos basales.
- Si es necesario, administre primera dosis de antibiótico penicilina procaína (si no es alérgico):
 - Niñez: 50,000 unidades internacionales (UI) intramuscular (IM).
 - Personas adultas: 800,000 UI IM.
- Aplique dosis de Td 0.5 ml IM si es necesario según esquema, ver anexo No. 1 "Vacunación", página 890 de éste módulo.
- Si es posible, coordine el traslado al servicio con mayor capacidad resolutive.
- Active el plan de emergencia familiar y/o plan de emergencia comunitario, si es necesario.
- En paciente grave que amerite acompañamiento del personal de salud, durante el traslado se le deben realizar las medidas a-b-c-d-e-f durante el recorrido.
- No refiera personas que si pueda atender en el servicio según capacidad resolutive.
- Llene adecuadamente boleta de referencia.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

HERIDAS CIE-10-T14.1

HERIDAS ABIERTAS CIE-10-T14.1

En este tipo de heridas se observa la separación de los tejidos blandos. Son las más susceptibles a la contaminación.

HERIDAS SIMPLES CIE-10-T14.1

Afectan la piel sin ocasionar daño a órganos importantes, ejemplo: arañazo o cortadura superficial.

Conducta/tratamiento

- Aplique los principios generales de atención de emergencias, ver página 761 de éste módulo.
- Aplique antiséptico (hibitane).
- Suture si es necesario.
- Cubra la herida con gasa (s), apósito (s) o compresa (s), fije con esparadrapo o vendaje, si es necesario.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- Cuidado de la herida.
- Cite al servicio para retirar puntos de sutura, si es necesario.
- Vigilar por signos de infección.

HERIDAS COMPLICADAS CIE-10-T14.1

Son heridas extensas y profundas, con hemorragia abundante; generalmente hay lesiones en músculos, tendones, nervios, vasos sanguíneos, órganos internos y puede o no presentarse perforación visceral.

Conducta/tratamiento

- Aplique los principios generales de atención de emergencias, ver página 761 de éste módulo.
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano.

- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Importancia de cumplir con el traslado inmediato al hospital para tratamiento especializado.

HERIDAS CERRADAS CIE-10-T14.1

En estas heridas no hay separación de la piel, generalmente son producidas por traumatismos. La persona puede presentar dolor, signos de irritación peritoneal, distensión abdominal, variaciones de la presión arterial al sentarle o al estar acostado, así como taquicardia y disminución de la movilidad.

Conducta/tratamiento

- Aplique los principios generales de atención de emergencias, ver página 761 de éste módulo.
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Importancia del traslado inmediato al hospital para tratamiento especializado.

HERIDAS CON PÉRDIDA DE TEJIDOS CIE-10-T14.1

En estas heridas puede observarse desgarro o pérdida de tejido (piel, músculo, tendones y entre otros).

Conducta/tratamiento

- Aplique los principios generales de atención de emergencias, ver página 761 de éste módulo.
- Irrigue los tejidos con solución salina, no intente lavar la herida.
- Si es posible, afronte los tejidos dañados.

- Cubra la herida con apósito (s) o compresa (s) estéril (es).
- Si está sangrando aplicar presión directa sobre la herida con un vendaje y elevar el miembro afectado.
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Importancia del traslado inmediato al hospital para tratamiento especializado.

LESIONES POR APLASTAMIENTO CIE-10-T14.7

Daño producido a músculos, nervios, huesos y vasos sanguíneos al estar sometidos por un corto o largo tiempo, a una presión externa, con o sin daño en la piel o tejido celular subcutáneo.

Conducta/tratamiento

- Aplique los principios generales de atención de emergencias, ver página 761 de éste módulo.
- Coloque compresas frías o bolsa con hielo en el área afectada (envuelta en una toalla).
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

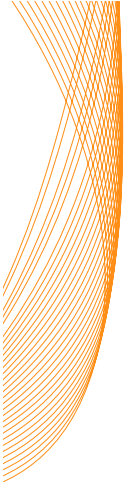
Oriente sobre

- Importancia del traslado inmediato al hospital para tratamiento especializado.

HERIDAS EN CARA Y CRÁNEO CIE-10-S00.9

TRAUMA EN CARA Y CRÁNEO CIE-10-S02.9

Generalmente estas heridas son causadas, por un golpe o una caída; sangran abundantemente por la irrigación que hay en estas zonas.



En algunos casos no hay herida visible, sin embargo puede haber edema o hemorragia interna. Puede haber hundimiento del hueso y se observan sus bordes, puede haber salida de líquido cefalorraquídeo o hemorragia por oídos y nariz.

Signos y síntomas

- Visión borrosa.
- Asimetría de las pupilas.
- Vómitos.
- Parálisis de la cara.
- Alteración del estado de conciencia.
- Convulsiones.
- Dificultad para movilizar las extremidades.

Conducta/tratamiento

- Aplique los principios generales de atención de emergencias, ver página 761 de éste módulo.
- Inmovilice el cuello porque los traumas de cráneo con frecuencia se asocian a lesiones de cuello.
- Limpie la herida con gasa (s) humedecida (s).
- Cubra con apósito estéril sin ejercer presión, ya que puede haber fractura con hundimiento del hueso.
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Importancia del traslado inmediato al hospital para tratamiento especializado.
- No administrar medicamentos, alimentos o líquidos vía oral.

ESCALA DE GLASGOW PARA ADULTOS (AS) Y MODIFICADA PARA NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS

Adultos	Puntaje	Menor de 3 años
Apertura de ojos: Espontánea En respuesta a la voz En respuesta al estimularlo Sin respuesta	4 3 2 1	Apertura de ojos: Espontánea En respuesta a la voz En respuesta al dolor Sin respuesta
Respuesta verbal: Orientada Desorientada Palabras inusuales Sonidos incompresibles Sin respuesta	5 4 3 2 1	Respuesta verbal: Charla y balbucea Llanto espontaneo consolable Gritos o llantos al dolor Irritabilidad, quejido al dolor Sin respuesta
Respuesta motora: Orden verbal: Obedece Localiza dolor Retirada al dolor Flexión anormal Extensión anormal Sin respuesta	6 5 4 3 2 1	Respuesta motora: Movimientos espontáneos normales Retirada al tocar Alejamiento del dolor Flexión anormal (rigidez decorticación) Extensión (rigidez de descerebración) Sin respuesta

Los valores de los 3 indicados se suman para dar el resultado en la escala de Glasgow:

Normal	15	Trauma moderado	9-12
Trauma leve	13-14	Trauma severo	8 o menos

Fuente. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel 2010.

HERIDAS ABIERTAS DE ABDOMEN CIE-10-S31.8

TRAUMAS ABIERTOS DE ABDOMEN CIE-10-S39.9

Estas heridas son producidas por objetos cortantes, punzantes o armas de fuego.

Signos y síntomas

Se pueden presentar uno o más de los siguientes:

- Perforación de intestino.
- Lesión de otra víscera intraabdominal.
- Hemorragia que puede provocar choque hipovolémico.
- Salida del intestino de la cavidad abdominal.
- Dolor intenso.

Conducta/tratamiento

- Aplique los principios generales de atención de emergencias, ver página 761 de éste módulo.
- Acueste a la persona herida de espaldas con las piernas flexionadas, colocando apoyo debajo de las rodillas.
- No levantarle la cabeza porque los músculos abdominales se tensio- nan y aumenta el dolor.
- Si hay salida de vísceras, no intente introducirlas porque se contamina la cavidad abdominal produciéndose infección (peritonitis).
- Cubra la herida o víscera con apósito (s) estéril (es), humedecido (s) con solución salina y fijándolo (s) con micropore sin hacer presión. no utilice apósitos pequeños porque pueden quedarse dentro de la cavidad abdominal.
- Trate dolor con diclofenaco, ampolla:
 - Niños: 1 mg/kg/ vía intramuscular (IM) (dosis máxima 50 mg).
 - Personas adultas: 75 mg IM.
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- La importancia del traslado inmediato al hospital para tratamiento especializado.
- No administrar medicamentos, alimentos o líquidos vía oral.

HERIDAS DE ABDOMEN CIE-10-S31.8

TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN CIE-10-S39.9

Pueden ser provocadas por traumatismos como: golpes, patadas, accidentes automovilísticos, caídas, otros. No hay sangrados externos, todo el daño es interno.

Signos y síntomas

- Dolor intenso.
- Hematuria (orina sangre).
- Signos de irritación peritoneal.
- Distensión abdominal.
- Variaciones de la presión arterial al sentarle o al estar acostado.
- Taquicardia.
- Disminución de la movilidad.
- Alteración de la conciencia.
- Sudoración profusa.

Conducta/tratamiento

- Aplique los principios generales de atención de emergencias, ver página 761 de éste módulo).
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- La importancia del traslado inmediato al hospital para tratamiento especializado.
- No administrar medicamentos, alimentos o líquidos vía oral.

Nota. En trauma cerrado de abdomen, no administre analgésicos.

HERIDA EN TÓRAX CIE-10-S21.9

TRAUMAS EN TÓRAX CIE-10-S29.9

Pueden ser abiertas o cerradas, estas heridas son producidas generalmente por objetos punzantes, cortantes o armas de fuego. Además por traumatismos como: golpes, patadas, accidentes automovilísticos, caídas, entre otros.

Signos y síntomas

- Hipotensión.
- Crepitación al palpar la piel cercana a la herida por el escape del aire hacia la piel.
- Tos con o sin expectoración.
- Dificultad al respirar porque hay lesión pulmonar.
- Hemorragias con aparición de burbujas.
- Silbido por la herida al respirar.
- Dolor a la inspiración o la palpación.

Conducta/tratamiento

- Aplique los principios generales de atención de emergencias, ver página 761 de éste módulo.
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- La importancia del traslado inmediato al hospital para tratamiento especializado.

PÉRDIDA DE MIEMBROS CIE-10-T14.7

Es cuando se presenta la pérdida de una parte o de la totalidad de una o más extremidades.



770

Atención a la Demanda

Signos y síntomas

Puede presentar:

- Hemorragia activa.
- Choque hipovolémico.
- Alteración de la conciencia.
- Dolor intenso.

Conducta/tratamiento

- Aplique los principios generales de atención de emergencias, ver página 761 de éste módulo.
- Trate dolor con diclofenaco:
 - Niñez: 1 mg/kg por vía oral (PO) en jarabe (dosis máxima 50 mg).
 - Personas adultas: 50 mg tableta PO de inicio.
- Recomendaciones para el transporte de personas con partes amputadas, para ser referidas al hospital:
 - Limpie la parte amputada sumergiéndola en solución salina.
 - Envuelva en gasa o en una tela limpia humedecida con solución salina.
 - Introduzca las partes amputadas en una bolsa plástica (para evitar contaminación) y colóquela dentro de otra bolsa que contenga hielo o en termos.
 - Identifique las bolsas con datos generales del paciente.
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Nota. Tener cuidado con personas hipertensas al administrar diclofenaco.

Orienta sobre

- La importancia del traslado inmediato al hospital para tratamiento especializado.
- No administrar medicamentos, alimentos o líquidos vía oral.

ABDOMEN AGUDO CIE-10-R10.0

HEMORRAGIA INTERNA SIN TRAUMA CIE-10-R10.0

Es toda afección que tiene como manifestación sobresaliente el dolor abdominal y que requiere de un pronto diagnóstico diferencial, para decidir su tratamiento médico o quirúrgico de urgencia.

Signos y síntomas

- Fiebre.
- Dolor.
- Abdomen muy sensible o rígido.
- Pérdida de sangre por recto, uretra, vagina u otras partes del cuerpo.
- Hematomas en diferentes partes del cuerpo.
- Vómitos con sangre.
- Manifestaciones de choque (shock).

Conducta/tratamiento

- Aplique los principios generales de atención de emergencias, ver página 761 de éste módulo.
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- La importancia del traslado inmediato al hospital para tratamiento especializado.
- No administrar medicamentos, alimentos o líquidos vía oral.

CUERPOS EXTRAÑOS

Cuerpo extraño es cualquier elemento ajeno al cuerpo que entra a éste, ya sea a través de la piel o por cualquier orificio natural como los ojos, nariz, oídos, garganta, impidiendo su normal funcionamiento.

CUERPOS EXTRAÑOS EN OJOS CIE-10-T15

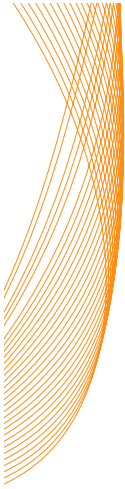
Los cuerpos extraños en ojos pueden ser: los lentes de contacto, arena, partículas de madera o metal, maquillaje, pestañas, insectos, tanto debajo del párpado como sobre el globo ocular. Estos materiales son perjudiciales no sólo por sus efectos irritantes, sino por el peligro de raspar el ojo o introducirse (penetrar) en él.

Signos y síntomas

- Inflamación.
- Enrojecimiento del ojo afectado.
- Sensación de ardor.
- Dolor.
- Lagrimeo.
- Dificultad para mantener el ojo abierto.

Conducta/tratamiento

- Lávese las manos con agua y jabón.
- Siente a la persona de tal manera que la luz le dé directamente sobre los ojos.
- Pídale que lleve la cabeza hacia atrás.
- Colóquese del lado del ojo afectado o detrás de la persona.
- Coloque su mano izquierda debajo del mentón; con sus dedos índice y pulgar, entreabra el ojo afectado para observar el tipo y la localización del cuerpo extraño. Para esto, pídale que mueva el ojo hacia arriba, abajo y a los lados.
- Si puede ver el cuerpo extraño, trate de expulsarlo lavando el ojo; vierta agua segura o solución salina con una jeringa sin aguja, inclinando la cabeza del paciente, hacia el lado lesionado.
- Si este procedimiento no da resultado y el cuerpo extraño es móvil, pídale que parpadee; a veces solo esto es suficiente para que se localice en el ángulo interno y usted pueda retirarlo con la punta de un pañuelo o gasa limpia.
- Si el cuerpo extraño está localizado debajo del párpado inferior, pídale que mire hacia arriba; mientras tanto, con su dedo pulgar hale hacia abajo el párpado, localice el cuerpo extraño y con la punta de un pañuelo o gasa retírelo.



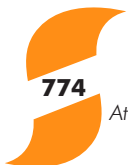
- En caso que el cuerpo extraño esté localizado debajo del párpado superior, haga que mire hacia abajo; con sus dedos índice y pulgar tome las pestañas del párpado superior y hálelo ligeramente hacia abajo; con la otra mano, tome un aplicador o algo similar, colóquelo sobre la parte media del párpado superior y vuelva o voltee el párpado hacia arriba sobre el aplicador.
- Localice el cuerpo extraño y retírelo.
- Si el cuerpo extraño fue retirado, cubra el ojo por tres horas.
- Inicie antibiótico local: cloranfenicol ungüento, tres veces al día durante 7 días.
- Si la partícula está localizada en el centro del ojo y con el parpadeo no se moviliza, cubra el ojo con una gasa estéril, luego cubra ambos ojos con un vendaje sin hacer presión.
 - No trate de retirar el cuerpo extraño.
 - Indique a la persona que evite frotarse el ojo.
 - No aplique gotas oftálmicas, ungüentos ni otras soluciones.
- Refiera a un servicio de salud con especialidad de oftalmología.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orientación sobre

- Cumplir con los días de tratamiento, si dejó cloranfenicol.
- El motivo del traslado, si ese fuera el caso.
- No tocarse los ojos con las manos sin lavar.
- Usar equipo de protección cuando se trabaja con madera, arena, concreto, vidrio, soldadura u otros.
- Seguir las instrucciones para el uso correcto de lentes de contacto.
- Seguir recomendaciones del personal de salud.

CUERPOS EXTRAÑOS EN OÍDOS CIE-10-T16

Es algo que se quedó atorado, o fue introducido en el canal del oído, diferente al cerumen, (sustancia grasa amarillenta segregada por las glándulas del conducto auditivo externo).



Signos y síntomas

- Dolor por inflamación.
- Movimientos dentro del oído (si es insecto).
- Disminución de la audición.
- Zumbido.
- En ocasiones mal olor.
- En ocasiones, marcha inestable.

Conducta/tratamiento

- Si se trata de un insecto haga lo siguiente:
 - Coloque a la persona con la cabeza inclinada hacia el lado contrario del afectado.
 - Aplique 3 o 4 gotas de aceite mineral o aceite para bebé, tibio. Deje actuar durante 1 o 2 minutos.
 - Indíquele que incline la cabeza hacia el lado afectado, para que el aceite drene espontáneamente y arrastre el insecto.
 - Si el insecto no sale, refiera a la persona a un servicio con mayor capacidad resolutive.
- Si el cuerpo extraño es una semilla o partes pequeñas de juguetes, hisopos (aplicadores) u otros materiales, proceda de la siguiente manera:
 - Coloque a la persona con la cabeza de manera tal que el oído afectado quede hacia abajo, para facilitar la salida del cuerpo extraño.
 - Si la maniobra anterior no da resultado, no trate de extraer los cuerpos extraños con pinzas u otros elementos.
 - Si ha presentado dolor de oído, salida de pus, sordera, antes de la presencia del cuerpo extraño, no realice ningún procedimiento.
- Refiera a un servicio de salud con mayor capacidad resolutive.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- Situación del paciente e importancia de cumplir con la referencia.
- Seguir recomendaciones del personal de salud.

CUERPOS EXTRAÑOS EN NARIZ CIE-10-T17

Es algo que fue introducido y se quedó atorado o alojado en el interior de las fosas nasales. Se presenta generalmente en niñas y niños, aunque también puede ocurrir en todas las edades.

Signos y síntomas

- Ocasionalmente puede haber inflamación.
- Presencia de secreción sanguinolenta.
- Dificultad para respirar.
- Ocasionalmente mal olor.

Conducta/tratamiento

- Tranquilice a la niña o niño y a su madre, padre o responsable, si se trata de menores.
- Pregunte si saben qué tipo de cuerpo extraño se introdujo y el tiempo que lleva con él, ya que si se trata de una semilla, al ponerse en contacto con la secreción de la nariz aumenta de tamaño, lo que hace difícil su extracción y será necesario que lo envíe a un servicio con mayor capacidad resolutive.
- Si se trata de un botón u otro objeto, pídale que inspire por la boca y rápidamente apriete con uno de sus dedos la fosa nasal libre y dígame que se suene, esto hará expulsar el objeto por la corriente de aire que se forma.
- Si es necesario repita todo el punto anterior varias veces.
- Si con la maniobra anterior, no logra expulsar el objeto, refiérase a un servicio con mayor capacidad resolutive.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Motivo del traslado, si ese fuera el caso.
- No dar a la niña o al niño, objetos o juguetes con partes pequeñas para jugar.
- No permitirles que jueguen cuando comen.
- No darles alimentos con cáscara, semillas o huesos, como prevención.

EPISTAXIS (HEMORRAGIA NASAL) CIE-10-R04.0

Se denomina epistaxis a todo proceso hemorrágico o sangrado, que tenga su origen en las fosas nasales (nariz). Puede deberse a alergias, resfriados, estornudos, aire muy frío o seco, sonarse muy fuerte, hurgarse la nariz, lesiones o fracturas de tabique nasal, uso de irritantes químicos, abuso de aerosoles nasales descongestionantes o pacientes con problemas de coagulación.

Signos y síntomas

- Desde un goteo o hilo de sangre a un flujo abundante.
- La sangre tragada o deglutida es un irritante gástrico, por lo que también pueden referir o presentar vómitos con sangre.

Conducta/tratamiento

- Determine la causa de la epistaxis y actúe según la situación.
- Siente a la persona, para reducir el riego sanguíneo para cabeza y nariz.
- Si es necesario, pídale inclinar la cabeza hacia adelante, para evitar que trague la sangre y le provoque náusea y vómito.
- Presione sobre el tabique de la nariz (arriba de las ventanas nasales) con sus dedos índice y pulgar, de 2 a 3 minutos. Esto permite obstruir la arteria principal que irriga la nariz y disminuye o para la hemorragia.
- Si continúa sangrando, coloque tapones con gasa humedecida en agua destilada o hervida, o si es posible, gasas vaselinadas.
- Aplique sobre la frente y la nariz compresas de agua fría o hielo (envuelto en una toalla o gasa), para hacer vasoconstricción.
- Monitoree la presión arterial.
- Si deja de sangrar, cite en 24 horas para retirar el tapón de gasa.
- Si no logra detener el sangrado, refiera inmediatamente a un servicio de salud con mayor capacidad resolutive. (llene adecuadamente la boleta de referencia).
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Importancia de regresar en 24 horas para retirar el tapón de gasa, si ese fuera el caso.
- Motivo de la referencia si es necesario.
- Que no se sune muy fuerte la nariz porque puede repetirse el sangrado.
- No exponerse al sol, esto puede aumentar la hemorragia.
- Uso controlado de aerosoles descongestionantes o irritantes químicos.
- Necesidad de atención especializada, si considera que hay problema de coagulación.

PICADURA DE INSECTOS CIE-10-X27

Hay una variedad de insectos que pican a los seres humanos. Suelen tratarse en la casa, pero algunas personas sufren una reacción alérgica grave, o dependiendo de la cantidad de picaduras, acuden a los servicios de salud.

AVISPAS Y ABEJAS CIE-10-X23

Signos y síntomas

- Edema.
- Enrojecimiento.
- Calor.
- Prurito.
- Dolor.

Conducta/tratamiento

Para ataques leves:

- Extraiga el o los agujones de cada piquete.
- Dé tratamiento antihistamínico con maleato de clorfeniramina:
 - Niñez: 0.35 mg/kg en jarabe cada 6 horas, vía oral (PO) durante 5 días.
 - Persona adulta: 4 mg, tableta, PO cada 6 horas, durante 5 días.

- Trate el dolor con acetaminofén:
 - Niñez: 10-15 mg/kg/ jarabe PO cada 6 horas, durante 3 días.
 - Persona adulta: 500 mg tableta, PO cada 6 horas, durante 3 días.
- Aplique compresas frías o una bolsa de hielo (envuelta en una toalla) en el área afectada para reducir el edema.

Para ataques masivos

- Aplique los principios generales de atención de emergencias, ver página 761 de éste módulo.
- Canalice con solución salina u otra solución y administre inmediatamente: maleato de clorfeniramina, ampolla:
 - Niñez: 0.1 mg/kg vía intramuscular (IM).
 - Persona adulta: 1 ampolla intravenosa (IV) o IM.
- Refiera inmediatamente al hospital.
- Llene correctamente la referencia.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- En el ataque leve: importancia de cumplir con el tratamiento.
- En el ataque masivo: motivo del traslado e importancia de cumplir con el mismo.
- Cuidados de la canalización.

EDEMA ANGIONEURÓTICO CIE-10-T78.3

Es una forma particular de urticaria asociada a un edema. Por lo general aparece de forma repentina en el rostro, a nivel de los labios o de los párpados y se extiende por la piel hacia la garganta o hacia la laringe pudiendo causar una sensación de ahogo.

Signos y síntomas

- Dificultad para respirar.
- Náuseas y vómitos.
- Edema generalizado, que incluye parpados, boca, orejas y lengua.

CHOQUE (SHOCK) ANAFILÁCTICO CIE-10-T78.2

Se trata de una reacción alérgica que, en algunas ocasiones, puede evolucionar hacia una situación grave, incluso letal (causar la muerte).

Signos y síntomas

- Edema generalizado, hinchazón de párpados, boca, orejas, lengua.
- Dificultad para respirar.
- Náuseas y vómitos.
- Hipotensión arterial (presión baja).
- Pérdida de la conciencia.

Conducta/tratamiento

- Aplique los principios generales de atención de emergencias, ver página 761 de éste módulo.
- Trate con adrenalina (1:1000), ampolla:
 - Niñez: 0.01 mg/kg vía intramuscular (IM) una dosis cada 20 minutos, 3 dosis, dosis máxima 0.5 ml.
 - Persona adulta: 0.3 a 0.5 ml IM, una dosis cada 20 minutos, tres dosis.
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano si observa:
 - Alteraciones del estado de conciencia.
 - Sangrados.
 - Fiebre.
 - Adormecimientos en alguna parte del cuerpo.
- Llene correctamente la boleta de referencia.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- Importancia de cumplir con el tratamiento.
- Si le refiere, motivo del traslado e importancia de cumplir con el mismo.

ARAÑAS CIE-10-X21 Y ALACRANES CIE-10-X22

Signos y síntomas

- Puede producir los mismos signos y síntomas que la picadura de avispas o abejas.
- Enrojecimiento.
- Dolor.
- Adormecimiento en el área de la picadura y en la lengua.
- En los días siguientes a la mordedura o picadura se pueden presentar ulceraciones en el sitio de la mordedura o cambios de coloración distales.

Conducta/tratamiento

- El tratamiento es similar al de la picadura de avispas y abejas.
- Si presenta edema angioneurótico o choque anafiláctico, ver tratamiento en picadura de avispas y abejas ver página 778 de éste módulo.
- Vigile el sitio de la mordedura o picadura durante los 5 días siguientes en búsqueda de alteraciones.
- Dé tratamiento antihistamínico con maleato de clorfeniramina:
 - Niñez: 0.35 mg/kg jarabe, dividido, en dosis cada 6 horas vía oral (PO) durante 5 días.
 - Persona adulta: 4 mg tableta, PO, cada 6 horas durante 5 días.
- Dé tratamiento con amoxicilina:
 - Niñez: 40 mg/kg/día suspensión, PO cada 8 horas, durante 10 días.
 - Persona adulta: 500 mg cápsula, PO, cada 8 horas, durante 10 días.
- Si no toleran PO, usar penicilina procaína:
 - Niñez: 50,000/kg UI vía intramuscular (IM) cada 24 horas, durante 10 días.
 - Persona adulta: 800,000 UI vía intramuscular (IM) cada 24 horas, durante 10 días.
- Si es alérgico a la penicilina, usar claritromicina:
 - Niñez: 15 mg/kg/día suspensión, vía oral (PO) cada 12 horas, durante 7 días.

- Persona adulta: 500 mg PO cada 12 horas, durante 7 días.
- Trate dolor con diclofenaco:
 - Niñez: 1 mg/kg suspensión, PO (dosis máxima 50 mg).
 - Persona adulta: 50 mg tableta, PO de inicio.
- Registre en SIGSA.

Oriente sobre

- Importancia de cumplir con el tratamiento.
- Importancia de volver al servicio todos los días durante 5 días, para vigilar la evolución del área afectada.

QUEMADURAS CIE-10-T30

Son lesiones que afectan la integridad de la piel, consisten en pérdidas de sustancia de la superficie corporal producidas por distintos agentes (calor, frío, productos químicos, electricidad o radiaciones como la luz solar, luz ultravioleta o infrarroja, entre otras).

El grado de la lesión (profundidad de la quemadura) es el resultado de la intensidad del efecto del agente y la duración de la exposición. Puede variar desde una lesión relativamente menor y superficial hasta la pérdida extensa y severa de piel y tejidos blandos. Aunque su pronóstico depende de la extensión y la profundidad de la lesión, hay ciertas zonas (manos, pies, cara y periné) que por sí solas producen importantes discapacidades.

Valoración de una quemadura

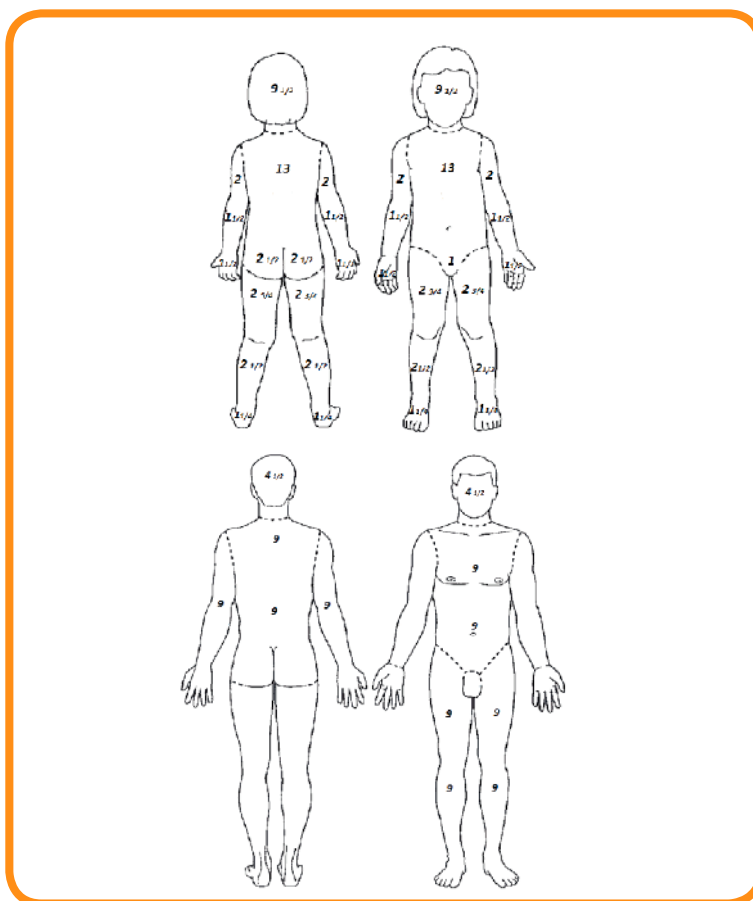
- El pronóstico de una quemadura está en función de tres variables:
 - Superficie afectada.
 - Profundidad.
 - Edad y antecedentes patológicos de la persona quemada.

Superficie afectada

- La extensión de una quemadura incide fundamentalmente en el estado general de la persona quemada. Para el cálculo de la extensión de la

quemadura en adultos, un método simple que puede utilizarse es la “Regla de los nueve de Wallace” siguiente:

REGLA DE LOS 9 DE WALLACE



Fuente. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel 2010.

PORCENTAJES DE LA REGLA DE LOS NUEVE DE WALLACE

Cabeza y cuello	9 %
Tronco anterior	18 %
Tronco posterior	18 %
Extremidad superior (9 x 2)	18 %
Extremidad inferior (18 x 2)	36 %
Área genital	1 %

Fuente. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel 2010.

Esta regla de los nueve de Wallace no es válida en niñas y niños, porque en ellos es mayor la superficie craneal y sus extremidades inferiores son más cortas. Por ello se debe utilizar la clasificación de Lund y Browder, siguiente:

CLASIFICACIÓN DE LUND Y BROWDER PARA CÁLCULO DE LA SUPERFICIE CORPORAL QUEMADA PARA NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS

Área	0 años	1 año	5 años	10 años
Cabeza	19 %	17 %	13 %	11 %
Tronco	26 %	26 %	26 %	26 %
Brazo	7 %	7 %	7 %	7 %
Muslo	5 ½ %	6 ½ %	8 ½ %	8 ½ %
Pierna	5 %	5 %	5 %	6 %

Fuente. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel 2010.

QUEMADURAS SEGÚN PROFUNDIDAD

GRADO 1		AFECTACIÓN	ASPECTO	CURACIÓN
		Epidermis.	Eritema doloroso. Edema.	Curación espontánea sin cicatriz.
GRADO 2	Superficial	1/3 superior de la dermis.	Piel rosada dolorosa. Ampollas.	Curación espontánea con cicatriz.
	Profunda	2/3 interiores de la dermis.	Piel pálida +/- anestesiada. Escala.	Curación espontánea con cicatriz. Pérdida de pelo.
GRADO 3		Piel y anexos.	Escala seca. Trombosis venosa a través de la piel.	Cicatriz +/- retracción articular, +/- necesidad de injerto de piel.

Fuente. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel 2010.

QUEMADURAS DE PRIMER GRADO CIE-10-T30

Éstas lesionan la capa superficial de la piel (epidermis). Este tipo de quemadura generalmente es causada por una larga exposición al sol o exposición instantánea a otra forma de calor.

Signos y síntomas

- Enrojecimiento de la piel.
- Dolor intenso tipo ardor.
- Inflamación moderada.
- Piel roja que se palidece a la presión.
- Piel caliente.

Conducta/tratamiento

- Enfríe el área quemada durante varios minutos. Aplicando solución salina fisiológica, agua purificada al tiempo o templada sobre la lesión.
- Aplique pomadas o ungüentos para quemadura (sulfadiazina de plata), excepto si la quemadura es en la cara.
- Cubra el área quemada con un apósito o una compresa humedecida con solución salina fisiológica o agua templada segura.
- Trate el dolor con diclofenaco, ampolla:
 - Niñez: 1mg/kg vía intramuscular (IM) (dosis máxima 50 mg), de inicio.
 - Persona adulta: 75 mg IM de inicio.

Nota. En niñas y niños menores de 1 año no utilizar diclofenaco. Se puede utilizar acetaminofén, ver anexo No. 1 módulo Lactante página 276.

QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO CIE-10-T30.2

Es en la que se lesiona la capa superficial y la intermedia de la piel (epidermis y dermis).

Signos y síntomas

- Se caracteriza por la formación de ampollas.
- Puede presentarse sin ampollas con pérdida de la piel, área sin piel de color rojo con manchas blancas, no dolorosa pero sensible al tacto.
- Dolor intenso.
- Inflamación del área afectada.

Conducta/tratamiento

- Aplique los principios generales de atención de emergencias, ver página 761 de éste módulo.
- Tranquilice a la víctima y a sus familiares.
- Valore el área de quemaduras y su gravedad según las escalas ya mencionadas.
- Retire cuidadosamente anillos, reloj, pulseras, cinchos o prendas ajustadas que compriman la zona lesionada, antes que ésta comience a inflamarse.

- Si tolera vía oral, dé abundantes líquidos.
- Según área quemada y gravedad, hidrate según **“Fórmula de Parkland”** siguiente:

- Canalice vena con solución Hartman o salina 4 ml/kg por porcentaje de superficie corporal quemada; administre la mitad en las primeras 8 horas, durante el traslado y la segunda mitad deben ser administradas en las 16 horas siguientes.
- En niñez de < de 30 kg de peso, agregue al resultado de la fórmula de Parkland los requerimientos basales.

- Enfríe el área quemada durante varios minutos, aplicando sobre la lesión solución salina fisiológica o agua al tiempo templada.
- No use hielo para enfriar la zona quemada.
- Aplique pomada o ungüento para quemaduras (sulfadiazina de plata), excepto si la quemadura es en la cara.
- Cubra el área quemada con un apósito o una compresa humedecida con solución salina fisiológica o agua templada segura (mantenerla húmeda, durante el traslado) y sujete con una venda para evitar la contaminación de la lesión con gérmenes patógenos.
- No aplique presión contra la quemadura.
- Trate dolor con diclofenaco ampolla:
 - Niñez: 1 mg/kg vía intramuscular (IM) (dosis máxima 50 mg).
 - Personas adultas: 75 mg IM de inicio.

Nota. En niñas y niños menores de 1 año no utilizar diclofenaco. Se puede utilizar acetaminofén, ver anexo No. 1 módulo Lactante página 276.

Si la quemadura se presenta en manos o pies, coloque gasas humedecidas entre los dedos antes de colocar la venda.

- Administre abundantes líquidos por vía oral siempre y cuando la persona quemada esté consciente; en lo posible administre suero oral.
- Si se presentan quemaduras en cara o cuello, coloque una almohada o cojín debajo de los hombros y controle los signos vitales.
- Cubra las quemaduras de la cara con gasas estériles humedecidas con solución salina fisiológica o agua templada limpia, si no dispone de gasa, hágalo con una tela limpia, abriéndole agujeros para los ojos, nariz y la boca.

- De tratamiento con dicloxacilina:
 - Niñez: 40 mg/kg/día suspensión, vía oral (PO), cada 6 horas, durante 10 días.
 - Persona adulta: 500 mg PO en cápsulas, cada 6 horas, durante 10 días.
- Si no toleran PO, administrar penicilina procaína:
 - Niñez: 50,000 UI vía intramuscular (IM) cada 24 horas, durante 10 días.
 - Persona adulta: 800,000 UI IM diariamente durante 10 días.
- Si es alérgico a la penicilina, utilice claritromicina:
 - Niñez: 15 mg/kg/día suspensión, PO cada 12 horas, durante 7 días.
 - Persona adulta: 500 mg comprimido PO cada 12 horas, durante 7 días.
- Aplique dosis de Td 0.5 ml según esquema de inmunizaciones, (ver Anexo No.1 “Vacunación”, de este módulo).
- Refiera al hospital más cercano para tratamiento especializado.
- Llene adecuadamente la boleta de referencia.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Importancia del traslado al hospital para tratamiento especializado.
- Cómo mantener humedecidas las gasas o tela (según el caso), durante el traslado.
- Cómo hidratar durante el traslado.

QUEMADURAS DE TERCER GRADO CIE-10-T30.3

Es donde están comprometidas todas las capas de la piel; afectan los tejidos que se encuentran debajo de la piel como vasos sanguíneos, tendones, nervios, músculos y pueden llegar a lesionar el hueso. Este tipo de quemaduras se produce por contacto prolongado con elementos calientes, químicos, cáusticos o por electricidad.

Signos y síntomas

- Se caracteriza porque la piel se presenta seca.
- Piel acartonada.
- No hay dolor debido a la destrucción de las terminaciones nerviosas.

Conducta/tratamiento

- Aplique los principios generales de atención de emergencias, especialmente la canalización, ver página 761 de éste módulo.
- Retire cuidadosamente anillos, reloj, pulseras, cincho y prendas ajustadas que compriman la zona quemada, antes de que ésta se comience a inflammar.
- Según área de quemadura y gravedad, hidratar de acuerdo a “Fórmula de Parkland”, ver página 787 de éste módulo.
- Refiera al hospital más cercano para tratamiento especializado.
- Llene adecuadamente la referencia.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Situación del paciente e importancia de cumplir con el traslado al hospital para tratamiento especializado.
- Cuidados del área quemada durante el traslado.

QUEMADURAS POR QUÍMICOS

Conducta/tratamiento

- Aplique los principios generales de atención de emergencias, ver página 761 de éste módulo.
- Lave con abundante agua segura el área quemada (ojos, piel o mucosas) por un tiempo no menor a 30 minutos. Asegúrese antes si el químico reacciona con el agua (por ejemplo: cal u otros), entonces sólo limpie con gasas o apósitos.
- Alivie el dolor con diclofenaco:
 - Niños: 1 mg/kg suspensión, vía oral (PO) (dosis máxima 50 mg).
 - Personas adultas: 50 mg tableta, PO.

- Si el área afectada es grande o en las instrucciones del químico lo indican, refiera al hospital para tratamiento especializado.
- Llene adecuadamente la boleta de referencia.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Importancia del traslado al hospital para tratamiento especializado si fuera el caso.

QUEMADURAS POR ELECTRICIDAD

El cuerpo humano conduce muy bien la electricidad. Eso significa que la electricidad pasa con mucha facilidad a través del cuerpo. Una lesión eléctrica es un daño a la piel o a los órganos internos cuando una persona entra en contacto directo con una corriente eléctrica. El contacto directo con una corriente eléctrica puede ser mortal. Aunque algunas quemaduras parecen menores, es posible que haya daño interno grave, sobre todo en el corazón, los músculos o el cerebro.

Signos y síntomas

- Una corriente eléctrica puede causar lesiones en tres formas:
 - Quemaduras térmicas por el contacto con la fuente eléctrica.
 - Un paro cardíaco debido al efecto eléctrico sobre el corazón.
 - Destrucción de músculos, nervios y tejidos por una corriente que atraviesa el cuerpo.

Conducta/tratamiento

- Aplique los principios generales de atención de emergencias, ver página 761 de éste módulo.
- Si el área afectada es grande, refiera al hospital para tratamiento especializado.
- Llene adecuadamente la referencia.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Importancia del traslado al hospital para tratamiento especializado.

GOLPE DE CALOR (SOFOCACIÓN) CIE-10-T67

Cuando el calor ambiental es excesivo pueden presentarse dos tipos de situaciones: a) Insolación y b) Agotamiento.

INSOLACIÓN CIE-10-T67.0

Se presenta por la exposición al sol durante un tiempo largo, produciendo quemadura de primer grado.

AGOTAMIENTO CIE-10-T67.5

Se presenta a causa del calor excesivo, sin que la exposición al sol haya sido prolongada; es frecuente en personas que tienen que realizar largas caminatas o jornadas de trabajo cuando el calor es intenso. En estos casos las manifestaciones que se presentan son las mismas de la insolación, con excepción del color de la piel, que en lugar de roja está pálida.

Signos y síntomas

- Dolor de cabeza.
- Mareos.
- Piel roja o pálida.
- Fiebre.
- Deshidratación.
- Calambres o contracciones.
- Delirio.

Conducta/tratamiento

- Aplique los principios generales de atención de emergencias, ver página 761 de éste módulo.
- Afloje la ropa ajustada y retire la que esta empapada en sudor.
- Aplique toallas, paños húmedos o compresas frías en todo el cuerpo.
- Cubra las lesiones (si hubieran) con vendas o compresas húmedas.
- Hidrate con suero oral o agua segura.
- Estire ligeramente la zona afectada por contracciones (calambres).
- Refiera al hospital más cercano si la persona no mejora.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Importancia del traslado al hospital para tratamiento especializado si fuera necesario.
- Las medidas preventivas para protegerse del sol.

FRACTURAS CIE-10-T14.2

FRACTURAS CERRADAS Y FRACTURAS EXPUESTAS CIE-10-T14.2

Es la ruptura de huesos. Si el hueso fracturado rompe la piel, se denomina fractura abierta o expuesta. Las fracturas en general ocurren debido a accidentes automovilísticos, caídas, lesiones deportivas o traumatismos.

Signos y síntomas

- Dolor intenso.
- Deformidad del área afectada (hueso).
- Edema.
- Hemorragia.
- Crepitación (crujido o ruido).
- Hueso expuesto.

Conducta/tratamiento

- Aplique los principios generales de atención de emergencias, ver página 761 de éste módulo.
- Inmovilice la extremidad o área afectada.
- Si es fractura expuesta, irrigue la herida con solución salina o agua segura.
- Controle la hemorragia si hubiera y cubra la herida.
- Trate dolor con una dosis inicial de diclofenaco en ampolla:
 - Niñez: 1 mg/kg vía intramuscular (IM) (dosis máxima 50 mg).
 - Persona adulta: 75 IM.
- Si es fractura expuesta y la persona no es alérgica a la penicilina, inicie tratamiento con penicilina procaína antes del traslado:
 - Niñez: 50,000 UI vía intramuscular (IM) y anotarlo en la boleta de referencia para completar cada 24 horas, durante 10 días.

- Persona adulta 800,000 UI IM y anotarlo en la boleta de referencia para completar cada 24 horas, durante 10 días.
- Aplique dosis de Td 0.5 ml según esquema de inmunizaciones, ver Anexo No.1 Vacunación, página 890 de este módulo.
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Llene correctamente boleta de referencia.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Situación de la persona e importancia de cumplir con la referencia.
- No administrar nada por vía oral por si es necesaria una cirugía.

INTOXICACIONES

INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS CIE-10-T60

Los plaguicidas son sustancias químicas utilizadas para controlar, prevenir o destruir las plagas que afectan a las plantaciones agrícolas, pero si ingresan al cuerpo por cualquiera de las vías de entrada: respiratoria, oral o cutánea, pueden causar serios daños a la salud de las personas, inclusive ser letal.

MANEJO GENERAL DEL PACIENTE CON INTOXICACIÓN AGUDA POR PLAGUICIDAS

- Actúe sin demora.
- Asegure permeabilidad de vías aéreas.
- Evalúe en forma general al paciente.
- Quite la ropa con guantes impermeables.
- Si ha habido contacto con los ojos, lave con abundante agua segura por un tiempo mínimo de diez minutos.
- Si ha habido contacto con la piel, quite la ropa impregnada, lave la piel, cabello y uñas con agua y jabón (bañar). Es indispensable el uso de guantes impermeables.
- Canalice vena con solución dextrosa al 5 % o Hartman.
- Llene la boleta de referencia adecuadamente, anote el nombre del plaguicida y clasifique la intoxicación, ver anexo No. 3 "Clasificación Clínica de las Intoxicaciones", página 898 de éste módulo.
- Refiera inmediatamente al hospital.

INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS Y CARBAMATOS CIE-10-T60

Éstos, ingresan al cuerpo por vía cutánea, respiratoria y/o digestiva.

- Los organofosforados más conocidos son: Baytex, Maltos, Folidol, Dipterex, Volaton, Tamaron, entre otros.
- Los carbamatos más conocidos son: Baygon, Unden, Temik, Lannte entre otros.

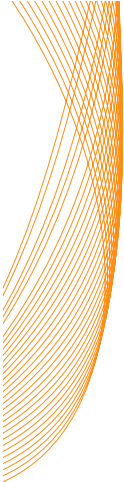
MANIFESTACIONES DE INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS Y CARBAMATOS

Leve	Moderada	Severa
- Falta de apetito. - Dolor de cabeza, mareos. - Debilidad. - Diarrea. - Temblor de lengua y párpados. - Contracción de las pupilas. - Disminución de agudeza visual.	- Náusea. - Vómitos. - Salivación. - Lagrimo. - Calambres abdominales. - Sudoración. - Pulso lento.	- Diarrea intensa. - Dificultad respiratoria. - Cianosis (color morado azulado) en el cuerpo. - Convulsiones. - Pupilas puntiformes que no reaccionan a la luz. - Pérdida del conocimiento.

Fuente. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Módulo de Atención a la Demanda.

Conducta/tratamiento

- Aplique los lineamientos del cuadro de Manejo General del Paciente Intoxicado Agudo por Plaguicidas, ver página 794.
- Si es posible administre atropina en ampolla:
 - Niñez: 0.05 mg/kg de peso, intramuscular (IM) o intravenosa (IV) (dosis máxima 2 mg).
 - Persona Adulta: 1-2 mg IV.
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Investigue entre los contactos signos o síntomas parecidos para ser tratados.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.



Orientes sobre

- La situación del paciente y la importancia del traslado inmediato al hospital.
- El cuidado en el almacenamiento y manipulación de tóxicos.
- Evitar el contacto con tóxicos cuando son rociados a las plantaciones.

INTOXICACIÓN POR HERBICIDAS BIPIRIDILOS Y CLOROFENOXI CIE-10-T60.3

La intoxicación suele suceder al absorberlo por la piel, al aspirarlo por las vías respiratorias (al estar trabajando con él) o al ingerir el plaguicida.

Herbicidas bipiridilos: paraquat y diquat.

- Los nombres comerciales más conocidos del paraquat, son: Gramoxone, Gramuron, Herbertone, entre otros.
- Los nombres comerciales más conocidos del diquat son: Aquacide, Dextrone, Orthodiquat, entre otros.

INTOXICACIÓN POR PARAQUAT CIE-10-T60

Manifestaciones de Intoxicación: existen tres fases en la toxicidad generalizada, sobre todo si se ha ingerido suficiente cantidad de paraquat. Ver las etapas de intoxicación por paraquat en el cuadro siguiente:

ETAPAS DE INTOXICACIÓN POR PARAQUAT

ETAPA	TIEMPO	MANIFESTACIONES
PRIMERA	Después de 24 horas.	-Inflamación y ulceración de las mucosas de la boca, faringe, esófago, estómago e intestino. -Pueden haber vómitos repetidos, ardor de faringe, hemorragia digestiva.
SEGUNDA	Después de 24 a 48 horas.	Insuficiencia hepática, renal y cardíaca.
TERCERA	2 a 14 días después de la ingestión del tóxico.	Insuficiencia hepática, renal y cardíaca.

Fuente. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Módulo de Atención a la Demanda.

INTOXICACIÓN POR DIQUAT CIE-10-T60.3

El diquat produce daños severos en el sistema nervioso central y en los riñones, aunque no daña tanto los pulmones como el paraquat.

Signos y síntomas

- Dolor quemante en boca, garganta, pecho y abdomen.
- Agitación.
- Inquietud.
- Desorientación.
- Conducta psicótica.
- Náusea.
- Vómitos.
- Diarrea intensa.

- Algunas veces puede presentarse:
 - Deshidratación.
 - Hipotensión.
 - Íleo paralítico (paralización del intestino).
 - Convulsiones tónico-clónicas.
 - Fallo renal y hepático (riñones e hígado).
 - El choque es una causa frecuente de muerte.

Conducta/tratamiento

En intoxicación por paraquat y diquat

- Aplique los lineamientos del cuadro de Manejo General del Paciente Intoxicado Agudo por Plaguicidas, ver página 794 de éste módulo.
- Canalice:
 - Niñez: con solución salina, vía intravenosa (IV) según requerimientos basales.
 - Persona adulta: con solución dextrosa al 5 %, 1000 ml (IV) a 60 gotas por minuto.
- Administre carbón activado:
 - Niñez: administrar 0.25 g/kg diluido en 100 ml de solución salina, por vía oral PO. Se puede repetir la dosis cada 4 horas (28 gramos es igual a 1 onza).
 - Personas adultas: administrar 40 gramos en 250 ml de solución salina por vía oral o 30 cucharadas soperas de tierra (defuller) en un vaso con agua y administrar un laxante.
 - Como laxante puede administrar sulfato de magnesio o de sodio (250 mg/kg de peso).
- Si el plaguicida fue ingerido, coloque sonda nasogástrica y practique lavado gástrico. Si la persona está consciente administre un laxante.
- Compruebe la existencia de ruidos intestinales (peristaltismo intestinal) frecuentemente ya que en intoxicación por diquat y a veces paraquat puede haber íleo paralítico. Si se sospecha este último problema, no administrar laxante.

- Refiera inmediatamente al hospital más cercano. Llene adecuadamente la boleta de referencia.
- Investigue entre los contactos signos o síntomas parecidos para ser tratados.

En crisis convulsiva

- Si es posible, administre diazepam ampolla:
 - Niñez: dosis de 0.05 a 0.2 mg/kg de peso por vía intravenosa (IV) cada 5 minutos, un máximo de 3 dosis.
 - Personas adultas: 10 mg IV cada 5 a 10 minutos, hasta controlar la crisis convulsiva o conducta psicótica, máximo 3 dosis.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- La situación de la persona e importancia del traslado inmediato al hospital.
- El cuidado en el almacenamiento y manipulación de tóxicos.
- Evitar el contacto con tóxicos cuando son rociados a las plantaciones.

Nota. En caso de intoxicación por ingestión, la rápida administración del lavado gástrico, un absorbente y una catarsis (purificación por uso de laxantes) efectiva, ofrecen la mejor oportunidad de sobrevivencia.

INTOXICACIÓN POR CLOROFENOXI CIE-10-T60.3

La intoxicación suele suceder al ingerir el plaguicida; se absorbe por piel y vía respiratoria. Son irritantes moderados de la piel, ojos, mucosa gastrointestinal y respiratoria. Si hay inhalación de aerosoles se producen tos, sensación quemante en la faringe y el tórax. Algunos de los nombres comerciales son: Agrotec, Amoxone, Hedonal. Estos se utilizan en agricultura y en control de malezas de hoja ancha.



Signos y síntomas tempranos

- Vómitos.
- Dolor de cabeza.
- Visión doble.
- Incontinencia urinaria.
- Debilidad muscular.
- Coma.

Si se ingieren grandes cantidades se produce:

- Rigidez de las extremidades.
- Fiebre.
- Arritmias cardíacas.
- Trastornos hepáticos.
- Acidosis metabólica.

Conducta/tratamiento

- Aplique los lineamientos del cuadro de Manejo General del Paciente Intoxicado Agudo por Plaguicidas, ver página 794 de éste módulo.
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Llene adecuadamente la boleta de referencia.
- Investigue entre los contactos signos o síntomas parecidos para ser tratados.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- La importancia del traslado inmediato al hospital.
- El cuidado en el almacenamiento y manipulación de plaguicidas.
- Evitar el contacto con tóxicos cuando son rociados a las plantaciones.



Atención a la Demanda



INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS FUMIGANTES CIE-10-T60

La intoxicación suele suceder al ingerirlo, inhalarlo o a través de la piel. Se utilizan para el control de plagas en recintos cerrados. Entre los más utilizados están: Bromuro de Metilo (Brom-O-Gas) y Fosfina (Detia, Fostoxin).

Signos y síntomas

- Dolor de cabeza.
- Ataxia (marcha insegura no coordinada).
- Temblor de cuerpo.
- Incoordinación.
- Convulsiones.
- Edema pulmonar.
- Hemorragia pulmonar.
- Nistagmo (movimiento involuntario, rápido y repetitivo de los ojos).
- Oliguria y anuria (baja producción de orina y ausencia de orina).
- Sibilancias.
- Estertores.
- Disnea.
- Cianosis.

Conducta/tratamiento

- Aplique los lineamientos del cuadro de Manejo General del Paciente Intoxicado Agudo por Plaguicidas, ver página 794 de éste módulo.
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Llene adecuadamente la boleta de referencia.
- Investigue entre los contactos signos o síntomas parecidos para ser tratados.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- La situación de la persona y la importancia del traslado inmediato al hospital.

- El cuidado en el almacenamiento y manipulación de plaguicidas.
- Evitar el contacto con plaguicidas cuando son rociados a las plantaciones.

Nota. Tenga mucho cuidado al manipular ropa y otros instrumentos contaminados. Utilice guantes impermeables y mascarilla.

INTOXICACIÓN POR FOSFINA CIE-10-T57.1

Los más utilizados son: Fosfamina, Detia, Fosfoxin, Gasthion, fosfuro de aluminio, pastilla del amor.

Signos y síntomas

- Náusea y vómitos.
- Diarrea.
- Dolor de cabeza.
- Opresión torácica.
- Dilatación de pupilas.
- Choque (shock).
- Edema pulmonar agudo.
- Tos con esputo de color verde.

Conducta/tratamiento

- Aplique los lineamientos del cuadro de Manejo General del Paciente Intoxicado Agudo por Plaguicidas, ver página 794 de éste módulo.
- Investigue entre los contactos signos o síntomas parecidos para ser tratados.
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Llene adecuadamente la boleta de referencia.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- La situación de la persona y la importancia del traslado inmediato al hospital.

- El cuidado en el almacenamiento y manipulación de plaguicidas.
- Evitar el contacto con plaguicidas, cuando son rociados a las plantaciones.

Nota. Tenga mucho cuidado al manipular ropa y otros instrumentos contaminados. Utilice guantes impermeables y mascarilla.

INTOXICACIÓN POR CIANURO CIE-10-T65.0

Es el tóxico de mayor rapidez de acción. La inconsciencia y la muerte por parálisis respiratoria se presentan inmediatamente luego de la inhalación o ingestión de altas cantidades de cianuro.

Signos y síntomas de exposición a bajas dosis

- Debilidad.
- Cefalea.
- Náusea y vómitos.
- Rigidez de la mandíbula.

Signos y síntomas de exposición a altas dosis (casos graves)

- Coloración rosada de la piel.
- Relajación de esfínteres.
- Convulsiones tónico-clónicas violentas y parálisis.
- Dilatación de las pupilas.
- Taquicardia e hipertensión arterial.
- Respiración irregular.
- Acidosis metabólica.

Conducta/tratamiento

- Aplique los lineamientos del cuadro de Manejo General del Paciente Intoxicado Agudo por Plaguicidas, ver página 794 de éste módulo.
- Investigue entre los contactos signos o síntomas parecidos para ser tratados.

- Refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Llene adecuadamente la boleta de referencia.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- La situación de la persona y la importancia del traslado inmediato al hospital.

Nota. Tenga mucho cuidado al manipular ropa y otros instrumentos contaminados. Utilice guantes impermeables y mascarilla.

INTOXICACIÓN AGUDA POR PLAGUICIDAS ORGANOCORADOS CIE-10-T60.8

La intoxicación suele suceder por ingestión, al ser inhalados o por contacto con la piel. Los nombres comerciales y genéricos más conocidos son: Lindano, Endosulfan, Acetamiprid, Aldrin, Dedete, Dicofol, Gamexane, Mirex, Thiodan, Thionex, entre otros.

Signos y síntomas

- Náuseas.
- Mareo.
- Dolor de cabeza.
- Vómitos.
- Intranquilidad.
- Desorientación.
- Temblor.
- Contracción de los párpados.
- Convulsiones.
- Dificultad respiratoria.
- Pérdida del conocimiento.



Conducta/tratamiento

- Aplique los lineamientos del cuadro de Manejo General del Paciente Intoxicado Agudo por Plaguicidas, ver página 794 de éste módulo.
- Investigue entre los contactos signos o síntomas parecidos para ser tratados.
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Llene adecuadamente la boleta de referencia.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- Situación de la persona y la importancia del traslado inmediato al hospital.
- El cuidado en el almacenamiento y manipulación de tóxicos.
- Evitar el contacto con tóxicos cuando son rociados a las plantaciones.

INTOXICACIÓN POR FUNGICIDAS CIE-10-T60.3 DITIOCARBAMATOS CIE-10-T60.3

Éstos son agentes químicos destinados al control de enfermedades ocasionadas por hongos, en las plantas. Son ligeramente o moderadamente tóxicos. Ingresan al cuerpo por vía cutánea, respiratoria y digestiva.

Los nombres comerciales de fungicidas más conocidos son: Manzate (Maneb), Dithane M 45 (Mancozeb), Antracol, entre otros.

Los nombres comerciales de ditiocarbamatos más conocidos son: Zineb, Maneb, Mancozeb, Thiram, Dithane, Ferban, Novazeb, Propineb, Sandofan, Tricarbamix E, Vondozeb, Ziram, entre otros.

Signos y síntomas

Toxicidad aguda

- Obstrucción nasal.
- Ronquera.

- Tos.
- Laringitis.
- Náusea y vómitos.
- Diarrea.
- Neumonitis (inflamación de los pulmones).
- Debilidad muscular.
- Marcha atáxica (dificultad al caminar).
- Parálisis ascendente.
- Dermatitis eczematosa.

Conducta/tratamiento

- Aplique los lineamientos del cuadro de Manejo General del Paciente Intoxicado Agudo por Plaguicidas, ver página 794 de éste módulo.
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Llene adecuadamente la boleta de referencia.
- Investigue entre los contactos signos o síntomas parecidos para ser tratados.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- Situación de la persona y la importancia del traslado inmediato al hospital.
- El cuidado en el almacenamiento y manipulación de tóxicos.
- Evitar el contacto con tóxicos cuando son rociados a las plantaciones.

INTOXICACIÓN POR RODENTICIDAS Y/O ANTICOAGULANTES CIE-10-T60.4

Son sustancias químicas tóxicas, que se utilizan para el control de plagas. Los nombres comerciales y genéricos más conocidos son: Klerat, Musal, Cumarina, Fumarina, Racumin, Ramortal, Storm, Warfarina, entre otros.



806

Atención a la Demanda

Signos y síntomas

Aparecen pocos días después de la ingestión repetida de la sustancia:

- Epistaxis.
- Sangrado de encías.
- Sangre en orina y heces.
- Palidez.
- Petequias (puntos rojos en piel).
- Hematomas alrededor de las articulaciones y en glúteos.
- En casos más graves hay signos de parálisis secundaria o hemorragia cerebral, choque hemorrágico y muerte.

Conducta/tratamiento

- Aplique los lineamientos del cuadro de Manejo General del Paciente Intoxicado Agudo por Plaguicidas, ver página 794 de éste módulo.
- Refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Llene adecuadamente la boleta de referencia.
- Investigue entre los contactos del paciente, signos o síntomas parecidos para ser tratados.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orienta sobre

- La situación de la persona y la importancia del traslado inmediato al hospital.
- El cuidado en el almacenamiento y manipulación de tóxicos.

Medidas de prevención

- Capacite sobre el uso de productos domésticos, medicamentos y otras sustancias químicas.
- Realice intervenciones integrales rápidas y apropiadas con normativas nacionales estandarizadas según la "Guía Toxicológica para el Manejo Integral de Pacientes Pediátricos Intoxicados- MSPAS 2012".

LOS ENVASES DE PLAGUICIDAS TIENEN EN LA ETIQUETA UNA FRANJA CUYO COLOR IDENTIFICA LA TOXICIDAD

ROJO: Extremadamente y altamente peligroso

AMARILLO: Moderadamente peligroso

AZUL: Ligeramente peligroso

VERDE: Precaución



Nota. Todo servicio de salud debe tener a la vista los afiches informativos de diagnóstico y tratamiento de intoxicaciones agudas por plaguicidas y la “Conducta Inicial a Seguir cuando Ocurra una Intoxicación”, del Centro de Información y Asesoría Toxicológica, CIAT-USAC. Para EMERGENCIAS llamar a los teléfonos 2251-3560 y sin costo al 1-801-0029832.

II. DISCAPACIDAD

Es aquella condición de ciertas personas que presentan alguna deficiencia física, sensorial, mental e intelectual, que a largo plazo afectan la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás. (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad).

Puede ser temporal o permanente, congénita (de nacimiento) o adquirida (se manifiesta posteriormente). No es una enfermedad. Aplica a todas las etapas del curso de vida.

Nota. La forma correcta de referirse a él o a ella es: PERSONA CON DISCAPACIDAD.

Principales causas de discapacidad

- Enfermedades de transmisión sexual, rubeola, toxoplasmosis, sífilis, herpes, meningitis, encefalitis y las causadas por citomegalovirus y otras.
- Enfermedades crónicas no transmisibles, otras condiciones y riesgos: enfermedad de Parkinson, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica y enfermedades pulmonares crónicas, hipertensión, evento cerebrovascular (derrame cerebral), cáncer y tumores, desnutrición; abuso de alcohol y drogas; infecciones del oído a repetición; convulsiones; complicaciones del embarazo y parto (prematuridad o hipermadurez, trabajo de parto prolongado), incompatibilidad sanguínea, madre y/o padre añosos; constante exposición a rayos X y a sustancias tóxicas.
- Accidentes laborales del hogar y viales: quemaduras, amputaciones, fracturas, trauma craneoencefálico, lesiones deportivas, lesiones asociadas a consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas), esfuerzos violentos, traumatismos, eventos adversos y otras.
- Violencia: lesiones producidas por arma blanca y/o fuego, maltrato físico, violencia social, física y psicológica.

Clasificación de la discapacidad

- **Discapacidad física:** es la que afecta los movimientos y puede generar en la persona una deficiencia física:
 - Falta de uno o más miembros superiores e inferiores (dedos, manos, brazos y piernas).
 - Dificultad o imposibilidad para manipular objetos con las manos.
 - Falta de equilibrio para caminar.
 - Presencia de movimientos involuntarios en el cuerpo.
 - Paraplejía, hemiplejía, cuadriplejía y monoplejía.
 - Labio leporino.
 - Paladar hendido.
 - Espina bífida.
 - Acondroplasia (persona de talla pequeña).



- **Discapacidad sensorial:** afecta uno o más sentidos como la vista o el oído.
- **Discapacidad auditiva:** es la alteración de la estructura del oído o el pabellón de la oreja. Ausencia total de la audición bilateral o unilateral o la disminución de agudeza auditiva bilateral o unilateral.

Signos de alarma

- No responde con sobresalto a los sonidos fuertes.
 - No detiene su actividad ante la voz humana o sonidos de juguetes (chinchines).
 - No emite sonidos, no balbucea a los 6 meses.
 - No atiende la voz de la madre.
 - No voltea a ver cuando se le habla desde atrás.
 - Tiene deformidades en el pabellón de la oreja o en el oído.
 - Le cuesta hablar o no habla nada.
 - Se queja de dolor o zumbido en los oídos.
 - Es muy pasivo.
 - Dolor e infección de oídos a repetición.
 - Le sale líquido o mal olor de los oídos.
- **Discapacidad visual:** es la alteración de la estructura del ojo, la ausencia total de visión unilateral o bilateral, o la disminución de agudeza visual unilateral o bilateral.

Signos de alarma

- A los 3 meses de edad la niña o el niño, no sigue la luz o los objetos en movimiento.
- A los 6 meses no sigue objetos con la mirada.
- Parpadea más de lo normal.



- Tropieza con objetos pequeños.
- Es muy pasiva/o.
- Lee muy cerca.
- Cierra o se cubre un ojo para fijar la vista.
- Ve nublado o doble.
- Le lagrimean y pican los ojos.
- Tiene dificultad para hacer tareas o para leer.
- No distingue bien las letras a distancia.
- Tiene estrabismo (ojos torcidos).
- Tiene los párpados inflamados.
- Le salen orzuelos (escupelos) frecuentemente.
- Tiene manchas blancas o grises en las pupilas.

- **Discapacidad intelectual/mental:** dificultad para integrarse y comportarse en la sociedad.

Signos de alarma

- Problemas de la conducta.
- Bajo rendimiento y/o deserción escolar.
- Problemas de desarrollo: no aprende a caminar, leer, escribir u otros.
- Dificultad para seguir instrucciones y hablar.
- Demasiado activo (hiperactividad).
- Problemas para relacionarse con los demás.
- Agresividad.
- Dificultad para pronunciar algunas letras.
- Problemas de aprendizaje y de ajuste social.
- Tartamudez o dificultad para escuchar.
- Violencia familiar y social.

- Consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas).

- **Discapacidad múltiple:** caracterizada por la presencia de distintas discapacidades en diferentes grados y combinaciones, es decir dos o más discapacidades a la vez. Ejemplo: sordoceguera, lesión medular y parálisis cerebral entre otras.

Conducta/tratamiento

- Al detectar cualquier discapacidad, identifíquela.
- Refiera al hospital o centro especializado más cercano, ver anexo No. 2 “Directorio de Red de Apoyo para Personas con Discapacidad” página 894 de éste módulo.
- Llene adecuadamente la boleta de referencia.
- Investigue entre los contactos signos o síntomas parecidos para ser tratados.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Nota. Muchas discapacidades se pueden mejorar o resolver su condición al tener la atención especializada y oportuna.

Orientes sobre

- Situación de la persona e importancia del motivo de referencia a un servicio especializado, si es necesario.
- Los cuidados de una persona con discapacidad.

Medidas de promoción para el cuidado de personas con discapacidad

- Seguir recomendaciones del personal de salud (medicamentos, alimentos, interconsultas, estilos de vida saludable, proyectos de vida, otros).
- Movilización constante para evitar contracturas o llagas.
- Mantener posturas adecuadas.
- Factores de riesgo relacionados con la discapacidad.

- Los derechos para prevenir estigma y discriminación para las personas con discapacidad (es).
- La inclusión social de las personas con discapacidad.
- Evitar la automedicación.
- La prevención de las discapacidades de acuerdo a los factores de riesgo y según etapa del curso de vida.
- Concientizar sobre temas relacionados a violencia familiar y social.
- Promover sesiones educativas dirigidas a la familia o a grupos de ayuda.

III. SALUD LABORAL

La Organización Mundial de la Salud -OMS-, define a la Salud Ocupacional como: “Actividad multidisciplinaria que promueve y protege la salud de las personas trabajadoras, mediante la reducción de las condiciones de riesgo. Busca el máximo bienestar posible en el trabajo, tanto en la realización de este, como en sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales en todas las profesiones u oficios”.

FACTORES PROTECTORES PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

- Formación e información a las personas trabajadoras para su autocuidado.
- Capacitación continua del personal sobre las medidas de bioseguridad.
- Identificación oportuna de los factores de riesgo biológicos, químicos, físicos, ergonómicos y ambientales presentes en el lugar de trabajo.
- Jornadas de trabajo de no más de ocho horas continuas y por turnos.
- Disponer de una buena iluminación en el lugar de trabajo, preferiblemente luz natural.
- Realizar pausas activas de tres a cinco minutos cada dos horas.



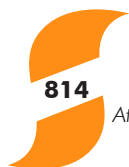
- Cumplimiento de estándares de calidad establecidos para la realización de diferentes procesos de trabajo.
- Utilizar el equipo de protección personal, según estándares.
- Hidratar frecuentemente según tipo de trabajo.
- Tomar las medidas preventivas contra hipotermia.
- Mantener adecuada ventilación en el lugar de trabajo.
- Uso de deshumidificadores ambientales (en lugares húmedos).
- Reparar fugas de tuberías.
- Mantenimiento adecuado de interiores y exteriores.
- Mantenimiento adecuado de los equipos de trabajo.
- El personal que está expuesto a agentes biológicos debe cumplir con el esquema de vacunación del Programa de Inmunizaciones.
- Mantener vigilancia epidemiológica post exposición.
- Utilizar la “Guía para la Prevención de Accidentes Laborales con Agentes Biológicos en los Servicios de Salud del 1º y 2º Nivel de Atención”.

Riesgo laboral

Es la posibilidad que una persona trabajadora sufra un determinado daño derivado de la actividad o trabajo que realiza. El grado de peligrosidad de este riesgo se valora de la manera siguiente:

PROBLEMAS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS EN LAS PERSONAS TRABAJADORAS

Son causados por la realización de trabajos en posturas sedentarias, movimientos repetitivos, que requieren enorme esfuerzo para el sistema músculo-esquelético.



TENOSINOVITIS CIE-10-M65.4

Es la inflamación de la cubierta protectora que recubre el tendón (vaina tendinosa).

TENDINITIS CIE-10-M76.0

Inflamación de un tendón debido, generalmente, a un golpe o a un esfuerzo excesivo.

SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO O DEL TÚNEL DEL CARPO CIE-10-G56.0

Es una neuropatía periférica que ocurre cuando el nervio mediano se comprime dentro del túnel carpiano a nivel de la muñeca.

EPICONDILITIS CIE-10-M77.1

Es una lesión caracterizada por dolor en la cara externa del codo. Conocida como codo de tenista.

BURSITIS CIE-10-M70.0

Es la presencia de sensibilidad y dolor articular cuando se presiona alrededor de la articulación, además de rigidez y dolor cuando se mueve la articulación afectada (hombro, rodilla, cadera y otras).

LUMBALGIA CIE-10-M54.4

Se refiere al dolor de espalda baja, en la región de las vértebras lumbares, causado por un síndrome músculo esquelético.

Signos y síntomas

- Dolor a la movilización.
- Inflamación.
- Rigidez.
- Adormecimiento u hormigueos.



Conducta/tratamiento

- Inmovilización, evitar movimientos que causen dolor.
- Indicar reposo.
- Trate dolor con diclofenaco: 50 mg tableta por vía oral (PO) cada 12 horas.
- Refiera a un servicio de mayor capacidad resolutive para tratamiento y/o fisioterapia.
- Llene adecuadamente boleta de referencia.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Realizar pausas activas de tres a cinco minutos cada dos horas.
- Seguir las recomendaciones del personal de salud.
- Lograr modificaciones en las condiciones de trabajo.

FACTORES DE RIESGO ERGONÓMICOS

Ergonomía

Es el estudio de la relación entre la persona trabajadora, el lugar de trabajo y el diseño del puesto de trabajo, herramientas y tareas, de modo que coincidan con las características fisiológicas, anatómicas, psicológicas y las capacidades de las personas trabajadoras.

Signos y síntomas

- **Físicos:** lesiones músculo-esqueléticas, problemas en ojos (fatiga ocular, ojos rojos y secos, tensión de párpados, lagrimeo, sensación de quemazón, visión borrosa y dificultad para enfocar objetos lejanos).
- **Psicológicos:** falta de concentración, irritabilidad, desmotivación y estrés.



Conducta/tratamiento

- Trate dolor con diclofenaco 50 mg tableta por vía oral (PO), cada 12 horas.
- Inmovilización, evitar movimientos que causen dolor.
- Refiera a un servicio de mayor capacidad resolutive (según especialidad) para tratamiento y/o fisioterapia, llene adecuadamente boleta de referencia.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orientación sobre

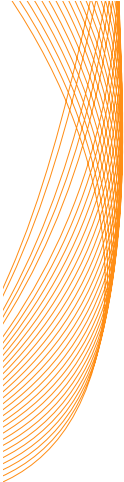
- Realizar pausas activas de tres a cinco minutos cada dos horas.
- Seguir las recomendaciones del personal de salud.
- Lograr modificaciones en las condiciones de trabajo.

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS

Es la probabilidad de adquirir una enfermedad a partir del contacto con material biológico contaminado con microorganismos patógenos y sus productos (bacterias, hongos, virus, parásitos y otros). Estos se encuentran en fluidos corporales como sangre, orina, heces, saliva, vómito y sudor, además en sustancias de origen animal o vegetal. Las vías de entrada son: respiratoria, oral, piel, mucosa y por soluciones intravenosas (parenteral). El personal que trabaja en los servicios de salud, tiene un alto riesgo biológico.

Conducta/tratamiento

- Se debe iniciar y/o completar el esquema de vacunación contra la Hepatitis B según esquema de vacunación, ver anexo No.1 Vacunación página 890 de éste módulo.
 - A todo el personal de salud al inicio de su vida laboral, o al iniciar prácticas: (estudiantes de escuelas formadoras de recursos humanos en salud que hacen prácticas en: hospitales, laboratorios, centros de salud, entre otros).
 - Al personal de salud en caso de accidentes laborales.



- Al personal que traslada pacientes en ambulancias u otro tipo de vehículos.

- A víctimas de violencia sexual.

- En caso de contacto con un agente biológico en mucosas, piel y otros (pinchazo, heridas cortantes, derrames): lave inmediatamente con abundante agua y jabón.
- Refiera a un servicio de mayor capacidad resolutive para pruebas diagnósticas, tratamiento y seguimiento especializado, llene adecuadamente boleta de referencia.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Oriente sobre

- Cumplir con los lineamientos de bioseguridad.
- Identificación oportuna de los factores protectores para la prevención de riesgos laborales, ver página 813 de éste módulo.
- Mantener vigilancia epidemiológica post-exposición.

FACTORES DE RIESGO FÍSICOS

Elementos presentes en el medio ambiente y generados por fuentes concretas, que pueden producir efectos nocivos en la salud y la seguridad de las personas trabajadoras, dependiendo de la intensidad y tiempo de exposición.

FACTORES DE RIESGO FÍSICO

Factores	Efectos más frecuentes
Ruido: sonidos no deseados, molestos y peligrosos para la salud.	Disminución o pérdida auditiva, dificultad de concentración, alteración de la salud mental, disminución de productividad, cefalea, fatiga y dificultad de comunicación.
Iluminación inadecuada (por exceso o defecto)	Sobresfuerzo, fatiga y enfermedades visuales (miopía, astigmatismo, pesadez palpebral, ardor, escozor ocular, aumento del parpadeo. Síntomas asociados: cefaleas, vértigos, sensación de desasosiego, ansiedad, molestias en el cuello y en la columna vertebral, somnolencia.
Calor/frío	Calor: agotamiento, palpitaciones, sudoración profusa, hipertermia, hipo o hipertensión arterial, ansiedad, sofocación, irritabilidad, sed, deshidratación. Frío: hipotermia, temblor, confusión, torpeza en los movimientos y dificultad de razonamiento, taquicardia, dolores articulares, empeoramiento de enfermedades reumáticas.
Húmedad	Aumenta el riesgo de enfermedades respiratorias (bronquitis, alergias, sinusitis, asma bronquial, neumonías). Empeoramiento de enfermedades reumáticas. Puede dar sensación de malestar general. Proliferación de hongos, ácaros y bacterias.
Vibración: oscilación mecánica que se transmite al cuerpo humano, las cuales penetran al cuerpo por la zona de contacto generalmente manos y brazos.	Lesiones de músculos, tendones y/o articulaciones. Lesiones en el aparato del equilibrio (oído interno). Ansiedad, depresión, trastornos del sueño.

Fuente. Lineamientos del Programa de Salud Laboral 2017.

IV. ZOONOSIS

Las zoonosis constituyen un grupo de enfermedades de los animales que son transmitidas a las personas por contacto directo con el animal enfermo, a través de algún fluido corporal como orina o saliva, o mediante la presencia de algún intermediario como pueden ser los mosquitos y otros insectos.

RABIA EN HUMANOS POR MORDEDURAS DE ANIMALES CIE-10-A82

La rabia es una enfermedad aguda viral del sistema nervioso central, que afecta a todos los mamíferos incluyendo al ser humano. La puerta de entrada al organismo es a través de la mordedura, arañazo o contacto con la saliva de un animal rabioso, es letal.

Clasificación y características de la exposición

- **No exposición**
 - Contacto con saliva o tejido nervioso con piel intacta.
 - Contacto sin lesión.
- **Exposición leve**
 - Mordeduras, lameduras o excoriaciones ocasionadas por animales, la lesión es única, superficial (incluye epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo) localizada en tronco, miembros superiores o inferiores.
 - También se considera la manipulación de tejido o saliva del animal rabioso.
- **Exposición grave**
 - Mordeduras y/o excoriaciones únicas en cabeza, cara, cuello, manos, ano y genitales.
 - Lameduras en mucosas ocular, nasal, oral o genital.

- Mordeduras y/o excoriaciones múltiples y/o profundas en cualquier parte del cuerpo.
- Mordeduras, lameduras o excoriaciones producidas por animales silvestres (murciélago, mapache, zorro, zorrillo, coyote, pisote, tacuazín, micoleón, mono, otros).

Signos y síntomas

- Cansancio.
- Cefalea (dolor de cabeza).
- Fiebre.
- Falta de apetito.
- Náusea y vómitos.
- Adormecimiento y/o hormigueo en el área de la herida.
- Dolor.
- Dificultad para tragar.
- Contracciones espasmódicas de los músculos de faringe y laringe.
- Delirio.
- Convulsiones.

Conducta/tratamiento

- **No exposición**
 - No vacunar.
 - Registre en SIGSA.

Exposición leve y grave

- Realice limpieza inmediata con agua y jabón o detergente y enjuague abundantemente.
- Limpie con hibitane, solución yodada o savlón u otro antiséptico.
- Las lesiones por mordedura no deberán cerrarse con sutura, solamente favorecer el afrontamiento, salvo que sea inevitable por razones de estética o conservación de tejidos.
- Inicie vacunación antirrábica, ver información en anexo No. 4 "Guía para la Atención del Paciente Expuesto a Rabia", página 899 de éste módulo.
- Administre antibiótico: amoxicilina + ácido clavulánico:

- Niñez: 50 mg/kg/día (base amoxicilina) suspensión por vía oral (PO) cada 8 horas durante 7 días.
- Personas adultas: 500 mg comprimidos, PO cada 8 horas, durante 7 días.

Persona alérgica a la penicilina

Opción 1: trimetoprim sulfametoxazol + clindamicina:

- Niñez: 10 mg/kg/día (con base a trimetoprim) suspensión cada 12 horas PO (dosis máxima 160/800) + clindamicina 30 mg/kg/día suspensión cada 8 horas PO, dosis máxima 300 mg durante 10 días.
- Personas adultas: un comprimido de 160/800 mg PO cada 12 horas + clindamicina 300 mg cápsula PO cada 8 horas durante 10 días.

Opción 2: claritromicina:

- Niñez: 15 mg/kg/día suspensión cada 12 horas PO durante 7 días.
- Personas adultas: 500 mg comprimido PO cada 12 horas durante 7 días.
- Hacer vigilancia en animales sospechosos según Protocolo de Vigilancia Epidemiológica y Guía de Atención al Paciente Expuesto a Rabia, ver Anexo No.4 "Guía para la Atención del Paciente Expuesto a Rabia", páginas 899 de éste módulo.
- Aplique dosis de Td 0.5 ml IM, según esquema de inmunizaciones, ver anexo No. 1 Vacunación, página 890 de éste módulo.
- Refiera al hospital para tratamiento especializado, si es necesario.
- Llene adecuadamente boleta de referencia.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orientación sobre

- Importancia de cumplir con el esquema de vacunación.
- Asistir puntualmente los días indicados para las vacunas.
- Tomar todos los medicamentos.
- Curar la herida diariamente.
- Importancia de vacunar a perros y gatos.

Uso de vacuna antirrábica en exposición leve y grave

- **Dosis:** 0.5 o 1 ml dependiendo del fabricante.
- **Número de dosis:** 4.
- **Días de administración:** 0, 3, 7, 14; el día 0 corresponde al día de inicio de tratamiento.

Nota. La dosis de la vacuna es la misma para neonatos, lactantes, niñez, adolescentes, personas adultas y personas adultas mayores.

- **Tipo de vacuna:** cultivo celular (células diploides, células vero, células embrionarias de pollo).
- **Vía de administración:** intramuscular IM en el brazo en la región deltoidea, en niños y niñas pequeños en la región antero lateral del muslo, nunca debe administrarse en la región glútea.

Uso de inmunoglobulina antirrábica humana (suero homólogo), solo en exposición grave

Se aplica una sola dosis, 20 UI/kg de peso, de la siguiente manera:

- Deberá infiltrarse alrededor de la herida la mayor cantidad posible de la dosis recomendada, si es anatómicamente posible, el resto debe administrarse por vía intramuscular IM en la región glútea con la primera dosis de la vacuna o a más tardar 7 días después de haber iniciado la vacunación y seguir el esquema de vacunación completa.

• Esquema de re-exposición:

- Toda persona mordida por animales y vacunada con esquema completo, con vacuna de cultivo celular, no debe de vacunarse antes de 90 días.
- De 90 días a menos de 1 año: administrar 2 dosis, una al día 0 y otra el día 3.
- Después de 1 año: se considera nueva exposición, iniciar un nuevo esquema completo.

Esquema de pre-exposición (2 dosis):

- Aplicar una dosis, vía intramuscular (IM) los días 0, 7
- Aplicar a todas las personas que pudieran estar en riesgo de contagio con el virus. Se considera población de riesgo a:
 - Las personas que están expuestas al virus rábico en el laboratorio.
 - Las que tienen contacto con mamíferos (incluyendo murciélagos).
 - Médicos veterinarios.
 - Exploradores de cuevas.
 - Personal de saneamiento ambiental, entre otros.

• **Posibles complicaciones**

- Sin tratamiento, la rabia lleva al coma y a la muerte.
- En casos poco frecuentes, algunas personas pueden tener una reacción alérgica a la vacuna antirrábica.
- Como todas las vacunaciones los pacientes deben mantenerse bajo supervisión médica por lo menos de 15 a 20 minutos después de aplicada cada vacuna.

• **Abandono de tratamiento**

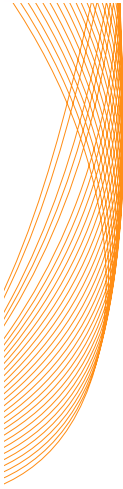
- Las tres primeras dosis activan el sistema inmunológico y deben ser aplicadas en los primeros 7 días.
- En los pacientes que no asisten en la fecha establecida para continuar esquema, se deben seguir las siguientes conductas:
 - Si la persona se presenta 5 días después de la primera dosis, se aplica la segunda dosis en la fecha que se presente y mantener las demás dosis del esquema inicial.
 - Si la persona se presenta 8 días después de la primera dosis, se aplica inmediatamente la segunda dosis y programar la tercera dosis para el día 10 y mantener las demás dosis del esquema inicial.
 - Si la persona se presenta 10 días después de la primera dosis, se aplica la segunda dosis inmediatamente y se programa la tercera dosis para el día 14 y la cuarta dosis para el día 16.

- Cuando la persona falta a la segunda dosis, aplicar en el día en que se presente y programar una tercera dosis con intervalo mínimo de 2 días y continuar el esquema inicial.
- Cuando la persona falta en la tercera dosis, aplicar en el día que se presente y programar la cuarta dosis con intervalo mínimo de 4 días y continuar esquema inicial.
- Cuando la persona falta en la cuarta dosis, aplicarla el día que se presente.

- **Recomendaciones especiales**

- No está indicado vacunar en caso de mordedura por roedores (ardilla, rata, ratón, hámster, puercoespín, cuyos, conejos y liebres).
- Se debe iniciar tratamiento antirrábico inclusive en embarazadas, recién nacidas/os, niñas y niños con desnutrición y personas inmunocomprometidas.
- El tratamiento podrá ser suspendido después de la observación del animal (perro o gato) durante 10 días y si no presenta síntomas de rabia.
- El tratamiento antirrábico debe ser garantizado todos los días de acuerdo al esquema utilizado, inclusive los fines de semana y días festivos, en estos casos, ir al hospital.
- Si el paciente no asiste a su vacunación en la fecha establecida, hacer visita domiciliar.
- Para el manejo completo en caso de una exposición, apoyarse en la “Guía para la Atención Integral de Rabia”, ver anexo No. 4 Guía para la Atención del Paciente Expuesto a Rabia, página 899 de este módulo).

Nota. Oriente sobre la importancia de completar oportunamente el esquema de vacunación, ya que la rabia es una enfermedad mortal.

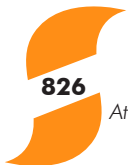


- **Promoción de la salud**

- Fomentar la responsabilidad personal, familiar y de la comunidad de vacunar contra la rabia a perros y gatos.
- Iniciar la vacunación de perros y gatos inclusive desde el nacimiento, incluyendo hembras gestantes y en período de lactancia.
- Informar que la vacunación de perros y gatos debe ser anual y de por vida.
- Informar que las vacunas antirrábicas que se aplican en los servicios de salud son gratuitas.
- Promover la atención oportuna de los servicios de salud a las personas expuestas.
- Dar charlas educativas sobre la prevención de rabia incluyendo en idiomas locales.
- Informar al personal de salud sobre la sospecha de animales rabiosos.

- **Prevención**

- Recomendar a la familia tener como mascotas perros de razas menos agresivas y de menor tamaño.
- Nunca dejar solos a los niños y niñas con las mascotas (perros o gatos).
- Dejar al perro suelto en la vía pública, puede ser de riesgo ya que puede ser agredido por un animal rabioso como también morder a las personas.
- Promover la tenencia responsable de perros o gatos (mascotas)
- Evitar la tenencia de animales silvestres como mascotas.
- Informar a la población que evite tocar los alimentos de mascotas cuando están comiendo (especialmente a la niñez).
- Evitar la compra o recoger perros o gatos, de los que se desconoce su procedencia y estado de salud.
- Orientar a las familias la protección de sus viviendas con materiales adecuados (como por ejemplo colocar cedazo en las ventanas y similares) y así evitar agresiones por el ingreso de murciélagos hematófagos.



- Supervisar la salud del animal: vacunar, desparasitar y tratar las enfermedades.

- **Vacunación de perros y gatos**

- El método más eficiente de evitar la rabia en los humanos es la prevención de la enfermedad en los principales transmisores para el ser humano (perros y gatos) mediante la vacunación.
 - **Dosis:** Aplicar 1 ml vía subcutánea (SC) o intramuscular (IM) profunda.

- **Estrategias de vacunación**

- Vacunación de perros y gatos, casa por casa.
- Campañas de vacunación masiva, de acuerdo a lineamientos.
- Para cumplir con las estrategias es importante considerar que la población canina se estima con el parámetro de 1:5 (un perro por cada 5 habitantes).

Nota. Las Direcciones de Área de Salud, deben actualizar la población de perros y gatos a través de censos anuales, estudios aleatorios de población, monitoreo rápido de vacunación para obtener coberturas de vacunación reales.

MORDEDURA DE SERPIENTE CIE-10-T20

Las mordeduras de serpiente pueden ser mortales si no se tratan de manera rápida, especialmente en niñas/os debido al tamaño pequeño de su cuerpo, tienen mayor riesgo de muerte o de complicaciones graves a causa de dichas mordeduras.

Las manifestaciones clínicas que se derivan de un accidente producido por mordedura de serpiente dependen de dos variables que influyen en la gravedad del mismo: la víctima y el animal agresor.



Variable víctima

- Edad, peso y talla: son más vulnerables las niñas/os, mujeres embarazadas, personas adultas, personas adultas mayores y las personas desnutridas.
- Sitio de la mordedura: las mordeduras localizadas en la cabeza y el tronco son 2 a 3 veces más peligrosas que las de las extremidades.

Variable animal agresor

- A mayor tamaño: mayor inoculación.
- Mientras más joven: su veneno es aún más letal.
- A mayor profundidad de la mordedura y tiempo de penetración de los colmillos: la cantidad del veneno inoculado es mayor.

Familia Viperidae: sub familia crotalinae (las más importantes: barba amarilla, cantil, víbora de cascabel, víbora real).

Signos y síntomas

- Sangrado a través de las marcas de la mordedura.
- Edema.
- Dolor en el área.
- Fiebre.
- Sangrado de encías y nariz.
- Hematuria (sangre en orina).
- Náusea y vómitos.

Familia Elapidae: corales, del género micrurus y la familia de la víbora marina.

Signos y síntomas

- Dolor leve.
- Parestesias locales: sensibilidad exagerada, sensación de ardor, pinchazos, quemaduras en la piel.



- Dificultad de deglución (tragar).
- Disnea (dificultad para respirar).
- Ptosis palpebral (caída de los párpados).
- Disartria (dolor de articulaciones).
- Salivación puede presentarse o no.
- Diplopía (sensación de vista doble).
- Oftalmoplejía (dificultad de movimiento de globos oculares para seguir un objeto).
- Fasciculaciones (contracciones repetidas de fibras musculares locales o corporales).
- Parálisis respiratoria.

Conducta/tratamiento

- Colocar a la persona en reposo absoluto.
- Evaluar vía aérea: respiración normal o anormal.
- Retirar prendas, anillos, relojes que puedan apretar cuando se inflame la herida.
- Anotar la hora de la mordedura.
- Lavar la herida con abundante agua y jabón y cubrir con gasas limpias sin hacer compresión.
- Evaluar frecuencia e intensidad del pulso.
- Canalizar con solución Hartman o salina al 0.9 % a 30 gotas por minuto.
- Si se presenta hemorragia externa, controlar haciendo hemostasia con apósitos.
- Inmovilizar el miembro afectado.
- Dar abundantes líquidos vía oral (PO) si tolera.
- Trate dolor con acetaminofén (si tolera):
 - Niños: 15 mg/kg dividido en 4 dosis de suspensión por vía oral (PO) cada 6 horas.
 - Personas adultas: 500 mg tableta por vía oral (PO) cada 6 horas.



- No se recomienda el uso de antibióticos profilácticos.
- No dar AINES o aspirina (por sus efectos antiplaquetarios), u otros analgésicos por vía intramuscular (IM) para evitar hematomas.
- Si no hay alteraciones en la coagulación, aplique dosis de Td 0.5 ml IM (según esquema) de lo contrario esperar a que se normalice, ver anexo No.1 Vacunación página 890 de éste módulo.
- Referir inmediatamente al hospital más cercano.
- Llene correctamente boleta de referencia.
- Trate de identificar al animal agresor y si es posible enviarlo con el paciente.
- Activar plan de emergencia familiar y plan de emergencia comunitario.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Nota. Los primeros auxilios en el envenenamiento ofídico se circunscriben a tranquilizar al paciente y familiares.

Se sugiere iniciar por el uso de suero antiofídico.

- Si tiene capacidad resolutive, realice lo siguiente:
 - Antes de aplicar el suero por la vía intravenosa (IV), se debe efectuar una prueba intradérmica (ID) inyectando 0.1 ml de una dilución en solución salina de 1:10 del suero antiofídico.
 - El suero antiofídico debe ser administrado en su totalidad, por vía intravenosa (IV).
 - **Dosis:** administrar el suero antiofídico polivalente a utilizar, siguiendo las instrucciones de la casa fabricante.

Nota. Si se administra el suero sin la prueba, se puede desarrollar un choque anafiláctico.

No se recomienda:

- Torniquete.
- Ningún tipo de incisión.
- Efectuar succión con la boca.
- Aplicar compresas de hielo.
- Aplicar descargas eléctricas.



Atención a la Demanda



- Administrar sustancias químicas (bebidas alcohólicas inclusive) ni extractos de plantas o animales, ni aplicar emplastos de ningún tipo.

Oriente sobre

- La situación de la persona y la importancia de trasladarle de inmediato al hospital más cercano.

Nota. Toda mordedura de serpiente, es un caso grave, hasta que se demuestre lo contrario.

ACCIDENTE OFÍDICO EN EL EMBARAZO

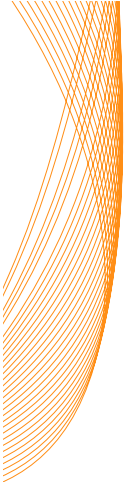
Se conoce poco de estos casos y de las consecuencias de accidente ofídico durante el embarazo, en el primer trimestre son de mal pronóstico.

Signos y síntomas

- **En la madre**
 - Sangrado vaginal.
 - Actividad uterina.
 - Parto prematuro.
 - Desprendimiento placentario.
 - Aborto.
- **En el feto**
 - Puede haber disminución o ausencia de movimientos fetales.
 - Retardo del crecimiento intrauterino.
 - Malformaciones fetales.
 - Muerte.

Conducta/tratamiento

- Refiera inmediatamente al hospital más cercano y llene boleta de referencia.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.



Oriente sobre

- Situación de la mujer embarazada y de la urgencia de llevarle inmediatamente al hospital.
- Activación de plan de emergencia familiar y comunitaria ver anexos No. 5 y No. 6 páginas 83 y 85.

Medidas de prevención

- Utilice botas a la altura de la rodilla cuando realice trabajos en el campo, en lugares de riesgo.
- No introducir las manos o pies directamente en huecos de árboles, cuevas, o debajo de piedras o ramas.
- Utilice algún objeto para remover escombros y malezas.
- Trate de ir siempre acompañado de otra persona, ya que si ocurre un accidente, la otra persona puede auxiliar.
- Si se encuentra una serpiente aléjese, no la moleste y no intente atraparla.
- Controlar poblaciones de roedores en el hogar, bodegas, fincas y lotes baldíos.

LEPTOSPIROSIS CIE-10-A27

Enfermedad infecciosa, febril, aguda causada por bacterias denominadas leptospiras, de distribución mundial. Es transmitida directa o indirectamente de huéspedes animales salvajes y domésticos (perros, gatos, bovinos, caprinos, porcinos, caballos, roedores, otros), a las personas, a través del suelo o aguas contaminadas por la orina de mamíferos silvestres o domésticos. Los animales infectados en especial los roedores y animales silvestres, generalmente no presentan síntomas. El período de incubación en personas es de 1 a 2 semanas, aunque se conocen casos con incubación de solo 2 días.

Modo de transmisión

Forma indirecta: es la más frecuente y ocurre por contacto de las mucosas y/o piel con lesiones (que pueden ser muy pequeñas), con agua, lodo o terreno contaminado con orina de animales infectados.

Forma directa: por contacto con sangre, tejidos, órganos y orina de animales infectados y por ingesta de alimentos contaminados.

FORMAS CLÍNICAS

LEPTOSPIROSIS ANICTÉRICA (SIN ICTERICIA) CIE-10-A27.8

Leve: generalmente de inicio súbito y de corta duración. Presenta fiebre, cefalea, dolores musculares, náuseas, vómitos que pueden simular cualquier virosis.

Severa: además de lo anterior, casi siempre cursa como una enfermedad febril bifásica (que tiene dos fases febriles, desaparece por unos días y vuelve a iniciarse con posibles complicaciones).

LEPTOSPIROSIS ICTÉRICA O SÍNDROME DE WEIL CIE-10-A27.0

Es la forma más severa de la enfermedad. Generalmente no se distingue el curso bifásico de la enfermedad.

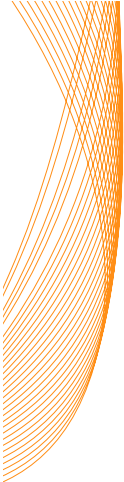
Signos y síntomas

- Ictericia.
- Insuficiencia renal.
- Fenómenos hemorrágicos.
- Alteraciones hemodinámicas.
- Colapso cardiovascular.
- Alteraciones de la conciencia

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Forma clínica	Diagnóstico diferencial
Síndrome febril	Influenza, Malaria
Síndrome icterico	Hepatitis viral
Síndrome renal	Otras causas de insuficiencia renal aguda
Síndrome hemorrágico	Fiebres hemorrágicas virales (dengue, Síndrome cardiopulmonar por Hantavirus), hemopatías y rickettsiosis
Síndrome meníngeo	Meningitis virales u otros agentes causales de meningitis aguda linfocitaria

Fuente: Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel 2010.



Conducta/tratamiento

- Estabilice y refiera inmediatamente al hospital más cercano.
- Llene correctamente la boleta de referencia.
- Registre en SIGSA.
- Dé seguimiento a la contrarreferencia.

Orientación sobre

- La importancia del traslado inmediato al hospital más cercano.
- Evitar consumir alimentos almacenados en botes cerrados sin lavar.
- Uso de calzado adecuado donde hay acumulaciones de agua.
- Higiene básica en cocina y utensilios.
- Evitar dejar alimentos destapados en la cocina.
- Proteger abastecimientos de agua.
- Depositar la basura en recipientes con tapa.

Medidas de prevención contra la leptospirosis en emergencias

- Profilaxis: doxiciclina 200 mg comprimido por vía oral (PO) (en mayores de 9 años) una vez a la semana durante los períodos de exposición elevada y se aplicará sólo a convivientes o personas que compartieron los mismos factores de riesgo.

Prevención

- Brindar educación sanitaria a los grupos de riesgo (trabajadores en cultivos agrícolas, labores de limpieza, alcantarillados, destazadores, entre otros).
- Promover en esta población el uso de botas, guantes, durante las labores que realicen.

Control de roedores

- Promover en la población higiene domiciliaria y saneamiento básico comunitario.
- Desratización (eliminación de ratas) con medios químicos y biológicos.
- Protección de alimentos en las viviendas y otras instalaciones.

V. MEDICINA TRADICIONAL Y ALTERNATIVA

Es la suma de los conocimientos, sabidurías, prácticas y cosmopercepción de los pueblos originarios, que se transmiten de generación en generación de forma oral, para mantener o mejorar la salud, desde los ámbitos físicos, energéticos, psicológicos y sociales, encaminados al bienestar integral de la población.

El Programa de Medicina Tradicional y Alternativa, consciente de la diversidad cultural del país y que existen muchas maneras de concebir el mundo y por lo tanto, formas distintas de comprender el proceso de salud-enfermedad; por su naturaleza regulatoria y normativa, cuenta con lineamientos muy puntuales en los documentos de Normas con Pertinencia Cultural...hacia la interculturalidad y Manual para la Adecuación Cultural del Parto Natural/Vertical y sus distintas posiciones en el Marco Multicultural de Guatemala, con el propósito de orientar con acciones factibles y viables, el reconocimiento de otras lógicas de atención en salud dentro del marco del derecho y respeto hacia los diferentes pueblos, por lo que el personal de los servicios de salud deberán cumplir lo que allí se establece.

LINEAMIENTOS GENERALES DE PERTINENCIA CULTURAL EN SALUD

Para que el Estado cumpla con el objetivo de garantizar el acceso a la salud a todas y todos, sin discriminación alguna, como un derecho universal inherente y fundamental, es necesario que el personal de los servicios de salud generen la confianza plena en los diferentes pueblos que coexisten en Guatemala: Maya, Garífuna, Xinka y Mestizo.

El Programa de Medicina Tradicional y Alternativa y la Unidad de Pueblos Indígenas del MSPAS, unen esfuerzos, para incluir los lineamientos generales de pertinencia cultural en las Normas de Atención en Salud Integral, con el propósito de propiciar las condiciones que permitan a las y los usuarios, la confianza plena para demandar la atención de su salud.



Cambio de actitud en proveedores de salud

- El Proveedor o proveedora de salud debe siempre atender con respeto y dignidad a las personas provenientes de los diferentes pueblos.
- Respetar las referencias que los terapeutas indígenas y las comadronas realicen a los servicios.
- Promover la contrarreferencia y referir a los terapeutas indígenas los problemas de salud de origen energético o que no resuelven en sistema de salud oficial.
- No hacer comentarios despectivos que desacrediten los tratamientos realizados por el terapeuta indígena y la comadrona.
- Los trabajadores de salud tienen derecho a utilizar su vestuario ancestral en los servicios de salud. Se exceptúa en casos especiales como sala de operaciones o aislamiento.
- Atención a las personas que acuden a los servicios de salud.
- Las personas tienen derecho a hablar su idioma materno.
- Respetar los elementos simbólicos de las personas, como pulseras y piedras, entre otros. En caso de procedimientos especiales el proveedor de salud puede retirarlos con respeto, previa autorización y explicación del motivo. Si la o el paciente se encuentra inconsciente, podrá retirarlos con respeto, y los entregará a la familia o acompañantes.
- Permitir el acompañamiento de un familiar, terapeuta indígena, comadrona o quien disponga la persona atendida durante la consulta y/o atención.
- La paciente embarazada tiene derecho a elegir la posición de la atención del parto, ver anexo No. 2 Posiciones para el Parto Normal con Pertinencia Cultural, página 78 del módulo Embarazo Parto y Puerperio.

Infraestructura

Adecuar culturalmente los servicios de salud, para lo cual deberá, entre otros, colocarse el nombre del servicio de salud en el idioma predominante del lugar. También es importante consensuar con los terapeutas y personas de la localidad los colores y diseños adecuados para el servicio de salud.

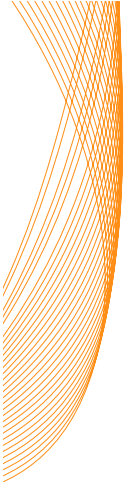


LA FITOTERAPIA

Es el conjunto de tratamientos terapéuticos que utilizan plantas medicinales, ya sea para prevenir, aliviar o curar un estado de enfermedad basado en el uso de las plantas medicinales.

Formas de preparación de plantas medicinales

- **Tisana:** forma de preparación a base de plantas para tratamientos puede hacerse por infusión y por cocimiento o decocción.
 - Infusión: también llamado apagado o té, consiste en dejar en contacto la materia vegetal (hojas, flores y tallos) con agua hirviendo. Por no usar calor directo, garantiza que sus partes no sufran deterioro. Se utiliza para hacer preparaciones de las partes suaves, como flores, hojas y tallos. Se prepara de la siguiente forma: colocar 1-2 cucharas de la planta en una taza, agregarle agua hirviendo, tapar, dejar reposar de 5-10 minutos, colar, endulzar al gusto y beber caliente. Las infusiones no deben conservarse por mucho tiempo, lo ideal es prepararlas justo antes de beberlas.
 - Cocimiento: se prepara hirviendo durante algunos minutos la planta y luego se cuele; es ampliamente usado para preparaciones caseras. Debe utilizarse para las partes duras de las plantas como: troncos, raíces, cortezas, semillas y tomando en cuenta que los principios activos soporten el calor. Se prepara de la siguiente forma: colocar 2 cucharadas de la planta desmenuzada en una ollita o recipiente que no sea de aluminio; agregar dos tazas de agua, tapar, poner al fuego y hervir durante 5 minutos. Colar, exprimir ligeramente y enfriar hasta una temperatura que se pueda beber.
- **Ensalada:** se prepara con la planta fresca usando las hojas, frutos o tallos crudos, bien lavados y desinfectados, cortados en trozos. Se prepara de la siguiente forma: ingerir las hierbas medicinales en una forma directa y sin modificaciones o transformaciones. Se puede combinar con otras verduras o vegetales sazonados con sal, aceite de oliva y limón.
- **Jugo:** los jugos se obtienen al exprimir o licuar las plantas frescas



o sus frutos. En el caso de algunos tubérculos o raíces y frutos poco carnosos o secos se recomienda poner en remojo durante 8-12 horas antes de exprimirlos.

- **Compresa:** es la utilización de la preparación de una planta por medio de una infusión o un cocimiento aplicada a un paño o toalla directamente a la piel (tener cuidado de no quemar la piel). En casos de inflamación y abscesos se prefieren compresas calientes; en el caso de cefalea o conjuntivitis se prefiere compresas frías. Se prepara de la siguiente forma: hacer un cocimiento o infusión de la parte medicinal de la planta, remojar en el líquido caliente un paño o toalla bien limpia, exprimir y aplicar en forma sostenida sobre la zona afectada. Hacer aplicaciones diarias.
- **Gargarismos o enjuague:** es la aplicación de un líquido en la cavidad faríngea o en la cavidad bucal. Se usa para lograr una acción local en la garganta o boca y así limpiar éstas de moco, bacterias e impurezas. Su realización requiere obtener previamente una infusión, cocimiento o jugo de la planta a utilizar.
 - Para gargarismo se debe tomar un sorbo, echar la cabeza para atrás y efectuar un sonido similar a la letra A, con la lengua hacia fuera y repetir varias veces escupiendo el líquido cada vez.
 - Para enjuagues, se deberá hacer un buche grande, agitarlo dentro de la boca, pasar el líquido con fuerza por entre los dientes y luego se escupe.
- **Lavados o irrigaciones:** es la aplicación de infusiones o cocimientos diluidos para tratar tópicamente afecciones externas localizadas como heridas, llagas, úlceras, hemorroides, vaginitis y otras afecciones de la piel o mucosa. Se prepara de la siguiente forma: se debe hacer un cocimiento o infusión de la parte de la planta indicada, colar y aplicar en forma de baño en el área afectada.
- **Vapores:** los vapores de ciertas plantas emitidos por la acción del calor del agua caliente, son frecuentemente utilizados para el tratamiento de las afecciones de la garganta y las vías respiratorias. Pueden ser sahumero o vaho.

- Sahumerio: es cuando la planta o sus derivados se queman directamente en el fuego de un brasero o incensario, los vapores se liberan al ambiente. Es muy tradicional para aromatizar y desinfectar.
- Vaho: es cuando se usan vapores directamente en el enfermo.

Su preparación consiste en agregar en una olla con agua 10 cucharadas de la parte de la planta a usar, hervir y respirar los vapores directamente de la olla o recipiente, tapándose con una toalla o frazada para aprovecharlos al máximo. Cuando se usa el baño de vapor tradicional (tuj, chuj, temascal, sauna) o vapor por medio de caldera, se puede agregar agua conteniendo la planta medicinal.

• **Dosificación**

Debe ser bien vigilada, cuando los principios activos presenten cierto grado de toxicidad, tengan acción farmacológica muy fuerte, pueden variar el efecto en dependencia de la dosis y den lugar a efectos indeseables.

• **Posología**

Depende de numerosos factores, como la importancia y gravedad de la enfermedad, existencia o no de otros medicamentos que se están administrando y del factor individual (peso, constitución, edad, hipersensibilidad, otros). Tomando como base la dosis de una persona adulta que pese entre 60 a 70 kg (132-154 lb) se establecen las siguientes dosis:

- Niñez de 5 a 6 años: (20 kg o 45 lb) $\frac{1}{3}$ de la dosis de la persona adulta.
- Niñez de 7 a 10 años: (30 kg o 66 lb) $\frac{1}{2}$ de la dosis de la persona adulta.
- Peso superior a 80 kg o 175 lb: $\frac{5}{4}$ (1 $\frac{1}{4}$) de la dosis de la persona adulta.

MONOGRAFÍAS DE LAS ESPECIES VEGETALES MÁS COMUNES RECONOCIDAS COMO MEDICINALES

A continuación se encontrará la información de 40 plantas medicinales, recuerde que la administración de plantas medicinales y productos derivados son complementarios a los tratamientos instituidos por el personal de salud y deben utilizarse de forma sumamente cuidadosa para garantizar que se alcance el efecto terapéutico deseado.

Nota. El número de cada planta descrita, corresponde a las imágenes incluidas en el cuadro de imágenes, páginas 859-863 de éste módulo.

1. ACHIOTE

Otros nombres: Anero, Bija, Kuxub, Ox.

Nombre científico: Bixa Orellana.

Partes usadas medicinalmente: hojas, raíz y semillas

Contraindicaciones y reacciones adversas: debe evitarse su uso en embarazadas, porque puede provocar abortos.

Indicaciones terapéuticas: la semilla es reconstituyente y al igual que la raíz, disminuye los niveles de azúcar en sangre (hiperglicemia); la hoja aumenta la excreción de orina (diurético) y se usa para tratar enfermedades de transmisión sexual como la gonorrea (antigonorréica).

Dosificación: administrar en infusión 2-3 veces al día, después de las comidas durante 3-4 semanas en dosis de 1-2 cucharadas en una taza, agregar agua hirviendo, tapar de 5 a 10 minutos, colar, endulzar al gusto, ingerir caliente.

2. AJENJO

Otros nombres: Alosna, Té Ruso.

Nombre científico: Artemisa absinthium.

Partes usadas medicinalmente: hojas con sumidades floridas.

Contraindicaciones y reacciones adversas: tiene actividad oxitóica por lo que está contraindicado en el embarazo, así como en la hipersensibilidad a las flores y a los aceites esenciales, epilepsia, enfermedad de Parkinson, dispepsia hipersecretora y úlcera gástrica y duodenal.

Indicaciones terapéuticas: está indicado en el tratamiento de amenorrea, inapetencia, dispepsia, disquinesia biliar e infecciones por nematodos.

Dosificación: una ramita en un vaso de agua, hervir por un minuto y administrar 2-3 veces/día después de las comidas durante 1-2 semanas.

3. AJO

Nombre científico: *Allium sativum*.

Partes usadas medicinalmente: bulbos.

Contraindicaciones y reacciones adversas: no usar en personas con problemas de la tiroides, hemorragias activas y problemas de la coagulación en la sangre (trombocitopenia); no utilizar el aceite durante el embarazo.

Indicaciones terapéuticas: está indicado en el tratamiento de problemas respiratorios como: asma, bronquitis, catarro, influenza y resfrió; contra parásitos intestinales (vermífugo); en enfermedades crónicas como problemas de grasa en las arterias del corazón (ateroesclerosis); para disminuir los niveles de azúcar en sangre (hipoglucemia); disminuir las grasas en la sangre (hiperlipidemia); disminuir el ácido úrico en sangre (hipouricemia) y disminuir la presión arterial (hipotensiva).

Dosificación: ingerir de 3 dientes de ajo crudo picado 2-3 veces/día después de las comidas, durante el tiempo que se presentan los síntomas.

4. ALBAHACA

Otros nombres: Albahaca de Castilla, Cacaltun.

Nombre científico: *Ocimum basilicum*.

Partes usadas medicinalmente: hojas y sumidades floridas.

Contraindicaciones y reacciones adversas: no usar durante el embarazo, en pacientes con gastritis, colon irritable, epilepsia y otras enfermedades neurológicas. Altas dosis producen efectos narcóticos y neurotóxicos.

Indicaciones terapéuticas: indicado como estimulante del apetito, mejora la digestión, disminuye gases intestinales, dolores gastrointestinales, vómitos y trata los parásitos intestinales, problemas de tos y dolor de cabeza. Tópicamente se usa en el tratamiento de heridas y problemas de inflamación en la piel.



Dosificación: en infusión 1-2 cucharadas en una taza, agregar agua hirviendo, tapar de 5 a 10 minutos, colar, endulzar al gusto, ingerir caliente, 2-3 veces/día después de las comidas durante 4-6 semanas.

5. ALCOTÁN

Otros nombres: Curarina, Cuxbá, Cuxogui, Guaco, Ixcatú-can, Oreja de ratón, Tamagás.

Nombre científico: Cissampelos pareira.

Partes usadas medicinalmente: raíz seca.

Indicaciones terapéuticas: puede usarse externamente para aliviar el dolor o para el tratamiento de lesiones traumáticas y reumatismo.

Dosificación: media raíz en un vaso de agua, hervir por dos minutos. Administrar 2-3 veces/día después de las comidas durante un máximo de 2-3 semanas.

6. ALTAMISA

Otros nombres: Artemisa, Chusita, Margarita, Santa María.

Nombre científico: Tanacetum parthenium.

Partes usadas medicinalmente: hojas y flores.

Contraindicaciones y reacciones adversas: por su actividad oxidativa, su uso está contraindicado durante el embarazo, así como en la hipersensibilidad a los aceites esenciales. El contacto con la planta puede producir irritación y alergia, la decocción puede provocar úlceras bucales y dolores abdominales. No administrar junto a drogas anticoagulantes y antiplaquetarias.

Indicaciones terapéuticas: su uso oral está indicado en el tratamiento y prevención de la migraña, inapetencia, dolores de estómago, menstruales y reumáticos.

Dosificación: una ramita en un vaso de agua, hervir por un minuto. Administrar 2-3 veces/día después de las comidas durante 3-4 semanas.



7. AMARGÓN

Otros nombres: Achicoria, Botón de oro, Diente de león, Lechuguilla.

Nombre científico: *Taraxacum officinale*.

Partes usadas medicinalmente: hojas.

Contraindicaciones y reacciones adversas: obstrucción de las vías biliares, íleo paralítico, empiema biliar, gastritis y bloqueo intestinal. El látex de la planta fresca puede producir dermatitis en personas sensibles. Puede producir molestias gástricas con hiperacidez. El uso de diuréticos en presencia de hipertensión o cardiopatías, debe hacerse por prescripción y bajo control médico.

Indicaciones terapéuticas: las hojas por su actividad diurética y colerética y las raíces como laxante y estimulante hepático. Por su actividad colerética y digestiva, está indicado su uso en el tratamiento de insuficiencia y congestión hepática, inapetencia, dispepsia, disquinesia hepatobiliar, litiasis biliar, ictericia, aterosclerosis, digestión lenta y estreñimiento.

Dosificación: un puño de hojas frescas en un litro de agua. Hervir por un minuto, administrar 2-3 veces/día después de las comidas 3-4 semanas.

8. ANÍS

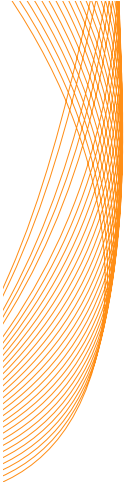
Otros nombres: Anix, Anis verde.

Nombre científico: *Pimpinella anisum*.

Partes usadas medicinalmente: frutos.

Contraindicaciones y reacciones adversas: no usar durante el embarazo y lactancia, así como en pacientes con gastritis, úlcera gastroduodenal, colon irritable y colitis; puede producir convulsiones. Además su uso oral puede producir inflamación en la boca (quelitis o estomatitis). Se recomienda no usar como aceites esenciales ya que puede producir convulsiones y actuar como estupefaciente en dosis altas.

Indicaciones terapéuticas: en problemas digestivos, es usado como estimulante del apetito, ayuda a eliminar gases intestinales, el dolor abdominal y es sedante. Para problemas respiratorios está indicado su uso en: asma, bronquitis, tos y resfrío. También contribuye a disminuir la fiebre. Además, tópicamente está indicado para tratar problemas de piojos (pediculosis) y sarna (sarcoptiosis).



Dosificación: en infusión 1 cucharadita del fruto en una taza, agregar agua hirviendo, tapar de 5 a 10 minutos, colar, endulzar al gusto, ingerir caliente, administrar 2-3 veces/día después de las comidas durante 4-6 semanas. Uso tópico por medio de compresas.

9. APACÍN

Otros nombres: Anamú, Hierba de Gallinitas, Ipacina, Payche, Zorrillo.

Nombre científico: *Petiveria alliacea* (Phutolaccaceae).

Partes usadas medicinalmente: hojas.

Contraindicaciones y reacciones adversas: se considera abortiva, no usar en embarazadas. Las semillas pueden provocar molestias, ya que por unos minúsculos dientecillos penetran la piel y puede ser difícil su remoción. No usar por tiempo prolongado.

Indicaciones terapéuticas: su uso oral está indicado para tratar desórdenes hepáticos, psoriasis, reumatismo, osteoartritis y otras afecciones inflamatorias. Su uso tópico está indicado en el tratamiento de reumatismo y sinusitis.

Dosificación: tres hojas por vaso de agua. Hervir por un minuto. Administrar 2-3 veces/día después de las comidas durante 3-4 semanas.

10. APAZOTE

Otros nombres: Epazote, Much, Quenopodio, Siq'uij.

Nombre científico: *Teloxys ambrosioides*.

Partes usadas medicinalmente: hojas.

Contraindicaciones y reacciones adversas: está contraindicado en pacientes debilitados, ancianos y en embarazadas (produce abortos). Dosis terapéutica es cercana a la dosis tóxica, por lo que debe ser cuidadoso y por tiempo limitado. Altas dosis puede dañar los riñones.

Indicaciones terapéuticas: está indicado en parasitosis intestinal (solo en adultos). Por vía tópica está indicado para tratar úlceras y llagas en la piel aplicando compresas a base de la planta, por medio de infusión o decocción.

Dosificación: una cucharada de hojas al día en infusión hasta un máximo de 3 días seguidos. Poner a hervir una taza de agua, cuando está hirviendo el agua, retirar del fuego e introducir la cucharada de hojas de

apazote. Tapar y dejar reposar por 4 minutos, colar e ingerir en ayunas. Después de ingerir como tratamiento para los parásitos se recomienda un enema salino.

11. BOLDO

Otros nombres: Limoncillo.

Nombre científico: *Peumus boldus* Molina (Monimiaceae).

Partes usadas medicinalmente: hojas.

Contraindicaciones y reacciones adversas: está contraindicado su uso en embarazo, lactancia y en casos de condiciones hepáticas serias y de obstrucción biliar.

Indicaciones terapéuticas: está indicado su uso en el tratamiento de cálculos biliares, disfunción hepática, dispepsia.

Dosificación: un ramito en un vaso de agua, hervir por un minuto y administrar 2-3 veces al día después de las comidas durante 4-6 semanas.

12. CEBADA

Nombre científico: *Hordeum vulgare*.

Partes usadas medicinalmente: semillas.

Contraindicaciones y reacciones adversas: no usar las semillas fermentadas durante el embarazo.

Indicaciones terapéuticas: indicado en el tratamiento de diarrea, dolor abdominal e intestinal, úlcera gástrica, disminuir las grasas de la sangre (hipercolesterolemia), para tratar la presión baja (hipotensión), inflamación de la vejiga urinaria, infecciones en los riñones, cálculos renales, disminuir los niveles de azúcar en la sangre (hiperglucemia) y las grasas de las arterias del corazón (aterosclerosis). Tópicamente se aplican con agua caliente para tratar abscesos e inflamaciones en la piel y aliviar dolores musculares.

Dosificación: preparar 1-2 litros de una decocción de 8-16 cucharadas (20 a 40 gramos por litro) de las semillas tostadas, ingerir en varias tomas, durante el día.

13. COLA DE CABALLO

Otros nombres: Barba de jolote, Canutillo, Carricillo.

Nombre científico: Equisetum giganteum.

Partes usadas medicinalmente: hojas y tallos.

Contraindicaciones y reacciones adversas: los alcaloides pueden inducir una acción anticolinérgica y oxitócica por lo que debe evitarse su uso durante el embarazo, lactancia y disfunción cardíaca.

Indicaciones terapéuticas: su uso por vía oral está indicado en enuresis, enfermedad prostática, cistitis, incontinencia e infección urinaria, hematuria y uretritis. Por su propiedad antiséptica y cicatrizante, se aplica a lesiones de la piel como llagas y úlceras.

Dosificación: un manojito en un litro de agua. Hervir por tres minutos y administrar 2-3 veces al día después de las comidas durante 3-4 semanas.

14. ENCINO

Otros nombres: Bans, Chicharro, Col, Huite, Masket, Malcote, Pitán, Roble, Sical, Sunuj, Zinuh.

Nombre científico: Quercus acatenangensis.

Partes usadas medicinalmente: corteza y hoja.

Contraindicaciones y reacciones adversas: incompatible con tratamiento con pectina, alcaloides o sales de hierro. Contraindicado en lesiones extensas de la piel y eczema. En altas dosis puede ser purgante y producir irritación gástrica.

Indicaciones terapéuticas: está indicado su uso oral en el tratamiento de atonía psicofísica, úlceras digestivas y en forma de gárgaras para amigdalitis y faringitis. Uso en tratamiento tópico en forma de lavado hemorroides y leucorrea.

Dosificación: una pulgada de corteza en un vaso de agua, hervir por 5 minutos y administrar 2-3 veces al día después de las comidas durante 3-4 semanas. Para gárgaras, dos hojas en un vaso de agua, hervir por tres minutos, administras 2-3 veces al día.

15. EUCALIPTO

Otros nombres: no tiene.

Nombre científico: Eucalyptus citriodora.

Partes usadas medicinalmente: hojas.

Contraindicaciones y reacciones adversas: embarazo, lactancia, alergia respiratoria e inflamación de ductos biliares y gastrointestinales.

Indicaciones terapéuticas: por vía oral está indicado para tratar afecciones respiratorias y diabetes. Tópicamente está indicado para tratar llagas y heridas, se aplica en forma de fricciones para combatir el reumatismo y como inhalaciones y gargarismos para tratar afecciones respiratorias.

Dosificación: vía oral, un puño de hojas en un litro de agua, hervir por dos minutos y administrar 2-3 veces al día después de las comidas durante 3-4 semanas. Para inhalación, un manojo de hojas en dos litros de agua, hervir por 3 minutos e inhalar por 10 minutos.

16. FLOR DE MUERTO

Otros nombres: Botón de oro, Maravilla, Marigold.

Nombre científico: Caléndula officinalis.

Partes usadas medicinalmente: flor y hojas.

Contraindicaciones y reacciones adversas: embarazo y lactancia. Los granos de polen pueden producir alergia en personas sensibles expuestas por largo tiempo.

Indicaciones terapéuticas: está indicada por vía oral en el tratamiento de úlcera gástrica y duodenal, colecistitis, colangitis, cistitis, dismenorrea, afecciones respiratorias, venas varicosas, proctitis, linfadenitis y como desintoxicante. Está indicado su uso tópico en el tratamiento de forúnculos, hemorroides, eczema, úlceras, várices, proctitis, acné, escaldaduras, heridas y llagas.

Dosificación: flor, un puño en un litro de agua, hervir por 2 minutos y administrar un vaso 3 veces al día. Hoja, un ramo en un vaso de agua, hervir por 2 minutos y administrar 3 veces al día, después de las comidas.

17. GRANADA

Otros nombres: Granada.

Nombre científico: *Punica granatum* (Punicaceae).

Partes usadas medicinalmente: cáscara del fruto y hojas.

Contraindicaciones y reacciones adversas: embarazo, lactancia, gastritis, úlcera gastroduodenal. Puede presentarse cierto grado de toxicidad, manifestada por náuseas, vértigos, mareos y problemas visuales. Su uso en parasitosis y diarrea severa debe hacerse con vigilancia profesional.

Indicaciones terapéuticas: está indicada en el tratamiento de diarrea, estomatitis, vaginitis, faringitis y diversas afecciones respiratorias; tópicamente se usa en el tratamiento de heridas, úlceras, conjuntivitis, estomatitis, dermatitis y vaginitis.

Dosificación: un puño de la cáscara del fruto, hervido en dos vasos de agua por 3 minutos y administrar 3 veces al día durante 7 días. Hojas, un ramito en un vaso de agua, hervido por 2 minutos y administrar un vaso 3 veces al día durante 7 días.

18. GUAYABO

Otros nombres: Cak, Ch´amxuy, Coloc, Ikiec, Guava, Pataj, Pichi, Posh.

Nombre científico: *Psidium guajava*.

Partes usadas medicinalmente: hojas y corteza.

Contraindicaciones y reacciones adversas: embarazo y lactancia.

Indicaciones terapéuticas: indicada para tratar diarreas, disentería (diarrea con sangre), cólicos e infección respiratoria. Indicada para baños y lavados en el tratamiento de afecciones de la piel y mucosas (dermatomucosas); los supositorios a base de extracto acuoso están indicados para tratar candidiasis y tricomoniasis vaginal.

Dosificación: administrar 2-3 veces al día, en ayunas a dosis de 2 a 5 gramos por taza de decocción de hojas y corteza. Aplicar en el lugar afectado (tópicamente) en lavados.

19. HIERBABUENA

Nombre científico: *Mentha Spicata*.

Partes usadas medicinalmente: hojas.

Contraindicaciones y reacciones adversas: en personas sensibles puede producir nerviosismo e insomnio, inflamación en la piel si se utiliza directamente, la inhalación de la esencia produce broncoespasmos.

Indicaciones terapéuticas: la infusión y decocción se usa por vía oral para tratar cólicos, indigestión, diarrea, flatulencia, dolor de estómago (gastralgia), náusea, dolores menstruales (dismenorrea), reumatismo y dolor de nervios (neuralgia). Se usa en compresas para tratar abscesos, enfermedad de la piel con producción de pus (piodermia) y reumatismo.

Dosificación: administrar en infusión 1-2 cucharadas en una taza, agregar agua hirviendo, tapar de 5 a 10 minutos, colar, endulzar al gusto, ingerir caliente 2-3 veces al día después de las comidas durante 3-4 semanas.

20. HIERBA DE CÁNCER

Otros nombres: Borreguillo, Cul, Corrimiento, Gusanillo, Sajoi.

Nombre científico: *Acalypha arvensis*.

Partes usadas medicinalmente: hojas.

Contraindicaciones y reacciones adversas: embarazo y lactancia. No usar por tiempo prolongado (más de 30 días).

Indicaciones terapéuticas: está indicado su uso por vía oral en el tratamiento de afecciones urinarias y por vía tópica en la desinfección de heridas y llagas en forma de lavados o compresas tres veces al día.

Dosificación: para infecciones urinarias, en infusión una ramita en 1 vaso de agua y administrar 2-3 veces al día durante 3-4 semanas. Tópicamente por decocción de 10-15 g para usar en baños, lavados o ungüento.

21. IXBUT

Otros nombres: Besmut, Hierba lechera, Sapillo, Bismut.

Nombre científico: Euphorbia lancifolia.

Partes usadas medicinalmente: hojas y tallo.

Indicaciones terapéuticas: su uso oral está indicado para aumentar la producción de leche en las madres y mejorar la lactancia materna. Tópicamente está indicado su uso para desinfectar y sanar llagas y heridas.

Dosificación: administrar en infusión 1-2 cucharadas en una taza, agregar agua hirviendo, tapar de 5-10 minutos, colar, endulzar al gusto, ingerir caliente de 2-3 veces al día después de las comidas durante 3-4 semanas. Tópicamente aplicar la infusión con una compresa o paño, en el área afectada dos o tres veces al día.

22. JENGIBRE

Nombre científico: Zingiber officinale.

Partes usadas medicinalmente: rizoma (tallo subterráneo que emite raíz).

Contraindicaciones y reacciones adversas: no prescribir durante el embarazo ni en pacientes con gastritis y úlceras gástricas y problemas de colon. Grandes dosis puede provocar problemas del sistema nervioso central, arritmia cardíaca y alucinaciones.

Indicaciones terapéuticas: su uso oral está indicado en el tratamiento de cólicos, náusea y disminuir gases intestinales; en problemas respiratorios como gripe, infecciones en la garganta y para dolores de articulaciones. Tópicamente está indicado en masajes, para problemas de ácido úrico (gota), dolores en articulaciones y musculares.

Dosificación: administrar en infusión 1-2 cucharadas de la planta (raspado) en una taza de agua hirviendo, tapar de 5-10 minutos, colar, endulzar al gusto, ingerir caliente de 2-3 veces al día después de las comidas durante 6-8 semanas.

23. LIMÓN

Nombre científico: Citrus aurantifolia.

Partes usadas medicinalmente: fruto.

Contraindicaciones y reacciones adversas: no prescribir durante el embarazo, en pacientes con gastritis, problemas de colon y úlceras gastrointestinales. El jugo fresco y el zumo pueden producir problemas en la piel.

Indicaciones terapéuticas: está indicado su uso oral en el tratamiento de fiebre, gripe, disminuir la acidez estomacal, fortalecimiento de vasos sanguíneos, para disminuir los depósitos de ácido úrico en sangre, reumatismo, hemorroides, para bajar la presión arterial (hipotensivo) y problemas de las venas (várices). Para uso tópico puede utilizarse compresas en casos de infección, inflamación o úlceras de la piel.

Dosificación: ingerir el jugo de uno o dos frutos (10-60 ml de jugo del fruto fresco) 2-3 veces al día, durante 4-5 semanas.

24. LINAZA

Nombre científico: Linum Ussitatissimum.

Partes usadas medicinalmente: semillas.

Contraindicaciones y reacciones adversas: no usar en casos de estrechez de esófago, de píloro e intestinal.

Indicaciones terapéuticas: está indicado su uso oral en el tratamiento de estreñimiento, colon irritable, gastritis e inflamación de la vejiga. También para problemas de tos, catarro y bronquitis. Además se puede usar tópicamente en abscesos, dermatitis (problemas en la piel) y hemorroides.

Dosificación: administrar en infusión 1-2 cucharadas de semillas en una taza, agregar agua hirviendo, tapar de 5-10 minutos, colar, endulzar al gusto, ingerir caliente de 2-3 veces al día durante 5-6 semanas.

25. LLANTÉN

Otros nombres: Cola de Ardilla, Lanten, Ractzi.

Nombre científico: Plantago Major L.

Partes usadas medicinalmente: hojas

Indicaciones terapéuticas: se usa como un antihemorrágico y para disminuir líquidos del cuerpo (diurético) está indicado en inflamación de la vejiga urinaria (cistitis) y orina con sangre (hematuria), cistitis e inflamación de la uretra (uretritis). Oral y tópicamente para asma, bronquitis, catarro, faringitis, laringitis, diarrea, problemas en la piel (dermatitis), gastritis, heridas, hemorroides, psoriasis, úlcera gastroduodenal, inflamación de los párpados (blefaritis), conjuntivitis e inflamación de las encías (gingivitis).

Dosificación: administrar en infusión 1-2 cucharadas de hojas secas en una taza, agregar agua hirviendo, tapar de 5-10 minutos, colar, endulzar al gusto, ingerir caliente de después de las comidas. Aplicar tópicamente en compresas.

26. MAÍZ

Otros nombres: Elote, Ixim.

Nombre científico: Zea Mays.

Partes usadas medicinalmente: pelo de maíz.

Contraindicaciones y reacciones adversas: dosis elevadas pueden producir gastroenteritis.

Indicaciones terapéuticas: está indicado su uso oral para tratar inflamación aguda o crónica del tracto genitourinario (oliguria, urolitiasis, cistitis, litiasis renal, nefritis, pielonefritis, uretritis, enuresis nocturnas, prostatitis), gota, arteroesclerosis, diabetes, obesidad, hipercolesterolemia e hipertensión.

Se emplea como dentífrico para combatir la piorrea alveolo-dental. La infusión y tintura diluida de estilos están indicadas para lavar heridas y úlceras cutáneas.

Dosificación: un puño de pelo de maíz en un litro de agua, hervir por 2 minutos, administrar 3 veces al día después de las comidas durante 4 semanas.

27. MANZANILLA

Otros nombres: Camomila, Matricaria.

Nombre científico: Matricaria recutita.

Partes usadas medicinalmente: flores.

Contraindicaciones y reacciones adversas: no prescribir el aceite durante el embarazo, en pacientes con gastritis, problemas de colon y úlceras gastrointestinales.

Indicaciones terapéuticas: se usa en infusión para dolores provocados por problemas gástricos, úlcera duodenal, colon, digestión lenta, gases intestinales y de la vesícula biliar. Para problemas de nerviosismo e insomnio. Además está indicada por vía tópica en inflamaciones e irritaciones (conjuntivitis), problemas de piel, heridas, contusiones, hemorroides, inflamación en las encías y vaginitis.

Dosificación: administrar en infusión 1-2 cucharadas de la planta en una taza, agregar agua hirviendo, tapar de 5-10 minutos, colar, endulzar al gusto, ingerir caliente de 3-4 veces al día durante 5-6 semanas.

28. MENTA

Nombre científico: Mentha piperita.

Partes usadas medicinalmente: hojas.

Contraindicaciones y reacciones adversas: no usar en aceite esencial durante el embarazo, en pacientes con gastritis, úlceras y problemas de colon irritable. No usar en aceite porque puede ser tóxico.

Indicaciones terapéuticas: está indicado su uso en el tratamiento de náuseas, cólico intestinal, gases intestinales, sensación de llenura, dolores menstruales, dolor de cabeza. Su aplicación tópica como compresa y lavado en el tratamiento de llagas, heridas, dolores de articulaciones, dolor de nervios (neuralgia), problemas en piel, resfríos, bronquitis y sinusitis.

Dosificación: administrar en infusión 1-2 cucharadas de la planta en una taza, agregar agua hirviendo, tapar de 5-10 minutos, colar, endulzar al gusto, ingerir caliente de 2-3 veces al día después de las comidas durante 2-4 semanas.

29. OROZUZ

Otros nombres: Orozul, Hierba dulce.

Nombre científico: Phyladulcis Moldencke.

Partes usadas medicinalmente: hojas.

Contraindicaciones y reacciones adversas: embarazo.

Indicaciones terapéuticas: está indicado su uso por vía oral en el tratamiento de afecciones respiratorias agudas y crónicas, tales como asma, bronquitis, catarro y tos crónica.

Dosificación: un puño de hojas en dos vasos de agua, hervir por un minuto y administrar 2-3 veces al día después de las comidas durante 3-4 semanas.

30. PERICÓN

Otros nombres: I'ya, Hierba Pericón anís, Jolomocox, Ucá.

Nombre científico: Tajetes lucida.

Partes usadas medicinalmente: hoja, fruto, semillas, flores.

Contraindicaciones y reacciones adversas: no usar durante el embarazo.

Indicaciones terapéuticas: está indicado su uso oral para el tratamiento de diarrea bacteriana, diarrea con sangre (disentería), cólera, náusea, dolores gastrointestinales y menstruales.

Dosificación: administrar en infusión 1-2 cucharadas de la planta en una taza, agregar agua hirviendo, tapar de 5-10 minutos, colar, endulzar al gusto, ingerir caliente de 2-3 veces al día, después de las comidas, durante 3-6 semanas.

31. QUILETE

Otros nombres: Macuy, Hierba mora, Imut.

Nombre científico: Solanum americanum.

Partes usadas medicinalmente: hojas.

Indicaciones terapéuticas: está indicado su uso por vía oral en el tratamiento de infecciones dermatofíticas y en la fase de recuperación de pacientes con diversos estados debilitantes (anemia). Tópicamente está indicado su uso para tratar afecciones de la piel y mucosas como dermatofitosis o candidiasis.

Dosificación: un manojo de hojas en un litro de agua, administrar 2-3 veces al día después de las comidas, durante 4 semanas.

32. ROMERO

Otros nombres: No tiene.

Nombre científico: Rosmarinus officinalis.

Partes usadas medicinalmente: hojas y flores.

Contraindicaciones y reacciones adversas: obstrucción de las vías biliares, embarazo y lactancia. Evitar la aplicación tópica en heridas abiertas; el uso tópico puede causar dermatitis.

Indicaciones terapéuticas: está indicado su uso oral en el tratamiento de dispepsia flatulenta, disquinesia biliar, hipercolesterolemia, cefalea por migraña o hipertensiva, depresión y debilidad cardiovascular. Además está indicado su uso tópico en mialgia, neuralgia intercostal, reumatismo y ciática.

Dosificación: una ramita en un vaso de agua, hervir por 2 minutos y administrar 2-3 veces al día después de las comidas durante 4-5 semanas.

33. ROSA DE JAMAICA

Nombre científico: Hibiscus sabdariffa L.

Partes usadas medicinalmente: cálices o corolas (las partes rojas).

Indicaciones terapéuticas: su uso por vía oral está indicado para el dolor al orinar (disuria), infección urinaria, estreñimiento, acumulación de ácido úrico en los pies (gota), disminución de la presión arterial (hipertensión) y problemas en la piel (exantemas). Tópicamente está indicado en las lesiones supurativas de problemas alérgicos en piel (eczema alérgico).

Dosificación: administrar 3-4 cucharadas (2-4 g) de los cálices o corolas por taza en infusión o decocción y 15 cucharadas (5-15 g) por litro 3-4 veces al día durante 5-6 semanas.

34. RUDA

Otros nombres: Rora, Ru.

Nombre científico: Ruta chalepensis.

Partes usadas medicinalmente: hojas.

Contraindicaciones y reacciones adversas: la planta o el aceite pueden producir eritema, dermatitis, hinchazón y vesicación (ampollas)

o vesículas en la piel). Oralmente puede causar gastroenteritis, dolor epigástrico, náusea, vómitos, salivación, glositis (inflamación de la lengua), vértigo, convulsiones y enfriamiento de las extremidades; la sobredosis puede ser mortal.

Indicaciones terapéuticas: está indicado para el tratamiento de amenorrea, histeria, problemas cardiovasculares y circulatorios (hemorroides, várices). Uso tópico para el tratamiento de úlcera de las encías (enjuague), eczema, psoriasis, pediculosis, reumatismo y picadura de animales ponzoñosos.

Dosificación: una ramita en un vaso de agua, hervir por 2 minutos y administrar 2-3 veces al día después de las comidas durante 2-3 semanas.

35. SÁBILA

Otros nombres: Zábila.

Nombre científico: Aloe vera.

Partes usadas medicinalmente: hoja y parénquima (gel).

Contraindicaciones y reacciones adversas: embarazo, hemorroides, inflamación de la próstata (prostatitis) e inflamación de la vejiga urinaria (cistitis). Su uso prolongado produce diarrea hemorrágica; la aloína puede ser irritante para la piel.

Indicaciones terapéuticas: se usa para mejorar las funciones de los órganos (tónico), digestivo, laxante y para la secreción de bilis (colagogo); para la sensación de llenura (dispepsia) y el estreñimiento. También es útil en el estreñimiento producido por medicación con hierro. Su aplicación tópica está indicada en heridas, quemaduras, raspones y úlceras.

Dosificación: administrar 1 cucharadita 1 vez al día del extracto en ayunas por un máximo de 15 días. Aplicar tópicamente en crema, ungüentos y otras formas cosméticas medicadas.

36. SALVIA SANTA

Otros nombres: Hoja blanca, Sactzam, Salvia, Salviona, Tepozán.

Nombre científico: Buddleja americana.

Partes usadas medicinalmente: hojas.

Indicaciones terapéuticas: está indicado su uso en el tratamiento de disuria, pielonefritis, retención urinaria y cistitis. Puede ser usado como protector hepático. Uso tópico está indicada en el tratamiento de diversas

afecciones dermatomucosas como alergia, llagas, raspones y úlceras.

Dosificación: una ramita en un vaso de agua, hervir por 2 minutos y administrar 2-3 veces al día después de las comidas durante 3-4 semanas.

37. SALVIA SIJA

Otros nombres: Juanilama, Mastranto, Salvia Santa, Santa María.

Nombre científico: Lippia alba.

Partes usadas medicinalmente: hojas y flores.

Indicaciones terapéuticas: está indicado su uso por vía oral en el tratamiento de infecciones digestivas y respiratorias, así como para aliviar las molestias del parto.

Dosificación: una ramita en un vaso de agua, hervir por 2 minutos y administrar 2-3 veces al día después de las comidas, durante 5-6 semanas.

38. TÉ DE LIMÓN

Otros nombres: Zacate limón, Limoncillo.

Nombre científico: Cymbopogon Citratus.

Partes usadas medicinalmente: hojas.

Contraindicaciones y reacciones adversas: el aceite esencial está contraindicado en embarazo y lactancia.

Indicaciones terapéuticas: está indicado por vía oral en el tratamiento de gripe, fiebre, dolor de estómago e hipertensión. Su uso tópico está indicado en el tratamiento de reumatismo.

Dosificación: un manojito en un litro de agua, hervir por dos minutos y administrar 2-3 veces al día después de las comidas durante 4 semanas.

39. VALERIANA

Otros nombres: Raíz de gato, Uxe'ulew.

Nombre científico: Valeriana officinalis.

Partes usadas medicinalmente: raíces.

Contraindicaciones y reacciones adversas: embarazo y lactancia. Puede producir inquietud durante el sueño, su uso excesivo puede crear dependencia.

Indicaciones terapéuticas: indicada en el tratamiento de ansiedad,

tensión nerviosa, cólicos, convulsiones, depresión, epilepsia, excitabilidad, insomnio, migraña, aumento de los latidos del corazón (taquicardia) y dolores articulares.

Dosificación: administrar para ansiedad, tensión e irritabilidad 2-3 veces al día, después de las comidas y como ayuda para dormir, 30 minutos antes de acostarse, en dosis de 1-2 cucharadas (2-3 g) por taza en infusión o decocción.

40. VERBENA

Otros nombres: Chachalbe, Chichavac, Cotacám, Dorí, Verbena fina.

Nombre científico: Verbena carolina.

Partes usadas medicinalmente: hojas.

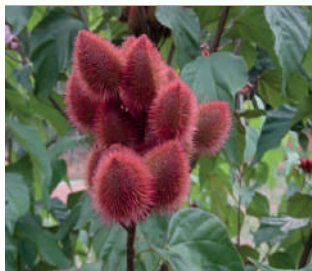
Contraindicaciones: embarazo e hipertiroidismo.

Indicaciones terapéuticas: su uso oral está indicado en el tratamiento de afecciones gastrointestinales, respiratorias y dismenorrea.

Dosificación: un puño en un litro de agua, hervir por un minuto y administrar 2-3 veces al día después de las comidas durante 3-4 semanas.

Nota: Recuerde que para la preparación de cocciones, infusiones y otros preparados, ver Formas de preparación de plantas medicinales, en página 837 de éste módulo.

Imágenes de las monografías de plantas medicinales



1. ACHIOTE



2. AJENJO



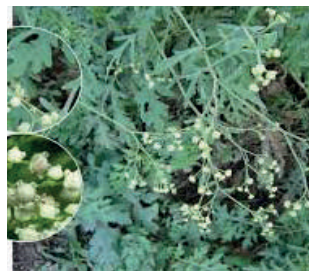
3. AJO



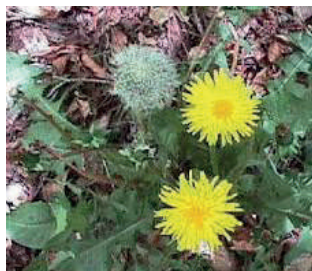
4. ALBAHACA



5. ALCOTÁN



6. ALTAMISA



7. AMARGÓN



8. ANIS



9. APACÍN



10. APAZOTE



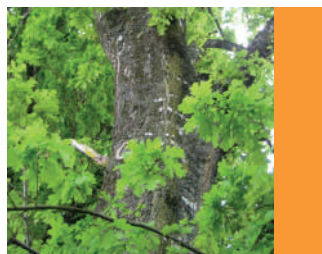
11. BOLDO



12. CEBADA



13. COLA DE CABALLO



14. ENCINO



15. EUCALIPTO



16. FLOR DE MUERTO



17. GRANADA



18. GUAYABO



19. HIERBABUENA



20. HIERBA DE CÁNCER



21. IXBUT



22. JENGIBRE



23. LIMÓN



24. LINAZA



25. LLANTÉN



27. MANZANILLA



29. OROZUZ



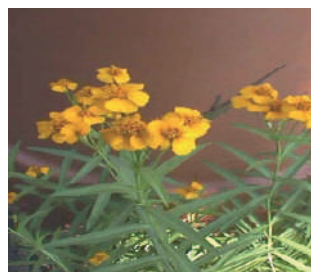
31. QUILETE



26. MAÍZ



28. MENTA



30. PERICÓN



32. ROMERO



33. ROSA DE JAMAICA



34. RUDA



35. SÁBILA



36. SALVIA SANTA



37. SALVIA SIJA



38. TÉ DE LIMÓN



39. VALERIANA



40. VERBENA

HUERTOS DE PLANTAS MEDICINALES -IMPLEMENTACIÓN

El uso de plantas medicinales, ha constituido una alternativa y un complemento a los tratamientos convencionales de los servicios de salud, el cual ha sido ampliamente valorado por las y los usuarios por ser pertinentes culturalmente y económicamente accesible.

Un huerto es un espacio donde se cultivan plantas medicinales propias de la región, producto de un proceso diagnóstico realizado con participación comunitaria y terapeutas tradicionales bajo los criterios para el cultivo, por ser las de mayor uso y que crecen en la región.

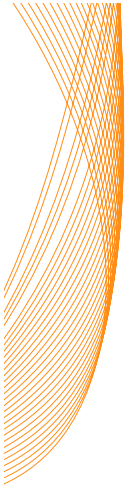
Requisitos para la implementación

- Disponer de un espacio de terreno.
- Elaborar el croquis del huerto de plantas medicinales.
- Estar capacitado para el cultivo, cosecha y secado de plantas medicinales.
- Identificación de plantas medicinales locales.
- Conocer las plantas medicinales de la región.
- Tener acceso a las semillas.
- Conocer técnicas orgánicas de cultivo.
- Proteger el área del huerto cultivado.
- Mantenimiento permanente del terreno del huerto.
- Estar capacitado en el funcionamiento y mantenimiento de la abonera.
- Utilizar el material recomendado para la cosecha.
- Rotular las plantas con material resistente al agua y en los dos idiomas, el predominante en la comunidad y español.
- Ser responsable en el tema de medicina tradicional.
- Estar capacitado para el uso complementario en la consulta diaria.

VI. ATENCIÓN A LA POBLACIÓN MIGRANTE

Definiciones generales

- **Migración:** se refiere a los procesos de movilidad y desplazamiento de personas de un lugar a otro, de un país a otro o de una región a otra. Una mejor definición sería: el movimiento de una población o personas que dejan el lugar de residencia para establecerse en otro país o región, generalmente por causas económicas y sociales.
- **Emigrar:** acción que realiza una persona que sale de su lugar de origen a otra ciudad, país o región, de manera temporal, permanente o circular.
- **Inmigrar:** acción que realiza una persona que entra a una ciudad, a un país, o a una región de destino, proveniente de su lugar de origen.
- **Migración interna:** se refiere a los procesos de movilidad que realizan las personas o familias dentro de un mismo país, ya sea en el ámbito urbano o rural; aquí se considera principalmente a las personas trabajadoras agrícolas migratorias temporales, que acuden a las fincas de la costa sur, la boca costa u otras regiones del país, para emplearse en el corte de caña de azúcar, el corte de café, melón u otros cultivos de agro-exportación.
- **Migración transfronteriza:** este tipo de migración es la que se da cuando hay fronteras comunes entre países; se considera principalmente a los y las trabajadores/as migratorios temporales guatemaltecos/as que acuden a las fincas y otras regiones del sur de México y a las fronteras con los países centroamericanos, (El Salvador, Honduras y Belice) a emplearse en el corte de caña de azúcar, corte de café, otros cultivos y/o servicios (construcción, oficios domésticos, seguridad, entre otros).
- **Migración internacional o transfronteriza:** se refiere a las movilizaciones de personas que se dan en los países de tránsito, entre el lugar de origen y destino.



- **Migrante retornado - deportado - repatriado:** es cuando se envía a una persona o un grupo de personas de los diferentes grupos de edad a su país de origen por razones políticas, (puede ser por carecer de documentación necesaria para entrar o permanecer en un país o por haber cometido un delito). En el caso de los menores migrantes la terminología que debe ser utilizada es repatriados.
- **Migrante o no migrante:** con fines de registro, una persona nacional que se encuentre laborando temporalmente en otro lugar de donde no es originario, se considera migrante, eso mientras no decida ser residente permanente del lugar. Una persona extranjera que esté viviendo en Guatemala se considerará migrante mientras no haya legalizado su estatus migratorio.

Características de las personas trabajadoras migrantes agrícolas

- Son personas (hombres, mujeres, jóvenes, adolescentes, niñas y niños) que se movilizan hacia un área geográfica distinta a la de su origen, en busca de trabajo para subsistir.
- Ofertan su mano de obra para labores agrícolas en las fincas de destino, por no tener en sus lugares de origen o residencia una fuente de trabajo sostenible.
- Viven en condiciones infrahumanas (pobreza y pobreza extrema, hacinamiento e insalubridad, sin acceso a servicios básicos), se les discrimina, se les anula como sujetos productivos y se les condiciona a actividades laborales de riesgo, mayor esfuerzo y mal remuneradas por su condición de migrantes.
- Usualmente no poseen cobertura médica (en las fincas de destino).
- Los ingresos obtenidos se destinan a satisfacer sus necesidades básicas (alimentos).
- Generalmente presentan un alto índice de analfabetismo.
- Presentan alto riesgo de enfermar y morir.
- Pueden ser portadoras/es y transmisoras/es de enfermedades infecto-contagiosas.

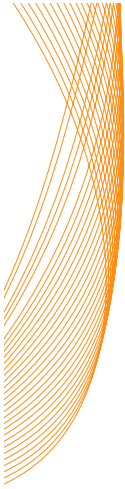


Características de las personas migrantes en tránsito (de paso)

- Son personas, mujeres y hombres adultas/os, jóvenes, adolescentes, niñas y niños, nacionales y de otras nacionalidades, que viajan solos o acompañados/as y que utilizan el territorio nacional para transitar, algunos para poder cruzar la frontera Guatemala – México y otros que se establecen temporalmente en el país por trabajo o por falta de recursos económicos para continuar el viaje.
- Pueden ser de diversas nacionalidades, centroamericanos, sudamericanos, europeos, asiáticos, africanos y otros.
- Muchos no poseen documentos de identificación, por lo que pueden ser víctimas de una serie de violaciones a sus derechos humanos por las autoridades (policía, migración y otros que se pueden aprovechar de su condición).
- Pueden o no hablar idiomas diferentes al español.
- Transitan en todos los meses del año.
- Ingresan al país voluntaria o involuntariamente.
- Pueden ser utilizados/as para realizar trabajos forzados: en lo laboral, esclavitud, servidumbre, sexuales, otros.
- El desempleo, los bajos salarios, la inseguridad y la falta de oportunidades en su país, son poderosas razones que les obligan a dejar a su familia y su país.
- Pueden ser forzados a realizar cualquier tipo de trabajo indigno, especialmente las niñas, niños y mujeres, que son fácilmente engañadas/os y caen en redes de tratantes de menores y tráfico de personas.
- Por su condición de migrantes y carecer de documentos, tienen muchas dificultades para acceder a servicios de salud, educación, recreación, justicia y atención social, lo que les margina y les excluye.

Características de personas migrantes retornadas o repatriadas

- Son personas nacionales, mujeres, y hombres adultos (as), jóvenes, adolescentes, niñas y niños.



- Ingresan al país vía aérea o terrestre desde Estados Unidos y México.
- El tener que dejar el sueño americano les crea gran impacto emocional, al igual que la separación familiar, especialmente de las hijas/os, que se quedan en Estados Unidos.
- La gran mayoría son casadas/os o bien unidas/os y ya tienen familia.
- Un gran porcentaje habla muy bien el inglés, lo que favorece su inserción laboral.
- La gran mayoría son ladinos o mestizos.
- Pueden presentar infecciones de transmisión sexual, (VIH/Sida, sífilis, entre otras), tuberculosis u otras enfermedades.
- Muchas son personas que han vivido por muchos años en los Estados Unidos, donde dejaron a sus familias ya tienen muy pocos lazos familiares en Guatemala, como país de origen.
- Muchas de estas personas, intentarán regresar nuevamente a los Estados Unidos.
- Algunos retornados o repatriados enfrentan violencia urbana y tienen que huir de sus comunidades.
- Pueden presentar severos problemas de salud mental.

Factores de riesgo de las personas migrantes

Indistintamente de la etapa del curso de vida en la que se encuentren, pueden presentar los siguientes factores de riesgo:

- Descuido en su actividad sexual.
- Propensos a infecciones de transmisión sexual (ITS-VIH/Sida, sífilis) y otras enfermedades.
- La mayoría de mujeres migrantes se encuentran en edad reproductiva y se exponen a embarazos no planificados y/o abortos.
- Marginación y exclusión.
- Hacinamiento.
- Violencia de todo tipo, violencia sexual y sexo transaccional.
- Consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas).
- Accidentes y enfermedades laborales.
- El aislamiento, el desarraigo y la marginación son factores predisponentes de padecer enfermedades de salud mental.
- Sin acceso efectivo a los servicios básicos de salud, o no acuden a



868

Atención a la Demanda



los servicios de salud durante toda o una parte importante de sus vidas, por temor a ser denunciados y en consecuencia, detenidos y/o repatriados.

- No tienen cobertura de la seguridad social.
- El dolor, la tristeza y los problemas de salud a menudo se asocian con la migración.
- Se deprimen al recordar por lo que han tenido que pasar, ver anexo No. 5 Panorama de Factores de Riesgo de las Personas Migrantes Agrícolas, página 901 de éste módulo.

Movilización de la población agrícola migrante temporera

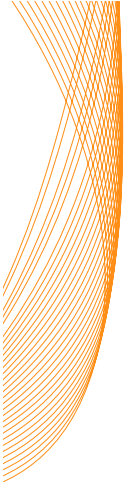
Los y las migrantes agrícolas internos y transfronterizos se movilizan de su lugar de origen a diferentes destinos, dependiendo de las épocas de cosecha de los cultivos, en los distintos departamentos del país y países fronterizos de Guatemala:

- Cosecha de café: enero a abril y de julio a diciembre.
- Corte de caña de azúcar: noviembre a mayo.
- Corte de melón: septiembre a diciembre.
- Cosecha, mantenimiento y producción de palma africana: durante todo el año.
- Cosecha de banano: julio a diciembre.
- Cosecha de brócoli: durante todo el año.
- Cosecha de cardamomo: julio a diciembre.

LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS MIGRANTES

Para brindar atención en salud a la población migrante y su familia (migrantes internos, migrantes retornados, migrantes en tránsito y migrantes extranjeros que se encuentran en Guatemala), las y los proveedores de salud del primero y segundo nivel deben cumplir con los lineamientos que a continuación se enumeran:

1. El director de la DAS debe nombrar a una persona que sea responsable y/o enlace con el programa, quien deberá dar seguimiento al cumplimiento de los lineamientos y normas del programa en los

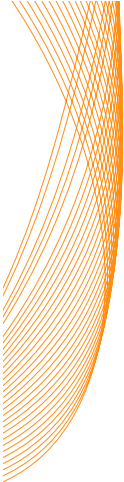


distritos y puestos de salud. Los directores de los distritos de salud también deben nombrar a una persona responsable y/o delegado con las mismas funciones descritas.

2. Aplicar las Normas de Atención en Salud Integral para el primero y segundo, los protocolos, guías y lineamientos de los programas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-, brindando una atención integral de calidad en las diferentes etapas del curso de vida: Embarazo, parto y puerperio, Neonato (recién nacida/o), Lactante, Niñez, Adolescencia y juventud, Persona adulta y persona mayor, así como Atención a la demanda; en los diferentes momentos de la migración: origen, tránsito, destino y retorno de esta población. Considerando que la morbilidad de este grupo poblacional es la misma que la población en general, sin embargo, hay que tomar en cuenta que ésta población es más vulnerable por sus condiciones de movilidad continua.
3. Planificar e implementar en el plan anual del servicio, con acciones de promoción, prevención y atención de la salud, dirigido a este grupo poblacional a nivel local y departamental, así como interfronterizo (áreas de salud fronterizas de Guatemala con su contraparte de México, Belice, El Salvador y Honduras), donde corresponda.
4. Abordar dentro del Plan de Acción del Servicio, acciones para la atención médica y psicológica dirigida a los migrantes que regresan a sus lugares de origen, especialmente los retornados, deportados, o repatriados, nacionales o de otros países y coordinar con el personal de los albergues, casas o centros de acogida, la atención médica y/o psicológica a las personas que lo necesiten.
5. Las áreas de salud deberán realizar un consolidado de los planes de acción y de las acciones realizadas por los distritos de salud y enviarlas al nivel central: Dirección General del SIAS, con copia al programa de Atención a la Población Migrante del DRPAP, para su análisis e informes.
6. Promover en las familias la portación de los carné de vacunación de las y los niños menores de seis años y mujeres en edad fértil para la continuación de los esquemas de vacunación.
7. Promocionar y brindar atención médica integral a las y los migrantes nacionales y de otros países, así como a los asilados y refugiados que

se encuentran, internan o transitan por nuestro país en las diferentes etapas del curso de vida, sin discriminación y sin importar que no porten documentos de identificación, tomando en cuenta su derecho a la salud. Esto para cumplir con las leyes nacionales y con lo firmado por el Estado de Guatemala en los tratados y convenios internacionales.

8. Registrar en el expediente del paciente y en el SIGSA, la información generada por la atención brindada a la población migrante, desglosándola por: edad, sexo, origen, nacionalidad, morbilidad, mortalidad y otros.
9. Analizar la información generada realizando una sala situacional, para tomar decisiones a nivel local, de la DAS y del SIAS, para definir conductas a seguir en los problemas de salud de esta población.
10. Enviar información de las acciones realizadas a la población migrante a las áreas de origen o destino para seguimiento y/o continuación de tratamientos o esquemas (tratamiento de Tb, esquemas de vacunación, desnutrición aguda, control de embarazo y otras enfermedades).
11. Conjuntamente con otras instituciones estatales, autónomas, privadas, de la sociedad civil y otros sectores locales (fincas, contratistas entre otros), desarrollar acciones conjuntas de atención a la población y comunidades migrantes para promover la defensa de sus derechos humanos, cuidar la integridad física y patrimonial de los migrantes y contribuir a combatir los actos delictivos contra ellos y ellas: la explotación sexual, explotación laboral, tráfico ilícito, (trata de personas), entre otros.
12. Colaborar en el mecanismo de búsqueda y la atención de familias de personas reportadas como desaparecidas a causa de la migración, especialmente las que puedan encontrarse en los servicios de salud u otras instancias del ministerio, de acuerdo al Decreto No. 44-2016, Código de Migración.
13. Promover la difusión de información entre la población y comunidades migrantes que permita el conocimiento de sus derechos humanos y propicie su defensa.
14. Fortalecer la colaboración y cooperación con las Comisiones de Salud Fronterizas: Guatemala-México, Guatemala-El Salvador, Guatemala-Honduras y Guatemala-Belice, en los temas de vigilancia y control epidemiológico y atención en salud a la población migrante y otros.

- 
15. Denunciar ante las instancias competentes (Ministerio Público -MP-, Policía Nacional Civil -PNC-, Procuraduría General de la Nación -PGN-, Procuraduría de Derechos Humanos -PDH-, Secretaría de Bienestar Social -SBS-, entre otros), todo acto ilícito o de violación a los derechos que se compruebe en los y las migrantes.
 16. Llenar correctamente la ficha epidemiológica correspondiente al evento de salud que pudiera presentarse en esta población y notificar al Departamento de Epidemiología para el acompañamiento y seguimiento oportuno de acuerdo al Reglamento Sanitario Internacional.
 17. Promover la coordinación interinstitucional e intersectorial para mejorar las condiciones laborales de los migrantes, tomando como referencia lo establecido en la Convención Internacional sobre Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares (ONU, 1,990).

LINEAMIENTOS POR NIVEL PARA LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN MIGRANTE Y SU FAMILIA

A continuación se dan a conocer los lineamientos para la atención a la población migrante y su familia en los servicios del Primer y Segundo Nivel.

- **Elaboración del Plan Operativo Anual -POA-**

El Equipo Técnico de la DAS debe apoyar al personal del Distrito Municipal de Salud y el personal del DMS, debe apoyar al personal de los servicios del primer nivel a programar en el POA las acciones a desarrollar durante el año, para poder contar con los recursos e insumos para la atención a esta población.

- **Elaboración de un plan de acción local**

El Equipo Técnico de la DAS debe apoyar al personal del DMS, y el Equipo Técnico del Distrito Municipal de Salud debe apoyar al personal de los servicios del primer nivel en la elaboración de Planes de Acción Local para atender a los migrantes agrícolas, tanto a quienes lo demanden como en los lugares de trabajo y darle el seguimiento oportuno en los aspectos siguientes:

- **Promoción a la salud y prevención de enfermedades**

- **Charlas educativas sobre:**

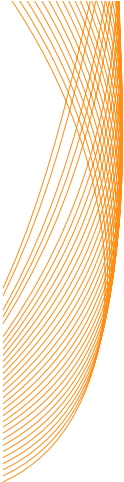
- Preparación y consumo de alimentos.
- Consumo de agua segura.
- Alimentos saludables.
- Estilos de vida saludable.
- Uso de los servicios de salud, de ser necesario.
- Prevención de enfermedades infectocontagiosas y vectoriales.
- Salud reproductiva.
- Salud e higiene mental.
- Salud y seguridad ocupacional.
- No al trabajo infantil y de adolescentes.
- Derechos humanos, laborales y derechos de la niña y el niño.
- Género y violencia de género.
- Cuidado del medio ambiente.
- Trata de personas. Identificación de signos de peligro.

- **Dar atención integral a las y los migrantes de acuerdo a las etapas del curso de vida.**

- **Diagnóstico de problemas físicos.**

- **Tratamiento de los problemas:**

- Seguimiento, recuperación y rehabilitación a los problemas de salud.
- Inmunización a niñas y niños menores de seis años (siguiendo esquema de del Programa de Inmunizaciones).
- Inmunización a trabajadores (as) con toxoide tetánico.
- Atención prenatal a mujeres migrantes embarazadas.
- Atención del parto y el puerperio.
- Suplementar a niñas, niños, embarazadas mujeres en edad fértil y puerperas con sulfato ferroso y ácido fólico.

- 
- Atención integral a adolescentes y jóvenes migrantes.
 - Fomentar el respeto de los grupos étnicos a sus costumbres creencias culturales y derechos humanos.
 - Registrar en fichas clínicas y formularios SIGSA la atención a la población agrícola migrante y sus familiares, considerando el enfoque de género en salud.
 - Referencia al nivel superior de los casos complicados o que se compliquen.
 - Seguimiento oportuno de las referencias y contrarreferencias.
 - Identificar violaciones a los derechos humanos de la población migrante, así como a posibles víctimas de trata de personas (violencia sexual, tráfico ilícito, explotación en todos los grupos de edad).
 - Realizar la denuncia a las autoridades correspondientes -MP-, -PNC-, -PDH-, -PGN-, Ministerio de Trabajo y Previsión Social -MTyPS-, entre otros).
 - El Técnico en Salud Rural, -TSR- o la persona responsable de la población migrante, debe dar seguimiento a las actividades programadas en los planes de acción locales.
 - Informar al nivel superior las acciones realizadas con este grupo.
 - Analizar la información obtenida de este grupo para sus posibles soluciones en coordinación con el Distrito Municipal de Salud -DMS- o Dirección de Área de Salud -DAS-.

Nota. Todo lo anterior aplicando las Normas de Atención en Salud Integral del MSPAS, de acuerdo a la cartera de servicios básicos de salud.

Temas especiales

El DMS debe coordinar con la DAS la capacitación periódica al personal de los servicios del primer nivel y segundo nivel en los temas de: violencia sexual, explotación, trata de personas y derechos humanos, para la atención integral, detección oportuna, el registro y proceso de realización de la denuncia correspondiente.

A las personas migrantes agrícolas internas

Cumplir con todo lo enunciado en los lineamientos por nivel para la atención a la población migrante y su familia, descrito en página 872 de éste módulo.

- El personal del servicio de salud debe conocer las características de los migrantes agrícolas y su familia, ver página 866 de éste módulo, así como las enfermedades más frecuentes en este grupo.
- La persona auxiliar de enfermería, técnico en salud rural o equipo técnico del DMS, deben realizar actividades de promoción de la salud y de prevención de enfermedades infectocontagiosas.
- Atención Integral a demanda y en los lugares de trabajo (según plan de acción).

A las personas migrantes agrícolas fronterizas

Cumplir con todo lo enunciado en los lineamientos por nivel para la atención a la población migrante y su familia, descrito en página 872 de éste módulo.

- Con el apoyo de la DAS y DMS, el personal del primer y segundo nivel de atención, debe coordinar esfuerzos conjuntos con las contrapartes del país vecino, donde pernoctarán los migrantes temporalmente, para que se les brinde atención integral en salud, de acuerdo a las Normas del MSPAS y a las de la contraparte.

A las personas migrantes transitorias internacionales -extranjeras-

- Cumplir con todo lo enunciado en los lineamientos por nivel para la atención a la población migrante y su familia, descrito en página 872 de éste módulo.

- El personal del servicio debe conocer las características de los migrantes transitorios o extranjeros y su familia, así como los riesgos a la salud y las enfermedades más frecuentes en este grupo.

Nota. Para la atención integral a este grupo poblacional no se debe solicitar ninguna identificación ni hacer discriminación por sexo, edad, color, idioma, nacionalidad, religión, etc.

A las personas migrantes retornadas o repatriadas

Cumplir con todo lo enunciado en los lineamientos por nivel para la atención a la población migrante y su familia, descrito en página 872 de éste módulo.

El área de salud, debe coordinar con el distrito de salud responsable del abordaje de los migrantes retornados, deportados o repatriados en la fuerza aérea y en la frontera, quienes deben informar sobre las personas con problemas de salud a los cuales se les debe dar seguimiento y completar tratamientos y de enfermedades crónicas, para que el personal de los servicios del primero o segundo nivel de atención, los pueda identificar ya en sus domicilios. Ésto con el fin de brindarles promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como el seguimiento al tratamiento de enfermedades ya diagnosticadas, para evitar la aparición de nuevos casos y/o brotes de enfermedades.



VII. PROMOCIÓN DE LA DONACIÓN VOLUNTARIA DE SANGRE

¿Qué es la sangre?

Es un líquido de color rojo, que impulsado por el corazón, circula por los vasos sanguíneos del cuerpo de las personas, transportando oxígeno, alimentos y productos de desecho. La sangre está formada por el plasma, que lleva el agua y sustancias en disolución y por las células sanguíneas.

¿Qué es la donación voluntaria de sangre y por qué es importante?

Donar sangre de manera voluntaria es la oportunidad de ayudar a otras personas que la necesitan por diferentes problemas de salud. La sangre no puede fabricarse en un laboratorio, se puede obtener únicamente de las personas que la donan de manera libre y voluntaria. Todos los días se necesita sangre para personas de las diferentes etapas del curso de vida (neonatos, lactantes, niñez, adolescentes y jóvenes, personas adultas y personas mayores) en diferentes situaciones: enfermedades, cirugías, trasplantes de órganos, partos complicados, emergencias por traumas y muchas otras razones más.

Razones para donar sangre

- Por solidaridad, altruismo y generosidad.
- Porque mañana usted o los suyos pueden necesitar una donación.
- Porque con una sola donación puede salvar tres vidas.
- Porque hay alguien que lo está esperando para salvar su vida.

Requisitos para donar sangre

- Presentar Documento Personal de Identificación -DPI-.
- No haber donado en los últimos 3 meses en el caso de los hombres y 4 meses en el caso de las mujeres.
- Sentirse bien de salud.
- No haber fumado en las últimas 4 horas.



- No estar embarazada.
- Tener un peso mínimo de 110 libras.
- Ser mayor de 18 años.
- No haber ingerido alimentos con grasa en las últimas 4 horas.
- No haber consumido bebidas alcohólicas en las 24 horas anteriores a la donación.
- No estar tomando ningún medicamento.

Promoción de la donación voluntaria de sangre

Es el conjunto de actividades que se realizan para comunicar a la población los beneficios de la donación voluntaria de sangre con la finalidad de modificar creencias, fortalecer conocimientos y conocer la necesidad de salvar vidas a través de la donación.

Acciones de promoción

- La promoción de la donación voluntaria, altruista y habitual en los servicios de atención en salud del primer y segundo nivel es una estrategia de captación de donantes voluntarios.
- La población objetivo de estas actividades de promoción de donación voluntaria de sangre es la niñez, adolescencia, juventud, personas adultas, personas mayores, personal de salud, personal institucional, personal del sector privado y comunidad en general.
- Informar a los usuarios y población en general, que acuden a los servicios sobre la importancia de la donación voluntaria de sangre.
- Mantener informados a los usuarios de los servicios de las colectas móviles de sangre que se programen en la comunidad.
- Inculcar en las niñas y niños, adolescentes y jóvenes la importancia de donar sangre para salvar vidas.
- Promover en los establecimientos públicos la cultura de la donación voluntaria de sangre.
- Socializar lo importante que es que las personas conozcan su tipo de sangre para futuras donaciones o recepciones de sangre.



878

Atención a la Demanda



- Promover estilos de vida saludable entre los donantes voluntarios de sangre.
- Promover actitudes positivas hacia la donación de sangre voluntaria y altruista, dando a conocer los beneficios que ésta genera.
- Dar seguimiento a los donantes voluntarios de sangre de la comunidad con la finalidad que sigan siendo donantes voluntarios.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

No deben donar sangre las personas que:

- Han tenido procedimientos dentales en las últimas 72 horas (por uso de anestésicos, virus o bacterias circulantes).
- Han tenido prácticas sexuales de riesgo (sexo casual o con diferentes parejas en los últimos 12 meses).
- Tienen tatuajes o perforaciones corporales (solo pueden donar sangre 12 meses después del último tatuaje o perforación).
- Han tenido hepatitis "A" (los que padecieron de esta enfermedad antes de los 12 años si pueden donar sangre).
- Han tenido enfermedades crónicas como: cáncer o presión arterial alta y otras enfermedades.
- Han usado o usan drogas vía intravenosa o inhaladas.
- Tienen infecciones virales o bacterianas (especialmente VIH, Hepatitis B, C, arbovirosis u otras).

MITOS Y REALIDADES

MITO	REALIDAD
Donar sangre engorda.	Donar sangre no altera el peso corporal. Quien participa, dona alrededor de 450 ml de sangre. La alimentación de las personas que donan sangre como hábito debe ser balanceada y su estilo de vida saludable.
Se contraen enfermedades.	Todo el material que se utiliza en la donación de sangre es nuevo, se utiliza sólo una vez y se desecha.
Para donar hay que ir en ayunas.	Al contrario, es recomendable desayunar y beber al menos medio litro de líquido antes y después de donar. Solo recuerda evitar alimentos con grasas y leche.
Me quedaré débil, me darán mareos y puedo desmayarme.	La cantidad de sangre que se dona son aproximadamente dos vasos, es la misma cantidad para hombres y mujeres y no afecta a la salud o fortaleza. El organismo se encarga de reponer la sangre paulatinamente. El mareo o desmayo es muy raro y se da en personas muy nerviosas y sobre todo cuando se dona en ayunas.
La donación de sangre es dolorosa.	El único momento en el que se puede sentir algo de dolor es en el momento del pinchazo, además gracias a que se utilizan agujas especialmente diseñadas para hacer poco daño, suele ser similar a la molestia que se siente al realizar un análisis de sangre.
Ya doné sangre este año.	Has hecho bien, pero puedes repetir la donación sin ningún inconveniente para tu salud o bienestar. Cualquier persona sana puede dar sangre hasta cuatro veces al año.
Daría sangre desinteresadamente pero pienso que negociarán con ella.	Las unidades de sangre que se donan en Bancos de Sangre o en colectas móviles del Ministerio de Salud, no se cobran a los pacientes transfundidos. Todos los costos del procesamiento, análisis y personal de salud que atiende a los pacientes es algo que paga el Ministerio de Salud.
Si necesito sangre puedo pagar para que donen en mi lugar.	Al pagar por la donación de sangre, la transfusión tiene más riesgo para quien la recibe, pues el donador puede omitir en el proceso de selección información en relación a una conducta de riesgo por el interés o necesidad de recibir dinero. El Decreto 87-97 del Congreso de la República (Ley de Servicios de Medicina Transfusional y Banco de Sangre), indica en el Artículo 9 que la sangre debe ser donada en forma libre, voluntaria y gratuita.

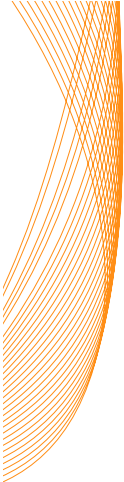
Transfusión en el segundo nivel de atención

Posterior al proceso de donación, la sangre obtenida debe pasar por diferentes procedimientos antes de ser transfundida. Estos procesos inician con:

- a. El análisis de laboratorio para descartar infecciones transmitidas a través de la sangre, de acuerdo a lo que indica la ley nacional.
- b. Separación de la sangre en distintos componentes tales como plasma, células rojas y plaquetas. Todos estos componentes se transfunden a las personas de acuerdo a la enfermedad o necesidad específica que tengan.
- c. Además, deben hacerse procesos de laboratorio para conocer si la sangre de la persona donante es compatible con la sangre de la persona que la va a recibir.

En este nivel de atención, pueden habilitarse centros de transfusión que son los establecimientos que realizarán el proceso transfusional, recibiendo componentes procesados de un Banco de Sangre Regional, a quien le reporta oportuna y permanentemente su inventario de componentes sanguíneos para mantener un stock oportuno y de acuerdo a las necesidades de los pacientes que atiende.

Para que el mecanismo de las transfusiones funcione en el segundo nivel de atención, se necesita el apoyo de los promotores en salud para motivar a la población a donar sangre y el interés de las autoridades de las Direcciones de Áreas de Salud para proporcionar recurso humano para llevar a cabo todos los procesos.



VIII. GÉNERO EN SALUD

Incorporar el enfoque de género para la salud

Significa contribuir seriamente a la disminución de la brecha de la desigualdad. Es tener las herramientas conceptuales que permitan salir de las inequidades injustas e innecesarias que generan discriminación, desigualdad y exclusión por sexo/género y etnia, que conciben diferencias en el acceso, distribución y control de los recursos. Su omisión, es un factor de riesgo epidemiológico socio cultural para la enfermedad, en la población guatemalteca. Transversalizar la Perspectiva de Género en Salud es garantizar el acceso a la salud integral como un derecho fundamental de todo ser humano.

Para posicionarlo en los servicios de salud se hace necesario conocer la siguiente conceptualización y su uso en la prevención de la enfermedad:

Socialización del enfoque

Es la forma en que nos enseñan a ser mujeres y hombres en las diferentes culturas, en este proceso se asimilan los comportamientos culturales y sociales, en base a la división de sexo biológico se construyen las relaciones de género. El modelo de sociedad se transmite por generaciones y se asigna de acuerdo a lo social, tradicionalmente establecido para unas y otros. Apareciendo así los estereotipos de género, que son el conjunto de características psicológicas y físicas que una sociedad asigna a hombres y mujeres.

Son las etiquetas que nos ponen al nacer: los hombres son fuertes, dominantes, trabajan en los espacios públicos y las mujeres son débiles, sumisas y trabajan en el hogar. Los estereotipos nos impulsan a realizar tareas, conductas, funciones, elecciones diferentes; generan la división social del trabajo, que son comportamientos asignados y aceptados llamados roles de género. Conocer este tipo de socialización implica identificar cuáles de éstos problemas generan enfermedad y violencia, por su concepción equivocada desde una determinada cultura y resulta dañina para la salud física y mental de mujeres y hombres.

Institucionalización de la Perspectiva de Género en la Salud -IPGS-

Género: es una construcción social, que se aplica a las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres, en torno a la distribución de los recursos, oportunidades, responsabilidades y poder. Donde los mandatos culturales asociados a la identidad de género (sentido de pertenencia a un sexo), se transforman en factores de riesgo para la salud.

En el proceso de socialización, el rol de la mujer se enmarca en el contexto de sumisión, menor acceso laboral, baja competitividad, aceptación pasiva de las demandas sexuales, obligada culturalmente al rol reproductivo, sobrecarga por roles de cuidado para los otros, mayor longevidad, mayor número de enfermedades crónicas y menor calidad de vida; y para los hombres bajo el modelo de identidad de masculinidad dominante (modelo hegemónico, dominante/opresor que subordina a la mujer y a otros hombres que no cumplen con este modelo) afecta su esperanza de vida, las causas de morbilidad y mortalidad en cuanto al riesgo, violencia, consumo de alcohol y drogas, discapacidad en la edad productiva, bajo autocuidado, forma de asumir los riesgos, competencias, temeridad en velocidad vehicular, accidentes, alto intento/consumado de suicidio y naturalización de la violencia en su comportamiento, para resolución de conflictos y en el ejercicio de su sexualidad.

La perspectiva de género en salud es una categoría de análisis y otra forma de mirar las diferencias entre mujeres y hombres, además examina, analiza y trata de encontrar las raíces que generan los comportamientos y las diferencias que ocasionan daños a la salud.

El enfoque de género significa focalizar o señalar una diferencia específica entre mujeres y hombres; y perspectiva es tomar esa diferencia como base para analizar las relaciones, inequidades y comportamientos que tienen las personas individuales, en familia y en comunidad debido a la construcción social de su género y cómo realizar cambios para minimizar el daño y mejorar su calidad de vida, con salud.

Institucionalizar la perspectiva de género en salud

La voluntad técnica y política del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como un compromiso institucional renovado y de prometedoras proyecciones a favor del derecho de la salud, sin discriminación alguna. Es una herramienta estratégica fundamental para alcanzar la equidad en salud entre mujeres y hombres de los cuatro pueblos y para la construcción de ciudadanía, que permitirá al sistema de salud además de la estratificación, desagregación estadística, mejor distribución de recursos, investigación diferenciada, profundizar en la epidemiología de las desigualdades, para construir la salud integral con una perspectiva humana y política que posiciona el derecho a la salud y la defensa de la vida.

Construcción IPGS colectiva, a nivel local

- Nombrar al profesional que formará parte de la red de género.
- El o la delegada de la red apoyará el fortalecimiento de las competencias del personal de salud en género, (conocimientos, habilidades y actitudes) utilizando la “Guía Práctica de Género en Salud”.
- Utilizar la sala situacional como herramienta para gestión desde el enfoque de género.
- Desarrollar acciones contra la naturalización de la violencia y la discriminación basada en el género, por ser perjudiciales a la salud física, psicológica y la sexualidad humana.
- Identificar avances, resultados e impactos de la IPG en Salud.
- Dar a conocer a las autoridades los resultados del análisis de la IPG a nivel local para la toma de decisiones en programas y recursos.

Empoderamiento

- Significa que mujeres y hombres toman el control sobre sus vidas. El empoderamiento de las mujeres es esencial para alcanzar la igualdad de género y para tener capacidad para distinguir opciones y oportunidades para fortalecerse intelectual, física y emocionalmente.
- Avances en los procesos de autoestima, individual, familiar y comunitaria.
- Logros en la igualdad de género formal, real y de hecho.
- Los servicios de salud pueden empoderar a mujeres y hombres, en

el marco del autocuidado de la salud, por medio de procesos de promoción, prevención y capacitación (talleres, seminarios, foros).

Equidad de género en salud

Significa la ausencia de desigualdades injustas y remediabiles entre mujeres y hombres con respecto a capacidades, oportunidades, libertad para proteger su salud, participar en la toma de decisiones y beneficiarse del desarrollo. Hablar de equidad es referirse a justicia, es darle a cada quien lo que le pertenece de acuerdo a sus necesidades, condiciones, características de cada persona o grupos humanos.

Algunas estrategias de intervención en salud, donde se debe transversalizar la perspectiva de género en el marco de la equidad, como el medio para alcanzar la igualdad son:

- Escuelas saludables.
- Espacios amigables.
- Centros interactivos.
- Clínicas de atención integral y diferenciada.
- Participación comunitaria: red de maternidad y paternidad responsable.
- Red de VIH, grupos juveniles.
- Red de derivación de violencia.
- Red de género en salud.

Igualdad de género

Significa alcanzar la igualdad de condiciones de mujeres y hombres, para ejercer sus derechos para gozar el grado máximo alcanzable de salud. Incursionar en la igualdad de oportunidades y de los recursos.

Implica que se ha considerado los comportamientos, aspiraciones y necesidades específicas de la mujer y que éstas han sido valoradas y favorecidas de la misma manera. Además que sus derechos en salud, sus responsabilidades y oportunidades, no dependerán del hecho de haber nacido mujer o haber nacido hombre.

Relaciones de género

Se privilegian acciones de salud en torno a condiciones de vulnerabilidad en la plataforma pública, especialmente dirigidas a la mujer, sin embargo, en una sociedad jerarquizada por género y por edad, por relaciones de poder o de género que legitiman las relaciones de abuso de unos contra otras, generalmente contra aquellas personas que son consideradas inferiores, incompletas como el caso de niñas, niños y adolescentes; los abusos físicos, emocionales y psíquicos pasan a ser una constante en las relaciones interpersonales, sobre todo en aquellos procesos de crianza, cuidado y educación.

En víctimas/sobrevivientes de violencia sexual, se considera que para la población sujeta de atención en salud, debe ser integral en el marco de los derechos humanos y en el marco jurídico de país. La atención en salud está diseñada para personas en cualquier etapa del curso de la vida, preferentemente en su idioma materno, sin discriminación alguna.

Violencia de género

- La violencia contra la mujer en todas las etapas de su curso de vida, es un grave atentado en contra de sus derechos humanos, es una característica estructural de los sistemas patriarcales, que tiene o que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico y económico, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.
- Para el cumplimiento de la normativa y en la elaboración de sus herramientas de trabajo, tome en cuenta las siguientes variables:
 - Edad de inicio (infancia, adolescencia, adultez, vejez).
 - Forma de manifestarse (física, psicológica, sexual, patrimonial).
 - Nivel de gravedad (leve, grave, severo).
 - Frecuencia y duración (días, meses, años).
- Que el objetivo del sistema patriarcal (estructura familiar más antigua, forma de subordinación de los miembros de la familia al hombre, extendida a sus trabajadores y propiedad), con base socio-cultural

e institucional permisiva: es el control y dominación masculina sobre víctima feminizada (niña/o, mujer, anciana/o).

- La violencia de género se diferencia de otras formas de agresión como las conductas abusivas, el maltrato doméstico o la violencia intrafamiliar, en la fuerza o coerción que está presente, ya sea física, psicológica, sexual o económica, contra la mujer y que es tolerada por la sociedad.

El personal de salud, especialmente debe conocer los estereotipos a los que es sujeto y cuáles son sus límites, (descartar estigma y discriminación). De no estar preparado, solicitar apoyo a quien sí lo esté (psicóloga/o del distrito, de la DAS, médico/forense o red comunitaria) para dar el soporte biopsicosocial con enfoque de género en cuanto a maltrato físico, psicológico, político o patrimonial y en salud, la desigualdad, en el marco de las diferencias injustas, evitables y/o prevenibles.

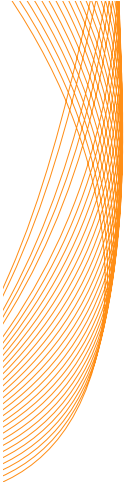
Si no tiene capacidad de resolución, referir a redes de prevención de la violencia de la sociedad civil y brindar apoyo en la denuncia ante el Ministerio Público, así como conocer las redes de derivación a nivel departamental.

Información desagregada

- Ser eminentemente cuantitativa con su análisis respectivo.
- Tener procesos de desarrollo que parten desde la planificación e investigación de los mismos.
- Contener el número de participantes desagregados por sexo e identidad de género.
- Contar con el nivel de participación que aportan a los procesos de desarrollo y el beneficio que reciben de los mismos.
- Partir desde los objetivos, las metas y los resultados de planes, programas y proyectos.

Toda investigación

- Debe tener perspectiva de género.
- Devolver a las comunidades sujetas de investigación o análisis, los



resultados para iniciar mejoras o implementar programas y proyectos con perspectiva de género en salud.

- Lograr investigaciones cualitativas para las necesidades básicas y de empoderamiento para las mujeres, en cuanto a género e interculturalidad.

Prevención y promoción de la salud

- **Fortalecimiento de la autoestima:** definida como la valoración generalmente positiva que tiene una persona de sí misma, es la opinión emocional que los individuos tienen de sí, sentirse capaz y valiosa/o. Es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento, una actitud positiva al derecho de vivir con dignidad. Contribuye a procurar las condiciones óptimas en la salud individual.
- Educación en salud preventiva para contribuir a disminuir los procesos de socialización patriarcales de dominio y sumisión, indicando a: madres, padres, de la niña y el niño y otros responsables de los núcleos familiares, escolares/docentes, sobre las mejores oportunidades de vivir en equidad e igualdad de oportunidades.
- Dar apoyo a las y los adolescentes en la construcción de sus proyectos de vida (habilidades para la vida) fortalecimiento de su autoestima y empoderamiento.
- Promover la salud mental para que todas las personas, mujeres y hombres en las diferentes etapas del curso de vida sean aceptadas, amadas y respetadas por sí mismas y por otras personas.
- Promover en el personal de salud, el conocimiento de la perspectiva de género y su aplicación.
- Coordinación del diseño de un Plan de Formación y capacitación para todo el personal de salud sobre:
 - Derechos humanos.
 - Derechos de las mujeres.
 - Sexualidad y derechos reproductivos.
 - Perspectiva de género y etnia.

- Identidad de masculinidad hegemónica y las nuevas masculinidades.
- Coordinación con las diferentes instancias de MSPAS, nivel central, normativo, planificación, administrativo y operativo, para que por medio de la IPG se trabaje en alcanzar igualdad de oportunidades en salud.
- Se deben desarrollar e implementar indicadores de equidad de género en salud en el sistema de información y promover que se analice la información con perspectiva de género.
- Desglosar la información estadística por sexo y pueblo.
- Trabajar para disminuir las brechas existentes entre mujeres y hombres por su condición de género.
- Trabajar en equipos multidisciplinarios el cambio de mentalidad, para la socialización en la educación y la salud, que se den a conocer los principios de la equidad e igualdad, respeto entre los sexos y tolerancia cero a la violencia.
- Inclusión de la perspectiva de género en las escuelas a los formadores de la infancia y a los profesionales de la salud, desde su inicio en pensum y formación obligatoria.
- Desarrollar campañas duraderas y reiteradas de sensibilización de la población, centradas en rechazo de conductas, actitudes y comportamientos violentos contra las mujeres desde su origen (ver perspectiva de género página 883 de éste módulo).
- Incluir medidas administrativas para que el derecho al consentimiento informado sea respetado por el personal de salud.

ANEXOS

ANEXO No. 1 VACUNACIÓN

A. PROFILAXIS ANTITETÁNICA EN EL MANEJO DE HERIDAS

La administración de vacuna Td (toxoides diftérico-tetánico) no es suficiente para el manejo de lesiones en piel expuestas al *Clostridium tetani* (tétanos), ya que ésta no genera la protección inmediata, por lo que se debe proceder en base a las características de la herida y el antecedente de vacunación.

En personas que nunca han recibido vacuna antitetánica (DPT o TT o Td) o que haya transcurrido más de 5 años de la última dosis y presente una herida potencialmente tetanógena (grande, sucia, contamina, otros), no es suficiente iniciar el esquema de Td, ya que esta proveerá inmunidad hasta completado el esquema, por lo que para neutralizar las toxinas del tétanos que se están generando en la herida contaminada, debe tratarse con inmunoglobulina antitetánica humana.

No genere la falsa expectativa que con una sola dosis de vacuna Td evita el riesgo de tétanos, explique y refiera al paciente al hospital más cercano, para completar tratamiento con inmunoglobulina antitetánica humana, correspondiente para heridas tetanógenas.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN CON Td EN CASO DE HERIDAS

Vacuna	Grupo a ser vacunado	Aguja y jeringa a utilizar	Dosis, vía de administración e intervalo
Td	Personas que han sufrido heridas con objetos contaminados.	23 G x 1" x 0.5 ml auto bloqueable.	Número de dosis: 5 dosis (0.5 ml cada dosis). Vía: intramuscular, región deltoides de cualquier brazo. 1a. dosis: primer contacto. 2a. dosis: un mes después de la primera dosis. 3a. dosis: seis meses después de la 2a. dosis. 1er. Refuerzo: 10 años después de la 3a. dosis. 2do. Refuerzo: 10 años después del 1er. refuerzo.

Todas las dosis de vacuna administradas a este grupo deben ser registradas en el carné, además en el Formulario SIGSA 5b y se deben ingresar en SIGSA WEB.

Fuente. Lineamientos del Programa de Inmunizaciones 2017.

B. VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B, A GRUPOS PRIORIZADOS

1. Personal de salud con mayor riesgo laboral (servicios públicos), prioritariamente los que tengan contacto directo con pacientes y/o con sangre y sus derivados; cualquier otro fluido corporal.
2. Personal de salud con accidente laboral.
3. Estudiantes de escuelas formadoras de recursos humanos en salud (estudiantes de las carreras universitarias de medicina, odontología, nutrición, químico biólogo licenciaturas de enfermería, trabajo social, estudiantes de auxiliares de enfermería, técnicos, y estudiantes de laboratorio, y bachillerato en medicina). Deben vacunarse un año previo a dar inicio a sus prácticas.
4. Personal que traslada pacientes a hospitales (personal de ambulancias, bomberos, técnicos en urgencias médicas).
5. Personas víctimas de violencia sexual.

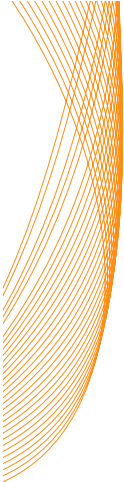
Es recomendable que cada uno de estos grupos, inicie y/o complete el esquema de vacunación al inicio de su vida laboral o estudiantil, antes de iniciar sus prácticas en los servicios de salud (hospitales, laboratorios, centros de salud, otros); en caso de víctimas de violencia sexual de forma inmediata posterior al ataque, como una más de las medidas de abordaje.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B A GRUPOS PRIORIZADOS

Vacuna	Aguja y jeringa a utilizar	Dosis, vía de administración y esquema
Hepatitis "B" para adulto.	23 G x 1"x 1ml	Dosis: 3, (1 ml cada dosis). 1a. dosis: primer contacto. 2a. dosis: un mes después de 1a. dosis. 3a. dosis: 5 meses después de 2a. dosis. Vía: Intramuscular profunda del músculo deltoides, cualquier brazo.

Fuente. Lineamientos del Programa de Inmunizaciones 2017.

Nota. Todas las dosis de vacuna administradas a este grupo deben ser registradas en el carné, además en el Formulario 5b anexo y se deben ingresar datos en módulo de "Otros Grupos de Población".

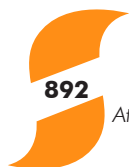


C. VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA ESTACIONAL EN GRUPOS DE RIESGO PRIORIZADOS

Es una estrategia para proteger de la enfermedad de forma total o parcial, de acuerdo al grado de concordancia entre las cepas que circulan en la temporada correspondiente, incluidas en la formulación de la vacuna administrada. Además, contribuye a limitar la circulación viral en la comunidad; es por todo ello que la vacunación contra la influenza estacional constituye una acción de salud preventiva de interés nacional prioritario.

Los virus de la influenza estacional experimentan mutaciones frecuentes, por tanto la inmunidad adquirida tras una infección previa, no garantiza protección contra otras variantes antigénicas, en consecuencia, cada dos o tres años ocurren brotes epidémicos de influenza.

La vacunación contra influenza estacional está recomendada cada año en grupos de riesgo priorizados, los cuales pueden cambiar de uno a otro año, por lo que se recomienda ver los lineamientos específicos de Influenza estacional que emite cada año el Programa de Inmunizaciones.



ESQUEMA DE VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA ESTACIONAL EN GRUPOS PRIORIZADOS

Esquema de vacunación contra Influenza Estacional en Grupos Priorizados					
Grupo objetivo	N° de dosis a administrar	Dosis aguja y jeringa	Vía de administración	Registro primario	Sistema de cómputo
Embarazada	Una dosis	Dosis 0.5 ml de vacuna contra influenza para adultos	IM, músculo deltoides, dos dedos debajo del hombro en cualquiera de los brazos	Formato 5b anexo Carné específico	Módulo "Otros Grupos de Población"
Personal de salud con mayor riesgo laboral					
Personas con enfermedad crónica de 36 meses de edad (3 años) en adelante					
Personas de 60 años y más, internados en asilos y personal que los atiende.					
Personal que traslada pacientes a hospitales (cuerpos de socorro)					
Estudiantes de escuelas formadoras en salud (medicina, odontología, enfermería, químico biólogo, laboratorista, bachillerato en medicina y otros		Utilizar jeringa 25 G x 5/8 x 0.5 ml			

Fuente: Lineamientos Programa Inmunizaciones 2017

Nota. Si se administra 2a. dosis, se debe mantener un intervalo mínimo de 1 mes entre cada dosis. Registrar en formulario 5b anexo e ingresar dosis a módulo "Otros Grupos".

ANEXO No. 2

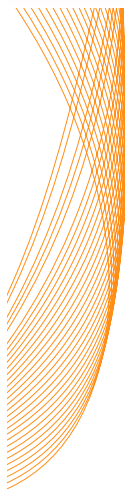
DIRECTORIO DE RED DE APOYO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

- Hospital de ojos y oídos “Dr. Rodolfo Robles Valverde” y sus centros de atención en el interior del país. Dirección: Diagonal 21, 19-19 Zona 11, Anillo Periférico. Ciudad de Guatemala. Teléfonos: 2473-0258, 2473 0829 y 2473-1397.
Correo electrónico: comité@concyt.gob.gt
Sitio Web: <http://www.prociegosysordos.org.gt/>
- Fundación Guatemalteca para Niños con Sordoceguera Alex-FUNDAL- y sede de Quetzaltenango y de Huehuetenango. Dirección: 1ª. Calle, 0-20 zona 1 Mixco. Colonia Lomas de Portugal. Carretera Interamericana. Teléfono PBX: 2491-7878 o 2491-1597. Correo electrónico: Inofrmacion@fundal.org.gt
- Fundación Sonrisas que Escuchan y Centro de Audición -CEDAF-. Dirección: 6ª. Avenida 6-63 Zona 10, Guatemala. Edif. Sixtino I, Oficina. 505. Teléfono: 2277-3406.
Correo electrónico: jrodas@sonrisasqueescuchan.org.gt
- Benemérito Comité Pro-Ciegos y Sordos de Guatemala. Dirección: 9ª. Calle 3-07. Zona 1. Ciudad de Guatemala. Teléfono: 2382-1800.
Sitio Web: <http://www.prociegosysordos.org.gt/>
- Escuela para Niños Ciegos “Santa Lucía”. Dirección: 2ª. Calle “A”, 9-00, Zona 10. Ciudad de Guatemala. Teléfonos: 2331-4424 y 2331-7540.
- Brigada Médica Cubana. Centro Oftalmológico José Joaquín Palma. Dirección 46 Calle 0-56 Zona 12, Monte María I. Ciudad de Guatemala. Teléfono. 2479 1434.



Atención a la Demanda

- Centro Educativo para Niños Sordos Regional de Oriente “María Teresa Ordóñez de Rodríguez”.
Dirección: contiguo al Hospital de Ojos y Oídos “Elisa Molina de Stahl”, colonia Juan Pablo II, Zacapa. Teléfono: 7941-2713.
- Hospital de Ojos y Oídos “Dra. H.C. Elisa Molina de Stahl”.
Dirección: 14 Avenida 0-08, Zona 1 Quetzaltenango.
Teléfonos: 7761-2414 y 7761-9983.
- Hospital de Ojos y Oídos “Manuel Ralda Ochoa o Concepción González de Ralda”. Dirección: El Asintal, Retalhuleu.
Teléfono 7771-0459.
- Hospital de Ojos “Doctor Fernando Beltranena Valladares”. Dirección: Final de la 6ª Calle Zona 1, Calle de los Bomberos, San Pedro Carchá, Alta Verapaz. Teléfonos: 79516387 – 7952.
- Asociación Guatemalteca de Oftalmología.
Dirección: 9ª. Calle 3-69 Zona 14, Edificio El Campo Oficina-1.
Teléfono 2366-6255.
Correo electrónico: asociacion de oftalmologia@gmail.com
- Asociación Instituto Panamericano Contra la Ceguera IPC.
Dirección: 10 calle 3-01 Zona 14, Edificio. Artes Médicas. Ciudad de Guatemala. Teléfono. 2337-2191.
Correo electrónico: ipcguate@gmail.com
- Unidad Regional Teculután.
Dirección: 2da. Avenida 2-39 Zona 2 Barrio Nuevo, Teculután Zacapa. Teléfono: 7934-9629 Cel. 5513-4627.
- Unidad Regional Huehuetenango.
Dirección: 6ta. Avenida “A” 7-37 Zona 1 Huehuetenango.
Teléfono: 7764-9683, Celular: 5513-4627.



- Unidad Regional Antigua Guatemala, Sacatepéquez.
Dirección: Calle Del Desengaño, Casa No. 24 (Sede Club de Leones). Teléfono: 7832-8817, Celular: 5513-4627.
- Unidad Regional en Alianza FUNDAZÚCAR.
Dirección: A un costado del Hospital Nacional de Escuintla.
- Unidad Regional en Alianza Hospital Infantil Juan Pablo II.
Dirección: 12 calle final 1-96 Colonia El Rosario Z.3 de Mixco.
Teléfono: 2329-5800.
Alianza de soporte a pacientes servicios Eye Scan
- Asociación Oftalmológica para Prevención Contra la Ceguera Visualiza. Dirección: 4a. Avenida "A" 11-53 zona 9, Ciudad Guatemala. Teléfono: PBX 2414-0900.
Correo electrónico: info@visualiza.org.gt.
- Clínica de Ojos Vincent Pescatore.
Dirección: Barrio 3 de abril La Ceibita sede en el Peten.
Teléfono: 7926-4746.
- Clínica Oftalmológica Lourdes.
Hospitalito Roppe, Tejutla, San Marcos. Teléfono 77600131.
- Unidad Nacional de Oftalmología.
Dirección: 8ª. Calle 5-64 Zona 11. Ciudad de Guatemala.
Teléfono: 2440-5263.
- Consejo Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad. Dirección: 1ª. Avenida 4-18 zona 1. Ciudad de Guatemala. Teléfonos: 2221-3612 y 2251-6760.
- Fundación Pediátrica de Guatemala. Dirección 4ª. Avenida 1-47 Zona 1. Ciudad de Guatemala.
Teléfono: 2285-3900.



- Hospital Roosevelt. Dirección: Calzada Roosevelt y 5ª. Calle Zona 11. Ciudad de Guatemala.
Teléfono: 2321-7400.
- Hospital General San Juan De Dios.
Dirección: 1ª. Avenida 10-50 Zona 1. Ciudad de Guatemala.
Teléfono: 2321-9191.
- Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación “Dr. Jorge Von Ahn”. Dirección: 13 Calle 0-18 Zona 1. Ciudad de Guatemala.
Teléfono: 2207-8400.
- Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación.
Dirección: 9ª. Avenida 7-01 Zona 11. Ciudad de Guatemala.
Teléfono: 2247-3800.
- Hospital Regional de Cobán, Alta Verapaz “Hellen Lossi de Lauguerud”. Dirección: 8ª. Calle 1-24 Zona 11.
Teléfono: 7931-6333.
- Hospital Nacional de Zacapa.
Dirección: 16 Avenida, Barrio Cementerio Nuevo, Zona 3. Zacapa. Teléfono: 7931-6565.
- Hospital de Salud Mental.
Dirección: Av. de Presidios final. Colonia Atlántida, Zona 18. Ciudad de Guatemala. Teléfonos: 2246-8888 y 2256-5084
- Servicios de psiquiatría y pediatría de los hospitales nacionales.
- Sanatorio Antituberculoso San Vicente.
Dirección: 11 Avenida A, 12-30 Zona 7, Colonia La Verbena. Ciudad de Guatemala. Teléfono: 2270-9292.

ANEXO No. 3

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LAS INTOXICACIONES

PARÁMETROS	CLASIFICACIÓN
Tiempo de aparición.	Intoxicación aguda. Intoxicación sub aguda. Intoxicación crónica.
Etiología.	Accidentales. Alimenticias. Picaduras o mordeduras de animales. Absorción accidental. Medicamentosas. Profesionales. Trabajo Infantil y en sus peores formas. Voluntarias. Autolesión. Drogadicción. Terapéutica.
Vías de ingreso.	Respiratoria- Inhalación. Cutánea-Absorción. Digestiva-Ingestión. Circulatoria -Inoculación o inyección.

Fuente. Adaptado por Programa de Salud Laboral 2017, de las Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel 2010.

ANEXO No. 4 ATENCIÓN DEL PACIENTE EXPUESTO A RABIA

CARACTERÍSTICAS DE LA EXPOSICIÓN	CONDICIÓN DEL ANIMAL AL MOMENTO DE LA EXPOSICIÓN	PRIMERAS INDICACIONES	CONDICIÓN DEL ANIMAL DURANTE EL PERÍODO DE OBSERVACIÓN DE 10 DÍAS	INDICACIONES DEFINITIVAS
1- CONTACTO SIN LESIÓN	Sano, sospechoso de rabia o sacrificado	Verificar que no exista lesión NO VACUNAR	Continúa sano Muere Positivo por laboratorio	NO VACUNAR
2. EXPOSICIÓN LEVE	Sano	Revisar y atender la herida, observar al animal por 10 días - NO VACUNAR	Sano	NO VACUNAR
☐ Lameduras en piel erosionada.	Sospechoso de rabia	Revisar y atender la herida, observar al animal por 10 días. INICIAR VACUNACIÓN	Sano al 10º. día de observación	SUSPENDER ESQUEMA DE VACUNACIÓN
☐ Mordedura única, superficial y excoriaciones en dermis, epidermis y tejidos	Desaparecido	Revisar y atender la herida. Tratar de localizar al animal agresor INICIAR VACUNACIÓN	Muere y/o es positivo por laboratorio	COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN
subcutáneos en tronco y miembros superiores e inferiores.			Se localiza animal agresor, observarlo por 10 días, si al décimo día está sano	SUSPENDER ESQUEMA DE VACUNACIÓN
☐ Manipulación de tejidos o saliva de animal rabioso.	Sacrificado	Revisar y atender la herida INICIAR VACUNACIÓN	No se localiza o muere sin análisis	COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN
			Sin análisis o resultado positivo de laboratorio	COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN
			Resultado negativo por laboratorio	SUSPENDER ESQUEMA DE VACUNACIÓN
3. EXPOSICIÓN GRAVE	Sano	Revisar y atender la herida, observar al animal por 10 días INICIAR VACUNACIÓN E INMUNOGLOBULINA ANTIRRÁBICA HUMANA	Sano al 10º. día	SUSPENDER ESQUEMA DE VACUNACIÓN
☐ Lamedura en mucosas: nasal, oral, ocular y genital.	Sospechoso de rabia	Revisar y atender la herida Observar al animal agresor por 10 días. INICIAR VACUNACIÓN E INMUNOGLOBULINA ANTIRRÁBICA HUMANA	Síntomas de rabia o positivo por laboratorio	COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN
☐ Mordedura y/o excoriaciones únicas en cabeza, cuello, manos y genitales.	Desaparecido	Revisar y atender la herida. Tratar de localizar al animal agresor INICIAR VACUNACIÓN E INMUNOGLOBULINA ANTIRRÁBICA HUMANA	Sano al 10º. día	SUSPENDER ESQUEMA DE VACUNACIÓN
☐ Mordeduras múltiples, profundas en cualquier parte del cuerpo.	Sacrificado	Revisar y atender la herida INICIAR VACUNACIÓN E INMUNOGLOBULINA ANTIRRÁBICA HUMANA	Muere y/o es positivo a rabia por laboratorio	COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN
			No se localiza o muere sin análisis de laboratorio	COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN
			Se localiza al animal agresor, observar por 10 días, y si está sano	SUSPENDER ESQUEMA DE VACUNACIÓN
			Sin análisis o resultado positivo de laboratorio	COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN
			Resultado negativo	SUSPENDER ESQUEMA DE VACUNACIÓN
ANIMALES SILVESTRES: La mordedura, lameduras o excoriaciones producidas un animal silvestre como: murciélago, zorrillo, zorro, pizote, mapache, coyote, micoledón, mono, comadreja, tacuazín, etc., se considera EXPOSICIÓN "GRAVE", por lo cual es necesario aplicar inmunoglobulina antirrábica humana y vacunación.				
ROEDORES Y LAGOMORFOS: No está indicado vacunar en caso de mordedura por roedores y lagomorfos ya que estos no actúan como reservorios y transmisores importantes de la enfermedad en la naturaleza. Roedores: ardilla, rata, ratón, hámster, gerbos, puercoespín, cuyos, etc. Lagomorfos: conejos y liebres.				

Fuente. Lineamientos del Programa de Zoonosis 2017.

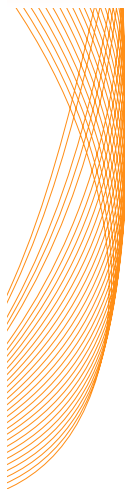
ATENCIÓN INMEDIATA DE LA HERIDA O MORDEDURA	APLICACIÓN DE VACUNA ANTIRRABICA HUMANA DE CULTIVO CELULAR (embrión de pollo, células vero o células diploides)	APLICACIÓN DE INMUNOGLOBULINA ANTIRRABICA HUMANA (SUERO HOMÓLOGO)	ATENCIÓN HOSPITALARIA AL PACIENTE CON RABIA
-Lavar la herida con abundante agua y jabón o detergente. Cuando hay lesión en mucosa ocular, lavar con suero fisiológico. -Desinfección con Hibitane, soluciones yodadas o Savlón. -Desbridamiento de la herida, para eliminar tejido contaminado, desvitalizado o necrosado. Sutura: La herida no debe suturarse, salvo que sea inevitable por razones de estética o de conservación de tejidos. Si son necesarias éstas deben ser de afrontamiento y se colocarán después de la infiltración local de inmunoglobulina antirrábica humana. Antibióticos: Administrar amoxicilina + ácido clavulánico: -Niñez: 50 mg/kg/día (base amoxicilina) suspensión por vía oral (PO) cada 8 horas, durante 7 días. -Personas adultas: 500 mg comprimidos, PO cada 8 horas, durante 7 días. Alérgica a la penicilina: Opción 1: Usar trimetoprim sulfametoxazol + clindamicina: -Niñez: 10 mg/kg/día (con base a trimetoprim) suspensión cada 12 horas PO (dosis máxima 160/800 + clindamicina 30 mg/kg/día suspensión cada 8 horas PO, dosis máxima 300 mg durante 10 días. -Personas adultas: un comprimido de 160/800 mg PO cada 12 horas + clindamicina 300 mg cápsula PO, cada 8 horas, durante 10 días. Opción 2: Usar claritromicina: -Niñez: 15 mg/kg/día suspensión cada 12 horas PO durante 7 días. -Personas adultas: 500 mg comprimido PO cada 12 horas, durante 7 días. Uso de Td: Aplicar dosis de Td según esquema.	ESQUEMA DE VACUNACION: Dosis: 0.5 ml o 1 ml dependiendo del fabricante. Vía de administración: Intramuscular (IM) en el músculo deltoides adultos y niños. En caso los niños no tengan suficiente músculo en el área del deltoides, se administrará en la región antero lateral del muslo. Número de dosis: 4 Días de administración: 0, 3, 7, 14 (el día 0 corresponde al día de inicio del tratamiento). Esquema de re-exposición: Toda persona expuesta previamente por animales y vacunada con esquema completo con vacuna de cultivo celular, no deberá vacunarse antes de 90 días. De 90 días a menos de un año: administrar 2 dosis, una el día 0 y la otra el día 3. Después de 1 año: iniciar nuevo esquema. Tratamiento pre-exposición: Aplicar una dosis los días 0, 7, 21 ó 28 y un refuerzo anual.	SUERO HOMÓLOGO Se aplicará una sola dosis, 20 UI/kg de peso, de la siguiente manera: Deberá infiltrarse alrededor de la herida la mayor cantidad posible de la dosis recomendada, si es anatómicamente posible, el resto debe administrarse IM en la región glútea, con la primera dosis de la vacuna o a más tardar 7 días después de haber iniciado la vacunación y seguir el esquema de vacunación completo.	INTERNACIÓN EN AISLAMIENTO -Observación. -Aspiración de secreciones. -Asistencia respiratoria. -Oxígeno lavado. -Por máscara facial. -Por traqueotomía. -Monitoreo cardíaco. -Sonda Vesical. -Hidratación parenteral. -Sedación. El curso clínico de la enfermedad, con o sin excitación o parálisis, son los síntomas predominantes, son de corta duración y ocasiona mucho sufrimiento. Los pacientes recuerdan y a menudo están enterados de la naturaleza de su enfermedad y están extremadamente angustiados, sobre todo cuando la excitación predomina. Esto agregado al hecho de que están aislados por el riesgo de transmisión del virus a través del contacto. Los pacientes con rabia deberán recibir adecuada sedación y que estén cómodos y confortables en una habitación privada con un apropiado soporte físico y emocional. Repetidas dosis de morfina IV han demostrado ser efectivas en el alivio de la agitación severa, la ansiedad y espasmos fóbicos. IMPORTANTE: A toda persona que fallece con diagnóstico de rabia se le debe realizar necropsia y enviar el cerebro al laboratorio de referencia para el diagnóstico de confirmación.

Fuente. Lineamientos del Programa de Zoonosis 2017.

ANEXO No. 5

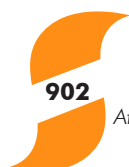
PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO

QUÍMICOS	MECÁNICOS
Polvos, humos, gases o vapores con efectos irritantes, corrosivos, asfixiantes o tóxicos.	Objetos, máquinas, equipos, herramientas.
NATURALES	ERGONÓMICOS
Terremotos, relámpagos, inundaciones, entre otros	Posturas, movimientos repetitivos, manejo y transporte de carga.
LOCOMOCIÓN	LOCATIVOS
Desperfectos o abusos de pilotos de buses, camiones, pick ups, tractores y otros vehículos de transporte con sobrecarga de trabajadores y sin condiciones adecuadas.	Áreas de trabajo no adecuadas.
PSICOSOCIALES	SOCIOCULTURALES
Violencia (física, psicológica, sexual y patrimonial),	Las condiciones de alojamiento los predispone a adquirir enfermedades.
Adicciones (alcohol, tabaco)	Descuido en su actividad sexual.
Depresión.	Adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS, VIH-sida, TB).
Agresividad .	Propensos a la violencia, incremento al consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas).
Ansiedad.	Accidentes y enfermedades laborales.
Insatisfacción.	Aislamiento, exclusión, desarraigo y marginación.



Descuido en su actividad sexual .	Violencia sexual en las mujeres migrantes en edad reproductiva, propensas a embarazos no deseados y a ITS.
Trastornos físicos o psicosomáticos.	Maltratos o violencia física y familiar.
Fatiga, dolor de cabeza, hombros, cuello, espalda, úlcera gástrica, hipertensión arterial, cardiopatía, renales, envejecimiento acelerado y otros.	Explotación sexual, laboral, (Trata de Personas), otros
	Sin acceso efectivo a servicios básicos de salud de calidad durante toda o una parte importante de sus vidas.
	Se les dificulta poder contribuir al seguro social o acceder a servicios privados.
	Falta de cumplimiento por parte de los Estados de los compromisos adquiridos en las declaraciones, tratados, convenios y cartas que favorecen a los derechos humanos de los migrantes y sus familias.

Fuente. Adaptado por Programa de Migrantes 2016.



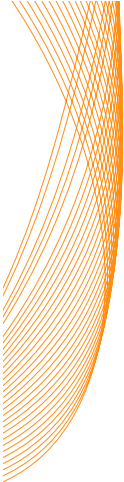
902

Atención a la Demanda



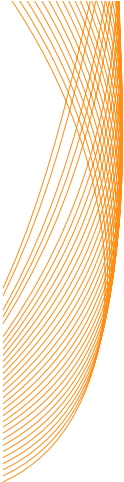
BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de la Protección Social, Guía de Atención Integral de Salud Ocupacional Basada en la Evidencia para Dolor lumbar inespecífico y Enfermedad Discal Relacionados con la Manipulación Manual de Cargas y otros factores de riesgo en el trabajo. 2007
2. Ministerio de la Protección Social, Guía de Atención Integral de Salud Ocupacional Basada en la Evidencia para Desordenes Músculo Esqueléticos (DME) relacionados con movimientos repetitivos de miembros superiores (síndrome de Túnel Carpiano, Epicondilitis y Enfermedad de De Quervain) 2007
3. Fete UGT Secretaría de Formación Sindical. Guía de buenas prácticas de salud laboral Centros de formación profesional
4. Blazer J, Naveh Y, Friedman A. Foreign body in children in the airway: a review of 200 cases. Am Rev Dis Child 1980; 134: 68-71.
5. Programa de Inmunizaciones Guatemala, "Manual Técnico de Inducción" Guatemala noviembre 2009, I: pág. 7-15.
6. Inmunizaciones, P. d. (2011). "Lineamientos Técnicos PNI "I: 5-20.
7. Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) Organización Panamericana de la Salud 2006, OPS/OMS, Washington, D.C. 20037, www.paho.org.
8. Medicina Tradicional, "Estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2014-2023". Edición de la Organización Mundial de la Salud, 2013.
9. Normas con Pertinencia Cultural... hacia la interculturalidad" Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa de Medicina Tradicional y Alternativa. Guatemala 2011.
10. Manual de Adecuación Cultural del Parto Natural/Vertical y sus distintas posiciones en el Marco Multicultural de Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa de Medicina Tradicional y Alternativa. Guatemala 2011.
11. Normas de Atención en salud integral para primero y segundo nivel. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2010.
12. Protocolos de Atención Prehospitalaria para Emergencias Médicas. Coordinación editorial: Lourdes Camacho Zambrano. Diseño y diagramación: Andrés S. Changoluisa. Revisión de textos: Andrés Landázuri. Impresión: Impreso en Quito, octubre 2011.

- 
13. Cáceres, Armando. Vademécum Nacional de Plantas Medicinales. Universidad de San Carlos de Guatemala. MSPAS. 2da. Reimpresión Guatemala 2015.
 14. Declaración Universal de los Derechos humanos, Artículo 1: Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros. Artículo 2 Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.
 15. Clasificación de la OMS sobre Discapacidad, Carlos Egea y Alicia Sanabria. Murcia Nov. 2001).
 16. Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad.
 17. La Sordoceguera Un Mundo por Descubrir, Fundación Once, Madrid, España.
 18. Guía de Discapacidad Múltiple y Sordoceguera, para el Personal de Educación Especial.
 19. Normas Nacionales de Salud Ocular, para el primero y segundo nivel, Programa de Discapacidad, DRPAP, MSPAS, Guatemala 2012 Septiembre 2011, México D.F
 20. Adaptada de la Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, OMS/2011.
 21. Recopilación de Guías de Atención Integral de Salud, para el personal del Primero y Segundo Nivel de Atención. Módulo 20. Cuidado de Oído y la Audición para Prevención de la Sordera.
 22. Recopilación de Guías de Atención Integral de Salud, para el personal del Primero y Segundo Nivel de Atención. Módulo 23. Guía para la Prevención de la Conducta Suicida.
 23. Informe sobre Desarrollo Humano, PNUD. 2009. 245 p. [s.l.]
 24. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Sistema Gerencial en Salud. Información generada por SIGSA
 25. Respuesta social ante la movilidad poblacional y El VIH/Sida.19. [en línea] [s.n.] [s.l.]
 26. Diccionario de la Real Academia Española, Vigésima Segunda Edición, ESPASA

LIBROS, S.L.U., 2001

27. J.E. Baños • C. Brotons • M. Farré Glosario de investigación clínica y epidemiológica monografías. Antonio Esteve. Fundación Antonio Esteve. [s.l.]
28. PERFIL DEL SISTEMA DE SALUD DE GUATEMALA, Febrero 2007,(Tercera Edición) [en línea] <http://www.iglesiacatolica.org.gt/cns/200702.pdf>
29. [Rafael García Galán, (coordinador); Elena González Rojo; autores, Baraza Cano, Mª Pilar et al.]. Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud / -- Sevilla: Consejería de Salud, [en línea] [2007]. [s.n.] [s.l.]
30. Montes María Teresa AS, Sola Augusto Recomendaciones de la Sociedad Iberoamericana de Neonatología (SIBEN). 2008:1-6.
31. Hirsch T. Mordeduras. Medwave. 2009; 9(10).
32. Ministerio de salud idzlp. Manual de normas y procedimientos para la vigilancia, prevención y control de la rabia 2007. Argentina
33. Saad C, Toro G, Martínez M, Díaz A, Rico E, Escobar E. Rabia Guía práctica para la atención integral de personas agredidas por un animal. Bogotá CES Medicina. 2009.
34. OPS/OMS GUÍA actualizada de la OMS de profilaxis antirrábica pre- y post-exposición, en humanos. 2008
35. Perú MdSd. Norma Técnica de Salud Para la Prevención y Control de Rabia Humana en el Perú 2008:1-130.
36. Expert C. WHO Expert Consultation on Rabies. Weekly Epidemiological Record. 2013; 982:1-150.
37. Centers for Disease Control and Prevention. Use of a reduced (4-dose) vaccine schedule for post exposure prophylaxis to prevent human rabies-recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR 2010; 59 (RR- 2):1-9.
38. Brasil Mds. Normas Técnicas de Profilaxia da Raiva Humana 2011:1-64
39. <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/economia/21/a11.pdf> Miguel Madueño
40. SEPREM, SEGEPLAN, Guía para incorporar criterios de género en el proceso de planificación, Guatemala, 2010.

- 
41. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Planificación con Enfoque de Género, Guía Básica de Género en Salud, Guatemala, 2011.
 42. Congreso de la República de Guatemala, Definiciones de Violencia, Decreto No. 22-2008, Ley contra el Femicidio y otras formas de violencia contra la mujer, Guatemala, 2008.
 43. Lagarde, M. Determinación del Género en la Cultura, La Multidimensionalidad de la Categoría de Género y del Feminismo, España, 2015.
 44. Schutter, M. Masculinidad y Género, Debate en América Latina, SciELO Public Health, Estados Unidos de América, 2013.
 45. Organización Panamericana de la Salud, Definiciones, Género, Salud y Desarrollo, Guía para Facilitadores, Washington, 1997.

Atención integral a las

Familias



ATENCIÓN INTEGRAL A LAS FAMILIAS

OBJETIVOS

General

Establecer lineamientos técnicos para el personal de salud en la atención integral a las familias y la aplicación de estrategias, líneas de acción y actividades impulsadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Específico

Describir los criterios que orienten al personal de salud en el abordaje de la atención integral de la familia para la identificación, clasificación de riesgos y problemas de salud como base para la planificación, priorización e implementación de acciones preventivas y estimulando la interrelación con las demás familias y actores de la comunidad para la generación de acciones de promoción de la salud.

ABORDAJE INTEGRAL A LAS FAMILIAS

La familia es definida como el “grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco, afecto y que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla”. Está influenciada por el contexto económico, histórico y sociocultural. Su funcionamiento se da en dos ámbitos, uno en el interior de la misma, donde sus miembros se relacionan entre sí y otro externo en el cual se relacionan con otras familias y demás actores de la comunidad.

Para proteger y contribuir a la realización progresiva del derecho a la salud de las familias, es primordial la participación activa de las mismas, partiendo del acceso a información oportuna para la detección, prevención y búsqueda de atención de riesgos y problemas de salud, que permita la toma de decisiones asertivas en el autocuidado y práctica de estilos de vida saludables.

Al abordar la salud de la familia se reconoce que debe ser diferente al abordaje individual de las personas, siendo necesario conocer sus características y funcionamiento, lo que es difícil observar desde los servicios de salud, por lo que la visita domiciliar/familiar es una estrategia imprescindible para el análisis de riesgos, problemas y factores protectores.

Las acciones dirigidas a la familia son vitales en la Atención Primaria en Salud Renovada -APSR-, donde la participación de las personas en sus diferentes roles sociales es parte elemental para el logro de su bienestar; al mismo tiempo el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cumple con sus obligaciones a través del trabajo de equipos multidisciplinarios, quienes desarrollan acciones para implementar las directrices y lineamientos técnicos contenidos en las normas de atención integral.

El abordaje en este nivel parte de una visita domiciliar/familiar, la que permite contar con un diagnóstico de la salud familiar, identifica y disminuye riesgos de salud, fortaleciéndoles para afrontar y resolver sus problemas, identificando casos de enfermedades priorizadas, población vulnerable y apoya a la identificación de emergencias.

Las acciones de salud orientadas hacia la familia no se realizan para dar seguimiento a problemas de salud individuales a nivel domiciliar. Se implementan para abordar riesgos potenciales, problemas de la familia en su conjunto y en caso de eventos específicos evaluar la activación del plan de emergencia familiar, ver anexo No. 5 en el módulo de Embarazo, Parto y Puerperio, página 83.

En la familia se realizan las principales acciones de integración de conocimientos y experiencias propias en el abordaje del proceso salud-enfermedad (autoatención) y donde se toman las decisiones cruciales de acuerdo a las condiciones de vida. El personal de salud al aplicar los criterios técnicos presentados en esta norma, fortalecerá las capacidades de la familia en su conjunto, potencializando las habilidades para el autocuidado, protección, prevención, participación social y promoción de la salud, así como la rehabilitación, desde su cosmoopercepción sociocultural.

Las familias conciben el proceso salud-enfermedad en forma particular y multidimensional, lo que implica el uso de recursos terapéuticos diversos para el cuidado de su salud. Por ello la atención a la familia desde el

nivel institucional del MSPAS debe basarse en el intercambio de prácticas y saberes basadas en diferentes enfoques, como la medicina tradicional y la medicina occidental. También debe apoyarse en el dialogo, respeto a las creencias, conocimientos y experiencias del otro; reconocer que ninguna cultura es superior a la otra; e incorporar prácticas y saberes que puedan ser útiles en la planificación de la atención, ver anexo No. 2 de ésta sección página 916.

Durante la visita domiciliar/familiar es oportuno abordar temas relacionados al enfoque de género, identificar potencialidades y vulnerabilidades asociadas a los roles e identidad de género, influyendo en la forma cómo viven, se desarrollan o deciden y el estado de salud que gozan por su condición de género, prevención de violencia de género a todos los miembros de la familia, ver anexo No. 1 de ésta sección, página 915.

El medio ambiente también incide en las condiciones de vida y salud de las familias, por lo tanto la forma en que las personas utilizan, conservan y protegen los recursos naturales es vital para alcanzar un estado de salud que conduzca al bienestar individual y social.

El personal de salud que atiende a las familias debe contar con conocimientos y principios éticos durante el desarrollo de sus acciones e incorporar en la planificación de la atención los aspectos siguientes:

- Debe consultarse la aceptación de la familia a ser atendida por el personal de salud, por lo que es importante informar desde un inicio las actividades que se tienen contempladas realizar, sus objetivos y en qué consisten.
- Toda acción que se realiza con la familia tiene la finalidad de apoyarla para el mejoramiento de su salud.
- Debe garantizar la confidencialidad.
- Respetar los ideales, creencias, costumbres y prácticas religiosas entre otras.
- El personal de salud no debe compartir vivencias personales ni familiares cuando se esté abordando a las familias.
- Evitar prácticas discriminatorias y no transmitir mitos de género.
- En las familias que rechazan ayuda es importante tratar de hacer incidencia y sensibilización.
- Cada miembro de la familia tiene un mismo valor, por lo que hay que tomar en cuenta sus opiniones y hacerles partícipes de la atención.

- El personal de salud debe considerar la autocrítica en su desempeño profesional, solicitar ayuda o asesorarse por otros profesionales cuando sea necesario.
- Mantenerse al margen de los asuntos familiares, evitando asumir posiciones a favor o en contra de algún integrante.
- Promover la referencia y contrarreferencia entre servicios de salud por niveles de atención del MSPAS y coordinación con terapeutas mayas, populares y otros.

Previo al abordaje de cada familia, se debe tener información de la misma, lo que permite orientar las acciones y hacer énfasis durante la visita.

Para identificar los riesgos de salud de la familia, el personal de salud debe consultar listado de problemas priorizados para definir el tipo de acción de acuerdo a la condición encontrada. Al final de esta sección, en el anexo No.3 **“Riesgos de salud para la familia”**, se identifican los signos para reconocer los problemas o riesgos y se establecen las pautas para la orientación integral a la familia. Esta clasificación se agrupa por la situación encontrada y el impacto que puede tener en la salud de toda la familia como: problema de **riesgo alto (página 917), moderado (página 925), y leve (página 933).**

Las intervenciones que se realicen en la familia están encaminadas a evitar daños y mejorar el estado de salud de todos sus integrantes.

Para realizar esta tarea, será necesario apoyarse con las diferentes guías, protocolos, manuales, lineamientos y otros documentos normativos vigentes del MSPAS, complementarios a estas normas de atención, así como el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud.

Como parte de la visita domiciliar/familiar se recomienda la elaboración de un Plan de Emergencia Familiar, ver anexo No. 5 módulo Embarazo, Parto y Puerperio, página 83, que tiene la finalidad de preparar y organizar los pasos necesarios para actuar en caso de una emergencia en salud. Es una acción preventiva y prepara a los integrantes de la familia para trasladar a sus integrantes a los servicios de salud con mayor nivel resolutivo para su atención inmediata, este plan es apoyado por la comunidad quien también es parte importante en la construcción e implementación del mismo, ver Plan de Emergencia Comunitario, anexo No. 6 módulo Embarazo, Parto y Puerperio, página 85.

- Identificar situaciones de peligro y activar el plan de emergencia cuando:
 - Una mujer tenga algún signo de peligro durante el embarazo, parto o puerperio.
 - Signos de peligro en niñas y niños.
 - Algún integrante de la familia tenga algún signo de peligro o presente lesiones o enfermedades graves, que ameriten su traslado inmediato a un servicio de salud.
- Es necesario que la familia se haga las siguientes preguntas:
 - ¿A dónde llevar a la persona enferma?
 - ¿En qué se van a transportar?
 - ¿Cuánto dinero necesitaran para movilizarse?
 - ¿Cómo le pueden ayudar familiares, vecinos o gente de la comunidad?
 - ¿Quién acompaña a la persona enferma?
 - ¿Quién cuidará la casa, niños, niñas, personas mayores u otros que necesiten de cuidado?
 - ¿Qué se debe llevar de la persona enferma?
 - ¿Quién toma las decisiones en caso de emergencia?

Durante el ejercicio de elaboración del plan de emergencia, la familia debe responder a esas preguntas con apoyo del personal de salud, con la finalidad que definan con claridad los pasos a seguir en caso de gravedad que amerite atención inmediata.

Se recomienda que todas las acciones identificadas cuenten con una persona responsable, los recursos necesarios y sean registradas en un documento que sea de conocimiento de todos los miembros de la familia.

Acciones de información y prevención para la familia

Al identificar riesgos de salud que afecten a varias familias, es necesario realizar acciones de intercambio de información y saberes que incluyan a las familias en riesgo. Pueden estar relacionados con el medio ambiente, enfermedades transmitidas por agua y alimentos, con el acceso a información en salud, entre otras.

Las actividades educativas en salud se deben hacer en paralelo, partiendo del diálogo y el intercambio de conocimientos, saberes y prácticas para el cuidado de la salud. Tienen la finalidad de disminuir los riesgos y prevenir problemas de salud a través de prácticas familiares saludables tales como: tratamiento del agua para consumo humano, utilización adecuada de letrinas, desecho adecuado de basura, acciones para prevenir y erradicar vectores transmisores de enfermedades, vacunación canina, reducción de riesgos ambientales cada año, entre otros.

El goce de buen estado de salud parte de la forma como las personas previenen riesgos, practican estilos de vida saludables y potencializan sus factores protectores, todo ello es vital para alcanzar el bienestar físico, psicológico y social.

La niñez, la adolescencia y la juventud son etapas del curso de vida donde las personas crean hábitos que permanecerán hasta la adultez. Por ello es importante que en las familias donde haya personas en estos grupos de edad, se brinde información de interés, que incluya la oferta de los servicios y se facilite el acceso a participar en estrategias de información y educación. Estas pueden ser espacios amigables, escuelas saludables, grupos juveniles, ferias de la salud, marchas, campamentos, grupos artísticos, deportivos y otros grupos con fines saludables y de desarrollo que sean identificados por las familias.

Las familias deben ser apoyadas por el personal de salud, para que valoren la importancia de la participación activa en las acciones organizadas en la comunidad, tanto de carácter educativo-preventivo como en acciones de apoyo mutuo para reducir riesgos ambientales que repercuten en la salud de todos y todas, tanto en lo individual, en las familias y en la comunidad.

Es importante reconocer el rol que tienen las familias para alcanzar bienestar y salud, por ello se debe fomentar el trabajo en equipo a pesar de las dificultades que puedan surgir, al mismo tiempo felicitar el esfuerzo y participación de cada una de las familias a las que se proveen servicios de salud.

ANEXO No. 1

CUADRO PARA ABORDAR GÉNERO EN LA FAMILIA

Aspecto de género a tratar con la familia	Orientación a la familia
Identificar cómo visualiza la familia y sus integrantes el género y cómo influye en sus vidas.	Dialogue con la familia e identifique cómo ven el género sus integrantes. Oriente a la familia para que analice cómo influye en sus vidas la percepción de los roles de género que tienen.
Identificar junto a la familia los roles de género asignados.	Oriente a la familia para que hagan un análisis de los roles de género que tienen y que han heredado de su familia y roles asignados por la sociedad.
Fomentar la participación tanto de hombres como mujeres en el cuidado de la familia: paternidad y maternidad responsable.	Promueva la participación de los hombres en el cuidado efectivo de las hijas e hijos. Oriente a la familia para que hombres y mujeres mejoren sus conocimientos en salud para auto atención y la de sus hijos.
Identificar quiénes ejercen derechos y obligaciones en la familia.	Oriente a la familia sobre derechos y obligaciones, para que los integrantes de la familia busquen y practiquen relaciones de equidad e igualdad.
Oportunidades de desarrollo.	Oriente sobre ir eliminando las desigualdades de oportunidades por ser hombres o mujeres: estudios, participar, manejo de recursos y trabajo, opinar, aprender oficios entre otros.
Toma de decisiones.	Dialogue con la familia e identifique quién o quiénes toman decisiones y ejercen poder. Oriente para que las decisiones sean compartidas y también las mujeres puedan decidir sobre su salud y la de sus hijas e hijos.
Identificar aspectos de género relacionados a la situación de salud de la familia.	Dialogue con la familia para que identifique con ellos aspectos de género que afectan su salud como: si recibe o no atención, acceso a recursos económicos y patrimoniales, decide sobre los bienes. ¿Quién decide sobre acudir o no a los servicios de salud?; ¿existencia de violencia basada en género?; ¿situaciones de violencia?; ¿discriminación u otros problemas a causa de género?; ¿riesgos sexuales y reproductivos?; entre otros.
Propiciar la educación preventiva en adolescentes y jóvenes.	Oriente a la familia sobre la importancia que adolescentes y jóvenes participen en actividades de espacios amigables , organizadas en los servicios de salud y en la comunidad, donde se abordan temas de equidad de género, prevención de violencia, adicciones, derechos sexuales y reproductivos, expresión de emociones, estilos de vida saludables, paternidad y maternidad responsable, habilidades para la vida y otros temas de importancia para ellos.

ANEXO No. 2

CUADRO PARA ABORDAR LA INTERCULTURALIDAD EN LA FAMILIA

Dialogar y aprender saberes de forma mutua.	• Dialogue con la familia e identifique aspectos culturales que enriquezcan su trabajo como personal de salud. • Oriente a la familia para que reconozca al servicio de salud y a la atención integral que allí brindan como un valor agregado a la medicina tradicional.
Identificar terapeutas y abuelas comadronas a los que acude la familia.	• Dialogue con la familia para conocer qué terapeutas y abuelas comadronas conocen y consultan.
Identificar factores protectores y de riesgo en las prácticas de autocuidado familiar.	• Dialogue con la familia para conocer las prácticas de autocuidado, conocer factores que pueden afectar y factores que pueden ayudar a su salud. • Oriente a la familia para eliminar los factores de riesgo y para fortalecer factores protectores.
Identificar la forma que ve la familia a los servicios de salud.	• Indague sobre lo que piensa la familia de los servicios de salud, de la atención que brindan y de la medicina que administran. • Oriente a la familia sobre los servicios de salud y resalte los beneficios de los mismos.
Informar a la familia sobre educación en salud para prevenir enfermedad.	• Analice la información proporcionada por la familia, respetando su criterio, apoye forma de educación que integren su cosmo-percepción. • Informe de los cuidados y atención en salud que contribuyen a prevenir enfermedades individuales, familiares y comunitarias.

ANEXO No. 3
RIESGOS DE SALUD PARA LA FAMILIA
LISTADO DE RIESGOS ALTOS DE SALUD
PARA LA FAMILIA

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES ALTOS	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
Adicción al consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas) y alguien solicita ayuda.	• Establecer el patrón de consumo. • Cuando es más de dos veces por semana. Ya es un consumo de riesgo que afecta a todo el entorno. Requiere orientación por personal de salud mental.
Familia con mujer en edad fértil o embarazada que consume sustancias psicoactivas.	• Riesgos del consumo para la mujer, feto y familia.
Persona con discapacidad y problema de adicción al consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas).	• Factores de riesgo que agravan la discapacidad: enfermedades crónicas, riesgos de accidentes que pueden causarle otras discapacidades e incluso comprometer su vida. • Que la/lo apoyen para que asista a centros de atención y rehabilitación disponible y condición de discapacidad de acuerdo a la norma.
Persona mayor con problema de adicción al consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas).	• Los factores de riesgo (caídas, abusos, depresión y violencia, abandono, inmovilidad entre otros) que pueden provocar la adicción al alcohol. • Las complicaciones que pueden presentarse en una persona mayor al sufrir caídas (fracturas de: cadera, fémur, cráneo) además del daño a órganos como hígado, páncreas, pulmones, entre otros.

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES ALTOS	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
Persona violenta en la familia y alguien pide ayuda. Tipo de violencia quien la sufre.	• Establecer los riesgos, por etapa del curso de vida, formas de violencia. • La importancia del conocimiento del tipo de violencia detectada. • Ciclo de la violencia y referir al segundo nivel de atención. • La atención que debe recibir la persona violentada, la persona identificada como violentadora y la familia en los servicios de salud.
Embarazo por violación o abuso sexual (si la familia lo informa).	• La importancia de la atención integral, diferenciada que incluye la salud mental en los servicios de salud. • Cumplimiento de la atención prenatal, educación integral en sexualidad, planificación familiar.
Embarazo no deseado.	• La importancia de la atención en salud mental en el servicio de salud. • Cumplimiento de la atención prenatal, educación integral en sexualidad, planificación familiar.
Persona con conducta suicida, o con intento de suicidio (si la familia lo menciona).	• Permanecer con la persona al identificar que ya tiene un plan y medios para suicidarse, esta medida evitará que lo haga (dejarla sola es facilitar el suicidio). • Negociar o hacer convenio para persuadirle a que no lo haga. • Activar plan de emergencia familiar para el traslado hacia especialista de salud mental (hospital) si es factible llamar ambulancia y hacer arreglos para hospitalización.

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES ALTOS	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
Miembro/a de la familia con signos y síntomas según cosmo percepción sociocultural y sin atención.	• Acudir al servicio de salud más cercano para evaluar y descartar otras enfermedades que requieran tratamiento integral. • Recibir apoyo de terapeutas de la comunidad y/o apoyo espiritual según sus creencias y cultura. • Identificar signos de peligro en todas las edades, siendo la referencia de acuerdo a normas de atención.
Enfermedad grave que amerita apoyo familiar.	• La importancia del cuidado de la salud mental y la búsqueda de apoyo emocional, especialmente para las personas que cuidan a los pacientes, por el riesgo de agotamiento y estrés. • Buscar apoyo emocional para él o la paciente. • El apoyo psicosocial en caso de duelo. • Identificar signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio y en el recién nacido.
Persona con cáncer.	• Los cuidados de estos pacientes, motivándoles a que se mantengan activos y que consuman alimentos saludables. • Importancia del apoyo psicosocial para la o el paciente, familia y/o cuidadores. • La supervisión en el consumo de medicamentos prescritos. • La identificación de signos de peligro y la activación del plan de emergencia familiar y comunitario.

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES ALTOS	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
Enfermedad grave por tuberculosis. - Niñez menor de 5 años con tuberculosis (TB). - Cualquier persona con TB en especial la pulmonar. - Persona diabética y/o viviendo con Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH-, detectar síntomas respiratorios.	- La importancia de acudir al servicio de salud para realizar búsqueda activa de signos o síntomas compatibles con tuberculosis. - La importancia de buscar el caso índice (persona que inició con la enfermedad), especialmente en menores de 5 años para darle tratamiento y a sus contactos. - Uso de mascarillas (tapabocas) por la madre durante la lactancia materna hasta que la baciloscopia esté negativa.
Leishmaniasis visceral en niñez menor de 5 años.	- Los signos y síntomas de peligro de leishmaniasis visceral. - Activar plan de emergencia para derivar a la personal al hospital más cercano. - Identificar a otras personas expuestas o con síntomas similares. - La prevención de la leishmaniasis evitando el contacto con el vector transmisor. - Evitar convivir con animales domésticos y salvajes.
Malaria grave.	- Los signos y síntomas de malaria grave (convulsiones, pérdida de la conciencia, fiebre, dificultad respiratoria y deshidratación). - La necesidad de trasladar inmediatamente al paciente al hospital más cercano. - No automedicarse.

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES ALTOS	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
Enfermedad de Chagas en fase crónica y aguda.	• Los signos y síntomas de peligro de los pacientes con enfermedad de Chagas crónica. • Activar plan de emergencia para derivar al o la paciente al hospital más cercano para su tratamiento. • Identificar a otras personas expuestas o con síntomas de Chagas crónico y agudo. • La prevención de la enfermedad de Chagas evitando el contacto con el vector transmisor (chinche picuda). • Mejorar las condiciones de la vivienda especialmente remozamiento de las paredes para evitar la proliferación del vector.
Arbovirosis: Zika.	• Riesgo sexual por infección del virus del Zika. • Consultar los servicios de salud para atención integral. • Cuidados para evitar la transmisión del virus del Zika durante el embarazo o durante las relaciones sexuales. • Microcefalia y alteraciones neurológicas al padecer Zika durante el embarazo. • Seguimiento de recién nacidas/os, niñas y niños menores de 5 años con discapacidad congénita por Zika.

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES ALTOS	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
Arbovirosis: Dengue Grave.	• Signos y síntomas de dengue grave y sus complicaciones. • Medidas urgentes. Activar plan de emergencia para la referencia inmediata a hospital más cercano, a casos de dengue grave. • Consecuencias del dengue grave y su manejo inmediato especialmente reposición de volumen de líquidos (suero oral o intravenoso según sea el caso). • Prevenir transmisión a familiares (uso de mosquitero). • Apoyo psicosocial en caso de muerte por dengue grave.
Arbovirosis: Chikungunya.	• Problemas articulares y tratar discapacidades (transitorias) por chikungunya subagudo y crónico. • Seguimiento con terapia a personas con secuelas en articulaciones de miembros superiores. • Medidas alternativas para disminuir las molestias y la inflamación en articulaciones. • La necesidad de apoyo psicoemocional y psicosocial a las personas que padecen la enfermedad.
Neumonía grave.	• Signos y síntomas de neumonía grave. • Motivo de traslado inmediato al hospital. • Activar el plan de emergencia familiar y comunitario. • Medidas de prevención de las infecciones respiratorias agudas, principalmente de la neumonía.

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES ALTOS	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
Deshidratación grave.	• Signos y síntomas de deshidratación grave. • Motivo de traslado inmediato al hospital. • Activar el plan de emergencia familiar y comunitario. • Medidas de prevención de las enfermedades transmitidas por alimentos, principalmente de la deshidratación.
Muerte de niñas y niños menores de 5 años (por diarrea/ neumonía).	• Signos de peligro por deshidratación severa, diarrea y neumonía • Identificar a otros menores de 5 años con los mismos síntomas del niño/a que murió. • Llevar de inmediato al servicio de salud más cercano a las niñas y niños que sean identificados con los síntomas del que murió, o que tengan signos de peligro.
Muerte materna, por violencia o suicidio.	• La participación que deben tener en la investigación y análisis de muertes en mujeres en edad fértil, muerte materna, feto y recién nacido.
No reconoce signos de peligro en embarazo, parto, puerperio.	• La importancia de conocer los signos de peligro. • Identificar las señales de peligro. • Activar el plan de emergencia familiar.
No reconoce signos de peligro de infecciones respiratorias agudas y diarrea.	• La importancia de conocer los signos de peligro • Identificar las señales de peligro según módulos de Lactante y Niñez. • Activar el plan de emergencia familiar y comunitario • Traslado inmediato del paciente con signos de peligro al hospital. • Oriente a la familia para que no automedique al paciente.

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES ALTOS	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
No reconoce signos de peligro en desnutrición severa o grave.	• Signos clínicos de desnutrición aguda severa (marasmo y kwashiorkor) según los módulos de Lactante y Niñez. • Signos clínicos desnutrición aguda moderada según módulos de Lactante y Niñez. • La importancia de acudir a los servicios de salud al observar alguno de los signos de desnutrición aguda.
Persona mordida por animal transmisor de rabia.	• La primera medida de prevención, lavar la herida con abundante agua limpia y jabón. • Asistir al servicio de salud, (puesto, centro de salud u hospital) para atención pronta y oportuna según sea el caso. • Captura, observación del animal agresor y reportar al personal de salud. • Evitar que sus perros o gatos deambulen en la vía pública. • Evitar la compra de perros o gatos en la vía pública porque podrían estar incubando la rabia. • Vacunar anualmente a perros en campañas de vacunación.
Mordedura de serpiente.	• Activar el plan de emergencia para su traslado al hospital para la atención y/o tratamiento con suero antiofídico. • Describir las características de la serpiente que causó la mordedura o si es posible llevar la serpiente muerta con el paciente.

LISTADO DE RIESGOS MODERADOS DE SALUD PARA LA FAMILIA

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES MODERADOS	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
Adicciones al consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas) pero no piden o no quieren ayuda.	• Que el alcoholismo y otras adicciones son enfermedades que ameritan atención. • La importancia de consultar el servicio de salud para que la persona afectada reciba atención integral (incluida la de salud mental).
Violencia en la familia pero no piden o no quieren ayuda.	• Buscar ayuda y prevenir las consecuencias de la violencia. • Los riesgos para las embarazadas y recién nacidas/os cuando no se busca ayuda.
Enfermedades músculo esqueléticas que afectan a miembros de la familia por su condición de trabajadores.	• Incentivar a la persona afectada a que acuda a los servicios de salud para recibir tratamiento. • Dar apoyo a la persona trabajadora, en tareas del hogar, para evitar más daños. • Promover la distribución equitativa de las tareas del hogar entre varios miembros. • Identificar otras ocupaciones para eliminar el riesgo laboral actual.
Riesgos laborales físicos.	• Reducir riesgos físicos en la persona trabajadora según la actividad laboral que realiza.
Familia con niño, niña o adolescente menor de 14 años que trabaja.	• Los derechos de la niñez. • Los riesgos para la salud de niñas y niños, adolescentes que trabajan. • Búsqueda de apoyo con instituciones para fortalecer a la familia y evitar que el niño o niña se exponga al trabajo.

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES MODERADOS	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
Familia con vergüenza de acudir a los servicios de salud por sentirse discriminada por “estigma y discriminación” asociado a VIH/Sida o tuberculosis.	• La gratuidad de los servicios, confidencialidad y respeto a las costumbres, creencias, idioma. • Igualdad de derechos. • El apoyo familiar y social. • La importancia de buscar apoyo emocional en el servicio de salud. • La importancia de acudir a los servicios de salud en pareja, para recibir tratamiento y evitar la automedicación. • Las formas de transmisión de las infecciones de transmisión sexual y uso correcto y constante del condón, en cada relación sexual para prevenir la transmisión o reinfección. • Las formas de transmisión para evitar mitos y rechazo. • Informar del riesgo de transmisión materno infantil. • Ofertar los servicios de salud para prevención, pruebas de VIH, conocer medidas para evitar la reinfección y adherencia al tratamiento. • La ubicación de las Unidades de Atención Integral -UAI-, que cuentan con personal especializado. Ver anexo No. 2 del módulo Persona Adulta y Persona Mayor página 745. • La importancia de cumplir con el tratamiento de Tuberculosis Directamente Observado -TDO-; y brindarlo directamente en el hogar si el estado de salud del paciente lo amerita. • Practicar estilos de vida saludable.

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES MODERADOS	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
Arbovirosis.	• Realizar atención prenatal y la atención correcta del parto para bien de la madre y recién nacida/o descartando infecciones por arbovirus. • Acudir a los servicios de salud como un derecho y prevenir complicaciones por arbovirus. • Las arbovirosis y cómo prevenirlas. • Cómo cuidar a las personas mayores, niños y mujeres desamparadas, para ayuda institucional, prevenir las arbovirosis y darle seguimiento al uso de pabellones impregnados.
Malaria durante el embarazo y en menores de cinco años.	• Los riesgos en la embarazada con malaria (aborto, bajo peso al nacer, anemia severa). • Riesgos que la malaria se convierta en un problema grave al interrumpir el tratamiento. • Hacer búsqueda activa de casos de malaria en otros miembros de la familia. • Acudir al colaborador voluntario para la toma de la muestra de la gota gruesa. • Acudir al servicio de salud para diagnóstico, tratamiento y pruebas de evaluación post tratamiento. • Asegurar la utilización de pabellones impregnados con insecticida. • El cumplimiento del tratamiento establecido.

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES MODERADOS	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
Problema psicoemocional y social por secuelas de Zika y otras arbovirosis.	• Las secuelas neurológicas, malformaciones congénitas como microcefalia y psicoemocionales entre otras. • Acudir a los servicios de salud según sea el caso para atención integral. • Los cuidados para las personas con discapacidad por chikungunya, Zika y dengue.
Niñez menor de 5 años con neumonía o diarrea sin deshidratación.	• Identificar signos y síntomas de diarrea, neumonía o deshidratación. • Acudir a consulta a los servicios de salud para su tratamiento oportuno. • La gravedad de estas enfermedades en neonatos y la importancia de su traslado inmediato al hospital. • Cumplir las recomendaciones del personal de salud en el tratamiento de las enfermedades y el cuidado de niñas y niños durante la enfermedad y sobre todo su prevención.
Rechazan vacunación de niñas y niños.	• Importancia de las vacunas para el bienestar de la niñez y de la población en general. • Evidencia científica de la efectividad de las vacunas. • Riesgo de no vacunar a sus hijas/os de forma oportuna, y el cumplimiento de esquemas de vacunación (riesgos de enfermedades que pueden causar alguna discapacidad física, sensorial o mental/intelectual) • Ejemplo del beneficio de las vacunas administradas de forma oportuna, prevenir neumonía y las complicaciones de diarrea por rotavirus, como deshidratación severa.

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES MODERADOS	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
Rechazan atención del embarazo y/o parto.	• Los servicios de salud, atendidos con calidad, calidez y pertinencia intercultural, que incluye la atención diferenciada a las adolescentes. • La importancia de la atención prenatal por personal de salud calificado con respeto a sus creencias, costumbres e idioma. • El derecho que tiene la mujer embarazada a ser atendida en el servicio de salud y de elegir la posición de atención del parto; y si lo desea a estar acompañada por la abuela comadrona. • Orientar a la familia que es posible que le entreguen la placenta, si no hay riesgo de infecciones. • Los cuidados después del parto según sus costumbres que incluye alimentación, reposo, higiene, vestuario, responsabilidades, relaciones interfamiliares, entre otros.
Rechazan las referencias y contrarreferencias a otros servicios.	• Identificación de signos de peligro que pueden poner en riesgo la vida de las mujeres en edad fértil, embarazadas y recién nacidas/os.
Rechazan control de recién nacida/o.	• La importancia de evaluar el desarrollo del recién nacida/o y aprender sobre la estimulación temprana.
Familia con autoestima baja, tristeza o sin ánimos de buscar ayuda, sin esperanza.	• Acudir al servicio de salud, donde le apoyarán.

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES MODERADOS	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
Persona mayor en situación de abandono, abuso y negligencia.	• El abandono es una forma de violencia y puede causar problemas de salud. • Las complicaciones del abandono: neumonía; hipotermia, depresión, deshidratación, desnutrición. • La importancia de fomentar la participación en actividades, para un envejecimiento activo y saludable. • Cuidar con dignidad y respeto a las personas mayores. • Dar seguimiento a la situación encontrada y evaluar la toma de medidas como la institucionalización, denuncias y otros.
Persona con discapacidad en situación de abandono.	• El abandono es una forma de violencia y puede causar problemas de salud. • Buscar ayuda psicosocial en los servicios, iglesias, grupos organizados. • Mejorar la situación en el cuidado y la atención de la persona con discapacidad. • Dar seguimiento a la situación encontrada y evaluar la toma de medidas como la institucionalización, denuncias, y otros. • Acondicionar los ambientes para mejorar la accesibilidad de las personas con discapacidad

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES MODERADOS	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
Niña/o en situación de abandono.	• Mejorar el cuidado de la niña/o, para que no siga en situación de abandono. • Buscar ayuda social a nivel comunitario o institucional para mejorar las condiciones de vida de la niña o niño. • Que asistan al servicio de salud donde se les dará atención. • Referir a institución que pueda brindar ayuda y/o seguimiento.
Familia aislada y sin red de apoyo.	• Consultar al servicio de salud más cercano, donde le evaluarán el estado de salud a todos los integrantes y verán si es necesario hacer referencias a otras instituciones.
Familia con personas con problemas cognitivos y/o visuales.	• La importancia de supervisar el consumo de medicamentos prescritos. • Supervisar a las personas para evitar caídas.
Familia con personas diabéticas.	• La adecuada preparación de alimentos (dieta de diabéticos). • El cuidado y prevención de pie diabético. • La importancia de realizar actividad física en familia. • La importancia de supervisar el consumo de medicamentos prescritos.

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES MODERADOS	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
Familia con antecedentes de cáncer.	• La detección temprana de cáncer en la mujer a través de: ▫ Mamografía: cada año en mujeres mayores de 40 años, ▫ Papanicolaou o Inspección Visual con Ácido Acético -IVAA- cada 3 años a mujeres en edad fértil, que han iniciado relaciones sexuales. • La detección temprana de cáncer de próstata en el hombre a través de la prueba de antígeno prostático cada 3 años, en mayores de 50 años.
Consumo frecuente de comida chatarra.	• La importancia de alimentarse de manera saludable, de acuerdo a las Guías Alimentarias para la Población Guatemalteca Menor de dos Años y Guías Alimentarias para Guatemala. • Evitar la comida chatarra (hamburguesas, pollo frito, pizza, frituras de bolsita, papas fritas). • Evitar consumir aguas gaseosas (bebidas carbonatadas), jugos procesados, otras bebidas artificiales, energizantes, entre otros.

LISTADO DE RIESGOS LEVES DE SALUD PARA LA FAMILIA

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES LEVES	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
Familia con integrantes con antecedentes de hipertensión arterial.	• La importancia que los miembros de la familia acudan a los servicios de salud para su evaluación, lo que incluye la toma de presión arterial.
Bajo consumo de proteínas y micronutrientes.	• La importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. • La alimentación para el resto de la familia de acuerdo a las Guías Alimentarias para la Población Guatemalteca Menor de dos Años y Guías Alimentarias para Guatemala. • Los micronutrientes (vitaminas y minerales) que están disponibles en los servicios de salud, para madres, mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas, niñas, niños, adolescentes, jóvenes y adultos. • Los criterios en la selección de alimentos disponibles a nivel local que sean fuente de proteínas (huevo, pollo, queso, entre otros) y micronutrientes.
Pasa horas o días sin agua en su casa y/o no siempre tratan el agua.	• Almacenar agua en recipientes limpios y tapados. • Lavar los recipientes con frecuencia. • Separar el agua de tomar, del agua para otros usos. • Evitar tocar el agua con las manos, antes de servirla para consumo. • Hervir o clorar el agua que use para tomar. Ver instrucciones en el módulo Niñez página 400.

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES LEVES	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
Tiran la basura en cualquier parte.	• Adecuada disposición de basura. • Que los ambientes sucios y basureros clandestinos favorecen la propagación de insectos y roedores que transmiten enfermedades. • Clasificar y reciclar la basura y sus beneficios (ambientales y económicos), separando basuras orgánicas; del plástico, vidrio, papel, cartón, latas o metales. • Uso de desperdicios orgánicos para abono, alimentos de animales domésticos. • Lavarse las manos con agua y jabón siempre, después de manipular los desechos.
Sin letrina en la vivienda.	• No defecar al aire libre. • Riesgos de adquirir enfermedades transmitidas por alimentos y agua al dejar las excretas al aire libre. • Uso correcto de letrinas o sanitarios. • Lavado de manos después de usar la letrina o sanitario. • Evitar que los animales se contaminen con excremento humano, ponerlos en lugares circulados o corrales. • Evitar caminar descalzos. • Evitar regar los cultivos con aguas contaminadas.

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES LEVES	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
Letrina descuidada o con uso no adecuado.	• Educación sanitaria y uso correcto de la letrina. • Ubicación y manejo de la letrina.
Tiene letrina pero alguien mayor de 5 años no la usa.	• Riesgos de las enfermedades transmitidas por alimentos y agua al dejar las excretas al aire libre, incluso las de las niñas y niños más pequeños. • Ningún miembro de la familia debe defecar al aire libre. • No tirar pañales al ambiente.
Cocina está dentro del dormitorio.	• El daño que hace a los pulmones de todos el respirar humo de leña, especialmente a niños y personas mayores. • La necesidad de instalar una chimenea para evitar la inhalación de humo. • La necesidad de construir la cocina en un ambiente fuera del dormitorio.
Uso de plaguicidas.	• Los peligros de intoxicación que existen en el manejo de plaguicidas. • La importancia de utilizar equipo de protección personal, cuando se manipulen y se utilicen en el campo y en el hogar. • Cómo evitar la exposición accidental a plaguicidas durante y posterior a la utilización, tanto en personas como en animales.
Mala disposición de plaguicidas.	• Si alguna persona tiene contacto directo con algún plaguicida, antes de llevarlo al servicio de salud debe bañarse de inmediato y cambiarse de ropa. • Desechar la ropa contaminada ya sea enterrándola o quemándola.

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES LEVES	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
Niñas/os en edad escolar y/o adolescentes que no van a la escuela o faltan seguido por migración, trabajo o falta de recursos.	• La importancia que la familia identifique estrategias que garanticen la permanencia de la niña o niño en la escuela. • Apoyar al niño o niña para que realice actividades como juego y otras que sean para su bienestar. • La importancia de priorizar las actividades lúdicas y educativas que protejan y promuevan el desarrollo de las niñas y niños menores de 14 años para contribuir a la erradicación del trabajo infantil.
Familia con adolescentes trabajadores mayores de 14 años.	• Identificar los riesgos de adolescentes trabajadores. • Apoyar al o la adolescente para que estudie o aprenda un oficio, para que se desarrolle. • Si no puede dejar de trabajar, que busque otra opción laboral de medio tiempo y menos riesgosa.
Factores de riesgo y caries dental en la familia...	• Los factores de riesgo de caries dental: alto consumo de azúcares, consumo de alimentos o bebidas azucaradas, falta de higiene o mala higiene bucodental, tabaquismo, alimentación inadecuada, consumo de alcohol, apiñamiento dental. • Cómo prevenir los factores de riesgo de caries dental (alimentación adecuada evitando el consumo excesivo de azúcares, lactancia materna como factor preventivo en menores de 1 año, higiene bucodental en todas las etapas del curso de vida, tratar el tabaquismo y alcoholismo). Alineación de las piezas dentales. • La importancia de evaluar la presencia de caries u otras piezas dentales que no se están desarrollando adecuadamente.

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES LEVES	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
... Factores de riesgo y caries dental en la familia.	• Si hay consumo de sal, que ésta sea yodada y fluorada. • Higiene bucal según la etapa del curso de vida de los integrantes de la familia: ▫ Neonato. Limpieza de encías con un trapo (dedil) limpio, para reducir la formación de placa bacteriana. Descarte dedil después del uso. ▫ Lactante. Limpieza de encías y dientes de leche con dedil o cepillo dental adecuado, (por la madre, padre o encargado) para reducir la formación de placa bacteriana y caries dental. ▫ Niña o Niño. El cepillado dental en menores de 6 años debe realizarlo la madre, el padre o encargado por lo menos dos veces al día, si utiliza dentífrico con flúor (pasta dental) la cantidad debe ser del tamaño de una arveja. Si observa manchas blancas en mucosa de carrillos y éstas no se desprenden al cepillado o limpieza, llevar al servicio de salud con atención odontológica. ▫ Adolescentes y Jóvenes. Uso del cepillo, hilo dental y dentífrico fluorado. El cepillo es de uso personal, si no lo tiene usar dedil. El dedil debe ser descartado después de su uso. ▫ Persona Adulta y Persona Mayor. Orientaciones igual que adolescentes. Cuando utiliza prótesis dental, quitarla para lavarla con un cepillo dental con pasta, retirarla durante la noche y colocarla en un recipiente con agua limpia. ▫ Además debe realizar limpieza de encías con cepillo o dedil antes y después del uso de la prótesis. ▫ Descartar dedil después de cada limpieza.

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES LEVES	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
Problemas periodontales.	• Si la persona con problema periodontal es adolescente o joven embarazada, debe ser atendida de inmediato por odontóloga/o para reducir riesgos en el embarazo, parto y puerperio. • Los factores de riesgo son los mismos de la caries dental. • Otros factores de riesgo: estrés, enfermedades que afectan el sistema inmune, diabetes, infecciones virales, entre otros. • Identificación de encías inflamadas con sangrado o pus, cambios de color (rojo más intenso o manchas en la mucosa), ampollas y/o úlceras en la boca, lengua, mejillas, cielo de la boca (paladar), dolor, mal aliento, falta de saliva. • Importancia de consultar el servicio de salud que cuente con personal de odontología para diagnóstico y tratamiento.

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES LEVES	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
Familias migrantes ubicados en finca durante cosecha.	• Identificar signos de peligro en las diferentes etapas del curso de vida. • Los riesgos de las familias migrantes. • La atención en los servicios de salud donde se les respetaran sus creencias, costumbres, cultura, no importando su origen ni condición migratoria. • Continuar con la atención en los servicios de salud según sus controles por etapa del curso de vida, especialmente en menores de 5 años y embarazadas. • La portación de carné de salud. • Práctica de estilos de vida saludable. • No exponerse a factores de riesgo, para no contraer enfermedades y evitar accidentes. • Denunciar violación a sus derechos humanos ante las autoridades competentes.
Familias de migrantes retornados, migrantes extranjeros que pernoctan y transitan en el país.	• Identificación de signos de peligro en las diferentes etapas del curso de vida. • Riesgos de las familias migrantes. • La atención en los servicios de salud donde se les respetarán sus creencias, costumbres y cultura, no importando su origen ni condición migratoria. • Continuar con la atención en los servicios de salud según sus controles por etapa del curso de vida. • Portación de carné de salud. • Prácticas de estilos de vida saludable. • No exponerse a factores de riesgo, para no contraer enfermedades y evitar accidentes. • La gratuidad de la atención, en los servicios públicos de salud. • Denunciar violación a sus derechos humanos ante las autoridades competentes.

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES LEVES	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
Vivienda sin ventilación y luz natural que contribuye a la propagación de la tuberculosis.	• La importancia de abrir ventanas en la vivienda, que permita una ventilación e iluminación natural adecuada, para evitar transmisión de enfermedades entre ellas la tuberculosis. • Mantener la vivienda limpia.
Enfermedades transmitidas por vectores (leishmaniasis dengue, chikungunya, enfermedad de Chagas)...	• Los signos y síntomas de las formas graves de la enfermedad especialmente en mujeres embarazadas, niñas y niños. • Asumir prácticas seguras y protegerse de las picaduras a través del uso de repelentes sobre piel y uso de camisa/blusa de manga larga, pantalones largos y sombreros de ala ancha. • Limpiar, recoger y enterrar la basura. • Inspeccionar la vivienda (paredes, techos, acumulación de material). • Rebozar las paredes agrietadas dentro y fuera de la vivienda. • Almacenar adecuadamente los alimentos, particularmente los granos, para evitar que atraigan animales que puedan ser posibles reservorios. • Mantener la casa y patio limpios. • Mantener los animales fuera de la vivienda. • Cambiar los techos vegetales por tejas o láminas. • Cambiar los pisos de tierra por ladrillo o cemento. • Limpiar con cepillo las pilas, tanques, toneles y bebederos de animales, por lo menos una vez a la semana y mantenerlos tapados.

PROBLEMAS/RIESGOS FAMILIARES LEVES	ORIENTE INTEGRALMENTE A LA FAMILIA SOBRE:
...Enfermedades transmitidas por vectores (leishmaniasis dengue, chikungunya, enfermedad de Chagas).	• Reducir el número de depósitos de agua u objetos evitando que puedan servir de criadero de mosquitos. • Colocar mallas o cedazos en puertas y ventanas, en la medida de lo posible. • Protegerse con mosquiteros impregnados con insecticida. • Voltear cubetas, tambos y otros recipientes, para que no mantengan agua que puede ser criadero de mosquitos. • Mantener libre de maleza y animales 300 metros alrededor de la vivienda, para evitar la formación de criaderos.
Vectores transmisores de enfermedades (zancudos, moscas, ratas y otros animales).	• Evitar tener contacto con aguas estancadas. • La eliminación de roedores y otras plagas. • Evitar contacto con sangre, tejidos, órganos, orina y heces de animales domésticos y salvajes, así como ser mordidos por ratas. • Proteger alimentos de consumo humano de orina y heces de roedores. • Mantener limpios los ambientes de la casa y alrededores.
Convivencia inadecuada con animales.	• Las enfermedades que los animales transmiten al ser humano. • La necesidad de separar los animales del lugar donde conviven las personas.



Atención integral a la

Comunidad





ATENCIÓN INTEGRAL A LA COMUNIDAD

En este apartado se aborda específicamente lo relacionado a la atención integral a la comunidad, dando relevancia al derecho a la salud, pertinencia intercultural y género. Se toma como base principal la Atención Primaria en Salud Renovada -APSR-, que manda a que todos y todas puedan acceder a la atención en salud como un derecho para que se logre el bienestar de las personas, familias y comunidades y a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, -ODS-, que son importantes porque constituyen un llamado mundial a la acción para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y asegurar que todos los seres humanos disfruten de paz y prosperidad.

Considerando lo enunciado y para que se logre brindar un abordaje de calidad, se pretende plasmar que la participación y el accionar del personal de salud en coordinación con todos los actores de la comunidad: Comités Comunitarios de Desarrollo-COCODES-, grupos comunitarios, líderes religiosos, jóvenes, grupos deportivos, escuelas y otros, con la finalidad que conozcan las acciones de promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como la situación de morbilidad de las personas, familias y comunidad de acuerdo al perfil epidemiológico local así como actuar lo mas oportunamente posible ante emergencias en salud que puedan surgir a nivel local.

CONCEPTO DE COMUNIDAD

“La comunidad está compuesta por personas que viven juntas en una u otra forma de organización y cohesión social donde sus miembros comparten en distintos grados, características políticas, económicas, sociales y culturales, así como intereses y aspiraciones incluidos los de salud.”

Para iniciar acciones en una comunidad es preciso dar a conocer los derechos comunitarios:

- Derecho a ser informado: el personal de salud debe informar a la comunidad sobre los planes que se pretenden desarrollar en la comunidad.
- Derecho a ser consultado: la comunidad debe ser escuchada antes de adoptar una decisión que la pueda afectar.
- Derecho a negociar: la comunidad, el personal de salud y los líderes deben acordar o pactar las decisiones en temas de salud.
- Derecho a participar en la toma de decisiones: los representantes de la

- comunidad son miembros de los órganos y tienen pleno derecho al voto.
- Derecho al veto: la comunidad puede negarse a la puesta en marcha de determinados proyectos o planes.

OBJETIVOS

General

Establecer los lineamientos técnicos orientados a la transformación de determinantes y condicionantes de la salud a nivel comunitario a través implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Específicos

1. Incidir a través de la implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los perfiles locales de morbilidad y mortalidad, mediante la participación de las organizaciones y líderes comunitarios.
2. Definir acciones que apoyen a los actores de la comunidad a empoderarse y actuar a favor de la salud, tales como planes de emergencia comunitarios para la referencia y contrarreferencia y otros encaminados a enfrentar situaciones de riesgo para las personas, familias y la comunidad.

LINEAMIENTOS TÉCNICOS ORIENTADOS A LA COMUNIDAD

Los equipos de salud comunitarios que sean designados serán responsables de la atención integral a la comunidad, deberán poseer las competencias, conocimientos, cualidades, capacidades y aptitudes que les permitan lograr los resultados esperados para el logro de la implementación de la atención integral a la comunidad, lo que les permitirá aplicar y desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad conjuntamente con la participación comunitaria según sus competencias y contribuirá en la transformación de los determinantes y condicionantes de la salud a nivel local, como:

COORDINACIÓN CON LÍDERES COMUNITARIOS

El personal de salud en coordinación con las organizaciones y actores sociales por mandato, deben conocer las leyes locales que les permitan tomar las mejores decisiones en beneficio de la comunidad.

Lineamientos para la coordinación con líderes comunitarios

El personal de salud designado a la comunidad debe:

- Conocer a los líderes formales y no formales de la comunidad así como las leyes locales.
- Recibir la información de la comunidad, que sirva para los procesos iniciales de implementación de la atención integral a la comunidad en salud, en el acercamiento y negociación comunitaria, elaboración del croquis, censo y línea basal.
- Disponer de estrategias de acercamiento y negociación con líderes comunitarios.
- Conocer cómo se desarrollan en la comunidad los individuos en las diferentes etapas del curso de vida, así como las dinámicas, roles y estatus que se les otorgan en cada etapa.
- Conocer los procesos socio-culturales, considerando los conjuntos de significados, conocimientos, actitudes, normas, costumbres, prácticas y preferencias en la comunidad.
- Conocer el perfil epidemiológico local del modelo biomédico y de otros modelos socio-culturales, para considerar los problemas prioritarios.
- Realizar periódicamente en conjunto con líderes comunitarios el análisis de la sala situacional de salud, para la identificación de los principales factores de riesgo y perfiles de morbilidad, buscar los medios para mejorar la situación.
- Participar abierta y honestamente compartiendo opiniones, conocimientos y experiencias con los líderes comunitarios.
- Mantener una buena comunicación, apertura, transparencia, disponibilidad de información, diálogo y confianza con la comunidad.
- Establecer procesos que faciliten a los integrantes del equipo de salud y de la comunidad el asumir responsabilidades y que respalden su trabajo por medio de la realización de tareas consensuadas.
- Buscar comprender las necesidades y aspiraciones de la comunidad a través de las distintas formas que tienen de expresar su sentir con respecto a la calidad del servicio recibido.
- Disponer de estrategias para el manejo de conflicto a nivel del personal de salud y de la comunidad.
- Apoyar en la organización de comisiones de salud comunitarias.
- Incidir para que se elaboren planes de emergencia comunitarios.
- Participar en capacitaciones para activar planes de emergencia comunitarios ante emergencias en salud y/o desastres.

- Orientar a los líderes comunitarios a disponer de un fondo monetario para poder enfrentar una emergencia en salud y/o desastre.
- Orientar a la comunidad para que tengan establecido quiénes deben acompañar ante una emergencia en salud.
- Orientar a la población a tener establecido quién cuidará de los familiares (menores o personas mayores) en caso sea la madre y/o padre los que tengan que irse por una emergencia en salud o desastre.
- Conocer dinámicas de la migración local y orientar a la población sobre los riesgos y consecuencias que genera la migración, así como las medidas para minimizarlos.
- Contribuir para lograr una mayor capacidad de resolución en casos de crisis y contingencias en las comunidades.
- Participar en reuniones de la coordinadora local de reducción de desastres.

SANEAMIENTO AMBIENTAL Y CALIDAD DEL AGUA

Realizar acciones de vigilancia de saneamiento ambiental y la calidad del agua, en conjunto con la organización comunitaria, responsables del tema de medio ambiente y agua y con apoyo de los COCODES.

Lineamientos para el saneamiento ambiental y calidad del agua

El personal de salud designado para este fin deberá:

- Coordinar con líderes comunitarios acciones de vigilancia de saneamiento ambiental para mejorar las condiciones de la comunidad, se deberá elaborar un plan de acción.
- Impartir charlas comunitarias para evitar la acumulación de agua a flor de tierra o estancamientos de la misma; prevención de acumulación de agua en recipientes y promover la deschatarización, que pudieran ser reservorios de mosquitos.
- Coordinar con responsables de vectores, campañas periódicas de avatización.
- Dar charlas comunitarias para evitar la acumulación de desechos sólidos a flor de tierra o el inicio de basureros no autorizados.
- Coordinar con líderes municipales lo relativo a la calidad del agua, la cloración y el uso adecuado por la comunidad.
- Dar a conocer a la comunidad las formas correctas de la cloración del agua, donde no exista agua clorada.

- Proponer y/o incidir en acciones para el desarrollo comunitario de proyectos para aguas residuales.
- Promover la participación comunitaria en el levantamiento de censos de población canina y gatuna, en campañas y/o jornadas de vacunación para la prevención de la rabia.

IMPLEMENTACIÓN DE HUERTOS DE PLANTAS MEDICINALES

El personal de salud, en coordinación con líderes y la comunidad, en especial con los terapeutas tradicionales y abuelas comadronas deben conocer y aplicar lo normado por el Programa de Medicina Tradicional y Alternativa.

Lineamientos para la implementación de huertos de plantas medicinales

El personal de salud designado a la comunidad debe:

- Disponer de un mapeo local de los servicios de salud que cuenten con huertos de plantas medicinales.
- Disponer de un inventario de las plantas medicinales propias de la región y de las que se pudieran utilizar para el apoyo complementario de tratamientos.
- Fomentar en el personal de los servicios de salud la implementación de huertos medicinales en el servicio.
- Capacitar a líderes comunitarios y/o líderes familiares para la implementación de huertos comunitarios y familiares para el apoyo complementario de tratamientos a enfermedades.
- Inculcar en el personal de los servicios de salud el uso complementario de plantas medicinales de acuerdo a lo normado y a la práctica local.
- Capacitar al personal de los servicios, terapeutas tradicionales y abuelas comadronas sobre el uso responsable de plantas medicinales y de los efectos adversos y contraindicaciones del uso de las mismas.

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y A LA ATENCIÓN INTEGRAL

Se deben realizar acciones de atención integral a las personas y familias en las comunidades de difícil acceso a los servicios de salud, para facilitar la cobertura y la atención integral.

Lineamientos para el acceso a los servicios de salud y a la atención integral

El personal de salud responsable del abordaje comunitario debe:

- Disponer de un croquis actualizado de la comunidad bajo su responsabilidad.
- Conocer los accesos comunitarios (camino) para orientar a las personas y/o familias a que puedan acceder a los servicios de salud por las vías más rápidas.
- Dar a conocer la ubicación, horarios de atención y los servicios que se brindan en la red de servicios de salud.
- Mantener informada a la comunidad que en caso de emergencia por enfermedad y se requiera traslado de personas a servicios de salud, deben informar a la comisión de salud más cercana para activar el Plan de Emergencia Familiar o Comunitario, ver anexos No. 5 página 83 y No. 6 página 85 del módulo Embarazo Parto y Puerperio.
- Tener conocimiento del vehículo que se utilizará cuando se active un Plan de Emergencia, ya sea familiar o comunitario.
- Coordinar con los terapeutas tradicionales y abuelas comadronas la pronta referencia de personas cuando no responden a tratamientos iniciados por ellos y darles el acompañamiento respectivo y/o solicitar la activación de los planes de emergencia de ser necesario.
- Incidir para que se respeten las referencias y contrarreferencias realizadas por personal de salud, así como de los terapeutas tradicionales y abuelas comadronas.
- Promover la utilización y aplicación de las “Normas con Pertinencia Cultural hacia la interculturalidad” y el “Manual de Adecuación Cultural del Parto Natural/Vertical y sus distintas posiciones en el Marco Multicultural de Guatemala”.

EDUCACIÓN PARA UNA VIDA SALUDABLE

El personal de salud debe incidir en la comunidad para el establecimiento de estilos de vida saludables.

Lineamientos para la educación de una vida saludable

El personal de salud responsable del abordaje comunitario debe:

- Conocer las funciones de las instancias gubernamentales, no gubernamentales y privadas para la derivación de las personas que necesiten de otros servicios.
- Aprovechar los días de mercado para dar pláticas educativas, donde se promocionen los servicios de salud y públicos para la prevención de enfermedades y otras necesidades locales.
- Coordinar con las instancias educativas para planificar charlas educativas promocionando la salud y prevención de enfermedades en la población escolar y otras situaciones locales.
- Promover en la comunidad la práctica de estilos de vida saludable y la salud mental.
- Promover el establecimiento, funcionamiento y/o fortalecimiento de Espacios Amigables, para adolescentes y jóvenes.
- Promover el establecimiento, funcionamiento y/o fortalecimiento de escuelas saludables para niñas/os, adolescentes, jóvenes y/o otros grupos.
- Promover conjuntamente con líderes municipales, líderes comunitarios y todos los sectores de la comunidad el establecimiento, de municipios saludables.
- Promover la coordinación con otras instancias locales la creación de áreas recreativas y deportivas para el servicio de la comunidad.
- Promover la actividad física y evitar el sedentarismo.
- Promover el consumo de alimentos saludables y disminuir el consumo de comida chatarra.

OTRAS ACCIONES PREVENTIVAS

- Orientar a la población a no permitir la violación a los derechos humanos, violencia sexual, violencia intrafamiliar, violencia de género, tráfico de migrantes y la trata de personas, para lo cual deben denunciar a las instancias respectivas.
- Fortalecer en la población y en los establecimientos educativos de la comunidad, los factores protectores para evitar las enfermedades, riesgos y consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas).
- Abordar la situación de los riesgos y vulnerabilidades que existen en la comunidad, siendo necesario coordinar con autoridades locales que velan por la seguridad, para el control de grupos vandálicos que ponen en riesgo y peligro la integridad de las personas para vivir en una comunidad saludable y segura.

COMISIÓN RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN DE LAS NORMAS DE ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL PARA PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN 2018

Coordinadora Comisión de Normas

Dra. Maira Elizabeth Sandoval Rosa

Módulo 1 Embarazo, Parto y Puerperio

Dr. Erwin Teyul

Módulo 2 de Neonato

Dra. Dania Hernández

Módulo 3 de Lactantes

Dr. Enrique Molina

Módulo 4 Niñez

Licda. Sara Linares

Módulo 5 Adolescencia y Juventud

Dra. Maira Elizabeth Sandoval Rosa

Módulo 6 Persona Adulta y Persona Mayor

Dr. Francisco Nájera

Módulo 7 Módulo de Atención a la Demanda

Dr. Jorge Daniel Lorenzana

Apoyo Profesional Comisión de Normas

Dra. Ruth Elena Girón de Arango

Licda. Victoria Mogollón

Sección de Desarrollo Editorial

Licda. Tanya Migoya

Diseñador Gráfico

Sr. Carlos Castellanos

Agradecimiento muy especial al personal de la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS- y al personal de las 29 áreas de salud que participaron en la validación de estas normas.

**PERSONAL PROFESIONAL DE LOS PROGRAMAS DEL
-DRPAP- QUE PARTICIPÓ EN LA ACTUALIZACIÓN DE
LAS NORMAS DE ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL
PARA PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL
2018**

Programa de Adolescencia y Juventud

Dra. Maira Sandoval Rosa, coordinadora.

Srita. Jenniffer Paola García, asistente.

**Programa de Adulto Mayor y Programa de
Discapacidad**

Dra. Ana Leticia Pons, coordinadora.

Dr. Francisco Nájera, técnico normativo adulto mayor.

Licda. Gloria Serrano, técnico normativo discapacidad.

**Programa de Atención a la Población Migrante y
Programa de Medicina Tradicional y Alternativa**

Dr. Jorge Daniel Lorenzana, coordinador.

Srita. Pahola Velásquez Castillo, técnica normativa medicina tradicional

**Programa de Enfermedades Transmitidas por
Alimentos y Agua y Programa de Infecciones Respi-
raciones Agudas**

Dra. Blanca Morales, coordinadora.

Dr. Juan Carlos Pérez, apoyo Brigada Médica Cubana.

Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores

Licda. Zoraida Morales, coordinadora.

Dr. Pedro Yax, técnico normativo.

Lic. Erick Durán, técnico normativo de Leishmaniasis.
Licda. Blanca Chinchilla, técnica normativa de Chagas.
Dr. Mario Sum, técnico normativo Malaria.
Dr. Julio Hernández, facilitador técnico normativo Subvención de Malaria.

Programa de Inmunizaciones

Licda. Diana Beatriz Sierra, coordinadora a.i.
Dra. María Olga Bautista, técnica normativa.

Programa de Infecciones de Transmisión Sexual VIH / SIDA

Dr. Mario Antón, coordinador.
Licda. Arovi Martínez, técnica normativa.
Licda. Pilar Said, técnica normativa.

Programa de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre

Licda. Claudia María García, coordinadora.

Programa Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles y Cáncer

Dr. Eduardo Palacios, facilitador.

Programa de Salud Bucodental

Dra. Lissette Vanegas, coordinadora.
Dr. Samuel Cohen, técnico normativo.
Dra. Wendy Sáenz, técnica normativa.
Dra. Ruth Rodríguez, técnica normativa.

Programa de Salud Integral de la Niñez

Msc. Sara Linares, coordinadora.
Msc. Nancy Almengor, técnica normativa.

Programa de Salud Laboral

Lic. Jorge Hernández Kiste, coordinador.

Programa de Salud Mental

Mgs. Ninette Alburez de von Ahn, coordinadora.
Licda. Ana Lily Reynoso, técnica normativa.

Programa de Salud Reproductiva

Dr. Helmoth Herrera, coordinador.

Dr. Erwin Teyul, técnico normativo.

Dra. Dania Hernández, técnica normativa.

Dr. Enrique Molina, técnico normativo.

Programa de Seguridad Alimentaria Nutricional (PROSAN)

Licda. Sandra Chew, coordinadora.

Mba. Ruth María Estrada, técnica normativa.

Programa de Tuberculosis

Dra. Lucrecia Ramirez, coordinadora.

Licda. Emilia Guzmán, técnica normativa.

Programa de Zoonosis

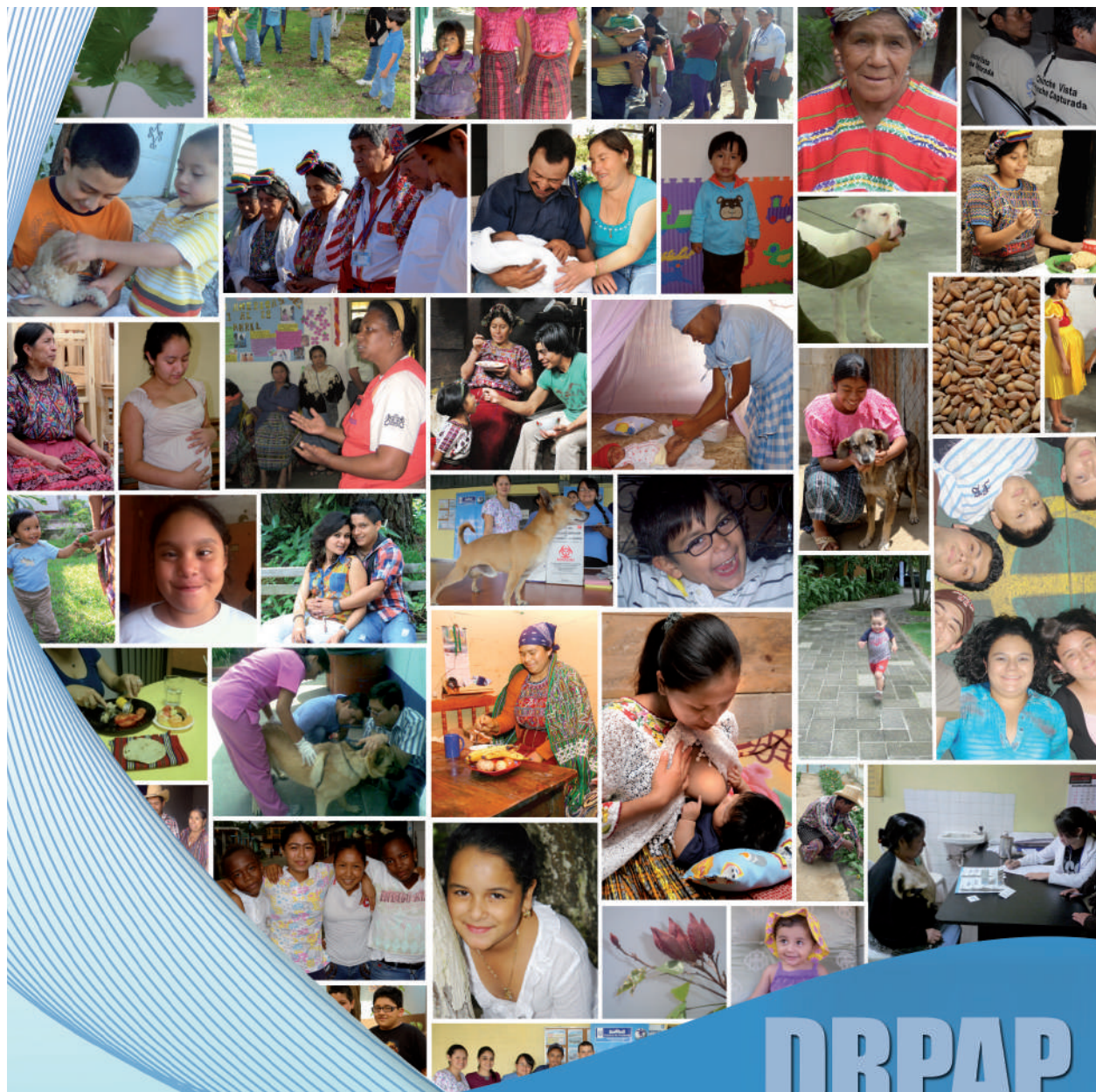
Dra. Leila Camposeco, coordinadora.

Dra. Aída Velíz, técnica normativa.

Dra. Greta Bertrand, técnica normativa.

Agradecimiento especial a la
Doctora Delmy Walecka Zeceña Alarcón
por el valioso apoyo durante su gestión en el DRPAP.





DRPAP

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud
Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas