

Pautas de
Tratamiento
en la Atención
Primaria de Salud

El folleto que ponemos en sus manos es fruto del trabajo de un grupo de especialistas para facilitar la labor de los médicos de la familia en la atención primaria de salud, es un extracto y copia fiel de los manuales de procedimientos para la obstetricia, la perinatología y la pediatría estando avalado por los grupos provinciales de Pediatría y Obstetricia.

Por lo que las pautas de tratamiento que a continuación les ponemos en consideración son de obligatorio cumplimiento para estandarizar los mismos a toda la provincia, es un documento de consulta que debes tener a mano y que te orientará en tu labor diaria, esperamos que te resulte útil.

Departamento Materno Infantil Provincia La Habana.

Marzo 2011

INDICE

Atención Prenatal	4
Diabetes y Embarazo	13
Anemia y Embarazo	15
Infección Urinaria embarazo y puerperio	20
Hipertensión arteria y Embarazo	23
Restricción del retardo del crecimiento intrauterino	27
Gestorragias	29
Síndrome de respuesta inflamatoria Sistémica	37
Embarazo y Nutrición	39
Síndrome de flujo Vaginal en el Embarazo	48
Embarazo Ectópico	51
Infecciones respiratorias agudas	55
Infección de piel y tejidos blandos	78
Infección del tracto urinario	85
Enfermedades diarreicas	89
Neonatología	95

ATENCION PRENATAL

CONSULTAS	EDAD GESTACIONAL
Consulta de Captación	Antes de las 14 semanas
Evaluación	En los 15 días posteriores a la captación
Consulta	A las 18 semanas
Consulta	Alrededor de las 22 semanas
Consulta	Alrededor de las 26 semanas
Consulta	Alrededor de las 30 semanas
Reevaluación	Alrededor de las 32 semanas
Consulta	Alrededor de las 36 semanas
Consulta	Alrededor de las 38 semanas
Interconsulta y remisión al Hospital	Alrededor de las 40 semanas

Las actividades de terreno se realizarán fundamentalmente por la enfermera del consultorio

Consultorios del equipo básico de Salud:

En estos se realiza la captación, evaluación, re-evaluaciones e interconsultas conforme establece la cronología y conducta de la atención prenatal, con un enfoque integral, donde se involucra a todas las especialidades del grupo básico de trabajo, de acuerdo a la individualidad de cada una de las gestantes.

Estas acciones de salud se brindan a todas las gestantes que residen en su territorio o están ubicadas transitoriamente en el mismo, con información y conocimiento de su médico de familia en estos casos.

El ingreso domiciliario o en **el hogar materno** se orientará a las gestantes que requieran del mismo, teniendo en cuenta su valoración integral.

Además de brindarse por el Equipo Básico de Salud las visitas y consultas en el terreno (ver más adelante su metodología).

La atención prenatal será precoz, periódica, continúa, completa, dispensarizada, integral, regionalizada, en equipo y con la participación activa de la comunidad.

Primera consulta. Captación

La detección de una embarazada puede lograrse espontáneamente o por el personal de enfermería o la brigadista sanitaria de la Federación de Mujeres Cubanas o la trabajadora social o el propio médico en la labor de terreno o en el consultorio. Será citada entonces a la consulta de

captación que, por su importancia en la detección de factores de riesgo de la gestante, deberá realizarse lo más temprana y oportunamente que sea posible.

La realizará el médico de familia. Se procederá como sigue:

- Los datos generales del carnet obstétrico se tomarán por el carnet de identidad de la gestante. Recordar que debe llenarse en su totalidad.
- Anamnesis general y obstétrica precisando: antecedente de sus ciclos menstruales, fecha de la última menstruación, tipo de partos previos, pesos de los recién nacidos y en caso de abortos edad gestacional de los abortos espontáneos. Además de incluir los aspectos socio-económicos y especificar si se trata de una paciente de riesgo reproductivo. Se debe incluir los aspectos de la evolución de cada uno de los embarazos, abortos y partos.
- Precisar la vacunación de la gestante y establecer que esquema se ajusta a cada caso en particular
- Examen físico completo; con énfasis en el examen cardiovascular (tomar la tensión arterial con técnica adecuada) y respiratorio.
- Examen obstétrico que incluye examen con espéculo, realización del test de Papanicolau, si corresponde y test de Schiller, de acuerdo al programa de diagnóstico precoz del cáncer cérvico - uterino, tacto vaginal (sin exploración transcervical) y examen de las mamas, con descripción detallada de las características del examen realizado.
- Valore el IMC. Buscar en las tablas antropométricas el percentil en que la paciente se encuentra para su posterior seguimiento.
- Indicar exámenes de laboratorio para la consulta de evaluación. Determinar grupo y factor Rh, exámenes serológicos VDRL, VIH (a la paciente y la pareja), cituria, hemograma completo, glicemia, electroforesis de hemoglobina y examen parasitológico de heces fecales y Antígeno de superficie, exudado vaginal. Cuando existan las posibilidades y dada la creciente incidencia de la bacteriuria asintomática, se recomienda la realización de urocultivo en cada trimestre.
- En mujeres mayores de 35 años realice electrocardiograma, ácido úrico, creatinina, lipidograma.
- Es imprescindible que durante esta consulta se le indique también a la paciente el ultrasonido de marcadores genéticos tempranos antes de las 13 semanas de gestación, para que su resultado sea visto por el genetista en la evaluación.
- En esta consulta se le indica a la paciente la asistencia a la consulta de evaluación 15 días después para interconsulta con: Obstetra del área, Genética, Nutrición, Estomatología,

Consejería ITS SIDA, Estomatología, Psicología, Medicina Interna y otras especialidades en dependencia del caso.

- Charla educativa sobre nutrición y referir, para valoración por Nutriólogos, a la mujer de baja talla e IMC < 19,5 Kg/m² SC y en las sobrepeso y las obesas.
- Citación para consulta de Evaluación dentro de los 15 días siguientes. **Segunda Consulta.**

Evaluación

Hasta que no se determine otra cosa, esta consulta mantendrá la vigencia de hacerse como CONSULTA MULTIDISCIPLINARIA.

- Re-analice: la anamnesis, el examen físico general y el especialista realizará un tacto bimanual mensurador de la pelvis y del cérvix.
- Prestar atención a la existencia de cambios locales o de exudados que sugieran una infección cervical, en cuyo caso realizará tratamiento sintomático, de acuerdo a En algunos casos y en medios con laboratorio de Microbiología desarrollada se realizará exudado vaginal con cultivo y, de ser posible, pesquisa de Micoplasmas.
- Evaluación de los resultados de los complementarios realizados.
- Indicar antianémicos por vía oral así como brindar orientaciones higieno - dietéticas.
- Indicará la α feto proteína para que sea realizada entre las 15 a 17 semanas.
- Indicar el antígeno de superficie para la hepatitis B y la electroforesis de hemoglobina si no se ha realizado. Además se indicará una cituria para la próxima consulta.
- Si la gestante es Rh negativo, se indicará Grupo y Rh al esposo.
- Se determinará el tiempo de gestación sobre las bases de la anamnesis, el examen físico y el resultado de la mensuración de la longitud coronilla-rabadilla y otros elementos ultrasonográficos.
- En la consulta de evaluación y con todos los elementos en las manos de las inteconsultas por seguimiento por las diferentes especialidades en caso de ser necesario las diferentes especialidades se determinará la existencia de riesgos o no en la gestante, la frecuencia con que debe ser vista por el médico de familia y el obstetra, así como el tratamiento indicado en caso de ser necesario. Quedará la paciente clasificada como gestante normal o con riesgo. Este último se identificará y se planteará su pronóstico, estableciendo estrategias para el mismo

La consulta por el médico de familia debe estar basada en el análisis de la paciente de forma integral:

Comenzar por un buen interrogatorio.

Examen físico completo haciendo hincapié en examen cardiovascular, respiratorio, TSC, abdomen (con el examen obstétrico) y mucosas.

Análisis de las 3 curvas.

- Curva de Peso: Todas las pacientes deben ser pesadas en consulta, realizar análisis de su ganancia, lo que debió ganar con respecto a la consulta anterior, hacer énfasis en las incrementos a saltos, establecer si ganó de forma adecuada o no y la ganancia global. Refiriendo si se encuentra por el canal de percentil que se le calculó en la captación. Teniendo en cuenta la problemática individual de cada paciente, y el pensamiento de cada especialista.
- Curva de tensión Arterial (TA): A todas las pacientes se les debe tomar en cada consulta la TA, realizando análisis de la misma globalmente en el embarazo. Calculando la tensión arterial media. Estableciendo si está normal ó no.
- Curva de Altura Uterina (AU): A todas las pacientes se les debe medir la AU en la consulta (en dependencia de la edad gestacional), comparando con la consulta anterior y globalmente, hacer énfasis en las incrementos a saltos, o no aumento de la altura estableciendo hipótesis o conductas al respecto. Teniendo en cuenta el pensamiento de cada especialista.

Análisis de complementarios y pruebas indicados. Transcribiendo los resultados a la historia clínica y comentando si se encuentran normales ó no.

Impresión diagnóstica que incluye edad gestacional, clasificación de la gestante (riesgo ó no) y el diagnóstico de los diferentes problemas de salud de la misma.

Indicaciones: que incluyen el uso de las prenatales de forma adecuada (ver profilaxis de anemia) y el tratamiento impuesto a sus diferentes problemas de salud. Así como los complementarios indicados acorde a la problemática individual de cada paciente.

Programación de la próxima consulta.

Firma y cuño del médico.

Tercera consulta (Entre 18 y 20 semanas)

- Interrogatorio básico y examen físico general que incluye peso, tensión arterial, presencia de edemas, coloración de piel y mucosas, entre otros.

- Análisis de las 3 curvas.
- Indicar ultrasonido del programa para que se lo realice en la semana 22.
- Continuar tratamiento antianémico oral.
- Indicar cituria.

Cuarta consulta (Entre las 22 y 24 semanas)

- Se realizará el examen físico general y obstétrico.
- Se analizará, comentará y transcribirá la ultrasonografía del programa por el médico de familia.
- Debe precisarse los síntomas referidos por la paciente y valorar su carácter fisiológico o patológico.
- Indicar cituria, hemoglobina y hematócrito.
- Indicar la vacunación o reactivación del toxoide tetánico, de ser necesaria.
- Verificar asistencia a otros especialistas, si es que fue referida.

Quinta consulta (A las 26 semanas. Re - evaluación) Esta consulta que realiza el Obstetra es un corte evaluativo hasta la fecha de la gestante, sobre la base de factores de riesgo obstétricos modificados o resueltos y/o la aparición de alguno nuevo, que nos llevaría desde temprana fecha a la profilaxis del bajo peso y la prematuridad.

- Será realizada por el especialista de Ginecología y Obstetricia del G.B.T. conjuntamente con el médico de familia en el consultorio.
- Se analizarán, comentarán y transcribirán los resultados de los complementarios.
- Toma de la tensión arterial.
- Re-evaluar la curva de tensión arterial.
- Re-evaluar la curva de peso de acuerdo con la valoración ponderal de la captación.
- Evaluar el crecimiento de la altura uterina.
- Descartar la impactación temprana del polo cefálico (grado de encajamiento de este)
- Valorar auscultación del foco fetal, si es posible; comprobar movimientos fetales.
- Si fuera necesario por la historia clínica de la paciente o por los síntomas referidos, realizar examen con espéculo para apreciar las características cervicales, descartar las infecciones vulvo - vaginales y cervicales y valorar por tacto vaginal o ultrasonografía transvaginal las posibles modificaciones del cérvix que hagan sospechar una amenaza de parto pre-término.

- Explicar a todas las pacientes los signos de alarma de parto pre-término para que, ante cualquier síntoma, acudan precozmente al Cuerpo de Guardia de la Maternidad. Explicar cómo observar, en su hogar, el patrón contráctil.
- Valorar ingreso en el Hogar Materno, si hay riesgo de prematuridad, sobre todo en las áreas rurales.
- Indicar el chequeo completo del tercer trimestre para ver sus resultados en la próxima consulta (hemoglobina, hematócrito, serología, biometría fetal y localización placentaria, VIH, orina y glicemia o PTG a las pacientes con riesgo de diabetes gestacional)
- Mantener igual tratamiento de antianémicos orales.

Sexta consulta (Alrededor de las 30 semanas) Recordamos que aunque no aparece recogido en esta metodología la presencia del Obstetra, como especialistas sabemos que nos corresponde realizarla a nosotros conjuntamente con el Equipo Básico de Salud en el CMF, donde evaluamos el tercer trimestre de la gestante como esta establecido en nuestro manual de procedimientos aun vigente. (MANUAL DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA.LA HABANA, 1997.EDITORIAL CIENCIAS MEDICAS.CUBA.

- Valorar los resultados de los complementarios indicados en la consulta anterior y comentarlos.
- Interrogatorio básico y examen físico general que incluye peso, toma de la tensión arterial y buscar presencia de edemas.
- Valorar la tensión arterial media (TAM)
- Examen obstétrico.
- Se valorará con espéculo, si fuera necesario por síntomas y signos referidos o constatados.
- Precisar el comportamiento del patrón contráctil en esta etapa.
- Explicar método de conteo de movimientos fetales.
- Desarrollar actividades del programa de maternidad y paternidad responsables.
- Indicar el curso de psicoprofilaxis a la pareja y promoción de la lactancia materna.
- Indicar cituria.
- Continuar tratamiento con antianémicos orales.

Séptima consulta (Alrededor de las 34 semanas. No la ve el obstetra, como esta establecido en nuestro manual de procedimientos aun vigente. (MANUAL DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA.LA HABANA, 1997.EDITORIAL CIENCIAS MEDICAS.CUBA.

- Valorar los resultados de los complementarios indicados en la consulta anterior.
- Interrogatorio básico y examen físico general que incluye peso y búsqueda de edemas.
- Toma de la tensión arterial.
- Examen obstétrico.
- Indicar análisis de orina y hemograma para realizar próximos a las 36 semanas.
- Desarrollar actividades del programa de maternidad y paternidad responsables,
- Instruir sobre pródromos y síntomas de parto, sobre los cuidados del puerperio y la lactancia materna.
- Continuar el tratamiento con antianémicos orales.
- Dar licencia de maternidad a gestantes trabajadoras.

Octava consulta (Alrededor de las 36 semanas)

- Se realizará con su médico de la familia a no ser que aparezca algún síntoma de alarma de parto pretérmino.
- El resto de la atención será igual que en la anterior.
- Búsqueda de signos y síntomas de enfermedad hipertensiva del embarazo e infección urogenital.
- Instruir sobre Pródromos y síntomas de parto así como sobre los cuidados del puerperio y la lactancia materna.

Novena consulta (Alrededor de las 38 semanas)

- Se realizará con su médico de la familia a no ser que aparezca algún síntoma de alarma de parto.
- El resto de la atención será igual que en la anterior.
- Se indicarán para próxima consulta hemoglobina, hematócrito y examen de orina.
- Remitir a la consulta **de gestante** a término del hospital para las 40 semanas.

Se recuerda que aunque la gestante se remita al hospital a las 40 semanas a la consulta de gestante a término el E.B.S. tiene que continuar el seguimiento de la misma hasta la culminación del embarazo. También, independientemente de la anterior cronología, que correspondería a una embarazada normal (sin factores de riesgo), el obstetra u otra especialidad a fin tienen la obligación de interconsultar a la embarazada, tantas veces lo entienda su médico de asistencia.)

Consultas y visitas en el terreno

Durante la atención prenatal las gestantes también recibirán consultas y visitas en el Hogar para la valoración integral de las mismas.

Las evaluaciones en el terreno se realizarán, como mínimo con una frecuencia mensual. Son muy importantes aquellas que se realizarán después de la captación, entre las 14 y 20 semanas y entre las 26 y 30 semanas de edad gestacional.

En la **primera visita** realizada por el equipo del G.B.T. se valorará:

- confección de la historia psico - social y ambiental.
- Estructura y organización de la familia
- Funcionamiento familiar y de la pareja
- Crisis por las que transitan
- Identificar si hay algún tipo de violencia
- Dispensarización de la familia
- Desarrollar estrategias de intervención para lograr cambios en el modo y estilo de vida que permitan favorecer la Salud Reproductiva de la gestante y obtener un recién nacido vivo y sano
- Precisar el rol de la maternidad y paternidad consciente y responsable

Entre las 14 y 20 semanas:

Se realizarán visitas de terreno para lograr distintos propósitos:

- Influir en los aspectos nutricionales.
- Diagnosticar el riesgo de infección vaginal.
- Precisar el riesgo de aborto.
- Precisar la importancia de que las pruebas de alta tecnología se realicen en el momento oportuno de su gestación.

En las visitas realizadas **entre las 26 y 34 semanas** se hará énfasis:

- En el riesgo de bajo peso al nacer
- Riesgo de infecciones genito - urinarias.
- Riesgo de enfermedad hipertensiva del embarazo.
- En la evaluación nutricional
- En el Programa de Maternidad y Paternidad Responsables.
- En el curso de Psicoprofilaxis.
- Insistir en el patrón contráctil normal y los signos sutiles de parto pretermino.

Y a partir de las 34 semanas se insistirá en:

- Conteo de movimientos fetales como prueba de bienestar fetal.
- Lactancia materna.
- Cuidados higieno - dietéticos del puerperio
- Antianémicos orales post parto.
- Planificación familiar en el período íntergenésico.

Durante el embarazo la gestante será evaluada por personal especializado un mínimo de 4 veces (evaluación y reevaluación a las 40 y a las 41 semanas) y será valorada por este tantas veces como el médico de asistencia lo entienda necesario.

Ingreso en el domicilio

En el medio urbano debe cumplir estas dos condiciones: que sea una afección que se pueda tratar de forma ambulatoria y que la paciente pueda ser vista a diario.

DIABETES Y EMBARAZO

Definición:

La diabetes gestacional (DG), es la alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, de severidad variable, que comienza o se reconoce por primera vez durante el embarazo. Se aplica independientemente de si se requiere o no de insulina o si la alteración persiste después del embarazo. No excluye la posibilidad de que la alteración metabólica reconocida haya estado presente antes de la gestación.

Criterios Diagnósticos de certeza de la DIABETES GESTACIONAL (ante esto, prácticamente no hay dudas de la entidad en la gestante)

- Dos o más glucemias en ayunas iguales o superiores a 5,6 mmol/L (101 mg/dl), en cualquier momento del embarazo y el resultado no patológico de una PTGo en su segunda hora. (Glucemia en Ayunas Alterada).
- Normo-glucemia en ayunas y PTG o patológica según los criterios de la OMS. Valor a las 2 horas de una sobrecarga de 75 gramos de glucosa igual o superior a 140 mg/dl (7,8 mmol/L), en plasma venoso.

INDEPENDIENTEMENTE A LO ANTERIOR, QUE ES YA EL DIANOSTICO DE CERTEZA, EN TODA PACIENTE EMBARAZADA QUE LLEGUE A CONSULTA CON UNA CIFRA DE GLICEMIA POR ENCIMA DE 4,4 EN CUALQUIER TRIMESTRE SE LE INDICARA PTG. SI EL MISMO ES PATOLOGICO, LA MISMA SE REMITIRÁ A LA CONSULTA DE DIABETES Y EMBARAZO DEL HOSPITAL DE BASE. (MANUAL DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA.LA HABANA, 1997. EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS. CUBA.

La atención obstétrica de LA PACIENTE continúa por su médico y enfermera de la familia incluyendo sus terrenos, bajo el seguimiento de su obstetra del GBT. Teniendo en cuenta que se mantiene además con los controles en la consulta de diabetes y embarazo.

FACTORES DE RIESGO PARA DIABETES GESTACIONAL:

1. Antecedentes de familiares diabéticos de primer grado.
2. Edad de la embarazada igual o mayor de 30 años.
3. Sobrepeso u obesidad en la embarazada (I.M.C. 25.6 Kg/m² SC o más)
4. DIABETES GESTACIONAL en embarazos previos.
5. Mortalidad perinatal inexplicada.
6. Partos previos de 4 000 g o más.
7. Malformaciones congénitas.
8. Glucosuria en muestras matinales.
9. Polihidramnios.
10. Antecedentes de enfermedad tiroidea auto inmune.
11. Aquellas gestantes que pesaron al nacer menos de 5 lb. o más de 9 lb.
12. Otros factores recientemente incorporados:

- ❖ Hipertrofia del tabique interventricular.
- ❖ Crecimiento fetal disarmónico.
- ❖ Placenta con grosor mayor de 50mm en ausencia de enfermedad hemolítica perinatal por Rh.

Flujograma basado en los valores de la glucemia en ayunas y la presencia o no de factores de riesgo:

Gestantes	Captación	22 a 24 semanas	28 a 32 semanas
Sin factores de riesgo	Glucemia en ayunas	_____	Glucemia en ayunas
Con factores de riesgo	Glucemia en ayunas	Glucemia en ayunas	PTG

(MANUAL DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA.LA HABANA, 1997.EDITORIAL CIENCIAS MEDICAS.CUBA.)

ANEMIA Y EMBARAZO

PROFILAXIS DE LA ANEMIA:

La profilaxis debe ser como sigue: Prenatal: 1 tableta de 35 mg diaria de hierro elemental en el primer trimestre del embarazo y 2 tabletas durante el resto de la gestación (a partir de la semana 14 de edad gestacional). No se deben administrar más de 2 tabletas diarias. Recordar que deben tomarse alejadas de las comidas al menos una hora para facilitar la absorción del mismo.

Valores normales de la sangre durante la gestación

- Hemoglobina: 110 a 134 g/l
- Hematócrito: 34 a 42 %.
- Recuento de los hematíes: 3 800 000 a 5 000 000/mm³.
- Hierro sérico: 60 a 150 microgramos/100 mL, equivalente de 6,6 a 26 micromol/L.
- Reticulocitos: 0,5 - 1,5 %
- Velocidad de sedimentación eritrocitaria: Aumenta progresivamente y llega a alrededor de 45 mm en la primera hora durante el último trimestre.
- Recuento de leucocitos: 10 000-15 000/mm³. Durante el parto pueden llegar a 20000-30000/mm³.
- Recuento de plaquetas: 150 000 a 400 000/mm³.

Valores de Hb de la embarazada (OMS/UNICEF, 1997)

- Normal: Más de 110 g/l
- Anemia ligera: 100 – 110 g/l
- Anemia moderada: 70 – 100 g/l
- Anemia grave: Menos de 70 g/l

COMPLEMENTARIOS A INDICAR EN EL ESTUDIO DE UNA ANEMIA.

- Hemograma completo (hemoglobina, hematócrito, leucograma).VCM, HCM, CHCM
- Lámina periférica.

Normocitos:

Normocromía: Rojo oscuro en periferia y menos intenso en el centro.

Macroцитos:

Hipercromía: Se tiñe todo intensamente.

Microцитos:

Hipocromía: Se tiñe de rojo pálido y más tenue en el centro.

Ovalocitos: Disminución de la forma elipsoidal.

Poiquilocitos: Forma de raqueta.

Reticulocitos. Aumentados en anemias hemolíticas y también como respuesta al tratamiento en estatus carenciales a los 7-10 días de iniciado el mismo.

- Electroforesis de hemoglobina.
- Hierro sérico.
- Capacidad total.
- Índice de saturación de transferrina (debe ser indicado por hematólogo en Nivel II)..
- Protoporfirina eritrocitaria (debe ser indicado por hematólogo en Nivel II)..
- Medulograma (debe ser indicado por hematólogo en Nivel II).

Anemia por déficit de Hierro

Las alteraciones en las pruebas biológicas que produce el déficit de hierro son de gran valor tanto para el diagnóstico como para evaluar la respuesta al tratamiento. Según la intensidad del déficit de hierro y la patología asociada existen distintos patrones de presentación analíticos.

1. Hemograma. Hb, Hcto, VCM, HCM, CHCM: Disminuidos.

2. Hierro Sérico: Disminuido.

Cuando las reservas de hierro corporal descienden significativamente y el aporte es insuficiente, el hierro sérico desciende.

Puede encontrarse elevado anormalmente en caso de que la muestra de sangre esté hemolizada.

Si la paciente está en tratamiento con hierro por vía oral o parenteral se obtendrán valores más altos de la realidad. El hierro por vía oral se debe suspender al menos tres días antes de la extracción de la muestra para su estudio para evitar interferencias.

3. Capacidad Total de Fijación del Hierro o Captación (TIBC): Aumentada.

4. Índice de Saturación de Transferrina: Disminuido.

5. Protoporfirina IX Eritrocitaria: Aumentada.

La falta de hierro a nivel medular impide la síntesis del grupo hemo por los precursores eritroides, lo que da lugar a un aumento de la protoporfirina eritrocitaria libre.

6. Lámina Periférica: Hipocromía y Microcitosis con Anisocitosis.

Cuando hay más de un 3% de hematíes hipocrómicos con respecto al total podemos sospechar la existencia de ferropenia.

Se observa anisocitosis junto con ovalocitos y eliptocitos.

Presencia de reticulocitosis en respuesta al tratamiento con hierro, acompañándose en este último caso de elevación del volumen corpuscular medio (VCM).

Hematíes microcíticos (VCM < 80 fl) e hipocrómicos (HCM < 27 pg),

En resumen una lamina periférica demostrando hematíes microcíticos e hipocrómicos es sugestiva de deficiencia de hierro.

7. Ferritina Sérica: Disminuida.

8. Recuento de Reticulocitos: Disminuido. Una señal de que el tratamiento impuesto está dando resultado es el aumento de los reticulocitos en sangre.

9. Receptor Sérico de la Transferrina.

Tratamiento de la anemia por déficit de hierro en el embarazo

El Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos (INHA) aconseja de forma práctica que:

El tratamiento dietético para la anemia por deficiencia de hierro consiste en un régimen normal de alimentación, según las recomendaciones nutricionales de cada individuo, pero incorporando a la dieta aquellos alimentos ricos en hierro (hígado, carnes rojas, pollo, pescado, frijoles, soya, yema de huevo, alimentos fortificados con hierro, etc.), y realizando una correcta combinación de los mismos para mejorar su biodisponibilidad, sin que otras sustancias impidan su absorción.

En este sentido se recomienda:

- Alejar las bebidas de té o café de las comidas (1 o 2 horas posteriores)
- Incluir en las comidas jugos de frutas tales como naranja, limón, toronja, guayaba, fruta bomba, zanahoria u otras fuentes de vitamina C.

- Consumir productos lácteos (Leche, yogur, queso u otros) como meriendas en lugar de con las comidas
- La descongelación de las carnes se debe realizar a temperatura de refrigeración o ambiente. Nunca descongelar la pieza en agua porque el hierro se solubiliza y se pierde.
- El huevo nunca se debe consumir crudo, es preferible que su cocción sea “pasado por agua” y debe ingerirlo conjuntamente con vegetales (pimiento rojo, tomate) y frutas frescas o jugos de frutas (guayaba, naranja y mandarina).
- Priorice la ingestión de frutas y vegetales frescos y en su forma natural, debido a que la cocción destruye sus vitaminas.
- Evite quitar la cáscara de frutas y vegetales que lo admitan (tomate, guayaba, pepino, chayote, etc.)
- De los métodos de cocción de los vegetales se recomienda el cocinado al vapor o con muy poca agua para evitar las pérdidas del hierro que se solubiliza en el agua y se desecha. Otra opción es utilizar el agua de cocción de los vegetales en la preparación de otros alimentos como cremas, sopas, arroces, etc.
- Preparar las ensaladas crudas inmediatamente antes de consumir. Aliñe con jugo de limón, debido a que de esta forma se conserva e incrementa la cantidad de vitamina C de la dieta, lo que facilita la absorción del hierro no hemínico.
- Elaborar los jugos de frutas y vegetales inmediatamente antes de consumir, la vitamina C se destruye con el oxígeno y la luz.
- Los frijoles se deben combinar en las comidas conjuntamente con productos cárnicos, vegetales, frutas frescas y jugos de frutas.

El tratamiento farmacológico de la anemia ferropénica se basa en preparados farmacéuticos de hierro por vía oral, pues la dieta no es suficiente por sí sola, principalmente si la anemia es moderada o grave.

Si la anemia fuera leve, la dosis oral de hierro elemental diaria debe ser de 60 mg. Si fuera moderada o grave, se debe aumentar la dosis oral a 120 mg de hierro elemental diarios. En estos casos, recordar la administración diaria de ácido fólico y vitamina C.

Dosis mayores de 120 mg diarios de hierro no son aconsejables porque: El zinc y otros nutrientes compiten con el hierro en el proceso de absorción y puede crearse un desequilibrio perjudicial para el desarrollo fetal:

Cantidad de hierro elemental en algunas sales ferrosas

Sal ferrosa	Dosis unitaria	Fe elemental	mg de Fe elemental
Fumarato ferroso	200 mg	33 %	66 mg

Gluconato ferroso	300 mg	12 %	36 mg
Sulfato ferroso	300 mg	20 %	60 mg

Tratamiento con hierro parenteral: SE PUEDE REALIZAR EN INGRESO DOMICILIARIO, HOGARES MATERNOS Y HOSPITALES.

Se utiliza el hierro dextrán (Inferón), en ampulas de 50 y 100 mg/ml. Su administración debe ser Intramuscular profunda. En los casos que sea necesario utilizarlo, siempre se requiere el cálculo previo de la dosis total a utilizar.

mg de Fe a administrar = Hb normal – Hb de la paciente X 225

Criterios de hospitalización de las gestantes anémicas.

1. Hemoglobina < 85 g/L.
2. Anemia intensa en las últimas semanas de gestación.
3. Anemia refractaria al tratamiento ambulatorio oral adecuado.
4. Anemia hemolítica.

Circunstancias (Indicaciones) que hacen necesario el uso del hierro parenteral IM.

1. Intolerancia gastrointestinal. Muy excepcionalmente, a pesar de distintas pautas de administración.
2. Síndrome de malabsorción intestinal.
3. Plazo corto con respecto a la fecha del parto (6 sem.) y Hb= 85 g/L).
4. No hay respuesta al tratamiento oral (sólo excepcionalmente).
5. Contraindicación de la vía oral

Condiciones indispensables para la utilización del hierro parenteral.

1. Cifra baja de hierro sérico.
2. Cálculo de las necesidades de hierro.
3. No exceder la dosis total de 2.000 mg.

Contraindicaciones de la administración de hierro parenteral.

1. Hemoglobina > 100 g/L.
2. No descenso del hierro sérico.
3. Tolerancia de la vía oral.

Productos disponibles.

1. Hierro Dextrán 1,5 mg/kg/día (100 mg/día) IM (Amp. 1 y 2mL, con 50 mg/mL: Inferón).

2. Sacarato óxido de hierro IV. (Amp. 5 mL: 20 mg/mL).

Algunas consideraciones del tratamiento con Inferón

- No exceda la dosis de 2000 mg
- No administre más de 100 mg / día
- Adminístrelo en días alternos
- La respuesta inicial al tratamiento es aumento de la reticulocitosis y posteriormente, incremento de la hemoglobina, hematocrito y hematíes.

Anemia por hematíes falciformes, drepanocítica o sicklemia

- **REMISION AL INSTITUTO DE HEMATOLOGIA.**

INFECCION URINARIA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO.

SIEMPRE JERARQUIZADO POR EL OBSTETRA DEL GBT.

Bacteriuria asintomática

TRATAMIENTO: SE REALIZA POR EL MÉDICO DE ASISTENCIA EN EL CONSULTORIO DEL MEDICO DE FAMILIA, TENIENDO PRESENTE EL INGRESO DOMICILIARIO.

TENGASE PRESENTE QUE LA INFECCION URINARIA ES CAUSA DE ABORTO, PARTO INMADURO, PARTO PRETERMINO, ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, ANEMIA, HIPERTENSION ARTERIAL, RECIEN NACIDO BAJO PESO Y SEPSIS DE APARICION TEMPRANA EN EL RECIEN NACIDO.

EN EL PUERPERIO SE CITARÁ A LA CONSULTA DE PUÉRPERAS Y SE MANTENDRÁ EN ESTUDIO NO MENOS DE TRES MESES. SE LE EXPLICA Y ORIENTA SOBRE LAS MANIFESTACIONES DE INFECCIÓN UROGENITAL Y LA IMPORTANCIA DE LA TERAPÉUTICA ANTIMICROBIANA QUE SU USO NO INTERRUMPE LA LACTANCIA MATERNA.

Bacteriuria asintomática

Se define como la presencia de dos urocultivos consecutivos positivos, con el mismo germen, con recuento de colonias de 100 000/ml, en ausencia de sintomatología.

Medicamentos de elección para la bacteriuria asintomática	
Amoxicilina	2 a 4 g/24 h (divididos en subdosis c/ 6-8h) x 10 días
Trimetoprim + Sulfametoxazol	160-800 mg oral c/ 12 hrs. x 10 días
Cefalexina	2 a 4 g/24 h (divididos en subdosis c/ 6-8h/) x 10 días

Cistitis aguda

Llamada también infección urinaria baja, se caracteriza por polaquiuria, disuria y dolor pélvico de grado variable, en ausencia de fiebre y/o dolor costolumbar. El diagnóstico se logra mediante el cultivo de orina, (aunque hay controversia con respecto al número de colonias), ante la presencia de más de 20 000 leucocitos / ml de orina. El tratamiento es similar al de la bacteriuria asintomática.

Pielonefritis aguda

Es la forma más grave de presentación de la infección del tracto urinario. La pielonefritis aguda es una seria enfermedad sistémica aguda a partir de una infección del tracto urinario superior, principalmente de la pelvis renal, que también puede comprometer el parénquima renal, capaz de provocar una sepsis materna, el trabajo de parto y parto pre-término. Afecta al 2 % de las gestantes y recurre en el mismo embarazo en 23 % de quienes la Presión arterial diastólica.

Resultado de la invasión y colonización de gérmenes piógenos que se encontraban generalmente en uretra y vejiga, su cuadro clínico se caracteriza por fiebre, que puede llegar a ser muy elevada (sobre 39° C), escalofríos intensos y, en 85% de los casos, dolor en región costolumbar.

La mayoría de las infecciones urinarias altas se producen en los dos últimos trimestres de la gestación (67%). 20% de ellas ocurre en el puerperio.

La pielonefritis sobreviene entre el 1-2% en pacientes sin antecedentes de bacteriuria y hasta en 40% de las pacientes que la han tenido y no han recibido tratamiento.

Los microorganismos observados con más frecuencia son: (E. coli (95%), Klebsiella pneumoniae, Proteus mirabilis y Enterobacter)

Diagnóstico

Tiene en cuenta los antecedentes, el cuadro clínico y los exámenes complementarios.

Examen físico: Maniobra de puño-percusión: Dolorosa en las fosas lumbares.

Puntos pieloureterales: Dolorosos.

Exámenes complementarios.

Cituria: Leucocituria: (> 20000 x mL), piuria, bacteriuria y cilindruria.

Urocultivo. Es el examen complementario que diagnostica la infección urinaria (más de 100.000 colonias x ml de orina).

Antibiograma. No siempre es necesario, pero nos aporta la sensibilidad del germen.

Hemograma completo. Anemia o leucocitosis.

Hemocultivo.

Ecografía renal. Está indicada para diagnóstico de afecciones renales previas (descartar malformaciones o afecciones obstructivas)

Conducta:

- ❖ **Ingreso hospitalario en sala de Obstetricia**

- ❖ **Infección urinaria en el puerperio, REQUIERE DE INGRESO EN EL HOGAR. Con seguimiento estricto.**

La mujer que padece bacteriuria en el embarazo, frecuentemente la presenta en el puerperio. En este periodo, se citará a la consulta de púerperas y se mantendrá en estudio no menos de tres

meses. Se le explica y orienta sobre las manifestaciones de infección urogenital y la importancia de la terapéutica antimicrobiana.

Las pacientes con infecciones recidivantes se estudiarán de forma integral dos meses después del parto para descartar defectos anatómicos de las vías urinarias y otros factores predisponentes.

Hipertensión y Embarazo

Enfermedad hipertensiva durante el embarazo.

Concepto:

La denominación de trastornos hipertensivos en la gestación reúne una extensa variedad de procesos que tienen en común la existencia de hipertensión arterial durante el embarazo, que puede referirse a la presión arterial sistólica a la diastólica o a ambas.

El término “**hipertensión**” se aplica cuando se compruebe según la edad (≥ 16 años)

Una TA $\geq 140/90$ o una tensión arterial media 105 mm Hg.

$$\text{PAM} = \frac{\text{Presión sistólica} + 2 \text{ Presión diastólica}}{3}$$

Debe considerarse que existe una hipertensión arterial cuando se encuentran estos valores con una técnica correcta en dos ocasiones con un intervalo de seis horas.

El incremento de la TA sistólica de 30 mm Hg o la diastólica de 15 mm Hg sobre los valores del primer y segundo trimestre del embarazo o un incremento en 20 mm Hg de la tensión arterial media, aún cuando los valores de TA no alcancen las cifras de 140/90, hace recomendable un seguimiento y control más estrictos de las pacientes.

El hallazgo de valores de TA en 160/110 mm Hg hace innecesaria la repetición de la determinación en un período de 6 horas y es indicación LA REMISION AL HOSPITAL INMEDIATA.

(MANUAL DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA.LA HABANA, 1997.EDITORIAL CIENCIAS MEDICAS.CUBA.)

❖ **Riesgo de hipertensión arterial**

1. Antecedentes familiares de hipertensión.
2. Multiparidad.
3. Obesidad.
4. Antecedentes de hipertensión arterial en embarazo previo.
5. Pielonefritis crónica, diabetes, etc.
6. Edad avanzada ≥ 35 años.
7. Tensión arterial media** = 90 mm Hg en la primera mitad del embarazo o una TA similar a 120/80 en este momento.
8. Colagenopatías.

❖ **Riesgo de pre-eclampsia - eclampsia.**

Un grupo de factores de riesgo ha sido invocado a lo largo de la investigación de este trastorno y estos son:

➤ **Factores de riesgo Relacionados con la pareja:**

- Limitada exposición al semen,
- Primipaternidad,
- Embarazo luego de técnicas de fertilización asistida,
- Efecto protector del cambio de pareja en caso en pre-eclampsia previa,
- Pareja masculina de riesgo.

➤ **Factores de riesgo maternos y propios de la gestación:**

- Edades maternas extremas,
- Primipaternidad,
- Gestación múltiple,
- Pre-eclampsia en gestación previa,
- Hipertensión arterial crónica o enfermedad renal previas,
- Enfermedad reumática,
- Bajo peso materno al nacer,
- Obesidad e insulino-resistencia,
- Diabetes mellitus pregestacional,
- Infecciones materna,
- Trombofilia pre-existente,
- Genes de susceptibilidad maternos,
- Historia familiar de pre-eclampsia (familiares de primer grado),
- Degeneración hidrópica de la placenta,
- Polihidramnios,
- Color negro de la piel,
- Mal nutrición materna por defecto,
- Colagenopatías,
- Vasculopatías.
- Nefropatías.
- Ultrasonografía Doppler patológica después de las 16 semanas e incremento del índice de resistencia.

➤ **Otros autores añaden a los anteriores riesgos los siguientes:**

- Nuliparidad.
- Aumento exagerado del peso entre las 20 - 28 semanas (más de 0,75 Kg por semana).

La guía de atención para este nivel ha sido diseñada con el objetivo de garantizar que, sin grandes complejidades, se asuman las siguientes acciones:

- 1) Tratamiento personalizado y especializado de las gestantes con riesgo de hipertensión y embarazo.
- 2) Brindarles una educación sanitaria adecuada relacionada con la hipertensión y el embarazo.
- 3) Valorar integral y multidisciplinariamente la severidad de la afección, mediante el estudio de

las funciones neurológica, renal, hepática, cardíaca y a través de fundoscopia y electrocardiograma, entre otras.

Tratamiento profilático.

1. Aspirina

Evidencias recientes apoyan su empleo al haber arrojado una ligera a modesta reducción en la incidencia del trastorno. Se aconseja en pacientes de alto riesgo para pre-eclampsia-eclampsia suministrar 125 mg de aspirina diarios a partir de las 12 semanas, en el horario de la noche, hasta la semana 36^a.

2. Suplemento con Calcio

En gestantes de riesgo para pre-eclampsia-eclampsia que, por sus hábitos alimentarios u otros factores, tienen una ingesta de calcio dietético inferior a 1g/día, debe suplementarse la misma con no menos de 1 g de carbonato de Calcio en 24 horas. Existen evidencias de que tal conducta consigue una modesta reducción en el índice de pre-eclampsia-eclampsia.

3. Algunos estudios recientes reflejan también una menor incidencia de pre-eclampsia con el empleo de multivitaminas y folatos desde el período pre-concepcional y en los primeros meses del embarazo.

4. Otro objetivo es encontrar y tratar precozmente las formas ligeras de pre-eclampsia. Ello se logra con la exploración cuidadosa y el tratamiento correcto de las formas clínicas descubiertas para evitar su progresión.

1. Los cuidados prenatales serán especiales en las pacientes de riesgo.

❖ Tratamiento medicamentoso

• Antihipertensivos:

Se administrarán cuando la presión arterial sistólica (PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA) alcance 150 mm Hg o la diastólica (PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA) sea \geq 100 mm Hg

Medicamentos que se pueden utilizar:

- ❖ Alfa metildopa: 750 mg a 2g/día. **NUNCA** usaremos dosis inferiores a 750 mgs. por día (esto equivale a 1 tab 3 veces al día).
- ❖ β bloqueadores: Atenolol (o Labetalol) 50-150 mg/día.
- ❖ Nifedipina: 30 -120 mg/día.
- ❖ Hidralazina: 25 mg dos a cuatro veces al día.

• Sedación:

Puede utilizarse en caso de pacientes ansiosas o con insomnio. No es un tratamiento para la hipertensión arterial.

• Inducción de la madurez pulmonar fetal se realizara en los hogares maternos.

En el embarazo pre-término antes de las 34 semanas, se aconseja emplear betametasona en dosis fraccionadas.

CRITERIOS DE INGRESO.

Causa Materna:

1. Imposibilidad de controlar la Presión arterial diastólica \leq 100 mmHg.
2. Riesgo elevado, sospecha o evidencia de Preeclampsia Sobreañadida.
3. Proteinuria $>$ 1 g/24h.
4. Deterioro en las Pruebas de Función Renal o en la Ecocardiografía.
5. No cooperación de la gestante en el cumplimiento del tratamiento.

Causa Fetal:

1. Sospecha clínica y/o ultrasonográfica de CIUR.

CUANDO UNA PACIENTE LLEGA AL CUERPO DE GUARDIA DE UN AREA DE SALUD CON CIFRAS DE TENSION ARTERIAL \geq 150/100 mm HG DEBE:

- **COMENZAR TRATAMIENTO DE INMEDIATO.**
- **ACTIVAR EL SIUM PARA EL TRASLADO A LA MATERNIDAD DE BASE.**
- **DEBE PERMANECER HASTA SU TRASLADO EN LA UNIDAD DE APOYO VITAL.**

RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO (RCIU)

TENGASE PRESENTE QUE EL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES CON PESO FETAL NO ACORDE A LA EDAD GESTACIONAL SERA SEGUIDO ESTRECHAMENTE CON EL OBSTETRA DEL GBT.

La relación entre el peso al nacer y la edad gestacional expresada en percentiles, refleja la calidad del crecimiento fetal y constituye un criterio para definir las alteraciones de éste. El crecimiento fetal normal depende del potencial de crecimiento predeterminado genéticamente y modulado por factores: Fetales, Placentarios, Maternos y Externos

Concepto:

Se denomina restricción del crecimiento intrauterino al fallo del feto en alcanzar su potencial intrínseco de crecimiento.

Se considera que existe ésta cuando hay un déficit general del crecimiento fetal y el peso de éste es inferior al 10º percentil para la edad gestacional dada. Las enfermedades maternas y fetales, las afecciones placentarias primarias y los factores extrínsecos podrían interferir con la eficacia de los nutrientes y disminuir el intercambio, dando como resultado una restricción del crecimiento.

Ésta se clasifica en tipo 1 o simétrica o proporcional, tipo 2, asimétrica o no proporcional y mixta o intermedia, cada una de las cuales es consecuencia de diferentes mecanismos etiopatogénicos y posee evolución clínica y pronóstico propios. No obstante, desde el punto de vista práctico, es necesario tener en cuenta que hay fetos que, hallándose por debajo del 10º percentil son pequeños y sanos.

Factores de riesgo:

- ❖ Edad < 16 y > 35 años
- ❖ Múltiparas con período intergenésico corto (< 1 año)
- ❖ **Productos de bajo peso al nacer previos.(CIUR anterior)**
- ❖ Fumadora habitual
- ❖ Estado socio-económico bajo y trabajo duro
- ❖ Enfermedades maternas previas al embarazo o dependientes de éste
- ❖ Antecedentes de amenaza de aborto en embarazo actual
- ❖ Hemorragia de la 2ª mitad del embarazo
- ❖ **Bajo peso materno a la captación**
- ❖ **Ganancia insuficiente de peso materno durante el embarazo**
- ❖ Infecciones (TORCHS)
- ❖ Factores genéticos (talla materna pequeña)
- ❖ Embarazo múltiple
- ❖ Mioma uterino
- ❖ Drogadicción y alcoholismo
- ❖ Vivir a grandes alturas
- ❖ Exposición a radiaciones
- ❖ Infertilidad de causa uterina
- ❖ Malformaciones congénitas fetales.

Condiciones etiológicas modificables en la RCIU en los períodos pre-concepcional y prenatal:

- ❖ Hábito de fumar (reducción del peso en 6%, si se fuma durante la gestación y de 1,7% cuando se deja de fumar después del primer trimestre)
- ❖ Consumo de alcohol
- ❖ Lo ideal: suprimir estas adicciones antes del embarazo para eliminar los efectos dañinos sobre la organogénesis.
- ❖ Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones fetales virales y parasitarias

Presión arterial sistólica para el diagnóstico de la RCIU:

- ❖ Existencia de factores de riesgo
- ❖ Discordancia de la AU/EG
- ❖ RCIU previa : factor más importante
- ❖ Detención o insuficiente ganancia de peso materno
- ❖ Signos clínicos de disminución del líquido amniótico

Sospeche la posibilidad de RCIU basándose en:

(Use su juicio crítico con relación al grado en que los siguientes hallazgos se hallan presentes, dado que la RCIU puede involucrar uno o más de estos riesgos):

- ❖ Discordancia AU/EG con signo de menos ≤ 4 cm en relación a la EG estimada, hasta la 34ª semana, AU estacionaria o regresión de la AU.
- ❖ Ganancia de peso materno menor del 5º percentil.
- ❖ Peso fetal estimado $< 10^{\circ}$ percentil
- ❖ Índice CC/CA > 1
- ❖ ILA ≤ 5 cm
- ❖ Placenta con madurez grado III < 34 semanas
- ❖ Disminución subjetiva de los movimientos fetales

Diagnostico Ultrasonográfico de la restricción del crecimiento intrauterino

➤ **Diámetro biparietal: Longitud femoral.**

Está influido por la variabilidad en la forma de la cabeza fetal y la redistribución sanguínea. Útil para valorar peso fetal y proporcionalidad. Valor relativo. Debe combinarse con la circunferencia cefálica.

➤ **Circunferencia abdominal:**

Aumento menor de 10 mm en 14 días. Entre 34 y 36 semanas.

➤ **Otros parámetros empleados en el diagnóstico de la RCIU:**

- _ Cociente LF/CA x 100: Valor normal $> 22 \pm 2$ %. Si $>$ de 24 % sospechar RCIU asimétrico.
- _ Cociente CA/LF: (Propuesta del CLAP): $<$ de 4.25: Posible RCIU asimétrico.
- _ Índice ponderal fetal Peso fetal en g/(LF X 3) > 7 .
- _ TCS pared anterior fetal < 5 mm.

Conducta ante la Restricción del Crecimiento Intra-Uterino (RCIU) en presencia de alguno(s) de los factores de riesgo más frecuentemente asociados a la RCIU, como son:

- ❖ Edad materna menor de 16 o mayor de 35 años
- ❖ Baja talla
- ❖ Antecedentes de enfermedades genéticas
- ❖ Bajo peso anterior

- ❖ •Enfermedades maternas asociadas o propias del embarazo (anemia severa. asma, hipertensión, etc.)

Conducta:

- Debiera iniciarse la pesquisa ultrasonográfica del mismo a partir de las 24 semanas, a través de la biometría fetal, que incluya: la CC y la CA.
- Estas mensuraciones deben repetirse a las 28 y las 32 semanas.
- En el momento que se diagnostique clínica y ecográficamente una RCIU se procederá a la hospitalización de la paciente.

Criterios de hospitalización:

- Enfermedad materna que condiciona por ella el ingreso
- Discordancia AU/EG con signo de menos.
- Ausencia de crecimiento fetal en dos exámenes ultrasonográficos sucesivos con diferencia de 2-3 semanas.
- Feto con crecimiento entre los percentilos 5 y 10 en embarazos a término.
- Feto con crecimiento por debajo del percentilo 3 en embarazos no a término.
- Oligoamnios (por diagnóstico ultrasonográfico).

GESTORRAGIAS

El sangramiento en el embarazo es una seria entidad que incrementa la morbilidad y en muchas ocasiones se pone en riesgo la vida de la madre, el feto y/o el recién nacido.

Por lo anterior, es que teniendo en cuenta el carácter profiláctico de la atención prenatal en la Atención Primaria de Salud, es que éste colectivo ha decidido elaborar la siguiente herramienta de trabajo, para que sirva a la mejora de la calidad que brinda el Equipo Básico de Salud a nuestras embarazadas, en su quehacer diario.

Clasificación:

Gestorragias	
Gestorrágias de la 1ª mitad del embarazo	Aborto: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Amenaza de aborto ❖ Aborto inevitable o inminente ❖ Aborto incompleto ❖ Aborto completo ❖ Aborto diferido ❖ Aborto habitual ❖ Aborto séptico
	Embarazo ectópico
	Enfermedad Trofoblástica
	Gestorrágias de la 2ª mitad del embarazo
	Placenta Previa
	Hematoma Retoplacentario
	Rotura Uterina

Gestorragias de la 1ª mitad del embarazo.

Aborto:

Es la interrupción de la gestación antes del inicio del periodo perinatal definido por la Organización Mundial de la Salud (CIE 10), hasta las 22 semanas completas de gestación (154 días). Esta definición se limita a la terminación del embarazo antes de las 22 semanas a partir de la fecha de la última menstruación y con un producto cuyo peso sea menor a los 500 gramos. Éste puede clasificarse como precoz, cuando ocurre antes de las 12 semanas y tardío desde las 13 semanas hasta las 22 semanas.

❖ Amenaza de aborto:

La hemorragia que acompaña a la amenaza de aborto se caracteriza por ser casi siempre escasa. Ésta varía desde una coloración parduzca a una sangre roja brillante, que puede presentarse de manera repetida durante varios días, por lo que generalmente aparece antes que el cólico uterino y no presenta modificaciones.

El diagnóstico diferencial se realiza con: el embarazo ectópico, la neoplasia trofoblástica gestacional, úlceras vaginales, la cervicitis sangrante, las erosiones cervicales, pólipos cervicales y el carcinoma del cuello uterino.

La conducta obstétrica es la realización de una ecografía, para precisar vitalidad y características fetales. Es imprescindible este examen para realizar el diagnóstico diferencial.

El tratamiento es el reposo físico de la gestante; no se utilizan tratamientos hormonales ni sedantes. El reposo en cama es lo aconsejable, así como la orientación a la embarazada y su familia del posible riesgo de pérdida de la gestación.

De existir infección cérvico-vaginal, se recomienda el tratamiento específico. El tratamiento moderno apropiado puede ser la observación o la evacuación uterina.

❖ Aborto inevitable o inminente:

En el caso del aborto inevitable el cuello uterino se encuentra dilatado y el volumen de sangre que se pierde suele ser mayor, pero aún no se ha expulsado hacia la vagina, tejido alguno. La mayoría de las mujeres experimentan dolor a tipo cólico en el hemiabdomen inferior, aumentada la sensibilidad en el hipogastrio cuando se realiza el examen abdominal.

Ante este diagnostico el medico de familia debe remitir a la paciente al hospital, teniendo en cuenta el estado general de la misma, evaluando necesidad de canalización de vena e hidratación, en coordinación con el policlínico. Debe utilizarse transporte sanitario.

❖ Aborto incompleto

Se define como aborto incompleto la expulsión parcial de los tejidos del embarazo, antes de las 22 semanas de gestación. La placenta y el feto pueden expulsarse en conjunto pero, después de este tiempo, a menudo se expulsan por separado. Clínicamente, éste se manifiesta por la presencia de una hemorragia vaginal, dolor a tipo cólico y la expulsión de algún tejido.

Al examen físico se encuentra el cuello borrado o dilatado, observándose la hemorragia a través del mismo y, en ocasiones, se ha expulsado coágulos.

Ante este diagnostico el medico de familia debe remitir a la paciente al hospital, teniendo en cuenta el estado general de la misma, evaluando necesidad de canalización de vena e hidratación, en coordinación con el policlínico. Debe utilizarse transporte sanitario.

❖ Aborto completo

En la paciente que ha presentado una amenaza de aborto y se comprueba por el examen físico que se ha consumado el aborto completo, el cual se caracteriza por hemorragia, dolor y expulsión del producto de la concepción, es imprescindible confirmar el diagnóstico utilizando para ello la clínica.

Ante este diagnóstico el médico de familia debe remitir a la paciente al hospital, teniendo en cuenta el estado general de la misma, evaluando necesidad de canalización de vena e hidratación, en coordinación con el policlínico. Debe utilizarse transporte sanitario.

❖ **Aborto diferido**

Es la muerte del huevo, sin que se produzca su expulsión. El diagnóstico se establece por la regresión o desaparición de los síntomas subjetivos de embarazo y, clínicamente, por la aparición de un signo de menos en el examen uterino. La ultrasonografía confirmará la ausencia de latido cardíaco. Una vez diagnosticado el aborto diferido, se evacua el útero mediante legrado u otra técnica abortiva.

Cuando evoluciona por más de 6 semanas pueden ocurrir trastornos de la coagulación que aparecen con más rapidez mientras mayor es el embarazo.

Ante este diagnóstico el médico de familia debe remitir a la paciente al hospital, teniendo en cuenta el estado general de la misma, evaluando necesidad de canalización de vena e hidratación, en coordinación con el policlínico. Debe utilizarse transporte sanitario.

❖ **Aborto habitual**

Se denomina así el aborto que se presenta en 2 ó más ocasiones consecutivas de forma espontánea.

Ocurre con más frecuencia en el primer trimestre y suele producirse en la misma época gestacional. Frecuentemente es resultado de alteraciones cromosómicas como la traslocación y la inversión cromosómica en uno de los miembros de la pareja. Otras causas son: la incompetencia ístmico-cervical y las malformaciones uterinas, tumores, adenomiosis y sinequias, las que generalmente provocan abortos tardíos.

La valoración de sus causas incluye el examen clínico y el empleo de complementarios que a menudo permiten demostrar la inexistencia de afecciones orgánicas que expliquen el aborto. En estos casos, se impone el estudio y consejería genética de la pareja, con estudio cromosómico y definición de la conducta posterior.

❖ **Aborto séptico**

Es aquel aborto espontáneo, terapéutico o inducido, complicado por una infección pélvica que comienza habitualmente como una endometritis, involucrando el endometrio y los productos de la concepción retenidos. De no ser tratada, puede diseminarse al miometrio y los parametrios. La parametritis puede progresar hacia una peritonitis. Puede aparecer una respuesta inflamatoria sistémica, una bacteriemia y shock séptico en cualquiera de las etapas del aborto séptico, en dependencia de la virulencia del germen y la resistencia de la paciente. La complicación más frecuente es la enfermedad inflamatoria pélvica (EIPA).

Debe considerarse como infectada toda paciente que concurre al Consultorio Médico de Familia ó al Cuerpo de Guardia del Policlínico como portadora de un aborto complicado (espontáneo, por regulación menstrual, legrado de la cavidad uterina o empleo de misoprostol)

Conducta

En la atención primaria de salud

En el consultorio del medico de la familia (CMF):

- ❖ Monitoree los signos vitales.
- ❖ Establezca el estado hemodinámico de la paciente con soluciones electrolíticas IV (Suero fisiológico o Ringer Lactato).
- ❖ Administre oxígeno por máscara o catéter nasal.
- ❖ Remita la paciente al Hospital Gineco - Obstétrico o Materno-Infantil

Conducta en el Cuerpo de Guardia del Policlínico Universitario, si llega directamente a éste:

- ❖ Canalice 2 venas periféricas con trócares gruesos (14 ó 16) para fluidos IV.
- ❖ En pacientes con inestabilidad hemodinámica, administre oxígeno y cateterice vejiga.
- ❖ Remita a la paciente urgentemente, en transporte sanitario especial (Cuidados Intensivos), en decúbito supino, acompañada por un médico o una enfermera.

Complicaciones generales del aborto

La complicación fundamental del aborto es el sangrado, que debe ser resuelto evacuando el útero de la forma más rápida posible. Por ello, se indica el legrado en todos los casos con menos de 12 semanas o cuando se entienda factible su realización (en dependencia de la habilidad del operador, las características cervicales y el instrumental disponible). El empleo de oxitócicos por vía endovenosa contribuye al logro de la hemostasia.

Cuando con la evacuación de la cavidad uterina no se logre la hemostasis, por existir laceraciones, desgarros o alteraciones de los mecanismos de la coagulación, puede ser necesaria la histerectomía, acompañada o no de ligadura de las arterias hipogástricas

Educación de las pacientes

Las pacientes con riesgo para aborto deben ser instruidas en los períodos preconcepcional y prenatal sobre su vulnerabilidad, la posibilidad de daño materno, la posible afectación de la calidad de su vida reproductiva, las posibilidades de mutilación y secuelas, así como con relación a los factores modificables o no y en lo relativo a la identificación de los signos y síntomas precoces de esta grave complicación.

Embarazo ectópico

- ❖ Ver tema al respecto.

Enfermedad Trofoblástica

Bajo el término: enfermedad trofoblástica gestacional se agrupan los tumores de la placenta interrelacionados por sus características estructurales y funcionales que son: mola hidatiforme, mola invasora o corioadenoma *destruens* y coriocarcinoma.

A todos se les considera, actualmente, como distintas fases de una misma afección, que cambian como un proceso dinámico o continuo, pues cada una de ellas emerge, imperceptiblemente, de la etapa anterior.

El término de enfermedad trofoblástica gestacional se ha sustituido por el de neoplasia trofoblástica gestacional para enfatizar la relación de benignidad o malignidad del proceso. Se le llama benigna cuando evoluciona hacia la curación y maligna cuando no ocurre así.

Diagnóstico

El diagnóstico más rápido y sencillo es el hallazgo de vesículas en el tejido expulsado a continuación de los síntomas de un aborto. También éstas pueden ser diagnosticadas al efectuar una ultrasonografía de rutina o indicada especialmente por la aparición, después de las 12 sem, de sangramiento genital, alteraciones del ritmo del crecimiento del útero o signos de pre-eclampsia. Se observará una imagen típica en "copos de nieve".

Síntomas y signos más frecuentes:

- ❖ Sangramiento (98%)
- ❖ Signo de más (50%)
- ❖ Quistes tecaluteínicos (40%)
- ❖ Signo de menos (25%)
- ❖ Náuseas y vómitos (30%)
- ❖ Pre-eclampsia precoz (15%)
- ❖ Hipertiroidismo (10%)
- ❖ Anemia (10%)
- ❖ Embolismo de elementos trofoblásticos (raro y grave)

Ante este diagnóstico el médico de familia debe remitir a la paciente al hospital, teniendo en cuenta el estado general de la misma, evaluando necesidad de canalización de vena e hidratación, en coordinación con el policlínico. Debe utilizarse transporte sanitario.

Gestorriñas de la 2ª mitad del embarazo.

Placenta Previa.

Es la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior.

Diagnóstico

El empleo de la ultrasonografía en el segundo trimestre para la búsqueda de marcadores genéticos, permite sospechar la posibilidad de su presencia, al posibilitar el diagnóstico exacto del sitio de implantación en cada momento de la evolución del embarazo, si bien casi 80 % de las implantaciones placentarias bajas se aleja del área del futuro segmento inferior a medida que avanza y crece el embarazo y, con éste, el útero.

Síntomas

- ❖ Anamnesis. Se consideran factores predisponentes: la multiparidad, el embarazo múltiple, las alteraciones del endometrio (endometritis crónica, legrados repetidos), los miomas uterinos, la cesárea anterior.
- ❖ Sangramiento. Rojo e indoloro, que ocurre, generalmente (pero no exclusivamente), en el tercer trimestre de la gestación. Este sangramiento es intermitente y casi siempre progresivo. Cuanto más precoz es el sangramiento, más baja suele ser la implantación placentaria.
- ❖ El estado general debe corresponder con la cantidad de sangre perdida.

Examen físico:

- ❖ Palpación. Útero de consistencia normal. Tamaño en relación con la edad gestacional.
- ❖ Presentaciones altas o viciosas.
- ❖ Auscultación. Frecuencia cardíaca fetal generalmente presente
- ❖ Exploración con espéculo para determinar origen del sangramiento.
- ❖ El tacto vaginal está contraindicado por el peligro de aumento del sangramiento.

Conducta

La paciente con diagnóstico de placenta previa **que no ha sangrado**, ingresará en el Hogar Materno a partir de las 22 semanas de edad gestacional. Se exceptúa la variedad oclusiva total, que debe ingresar en un Servicio de Ginecología desde esa edad gestacional o desde el momento de su diagnóstico hasta la semana 37ª en que se interrumpirá la gestación.

En el caso de otras variedades pueden permanecer en el Hogar Materno hasta las 34 semanas, momento en que será trasladada la paciente a un Servicio de Ginecología para ingresar en sala de gestantes, de la que pasará a Cuidados Especiales Materno Perinatales si se produce algún sangramiento.

El ingreso de la gestante con placenta previa diagnosticada se realizará, en el momento ya expresado, en un centro hospitalario con recursos apropiados.

De cualquier manera, cada caso requiere la personalización de la conducta a seguir, con el objetivo de que sean tomadas las mejores decisiones en interés de la paciente y su hijo.

En cualquier momento que sangre la paciente, independientemente la edad gestacional y lugar donde se encuentre, el medico de familia debe remitir a la paciente al hospital, teniendo en cuenta el estado general de la misma, evaluando necesidad de canalización de vena e hidratación, en coordinación con el policlínico. Debe utilizarse transporte sanitario.

Hematoma Retoplacentario.

Es la separación parcial o total de la placenta normalmente insertada en la cavidad uterina, que ocurre después de la semana 22ª de la gestación y antes del tercer período del parto.

Es una de las complicaciones más graves en la práctica obstétrica, con un mal pronóstico e incremento de la mortalidad materna y fetal.

De severidad muy variada, se consideran tres formas clínicas: leve, moderada y grave.

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza en presencia de:

Factores de riesgo:

- ❖ Pre-eclampsia-eclampsia
- ❖ Rotura prematura de membranas
- ❖ Traumas externos
- ❖ Ingestión de cocaína

1. La forma leve se caracteriza por:

- ❖ Hemorragia externa, escasa o ausente
- ❖ Útero de consistencia normal, ligera hipotonía o polisistolía
- ❖ Tonos cardíacos fetales normales o taquicárdicos

2. La forma moderada se caracteriza por:

- ❖ Hemorragia vaginal discreta o ausente (sangre oculta). Cuando transcurre de esta forma se asocia a mayor riesgo materno
- ❖ Dolor abdominal moderado
- ❖ Hipertonía uterina moderada
- ❖ Cambios en la frecuencia cardíaca fetal que sugieren hipoxia; a veces, muerte fetal

3. La forma grave se caracteriza por:

- ❖ Hemorragia externa que, generalmente, no guarda relación con el estado clínico de la paciente
- ❖ Dolor espontáneo del abdomen y/o a la palpación de éste
- ❖ Útero de consistencia leñosa
- ❖ Altura uterina que puede estar en desproporción con la amenorrea (signo de más).
- ❖ Ausencia de latidos del corazón fetal
- ❖ Shock materno, con o sin trastornos de la hemostasia

En cualquier momento que se haga el diagnostico, independientemente la edad gestacional y lugar donde se encuentre la paciente ,el medico de familia debe remitir a la paciente al hospital, teniendo en cuenta el estado general de la misma, evaluando necesidad de canalización de vena e hidratación, en coordinación con el policlínico. Debe utilizarse transporte sanitario.

Rotura Uterina

Aunque toda solución de continuidad no quirúrgica del útero es una rotura uterina, la práctica ha completado y limitado la definición al establecer otras condiciones.

- ❖ Que la lesión asiente por encima del cuello
- ❖ Que se produzca después de alcanzar la viabilidad fetal

Se excluyen aquí aquellas que interesan sólo el cuello (desgarros), y las que son consecutivas a un curetaje u otras maniobras, (perforaciones uterinas).

La rotura del útero durante el embarazo o el parto constituye el accidente más grande, grave y dramático que puede presentarse en la práctica obstétrica. Le acompañan altas tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Factores predisponentes

La multiparidad, deformidades del útero, tumores uterinos, legrado, cicatrices anteriores, embarazo múltiple, seguimiento inadecuado del trabajo de parto, instrumentaciones cruentas, uso inadecuado de oxitócicos y prostaglandinas, sub-valoración del peso del feto y otros.

Es necesario tener presente estos factores, pues de ellos pueden derivarse roturas espontáneas o traumáticas en úteros intactos y roturas del útero con cicatrices anteriores.

Diagnóstico

El Médico de Familia debe conocer los síntomas y signos precursores de la rotura, agrupados clásicamente en el síndrome de inminencia de rotura uterina.

Síndrome de inminencia de rotura uterina

- ❖ No hay signos seguros de la inminencia de la rotura uterina.
- ❖ Por lo general se trata de una gestante múltipara, intranquila, excitada, que se queja de molestias constantes, con trabajo de parto prolongado, desproporción céfalo-pélvica no diagnosticada, presentación viciosa, uso de oxitocina o prostaglandinas.
- ❖ Contracciones uterinas enérgicas, sin progreso correspondiente de la presentación.
- ❖ Dolor intenso en el vientre, hipersensibilidad abdominal generalizada, especialmente a nivel del segmento inferior (la mujer apenas permite que se le examine). Con frecuencia se observa estado de agotamiento obstétrico.
- ❖ A veces a la palpación, se percibe un surco oblicuo a través del abdomen entre el cuerpo del útero contraído y el segmento inferior adelgazado (útero en "reloj de arena").
- ❖ Distensión excesiva del segmento inferior, con ascenso del anillo de Bandl hasta las proximidades del ombligo.
- ❖ Tensión de los ligamentos redondos, como dos cuerdas tirantes (signo de Frommel).
- ❖ Puede haber hematuria.
- ❖ El tacto vaginal permite comprobar que el cuello está estrechamente ceñido alrededor de la presentación, engrosado y a veces elevado, tirando de la vagina; en ocasiones existe una bolsa sero-sanguínea que puede llegar al perineo cuando la cabeza está todavía en el estrecho superior.

Profilaxis de la rotura uterina

- ❖ La mayoría de las roturas pueden ser evitadas mediante la correcta atención prenatal y la aplicación cuidadosa de las técnicas obstétricas actuales. Deben establecerse criterios de riesgo de rotura:
- ❖ Toda paciente con riesgo de rotura uterina debe ser remitida antes del término de la gestación a un centro que cuente con recursos adecuados.
- ❖ En pacientes con antecedentes de cesárea u otro tipo de cicatriz uterina: evalúelas estrechamente y facilite su ingreso antes del término de la gestación.
- ❖ Realice el diagnóstico precoz de la desproporción céfalo-pélvica y de las presentaciones viciosas.

En cualquier momento que se haga el diagnostico, independientemente la edad gestacional y lugar donde se encuentre la paciente ,el medico de familia debe remitir a la paciente al hospital, teniendo en cuenta el estado general de la misma, evaluando necesidad de canalización de vena e hidratación, en coordinación con el policlínico. Debe utilizarse transporte sanitario.

SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA.

Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS).

Es la Respuesta Inflamatoria Sistémica a diversas agresiones clínicas graves, que está caracterizado por dos o más de los siguientes hechos:

- **Temperatura:** más de 38 grados Celsius ó menor de 36 grados Celsius
- **Frecuencia cardíaca:** más de 90 latidos por minuto.
- **Frecuencia respiratoria:** más de 20 respiraciones por minuto.
- **Leucocitosis:** más de 12000/mm³ ó menor de 4000/mm³

También es la respuesta sistémica observable en una variedad de insultos severos, incluyendo, pero no estando limitados a la infección. Las causas no infecciosas de SIRS pueden ocasionar un cuadro clínico idéntico al que se observa en los cuadros sépticos.

Infección

Proceso microbiano caracterizado, por una respuesta inflamatoria a la presencia de un microorganismo ó invasión de un microorganismo a un tejido del huésped, que normalmente es estéril

Bacteriemia.

Presencia de bacterias en sangre

Sepsis.

Respuesta sistémica a la infección con los mismos parámetros antes descritos

Síndrome de disfunción multiorgánica.

Presencia de función orgánica alterada en un paciente enfermo en forma aguda de tal magnitud, que la homeostasis no se puede mantener, sin una intervención terapéutica. Las alteraciones se presentan en órganos previamente sanos.

La clave del éxito para la identificación temprana del SIRS radica, por consiguiente, en la búsqueda exhaustiva de los signos. Pretender identificar la sepsis a través de la identificación del paciente con "aspecto séptico" constituye un error conceptual que atenta directamente con la vida del paciente.

Es de nuestro interés que el médico de la familia aplique estos conocimientos tanto a la gestante como a la puérpera.

Gestante.

Ser capaces de diferenciar las causas infecciosas de las no infecciosas, recordando siempre que hay que escuchar siempre lo que dice la paciente aunque parezcan cosas insignificantes y posteriormente realizar examen físico exhaustivo.

Puérpera.

Se entiende por infección puerperal la invasión directa de los órganos genitales, durante o después del parto, por microorganismos patógenos, que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo en estas etapas. **Debe tenerse en cuentas el examen que se le realiza a la puérpera y hacerlo correctamente.**

La fiebre es el síntoma principal de la infección puerperal. Este ascenso térmico debe ser igual o mayor de 38° C constatado en, al menos, 4 tomas diarias, por no menos de 48 horas, después del segundo día del puerperio hasta los 10 días posteriores

Con relación al SRIS los elementos más importantes son la fiebre y la taquicardia y se considera de valor la leucocitosis mayor de 30000/mm.

Factores predisponentes, relacionados con el riesgo general de infección

- ❖ Anemia
- ❖ Control prenatal deficiente
- ❖ Nivel socio-económico bajo
- ❖ Relaciones sexuales en las últimas 4 semanas del embarazo
- ❖ Obesidad
- ❖ Infección cérvico-vaginal

Profilaxis de la infección puerperal

- ❖ Tratamiento correcto de la anemia
- ❖ Atender el estado nutricional de la gestante
- ❖ Atención prenatal óptima
- ❖ Proscribir el coito desde la semana 34^a.
- ❖ Diagnosticar y tratar las infecciones cérvico-vaginales
- ❖ Eliminar focos sépticos extragenitales.

- ❖ Proscribir irrigaciones vaginales y baños de inmersión en las últimas semanas.
- ❖ Evitar y tratar la constipación.
- ❖ Realizar amniocentesis sólo con indicaciones muy precisas y con todas las medidas de asepsia y antisepsia.
- ❖ Movilización y deambulación precoz en el puerperio.
- ❖ Charlas educativas.
- ❖ Dar a conocer a la puérpera, al egreso, los signos y síntomas de la infección puerperal y recomendarle que acuda lo antes posible a su médico de la familia.

Diagnóstico de la infección puerperal

Para realizar el diagnóstico precoz debe tomarse en cuenta, los antecedentes del embarazo y el parto.

- ❖ Toma del estado general
- ❖ Escalofríos
- ❖ Fiebre (por la tarde y la noche temprana)
- ❖ Taquifigmia (pulso por encima de 90)
- ❖ Hipotensión arterial
- ❖ Sub-involución uterina.
- ❖ Útero blando y doloroso.
- ❖ Loquios fétidos
- ❖ Dolor y engrosamiento de los parametrios y/o de los anexos
- ❖ Retención de membranas y tejidos placentarios
- ❖ Puede demostrarse infección local de cuello uterino, la vagina, la vulva o el perineo o de la incisión quirúrgica.

CONDUCTA

Ante este diagnóstico el médico de familia debe remitir a la paciente al hospital, teniendo en cuenta el estado general de la misma, evaluando necesidad de canalización de vena e hidratación, en coordinación con el policlínico. Debe utilizarse transporte sanitario.

EMBARAZO Y NUTRICIÓN

**ES INDICACION EL USO POR EL MEDICO DE LAS TABLAS ANTROPOMETRICAS.
ENTREGAR A LAS GESTANTES LA DIETA SEGÚN LOS CALCULOS DE LAS CALORIAS POR
EL PESO, EDAD Y TALLA.
VER ANEXOS.**

La alimentación es un proceso necesario y obligado para todos los organismos o sistemas vivientes, que tiene el objetivo de alcanzar y mantener el mayor grado de competencia biológica o capacidad de enfrentar adaptativamente los cambios energéticos y de todo tipo que se puedan producir en el entorno. Es el proceso mediante el cual el sujeto se procura, de manera activa o pasiva, las categorías químicas alimentarias y nutrimentales que necesita para satisfacer los requerimientos de energía y sustancias de su organismo, por lo que constituye un fenómeno de una extraordinaria complejidad biológica.

Durante la gestación y lactancia, el manejo nutricional es mucho más difícil, debido al incremento de las necesidades nutricionales que han de cubrir el crecimiento y desarrollo del feto y lactante, además de los cambios estructurales y del metabolismo que se producen en la madre.

La ganancia escasa de peso en el embarazo se asocia a un mayor riesgo de retraso del crecimiento intrauterino e incremento de la mortalidad perinatal, mientras que un aumento exagerado se asocia con peso del recién nacido elevado al nacer, y secundariamente, con mayor peligro de complicaciones asociadas a la desproporción céfalo-pélvica.

Herramienta para el manejo nutricional de la gestante desde la captación.

Evaluación nutricional

El indicador más preciso para evaluar el estado nutricional es el Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula desde el momento de la captación:

$$IMC = \frac{\text{Peso en kilogramos a la captación}}{(\text{Talla en m}^2)}$$

Clasificación	Índice de masa corporal a la captación	Tablas de evolución del peso
Peso deficiente	$\leq 18.8 \text{ kg/m}^2$	\leq percentil 10
Peso adecuado	$> 18.8 \text{ kg/m}^2$ a $< 25.6 \text{ kg/m}^2$	$>$ percentil 10 a $<$ percentil 75
Sobrepeso	$\geq 25.6 \text{ kg/m}^2$ a $< 28.6 \text{ kg/m}^2$	\geq percentil 75 a $<$ percentil 90
Obesidad	$\geq 28.6 \text{ kg/m}^2$	\geq percentil 90

GANANCIA DE PESO MÍNIMA RECOMENDADA SEGÚN EL ESTADO NUTRICIONAL INICIAL	
	IMC (Kg / m²) a la captación

Ganancia de peso (Kg)	Peso deficiente	Peso adecuado	Sobrepeso	Obesa
Semana 20	3.7	3.3	1.5	1.5
Semana 30	8.9	8.1	3.6	3.6
Total	14.2	12.8	5.8	5.8

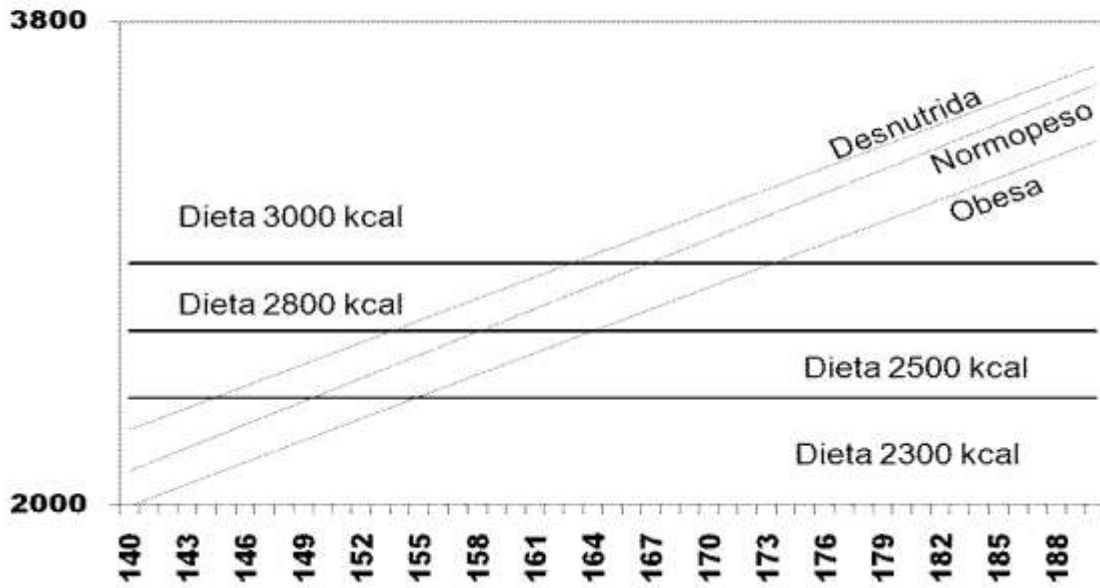
Ganancia de peso indicada
Las adolescentes y los embarazos gemelares deben de aproximarse al límite superior del peso recomendado
Las mujeres con Baja Talla (< 150 cm), deben ganar el limite inferior del peso recomendado.

Dieta a iniciar según el IMC	
Peso deficiente	2800 a 3000 Kcal
Peso adecuado	2500 Kcal
Sobrepeso- Obesidad	2300 Kcal

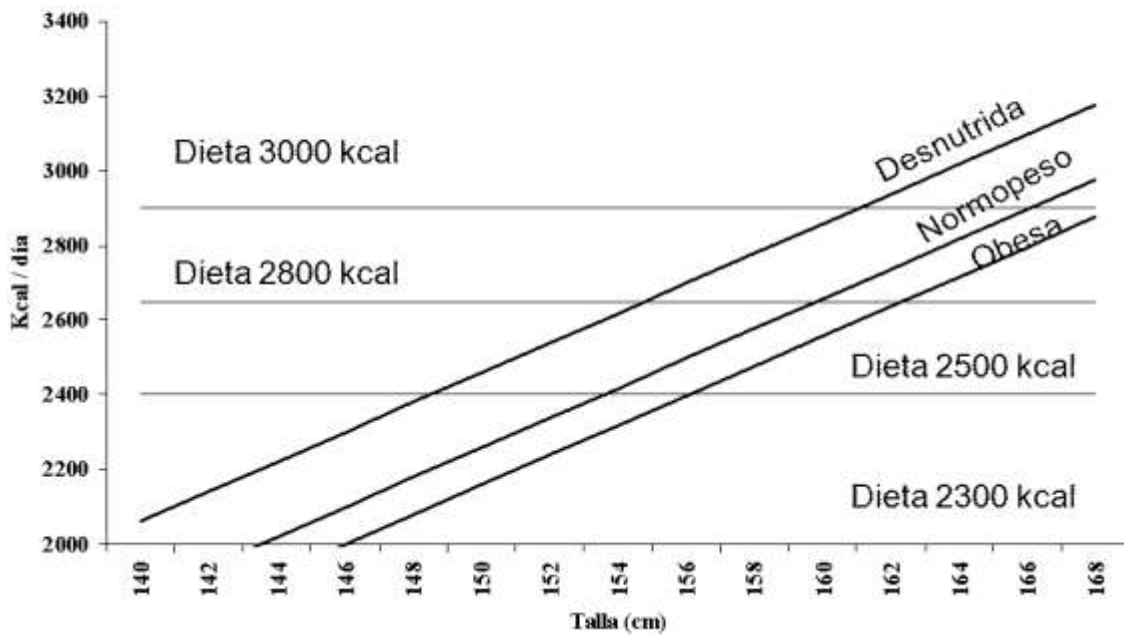
En todas las consultas que se le brindan a las gestantes durante su etapa prenatal debe evaluarse la curva de peso (CP), como cuestión fundamental para la toma de medidas oportunas que incidirían en la disminución de la morbilidad materno fetal y la mejora de la calidad de vida del recién nacido.

Distribución de las calorías en el día	
Desayuno	15%
Merienda	10%
Almuerzo	25%
Merienda	10%
Comida	25%
Cena	15%

Requerimientos nutricionales en embarazadas adultas



Requerimientos nutricionales en embarazadas adolescentes



Patrones nutricionales para embarazadas y madres que lactan

Con los siguientes patrones nutricionales se contemplan las necesidades diarias de todas las embarazadas según su estado nutricional:

- 2300 Kcal
- 2500 Kcal
- 2800 Kcal
- 3000 Kcal

Es necesario tener en cuenta que:

A ninguna embarazada se le debe recomendar una dieta menor de 2300 Kcal ni mayor de 3000 Kcal.

Al realizar el cálculo de las recomendaciones nutricionales, tener en cuenta que para el período de lactancia, deben incrementarse 200 Kcal adicionales a las del embarazo. Es decir, una madre que durante la gestación requería una dieta de 2800 Kcal/día, durante la lactancia los requerimientos ascienden a 3000 Kcal/día. De forma práctica, durante la lactancia se le debe indicar el patrón nutricional superior, sin pasar de 3000 Kcal/día.

Para el cálculo de las recomendaciones nutricionales, se debe seguir el siguiente proceso:

Talla y peso a la captación antes de las 14 semanas. En caso de ser la captación del embarazo posterior a las 14 semanas, considerar el peso habitual.

Calcular el IMC, y clasificarla como desnutrida, normopeso, sobrepeso u obesa. Para las curvas a utilizar, las clasificadas como sobrepeso y obesas entran en la misma categoría.

Clasificar a la gestante de acuerdo a la edad en adolescente o no (mayor o menor de 19 años).

A modo de ejemplo, a una gestante de 17 años, desnutrida y con talla de 156 cm, le corresponde una dieta de 2800 Kcal/día, como se muestra en el siguiente gráfico.

Requerimientos nutricionales en embarazadas adolescentes

El algoritmo a seguir es el siguiente:

Una vez determinado el patrón dietético correspondiente, orientar a la gestante acerca de su uso para evitar la monotonía en la dieta y como debe realizar los intercambios. Continuando con el ejemplo anterior, esa adolescente desnutrida debe desayunar (como se muestra en el patrón dietético de 2800 Kcal/día):

- 1 taza de café con leche (intercambiable con 1 taza de leche fresca, 1 taza de leche en polvo (4 cdas polvo), 1 taza yogurt vaca o soya ó 1 taza instacereal).
- 1 cucharada de azúcar, que se la puede adicionar al café con leche, o sustituirla por 1 cucharada de:
 - mermelada, de dulce en almíbar, pasta de fruta o miel.
 - 4 cucharadas de compota.
 - ½ panetelita.
 - 1 ½ cucharada de helado Coppelia.
 - 4 cucharadas de helado Varadero.
 - 3 ½ cucharadas de helado Guarina.
 - ½ taza de gelatina.
 - 3 onzas de refresco o malta
- 1 fruta (1 naranja, mandarina o guayaba mediana, ½ plátano fruta o toronja, 1 mango pequeño, 1/8 mamey colorado, ½ taza de piña o de dulce de frutabomba en cuadritos).
- La tercera parte de un pan de molde o intercambiarlo por 1 rebanada de pan de flauta o 4 galletas de soda.

- 1 cucharada de mantequilla o 1 de mayonesa, aceite o manteca o 2 cucharadas de queso de crema.

Grupos de alimentos	Unidad de intercambio	Cantidad de alimentos para intercambiar
1. Leche	1 taza (240g)	1 taza leche fresca 1 taza leche en polvo (4 cda polvo) 1 taza leche evaporada (reconst. 50%) 1 taza leche condensada (reconst. 4 cda) 1 taza yogur de leche de vaca o de soya 1 taza instacereal (reconst. 4 cda polvo)
2. Carnes	1 onza (30g)	1 oz carne de res, cerdo, carnero, vísceras, pollo, pescado, embutido. picadillo res con soya (3 cda) masa cárnica (3 cda) ½ embutido pollo (fricandel) 1 unidad perro caliente ½ hamburguesa con soya 2 fish steak 1 oz queso 1 unidad huevo 1 taza de frijoles, chicharos u otras leguminosas (granos + líquido)
3. Cereales y "viandas"	½ taza	½ taza arroz, pastas, harina de maíz 1/3 unidad pan suave, 1 rebanada pan de flauta (2 cm espesor) 4 unidades galletas ½ taza puré de papa ¼ taza otras "viandas"
4. Vegetales Grupo A	1 taza	Lechuga, col, berro, pepino, tomate, acelga, chayote, pimiento, habichuelas, rábano (cantidad a consumir según se desee)
5. Vegetales Grupo B	½ taza	½ taza calabaza, nabo, remolacha, zanahoria
6. Frutas	1 (unidad)	1 naranja mediana 1 mandarina mediana ½ plátano fruta grande o uno pequeño 1 guayaba mediana ½ toronja 1 mango pequeño 1/8 mamey colorado ½ taza piña en cuadritos ½ taza fruta bomba en cuadritos
7. Grasas	1 cda.	1 cda aceite, manteca, mantequilla, mayonesa 2 cda queso crema ½ unidad aguacate mediano
8. Azúcar y dulces	1 cda.	1 cda azúcar 1 cda mermelada, dulce en almíbar, pasta de fruta, miel 4 cda compota ½ unidad panetelita 1 ½ cda helado "Coppelia" 4 cda helado "Varadero", 3 ½ cda de helado Guarina ½ taza gelatina (1 ½ cda polvo) 3 oz refresco, malta y cerveza clara.

Cda.: Cucharada; oz: onza

Dieta de 2300 kcal [gestantes]

	Patrón	Intercambiable con
DESAYUNO	1 taza café con leche 1 cda de azúcar 1 Fruta 1/3 Pan 1 cda mantequilla	1 taza leche fresca, 1 taza en polvo (4 cdas polvo), 1 taza yogurt vaca o soya, 1 taza instacereal 1 cda mermelada, dulce en almíbar, pasta de fruta, miel, 4 cdas compota, ½ panetelita, 1 ½ cda helado Coppelia, 4 cdas helado Varadero, 3 ½ cdas helado Guarina, ½ taza gelatina, 3 onzas refresco o malta 1 naranja, mandarina o guayaba mediana, ½ plátano fruta o toronja, 1 mango pequeño, 1/8 mamey colorado, ½ taza de piña o de dulce de frutabomba en cuadritos 1 rebanada pan de flauta, 4 galletas de soda 1 cda mayonesa, aceite o manteca, 2 cda queso de crema
MERIENDA	1 taza leche 1 cda azúcar 1 fruta	1 taza leche fresca, 1 taza en polvo (4 cdas polvo), 1 taza yogurt vaca o soya, 1 taza instacereal 1 cda mermelada, dulce en almíbar, pasta de fruta, miel, 4 cdas compota, ½ panetelita, 1 ½ cda helado Coppelia, 4 cdas helado Varadero, 3 ½ cdas helado Guarina, ½ taza gelatina, 3 onzas refresco, clara o malta 1 naranja, mandarina o guayaba mediana, ½ plátano fruta o toronja, 1 mango pequeño, 1/8 mamey colorado, ½ taza de piña o de dulce de frutabomba en cuadritos
ALMUERZO	¾ taza arroz ½ taza frijoles 1 onza carne ¼ taza viandas Vegetales grupo A ½ taza vegetales grupo B 1 cda aceite 3 cdas mermelada	¾ taza de pastas o harina de maíz, ½ unidad pan suave, 1 rebanada pan de flauta ½ taza de frijoles, chícharos u otra leguminosa 1 onza de carne de res, cerdo, pollo, carnero, vísceras, pescado, embutido. 3 cdas picadillo de res con soya o de masa cárnica, ½ embutido de pollo (Fricandel), 1 perro caliente, ½ hamburguesa con soya, 2 fish steak, 1 onza de queso, 1 huevo. ¼ taza puré de papas, 1/8 taza puré otras viandas Todo lo que quiera comer (lechuga, col, berro, pepino, tomate, acelga, chayote, pimiento, habichuelas, rábano ½ taza zanahoria, remolacha, nabo, calabaza 1 cda manteca, mantequilla o mayonesa, 2 cdas queso crema, ½ aguacate mediano 3 cdas dulce en almíbar, pasta de fruta o miel. 12 cdas de compota, 1 ½ panetelita, 4 ½ cdas helado Coppelia, 12 cdas helado Varadero, 10 ½ cdas helado Guarina, ¾ taza de gelatina, 9 onzas de refresco o malta
MERIENDA	1 taza leche 1 cda azúcar 1 fruta	1 taza leche fresca, 1 taza en polvo (4 cdas polvo), 1 taza yogurt vaca o soya, 1 taza instacereal 1 cda mermelada, dulce en almíbar, pasta de fruta, miel, 4 cdas compota, ½ panetelita, 1 ½ cda helado Coppelia, 4 cdas helado Varadero, 3 ½ cdas helado Guarina, ½ taza gelatina, 3 onzas refresco, clara o malta 1 naranja, mandarina o guayaba mediana, ½ plátano fruta o toronja, 1 mango pequeño, 1/8 mamey colorado, ½ taza de piña o de dulce de frutabomba en cuadritos
COMIDA	½ taza arroz ½ taza frijoles 1 onza carne ¼ taza viandas Vegetales grupo A ½ taza vegetales grupo B 1 cda aceite 3 cdas mermelada	½ taza de pastas o harina de maíz, 1/3 unidad pan suave, 1 rebanada pan de flauta ½ taza de frijoles, chícharos u otra leguminosa 1 onza de carne de res, cerdo, pollo, carnero, vísceras, pescado, embutido. 3 cdas picadillo de res con soya o de masa cárnica, ½ embutido de pollo (Fricandel), 1 perro caliente, ½ hamburguesa con soya, 2 fish steak, 1 onza de queso, 1 huevo. ¼ taza puré de papas, 1/8 taza puré otras viandas Todo lo que quiera comer (lechuga, col, berro, pepino, tomate, acelga, chayote, pimiento, habichuelas, rábano ½ taza zanahoria, remolacha, nabo, calabaza 1 cda manteca, mantequilla o mayonesa, 2 cdas queso crema, ½ aguacate mediano 3 cdas dulce en almíbar, pasta de fruta o miel. 12 cdas de compota, 1 ½ panetelita, 9 cdas helado Coppelia, 12 cdas helado Varadero, 10 ½ cdas helado Guarina, ¾ taza de gelatina, 9 onzas de refresco o malta
CENA	1 taza leche 1 cda azúcar 1 fruta	1 taza leche fresca, 1 taza en polvo (4 cdas polvo), 1 taza yogurt vaca o soya, 1 taza instacereal 1 cda mermelada, dulce en almíbar, pasta de fruta, miel, 4 cdas compota, ½ panetelita, 1 ½ cda helado Coppelia, 4 cdas helado Varadero, 3 ½ cdas helado Guarina, ½ taza gelatina, 3 onzas refresco, clara o malta 1 naranja, mandarina o guayaba mediana, ½ plátano fruta o toronja, 1 mango pequeño, 1/8 mamey colorado, ½ taza de piña o de dulce de frutabomba en cuadritos

Dieta de 2500 kcal [gestantes]

	Patrón	Intercambiable con
DESAYUNO	1 taza café con leche 1 cda de azúcar 1 Fruta 1/3 Pan 1 cda mantequilla	1 taza leche fresca, 1 taza en polvo (4 cdas polvo), 1 taza yogurt vaca o soya, 1 taza instacereal 1 cda mermelada, dulce en almíbar, pasta de fruta, miel, 4 cdas compota, ½ panetelita, 1 ½ cda helado Coppelia, 4 cdas helado Varadero, 3 ½ cdas helado Guarina, ½ taza gelatina, 3 onzas refresco, clara o malta 1 naranja, mandarina o guayaba mediana, ½ plátano fruta o toronja, 1 mango pequeño, 1/8 mamey colorado, ½ taza de piña o de dulce de frutabomba en cuadritos 1 rebanada pan de flauta, 4 galletas de soda 1 cda mayonesa, aceite o manteca, 2 cda queso de crema
MERIENDA	1 taza leche 1 cda azúcar 1 fruta	1 taza leche fresca, 1 taza en polvo (4 cdas polvo), 1 taza yogurt vaca o soya, 1 taza instacereal 1 cda mermelada, dulce en almíbar, pasta de fruta, miel, 4 cdas compota, ½ panetelita, 1 ½ cda helado Coppelia, 4 cdas helado Varadero, 3 ½ cdas helado Guarina, ½ taza gelatina, 3 onzas refresco, clara o malta 1 naranja, mandarina o guayaba mediana, ½ plátano fruta o toronja, 1 mango pequeño, 1/8 mamey colorado, ½ taza de piña o de dulce de frutabomba en cuadritos
ALMUERZO	1 taza arroz ½ taza frijoles 1 onza carne ¼ taza viandas Vegetales grupo A ½ taza vegetales grupo B ½ cda aceite 3 ½ cdas mermelada	1 taza de pastas o harina de maíz, 2/3 unidad pan suave, 2 rebanadas pan de flauta ½ taza de frijoles, chícharos u otra leguminosa 1 onza de carne de res, cerdo, pollo, carnero, vísceras, pescado, embutido. 3 cdas picadillo de res con soya o de masa cárnica, ½ embutido de pollo (Fricandel), 1 perro caliente, ½ hamburguesa con soya, 2 fish steak, 1 onza de queso, 1 huevo. ¼ taza puré de papas, 1/8 taza puré otras viandas Todo lo que quiera comer (lechuga, col, berro, pepino, tomate, acelga, chayote, pimiento, habichuelas, rábano ½ taza zanahoria, remolacha, nabo, calabaza ½ cda manteca, mantequilla o mayonesa, 1 cdas queso crema, ¼ aguacate mediano 3 ½ cdas dulce en almíbar, pasta de fruta o miel. 14 cdas de compota, 1 ½ panetelita, 4 ½ cdas helado Coppelia, 14 cdas helado Varadero, 10 ½ cdas helado Guarina, ¾ taza de gelatina, 9 onzas de refresco o malta
MERIENDA	1 taza leche 1 cda azúcar 1 fruta	1 taza leche fresca, 1 taza en polvo (4 cdas polvo), 1 taza yogurt vaca o soya, 1 taza instacereal 1 cda mermelada, dulce en almíbar, pasta de fruta, miel, 4 cdas compota, ½ panetelita, 1 ½ cda helado Coppelia, 4 cdas helado Varadero, 3 ½ cdas helado Guarina, ½ taza gelatina, 3 onzas refresco, clara o malta 1 naranja, mandarina o guayaba mediana, ½ plátano fruta o toronja, 1 mango pequeño, 1/8 mamey colorado, ½ taza de piña o de dulce de frutabomba en cuadritos
COMIDA	1 taza arroz ½ taza frijoles 1 onza carne ¼ taza viandas Vegetales grupo A ½ taza vegetales grupo B 1 cda aceite 3 cdas mermelada	1 taza de pastas o harina de maíz, 2/3 unidad pan suave, 2 rebanadas pan de flauta ½ taza de frijoles, chícharos u otra leguminosa 1 onza de carne de res, cerdo, pollo, carnero, vísceras, pescado, embutido. 3 cdas picadillo de res con soya o de masa cárnica, ½ embutido de pollo (Fricandel), 1 perro caliente, ½ hamburguesa con soya, 2 fish steak, 1 onza de queso, 1 huevo. ¼ taza puré de papas, 1/8 taza puré otras viandas Todo lo que quiera comer (lechuga, col, berro, pepino, tomate, acelga, chayote, pimiento, habichuelas, rábano ½ taza zanahoria, remolacha, nabo, calabaza 1 cda manteca, mantequilla o mayonesa, 2 cdas queso crema, ½ aguacate mediano 3 cdas dulce en almíbar, pasta de fruta o miel. 12 cdas de compota, 1 ½ panetelita, 4 ½ cdas helado Coppelia, 12 cdas helado Varadero, 10 ½ cdas helado Guarina, ¾ taza de gelatina, 9 onzas de refresco o malta
CENA	1 taza leche 1 cda azúcar 1 fruta	1 taza leche fresca, 1 taza en polvo (4 cdas polvo), 1 taza yogurt vaca o soya, 1 taza instacereal 1 cda mermelada, dulce en almíbar, pasta de fruta, miel, 4 cdas compota, ½ panetelita, 1 ½ cda helado Coppelia, 4 cdas helado Varadero, 3 ½ cdas helado Guarina, ½ taza gelatina, 3 onzas refresco, clara o malta 1 naranja, mandarina o guayaba mediana, ½ plátano fruta o toronja, 1 mango pequeño, 1/8 mamey colorado, ½ taza de piña o de dulce de frutabomba en cuadritos

Dieta de 2800 kcal de la gestante

	Patrón	Intercambiable con
DESAYUNO	1 taza café con leche 1 cda de azúcar 1 Fruta 1/3 Pan 1 cda mantequilla	1 taza leche fresca, 1 taza en polvo (4 cdas polvo), 1 taza yogurt vaca o soya, 1 taza instacereal 1 cda mermelada, dulce en almíbar, pasta de fruta, miel, 4 cdas compota, ½ panetelita, 1 ½ cda helado Coppelia, 4 cdas helado Varadero, 3 ½ cdas helado Guarina, ½ taza gelatina, 3 onzas refresco, clara o malta 1 naranja, mandarina o guayaba mediana, ½ plátano fruta o toronja, 1 mango pequeño, 1/8 mamey colorado, ½ taza de piña o de dulce de frutabomba en cuadritos 1 rebanada pan de flauta, 4 galletas de soda 1 cda mayonesa, aceite o manteca, 2 cda queso de crema
MERIENDA	1 taza leche 1 cda azúcar 1 fruta	1 taza leche fresca, 1 taza en polvo (4 cdas polvo), 1 taza yogurt vaca o soya, 1 taza instacereal 1 cda mermelada, dulce en almíbar, pasta de fruta, miel, 4 cdas compota, ½ panetelita, 1 ½ cda helado Coppelia, 4 cdas helado Varadero, 3 ½ cdas helado Guarina, ½ taza gelatina, 3 onzas refresco, clara o malta 1 naranja, mandarina o guayaba mediana, ½ plátano fruta o toronja, 1 mango pequeño, 1/8 mamey colorado, ½ taza de piña o de dulce de frutabomba en cuadritos
ALMUERZO	1 ½ taza arroz ½ taza frijoles 2 onzas carne ½ taza viandas Vegetales grupo A ½ taza vegetales grupo B 1 ½ cda aceite 3 ½ cdas mermelada	1 ½ taza de pastas o harina de maíz, 1 unidad pan suave, 3 rebanadas pan de flauta ½ taza de frijoles, chícharos u otra leguminosa 2 onzas de carne de res, cerdo, pollo, carnero, vísceras, pescado, embutido. 6 cdas picadillo de res con soya o de masa cárnica, 1 embutido de pollo (Fricandel), 2 perro caliente, 1 hamburguesa con soya, 4 fish steak, 2 onza de queso, 2 huevos. ½ taza puré de papas, ¼ taza puré otras viandas Todo lo que quiera comer (lechuga, col, berro, pepino, tomate, acelga, chayote, pimiento, habichuelas, rábano ½ taza zanahoria, remolacha, nabo, calabaza 1 ½ cda manteca, mantequilla o mayonesa, 3 cdas queso crema, ¼ aguacate mediano 3 ½ cdas dulce en almíbar, pasta de fruta o miel. 14 cdas de compota, 1 ½ panetelita, 4 ½ cdas helado Coppelia, 14 cdas helado Varadero, 10 ½ cdas helado Guarina, ¾ taza de gelatina, 9 onzas de refresco o malta
MERIENDA	1 taza leche 1 cda azúcar 1 fruta	1 taza leche fresca, 1 taza en polvo (4 cdas polvo), 1 taza yogurt vaca o soya, 1 taza instacereal 1 cda mermelada, dulce en almíbar, pasta de fruta, miel, 4 cdas compota, ½ panetelita, 1 ½ cda helado Coppelia, 4 cdas helado Varadero, 3 ½ cdas helado Guarina, ½ taza gelatina, 3 onzas refresco, clara o malta 1 naranja, mandarina o guayaba mediana, ½ plátano fruta o toronja, 1 mango pequeño, 1/8 mamey colorado, ½ taza de piña o de dulce de frutabomba en cuadritos
COMIDA	1 taza arroz ½ taza frijoles 1 onza carne ¼ taza viandas Vegetales grupo A ½ taza vegetales grupo B 1 ½ cda aceite 3 ½ cdas mermelada	1 taza de pastas o harina de maíz, 2/3 unidad pan suave, 2 rebanadas pan de flauta ½ taza de frijoles, chícharos u otra leguminosa 1 onzas de carne de res, cerdo, pollo, carnero, vísceras, pescado, embutido. 3 cdas picadillo de res con soya o de masa cárnica, ½ embutido de pollo (Fricandel), 1 perro caliente, ½ hamburguesa con soya, 2 fish steak, 1 onza de queso, 2 huevos. ¼ taza puré de papas, 1/8 taza puré otras viandas Todo lo que quiera comer (lechuga, col, berro, pepino, tomate, acelga, chayote, pimiento, habichuelas, rábano ½ taza zanahoria, remolacha, nabo, calabaza 1 ½ cda manteca, mantequilla o mayonesa, 3 cdas queso crema, ¼ aguacate mediano 3 ½ cdas dulce en almíbar, pasta de fruta o miel. 14 cdas de compota, 1 ½ panetelita, 4 ½ cdas helado Coppelia, 14 cdas helado Varadero, 10 ½ cdas helado Guarina, ¾ taza de gelatina, 9 onzas de refresco o malta
CENA	1 taza leche 1 cda azúcar 1 fruta	1 taza leche fresca, 1 taza en polvo (4 cdas polvo), 1 taza yogurt vaca o soya, 1 taza instacereal 1 cda mermelada, dulce en almíbar, pasta de fruta, miel, 4 cdas compota, ½ panetelita, 1 ½ cda helado Coppelia, 4 cdas helado Varadero, 3 ½ cdas helado Guarina, ½ taza gelatina, 3 onzas refresco, clara o malta 1 naranja, mandarina o guayaba mediana, ½ plátano fruta o toronja, 1 mango pequeño, 1/8 mamey colorado, ½ taza de piña o de dulce de frutabomba en cuadritos

Dieta de 3000 kcal de la embarazada

	Patrón	Intercambiable con
DESAYUNO	1 taza café con leche 1 cda de azúcar 1 Fruta 1/3 Pan 1 cda mantequilla	1 taza leche fresca, 1 taza en polvo (4 cdas polvo), 1 taza yogurt vaca o soya, 1 taza instacereal 1 cda mermelada, dulce en almíbar, pasta de fruta, miel, 4 cdas compota, ½ panetelita, 1 ½ cda helado Coppelia, 4 cdas helado Varadero, 3 ½ cdas helado Guarina, ½ taza gelatina, 3 onzas refresco, clara o malta 1 naranja, mandarina o guayaba mediana, ½ plátano fruta o toronja, 1 mango pequeño, 1/8 mamey colorado, ½ taza de piña o de dulce de frutabomba en cuadritos 1 rebanada pan de flauta, 4 galletas de soda 1 cda mayonesa, aceite o manteca, 2 cda queso de crema
MERIENDA	1 taza leche 1 cda azúcar 1 fruta	1 taza leche fresca, 1 taza en polvo (4 cdas polvo), 1 taza yogurt vaca o soya, 1 taza instacereal 1 cda mermelada, dulce en almíbar, pasta de fruta, miel, 4 cdas compota, ½ panetelita, 1 ½ cda helado Coppelia, 4 cdas helado Varadero, 3 ½ cdas helado Guarina, ½ taza gelatina, 3 onzas refresco, clara o malta 1 naranja, mandarina o guayaba mediana, ½ plátano fruta o toronja, 1 mango pequeño, 1/8 mamey colorado, ½ taza de piña o de dulce de frutabomba en cuadritos
ALMUERZO	1 ½ taza arroz ½ taza frijoles 2 onzas carne ½ taza viandas Vegetales grupo A ½ taza vegetales grupo B 2 cda aceite 4 cdas mermelada	1 taza de pastas o harina de maíz, 2/3 unidad pan suave, 2 rebanadas pan de flauta ½ taza de frijoles, chícharos u otra leguminosa 1 onzas de carne de res, cerdo, pollo, carnero, vísceras, pescado, embutido. 3 cdas picadillo de res con soya o de masa cárnica, ½ embutido de pollo (Fricandel), 1 perro caliente, ½ hamburguesa con soya, 2 fish steak, 1 onza de queso, 2 huevos. ½ taza puré de papas, ¼ taza puré otras viandas Todo lo que quiera comer (lechuga, col, berro, pepino, tomate, acelga, chayote, pimiento, habichuelas, rábano ½ taza zanahoria, remolacha, nabo, calabaza 1 ½ cda manteca, mantequilla o mayonesa, 3 cdas queso crema, ¾ aguacate mediano 4 cdas dulce en almíbar, pasta de fruta o miel. 16 cdas de compota, 2 panetelitas, 6 cdas helado Coppelia, 16 cdas helado Varadero, 13 ½ cdas helado Guarina, 2 tazas de gelatina, 12 onzas de refresco o malta
MERIENDA	1 taza leche 1 cda azúcar 1 fruta	1 taza leche fresca, 1 taza en polvo (4 cdas polvo), 1 taza yogurt vaca o soya, 1 taza instacereal 1 cda mermelada, dulce en almíbar, pasta de fruta, miel, 4 cdas compota, ½ panetelita, 1 ½ cda helado Coppelia, 4 cdas helado Varadero, 3 ½ cdas helado Guarina, ½ taza gelatina, 3 onzas refresco, clara o malta 1 naranja, mandarina o guayaba mediana, ½ plátano fruta o toronja, 1 mango pequeño, 1/8 mamey colorado, ½ taza de piña o de dulce de frutabomba en cuadritos
COMIDA	1 taza arroz ½ taza frijoles 1 onza carne ½ taza viandas Vegetales grupo A ½ taza vegetales grupo B 1 ½ cda aceite 4 cdas mermelada	1 taza de pastas o harina de maíz, 2/3 unidad pan suave, 2 rebanadas pan de flauta ½ taza de frijoles, chícharos u otra leguminosa 1 onzas de carne de res, cerdo, pollo, carnero, vísceras, pescado, embutido. 3 cdas picadillo de res con soya o de masa cárnica, ½ embutido de pollo (Fricandel), 1 perro caliente, ½ hamburguesa con soya, 2 fish steak, 1 onza de queso, 2 huevos. ½ taza puré de papas, ¼ taza puré otras viandas Todo lo que quiera comer (lechuga, col, berro, pepino, tomate, acelga, chayote, pimiento, habichuelas, rábano ½ taza zanahoria, remolacha, nabo, calabaza 1 ½ cda manteca, mantequilla o mayonesa, 3 cdas queso crema, ¾ aguacate mediano 4 cdas dulce en almíbar, pasta de fruta o miel. 16 cdas de compota, 2 panetelitas, 6 cdas helado Coppelia, 16 cdas helado Varadero, 13 ½ cdas helado Guarina, 2 tazas de gelatina, 12 onzas de refresco o malta
CENA	1 taza leche 1 cda azúcar 1 fruta	1 taza leche fresca, 1 taza en polvo (4 cdas polvo), 1 taza yogurt vaca o soya, 1 taza instacereal 1 cda mermelada, dulce en almíbar, pasta de fruta, miel, 4 cdas compota, ½ panetelita, 1 ½ cda helado Coppelia, 4 cdas helado Varadero, 3 ½ cdas helado Guarina, ½ taza gelatina, 3 onzas refresco, clara o malta 1 naranja, mandarina o guayaba mediana, ½ plátano fruta o toronja, 1 mango pequeño, 1/8 mamey colorado, ½ taza de piña o de dulce de frutabomba en cuadritos

Esta herramienta que ponemos en sus manos, se complementa con las Tablas Antropométricas de la Embarazada del 2009, aprobadas por el MINSAP y hechas enteramente para nuestras mujeres, como un logro de la nutrición cubana, tiene como objetivo unificar de forma sencilla el tratamiento nutricional de todas las gestantes de la ciudad, pero que de ninguna manera excluye el análisis individual de cada paciente.

SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL EN EL EMBARAZO

EN CASOS RESISTENTES A TRATAMIENTOS DEBE INTERCONSULTARSE EN LA CONSULTA MUNICIPAL Y/O DEL HOSPITAL.

TENGASE PRESENTE QUE LA INFECCION VAGINAL ES CAUSA DE ABORTO, PARTO INMADURO, PARTO PRETERMINO, ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, ANEMIA, HIPERTENSION ARTERIAL, RECIEN NACIDO BAJO PESO Y SEPSIS DE APARICION TEMPRANA EN EL RECIEN NACIDO.

Quando se trate una infección Vaginal es vital que el médico de familia dé algunas recomendaciones importantes como relaciones sexuales protegidas con el uso del condón, dar consejería ITS SIDA, y explicar detalladamente el uso de las tabletas vaginales a la paciente.

El alta se la infección vaginal debe hacerse no solo de porque la paciente refiera que concluyó el tratamiento y esté asintomática, debe indicarse exudado vaginal y lo más importante es el examen físico con espéculo que si es positivo aunque los criterios anteriores negativos no se da el alta.

Diferencias entre el contenido vaginal fisiológico y el patológico:

- El contenido vaginal fisiológico resulta de moco cervical, descamación del epitelio vaginal por acción estrogénica, trasudación vaginal y secreción de las glándulas vestibulares.
- En la observación microscópica de este contenido predominan los lactobacilos sobre las otras posibles bacterias y hay una pequeña cantidad de polimorfonucleares
- La flora vaginal NORMAL es muy variada. Pueden encontrarse: estreptococos, estafilococos, lactobacilos, difteroides y, muchas veces, hongos.
- Su pH es ácido (4,0 a 4,5)
- Es más abundante durante el período ovulatorio, la gestación y el puerperio
- Posee coloración clara o ligeramente castaña
- Su aspecto es flocular
- Poca cantidad
- Inodoro

Diagnóstico del síndrome de flujo vaginal

Dada la alta frecuencia de flujo vaginal en la embarazada, la probada relación existente entre la infección vaginal y varias complicaciones del embarazo y el parto y con el objetivo de contribuir a la salud reproductiva de la mujer, el Ministerio de Salud Pública se ha trazado la estrategia de fortalecer la atención

Perinatal a través de la implementación del manejo sindrómico del flujo vaginal en gestantes en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud.

Infecciones frecuentemente asociadas al síndrome de flujo vaginal:

- Tricomoniasis,
- Vaginosis bacteriana
- Candidiasis

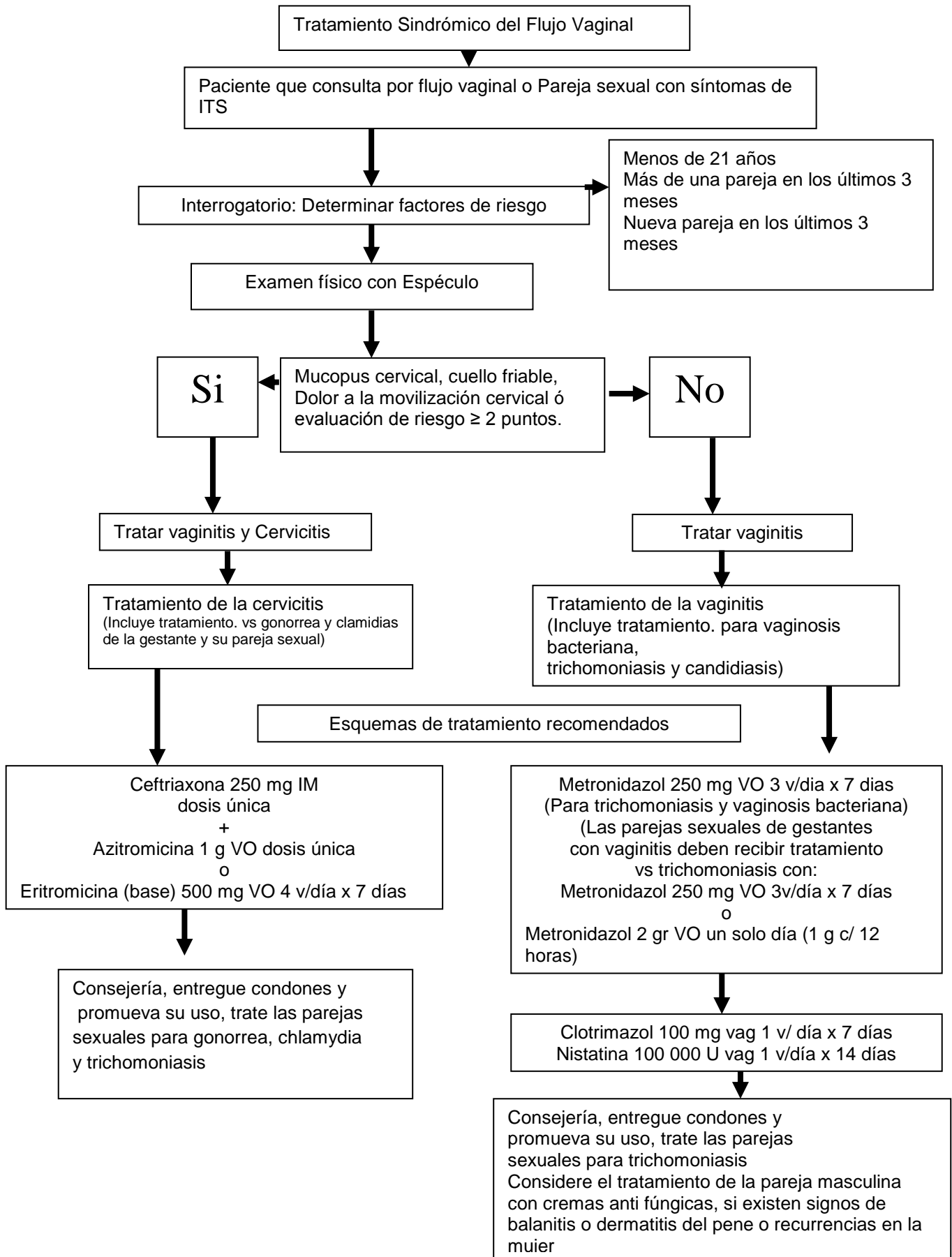
Infecciones menos frecuentemente asociadas al síndrome de flujo vaginal:

- Neisseria gonorrhoeae
- Chlamydia trachomatis

Tratamiento Sindrómico del Flujo Vaginal

No.	Factores	Puntaje
1	Presencia de secreción uretral en la pareja sexual	2
2	Paciente menor de 21 años de edad	1
3	Historia de relaciones sexuales con más de una persona en los tres meses anteriores	1
4	Antecedentes de relaciones sexuales con una pareja nueva en los tres meses precedentes	1

Interpretación de la valoración de riesgo			
Puntaje	Interpretación	Examen ginecológico	Conducta
≥ 2	+	No importa su resultado	Tratar vaginitis y cervicitis
< 2	Depende del resultado del examen ginecológico	+	Tratar vaginitis y cervicitis
< 2	Depende del resultado del examen ginecológico	-	Tratar vaginitis



EMBARAZO ECTOPICO

Introducción

La gestación extrauterina o embarazo ectópico ocurre cuando el óvulo fecundado anida en un tejido distinto al endometrio. Ésta puede localizarse en las trompas los ovarios, el cérvix y la cavidad abdominal. El riesgo de muerte ante un embarazo extrauterino es mayor que el que termina en un parto vaginal o un aborto inducido. Su diagnóstico temprano significa una mayor supervivencia materna y la conservación de la capacidad reproductiva de la paciente.

Características clínicas

Éstas son diversas y dependen de la integridad, fisura, o rotura del mismo. Habitualmente las pacientes no saben que están embarazadas, piensan que tienen un embarazo normal, o que están sufriendo un aborto de un embarazo intrauterino.

Aunque los síntomas y signos del embarazo ectópico frecuentemente varían desde indefinidos y francamente manifiestos, la mayoría de las mujeres consultan antes de que se desarrolle el clásico cuadro clínico. El esfuerzo que se realiza para el diagnóstico del embarazo ectópico antes de que ocurra la rotura es importante. A esta entidad nomológica se le llama en Ginecología "el gran simulador" y, siempre que sea sospechado, debe llegarse al diagnóstico, y descartar la presencia de cualquier otra entidad

Síntomas y signos

Dolor

El dolor pelviano y/o abdominal es el síntoma más frecuentemente asociado al embarazo ectópico complicado o no. El síntoma está relacionado con el evento del embarazo ectópico si está roto o no. Las mujeres con alto riesgo se deberían evaluar precozmente antes de que se conviertan en sintomáticas. Cuando se produce la ruptura, el dolor puede manifestarse en cualquier sitio del abdomen. También son comunes el tenesmo vesical y rectal y el dolor en hemiabdomen inferior al pisar. Puede haber dolor torácico pleurítico por irritación diafragmática causada por la hemorragia. En embarazos más avanzados es común la aparición de síntomas gastrointestinales, mareos y sensación de debilidad.

Menstruación anormal

Alrededor de 25% de las mujeres no presentan amenorrea y confunden el sangrado uterino que frecuentemente ocurre en el embarazo tubárico con un menstruación verdadera. Cuando el sostén endocrino del endometrio disminuye, el sangrado suele ser escaso o marrón oscuro, y puede ser intermitente o continuo, aunque un sangrado vaginal profuso sugiere un aborto incompleto como primer diagnóstico más que la sospecha de un embarazo ectópico.

Aumento de la sensibilidad abdominal y pelviana

El examen abdominal o vaginal puede demostrar sensibilidad exquisita especialmente a la movilización del cuello uterino, en más de 75% de las mujeres con embarazos tubáricos rotos. Este síntoma sin embargo, puede estar ausente previo a la rotura tubaria.

Cambios uterinos

Debido a las hormonas placentarias, alrededor de 25% de los casos el tamaño del útero crece durante los 3 meses de una gestación tubárica, hasta alcanzar un tamaño similar de una gestación normal, su consistencia puede ser similar durante el tiempo que el feto esté con vida.

El útero puede estar lateralizado por la masa ectópica, o si el ligamento ancho está ocupado con sangre, el útero puede sufrir un desplazamiento mayor. Entre 5 y 10% de las portadoras de embarazo ectópico pueden eliminar fragmentos de la decidua uterina acompañándose de contracciones similares a las que se producen con un aborto espontáneo.

Presión arterial y pulso

Antes de que se produzca la rotura del embarazo ectópico, los signos vitales generalmente son normales. Las respuestas tempranas con una hemorragia moderada pueden variar desde la ausencia de cambios en los signos vitales a un incremento leve en la presión arterial por una respuesta vaso-vagal con bradicardia e hipotensión. La presión sanguínea descenderá y el pulso se elevará sólo si continúa el sangrado y la hipovolemia se torna significativa.

Incluso con los métodos diagnósticos modernos, las mujeres con un embarazo ectópico roto pueden presentar hipovolemia y shock.

Temperatura

Después de una hemorragia aguda, la temperatura puede ser normal o incluso baja. Pueden desarrollarse temperaturas por encima de 38°C, pero temperaturas superiores son poco frecuentes en ausencia de infección. Es importante distinguir la fiebre de un embarazo tubárico roto de algunos casos de salpingitis aguda.

Masa pelviana

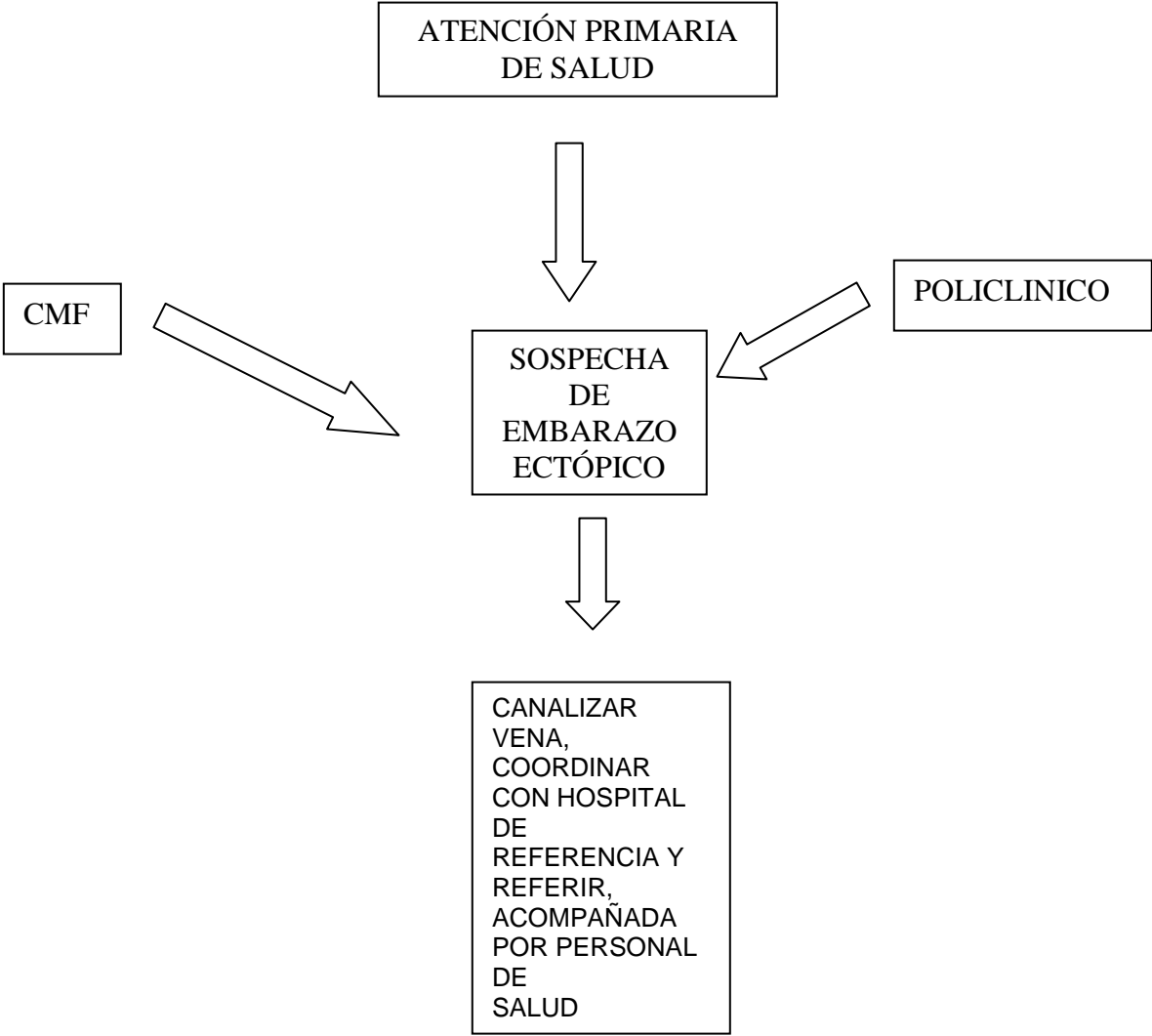
Al examen bimanual se palpa una masa pelviana en alrededor de 20% de las mujeres, su tamaño varía entre 5 y 15 cm y frecuentemente son blandas y elásticas. Cuando se produce una infiltración extensa de sangre dentro de la pared tubárica, la masa puede ser dura y casi siempre está situada posterior o lateral al útero. El dolor y el aumento de la sensibilidad abdominal a menudo imposibilitan la identificación de la masa a la palpación.

En algunos casos hay una desintegración gradual de la pared tubárica seguida del derrame de sangre hacia la cavidad peritoneal. Los signos de hemorragia activa -e incluso los síntomas leves- están ausentes, sin embargo, gradualmente empieza a formarse una colección de sangre en la pelvis, más o menos limitada por adherencias, formando un hematocele pelviano que, en algunos casos es reabsorbido y la paciente se recupera sin cirugía, en otros casos puede romperse en la cavidad peritoneal o infectarse y forma un absceso.

Diagnóstico diferencial

- Aborto, en cualquiera de sus formas clínicas
- Folículo persistente o hemorrágico
- Quistes del cuerpo amarillo
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Endometriosis
- Embarazo intrauterino, asociado a otra afección
- Apendicitis aguda
- Miomas complicados

FLUJORAMA DEL EMBARAZO ECTÓPICO



Pediatría

CLASIFICACION DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

IRA ALTAS

NO COMPLICADAS.

- Rinofaringitis Aguda
- Faringoamigdalitis con ulceraciones o vesículas.
- Faringoamigdalitis con exudados o membranas

COMPLICADAS.

- Adenitis cervical
- Absceso periamigdalino y retrofaríngeo.
- Otitis Media
- Sinusitis.
- IRA Bajas.

IRA BAJAS

NO COMPLICADAS.

- I. Crup Infecciosos
 - Laringitis espasmódica.
 - Epiglotitis.
 - Laringitis. (L)
 - Laringotraqueitis (LT)
 - Laringotraqueobronquitis (LTB)
- II. Bronquitis y Traqueobronquitis.
- III. Bronquiolitis.
- IV. Neumonías :
 - Neumonía lobar.
 - Neumonía Intersticial.
 - Bronconeumonía.

COMPLICADAS.

- Atelectasia
- Empiema
- Absceso pulmonar
- Edema Pulmonar
- Neumotórax
- Traqueitis bacteriana
- Mediastinitis y Pericarditis
- Otras

TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS NO COMPLICADAS

- **TRATAMIENTO PREVENTIVO**

- **TRATAMIENTO**
 1. **MEDIDAS GENERALES**
 2. **MEDIDAS LOCALES**
 3. **MEDIDAS ESPECIFICAS**
 4. **MEDIDAS INNECESARIAS Y HASTA PERJUDICIALES**

TRATAMIENTO PREVENTIVO

Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de nacido.

Inmunizaciones contra infecciones que pueden producir IRA o que producen complicaciones que se manifiestan por cuadros respiratorios o favorecen las IRA.

BCG al nacer, vacuna pentavalente (difteria, tétanos, tos ferina, hepatitis B y Haemophilus influenzae tipo B), conjugada antimeningocócica B y C, triple viral (SPR), antitífica, contra la influenza, antineumocócica (aún no incluida en nuestro esquema de vacunación)

Evitar, suprimir o atenuar factores de riesgo.

Administración profiláctica de antibióticos: Limitada a la profilaxis de la fiebre reumática en casos de riesgos plenamente justificados.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES.

- Reposo relativo, aislamiento.

- Dieta y líquidos: Alimentación habitual o variar de acuerdo al apetito (disminuir la cantidad y acercar el tiempo de ofrecerlos). En niños con lactancia materna exclusiva aumentar la frecuencia. Líquidos (agua, jugos de frutas, leche, etc.). La polipnea y el tiraje pueden dificultar la ingestión de alimentos y hasta ser un riesgo de aspiraciones en niños pequeños.

- Antitérmicos. Se ha demostrado que la fiebre estimula el mecanismo mucociliar y otras funciones de defensa del organismo. Se recomienda no usar antitérmicos hasta que la temperatura axilar no sobrepase los 39⁰ C. Excepto en niños con antecedentes personales o

familiares de convulsiones desencadenadas por fiebre, con afecciones neurológicas, los hipóxicos y en los desnutridos.

Medidas medicamentosas: Paracetamol (dosis 10-15mg /kg/dosis cada 6 horas, vía oral o rectal), o Ibuprofeno (dosis 5-1015mg /kg/dosis cada 6 horas, vía oral o rectal) o Dipirona (dosis 10-15mg /kg/dosis cada 6 horas, vía oral o rectal. La vía intramuscular se debe utilizar excepcionalmente).

Medidas Físicas: Ofrecer líquidos, mantener al niño en un lugar fresco con buena circulación de aire.

Balneaciones: Efectos dudosos. Si se utilizan, el agua debe estar fresca o tibia. No adicionar alcohol al agua. No abrigo. Los enemas fríos están contraindicados.

- Control de la tos: Nunca se deben utilizar antitusígenos, ni medicamentos que los contengan, en niños pequeños con IRA. No se utilizaran con tos húmeda. La difenhidramina y otros antihistaminicos carecen de utilidad en la mayoría de los casos.
- Educación y control de la ansiedad familiar. Es una de las medidas fundamentales en el manejo de las IRA.
- Otras medidas. Vómitos: Sales de hidratación oral, reposo gástrico por 4 horas. Si persisten Metoclopramida intramuscular u oral 0,2mg/kg/dosis o Dimenhidrinato intramuscular 1-2mg/kg/dosis. Diarreas: Sales de hidratación oral. Malestar general y dolor faríngeo: Sedantes contraindicados. En algunos casos analgésicos (Paracetamol, Ibuprofeno o Dipirona).

MEDIDAS LOCALES.

- Contra la secreción y/o la obstrucción nasal. El empleo de gotas nasales es controvertido. Si secreciones espesas puede fluidificarse con gotas de solución salina al 0,9% o suero clorobicarbonatado un cuarto a medio gotero en cada orificio nasal 4 a 5 veces al día por un tiempo no mayor de 5 días. Atmosfera húmeda fresca o caliente solamente con agua durante 10-15 minutos varias veces al día. Contraindicadas las aspiraciones de secreciones por aspiradoras o sondas.
- Humedificación ambiental. Particularmente en IRA altas el ambiente debe tener una humedad relativa elevada. Agua hirviendo en una esquina de la habitación o humidificadores mecánicos o equipos caseros.
- Control de la temperatura ambiental y arropamiento del niño. Evitar el arropamiento excesivo, como el enfriamiento de la habitación.
- Vía aérea artificial precoz. Particularmente en los crups severos y epiglotitis. Traslado urgente a un centro hospitalario. En algunos casos que pueda estar comprometida la vida, se puncionará la parte anterior de la tráquea, por debajo del primer anillo traqueal, con la aguja más gruesa que se tenga a mano y se administrará oxígeno humidificado a través de ella, hasta que se

pueda realizar la intubación o traqueostomía en un hospital. Se debe evitar la obstrucción de la aguja por secreciones.

- Oxigenoterapia. Es una indicación generalmente hospitalaria, pero en algunos casos es necesario utilizarla en la atención primaria como medida de urgencia: neumonías, bronquilitis agudas, crisis de asma bronquial, convulsiones etc. La aplicación de oxígeno con un tubo frente a una ventana nasal no es útil, ya que la mayoría del gas no penetra en la nasofaringe; debe erradicarse esta costumbre. En aquellos casos que no se tenga otro medio (caretas, tenedor nasal), al tubo que viene de la fuente de oxígeno se le agregará una careta o embudo hecho de papel, cartón o un vaso plástico con un orificio en el centro del fondo, por donde se introducirá el tubo: este embudo se aplicará sobre la cara del niño cubriendo la nariz y la boca.

MEDIDAS ESPECÍFICAS.

Los antibióticos solamente están indicados en aquellos casos que se consideren de causa bacteriana. En nuestro medio, la gingivoestomatitis herpética (aciclovir 5-10mg/kg/día en una ó dos subdosis) y la rinofaringoamigdalitis catarral con sospecha de la influenza AH1N1 (oseltamivir según edad 2 v/día por 5 días) son las IRA altas que requieren tto antiviral específico.

La mayoría de las IRA altas no complicadas son de etiología viral, con excepción de las faringoamigdalitis con exudados o membranas, principalmente en los niños mayores de tres años, en los que se sospeche una infección por estreptococos beta hemolíticos grupo A.

Las IRA bajas no complicadas son habitualmente de etiología viral, con excepción de la epiglotitis aguda y de la mayoría de las neumonías infecciosas agudas, en la cuales está indicado el tratamiento con antibióticos.

MEDIDAS INNECESARIAS O HASTA PERJUDICALES.

- Antibacterianos, con o sin esteroides, vasoconstrictores o antihistamínicos en gotas nasales o nebulizaciones nasales.
- Antibacterianos para uso tópico en pastillas o trociscos para disolver en la boca, en las faringitis.
- Gammaglobulina i.m. o gammaglobulina hiperinmune i.v.
- Levamisol u otros inmunomoduladores en pacientes inmunocompetentes.
- Supositorios con antibacterianos y/o bismuto.
- Suspensión de aceite hígado de pescados (bacalao, tiburón, etc).

- Vitamina A. No se ha comprobado que en el curso de las IRA atenúe su severidad, acorte su evolución o evite complicaciones.
- Vitamina C. No se ha demostrado ningún efecto beneficioso en las IRA.
- Medicamentos contra la tos, expectorantes, mucolíticos, broncodilatadores o antihistamínicos aislados o reunidos en prescritos como fórmulas.
- Antisépticos o anestésicos aislados o reunidos en distintas presentaciones para aliviar molestias o dolor en la orofaringe.
- Medicamentos comerciales “contra la tos” o el “catarro”.
- Fricciones del tórax con distintos productos comerciales.
- No aspiraciones nasales con aparatos caseros o por sondas con aspiradores. Pueden producir lesiones de la mucosa nasal y/o infecciones.
- Infusiones de té. Pueden producir en niños pequeños excitación y hasta convulsiones.
- No usar gotas óticas ante la sospecha ó diagnóstico de Otitis media aguda.
- Inhalaciones de eucaliptus, mentol y otros productos que pueden ser irritantes a la mucosa.
- Gotas nasales oleosas o ingerir aceite de mesa con o sin orégano, u otras sustancias, pueden producir neumonías aspirativas oleosas graves.
- Los preparados de plantas a las que se atribuyen efectos medicinales solo deben ser recetados por facultativos entrenados y con conocimientos de estos productos y posibles efectos adversos.

FARINGOAMIGDALITIS (FA) CON EXUDADOS O MEMBRANAS

Diagnóstico diferencial entre FA estreptocócica y no estreptocócica

Síntomas y signos		Estreptocócica	No estreptocócica
Edad		Mayor de 3 años	Menos de 3 años
Adenopatias	Tamaño	Medianas o grandes	Pequeñas casi siempre
	Localización	Angulo del maxilar o delante del esternocleidomastoideo	Igual pero además otras localizaciones de cuello.
	Dolorosas	xx-xxx/xxx	o-x-xxx
Rash escarlatiniforme		Si	No
Contacto con FA estreptocócica probada		Si	No
Orofaringe muy roja		Si	Poco o moderadamente enrojecida
Punteado hemorrágico en paladar blando y orofaringe		Si	No
Odinofagia		Si	Si, pero menos intensa
Úvula inflamada		Si	No o poco
Tos, rinorrea, ronquera, conjuntivitis		No	Si

Tratamiento curativo.

Medidas generales: Aislamiento durante la fase aguda y hasta 24-48 horas después de comenzado el tratamiento estreptocócico. Antitérmicos Reposo relativo. Dieta según deseo del paciente y la odinofagia.

Medidas locales: Algunos recomiendan para el dolor los gargarismos tibios de solución salina al 0.9%, frecuentes.. En casos extremos, analgésicos (El paracetamol se considera el fármaco de elección administrado en dosis de 500 mg-1gr c/4 h hasta un máximo de 10-15 mg/kg cada 4 -6 h en niños, no debe administrarse por más de 5 días.

Medidas específicas: En los pacientes menores de 3 años generalmente son producidas por virus, en particular adenovirus, no necesitan antibacterianos. En pacientes de más de 3 años donde se comprueba por técnicas microbiológicas o se sospeche una faringoamigdalitis supurada por el cuadro clínico altamente sugerente a Estreptococo beta hemolítico grupo A (FAE) se utilizará de preferencia betalactámicos (Penicilina cristalina 50,000 a 100,000 uds/kg/dosis 48 hrs y después

Procaínica a 1 millón/metro cuadrado/día hasta 10 días como total ó Penicilina benzatínica: una sola dosis en niños con menos de 30KG 600,000uds IM y en mayores 1,200,000Uds IM ó Amoxicilina 50-80mg/kg/día oral en tres subdosis por 10 días) . No se han reportado EBHGA resistente a la penicilina. En los alérgicos a las penicilinas se podrán utilizar los macrólidos. (Eritromicina 50mg/kg/día en cuatro subdosis durante 10 días ó Azitromicina 20mg/kg/día en dos subdosis por 7 días).

En pacientes con faringoamigdalitis supurada en que se comprueba por Microbiología que sea causada por Mycoplasma pneumoniae, se podrán utilizar macrólidos a cualquier edad por vía oral (Azitromicina 10-15mg/kg/día en dos subdosis por 10 días).

Portadores asintomaticos

Después de una FA estreptocócica tratada correctamente los EBHA pueden persistir entre el 8 y 15% de estos pacientes pudiendo llegar hasta un 30%, sobre todo en pacientes que han presentado escarlatina. Estos portadores asintomáticos persisten por semanas, meses y a veces años, ellos no presentan manifestaciones clínicas, el TASO es normal (en dos determinaciones separadas en 4 semana), PCR normal, tienen pocas colonias en cultivo, puede que no presenten fiebre reumática y habitualmente no son contagiosos para las personas que los rodean. El tratamiento repetido fracasa en erradicar el estreptococo, rara vez este paciente es responsable de un brote.

CRUP INFECCIOSO AGUDO

Tratamiento

Mínima manipulación..Dieta e hidratación por vía oral preferentemente. Mantener lactancia materna.

En casos moderados o severos, Dexametasona: oral 0.15-0.6mg/kg una sola dosis, ó Prednisona 1-2 mg/kg una sola dosis. ó corticoesteroides inhalados (budesonida 200 mcg/dosis 2v/día).

Epinefrina racémica, muy discutido su uso.

Antibióticos: Si evidencia de infección bacteriana. En la laringotraqueobronquitis hay autores que sugieren el uso de antibacterianos por la carga primaria o secundaria de bacterias.

En caso de que exista una laringotraqueobronquitis (LTB) con componente de obstrucción bronquial agudo, asociar broncodilatadores, preferiblemente salbutamol inhalado a dosis habitual cada 6 horas.

Vía aérea artificial, si necesario.

Criterios de vía aérea artificial

Tiraje Generalizado, Estridor en aumento, Frecuencia cardiaca y respiratoria en ascenso, Irritabilidad progresiva, Depresión sensorial, Cianosis Insuficiencia Cardiaca

LARINGITIS ESPASMÓDICA AGUDA

Tratamiento:

Medidas generales: Reposo y aislamiento, Dieta y líquidos., Antitérmicos si es necesario. Educación, control de factores de riesgo para infecciones respiratorias agudas y de la ansiedad de los padres e intercambio de opiniones con los familiares. Comunicar a los familiares cuales son los síntomas y signos de aumento de la severidad del cuadro o de una complicación, como: aumento de la frecuencia respiratoria y el tiraje, vómitos a repetición, obnubilación o irritabilidad progresiva, incapacidad de tomar el pecho o de ingerir alimentos, o convulsiones. la presencia de las manifestaciones anteriormente citadas indicará a la madre o familiar que debe llevar el niño de nuevo a la consulta médica.

Medidas locales: Atmósfera húmeda: Se podrá utilizar agua hirviendo de manera constante en una esquina de la habitación, (cuidado con las quemaduras) o humidificadores mecánicos o equipos caseros. Si no se tienen estos medios se colgarán paños húmedos por toda la habitación. Oxigenoterapia si necesario. Vía aérea artificial precoz si necesario. Si no existe mejoría con medidas locales y generales se pueden utilizar esteroides orales o parenterales No deben aplicarse collarines de alcohol u otros, antitusígenos, descongestionantes, antihistamínicos y antibacterianos de rutina

EPIGLOTITIS INFECCIOSA AGUDA

Tratamiento:

En la mayoría de los pacientes frente a un cuadro clínico sugerente de epiglotitis, se considerará producida por el *Haemophilus influenzae* tipo b y se tratará como una emergencia pediátrica. Siempre se debe trasladar al paciente e ingresarlo en un hospital pediátrico de preferencia en una unidad de cuidados Intensivos, y establecer una vía aérea artificial, preferiblemente por intubación. Medidas generales y locales como en toda IRA (insistiendo en una vía aérea artificial precoz). Tratamiento con antibióticos. Cefalosporinas de 2da o 3era generación: Cefuroxima 150mg/kg/día; Cefotaxima 200mg/kg/día; Ceftriaxona 100mg/kg/día. Total 7-10 días EV. Dosis máxima 4g/24h.

BRONQUITIS AGUDA

TRATAMIENTO. Será determinado de acuerdo a la edad, estado general, factores de riesgo, antecedentes en cada paciente, y la gravedad. En la mayoría de los casos en el tratamiento no será necesario el uso de antimicrobianos, ya que la causa mas frecuente de esta infección son los agentes virales, incluso en los pacientes en que la tos persista mas de 10 días.

TRATAMIENTO SINTOMATICO. Es el mas frecuentemente indicado, se recomienda: analgésicos, para el control de la fiebre y los síntomas de tipo general.

Los antitusígenos, los antihistamínicos, expectorantes y mucolíticos no son recomendados.

El drenaje postural de las secreciones bronquiales y el ambiente húmedo, pueden ser de alguna utilidad.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO.

Si se sospecha infección bacteriana inicial o secundaria al proceso viral, se utiliza tratamiento antimicrobiano específico, de elección los Betalactámicos; En los alérgicos a las penicilinas, se podrán utilizar los macrolidos; Si se sospecha gérmenes de tipo atípicos, se recomiendan los macrolidos;

NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

CLASIFICACION:

Las neumonías pueden clasificarse desde varios puntos de vista. Señalaremos las dos más importantes en el orden práctico:

- Según la expresión clínica y radiológica: (Clasificación Anatomoclínica)
 - A. Condensante: Lobar ó segmentaria: Expresión clínica de Síndrome de Condensación y radiológicamente radiopacidad que afecta lóbulos ó segmentos pulmonares -puede ser redondeada-. A focos diseminados (bronconeumonía): Expresión clínica de Síndrome de Infección Respiratoria Baja y engrosamiento hilar más radiopacidades difusas en el estudio radiológico de tórax.
 - B. Intersticial. Expresión clínica de Síndrome de Obstrucción Bronquial

Difuso y radiológicamente evidencia de lesiones lineales hilio fugales, opacidades parahiliares y en ocasiones atrapamiento de aire.

- Según su origen ó lugar de adquisición:

-Neumonía Adquirida en la comunidad (NAC): Se presenta en niños que no han estado hospitalizados por lo menos de 7-10 días antes o que aparecen los síntomas después de 48 horas del egreso hospitalario y que tengan una evolución menor de 15 días.

-Neumonía Nosocomial y Neumonía Asociada al Cuidado de la Salud: La neumonía nosocomial (NN) se define como aquella entidad que se desarrolla luego de las primeras 48 horas de estadía en la Institución de Salud y no estaba en período de incubación al momento de la internación. Ésta incluye la neumonía no asociada a vía aérea artificial -comunmente mencionada como neumonía nosocomial- y la neumonía asociada a ventilación mecánica, que se desprende como un subgrupo, ya que la misma se desarrolla en pacientes con vía aérea artificial.

TRATAMIENTO:

Se hospitalizará todo niño menor de un año con neumonía así como aquellos con riesgo social, geográfico, la presencia de enfermedades asociadas, los hallazgos físicos y de la radiografía de tórax, oximetría menor de 94%, y según los resultados de una valoración global de la situación clínica personalizada. Los niños mayores sin riesgo con neumonías limitadas, no complicadas y con condiciones en el hogar, pueden ser tratados ambulatoriamente con el correspondiente seguimiento por el área de salud.

Medidas generales:

1. Reposo, aislamiento y dieta:
2. Control de la fiebre ó dolor:
3. Oxigenoterapia cuando hay afectación del intercambio gaseoso con saturación de oxígeno menor de 94%.

Tratamiento Específico: *Streptococcus pneumoniae* es el microorganismo causante de neumonía más habitual en todas las edades pediátricas. Además, representa actualmente la causa más frecuente de empiemas en los niños en nuestro medio. La penicilina es el medicamento de elección para el tratamiento de la neumonía bacteriana no complicada entre 3 meses y 18 años de edad. Al existir una alta prevalencia de resistencia, los macrólidos no deben utilizarse en el tratamiento empírico de las infecciones respiratorias de supuesta etiología neumocócica, éstos serían indicados junto a los betalactámicos si se sospecha coinfección por *Mycoplasma* (en niños, hasta en un 10-30% de las neumonías neumocócicas se puede asociar *Mycoplasma pneumoniae*) ó en monoterapia en casos de neumonías intersticiales bacterianas (clamidófilas, mycoplasmas y otros). El tratamiento antimicrobiano suele ser empírico ya que, como hemos comentado, no es habitual contar, con la antelación suficiente, con un diagnóstico etiológico que nos permita establecer un tratamiento basado en él.

El tratamiento estándar para las neumonías neumocócicas es la monoterapia con betalactámicos. Esquema para uso empírico de antibióticos en niños con neumonías infecciosas bacterianas: (La vía de administración dependerá de la gravedad).

- Hasta tres semanas: Penicilina G + Aminoglucósido (Amikacina ó Gentamicina) c/12 hrs. Casos graves: Cefalosporinas de 2da ó 3era generación + otros ATB según el caso (Mepenes, Vancomicina).
- De 3 semanas a 3 meses: Penicilina G cristalina + Aminoglucósido (Amikacina ó gentamicina). Ó Amoxicilina+inhibidores de betalactamasas (sulbactam ó ácido clavulánico) ó Cefalosporina de 2da ó 3era generación si hay complicaciones (cefuroxima, ceftriaxona ó cefotaxima).

Por la posibilidad de neumonía afebril del lactante (*Chlamidia trachomatis*) en menores de 3 meses e incluso hasta los 6 meses: síndrome coqueluchoide y/o de obstrucción bronquial, antecedentes de infección vaginal materna, conjuntivitis del niño y parto transpluviano, se recomienda el uso de azitromicina ú otros macrólidos.

- De 4 meses a 4 años: Comenzar con Penicilina Cristalina (según el caso e/ 50,000 y 200,000uds/kg/dosis IM ó EV) cada 6 hrs (no más de 12 millones por día -3mill c/6hrs- en caso de vía endovenosa y de 1 millón cada 6 horas por vía intramuscular) según extensión del proceso en casos no complicados (24-48hrs). Si buena evolución clínica, pasar a Penicilina Procaínica (1 millón de uds/metro cuadrado de superficie corporal/día) hasta completar 10 días de tto. Si mala evolución, reevaluar, sospechar complicación ó resistencia bacteriana y considerar cambio antibacteriano: Cefalosporinas de 2da (cefuroxima-150mg/kg/día en tres subdosis IM ó EV-) ó de 3era generación (ceftriaxona-100 a 150mg/kg/día en una ó dos subdosis- ó cefotaxima-100-200mg/kg/día en cuatro subdosis-). Reservar Vancomicina para casos sospechosos de etiología estafilococcica resistente (MRSA) ó casos muy graves por neumococos resistentes, otra posibilidad en casos graves es el uso de los Carbapenémicos, Quinolonas respiratorias y otros según el caso y la microbiología.
- Mayores de 5 años: Seguir el mismo esquema antibacteriano del grupo etario anterior y la vía de administración según gravedad del caso. De sospecharse coinfección con mycoplasma ó tratarse de una neumonía intersticial, añadir macrólidos (azitromicina 10-15mg/kg/día en 1 ó 2 subdosis 7-10días ó claritromicina 14mg/kg/día en dos subdosis 7-10 días).

La alternativa de alergia a la penicilina son las cefalosporinas de 1era ó de 2da generación (cefazolina y cefuroxima respectivamente). En todos los grupos de edad los casos considerados graves ó con complicaciones de importancia deben ser hospitalizados en las salas de terapia intensiva. Las neumonías graves ó complicadas deben tener un tiempo mínimo de tratamiento con antibacterianos de 14-21 días.

Los criterios de alta hospitalaria serán: Desaparición de las manifestaciones clínicas, normalización del leucograma y reducción en un 30% de la cifra inicial en eritrosedimentación y/o proteína c

reactiva. Mejoría evidente del cuadro radiológico cuya placa evolutiva no será necesaria en todos los casos si la evolución clínica y humoral evidencia curación del proceso neumónico.

OTITIS MEDIA AGUDA (OMA)

Tratamiento

El tratamiento preventivo debe ir dirigido a eliminar los factores de riesgo y propiciar una lactancia materna adecuada.

La vacunación contra el virus de la influenza ha demostrado su eficacia para disminuir la frecuencia de las OMA, pero no se dispone de vacunas contra el virus sincicial respiratorio, que es el patógeno más frecuente en el primer año de vida.

La vacunación contra el *H. Influenzae* tipo B no previene las OMA por *H.influenzae* no tipificable. Estudios realizados en países que han usado la vacuna heptavalente (7 serotipos) antineumocócica conjugada, no reportan menor incidencia de OMA, pero sí incremento de Serotipos no vacunales con reducida resistencia a antimicrobianos.

En niños con OMA, pueden administrarse analgésicos orales o parenterales, para obtener alivio sintomático.

No deben utilizarse preparaciones tópicas, sobre todo si hay perforaciones, para evitar el riesgo de sobreinfección. En caso de otorrea, la OMS recomienda el *secado gentil* del conducto.

En los últimos años, un grupo de estudios aleatorios controlados, han demostrado resolución espontánea hasta en el 80% de niños con OMA. A esto se añade el potencial de riesgo del uso de antibióticos y la aparición de resistencia bacteriana. Es por ello, que muchos autores recomiendan el tratamiento con antibióticos, de inicio, en los menores de 2 años (por el mayor riesgo de complicaciones sépticas como la mastoiditis), en los niños con otorrea purulenta, sépticos, en otitis recurrentes y en aquellos que asisten a instituciones infantiles. En los niños mayores de 2 años, sin riesgo, la conducta sería expectante en las primeras 48 horas, y se indican antibióticos en caso de no mejoría.

El antibiótico de elección es la amoxicilina, ya que cubre los dos gérmenes más frecuentes. Puede utilizarse penicilina procaínica, de no tolerarse por vía oral.

La dosis de la amoxicilina es de 50 mg/kg/día, puede elevarse hasta 80 mg/kg/día en menores de 2 años, cuando se ha recibido antibiótico recientemente y en los que asisten a instituciones infantiles. En caso de no haber respuesta al tratamiento en 72 h, debe sospecharse resistencia antimicrobiana, y en este caso puede utilizarse amoxicilina asociada a inhibidores de las betalactamasas, un macrólido o cefalosporinas de 2da o 3ra generación

En niños alérgicos, debe utilizarse un macrólido o cefalosporina. El cotrimoxazol no se recomienda por la alta frecuencia de neumococos resistentes al mismo en nuestro medio.

La timpanocentesis o miringotomía se recomienda en tímpanos abombados y en niños con apariencia séptica.

El tratamiento de las OMA debe realizarse durante 7 días, aunque muchos autores recomiendan esquemas cortos de 5 días, por los buenos resultados obtenidos.

RINOSINUSITIS AGUDA

Tratamiento: La mayoría de los pacientes pueden ser estudiados y tratados en Atención primaria, siendo indicación de derivación al ORL: Fallo del tratamiento médico, Enfermedad recurrente (más de tres episodios al año), Sospecha anormalidad anatómica, Complicaciones o sospecha de tumor

Medidas generales de todas las IRA

Farmacológico: La mayoría de pacientes mejora espontáneamente, por lo que en un principio se aconseja tratamiento sintomático, sin antibióticos en cuadros leves o moderados con sintomatología inferior a 10-14 días en el niño.

En caso de sospecharse una sinusitis bacteriana el tratamiento será una de estas variantes terapéuticas.

- Amoxicillin: 25-50 mg/k.o./día por 14 a 21 días. oral. 3 subdosis TTO DE ELECCION. .En el caso de enfermedad inicial severa, riesgo de padecer de infección por neumococo resistente (uso reciente de antibióticos y asistencia a círculos infantiles) puede utilizarse inhibidores de betalactamasa a 90mg/k.o./día.
- En el caso de alergias a las penicilinas los macrólidos (eritromicina, azitromicina) han mostrado una eficacia similar a la de la amoxicilina en el tratamiento de las sinusitis: eritromicina: 25-50 mg/Kg./día. 4 subdosis por 14 a 21 días ó azitromicina: 10-15mg/kg/día una o 2 subdosis por 10 días. También puede ser efectiva la cefalexina en dosis de 25-50 mg/Kg./día 4 subdosis por 14 a 21 días.
- La duración del tratamiento antibiótico es controvertida con recomendaciones entre 3-14 días, no obstante diez días es la recomendación standard debido a que es la duración más ampliamente utilizada en los ensayos clínicos
- El uso de agentes estables frente a beta-lactamasas (amoxicilina/ác. clavulánico y cefalosporinas de 2da. generación) debe restringirse a fallas del tratamiento y/o documentación de gérmenes resistentes, todas estas de uso hospitalario.

NO DEBEN USARSE RUTINARIAMENTE: -Descongestionantes nasales, antihistamínicos -.

ASMA BRONQUIAL.

Clasificación del Asma

La clasificación de la severidad del asma, se basa en los síntomas, limitación del flujo aéreo y la variabilidad de la función pulmonar y es de utilidad para seleccionar el tratamiento inicial y con fines investigativos. Se divide en las siguientes categorías: (Cuadro No. 3)

Cuadro No. 3

Según severidad y Características clínicas antes del tratamiento.					
Nivel de Severidad	Síntomas		Exacerbaciones	Actividad Física	Función Pulmonar
	Diurnos	Nocturnos			
Intermitente	< 1 vez x semana	No mas de 2 veces x semana	Corta duración	Normal	FEV ₁ o FEM ≥ 80% del valor predictivo variabilidad < 20%
Leve persistente.	> 1 vez x semana y Menos de 1 vez al día	> de 2 veces al mes	Pueden afectar la actividad física y el sueño	Presente	FEV ₁ O FEM ≥ 80% del valor predictivo variabilidad < 20 – 30%
Moderada persistente.	Diarios	> de 1 vez a la semana	Afectan la actividad y el sueño	Frecuentes Uso diario de B2 agonistas	FEV ₁ o FEM 60 – 80% del valor predictivo variabilidad > 30%
severa persistente	Permanentes	Frecuentes	Frecuentes	Limitación de actividades físicas	FEV ₁ O FEM ≤ 60% del valor predictivo variabilidad > 30%

El **tratamiento** tiene como objetivos fundamentales:

1. Mejorar la calidad de vida.
2. Reducir las exacerbaciones y su gravedad.
3. Mantener una actividad física normal.
4. Preservar una función pulmonar adecuada a corto y a largo plazo.
5. Evitar los efectos adversos del tratamiento.
6. Prevenir la mortalidad.

Los medicamentos para tratar el asma se clasifican en dos tipos:

- Preventivos, también llamados de sostén o controladores

- Alivio o de rescate

Los medicamentos de control se utilizan diariamente en forma prolongada para controlar los síntomas e incluyen: esteroides inhalados (ICS), modificadores de los leucotrienos (ej. montelukast), beta 2 agonistas de acción prolongada (LABA), esteroides sistémicos, teofilina de acción prolongada (teofilina AP), cromonas, inmunoterapia, anti IgE.

Un número importante de niños con episodios de sibilancias en los primeros años de la vida y que requieren atenciones frecuentes en consulta externa, servicios de urgencias y hasta hospitalizaciones, con afectación de su calidad de vida y la de su familia, deben recibir tratamiento para mejorar sus síntomas, aunque el diagnóstico de asma no esté bien precisado.

Los antihistamínicos (ej. Ketotifeno) están indicados cuando el asma se asocia a otras enfermedades alérgicas que requieran de su empleo. Ej. rinitis. Durante las exacerbaciones están contraindicado los de acción corta por reseca las secreciones. Las inmunoglobulinas, solo están indicadas en caso de existir alteraciones de la inmunidad.

Los medicamentos de rescate se emplean durante las exacerbaciones y son:

beta adrenérgicos de acción rápida inhalados o vía oral, anticolinérgicos, teofilina, esteroides sistémicos o inhalados.

Ruta de administración de los medicamentos.

La vía inhalada, es la idónea para el tratamiento del asma en todas las edades. Permite administrar directamente los medicamentos en las vías aéreas, además emplear dosis menores con una mayor concentración local y menos efectos secundarios. La selección del adecuado aparato para aplicar los medicamentos es parte del éxito en el tratamiento. (Cuadro No. 4)

Cuadro No. 4.

Aparatos inhaladores para niños		
Grupo de edad	Aparato	Alternativa
Menores de 4 años	IDM* presurizado + espaciador con máscara facial	Nebulizador con máscara facial
4 a 6 años	IDM* presurizado + espaciador con pieza bucal	Nebulizador con máscara facial
Mayores de 6 años	Inhalador polvo seco o IDM activado por respiración. o IDM presurizado + espaciador con pieza bucal	Nebulizador con pieza bucal

*Inhalador de dosis medida

TRATAMIENTO DE LOS CUADROS DE EXACERBACIONES O CRISIS DEL ASMA BRONQUIAL. (También llamado de RESCATE.)

Comprende 4 pasos:

1. **Observar** al paciente por si necesita oxígeno húmedo permanente. Necesita oxígeno si: polipnea >25% al normal para su edad, tiraje, cianosis central, alteración de la conciencia, saturación de O₂ 94% o menos.
2. **Preguntar:**
 - Primer cuadro: ¿cómo comenzó?
 - Cuadros anteriores semejantes o está diagnosticado anteriormente como asmático. Tratamiento utilizado: ¿cuál? ¿Recuerda la dosis de los medicamentos? Tolerancia o “problemas”: averiguar manifestaciones, intensidad, tiempo que duró u otra manifestación.

No olvidar otros diagnósticos diferenciales: miocarditis, insuficiencia cardíaca, o cuerpo extraño en vías aéreas con algún cuadro de dificultad respiratoria súbita que parezca asma bronquial.

3. **Clasificar** la severidad o intensidad del cuadro clínico como ligero (L), moderado (M) o severo (S) de acuerdo al cuadro 8.

Utilización de **mediciones objetivas:**

Se señala que el **FEM** es un elemento importante en la valoración de la severidad del episodio. Se considera leve si el valor medido es superior 80% del valor previsto, moderado si es entre el 50 y el 80% y severo si es inferior al 50%.

La medición del FEM debe ser realizado con equipos personales y en pacientes entrenados previamente sino los resultados pueden ser erróneos.

En algunas ocasiones la maniobra del esfuerzo espiratorio, puede producir complicaciones incluyendo paro respiratorio.

La determinación de la **Saturación del Oxígeno (SO₂)** (si se dispone de un oxímetro de pulso), es de gran valor para la clasificación de la severidad del episodio agudo.

Se considera leve si la saturación es 95% o mayor, moderado entre 91 y 94% y severo **menor del 91%.**

4. **Tratar.** Las dosis de los medicamentos que se utilizan en los episodios de exacerbaciones del asma bronquial se detallan en el cuadro No. 9; y el esquema terapéutico en el cuadro 10.
 - **Oxigenoterapia:** En exacerbaciones moderadas o severas es la primera medida terapéutica.
 - Por tenedor (preferible), catéter nasal, careta.
 - < 1 año: 1 l/min 1-4 año: 2-3 l/min 5 ó más años: 4 l/min
 - **Broncodilatadores:**
 - Beta 2 ADRENÉRGICOS: SALBUTAMOL.

Se comenzará con este fármaco excepto intolerancia. Es el medicamento de

elección, preferiblemente por vía inhalatoria.

○ADRENALINA “ACUOSA” (LEVÓGIRA). Se utilizará como alternativa y preferentemente en las primeras 8 horas de haber comenzado la crisis de asma. **Debe usarse con precaución.**

○ANTICOLINÉRGICOS: BROMURO DE IPRATROPIUM. Se utilizará si intolerancia o respuesta paradójica a los β_2 adrenérgicos. Algunos lo usan con el Beta 2 en episodios Moderados ó Severos.

○AMINOFILINA. Cuando no se tengan los anteriores o existan contraindicaciones. Se podrán utilizar, bien dosificados y vigilando respuestas adversas por vía oral o IV lentamente. En general no debe utilizarse en la Atención Primaria de Salud sobre todo por vía rectal.

- **Esteroides** (bucales sobre todo) en episodios Moderados o Severos. No hay pruebas científicas de que la hidrocortisona, prednisolona u otro con su uso por vía parenteral se logren mejores resultados pero están indicados cuando el paciente esté grave, obnubilado, se traslade a un hospital, presente vómitos o se niegue a ingerir esteroides bucales.
- **Hidratación** (bucal sobre todo). Si se administra en venoclisis será sólo por el tiempo necesario debido al peligro de edema pulmonar no cardiogénico por exceso de líquidos administrados.
- **No antibacterianos** de manera rutinaria.
- **Antitérmicos** sólo si es necesario. Investigar reacciones con ácido acetil salicílico
- **Evitar** medicamentos innecesarios o perjudiciales ej. jarabes para la tos, medicamentos que tengan un vehículo oleoso, etc.
- **Apoyo psicológico** (muy importante). Explicar el cuadro al paciente según edad y capacidad para entender y a los acompañantes. Si está ingresado, partes médicos periódicos. Actitud tranquila del grupo médico que atiende al paciente.

MEDICAMENTOS EN EPISODIOS AGUDOS DE A.B. EN NIÑOS

MEDICAMENTO Y VIA	DOSIS (d)	CONTINUACION TTT.
Beta2 adrenérgicos: <u>-SALBUTAMOL (ALBUTEROL)</u> -bucal (Jarabe 2 mg/5 ml)	0,1 mg/Kg/d ó según edad: <1año = 1 mg/d >1año = 2 mg/d	Cada 6 – 8 h (utilizado generalmente en episodios ligeros)
-nebulizaciones	0,1-0,3 mg/Kg/d	O ₂ previo 10-20 min.

<p>(sol. 0,5%= 5mg/ml)</p> <p>-M.D.I. (100 mcg / "puff") con espaciador.</p> <p><u>-TERBUTALINA</u></p> <p>-bucal</p> <p>-M.D.I. (200 mcg / "puff") con Terbuhaler</p>	<p>o según edad:</p> <p><1año=1,25 mg/d</p> <p>1-4años=2,5mg/d</p> <p>5-12años=5 mg/d</p> <p>>12años=5-10mg/d</p> <p>1 "puff"</p> <p>0,075 mg/Kg/d</p> <p>1 "puff"</p>	<p>(episodio M o S)</p> <p>Cada 20–30 min x 3 dosis</p> <p>Después c/1, 4 ó 6 horas (según evolución e intensidad)</p> <p>Cada 1-5 min. por 2-4 d</p> <p>Cada 6-8 h</p> <p>Cada 1-5 min X 2dosis</p>
<p><u>-EPINEFRINA</u></p> <p>Sol.ac. 1 x 1000 S.C.</p>	<p>0,01 ml/Kg /d</p> <p>(Máximo 0,3 ml por dosis)</p>	<p>Cada 20-30 min x 3dosis; después cada 6-8 h o pasar a otro broncodilatador</p>
<p><u>-BROMURO DE IPRATROPIO</u></p> <p>.nebulizaciones (250-500 mcg/ml)</p> <p>.M.D.I. (40 mcg/ "puff") con espaciador</p>	<p>250-500 mcg</p> <p>1 "puff"</p>	<p>Cada hora x 3 dosis ó cada 20-30 min x 3 dosis, con Salbutamol</p> <p>Cada 1 a 5min x 2 dosis, después cada h x 3dosis (con ó sin Salbutamol).</p>
<p><u>-XANTINAS</u></p> <p>.bucal (teofilina)</p> <p>.IV (aminofilina)</p>	<p>4 – 5 mg/Kg/d</p> <p>5 – 6 mg/Kg/d</p>	<p>Cada 6 – 8 h</p> <p>Cada 6 a 8 h (bolo) ó EV continua 0,6 – 0,9 mg/Kg/h (durante 15 ó 20 minutos o en venoclisis más diluída)</p>

<p>-ESTEROIDES</p> <p>PREDNISONA ó PREDNISOLONA bucal</p> <p>HIDROCORTISONA IV, IM ó PREDNISOLONA IM</p>	<p>1-2mg/Kg/d</p> <p>Mx 200 mg /d 5 mg/Kg/d</p>	<p>Cada 6, 8 ó 12 horas. Después. 7am y 3pm Duración promedio:5 días USO EXCEPCIONAL: Una dosis cada 6 h (pasar a via bucal lo más pronto posible)</p>
---	---	--

Esquema terapéutico: (cuadro 10)

- Si el episodio es ligero se administra **Salbutamol 0,5%** (β_2 -agonista) por via inhalatoria (nebulización) cada 20 minutos durante una hora.
- Si el episodio es moderado la primera medida consiste en administrar **Oxígeno** por tenedor nasal o mascarilla facial hasta que la $SO_2 >$ de 94%. Debe administrarse desde el principio, incluso cuando no se dispone de oximonitor de pulso. Se administra **Esteroides Orales (Prednisona oral)** Se indica igualmente nebulizaciones de **Salbutamol al 0,5%**. En los casos severos comenzar tratamiento como en los casos moderados, particularmente oxígeno. Ingreso, preferiblemente en UCI. Los esteroides pueden administrarse por vía parenteral sino es posible la vía oral.
- **A la Hora se repite la evaluación**, si la respuesta es Buena (examen físico normal, mantenida por lo menos 2-3 horas). Se envía a su domicilio, continuando manejo similar con β_2 -agonista y seguimiento en el área de salud.. Si la respuesta es Incompleta, se repiten las nebulizaciones con Salbutamol c/ 20 minutos por 1 hora y se administra Prednisona oral si no se indicó anteriormente. Si la respuesta es Pobre se Ingresa al paciente.
- **A las dos Horas se repite la evaluación**, si la respuesta es Buena y se mantiene (por lo menos 1-2 horas más), se egresa al domicilio con β_2 -agonista y prednisona oral x 5-7días y seguimiento en el área de salud. Si la respuesta es Incompleta ó Pobre se ingresa al paciente.

INFLUENZA A PANDEMICA POR VIRUS H₁N₁

- Medidas generales:

Cubrir nariz y boca, Lavado frecuente de manos, Aislamiento del enfermo

La OMS no recomienda drogas antivirales con propósitos profilácticos. Paciente con gran riesgo de desarrollar enfermedad severa o complicada, que tiene contacto con un enfermo, debe ser aislado y vigilado estrechamente, para comenzar tratamiento en cuanto aparezcan los síntomas.

CONDUCTA ANTE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA

Consultorio Médico

Cuerpo de guardia
de Policlínico

Cuerpo de guardia
de Hospital

Interrogatorio y exámen físico completo

Clasificar en IRA Alta ó Baja

Criterio de ingreso

Domiciliario

- IRA alta
- Seguimiento diario

Hospitalario

- IRA Baja
- Signos de alarma
- Factores de riesgo importantes

Hospitalización

- Servicio de IRA

Medidas generales y Medidas locales

Oseltamivir,

Antibióticos si complicaciones bacterianas. Otros medicamentos.

- Cuidados progresivos

Toma de muestra para diagnóstico virológico por PCR,

Oseltamivir, Antibióticos, Criterios de ventilación, Otros.

Oseltamivir, medicamento altamente efectivo. Su administración precoz en las primeras 24-48 horas, reduce el riesgo de complicaciones y la mejoría clínica es más rápida.

Dosis según peso corporal del oseltamivir

Peso corporal en KG	Dosis diaria por 5 días
< 15	30 mg cada 12 horas
16-23	45 mg cada 12 horas
24-40	60 mg cada 12 horas
> 40	75 mg cada 12 horas

Menores de 1 año: 2-3 mg/kg

Criterios de alta hospitalaria:

Desaparición de los signos síntomas clínicos, completando tratamiento médico por 5 días.

Seguimiento por el médico de familia durante una semana al alta hospitalaria.

BRONQUIOLITIS

Clasificación

Según los protocolos de actuación de autores norteamericanos y españoles modificados por la experiencia del autor de este tema se propone la clasificación de bronquiolitis en:

Bronquiolitis ligera:

- Toma bien los alimentos
- Frecuencia respiratoria por debajo de 60 por minuto en menores de 6 meses
- Frecuencia respiratoria por debajo de 50 por minuto en mayores de 6 meses.
- Tiraje bajo ligero.
- No signos de hipoxia.
- Saturación de oxígeno mayor de 94%.

Bronquiolitis moderada o severa.

- Rechazo al alimento.
- Frecuencia respiratoria por encima de 60 por minuto en menores de 6 meses
- Frecuencia respiratoria por encima de 50 por minuto en mayores de 6 meses.
- Tiraje moderado o severo, agobio respiratorio
- Cuadros de apnea en menores de 3 meses en los primeros 3 días,
- Taquicardia,
- Fiebre elevada
- Aspecto tóxico
- Signos de deshidratación
- Rayos X de tórax con alteraciones: Infiltrados, atelectasia, otros
- Saturación de O₂ de 94% o menor. Signos de hipoxia.

Factores de Riesgo.

Los niños con alto riesgo de hacer bronquiolitis grave y fallecer son:

Edad menor de 3 meses, Prematuridad, Desnutrición, Antecedentes de

afecciones respiratorias neonatales y/o bronconeumopatías crónicas (fibrosis quística, displasia broncopulmonar), Malformaciones congénitas cardiovasculares o respiratorias,
Portadores de afecciones neuromusculares, Atopia personal y familiar importante, Riesgos sociales.

Tratamiento

Prevención:

No se ha obtenido aún una vacuna..

Dos medicamentos se utilizan con buenos resultados en la prevención de esta entidad cuando es producida por el V.S.R.: la inmunoglobulina hiperinmune humana específica contra el V.S.R., para uso endovenoso (IgH-VSR) y los anticuerpos monoclonales humanizados contra el V.S.R. (*palivizumab*)(Synagis')

La educación de los padres en lactantes con alto riesgo para disminuir la exposición al entorno ambiental para evitar contactos con personas enfermas, incluso hermanos que asisten a escuelas y círculos, al igual que el lavado de las manos de personas que manipulan estos niños en el hogar y en el hospital.

Medidas generales

En todos los pacientes debe aplicarse una serie de medidas generales y tratamiento sintomático que se utilizan en las IRA, como son la vigilancia de la frecuencia respiratoria, la hidratación adecuada preferentemente por vía oral y medidas antitérmicas en algunos pacientes que así lo requieran. Debe valorarse la alimentación por sonda nasogástrica en algunos pacientes con dificultad respiratoria marcada.

La fisioterapia no ofrece grandes beneficios con las técnicas de vibración y percusión, produce irritabilidad y estrés en los niños, por lo que no se recomienda.

La bronquiolitis ligera puede ser tratada en el hogar. La presencia de ligera dificultad respiratoria solo exige una buena observación, con toma de la frecuencia respiratoria en un min y administración adecuada de líquidos. La lactancia materna debe mantenerse y la educación a las madres en cuanto a las características de la enfermedad y los signos a vigilar, es una medida imprescindible que muchos médicos no utilizan de manera adecuada.

Los criterios de ingreso en el hogar pueden aplicarse a niños sin factores de riesgo importantes, sobre todo mayores de seis meses, para evitar el ingreso hospitalario innecesario y los peligros que este implica. Los pacientes con cuadros moderados o severos requieren hospitalización para realizar una mejor vigilancia y poder detectar un agravamiento rápido del proceso y presencia de complicaciones que puedan aparecer, como la insuficiencia respiratoria aguda.

Oxigenoterapia: Es la medida fundamental en los pacientes con bronquiolitis moderadas o severas. Se usa en pacientes con manifestaciones de hipoxia y SaO₂ por debajo del 90%. Muchos pacientes mejoran mucho con esta medida sin que sea necesario el uso de medicamentos específicos con respuestas muy variables.

Ventilación Mecánica: La tendencia actual si hay criterio de ventilación es la ventilación no invasiva en sus distintas modalidades cuando es posible, evitando así complicaciones como las neumonías y las estenosis laríngeas y traqueales. Alrededor del 1-2% de los pacientes con bronquiolitis requieren ventilación.

Tratamiento específico.

No existen evidencias de que algún agente terapéutico pueda ser recomendado para la bronquiolitis. Ningún medicamento ha demostrado que modifique la evolución natural de la enfermedad

Broncodilatadores: Su uso es muy controvertido en la bronquiolitis. Se alega que la broncoconstricción es solo un pequeño componente de la obstrucción bronquial, sobre todo en los menores de seis meses, quienes tienen además poco desarrollo de la musculatura lisa bronquial, por lo que se cuestiona su uso en este grupo etario.

En Cuba el uso del salbutamol es habitual en cualquier edad, pero no existen estudios serios, con base científica que demuestren su eficacia.. La tendencia actual es usarlo en mayores de seis meses y si hay una buena respuesta, continuarlo, y si no es así, suspenderlo. Su uso se recomienda solamente por 48 a 72 horas, su mejor aplicación es a través de nebulizaciones. .

La aminofilina y el bromide de ipratropium no se usan en la bronquiolitis

Antivirales: El ribavirin es un antiviral que actúa solamente contra el VSR. Su indicación más precisa es en pacientes de alto riesgo. El medicamento es muy costoso y se necesita experiencia para su administración. En Cuba, nunca se ha utilizado este medicamento.

Esteroides Durante muchos años se ha discutido el uso de estos medicamentos en la bronquiolitis. La dexametasona por vía oral no varía el curso clínico de la enfermedad en pacientes hospitalizados y la administración de esteroides inhalados tampoco ha demostrado eficacia en esta entidad.

En la actualidad, hay criterios unánimes y fuertes evidencias que demuestran que el uso de los esteroides, al contrario de lo que era de esperar, no mejora el cuadro clínico de la bronquiolitis. Los esteroides no se usan rutinariamente por sus limitaciones y la preponderancia del riesgo sobre el beneficio.

Antibióticos. Estos solo están indicados en aquellos pacientes que presenten complicaciones bacterianas secundarias, sobre todo la otitis media aguda, que es la mas común, y las neumonías. También en el caso de una bronquiolitis causada por el *M pneumoniae*, que es raro, estaría indicado el uso de antibióticos.

Otros medicamentos: Dos medicamentos: la gammaglobulina hiperinmune específica del VSR y los anticuerpos monoclonales (*palivizumab*) se utilizan en los dos primeros días para disminuir los síntomas de la enfermedad cuando la misma ya está presente en un niño, .

INFECCION DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS.

Impétigo.

Criterios de Ingreso.

Se recomienda ingresar todos los pacientes menores de un año con formas diseminadas de la enfermedad o con asiento en superficies de riesgo. Considerar factores de riesgo social y ambiental. Valorar ingreso en pacientes con tratamiento antibiótico previo o con recurrencias frecuentes (recordar escabiosis) esto puede asociarse a CA-MRSA, inmunodeficientes, uso frecuente de esteroides tópicos (dermatitis atópica) o sistémico (asma bronquial).E

Tratamiento tópico.

Crema de antibiótico: Gentamicina, Neobatín o Neomicina. Esta terapéutica puede ser dirigida por los especialistas en dermatología particularmente en enfermos con recurrencias.

Tratamiento antimicrobiano sistémico.

- Primera elección: Penicilinas semisintéticas antiestafilocócicas o Cefalosporinas de primera generación o Aminopenicilinas con IBL.

Cefalexina: 50 mg/kg/día cada 6-8 horas.

Oxacilina: 25-50 mg/kg/día cada 6 horas.

Cefazolina: 50 a 100 mg/kg/día cada 6-8 horas.

Amoxicilina-Sulbactam. (Trifamox-IBL): 50 a 100 mg/kg/día cada 8-12 horas.

- Segunda elección: Lincosaminas, Cefalosporinas de 2da generación o Fosfomicina:

Fosfocina: 50-100 mg/kg/día vía oral cada 6 horas 150 a 300 mg/kg/día parenteral.

Cefuroxime: 75 a 100 mg/kg/día vía parenteral.

Clindamicina: 10 a 30 mg/kg/día vía oral cada 6-8 horas 20-40 mg/kg/día cada 6-8 horas vía parenteral.

Duración del Tratamiento.

Entre 10 y 14 días. Garantizar el cambio vía parenteral a oral tan pronto como la respuesta terapéutica y evolución del paciente lo permitan. Cuidado con los cambios de familia o generación del antimicrobiano pues puede ignorar espectros o distribución a tejidos.

Celulitis.

Tratamiento Antimicrobiano sistémico.

IDEM a Impétigo.

-Celulitis odontógena o secundaria a lesión de mucosa oral.

Microorganismos derivados de la placa dentaria particularmente anaerobios.

-Tratamiento antimicrobiano sistémico.

- **Primera elección:** Cefazolina: 50-100 mg/kg/día cada 6- 8 horas.

Cefalexina: 50 mg/kg/día cada 6- 8 horas.

Amoxicilina-Sulbactam. (Trifamox-IBL): 50 a 100 mg/kg/día cada 8-12 horas.

- **Segunda elección:** Fosfomicina + Metronidazol o Lincomicinas.

Fosfocina: 50-100 mg/kg/día vía oral cada 6 horas 150 a 300 mg/kg/día parenteral.

Clindamicina: 10 a 30 mg/kg/día via oral cada 6-8 horas 20-40 mg/kg/día cada 6-8 horas vía parenteral.

-Celulitis orbitaria y periorbitaria.

Debe diferenciarse bien de otras causas de aumento de volumen de esa región como trauma sin infección, tumor, edema local, alergia.

Es imprescindible establecer el diagnóstico de celulitis preseptal o periorbitaria cuando la infección es consecuencia de una infección con asiento en conjuntiva, orzuelo, chalazio, dacriocistitis, impetigo de la piel de la cara o trauma (es decir con puerta de entrada en piel o sistema excretor del aparato visual.

Por otra parte cuando el punto de origen de la infección es la mucosa de los senos paranasales u oído medio puede tomar los tejidos óseos relacionados y se reconoce como **celulitis orbitaria.**

Estos dos diagnósticos establecen orientación etiológica y terapéutica diferente.

Celulitis periorbitaria o preseptal

Tratamiento Sistémico.

- **Primera elección:** Cefalosporinas de primera o segunda generación o Aminopenicilinas + IBL.

Cefalexina: 50 mg/kg/día cada 6-8 horas.

Oxacillina: 25-50 mg/kg/día cada 6 horas.

Cefazolina: 50 a 100 mg/kg/día cada 6-8 horas.

Amoxicilina-Sulbactam. (Trifamox-IBL): 50 a 100 mg/kg/día cada 8-12 horas.

- **Segunda elección.** Fosfomicina.

Fosfocina: 50-100 mg/kg/día vía oral cada 6 horas 150 a 300 mg/kg/día parenteral.

Celulitis Orbitaria.

Tratamiento Sistémico.

- **Primera elección.** Cefalosporinas de 3ra generación.

Ceftriaxona: 80 a 100 mg/kg/día cada 12 horas.

Cefotaxima: 150-300 mg/kg/día cada 6-8 horas.

- Segunda elección: Cefalosporinas de 2da generación o Aminopenicilinas + IBL.

Cefuroxime: 75 a 100 mg/kg/día vía parenteral.

Amoxicilina-Sulbactam. (Trifamox-IBL): 50 a 100 mg/kg/día cada 8-12 horas.

Celulitis perianal.

Tratamiento sistémico.

- **Primera elección:** Cefalosporinas de 2da o 3ra generación o Aminopenicilinas + IBL.

Ceftriaxona: 80 a 100 mg/kg/día cada 12 horas.

Cefuroxime: 75 a 100 mg/kg/día vía parenteral.

Amoxicilina-Sulbactam. (Trifamox-IBL): 50 a 100 mg/kg/día cada 8-12 horas.

- **Segunda elección:** Fosfomicina o Lincosaminas.

Fosfocina: 50-100 mg/kg/día vía oral cada 6 horas 150 a 300 mg/kg/día parenteral.

Clindamicina: 10 a 30 mg/kg/día vía oral cada 6-8 horas 20-40 mg/kg/día cada 6-8 horas
vía parenteral.

Celulitis plantar con penetración del calzado o lesión durante inmersión en agua dulce.

Tratamiento sistémico.

- **Primera elección:** Fosfomicina o Aminopenicilinas + IBL.

Fosfocina: 50-100 mg/kg/día vía oral cada 6 horas 150 a 300 mg/kg/día parenteral.

Amoxicilina-Sulbactam. (Trifamox-IBL): 50 a 100 mg/kg/día cada 8-12 horas.

- **Segunda elección:** Se utiliza habitualmente en pacientes con mala evolución. Se recomienda interconsulta con el infectólogo y descartar osteomielitis de los huesos del pie por proximidad del hueso con la piel y TCS .

Celulitis secundaria a mordedura de animales (perro o gato) o humanas (las más graves).

Tratamiento sistémico.

- **Primera elección:** Aminopenicilinas + IBL.

Amoxicilina-Sulbactam. (Trifamox-IBL): 50 a 100 mg/kg/día cada 8-12 horas.

- **Segunda elección:** Fosfomicina o Lincosaminas o Cefalosporinas de 3ra generación + Metronidazol.

Fosfocina: 50-100 mg/kg/día vía oral cada 6 horas 150 a 300 mg/kg/día parenteral.

Ceftriaxona: 80 a 100 mg/kg/día cada 12 horas.

Clindamicina: 10 a 30 mg/kg/día via oral cada 6-8 horas 20-40 mg/kg/día cada 6-8 horas vía parenteral.

Metronidazol: 7.5 mg/kg/dosis cada 8 horas parenteral intravenoso o 25 mg/kg/día oral cada 8 horas.

Criterios de Ingreso.

Los pacientes con celulitis deben ser ingresados siempre independientemente de la localización de la lesión, edad o tiempo de evolución cuando aparecen signos de participación sistémica. También deben ser ingresados los pacientes con factores de riesgo biológico que puedan llevar a una evolución desfavorable como: edad menor de 1 año, inmunodeficientes, diabéticos, neutropénicos, transplantados, atópicos con recurrencias o socio-ambientales como pobre cuidado familiar. La celulitis perianal es propia de lactantes y debe manejarse con el paciente ingresado.

La celulitis orbitaria y periorbitaria necesita de tratamiento parenteral inicial y seguimiento estrecho ante la posibilidad de complicaciones por su localización así como la perianal propia de lactantes y su asiento en un área muy vascularizada.

Abcesos cutáneos.

Tratamiento local.

Fomentos tibios. Se recomiendan al inicio para facilitar la floculación y drenaje espontáneamente o con tratamiento de incisión y drenaje.

Tratamiento sistémico.

IDEM a Celulitis de miembros, tórax (mamaria del lactante), pared abdominal y cara secundaria a traumatismo o picadura de insecto.

Fascitis Necrotizante.

Tratamiento.

Requiere ante la sospecha de este cuadro el ingreso en la Unidad de Cuidados Progresivos con especial cuidado de los parámetros vitales y medidas de sosten y anti-shock e inmediata interconsulta con dermatología y Cirugía.

Tratamiento Quirúrgico.

Es el más importante y definitorio ante la posibilidad de necrosis total del tejido afectado y la extensión a tejidos vecinos con liberación de toxinas e inminencia del Síndrome de Shock Tóxico.

El tratamiento consiste en extirpación de el tejido afecto más allá de la fascia que implique tejido aparentemente sano. Si fuera preciso amputar.

Tratamiento antimicrobiano.

- Primera elección: Se utilizan antimicrobianos de amplio espectro. Carbapenémicos + Vancomicina o Cefalosporinas de 3ra generación + Metronidazol. Ambos esquemas pueden asociarse a Lincosaminas como clindamicina por su efecto bloqueador de toxinas.

Meropenem: 100 mg/kg/día cada 8 horas.

Ceftriaxona: 100 mg/kg/día cada 12 horas.

Vancomicina: 40-60 mg/kg/día cada 6-8 horas.

Metronidazol: 7.5 mg/kg/día cada 8 horas.

Clindamicina: 20-40 mg/kg/día cada 6-8 horas vía parenteral.

- Segunda elección: Se recomienda consultar los infectólogos.

Criterio de Ingreso.

Deben ingresarse todos los pacientes.

Duración del tratamiento. Varía de acuerdo a la evolución del paciente. Usualmente entre 14 y 21 días.

Piomiositis. Piomiosistis tropical.

Tratamiento antimicrobiano sistémico.

- **Primera elección:** Penicilinas semisintéticas antiestafilocócicas o Cefalosporinas de primera generación o Aminopenicilinas con IBL.

Cefalexina: 50 mg/kg/día cada 6-8 horas.

Oxacillina: 25-50 mg/kg/día cada 6 horas.

Cefazolina: 50 a 100 mg/kg/día cada 6-8 horas.

Amoxicillina-Sulbactam. (Trifamox-IBL): 50 a 100 mg/kg/día cada 8-12 horas.

- **Segunda elección:** Lincosaminas, Cefalosporinas de 2da generación o Fosfomicina:

Fosfocina: 50-100 mg/kg/día vía oral cada 6 horas 150 a 300 mg/kg/día parenteral.

Cefuroxime: 75 a 100 mg/kg/día vía parenteral.

Clindamicina: 10 a 30 mg/kg/día via oral cada 6-8 horas 20-40 mg/kg/día cada 6-8 horas
vía parenteral.

Duración del tratamiento.

Se recomienda un período no inferior a 14 días. Puede requerirse un período largo con medicación parenteral sobre todo si se producen abscesos en el espesor del músculo o se establece infección polimicrobiana.

Criterio de Ingreso.

Todos los pacientes deben ser tratados en el hospital de inicio por vía parenteral.

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO.

Concepto

La Infección del Tracto Urinario (ITU) se define como la invasión, colonización y multiplicación en la orina de gérmenes patógenos independientemente de su localización y de la presencia o no de síntomas. De acuerdo a su localización se puede dividir en **Alta** o **Pielonefritis** (PN) cuando la infección compromete el sistema pielocalicial y parénquima renal y **Baja** o **Cistouretritis** cuando está limitada a la vejiga y uretra. Además podemos clasificarlas según la severidad como **Complicada** o **No Complicada**, cuando se detecten o no alteraciones anatómicas o funcionales en el tracto urinario.

Desde el punto de vista práctico la consideramos como **Primera Infección** o **Infección Recurrente**. La **Infección Recurrente**, es la aparición de nuevos episodios de ITU, pudiendo presentarse bajo dos formas: **Recidivas** o **recaídas** que no es más que la aparición de un nuevo episodio debido a la misma especie, biotipo y serotipo correspondiendo a un episodio previo y **Reinfección** a un nuevo episodio de ITU debida a otra especie o a biotipos y serotipos diferentes de la misma especie en relación a un episodio anterior.

Diagnóstico

Se basa en los datos clínicos y resultados de laboratorio. Debemos tomar una muestra limpia de orina para estudio del sedimento urinario, la presencia de leucocituria y piuria nos orienta hacia el diagnóstico, aunque se pueden encontrar en otras situaciones clínicas, la hematuria y la proteinuria son ligeras y la presencia de cilindros leucocitarios y granulados indican posible pielonefritis. Estos elementos pueden determinarse con la realización de las siguientes pruebas.

- ✓ Parcial de orina. La orina infectada puede ser turbia y con ph alcalino sobre todo en infecciones por microorganismos que desdoblan la urea (Proteus). Puede detectarse proteinuria ligera a moderada y el número de leucocitos y hematíes estar por encima de los 10 elementos por campo.
- ✓ Cituria: encontraremos leucocituria, hematuria, cilindruria y proteinuria.
- ✓ Examen de orina enriquecido. Además de estudiar el sedimento se tiñe la orina con Coloración de Gram, si se observan bacterias en esta prueba generalmente se corresponde con un urocultivo de más de 100 000 UFC/ml de orina.

Para el diagnóstico de localización debemos auxiliarnos de los resultados del hemograma, eritrosedimentación globular y proteína C reactiva, cuando se trata de una pielonefritis generalmente encontramos leucocitosis con neutrofilia, eritrosedimentación acelerada y proteína C reactiva positiva. El diagnóstico de certeza lo realizamos con el cultivo de orina que debe ser tomado antes de iniciar la terapia antimicrobiana. Contamos con diversos métodos para la toma de orina para el cultivo. El más simple es la colocación de una bolsa colectora en la región perineal, si es negativo descarta la presencia de ITU pero tiene el inconveniente que es muy elevada la

posibilidad de contaminación y el por ciento de falsos positivos es elevado. En los niños con control vesical tomamos la parte media del chorro de orina y el crecimiento de más de 100 000 UFC/ml de un solo microorganismo confirma el diagnóstico. En los recién nacidos y lactantes pequeños consideramos que la forma óptima para la toma de muestra es la punción suprapúbica, de esta manera cualquier crecimiento bacteriano hace diagnóstico. El cateterismo vesical preconizado por muchos pero con el inconveniente de ser invasivo y la posibilidad de que las bacterias que colonizan la parte distal de la uretra asciendan a la vejiga es otro método para recoger la orina, lo consideramos positivo cuando existe un crecimiento bacteriano de más de 10 000 UFC/ml. Los resultados falsos negativos del urocultivo se pueden deber a orinas muy ácidas o muy diluidas, tratamientos antibióticos previos o mezcla de la orina con sustancias antisépticas. El urocultivo puede ser positivo en un niño sin infección urinaria (falso positivo) cuando no se realiza una higiene perineal y de los genitales adecuada o cuando no se cumplen las normas para el traslado y conservación de la muestra antes de su incubación que debe realizarse en la primera hora de tomada la muestra. El urocultivo debe repetirse a las 72 horas para evaluar la eficacia del tratamiento y una vez concluido el mismo.

Estudio Imagenológicos.

- ✓ Ultrasonido Renal y Vesical. Brinda información sobre el número, forma y tamaño de los riñones y uréteres además de características anatómicas y funcionales de la vejiga. Debe realizarse a todo paciente una vez realizado el diagnóstico de ITU con el objetivo de descartar trastornos anatómicos y funcionales.
- ✓ Uretrocistografía Miccional. Es el estudio radiológico que permite diagnosticar el reflujo vesicoureteral y el único que posibilita su clasificación de acuerdo a la severidad, además brinda información de la estructura de la vejiga y uretra. Debe realizarse a todo niño menor de 5 años con ITU alta comprobada, dado la alta incidencia de RVU en esta población (El Reflujo Vesicoureteral se presenta en el 20 a 50 por ciento de los niños con ITU), aquel que a cualquier edad presenta pielonefritis con manifestaciones sistémicas, antecedentes de ultrasonido prenatal con alteraciones del tracto urinario o historia familiar de reflujo vesicoureteral. Esta investigación debe realizarse después de la fase aguda de la infección y siempre con urocultivo negativo.
- ✓ Gammagrafía Renal con Tc_{99m} DMSA (Acido Dimercaptosuccínico marcado con Tecnecio 99m). Es el método más confiable para diagnóstico de pielonefritis aguda y cicatrices renales, considerado como el patrón de oro para la localización de la infección. Durante la fase aguda de la infección puede detectar zonas hipocaptantes en más del 85% de los casos. Cuando se realiza en la fase aguda nos permite reorientar el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con diagnóstico de pielonefritis, a pesar de esto su indicación en la fase aguda es controversial y existe acuerdo de indicarla 6 – 9 meses después de la infección aguda para diagnóstico de cicatriz renal.

- ✓ Urograma Descendente. Su utilidad se reduce al estudio de la anatomía de la vía urinaria antes de intervenciones quirúrgicas urológicas o en caso de malformaciones complejas.
- ✓ Pruebas Urodinámicas. Se realizan a aquellos pacientes con sospecha clínica de que el trastorno en el funcionamiento vesical sea el factor de riesgo para el desarrollo de ITU.

Tratamiento

Una vez establecido el diagnóstico el niño debe ser tratado con antibiótico de amplio espectro lo antes posible teniendo en cuenta que el retraso en el tratamiento de la pielonefritis lleva al desarrollo de cicatriz renal. Los lactantes con probable pielonefritis aguda deben ser tratado por vía parenteral comenzando preferiblemente con cefalosporinas de tercera generación, en caso de deshidratación o manifestaciones sistémicas preferimos la vía endovenosa. Los niños mayores con sospecha de pielonefritis se pueden tratar con aminoglucosidos o amoxicilina con ácido clavulánico o con sulbactam. Una vez alcanzada la mejoría clínica y negativizado el urocultivo se debe pasar a la vía oral. Este tratamiento debe durar de 10 – 14 días.

Los pacientes con infección urinaria baja se pueden tratar con antimicrobianos por vía oral durante 5 a 7 días y en estos casos podemos usar Amoxicilina, Cefalosporinas de primera generación, Trimetropin-Sulfametoxazol, Nitrofurantoina. Ciprofloxacina o Fosfomicina.

La bacteriuria asintomática debe ser tratada solamente cuando el paciente tiene factores de riesgos que predisponen a la ITU como sería el RVU, vejiga neurogenica y otras condiciones que puedan favorecer el desarrollo de una ITU.

Cuando no hay mejoría clínica después de las 48 horas de tratamiento podemos auxiliarnos del antibiograma y realizar cambios terapéuticos.

En los pacientes con ITU debe garantizarse una ingestión abundante de líquidos para aumentar el volumen de orina y con ello el arrastre de las bacterias, micciones frecuentes y como medidas sintomáticas el uso de analgésicos, antitérmicos y antieméticos.

Medidas Preventivas.

- ✓ Mantener la lactancia materna
- ✓ Aumentar ingestión de líquidos.
- ✓ Aseo adecuado de la región perineal.
- ✓ Micciones regulares
- ✓ Garantizar adecuado vaciamiento vesical usando micción doble en los casos recomendados.
- ✓ Prevenir o tratar la constipación.
- ✓ Profilaxis antibiótica. Indicada a pacientes con primera ITU hasta completar el estudio, pacientes con ITU recurrente, diagnóstico de reflujo vesicoureteral y niños con vejigas disfuncionales. Para la profilaxis usamos el Trimetropin-Sulfametoxazol, Nitrofurantoina o Cefalexina a la mitad o tercera parte de la dosis terapéutica principalmente por la noche.
- ✓ Educación sanitaria, por los diferentes medios, sobre los diferentes factores de riesgos de infección urinaria.

Antibióticos para el tratamiento de la pielonefritis

Antibiótico	Dosis	Intervalo
Ceftriaxona IV o IM	50 – 75 mg/kg/día	^c /12 – 24 horas
Cefotaxima IV o IM	100 mg/kg/día	^c /6 – 8 horas
Amikacina IM o EV	10 – 15 mg/kg/día	^c /12 – 24 horas
Gentamicina IM o EV	3- 5 mg/kg/día	^c /12 – 24 horas
Fosfocina EV	100-200 mg/jkg/día	^e 6–8 horas
Amoxicilina-Sulbactan IV o IM	50 – 75 mg/kg/día	^c /8 horas

Antibióticos para el tratamiento de la infección del tracto urinario por vía oral

Antibiótico	Dosis	Intervalo
Trimetropin-Sulfametoxazol VO	40 – 80mg/kg/día	^c /12 horas
Nitrofurantoina VO	5 – 7 mg/kg/día	^c /12 horas
Amoxicilina VO	50 mg/kg/día	^c /8 horas
Cefalexina VO	50 mg/kg/día	^c /8 horas
Ciprofloxacina VO	10 – 20 mg/kg/día	^c /12 horas
Fosfomicina VO	50 –100 mg/kg/día	^c /8 horas

Seguimiento por Consulta Externa

Debe realizarse a todo niño con ITU por al menos dos años, la frecuencia de las consultas en los primeros tres meses es mensual, después cada dos o tres meses dependiendo de la evolución. Si el paciente tiene una malformación el seguimiento se extenderá por mas tiempo hasta la corrección o resolución del problema, en caso de niños con Daño Renal Permanente o cicatrices renales el seguimiento se prolongara por toda la infancia con tomas periódicas de la tensión arterial, determinación de microalbuminuria, realización de ultrasonido renal para seguir el crecimiento de los riñones y pruebas funcionales renales cuando se sospeche alteración funcional como secuela.

ENFERMEDADES DIARREICAS.

- **Consultas de Pediatría en Consultorios médicos**

- El médico de familia, frente a un paciente con enfermedad diarreica debe orientarse con:

- anamnesis que le permita hallar posible causa y otros problemas asociados.

- observar y explorar al paciente para determinar estado de hidratación.

- seleccionar conducta a seguir (plan A,B o C)

- interconsulta con el pediatra o Especialista de MGI en función de pediatra

en conjunto

- valorar el ingreso domiciliario y supervisión posterior del mismo por el interconsultante

Ingreso domiciliario:

- Se realizara en aquellos pacientes que cumplan los requisitos para ello, teniendo en cuenta los factores de riesgos: malnutrición por defecto, BPN, riesgo social relevante, de enfermedades graves de base que pueden agravarse con el cuadro diarreico

- Debe evaluarse diariamente y tantas veces como sea necesarios por EBS hasta su alta .

- Inmediatamente notificarse al Jefe del PAMI de su área y a su vez al Especialista en Pediatría

- La interconsulta se realizará antes de las 48 horas del ingreso y se valorara las veces que considere necesarias, siempre reflejará en la historia clínica individual su valoración y orientaciones pertinentes.

- Los **egresados por diarreas del hospital** deben realizarle ingreso domiciliario por 72 horas como mínimo, debiendo ser evaluado en algún momento por el interconsultante.

- El interconsultante debe velar por la calidad del ingreso.

- Semanalmente en reuniones del PAMI tanto del área como municipal analizar la evolución de los ingresos.

- En las **consultas de Pediatría**, frente a un paciente con enfermedad diarreico El médico de debe orientar:

- Si está recibiendo Lactancia Materna, **NO SUSPENDER**

- Si está alimentado con leche de vaca ó Esterilizada, **NO DILUIR LA LECHE**

- La leche Esterilizada, la leche en polvo no requieren que se hierva.

- PROSCRIBIR LA FORMULA BASE

HIDRATACIÓN ORAL (Ver esquemas PLANES A, B y C)

Pacientes con diarrea sin deshidratación:

- Aplicar el **PLAN A** (Prevención de la Deshidratación)
- Aumentar los líquidos (agua, líquidos caseros, SRO)
- Mantener la alimentación
- Enseñar a la madre la identificación de síntomas y signo que le permitan conocer la evolución del paciente

Pacientes con diarrea y Deshidratación

- Aplicar el **PLAN B** (SRO: 100 ml/Kg orql en 4 horas)

Paciente con Deshidratación severa por diarreas y/o Choque

- Tratar de mejorar la deshidratación de inmediato y después de mejorado, remitir a hospital para aplicar **PLAN C**.

Uso de Antibióticos y Quimioterápicos

- En el tratamiento de las Enfermedades diarreicas el uso de antibióticos está limitado al tratamiento del Cólera y la Shigella, el resto de las enterobacterias tienen vida autolimitada, la mayor parte de las diarreas son virales y no lo necesitan y por otra parte un número considerable de diarreas son producidas por transgresiones alimentarias y tampoco requieren el uso de antibióticos.

- En el tratamiento de los protozoos productores de diarrea debe tenerse en cuenta lo siguiente:

Amebiasis: existen 2 tipos de *Entamoeba*, la *histolítica* que es invasiva y se trata en presencia de trofozoitos con hematíes en su interior y la *dispar*, que no es invasiva, la más frecuente en nuestro país y no se trata. No se ha encontrado resistencia a medicamentos.

Giardiasis: su diagnóstico está sobredimensionado, Su cuadro clínico es muy parecido al de *Cryptosporidium parvum*, *Cyclospora cayetanensis* y *Microsporidios*, teniendo cada uno de ellos un tratamiento específico que no es el de la Giardia, por lo que si tiene cualquiera ellos, no va a responder al tratamiento.

- **Antimotílicos:** Todo lo que disminuya la motilidad intestinal está contraindicado en la diarrea aguda del lactante y el niño, por lo que se contraindican el Elixir paregórico, la Loperamida y el metilfenidato (REASEC)
- **Antidiarreicos:** los medicamentos antidiarreicos a base de caolín, pectina, carbón y otros están contraindicados en el tratamiento de la diarrea aguda, ya que no resuelven el problema y tienen un costo elevado.

- **Probióticos:** El probiótico de elección en nuestro país es el yoghurt y los medicamentos industrializados como el *Sacchomyces boulardii* tienen indicaciones muy específicas en el tratamiento de gérmenes anaerobios como el *Clostridium difficile* (Toxina B). No se recomiendan en el tratamiento de la diarrea aguda ni persistente.

Criterios de remisión al hospital

- Pacientes menores de 3 meses de Alto Riesgo (antecedentes de BPN, MBPN y desnutridos marasmáticos)
- Pacientes con diarreas de alto riesgo social
- Pacientes con deshidratación moderada ó grave (pérdida de 5-10 % de peso corporal)
- Pacientes con ingreso domiciliario que no evolucionen satisfactoriamente

- **Atención en Servicios de Urgencia (Cuerpos de Guardia de Hospital y PPU)**

- Lavado de manos con agua y jabón, del personal Médico y de Enfermería antes de manipular y examinar al paciente.
- Realizar anamnesis lo más completa posible y examen físico de la misma forma que se realiza en la Consulta de Pediatría del Consultorio.
- Si el paciente NO TIENE CRITERIO DE INGRESO se procederá la misma forma que se realiza en la Consulta de Pediatría del Consultorio, le entregarán 2 Sobres de SRO de 27 g. de forma gratuita, para prevenir la Deshidratación.

CRITERIOS DE INGRESO

- El ingreso se realizará basado en el Criterio Médico, después de escuchar la anamnesis de la madre y el examen físico del niño.
 - Se realizará el ingreso precoz a todo niño menor de 3 meses de edad con antecedentes de: Muy Bajo Peso al Nacer, de BPN, malnutridos severos con ó sin deshidratación, pacientes con enfermedades graves de base (cardio-patías congénitas cianóticas u otras con repercusión nutricional. También se ingresarán los niños menores de 1 año con malnutrición asociada, que presenten marcado riesgo social, así como los que procedan de áreas Rurales de difícil acceso.
 - NO confundir el Ingreso Precoz con el ingreso de todo niño que acuda por 2da. vez al Servicio de Urgencias, si no presenta los factores de riesgo antes expresados.
- Analizar en las Entregas de Guardia la morbilidad atendida, remisiones,

ingresos y egresos por enfermedades diarreicas. En caso de la aparición de un Broteo Alza epidémica con elevada morbilidad, se procederá a realizar un análisis de la situación teniendo en cuenta la posibilidad de abrir nuevas Salas de diarreas. Evitando el hacinamiento.

HIDRATACIÓN

- Si el estado del paciente no está muy afectado y no muestra signos de deshidratación se utilizará

Plan A (prevención)

Aumentar la ingesta de líquidos: SRO

Hasta 2 años 50-100ml después de cada deposición líquida

2 años o más 100-200 ml después de cada deposición líquida

Debe indicarle la administración a pequeños sorbos

Si el niño vomita esperar 10 minutos, y reiniciarla

No suspender la alimentación

Regresar si: Vómitos incoercibles, fiebre, si aparecen diarreas con sangre, irritabilidad, y/o decaimiento.

Si el paciente estuviera leve ó moradamente deshidratado se le aplicará el **Plan B**

Peso	Edad	SRO 4 h
≤5 kg	≤ 4m	200-400ml
5≤ 8kg	4≤12m	400-600ml
8≤ 11kg	12≤ 2a	600-800ml
11 ≤16 kg	2 ≤5 a	800-1200ml
16 ≤ 50 kg	5≤15 a	1200-2200 ml

Se reevalúa a las 4 h y se continúa tto según plan A,B,C

- **HIDRATACIÓN PARENTERAL (PLAN C)**

La hidratación parenteral estará indicada en :

Deshidratación severa por enfermedades diarreicas, con pliegue cutáneo, boca seca, llanto sin lágrimas, sensorio muy deprimido, pulso filiforme, pliegue cutáneo que desaparece muy lentamente en ocasiones con un cuadro de shock hipovolémico, producido por diarreas.

Plan C

EDAD	DOSIS	DURACIÓN
≤ 12 meses	30ML/KG*	A PASAR EN 1 hora
	70ML/KG*	A PASAR EN 5 horas
DE 1 A 5	30ML/KG	A PASAR EN

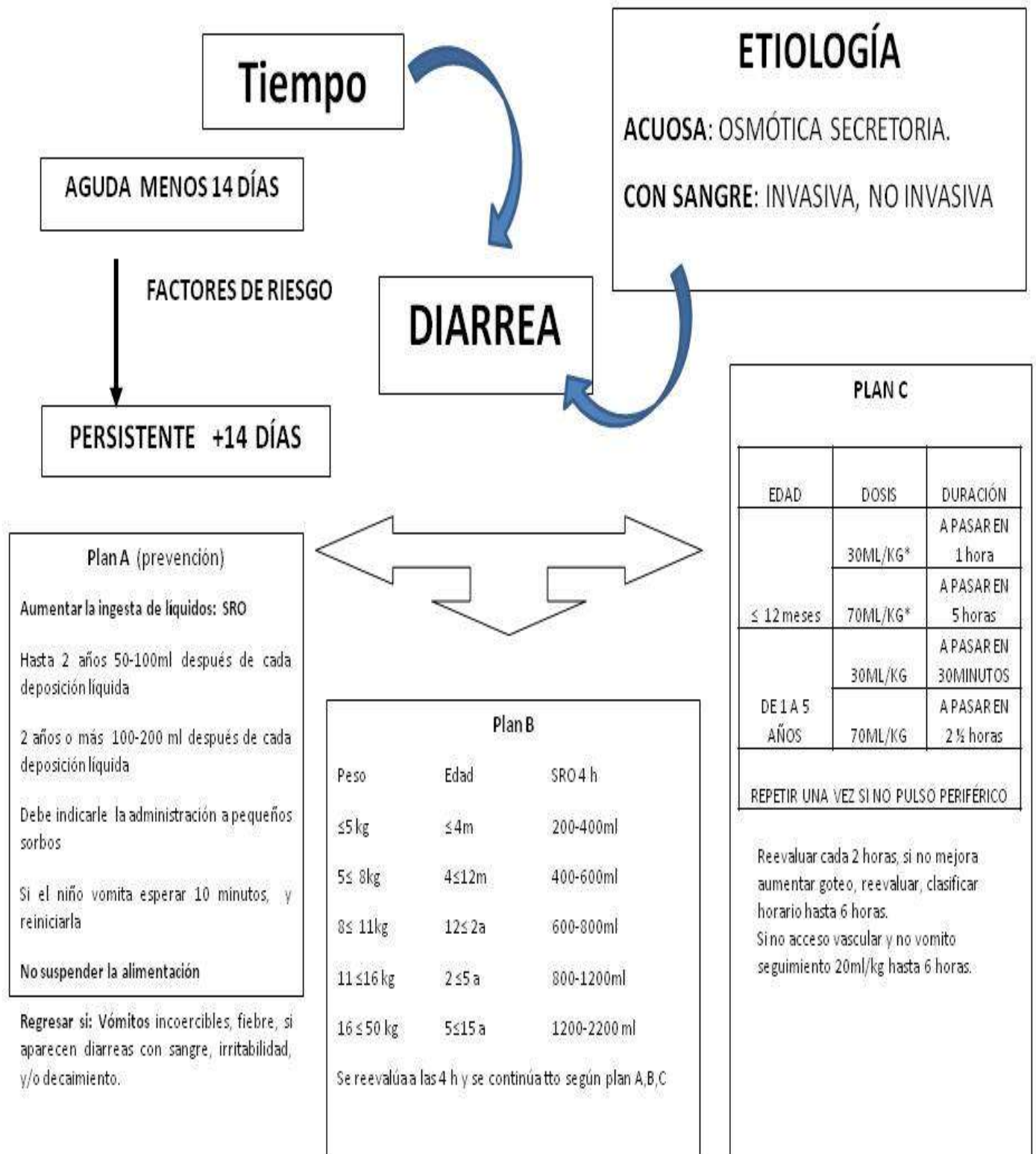
AÑOS		30MINUTOS
	70ML/KG	A PASAR EN 2 ½ horas
REPETIR UNA VEZ SI NO PULSO PERIFÉRICO		

Reevaluar cada 2 horas, si no mejora aumentar goteo reevaluar, clasificar horario hasta 6 horas.

Si no acceso vascular y no vomito seguimiento 20ml/kg hasta 6 horas.

USO DE ANTIBIÓTICOS Y QUIMIOTERÁPICOS

El uso de los antibióticos en el tratamiento de las enfermedades diarreicas está limitado al Cólera y la Shigellosis.



NEONATOLOGÍA

Identificación de los signos de alarma en la consulta de Medicina General.

La mayoría de los recién nacidos egresa del hospital de maternidad alrededor de las 48 h de vida. Por este motivo, son varias las enfermedades neonatales cuyos primeros signos aparecen cuando el paciente ya está en el hogar. Es importante destacar los signos sugestivos de enfermedades neonatales que deben ser identificados y valorados de manera adecuada en las consultas externas de médicos generales integrales para evitar en lo posible progresión de afecciones potencialmente invalidantes y mortales.

Evolución inadecuada del peso.

- **Descenso excesivo de peso durante la primera semana de vida.**

Un recién nacido a término normal no debe descender más del 10 % de su peso del nacimiento en la primera semana de vida, no debe descender más de las primeras cifras de su peso al nacer expresado en gramos.

- **Incremento inadecuado de peso en las semanas siguientes.**

A partir de la segunda semana el neonato debe aumentar aproximadamente 250 gramos semanales. Cuando se comprueba una evolución inadecuada del peso, el primer paso es revisar minuciosamente la alimentación. Si no hay problemas en la alimentación es necesario estudiar al paciente para identificar afecciones orgánicas. Las más comunes y fáciles de diagnosticar son la infección urinaria y la otitis media. Estos pacientes requieren interconsultas con especialistas de neonatología.

Problemas con la alimentación.

- **Rechazo de la alimentación o falta de avidez con la leche**

Este signo es importante si el recién nacido se alimentaba bien con anterioridad. Se debe investigar la posibilidad de infecciones y de alteraciones metabólicas congénitas o adquiridas, descartadas estas, se estudian los trastornos neurológicos. Los prematuros y los hijos de madres diabéticas pueden ser perezosos para alimentarse.

- **Succión débil**

Es difícil diferenciar este problema del anterior y se deben estudiar las mismas posibilidades. Es importante conocer si la succión antes era vigorosa.

- **Cansancio al succionar**

Este neonato reclama el alimento y comienza con buena succión pero suelta el pecho o el biberón con mucha frecuencia para descansar. En estos casos se debe realizar un examen minucioso del aparato cardiovascular para descartar cardiopatías congénitas.

- **Llanto por hambre**

Se debe revisar la lactancia materna y comprobar si la madre tiene suficiente leche, para lo cual se pesa el recién nacido antes y después de una toma (la diferencia de peso indica la cantidad de leche ingerida). Si la lactancia es artificial si la preparación de la leche es correcta (garantizar que la fórmula tenga Kcal. por cada 30 mililitros) y se comprueba la cantidad de leche que toma diariamente.

Cualquier cambio desfavorable en la alimentación debe ser investigado. Se debe explorar, además, la frecuencia de las deposiciones, las micciones y el estado de hidratación.

En cualquiera de estos casos la conducta es consultar con un especialista con experiencia en la atención del recién nacido

Problemas digestivos

- Se debe comprobar que las deposiciones del neonato cambien hacia el color amarillo en la primera semana de vida. La presencia de deposiciones meconiales puede ser un signo de oclusión intestinal.
- Los recién nacidos que reciben lactancia materna exclusiva pueden presentar normalmente deposiciones con líquido (de 10 a 15 diarias). Estos pacientes tienen un buen estado general, aspecto saludable, avidez por el alimento e incremento normal de su peso.
- La constipación (demora en defecar de 3 a 5 días) puede ser normal, sobre todo hacia el final del primer mes. En estos casos se debe descartar una alimentación insuficiente y se debe vigilar la posibilidad de que la constipación sea un signo de debut del megacolon agangliónico. Se debe evitar la estimulación anal para desencadenar la defecación en los pacientes constipados.
- Los vómitos biliosos en los días posteriores al nacimiento pueden deberse a relajación píloro- duodenal, más frecuente en prematuros, recién nacido de partos distócicos, en neonatos de madres medicamentadas con antihipertensivos en pacientes con síndrome de Down. Sin embargo a presencia de vómitos verdosos en un neonato obligan a remitirlos a un centro especializado.
- Las regurgitaciones son la exclusión suave de leche sin digerir y suelen ser normales. Es importante recordar que el neonato no puede acostarse en decúbito supino después de las tomas, por el peligro de bronco aspiración de la leche. Algunos de estos recién nacidos ingieren cantidades excesivas de leche en cada toma, incluso los que se alimentan con leche materna. En este caso es preferible reducir la cantidad y aumentar las frecuencias de las tomas, no debe alimentarse al recién nacido en posición horizontal e indicar pausas frecuentes para la expulsión de los gases en posición erguida. Si el recién nacido regurgita una gran cantidad de leche se pone a mamar de nuevo pues en ese momento el exceso de gases ha sido expulsado de la cámara gástrica y el reflejo del vomito esta menos activo.

- La distensión abdominal requiere ser estudiada en un centro especializado cuando es llamativa o se acompaña de constipación o vomito.

Problemas respiratorios

La obstrucción nasal es relativamente común en los recién nacidos, específicamente en aquellos que presentaron un líquido amniótico espeso. Estos pacientes pueden manifestar ruidos transmitidos que se palpan y auscultan en el tórax. Es una afección banal su evolución puede ser prolongada y se trata humidificando el aire inspirado (vapor de agua) y la elevación de la cabecera de la cuna. Las gotas nasales de solución salina e isotónica se usan solamente cuando la obstrucción nasal impide el sueño o la alimentación del recién nacido, en ninguna circunstancia se debe administrar durante más de 5 días seguidos, ya que pueden agravar el cuadro.

Los medicamentos descongestionantes nasales de uso tópico (gotas) y los empleados por vía oral no son recomendables en los recién nacidos. Todos los recién nacidos con dificultad respiratoria no causada por obstrucción nasal deben ser estudiados en centros hospitalarios y los cuadros de atrapamiento agudo de aire con sibilancias obligan a pensar, en primer lugar en una insuficiencia cardíaca descompensada.

Problemas cardiovasculares

- Cianosis distal y libedoreticular

Pueden ser normales sobre todo, en recién nacidos con piel muy blanca. Se producen, fundamentalmente, por exposición al frío o a ambientes térmicos inapropiados.

Como estos signos aparecen también formando parte del cuadro clínico de afecciones graves, hay que asegurarse de que el neonato tiene un examen físico y un comportamiento completamente normal. Los recién nacidos muy rubicundos pueden exhibir cianosis generalizada durante el llanto y el esfuerzo.

- Frecuencia cardíaca

Puede ser inferior a 120 min. durante el sueño y es normal siempre que se compruebe que se eleva ante los estímulos y el llanto. En la taquicardia mantenida durante el sueño y el reposo se debe descartar trastornos cardíacos, infecciones, hipovolemia, etc.

- Soplo funcional

La causa más frecuente es la insuficiencia tricuspídea transitoria.

Los soplos que acompañan a algunas cardiopatías congénitas pueden surgir en cualquier momento durante el primer mes de vida, por lo que la ausencia de soplos en los primeros exámenes no descarta la presencia de defectos estructurales del corazón.

Cualquier soplo que se detecte en los neonatos egresados de maternidad debe ser evaluado por un especialista competente.

Trastornos de la conducta

- Irritabilidad y llanto

La causa más frecuente es el hambre, la incomodidad, aburrimiento o cansancio.

El llanto producido por cólicos se caracteriza, casi siempre, por gritos cortos, agudos y penetrantes, separados por pausas breves. Se puede acompañar de enrojecimiento facial y de flexión de los muslos hacia el abdomen seguida de extensión violenta de uno o varios miembros inferiores. Puede detectarse aumento del peristaltismo al auscultar el abdomen. Algunos recién nacidos con hiperactividad vagal pueden presentar cólicos durante o inmediatamente después de las tomas de leche.

El tratamiento de los cólicos consiste en cubrir el abdomen con la mano tibia, llevar al neonato a un ambiente tranquilo o darle un paseo fuera de la casa para lograr la relajación del recién nacido y de la madre. Si es por hiperactividad vagal, se indican antiespasmódicos entre 15 y 20 min. antes de las tomas.

Las formulas que contiene vago líticos, antiácidos y sedentes pueden ser útiles para los cólicos y también para la aerofagia y la regurgitaciones.

Cuando el llanto es persistente o intenso se deben pensar otras causas como la otitis media, la osteoartritis o algún acceso con formación rápida de pus. Este llanto se desencadena al contacto con la zona afectada. Se deben buscar signos flogísticos en la superficie cutánea y en las regiones articulares. Si la fontanela se palpa ocupada en posición erguida y sin llorar, se sospeche meningitis o cualquier causa que produzca aumento de la presión intracraneal, en estos casos el llanto es estridente y aumenta cuando el neonato intenta levantar la cabeza o se le mueve.

Ante un neonato que llora insistentemente y si es pre término se debe revisar detenidamente la región inguinal para descartar hernias atascadas.

El llanto quejumbroso y el quejido espiratorio son signos de alarma ya que acompañan a afecciones circulatorias, respiratorias y neurológicas graves.

- Temblores

No acompañados de otros signos neurológicos son normales en el recién nacido, se diferencian de los movimientos convulsivos en que los temblores se detienen al asir suavemente la extremidad del paciente

- Convulsiones

Pueden ser clónicas focales o multifocales, tónicas focales y mioclónicas, también se pueden expresar por desviación fija de la mirada y trastornos del sistema nervioso autónomo. La postura tónica de los 4 miembros no son necesariamente de origen convulsivo pero debe ser valoradas por un especialista entrenado.

- Hipotonía- Hipertonía

El pulgar oculto es una manifestación de hipertonía, es un signo de alarma en los recién nacidos. Son preocupantes los reflejos perezosos incompletos o ausentes, su exacerbación o aparición

repetida en ausencia de estímulos adecuados. Se exploran fundamentalmente los reflejos de moro, de succión y de prensión palmar y plantar.

- **Examen del neonato**

Debe de realizarse en un ambiente tranquilo y momento propicio, lo normal es que se despierte fácil y se consuele rápido en condiciones idóneas.

- **Problemas Hemáticos**

En un recién nacido sano si se produce hemorragia digestiva, por el muñón umbilical o en los sitios de los pinchazos entre los 2 y 5 días de vida, se sospeche la enfermedades hemorrágica por deficiencia de vitamina K. Se tendrá en cuenta que la hematemesis y melena aislada pueden ser por deglución de sangre materna. De todas formas el paciente debe ser evaluado por un neonatólogo.

- **Ictericia**

Se debe hacer un seguimiento clínico cuidadoso de la ictericia desde el acta hospitalaria hasta los 14 días de vida como mínimo con ingreso en el hogar y estudio hematológico en caso de ser necesario. En los que reciben lactancia materna exclusiva esta puede alcanzar valores máximos peligrosos en cualquier momento entre los 5 y 14 días. Después esta disminuye lentamente hasta desaparecer entre 1 y 3 meses de edad.

Cuando la bilirrubina indirecta alcanza 18 mg-dl se suspende la lactancia materna durante 48 a 72 h para que se produzca un descenso de la bilirrubina después se reinicia la lactancia, si la bilirrubina indirecta se acerca a 290 mg-dl el paciente debe ser tratado con fototerapia.

En cualquier recién nacido que cumpla las condiciones siguientes se debe consultar con especialistas de neonatología.

- Ictericia evidente en el dorso de las manos y los pies
- Ictericia que se incrementa ostensiblemente
- Ictericia que se acompaña de otras alteraciones (prematuridad y bajo peso, evolución inadecuada del peso, trastornos en la alimentación y presencia de signos sugestivos de infección)

Problemas urogenitales

- Las orinas que dejan una mancha de rojo ladrillo en el pañal (2 o 3 micciones) se producen por precipitación de cristales de ácido úrico y son normales.
- Puede haber secreción blanquecina o sangramiento genital en las niñas durante la primera semana de vida a causa de la crisis genital lo cual es normal.
- Cuando se detectan malformaciones genitales sospechosas de genitales ambiguos y si existen además vómitos, signos de deshidratación y otras alteraciones sistémicas se pensara en hiperplasia adrenal congénita y se remite de inmediato al recién nacido al servicio de neonatología.

Problemas Umbilicales

- La caída del muñón umbilical debe ocurrir entre los 6 y 8 días, la demora de más de 10 días puede deberse a la presencia de gérmenes saprofitos en la zona pudiendo desarrollarse una onfalitis, es aconsejable envolver el muñón en una torunda empapada con alcohol al 70 % o con solución de hibitane al 0.5 % durante dos minutos dos veces al día hasta que el muñón este bien seco.
- La cicatriz umbilical debe estar curada y seca a los 15 días de vida. Hasta que esto no suceda hay que evitar que el agua del baño, la orina y heces mojen el ombligo. Puede ocurrir la salida de líquido ceroso o serohemático tratándose con la solución de alcohol al 70 % o hibitane al 0.5 % durante dos minutos dos veces al día. Si la salida de líquido persiste o el aspecto es fecaloideo se debe consultar con el cirujano.
- La presencia de una tumoración en el interior de la cicatriz umbilical puede ser un granuloma, pólipos o existencia de mucosa digestiva o vesical aberrante. El granuloma es más común de consistencia blanda y de color rosado, su tratamiento consiste en cauterizarlo con nitrato de plata 1% vez al día cada 3 días hasta que se seque. Estas curas deben realizarse por personal entrenado. El tratamiento del pólipo debe ser decidido por un cirujano.
- El eritema perihumbilical persistente y la secreción purulenta son signos de onfalitis piojenta por lo que el paciente debe ser evaluado por un neonatólogo.

Problemas de los tegumentos

Son relativamente frecuentes en los recién nacidos las infecciones al nivel de la piel y el tejido celular subcutáneo.

- Impétigo

Es producido por estafilococos y se presentan en forma de ampollas medianas o grandes (más de 5 milímetros) que recuerdan las quemaduras de cigarrillo. La piel que recubre la ampolla es fina, grisácea y se desprende fácilmente. Cuando se rompe las ampollas queda una zona roja y húmeda

Las infecciones que toman piel y tejido subcutáneo como las celulitis pueden ser **muy peligrosas** en el neonato así como la mastitis más frecuentes en la segunda y tercer semana de vida, estas son **urgencias médicas** y se tratan en los servicios hospitalarios de neonatología

Problemas oculares

- Secreción ocular

Después de los 2 o 3 días de vida la secreción purulenta se considera de causa bacteriana y se trata con irrigaciones de la conjuntiva con solución salina fisiológica cada 4 a 6 horas. Estos enjuagues deben estar precedidos por 1 minuto de masaje circular en la zona infralagrimal para prevenir la oclusión de los conductos lagrimales administrándose posteriormente un colirio o ungüento antibiótico durante 5 días, si no desaparece la secreción consultar con un oftalmólogo. Si el paciente presenta lagrimeo persistente o secreción escasa mantenida en un ojo se sospecha obstrucción del conducto lagrimal y se envía al oftalmólogo.

Signos sugestivos de infecciones mayores

La sospecha de infección en el neonato obliga a remitirlo a un centro especializado, tener en cuenta antecedentes perinatales desfavorables y enfermedades neonatales previas lo cual incrementa la relevancia de cualquier signo de infección. Los signos de infección se pueden dividir en 4 grupos y tienen la peculiaridad que pueden ser motivados por muchas otras afecciones, no obstante hasta que se demuestre otra causa se sospechara una infección grave.

Signos sugestivos de infección en el neonato

Distermia	Hipertermia Hipotermia "Piel de gallina"
Trastornos de la alimentación	Rechazo o indiferencia ante el alimento Succión débil Vómitos o diarreas
Trastornos de la conducta	Irritabilidad Soñolencia Apatía y pobre respuesta a estímulos Movimientos anormales Hipotonía e hipertonía
Trastornos de la coloración	Cianosis distal Livedo reticular Ictericia no rubifica Palidez Coloración terrosa o grisácea